



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (80) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (80)

2025

ИЮНЬ

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

UDK: 616.36-053/4.6.615.8

**BILIAR TIZIM KASALLIGI BO'LGAN BOLALARDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR,
DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIK TIBBIYOT**

¹Saidova L.B. <https://orcid.org/0000-0001-6024-5729>

²Nazarova Z.F. <https://orcid.org/0009-0003-7726-6464>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.

A. Navoiy ko'chasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Buxoro viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi O'zbekiston, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. G'ijduvon, 35 tel. +998652212104

✓ **Rezyume**

Biliar tizim kasalliklari bolalar orasida uchraydigan oshqozon-ichak trakti (OIT) patologiyalarining muhim komponentlaridan biri hisoblanadi. Turli tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, bilial tizim disfunktsiyasi (BTD) OIT patologiyasi mavjud bo'lgan bolalarning 55–80% ida qayd etiladi [1, 2, 5, 6]. So'nggi o'n yillikda bilial tizimga oid kasalliklarni, xususan, BTD ni tashxislash va davolashga bo'lgan yondashuvlar sezilarli darajada yangilandi. Bu esa, avvalo, kasallikni erta bosqichlarda aniqlash imkonini beruvchi zamonaviy diagnostika texnologiyalarining joriy etilishi bilan bog'liq. Bolalarda bilial tizim kasalliklari ichida funktsional buzilishlar (masalan, bilial diskineziya) ustuvor o'rin egallaydi. Shu bilan birga, organik kelib chiqishga ega patologiyalar, xususan, xolelitiiaz (o't toshi kasalligi) holatlari bolalik yoshida ham ortib bormoqda va ushbu holatlar soni yildan-yilga ko'paymoqda. Xususan, xolelitiiaz, xolangit kabi asoratlilar bilan kechishi bolalar guruhida dolzarb klinik muammolardan biriga aylanmoqda. Afsuski, pediatrlar va birlamchi tibbiy-sanitariya yordami shifokorlarining ushbu mavzu bo'yicha bilimlari ayrim hollarda yetarli emas. Shu sababli, ushbu maqolaning asosiy maqsadi — ko'rsatilgan mavzu doirasida mavjud bo'lgan ma'lumotlar tanqisligini ma'lum darajada to'ldirishdan iboratdir

Kalit so'zlar: bolalar, bilial tizim kasalliklari, tasniflash, tashxislash, davolash

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ, ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА
У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ**

¹Саидова Л.Б., ²Назарова З.Ф.

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г.

Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Гиждуван, 35 тел. +998652212104

✓ **Резюме**

Заболевания билиарной системы являются одним из значимых компонентов патологий желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Согласно данным различных исследований, дисфункция билиарной системы (ДБС) выявляется у 55–80% детей с патологиями ЖКТ [1, 2, 5, 6]. За последнее десятилетие подходы к диагностике и лечению заболеваний билиарной системы, в частности, ДБС, значительно обновились. Это связано, прежде всего, с внедрением современных диагностических технологий, позволяющих выявлять заболевания на ранних стадиях. Среди заболеваний билиарной системы у детей приоритетное значение имеют функциональные расстройства (например, билиарная дискинезия). В то же время наблюдается рост заболеваемости органической природы, особенно холелитиаза (желчнокаменной болезни) в детском возрасте, и число таких случаев ежегодно увеличивается. Особенно актуальными становятся клинические формы, осложнённые холециститом, холангитом и другими патологическими состояниями. К сожалению, знания педиатров и врачей первичной медико-санитарной помощи по данной тематике в ряде случаев остаются недостаточными. В связи с этим основная цель данной статьи заключается в частичном восполнении дефицита информации по обозначенной проблеме

Ключевые слова: дети, заболевание желчевыводящей системы, классификация, диагностика, лечение

MODERN VIEWS, TREATMENT OPTIONS AND PREVENTIVE MEDICINE IN CHILDREN WITH BILIARY SYSTEM DISEASE

¹Saidova L.B., ²Nazarova Z.F

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Bukhara Regional Children's Multi-profile Medical Center Uzbekistan, Bukhara region, 200100,
Bukhara, ul. Gijduvan, 35 tel. +998652212104

✓ *Resume*

Diseases of the biliary system are considered one of the significant components of gastrointestinal tract (GIT) pathologies in children. According to various studies, biliary tract dysfunction (BTD) is recorded in 55–80% of children with GIT disorders [1, 2, 5, 6]. Over the past decade, approaches to the diagnosis and treatment of biliary system diseases, particularly BTD, have undergone substantial revision. This is primarily associated with the introduction of modern diagnostic technologies that allow for early detection of such conditions. Among biliary tract disorders in children, functional impairments (e.g., biliary dyskinesia) occupy a leading position. At the same time, the incidence of organic pathologies, particularly cholelithiasis (gallstone disease), is increasing in childhood, with the number of cases rising annually. Of particular concern are cases complicated by cholecystitis, cholangitis, and similar conditions, which represent pressing clinical challenges in pediatric practice. Unfortunately, the knowledge of pediatricians and primary health care physicians on this subject remains insufficient in some instances. Therefore, the main objective of this article is to partially bridge the existing information gap on the specified topic

Key words: children, biliary system disease, classification, diagnostics, treatment

Dolzarbligi

O‘t toshi kasalligi (xolelitiaz) kattalar va bolalar orasida keng tarqalgan patologiyalardan biri bo‘lib, dunyo bo‘yicha umumiy aholi orasida uchrash tezligi taxminan 10–20% ni tashkil etadi. Jumladan, Yaponiya va Buyuk Britaniyada bu ko‘rsatkich 10% gacha, Chiling ayrim mintaqalarida esa 80% gacha yetadi. Aholi orasida xolelitiazga chalinish holatlari, qoida tariqasida, ayollar orasida erkaklarga nisbatan 2–3 baravar yuqori qayd etiladi.

Tadqiqot maqsadi: bu esa jinsga xos gormonal, metabolik va reproduktiv omillar bilan izohlanadi. Kasallikka moyillikni baholashda “5F” formulasi keng qo‘llaniladi. Ushbu formula quyidagi omillarni o‘z ichiga oladi: Female (ayol), Fair (oq tanli), Forty (40 yoshdan katta), Fat (semizlikka moyil), Fertile (ko‘p martalik homiladorlik tarixi mavjud). Ushbu omillar xolelitiaz rivojlanishi uchun ehtimoliy xavf guruhini aniqlashda xizmat qiladi.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari orasida mamlakatimiz bolalarida xolelitiazning ulushi 1% dan ortiq. So‘nggi 10-15 yil nafaqat ushbu patologiyaning chastotasining o‘n barobar ortishi, balki uning aniq yosharishi bilan ham tavsiflanadi. Xolelitiaz hayotning ilk uch yili davomida, ayrim holatlarda esa yangi tug‘ilgan davrdan boshlab ham tashxislanishi mumkin. Ilgari surilgan ma‘lumotlarga ko‘ra, ushbu patologiya perinatal va neonatal davrda, ayniqsa, yurak-tomir, gematologik yoki endokrin buzilishlari mavjud bo‘lgan chaqaloqlarda aniqlanishi mumkin. Statistik tahlillar shuni ko‘rsatadiki, 7 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida o‘g‘il bolalarda xolelitiaz holatlari qizlarga nisbatan biroz yuqoriroq uchraydi. Biroq bu farq yosh o‘sishi bilan tenglashadi va pubertat davriga kelib, kasallik tarqalishida ayollarning ustunligi yuzaga chiqadi. 10-12 yoshga kelib, chastotasi pasayadi, balog‘at va o‘smirlik davrida qizlarda xolelitiaz bilan kasallanish o‘g‘il bolalarnikidan 2 baravar ko‘pdir [1, 6, 8].

Etiologiya

Hozirgi kunga kelib, xolelitiaz — bu o‘t pufagi va/yoki o‘t yo‘llarida toshlar (konkrementlar) hosil bo‘lishi bilan kechuvchi, o‘t tarkibidagi lipid komponentlarining sintezi, sekretsiyasi yoki transport jarayonlaridagi buzilishlar bilan bog‘liq murakkab metabolik holat sifatida talqin etilmoqda. Ushbu kasallik o‘t tizimi (biliar tizim) disfunktsiyasining bir ko‘rinishi bo‘lib, jigar, o‘t pufagi va o‘t yo‘llari o‘rtasidagi o‘zaro bog‘liqlik asosida shakllanadi. Bolalarda xolelitiazning etiologik tuzilishi ko‘p omilli

va differensial tavsifga ega bo'lib, uning rivojlanishida bir nechta asosiy patogenetik omillar ajratib ko'rsatiladi.

Material va usullar

Bular orasida metabolik buzilishlar, gemolitik sindromlar, irsiy fermentopatiyalar, ozuqaviy disbalans va o't yo'llarining rivojlanish nuqsonlari alohida ahamiyat kasb etadi.

Xolelitiaz rivojlanishiga ta'sir ko'rsatuvchi etiologik va predisponiruvchi omillar quyidagicha tasniflanadi:

1. **Genetik omillar:**
 - Irsi moyillik (ayrim HLA genotiplari: HLA-B12, B18, A9, A11, A26, Cw3, Cw4).
2. **Gemolitik kasalliklar:**
 - Uzoq muddatli gemoliz bilan kechuvchi gemolitik kasalliklar (masalan, talassemiya, sferotsitoz).
3. **O't tizimi va ichaklarning anatomik-anomaliyalari:**
 - O't yo'llarining tug'ma anomaliyalari;
 - Duodenum (o'n ikki barmoqli ichak)ning disfunktsiyasi, xususan, duodenostaz;
 - Ileotsekal sohadagi patologiyalar, shu jumladan Kron kasalligi (terminal ileit);
 - Surunkali ich qotishi;
4. **Moddalar almashinuvi buzilishlari:**
 - Lipid almashinuvi buzilishi (dislipidemiya, ortiqcha tana vazni, semizlik);
 - Endokrin kasalliklar (gipotiroidizm, insulin rezistentligi, giperinsulinemiya);
 - Uzoq muddatli parenteral ovqatlantirish;
 - Keskin tana massasi yo'qotilishi.
5. **Ovqatlanish bilan bog'liq omillar:**
 - Parhezda biologik faol moddalarning, xususan, taurin, vitaminlar, sabzavotlar, mevalar yetishmasligi;
 - Ko'p miqdorda uglevodlar, yog'lar, yengil hazm bo'ladigan oqsillar va konservantlar iste'moli;
 - Erta yoshda sun'iy oziqlantirishga o'tkazilgan chaqaloqlarda metabolik moslashuv buzilishi.
6. **Hayot tarzi va tashqi muhit omillari:**
 - Betartib ovqatlanish rejimi, kundalik ruxsat etilmagan tartibsizlik;
 - Gipotoniya va jismoniy faollikning kamayishi (masalan, ko'p vaqt mobil gadjetlar bilan o'tkazilishi);
 - Atrof-muhitning noqulayligi;
 - Zararli odatlar: chekish, spirtli ichimliklar iste'moli va psixoaktiv moddalarni suiiste'mol qilish.

Patogenez

O't pufagida hosil bo'lgan toshlar an'anaviy ravishda "xolesterin" va "pigment" toshlariga bo'linadi. Ikkinchisi, o'z navbatida, "qora" va "jigarrang" ga bo'linadi.

1. Xolesterin tosh hosil bo'lishining patogenezi

Oddiy safroda xolesterin erigan holatda bo'ladi. Safro kislotalari — xolat, deoksixolat va xenodeoksixolatlar, shuningdek, fosfolipidlar (asosan fosfatidilxolin — letsitin) ichakda xolesterin bilan birga mitsellalar deb ataluvchi eruvchan komplekslar hosil qiladi. Aynan ushbu tuzilmalar xolesterinning safro bilan ajralib chiqishini ta'minlashda va uning cho'kindi hosil qilib to'planib qolmasligini oldini olishda muhim biologik rol o'ynaydi. So'nggi yillarda safroda ko'p miqdorda xolesterinni bog'lashga qodir "lipid pufakchalari" mavjudligi isbotlangan [1, 3, 4, 6, 7, 8].

Safroda ushbu komponentlarning konsentratsiyasi kamaygan taqdirda, xolesterinning cho'kishi va uning kristallanishi uchun sharoitlar yaratiladi. Toshlarning paydo bo'lishida ma'lum bir ahamiyatga ega bo'lib, dastlab safroda xolesterin konsentratsiyasi ortib boradi, bu semirish, diabetes mellitus, erta homiladorlikda yuzaga keladi. Giperkolesterolemianing konjenital variantlari ham tasvirlangan [2].

Safro toshlari hosil bo'lishi patogenezi infeksiya omil muhim patogenetik faktor hisoblanadi. Mikroorganizmlar safro yo'llariga kirib borgach, ular ta'sirida fosfolipaza A fermenti faollashadi. Bu ferment letsitinni lizofosfatidilxolingacha gidrolizlaydi, natijada safro kollodi strukturasi buziladi va xolesterinning kristallanishiga zamin yaratiladi. Ushbu jarayon safro litogenligini kuchaytirib, tosh hosil bo'lishi xavfini oshiradi. Olingan lizoletsitin xolesterinni etarli darajada bog'lashga qodir emas. Litogenez jarayonida o't pufagida (GB) suvning so'rilishi ortadi va tuzlarning konsentratsiyasi oshadi kolestaz, katta ahamiyatga ega. GB va safro yo'llarining

yallig'lanishi xolelitiyoz xavfini sezilarli darajada oshiradi. Shu bilan birga, safroda safro kislotalarining konsentratsiyasi ularning so'rilishi natijasida keskin kamayadi. Bundan tashqari, yallig'langan shilliq qavat juda ko'p protein va kaltsiy tuzlarini chiqaradi.

2. Pigment (bilirubin) toshlarining paydo bo'lishining patogenezi

Kalsiyli bilirubin toshlari, odatda, o't pufagida endogen β -glyukuronidaza fermenti ta'sirida konjugatsiyalangan bilirubinning gidrolizlanishi natijasida erkin bilirubin ajralib chiqib, kalsiy ionlari bilan birikib erimaydigan cho'kindilar hosil qilishi va ularning safroda to'planishi oqibatida shakllanadi. Konjugatsiyalangan bilirubinning ortiqcha chiqishining ikkita asosiy sababi bor: tomir ichidagi gemoliz va bilirubinning intrahepatik aylanishi (Kron kasalligida, o't pufagi fibrozi va boshqalarda).

"Jigarrang" (aralash) toshlar o't yo'llarining har qanday joyida, ko'pincha anaerob bakteriyalar bilan infeksiya tufayli paydo bo'lishi mumkin. Ularning shakllanish mexanizmi ancha murakkab hisoblanadi [1, 3, 4, 6].

Patologik anatomiyasi

Kattalar orasida o't pufagida toshlar aniqlanganda eng ko'p qo'yiladigan tashxislardan biri bu kalkulyoz xoletsistit hisoblanadi. Pediatrik amaliyotda esa "o't tosh kasalligi" tashxisi nisbatan yuqori aniqlanish darajasiga ega bo'lib, ko'pincha o't pufagida tosh mavjudligi fonida uning devorida yallig'lanish belgilarisiz holat nazarda tutiladi. Biroq, so'nggi yillardagi morfologik tadqiqotlar ushbu yondashuvga tuzatish kiritdi: bolalarda aniqlangan tosh shakllanishi holatlari ko'p hollarda turli darajadagi xoletsistit, ya'ni o't pufagi devorida yallig'lanish jarayonlari mavjudligi bilan birga kechishini isbotladi [1, 2].

Bolalarda o't pufagi devorida kechuvchi yallig'lanish jarayonining yetakchi mexanizmlaridan biri — fibroblastlar proliferatsiyasining susayishi, kollagen tolalarining yetuk shakllari (I va III tip) sintezining ortishi, lamina propria va mushak qatlamida distrofik-fibrotik o'zgarishlar hamda mikrotsirkulyatsiya buzilishlari natijasida yuzaga keladigan ishemiya fonida yallig'lanishning surunkalashuviga olib keluvchi sklerotik jarayonlarning faollashuvidir.

Tasniflash

2002 yilda Rossiya Gastroenterologiya ilmiy-tadqiqot instituti tomonidan xolelitiyozning rivojlanish mexanizmlari va klinik shakllarini aks ettiruvchi yangi, zamonaviy klassifikatsiya ishlab chiqilgan [6].

Xolelitiyozning klinik-patogenetik bosqichlari quyidagicha:

I bosqich – boshlang'ich (toshdan oldingi) davr:

- A) qalinlashgan, geterogen safro (biliar litogenostning ortishi);
- B) mikroskopik cho'kindilar: mikrolitlar, "loy" sindromi (macunga o'xshash safro) va ularning kombinatsiyalari.

II bosqich – tosh hosil bo'lish davri:

- A) Lokalizatsiyasiga ko'ra: o't pufagida, jigar ichki yo'llarida, umumiy o't yo'lida;
- B) Toshlar soniga ko'ra: yakka (solitar), ko'p sonli;
- C) Kimyoviy tarkibiga ko'ra: xolesterinli, pigmentli, aralash;
- D) Klinik kechishiga ko'ra:
 - a) yashirin shakl (asimptomatik),
 - b) klinik belgilar mavjud bo'lgan shakllar:
 - tipik biliar kolika bilan kechuvchi og'riqli forma;
 - dispeptik shakl (ko'ngil aynishi, meteorizm, beqaror najas bilan);
 - atipik shakllar (boshqa gastroenterologik yoki nevrologik kasalliklar niqobi ostida).

III bosqich – surunkali takrorlanuvchi kalkulyoz xoletsistit bosqichi.

IV bosqich – asoratli holatlar bosqichi (xolangit, obturatsion sariqlik, pankreatit, perforatsiya, peritonit va h.k.).

Klinik manzara

So'nggi klinik kuzatuvlarga ko'ra, bolalarda aniqlanayotgan xolelitiyoz holatlarining yarmidan ko'pi (65% gacha) kasallikning I va II bosqichlariga to'g'ri keladi. Ushbu bosqichlarda o't toshlari odatda asimptomatik kechib, ularga odatda ultratovush tekshiruvlari vaqtida tasodifan aniqlanadi.

Klinik ko'rinish bosqichi turli intensivlikdagi o'tkir yoki zerikarli qorin og'rig'ining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Lokalizatsiya nuqtai nazaridan, epigastriumda, piloroduodenal zonada, kindik

zonasida va o'ng hipokondriumda og'riqlar ustunlik qiladi .

Maktabgacha yoshdagi bolalar va boshlang'ich sinf o'quvchilari ko'pincha kindik atrofida lokalizatsiyalangan yoki diffuz xarakterga ega qorindagi noaniq og'riqlardan shikoyat qiladilar. O'rta maktab yoshidagi bolalarda esa epizodik ravishda epigastral soha hamda piloroduodenal zonada og'riq sindromi kuzatiladi.. Xolelitiyozli kattalar uchun xos bo'lgan o'ng hipokondriumdagi og'riq, asosan, balog'at yoshidagi bolalarda aniqlanadi [1].

Og'riq sindromining tabiati asosan o't pufagidagi toshning lokalizatsiyasi bilan belgilanadi. Ma'lumki, siydik pufagining pastki qismi eng kam sezgir ("jim zona") va shuning uchun bu joyda joylashgan toshlar ko'pincha og'riq keltirmaydi. Toshlar siydik pufagining tanasida lokalizatsiya qilinganida, og'riq sindromi o'rtacha darajada.

Bolalarda xolelitiyoz klinikasida toshlarning harakatchanligi muhim ahamiyatga ega: yirik va harakatsiz toshlar o'ng yuqori kvadrantda sust og'riq bilan namoyon bo'lsa, mobil toshlar o'tkir, noaniq og'riqlarga sabab bo'ladi. Shu bilan birga, faqat xolestatik shikoyatlar kam uchraydi, ko'plab holatlarda oshqozon-ichak kasalliklariga xos simptomlar bilan aralashgan klinik manzara kuzatiladi.

Tashxislash

Birinci diagnostik qadamlardan biri bu — xolelitiyoz va urolitiyozga oid irsiy moyillikni aniqlashga qaratilgan to'liq va tizimli yig'ilgan anamnezdir. Shu bilan birga, ob'ektiv tekshiruv vaqtida barcha bemorlarda aniq klinik belgilarni kutish noto'g'ri bo'lib, ularning ko'pchiligi minimal yoki noxususiy bo'lishi mumkin. Qorin sohasini palpatsiya qilishda epigastral va o'ng qovurg'a osti sohasida og'riq, o't pufagiga xos simptomlarning ijobiylik (Kera, Ortner, Murphy belgilarining mavjudligi) aniqlanishi mumkin. Ba'zi holatlarda jigar pastki chegarasi 1–2 sm ga siljishi mumkin, bu esa o't tizimi bilan bog'liq ikkilamchi o'zgarishlarni ko'rsatadi. Ushbu belgilarning zo'ravonligi ko'p jihatdan safro chiqishi buzilishi darajasiga bog'liq .

Ikkinchidan: Bolalarda xolelitiyozni tashxislashda laboratoriya diagnostika usullari hal qiluvchi ahamiyatga ega emas. Qonda gamma-glutamiltanspeptidaza (GGT), ishqoriy fosfataza (ALP), konjugatsiyalangan bilirubin va triglitseridlar darajasining oshishi xolestazning muhim laborator belgilari hisoblanib, ayrim holatlarda umumiy lipidlar miqdorining nisbiy pasayishi ham yog' almashinuvining buzilishi bilan bog'liq holda kuzatilishi mumkin. Tosh hosil bo'lishining genezini aniqlashtirish uchun yashirin gemoliz belgilarini aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Uchinchidan: ultratovush tekshiruv bolalarda ham, kattalarda ham xolelitiyozni tashxislashda haqli ravishda skrining usuli hisoblanadi. O't pufagidagi toshlarni aniqlashda ultratovush tekshiruvining sezuvchanligi o'rtacha 97% ni tashkil etadi, akustik soya belgisi aniqlanganda esa bu ko'rsatkich 99% gacha oshadi [1, 6, 7].

Natija va tahlillar

Ultratovush tekshiruvlarida o't pufagidagi toshlar turli shakl va o'lchamdagi yaltirab ko'rinadigan zich struktura sifatida aniqlanadi. Ular odatda pastga cho'kadi, ammo ichida gaz yoki xolesterin ko'p bo'lsa, suzuvchi holatda ham bo'lishi mumkin. Toshlarning akustik soyasi ularning tarkibiga bog'liq: xolesterinli toshlar soyasiz, kaltsiy esa soya bilan ko'rinadi. O't pufagi to'liq toshga to'lgan bo'lsa, ichki ko'rinish yo'qoladi. Ba'zan toshlar harakatlanadi, ba'zan esa bo'yintiqda tiqilib, o'z joyidan siljmaydi. Bu holat xolestatik loysa fonida ham yuz beradi.

Bolalarda tosh juda kamdan-kam hollarda o't pufagi devoriga o'rnatiladi. O't pufagining devorida giperexokik shakllanish aniqlanganda , tosh va polip o'rtasida differentsial diagnostika o'tkazish kerak. Ikkinchi turdagi holat — bu o't pufagining giperplastik xolesterinozi bo'lib, u devor qatlamlarida triglitseridlar va xolesterinning ortiqcha to'planishi natijasida rivojlanadi [6,7]. Xolesterinli polip, odatda, o't pufagida 2–5 mm o'lchamdagi bitta, aniq konturlarga ega bo'lgan va devorga mahkam birikkan giperexokik shakllanish sifatida namoyon bo'ladi. U odatda akustik soya hosil qilmaydi, ammo kam hollarda kaltsifikatsiya mavjud bo'lsa, yengil akustik yo'l kuzatilishi mumkin. Bolalarda polip va toshlarning kombinatsiyasi juda kam uchraydi, biroq bunday holatlar, odatda, jarrohlik aralashuvini talab qiladi.

To'rtinchidan, o'ng qovurg'a osti sohasida joylashgan radiopak toshlarni aniqlashda eng ko'p qo'llaniladigan usullardan biri bu — qorin bo'shlig'ining standart rentgenogrammasidir. Toshlarning rentgen kontrasti, avvalo, ularning kimyoviy tarkibidagi kaltsiy miqdoriga bog'liq bo'ladi. Xususan, xolesterinli toshlar odatda rentgen tasvirida aks etmaydi yoki faqatgina noaniq, xira soya ko'rinishida

namoyon bo'ladi. Aksincha, kaltsiy bilirubinat yoki aralash (xolesterin-pigment-kaltsiy) tarkibidagi konkrementlar esa rentgenogrammalarda aniq va ravshan ko'rinadi.

Beshinchidan : kompyuter tomografiyasi hatto diametri 1-2 mm gacha bo'lgan kichik toshlarni (asosan kaltsiy toshlarini) vizualizatsiya qilish imkonini beradi. Biroq, tarkibida kaltsiy bo'lmagan "yumshoq" toshlar faqat kontrast agent kiritilgandan keyin ingl. Toshning o'lchami 5 mm dan ortiq bo'lsa, uning tuzilishini tasvirlash mumkin. Ko'proq ma'lumotli tekshirish usullari, ayniqsa jigardan tashqari o't yo'llarining o'tkazuvchanligini baholash uchun spiral kompyuter tomografiyasi va magnit-rezonans xoleografiyasi [3, 4].

Oltinchidan, xoledoxolitiyani aniqlashda diagnostikaning "oltin standarti" — endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXP) hisoblanadi. Ushbu usul safro yo'llarining to'liq vizualizatsiyasini ta'minlansa-da, invaziv xarakterga ega bo'lgani sababli bir qator asoratlar rivojlanish xavfi yuqoriligi bilan ajralib turadi [3].

Faol davolashni boshlashdan oldin, shifokor operatsiyaga ehtiyoj bor-yo'qligini baholashi kerak. Agar bola o't pufagida tosh bo'lishiga qaramay, kasallik alomatlari kuzatilmasa, jarrohlik aralashuv tavsiya etilmaydi. Bu yondashuv aniq ilmiy asosga ega bo'lmasa-da, amaliyotda ehtiyotkorlik tamoyiliga asoslanadi.

Xolelitiyoz bilan kasallangan bemorlarni konservativ usulda davolash tarafdorlarining asosiy dalillari quyidagicha umumlashtiriladi:

- Jarrohlik aralashuv davomida, shuningdek, operatsiyadan keyingi davrda asoratlar rivojlanish xavfi mavjud;
- Xolelitiyozdan keyin ham litogenezga moyillik saqlanib qolishi mumkin bo'lganligi sababli, intraduktal konkrementlar shakllanishi ehtimoli istisno etilmaydi.
- xolelitiyoz natijasida gepatobiliar tizimda bosimni tartibga solishning buzilishi tufayli safro hosil bo'lishi va safro sekretsiyasi jarayonlarining neyrohumoral regulatsiyasi buzilishi mumkin ;
- postxolelitiyoz sindromi (PCS) rivojlanish ehtimoli yuqori ;
- balog'at yoshida xolelitiyoz o'tkazishda operatsiyadan keyingi davrning ma'lum bir noqulay kechishi xavfi mavjud ;
- xolelitiyoz tosh hosil bo'lishining sababini (gepatotsitlar tomonidan litogen safro sintezi) bartaraf eta olmaydi [1, 2].

Agar bemor bolani konservativ davolashga yo'naltirish to'g'risida qaror qabul qilinsa, asosiy vazifa individual tarzda tuzilgan parhez rejimini ishlab chiqishdan iborat bo'ladi. Amaliyotda keng qo'llaniladigan "5-sonli parhez jadvali" asosida sabzavotlar, mevalar va xun tolalariga boy funksional oziq-ovqat mahsulotlarini, shu jumladan ich qotishining oldini olishga qaratilgan qo'shimchalarni ratsionga kiritish tavsiya etiladi. Shuningdek, bolalar ratsioniga yo'g'on ichak mikrobiotsenozining holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan mahsulotlar — masalan, fermentatsiyalangan sut mahsulotlari (Bifidok, Bifilife, Acidophilus va boshqalar) hamda prebiyotik xususiyatga ega biologik faol qo'shimchalar (masalan, Eubikor)ni kiritish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Davolash rejimining umumiy jihatlari orasida uzoq tanaffuslarsiz muntazam ovqatlanish, jismoniy faoliyatni o'rtacha cheklash (lekin to'liq taqiqlash emas), bolaning yoshiga mos yetarli uyqu bilan kun tartibiga rioya qilish, psixo-emotsional zo'riqlardan himoya qiluvchi rejim va boshqalar alohida ahamiyatga ega. Litolitik terapiya (toshlarni eritish) zarurmi?

Bu savolga ijobiy javob faqat quyidagi shartlar bajarilgan taqdirda mumkin:

1. Bemor bolada "yumshoq", rentgen-salbiy (radiolusent) toshlar (asosan xolesterin toshlari) aniqlanganda.
2. Toshlar diametri 10 mm dan oshmasligi kerak.
3. Toshlar o't pufagida joylashuvi (toshlar faqat o't pufagi ichida bo'lishi kerak, umumiy o't yo'lida emas).
4. Kichik toshlar mavjud bo'lsa, ular o't pufagi hajmining yarmidan ko'pini egallamasligi kerak (bu o't pufagining funksional holatini saqlab qolish uchun muhim).
5. O't pufagining qisqarish qobiliyati va o't yo'llarining o'tkazuvchanligi (ochiq bo'lishi) saqlangan bo'lishi shart.
6. Ota-onalarning xohishi va moddiy imkoniyatlari mavjud bo'lishi, chunki davolanish uzoq muddatli va moliyaviy jihatdan qimmat bo'lishi mumkin.

Litolitik terapiyaning asosiy qarshi ko'rsatmalari. Muammoni qarama-qarshi tomondan ko'rib chiqsak, toshlarni dorivor yo'l bilan eritishning (litolitik terapiya) asosiy kontrendikatsiyalarini (qarshi ko'rsatmalarini) sanab o'tishimiz mumkin:

1. **"Zich", rentgen-musbat (radiopak) toshlar** (masalan, kalsiy o'z ichiga olgan toshlar).
2. Toshlarning diametri **20 mm dan ortiq** bo'lishi.
3. **"Ajralgan" o't pufagi** (funktional faoliyati yo'qolgan o't pufagi).
4. **O'tkir xolesistoxolangit** (o't pufagi va o't yo'llarining o'tkir yallig'lanishi).
5. **Surunkali pankreatit** (oshqozon osti bezi yallig'lanishi).
6. **Surunkali gepatit** (jigar yallig'lanishi).
7. **O'n ikki barmoqli ichak yarasi** va boshqa hazm tizimi kasalliklarining kuchayish davri.

Xolelitiyani "toshdan oldingi" biliar bosqichda aniqlash muhim klinik vazifa hisoblanadi. Adabiyotlarda qayd etilishicha, o'z vaqtida parhezni to'g'rilash, litolitik terapiya, shuningdek, antispazmodik va xoleretik preparatlarni qo'llash safro loyqalanishi (biliary sludge) holatining 70% dan ortiqida to'liq rezorbsiyasiga olib keladi. Shunga qaramay, pediatr amaliyotida bu bosqichda tashxis qo'yish tashkiliy jihatdan muayyan murakkabliklarni keltirib chiqaradi, chunki klinik simptomlarning aniq ifodalangan bo'lmasligi sababli bunday holatlar ko'pincha aniqlanmay qoladi.

Litolitik dori vositalari cheklangan bo'lib, ularning asosiy vakili ursodeoksixol kislotasi (UDCA) va uning hosilalaridir, ulardan keng qo'llaniladigani "Ursolfalk" preparatidir. UDCA quyidagi kompleks terapevtik ta'sirga ega:

- Antixolestatik — intrahepatik xolestazning intralobulyar va duktal shakllarini bartaraf etadi;
- Litolitik — o't pufagidagi xolesterinli toshlarni parchalaydi va yangi konkrementlar hosil bo'lishining oldini oladi;
- Gipoxolesterinemik — qondagi xolesterin kontsentratsiyasini pasaytiradi;
- Gepatoprotektiv va antioksidant — gepatotsitlarni toksik ta'sirlardan himoya qiladi;
- Membranani barqarorlashtiruvchi — hujayra membranalarining strukturaviy yaxlitligini saqlab qoladi;
- Sitoprotektiv — o't yo'llari va me'da-ichak epiteliysini lipofil safro kislotalarining sitotoksik ta'siridan himoya qiladi;
- Antifibrotik — jigar fibrozining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi;
- Immunomodulyator — autoimmun yallig'lanish reaksiyalarini pasaytiradi;
- Antioksidant — jigar va o't yo'llari hujayralarini oksidlovchi stressdan himoya qiladi [1, 3, 4].

Ursolfalk preparati odatda bolalarga tana vazniga qarab 10 mg/kg kunlik dozada buyuriladi. Ayrim hollarda, masalan, mukovistsidoz yoki neonatal xolestaz sindromi mavjud bo'lgan bemorlarda dozani 15 mg/kg gacha oshirish mumkin. Davolashning uzluksiz kursi odatda 6 oydan 24 oygacha davom etadi, bu bemorning klinik holatiga qarab belgilanadi. Ursolfalkning standart qabul shakli — 250 mg faol modda (ursodeoksixol kislotasi) saqlovchi kapsulalardir, ular bolalarda yosh va tana vazniga qarab shifokor tomonidan moslashtirilgan dozada buyuriladi.

Ursodeoksixol kislota (UDCA) bilan davolanayotgan bemorlarda aminotransferazalar darajasi va xolestaz laborator ko'rsatkichlarini dastlab har oyda, keyinchalik har 3 oyda bir marta nazorat qilish tavsiya etiladi. Ultrasonografik tekshiruv esa har 6 oyda bir marotaba o'tkazilishi lozim. Davolashning muhim baholov bosqichi — bu 12 oylik davrdir. Agar bu muddat davomida ijobiy klinik va laborator dinamika qayd etilmasa, konservativ davoni to'xtatish maqsadga muvofiq bo'ladi. Aksincha, agar konkrementlarning erishi kuzatilsa, UDCA bilan terapiya qo'shimcha 3 oy davomida davom ettirilishi lozim.

Xolelitiyaning toshdan oldingi (biliar sludge) bosqichida UDCA preparatlariga qo'shimcha tarzda yengil xoleretik, antispazmodik va hepatoprotektiv xususiyatlarga ega kombinatsiyalangan vositalar qo'llaniladi. Hozirgi klinik amaliyotda Galstena, Hofitol, Odeston va Gepabene kabi preparatlar keng qo'llanilmoqda. Ular odatda yiliga 2–3 marotaba, 3–4 haftalik puls-kurslar tarzida buyuriladi. Xolekinetik vositalarni (o't pufagini qisqartiruvchi dorilarni) xolelitiyaning shakllangan bosqichida qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki bu holda toshlarning pufak bo'yni yoki umumiy o't yo'lga siljib ketishi, o'tkir og'riq xurujlari va o't yo'llarining tiqilib qolish ehtimoli ortadi, bu esa shoshilinch jarrohlik aralashuvini talab qilishi mumkin.

Xolelitiaz bilan ogʻrigan bolalarni kompleks konservativ davolashda ichak mikrobiotsenozini tiklash maqsadida pro- va prebiotik biopreparatlar, ich qotishining oldini olish uchun xun tolasi (diet tolalari) asosidagi preparatlar, shuningdek, zaruratga koʻra turli farmakologik guruhlarning antispazmodiklari (ayniqsa, ogʻriq sindromi qayta-qayta namoyon boʻlsa) buyuriladi. Oshqozon osti bezining eksokrin yetishmovchiligi mavjud boʻlsa, ferment preparatlari (masalan, pankreatin asosidagi vositalar) qoʻllanilishi mumkin.

Agar oʻt pufagida faol yalligʻlanish belgilarining mavjudligi yoki operatsiyadan oldingi davrda yalligʻlanish xavfi aniqlansa, antibakterial terapiya koʻrsatmalar asosida tavsiya etiladi.

L.A. Xaritonova (2012) maʼlumotlariga koʻra, litolitik terapiya umumiy holatda 15% dan ortiq samaradorlikka ega emas. Biroq, ursodeoksixol kislotasi (UDCA, masalan, Ursofalk) preparatini qabul qilish boʻyicha barcha klinik tavsiyalarga rioya etilgan taqdirda, davolash samaradorligi sezilarli darajada ortishi mumkin.

Agar oʻt pufagida yoki oʻt yoʻllarida radiopak, asosan bilirubinning kalsiyli birikmalaridan tashkil topgan toshlar aniqlansa, litolitik terapiya samarasiz hisoblanadi. Bunday hollarda xolelitiyozni bartaraf etishning yagona samarali usuli — bu jarrohlik aralashuvdir. Shuningdek, litolitik terapiyaning muvaffaqiyatsiz natijasi kuzatilgan hollarda ham operativ davolash asosiy tavsiya etiladigan usul boʻlib qoladi.

Xolelitiazni jarrohlik usuli bilan davolash tarafdorlarining asosiy dalillari quyidagilardan iborat:

- Oʻt pufagida konkrementlarning uzoq muddat saqlanishi fonida devor strukturasi yalligʻlanish-distrofik oʻzgarishlar, shu jumladan perixolecistit rivojlanadi, bu esa keyinchalik amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuvni murakkablashtiradi;
- Xolelitiaz bilan ogʻrigan bolalarda koʻpincha oʻt pufagi va oʻt yoʻllarining tugʻma anatomik anomaliyalari aniqlanadi hamda oʻtning reologik xossalari buzilgan boʻladi, bu holat konservativ yondashuvning samaradorligini keskin pasaytiradi;
- Ayrim bemorlarda konservativ litolitik terapiyani qoʻllash imkoniyatini cheklovchi holatlar (masalan, allergik reaksiyalar, metabolik sindrom, jigar yetishmovchiligi) mavjud boʻlishi mumkin;
- Litolitik preparatlar bilan davolash oʻtkazilgan hollarda ham bemorlarda faqat kichik foizda toʻliq yoki qisman litoliz (toshlarning erishi) kuzatiladi;
- Murakkab kechuvchi xolelitiaz (masalan, koledoxolitiaz, xolelitsistit, pankreatit, oddi disfunktsiyasi) rivojlanish xavfi yuqori;
- Xolelitsistektomiyadan soʻng oʻt kislotalarining enterohepatik aylanishi tezlashadi, bu esa safroning litogenlik indeksini kamaytiradi va yangi toshlar hosil boʻlishining oldini oladi.

Xulosa qilib aytganda, har bir klinik holatda optimal davolash strategiyasini ongli ravishda tanlash uchun mavjud konservativ va jarrohlik yondashuvlarning afzallik va kamchiliklarini chuqur baholash lozim. Hozirgi kunda bolalar amaliyotida eng koʻp qoʻllaniladigan jarrohlik usul bu — laparoskopik xolelitsistektomiya boʻlib, u past invazivlik darajasi, qisqa tiklanish davri va minimal travmatiklik bilan ajralib turadi. Shu bilan birga, ayrim mualliflar tomonidan tavsiya etilgan laparoskopik xolelitolitotomiya usuli bolalarda nojoʻya taʼsirlar va kasallikning takrorlanish xavfi yuqoriligi tufayli amaliyotda keng qoʻllanilmaydi.

A.M. Zaprudnov va L.A. Xaritonova (2012) maʼlumotlariga koʻra, 12 yoshgacha boʻlgan bolalarda xolelitiazni jarrohlik yoʻli bilan davolash ustuvor yoʻnalish hisoblanadi. Operatsiyadan soʻng bemorlarga 2 yilgacha davom etadigan litolitik preparatlar bilan qoʻllab-quvvatlovchi terapiya tavsiya etiladi.

Aksincha, 12 yoshdan oshgan bolalarda konservativ yondashuv birinchi tanlov usuli sifatida qoʻllaniladi, jarrohlik aralashuv esa faqat safro kolikasi rivojlangan holatlarda koʻrib chiqiladi. Bunday yoshga oid farqlash, balogʻat yoshidagi bolalarda operatsiyadan keyingi asoratlarning nisbatan yuqoriligi bilan izohlanadi.

Tadqiqotimizning asosiy maqsadi oʻt-tosh kasalligini (xolelitiaz) davolashda qoʻllaniladigan konservativ va jarrohlik usullarining samaradorligini baholashdan iborat. Shuningdek, bizning oldimizga xolelitiaz rivojlanish xavfi yuqori boʻlgan bolalarda profilaktika va davolash choralari kompleks dasturini ishlab chiqish vazifasi qoʻyilgan edi.

Mazkur tadqiqotga 2022–2025-yillar davomida Buxoro viloyati bolalar koʻp tarmoqli tibbiyot markazida koʻrikdan oʻtgan va statsionar davolanish olgan jami 42 nafar bemor jalb etildi.

Bemorlarning yoshi 2 yoshdan 17 yoshgachani tashkil etdi. Jinsiy taqsimotga ko'ra, ulardan 16 nafari o'g'il bolalar va 26 nafari qiz bolalar edi. Tadqiqotning klinik bazasi rahbari sifatida bosh shifokor M. Amonov mas'ul hisoblanadi.

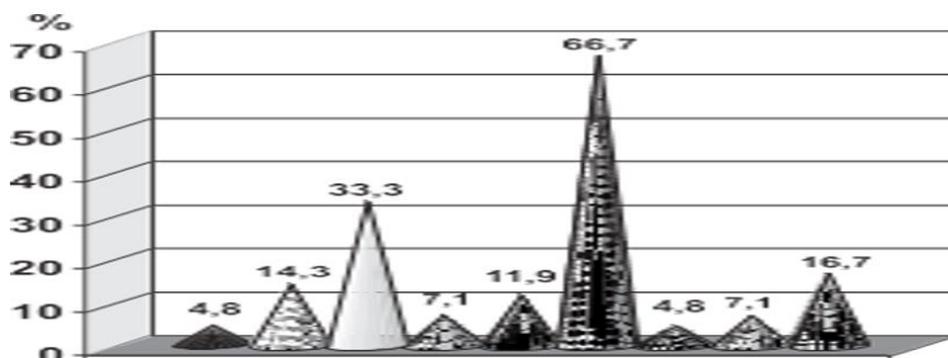
Bemorlarning yarmidan ko'pida, aniqrog'i 59,4% hollarda, kasalxonaga yotqizilishga sabab bo'lgan asosiy shikoyat qorin sohasida takrorlanuvchi, patognomonik simptomlarsiz kechuvchi og'riqlar bo'lgan. Ushbu holatlarda differensial diagnostika maqsadida ba'zida o'tkir jarrohlik patologiyalarini inkor etish zarurati yuzaga kelgan. Tadqiqotdagi 8 nafari (19,1%) bemorda klassik biliar kolika klinikasi kuzatilgan. Bundan tashqari, 2 nafari bemorda o't pufagi toshlari pankreatik simptomlar va tegishli laborator ko'rsatkichlar bilan birgalikda kechgan.

Boshqa bemorlarda surunkali fon kasalliklari (jumladan, allergik kasalliklar, mukovistsidoz, tug'ma yurak nuqsonlari, gematologik patologiyalar va boshqalar) mavjud bo'lib, ularda xolelitiaz (o't-tosh kasalligi) odatda qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi (UTT) jarayonida tasodifiy topilma sifatida aniqlangan. Bu holat kasallikning latent (yashirin) kechishini va boshqa sabablar bilan bog'liq tekshiruvlar chog'ida aniqlanishini ko'rsatadi.

Tadqiqotga jalb qilingan barcha bemorlar standart klinik va laborator skrining (umumiy qon va siydik tahlillari), ultratovush tekshiruvi (UTT) va endoskopik fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) muolajalaridan o'tkazildi. Bundan tashqari, rentgen-musbat (radiopak) toshlarni aniqlash maqsadida qorin bo'shlig'ining, xususan o'ng qovurg'a osti sohasi (gipoxondrium) ning ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkazildi. Shu bilan birga, xolestaz (o't dimlanishi) va yashirin gemoliz (eritrotsitlarning parchalanishi) belgilarini aniqlash uchun keng qamrovli biokimyoviy qon tahlili o'tkazildi. Giperbilirubinemiya, sariqlik, jigar transaminazalari darajasining oshishi va/yoki anamnezda giperamilazemiya epizodlari qayd etilgan bemorlarga magnit-rezonans xolangiopankreatografiya (MRXPG), alohida klinik holatlarda esa endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG) muolajalari bajarildi.

Tadqiqotimiz natijalariga ko'ra, xolelitiaz rivojlanishining ehtimoliy xavf omillari orasida irsiy moyillik muhim o'rin tutadi. Anamnestik ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarning 66,7% ida bu patologiya eng yaqin qarindoshlarida tashxis qilingan, bu esa kasallikning oilaviy xususiyatiga ishora qiladi. Shuningdek, quyidagi omillar aniqlandi: o't pufagi shaklidagi anomaliyalar: bemorlarning 33,3% ida o't pufagining doimiy deformatsiyalari (ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra) qayd etilgan. Gemolitik holatlar: turli etiologiyaga ega gemolitik holatlar bemorlarning 14,3% ida kuzatilgan.

Aksariyat hollarda bir bemorda bir nechta xavf omillarining kombinatsiyasi (birgalikda uchrashi) qayd etilgan. Shu bilan birga, ortiqcha tana vazniga ega bo'lgan bolalar tekshirilganlarning atigi 11,9% ini tashkil etdi; normal (mezomorf) somatotipli bolalar ustunlik qildi. Alohida holatlarda quyidagi kam uchraydigan omillar ham aniqlangan: uzoq muddatli parenteral oziqlanish va endokrin kasalliklar. Ikki holatda xolelitiaz mukovistsidoz (kistik fibroz) bilan og'rikan bemorlarda, uchta holatda esa tseliakiya (glyutenga tolerantlikning buzilishi) bilan kasallanganlarda kuzatildi. E'tiborlisi, 7 nafari bemorda (16,7%) xolelitiazning ehtimoliy xavf omillarini aniqlab bo'lmadi (1-rasmga qarang).

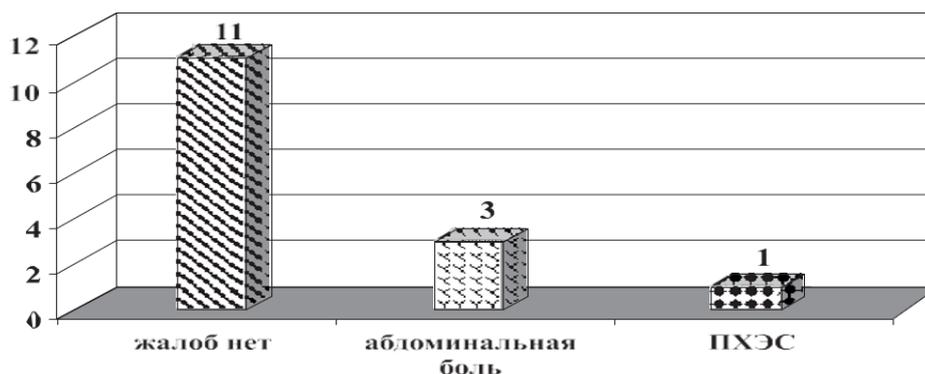


1-rasm. Bemorlarda xolelitiazning ehtimoliy xavf omillari uchrashi

Bemorlarning davolash taktikasini tanlashga differensial yondashuv qo'llandi. Bunda qorin bo'shlig'idagi og'riq sindromining og'irligi, asoratlarning mavjudligi, toshlarning soni, diametri va

joylashuvi, bemorning yoshi, shuningdek, oldingi konservativ terapiyaning tabiati va samaradorligi kabi omillar hisobga olindi. Bu yondashuv jarrohlik davolashga ko'rsatmalarni aniq belgilash imkonini berdi.

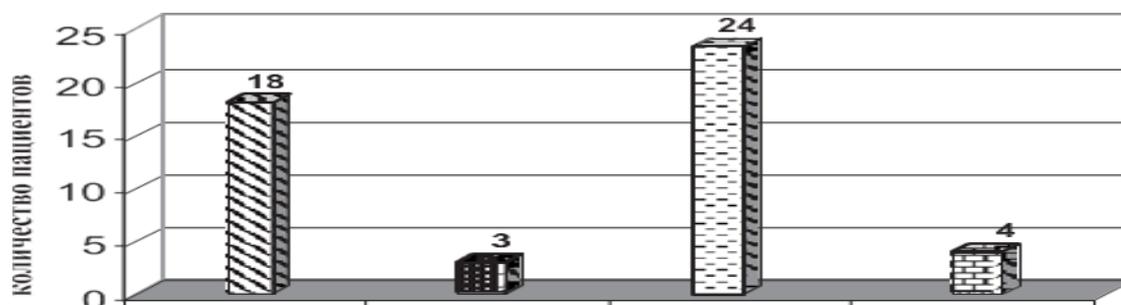
Tadqiqotimizda ishtirok etgan 42 nafar bemordan 15 nafariga laparoskopik xolesistektomiya muolajasi o'tkazildi. Qolgan 27 nafar bemorga esa konservativ terapiya buyurildi. Bu terapiya dietik tavsiyalar bilan bir qatorda quyidagi preparatlarni o'z ichiga oldi: Ursodezoksixolat kislotasi (UDCA) preparatlari (masalan, Ursofalk), antispazmodiklar (masalan, Drotaverin yoki Mebeverin), prebiotiklar va probiotiklar (ayniqsa, xun tolasini o'z ichiga olgan dorilar) hamda ferment preparatlari (masalan, Pankreatin). Ursofalk fonida dorilar ketma-ket va bir vaqtning o'zida uchta doridan ko'p bo'lmagan holda buyurildi.



2 pasm. Laparoskopiyadan o'tgan bolalarning keyingi klinik xususiyatlari xolesistektomiya

Shuni ta'kidlash joizki, xolesistektomiyadan so'ng bamma bemorlarga o'xshash konservativ terapiya buyurilib, unga xoletik (o't haydovchi) va gepatoprotektiv (jigar himoyalovchi) preparatlar ham qo'shildi. Kuzatilgan bemorlarning kuzatuv davri 6 oydan 24 oygachani tashkil etdi. Tekshiruvlar, jumladan, jismoniy tekshiruv, sitoliz va xolestaz belgilarini aniqlash, ultratovush tekshiruvi, har 3-6 oyda bir marta amalga oshirildi. Xolesistektomiya qilingan bemorlar guruhida qorin og'rig'i sindromi va dispeptik shikoyatlar (ehtimol, ovqat hazm qilish traktining boshqa qismlarining birgalikdagi patologiyasi tufayli yuzaga kelgan) uchta holatda qayd etildi. Bir bemorda postxolesistektomik sindrom (PXES) tashxisi tasdiqlandi. Qolgan hollarda operatsiya qilingan bemorlarda shikoyatlar kuzatilmadi (2-rasmga qarang).

Konservativ terapiya qabul qilgan bemorlarda asosiy klinik simptomlarning ijobiy dinamikasi ko'pchilik hollarda (91,3%) qayd etildi. Garchi litoliz (toshlarning erishi) maqsadiga faqat 3 holatda erishilgan bo'lsa-da, 4 nafar bemorda toshlar hajmining pasayishi kuzatildi. Ursodezoksixolat kislotasi (UDCA) preparatlarini qabul qilgan bemorlarning aksariyatida (82,6%) toshlarning hajmi, miqdori yoki tuzilishida sezilarli o'zgarish yoki yiriklashish qayd etilmadi. Deyarli barcha bemorlarda (88,9%) dastlabki ultratovush tekshiruvda aniqlangan **o't pufagi yoki o't yo'llaridagi "loy" (biliary sludge)**ning yo'qolishi kuzatilgan (4-rasm). Bu holat o't dimlanishi va xolesterin kristallanishining oldini olishda konservativ terapiyaning samaradorligidan dalolat beradi.



3-rasm. Xolelitiyaz konservativ terapiyasidan so'ng bolalarning klinik xususiyatlari

Xolelitiaz (o't-tosh kasalligi) bilan og'riq bolalarni davolash taktikasini tanlash qayta ko'rib chiqilgan klinik, anamnestik va laborator-instrumental ma'lumotlarning kompleks tahliliga asoslanadi va qat'iy standartlashtirilgan sxemalarga bo'ysunmaydi. Bu holat har bir bemorning individual xususiyatlarini inobatga olishni talab etadi.

Maktab yoshidagi bolalarda xolelitiazni davolashning radikal usuli hisoblangan laparoskopik xolesistektomiya, o'tning litogenlik muammosini (tosh hosil qilishga moyilligini) to'liq bartaraf etmaydi. Shu sababli, operatsiyadan keyingi davrda ursodezoksixolat kislotasi (UDCA) preparatlari (masalan, Ursolfalk) bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiyani davom ettirish zarur. Jarrohlik aralashuvi faqatgina qat'iy klinik va/yoki paraklinik ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirilishi lozim (L.A. Xaritonova, 2002 ma'lumotlariga ko'ra).

Klinik tadqiqotimiz va chuqur tahlillarimiz natijasida o't-tosh kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun aniq ko'rsatmalar belgilandi. Jumladan, o't pufagi funksiyasi buzilgan o't yo'llarining rivojlanish anomaliyalari (kompyuter tomografiyasi yoki endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya ma'lumotlari bilan tasdiqlangan holatlar) jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Shuningdek, o't pufagida faol yallig'lanish jarayoni (o'tkir xolesistit) yoki biliar pankreatit (o't yo'llari patologiyasi bilan bog'liq oshqozon osti bezi yallig'lanishi) mavjudligi ham operatsiya uchun muhim ko'rsatma hisoblanadi. O't pufagi funksiyasining sezilarli darajada buzilishi ultratovush yoki boshqa instrumental tekshiruvlar orqali aniqlanganida ham jarrohlik yo'li bilan davolash ko'rib chiqiladi. Agar ko'p sonli harakatchan (suzuvchi) toshlar mavjud bo'lsa, ayniqsa ular umumiy o't yo'lga tushib qolish xavfini tug'dirsa, operatsiya zarur bo'ladi. Diametri 1,5 sm dan ortiq bo'lgan katta toshlar ham jarrohlik uchun asosdir. Anamnezda obstruktiv sariqlik epizodlarining mavjudligi (xolelitolitiaz belgisi) operatsiya zarurligini ko'rsatadi. Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra "funktsiyasini yo'qotgan" yoki "ajralgan" o't pufagi (qisqarish qobiliyati butunlay yo'qolgan holatlar) ham jarrohlik davoni talab qiladi. Va nihoyat, konservativ terapiya fonida biliar kolika (o't sanchiqlari) hujumlarining paydo bo'lishi yoki davom etishi bu davoning samarasizligidan dalolat berib, jarrohlik aralashuvini taqozo etadi.

Yosh bolalarda o't-tosh kasalligining (xolelitiaz) yashirin (asimptomatik) shaklida, toshlarning soni, hajmi va tuzilishidan qat'i nazar, agar o't yo'llarida ultratovush tekshiruvda "biliary sludge" (o't loyi) belgilari aniqlansa, ursodezoksixolat kislotasi (UDCA) preparatlaridan foydalangan holda kompleks terapiya buyurish tavsiya etiladi. Bunday holatlarda belgilangan muddatlarda klinik, biokimyoviy va sonografik monitoring (ultratovush nazorati) muhim ahamiyatga ega.

Xolelitiaz rivojlanishi uchun xavf guruhiga quyidagi holatlar yoki kasalliklarga ega bo'lgan bolalar kiritilishi lozim:

- Uzoq davom etgan gemoliz bilan kechadigan kasalliklar (masalan, irsiy gemolitik anemiyalar).
- Xolelitiazga irsiy moyillik (oilaviy anamnezda o't-tosh kasalligi mavjudligi).
- O't pufagining qisqarish funksiyasi buzilgan o't yo'llarining tug'ma anomaliyalari (dinamik exoxolesistografiya ma'lumotlari bilan tasdiqlangan).
- Surunkali yallig'lanishli ichak kasalliklari (ayniqsa, yonbosh ichakning shikastlanishi bilan kechadigan, masalan, Kron kasalligi).
- Har xil turdagi malabsorbtsiya sindromlari (masalan, tseliakiya, mukovistsidoz).
- Anamnezda yonbosh ichak va ileotsekal burchak rezeksiyasi (jarrohlik yo'li bilan olib tashlash) amalga oshirilgan holatlar.
- Lipidlar almashinuvining buzilishi va gormonal buzilishlar.
- Gepatotoksik dorilarni uzoq muddat qo'llash.

Ushbu guruhdagi bolalar muntazam ravishda sonografik tekshiruvga (ultratovush tekshiruvi) muhtojdirlar. Bu profilaktik nazorat xolelitiazni "biliary sludge" (BS) bosqichida tashxislash imkonini beradi. Kasallikning ushbu dastlabki bosqichida UDCA preparatlari eng samarali hisoblanadi, bu esa konservativ terapiyadan maksimal terapevtik samaraga erishishga yordam beradi.

Xulosa

Ursodeoksixol kislotasi (UDCA) preparatlarini buyurish bo'yicha ko'rsatmalarni kengaytirish tavsiya etiladi. Jumladan, xolesistektomiyadan keyingi davrda safro yo'llarida tosh hosil bo'lishining oldini olish (duktal litiazni profilaktika qilish) maqsadida, shuningdek xolesistektomiyani o'tkazish imkoniyati bo'lmagan hollarda — toshlarning soni, hajmi va tuzilishidan qat'i nazar — ushbu preparatlarni qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, xolelitiaz rivojlanish xavfi yuqori

bo'lgan bolalarda, ayniqsa safro loyqalanishi (bilyer sludge) belgilari ultratovush tekshiruvlarida aniqlangan holatlarda, UDCA preparatlarini belgilangan muddatlarda klinik, biokimyoviy va sonografik nazorat ostida qo'llash tavsiya etiladi.

Xolelitiaz xavfi ostida bo'lgan bolalarni profilaktik kuzatish quyidagi sxema asosida olib borilishi mumkin: yiliga bir marta qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvini o'tkazish; agar safro loyqalanishi belgilari aniqlansa, dastlab 1 oy davomida an'anaviy xoleretik terapiya buyuriladi, so'ngra qayta sonografik baholash amalga oshiriladi. Agar loyqalanish davom etsa, UDCA preparatlari tana vazniga mos sutkalik dozada 3 oy davomida buyuriladi. Ushbu davrda har oyda qon zardobida ALT (alanin aminotransferaza) darajasi monitoring qilinadi va 3 oydan so'ng ultratovush tekshiruvi takroran amalga oshiriladi. Agar safro loyqalanish belgilarining yo'qolgani qayd etilsa, yiliga kamida bir marotaba dinamik sonografik nazorat davom ettiriladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Zaprudnov A.M., Xaritonova L.A. Bolalikdagi xolelitiozning xususiyatlari (etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishlari, diagnostikasi, davolash, oldini olish). – M., 2002 yil.
2. Bolalar gastroenterologiyasi (tanlangan bo'limlar) / A.A. tomonidan tahrirlangan. Baranov , E.V. Klimanskaya , G.V. Rimarchuk . – M., 2002 yil.
3. Ivanchenkova R.A. O't yo'llarining surunkali kasalliklari. – M.: "Atmosfera" nashriyoti, 2006 yil.
4. Ilchenko A.A. O't tosh kasalligi. - M.: Anaxarsis , 2004 yil.
5. Korovina N.A., Zaxarova I.N., Xitinskaya M.S. Bolalar va o'smirlardagi xolepatiyalar . – M.: Medpraktika , 2000.
6. Privorotskiy V.F., Luppova N.E., Rummyantseva I.V. Bolalarda o't yo'llarining kasalliklari (etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi, davolash): Darslik. - SPb.: SPbMAPO , 2004 / 2-nashr, qayta ko'rib chiqilgan va to'ldirilgan . – 77 b.
7. Pediatriyada ultratovush diagnostikasi bo'yicha klinik ko'rsatmalar / M.I. tomonidan tahrirlangan. Pykov . – M.: Vidar , 1998 yil.
8. Bolalarning oshqozon-ichak kasalliklari (patofiziologiya, diagnostika, davolash) / Ed.R. Uilli, J. S. Xyams . – 2000. – 976 b.
9. Saidova , L.B., Saidova , M.K., Mirzaeva , D.B., Quvvatov , Z.K., Ashurova , NG (2019-yil, iyul). Shoshilinch tibbiy yordam guruhi tomonidan kasalxonadan oldingi bosqichda o'tkir zaharlanish bilan og'riqan bemorlarga tibbiy yordamni optimallashtirish. Of XY xalqaro tadqiqot va amaliyot konferensiyasida Angliya, London (120-122-betlar).
10. Saidova , L.B., Saidova , MK, Shodiev , A.S., Quvvatov , Z.K., Ashurova , NG (2019). Buxoro shoshilinch tibbiy yordam markazi XY xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya Angliya toksikologiya bo'limiga ko'ra psixofarmakologik preparatlarning o'tkir zaharlari bilan yordam ko'rsatish sifatini oshirish . Jahon Fani Ishlab Chiqishlari-2019, 127.

Qabul qilingan sana 20.05.2025