



**CLINICAL CASE OF MECHANICAL JAUNDICE CAUSED BY
LIVER FLUKE INFECTION IN A PATIENT WITH CHRONIC
CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND FASCIOLIASIS**

Prof. Akbarov M.M.

D.Sc. Irisov O.T.

D.Sc. Jumaniazov D.J.

Assistants: Otamirzaev K.A.

Polvonniyazov Kh.G.

Tashkent Medical Academy

Department of Faculty and Hospital Surgery, Transplantation No. 2

D.Sc. Jumaniazov D.J.

Assistant: Otamirzaev K.A.

**Endoscopist, Endoscopy Department, Republican Specialized Scientific
Practical Medical Center of Surgery named after V. Vakhidov.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10935113>

ARTICLE INFO

Received: 30th March 2024

Accepted: 05th April 2024

Online: 06th April 2024

KEYWORDS

Laparoscopic cholecystectomy, mechanical jaundice, liver fluke (Fasciola hepatica), endoscopy, retrograde pancreaticholangiography, endoscopic papillosphincterotomy, chronic calculous cholecystitis.

ABSTRACT

Background. *The clinical case of mechanical jaundice caused by liver fluke is one of the rare occurrences among surgical disorders of the biliary tract leading to mechanical jaundice. Surgical disorders of the biliary tract accounted for 0.37% of all patients presenting with mechanical jaundice at the "Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov" in 2023. The main reason why this condition is difficult to diagnose is that the disease progresses with episodes and remissions, and the likelihood of detection during examinations such as ultrasound, computed tomography (CT), and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) is very low. In surgical diseases, fecal analysis becomes less significant. This is because in surgical practice, encounters with patients with this condition are rare.*

**SURUNKALI TOSHLI XOLESISTIT VA FATSIOLOZ KASALLIGI BOR BEMORDA
MEXANIK SARIQLIKNI JIGAR IKKI SO`RG`ICHLISI HISOBIGA YUZAGA KELISH**

KLINIK HOLATI

Prof. Akbarov M.M.

T.f.d. Irisov O.T.

T.f.d. Jumaniyozov J.A.

Ass: Otamirzayev Q.A.

Ass: Polvonniyozov X.G'.

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

T.f.d. Jumaniyozov J.A.

Ass: Otamirzayev Q.A.



Akademik V. Vohidov nomidagi “Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” endoskopiya bo‘limi endoskopisti
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10935113>

ARTICLE INFO

Received: 30th March 2024

Accepted: 05th April 2024

Online: 06th April 2024

KEYWORDS

Laparoskopik xolesistektomiya, mexanik sariqlik, jigar ikki so‘rg‘ichlisi, endoskopiya, RPXG, EPST, surunkali toshli xolesistit.

ABSTRACT

Kirish. Jigar ikki so‘rg‘ichlisi hisobiga mexanik sariqlik kelib chiqishi klinik holati bu-o‘t yo‘llari xirurgik kasalliklari mexanik sariqlikning kam uchraydigan sabablaridan bo‘lib, “Akademik V. Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” DM ga 2023-yilda mexanik sariqlik bilan murojat qilgan barcha bemorlarning 0.37% ni tashkil qilgan. Ushbu holatni aniqlashning qiyinligini asosiy sababi, kasallikning xuruj va remissiya bilan kechishi, tekshiruvlarda ultratovush, kompyuter tomografiyasi (KT) va magnit-rezonans xolangiopankreatografiya (MRCP) da aniqlashning imkoni juda pastligida. Xirurgik kasalliklarda najas taxlilini kam ahamiyat kasb etishidir. Bu kasallik bilan bemorlarni olib borishda jarrohlarning tajribasida kam uchrashligida.

Maqsad. Mexanik sariqlikni kelib chiqishida jigar ikki so‘rg‘ichlisini ahamiyati, uni tashxislash va davolashga jarroh va endoskopistlarni e‘tiborini qaratish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqolada “Akademik V. Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” DM ning endoskopiya bo‘limida aniqlangan. Surunkali toshli xolesistit. Jigar ikki so‘rg‘ichlisi. Asorati: Mexanik sariqlik klinik holati keltirilgan. Endoskopik retrograde pankreatoxolangiografiya (RPXG), endoskopik papillasfinkterotomiya (EPST), umumiy o‘t yo‘lidan jigar ikki so‘rg‘ichlisini olish, Laparoskopiya, xolesistektomiya, qorin bo‘shlig‘ini naychalash operatsiyalari bajarildi.

Natijalar va muhokamalar. Ushbu maqolada keltirilgan bemor ahvoli opertasiyadan keyingi davrda yaxshi davom etdi, bemor ambulator jarroh nazoratiga chiqarilgan.

Xulosa. Ushbu kasallikni o‘z vaqtida aniqlash va davolash hamda mumkin bo‘lgan asoratlarni oldini olish uchun, bu kasallik haqida jarroh va endoskopistlarning xabardorligini oshirish zarurdir. Lekin bemorlar uchun eng muhim narsa bu jigar ikki so‘rg‘ichlisi kasalligini oldini olishni o‘rgatishdir. Shifokorlar uchun kasallikni erta aniqlab davolashning terapevtik va xirurgik usullarini bilishdir.

Kirish.

Jigar ikki so‘rg‘ichlisi- Fasciola hepatica. Jigar ikki so‘rg‘ichlisi so‘rg‘ichlilar sinfiga mansub bo‘lib, o‘txo‘r sutemizuvchilar va odamlarda uchraydigan fatsiolez kasalligining qo‘zg‘aruvchisidir. Jigar ikki so‘rg‘ichlisining asosiy xo‘jayini qo‘y, echki, sigir, ot, tuya va boshqa o‘txo‘r hayvonlar kamdan kam hollarda odamdir. Oraliq xo‘jayini qorin oyoqli mollyuska **Limnea trunculad**ir. Jigar ikki so‘rg‘ichlisi jigar va o‘t yo‘llarida yashab o‘t



suyuqligi va jigar hujayralarining parchalanish maxsulotlari bilan oziqlanadi. Umumiy yo'lga tushib hayot kechirayotgan jigar ikki so'rg'ichlisi harakatlanib umumiy o't yo'lini distal qismiga tushishi natijasida bemorlarda mexanik sariqlik klinikasini beradi va bu sariqlik o'tib ketuvchi hamda qaytalanuvchi bo'lishi mumkin.

Maqsad. Mexanik sariqlikni kelib chiqishida jigar ikki so'rg'ichlisini ahamiyati, uni tashxislash va davolashga jarroh va endoskopistlarni e'tiborini qaratish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqolada "Akademik V. Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" DM ning endoskopiya bo'limida aniqlangan. Surunkali toshli xolesistit. Jigar ikki so'rg'ichlisi. Asorati: Mexanik sariqlik klinik holati keltirilgan. Endoskopik retrograde pankreatoxolngiografiya (RFXG), endoskopik papillasfinkterotomiya (EPST), umumiy o't yo'lidan jigar ikki so'rg'ichlisini olish, Laparoskopiya, xolesistektomiya, qorin bo'shlig'ini naychalash operatsiyalari bajarildi.

Kasallik tarixi.

Bemor 2023-yil Akademik V. Vohidov nomidagi "Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi" endoskopiya bo'limida operatsiya qilindi.

Bemor: A.H. 1957-yilda Toshkent viloyatida tug'ilgan.

Shikoyati: O'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasidagi og'riqlarga, og'izda taxir ta'mga, ko'ngil aynishiga, qayd qilishga, ishtaxasizlikka, bir necha kundan beri ko'z sklerasi, tanasidagi sariqlikka, siydik rangini toq'lashganligiga shikoyat qiladi. Anamnezidan bemor bir necha yildan beri o't tosh kasalligi bilan D nazoratda turadi. Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, es-hushi o'zida. Terisi va ko'rinadigan shilliq qavatlari sarg'imgir tusda. Ko'krak qafasi silindrik shaklda, auskultatsiyada ikkala o'pkasida vezikulyar nafas eshitiladi. Nafas olish soni 18-20 ta min. Yurak tonlari aniq, ritm sinusli. Arterial qon bosimi 130/80 mm sim ust. Puls 80 ta min. Tili biroz quruqlashgan, sariq karash bilan qoplangan. Qorin odatiy shaklda, nafas aktida sust ishtirok etadi. Paypaslanganda o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasi biroz og'irliqli. Peritoneal belgilar manfiy. Ichaklar peristaltik shovqinlari eshitiladi. Ich kelishi va diurez regulyar. Perrektum ko'rilganda qo'lqopda odatdagi najas izlari aniqlandi.

Tekshiruvlarda: Umumiy qon analizi: Hg-155 g/l, Eritrositlar- 5.1×10^{12} , leykotsitlar- 10.1×10^9 , Gematokrit-48, Eozonofil-21.4, Monotsit-2.5, Limfotsit-12.4, Trombotsit-220. Qon bioximik analizi: Amilaza-1073, Umumiy bilirubin-159.0, Erkin bilirubin-88.0, Glukoza-6.1, Mochevina-6.6, Kreatinin-40.0, Natriy-143, Kaliy-4.3, ACT-241, ALT-215, Oqsil-65.

Dinamikada (23.10.2023-yil): Umumiy qon analizi: Hg-136 g/l, Eritrositlar- 4.3×10^{12} , Gematokrit-41.5. Qon bioximik analizi: Amilaza-60, Umumiy bilirubin-23.0, Erkin bilirubin-88.0, Glukoza-5.2, Mochevina-3.7, Kreatinin-43.0, Natriy-138, Kaliy-4.0, ACT-58, ALT-118. Umumiy siydik analizi: Miqdori-50.0 ml, Oqsil-0.33%. Koagulogramma: ACHTV-25.6, Protrombin vaqti-13.5, PTI-81.0, MNO-1.16, Fibrinogen-352.0. EKG: Ritm sinusli. YQS-75 ta min. Chap qorincha gipertrofiyasi belgilari. Rentgen ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i: O'pka maydonida yangi o'choqli-infiltrativ o'zgarsihlar yo'q. Diafragma gumbazi va sinuslari erkin. Yurak va aortada yoshga doir o'zgarishlar. Qorin bo'shlig'ida o'rtacha ichaklar pnevmatozi. UTT: O'TK. Surunkali toshli xolesistit. Xoledoxolitiaz? Xoledoxoektaziya.

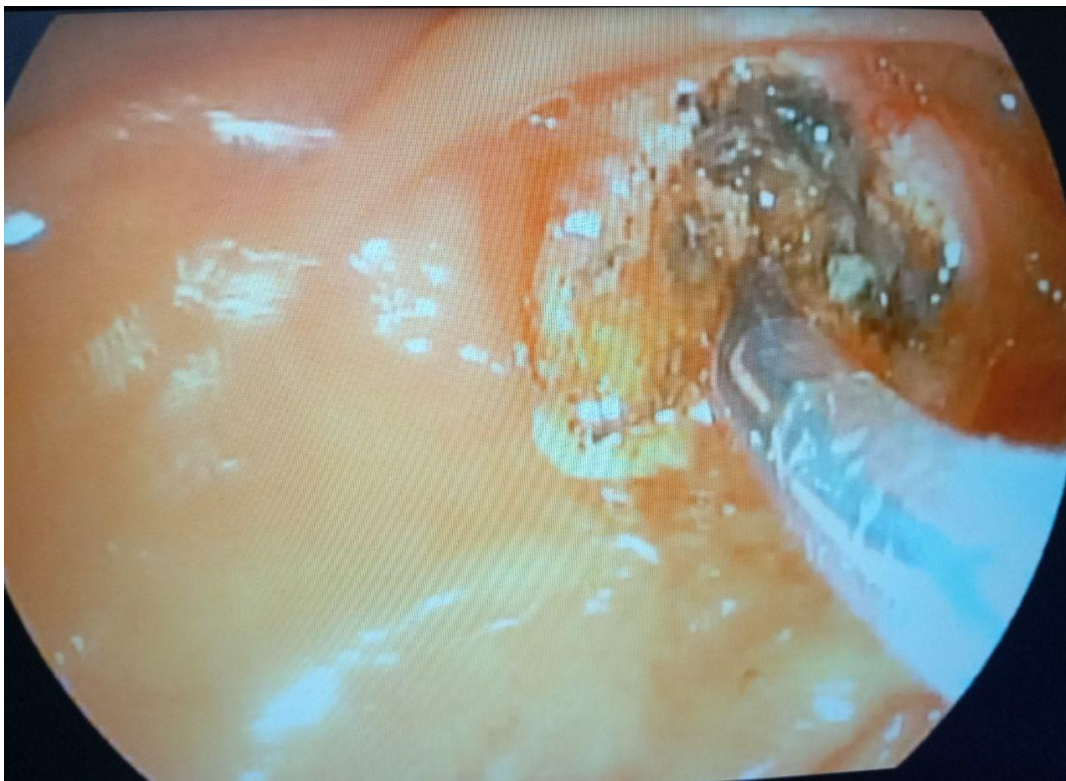
Bemorga qilgan shikoyatlari, instrumental va labarator tekshiruvlarga asoslangan holda quyidagi tashxis qo'yildi. **Asosiy:** Surunkali toshli xolesistit. **Asorati:** Xoledoxolitiaz? Mexanik

sariqlik. **Hamroh:** Kamqonlik I daraja. Bu tashxis bemorda operatsiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Bemorga quyidagi operatsiyalar bajarildi. Endoskopik retrograde pankreatoxolangiografiya (RPXG), endoskopik papillasfinkterotomiya (EPST), umumiy o't yo'lidan jigar qurtini olib chiqish, laparoskopik xolesistektomiya, qorin bo'shlig'ini naychalash operatsiyalari bajarildi. Intraoperatsion suratlar.



Rasm 1. Katta duodenal so'rg'ichni EPST dan keyingi holati.

Figure 1. The state of the major duodenal papilla after EPST .



Rasm 2. Jigar qurtini Dormia korzinasi bilan ushlanishi.

Figure 2. Catching a liver fluke with a Dormia basket.



Rasm 3. Jigar qurtini o'n ikki barmoq ichakka chiqarilishi.

Figure 3. The extraction of the liver fluke into the duodenum.

Natijalar va muhokamalar.

Yuqoridagi bemor uzoq vaqt surunkali toshli xolesistit tashxisi bilan yurgan. Bemorda tanadagi sariqlik, siydik rangini to'qlashuvi kuzatilgandan so'ng shifokorga murojaat qilgan. Bu klinik holat bemorga radikal jarrohlik taktikasini talab qildi. Boshqa manbalar ikki bosqichli jarrohlik usuli bilan davolashni tavsiya etadi. Birinchi bosqichda imkoni bo'lsa mexanik sariqlikni endoskopik yo'l bilan bartaraf etish va gelmitlarga qarshi davo, ikkinchi bosqichda rejali xolesistektomiyani bajarish.

Hozirda bemor ahvoli yaxshi odatiy ish faoliyatiga qaytgan.

Xulosa: Mexanik sariqlik o't-tosh kasalligining ko'p uchraydigan asoratlaridan biri xisoblanadi. Ko'p yosh jarrohlar mexanik sariqlikni kelib chiqishida parazitlar omil ham borligini unitishadi. Sariqlikni to'g'ri tashxislash uchun kasallikni klinik va anamnestik, laborator va instrumental tekshiruv ma'lumotlarini diqqat bilan o'rganib chiqish zarur, differensial diagnostika maqsadida bemorlar najas taxlilini ham topshirishlari zarurligi hamda jarroh buni inobatga olishi zarurdir.

Fatsioloz kasalligini oldini olishni eng samarali usuli ko'lmak suvlarni ichmaslik, oqova suvlarni qaynatib ichishlikdir. O't-tosh kasalliklarni asoratlarning oldini olishning eng muhim sharti o't-tosh kasalligini erta tashxislash va o'z vaqtida o't qopini olib tashlashdir.

References:

1. Mas-Coma S, Valero MA, Bargues MD. 2-bob. *Fasciola*, lymnaeids va inson fascioliasis, kasallikning tarqalishi, epidemiologiya, evolyutsion genetika, molekulyar epidemiologiya va



- nazorat bo'yicha global sharh bilan. *Adv Parasitol*. 2009; 69 :41–146. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Caravedo MA, Cabada MM. Inson fassioliazi: hozirgi epidemiologik holat va diagnostika, davolash va nazorat qilish strategiyalari. *Res Rep Tropik Med*. 2020; 11 :149–158. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 3. Haseeb AN, al-Shazli AM, Arafa MA, Morsy AT. Misrda fassioliiaz haqida sharh. *J Egypt Soc Parasitol*. 2002; 32 :317–54. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 4. Moghaddam AS, Massud J, Mahmudi M va boshqalar. Eron shimolidagi Mozandaron viloyatida odam va hayvonlar fassioliazi. *Prasitol Res*. 2004; 94 :61–9 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 5. Kiladze M, Chipashvili L, Abuladze D, Jatchvliani D. Jigar qurtidan kelib chiqqan umumiy o't yo'lining obstruksiyasi - *Fasciola hepatica*. *Sb Lek*. 2000; 101 :225–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 6. Gulsen MT, Savas MC, Koruk M va boshqalar. Fascioliasis: umumiy o't yo'llarining obstruksiyasi bilan kasallangan beshta holat haqida hisobot. *Neth J Med*. 2006; 64 :17–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 7. Dias LM, Silva R, Viana HL, Palhinhos M, Viana RL. Biliar fassioliiaz: ERCP tomonidan diagnostika, davolash va kuzatish. *Gastrointest endos*. 1996 yil; 43 :6169. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 8. Mansour WA, Kaddah MA, Sjaker ZA va boshqalar. Monoklonal antikor odamlarda faol *fasciola infeksiasini tashxis qiladi*. *J Egypt Soc Parasitol*. 1998 yil; 28 :711. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 9. Mas-Coma S, Valero MA, Bargues MD. Fasciola, lymnaeids, and human fascioliasis: towards global control and elimination. *Adv Parasitol*. 2009;69:41–146. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 10. Caravedo MA, Cabada MM. Human fascioliasis: current epidemiological status and strategies for diagnosis, treatment, and surveillance. *Res Rep Trop Med*. 2020;11:149–158. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 11. Haseeb AN, al-Shazli AM, Arafa MA, Morsy AT. A review of human fascioliasis in Egypt. *J Egypt Soc Parasitol*. 2002;32:317–54. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 12. Moghaddam AS, Massud J, Mahmudi M et al. Human and animal fascioliasis in Mazandaran province, northern Iran. *Parasitol Res*. 2004;94:61–9 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 13. Kiladze M, Chipashvili L, Abuladze D, Jatchvliani D. Common bile duct obstruction due to migrating generalised peritonitis from liver fluke – *Fasciola hepatica*. *Sb Lek*. 2000;101:225–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 14. Gulsen MT, Savas MC, Koruk M et al. Fascioliasis: a report of five cases presenting with obstruction of the common bile duct. *Neth J Med*. 2006;64:17–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 15. Dias LM, Silva R, Viana HL, Palhinhos M, Viana RL. Biliary fascioliasis: diagnosis, treatment, and follow-up by ERCP. *Gastrointest Endosc*. 1996;43:6169. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 16. Mansour WA, Kaddah MA, Sjaker ZA et al. Monoclonal antibodies diagnose active human fascioliasis. *J Egypt Soc Parasitol*. 1998;28:711. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]