

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

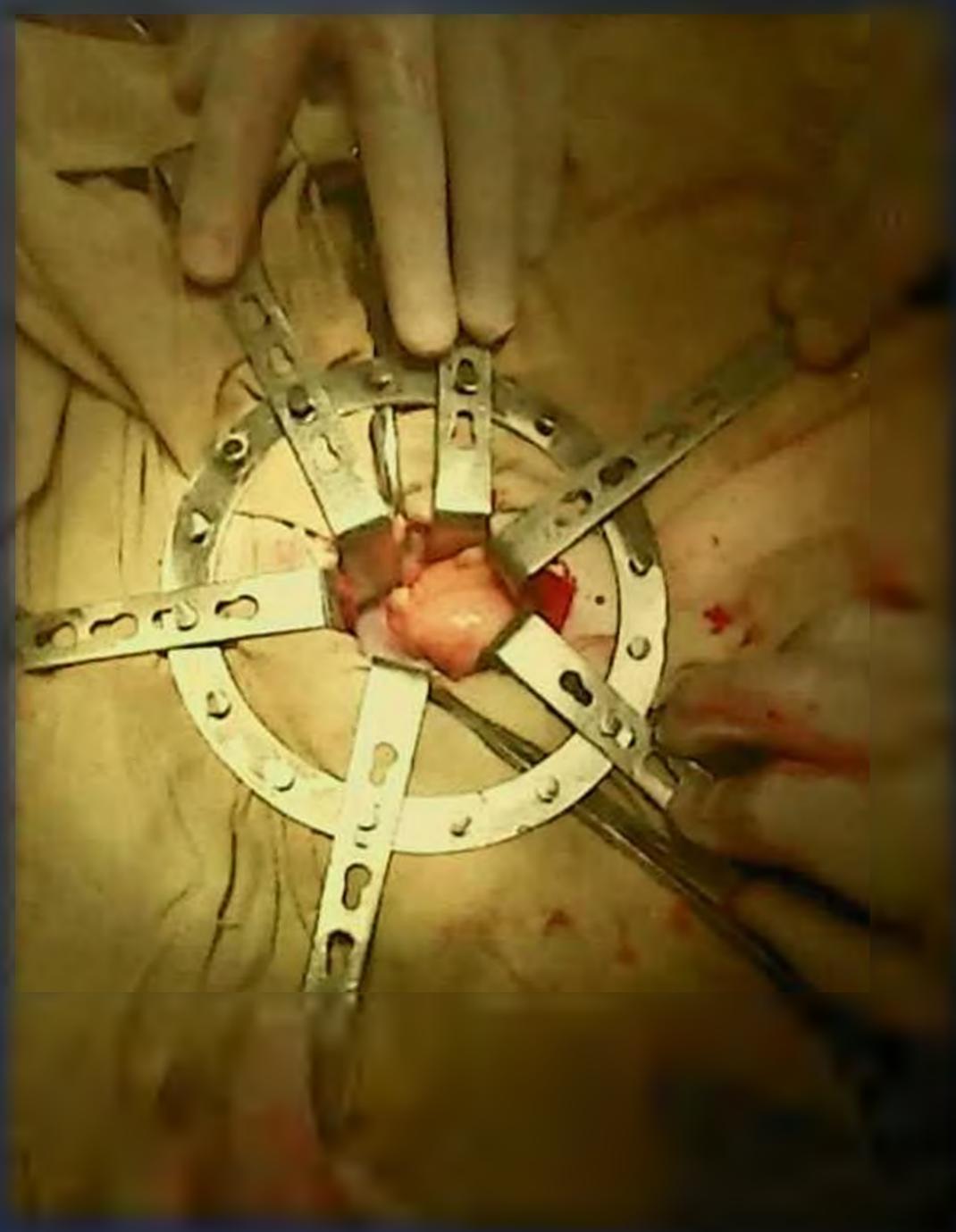
З.Я. Сайдуллаев

С.С. Давлатов

Б.З. Ҳамдамов

К.Э. Рахманов

МОНОГРАФИЯ



«Мутафаккир»
нашриёти

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Фан ва таълим Бошқармаси
бошлиғи т.ф.д., профессор
У.С. Исмаилов
« 15 / 12 / 2022 й. »

Сайдуллаев З.Я, Давлатов С.С, Ҳамдамов Б.З, Раҳманов К.Э.

**УТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ
ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Монография



Тошкент– 2022

20.06.22
24-11/655

С 22

КБК 54.5

УЎК: 616.89-02-089:616.366-003.7+616.366-002

Ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг хирургик давосини такомиллаштириш. Монография Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Ҳамдамов Б.З., Раҳманов К.Э. Тошкент: Мутафаккир, 2022. - 130 б.

Такризчилар:

Сафоев Б.Б. Бухоро давлат тиббиёт институти умумий хирургия кафедраси профессори, т.ф.д.

Карабаев Х.К. Самарканд давлат тиббиёт университети 2 - сон хирургик касалликлар кафедраси профессори т.ф.д.

Монографияда холецистэктомия операциясидан кейинги эрта билнар асоратларнинг диагностикаси ва даволаш билан боғлиқ асосий назарий масалалар келтирилган. Операциядан олдинги ўт тош касаллиги, операция вақтида ва операциядан кейинги билнар асорат диагностикаси, хирургик даволаш усуллари ва уларнинг прафилактикаси ёритилган. Муаллифлар тамонидан ишлаб чиқилган холецистэктомиядан кейинги И-ИИ даражали сафро оқишида жаррохлик даволаш натижаларини яхшилаш ва такрорий лапаратомияларнинг сонини камайтириш мақсадида, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва ултратовуш назорати остида пункцион усулларга кўрсатмаларни ва техник қўлланишни мақбуллаштириш бўйича дастур алгоритм бўйича билнар асоратни даволаш ёритилади. ИИИ даражали сафро оқишида энг яхши натижалар прецизион техника усулларидан фойдаланиб олинган.

Монография хирурглар магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт институти талабалари учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-8848-3-0

© Тошкент: Мутафаккир, 2022

© З.Я. Сайдуллаев ва бошқ. Мутафаккир.

МУНДАРИЖА

МУҚАДДИМА	5
I БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ДЕСТРУКТИВ ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР	8
Ўткир холециститнинг учраши ва тарқалганлик частотаси	8
Ўткир холециститни даволашда замонавий ташхислаш усулларининг қўлланилиши	9
Холецистэктомия турли хил усулларининг устунликлари ва камчиликлари	10
Боб бўйича хулоса	28
II БОБ. МАТЕРИАЛЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ	30
Клиник материалнинг умумий тавсифи	30
Қўлланилган текшириш усулларининг тавсифи	39
III БОБ. ТУРЛИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИДА БАЖАРИЛГАН ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯЛАРДА СТРЕСС ГОРМОНЛАР ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ	48
Ўткир деструктив холецистит билан беморларда стресснинг гормонал кўрсаткичларини ўрганиш	48
Ўткир деструктив холециститда турли кесимлар орқали бажарилган операция вақтидаги стресс гормонлар ҳолати	53
Боб бўйича хулоса	60

IV БОБ. ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ	61
Таккослаш гуруҳидаги ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш	61
Асосий гуруҳидаги ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш	64
Кичик кесим орқали холецистэктомия бажариш техник жихатларини такомиллаштириш	77
Боб бўйича хулоса	82
V БОБ. ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	84
Операциядан кейинги эрта даврда жарроҳлик даволаш натижалар	84
Ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволашнинг кечки натижалари	91
Боб бўйича хулоса	100
ХОТИМА	102
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ	111
ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙҲАТИ	128

МУҚАДДИМА

Ўт тош касаллиги билан касалланиш ва у билан боғлиқ асоратлар сони йил сайин тобора ортиб бормокда, уларнинг улуши бугунги кунга келиб ошқозон-ичак тракти касалликлари орасида 40% га етди. Ўртача, ҳар бешинчи аёл ва ҳар ўнинчи эркак ўт пуфагида тошлар аниқланмокда. Ҳар йили 1 млн. одамда холелитиаз ташхиси аниқланмокда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра бутун дунё аҳолисининг ўт тош касаллиги билан касалланиши 10 – 12%ни ташкил этади. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, дунёда ўт тош касаллиги билан касалланиш ҳолатларининг кўпайиши билан ушбу касалликнинг деструктив шакллари билан касалланганлар сонининг ошиши кузатилмокда. Ўт тош касаллигини даволашда кам инвазив жарроҳлигида эришган катта ютуқларга қарамасдан жарроҳлар орасида ушбу тоифадаги беморларни юритиш тактикаси, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар тўғрисида аниқ бир фикрлар ҳали ҳам мавжуд эмас.

Бир қанча муаллифларнинг фикрига кўра кенг кесим орқали холецистэктомия ҳали ҳам ўткир холециститни самарали даволаш усули бўлиб қолмокда. Перивезикал абсцесс билан асоратланган ўткир деструктив холециститни кенг лапаротомия учун кўрсатма деб ҳисоблайдилар. Бу зич перивезикал инфильтрат юзага келиши билан асоратланган ўткир холециститнинг деструктив шаклларида минилапаротом усулда ўтказилган холецистэктомия бажаришдаги техник қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу эса, конверсияга, яъни амалиётни кенг лапаротом усулга ўтилишига, ҳамда операциядан

кейинги қўшилиб келувчи асоратлар ривожланишига сабабчи бўлади. Жигардан ташқари ўт йўлларининг, жигар ўн икки бармок ичак бойламларидаги, ҳамда жигар дарвозасидаги қон томирларнинг ятроген шикастланиши кўпинча айнан перивезикал инфилтрат ривожланган беморларда мининвазив холецистэктомия усуллари бажарилганда юзага келади. Шу билан биргаликда, инфилтрат билан асоратланган ўткир холециститни жаррохлик давосида кенг лараротом усулга ўтилиши муаммонинг оптимал ечими хисобланмайди.

Адабиётлардаги маълумотлар тахлили шуни кўрсатадики, ушбу йўналишда олиб борилган кўпгина илмий изланишлар борлигига қарамадан, ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни ташхислаш ва даволаш муаммолари шошилишч ўт йўллари хирургиясида долзарб мавзу бўлиб қолмоқда. Шу билан бирга, тадқиқотларнинг аксарияти ўткир деструктив тошли холецистит касаллигини анъанавий клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари ёрдамида ташхислаш ва даволашга бағишланган бўлиб, бу патологик жараённинг оғирлик даражасини тўлиқ аниқлаш ва унга таъсир қилиш имконини беради, аммо уларнинг инвазивлиги туфайли турли хилдаги асоратлар ривожланишига замин яратади. (Назыров Ф.Г., ва ҳаммуаллифлар, 2010).

Замонавий адабиётлар тахлили шуни кўрсатадики, ўткир деструктив тошли холециститни даволашнинг турли хил йўналишлари мавжуд, жумладан, анъанавий – очик ва мининвазив жаррохлик аралашувлар. «Бирок, ўткир холецистит учун очик жаррохлик аралашуви кундалик амалиётда энг қулай йўналиш бўлиб қолмоқда» (Хаджибаев А.М. ва ҳаммуаллифлар, 2019). Олинган

натижаларга асосланиб, ўткир деструктив тошли холециститни операциядан олдин эрта ташхислаш жиҳатидан ҳам, операция ўтказувчи жарроҳлар техник маҳоратини ошириш жиҳатидан ҳам мутахассислар тайёрлаш масалаларини қайта кўриб чиқишга қарор қилинди (Прудков М.И., 2020).

Бугунги кунга келиб, «ўткир деструктив тошли холецистит билан асоратланган ўт тош касаллиги билан беморларда лапароскопик даволашнинг ишончли усулини ишлаб чиқиш» зарурати туғилмоқда (Тамм Т.И. ва ҳаммуаллифлар, 2016). Ва ниҳоят, муайян клиник ҳолатларда аниқ ҳаракат стандартларига эга бўлган ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни юритиш учун даволаш ва ташхислаш дастурий ишланмаси ишлаб чиқилмаган.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда, ўткир деструктив тошли холецистит билан беморларни даволаш - ташхислаш тактикаси замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб ва ҳали ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Касаллик клиник кечиш хусусиятларини баҳолаш, ҳамда касалликнинг зўрайиб бориш белгиларини аниқлаш имконини берувчи тиббий визуализациянинг ноинвазив усуллари берган маълумотлар асосида ўткир деструктив тошли холециститда оператив аралашувларнинг радикалик меъзонларини қайта кўриб чиқиш зарурати туғилмоқда, шу сабабли, ҳар бир алоҳида ҳолатда энг радикал жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш мақсадида ташхислаш алгоритминини мақбуллаштириш айниқса долзарб ҳисобланади.

1 БОБ.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ДЕСТРУКТИВ ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Ўткир холециститнинг учраши ва тарқалганлик частотаси

Ўт тош касаллиги билан касалланиш ва у билан боғлиқ асоратлар сони йил сайин тобора ортиб бормокда, уларнинг улуши бугунги кунга келиб ошқозон-ичак тракти касалликлари орасида 40% га етди. Ўртача, ҳар бешинчи аёл ва ҳар ўнинчи эркак ўт пуфагида тошлар аниқланмокда. Ҳар йили 1 млн. одамда холелитиаз ташхиси аниқланмокда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра бутун дунё аҳолисининг ўт тош касаллиги билан касалланиши 10 – 12 %ни ташкил этади [1].

Ўзбекистонда ўт тош касаллигидан 5 млн аҳоли азият чекади. Ўткир тошли холецистит (ЎТХ) учраш частотаси бўйича жарроҳлик касалликлар тузилмасида ўткир аппендицитдан кейинги иккинчи ўринда туради. Охирги ўттиз йилдан буён барча ёш гуруҳларида ўткир холецистит билан касалланиш тинимсиз равишда ошиб бормокда. Кўпинча 61 – 70 ёшдаги одамлар касалланиб, ЎХ билан касаллар умумий сонидан 32%ини ташкил этса, 51 – 60 ёшдагилар 26% ни, 41 – 50 ёшдагилар эса 14% ни ташкил этади. 21 – 30 ва 31 – 40 ёшлилар орасида касалланиш 7 – 8 %ни ташкил этади [2]. Шу билан бирга, ЎХ нинг гангреноз шаклларининг учраш частотаси ҳам

ортиб бориб, барча холецистэктомияларнинг 2% ида, ҳамда асосан кекса ва қари ёшдаги беморлар гуруҳида аниқланмоқда.

Ўт пуфаги деворида некробиотик жараёнлар юзага келишининг асосий сабаби пуфак ичи босимининг ошиши ҳисобланади. Кекса ва қари ёшдаги беморлар орасида ўлим ҳолатларининг юқори бўлиши ўткир холецистит асоратланган, хусусан обтурацион шакллари частотасининг кўпайиб бораётганлиги билан кўп жihatдан боғлиқдир. Холецистит деструктив шакллари кекса ёшдаги беморларда кичик ёшдаги беморлар гуруҳида нисбатан 9 баробар кўп учрайди [44, 56, 63].

Шу сабабли, холециститда операциядан кейинги ўлим ҳолатларининг камайиши кўп жihatдан ўз вақтида бажарилган ташхислаш чора-тадбирлари ва уларни тўғри талкин қилинишига, ҳамда тўғри танланган даволашга боғлиқ бўлади.

Ўткир холециститни даволашда замонавий ташхислаш усулларининг қўлланилиши

ЎХ ни ташхислаш учун анамнез, объектив ва клиник лаборатор текширувлар маълумотларини батафсил ўрганиш талаб этилади. Хавф гуруҳидаги беморларда (60 ёшдан катталар) ЎХни тасдиқлаш, ёки истисно қилиш учун етарли ташхислаш аниқлигига эга бўлган ягона клиник ва лаборатор текширув усуллари мавжуд эмас [75].

Ўт пуфагининг ультратовуш текшириш (УТТ) усули ЎХ ни ташхислашнинг «олтин стандарти» бўлиб қолмоқда. УТТ ўт пуфаги девори ҳолатини объектив баҳолаш имконини берибгина қолмасдан, балки ривожланиб келаётган асоратларни (панкреатит, абсцесс, холангиолитиаз, қорин бўшлиғида йиғилган яллиғланиш суюқлиги ва

бошқалар) ташхислаш имконини ҳам беради. Кенг тарқалганлиги, инвазивлиги, ионловчи нурлар таъсирининг йўқлиги, шунингдек текширув вақтининг қисқалиги каби хусусиятлар УТТ ни ўткир холециститни ташхислаш учун биринчи галда танлашга асос бўлади [58]. Singh ва ҳаммуаллифларнинг мета таҳлили ушбу маълумотларни тасдиқлайдилар [140]. Бундан ташқари, қорин олд деворида операциядан кейинги чандик, ҳамда тахмин қилинаётган чандикли жараён мавжуд бўлганда УТТ биринчи оптик троакар киритиш учун (ультратовуш тўйнуқ деб аталувчи) хавфсиз нуқтани аниқлаш имконини беради [61].

Kieiwiet ва ҳаммуаллифлар ўтказган бошқа бир метатаҳлилда ЎХ ни ташхислашда УТТ ни тўлдирувчи компьютер томография (КТ) ва магнит резонансли томография (МРТ) нинг аҳамияти ўрганилган [127]. Унга кўра КТ нинг етарлича устунлиги аниқланмаган, бундан ташқари беморлар ушбу текшириш усулида ионловчи нурланиш таъсирига учрайди. МРТ текшириш усулига келадиган бўлсак, унинг самарадорлиги қорин бўшлиғи УТТ сига тенглаштирилган. Тадқиқот сифатини яхшилаш ва ташхисни аниқлаштириш мақсадида клиник, лаборатор ва визуал тадқиқот усулларини умумлаштириш тавсия этилади, аммо энг яхши комбинация номаълум бўлиб қолмоқда [55, 57].

Холецистэктомия турли хил усулларининг устунликлари ва камчиликлари

Ўт тош касаллиги билан оғриган беморларни даволаш ушбу касалликнинг тобора кўпайиб бораётганлиги туфайли муҳим тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланади. Адабиётлардаги маълумотларга

кўра, 30 ёшдан катта кишиларда ўт пуфагида тошлар географик, иктисодий, миллий урф – одатлар, ҳамда овкатланиш тартибига боғлиқ ҳолда популяциянинг 4 – 20 %ида учраса, 70 ёшдан катталарда ушбу кўрсаткич 27 – 30%ни ташкил этади [16, 20, 62].

Холецистэктомияни ҳар доим, масалан, жигар оёкчасидаги кон томирлар ва жигардан ташқари сафро йўлларининг кўп учрайдиган аномалиялари оқибатида юзага келган ностандарт вазиятларда ҳаракат қила оладиган, юқори малакали операцион жамоани талаб қилувчи жаррохлик аралашуви деб ҳисоблашган. Ўткир холециститда перивезикал инфилтрат ва бошқа йирингли – яллиғланиш асоратларининг бўлиши жаррохлик аралашувини етарлича мураккаблаштиради [4, 10, 13, 19, 51].

Традицион холецистэктомияда (ТХЭ) кенгайтириб очиш жигар ости соҳасида ўтказиладиган амалларни эркин бажариш имконини берадиган асосий шарт бўладиган бўлса, операция вақтида ўт йўлларини текшириш усуллари мажбурий ҳисобланар эди [25, 36, 37, 39, 46, 66].

Ҳар бир бемор учун жаррохлик даволаш усуллари танлаш, унинг ҳолатига, ҳамроҳ касалликларнинг борлигига ва касалликнинг кечишининг давомийлигига боғлиқ бўлиб, аниқ бир тавсиялар мавжуд эмас. Жарроҳ анъанавий, мирилапаротом ва лапароскопик холецистэктомиялардан бирини танлаши, ёки микрохолецистостомияга устунлик бериши лозим. Ушбу усулларнинг ҳар бири ўзининг устунликлари ва камчиликларига эга.

XX асрнинг 80 – йилларининг охирида, видеоэндоскопик техниканинг ишлаб чиқилиши, ҳамда махсус асбобларнинг яратилиши туфайли лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) амалиётга

жадал тадбир этила бошланди. Ҳозирги вақтга келиб, бутун дунёда миллиондан зиёд ЛХЭ бажарилган, уларга бўлган кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар аниқлаштирилган, юзага келиши мумкин бўлган асоратлар ўрганилган [11, 16, 28, 31, 34, 59, 60, 63, 68, 73, 93, 94, 100].

ЛХЭ нинг устунликлари тобора аниқ бўлиб бормоқда. ЛХЭ нинг устунликларига келадиган бўлсак, кам травматиклиги, корин бўшлиғини (корин бўшлиғи орти аъзоларининг айримларини ҳам) тўлиқ тафтиш қилиш имконияти ва қўшма аралашувлар бажариш имкониятини айтиб ўтиш мумкин [9, 15, 22, 31, 53, 75, 81, 90, 92]. ЛХЭ нинг камчиликларига иқтисодий жиҳатдан қимматлиги, ускуналарнинг мураккаблиги, махсус асбобларсиз операцияни тўлиқ бажариш имконсизлиги, айрим ҳолатларда операциянинг барча босқичларини бажариш имконсизлиги ва охир оқибат лапаротомияга ўтиш талаб этилишини санаб ўтиш мумкин [2, 5, 21, 27, 38, 40, 43, 69, 79, 95]. Ушбу масалалар бўйича кўплаб мақолалар чоп этилиб, илмий конференция ва конгресслар ўтказилган [29, 70, 74].

Миниинвазив аралашувлардан бошқа бири – минилапаротом усулда холецистэктомияга (МЛХЭ) жуда кам эътибор қаратилган. Аммо, ушбу операция усули холецистэктомиянинг бошқа турларидан бир қатор устунликларга эга [9, 23, 48, 62, 74, 76, 84, 86, 88, 98]. МЛХЭ нинг қўлланилиши афзалроқдир, чунки у нафақат беморларни шифохонада даволаниш давомийлигини камайишига ва иқтисодий жиҳатдан арзонроқ бўлишига, балки, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичларининг пасайишига имкон беради [42, 147]. Қайд этиб ўтиш лозимки, бунда операциядан кейинги асоратлар ривожланиш частотаси ҳамроҳ касалликларнинг камдан – кам ҳолатларда кўзиши ҳисобига ҳам паст бўлади [138].

Эндоскопик жарроҳлик технологияларидан фойдаланиш операция техник таъминотининг юкори қиймати ва ходимларни махсус тайёрлаш лозимлиги сабабли ҳам чекланганлиги хакида фикрлар мавжуд [91].

Шу сабабли, ўт тош касаллиги ва унинг асоратларида бажарилиши керак бўлган турли хилдаги миннинвазив аралашувларга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлашга эътибор қаратиш зарур. ЛХЭ, МЛХЭ ва ТХЭ ларга бўлган кўрсатмалар деярли бир хил деб ҳисобланади [1, 37, 64].

ЛХЭ га бўлган умумий ва маҳаллий қарши кўрсатмалар энг кўп ишлаб чиқилган. Уларга беморларда мавжуд бўлган жиддий ҳамроҳ – юрак қон томир ва нафас тизими касалликлари, портал гипертензия, семизлик III-IV даражаси, кечки муддатлардаги ҳомиладорлик, қорин бўшлиғи юкори қаватида аввал ўтказилган жарроҳлик аралашувларидан кейинги чандикли жараён, қон ивиш тизимининг бузилишлари, яққол яллиғланишли перивезикал инфилтратнинг мавжудлиги, ўт йўллариининг ички ва ташки окмалари, холедохолитиаз, тарқалган перитонит, қорин олд деворидаги йирингли – яллиғланиш жараёнларининг мавжудлигини қиритиш мумкин [7, 38, 40, 58].

Ҳамма жарроҳлар ҳам ЛХЭ га бўлган ушбу қарши кўрсатмаларни тан олмайдилар. Масалан, лапароскопик операцияларни айрим жарроҳлар юкори даражадаги семизликда ҳам муваффақиятли ўтказсалар, бошқалари эса қорин бўшлиғида битишмали жараён бўлганда, ички ўт пуфағи окмаларида, холедохолитиазда, ўт йўллари обструкцияси синдромида, маҳаллий перитонитда, ёки перивезикал абсцессда ҳам ишонч билан бажарадилар [6, 14, 17, 18, 41, 52].

Шундай бўлсада, А.Е. Борисов ва ҳаммуаллифлар батафсил таҳлил натижасида ЛХЭ га 6 та кўрсатма ва 16 та қарши кўрсатмаларни (6 таси мутлоқ) ажратиб олдилар. Бошқача айтганда, юқоридаги жаррохларнинг фикрига кўра, ЛХЭ бажаришга қарши кўрсатмалар кўрсатмаларга нисбатан анча кўп [24].

Қайд этиб ўтиш керакки, қатор жаррохлар учун ЛХЭ вақтида юзага келган қийинчиликлар енгиб бўлмас муаммога айланади. Н. И. Хлебников ва ҳаммуаллифларнинг [96-98] фикрига кўра, жаррохлар аъзо, ҳамда тўқималарни кесиш, ёки кесиб олиш билан боғлиқ амалларни бажариш вақтида эндоскопик назорат остида уларни тикиш ва бирлаштиришда етарлича қийинчиликларга дуч келадилар. Кўпгина муаллифлар қайд этишича, айниқса ўткир холецистит сабабли лапароскопик холецистэктомия вақтида ўт йўллари шикастланиши очик усулда холецистэктомиядан кўра кўпроқ зарарланади ва 0,2-0,87% ни ташкил этади [8, 89, 132]. Бу қийинчиликлар тўқима билан тўғридан-тўғри мануал алоканинг, операцион майдон соҳасида бинокуляр кўришнинг йўқлиги, жароҳатнинг ҳақиқий чуқурлиги ҳиссининг йўқолиши, оптик тизимнинг нисбатан кичик диаметри ва кўриш бурчагининг камлиги, лапароскопнинг яқинлашиши, ёки узоклашиши сабабли аъзолар ўлчамларининг ўзгариши, ҳамда асбобларнинг чекланган ҳаракати сабабли юзага келади.

Қон томирларнинг шикастланиш частотаси ва операциядан кейин қон кетиши 0,7-1,13% ҳолларда кузатилади, бу эса лапароскопик холецистэктомиядан кейин беморларнинг 0,2%ида ўлим юзага келишига сабаб бўлади [33, 35, 152]. Бундан ташқари, атрофдаги аъзоларнинг шикастланиши юз бериш ҳам мумкин.

Жаррохлик аралашувлари режали равишда ўтказилганда, шунингдек, жаррох малакасининг ортиб бориши билан уларнинг частотаси деярли 2 баробарга камайиши аниқланган [39, 139].

Жароҳат инфекциясининг ривожланиши лапароскопик аралашувлардан кейин, очик усулдаги операциялардан кейингига нисбатан камроқ, фақатгина 0,5-5,2% ҳолатларда кузатилади [44, 102, 121].

Пневмоперитонеум ҳосил қилиниши ва Фовлер ҳолатида операция ўтказиш фониди юрак – қон томир, ҳамда нафас тизими томонидан бир қатор носпецифик асоратлар 0,2-1,05% ҳолатларда юзага келади [36, 133, 142]. Қайд этиб ўтиш лозимки, ёш ўтиши билан сурункали касалликларнинг кўзиш частотаси ҳам ортиб бориб, лапароскопик операциялардан кейин юзага келувчи асоратлар шаклланишида уларнинг ўрни ҳам ортиб боради.

Охириги вақтларда пневмоперитонеумнинг юрак – қон томир ва нафас тизими фаолиятига нојўя таъсирини ўрганишга бағишланган ишлар кўпайиб бормокда [99, 118].

Юрак – қон томир тизими пневмоперитонеумга юрак зарби, систолик ва диастолик босимнинг ортиши, томирлар периферик қаршилигининг эса камайиши билан жавоб беради. Юқорида айтиб ўтилганидек, организмнинг ёшга доир ўзгаришларига боғлиқ равишда, кекса ёшдаги беморларда полиорган дисфункция кузатилади. Пневмоперитонеум ҳосил қилиш фониди дисфункция даражаси кучайиб боради ва юрак ритмининг бузилиши (синусли тахикардия, бўлмача экстрасистолияси, қоринча экстрасистолияси, бигеминия), ўткир миокард инфаркти, ўпка артериясининг тромбоемболияси каби ўта оғир асоратлар ривожланишига олиб

келади [113,134,]. Карбоксиперитонеумнинг ЭКГ га таъсири ўрганилганда QT оралигининг яққол ишонарли ўзгариши кўпрок кекса ешдаги беморлар орасида кузатилиб, қондаги CO₂ парциал босимининг ортиши ва ушбу фонда юзага келган юрак депрессияси билан боғликлиги аниқланган [101, 104].

Нафас тизими пневмоперитонеумга диафрагма гүмбазининг кўтарилиши сабабли нафас ҳажми ва ўпкалар функционал қолдик ҳажмининг пасайиши билан жавоб беради, бу эса, гиперкапния, респиратор ацидоз ва ўпкалар гипоперфузиясига олиб келади [131]. Бундан ташқари, кўкрак қафасидан веноз қон оқшининг ёмонлашиши, кўкрак қафаси ичи босимининг ошиши кузатилиб, ўпка рестриктив синдроми юзага келиши мумкин. Айрим муаллифлар пневмомедиастинум, ёки ортостатик жавоб реакциялари тўғрисида ҳам айтиб ўтадилар [14, 50]. Қорин бўшлиғида босимнинг ҳаддан ортиши ошқозон – кизилўнғач рефлюкси ва ошқозон суюқлиги аспирацияси хавфини юзага келтиради.

Тарқалган атеросклероз фонидаги микроциркуляция бузилишлари кузатилган беморларда таранглашган пневмоперитонеумнинг жигар ва буйрақлар фаолиятидаги салбий таъсири аниқланган [47, 151].

Пневмоперитонеумнинг салбий таъсирини камайтиришнинг мавжуд йўллари ўрганиш бўйича ҳам қатор изланишлар олиб борилган, жумладан, қорин бўшлиғига ҳавони 12 мм. сим. уст.гача киритиш, қорин бўшлиғига киритиш учун гелийни ишлатиш, операцион столнинг бош томон оғишини 10-15° гача чеклаш, абдоминал лифтингни қўллаш тавсия этилган [13, 116]. Афсуски, қорин бўшлиғини кўтариш учун ишлатиладиган усқуналар аралашув

вақтида кўришни чеклайди. Бундан ташқари, абдоминал лифтинг ва 7 мм сим. уст. босимигача пневмоперитонеум қўлланилиши солиштирилганда клиник аҳамиятли фарк аниқланмаган [120].

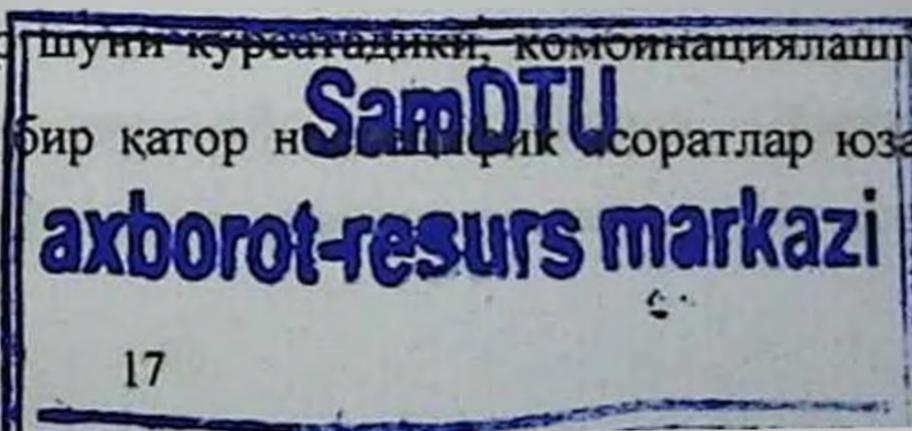
Инерт газларнинг киритилиши пневмоперитонеум юзага келишининг олдини олмасда, периферик конда CO_2 парциал босимининг ортишига ҳам олиб келмайди [148].

Операция давомийлигининг ошиши қорин бўшлиғидаги босимнинг ортиши ва Фовлер ҳолатида операция ўтказиш фониди веноз қайтишнинг бузилиши туфайли носпецифик асоратлар частотасининг ошишига олиб келади. П.Г. Кондратенко фикрига кўра пневмоперитонеум сабабли юзага келган нафас дисфункцияси ва қон айланиш етишмовчилиги бир – бирини оғирлаштириб, қорин бўшлиғи гипертензияси билан беморларда ўлимнинг асосий сабаби бўлиши мумкин [110].

Қорин ичи босимининг ошиши, айниқса, ҳамроҳ неврологик касалликлар бўлганда интракраниал босимнинг ошишига ҳам олиб келиши мумкин, бу эса, мия тўқимасининг шиши ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолат геронтологик амалиётда ўта долзарб ҳисобланади [149].

Таранглашган пневмоперитонеумда вақтинчалик полиорган дисфункция кузатилади. Бундан келиб чиқадики, ушбу полиорган дисфункциянинг даражаси операциядан олдинги дисфункциянинг ҳолатига ва пневмоперитонеумнинг давомийлигига боғлиқ бўлади [30].

Ўтказилган тадқиқотлар шунини кўрсатадики, комбинациялашган анестезиянинг қўлланилиши бир қатор н



кетиш частотасини камайтиради, лекин уларнинг юзага келишининг олдини олмайди [45].

Операциянинг ўртача давомийлиги сезиларли даражада ўзгариб туради. Бу асосан беморнинг ўзига хос хусусиятлари билан белгиланади. Шундай қилиб, анамнезида қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган операцияларнинг давомийлиги аралашувнинг давомийлигини сезиларли даражада оширади. Хуруж бошланишидан кейинги вақтнинг ортиши ва яққол инфилтратив ўзгаришлар ҳам, холецистэктомия бажаришни мураккаблаштиради [121].

Бундан ташқари, адабиётларда қайд этилишича, кекса беморларда операциялар ўртача (108 ± 55 дақиқа)га нисбатан ёш беморларда (83 ± 34 дақиқа) узокрок давом этади, ушбу ҳолат аралашувларнинг ўртача давомийлигини тахмин қилиш учун амалда ҳисобга олиниши керак [67, 72, 122].

Афсуски, кўплаб муаллифлар беморларнинг ёшига қараб операцияларнинг мураккаблиги ва давомийлигини батафсил таҳлил қилмаган бўлсаларда, кекса ва қари ёшдаги беморларда операция давомийлиги 47-133 дақиқа эканлигини таҳлил қилишган [49, 52, 88, 123, 126, 129].

Лапароскопик холецистэктомия ўтказилганда шифохонада операциядан кейинги даволаниш муддатининг узайиши бажарилган аралашувнинг мураккаблиги ва травматик табиатини кўрсатиши мумкин [112].

Бизнинг мамлакатимизда беморларнинг стационар даволаш муддатларига тавсия этилган стандартлар қабул қилинган [65]. Хорижий клиникаларда беморларни амбулатор шароитда даволанишни давом эттиришга тезроқ йўналтириш амалиёти жорий

этилган. Адабиётлар тахлилининг кўрсатишича, 70 ёшдан катта бўлган бемор ёши ва операция ўтказувчи жаррохнинг малакаси операциядан кейинги реабилитациянинг давомийлигига бевосита таъсир ўтказди [58, 109, 114, 129]. Шундай қилиб, R.K. Алпаманени берган маълумотларга кўра, беморларнинг шифохонада бўлиш давомийлиги 7 кунни, A.J. Карауіаннакіс га кўра 9- 5,5 кунни, R.E. Rego бўйича ўртача 3,3 кунни, P.Pessaux ва A. Масгі бўйича эса, ўртача 11 кунни ташкил этган [113, 127, 135, 130].

E. Suliman ва R. Palade лапароскопик холецистэктомия асоратлар юзага келиш частотаси бўйича ҳам, операция давомийлиги ва операциядан кейинги шифохонада даволаниш муддати бўйича ҳам, очик усулдаги операциядан устунликка эга эмас деб ҳисоблайди [142].

Қайд этиб ўтиш лозимки, лапароскопик холецистэктомиядан кейин ўлим кўрсаткичи турли манбалардаги маълумотларга кўра 0 – 4 %ни ташкил этади [36, 86, 135, 146].

Шундай қилиб, гериатрик муаммолар, турли ёш гуруҳларидаги ҳамроҳ касалликларнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, ўт тош касаллиги жаррохлигида лапароскопик холецистэктомияни бир овоздан “олтин стандарт” сифатида баҳолаш мумкин эмас. Шу сабабли, холецистэктомия бажариш учун камрок қўлланиладиган минилапаротом усулнинг имкониятларини батафсил ўрганиш лозим, чунки ушбу усул пневмоперитонеум ҳосил қилиш билан боғлиқ асоратлар ривожланиши ва шу орқали ҳамроҳ касалликлар декомпенсацияси ривожланишининг олдини олади.

А.Д. Тимошин ва ҳаммуаллифлар [81] фикрига кўра, МЛХЭ га бўлган умумий қарши кўрсатмалар деярли мавжуд эмас. М.И.

Прудков ва ҳаммуаллифлар [134-135], А.М. Шулутко ва ҳаммуаллифлар [108] 72 соатдан кўпроқ давомийликдаги ўткир холецистит, ўт пуфаги бужмайиши, Мириззи синдроми, жигар ости соҳасида яққол ривожланган чандикли ўзгаришларни МЛХЭ га қарши кўрсатма сифатида баҳолайдилар. N. Туагi ва ҳаммуаллифлар [143] портал гипертензия, коагулопатия сабабли қон кетиш хавфини МЛХЭ бажаришга тўсқинлик қилувчи омил деб ҳисоблайдилар.

МЛХЭ нинг ТХЭ олдидаги асосий устунлиги сифатида кўпгина жарроҳлар қорин олд девори тўқималарининг қам шикастланиши деб ҳисоблайдилар. Кичик қесим одатда трансректал бўлиб, айрим ҳолатларда параректал, ёки юқори ўрта бажарилиши мумкин. Қесимнинг узунлиги 3 – 4 см дан 6 – 7 см гача бўлиб ва ҳар бир алоҳида ҳолатга боғлиқ бўлиши мумкин. Жигардан ташқари ўт йўлларида реконструктив амалиёт талаб этиладиган бўлса қесим кенгайтирилиши мумкин [28, 48, 136, 141, 149].

МЛХЭ нинг бажарилиши М.И. Прудков ишлаб чиққан «миниасистент» асбоблар тўплами қўлланилганда анча осон бўлади [134]. Баъзан, жарроҳлар ўзлари ишлаб чиққан асбобларни қўллашади, ёки бошқа тўплалардаги асбобларни мослаштириб олишади [32, 50].

Операцион травма даражасини баҳолаш учун аралашув ва анестезиянинг давомийлиги, юқотилган қон ҳажми, интенсив терапия бўлимида беморнинг даволаниш лозимлиги ва унинг давомийлиги, оғриқ синдромининг ривожланиш даражаси, қўлланилган наркотик аналгетиклар миқдори ва давомийлиги, ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятининг бузилиш даражаси ва ушбу кўрсаткичларнинг динамикада мўътадиллашиши, госпитализация муддатининг

давомийлиги, меҳнат ва ижтимоий реабилитациянинг давомийлиги каби параметрларни ҳисобга олиш лозим. Бунда, беморнинг еши, касаллик оғирлик даражаси, жарроҳ, анестезиолог, реаниматологнинг малакасини эътиборга олиш керак [28, 58, 59, 77, 80, 107].

Операция давомийлиги каби травматиклик кўрсаткичини баҳолашга келадиган бўлсак, E. Trondsen ва ҳаммуаллифлар [143] маълумотларига кўра ТХЭ мининвазив операцияларга нисбатан камроқ вақтни эгаллайди. Аммо, бошқа бир жарроҳлар [137, 149] ТХЭ давомийлигининг бошқа мининвазив операциялардан кўра ишонарли ($p < 0,01$) ва узокроқ кечишини таъкидлайдилар. S. Oyogoa ва ҳаммуаллифлар [88] рандомлаштирилган тадқиқотлар асосида лапароскопик усул ва мининвазив усуллар қўлланилганда, операция давомийлиги, ҳамда шифохонада ётиш муддатининг ишонарли фарқи йўқлигини аниқладилар.

Операцион травма даражасини фақатгина клиник маълумотлар асосида эмас, травмага жавобан юзага келган гемостаз кўрсаткичлари ўзгаришларини таҳлил қилиш асосида аниқлаш лозим [9, 58, 86]. E. B. Беловолова ва A. P. Рамазанов [21, 73] маълумотларига кўра, йирик операцион жароҳатнинг ўзи ҳам етарлича метаболик ўзгаришлар ва эндотоксемияни келтириб чиқаради. Муаллифлар ЛХЭ дан кейин ТХЭ га нисбатан кондаги ўрта молекуляр пептидлар миқдори 24,3% га ($p < 0,05$), ацетон 47,5% га ва метилэтилкетон 44,5% га паст бўлишини аниқладилар.

Организмнинг травмага бўлган ушбу жавоб реакциясининг амалга оширилишида гипоталамус, гипофиз олдинги бўлаги ва буйрак усти безлари асосий ўринда туради. Ушбу тизимлар (гипофиз, буйрак усти бези пўстлоқ қисми) билан боғлиқ бўлган бир қатор

стресс гормонлар ажратиб олинган. А. Д. Тимошин ва ҳаммуаллифлар [81], А. Л. Шестаков ва ҳаммуаллифлар [63] томонидан ЛХЭ, МЛХЭ ва ТХЭ қўлланилгандаги асосий стресс гормонларининг (кортизол, пролактин, трийодтиронин, тироксин, ТТГ) миқдори ўрганилган. Барча кузатувларда операция вақтидаги гормонлар даражаси операциягача бўлган кўрсаткичлардан юқори бўлди, аммо кўрсатилган учта гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан яққол ифодаланган фарқ аниқланмади. Стресс гормонларининг энг юқори даражаси (айниқса пролактин) ЛХЭ бажариш вақтида аниқланди. Муаллифлар гормонлар даражасидаги бу каби тебранишларни таранглашган карбоксиперитонеумнинг салбий таъсири билан боғлашади. П.С. Ветшев ва ҳаммуаллифлар [28] ҳам, пролактин стресс гормонлар ичида энг кўп маълумот беради, деб ҳисоблашади. Ушбу муаллифлар маълумотларига кўра, ЛХЭ да пролактиннинг миқдори таранглашган карбоксиперитонеум ҳосил қилиш вақтида энг юқори даражага кўтарилиб, МЛХЭ ва ТХЭ беморлар гуруҳидаги кўрсаткичлардан баланд бўлди. Бошқача қилиб айтганда, холецистэктомиянинг исталган усулида интраоперацион травма ҳар доим ҳам кузатилган ва тахминан бир хилда намоён бўлади.

Шу билан бирга, аралашувлардан кейинги биринчи соатларданок, стресс гормонлар миқдорининг ЛХЭ ўтказган беморлар интраоперацион кўрсаткичларига нисбатан янада ишончли ва тез (2,1 – 5,5 маротаба) пасайиши, ҳамда гормонлар миқдори мўтадиллашининг МЛХЭ дан кейин (1,3 – 1,8 маротаба) ва ТХЭ дан кейин (1,1 – 1,8 маротаба) секинлашиши кузатилган [58, 63]. 2 – 3 суткаларда ушбу кўрсаткичлар охириги иккала беморлар гуруҳида ҳам юқори бўлиб турди.

Операциядан кейинги оғрик синдроми “жарроҳлик стресси” тушунчасининг асосий таркибий қисмларидан бири ҳисобланади [30, 37, 51]. Наркотик оғрик қолдирувчи воситаларга талабнинг яққол қамлиги ЛХЭ дан кейинги беморларда қузатилган [58]. А.М. Шулутко ва ҳаммуаллифлар фикрига кўра [108], МЛХЭ дан кейин 98,7% беморларда наркотик аналгетиклар ёрдамида оғрик қолдиришга эҳтиёж тугилмаган. S. Оуогоа ва ҳаммуаллифлар [88] маълумотларига кўра эса, операциядан кейин оғриксизлантириш учун зарур бўлган аналгетиклар миқдори ЛХЭ ва МЛХЭ ўтказган иккала беморлар гуруҳида бир хил бўлган.

Айрим муаллифларнинг фикрига кўра, операциядан кейинги шифохонада ётиш муддати жарроҳлик аралашувининг травматиклик даражасини баҳолашда энг ишончли кўрсаткичдир [78]. Аммо, операциядан кейин шифохонада бўлиш давомийлигига нафакат клиник ва лаборатор кўрсаткичлар, балки маълум бир шифохонанинг, ёки жарроҳлик мактабининг қарашлари ва анъаналари, айрим ташкилий (маъмурий) чекловлар ва кўрсатмалар, уйига жавоб берилган беморда патронаж хизмати имкониятларининг бор, ёки йўқлиги ҳам таъсир кўрсатади.

Холецистэктомия ўтказган учала гуруҳдаги беморлар қиёсланганда, турли хилдаги қесимларда операцион травма даражаси ўртасидаги яққол фарқ аниқланди. ЛХЭ энг енгил травма билан кечиб, операциядан кейинги даврнинг қисқалиги билан ажралиб турди. МЛХЭ натижаларининг таҳлили ушбу турдаги аралашувларнинг травматиклик жиҳатидан ўртада туришини кўрсатди, яъни холецистэктомиянинг бу тури ТХЭ га нисбатан анча кам травматик бўлсада, бир қатор кўрсаткичлар бўйича (юқотилган

кон ҳажми ва операциянинг давомийлиги) лапароскопик аралашувдан орқада қолади. Аммо, таранглашган карбоксиперитонеумнинг организмдаги ҳаётӣ маҳим аъзо ва тизимлар фаолиятига салбий таъсирнинг мавжудлиги туфайли лапароскопик жарроҳлик вақтида анестезияни тўлик кузатиш ва ўз вақтида коррекция қилиб бориш лозим.

Шундай қилиб, барча операция усулларига кўрсатмалар мавжуд бўлиб, ярмидан кўп ҳолларда ўткир деструктив жараён фонидаги ўт пуфагининг яққол яллиғланишли ўзгаришлар, шаклланган перивезикал инфилтрат, ўт йўлларида аралашувлар ўтказиш зарурлиги сабабли лапароскопик операциялар ўтказиш учун тўсиқлар борлиги билан баҳоланади. Кичик кесим орқали операциялар юкоридаги асоратлар кузатилган беморларни даволаш учун жуда қулай ҳисобланади [83, 87].

А.А Шалимов ва ҳаммуаллифлар [105] мирилапаротом усулнинг қўлланилиши хавф гуруҳидаги беморларда ўт тош касаллиги сабабли ўтказиладиган радикал операция усулларига бўлган кўрсатмаларни кенгайтиришга, яққол битишмали жараёнда, яъни ЛХЭ га қарши кўрсатмалар бўлганда операция ўтказишга имкон беради деб ҳисоблайдилар.

Минилапаротом усулда операциялар ўтказиш тажрибасининг ортиб бориши уларнинг ТХЭ ва ЛХЭ га нисбатан устунликларини ажратиш имконини беради.

Минилапаротом усулда холецистэктомия лапароскопик усулда ўтказилган холецистэктомиядан қуйидаги устунликларга эга: 1) анча осонлиги (тажриба шуни кўрсатадики, ТХЭ бажара оладиган жарроҳ, МЛХЭ усулини тезда ўзлаштириб олади); 2) иқтисод нуқтаи

назаридан асбоб – ускуналарнинг нисбатан анча арзонлиги ҳам (унинг киймати 8 – 10 мартаба арзон туради) муҳим аҳамиятга эга, 3) таранглашган карбоксиперитонеумнинг ва бунинг оқибатида респиратор, ҳамда гемодинамик кўрсаткичлардаги ўзгаришларнинг йўқлиги; 4) ўт пуфаги, жигардан ташқари ўт йўллари, шу соҳадаги жигар бўлаги, ошқозон ости беши бошчаси, ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон қисмини бевосита визуал, ҳамда палпатор назорат қилиш имконияти; 5) тубидан холецистэктомия бажариш, лозим бўлганда ўт пуфаги ётоғини тикиш, холедохотомия, холецистохоледоҳал, ёки холецистодуоденал оқмаларни бартараф қилиш имконияти; 6) конверсияга ўтиш керак бўлганда қесим типик трансректалгача кенгайтирилиши мумкин [23, 41, 71, 83, 85, 103, 108, 128].

904 нафар кичик қесим орқали ўтказилган операция тажрибаларига асосланган, А.М. Шулутко ва ҳаммуаллифлар [108] маълумотларига кўра, 585 нафар беморлар сурункали тошли холецистит сабабли, 319 нафар эса ўткир тошли холецистит туфайли, касаллик бошланишидан кейин 72 соат ичида операция қилинган. Беморларнинг ўртача ёши $60,3 \pm 4,4$ ёшни ташқил этди, уларнинг 36,4% ида ҳамроҳ касаллик ЮИК, 18,3% ида постинфаркт кардиосклероз, 7,9% ида юрак ритми бузилишларининг мураккаб турлари, 4,1% ида тарқалган атеросклероз, 18,7% ида гипертония касаллиги, 44,2% ида пневмосклероз ва ўпка эмфиземаси, 65,6% ида семизлик II-IV даражаси аниқланди. 4 нафар аёл ҳомиладорликнинг II-III триместерида операция қилиниб, кейинчалик уларда нормал туғруқ жараёни кузатилди. Муаллифлар минилапаротом қесим орқали жигар кистасини резекция қилиш, холедохолитотомия, билиодигестив анастомоз ва панкреатик цистоеюноанастомоз шакллантириш, ичак

окмаларини бартараф қилиш ва бошқалар каби қўшма аралашувларни муваффақиятли бажардилар. А. Д. Тимошин ва ҳаммуаллифларнинг [81] фикрига кўра, жарроҳнинг ихтиёрида лапароскопик асбоблардан ташқари, кичик кесим орқали операциялар ўтказиш учун зарур бўлган асбоблар ҳам бўлиши керак, зеро бу, кўп ҳолларда кам инвазивлик тамойилларидан воз кечмаган ҳолда операцияни давом эттириш имконини беради (масалан, лапароскопик усул муваффақиятсиз бўлганда минилапаротомияга ўтиш).

Кичик кесим орқали ўтказилган операция натижалари очик усулда ўтказилган операцияларга нисбатан анча яхшироқдир. Операцияларнинг давомийлиги, операция вақтида қон кетиш ва асоратлар даражаси ТХЭ дагига етмайди ва аксинча кам бўлади. Шу билан бирга, минилапаротом кесим операциядан кейинги эрта давр кечишини енгиллаштириб, беморларнинг стационарда бўлиш давомийлигини камайтиради. Жигардан ташқари ўт йўлларининг шикастланишлари МЛХЭ да ТХЭ га нисбатан кам бўлиб, 0,2-2,5% ни ташкил этади. Операция давомийлиги ва операциядан кейинги асоратлар частотаси ҳам МЛХЭ да ЛХЭ га нисбатан кам бўлади [33, 43-45, 48, 71, 83, 84, 109, 111].

Кичик кесимни конверсияси 1,5-12,0% кузатувларда зарур бўлиб қолиши мумкин [44, 52, 111]. Кесимни конверсия қилиш сабабларига ўт пуфаги соҳасидаги ва гепатодуоденал соҳадаги якқол чандикли – битишмали жараёнлар, ўт пуфаги эмпиемаси, перивезикал яллиғланиш инфилтрати, холедохолитиаз, холедоходуоденал окма, шунингдек, операция вақтида кузатилиши мумкин бўлган жиддий асоратлар (ўт пуфаги артериясидан қон кетиш, жигардан ташқари ўт йўлларининг катта ҳажмдаги шикастланишлари) бўлиши мумкин.

Ўт пуфаги эмпиемаси, холедоходуоденал окма ва холедохолитиаз ҳамма вақт ҳам кесимни конверсия қилишга кўрсатма бўла олмайди А.А. Шалимов ва ҳаммуаллифлар [106] 167 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларда МЛХЭ ни муваффақиятли бажардилар, бу ўт тош касаллиги сабабли ўтказилган операцияларнинг 18,2% ни ташкил этди. Г.В. Думан ва М.В. Эккелман [17] механик сариклик билан беморларда билиодигестив анастомозларни кичик кесим орқали муваффақиятли шакллантирдилар. М.И. Прудков ва К.В. Титов [135] ўт йўллари чандикли стриктуралари билан беморларда ўт оқшини тикловчи операцияларни ўтказиш учун минилапаротом усулдан фойдаланган. А.М. Шулутко ва ҳаммуаллифлар [108] эндоскопик усулда тўғриланмаган холедохолитиаз туфайли 112 та операцияни кичик кесим орқали ўтказиб, бунда 45,5% ҳолатларда холедохолитотомия ва холедоходуоденоанастомоз шакллантириш бажарилган.

МЛХЭ да яхши натижалар 97,0-99,3% кузатишларда қайд этилиб, асоратлар частотаси 2,5-12,5% дан ошмайди [33, 44, 71, 124-125, 149].

МЛХЭ ва ЛХЭ ўтказган беморларнинг бевосита, ҳамда узок муддатлардаги даволаш натижалари бир – бири билан мутаносиб бўлиб, ТХЭ нинг натижаларидан анча юқори ҳисобланади. МЛХЭ ва ЛХЭ дан кейин беморларнинг одатий ижтимоий ва меҳнат фаолиятига анча эрта қайтиши қайд этилган [9, 38, 49, 64, 115, 124]. S. Оуогоа ва ҳаммуаллифларнинг [88, 149] фикрига кўра, минилапаротом усулда ўтказилган холецистэктомия, у ёки бу сабаб туфайли ЛХЭ қарши кўрсатма бўлган беморларда, ҳамда операциянинг нархи муҳим бўлган беморларда ЛХЭ га муқобил усул ҳисобланади.

Шундай қилиб, ўт тош касаллигида ТХЭ, ЛХЭ ва МЛХЭ га бўлган барча кўрсатмалар ўзаро тенг асосли ҳисобланади. МЛХЭ – тўлақонли миннинвазив, ҳамда нисбатан арзон операция усули бўлиб, ўт йўлларида бажариш лозим бўлган кўпгина амалларни, ЛХЭ вақтида кузатилиши мумкин бўлган қийинчиликларсиз, бажариш имконини беради. Бизнинг мамлакатимизда МЛХЭ бажаришда етарлича муваффақиятли кўникмаларнинг мавжудлиги ушбу усулнинг ТХЭ ва ЛХЭ олдидаги устунликларини, амалиётга кенг тадбиқ қилиш ўзини оқлашини исботлайди, чунки операциянинг ушбу усули ТХЭ бажариш кўникмаси мавжуд жаррох томонидан, исталган шифохонада ўтказилиши мумкин.

МЛХЭ нинг барча сифатлари уни асоратланган ва асоратланмаган тошли холециститнинг жаррохлик давосида, ЛХЭ билан бир қаторда, танлов операция усули сифатида тавсия қилиш имконини беради. ТХЭ усулини фақатгина ўта мураккаб вазиятларда, миннинвазив холецистэктомия бажариш имкони бўлмаганда қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Боб бўйича хулосалар

Шундай қилиб, муаммолар бўйича адабиётлар таҳлили ўткир холецистит, айниқса унинг деструктив шакллариининг жаррохлик давосида объектив қийинчиликлар борлиги тўғрисида далолат бермоқда. Техник имкониятлар, ҳамда беморларга самарали ёрдам бериш истаги бугунги кунда кам травматиклиги сабабли устунликка эга бўлган шошилишч миннинвазив радикал операцияларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар етарлича аниқланмаган, ёки асосланмаганлиги сабабли чегараланмоқда. Ёш ўтган сари беморларда фаол жаррохлик

аралашувларини чеклашга сабаб бўлувчи ҳамроҳ касалликларнинг кўпайиши кузатилади.

Ўткир тошли холециститни даволашда эришилган ютуқларга қарамасдан, касалликнинг деструктив шакларида холецистэктомия усулини танлашга бағишланган муаммолар ҳалигача очик қолмоқда. Юқоридагиларнинг барчаси ушбу тадқиқотни олиб боришга сабаб бўлди.

II БОБ.

МАТЕРИАЛЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Клиник материалнинг умумий тавсифи

Тадқиқот 2017 – 2021 йиллар мобайнида, Самарқанд давлат тиббиёт институтининг жарроҳлик бўлимларида (Самарқанд давлат тиббиёт институти 1 – сон хирургик касалликлар ва умумий хирургия кафедраларининг клиник базалари), ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолашга асосланган. Даволаш тактикасига боғлиқ равишда беморлар икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳдаги беморларни 2019 – 2021 йилларда клиникада даволанган 119 нафар бемор ташкил этди. Таққослаш гуруҳига 2017 – 2018 – йиллар давомида стационар даво олган 82 нафар бемор киритилди.

Тадқиқотга ўткир деструктив холецистит билан клиникага муурожаат қилиб, операция қилинган барча беморлар киритилди.

Тадқиқотга бизлар механик сариклик, ёки холангит билан беморларни қўшмадик, сабаби, ўт тош касаллигининг ушбу асоратларида ўлим, ҳамда асоратлар даражаси юқори бўлиб, бизнинг тадқиқотимиз натижаларини бузиши мумкин.

Тадкикотга 201 нафар бемор, шу жумладан 17 ёшдан 87 ёшгача бўлган 44 нафар эркак ва 157 нафар аёллар киритилган. Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши, ҳамда уларнинг жинси ва ёши бўйича қиёсий тавсифи 2.1 жадвалда берилган.

2.1 – жадвал

Ўткир деструктив холецистит билан беморларни жинс ва ёш бўйича тақсимланиши

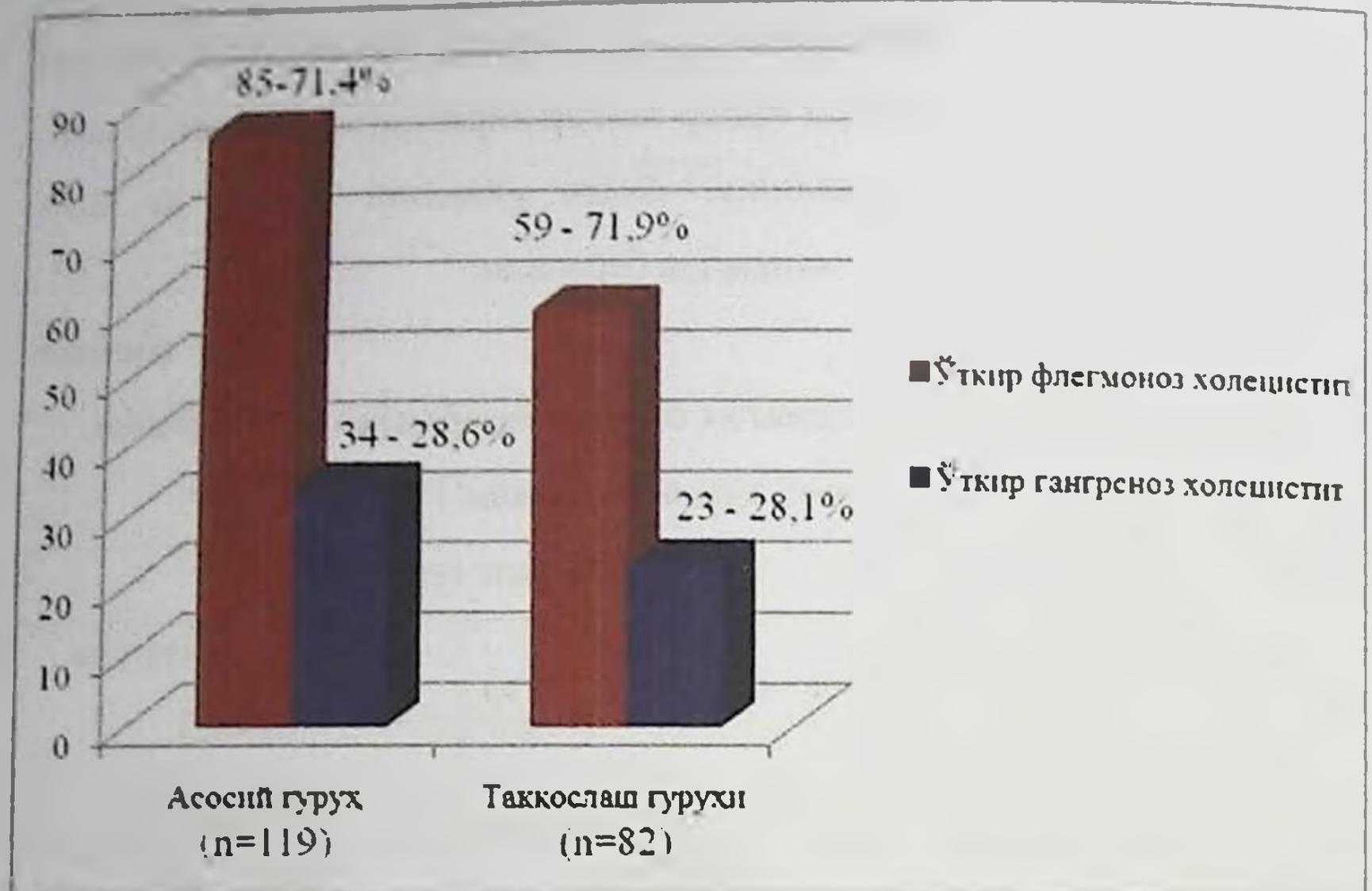
Беморлар	Тадкикот гуруҳлари	
	Асосий гуруҳ (n=119)	Таккослаш гуруҳи (n=82)
Эркаклар	21 (17,6%)	23 (28,1%)
Аёллар	98 (82,4%)	59 (71,9%)
Ўртача ёш, йил	57,7±13,9 (17 ёшдан 85 ёшгача)	59,6±14,2 (23 ёшдан 87 ёшгача)

Жадвалдан кўриниб турибтики, тадкикот гуруҳларидаги беморлар жинси ва ёши бўйича бир – бирига мос ($p>0,05$).

Тадкикот гуруҳларидаги беморларда ўткир холецистит морфологик шаклларининг тузилмаси 2.1 – расмда кўрсатилган.

Ўткир деструктив холециститнинг морфологик шакллари иккала тадкикот гуруҳларида деярли бир хилда бўлди.

Ўт пуфаги деворидаги яллиғланиш ўзгаришлари даражасини кўрсатувчи умумий қон таҳлилидаги лейкоцитлар миқдори аниқланганда 2.2 – жадвалда кўрсатилган натижалар олинди.



2.1 – Расм. Тадқиқот гуруҳларидаги ўткир деструктив холециститнинг морфологик шакллари

2.2 – жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморлар қонида лейкоцитлар миқдори

	Тадқиқот гуруҳлари	
	Асосий гуруҳ (n=119)	Таққослаш гуруҳи (n=82)
Лейкоцитлар миқдори, $\times 10^9/\text{л}$	$13,7 \pm 2,3$	$14,5 \pm 2,8$

Жадвалдан кўриниб турибтики, лейкоцитоз даражаси бўйича қиёсий гуруҳлардаги беморлар орасида ишончли фарқ аниқланмади.

Барча гуруҳдаги беморлар орасида операция вақтигача хуруж давомийлиги баҳоланди (2.3 – жадвал). Жадвалдан кўриниб турибдики, тадқиқот гуруҳларидаги беморларда хуружнинг давомийлиги кенг камровда ўзгариш бўлиб, гуруҳлар орасида фарк аниқланмади ($p>0,05$).

2.3 – жадвал

Барча гуруҳлардаги беморлар орасида хуружларнинг давомийлиги

Беморлар	Тадқиқот гуруҳлари	
	Асосий гуруҳ (n=119)	Таккослаш гуруҳи (n=82)
Давомийлик, соатлар	61,5±62,9 (3 дан 360 гача)	76,3±74,8 (3 дан 360 гача)
72 соатдан кўп давомийлик билан беморлар	84 (70,6%)	57 (67,8%)

Қайд этиб ўтиш керакки, хуруж давомийлиги 72 соатдан кўп бўлган беморлар сони асосий гуруҳда (11,8%) таккослаш гуруҳига нисбатан (8,5%) кўп бўлди. Ушбу маълумотлар 2.1. – расмда келтирилган маълумотлар билан таккосланганда ўт пуфаги деворидаги деструктив ўзгаришлар ва хуружнинг давомийлиги ўртасида боғлиқлик аниқланмади.

Шунингдек, перивезикал асоратлар (инфилтрат, абсцесс, маҳаллий перитонит) частотаси ҳам ҳисобга олинди, олинган натижалар 2.4 – жадвалда келтирилган.

Ўткир холецистит асоратланган шаклларининг турлари ва сони

Хуружнинг давомийлиги	Тадқиқот гуруҳлари	
	Асосий гуруҳ (n=119)	Таккослаш гуруҳи (n=82)
Перивезикал инфилтрат	27 (22,7%)*	21 (25,6%)
Перивезикал абсцесс	8 (6,7%)	7 (8,5%)
Маҳаллий перитонит	3 (2,5%)	4 (4,9%)

изох: * – $p < 0,05$ бўлганда

Олинган натижаларга қараганда, перивезикал абсцесс ва маҳаллий перитонит ташхиси қўйилганда, асосий гуруҳдаги беморларда холецистэктомия кичик кесим орқали бажарилган бўлса, таккослаш гуруҳида эса, ушбу асоратлар кузатилганда кўпинча традицион холецистэктомия лапаротом усулда бажарилди (таккослаш гуруҳи билан қиёслаганда ишончли натижалар олинди, $p < 0,05$). Қайд этиб ўтиш лозимки, айрим беморларда маҳаллий перитонитнинг перивезикал абсцесс ёки инфилтрат билан биргаликда келиши аниқланди.

Барча гуруҳдаги беморлар ҳамроҳ касалликларининг тузилмаси 2.5 – жадвалда кўрсатилган.

Тадқиқот гуруҳларидаги ҳамроҳ касалликлар частотаси

Ҳамроҳ касалликлар	Тадқиқот гуруҳлари			
	Асосий гуруҳ (n=119)		Такқослаш гуруҳи (n=82)	
	абс.	%	абс.	%
ҲСОК	5	4,2	1	1,2
ЮИК	15	12,6	11	13,4
ГК 2–3 босқичи	20	16,8	16	19,5
Қандли диабет	8	6,7	5	6,1
Қорин бўшлиғи битишма касаллиги	6	5,0	4	4,9
Семизлик 2–3 даражаси.	8	6,7	6	7,3
Ҳомиладорлик 2-3 триместр	1	0,8	-	-
Сурункали гастрит	12	10,0	14	17,1
Сурункали панкреатит	8	6,7	5	6,1
Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги	3	2,5	1	1,2
Сурункали пиелонефрит	4	3,4	5	6,1
Темир танқислик анемияси	1	0,8	2	2,4
2 ва ундан ортиқ ҳамроҳ касалликлар бўлиши	33	27,7	24	29,3
Ҳамроҳ касалликларсиз	23	19,3	17	20,7

Жадвалдан кўринадики, иккала гуруҳдаги беморларда эвг кўп Гипертония касаллиги 2 – 3 босқичи, юрак ишемик касаллиги, семизлик 2 – 3 даражаси аниқланган (такқослаш гуруҳи билан

кислағанда фарқлар ишончли, $p < 0,05$). Беморлар учдан бир қисмидан кўпроғида икки ва ундан ортиқ ҳамроҳ касалликлар аниқланди. Ҳамроҳ касалликларсиз беморлар сони 19,3% дан 20,7% гача бўлди.

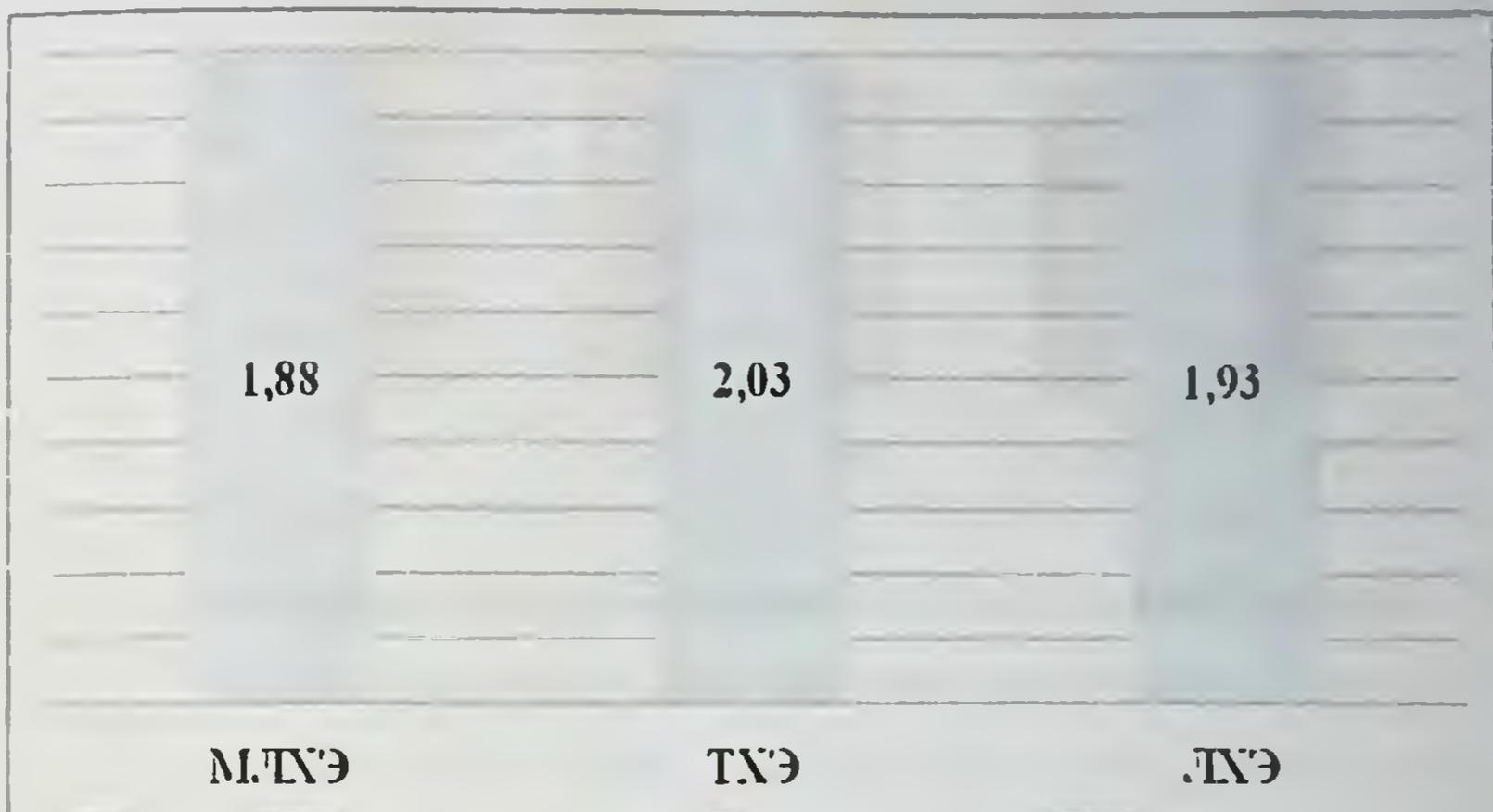
Беморлар умумий ахволи, ҳамроҳ касалликлар даражаси, шунингдек жаррохлик аралашув ва анестезия хавфи бўйича Америка анестезиологлар ассоциацияси (American Society of Anesthesiologists – ASA) томонидан таклиф этилган шкала бўйича тақсимлаб чиқилди.

Ушбу шкала беморлардаги оғир ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги ва ифодаланганлик даражасига асосланган, ҳамда 5 та синфга ажратишни назарда тутди.

- I синф – тизимли касалликлари бўлмаган беморлар,
- II синф – жисмоний ва ижтимоий фаолиятни яққол чегараламайдиган тизимли касалликларнинг компенсатор шакллари билан беморлар;
- III синф – жисмоний ва ижтимоий фаолиятни чегаралайдиган, лекин даволаш натижасида компенсацияга эришилган тизимли касалликлар билан беморлар;
- IV синф – дори воситаларини доимий қабул қилишни талаб қилувчи касалликларнинг декомпенсация босқичидаги беморлар;
- V синф – тиббий ёрдам берилиши, ёки берилмаслигидан катъий назар 24 соат ичида ўлим ҳолати кузатилиши мумкин бўлган беморлар.

Анестезия хавфининг V синфи билан бўлган беморлар тадқиқот гуруҳларида бўлмади. Бизнинг тадқиқотимизда, барча гуруҳдаги беморларда ASA анестезия хавф гуруҳлари I дан IV гача бўлди, лекин

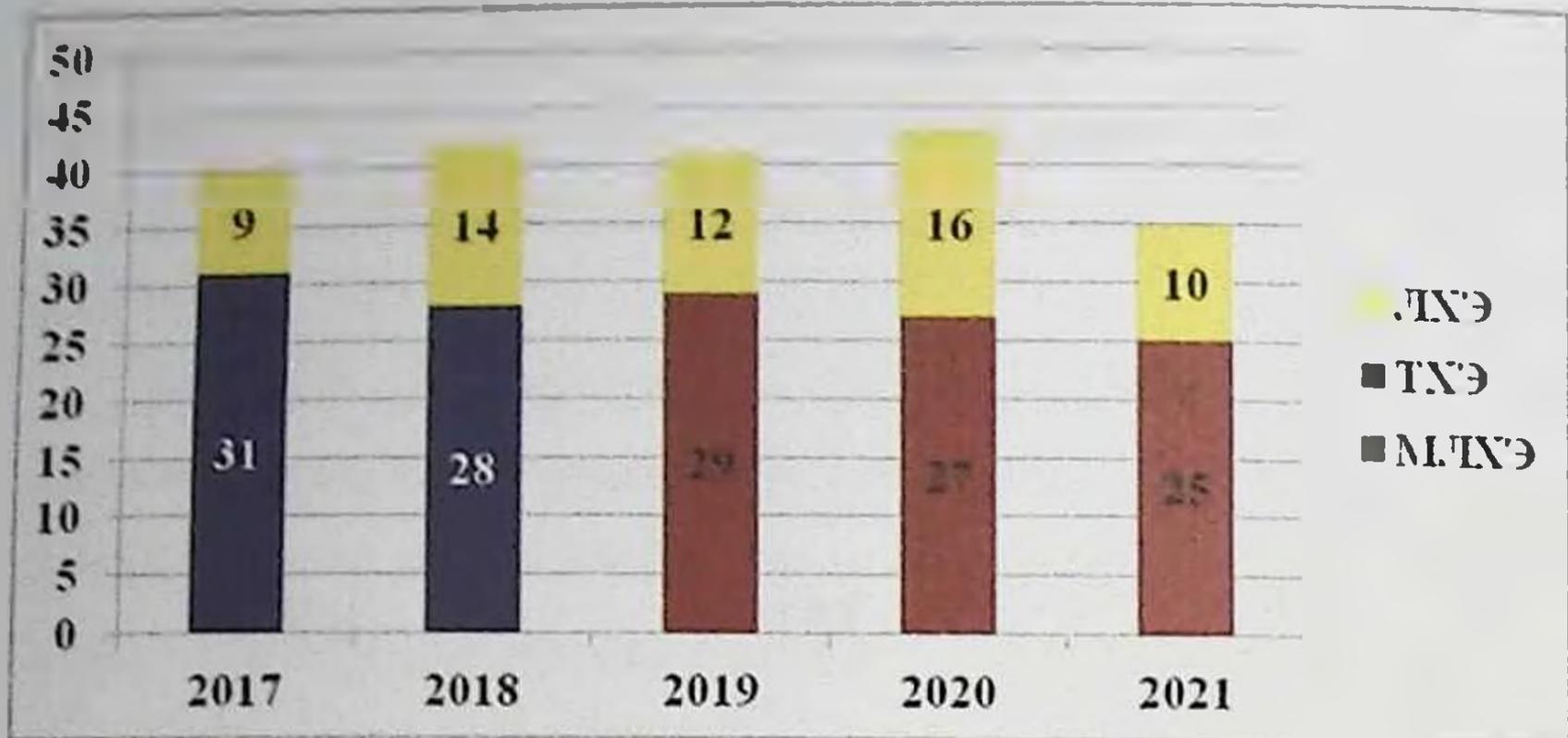
ушбу кўрсаткич бўйича турли гуруҳлар орасида ишончли фарк аниқланмади (2.2 – расм).



2.2 – расм. ASA ўртача кўрсаткичи

Қайд этиш керакки, тадқиқот даврида шифохонада лапароскопик усул тадбиқ этилди ва жуда кўп қўлланила бошланди, шунингдек ўт тош касаллигини даволашда ҳам. Тадқиқот давридаги холецистэктомиянинг операция усулига боғлиқ ҳолдаги частотаси 2.3 – расмда кўрсатилган.

Юқоридаги расмдан кўриниб турибдики, ўткир деструктив холецистит билан 2017 – 2018 йй. операциялар традицион ва лапароскопик усулда бажарилган бўлса, 2019 – 2021 йй. Лапароскопик ёки кичик кесим орқали бажарилди.



2.3 – расм. Ўткир холецистит билан беморларда операция турига кўра холецистэктомия частотаси

Ҳозирги кунда, ўткир холецистит билан беморларда операцияларни лапароскопик йўл билан бажаришга ҳаракат қилмоқдамиз. Пневмоперитонеумга умумий қарши кўрсатмалар бўлганда, ёки конверсия бажаришга кўрсатмалар юзага келганда минилапаротом усул қўлланилди. Традицион очиқ аралашувлар кам инвазив усулларни қўллаш имкони бўлмаганда, ёки тарқалган перитонит белгилари бўлганда бажарилди.

Шундай қилиб, тадқиқот гуруҳларидаги қиёсий таҳлил иккала гуруҳдаги беморлар жинси, ёши ва операциягача хуружнинг давомийлиги бўйича мос эканлигини кўрсатди. Перивезикал инфилтрат ва пневмоперитонеумга қарши кўрсатма ҳисобланган ҳамроҳ касалликлар билан беморларда холецистэктомия минилапаротом усулда бажарилди. Ҳамроҳ касалликлар тури ва частотаси бўйича асосий гуруҳдаги беморлар устунликка эга бўлган бўлсада, анестезия хавфининг (ASA шкаласи бўйича) қиёсий

баҳолашда иккала гуруҳ беморлари орасида ишончли фарк топилмади. Юкорида баён этилганларга асосланиб, қиёсланаётган гуруҳдаги беморларни солиштириш мумкинлиги ҳақида айтиш мумкин.

Қўлланилган текшириш усулларининг тавсифи

Операциядан олдинги текшириш усуллари стандарт асосида ўтказилиб, умумий текшириш усулларидан (қон ва сийдик умумклиник таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, ЭКГ, кўкрак кафаси рентгенографияси ва бошқ.) ташқари корин бўшлиғи ва кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текширувини, ҳамда ошқозон ичак тракти юкори бўлимлари ҳолатини эндоскопик баҳолашни ўз ичига олди.

Беморларни операциядан олдинги текшириш кичик кесим орқали амалиётлар бажариш жарроҳлигида, айниқса минилапаротомияда жуда муҳим ҳисобланади, чунки операция майдонидан ташқаридаги аъзоларни операция вақтида мануал текширишнинг иложи бўлмайди.

Қўлланилган текшириш усуллари ўт пуфаги, ҳамда ўт йўлларидаги деструктив ўзгаришларнинг табақалаштирилган ва топик тавсифини аниқлашга қаратилган бўлади. Барча беморларга касаллик клиник кечишини баҳолаш билан бир каторда, умум қабул қилинган лаборатор ва инструментал ташхислаш усуллари (қон ва сийдик умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни эндоскопик текшируви) ўз ичига олувчи комплекс текширувлардан ўтказилди. Ноинвазив – УТТ, компютерли томография (КТ), магнитли – резонанс томография (МРТ) ва инвазив

– интраоперацион холангиография (ИХГ), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ), видеолапароскопия ва релапароскопия каби махсус текшириш усуллари қўлланилди.

Интраоперацион холангиография ИХГ

Интраоперацион холангиография анатомик жиҳатдан мураккаб бўлган ҳолатларда мутлоқ кўрсатма ҳисобланади. Интраоперацион холангиография ўт пуфаги йўли, ёки пункция орқали - триобмраст, урографин 76% - 20,0 юбориб ўтказилди.

Конверсияни ҳам ташхислаш усули, ҳамда жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишларининг профилактикаси сифатида кўриш лозим. Конверсияга қарор қабул қилиш асосий тамойилларига иккита ҳолат киради: эҳтиёткорлик ва зарурат. Конверсияга эҳтиёткорлик билан ўтиш операциядан олдин қўтилганидан кўра мураккаб анатомик ва топографик муносабатларни аниқлаш билан боғлиқ (ўт пуфаги бўйинчасидаги яллиғланиш жараёнлари, жигардан ташқари ўт йўлларини фарқлашда қийинчиликлар). Асоратлар, тўсатдан қон кетиш юзага келиб, лапароскопик усулда хавфсиз бартараф қилишнинг иложи бўлмаганда, ёки манбаи аниқланмаган сафро оқишида зарурат туфайли конверсияга ўтиш мумкин. Бизнинг кузатувимиз бўйича, магистрал ўт йўллари жароҳатлари билан 11 нафар беморларнинг 9 нафари ЛХЭ дан кейин, 2 нафари эса МЛХЭ дан кейин конверсияга ўтилган. Лапаротомия вақтида умумий ўт йўли ва жигар йўли аниқ топилиб, ИХГ ўтказилади.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликлари клиник белгиларининг турли туманлиги, ҳамда кўпинча жарроҳлик усулини танлашда инфодаланганлик даражаси инобатга олинадиган бошқа касалликлар (юррак – қон томир, нафас олиш тизими ва бошқ.) билан қўшилиб

келишини ҳисобга олиб, асосий ва ҳамроҳ касалликларни тўлиқ аниқлаш учун клиникамиздаги лаборатор ва инструментал текшириш усулларининг бор имкониятлардан фойдаландик. Ўт йўлларидаги патологик ўзгаришлар характерини ташхислашда етакчи текшириш усули бу - ультратовушли сканерлаш бўлиб, барча операция ўтказилган беморларда бажарилди.

Ультратовушли текширув (УТТ). Ультратовушли текширув «Aloka SSD-630», «Aloka-500» ва «Toshiba SAL - 38 AS» (Японияда ишлаб чиқарилган) қурилмалари ёрдамида ўтказилди. Ультратовушли ташхислаш усули организм ҳар хил тўқима, ҳамда тузилмалари томонидан ультратовуш тўлқинларини турлича ютиши ва қайтариши фарқларига асосланган. Импульсли нурланиш ва акс эттирилган ультратовуш тўлқинларини қабул қилиш махсус ўзгартиргич (датчик) томонидан амалга оширилади. Эхо сигнал частотаси канча юқори бўлса, унинг кириш чуқурлиги шунча паст бўлади. Амалдаги қурилмаларнинг техник хусусиятлари олд бошқарув панелида жойлашган ҳар қандай сенсорларни сканерлаш имконини беради.

Тадқиқотда қуйидаги датчиклардан фойдаланилган: 3,5 ва 5 Мгц частотали чизикли сканерлаш; 3,5 Мгц частота қаварик секторли сканерлаш; минимал ультратовуш оқими ёрдамида реал вақт масштабида текширилаётган қон томир оқимини рангли хариталаш орқали, юқори сифатли расмини аниқлаш имконини берувчи 3,5 Мгц частотали ва 60° бурчак остида сканерлаш имконини берувчи 128 каналли дюплекс конвексион сканер. Шунингдек, акустик сигнал частотаси 3,5 Мгц бўлган махсус чизикли биопсияли датчик ҳам ишлатилди.

Қайтган эхосигнал электр импульсларига айлантйрилиб, кучайтирилади ва компьютерда қайта ишлов берилиб, монитор экранига кул рангининг турли жиолари рангларига, ясси расм кўринишида узатилади. Хар бир алохида нуктанинг ёркинлиги қайтган сигналнинг интенсивлиги билан тўғри пропорционал боғлиқ бўлади, у канча юкори бўлса, ёркинлик ҳам шунча юкори бўлади. ультратовушни тўлик қайтарувчи хосилалар (калцификатлар) оркасида бирон бир расм кўринмайди. Шунга ўхшаш ходиса "акустик соя"деб аталади. Аксинча, тўлкинлар деярли кучаймасдан ўтадиган суюклик сакловчи хосилалар (масалан, киста, ўт пуфаги) оркасида эхосигналларнинг атроф тўкималар эхосигналидан кучайиши аникланади ва компенсатор ("орка") кучайтирувчи самара юзага келади. Конвертернинг катта хотира хажми (512x512 бит) кулрангнинг 64 тусли тасвирини олиш имконини берди. Монитор экранига тасвирни катталаштириш ва бир вақтнинг ўзида, маълумотни умуман йўкотмасдан туриб, икки хил тасвирни кабул қилиш мумкин.

Хар кандай тасвирни қайта ишлаш реал вақтда ҳам, сакланган тасвир билан ҳам мумкин. Ўлчаш дастури тўртта параметрни: чизикли масофа, периметр, текислик ва хажми мустақил аниқлаш ва ушбу ўлчамларнинг умумий хисобини бир вақтнинг ўзида олиш имконини берди. Тасвирни анатомик боғлаш учун датчик жойининг маркерлари ҳам назарда тутилган. Қурилма А, В ва М режимларида алохида, шунингдек экран майдони бўйича комбинацияларда ишлаши мумкин.

Сўнгги йилларда доплерография усули жуда ривожланган бўлиб, у жигар холати ва ундаги патологик ўчоқ хакида қимматли

қўшимча маълумот бера олади. Бу усулни асословчи Допплер самараси шундан иборатки, улар ҳаракатланаётган объектлардан қайтарилган ультратовуш сигналларининг частотаси датчик сигнали тарқалиш ўқи бўйлаб кўрилаётган объектнинг ҳаракат тезлигига мутаносиб равишда ўзгаради. Датчик томон ҳаракатланганда аксланувчи сигналнинг частотаси ортади, қайтувчи объектдан аксланганда у камаяди (датчик томон қон оқиши қизил рангда, қарши оқиши эса қўқ рангда кодланади). Допплер частотаси аналог эгри чизик сифатида график тарзда қайд этилади. Оқим тезлиги қанча юқори бўлса, нол чизигидан Допплер сигналининг чўккиси шунча узоклашади ва қўқниш частотаси шунча юқори бўлади. Экрани майдонида маълумот (26 белги) ва ҳар қандай маълумотни киритиш учун алфавит - рақамли клавиатура мавжуд.

Қоида бўйича, жигарни визуализация қилиш учун, беморни махсус тайёрлаш талаб этилмаса, ўт йўллариининг ҳолатини ультратовуш диагностикаси учун тадқиқотни 8-10 соатлик оч қоринда ўтказиш афзалроқдир. Яққол метеоризм билан беморларда эса 2 - 3 кунлик тайёргарлик, шу жумладан шлакисиз диета ва адсорбентлар қабул қилиш лозим.

Жигар ичи ўт йўллари одатда кўринмайди ва фақат билиар гипертензияда дарвоза венасининг тармоқлари остида жойлашган найсимон ҳосилалар шаклида аниқланади - "икки устунли" ёки "параллел бармоқлар" симптоми. Умумий ўт йўли деярли 100% текширувлар вақтида аниқланади. Уни портал венани жигар дарвозасида аниқлангандан кейин топиш мумкин. Одатда, ўт йўлларида операция ўтказмаган беморларда унинг диаметри 0,6 см дан ошмайди. Унинг турли хилдаги ўзгаришлари - диаметрининг

ошиши, бўшлиғида тош сояларининг мавжудлиги кўшимча текшириш усулларини ўтказиш учун кўрсатма бўлади (6 беморда ЭРПХГ - 5,2%).

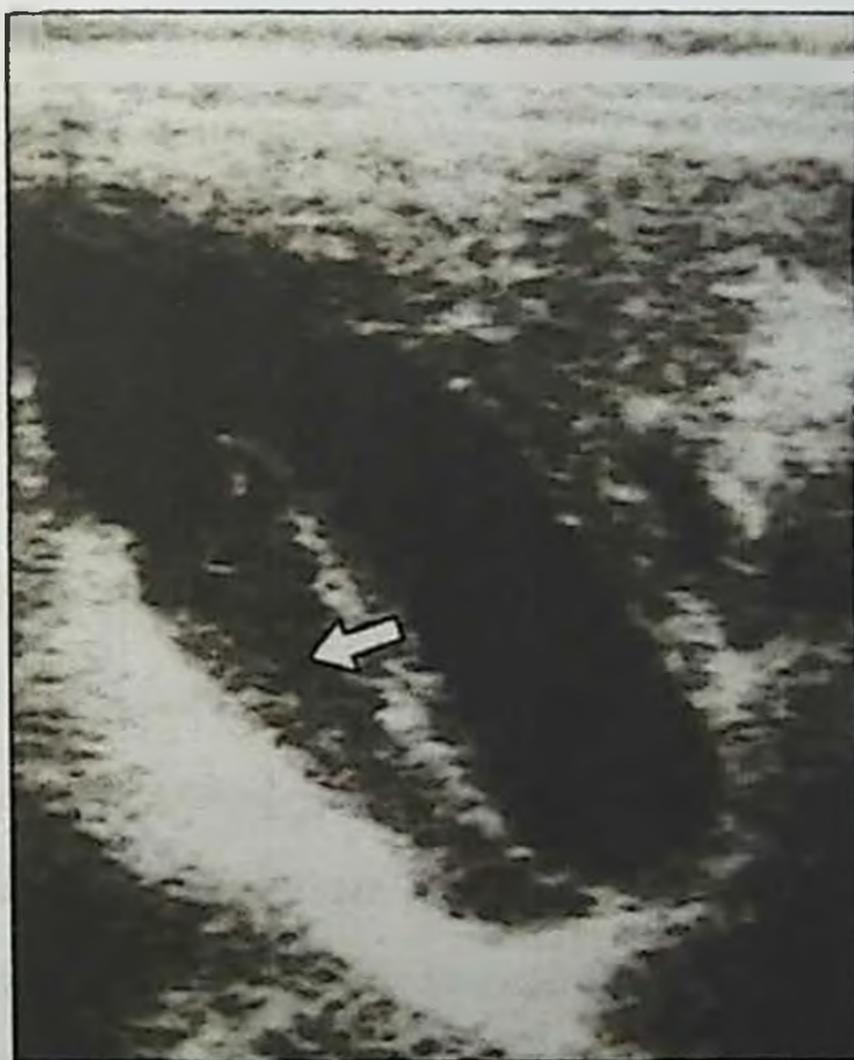
Бўйлама сканерлашда ўт пуфаги жигарнинг висцерал юзасида, IV сегмент проекциясида жойлашган, юмалок, ноксимон ёки цилиндрсимон, юпка деворли (одатда унинг калинлиги 0,3 см дан ошмайди) эконегатив ҳосила сифатида кўринади. Ультратовуш маълумотларини баҳолашда қуйидагиларга эътибор берилди: тошлар сони ва ҳажми, уларнинг ҳаракатчанлиги ва локализацияси, ўт пуфаги деворининг калинлашиши, бўйинчасининг ҳолати, ўт пуфаги бўйинчаси соҳасида суюклик бор, ёки йўклиги.

УТТ маълумотлари бўйича, холецистэктомия ўтказишга техник қийинчиликлар бўлишининг ишончли белгиларига қуйидагилар ҳисобланади:

- ўт пуфаги бўшлиғида бўш жойнинг йўклиги;
- ўт пуфаги деворининг калинлашиши ва ўт пуфаги бўйинчасининг кўринмаслиги;
- ўт пуфаги бўйинчасидаги йирик, ҳаракатсиз тошлар бўлиши (2.4 – расм);
- ўт пуфаги атрофида суюклик тўпланиши (2.5 – расм);
- склероатрофик ўт пуфаги;
- умумий ўт йўлининг кенгайиши;
- умумий ўт йўлида тошларнинг бўлиши.



2.4 – расм. Ўткир обтурацион тошли холециститнинг эхографик кўрinishи



2.5 – расм. Перивезикал абсцесс билан асоратланган ўткир тошсиз деструктив холециститнинг эхографик кўрinishи

Ушбу прогностик маълумотлар минилапаротомия ўтказиш афзал эканлиги тўғрисида далолат беради.

Юқорида келтирилган, ўт пуфаги ва ўт йўллари ҳолати тўғрисидаги ультратовушли текширув маълумотлари нафақат холецистэктомияга кўрсатмаларни аниқлашга, балки ЭРХПГ га кўрсатмаларни ҳам аниқлаш, яъни икки босқичли тактика қўллаш имконини берди. Биринчи этапда ЭРПХГ ўтказилиб, гепатикохоледохда патологик ўзгариш аниқланганда бирданига коррекция қилиб кетилиши мумкин (эндоскопик папиллотомия, тошларнинг олиниши ва бошқалар).

Шундай қилиб, ўт йўллари хавфсиз зарарланиши билан беморлар касалликнинг узок анамнези ва асоратланиб кечиши, клиник белгиларининг ранг-баранг кўриниши, аввал операция ўтказган беморларда гепатопанкреатодуоденал соҳадаги яллиғланишли – чандикли ўзгаришлар борлиги сабабли диагностик жиҳатдан мураккаб беморлар тоифасига киради. Ўт йўлларидаги барча ўзгаришлар операциядан олдин ва аралашув вақтида комплекс инструментал текшириш усуллари кўллаш орқали аниқланиши лозим.

Тадқиқотда олинган маълумотлар Microsoft Office Excel-2016 дастурий таъминоти ёрдамида, Pentium-IV шахсий компютерида статистик қайта ишлаш функцияларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усуллари кўлланилиб, ўрганилаётган кўрсаткич (M) нинг арифметик ўртача қиймати, ўртача квадратик четланиш (σ), ўртача (m) нинг standart хатолиги ва нисбий қийматлар (частота %) ни ҳисоблаш бажарилди. Олинган ўлчовлар ва ўртача кўрсаткичларни

такқослашдан олинган натижаларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш
Стюдент мезони (t) ва нормал тарқалганликни (эксцесс мезони
бўйича) текширишда эҳтимолий хатоликни (P) ҳисоблаб чиқиш
орқали бажарилди. Ишончлилиқ даражаси $P < 0.05$ бўлган
кўрсаткичлар статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгариш сифатида қабул
қилинди.

III БОБ.

ТУРЛИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИДА БАЖАРИЛГАН ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯЛАРДА СТРЕСС ГОРМОНЛАР ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Ўткир деструктив холецистит билан беморларда стресснинг гормонал кўрсаткичларини ўрганиш

Холецистэктомия бажариш турли усуллари (лапароскопик, минилапаротом, лапаротом) травматиклигини қиёсий баҳолаш учун стресс гормонлар ҳолати ўрганилди. Одатда, стрессга бўлган гормонал таъсирни ўрганиш учун адренокортикотроп гормони ўрганилади, бу эса стрессга бўлган нейрогуморал жавоб реакциянинг барча қирраларини акс этмайди. Шунинг учун, стрессга нисбатан нейрогуморал жавобнинг барча таркибий қисмларини (пролактин, кортизол, тиреоид гормонлар) ўрганиш кам инвазив аралашувларнинг ҳақиқатда нақадар кам травматик эканлигини кўрсатади.

Селйе (1935) буйича жарроҳлик травмаси – «стресс» бу, бузилган гомеостазни қайта тиклашга қаратилган тизимли эндокрин метаболик жавоб реакцияси бўлиб, турли хилдаги ғавқулотда кўзгатувчи – стрессоген омиллар таъсирида организмда юзага келувчи барча носпецифик ҳодисалар йиғиндисидир. Бунда, қайд этилишича, исталган стрессор омиллар, жумладан жарроҳлик

аралашувлари таъсирида организмнинг шошилинч мослашув реакцияси томир тонуси, юракнинг қисқарувчанлик қобилияти, тўқима метаболизмига бевосита, ёки билвосита таъсир кўрсатувчи кўпгина гипоталамо – гипофизар гормонлар ва эндоген биологик фаол моддалар ҳисобланувчи катехоламинлар, циклик нуклеотидлар ҳисобига амалга оширилади.

Организмнинг компенсатор – мослашув реакциялари юзага келишида гипоталамус – буйрак усти бези тизими асосий рол ўйнайди, бунда гипофиз олдинги бўлагидан ажралувчи троп гормонлар буйрак усти бези пўстлоқ қисми, ҳамда бошқа манфаатли тузилмалар (калқонсимон, калқонсимон олди бези ва бошқалар) гормонлари секрециясини кучайтиради. Юқорида баён этилганларни ҳисобга олиб, ўт йўлларида турли жарроҳлик усуллари орқали операция ўтказган беморларда аралашув вақтидаги ва ундан кейинги стресс кўрсаткичи сифатида, организмнинг айрим эндокрин бошқарув тизимлари функционал фаоллигининг миқдорий характерини аниқлашни мақсад қилдик.

Объектив маълумотларни олиш учун бизлар турли сабабларга кўра холецистэктомиянинг уч хил тури – лапароскопик, минилапаротом ва лапаротом усулда операция ўтказган 57 нафар ўДТХ билан беморларни текширдик (3.1 – жадвал).

Стресснинг гормонал кўрсаткичлари ўрганилаётган беморлар
тавсифи

Қиёсий кўрсаткичлар	Операция қилинган беморлар гурухи:		
	ЛХЭ	МЛХЭ	ТХЭ
Кузатувлар сони	20	20	17
Ўртача ёш (йил)	59,6±5,5	66,9±3,3	62,5±7,5
Тана вазни (кг), (M±m)	68,8±3,47	75,6±3,11	71,5±3,12
Касалликнинг ўртача давомийлиги (йил)	7,2±2,2	5,1±1,4	5,2±2,3
Операциянинг ўртача давомийлиги (мин)	56,3 ± 7,1	55 ± 4,5	66,8± 8,2

Ўрганилаётган гурухлар бир катор кўрсаткичлар (ёш, асосий касалликнинг давомийлиги ва ҳамроҳ касалликлар частотаси) бўйича бир хил бўлиб ($p < 0,05$), қиёсий гурухдаги беморларни ҳисобга олган ҳолда, ўрганилаётган стресс гормонлар тўғрисида ишончли маълумот олиш имконини берди.

Ўрганшайётган гормонлар меъёр кўрсаткичлари буйича адабиётдаги маълумотларнинг турли – туман эканлигини ва уларни хар бир аниқ кузатишда қўллаш мумкин эмаслигини ҳисобга олиб, биз бу кўрсаткичлардан воз кечдик, ҳамда олинган натижаларни дастлабки маълумотлар билан таққосладик.

3.2 – жадвал

Гемодинамиканинг турли жаррохлик усуллари орқали ўт йўлларида ўтказилган операция вақтидаги ($M \pm m$) босқичма – босқич кўрсаткичлари

Ўлчов бирлик кўрсаткичлари:	ХЭ тури	Текшириш босқичи		
		Оқибати:	Холецистэктомия вақтида	ЎСВ тўхтатилгандан кейин
АБ систол., мм сим. уст:	1	115,5±3,43	108,0±3,23	117,8±4,15
	2	121,1±3,33	110,9±2,37	113,8±2,17
	3	117,9±3,73	107,3±2,43	111,3±3,21
АБ диас., мм сим.уст:	1	68,2±2,8	65,4±1,48	70,0±2,47
	2	73,9 ±2,93	66,7±2,01	69,1±1,98
	3	72,1 ±2,93	64,7±2,37	67,3±2,54
АБ ўрта., мм сим.уст:	1	84,7 ±2,77	78,2±1,95	85,5±3,01
	2	89,1 ±2,88	81,5±2,09	83,1±1,79
	3	87,3 ±3,02	78,3±2,29	81,5±9,38
ЮҚС, зарб/дак:	1	75,7 ±3,67	72,9±1,87	77,2±1,39
	2	80,7 ±2,25	74,1±1,69	76,0±1,7
	3	76,3±2,59	72,4±2,13	74,1±2,53

Изоҳ: 1 – ЛХЭ; 2 – МЛХЭ; 3 – ТХЭ.

Анестезиянинг етарлилигини назорат қилиш умум қабул қилинган мезонларга мувофиқ амалга оширилди: гемодинамика ва газ алмашинуви кўрсаткичлари, капилляр қонининг кислота – асос ҳолати, гемоглобин ва гематокрит даражалари, ЭКГ.

Натижалар таҳлил қилинганда, ўрганилаётган ҳар учала гуруҳ гемодинамик кўрсаткичларининг юқори даражада ухшашлиги аниқланди (3.2 – жадвал). Ҳар бир босқичда гемодинамик профил мос бўлиб, ўтказилаётган анестезиянинг етарлилигини исботлайди, бунинингдек, барча босқичларда қондаги газлар ва кислота – асос ҳолати ҳам тасдиқлайди.

Кетаминли оғрикисизлантириш усулининг адекватлигини объектив тасдиғи – асосий стресс гормонлардан бири бўлган кортизолнинг қон зардобидаги миқдорининг операция барча травматик босқичларида барқарор сақланиши бўлди. Стресс ҳолатларда алмашинув жараёнларини бошқаришда иштирок этувчи тиреотроп ва тиреонид гормонларнинг қондаги бир хилда сақланган концентрацияси ҳам ўтказилган анестезия адекватлигидан далолат беради. Гипофиз-қалқонсимон без тизими функционал фаоллигини нормал физиологик чегараларда ушлаб турилиши, ушбу гормонлар ўртасидаги боғлиқлик ва операция жароҳати бўйича мавжуд маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, хирургик беморлар учун шубҳасиз клиник аҳамиятга эга.

Шу билан бирга, адабиётларда, ўт йўлларида ўтказиладиган операциялар ва жарроҳлик аралашувларининг муайян босқичларида юқорида қайд этилган гормонал кўрсаткичларни ўрганиш орқали стресс омилини баҳолаш бўйича ҳеч қандай маълумотлар йўқ.

Ушбу тадқиқотлар, бизнинг маълумотларимизга кўра, турли хил жарроҳлик усулларининг афзалликлари ва камчиликларини тўғри талқин қилиш учун зарур бўлиб, уларни танлаш айниқса юрак-кон томир ва бошқа ҳамроҳ касалликлар билан оғриган беморларда операция вақти ва операциядан кейинги давр хавфсизлигини максимал даражада таъминлаши лозим.

Қўйилган саволларга жавоб топиш мақсадида даволашнинг турли босқичларида, турли хилдаги жарроҳлик усуллари билан операция ўтказган беморларда “стресс” гормонлар кўрсаткичларининг ўзгаришлари босқичма – босқич ўрганиб чиқилди:

- 1) Дастлабки ҳолат (операциядан 3 кун олдин),
- 2) Операция асосий босқичини бажариш вақтида,
- 3) Эрта операциядан кейинги даврда (операциядан кейинги 2-3 суткаларда).

Ўткир деструктив холециститда турли кесимлар орқали бажарилган операция вақтидаги стресс гормонлар ҳолати

Биз томондан ўрганилаётган стресс гормонлар операция вақтида гомеостазга таъсир қилишнинг турли механизмларига эга эканлигини ҳисобга олиб, ҳатто адекват анестезия билан ҳам, юқорида кўрсатилган уч хил жарроҳлик усули ёрдамида даволашнинг турли босқичларида, ҳар бир ўрганилган гормон учун тадқиқот натижаларини алоҳида таҳлил қилишни зарур деб ҳисобладик.

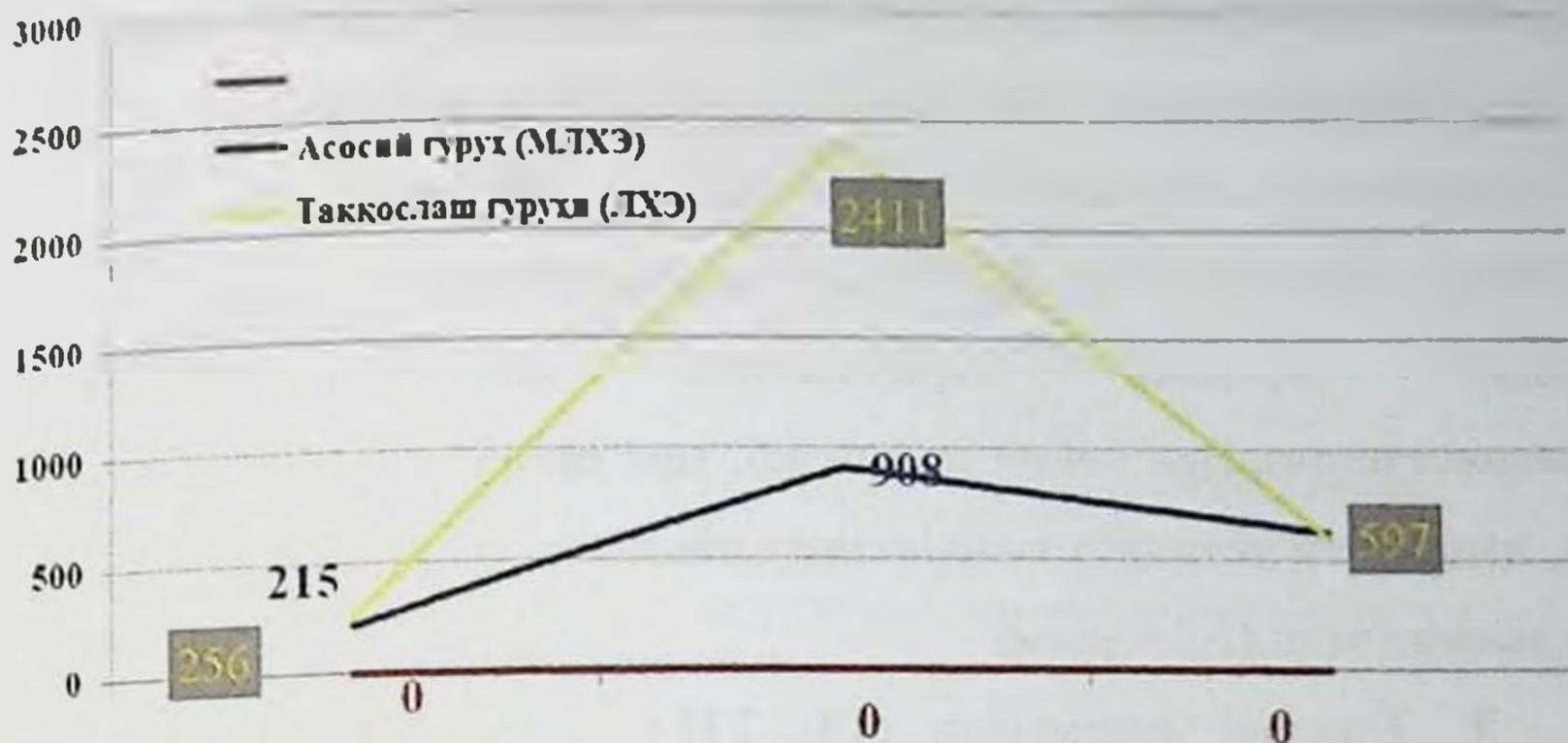
Стресс гормонлари миқдорий ўзгаришлари бўйича ўтказган тадқиқотларимиз натижаларини баҳолашда операция вақтидаги ва операциядан кейинги барча кўрсаткичлар кенг чегараларда ўзгариб турадиган нормал кўрсаткичлар билан эмас, балки дастлабки

маълумотлар билан таққосланди. Шунинг учун, жарроҳлик стрессининг оғирлик даражасини баҳолашда, кўпроқ объективлик учун биз, мутлоқ ўртача қийматларни эмас, балки операция вақтида ва ундан кейинги ўзгаришлар фойзини дастлабки маълумотларга нисбатан таққосладик.

Ўрганилаётган гормонларни танлашда биз, жарроҳлик стресси вақтида мослашув синдромининг энг муҳим ташкил этувчиси гипоталамус-гипофиз-буйрак усти бези тизими эканлиги, у танадаги ҳар қандай шикаст таъсирида глюкокортикоидлар секрециясини тез ва етарли даражада ошишини таъминлашидан келиб чиқдик. Бунда жараён гипоталамус секрециясининг ва гипофизда АКТГ синтезининг кучайиши билан бошланади. Юқоридагиларга асосланиб, турли хил жарроҳлик усулида ўтказилган холецистэктомиёга нейроэндокрин жавоб реакцияларни баҳолаш учун операциядан олдин, операция вақтида ва ундан кейинги учинчи суткада “стрессор” деб аталувчи бир қатор гормонлардаги ўзгаришларни ўрганиб чиқдик (3.1-3.4 – расмлар).

1. 57 нафар беморларда жарроҳлик стрессига энг сезгир ўзгарувчи гормонлардан бири бўлган пролактин ўрганилди. Операциядан олдин ўртача пролактин қийматлари 215.2 ± 21.6 Мме/мл дан 283.0 ± 113 Мме/мл гача бўлди, бу эса ўртача меъёрлар доирасида бўлди.

Ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, операция вақтида ўт пуфагини ажратишда пролактин ўртача миқдорининг ўзгарувчанлиги лапароскопик усулда (+832,2%) минилапаротом (+315%) ва лапаротом (+623,1%) усулга нисбатан 1,5 марта юқори бўлди (3.1 – расм).



3.1 – расм. Текшириш барча боскичларидаги пролактин даражаси

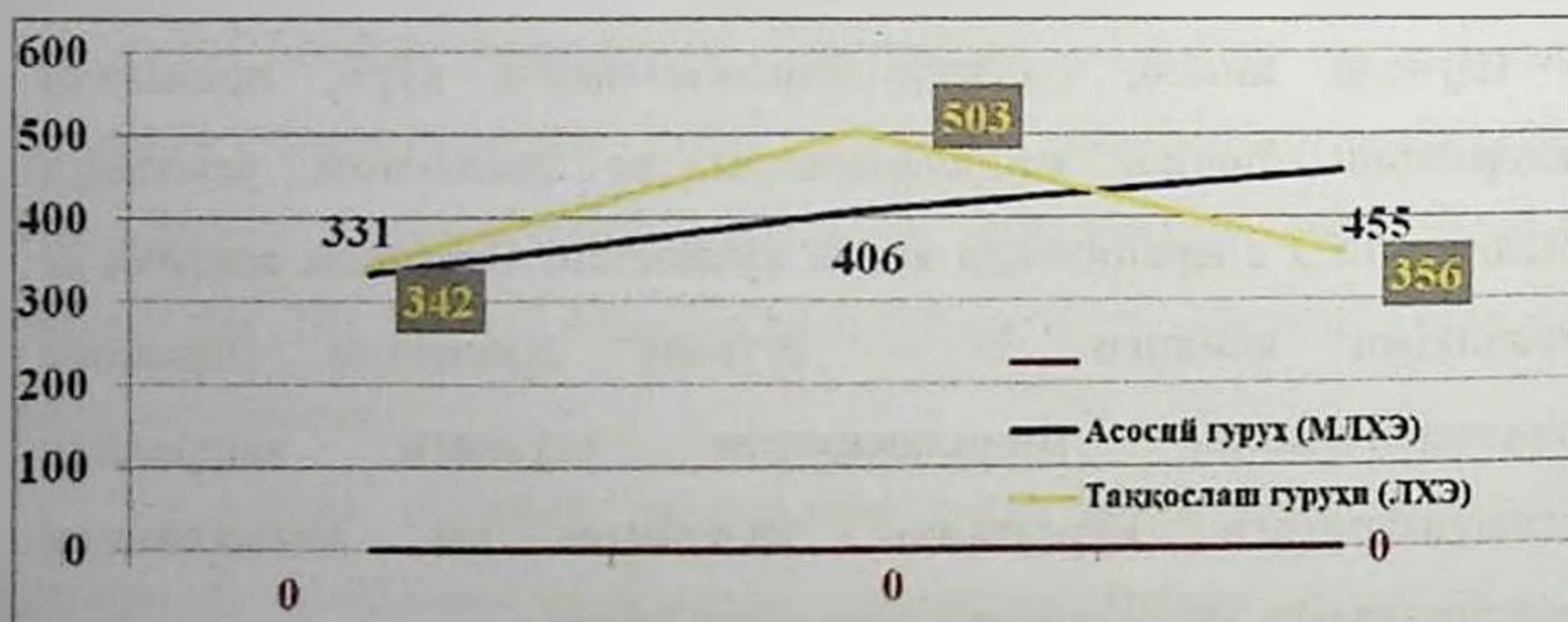
Операциядан кейинги 3 – суткада пролактин миқдорининг мўтадиллашишга интилишининг лапароскопик холецистэктомиядан кейин энг сезиларли бўлганлиги қайд этилди, бунда дастлабки маълумотлардан оғиш +123% ни ташкил этган бўлса, лапаротом усулда бу камроқ намоён бўлди (+286%).

Шундай қилиб, биздаги маълумотларга кўра, пролактин миқдорининг ошиши минилапаротом ва лапаротом усулларга караганда ЛХЭ операциясида яққол кузатилди. Операция вақтида ва операциядан кейинги 3 – суткада пролактин даражаси ўзгарувчанлигининг минилапаротом усулдаги жарроҳлик аралашувларидаги кўрсаткичи лапаротом ва лапароскопик операциялардаги кўрсаткичлар оралиғида бўлди.

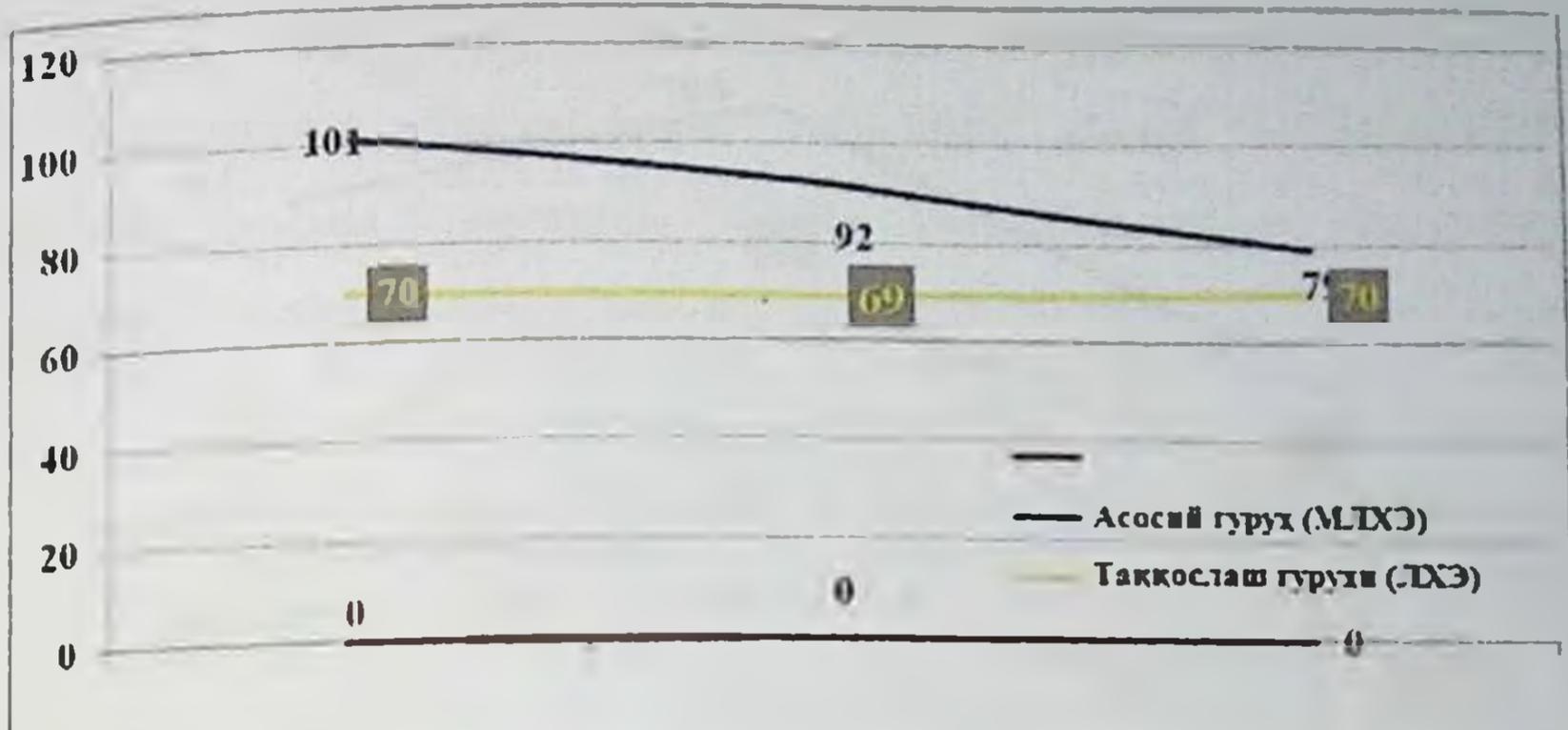
2. Кортизолнинг биз текширган беморлардаги дастлабки даражаси $252,1 \pm 42,6$ дан $342,1 \pm 48,2$ гача нмоль/л ни ташкил этди ва бу нормал кўрсаткичлар доирасида бўлди. Кортизол даражасининг

максимал кўтариллиши лапароскопик (+56,1%) ва минилапаротом (+19,6%) холецистэктомияга нисбатан лапаротом усулда (+106,5%) ўт пуфагини олиб ташлаш босқичида кузатилди. Операциядан кейинги 3 – суткада кортизол миқдорининг мўтадиллашишга интилишининг энг юқори даражаси лапароскопик ва минилапаротом холецистэктомиядан кейин кузатилиб, мос равишда +4,5% ва 37,6% ни, лапаротом усулдаги холецистэктомияда эса бу кўрсаткич +59,2% ни ташкил этди (3.2 – расм).

3. Тиреоид гормонлар (Т4, ТТГ) – гипофиз бези билан функционал жиҳатдан боғлиқ бўлиб, турли жарроҳлик аралашувларида ўзгаради. Операция вақтида Т4 нинг даражаси турли хилдаги холецистэктомияларда дастлабки кўрсаткичлардан паст бўлди. Т4 нинг операциядан кейинги ўзгаришлари лапароскопик ва минилапаротом усулларда операция вақтидаги кўрсаткичларга мос бўлган бўлса, лапаротом усулдаги холецистэктомияда унинг етарлича ошиши (12,9%) кузатилди (3.3 – расм).

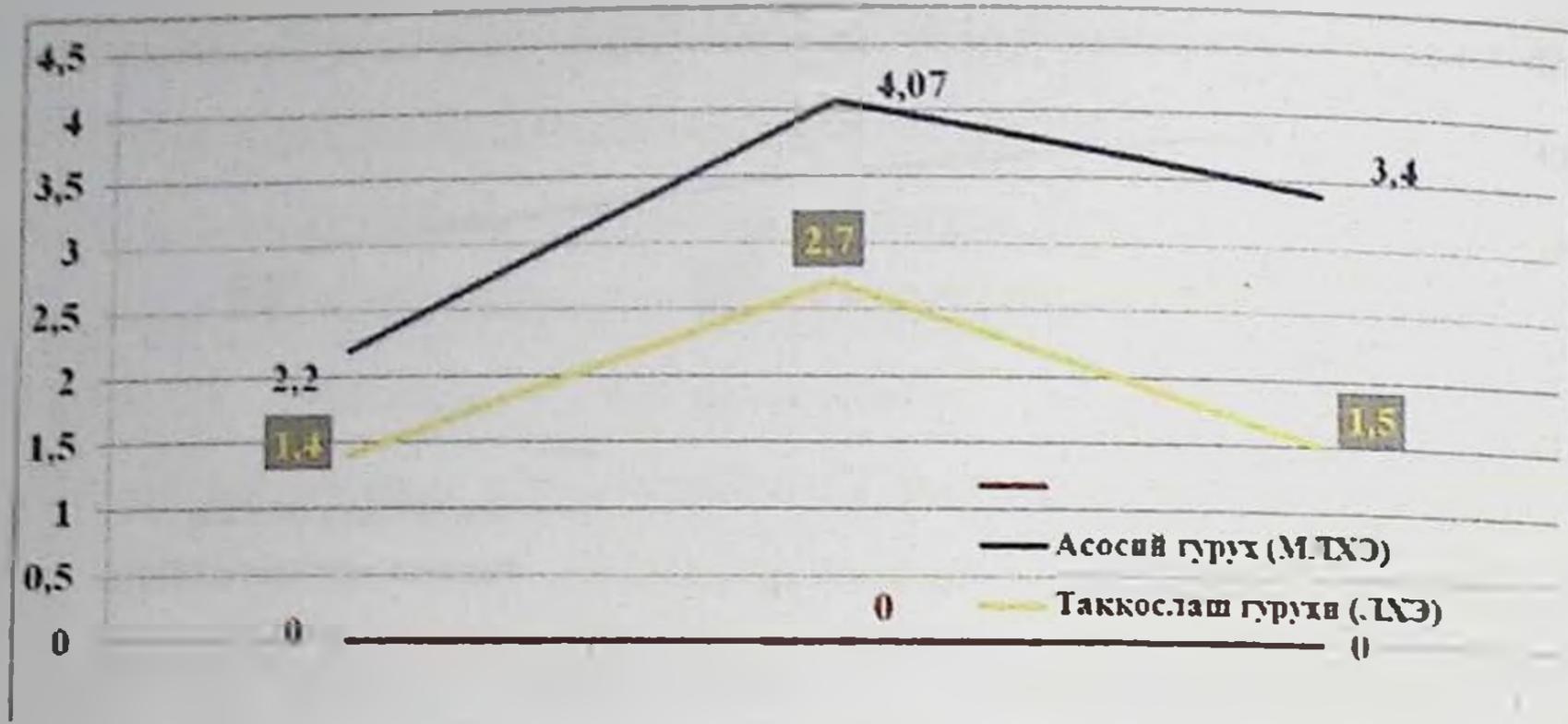


3.2 – расм. Текширишнинг барча босқичларидаги кортизол даражаси



3.3 – расм. Текширишнинг барча босқичларидаги Т4 даражаси

ТТГ концентрациясининг ўзгариши, даражасининг дастлабки кўрсаткичлардан оғиши лапаротом холецистэктомияга нисбатан (+15,2%) лапароскопик (+91,2%) ва минилапаротом (+71,6%) операцияларда яққол юқори бўлди. Лапароскопик холецистэктомиядан кейин олинган натижаларнинг дастлабки кўрсаткичлардан оғиш фоизи (+11,2%) минилапаротом операциялардаги кўрсаткичларга (+52,2%) нисбатан анча паст бўлди. Лапаротом усулда операциялардан кейин ТТГ миқдорининг ошишга мойиллиги кузатилди (4 – расм) ва унинг дастлабки кўрсаткичлардан оғиши (+48,1%) операциядан кейинги кўрсаткичлардан (+15%) юқори бўлди.



3.4 – расм. Текширишнинг барча боскичларидаги ТТГ даражаси

Тадқиқотларимиз натижалари, минилапаротом усулда ўтказилган операцияларда гормонлар даражасининг кўтарилиш инфодаланиш даражаси бўйича лапароскопик ва лапаротом усулдаги холецистэктомиялар оралигида туради. Айрим гормонлар даражасининг лапароскопик холецистэктомия вақтида яққол кўтарилишини етарлича стрессоген омил ҳисобланувчи таранглашган карбоксиперитонеумнинг таъсирида нерв охириларига бой бўлган қорин парданинг тортилиши билан боғлиқ деб тушунтириш мумкин. Аммо, лапароскопик холецистэктомияларда стресс гормонлар даражасининг дастлабки кўрсаткичларга тезда қайтиши кузатилди, бу эса ушбу операция вақтида мушак тўқималарининг кам шикастланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Шу билан бирга, кондаги гормонлар даражасини ўрганиш яна бир хусусиятни аниқлади. Демак, операция канча узок давом этса, нормага нисбатан тафовут шунча катта бўлади. Шундай қилиб, лапаротом усулда холецистэктомия бажаришни бир бирлик деб

оладиган бўлсак, лапароскопик ёки минилапаротом усулда холецистэктомия бажаришнинг чўзилиши билан операциянинг оғирлик даражаси тенглашиб боради. Ушбу боғликлик, пролактин миқдори мисолида, 3.3 – жадвалда кўрсатиб ўтилган.

3.3 – жадвал

Пролактин миқдорининг холецистэктомия давомийлиги билан боғликлиги

	ЛХЭ		МЛХЭ		ОХЭ	
	1	2	1	2	1	2
Ўртача давомийликдаги операцияда	2411	597	908	627	1981	1176
Ўртачадан икки мартаба кўп давомийликдаги операцияда	5214	918	2110	1012	4605	2856

Изоҳ: 1 – операция вақтида; 2 – операциядан кейин

Келтирилган 3.3 – жадвалдан кўришиб турибтики, ЛХЭ давомийлигининг ўртача кўрсаткичларидан 2 мартаба ошганда, операциядан кейин пролактин миқдорининг операциядан кейинги ўртача даражасидан ошиши аниқланди ва шу билан бирга, лапаротом холецистэктомия операциясидан кейинги пролактин миқдorigа яқинлашди.

Ўтказилган тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, кўпчилик ўрганилаётган гормонларнинг ошиш томонига ўзгарувчанлиги традицион усулдан кўра лапароскопик холецистэктомияда кузатилди, лекин операциядан кейинги 3 – суткага келиб, минилапаротом ва традицион усулларга нисбатан лапароскопик операциялардан кейин дастлабки даражага қайтиш тезроқ бўлди ($p < 0,05$). Умуман олганда, лапароскопик ва минилапаротом операцияларнинг ўт пуфагини олиш

боскичида олинган натижалар солиштирилганда, деярли бир хил бўлди, фақат операциядан кейинги 3 – суткаларда дастлабки натижага қайтиш бўйича устунлик лапароскопик холецистэктомия томонида бўлди.

Боб бўйича хулосалар

Шундай қилиб, ўт йўлларида ўтказилган операцияларда стрессор синдром даражасини қиёсий баҳолаш кўрсатдики, минилапаротом усулда ўтказилган операциялар жарроҳлик агрессияси даражаси бўйича кам инвазив усуллар каторига киритилиши мумкин. Лекин, жарроҳлик аралашуви давомийлигининг ошиб бориши билан стресс гормонлар миқдори параллел равишда ортиб боради.

Шунинг учун, бизнинг тадқиқотларимиз бўйича, ўт йўллари яллиғланиш касалликларида оғир ҳамроҳ касалликлар (юрак – қон томир тизими ва сурункали ўпка касалликлари) бор беморларда, лапароскопик усул билан операция ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ўрта давомийликдаги лапаротом усулга нисбатан кам травматик бўлган минилапаротом усул жарроҳлик аралашувларининг энг оптимал тури ҳисобланади.

IV БОБ.

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ

Даволаш тактикасига боғлиқ ҳолда беморлар гуруҳларга бўлинди. 2017 – 2018 йиллар давомида 82 (201 дан 40,8%) нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларда холецистэктомия лапароскопик ва анъанавий очик усулда бажарилди. Ушбу беморлар таққослаш гуруҳини ташкил этди.

2019 – йилдан 2021 – йилгача 119 (201 дан 59,2%) нафар холециститнинг ўткир деструктив шакллари билан беморларда холецистэктомия лапароскопик ва минилапаротом усулларда ўтказилди. Ушбу беморлар асосий гуруҳни ташкил этди.

Таққослаш гуруҳидаги ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик даволаш

Таққослаш гуруҳида 43 нафар (82 дан 52,4%) беморда бошидан лапароскопик холецистэктомия ўтказиш режалаштирилди. Улардан фақат 23 нафарда холецистэктомия лапароскопик усулда яқунланган бўлса, қолган 20 нафарда конверсияга ўтилди, яъни холецистэктомия анъанавий очик усулда яқунланди.

Лапароскопик холецистэктомияни Карл Шторц (Германия) фирмасининг видеолапароскопик стойкаси ёрдамидаги асбоблар тўплами орқали, стандарт 4 портли усулда бажарилди: иккита 10 – мм ли порт киндик устидан ва ханжарсимон ўсимта остидан, иккита 5 – ммли порт ўнг когурға ейи остидан, бири ўрта ўмров чизиғи ва иккинчиси олд қўлтиқ ости чизиғи бўйича киритилди. Қорин бўшлиғи аъзолари визуал тафтишидан кейин ўт пуфаги пункция қилиниб, монополяр коагулятор ёрдамида Кало учбурчаси соҳаси ажратилди. Умумий жигар йўли ва умумий ўт йўли идентификация қилингандан кейин, ўт пуфаги йўли, ҳамда ўт пуфаги артерияси алоҳида клипсланиб, кесилди. Ўт пуфаги мобилизация қилингандан сўнг, ётоғи коагуляция қилинди.

Ўт пуфаги ханжарсимон ўсимта остидаги троакар жароҳат орқали чиқариб олиниб, жигар ости соҳаси олд қўлтиқ ости чизиғидаги троакар жароҳати орқали дренажланди.

20 нафар беморларда конверсиянинг сабаби ўт пуфаги девори, ҳамда пуфак атрофи клетчаткасининг яққол деструктив яллиғланишли жараёни бўлди. Конверсия сабаблари 4.1 – жадвалда кўрсатилган.

15 ҳолатда конверсия сабаби перивезикал инфилтрат бўлиб, уларнинг 5 нафарида интраоперацион асоратлар, яъни 5 ҳолатда конкетиш, 1 ҳолатда гепатикохоledохнинг кесилиши (ЛХЭ дан кейин гепатикохоledох кесилган беморнинг тақдири 5 бобда баён этилган) ва 1 ҳолатда ўн икки бармок ичак девори бутунлигининг бузилиши кузатилди. 5 ҳолатда конверсиянинг сабаби перивезикал абсцесс бўлди (4.1 – расм).

**Таккослаш гуруҳида лапароскопик холецистэктомия
конверсиясининг сабаблари**

Конверсия сабаблари	Беморлар сони (n=20)	
	абс.	%
Перивезикал инфилтрат	15	75,0
Перивезикал абсцесс	5	25,0
Операция вақтида қон кетиш	5	25,0
Гепатикохоледох шикастланишлари	1	5,0
Ҳн икки бармоқ ичак деворининг нуксони	1	5,0

Таккослаш гуруҳидаги 39 (82 дан 47,6%) нафар беморларда холецистэктомия бажариш аввалдан анъанавий кенг очик усулда бажариш режалаштирилди.

Анъанавий (традицион) холецистэктомия стандарт усулда, юкори ўрта лапаротом, ёки қорин олд деворидаги қийшиқ кесим, ўнг қовурға ёйи бўйлаб Кохер кесими орқали бажарилди. Ўт пуфагининг мобилизацияси операция вақтида аниқланган топилмаларга боғлиқ ҳолда бўйинчасидан, ёки тубидан бажарилди. Жигар ости соҳаси ўнг қовурға ёйи остидаги контраппертура орқали дренажланди.



**4.1 – расм. Бемор М., 76 ёш, интраоперацион расми. КТ
№5429/491.**

**ЛХЭ → конверсия → ТХЭ. Операциядан кейинги ташхис: Ўткир
тошли, окклюзион гангреноз холецистит. Асорати: Перивезикал
абсцесс.**

**Асосий гуруҳдаги ўткир деструктив холецистит билан
беморларни жарроҳлик даволаш**

Асосий гуруҳдаги беморларни даволаш тактикаси такқослаш гуруҳидан оптимал жарроҳлик усулини танлашнинг янада дифференциаллашганлиги ва жарроҳлик усулининг кам травматиклиги билан фарк қилди.

Муваффақиятли радикал операция кўп ҳолатларда, операция кечишига етарлича таъсир кўрсатувчи, тўғри танланган жарроҳлик кесимига боғлиқ бўлиб, жарроҳлик даволаш оқибатига маълум ахамиятга эга бўлади ва реабилитация кечишига ақс этади.

2019 – йилгача ўткир деструктив холецистит сабабли холецистэктомия бажаришда, асосан қорин олд деворидаги анъанавий кенг кесимдан фойдаландик. Ушбу усулда жаррохнинг операцияни асосий босқичларини бажариши осонлашадди, шу билан бирга, бир катор жиддий ва барчага маълум бўлган камчиликларга эга: аралашувнинг юкори травматиклиги, операциядан кейинги жароҳат асоратлари юзага келишининг юкори хавфи, кониқарсиз косметик натижалар, реабилитация даврининг узоклиги ва бошқалар. Ушбу ҳолатлар бизни, ўт пуфагига бориш ва ўт йўлларини тафтиш қилишининг юмшоқроқ, кам травматик ва шу билан бирга, жаррох учун қулайроқ йўлларини излашга ундади.

Натижада, 2019 – йилдан бошлаб, ўткир деструктив холециститда бизлар ҳар бир беморнинг индивидуал ўзига ҳос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, «кичик кесим» деб номлавувчи усулни кенг қўллай бошладик.

Лапароскопик усулда ёки кичик кесим орқали холецистэктомияни танлашда биз операциядан олдинги ташхислаш натижаларига эътибор қаратдик. Ўткир холецистит клиник кечиш белгилари УТТ маълумотлари билан бирлаштириб ўрганилди.

Ўткир холециститнинг клиник белгилари, ҳамроҳ касалликлар, шунингдек УТТ ва диагностик лапароскопия маълумотлари ҳисобга олинди. Даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи ушбу омилларни бизлар балли шкала бўйича баҳоладик (№ DGU 10682 рақамли ЭҲМ дастурининг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида маълумотнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги «Ўт тош касаллигини жарроҳлик даволашга кўрсатмаларни аниқлаш дастури» (4.2 – жадвал).

Холецистэктомия усулларини танлашнинг балллик тизими

Операция усулини танлашга таъсир кўрсатувчи омиллар	Омиллар тавсифи	Балллар
Ўткир деструктив холециститнинг клиник белгилари	Йўқ	0
	Бор	1
УТТ белгилари	Ўт пуфаги деворининг қалинлиги < 3 мм	4
	3 – 5 мм	6
	> 5 мм	8
Диагностик лапароскопия	Перивезикал инфилтрат	10
	Перивезикал абсцесс	12
Ҳамроҳ касалликлар	Йўқ	0
	Юрак – қон томир касалликлари	8
	Нафас йўлларининг сурункали касалликлари	6
	Қандли диабет	4
	Семизлик	2

Ўткир деструктив холецистит билан беморларда операция турини танлашга таъсир қилувчи омилларни ишлаб чиқилган баллик баҳолаш дастури, организм индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда операциянинг оптимал усулини танлашга, ҳамда даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди.

Ишлаб чиқилган балли шкала бўйича 0 дан 5 баллгача олган беморларга лапароскопик холецистэктомияни, 5 баллдан юқори олган беморларга минилапаротом усулда холецистэктомия бажаришни тавсия этамиз (4.3 – жадвал).

Асосий гуруҳдаги беморларнинг ўткир деструктив холецистит клиник шакли ва ҳамроҳ соматик касалликларга боғлиқ ҳолда тақсимланиши

Ўткир деструктив холециститнинг клиник шакллари	Ҳамроҳ соматик касалликлар										Кўшма касалликлар-сиз	Жами
	ЮИ К	ГК	ЎСОК	ҚД	Қорин бўшлиғи битишма касаллиги	Семизлик II-III дар.	Ҳомпадорлик 2-3 триместр	2 ва ундан ортиқ ҳамроҳ касалликлар				
Асоратланмаган ўткир флегмоноз холецистит	7	12	4	2	1	3	1	14	14	58		
Асоратланмаган ўткир гангреноз холецистит	5	2	-	1	2	1	-	9	3	23		
Перивезикал инфилтрат	3	5	1	1	2	3	-	8	4	27		
Перивезикал абсцесс	-	1	-	2	-	1	-	2	2	8		
Маҳаллий перигонит	-	-	-	2	1	-	-	-	-	3		
Жами	15	20	5	8	6	8	1	33	23	119		

Изоҳ:
 - 0 дан 5 баллгача олган беморлар, уларга ЛХЭ бажарилди;
 - 5 баллдан ортиқ олган беморлар, уларга МЛХЭ бажарилди.

Асосий гуруҳда 47 нафар беморга (119 нафар бемордан 39,5%) холецистэктомия аввалдан лапароскопик усулда бажариш мўлжалланган, лекин операцияни давом эттириш қийинчиликлари ва диагностик лапароскопия маълумотларига кўра, 47 нафар бемордан 9 нафари (19,1%) 5 дан юқори балл тўплади, ҳамда уларга конверсия ўтказилди. Конверсия сабаблари 4.4 – жадвалда кўрсатилган.

4.4 – жадвал

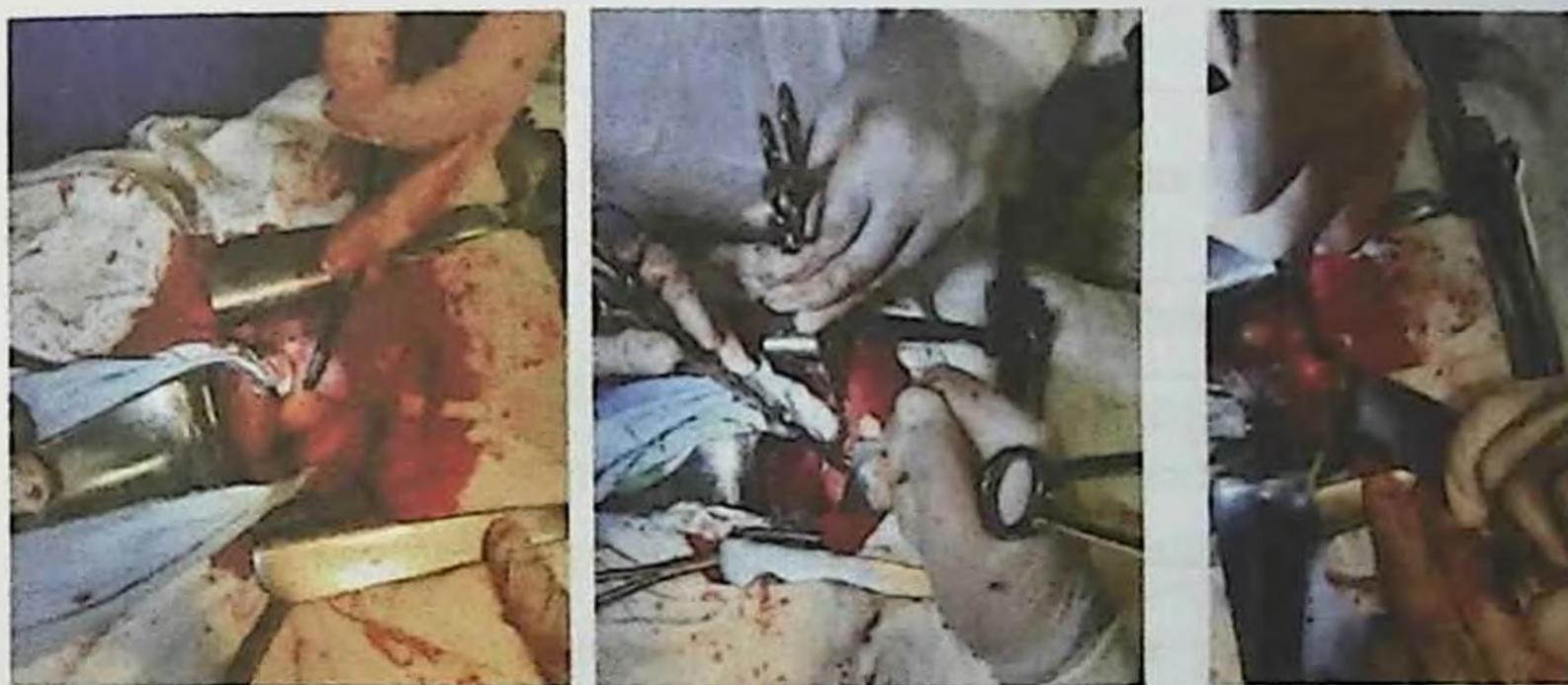
Асосий гуруҳда лапароскопик холецистэктомия конверсиясининг сабаблари

Конверсия сабаблари	Беморлар сони (n=9)	
	абс.	%
Операция давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ.	3	77,8
Ўмумий ўт йўли ва ўт пуфаги йўлини аниқлашнинг имконсизлиги	3	44,4
Девори қалинлашган, кенгайган ўт пуфаги йўлининг аниқланиши, клипсаларнинг силжиш хавфи мавжуд	2	22,2
Қон кетиш	1	11,1

4.4 – жадвалдан кўришиб турибтики, 3 нафар беморда конверсиянинг сабаби ўт пуфаги йўли ва магистрал ўт йўлларини идентификация қилиш давомийлигининг 30 дақиқадан ортиқ бўлганлиги бўлса, яна 3 нафар беморда жигар ости соҳасидаги зич инфильтрат сабабли ўт пуфаги деворини идентификация қилиш 30 дақиқадан кўпга чўзилиб кетгани бўлди (4,2 – 4,3 – расм).



4.2 – расм. Диагностик лапароскопия босқичлари (Бемор Ш. 43 ёш, к/т 6291/538). Ўт пуфаги йўли ва магистрал ўт йўлларини аниқлаш давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ бўлди



4.3 – расм. Кичик кесим орқали, тубидан холецистэктомияга ўтилди (бемор Ш. 43 ёш, к/т 6291/538).

Ишлаб чиқилган дастур ва диагностик лапароскопия маълумотлари бўйича 2 нафар бемор 5 баллдан юқори бахоланди ва уларда ўт пуфаги йўлининг кенглиги ва деворининг қалинлашганлиги сабабли клипсаларнинг силжиш хавфи мавжуд эди. 1 нафар беморда

конверсиянинг сабаби ўт пуфаги артериясидан қон кетиш бўлиб, ижобий натижа билан яқунланди.

72 нафар (119 нафар бемордан 60,5%) беморларга ўткир холециститнинг клиник кечиш белгиларини, мавжуд ҳамроҳ касалликларни ва УТТ маълумотларини ҳисобга олган ҳолда холецистэктомия кичик қесим орқали бажарилди.

Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит билан асосий гуруҳдаги беморларнинг 38 нафариди (31,9%) холецистэктомия лапароскопик усулда, 81 нафариди эса (68,1%) кичик қесим орқали бажарилди (4.5 – жадвал).

4.5 – жадвал

Асосий гуруҳдаги беморларнинг холецистэктомия усулига кўра тақсимланиши

Холецистэктомия усули	Жами, n=119	
	абс.	%
Лапароскопик холецистэктомия	38	31,9
Минилапаротом усулда холецистэктомия	81	68,1

Асосий гуруҳдаги беморларда МЛХЭ операцияси касаллик бошланишидан 72 соатдан кейин бажарилди, бунда дастлаб операциянинг стандарт усуллари қўлланилиб, уни бажаришда техник қийинчиликлар юзага келганда МЛХЭ нинг ностандарт усулларига ўтилди.

81 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг 43 нафариди (53,1%) МЛХЭ нинг стандарт усули бажарилди. Ўт пуфаги тубидан МЛХЭ 27 нафар (33,3%) беморда, улардан 6 нафариди (22,2%) ўт пуфаги ампутацияси, ўт пуфаги бўйинча соҳасидаги зич

инфильтрат, ҳамда гепатикохоледох шикастланиш хавфи мавжудлиги туфайли 8 нафарда (29,6%) Федоров усулида холецистэктомия ўтказилди. Прибрам бўйича МЛХЭ 11 нафар (13,6%) беморда амалга оширилди (4.5 – расм).

Тубидан МЛХЭ бажариш техникасида қуйидаги босқилар назарда тутилди: ўт пуфаги бўшлиғини очиш ва унинг киритмаларини олиб ташлаш; ўт пуфагини танаси ва бўйинчаси чегарасидан кесиш, ўт пуфаги танаси ва туби деворларини олиб ташлаш; ўт пуфаги бўйинчаси деворларини ва ўт пуфаги йўлини олиб ташлаш; операциянинг якунланиши.

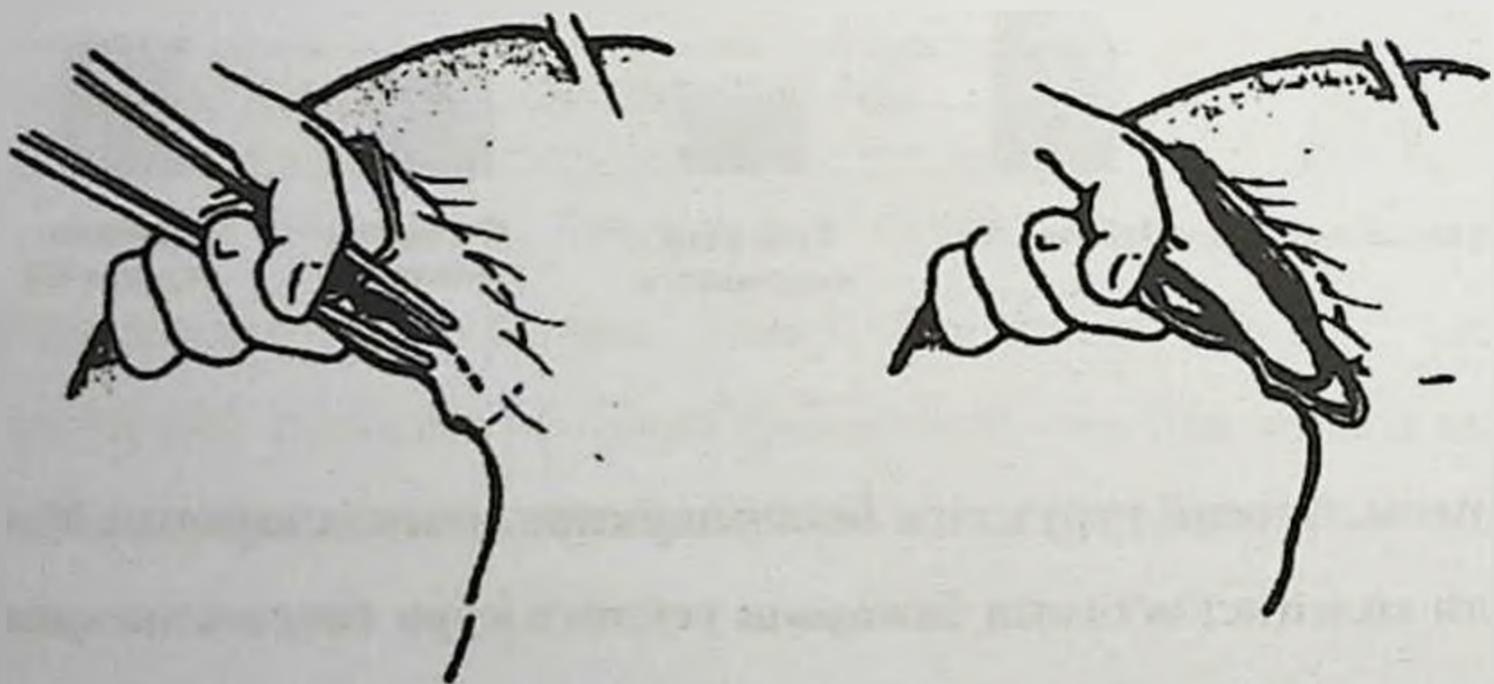


4.4 – расм. Асосий гуруҳдаги беморларнинг мирилапаротом йўл орқали холецистэктомия бажариш усулига кўра тақсимланиши

Яққол қийин вазиятларда, тарқалган фиброз – чандикли ўзгаришлар сабабли ўт пуфагини атроф тўқималардан ажратишда юзага келган техник қийинчиликларда, аъзо деворларини радикал ажратиб олишда анатомик муҳим аъзоларнинг ятроген шикастланиш

хавфи ва ўт пуфаги ётоғидан қон кетиш эҳтимоли юқори бўлади. Бундай ҳолатларда холецистэктомия ўт пуфагининг ампутацияси билан яқунланди, ёки ХЭ С.П. Федоров (1904 г.) усулида бажарилди.

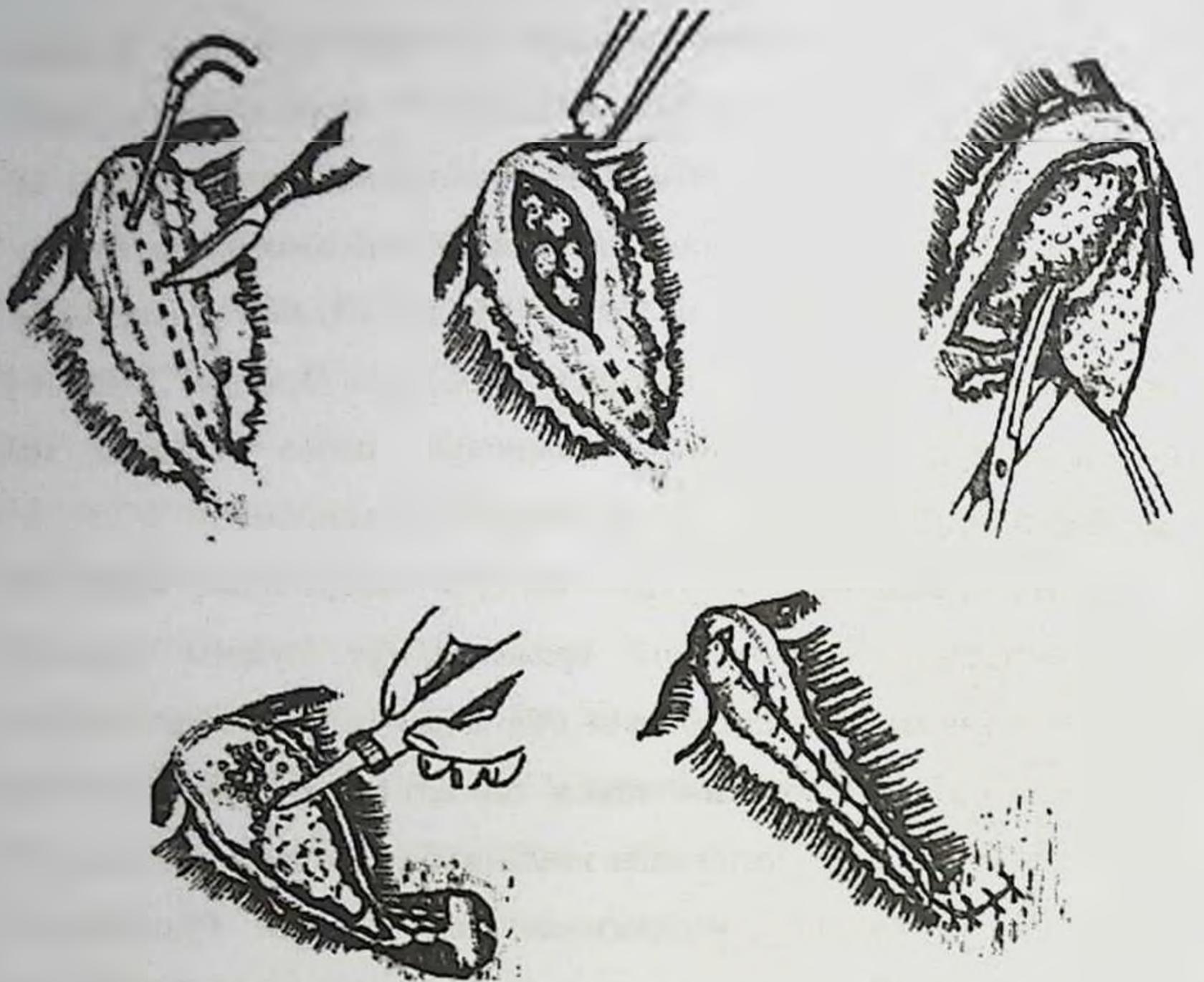
С.П. Федоров операциясининг моҳияти ўт пуфагини бўйламасига кесиш, бармоқни киритиш в аста – секинлик билан аъзо деворини тубидан бўйинчаси томонга кесишдан (кайчи, ёки скальпель ёрдамида) нборат (4.6 – расм). Операциянинг энг хавфли босқичи инфилтратда ёпишиб турган ўт пуфаги бўйинчасини ажратиш ҳисобланади. Эсда тутиш керакки, унинг орқасида йирик қон томирлар жойлашган бўлиб, ёнидан, ўт пуфаги йўлининг бошланиш жойида гепатикохоledох ёпишган бўлиши мумкин. Шу сабабли, ўт пуфаги бўйинчасини ажратишни эҳтиёткорлик билан, ўт пуфаги ва ўт пуфаги йўли деворларига яқинроқ жойдан амалга оширдик. Барча амалларни ўт пуфаги бўшлиғига киритилган чап қўл кўрсаткич бармоғи назорати остида бажардик.



4.5 – расм. С.П. Федоров бўйича атипик холецистэктомия
(расм манбаси: *Экстренная хирургия желчных путей* // профессор
П.Г.Кондратенко таҳрири остида врачлар учун қўлланма //, Донецк –
2005. 318 – бет).

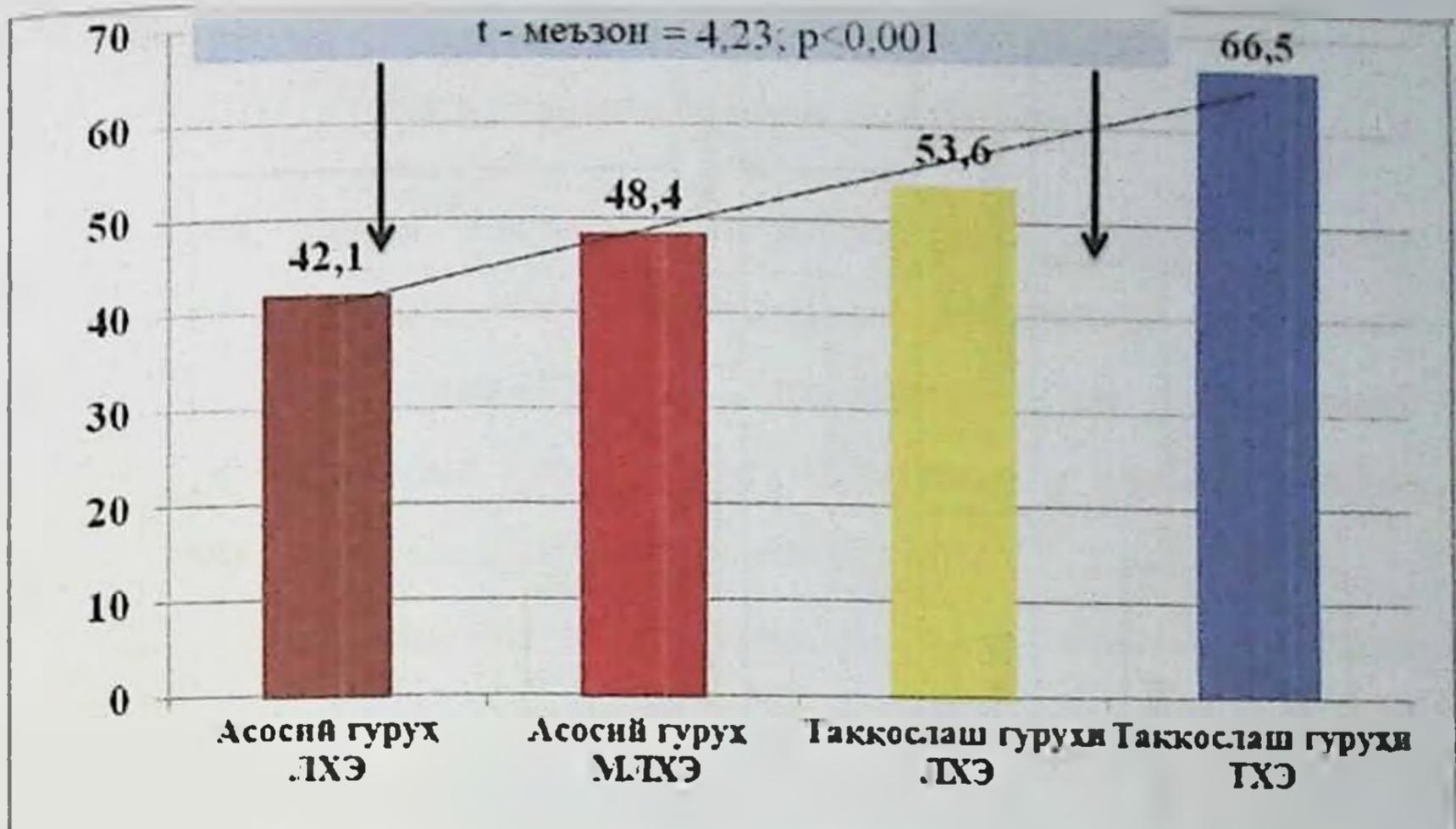
Асосий гуруҳдаги беморларнинг 11 нафарига асосий муаммо нафакат ўт пуфаги бўйинчасини, балки ўт пуфагининг жигарга ёпишган қисминини ҳам идентификация қилишнинг иложсизлиги ва уни жигар паренхимасини шикастламасдан туриб ололмаслик, бунинг оқибатида эса интенсив қон кетиш бўлди. Шунинг учун, ушбу асоратни олдини олиш мақсадида, МЛХЭ ни Прибрам (1928 г.) бўйича мукоклазия ёрдамида бажаришни танлов операция деб ҳисобладик. Қуйидаги операция техникаси қўлланилди.

Ўрта чизиғи бўйлаб, танаси ва туби чегарасидан, қобирғаси бўйича эгилган тўғри қайчи ёрдамида, ўт пуфаги бўшлиғи бўйламасига кесиб очилди. Лозим бўлганда, ўт пуфаги деворидаги қесим узунлигини бўйинчаси томон кенгайттирдик. Тошлар қисқич ёрдамида ўт пуфаги бўшлиғидан навбати билан олинди. Кейин, ўт пуфаги девори битишма чегарасидан кесиб олинди. Тўқималарни дифференциацияси бузилиш сатҳидаги чегара чизиғи бўйлаб, ўт пуфаги деворининг эркин қирғоқлари кесиб олинди. Гемостаз, ўт пуфаги артериясининг тармоқлари тикиб, коагуляцияланди. Кейин мукоклазия бажарилди. Бунда, оптимал усул сифатида электрокоагуляцияни ишлатдик. Уни пастдан юқорига қараб, коагуляция режимидаги шарчали электродни қизикли параллел ҳаракатлар билан ўтказдик. Шиллик қават коагуляцияси бир текислиги ва чуқурлигини визуал назорат қилдик, ҳамда таъсирни субсероз қаватгача бердик. Охириги босқичда, ўт пуфаги йўли яхшилаб, тош бор, ёки йўқлигига текширилди. Жигар соти соҳасига стандарт усулда дренаж най қолдирилди (4.7 – расм).



4.6 – расм. Прибрам бўйича атипик холецистэктомия
(расм манбаси: Экстренная хирургия желчных путей // профессор
П.Г.Кондратенко таҳрири остида врачлар учун қўлланма //, Донецк –
2005. 320 – бет).

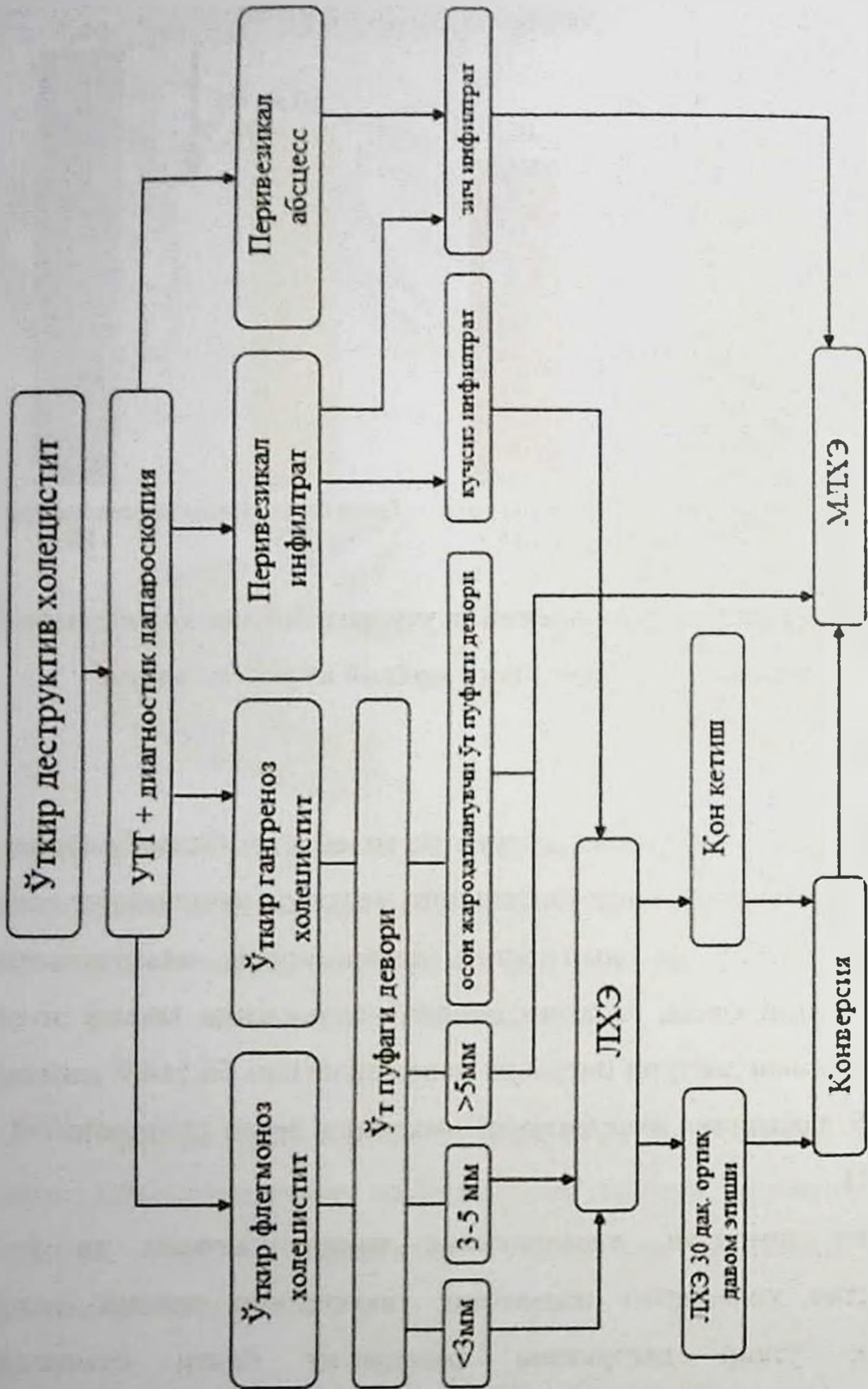
4.8 – расмда қўлланилган операция усулига боғлиқ холда, операция давомийлигининг дақиқалардаги қиёсий кўрсаткичлари келтирилган. Ушбу кўрсаткичлар бўйича ҳам ишонарли фарк аниқланган ($p < 0,001$).



4.7 – расм. Қўлланилган операция усулига боғлиқ ҳолда операция давомийлигининг (дак.) қиёсий кўрсаткичлари

Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит билан беморларда, холецистэктомия усулини танлашнинг, касаллик кечишининг клиник белгилари, УТТ ва диагностик лапароскопия маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, касаллик оғирлик даражасини таклиф этилган балли баҳолаш дастури операция давомийлигини $66,5 \pm 4,9$ дақиқадан $42,1 \pm 2,9$ дақиқагача қисқартириш имконини берди (t -меъзони $=4,23$; $p < 0,001$).

Биз томондан, касалликнинг клиник кечиши ва ўткир деструктив холецистит жарроҳлик тактикасини танлаш дастури асосида, ўткир деструктив холецистит билан беморларни юритишнинг оптимал даволаш – тактик алгоритми ишлаб чиқилган ва клиника амалиётига жорий этилган (4.8 – расм).



4.8 – расм. Ўткир деструктив холецистит билан беморларни юртишнинг даволаш – тактик алгоритми

Кичик кесим орқали холецистэктомия бажариш техник жихатларини такомиллаштириш

Топик кичик кесимда жарроҳлик аралашувлари сатҳини кенгайтиришга қаратилган бошқа муҳим инновацион ечимлардан бири жароҳат кенгайтиргич имкониятларидан фойдаланиб гепатобилинар тизимни тўлиқ тафтиш қилишдир, бу эса бориш кийин бўлган соҳаларни ҳам кўриш имконини беради.

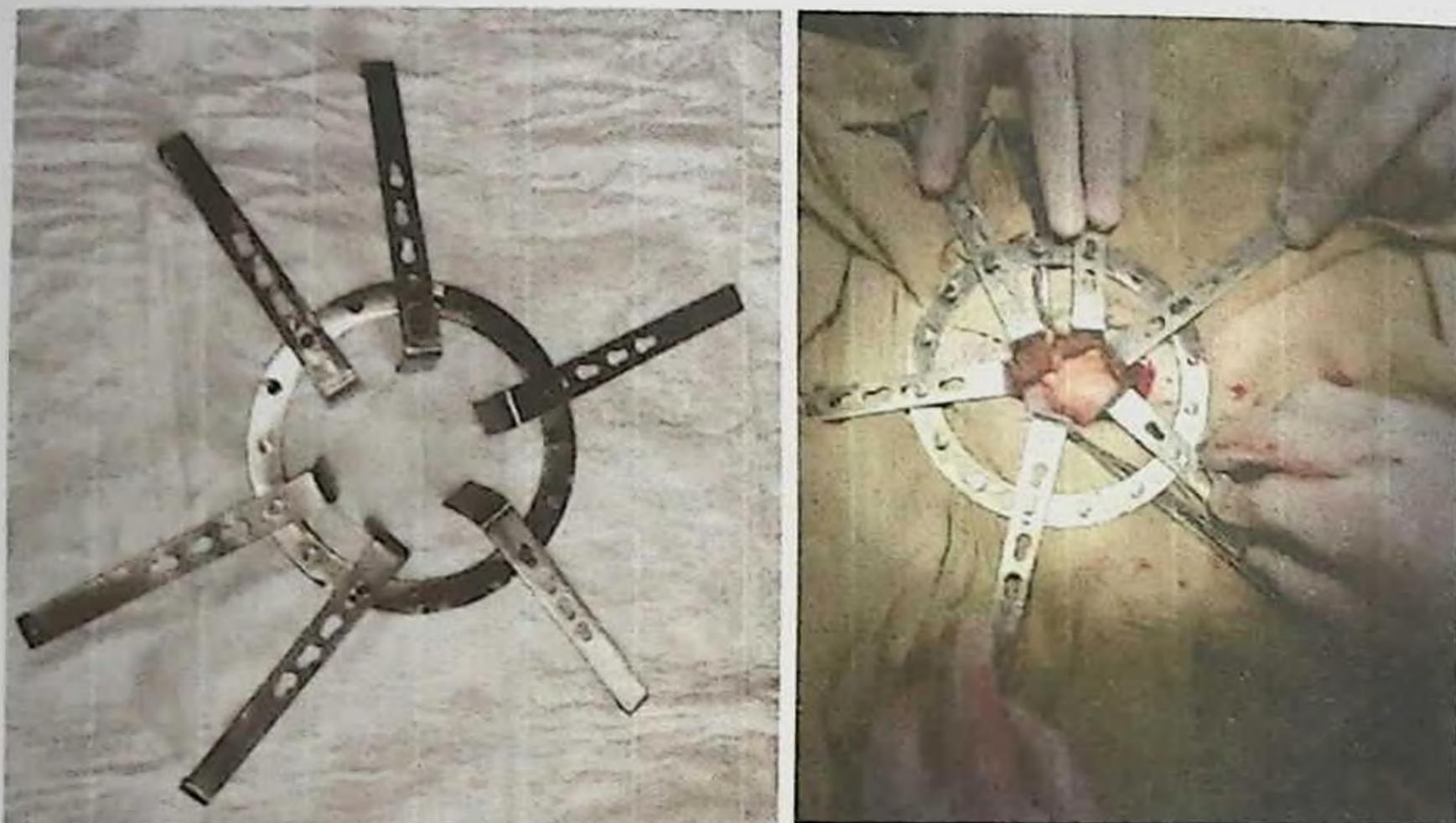
Жарроҳлик тактика ва холецистэктомия асосий босқичларини бажариш техникаси умумқабул қилинганлардан фарқ қилмади. Минилапаротом усулда холецистэктомия ўзимиз ишлаб чиққан жароҳат кенгайтиргич ёрдамида бажарилди (№ FAP 01385 рақамли фойдали моделнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида маълумотнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги, «Жароҳатни кенгайтирувчи асбоб»).

Тавсия этилган қурилманинг вазифаси қўллашни осонлаштириш, қулайлигини ошириш ва травматиклигини камайтиришдан иборат. Қўйилган вазифаларни бажариш учун, биз томондан тавсия этилган жароҳат кенгайтиргич халқа ва унга бириктирилган маҳкамлаш қисмлари, дренаж ва ёруғлик манбаъини киритиш учун куракларга бириктирилган каналлардан иборат.

Прототиплари билан солиштирма таҳлил шуни кўрсатдики, жароҳат кенгайтиргичнинг бошқаларидан фарқи туткич, қўшимча халқа, қотирувчи қисмлар, шарнирли ускуна билан жихозланганлиги, кураклар шарнирли ускунага қистиргичлар ёрдамида маҳкамланганлиги бўлди. Шу каби фаркли белгиларнинг мавжудлиги техник ечимнинг янгилигидан далолат беради.

Куракларнинг шарнирли ускуна ёрдамида бирлаштирилиши котириш мустаҳкамлигини оширади.

Фойдали моделнинг моҳияти чизмалар билан тушунтирилади, 4.9 – расмда минилапаротом усулда холецистэктомия бажариш учун мўлжалланган жароҳат кенгайтиргичнинг дастлабки ҳолати ва ишлатилган вақтдаги кўриниши акс эттирилган.



4.9 – расм. Кичик кесим орқали холецистэктомия бажариш учун биз томондан тавсия этилган жароҳат кенгайтиргичнинг чизма расми

Ўт пуфаги бўйинчаси элементларига ишлов берилгандан сўнг у бўйинчасидан, тубидан, ёки комбинацион усулда, электрохирургик илгак ёрдамида субсероз олиб ташланади. Ўт пуфаги ётоғида гемостаз электрокоагуляция ёрдамида бажарилиб, жароҳат кенгайтиргич тутқичи ёрдамида дастлабки ҳолатига қайтарилди. Жигар ости соҳаси ўнг ковурга ёйи остидаги контраппертура орқали дренажланади. Жароҳат каватма – кават тўлиғича тикилди.

Қўлланилиши таклиф этилаётган курилма қулай, оддий ва кам травматик ҳисобланади. Операция соҳасини кенгайтириш мақсадида, амалий тиббиётда кенг қўллаш учун тавсия этилади.

Клиник кузатув:

Бемор З., 49 ёш, к/т №9022/2025, клиникага 16.12.2019 й. кунини унги қовурга ёши ости соҳасидаги оғриққа, кўнгил айниши, қайит қилишига шикоят қилиб келди. Анамнезидан 3 кундан бери касал. Касаллигини ёғли овқатларни кун истеъмол қилгани билан боғлайди. Анамнезидан, бир неча бор унги қовурга ёши ости соҳасида хурӯжсимон оғриқлар кузатилган. УТТ да 2016 йилдан буён ут пуфагида тош аниқланган.

Келганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари субиктерик. Аускултацияда ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар эшитилмайди. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Тили бироз қуруқлашган, оқ қараши билан қопланган. Қорни оддий шаклда, нафас олишида ишитирок этади, пайпаслаганда унги қовурга ёши остида мушаклар таранглиги аниқланади, унги қовурга остида катталашган, оғриқли ўт пуфаги туби пайпасланади. Мерфи ва Ортнер – Греков симптомлари мусбат. Жигар ва талоғи пайпасланмайди. Ахлат ранги оддий. Сийиши эркин.



4.10 – расм. Бемор З., 49 ёш. Ўт пуфаги ва ўт чиқарувчи йўллар УТТси.

Умумий қон таҳлили: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /л, R-0,8, тромбо-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /л, ҚНВ-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, ЭЧТ-25 мм соат, Н1-24.

Қон биохимёвий таҳлили: бил.-19,65 ммол/л, боғланган.-14,27 ммол/л, АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,86 ммол/л, тим.син.-2, мочеv.-4,66 ммол/л, қолд.азот-17 ммол/л, креат.-82,9 мкмол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: патология аниқланмайди.

УТТ: ўт пуфағи ўлчами 15×8см, бўйлигида 1 см гача бўлган тошлар аниқланади, битта тош бўйинчасига тиқилиб қолган (4.12 – расм).

«Ўткир деструктив тошли холецистит» клиник таъхиси билан 17.12.2019 й. кунин бемор операция ўтказилди. Эндотрахеал оғриқсизлантириши остида минилапаротом кесим орқали Прибрам бўйича холецистэктомия бажарилди. Ўнг қовурга ёни остидан 5 см узунликдаги трансректал тери кесими бажарилди. Қорин бўйлиги очилгандан сўнг, жароҳат биз таклиф этган жароҳат кенгайтиргич ёрдамида кенгайтирилди. Қорин бўйлиги ревизия қилинганда, ўт пуфағига катта чарви келиб ёпишганлиги аниқланди, биттимиалар ўткир ва ўтмас йўллار билан ажратилди. Гартман чўнтағи соҳасида ва ўт пуфағи бўйинчасига ўн икки бармоқ ичак зич ёпишган, гепатикохоledoхни идентификация қилиб бўлмади. Ўт пуфағи ўлчами 15 х 6 см катталиқда, таранглашган. Ўт пуфағи бўйинчасини ажратини, ҳамда ўт пуфағи йўлини гепатикохоledoхдан идентификация қилишда бўйлиқ аъзо, ёки найсимон структураларнинг иллкастланиши хавфи ўта юқори. Шу сабабли, ўт пуфағи туби кесиб очилди, ҳамда ўт пуфағи девори зич инфильтратгача кесиб олинди. Ўт пуфағи бўйлигидан тошлар ва ийринг аралаш қуюқ сафро чиқариб олинди. Шундан сўнг, Прибрам бўйича холецистэктомия бажарилди (4.13 – 4.14 – расмлар). Жигар ости соҳаси дренажланди. Қорин бўйлиги қуритилиб, қаватма – қават тўлиқ тикилди, терига чоклар, спирт, асептик боғлама қўйилди.



4.11 – расм. Минилапаротом кесим орқали, такомиллаштирилган жароҳат кенгайтиргич ёрдамида Прибрам буйича холецистэктомия босқичлари (Бемор З., 49 ёш).



4.12 – расм. Олинган ўт пуфагининг тошлар билан бирга макропрепарати ва минилапаротом кесим орқали операциядан кейинги жароҳатнинг кўриниши (Бемор З., 49 ёш).

операциядан кейинги давр кечиниши силлиқ, жароҳат битиши бирламчи. Дренаж най орқали биринчи суткаларда 5 мл гача миқдорда сероз – геморрагик ажралма ажралди. Дренаж най операциядан кейинги иккинчи суткада олиб ташланди. Бемор операциядан кейинги тўрттинчи суткада, қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди (21.12.2019 й.).

Боб бўйича хулоса

Ўткир деструктив холецистит жарроҳлигида бизлар 2019 – йилдан бошлаб, ҳар бир беморнинг индивидуал ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, «кичик кесим» деб номланувчи усулни кенг қўлай бошладик. Лапароскопик усулда ёки кичик кесим орқали холецистэктомияни танлашда биз операциядан олдинги ташхислаш натижаларига эътибор қаратдик. Ўткир холецистит клиник кечиш белгилари УТТ маълумотлари билан бирлаштириб ўрганилди.

Ўткир деструктив холецистит билан беморларда операция турини танлашга таъсир қилувчи омилларни ишлаб чиқилган баллик баҳолаш дастури, организм индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда операциянинг оптимал усулини танлашга, ҳамда даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди.

Ишлаб чиқилган балли шкала бўйича 0 дан 5 баллгача олган беморларга лапароскопик холецистэктомияни, 5 баллдан юқори олган беморларга минилапаротом усулда холецистэктомия бажаришни тавсия этамиз.

Асосий гуруҳдаги беморларда МЛХЭ операцияси касаллик бошланишидан 72 соатдан кейин бажарилди, бунда дастлаб

операциянинг стандарт усуллари қўлланилиб, уни бажаришда техник қийинчиликлар юзага келганда МЛХЭ нинг ностандарт усулларига ўтилди.

81 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг 43 нафарига (53,1%) МЛХЭ нинг стандарт усули бажарилди. Ўт пуфаги тубидан МЛХЭ 27 нафар (33,3%) беморда, улардан 6 нафарига (22,2%) ўт пуфаги ампутацияси, ўт пуфаги бўйинча соҳасидаги зич инфильтрат, ҳамда гепатикохоledох шикастланиш хавфи мавжудлиги туфайли 8 нафарига (29,6%) Федоров усулида холецистэктомия ўтказилди. Прибрам бўйинча МЛХЭ 11 нафар (13,6%) беморда амалга оширилди.

Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит билан беморларда, холецистэктомия усулини танлашнинг, касаллик кечишининг клиник белгилари, УТТ ва диагностик лапароскопия маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, касаллик оғирлик даражасини таклиф этилган балли баҳолаш дастури операция давомийлигини $66,5 \pm 4,9$ дақиқадан $42,1 \pm 2,9$ дақиқагача қисқартириш имконини берди.

Топик кичик кесимда жаррохлик аралашувлари сатҳини кенгайтиришга қаратилган бошқа муҳим инновацион ечимлардан бири жароҳат кенгайтиргич имкониятларидан фойдаланиб гепатобилиар тизимни тўлиқ тафтиш қилишдир, бу эса бориш қийин бўлган соҳаларни ҳам кўриш имконини беради.

Қўлланилиши таклиф этилаётган қурилма қулай, оддий ва кам травматик ҳисобланади. Операция соҳасини кенгайтириш мақсадида, амалий тиббиётда кенг қўллаш учун тавсия этилади.

V БОБ.

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Операциядан кейинги эрта даврда жарроҳлик даволаш натижалари

Ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг даволаш
натижаларини қуйидаги кўрсаткичлар - операциядан кейинги
даврнинг кечиши, дренажларнинг олиниш муддати, дренаж
найлардан сафро оқшининг мавжудлиги, жароҳатнинг битиш
характери, беморларнинг касалхонада бўлган муддати (койка кунлар),
операциянинг давомийлиги (дақиқа), тана хароратининг ошиши
давомийлиги (сутка), қорин бўшлиғидаги йирингли ўчоқ, жигар ости
соҳасидаги билома, сафроли перитонит, ўт пуфаги чўлтоғининг
резидуал тошлари, ёки холедохнинг унутилган тошларининг УТТ
белгилари орқали баҳоладик.

Ўткир деструктив холецистит билан беморлар жарроҳлик
даволаш тактикасини танлаш, ҳамда жарроҳлик аралашув бажариш
техникасининг такомиллаштирилиши, жарроҳлик даволаш усули
травматиклигининг камайтирилиши, шунингдек, ушбу тадқиқот
доирасида ишлаб чиқилган, ҳамда амалиётга жорий этилган бошқа
янгиликлар ушбу категориядаги беморларни юритиш натижаларига ўз
таъсирини кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, 2017 – 2018 йй. га

нисбатан операциядан кейинги асоратлар 13,4% дан 1,7% гача камайди, яъни 8 марта. Сафро окиши каби асоратлар частотаси яккол пасайди (5 марта), сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланишларни каби ўта оғир асоратлар умуман кузатилмади.

Ишимиздаги маҳаллий асоратлар частотасини ўрганишда бизлар фақатгина, беморлар аҳволининг яккол ёмонлашишига олиб келувчи, ҳаётига хавф солувчи ва фаол консерватив, ёки оператив даво ўтказилишини талаб қилувчи асоратларни инобатга олдик.

Маҳаллий операциядан кейинги асоратларга ўт йўлларининг шикастланишини, корин бўшлиғидаги дренаж найдан сафро окишини, корин бўшлиғига кўп миқдорда қон кетишини, корин бўшлиғи ичи инфекция асоратларни (корин бўшлиғи абсцесси) киритдик.

Зич инфилтрат билан асоратланган ўткир холециститда ЛХЭ стандарт усулда бажарилганда, гепатикохоledохнинг шикастланиш частотаси таққослаш гуруҳида 23 бемордан 1 нафариди (4,3%) кузатилди. Тадқиқот гуруҳларида, турли усулдаги холецистэктомиядан кейин юзага келган маҳаллий асоратларнинг қиёсий тавсифи 5.1 – жадвалда келтирилган.

5.1 – жадвалга келтирилган маълумотларга кўра, таққослаш гуруҳида холецистэктомиядан кейинги маҳаллий асоратлар 82 бемордан 11 нафариди (13,4%) кузатилди. Ушбу кўрсаткич асосий гуруҳдаги беморларда олинган кўрсаткичга, яъни 119 бемордан 2 нафариди (1,7%), нисбатан анча юқори бўлди. Асосий гуруҳдаги беморларда ЛХЭ дан кейин, стандарт, ёки ностандарт усулдаги МЛХЭ дан кейин гепатикохоledохнинг шикастланиши каби ўта оғир асоратлар кузатилмади.

Холестроктотомиядан кейинги беморларда операциядан кейинги ясоратлар частотасы

Асоратлар түрү	Беморлар гурухы						Жамл, n=201	
	Такжослаш гурухы (n=82)		ЛХЭ дан кейинги гурухы (n=119)		абс.	%		
	ЛХЭ дан кейинги холат (n=23)	ТХЭ дан кейинги холат (n=59)	ЛХЭ дан кейинги холат (n=38)	МЛХЭ дан кейинги холат (n=81)				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дренаж буйлаб сафро оюмши	1	4.3					1	0.5
	2	8.7					2	0.9
							1	0.5
Жигар ости сохасида биллома	1	4.3			1	2.6		
							1	1.2*
Сафролы перитонит	1							
							1	0.5
Кон кетпш	1	4.3					1	0.5
							1	0.5
Операциядан кейинги жаролаттынг йырыгылаши	2						2	0.9
Жамш асоратлар	5	21.7	6	10.2	1	2.6**	1	1.2
Асоратлар кузатилган беморлар сонш	4	17.4	5	8.5	1	2.6	1	1.2
χ^2 мезови								

Df=1; $\chi^2 = 4.954$; p=0.027

Изох: * - такжослаш гурухы маълумотларига шисбатан фарктлар ахамиятли (* - P<0.05. ** - P<0.001).

Тадкикот гурухларида, ўткир деструктив холецистит билан беморларни турли усулдаги ХЭ бажаришдан кейин юзага келган маҳаллий асоратларини даволаш усулларининг таҳлили 5.2 – жадвалда кўрсатилган.

5.2 – жадвалдан кўринадики, таккослаш гуруҳида, 1 нафар беморда операция вақтида гепатикохоledохнинг шикастланиши аникланди. Ушбу беморга конверсия ўтказилиб, жигар дарвозасидаги яққол яллиғланиш жараёни инobatга олиниб, гепатикохоledох чўлтоғини ташки дренажлаш билан чегараланди. Таккослаш гуруҳидаги, ЛХЭ дан кейин 2 нафар беморда, ўт пуфаги йўли чўлтоғидаги клипсанинг силжиши оқибатида сафро оқиши кузатилди. Уларнинг бирида, клипсанинг қисман силжиши аникланиб, динамик кузатув олиб борилди, жигар остига қўйилган дренаж найдан суткалик сафро ажралиши 50 мл ни ташкил этди ва камайиб борди. 12 суткага бориб сафро оқиши тўхтади ва кайта УТТ дан сўнг 13 – суткада дренаж най олиб ташланди.

Иккинчи беморга эса, сафро оқишини бартараф этиш учун лапаротомия бажариш зарур бўлди. Ушбу беморда, ўнг ковулга ёни остида кучли оғриқ кузатилиб, жигар ости соҳасига қўйилган дренаж най орқали суткалик сафро ажралиши 400 млни ташкил этди, УТТ да жигар ости соҳасида сафро тўпланиши аникланди. 3 нафар очик усулда холецистэктомия ўтказган беморларнинг бирида ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги туфайли, икки нафариди Люшка йўлларида сафро оқиши кузатилди. Фақат бир ҳолатда Люшка йўлини тикишдан иборат кайта операция ўтказиш зарур бўлди, қолган икки нафар беморга динамик кузатив ва консерватив даволаш ўтказилди.

Талкнот гурухларда холецистэктомиядан кейинги махаллий асоратларни даволаш усуллари

Талкнот гурухлари	Асорат турин	Даволаш усули				УТГ назорати остинда пункцион дренажлаш
		Консерватив	Конверсия. ГХ чўлтогини ташки дренажлаш	Лапаротомия		
Талкнот гурухлари (n=82)	Сафро окнин	ЛХЭ дан кейин гепатикохоледохлинни шнктастланнини (n=1)	1			
		ЛХЭ дан кейин ўт пуфаги йўли чўлтогидан клипсининг силжизини туфайли (n=2)	1	1		
		ТХЭ дан кейин ўт пуфаги йўли чўлтогининг етишмовчилиги туфайли (n=1)	1			
		ТХЭ дан кейин Люшка йўлларидан (n=2)	1	1		
		ЛХЭ дан кейин элгар ости сохасида биллома (n=1)				1
		ТХЭ дан кейин сафроли перитонинг (n=1)			1	
Асосий гурух (n=119)	ЛХЭ дан кейин кон кетини (n=1)			1		
	ТХЭ дан кейин жароҳатининг йиринглаши (n=2)	2				
	МЛХЭ дан кейин Люшка йўлларидан сафро окнини (n=1)	1				
Жамн		6	1	4	1	2

Таркалган сафроли перитонит клиникаси стандарт ТХЭ дан кейин, ўт пуфаги чўлтоғи етишмовчилиги билан бўлган 1 беморда кузатилди ва бу ҳолатда релапаротомия, ўт пуфаги йўлини қайта боғлаш, корин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш зарурати туғилди. 1 кузатувда ЛХЭ стандарт усулда ўтказилган таккослаш гуруҳидаги беморда корин бўшлиғига қўйилган дренаж найдан кўп миқдорда (суткасига 100 млдан кўп) қон келиши кузатилди. Лапаротомия, жигар ости соҳасидан гематомани олиш, ўт пуфаги артерияси чўлтоғининг етишмовчилигини бартараф қилиш ўтказилди. 2 ҳолатда (ҳар бир тадқиқот гуруҳида биттадан) жигар ости соҳасида билома шаклланиши аниқланиб, ҳар иккала ҳолатда УТТ назорати остида билома пункцияси ўтказилди ва муаммо консерватив усулда ҳал этилди. Асосий гуруҳдаги бир нафар беморда Люшка йўлларида сафро оқиши кузатилиб, у ҳам консерватив усулда ҳал этилди. ТХЭ дан кейин 2 ҳолатда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Жароҳат антисептиклар билан ишлов берилгандан кейин, иккиламчи битди.

Топик кичик кесимга кўрсатмаларнинг кенгайтирилиши жарроҳлик аралашувларининг давомийлигига ўзининг салбий таъсирини кўрсатмади, балки ушбу кўрсаткич пасайди. Операциядан кейинги стационар даволаш давомийлиги таккослаш гуруҳига нисбатан 2 маротаба, яъни $-7,2 \pm 1,2$ кундан $5,9 \pm 0,3$ кунгача камайди.

Жарроҳлик усули травматиклигининг камайрилиши ва операция ўтказган беморларни эрта фаоллаштирилиши операциядан кейинги реабилитация муддатларини икки маротаба қисқаришига имкон берди.

Аввалги йиллардаги ишларга караганда, ўткир деструктив холецистит билан беморларда бизлар, анъанавий кенг усулда холецистэктомияга кўрсатмаларни қисқарттирдик. Ушбу ҳолат операциядан кейинги эрта асоратлар частотаси камайиши билан биргалликда беморларни шифохонадан чиқариш натижаларига ижобий таъсир кўрсатди – ушбу кўрсаткич 5 баробарга қискарди (5.3 – жадвал).

5.3 – жадвал

Холецистэктомиядан кейинги беморларда операциядан кейинги даврининг кечиши

Беморлар гуруҳи		Койка – кунлар сони			
		Жами	Операциядан олдин	РВИТБ	Операциядан кейин
Таккослаш гуруҳи	ЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=23)	6,4±1,2	1,3±0,3	2,1±0,1	3,2±1,2
	ТХЭ дан кейинги ҳолат (n=59)	12,4±0,6* **	2,0±0,3**	3,7±0,1* *	7,4±0,5** *
Асосий гуруҳ	ЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=38)	5,4±1,2	1,3±0,3	1,1±0,1	2,2±1,2
	МЛХЭ дан кейинги ҳолат (n=81)	6,2±0,3** *^^	1,2±0,2**	1,8±0,1*	4,9±0,3** *^^
Жами, n=201		6,9±0,7	2,5±0,2	2,2±0,1	7,4±0,5

Изоҳ: * - таккослаш гуруҳининг 1 – кичик гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - таккослаш гуруҳининг 2 – кичик гуруҳи маълумотларига нисбатан фарқлар аҳамиятли (^ - P<0,05, ^^ - P<0,001)

**Ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик
даволашнинг кечки натижалари**

Ўткир деструктив холецистит сабабли операция ўтказган 201 нафар бемордан 129 нафаридан (64,2%) даволашнинг кечки муддатлардаги натижалари таҳлил қилиб чиқилди (5.4 – жадвал).

5.4 – жадвал

**Операция ўтказилган беморларда кечки натижаларни ўрганиш
муддатлари, абс. (%)**

Тадиқикот гурухлари		Жами операция қилинганлар	Кечки натижалар ўрганилганлар
Таккослаш гурухи	ЛХЭ дан кейинги ҳолат	23	14 (60,9)
	ТХЭ дан кейинги ҳолат	59	36 (61,0)
Асосий гурух	ЛХЭ дан кейинги ҳолат	38	21 (55,3)
	МЛХЭ дан кейинги ҳолат	81	58 (71,6)
Жами		201	129 (64,2)

Кечки натижаларни баҳолаш учун беморлар синчковлик билан анкеталаштириш, амбулатор ва стационар текширувлар билан қамраб олинди. Кечки натижалар 1 йилдан – 3 йилгача муддатларда ўрганилди. Кечки муддатларда ўрганилаётганлар тизимида, ҳар иккала қиёсий гурух аъзолари деярли бир хил нисбатда бўлди (60,9, 61,0, 55,3 ва 71,6%).

Талкикот гурӯҳларида постю.лепсгүктюмнк синдром частотасв

ГХЭС шакли	Талкикот гурӯҳлари											
	Талкослаш гурӯҳи (n=50)				Асосий гурӯҳ (n=79)				Жами, n=129			
	ЛХЭ дан кейинги холат (n=14)		ТХЭ дан кейинги холат (n=36)		ЛХЭ дан кейинги холат (n=21)		МЛХЭ дан кейинги холат (n=58)		абс.		%	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ХЭ бажариш вақтида гүрраламаган ўзгаришлар сабабли юзага келган ГХЭС	резидуал холедохолитиаз	1	7,1							1	0,8	
	стенозловчи пиллиниг			1	2,8	1	4,8*			2	1,5	
Жаррохлик араляшувлари натикасида юзага келган ўзгаришлар билан боғлиқ ГХЭС	ўт йўлларишиг ятроген шнакастланишлари	1	7,1							1	0,8	
	ўт чиқарувчи йўлларишиг чандикли стриктура ва деформациялари, ҳамда сафро чиқарилишишиг бузиллиши	1	7,1	1	2,8					2	1,5	
Холестиститниг узок муддат кечини сабабли юзага келган, ҳамда ХЭ вақтида бартараф этилмаган гепатопанкреатодуоденал соха аъзоларишиг зарарланишлари	ўт пуфагишиг колдик чўлтоғи			2	5,6					1	1,7	
	сурункали панкреатит			1	2,8	1	4,8			2	1,5	
Ошкозон ичак трактинишг органик ва функционал касалликлари	сурункали холангоепатит			1	2,8					1	0,8	
	сурункали гастродуоденит	1	7,1							1	1,7	
Жами ГХЭС	астеновегетатив синдром	1	7,1			1	4,8			2	1,5	
		5	35,7	7	19,4	3	14,3**			2	3,4	
ГХЭС билан беморлар сонни		4	28,6	5	13,9	2	9,5			1	1,7	
У ² - меъзонни											9,3	

Df=1; $\chi^2 = 4.692$; p=0.031

Изох: - ўт чиқарувчи йўллар бутунлигини бузиллиши билан кечувчи ГХЭС билан беморлар; - ўт чиқарувчи йўллар бутунлигини бузиллиши ГХЭС нишг органик шакли билан беморлар; - функционал характердаги ГХЭС билан беморлар * - талкослаш гурӯҳидаги кўрсаткичларга нисбатан фарклар ахамиятли (* - P<0,05, ** - P<0,001).

Ўткир деструктив холециститда жаррохлик аралашуви самарадорлигини тавсифлайдиган муҳим кўрсаткичлардан бири беморларда постхолецистэктомик синдромнинг мавжудлиги, ёки йўқлиги ҳисобланади. ПХЭС хусусиятларини ўрганишда А.А. Шалимов (1988 й.) классификациясидан фойдаландик (5.5 – жадвал).

Асосий гуруҳдаги беморларда, ўт йўлларининг ятроген шикастланишлари ва чандикли стриктуралари, ўт оқишининг бузилиши билан кечувчи ўт йўллари деформациялари каби ПХЭСнинг оғир шакллари кузатилмаган бўлса, таққослаш гуруҳида ЛХЭ дан кейин бир нафар беморда гепатикохоledохнинг шикастланиши интраоперацион аниқланди. Ушбу беморга конверсияга ўтилгандан кейин, гепатикохоledох чўлтоғи ташқи дренажланди ва 1,5 ойдан сўнг гепатикодуоденоанастомоз шакллантирилди. Бемор кузатувимизда туради ва ҳар 6 ойда, рефлюкс – холангит хуружлари сабабли консерватив даво ўтказилади. Ушбу гуруҳдаги 2 нафар бемор ЛХЭ ва ТХЭ дан мос равишда 3, 5 ойдан кейин, холангит ва механик сариклик клиник белгилари билан қайта мурожаат қилиб келди. Текширувлардан сўнг уларда ўт оқишининг бузилиши билан кечувчи ўт чиқарувчи йўллар чандикли стриктураси ва деформацияси аниқланди. Ушбу беморларга ҳам Сейпол – Куриан бўйича алмаштириладиган каркас остида гепатикоеюноанастомоз қўйиш реконструктив операцияси бажарилди.

Таққослаш гуруҳидаги 3 нафар беморда ЛХЭ ва ТХЭ дан кейин ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилишисиз, органик шакли, уларнинг 2 нафарида ЛХЭ ва ТХЭ вақтида тўғриланмаган ўзгаришлар аниқланди. Уларга ЭРПХГ, папиллосфинктеротомия, магистрал ўт йўлларида «унутилган» тошларни олиш операцияси бажарилди. Бир

нафар беморда ТХЭ дан кейин ўт пуфаги қолдиқ чўлтоғида тош аниқланди, унга ўт пуфаги қолдиқ чўлтоғидан тошни олиш учун қайта аралашув ўтказилди.

Операциядан кейинги кечки муддатларда, асосий гуруҳдаги 2 нафар беморда ўт йўллари бутунлиги бузилишисиз кечувчи ПХЭС нинг органик шакли, уларнинг бирида ЛХЭ дан кейин стенозловчи папиллит, яна бирида МЛХЭ дан кейин ўт пуфаги қолдиқ чўлтоғининг тоши аниқланди. Стенозловчи папиллит билан беморга папиллосфинктеротомия, тошли култит билан беморга қайта операция – ўт пуфаги чўлтоғи тошни олиш бажарилди.

Операциядан кейинги кечки муддатларда, 8 ҳолатда функционал характердаги ПХЭС, уларнинг 5 нафари такқослаш гуруҳидаги беморларда ва 3 нафари асосий гуруҳдаги беморларда аниқланди. Ушбу беморларга бошқа мутахассислар билан биргаликда лозим бўлган консерватив даво ўтказилди.

Шундай қилиб, ПХЭС нинг органик шакллари билан беморлар такқослаш гуруҳида (10%) асосий гуруҳи нисбатан (2,6%) кўп бўлди. 2019 йилдан бошлаб, ПХЭС нинг ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилиши ва бузилишисиз кечувчи шакллари билан беморлар сонининг яққол камайганлигини бизлар, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик давосида табақалаштирилган ёндашувга ўтилгани билан боғлаймиз. Кичик кесим орқали холецистэктомияда биз томондан ишлаб чиқилган янги, жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги жаррохлик даволашнинг эрта ва кечки натижаларини яхшилаш имконини берди.

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган дастур, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик даволаш тактикасини танлаш алгоритми, ишлаб чиқилган, кичик кесим орқали холецистэктомия бажаришга мўлжалланган жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (такқослаш гуруҳидаги 11 нафар бемор) 1,7% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.954; Df=1; p=0,027) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 24,0% дан (такқослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳидаги 5 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.692; Df=1; p=0,031) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берди.

2019 – йилдан бошлаб, ўткир деструктив холецистит сабабли холецистэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини ўзимиз ишлаб чиққан дастур ёрдамида баҳоладик (№DGU 05633 ракамли ЭХМ учун дастурнинг расмий рўйхатдан ўтганлиги тўғрисида маълумотнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк Агентлиги, «Холецистэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш учун дастур»). Ушбу дастур орқали холецистэктомия ўтказган беморлардаги объектив ва субъектив белгилар, ҳамда инструментал текшириш маълумотларидан фойдаланиб уларнинг кундалик жисмоний, рухий ва ижтимоий фаолиятини баҳолаш мумкин (5.6 – жадвал, 5.1 – расм).

Холестэктomia ўтказган беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш
учун объектив ва субъектив меъзонлар

Саволлар	Саволларга жавоб	Жавобларни баҳолаш
Умуман, ўз соғлигингизни қандай баҳолайсиз?	Аъло	10
	Яхши	7
	Қониқарли	5
	Ёмон	2
Операция ўтгандан 1 йилдан сўнг ўз соғлигингизни қандай баҳолайсиз?	Аъло	10
	Яхши	7
	Қониқарли	5
	Ёмон	2
Операциядан олдин бажариб юрган одатий кунлик иш фаолиятингиз билан қай даражада шугулланаяпсиз?	Иш фаолиятим яхшиланди	10
	Илгаригидек	7
	Бир оз чекланган	5
	Чекланган	2
Операциядан 1 йил ўтгач рўзгордаги оғир жисмоний зўриқишларни қандай қабул қилаяпсиз?	Яхши	10
	Илгаригидек	6
	Ёмон	3
Операциядан 1 йил ўтгач рўзгордаги енгил жисмоний зўриқишларни қандай қабул қилаяпсиз?	Яхши	10
	Илгаригидек	6
	Ёмон	3
Операциядан 1 йилдан сўнг қанча масофани босиб ўта оляпсиз?	1 км дан зиёт	10
	500 м	7
	200 м	5
	50 м	2

Кўп каватли бинонинг нечанчи каватигача чиқа оласиз?	5 каватгача ва ундан зиёт	10
	4 каватгача	8
	3 каватгача	6
	2 каватгача	4
	1 каватгача	2
Охириги бир ойда оғрик интенсивлиги қай даражада бўлди?	Умуман оғрик сезмадим	10
	Кучсиз	7
	Кучли	5
	Жуда кучли	2
Жамият орасида фаолиятингизни қандай баҳолайсиз?	Фаоллашдим	10
	Илгаригидек	7
	Бир оз тортинаман	5
	Жамоага қўшила олмайман	2
Ўтказилган операциядан кейин 1 йил ўтгач қайфиятингиз қандай?	Аъло	10
	Яхши	7
	Илгаригидек	5
	Ёмонлашди	2

Сўровномада келтирилган, операциядан кейинги объектив ва субъектив белгилардан йиғилган баллар бўйича, ҳар бир беморнинг ҳаёт сифатини баҳоладик. 81 дан 100 баллгача олган беморларни «аъло», 61 дан 80 баллгача «яхши», 41 дан 60 баллгача «кониқарли» ва 40 баллдан паст олган беморларни «кониқарсиз» деб баҳоладик.

ОПЕРАЦИЯДА ҲАЁТ СИФАТИНИ АНИКЛАШ УЧУН ДАСТУР

Рус Узб

Саволлар

1. Умуман ўз соғлиқингизни қандай баҳолайсиз?
 - Аъло
 - Яхши
 - Илгаригидек
 - Ковчарли
 - Емон
2. Операция ўтгандан 1 йилдан сўнг ўз соғлиқингизни қандай баҳолайсиз?
 - Аъло
 - Яхши
 - Илгаригидек
 - Ковчарли
 - Емон
3. Операциядан олдин бажариб юрган одатий кунлик иш фаоллигингиз билан қай даражада шугулланаяпсиз?
 - Иш фаоллигим яшилганди
 - Илгаригидек
 - Бир оз чекланган
 - Чекланган
5. Операциядан 1 йил ўтгач рўзгордаги оғир жисмоний эҳтишларни қандай қабул қилаяпсиз?
 - Яхши
 - Илгаригидек
 - Емон
5. Операциядан 1 йил ўтгач рўзгордаги енгил жисмоний эҳтишларни қандай қабул қилаяпсиз?
 - Яхши
 - Илгаригидек
 - Емон
6. Операциядан 1 йилдан сўнг қанча масофани босиб ўта олаяпсиз?
 - 1 км дан зиёт
 - 500 м
 - 200 м
 - 50 м
7. Қўп қаватли буюмлар нечанчи қаватгача чека оласиз?
 - 5 қаватгача ва ундан зиёт
 - 4 қаватгача
 - 3 қаватгача
 - 2 қаватгача
 - 1 қаватгача
8. Охири бир ойда оғир интенсивлиги қай даражада бўлди?
 - Умуман оғир? сезмадим
 - Кучсиз
 - Кучли
 - Жуда кучли
9. Жамият орасида фаоллигингизни қандай баҳолайсиз?
 - Фаоллашдим
 - Илгаригидек
 - Бир оз тортинаман
 - Жамоатга қўшила олмайман
10. Ўтказилган операциядан кейин 1 йил ўтгач қайфиятингиз қандай?
 - Аъло
 - Яхши
 - Илгаригидек
 - Емонлашди

Баллар
 Ҳаёт сифатини аниқлаш
Баҳолаш
Тозалаш
Чикиш

Дастур муаллифлик ҳуқуқи томонидан ҳаёрияланган ©

5.1 – расм. Холецистэктомия ўтказган беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш учун дастур

Ишлаб чиқилган дастур бўйича, операциядан кейин кузатувда бўлган 129 нафар холецистэктомия ўтказган бемордан 40 нафарининг (31,0%) ҳаёт сифати ўрганилди. Уларнинг 18 нафари таққослаш гуруҳидан ва 22 нафари асосий гуруҳдаги беморлардан бўлди (5.7 – жадвал).

Операциядан кейинги даврда хаёт сифатини баҳолашга боғлиқ
ҳолда беморларнинг тақсимланиши

Тадқиқот гурӯҳлари	Баҳолаш							
	Аъло		Яхши		Қониқарли		Қониқарсиз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Таккослаш гурӯҳи (n=18)	4	22,2%	11	61,1%	1	5,5%	2	11,1%
Асосий гурӯҳ (n=22)	18	81,8%	3	13,6%	1	4,5%	0	0%
Гурӯҳлар ўртасида χ^2 меъзони	Df=3; $\chi^2 = 43.087$; p<0,001							
Жами (n=40)	22	65,0%	14	35,0%	2	5,0%	2	5,0%

5.7 – жадвалдан кўриниб турибтики, асосий гурӯҳдаги беморлар хаёт сифати, таккослаш гурӯҳидаги беморларга нисбатан яхшиланди. Бунда, аъло ва яхши натижалар асосий гурӯҳда 95,4% ни ташкил этган бўлса (22 нафар бемордан 21 нафари), таккослаш гурӯҳида ушбу кўрсаткич 83,3% ни ташкил этди (18 нафар бемордан 15 нафарида). Умуман олганда, барча умумлаштирилган натижалар бўйича асосий гурӯҳда энг яхши ишончли натижалар олинди (гурӯҳлар орасида χ^2 меъзони = 43.087; Df=3; p<0,001)

Боё буйича хулоса

Ўткир деструктив холецистит билан беморлар жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш, ҳамда жарроҳлик аралашув бажариш техникасининг такомиллаштирилиши, жарроҳлик даволаш усули травматиклигининг камайтирилиши, шунингдек, ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган, ҳамда амалиётга жорий этилган бошқа янгиликлар ушбу категориядаги беморларни юритиш натижаларига ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, 2017 – 2018 йй. га нисбатан операциядан кейинги асоратлар 13,4% дан 1,7% гача камайдн, яъни 8 марта. Сафро оқиши каби асоратлар частотаси яққол пасайди (5 марта), сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланишларни каби ўта оғир асоратлар умуман кузатилмади.

Ўткир деструктив холецистит сабабли операция ўтказган 201 нафар бемордан 129 нафарда (64,2%) даволашнинг кечки муддатлардаги натижалари таҳлил қилиб чиқилди. ПХЭС нинг органик шакллари билан беморлар таққослаш гуруҳида (10%) асосий гуруҳни нисбатан (2,6%) кўп бўлди. 2019 йилдан бошлаб, ПХЭС нинг ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилиши ва бузилишисиз кечувчи шакллари билан беморлар сонининг яққол камайганлигини бизлар, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жарроҳлик давосида табақалаштирилган ёндашувга ўтилгани билан боғлаймиз. Кичик кесим орқали холецистэктомияда биз томондан ишлаб чиқилган янги, жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги жарроҳлик даволашнинг эрта ва кечки натижаларини яхшилаш имконини берди.

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган дастур, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик даволаш тактикасини танлаш алгоритми, ишлаб чиқилган, кичик кесим орқали холецистэктомия бажаришга мўлжалланган жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (такқослаш гуруҳидаги 11 нафар бемор) 1,7% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.954; Df=1; $p=0,027$) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 24,0% дан (такқослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳидаги 5 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.692; Df=1; $p=0,031$) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берди.

Беморларни ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида дастур ишлаб чиқилган бўлиб, холецистэктомия ўтказган беморларда объектив ва субъектив белгилар, ҳамда инструментал текшириш маълумотларидан фойдаланиб уларнинг кундалик жисмоний, рухий ва ижтимоий фаолиятини баҳолаш мумкин.

Ишлаб чиқилган дастур бўйича, операциядан кейин кузатувда бўлган 129 нафар холецистэктомия ўтказган бемордан 40 нафарининг (31,0%) ҳаёт сифати ўрганилди. Бунда, аъло ва яхши натижалар асосий гуруҳда 95,4% ни ташкил этган бўлса (22 нафар бемордан 21 нафари), такқослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич 83,3%ни ташкил этди (18 нафар бемордан 15 нафариди). Умуман олганда, барча умумлаштирилган натижалар бўйича асосий гуруҳда энг яхши ишончли натижалар олинди (гуруҳлар орасида χ^2 меъзони = 43,087; Df=3; $p<0,001$)

ХОТИМА

Шундай қилиб, муаммолар бўйича адабиётлар таҳлили ўткир холецистит, айниқса унинг деструктив шаклларида жарроҳлик давосида объектив қийинчиликлар борлиги туғрисида далолат бермоқда. Техник имкониятлар, ҳамда беморларга самарали ёрдам бериш истиаги бугунги кунда кам травматиклиги сабабли устунликка эга бўлган шошилмиш миниинвазив радикал операцияларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар етарлича аниқланмаган, ёки асосланмаганлиги сабабли чегараланмоқда. Ёш ўтган сари беморларда фаол жарроҳлик аралашувларини чеклашга сабаб бўлувчи ҳамроҳ касалликларнинг кўпайиши кузатилади.

Ўткир тошли холециститни даволашда эришилган ютуқларга қарамадан, касалликнинг деструктив шаклларида холецистэктомия усулини танлашга бағишланган муаммолар ҳалигача очик қолмоқда. Юқоридагиларнинг барчаси ушбу тадқиқотни олиб боришга сабаб бўлди.

Тадқиқот 2017 – 2021 йиллар мобайнида, Самарқанд давлат тиббиёт институтининг жарроҳлик бўлимларида (Самарқанд давлат тиббиёт институти I – сон хирургик касалликлар ва умумий хирургия кафедраларининг клиник базалари), ўткир, деструктив холецистит билан беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолашга асосланган. Даволаш тактикасига боғлиқ равишда беморлар икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳдаги беморларни 2019 – 2021 йилларда

клиникада даволанган 119 нафар бемор ташкил этди. Таккослаш гуруҳига 2017 – 2018 – йиллар давомида стационар даво олган 82 нафар бемор киритилди.

Тадқиқотга ўткир деструктив холецистит билан клиникага мурожаат қилиб, операция қилинган барча беморлар киритилди.

Тадқиқотга бизлар механик сариклик, ёки холангит билан беморларни қўшмадик, сабаби, ўт тош касаллигининг ушбу асоратларида ўлим, ҳамда асоратлар даражаси юқори бўлиб, бизнинг тадқиқотимиз натижаларини бузиши мумкин.

Тадқиқотга 201 нафар бемор, шу жумладан 17 ёшдан 87 ёшгача бўлган 44 нафар эркак ва 157 нафар аёллар киритилган.

Ўткир деструктив холециститнинг морфологик шакли иккала тадқиқот гуруҳларида деярли бир хил бўлди.

Қайд этиб ўтиш керакки, хуруж давомийлиги 72 соатдан кўп бўлган беморлар сони асосий гуруҳда (11,8%) таккослаш гуруҳига нисбатан (8,5%) кўп бўлди.

Олинган натижаларга караганда, перивезикал абсцесс ва маҳаллий перитонит ташхиси қўйилганда, асосий гуруҳдаги беморларда холецистэктомия кичик кесим орқали бажарилган бўлса, таккослаш гуруҳида эса, ушбу асоратлар кузатилганда кўпинча традицион холецистэктомия лапаротом усулда бажарилди (таккослаш гуруҳи билан қиёслаганда ишончли натижалар олинди, $p < 0,05$ бўлганда). Қайд этиб ўтиш лозимки, айрим беморларда маҳаллий перитонитнинг перивезикал абсцесс ёки инфилтрат билан биргаликда келиши аниқланди.

Иккала гуруҳдаги беморларда энг кўп Гипертония касаллиги 2 – 3 босиқичи, юрак ишемик касаллиги, семизлик 2 – 3 даражаси

аникланган (такжослаш гуруҳи билан киёслаганда фарқлар ишончли, $p < 0,05$ бўлганда). Бемордан ўчдан бир қисмидан кўпроғида 2 ва ундан ортиқ ҳамроҳ касалликлар аникланди. Ҳамроҳ касалликларсиз беморлар сони 19,3% дан 20,7%гача бўлди.

Қайд этиш керакки, тадқиқот даврида шифохонада лапароскопик усул тадбиқ этилди ва жуда кўп қўлланила бошланди, шунингдек ўт тош касаллигини даволашда ҳам.

Ўткир деструктив холецистит билан 2017 – 2018 йй. операциялар традицион ва лапароскопик усулда бажарилган бўлса, 2019 – 2021 йй. лапароскопик, ёки кичик қесим орқали бажарилди.

Ҳозирги кунда, ўткир холецистит билан беморларда операцияларни лапароскопик йўл билан бажаришга ҳаракат қилмоқдамиз. Пневмоперитонеумга умумий қарши кўрсатмалар бўлганда, ёки конверсия бажаришга кўрсатмалар юзага келганда минилапаротом усул қўлланилди. Традицион очик аралашувлар кам инвазив усулларни қўллаш имкони бўлмаганда, ёки тарқалган перитонит белгилари бўлганда бажарилади.

Шундай қилиб, тадқиқот гуруҳларидаги киёсий таҳлил иккала гуруҳдаги беморлар жинси, ёши ва операциягача хуружнинг давомийлиги бўйича мос эканлигини кўрсатди. Перивезикал инфилтрат ва пневмоперитонеумга қарши кўрсатма ҳисобланган ҳамроҳ касалликлар билан беморларда холецистэктомия минилапаротом усулда бажарилди. Ҳамроҳ касалликлар тури ва частотаси бўйича асосий гуруҳдаги беморлар устунликка эга бўлган бўлсада, анестезия хавфининг (ASA шкаласи бўйича), киёсий баҳолашда иккала гуруҳ беморлари орасида ишончли фарқ топилмади. Юкоридагиларга Юкорида баён этилганларга асосланиб,

қиёсланаётган гуруҳдаги беморларни солиштириш мумкинлиги ҳақида айтиш мумкин.

Операциядан олдинги текшириш усуллари стандарт асосида ўтказилиб, умумий текшириш усуллари (қон ва сийдик умумклиник таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенографияси ва бошқ.) ташқари қорин бўшлиғи ва кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текширувини, ҳамда ошқозон ичак тракти юқори бўлимлари ҳолатини эндоскопик баҳолашни ўз ичига олди.

Беморларни операциядан олдинги текшириш кичик қесим орқали амалиётлар бажариш жарроҳлигида, айниқса минилапаротомияда жуда муҳим ҳисобланади, чунки операция майдонидан ташқаридаги аъзоларни операция вақтида мануал текширишнинг иложи бўлмайди.

Қўлланилган текшириш усуллари ўт пуфағи, ҳамда ўт йўлларидаги деструктив ўзгаришларнинг табақалаштирилган ва топик тавсифини аниқлашга қаратилган бўлади. Барча беморларга касаллик клиник кечишини баҳолаш билан бир қаторда, умум қабул қилинган лаборатор ва инструментал ташхислаш усуллари (қон ва сийдик умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни эндоскопик текшируви) ўз ичига олувчи комплекс текширувлардан ўтказилди. Ноинвазив – УТТ, компютерли томография (КТ), магнитли – резонанс томография (МРТ) ва инвазив – интраопперацион холангиография (ИХГ), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ), видеолапароскопия ва релапароскопия каби махсус текшириш усуллари қўлланилди.

Ўт йўллари хавфсиз зарарланиши билан беморлар касалликнинг узок анамнези ва асоратланиб кечиши, клиник белгиларининг ранг-баранг кўриниши, аввал операция ўтказган беморларда гепатопанкреатодуоденал сохадаги яллиғланишли – чандикли ўзгаришлар борлиги сабабли диагностика жихатдан мураккаб беморлар тоифасига киради. Ўт йўлларидаги барча ўзгаришлар операциядан олдин ва аралашув вақтида комплекс инструментал текшириш усулларини қўллаш оркали аниқланиши лозим.

Ўт йўлларида ўтказилган операцияларда стрессор синдром даражасини кўрсаткич баҳолаш кўрсатдики, минилапаротом усулда ўтказилган операциялар жаррохлик агрессияси даражаси бўйича кам инвазив усуллар қаторига киритилиши мумкин. Лекин, жаррохлик аралашуви давомийлигининг ошиб бориши билан стресс гормонлар миқдори параллел равишда ортиб боради.

Шунинг учун, бизнинг тадқиқотларимиз бўйича, ўт йўллари яллиғланиш касалликларида оғир ҳамроҳ касалликлар (юрак – қон томир тизими ва сурункали ўпка касалликлари) бор беморларда, лапароскопик усул билан операция ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ўрта давомийликдаги лапаротом усулга нисбатан кам травматик бўлган минилапаротом усул жаррохлик аралашувларининг энг оптимал тури ҳисобланади.

Ўткир деструктив холецистит жаррохлигида бизлар 2019 – йилдан бошлаб, ҳар бир беморнинг индивидуал ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, «кичик кесим» деб номланувчи усулни кенг қўлай бошладик. Лапароскопик усулда ёки кичик кесим оркали холецистэктомияни танлашда биз операциядан олдинги ташхислаш натижаларига эътибор қаратдик. Ўткир холецистит

клиник кечиш белгилари УТТ маълумотлари билан бирлаштириб ўрганилди.

Ўткир деструктив холецистит билан беморларда операция турини танлашга таъсир қилувчи омилларни ишлаб чиқилган баллилик баҳолаш дастури, организм индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда операциянинг оптимал усулини танлашга, ҳамда даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди.

Ишлаб чиқилган балли шкала бўйича 0 дан 5 баллгача олган беморларга лапароскопик холецистэктомияни, 5 баллдан юқори олган беморларга минилапаротом усулда холецистэктомия бажаришни тавсия этамиз.

Асосий гуруҳдаги беморларда МЛХЭ операцияси касаллик бошланишидан 72 соатдан кейин бажарилди, бунда дастлаб операциянинг стандарт усуллари қўлланилиб, уни бажаришда техник қийинчиликлар юзага келганда МЛХЭ нинг ностандарт усулларига ўтилди.

81 нафар ўткир деструктив холецистит билан беморларнинг 43 нафарида (53,1%) МЛХЭ нинг стандарт усули бажарилди. Ўт пуфаги тубидан МЛХЭ 27 нафар (33,3%) беморда, улардан 6 нафарида (22,2%) ўт пуфаги ампутацияси, ўт пуфаги бўйича соҳасидаги зич инфильтрат, ҳамда гепатикохоledох шикастланиш хавфи мавжудлиги туфайли 8 нафарида (29,6%) Федоров усулида холецистэктомия ўтказилди. Прибрам бўйича МЛХЭ 11 нафар (13,6%) беморда амалга оширилди.

Ўткир деструктив холецистит билан беморларда, холецистэктомия усулини танлашнинг, касаллик кечишининг клиник белгилари, УТТ ва диагностик лапароскопия маълумотларини

хисобга олган ҳолда, касаллик оғирлик даражасини таклиф этилган балли баҳолаш дастури операция давомийлигини $66,5 \pm 4,9$ дақиқадан $42,1 \pm 2,9$ дақиқাগача қисқартириш имконини берди.

Топик кичик кесимда жаррохлик аралашувлари сатҳини кенгайтиришга қаратилган бошқа муҳим инновацион ечимлардан бири жароҳат кенгайтиргич имкониятларидан фойдаланиб гепатобиллар тизимни тўлиқ тафтиш қилишдир, бу эса бориш қийин бўлган соҳаларни ҳам кўриш имконини беради.

Қўлланилиши таклиф этилаётган қурилма қулай, оддий ва кам травматик ҳисобланади. Операция соҳасини кенгайтириш мақсадида, амалий тиббиётда кенг қўллаш учун тавсия этилади.

Ўткир деструктив холецистит билан беморлар жаррохлик даволаш тактикасини танлаш, ҳамда жаррохлик аралашув бажариш техникасининг такомиллаштирилиши, жаррохлик даволаш усули травматиклигининг камайтирилиши, шунингдек, ушбу тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган, ҳамда амалиётга жорий этилган бошқа янгиликлар ушбу категориядаги беморларни юритиш натижаларига ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, 2017 – 2018 йй. га нисбатан операциядан кейинги асоратлар 13,4% дан 1,7% гача камайди, яъни 8 марта. Сафро оқиши каби асоратлар частотаси якқол пасайди (5 марта), сафроли перитонит ва ўт йўллари шикастланишлари каби ўта оғир асоратлар умуман кузатилмади.

Ўткир деструктив холецистит сабабли операция ўтказган 201 нафар бемордан 129 нафарда (64,2%) даволашнинг кечки муддатлардаги натижалари таҳлил қилиб чиқилди. ПХЭС нинг органик шакллари билан беморлар таккослаш гуруҳида (10%) асосий гуруҳи нисбатан (2,6%) кўп бўлди. 2019 йилдан бошлаб, ПХЭС нинг

ўт чиқарувчи йўллар бутунлигининг бузилиши ва бузилишсиз кечувчи шакллари билан беморлар сонининг яққол камайганлигини бизлар, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик давосида табақалаштирилган ёндашувга ўтилгани билан боғлаймиз. Кичик кесим орқали холецистэктомияда биз томондан ишлаб чиқилган янги, жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги жаррохлик даволашнинг эрта ва кечки натижаларини яхшилаш имконини берди.

Шундай қилиб, ишлаб чиқилган дастур, ўткир деструктив холецистит билан беморларни жаррохлик даволаш тактикасини танлаш алгоритми, ишлаб чиқилган, кичик кесим орқали холецистэктомия бажаришга мўлжалланган жароҳатни кенгайтирувчи асбобнинг қўлланилиши операциядан кейинги эрта асоратлар частотасини 13,4% дан (такқослаш гуруҳидаги 11 нафар бемор) 1,7% гача (асосий гуруҳидаги 2 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.954; Df=1; $p=0,027$) ва операциядан кейинги кечки муддатларда ПХЭС нинг 24,0% дан (такқослаш гуруҳидаги 12 нафар бемор) 6,3% гача (асосий гуруҳидаги 5 нафар бемор (χ^2 меъзони = 4.692, Df=1; $p=0,031$) камайтириш орқали кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш имконини берди.

Беморларни ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида дастур ишлаб чиқилган бўлиб, холецистэктомия ўтказган беморларда объектив ва субъектив белгилар, ҳамда инструментал текшириш маълумотларидан фойдаланиб уларнинг кундалик жисмоний, рухий ва ижтимоий фаолиятини баҳолаш мумкин.

Ишлаб чиқилган дастур бўйича, операциядан кейин кузатувда бўлган 129 нафар холецистэктомия ўтказган бемордан 40 нафарининг

(31,0%) ҳаёт сифати ўрганилди. Бунда, аъло ва яхши натижалар асосий гуруҳда 95,4% ни ташкил этган бўлса (22 нафар бемордан 21 нафари), таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич 83,3% ни ташкил этди (18 нафар бемордан 15 нафариди). Умуман олганда, барча умумлаштирилган натижалар бўйича асосий гуруҳда энг яхши ишончли натижалар олинди (гуруҳлар орасида χ^2 меъзони = 43.087; Df=3; $p < 0,001$).

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаев У. У. и др. Острый калькулезный холецистит: нерешенные проблемы и пути улучшения результатов хирургического лечения //Гастроэнтерология Санкт-Петербурга – 2011. – №. 2-3. – С. М1-М1б.
2. Абдурахманов М.М., Рузиев У.У. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных сердечно-сосудистой патологией.// Новый день в медицине. - 2020. - №3(31) - С. 214-219.
3. Абрамова А. Г. Значимость малоинвазивных методов в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни: дис. – ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России, 2017. - 134 стр.
4. Аймагамбетов М. Ж. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и здравоохранение. – 2019. – №. 3. – С. 54-67.
5. Аймагамбетов М. Ж. и др. Результаты совершенствования диагностики и оптимизации хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением //Наука и здравоохранение. – 2020. – №. 5. – С. 100-108.
6. Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения больных со свежими повреждениями магистральных желчных протоков // Шпитальна хірургія. 2014. № 4. - С. 39-44.
7. Алвендова Л. Р., Пантелеева И. С., Чиников М. А. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня //Виноградовские чтения. – 2015. – С. 11-12.
8. Александрович В. Е., Некрасов А. Ю., Сергеев А. В. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиолого-операционным риском //Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21. – С. 11-12.

9. Алексеев А. М. и др. Выбор способа оперативного лечения при остром деструктивном холецистите. Патент РФ 2459588. – 2012.
10. Алексеев А. М., Баранов А. И., Пугачёв Г. А. Шестилетний опыт лечения больных острым холециститом, оперированных из минидоступа //Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2014. – Т. 4. – №. 51. – С. 25-28.
11. Алексеев А. М., Баранов А. И., Серебренников В. В. Сравнительная оценка методов хирургического лечения при остром холецистите //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2012. – Т. 108. – №. 1. – С. 32-35.
12. Алиджанов Ф. Б., Хожибаев А. М., Баймурадов Ш. Э. Тактические подходы к лечению деструктивного холецистита с применением малоинвазивных технологий //Вестник экстренной медицины. – 2011. – №. 2. – С. 8-11.
13. Алтыев Б. К., Рахимов О. У., Асамов Х. Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей //Вестник экстренной медицины. – 2012. – №. 4. – С. 73-78.
14. Антонюк М.В., Инояттов А.Ш., Гвозденко Т.А., Сулейманов С.Ф., Кангур Т.А., Шатилов И.Н. Особенности иммунного статуса при сочетанном течении хронического холецистита и метаболического синдрома// Новый день в медицине. - 2019. – № 2(26). – С. 101–104.
15. Атаджанов Ш. К., Хожибаев А. М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, осложненном перитонитом //Скорая медицинская помощь. – 2010. – Т. 11. – №. 1. – С. 47-50.
16. Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Факторы риска повреждений и посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков. // Журнал «Вестник врача», 2019, №3, С. 162-171.
17. Бабажанов А. С. и др. Результаты эффективности применения малоинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого возраста //Science and World. – 2013. – С. 82-84.

18. Бабышин В. В. и др. Результаты радикального хирургического вмешательства из мини-доступа у больных острым деструктивным холециститом старшей возрастной группы //Новые технологии в скорой и неотложной медицинской помощи. – 2016. – С. 57-58.
19. Байрамова Л. У. Хирургия деструктивного холецистита у лиц старческого возраста //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 235-236.
20. Бауткин А. В., Черкасов М. Ф., Елеев А. А. Проблема интра-и послеоперационных осложнений при лечении острого калькулезного холецистита и способы их профилактики //Медицинский вестник Юга России. – 2012. – №. 3. – С. 4-6.
21. Беловолова Е. В. и др. Особенности диагностики острого деструктивного калькулезного холецистита //Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – №. 4. – С. 66-70.
22. Бондарев Р. В. и др. Выбор метода санации брюшной полости при лапароскопической холецистэктомии у больных с острым деструктивным холециститом, осложненным гнойным перитонитом //Хірургія України. – 2016. – №. 4. – С. 30-33.
23. Бондарев Р. В. и др. Особенности санации брюшной полости бактериофагами у больных с острым деструктивным холециститом //Хірургія України. – 2017. – №. 3. – С. 33-37.
24. Боровский В. В. Роль эхографии в диагностике деструктивного холецистита //Вестник экстренной медицины. – 2010. – №. 4. – С. 60-63.
25. Бородач В. А. и др. Хирургическое лечение деструктивных форм острого холецистита у больных старше 80 лет //Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – Т. 18. – №. 4. – С. 78-82.
26. Величко Е. А. и др. Алгоритм выбора метода хирургического лечения больных острым холециститом с повышенным операционно-анестезиологическим риском //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – №. 1 (63). – С. 26-28.
27. Величко Е. А. и др. Оценка качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста после различных видов холецистэктомии по поводу острого деструктивного холецистита //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2015. – Т. 20. – №. 4. – С. 28-33.

28. Величко Е. А., Некрасов А. Ю., Сергеев А. В. Качество жизни пациентов с повышенным анестезиолого-операционным риском после холецистэктомии по поводу острого деструктивного холецистита //Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – №. 5. – С. 33-38.
29. Винник Ю. С. и др. Консервативное и оперативное лечение желчнокаменной болезни //Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 9. – С. 954-958.
30. Гамидова Н. А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, протекающим на фоне сопутствующих заболеваний //Вестник экстренной медицины. – 2020. – Т. 13. – №. 1-2. – С. 23-32.
31. Гостищев В. К. и др. Место малоинвазивных вмешательств в комплексном лечении острых заболеваний гепатобилиарной зоны у больных пожилого и старческого возраста //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 105-106.
32. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Холбутаев О.И. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста// Проблемы биологии и медицины. – 2015. - № 1. (82). - С. 154-158.
33. Даденков А. С. Нетипичные способы лапараскопической холецистэктомии при остром холецистите осложненном плотным инфильтратом: Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – ГОУВПО" Дальневосточный государственный медицинский университет", 2007. – 22 стр.
34. Дарвин В. В. и др. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение //Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – Т. 19. – №. 4. – С. 76-82.
35. Дешук А. Н., Гарелик П. В. Фотодинамическая терапия экспериментального острого холецистита //Новости хирургии. – 2012. – Т. 20. – №. 5. – С. 3-10.
36. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого, и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой //Журнал им. НВ

- Склифосовского Неотложная медицинская помощь – 2017, – Т. 6 – №. 2. – С. 145-148.
37. Долгов О. А. Сравнительная оценка традиционных и лапароскопических технологий в лечении осложненной желчнокаменной болезни; Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Государственный институт усовершенствования врачей, 2008. – 26 стр.
38. Заривчацкий М. Ф. и др. Метаболические нарушения у больных острым холецистопанкреатитом //Пермский медицинский журнал – 2014. – Т. 31. – №. 2. – С. 62-67.
39. Зурнаджьянц В. А. и др. Диагностическая роль ферритина при скрытом деструктивном холецистите //Актуальные проблемы медицины. – 2014. – Т. 25. – №. 4 (175). – С. 29-31.
40. Иноятов А.Ш., Антонюк М.В., Гвозденко Т.А., Сулейманов С.Ф., Кантур Т.А., Шатилов И.Н. Особенности иммунного статуса при сочетанном течении хронического холецистита и метаболического синдрома// «Новый день в медицине». - 2019. – № 2 (26). – С. 101–104.
41. Капралов С. В., Исмайлов У. З., Шапкин Ю. Г. Роль и место диапневтических декомпрессивных операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска //Современные проблемы науки и образования. – 2010. – Т. 2. – С. 47-52.
42. Каримов Ш. И. и др. Возможности мрт-холангиографии в диагностике и лечении проксимальной непроходимости желчных протоков //Врач-аспирант. – 2012. – Т. 51. – №. 2.2. – С. 280-287.
43. Каримов Ш. И. и др. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 20. – №. 3. – С. 68-74.
44. Косаева С. Б., Аймагамбетов М. Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы //Наука и здравоохранение. – 2018. – №. 2. – С. 148-167.

45. Кулиш В. А. и др. Мини-инвазивное хирургическое лечение осложненного острого холецистита //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – № 3 (39). – С 21-24.
46. Кулиш В. А. и др. Этапная тактика мини-инвазивного хирургического лечения осложненного острого холецистита //Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 9. – С. 119-122.
47. Кулиш В. А., Коровин А. Я., Балаклеец Е. Н. Применение миниинвазивных технологий в лечении больных с осложненным острым холециститом //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5. – №. 2. – С. 277-281.
48. Курбаньязов З. Б., Арзиев И. А., Аскарлов П. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-3 (91). – С. 70-74.
49. Курбанов Д. М., Расулов Н. И., Холбоев С. А. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите //Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2013. – №. 2. – С. 62-67.
50. Курбанов Ф. С. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2014. – №. 2. – С. 16-18.
51. Курбонов К. М. и др. Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №. 2. – С. 43-48.
52. Кяров Н. М. Х. Отдаленные результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни с использованием комплекта инструментов "Мини-Ассистент": Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Первый моск. гос. мед. ун-т. им. ИМ Сеченова, 2012. - 26 стр.
53. Лазаренко В. А. и др. Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого

- возраста //Вестник экспериментальной и клинической хирургии – 2012. – Т. 5. – №. 2. – С. 273-276.
54. Лазаренко В. А. и др. Малоинвазивные технологии в лечении острого деструктивного калькулезного холецистита у лиц среднего, пожилого и старческого возраста //Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. – № 2 – С. 56-59.
55. Луцевич О. Э. и др. Острый деструктивный холецистит у больных старческого возраста //Хирург. – 2013. – №. 5. – С. 19-26.
56. Луцевич О. Э. Острый холецистит: возможности лапароскопической хирургии //Анналы хирургической гепатологии. – 2020. – Т. 25. – №. 3. – С. 63-70.
57. Луцевич О. Э. Острый холецистит: камо грядеши? опыт 13 000 операций одной клиники //Московский хирургический журнал. – 2021. – №. 2. – С. 18-25.
58. Мамалыгина Л. А. Интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков (профилактика, диагностика, лечение): Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – М.: [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т МЗ РФ], 2004. – 28 стр.
59. Мамедов Р. А. и др. Оптимизация лечения острого деструктивного холецистита путем применения минилапаротомного доступа, лазерного излучения и регионарной лимфотропной терапии //Клінічна хірургія. – 2012. – №. 12. – С. 13-15.
60. Мусабаев Н.Х., Имантаев Е.М., Ибрагимов Ш.К., Керимше К.Г., Маханова У.Е., Оразакиева Т.Т., Солтанбекова У.С., Умралиев Б.К. Тактика оперативных технологий при остром холецистите // Вестник КазНМУ. – 2015. – №.1. - С. 248-254.
61. Мусаев У., Осмоналиев Э., Токтосунов А. Профилактика воспалительных осложнений при деструктивных холециститах //Вестник хирургии Казахстана. – 2014. – №. 1 (37). – С. 59-61.
62. Нагай И. В. Место холецистэктомии: из минилапаротомного доступа в лечении больных острым калькулезным холециститом:

- Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – ГОУВПО "Российский университет дружбы народов", 2007. – 18 С.
63. Назаров З. Н., Юсупалиева Д. Б. К., Тилавова Ю. М. К. Малоинвазивные технологии в лечении больных с острым деструктивным холециститом // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 3 (44). – С. 82-86.
64. Назыров Ф. Г. и др. Повреждение аберрантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5. – С. 11-15.
65. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №4. – С.67- 73.
66. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б., Байбеков Р.Р. Хирургическое лечение «свежих» повреждений и посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, г. Ереван, 29-30 апреля 2019 г. - С.103-104.
67. Нахалбоев Р. Т. Применение лапароскопическом холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №. 3. – С. 297-298.
68. Орешкин А. Ю., Быков А. В. Атипичное течение острого деструктивного холецистита // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – №. 3 (39). – С. 113-116.
69. Пантелеева И. С. Хирургическое лечение острого деструктивного калькулёзного холецистита из минилапаротомного доступа: Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Рос. ун-т дружбы народов, 2014. – 18. С.
70. Перерва О. В. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении осложненных форм острого холецистита // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. – №. 4 (46). – С. 71-73.
71. Покровский Е. Ж. и др. Возможности эндобилиарной баллонной дилатации при лечении деструктивного холецистита,

- осложненного распространенным перитонитом //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – №. 6. – С. 178-178
72. Раимжанова А. Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии //Наука и здравоохранение. – 2016. – №. 1. – С. 40-53.
73. Рамазанова А. Р. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа у больных старше 60 лет //АР Рамазанова. Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – 2012. – 22 С.
74. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Диагностика и лечение синдрома мириizzi //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97) – С. 131-135.
75. Резолюция пленума правления Российской ассоциации эндоскопической хирургии и уральской межрегиональной конференции хирургов «Хирургия деструктивного холецистита» // Эндоскопическая хирургия. 2003. № 2. - С. 54-55.
76. Серова Е. В. Оптимизация методов диагностики и лечения холелитиаза до и после холецистэктомии: Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Краснояр. гос. мед. акад им. проф. ВФ Войно-Ясенецкого, 2017. - 46 С.
77. Совцов С. А., Прилепина Е. В. Холецистит у больных высокого риска //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2013. – №. 12. – С. 18-23.
78. Стяжкина С. Н. и др. Острый деструктивный панкреатит: диагностика и лечение //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – №. 5. – С. 110-112.
79. Сулейманов С.Ф., Сафоев Б.Б. Использование иммунокорригирующей терапии при хроническом холецистите // Узбекский медицинский журнал. - 2014. - №1. - С. 49–51.
80. Тагойбеков З. С. и др. Современные возможности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у больных вирусными гепатитами " В" и " С" //Научно-практический журнал ТИПТМК. – 2012. – №. 1. – С. 34-38.
81. Тимошин А. Д. и др. Результаты миниинвазивных операций в хирургии желчных путей //Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. – №. 1. – С. 34-38.

82. Тимербулатов В. М. и др. Органосохраняющие технологии хирургического лечения острого деструктивного панкреатита //Уральский медицинский журнал. – 2012. – №. 5. – С. 124-128.
83. Уроков Ш. Т. и др. Хирургическая тактика при сочетании калькулёзного холецистита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 27 (39). – С. 115-117.
84. Уроков Ш. Т., Хамроев Х. Н. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы) //Достижения науки и образования. – 2018. – №. 12 (34). – С. 56-61
85. Усманов Н. У., Рашидов Ф. Ш., Бокиев Ф. Б. Острый холецистит и сопутствующий метаболический синдром в хирургии //Вестник Авиценны. – 2011. – №. 2. – С. 124-130.
86. Уханов А. П. и др. Использование лапароскопической холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита //Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2010. – Т. 169. – №. 2. – С. 15-19.
87. Уханов А. П. и др. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп //Эндоскопическая хирургия. – 2012. – Т. 18. – №. 2. – С. 16-20.
88. Уханов А. П. и др. Использование чреспупочной лапароскопической холецистэктомии в лечении желчнокаменной болезни и острого холецистита //Эндоскопическая хирургия. – 2011. – Т. 17. – №. 4. – С. 19-24.
89. Уханов А. П. и др. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия у больных острым деструктивным холециститом //Эндоскопическая хирургия. – 2011. – Т. 17. – №. 3. – С. 11-13.
90. Хаджибаев А. М. и др. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий //Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5.
91. Хажалиев В. А. и др. Особенности течения и хирургическая тактика при деструктивном холецистите у лиц пожилого и

- старческого возраста //Вестник Чеченского государственного университета. – 2016. – № 3. – С. 29-31.
92. Хамдамов Б. З., Давлатов С. С. Экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении эндотоксикоза при остром холангите //The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07–09, Haifa, Israel. 235 p. – С. 104.
93. Хамдамов Б. З., Хайдаров Ф. Н. Дифференцированный подход в хирургическом лечении острого калькулёзного холецистита осложнённого гнойным холангитом //The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07–09, Haifa, Israel. 235 p. – С. 100-103.
94. Харламов Б. В. Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – 2007. – 26. С.
95. Хатьков И. Е. и др. Новые малоинвазивные методы, лечения больных острым холециститом //Эндоскопическая хирургия. – 2012. – Т. 18. – №. 1. – С. 3-8.
96. Хлебников Н. И. и др. Опыт выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа при остром холецистите, осложненном околопузырным инфильтратом //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – №. 3. – С. 450-455.
97. Хлебников Н. И. и др. Опыт выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа при остром холецистите, осложненном околопузырным инфильтратом //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – №. 3. – С. 450-455.
98. Хлебников Н. И. Холецистэктомия из мини-доступа в нестандартных ситуациях лечения калькулёзного холецистита. Автореферат к диссертации на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – Курский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2011. – 23. С.

99. Ходжиматов Г. М. и др. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – №. 3. – С. 40-42.
100. Ходжиматов Г. М. и др. Современные медицинские технологии в диагностике и лечении острого холецистита осложненном холедохолитиазом //Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям. – 2016. – С. 252-254.
101. Хожибоев А. М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста //Вестник экстренной медицины. – 2010. – №. 4. – С. 94-98.
102. Хузина Л. Ф., Баженова А. М. Клинический случай острого деструктивного калькулезного холецистита с формированием паравезикального подпеченочного абсцесса //Modern Science. – 2020. – №. 3-2. – С. 110-113.
103. Чиников М. А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2016. – №. 12. – С. 48-54.
104. Чудных С. М. и др. Чрескожные ультразвуковые вмешательства у больных острым холециститом с высоким операционным риском //Диагностическая и интервенционная радиология. – 2012. – Т. 6. – №. 4. – С. 51-58.
105. Шамсиев Ж. З., Анарбаев С. А. Малоинвазивные методы лечения больных с острым деструктивным холециститом //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 13 (25). – С. 92-94.
106. Шапкин Ю. Г., Капралов С. В., Исмаилов У. З. Малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря при остром деструктивном холецистите, как альтернатива экстренной хирургической операции у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском //Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2011. – Т. 1. – №. 2. – С. 13-18.
107. Ширинов З. Т. и др. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого возраста с острым деструктивным

- калькулезным холециститом //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2021. – №. 6. – С. 24-29.
108. Шулутко А. М. и др. Минилапаротомные технологии при желчекаменной болезни: системный подход или хирургическая эквилибристика //Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – Т. 17. – №. 2. – С. 34-41.
109. Ысмайылов К. С. Способ двухэтапного хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложненной острым деструктивным холециститом и синдромом Мириizzi //Наука и новые технологии. – 2012. – №. 9. – С. 70-72.
110. Экстренная хирургия желчных путей // Руководство для врачей // Под редакцией профессора П.Г.Кондратенко, Донецк – 2005. Стр. 320.
111. Юлдашев А. Х. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита //Хирургия Украины. – 2011. – №. 1. – С. 050-053.
112. Якубовский С. В. Экспериментальная модель острого деструктивного холецистита как источника возникновения системного воспалительного ответа //Хирургия Восточная Европа. – 2012. – №. 3. – С. 384-386.
113. Anabtawi I., Dowais R., Damodhar M. V. Chronic xanthomatous cholecystitis //Journal of evolution of medical and dental sciences- JEMDS. – 2017. – Т. 6. – №. 19. – С. 1552-1554.
114. Asadullaevich M. B., Anatolevna V. T., Ulugbekovna U. V. Characteristics of inflammation mediators' changes at calculous cholecystitis //European science review. – 2015. – №. 11-12. – P. 72-76.
115. Ashirov, B. O. et al. The results of the analysis of the main causes of inpatient deaths caused by acute surgical diseases of the abdominal cavity //Vestnik KAZNMU. – 2019. – №. 1. – С. 620-624.
116. Atadjanov S. K. et al. Optimization of laparoscopic cholecystectomy technique for acute calculous destructive cholecystitis in the elderly //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2020. – Т. 9. – №. 11. – P. 263-272.

117. Bayzharkinova A. B., Ergaliev K. E., Taishibaev K. R. Retrospective analysis of emergency laparoscopic cholecystectomy //European Journal of Natural History. – 2014. – №. 2. – С. 14-16.
118. Ciutac I. Current concept of etiology and pathogenesis in acute obstructive cholecystitis //Curierul Medical. – 2011. – T. 320. – №. 2 – P. 22-29.
119. Dibirov M. D. et al. Algorithm of diagnostics and treatment of elderly and senile patients with acute cholecystitis, choledocholithiasis and obstructive jaundice //Russian Sklifosovsky Journal" Emergency Medical Care". – 2017. – T. 6. – №. 2. – P. 145-148.
120. Gurgenidze M. R. et al. Miniinvasive surgical interventions in management of cholelithiasis //Ann. Ital. Chir. – 2017. – T. 88. – №. 2. – P. 170-177.
121. Gurtskaya L. Z. et al. Diagnostic and surgical treatment of acute destructive cholecystitis in patients with sub-and decompensated cardiovascular diseases //Herald of North-Western State Medical University named after II Mechnikov. – 2017. – T. 9. – №. 2. – P. 67-72.
122. Iain C. Cameron, William E. G. Thomas Short Stay Surgery. Springer Surgery Atlas Series, 2008, IV: 217-223.
123. Ismoilov M. U. et al. Surgical Treatment of Acute Calculous Cholecystitis in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – T. 7. – №. 8. – P. 1296-1309.
124. IuG A. et al. Minilaparotomy cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis //Khirurgiiia. – 2014. – №. 1. – P. 30-33.
125. Khadjibaev A. et al. Endoscopic papillosphincterotomy and cholecystectomy in the treatment of the complicated forms of cholelithiasis //Medical Health and Science Journal. – 2011. – T. 6. – №. 2. – С. 118-123.
126. Khadjibaev A. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute gangrenous cholecystitis //Medical Health and Science Journal. – 2011. – T. 5. – №. 1. – P. 43-48.
127. Kossovich M. A. et al. Optimal dates of surgery for acute calculous cholecystitis //Khirurgiiia. – 2020. – №. 3. – P. 56-60.

128. Lee J.Y., Keane M.G., Pereira S. Diagnosis and treatment of gallstone disease // Practitioner. 2015. №259(1783). P. 15-92.
129. Lutsevich O. E. Acute cholecystitis: possibilities of laparoscopic surgery // Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. – 2020. – T. 25. – №. 3. – P. 63-70.
130. Martinez-Chamorro E. et al. Acute cholecystitis in recent lung transplant patients: a single-institution series of 10 cases // Abdominal Radiology. – 2021. – C. 1-11.
131. Masih I.N., Moorehead R.J., Caddy G.R. Mirizzi's syndrome: a diagnostic dilemma // Ir. J. Med. Sci. – 2011. – Vol. 180, №4. – P. 893-895.
132. Nasyrov M., Abbasaliev R., Abbasalieva P. The role and possibilities of immunofan in purulent-destructive inflammation of the gallbladder in acute calculous cholecystitis in the perioperative period // Bulletin of surgery of Kazakhstan. – 2019. – №. 1 (58). – P. 8-13.
133. Padrón-Arredondo G., de Atocha Rosado-Montero M. Synchronous acute cholecystolithiasis and perforated acute appendicitis. Case report // Cirugia y Cirujanos (English Edition). – 2016. – T. 84. – №. 1. – P. 50-53.
134. Prudkov M. I. et al. Acute cholecystitis. Results of multicenter research and ways to further improvement of surgical tactics // Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. – 2020. – T. 25. – №. 3. – P. 32-47.
135. Saidov I. K., Urokov S. T. Surgical tactics in combination of acute calculous cholecystitis with liver cirrhosis // Central Asian Journal of Pediatrics. – 2020. – T. 2020. – №. 4. – C. 33-43.
136. Salmanov A. G. et al. Is an acute cholecystitis a local infection? antibiotic therapy problems // Kharkiv Surgical School. – 2020. – №. 3. – P. 19-26.
137. Schuld J., Glanemann M. Acute cholecystitis // Visceral Medicine. – 2015. – T. 31. – №. 3. – C. 163-165.
138. Shirinov Z. T. et al. Diagnosis and surgical treatment of acute destructive calculous cholecystitis in advanced age patients // Khirurgiia. – 2021. – №. 6. – P. 24-29.

139. Shukurullaevich A. D. et al. Biliary peritonitis as a complication of chronic calcular cholecystitis // Bulletin of Science and Education. – 2021. – №. 5-1 (108). – P. 77-80.
140. Singh S. et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: presenting as gall bladder mass // Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. – 2016. – T. 5. – №. 29. – C. 1504-1506.
141. Sovtsov S. A., Prilepina E. V. Cholecystitis in high risk patients // Khirurgiia. – 2013. – №. 12. – P. 18-23.
142. Suliman E., Palade R. Laparoscopic cholecystectomy for treating acute cholecystitis-possibilities and limitations // Chirurgia (Bucur). – 2013. – T. 108. – №. 1. – P. 32-7.
143. Taskesen F. et al. A rare finding during a common procedure: xanthogranulomatous cholecystitis // International surgery. – 2014. – T. 99. – №. 5. – P. 595-599.
144. Qurbonov, N. A., Davlatov, S. S., Rakhmanov, K. E., & Zayniyev, A. F. (2021). Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature // Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 25(4), 1927-1932.
145. Velichko E. A. et al. Procedure of surgery treatment method choice in patients with acute cholecystitis with high anesthetic risk // Pacific Medical Journal. – 2016. – №. 1. – P. 26-28.
146. Veligotsky A. N. et al. «Fast-track» Surgery of acute destructive cholecystitis // Kharkiv Surgical School. – 2020. – №. 3. – P. 27-30.
147. Vlasov A. P. et al. Optimization of detoxication therapy in emergency surgery // Perm medical journal. – 2015. – T. 32. – №. 1. – P. 6-11.
148. Wang S. Y. et al. Management of Gallstones and Acute Cholecystitis in Patients with Liver Cirrhosis: What Should We Consider When Performing Surgery? // Gut and Liver. – 2021. – T. 15. – №. 4. – P. 517.
149. Yan Y. et al. One-stage versus two-stage management for acute cholecystitis associated with common bile duct stones: a retrospective cohort study // Surgical Endoscopy. – 2021. – P. 1-10.
150. Zaporozhchenko B. S. et al. Choice of tactics of surgical treatment of acute cholecystitis and its complications // Reports of Vinnytsia National Medical University. – 2018. – T. 22. – №. 3. – P. 442-445.

151. Zarivchatsky M. F. et al. Metabolic disorders in patients with acute cholecystopancreatitis //Perm medical journal. – 2014. – T. 31. – №. 2 – С. 62-67.
152. Zhumatayev D. T. et al. Simultaneous surgical treatment tactics of acute destructive cholecystitis combined with choledocholithiasis: A case report //International Journal of Surgery Case Reports. – 2020 – T. 70. – P. 230-233.

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РҮЙХАТИ

ЎТК – ўт тош касаллиги

ЎП – ўт пуфаги

ЛХЭ – лапароскопик холецистэктомия

МЛХЭ – минилапаротом усулда холецистэктомия

ЎДТХ – ўткир деструктив тошли холецистит

РИТБ – реанимация ва интенсиф терапия бўлими

ПХЭС – постхолецистэктомик синдром

ЭЧТ – эритроцитлар чўкиш тезлиги

ТХЭ – традицион (очик усулда) холецистэктомия

УТТ – ультратовуш текшируви

ХЭ – холецистэктомия

ЭХМ – электрон хисоблаш машинаси

ЭКГ – электрокардиография

ASA – Америка анестезиологлар ассоциацияси

(American Society of Anesthesiologists)

SF-36 – The Short Form-36

Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Ҳамдамов Б.З.,
Рахманов К.Э.

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Монография

Redaktor	I.Subxonov
Tex. Redaktor	J.Urokov
Korrektor	V.Jalolova
Kompyuter dizayner	
va pechatga tayyorlovchi	M.Raxmatova

“BUXORO NASHR” nashriyot-matbaa ijodiy uyi: guvohnoma raqami: 831681.

26.03.2020 Nashriyot litsenziyasi 0660. 29.08.2020

Chop etish uchun ruxsat berilgan 22.09.2022 yil. Format 60x84. Pinlar 16 pin.

"Times New Roman" shrifti ofset nashrida chop etilgan.

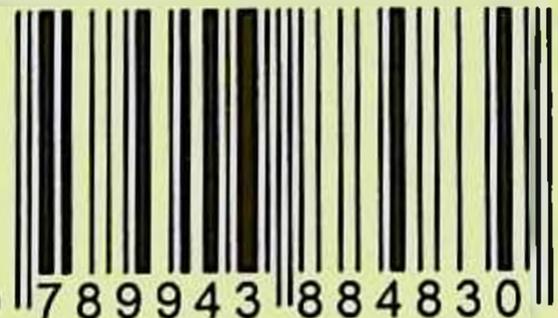
Ofset qog'oz. Konv. Pech. varaq 9.7. Aylanma 100 dona. Buyurtma № 458.

“BUXORO NASHR” nashriyoti: Buxoro Navoiy shoh ko'chasi, 5-uy.

"Matbaa" bosmaxonasida bosilgan

Buxoro, Ibn Sino, 306

ISBN 978-9943-8848-3-0



9 789943 884830