



## BILIDIGESTIV OQMA NATIJASIDA O'TKIR OBTURATSION YUQORI ICHAK TUTULISHI KLINIK HOLATI

Akbarov M.M.

Shukurov A.A.

Irisov O.T.

Otamirzayev Q.A

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2-son Fakultet va gospital xirurgiya,  
transplantologiya kafedrası

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10803117>

### ARTICLE INFO

Received: 04<sup>th</sup> March 2024

Accepted: 10<sup>th</sup> March 2024

Online: 11<sup>th</sup> March 2024

### KEYWORDS

Xolesistektomiya, o'tkir ichak  
tutilishi, biliodegativ oqma,  
surunkali toshli xolesistit.  
Bouveret sindromi.

### ABSTRACT

*Biliodegativ oqma natijasida o'tkir obturatsion yuqori ichak tutilishi klinik holati bu- o't-tosh kasalligining kam uchraydigan asoratlaridan biri bo'lib, barcha o'tkir ichak tutilishlarining 0,3-2,1 %ni tashkil etadi. So'ngi vaqtlarda o't-tosh kasalligini uchrash tezligi ortib bormoqda va shunga yarasha uning asoratlarining ham uchrash tezligi ko'payib bormoqda. Ushbu holatni aniqlashni qiyinligini asosiy sababi, kasallikning atipik kechishi, instrumental va laborator tekshiruvlarni o'ziga hos bo'lmagan natijalarini berishi hamda jarrohlarning tajribasida nisbatan kam uchrashi.*

**Maqsad.** Biliodegativ oqma natijasida o'tkir obturatsion yuqori ichak tutilishini tashxislash va davolashga xirurglarning e'tiborini qaratish.

**Tadqiqot materiallari va usullari.** Ushbu maqolada Saba-Darmon klinikasining xirurgiya bo'limida aniqlangan Biliodegativ oqma o'tkir obturatsion yuqori ichak tutilishini klinik holati keltirilgan. Laparotomiya, gastrotomiya, litekstraksiya, biliodegativ oqmani bartaraf etish, xolesistektomiya, oshqozon va duodenumdagi defektlarni tikish, qorin bo'shlig'ini naychalash, nazoduodenal zondlash operatsiyalari bajarildi.

**Natijalar va muhokamalar.** Maqolada bayon etilgan bemorlar ahvoli opertasiyadan keyingi davrda yaxshi advom etdi, bemor ambulator jarroh nazoratidan chiqarilgan.

**Xulosa.** Ushbu kasallikni o'z vaqtida aniqlash va davolash hamda mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish uchun, bu kasallik haqida jarrohlarning xabardorligini oshirish zarurdir. Lekin bemorlar uchun eng muhim narsa bu o't-tosh kasalligini erta aniqlab davolashning oltin standarti sifatida laparoskopik xolesistektomiya yo'li bilan olib tashlashdir.

### Kirish.

O't tosh kasalligi-bu o't pufagi yoki o't yo'llari ichida o't toshlarining shakllanishi bilan tavsiflangan keng tarqalgan oshqozon-ichak buzilishi. **Bouveret sindromi** o't qopidagi katta toshning uzoq vaqt ezilib turishi natijasida yallig'lanish jarayoniga sabab bo'ladi, buning oqibatida o't qopi devori va ichak devori o'rtasida bitishmalar hosil bo'ladi keyinchalik bu biliodegativ oqmalarga aylanadi. Asosan o't qopi-oshqozon, o't qopi-ko'ndalang chamber ichak, o't qopi-o'n ikki barmoq ichak va o't qopi-umumiy o't yo'li oqmalari mavjud. Ba'zi hollarda, bu



oqmalar o'tkir obstruktiv ichak tutilishiga olib kelishi mumkin, ayniqsa ichakning yuqori segmentlarida, chunki safro va ovqat hazm qilish sharbatlarining oshqozon-ichak traktiga o'tishi yallig'lanish, shish va ichak bo'shlig'ining mexanik obstruktsiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Biliodegestiv oqmalar tufayli o'tkir obstruktiv ichak tutilishini tashxislash uning noyobligi va o'ziga xos bo'lmagan klinik ko'rinishi tufayli qiyin bo'lishi mumkin. Bemorlarda qorin og'rig'i, kengayish, ko'ngil aynishi, qusish va ich qotishi kabi alomatlar paydo bo'lishi mumkin, bu ichak tutilishining boshqa sabablarini taqlid qilishi mumkin. Qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi, kompyuter tomografiyasi (KT) va magnit-rezonans xolangiopankreatografiya (MRCP) kabi tasvirlash usullari o't toshlari, oqmalar va ular bilan bog'liq asoratlar mavjudligini aniqlash uchun juda muhimdir. O'tkir obstruktiv ichak tutilishini tezda aniqlab olish va davolash, ikkilamchi biliodegestiv oqmalar, ichak ishemiyasi, teshilish va sepsis kabi keyingi asoratlarning oldini olish uchun juda muhimdir. Jarrohlik amaliyoti, shu jumladan laparotomiya, toshlarni olib tashlash, oqmalarni yopish va xolesistektomiya ko'pincha obstruktsiyani bartaraf etish va asosiy patologiyani bartaraf etish uchun talab qilinadi.

**Maqsad.** Biliodegestiv oqma natijasida o'tkir obturatsion yuqori ichak tutilishini tashxislash va davolashga xirurglarning e'tiborini qaratish.

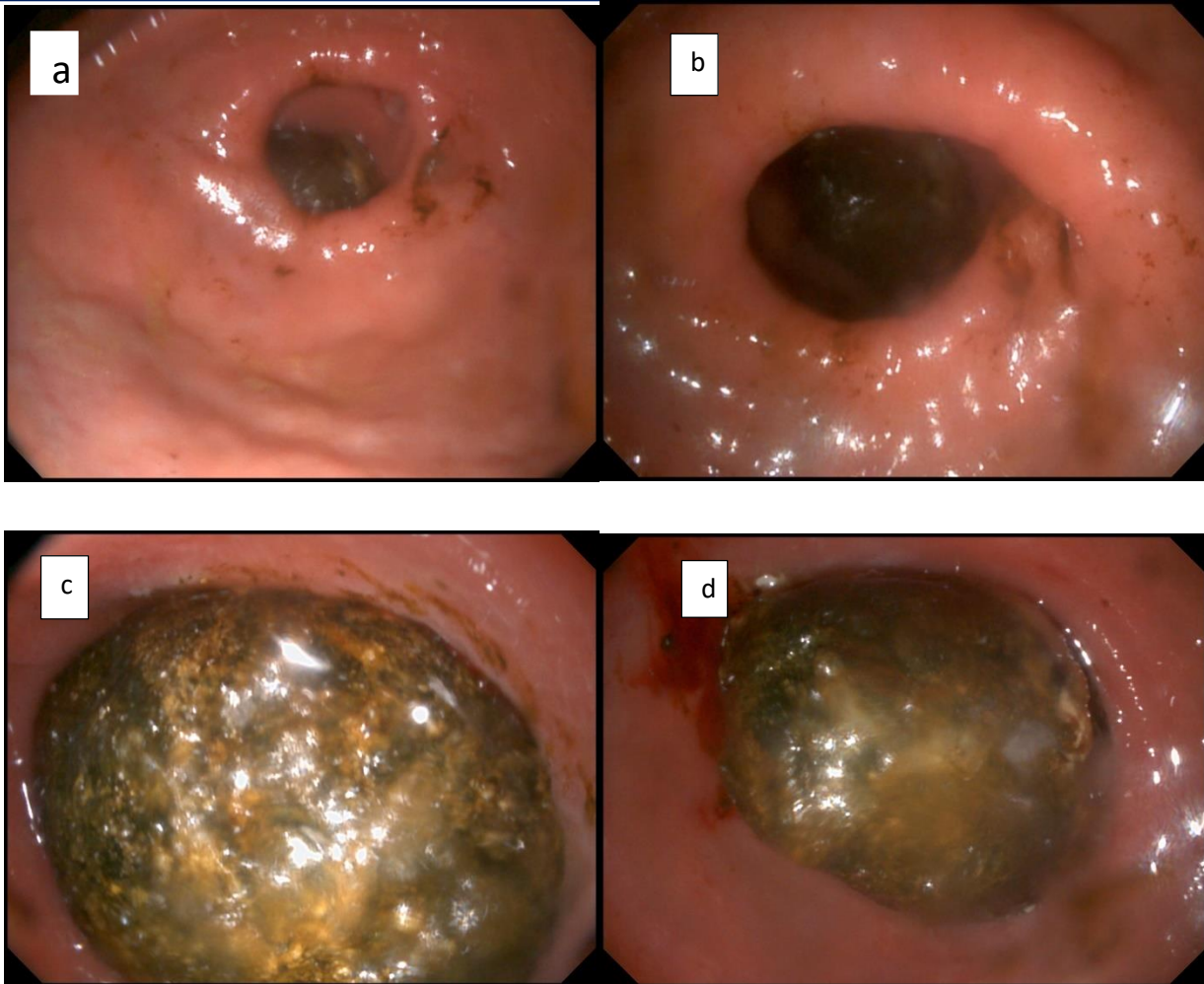
**Tadqiqot materiallari va usullari.** Ushbu maqolada Saba-Darmon klinikasining xirurgiya bo'limida aniqlangan Biliodegestiv oqma o'tkir obturatsion yuqori ichak tutilishini klinik holati keltirilgan. Laparotomiya, gastrotomiya, litekstraksiya, biliodegestiv oqmani bartaraf etish, xolesistektomiya, oshqozon va duodenumdagi defektlarni tikish, qorin bo'shlig'ini naychalash, nazoduodenal zondlash operatsiyalari bajarildi.

**1.Bemor:** 2021-yilda Saba-Darmon klinikasi xirurgiya bo'limida operatsiya qilindi.

Bemor:M.P. 1944-yilda Toshkent shahrida tug'ilgan.

**Shikoyati:** O'ng qovurg'a osti va epigastral sohasidagi vaqti-vaqti bilan to'mtoq og'riqlarga, og'izda taxir ta'm bo'lishiga, ko'ngil aynishiga, qayd qilishga, ishtaxasizlikka, oxirgi vaqtda ozib borishiga shikoyat qiladi. So'zidan 10 kundan beri kasal. Anamnezidan bir necha yildan beri 't-tosh kasalligi bilan D nazoratda turadi. **Obektiv ko'rik:** Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, hushi o'zida. Terisi va ko'rinadigan shilliq qavatlar odatiy rangda. Ko'krak qafasi silindrik shaklda, auskultatsiyda ikkala o'pkada vezikulyar nafas eshitiladi. Nafas olish soni 18-20 ta min. Yurak tonlari aniq, ritm sinusli. Arterial qon bosimi 110/80 mm sim ust. Puls 68 ta min. Tili biroz quruqlashgan, oqish karash bilan qoplangan. Qorin odatiy shaklda, nafas aktida sust ishtirok etadi. Paypaslanganda o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasi biroz og'riqli. Peritonela belgilar manfiy. Ichaklar peristaltik shovqinlari sust eshitiladi. Ich kelishi va diurez regulyar. Perrektum ko'rilganda qo'lqopda odatdagi rangdagi najas izlari aniqlanadi.

**Tekshiruvlarda:** Umumiy qon taxlilida: Gemogloblin-125 g/mmol/l, Leykotsitlar- $8,4 \times 10^9$ /l, Eritrositlar- $4,83 \times 10^{12}$ /l. Qon biokimyoviy taxlilida: Umumiy oqsil- 74,0 g/l, umumiy bilirubin-15,4 mmol/l, to'g'ri bilirubin 2,2 mmol/l. AsT-48, ALT-74. Glukoza 6,0 mmol/l. **EGDFS** qilinganda o'n ikki barmoq ichak piyozcha qismida diametri 3,0-5,0 sm li tosh aniqlanadi, xarakatsiz, ichak devoriga fiksirlangan.(Rasm1). O'n ikki barmoq ichak piyozcha qismi oldingi devorida 4,0-5,0 sm li oqma yara aniqlanadi. Qon ketish belgilarisiz. Xolesistodudenal oqma.



**Rasm1.** EGDFS da o'n ikki barmoq ichak piyozcha qismida 3 sm li toshni tiqilib qolganini ko'rishimiz mumkin (a-d)

**Figure 1.** In the EGDFS, we observe a 3-centimeter stone lodged in the bulbous part of the duodenum (a-d).

Bemorga qilgan shikoyatlari, instrumental va laborator tekshiruvlarga asoslangan holda quyidagi tashxis qo'yildi. **Asosiy:** O't-tosh kasalligi. Surunkali toshli xolesistit. **Asorati:** Biliodegestiv oqma. O't-toshli o'tkir ingichka ichak tutilishi.

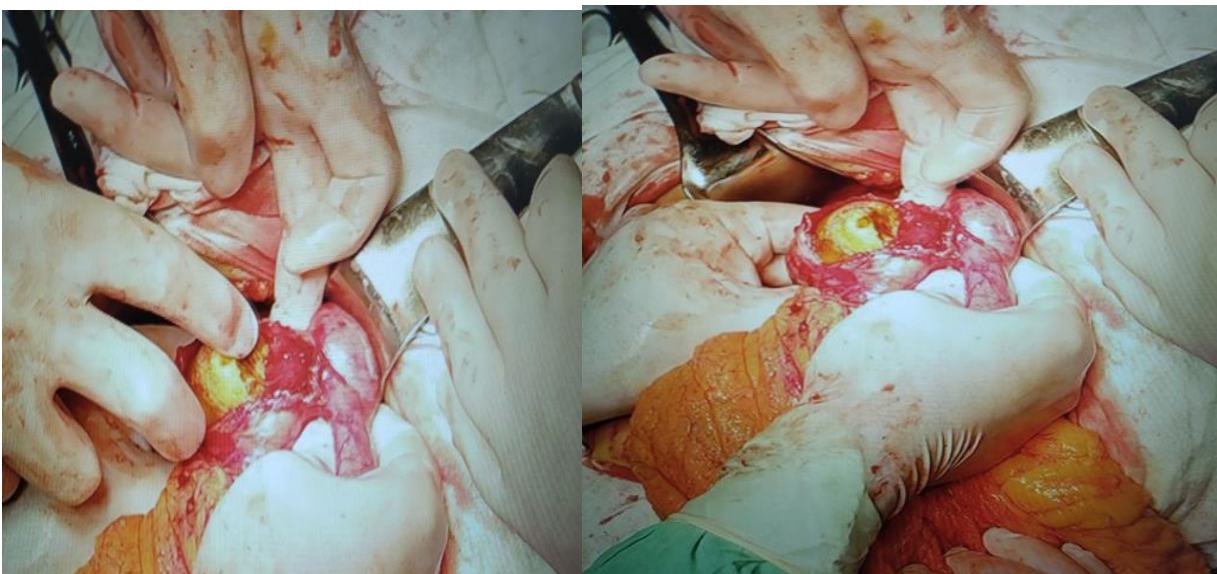
**Hamroh:** Yurak ishemik kasalligi. Stabil stenokardiya. FS II. Gipertoniya kasalligi III. Arterial gipertenziya III. Xavf IV. Bu tashxis bemorda operatsiya uchun ko'rsatma xisoblanadi. Bemorga quyidagi operatsiya bajarildi. Laparotomiya, bitishmalarni ajratish, gastrotomiya, litekstraksiya, biliodegestiv oqmani bartaraf etish, xolesistektomiya, splenektomiya, oshqozon va duodenumdagi defektlarni tikish, qorin bo'shlig'ini naychalash, nasoduodenal zondlash operatsiyalari bajarildi.

2. Bemor 2021-yilda Saba-Darmon klinikasi xirurgiya bo'limida operatsiya qilindi.

Bemor: K.U. 1973-yil Toshkent shahrida tug'ilgan.

**Shikoyati:** Epigastral sohasidagi kuchli og'riqlarga, ko'ngil aynishiga, safro aralash qayt qilishga, ishtaxasizlik va umumiy holsizlikka shikoyat qilib keldi. Bemor Saba-Darmon klinikasiga tekshirish va davolash maqsadida yotqizildi. So'zidan 3-4 kundan beri kasal. Anamnezidan 6 yildan beri o't-tosh kasalligi bilan D nazoratda turadi. Vaqti-vaqti bilan o'ng

qovurg'a osti sohasida og'riqlar kuzatilib turgan UTT qildirganda o't qopida tosh borligi aniqlangan. **Obektiv ko'rik:** Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, hushi o'zida. Terisi va ko'rinadigan shilliq qavatlari odatiy rangda. Ko'krak qafasi silindrik shaklda, auskultatsiyda ikkala o'pkada vezikulyar nafas eshitiladi. Nafas olish soni 18 ta min. Yurak tonlari aniq, ritm sinusli. Arterial qon bosimi 120/80 mm sim ust. Puls 84 ta min. Tili biroz quruqlashgan, oqish karash bilan qoplangan. Qorin odatiy shaklda, nafas aktida sust ishtirok etadi. Paypaslanganda o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasi biroz og'riqli. Peritonela belgilar manfiy. Ichaklar peristaltik shovqinlari sust eshitiladi. Ich kelishi va diurez regulyar. Perrektum ko'rilganda qo'lpoda odatdagi rangdagi najas izlari aniqlanadi. **Tekshiruvlarda:** Umumiy qon taxlilida: Gemogloblin-94 g/mmol/l, Leykotsitlar- $5,6 \times 10^9$ /l, Eritrositlar- $3,7 \times 10^{12}$ /l. Qon biokimyoviy taxlilida: Umumiy oqsil- 68,8 g/l, umumiy bilirubin-9,6 mmol/l, to'g'ri bilirubin 1,2 mmol/l. AsT-18, ALT-16. Glukoza 5,0 mmol/l. Qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvda o't qopi proektsiyasida 2,5 sm hajmdagi qattiq soya aniqlanadi, o'n ikki barmoqli ichak proektsiyasida 3 sml soya beruvchi giperexogenlikdagi soha aniqlanadi. Biliodegativ oqma?. Qorin va plevra bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanmaydi. Ichaklar peristaltikasi sust aniqlanadi. **EGDFS** qilinganda o'n ikki barmoqli ichak piyozcha qismida diametri 3 sm li tosh aniqlanadi. O'n ikki barmoqli ichak piyozcha qismi oldingi devorida surunkali yara aniqlanadi, chetlari tekis, oq fibrin bilan qoplangan. Qon ketish belgilarisiz. Bemorga qilgan shikoyatlari, instrumental va laborator tekshiruvlarga asoslangan holda quyidagi tashxis qo'yildi. **Asosiy:** O't-tosh kasalligi. Surunkali toshli xolesistit. **Asorati:** Biliodegativ oqma. O't-toshli o'tkir ingichka ichak tutilishi. **Hamroh:** Surunkali o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi. Kamqonlik I daraja. Bu tashxis bemorda operatsiya uchun ko'rsatma xisoblanadi. Bemorga quyidagi operatsiya bajarildi. Laparotomiya, gastrotomiya, litekstraksiya, biliodegativ oqmani bartaraf etish, xolesistektomiya, oshqozon va duodenumdagi defektlarni tikish, qorin bo'shlig'ini naychalash, nasoduodenal zondlash operatsiyalari bajarildi. Intraoperatsion suratlar.



**Rasm 2.** Duodenotomiya va tosh ekstraksiyasi (o'n ikki barmoqli ichakdan toshni olinishi)

**Figure 2.** Duodenotomy and stone extraction (removal of the stone from the duodenum).



**Rasm 3.** O'n ikki barmoq ichakdan olingan tosh

**Figure 3.** Stone extracted from the duodenum.

**Natijalar va muhokamalar.**

Yuqoridagi bemor uzoq vaqt surunkali toshli xolesistit tashxisi bilan yurgan. Biliodegestiv oqma shakllanib bemorda yuqori ichak tutilishi klinik belgilari tez rivojlanib bemorga radikal jarrohlik taktikasini talab qildi. Boshqa manbalar ikki bosqichli jarrohlik usuli bilan davolashni tavsiya etadi. Birinchi bosqichda o'tkir yuqori ichak tutilishini bartaraf etish, ikkinchi bosqichda biliodegestiv oqmani rejali bartaraf etish va xolesistektomiyani bajarish.

Hozirda bemorning ahvoli yaxshi odatiy ish faoliyatiga qaytgan.

**Xulosa:** O't-tosh kasalligining asoratlari sifatida o'tkir obstruktiv yuqori ichak tutilishlari nihoyatda kam uchraydigan asorat xisoblanadi. To'g'ri tashxislash uchun kasallikni klinik va anamnestik, laborator va instrumental tekshiruv ma'lumotlarini diqqat bilan o'rganib chiqish zarur. Operatsiya hajmi ko'plab omillarga bog'liq, jumladan toshning o'lchami, lokalizatsiyasi va paydo bo'lgan asoratlarga hamda jarrohning mahoratiga bog'liqdir.

Ushbu asoratlarning oldini olishning eng muhim sharti o't-tosh kasalligini erta tashxislash va o'z vaqtida o't qopini olib tashlashdir.

**References:**

1. Fayziyev Z. Sh., Gulmurodov T. G., Kalmikov E. L., Fayziyev X. Z., Muhamadiyeva X. S. Bouveret sindromi bilan o'grigan bemorni kam uchraydigan jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik yangiliklari. 2016;24(5):508–12. DOI:10.18484/2305-0047.2016.5.508
2. Alijanov F. B., Tilemisov S. O., Qurbonov A. B., Tilemisov R. O. Buvere sindromi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash. Xabarchi favqulodda tibbiyot. 2018;11(3):60–3.
3. Caldwell K.M., Lee S.J., Leggett P.L., Bajwa K.S., Mehta S.S., Shah SK.
4. Bouveret syndrome: current management strategies. Clin Exp Gastroenterol. 2018;11:69–75. DOI: 10.2147/CEG.S132069
4. Vasnev O., Isroilov R., Belousov A. O't tosh kasalligi asoratlari: Buvere sindromi. Shifokor. 2016;10:38–41.
5. Kuznetsov A. G., Kolotsey V. N., Strapko V. P. O't tosh kasalligi sababli ichak tutilishi: klinika, xususiyatlari va davolash. Grodno davlat tibbiyot jurnali universitet. 2017;15(5):589–96. DOI: 10.25298/2221-8785-2017-15-5-589-596



6. Podolujniy V. I. xolelitiyozning asoratlari. Asosiy va klinik tibbiyot. 2017;2(1):102–14.
7. Davidov M. I., Nikonova O. E. diagnostika va davolash tajribasi xolelitiyoz ichak tutilishi. Tibbiy almanax. 2015;3:230–3.
8. Beburishvili A. G., Panin S. I., Savitskaya A. V., Postolov M. P. Buvare Sindromi. Endoskopik yordamchi mini-laparotomik operatsiyani klinik kuzatish. Volggmu Xabarnomasi. 2016;1:62–4.
9. Faiziev Z.S., Gulmuradov T.G., Kalmykov E.L., Faiziev H.Z., Mukhamadieva H.S. A rare case of surgical treatment of female patient with Bouveret syndrome. Novosti Khirurgii. 2016;24(5):508–12 (In Russ.). DOI: 10.18484/2305-0047.2016.5.508
10. Alijanov F.B., Tilemisov S.O., Kurbonov A.B., Tilemisov R.O. Surgical treatment of patients with Bouveret’s syndrome. Bulletin of Emergency Medicine. 2018;11(3):60–3 (In Russ.)
11. Caldwell K.M., Lee S.J., Leggett P.L., Bajwa K.S., Mehta S.S., Shah SK. Bouveret syndrome: current management strategies. Clin Exp Gastroenterol. 2018;11:69–75. DOI: 10.2147/CEG.S132069
12. Vasnev O., Izrailov R., Belousov A. The complication of cholelithiasis: Bouveret’ syndrome. Vrach. 2016;10:38–41 (In Russ.).
13. Kuznetsov A. G., Kolosei V. N., Strapko V. P. Gallstone ileus: laws and peculiarities of clinical presentation and treatment. Journal of the Grodno State Medical University. 2017;15(5):589–96 (In Russ.). DOI: 10.25298/2221-8785-2017-15-5-589-596
14. Podoluzhnyi V.I. Complications of gallstone disease. Fundamental and Clinical Medicine. 2017;2(1):102–14 (In Russ.)
15. Davidov M.I., Nikonova O.E. Experience of diagnostics and treatment of cholelithic enteric obstruction. Medical Almanac. 2015;3:230–3 (In Russ.).
16. Beburishvili A.G., Panin S.I., Savitskaya A.V., Postolov M.P. Bouveret syndrome. A case report of endoscopically assisted minimally invasive surgery. Journal of VolgSMU. 2016;1:62–4 (In Russ.).