



СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ СИСТЕМ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Хайитов Сафарали Махаммади угли
Студент

Тулаев Бобур Зойир угли
Студент

Отамурадова Хуршида Бахтиёр кизи
Студентка

Шайкулов Хамза Шодиевич
старший преподаватель, Самаркандский
Государственный Медицинский Университет

Аннотация. В данном исследовании проведено изучение исход вирусного гепатита в разные сроки реконвалесценции. Эти наблюдения свидетельствуют, что дискинетические поражения желчевыводящей системы, возникшие после острой стадии вирусного гепатита, нередко являются начальным этапом патологии билиарной системы, которая впоследствии может усугубиться воспалительными явлениями.

Ключевые слова: реконвалесцент, желчных путей, желчных пузырей, вирусный гепатит, печен, билитраст.

Актуальность. Наряду с нарушениями обменных процессов в печени и другими патологическими явлениями, нередко остающимися после вирусного гепатита, у части реконвалесцентов наблюдаются изменения со стороны желчных путей и пузыря. Данные литературы по этому вопросу весьма разноречивы. Кроме того, в большинстве сообщений не всегда раскрывается сущность процесса и данное осложнение вирусного гепатита описывается под общим названием «поражение желчных путей и пузыря».

Частота поражения желчевыводящей системы в разные периоды реконвалесценции вирусного гепатита, по данным ряда авторов, варьирует в широких пределах-0.9% (Bruckner, 2019), 2,8-6,5 (Е. А. Мизякина, 2022), 8,0 (Е. К. Мигалоблишвили, 2023), 12,0-12,6 (М. А. Ясиновский, 2018; А. И. Хазанов, 2017), 39,0% (Theuer, 2018).

Л. П. Бриедис (2015) при обследовании реконвалесцентов через 1-2, 3-4, 5-6 и 10-12 месяцев после выписки обнаружила поражение желчных путей соответственно в 10,9%, 19,7%, 12,9% и 13,7% случаев. По данным Л. Д. Левиной (2020), это осложнение у реконвалесцентов вирусного гепатита наблюдается в 33,3% случаев.

Клинически поражение желчных путей и пузыря часто проявляется постоянными тупыми болями в правом подреберье. Боли иногда носят



приступообразный характер, иррадиируют в спину, усиливаются при физической нагрузке, переутомлении, погрешности в диете. Болевой синдром в большинстве случаев не сопровождается повышением температуры, появлением желтухи, увеличением печени и ее функциональными нарушениями (А. Ф. Блюгер, 1970; Е. М. Тареев с соавт., 1970 и др.).

По Е. М. Тарееву с соавт. (2015). более чем у 2/3 реконвалесцентов отмечается дискинезия желчных путей, в остальных случаях автор объясняет болевой синдром развитием холецистита и холангита, а также явлениями перигепатита и перихолецистита. Такой точки зрения придерживаются и другие исследователи (В, А. Апросина, 2018; Коллина, 2017; Popescu с соавт., 2017 и др.).

Blazek (2020) также указывает, что боли в области печени в первые месяцы после вирусного гепатита очень часто обусловлены поражением желчного пузыря, а именно атоническим застойным желчным пузырем. Согласно его данным, в 6,4% случаев боли связаны с калькулезным холециститом.

Barker, Capps, Allen (2015) считают, что частые боли в печени у реконвалесцентов при физической нагрузке свидетельствуют об активной форме хронического гепатита.

По мнению А. И. Хазанова (2017), Siede (2018), Theuer (2018)-, после перенесенного гепатита может развиваться желчнокаменная болезнь.

Таким образом, в основе болевого синдрома у реконвалесцентов после вирусного гепатита нередко лежат функциональные (дискинезии) или органические (ангиохолиты, холециститы и др.) поражения желчевыводящих путей.

Цель исследования. Исследовать состояние желчевыводящих путей и пузырей у лиц, перенесших вирусный гепатит в разные сроки реконвалесценции.

Материалы и методы исследования. Мы изучали исход вирусного гепатита в разные сроки реконвалесценции. 277 человек обследованы через месяц после выписки из стационара, 289-через 3-6 месяцев, 475-через 12-24 месяца. Все они подверглись тщательному клиническому и лабораторному обследованию.

Функциональное состояние печени изучали с помощью комплекса лабораторных тестов. О состоянии желчных путей и пузыря судили по данным дуоденального зондирования и рентгенологического исследования.



Рентгенологическую картину желчевыводящей системы изучали у 90 реконвалесцентов с остаточными явлениями после перенесенного вирусного гепатита. Холецистографию проводили методом перорального введения билитраста. В некоторых случаях при недостаточном контрастировании для его усиления пользовались комбинированным методом подготовки с последующей инъекцией билигноста.

У 28 реконвалесцентов с болевым синдромом проведено дуоденальное зондирование хромодиагностическим многофракционным методом в условиях поликлиники (С. С. Кучкин, 2020).

Результаты исследований показали, что восстановительный период вирусного гепатита сопровождается некоторыми изменениями состояния реконвалесцентов. Чаще всего они жаловались на боли в области печени: так, через месяц после выписки боли в правом подреберье наблюдались у 43,8% реконвалесцентов. Боли отмечались периодически, нередко появляясь при физической нагрузке (53,4%), при погрешностях в диете (38,8), иногда возникали и без какой-либо причины (8,0%). Они носили тупой, давящий характер, изредка отмечалось чувство покалывания и жжения в правом подреберье. При пальпации болезненность в области желчного пузыря обнаруживалась лишь в 26,0% случаев.

В последующие сроки наблюдения число реконвалесцентов с жалобами на боли закономерно уменьшалось. Так, через 3-6 месяцев после выписки боли в правом подреберье отмечались у 39,6% обследованных, через 12-24 месяца - у 26,8. У части обследуемых боли сопровождалась гепатомегалией и функциональными нарушениями разного характера со стороны печени, в остальных случаях болевой синдром выявлялся при нормальных показателях функциональных проб печени; у них мы заподозрили поражение желчных путей и пузыря.

В разные сроки диспансеризации болевой синдром наблюдался соответственно в 3,3, 11,1, 12,4% случаев. Увеличение числа реконвалесцентов с болевым синдромом через 6 месяцев и более, на наш взгляд, объясняется изменением режима питания и переходом к более активному образу жизни.

Состояние желчных путей и пузыря мы определяли у реконвалесцентов с болевым синдромом и остаточными явлениями в относительно ранние сроки после острого периода (через 3-6 месяцев).

По данным холецистограмм, в 32,2% случаев выявлено нарушение двигательной функции желчного пузыря по типу гипермоторной дискинезии,



в 2,2 - по типу гипомоторной.

Картина бескаменного холецистита наблюдалась в 21% случаев, отсутствие тени желчного пузыря - в 10 (в половине случаев оно было связано с нарушением выделительной функции печени и явлениями дискинезии), слабые тени желчного пузыря и протоков - в 5%. Нормальное состояние желчного пузыря и протоков по рентгенологическим данным составило 22,2% исследований.

Камни в желчном пузыре у 3 наблюдаемых (3,3%) обнаружены спустя 4-6 месяцев после острого периода вирусного гепатита. В связи со сравнительно непродолжительным сроком реконвалесценции у них не исключена сопутствующая желчнокаменная болезнь, протекавшая латентно.

При микроскопическом исследовании дуоденального содержимого в половине случаев обнаружены кристаллы холестерина и соли билирубината кальция в большом количестве. Мы сочли нецелесообразным определять клеточный состав дуоденального содержимого (лейкоциты, эпителиальные клетки и др.) с целью диагностики воспалительных заболеваний желчных путей, поскольку, по современным представлениям, лейкоциты, обнаруживаемые в хлопьях дуоденального содержимого, имеют внежелчное происхождение и в большинстве своем представляют десквамированный эпителий верхних отделов тонкого кишечника.

По нашим данным, более ценный и доступный метод определения функционального состояния желчных путей и пузыря - хроматографическое многофракционное дуоденальное зондирование. При исследовании этим методом гипотоническая дискинезия обнаружена у 5 из 28 человек, гипертоническая - у 17. Причем гипертонус сфинктера Люткин-са отмечен у 5, сфинктера Одди-у 4; у 8 наблюдалось гипертоническое состояние обоих сфинктеров.

У 3 реконвалесцентов с гипертонической дискинезией отмечены воспалительные явления в желчных путях и пузыре. На это указывала бледно-зеленая окраска пузырной желчи, что свидетельствует о понижении концентрационной способности пузыря из-за воспалительного процесса. Нарушение выделительной функции печени на фоне дискинетических явлений отмечено у 4 больных.

Диссоциированные расстройства функции желчевыводящих путей наблюдались у 3 обследованных, нормальное функциональное состояние желчных путей и пузыря - у 3.



Выводы. Таким образом, для большей части реконвалесцентов вирусного гепатита характерно поражение желчевыводящей системы. Оно часто носит дискинетический (в основном гипертонический) и реже - воспалительный характер.

Полученные данные указывают на связь перенесенного вирусного гепатита с дискинетическими расстройствами и воспалительными изменениями в желчном пузыре и нарушением солевого состава желчи.

Дискинетические расстройства чаще выявляются в сравнительно ранние сроки периода реконвалесценции (до 6 месяцев), а воспалительные в более поздние (6-12 месяцев и более).

Эти наблюдения свидетельствуют, что дискинетические поражения желчевыводящей системы, возникшие после острой стадии вирусного гепатита, нередко являются начальным этапом патологии билиарной системы, которая впоследствии может усугубиться воспалительными явлениями. Все это необходимо иметь в виду при диспансеризации реконвалесцентов вирусного гепатита. Своевременное определение характера и уровня поражения желчных путей и пузыря у переболевших вирусным гепатитом с помощью дуоденального зондирования позволит назначить больному индивидуальную терапию, направленную на предупреждение органических изменений желчевыводящей системы.

Литература:

1. Абророва Н. А., Жамалова Ф. А. КОЛИЦИНОГЕННОСТЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ И НЕГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ЭШЕРИХИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОКЗ, И ЗДОРОВЫХ //FORCIPE. – 2021. – Т. 4. – №. S1. – С. 522-522.
2. Нарзиев Д., Шайкулов Х. Чувствительность к антибиотикам salmonella typhimurium, находящихся в составе биопленок //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 1 Part 1. – С. 60-64.
3. Ризаев Ж.А., Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш. ЭШЕРИХИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АНТИБИОТИКЛАР ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ ТАШКИЛИЙ - УСЛУБИЙ АСОСЛАРИ // Экономика и социум. 2022. №9 (100). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/esherihioz-bilan-kasallangan-bolalarni-davolashda-antibiotiklar-llanilishining-tashkiliy-uslubiy-asoslari> (дата обращения: 29.01.2024).
4. Шайкулов, Х. Ш. "Esherixioz bilan kasallangan bolalardan ajratilgan gemolitik E. coli bakteriyalarining antibiotiklarga sezgirligi." Молодой ученый.—2023 4.451 (2023): 489-491.
5. Шодиевич Ш. Х., Нарзиев Д. У. БОЛАЛАР ИЧАК ЭШЕРИХИОЗИНИ ДАВОЛАШДА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТ ЛАКТОБАКТЕРИЯЛАРДАН



- Фойдаланишининг самарадорлиги //Talqin va tadqiqotlar ilmiy-uslubiy jurnali. – 2023. – Т. 1. – №. 17. – С. 236-244.
6. Юлаева Ирина Андреевна, Шайкулов Хамза Шодиевич, & Шодиев Жавохир Хамзаевич. (2024). ЗАМБУРУҒЛИ СТОМАТИТЛАРДА ЦИТОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RECENTLY SCIENTIFIC RESEARCHER'S THEORY*, 2(1), 129–135. Retrieved from <https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/article/view/1703>
 7. Narziev Djavoxir Ubaydullaevich, & Shayqulov Hamza Shodievich. (2023). IMMUNOLOGIYA FANINI O'QITISHDA LOYIHALASH TA'LIMINING SAMARDORLIGI. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RECENTLY SCIENTIFIC RESEARCHER'S THEORY*, 1(8), 53–56. Retrieved from <https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/article/view/1035>
 8. Narziev Djavoxir Ubaydullaevich, & Shayqulov Hamza Shodievich. (2023). IMMUNOLOGIYA FANINI O'QITISHDA INSIDENT INTERFAOL USULINI QO'LLASH. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RECENTLY SCIENTIFIC RESEARCHER'S THEORY*, 1(8), 57–59. Retrieved from <https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/article/view/1036>
 9. Shayqulov H. S., Ubaydullaevich N. D. BAKTERIAL ICHBURUG 'BILAN OG 'RIGAN BEMORLARINING IMMUN KO 'RSATKICHLARIDAGI AYRIM O 'ZGARISHLAR //GOLDEN BRAIN. – 2023. – Т. 1. – №. 5. – С. 163-167.
 10. Shodiev Javoxir Hamzaevich, Xojanazarova Saulexan Jubatirovna, Ermatov Nizom Jumakulovich, Shayqulov Hamza Shodievich, & Rasulova Muxsina Rozikovna. (2024). ILMIY TADQIQOTLARDA OLINGAN MA'LUMOTLARNI PEARSON MEZONI BO'YICHA TAHLIL QILISH. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RECENTLY SCIENTIFIC RESEARCHER'S THEORY*, 2(1), 82–86. Retrieved from <https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/article/view/1687>
 11. Yulaeva Irina Andreevna, & Narziev Djavoxir Ubaydullaevich. (2023). ANTIBIOTIKOREZISTENT S. TYPHIMURIUM, S. ENTERITIDIS SEROTIPLARINING XUSUSIYATLARI. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RECENTLY SCIENTIFIC RESEARCHER'S THEORY*, 1(8), 149–153. Retrieved from <https://uzresearchers.com/index.php/ijrs/article/view/1173>
 12. Юсупов, М., Шайкулов, Х., Одилова, Г., & Мамарасулова, Н. (2023). Раннее выявление ротавирусной инфекции у детей. *Каталог монографий*, 1(1), 1–68. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/monographs/article/view/27369>
 13. Giyosovna, S. D., Fazliddinova, B. M., & Shodiyevich, S. H. (2023). FITOPATOGENLARGA QARSHI BAKTERIYALARDAN FOYDALANISH VA ULARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH. *IQRO*, 2(1), 78-82.
 14. Sh, S. K., Sirlibeva, M. M., & Alkhamov, J. J. (2022). OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN INFECTIOUS PATHOLOGY OF HUMANS, ANIMALS AND BIRDS. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 10(3), 237-240.
 15. Расулова, М. Р., Юлаева, И. А., & Шодиев, Ж. Х. (2023). СОВРЕМЕННЫЕ



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА. *Talqin va tadqiqotlar ilmiy-uslubiy jurnali*, 1(17), 225-235.

16. Indiaminov, S. I., & Rasulova, M. R. (2018). FEATURES OF FRACTURES OF BONES OF A NOSE IN PRACTICE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION. *Russian Journal of Forensic Medicine*, 4(3), 24-27.

