

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б.

САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Монография



САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

«КЕЛИШИЛДИ»

СамДТУ қошидаги эксперт
кенгаши раиси
С.Э. Мамааражабов

Мамааражабов
«11» март 2023 г.

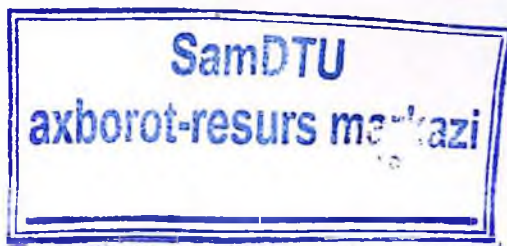
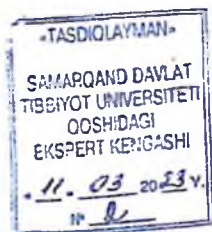
«Тасдиқлайман»

СамДТУ илмий инновациялар
инновациялар бўлими раиси
Ш.Х. Зиявуддин

Зиявуддин
«11» март 2023 г.

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б.

САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИ
(Монография)



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Арзиев Исмоил Алневич, Баратов Манон Бахрамович. “Сафроли перитонитни диагностикаси ва даволаш тактикаси” Монография. Самарқанд, 2023. - 124 б.

Такризчилар:

- Хамдамов Б.З.** Бухоро давлат тиббиёт институти факултет ва госпитал хирургия кафедраси мудир, т.ф.д., профессор.
- Рахманов К.Э.** Самарқанд давлат тиббиёт университети I - сон хирургик касалликлар кафедраси доценти т.ф.н.

Монографияда ўткир деструктив холецистит ва ўт йўлларининг операция вақтида шикастланиши натижасидаги операциядан кейинги асорат сифатида сафроли перитонит билан асоратланган бсморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволаш алгоритми ишлаб чиқилган. Клиник амалиётга минимал инвазив эндоскопик ва лапароскопик усуллар киритилди, бу лапаротомия ва реллапаротомия сонини сезиларли даражада камайтирди ва даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади. Сафроли перитонитнинг манбасига, унинг тарқалишига ва клиник шаклига қараб ўт йўлларидаги операцияларни бажаришнинг тактик ва техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

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

УДК: 616.366-089.87-06:616.361-072.1-089.193.4

МУҚАДДИМА

Сафроли перитонит ўткир холециститнинг оғир асорати ҳисобланади, шунингдек, ўт йўлларидаги операциялардан кейин қорин бўшлиғига ўт окпиши оқибатида ривожланади. Шу билан бирга, «ушбу муаммонинг жиддийлигига қарамай, гарчи бу асоратда ўлим даражаси турли муаллифларнинг фикрига кўра, 6.2 дан 24% гача етсада, сафроли перитонитга кам эътибор қаратилади». Сафроли перитонитни жаррохлик даволашда одатда лапаротомия ёки релапаротомия қўлланилади, бу ўз-ўзидан жуда шикастли аралашув бўлиб, операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5% га етади. Жаррохлик аралашувининг натижаси кўп жихатдан қўлланиладиган жаррохлик коррекция усуларини танлаш ва кетма-кетлигига боғлиқ.

Сафроли перитонит билан асоратланган беморларни жаррохлик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари ҳозирги вақтда тежамқор минимал инвазив жаррохлик аралашувлардан фойдаланишга боғлиқ - пункцион дренажлаш ва эндоскопик, организмнинг тизимли яллиғланиш реакцияси ва қорин бўшлиғи сепсиси ривожланишидан олдинги операциялар. Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида асосийлари ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари, шунингдек, ўт йўлларида операциялардан сўнг қорин бўшлиғига қўшимча ўт йўлларида сафронинг оқиб чиқиши, холецистэктомиядан кейин пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, холедохотомиядан кейин ўрнатилган дренажнинг дислокацияси, умумий жигар ўт йўлининг операция вақтида жароҳатланиши. Шу билан бирга, сафроли перитонитнинг бактериал перитонитдан фарқли ўлароқ, ўзига хос хусусияти, клиник кўринишининг кам ифодаланганлиги бўлиб, бу кўпинча ташхисни кечикишига олиб келади. Ўтнинг стериллигига қараб, «кўпинча холеперитонеум ривожланади ва бу кўпинча ўтнинг ўт пуфаги девори тешилишсиз сизиб чиқиши натижасида кузатилади»

Сафроли перитонитнинг маъбасини текшириш усулини танлашда, жаррохлик аралашувининг кўрсаткичлари ва вақтинчи аниқлашда ва ушбу

асоратни коррекция усулини танлашда турли хил, баъзан карама-карши ёндашувлар мавжуд. (Гальнерин Э.И. ва хаммуал., 2011; Назиров Ф.Г. ва хаммуал., 2018).

Сафроли перитонитни ташхислаш ва даволаш қийин клиник муаммо бўлиб қолмоқда (Vudipramana V.S. et al., 2020). Ушбу нозология бўйича мавжуд бўлган кўплаб тадқиқотлар асосан сафроли перитонитнинг цитологик диагностикаси, оксидловчи стресснинг роли, жигар ва буйрак стишмовчилигига бағишланган бўлиб, клиник ва инструментал диагностикасига муаллифлар камроқ эътибор беришади. Шу билан бирга, ҳозирги кунга қадар сафроли перитонитнинг ягона умумэтироф этилган таснифи мавжуд эмас, бу кўпчилик тадқиқотчилар унинг клиник ўзига хослигини ошириб юборишга мойил эмаслигини ва у билан ошқозон-ичак трактининг бўлимларидан бирининг девори перфорацияси оқибатидаги бактериял перитонит ўртасида катта фарқни кўрмасликларини кўрсатади. (Faridi S.H. et al., 2015). Шу билан бирга, патогенезни ўрганиш, сафроли перитонитни ташхислаш ва даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқиш ҳам тадқиқотчиларнинг нуқтан назаридан четда қолмоқда, гарчи сафроли перитонитда операциядан кейинги ўлим 34% га етади (Гумерова Г. Н. ва хаммуал., 2020; Feng X. et al., 2017; Lock J. F. et al., 2016).

Сафроли перитонитнинг клиник кечиши турлича бўлади. Бу ўтнинг қорин бўшлиғига эркин чиқиш тезлигига ва унинг миқдорига боғлиқ. Қорин бўшлиғига чегараланган миқдорда сафронинг секин сизиб чиқиши енгил перитонеал симптомлар, баъзан эса умуман симптомларсиз сафроли перитонитнинг ўткир ости ва ҳатто сурункали кечишини келтириб чиқаради. Бу ҳолатда қорин бўшлиғидаги экссудат миқдори кўп бўлиб, унинг характери асосан сероз-сафроли бўлади. Қорин бўшлиғига сафронинг тез сизиб чиқиши ва унинг сезиларли миқдори ўткир, асосан ўтли-геморрагик, тез ўлимга олиб келадиган перитонитни келтириб чиқаради. Қорин бўшлиғида экссудат миқдори одатда кам бўлиб, клиник кўринишда умумий интоксикация белгилари устунлик қилади. Сафроли перитонитнинг клиник кўринишининг

хилма-хиллиги ва сузлашганлиги сабабли ташхисни барча ҳолатларнинг тахминан 10% да тўғри қўйилади (Савельев В.С. ва ҳаммуал., 2013; Kummeling A., 2016).

Операциядан кейинги сафроли перитонитни ривожланишининг асосий сабаби - сафронинг қорин бўшлиғига эркин сизиб чиқиши. Адабиётларга кўра, сафроли перитонитнинг частотаси сезиларли даражада фарқ қилади: сурункали холециститда 0,4% дан 4% гача, ўткир холециститда 10% га етади (Врабие Е. Е. ва ҳаммуал., 2017).

ХЭ дан кейин ўт чиқишининг клиник кўриниши қуйидаги омилларга боғлиқ: - ўт оқиш тезлиги; ўт оқиши манбасини чегаралаш даражаси; - ўт инфекциясининг даражаси; - дренажнинг мавжудлиги ёки йўқлиги. Ўт оқиши клиник кўринишлари оқини содир бўлган сохага боғлиқ. Агар ўт, дренаж ёки троакар киритиш нуқталари орқали ташқарига чиқса, у ҳолда билиар окма ҳосил бўлади; агар қорин бўшлиғида йиғилса, унда билома, билиар асцит, сафроли перитонит ривожланади (Kotecha K. et al., 2019; Kim T. H. et al., 2020).

Қорин бўшлиғига ўт оқишини эрта ташхислашининг мураккаблиги кечиккан қайта жарроҳлик аралашуви ва натижада даволанишининг летал натижасига олиб келади. Бошқа томондан, ташхиснинг қийинлиги, шунингдек, беморларнинг 0,6-17% да реллапаротомиянинг асоссиз бажарилишини тушунтиради. Операциядан кейинги даврда ўтказилган интенсив терапия, ривожланаётган антибиотиклардан фойдаланиш ва замонавий оғрикисзлантириш усуллари асоратнинг кўринишини сезиларли даражада ўзгартиради, ўткир жараёни яширади, қорин бўшлиғидаги асорат белгиларини яширади. Шунинг учун асоратларнинг классик кўриниши камдан-кам ҳолларда ва кўпинча кеч ривожланади, реллапаротомия юқори ўлим билан бирга келади. Шунинг учун, муаммонинг энг кичик шубҳаларида, фаол, мақсадли динамик кузатишни бошлаб берувчи бир қатор талқикотларни ўтказиш керак. (Қурбонов К. М. ва ҳаммуал., 2015; Rainio M. et al., 2018; Otto W. et al., 2018).

Сафроли перитонитни даволаш шубҳасиз мураккаб вазифа бўлиб, турли

соҳалардаги мутахассисларнинг саъй-ҳаракатларини талаб қилганлиги сабабли, жарроҳлик аралашувларнинг натижаси кўп жихатдан турли усулларни танлаш ва қўллашнинг оқилона кетма-кетлигига боғлиқ. Шу муносабат билан, жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари маълум даражада кам инвазияли жарроҳлик аралашувлардан, тизимли яллиғланиш реакцияси ва абдоминал сепсис ривожланишидан олдин операцияларни эртарок бажаришга боғлиқ.

I БОБ. САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ МУАММОСИНИ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ

Сафроли перитонит-ўт тош касаллигининг оғир асорати, шунингдек ўт йўлларида ўтказилган операциялардан сўнг қорин бўшлиғига сафро оқиши оқибатидир. Ушбу муаммонинг жиддийлигига карамай, Сафроли перитонитга етарлича эътибор берилмайди, гарчи ушбу асоратда ўлим даражаси, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 6,2 дан 24 гача% [10; 80-85-б., 16; 5-10-б., 23; 67-71-б., 86; p.19-24, 100; p. 399-405; 135; p.73-80].

Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида ўт пуфагининг деструктив шакллари, операциядан сўнг кўпинча ўт йўллардан қорин бўшлиғига сафронинг оқиши, холецистэктомиядан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, холедохотомиядан кейин холедохга ўрнатилган дренаж найнинг дислокацияси, умумий ўт жигар йўлининг интраоперацион шикастланиши асосий ҳисобланади [9; 21-23-б, 19; 94-100-б. 36; 366-373-б., 80; 16-21-б.].

Шу билан бирга, А. М. Хаджибаев ва бошқ. (2019), сафроли перитонитнинг хусусияти, бактериял перитонитдан фарқи ўларок, клиник кўринишнинг йўқлигидир, бу кўпинча ташхисни кечикиб қўйилишига қолиб келади. Сафронинг стериллигига караб, кўпинча холеперитонеум ривожланади ва бу ўт халта тешилмасдан ўт халта деворидан сафронинг сизиб ўтиши орқали пайдо бўлади [78; 78-84-б., 89; p.576-83, 142; p.7].

Сафроли перитонитни даволаш учун одатда лапаротомия ёки релапаротомия қўлланилади. Бу ўзига яраша жуда травматик аралашув бўлиб, операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5% га стади [5; 73-78-б., 15; 238-б., 109; p. 1-4,125; p. 20-25].

Жарроҳлик аралашувларининг натижаси кўп жиҳатдан қўлланиладиган жарроҳлик тузатиш усулини танлаш ва унинг кетма-кетлигига боғлиқ. Қорин sepsis ривожлантириш олдин операцияларни амалга, тешиқ дренаж ва эндоскопик - билнар перитонит билан беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш учун янада истиқболлари ҳозирда minimal инвазив жарроҳлик чоралар қолдиргандан фойдаланиш боғлиқ. Беморларда сафроли перитонитни кейинги жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш истиқболлари минимал инвазив жарроҳлик аралашувларни – пункцион дренажлаш ва эндоскопик операцияларни абдоминал сепсис ривожланмасдан бажаришдир [4; 73-75-б., 87; p.1683-88].

§1.1. Ўткир холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонитнинг ривожланиши, диагностикаси ва даволаш муаммоси

Сафроли перитонитни ташхислаш ва даволаш мураккаб клиник вазифа бўлиб қолмоқда. Бу нозологияга боғлиқ кўплаб тадқиқотлар сафроли перитонитда цитологик диагностикага [24; 120-123-б., 72; 46-50-б.], оксидланганда стресс ролига [45; 33-37-б., 64; 48-54-б.], жигар-буйрак стишмовчилигига [48; 7-9-б., 54; 112-116-б.] асосан бағишланган, муаллифлар клиник ва инструментал диагностикага сезиларли даражада кам эътибор беришмоқда.

Шу билан бирга, сафроли перитонитнинг умумий қабул қилинган ягона таснифи мавжуд эмас, бу кўпчилик тадқиқотчилар унинг клиник ўзига ҳослигини бўрттиришга мойил эмаслигини ва ўт йўлларида бирининг девори шикастланиши ёки тешилиши туфайли у билан бактериял перитонит ўртасида қатта фарқни кўрмаслигини кўрсатмоқда [6; 114-118-б., 40; 148-149-б., 47; 46-52-б., 146; p. 89-96].

Шу билан бирга Петросян Е. А ва бошк. [52: 75-79-б., 58: 100-102-б.] маълумоти бўйича сафроли перитонит операциядан кейинги ўлим 34% етиб борсада, сафроли перитонитни ташхислаш ва даволаш учун янги усулларни тадқиқ қилиш ва ишлаб чиқиш тадқиқотчилар эътиборидан четда қолмоқда.

Юқоридаги муаммоларнинг ҳал қилинмаганлиги сафроли перитонит патогенезидаги, полиорган етипмовчилигининг ривожланиш механизмларидаги қарашларимизни чуқурлаштириш билан бирга, эрта ташхислашда ва даволашда янги усулларни ишлаб чиқиш ва қўшимча тадқиқотлар ўтказишни талаб қилади.

Сафроли перитонитга олиб келувчи сабаблар ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари - флегмоноз, гангреноз, перфоратив холецистит ҳамда йирингли холангитдир [34; 3-7-б., 98; p.143, 110; p.1-9].

Ўткир холециститда ушбу асоратнинг учраш даражаси 5,5% га етади, гангреноз ва перфоратив холециститда 30,9% гача учрайди.

Муаллифлар сафроли перитонитга ташхис қўйишнинг жуда қийинлигини таъкидлайдилар, бу кеч жарроҳлик ёрдами ва 30% гача бўлган юқори ўлим билан тушунтиради [65; 22-25-б., 121; p. 441-445, 143; p.97]. Сафроли перитонитнинг умумий шакллари даражаси ёшга қараб ортади - ёшларда 9,3%, 15,4% гача кексаларда ва қарияларда 26,0% гача [12; 114-116-б., 33; 24-27-б.]. Шу билан бирга, охириги тонфадаги беморларда йирингли-септик асоратлар 32,7% ҳолларда учрайди ва ўлим даражаси 14,2% га этади.

Кўпинча сафроли перитонит кекса ва қарри одамларда ривожланади, бу ўт пуфаги деворидаги ёшга боғлиқ ишемик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, бу тезда холециститнинг деструктив шаклларига олиб келади.

Сафроли перитонит ўт пуфагининг тешилиши асорати - перфоратив сафроли перитонит.

Сафроли перитонитнинг ўзига хос хусусияти шундаки, ўт пуфаги таркибидаги зарарланган сафро корин бўшлиғига қуйилади. Багненко С.Ф. ва бошқаларнинг сўзларига кўра. (2019) инфекция жарраҳнинг ривожланишида, энг муҳими, токсемия, ушбу шароитда камрок қаршиликлар билан содир

бўлади. Агар бунга лейкоцитлар, айниқса нейтрофиллар дисфункциясини кўшадиган бўлсақ (миграциянинг бузилиши, фагоцитоз, қондаги хемотактик омилларнинг этарли даражада бўлмаганлиги сабабли), тезлик ритмида қорин пардада старлича кенг тарқалиши билан яллиғланиш жараёни ва токсинемия ривожланади.

Сафро кучли кимёвий кўзгатиши хусусиятини берувчи восита бўлиб, агар унинг таркибида бактериялар мавжуд бўлса кўпинча ўткир холецистит билан оғриган беморларда учрайди, унда сафроли перитонитнинг ривожланиши муқаррар.

Сафро кучли кимёвий кўзгатувчи ва агар унинг таркибида бактерия бўлса кўпинча ўткир холециститли беморларда бўлади, унда сафроли перитонитнинг ривожланиши муқаррар. Ўт йўллариининг яллиғланиши касалликларда унга турли микроорганизмлар кириб боради. Ўткир холециститда флоралар ўсиши 50 - 74,2% беморларда кузатилади, сурункали холециститда - 11 - 39,3%. Холелитиаз туфайли механик сариклик инфекцияланиш даражасини 76,5 - 82,1% га оширади. Зарарланган сафро қорин бўшлиғига қуйилганда йирингли сафроли перитонит ривожланиб, шошиллич жаррохлик даволанишни талаб қилади [7; 51-53-б., 44; 192-б., 73; 68-70-б., 91; p. 208-211,147; p.787-802].

Ўт пуфагининг чегараланган бўшлиқларга ёки кавак аъзоларга тешилишидан фаркли ўларок, қорин бўшлиғига эркин тешилиши ва сафро оқиши қорин бўшлиғидаги фалокатга олиб келади ва абдоминал сепсис билан тугайди.

V.S. Budipranama [90] кузатувларига кўра, кўпинча сафроли перитонит, сафро тўғридан - тўғри қорин бўшлиғига окмасдан ўт халта деворидан сизиб ўтиш туфайли ҳам содир бўлади. масалан, "обтурацион холецистит" да - сизиб чиккан сафроли перитонит [90] деб аталади. Бу қорин бўшлиғига сафро секин оқиши ва организм қорин бўшлиғининг бошка бўлимларини патологик ўчоқдан ажратиб олишга муваффақ бўлади. Бундай перитонит оғир кечиши билан бирга, беморлар узок вақт қоникарли ҳолатда қолиши тўғрисида

кузатувлар мавжуд. Бундай перитонитнинг ривожланиш табнатида сафронинг димланишига, инфекцияга, меъда ости бези ферментларининг таъсирига катта ахамият берилади, бунда сафроли перитонитнинг юзага келишининг ферментатив назарияси асос килиб олинган.

Корин бўшлиғига сафро тушини хар донм хам ўзига хос морфологик ўзгаришлар ва клиник кўринишлар билан сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келмайди. Сафроли перитонит тушунчасига B.R. Dassin et al. (91; p.208-211) лар бошқача маънога эга: зарарланмаган сафронинг корин бўшлиғига оддий окишидан сафроли асцитгача. Бундай ҳолиларда клиник кўриниш сусаяди ва беморлар узок вақт давомнда коникарли ҳолатда бўлишлари мумкин. Сафроли асцитда корин бўшлиғида яллиғланиш белгилари бўлмайди – корин парда устида фибриноз копланмалар йўқ, ичак кавузлокларида ўзгаришлар йўқ, кавузлақлар ялтирок, ичакнинг ўзи шишмаган, фаол перистальтика мавжуд [91; p.208-211].

Перфорация тезлигига караб маҳаллий, диффуз ёки чегараланган перитонит ривожланади. Кўпинча ўт йўллариининг микроперфорацияси бўлган беморларда маҳаллий перитонитнинг ривожланиши кайд этилади. Беморларда диффуз перитонит ўт пуфагининг тешилишида кўпрок кайд этилган. Кўплаб тадқиқотларга кўра, перитонит билан токсинларни йўқ қилишни таъминлайдиган таббий тизимларнинг ишлаши бузилади ва жигар нафакат тўсик функцияларини, жумладан детоксификация қилиш функциясини йўқотади, бу касалликнинг патогенезида муҳим рол ўйнайди, балки ўзи хам организмда тўпланадиган ўрта молекуляр бирикмалар ишлаб чиқариш манбасига айланади. Сафроли перитонитнинг манбаси йўқотилсада, организмнинг турли аъзолари ва тизимларида юзага келадиган органик ва функционал бузилишларнинг бирга келиши баъзи беморларнинг операциядан кейинги даврда ўлимига олиб келади [45; 33-37-б., 83; 161-162-б., 123; p.350-356].

Сафроли перитонитда интоксикация ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу ўт кислоталари, ўт пигментлари, билирубинининг конга

сўрилши ва кон томир деворига таъсир қилиши, оксидланмаган метаболлик маҳсулотларнинг кўп миқдорда пайдо бўлиши унинг ўтказувчанлигини турли моддаларга ошириши мумкин. Конда паст ва ўрта молекуляр оғирликдаги моддаларнинг тўпланиши марказий асаб тизимининг бузилиши, иммун танқислиги ривожланиши, гемодинамик бузилишлар, септик шароитларни ривожланиши билан боғлиқ. Эндogenous интоксикация синдромининг ривожланиши конда ушбу моддаларнинг миқдори унинг оғирлиги билан боғлиқ бўлади [48; 7-9-б.,79; 112-114-б.].

Эндogenous интоксикация синдромининг ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин бўлган яна бир омил - бу ферментларнинг қайтарилмаган инактивациясига ва хужайра мембраналарининг таркибий тузилишига олиб келадиган липидлар перекисланган маҳсулотларнинг кўпайиши билан эркин радикални оксидланиш интенсивлигининг ошиши ҳисобланади [46; 36-41-б.].

А. М. Хаджибаев ва бошқ. [78; 78-84-б.] фикрига кўра, корин бўшлиғининг ўткир касалликлари орасида сафроли перитонитга караганда клиник кечиши ва диагностик қийинчилиги мураккаб касалликни топиш қийин. Патологик жараённинг хилма-хиллиги сафронинг мураккаб таъсирига ва организмнинг жавоб реакцияларига бевосита боғлиқ. Бу омиллар сафроли перитонитнинг белгилари кўп ва патогномоник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқ [70; 25-27-б.].

Клиник манзарани таҳлил қилиб ва патоморфологик ўзгаришлар билан такқослаб, сафроли перитонитнинг турли шаклларида уларнинг клиник кечишидаги фарқни аниқлаш керак. С.Н. Стяжкин ва бошқаларнинг [67; 364-366-б.] фикрига кўра, ўт пуфагининг тешилишида перфоратив сафроли перитонит ўзининг клиник кечиши билан характерли хусусиятларга эга. Бу холециститнинг ўткир хуружи фониди, кўпинча касалликнинг иккинчи ёки учинчи кунда содир бўлади ва ўнг ковулга остида қаттиқ оғрик билан намоён бўлади. Шу билан бирга, беморларнинг аҳволи кескин ёмонлашади, бу шок ҳолат билан изоҳланади.

Сафро сизиб чиққанда асосан чегараланган маҳаллий перитонит

кузатилади. Бунда организм қорин бўшлиғининг бошқа бўлимларидан [69: 78-81-б., 120; p.36-40, 144; p.762-769] патологик ўчоқни чегаралаб олинга муваффақ бўлади. бу қорин бўшлиғига сафронинг секин оқини билан боғлиқ. Перфоратив сафроли перитонитнинг клиник кўриниши симптомларнинг аста-секин ортиб бориши билан тавсифланади. Дастлабки босқичда клиник белгилар ўткир холециститдан фарқ қилмайди.

Сафроли перитонит билан оғриган беморлар биринчи навбатда жаррохлик аралашувга мухтож бўлади. В.Ф. Зубрицкий ва бошқ. [22: 4-11-б.] фикрига кўра, сафроли перитонитнинг шок босқичида, беморни тайёрламасдан ўтказилган жаррохлик аралашуви, одатда, ўлим билан тугайди. Опсацион травма ҳаётини муҳим тизимларда аниқ ўткир касалликларни кучайтиради. Ўт пуфагининг эркин бўшлиққа тешилиши билан оғриган бемор тўлиқ тайёргарликни талаб қилади. Стабил босқичда жаррохлик аралашуви энг фойдали ҳисобланади ва узок муддатли тайёргарликни талаб қилмайди ва даволаш чоралари операцияга ҳамроҳ бўлиши мумкин.

Ўт пуфаги тешилгандан кўп кун ўтгач, беморлар деярли даволаш бўлмайдиган ҳолатда, йирингли асоратларнинг терминал босқичида операцияга кўрсатмаларни аниқлаш мураккаб ва қийин. Уларнинг аксарияти операция пайтида ёки ундан кўп ўтмай вафот этади. Шундай қилиб, сафроли перитонитни даволаш натижаларини таҳлил қилиш шунини кўрсатадики, бундай беморларни даволаш самарадорлиги жаррохлик аралашув вақтига боғлиқ [63: 26-32-б.,77; 5-10-б.].

Перитонитнинг тарқалган шакллари даволашнинг классик усулининг таркибий қисмлари: – ўз вақтида жаррохлик операцияси, унинг асосий вазифаси перитонитни келтириб чиқарган сабабларни бартараф этиш; – детоксикацион терапия; – гомеостаз бузилишларини коррекцияси; – рационал антибиотик терапия; – онкозон-ичак йўллари парезига қарши кураш. Ўз навбатида, жаррохлик ҳаракатларининг кетма-кетлигига старли жаррохлик кесмаси билан кириш, экссудатни эвакуация қилиш, перитонит манбасини йўқотиш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш қиради [1; 10-13-б.,45; 33-

37-б., 100; p.399-405].

Биринчи йўналишда эрта лапаротомия бажариш кўзда тутилади, фақат шу ҳолатда ўлим даражаси камайиши мумкин. Лапаротомия икки босқични ўз ичига олади: – ривожланаётган асорат манбасини иложи борица радикал тарзда йўқ қилиш; – қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш. Перитонитда лапаротомияни амалга оширишда муҳим қадам бу етарли жаррохлик имкониятини таълашдир. Бугунги кунга қадар деярли барча мутахассислар перитонитда оператив кириш учун ўрта лапаротомияни ягона тўғри вариант деб ҳисоблашади [14; 362-б., 61; 5-10-б., 111; p.2512-2516]. Яхши релаксация шароитида ўрта кесма ҳар қандай қорин аъзоларига аралашиниш учун энг мақбулдир.

Операциянинг кейинги босқичи инфекция манбасини аниқлаш ва қорин бўшлиғининг санацияси ҳисобланади. Перитонит манбасини йўқ қилиш унинг сабабига қараб индивидуал равишда амалга оширилади. Перитонитни жаррохлик даволашда энг муҳим тактика қорин бўшлиғини санация қилиш ва уни яхшилаб қуритишдир. Бунинг учун анъанавий усуллар антисептиклар, антибиотиклар, юзаки - фаол моддалар ва протеаз ингибитор эритмалари билан ювиш, шунингдек сорбентлардан фойдаланиш билан тўлдирилади [15; 238-б.,59; 208-б.,].

Худди шу ҳажмдаги санацион тадбирларини такрорий лапаротомия вақтида давом эттириш мумкин. Перитонитни даволашда муҳим тактика қорин бўшлиғини дренажлашдир [56; 88-89-б.,112; p.1-12].

Самарали дренажлаш учун дренажнинг табиати, унинг ҳолати ва дренаж тизими ишлаши муҳимдир. Мавжуд хилма - хил дренажларнинг орасида силиконли бир ва икки тешикли найчалар энг кенг тарқалган. Дренажнинг иккита асосий принциpidан (пассив ва фаол дренажлардан фойдаланиш) қўпчилик жаррохлар пассив дренажни амалга оширадидлар. Актив аспирацияли дренажлар эрта операциядан кейинги даврда патологик экссудатни тезроқ ва тўлиқ эвакуация таъминлайди, лекин бир қатор камчилликларга эга [16; 5-10-б.,74; 104-105-б.,126; p.699-707].

Шундай қилиб, такдим этилган маълумотлар сафроли перитонит-бу перитонитнинг махсус тури бўлиб, оғир кечиниши, эрта ташхис қўйишдаги кийинчиликлар, фаол жарроҳлик тактикаси, детоксикация, электролитлар бузилишларини, иммунитет ҳолати коррекцияси, антибактериал терапия билан биргаликда даволанишга комплекс ёндашув зарурлиги билан тавсифланади. Муаммонинг ўта долзарблиги ва аҳамиятига қарамай, қўнлаб саволлар ҳали тўлиқ жавоб олмаган. Қўрсатилган ҳолатлар ушбу тадқиқот учун асосий жиҳатлар бўлди.

§1.2. Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг этиологияси ва жарроҳлик даволаш ҳақида замонавий қарашлар

Катта ёшдаги аҳолининг деярли 10% да ўт тош касаллиги ташхисланади, дунёда ҳар йили 5 млн дан ортиқ холецистэктомиа бажарилади [43; 124-127-б., 80; 16-21-б., 105; p.188]. Шу билан бирга, жигар ва ўт йўллариининг замонавий жарроҳлигида мининнвазив усулларнинг кенг қўлланилишига қарамай, ятроген асоратлар, жумладан улардан бири сафроли перитонит сонининг пасайишига мойил эмас [19; 94-100-б., 27; 45-48-б., 42; 45-48-б., 101; p. 201-213, 124; p. 303-312, 136; p. 216 - 220]. Сафроли перитонит 94,5% беморларда лапароскопик холецистэктомиа пайтида жигардан ташқари ўт йўллари шикастланганда ривожланади. Шунингдек, жигар трансплантациясида, эндоскопик эндобилинар арасланувларда, жигарни лапароскопик ва тери ости пункцион биопсиясида, ўт йўллариининг тери-жигар орқали дренажланишида ва жигар резекцияси жараёнида ушбу асорат кузатилиши мумкин [13; 767-767-б., 25; 58-59-б., 36; 366-373-б., 102; p. 1393-1398, 145; p. 110, 148; p. 61-67].

1. Янги тиббий технологиялар, бир томондан беморларни даволаш муддатини қисқартиради, бошқа томондан операциядан кейинги асоратлар даражасига сезиларли таъсир қилади [29; 20-27-б., 41; 77-78-б., 92; p. 2089-2094, 147; p.787-802]. Жигардан ташқари ўт йўллари жарроҳлик муаммоси билан шуғулланувчи деярли барча муаллифлар фикрича анъанавий

холецистэктомия билан солиштирганда, лапароскопик усулларни жорий этиш ўт йўллари зарарланган даражасини 2-4 марта ўзинига олиб келди ва 3% га етди [107; p.17-25]. Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида ўт тош касаллиги клиник кечишининг холангиолитиаз, флегмоноз, гангреноз, перфоратив холецистит ва йирингли холангит каби шакллари асосий ўринни эгаллайди. Ушбу касалликларда сафроли перитонит билан касалланиш 50% га етиши мумкин [32; 95-98-б., 43; 124-127-б., 75; 58-62-б.].

Холецистэктомиядан сўнг кўшимча ўт йўлларида сафро окиси мумкин. Адабиётларда такидланган бу асорат юзага келишининг яна бир сабаби, ташхис қўйиш кийин бўлган ҳолларда қўлланиладиган жигарнинг диагностик пункциясидир. Ва ниҳоят, сафроли йирингли перитонитнинг кўп сабаби бу ўт йўлларида операция: ошқозон ёки ичак билан ўт пуфаги ёки ўт йили анастомози. Ушбу операциялардан кейин сафронинг қорин бўшлиғига окисининг сабаби чокларнинг етишмаслиги. Қорин бўшлиғида сезиларли миқдордаги сафро тўпланишида ичакнинг ўртача шишини, баъзи жойларда перкутор товушининг тўмтоқлашини, баъзан склеранинг енгил сариклиги кузатилади [60; 98-б., 82; 114-115-б.].

Е. Екмекиси et al. [97; p.1-7] фикрига кўра, сафроли перитонитнинг клиник кечиши турли хил бўлади. Бу қорин бўшлиғига сафро окисининг тезлигига ва унинг миқдorigа боғлиқ [97; p.1-7]. Чекланган миқдорда сафронинг қорин бўшлиғига секин окиси ўткир ости ва хатто сафроли перитонитнинг сурункали кечишини, баъзида эса умуман аниқ бўлмаган перитонеал аломатларига олиб келади. Бу ҳолда қорин бўшлиғидаги экссудат миқдори кўп ва унинг характери асосан сероз-сафролидир. Сафронинг қорин бўшлиғига тез окиси ва унинг кўп миқдори ўткир, асосан сафроли-геморрагик перитонитга олиб келади. Қорин бўшлиғидаги экссудат миқдори одатда кам бўлиб, клиник кўринишда умумий интоксикация белгилари устунлик қилади. Сафроли перитонитнинг ташхиси клиник кўринишнинг ўзгариши ва сустиги туфайли барча ҳолатларнинг тахминан 10% да тўғри аниқланади [2; 66-67-б..

25; 58-59-б.,137; p. 79-84].

Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида ўт йўлларида реконструктив операциялар ва жигар трансплантацияси мухим ўрин тутди [18; 283-б., 55; 22-27-б.]. Ортотопик жигар трансплантациясида беморларни операциядан кейин олиб бориш усулларига қараб, бу ҳолат барча ҳолатларнинг 9-19% да учрайди. Ушбу касалликнинг ривожланиш ҳолатлари жигар биопсиясидан кейин ҳам қайд этилган [50; 91-94-б., 71; 44-49-б., 88; p.1-10, 108; p.106-107].

G.A. Flores-Rangel et al. [103; p. 2987-2991] маълумотларига кўра, травматик жароҳатлар сафроли перитонит ривожланишига катта ҳисса қўшади (103). Ушбу ҳолатларда сафроли перитонит билан касалланиш, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 2 дан 7% гача [3; 21-б., 32; 95-98-б., 53; 40-45-б.,106; p. 855-264].

Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг пайдо бўлишига асосан асосий касалликнинг давомийлиги ва оғирлиги, операциядан олдин тайёргарлик сифати, операция ҳажми, техник ва тактик хатолар, беморнинг ёши, қўшимча касалликлар ва инфекциянинг вирулентлиги, шунингдек иммунобиологик ҳимоя механизмларининг стишмаслиги ёрдам беради ва регенерацияни кечиктиради, айниқса ҳаётий мухим аъзоларнинг функционал захиралари бузилганда [49; 41-45-б., 57; 34-37-б., 128; p. 254-60].

Жигар касалликлари ва механик сарикликда жаррохлик аралашувлардан сўнг ривожланган операциядан кейинги сафроли перитонитнинг ўзига хос хусусияти шундаки, бу беморларда деярли ҳар доим жигар функциясининг яширин ёки аниқ бузилиши мавжуд. Шунинг учун ушбу касалликларда релапаротомия натижаси нафақат уни амалга ошириш вақтига, балки аввалги жигар стишмовчилигининг оғирлигига ҳам боғлиқ. Ўз вақтида ва тўғри бажарилган релапаротомия билан ҳам, ушбу контингент беморларда прогноз жуда пессимистикдир. Операциядан кейинги сафроли перитонитда энтерал стишмовчилик синдромининг мавжудлиги ва портал йўлга кўп миқдордаги токсинларнинг тушиши жигар дисфункциясини янада кучайтиради [50; 91-94-

б., 66; 157-160-б., 113; p. 591-602].

Бугунги кунга қадар операциядан кейинги биллиар перитонитда полиорган етишмовчилигининг патогенези хақида ягона тушунча мавжуд эмас, бу этиологик омилларга ва ушбу асоратни ҳар томонлама олдини олиш усулларига қараб унинг мураккаб патогенетик даволаанишни амалга оширишга имкон беради. Унда жигарнинг патоморфологик бузилишларининг муҳим жиҳатлари аниқланмаган. Шу муносабат билан, операциядан кейинги сафроли перитонит беморларда энтерал етишмовчилик синдромида жигарнинг функционал ҳолатини ўрганиш портал йўл орқали тушадиган моддаларнинг агрессивлиги ва токсиклиги даражасига қараб, эндотоксинларнинг қон айланиш тизимига тушиши ва эндотелиал дисфункциянинг ривожланишига боғлиқ. Бундан ташқари, операциядан кейини ривожланган сафроли перитонитнинг гепатобиллиар жаррохликда ушбу муаммони ҳал қилишда ўзаро тушуниш ва ҳаракатларни бирлаштириш сифатида умумий қабул қилинган клиник таснифи мавжуд эмас [84; 93-102-б., 93; p. 855-864, 129; p. 509-511, 138; p.167].

Операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда реллапаротомия кенг қўлланилади, бу жуда травматик аралашув бўлиб, кўпинча асоратлар ва ўлимнинг юқори даражаси билан бирга келади. Сўнги йилларда қорин бўшлигининг ўткир жаррохлик касалликларини ва уларнинг операциядан кейинги баъзи асоратларини эндовидеосхирургик технологиялар ва ультратовуш назорати остида пункцион-дренаж техникаси ёрдамида самарали даволаш бўйича қўплаб маълумотлар пайдо бўлди [16; 5-10-б., 80; 16-21-б., 85; p. 300-305, 130; p. 111].

Баъзи муаллифлар сафроли перитонит ва холеперитонсеумни ажратадилар. Эркин қорин бўшлиғига қуйиладиган сафро умуман организмга ёки айниқса қорин пардага таъсир этмай қолмайди. Қорин бўшлиғидан қонга сўрилади, у организмда умумий ўтди интоксикацияни таъқирати, қорин пардага маҳаллий таъсир кўрсатади, унинг қоримсвий ядланишига сафроли-геморрагик перитонитга сабаб бўлади [22; 4-12-б., 104; p. 365-370].



Сафроли перитонитда жигар ва буйракларда оғир патоморфологик ўзгаришлар ривожланади. Сафроли перитонитнинг ўткир шаклида жигар ва буйракларда яллиғланиш - дегенератив-некротик жараёнлар ривожланади (шиш, кон кетиш, оксил дистрофияси натижасида некроз). Сафроли перитонитнинг сурункали шаклида яллиғланиш ва дегенератив жараёнлар асосан жигар ва буйракларда ривожланади, некротик жараёнлар суут инфодаланади (оксил дистрофияси, ёғли дегенерация). Шу билан бирга, инфекция сафро билан биргаликда тарқалган перитонит ва интоксикация ривожланишини сезиларли даражада тезлаштиради [17; 25-31-б., 56; 88-89-б., 139; p. 1677-1680].

Операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашга классик ёндашувда корин бўшлиғидаги сафро манбани йўқотиш, санация, дренажлаш ва ёпишни ўз ичига олади, бу тарқалган ва қайталанган перитонит билан оғриган беморларда муаммоли ҳисобланади [23; 67-71-б.]. Перитонит билан оғриган беморларда корин деворининг катта нуқсони бўлганда ёки режали релaparотомия қилиш зарурати бўлса, корин деворининг тўлик ёпилиши (яъни фасция ва тери) амалга оширилмайди. Бунинг ўрнига корин бўшлиғи вақтинча ёпилиб, декомпрессияни таъминлайдиган лапаростом ҳосил қилинади, бу қайта текширишни оsonлаштиради ва яранинг кирраларини сақлайди. Программалаштирилган релaparотомиялар (ёки босқичли лаваж) корин бўшлиғининг инфлосланишини камайитириши мумкин. Кейинги лапаротомияни амалга ошириш тўғрисида қарор перитонитнинг тарқалишига мувофиқ қабул қилинади [31; 23-26-б.].

Беморлардаги травмаларда, корин ичи кон кетиши ва ичак ишемиясини очик коринда бошқариш биринчи операциядан кейин релaparотомияни снглаштиради (корин бўшлиғи органини тикиш ёки резекция қилиш), беморнинг умумий ҳолатини барқарорлаштиришга имкон беради ва лапаротомия вақтини қисқартиради. Аксинча, ушбу ҳолатларда бирламчи жарроҳлик аралашувда апоневрознинг тикилиши корин бўшлиғида босимнинг ошиши учун хавфли омилдир [21; 44-49-б.].

Операциядан кейинги перитонитни даволаш, шубҳасиз, мураккаб вазифа бўлиб, турли йўналишдаги мутахассисларнинг саъй-ҳаракатларини талаб қилганлиги сабабли, жаррохлик аралашувларнинг натижаси кўп жihatдан турли хил усулларни танлаш ва рационал кетма-кетлигига боғлиқ. Шу муносабат билан, маълум даражада жаррохлик даволаш натижаларини яхшилаш истиқболлари тизимли ялғиланиш реакцияси ва сенис ривожланишидан олдин, эрта муддатда операцияларни амалга ошириш, авайловчи жаррохлик аралашувлардан (эндоскопик, рентгенохирургик) фойдаланишга боғлиқ [67; 364-366-б., 94; p. 778-784, 114; p. 195-200].

Корин бўшлиғи санацияси усуллари ва уни дренажлаш усуллари илмий адабиётларда кенг муҳокама қилинади. Баъзи муаллифлар [56; 88-89-б., 131; p. 12684], санацияловчи операция вақтида перитонит манбаси йўқ қилингандан сўнг, корин бўшлиғини кўп миқдордаги эритмалар билан ювишни тавсия қиладилар. Бошқалар [115; p.304], уни қуритиш ва дренаж билан чекланишни маслаҳат беришади. Баъзи жаррохлар операциядан кейинги даврда корин бўшлиғини доимий ёки фракцион ювишни амалга оширадилар, бошқалари эса махсус икки йўлакли дренажлардан доимий ювиш ва турли хил қуритмалар ёрдамида аспирациядан фойдаланадилар [11; 30-35-б., 26; 14-22-б.]. Баъзи ҳолларда перитонитни даволаш аспирацион сифонли чанок дренажидан фойдаланишга асосланган. Шу билан бирга, муаллифлар операция вақтида ва ундан кейин корин бўшлиғини ювишдан бош тортадилар. Бошқа тадқиқотчилар ҳар қандай жаррохлик бўлимида перитонитни даволашда жуда яхши натижаларга эришиш учун кам жароҳатли ва максимал соддалиги билан имкон берадиган маҳаллий даволаш усулларидан, уларни биргаликда қўллашни таклиф қилишади.

Операциядан кейинги перитонитни жаррохлик даволаш муваффақиятининг асосий шarti, муаллифларнинг таъкиллашича, тўғри бажарилган бирламчи релапаротомия. Энг мунозарали масала уни тугатиш усуллари ҳақида қолмоқда - дренаж учун кўрсатмалар, операциядан кейинги даврда корин бўшлиғини бир неча бор ревизияси каби агрессив усуллардан

фойдаланиш [30; 148-167-б., 68; 296-б.].

В.Ф. Куликовский ва бошқ. [35; 36-40-б.] қорин бўшлиғининг енгил бактериал зарарланиши бўлса, дренажни амалга оширмасликни тавсия қилади. Шу билан бирга, даволаниш натижалари анча яхши. Уларнинг маълумотларига кўра, яранинг йиринглаши атиги 3,1% ни ташкил этди, қорин бўшлиғи асоратлари беморларнинг атиги 1,6% да содир бўлди, қорин бўшлиғи дренажланган беморлар орасида яранинг йиринглаш даражаси 2 барабар юкори (6,5%), қорин бўшлиғи асоратлари дренажсиз беморларда бўлгани каби бир хил даражада содир бўлди, 1,4% [38; 19-24-б.].

Бактериал зараланиш даражаси паст бўлган тарқалган перитонитни кўп ҳолларда инфекцион жараёни битта жарроҳлик аралашуви ва эмпирик антибактериал терапия билан тўхтатиш мумкин. Бу натижалар шуни кўрсатадики, ушбу тонфадаги беморларда қорин бўшлиғини дренажлашдан бош тортиш инфекцион қорин бўшлиғи асоратлари сонининг кўпайишига олиб келмади ва яра инфекциясига чалинган беморлар сони хатто камайдди. Қорин бўшлиғини дренажлашни рад этишда ўхшаш натижалар бошқа муаллифлар томонидан ҳам олинган [39; 138-140-б., 95; р. 3003-3039].

Н.А. Кузнецов ва бошқ. [34; 3-7-б.] куйидаги тактикага риоя қилишни таклиф қилишади: перитонитнинг тарқалиши Б.Д. Савчук таснифи бўйича баҳоланади. Маҳаллий чекланган перитонитда абсцесс бўшлиғини найча билан ёки Пенроуз бўйича дренажлаш тавсия этилади. Маҳаллий чекланмаган перитонитда, унинг манбаи ишончли бартараф этилган тақдирда, қорин олдинги девори яраси маҳкам тикилади [37; 115-116-б.]. Диффуз ва кенг тарқалган перитонитда, қорин пардада фиксацияланган фиброз чўкмалар бўлмаса ва ифлосланиш даражаси кам бўлса, қорин бўшлиғи дренажланмайди, лапаротом яраси маҳкам тикилади. Бактериал ифлосланиш даражаси юкори бўлса, қорин пардада фиксацияланган фиброз чўкмалар қорин бўшлиғини бир вақтнинг ўзида старли даражада санациясига имкон бермайдиган ҳолатда ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғи инфекциясининг хақиқий хавфи мавжуд бўлган ҳолларда қорин бўшлиғини кўп марта ревизияси ва санацияси

усули қўлланилади. А. И. Шугаев ва бошқ. [81; 391-393-б.] худди шу тактикадан фойдаланишни таклиф қилишган. Улар клиник амалиётда лапаростомиядан фойдаланишни патогенетик жиҳатдан асосли деб ҳисоблашади. Уларнинг фикрига кўра, дастурли санациялар қорин бўшлиғида яллиғланишни кўллаб-қувватлайдиган йирингли экссудат ва фибрин плёнкаларини йўқотиш, яллиғланиш жараёнининг боришини визуал равишда кузатиб бориш ва тўқималар деструкциясининг янги ўчоқларини зудлик билан йўқ қилишга имкон беради. Санациялар оралиғи 24 дан 72 соатгача бўлиши керак. Перитонитнинг маҳаллий ва диффуз шакллари бўлган беморларни лапароскопик усулда операция қилиш тавсия этилади [41; 77-78-б., 79; 112-114-б.].

Тарқалган перитонитнинг дастлабки босқичларида ёрдам - қорин бўшлиғига қўшимча таъсир кўрсатмасдан инфекция манбасини тез ва эҳтиёткорлик билан йўқотиш ва жароҳатни тикиш билан чекланиши керак. ортиқча суюқликни олиб ташлаш бундан мустасно, кейинги жараёнларни қорин пардаининг ўзига қолдириши керак, у бактерияларининг "қолдиқлари"ни биздан кўра яхшироқ ҳал қилади. Кенг тарқалган перитонит қорин олд деворининг флегмонаси билан кечадиган ҳолларда В. Ф. Зубрицкий ва бошқ. [22; 4-11-б.] қорин бўшлиғини вакуум дренажлашдан фойдаланишни тавсия қиладилар, бу билан қорин бўшлиғи дастурий санацияси таъминланади. Шу билан бирга, санациялар оралиғи 48 соатдан ошмаслиги керак, дренаж тизимида вакуум йўқолганда, санация шошилиш равишда амалга оширилиши керак. Шундай қилиб, етакчи мутахассислар нуқтан назаридан перитонитда қорин бўшлиғини дренажлаш шаблонда эмас, балки кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилиши керак [40; 148-149-б., 81; 391-393-б., 116; p. 480-487].

Операция қилинган беморларни кузатишда муҳим босқич динамик назоратдир. Асосий эътибор клиник кўрсаткичларнинг операциядан кейинги даврнинг асоратсиз кечишига нисбатан ўзгаришига қаратилади. Операциядан кейинги эрта қорин бўшлиғи асоратларининг ривожланишига шубҳа қўшимча тадқиқот усулларини (рентген, эндоскопик, ультратовуш, компьютер

томографияси) қўллаш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади. [62; 42-43-б., 76; 94-99-б., 80; 16 – 21-б., 132; p. 553-560, 141; p. 100532].

Асосий рол рентген, шу жумладан компьютер томография ва ультратовуш текширув усулларига берилади. Беморларни ҳар томонлама текшириш асосида абсцессларнинг локализацияси, ўлчами, конфигурацияси ва тахминий ҳажми аниқланади. Операциядан кейинги диффуз перитонитда ушбу комплекс текширувнинг диагностика аниқлиги 80%, абсцессларда - 99% ни ташкил қилади. Компьютер томография муҳим афзалликларга эга, унинг диагностика аниқлиги 88-100% га етади ва ўзига хослик 89% ни ташкил қилади. Компьютер томография нафақат ўрганилаётган аъзо, балки перитонит - ва пара - органлар бўшлиқлари тасвирини олншга имкон беради. Тадқиқотни амалга ошириш учун беморнинг семириб кетиши, ичакдаги газнинг мавжудлиги тўсик эмас, ҳажмли жараённинг чуқурликда жойлашуви тахминнинг аниқлигига таъсир қилмайди [117; p.97,133; p. 490-499].

Тўпланган қолдик суюқликнинг диагностикаси, қорин бўшлиғидаги йирингли жараёнлар тасодифий топилма эмас, балки фаол ва мақсадли кидирув натижаси бўлиши керак. Ҳар қандай перитонит учун ўтказилган операциядан кейинги 3-4-кунларда ультратовуш текширувини ўтказиш керак. Бу бемор учун хавфсиз усул беморларнинг 58-96% (28,96) амалга оширилиши мумкин, бу асосан мутахассиснинг малакаси билан белгиланади. Бу тактика абсцесслар ривожланишидан олдин қорин бўшлиғида суюқликни чегараланиб тўпланишини аниқлаш ва пункцион усул билан билан бартараф этиш имконини беради. Ультратовуш тасвирида суюқ бирикмалар турли шаклдаги эхонегатив ёки гипоехоген хосила шаклига эга. Суюқлик диафрагма остида ёки жигар ости бўшлиқда тўпланганда, суюқлик тўпланиши ярим оёй шаклидаги ёки овал шаклланишларга ўхшайди. Бундай ҳолда, одатда плевра бўшлиғида реактив суюқлик чикиши аниқланади. Худди шу даражада муҳим диагностика белги бу зарарланган томонда диафрагма ҳаракатининг пасайишидир. Агар кичик чанок бўшлиғида абсцесс ёки инфилтрат ҳосил бўлса, уларни бармоқ билан тўғри ичак ёки кин орқали текшириш билан

аниклаш мумкин [50; 91-94-б., 140; p. 216-220]. Бундан ташқари, абсцессланганда беморларнинг аҳволи сезиларли даражада ёмонлашади, эндоген интоксикация ошади, ҳарорат реакцияси гектик характерга эга бўлади, ваража пайдо бўлади ва палпацияда оғрикли инфилтратни аниклаш мумкин. Шу билан бирга, ультратовуш текшируви кичик чанок бўшлиғида жойлашган ҳосилаларни таъхислаш учун энг маълумотли усул эканлиги таъкидланган. Кичик чанок бўшлиғидаги шунга ўхшаш суюқлик тўпланиши фибрин ва йиринг куйкалари борлиги сабабли гетероген юмалок гипозхоген ҳосила сифатида кўриниши мумкин.

Ичаклараро бўшлиқларда суюқлик тўпланиши ҳажмли, полиморф, аник контурга эга бўлмаган гипозхоген ҳосилалар сифатида аникланади, улар ичакнинг кавузлоқлари бўшлиғидаги таркибдан, перистальтик ҳаракатлар йўқлиги ва улардаги таркибнинг ҳаракатланмаслиги билан ажралиб туради. Суюқлик тўпланиб абсцессларга айланиш вақтида уларнинг атрофида зичлиги ва қалинлиги турли даражадаги пноген капсула ҳосил бўлади [118; p. 248-253].

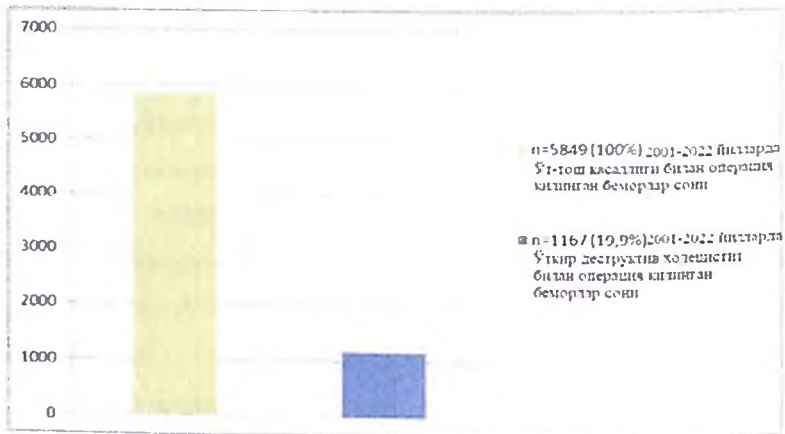
Охириги вақтда ультратовуш текширувишиги янги авлоднинг ишлаб чиқиши ва клиник амалиётга жорий этиши муносабати билан мининвазив жарроҳлик йўналишларидан бири - ультратовуш назорати остида тери орқали аралашув жадал ривожланмоқда. Ушбу йўналишни техник қўллаб-қувватлаш дезинфекцияловчи эритмаларга тўлиқ ботириши орқали стерилизация қилиниши мумкин бўлган махсус датчиклардан; керакли йўналишда юқори аниқликдаги пункция қилишга имкон берадиган пункцион адаптерлар; махсус ультратовуш текширув сигналари, дренажлар, ўтказгичлар, дилататорлардан фойдаланиш билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда қорин бўшлиғи абсцессларини даволашда ультратовуш назорати остида тери орқали аралашув ҳақида алоҳида хабарлар мавжуд [52; 75-79-б., 119; p. 554-Е555,134; p. 474-480].

Шундай қилиб, сафроли перитонитни жарроҳлик йўли билан даволаш жуда мураккаб техник ва тактик вазифадир, бу унинг счимини амалий ва фундаментал тадқиқотлар соҳасида янада илмий изланишлар олиб боришни талаб қилади.

II БОБ. КЛИНИК КУЗАТУВЛАР ТАВСИФИ ВА ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ

§2.1. Беморларнинг умумий тавсифи

Ўтган 2001-2020 йиллар давомида 20 йил мобайнида Самарқанд Давлат тиббиёт университети кўп тармокли клиникасининг жарроҳлик бўлимларида холелитиаз билан касалланган 5849 нафар бемор операция қилинган (19.9%) уларнинг 1167 нафари ўткир деструктив холецистит билан касалланган (2.1-расм), яъни тахминан бешдан бири.



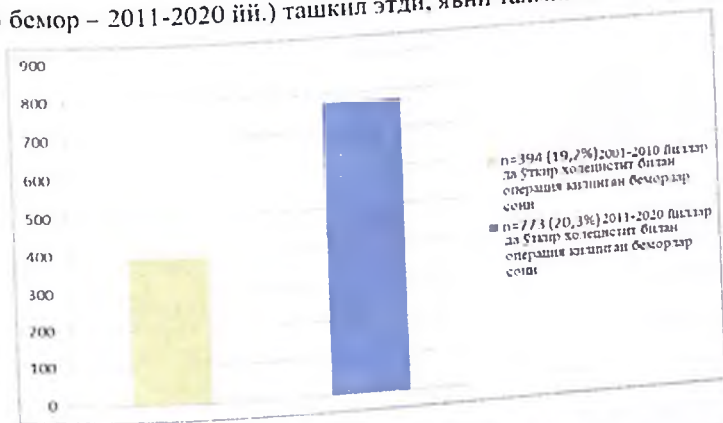
**2.1-расм. ЎТК билан умумий операция қилинган беморлар сонига
нисбатан ўткир деструктив холецистит билан операция қилинган
беморлар сони**

Биз 2001-2010 йилларга караганда (операциялар сони 2048) охириги ўн йилликда 2011-2020 йиллар мобайнида (операциялар сони 3801) ўт тош касаллиги билан операция қилинган беморлар сонининг сезиларли ўсшини кузатдик (1,9 баравар), яъни сал кам 2 мартагача (2.2-расм).



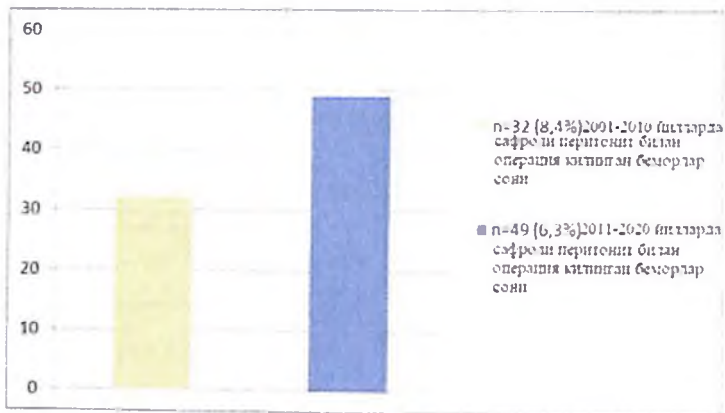
2.2-расм. Такқосланаётган гуруҳларда ўТК юзасидан операция қилинган беморлар сони

Шу билан бирга, таҳлил қилинган вақт оралиғида ўткир деструктив холециститнинг частотаси холелитиаз юзасидан операция қилинган беморларнинг умумий сонидан 19,2% ни (394 бемор – 2001-2010 йй.) ва 20,3% ни (773 бемор – 2011-2020 йй.) ташкил этди, яъни тахминан тенг (2.3-расм).



2.3-расм. Такқосланаётган гуруҳларда ўткир деструктив холецистит билан операция қилинган беморлар сони

Шу билан бирга, перитонит билан операция қилинган беморларнинг частотаси тегишли равишда 8,4% (32) ва 6,3% (49), ўткир деструктив холецистит (2.4-расм) ва операциядан кейинги билиар перитонитнинг асоратлари сифатида 1,1% (22 бемор) ва 0,7% (27 бемор) га камайди (расм 2.5).



2.4-расм. Такқосланаётган гуруҳларда сафроли перитонит билан операция қилинган беморлар сони

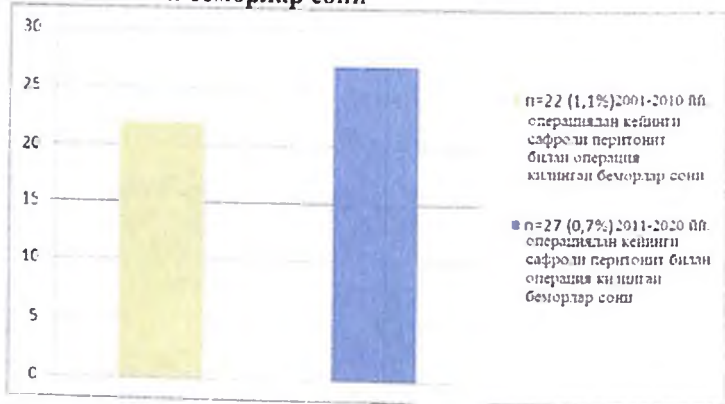
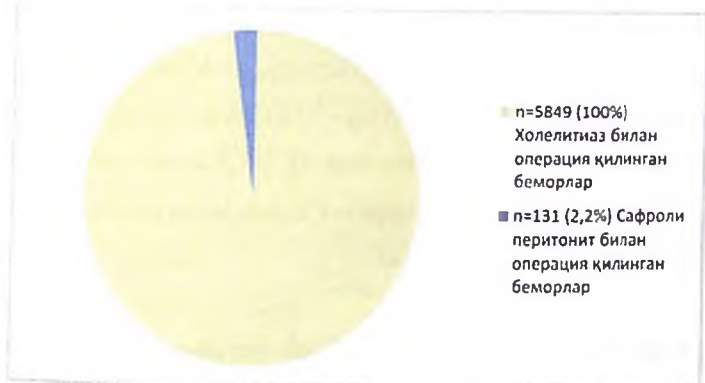


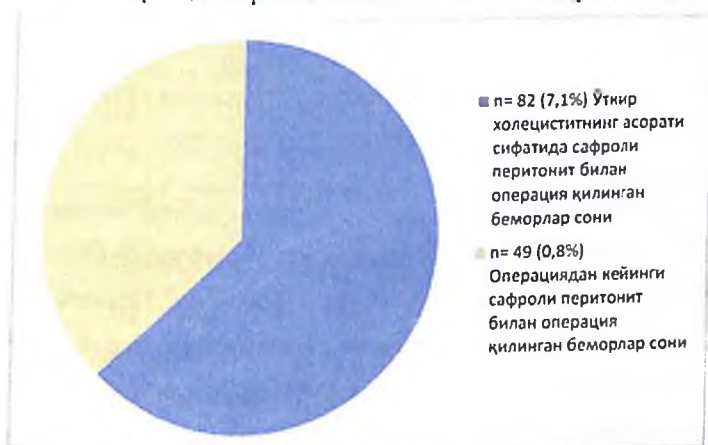
Рис. 2.5-расм. Такқосланаётган гуруҳларда операциядан кейинги сафроли перитонит билан операция қилинган беморлар сони.

Тадқиқотимиз мақсади асосида биз сафроли перитонит билан касалланган 131 беморни текшириш ва даволаш натижаларини ўрганиб чиқдик, бу холелитиаз билан касалланган барча 5849 нафар операция қилинган беморларнинг 2,2% ни ташкил этди.



2.6-расм. Сафроли перитонит билан операция қилинган беморлар сони

Улардан 82 (7,1%) бемор ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан ва 49 (0,8%) бемор холелитиаз операциясидан кейин асорат сифатида перитонит билан касалланган (расм 2.7).



2.7-расм. Ўткир холециститнинг асорати сифатида ва операциядан кейинги сафроли перитонит билан операция қилинган беморлар сони

Перитонит билан оғриган беморлар орасида 39 нафар (29,7%) эркак ва 92 нафар (70,3%) аёл бемор бор эди, жинслар нисбати 1:2,5 бўлди. Ўт тош касаллиги билан касалланган барча операция қилинган беморлар орасида бир хил нисбат 1:6 ни ташкил этди, бу адабиётлар маълумотлари бўйича

эркакларда холелитиазнинг янада мураккаб кечишини тасдиқлайди. 60-74 ёшдаги беморлар устунлик қилдилар – 46 (35,2%) ва 45-59 ёш – 37 (28,2%). 11 (8,3%) беморлар 75 ёшдан ошган, 29 (22,1%) – 30-44 ёш ва 8 (6,1%) – 29 ёшгача беморлар бўлган. Беморларнинг ўртача ёши $55,2 \pm 1,3$ ёшни ташкил қилди. ЖССТ тавсияларига кўра (2000) беморларнинг жинси ва ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган.

2.1-жадвал

Сафроли перитонит билан касалланган беморларнинг жинси ва ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши

Ёш гуруҳлари	Беморлар ёши	Эркаклар	Аёллар	Жами	%
Ёшлар	18-29	2	6	8	6,1
Кичик ўрта ёш	30-44	10	19	29	22,1
Катта ўрта ёш	45-59	12	25	37	28,2
Кексалар	60-74	11	35	46	35,2
Қариялар	75 ёшдан катта	4	7	11	8,3
Жами		39	92	131	100

Перитонит билан оғриган беморлар орасида 39 нафар (29,7%) эркак ва 92 нафар (70,3%) аёл бемор бор эди, жинслар нисбати 1:2,5 бўлди. Ўт тош касаллиги билан касалланган барча операция қилинган беморлар орасида бир хил нисбат 1:6 ни ташкил этди, бу адабиётлар маълумотлари бўйича эркакларда холелитиазнинг янада мураккаб кечишини тасдиқлайди. 60-74 ёшдаги беморлар устунлик қилдилар – 46 (35,2%). Шундай қилиб, сафроли перитонит кўпинча кекса ва қария беморларда ривожланган бўлиб, бу касалликнинг суст аломатлари билан давом этган ўткир холесиститнинг деструктив шакллари билан кўпайиши билан боғлиқ эди.

Йўлдош касалликлар 82 нафар (62,6%) беморларда мавжуд эди (2.2-жадвал).3

Сафроли перитонитли беморларда йўлдош патология структураси

Йўлдош патология	Учраш частотаси	%
Юрак ишемик касаллиги	49	37,4
Гипертония касаллиги	66	50,4
Қон айланishi етишмовчилиги	23	17,5
Сурункали бронхит, ЎСОК	17	12,9
Сурункали пиелонефрит	10	7,6
Сийдик тош касаллиги	7	5,3
Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси	9	6,8
Сурункали колит	5	5,3
Қандли диабет	11	8,4
Морбид семизлик	14	10,7
Оёқларнинг варикоз касаллиги	17	12,9
Вентрал чурралар	12	9,1

Холангит, асосий патологик жараённинг асорати сифатида. 67 (51,1%) беморда аниқланди. Икки тизимнинг сурункали биргаликда патологияси беморларнинг 41% да, 26% да уч ёки undan кўнида кайд этилган.

Жаррохлик ривожланишининг хозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, СП да янги даволаш-диагностика тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқот вазифаларини ҳал қилиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинди. I гуруҳга (такқослаш гуруҳи) ўткир деструктив холецистит ва операциядан кейинги сафроли перитонитнинг асорати сифатида перитонит билан оғриган, 2001-2010 йилларда операция қилинган 55 (41,9%) бемор кирди, уларни комплекс даволашда стандарт анъанавий ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳ) – 2011-2020 йилларда операция қилинган 76 (58,1%) бемор кирди, уларда даволаш-диагностика чоралари алгоритми FTS - тез тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланган ва

миниинвазив жаррохлик аралашувлар жаррохлик даволашнинг устувор усуллари сифатида ишлатилган. ТТД ни клиник таъбиқ этиш жараёнида ёндашув жаррохлик жамиятининг тезлаштирилган тикланиш давридаги ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) бўйича тавсияларига асосланди.

Сафроли перитонитнинг клиник шакли С. М. Курбонов таснифи бўйича аниқланди (2013 й).

§2.2. Беморларни текшириш усуллари

Сафроли перитонит билан оғриган барча беморлар шикоятларини, анамнез маълумотларини, касалликнинг клиник кўринишини, лаборатория, инструментал ва нурли диагностика усулларини баҳолашга асосланган кенг камровли клиник текширувдан ўтдилар.

Текширилган беморларда сафроли перитонитнинг биринчи ва кўп кузатиладиган клиник кўриниши турли хил интенсивликдаги қорин оғриғига шикоятлар бўлди. Беморларнинг 41,2% да улар ўртача даражада кучли ва манбага қараб маҳаллий жойлашувга эга бўлди, 58,8% да – оғриқ кучли ва қорин бўшлиғининг 2 ёки undan ортик анатомик соҳаларида кузатилди. Шу билан бирга, оғриқнинг интенсивлиги манбанинг жойлашувига ва касаллик бошланиши вақтига боғлиқ эди. Бир кун ёки undan кўпроқ вақт олдин ривожланган кенг тарқалган перитонитда оғриқ кучли бўлиб, қориннинг барча қисмларига тарқалди.

Касалликнинг клиник кўринишлари, юқоридагилардан ташқари, кўнгил айниш, заифлик, умумий безовталик, иситма ва ваража, қорин шиши, нажас ва газлар тугилиши кузатилди.

Беморларни объектив текшириш пайтида қорин олд деворининг мушаклари таранглиги билан биргаликда бир ёки бир нечта қорин соҳасидаги оғриқ аниқланди. Шундай қилиб, беморларнинг 37,2% да қорин бўшлиғи юмшқок бўлган жойлардан бирида ва қорин парда таъсирланган хусусияти аломатлари билан биргаликда маҳаллий оғриқ қайд этилди, қолган беморларда оғриқ тарқоқ ва қорин ўнг соҳаларида аниқланди. Шу билан бирга, қорин

парда таъсирланиш аломатлари шубҳали деб қаралди ва қорин олд деворининг мушакларининг таранглиги белгилари вақт ўтиши билан оинмади.

Перитонитнинг турли хил клиник ва морфологик шаклларида касалликнинг клиник кўринишини ўрганиш шуни кўрсатдики, клиник кўриниш қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг оғирлиги ва экссудат ҳажмига боғлиқ.

Перитонитнинг барча аниқланган морфологик шакллари билан асосий клиник белгилар бир хил даражада кенг тарқалганлиги аниқланди (2.3-жадвал).

2.3-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида касаллик симптомларининг учраш частотаси

Симптом	Қиёсий гуруҳ	Асосий гуруҳ
	n=40	n=37
Оғрик	100%	100%
Кўнгил айниши/қусиш	83,3%	79,2%
Ичаклар парези	91,8%	96,16,5%
Тана ҳарорати, °С	37,0±2,9	37,1±0,8

Оғрик синдроми белгиларининг ривожланишини, шу жумладан қорин олд деворининг мушакларининг таранглигини ва қорин парда таъсирланиш белгиларининг мавжудлигини таҳлил қилиб, перитонит билан оғриган беморларнинг ўрганилган гуруҳларида унинг намоён бўлиш частотаси статистик жиҳатдан аҳамиятли эмаслиги аниқланди ($p=0,006$).

Сафроли перитонитдаги гемодинамик бузилишлар юрак қисқаришлари сопиининг ортиши, гипотензияга мойиллик билан намоён бўлди. Нафас бузилишлари - нафас олишининг сусайиши, асосан зарарланиш томонида ва тахисноэ кузатилди (2.4-жадвал).

Олинган маълумотлар биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморларда тахикардия перитонит билан оғриган беморнинг барқарор умумий ҳолатига эга бўлган доминант клиник аломат деган хулосага келишимизга имкон берди.

2.4-жадвал

Таққосланаётган гуруҳларда гемодинамика бузилишлари

Клиник белгилар	Киёсий гурух	Асосий гурух
	n=40	n=37
ЮКС дақиқада	110±12	96±6
Гипотония, < 70 мм.смм.уст	12 (11,8%)	20 (20,6%)
Гипертония, < 70 мм.смм.уст	6 (5,9%)	4 (4,1%)
Нафас сусайиши, %	8 (21%)	3 (6,3%)
Нафас частотаси, дақиқада	22,8±1,8	20,6±1,7

Чегараланишга мойил бўлмаган кенг тарқалган перитонитли беморларда тизимли яллиғланиш реакциясининг аниқ клиник белгилари ва қорин бўшлиғи органларидан маҳаллий аломатлар устунлик қилади, бу беморнинг аҳволининг оғирлигини аниқлайди.

Операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган беморларни даволаш клиник, лаборатория ва инструментал диагностика усуллари мажмуасининг динамик назорати остида олиб борилди, уларга қуйидагилар қиради:

1. Тана ҳарорати, қон босими (ҚБ), пульс (ЮКС), марказий веноз босим (МВБ) мониторинги.
2. Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили.
3. Қоннинг асосий биокимёвий кўрсаткичларини динамик аниқлаш (глюкоза, умумий оксил, альбумин, билирубин ва унинг фракциялари, аланинтрансфераза (АлАТ), аспаргаттрансфераза (АсАТ), креатинин, мочевино, электролитлар (К, Na, Са).
4. Артериал ва аралаш веноз қоннинг газ таркибини, шунингдек кислота-асос ҳолатини баҳолаш.
5. Коагулограмма.
6. ЭКГ регистрацияси.

7. Соатлик ва кунлик диурез мониторинги, патологик ва физиологик йўқотиниларни ҳисоблаш амалга оширилди.

Барча 131 бемор қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текширувидан (УТТ) ўтди, кўрсатмаларга кўра – фиброгастроуденоскопия. РПХГ (17), фистулохолангиография (9), операция вақтида холангиография (24), МРПХГ (21), компьютер томография (19), лапароскопия (49) ўтказилди.

Ультратовуш текшируви.

Қорин бўшлиғига сафро чикиши ва сафроли перитонит билан барча беморларни инструментал текшириш ультратовуш ёрдамида қорин бўшлиғидаги эркин суюқликни ёки унинг чегараланган тўпланишларини аниқлаш билан бошланди. Бундан ташқари, ультратовуш асосий сафро йўллариининг диаметрини сафро чикиши бузилишининг муҳим хусусиятларидан бири сифатида баҳоланди (2.8-расм).

Бемор касалхонага ётқизилганда ультратовуш текшируви ўтказилди ва ультратовуш текшируви 2-3 кунлик интервал билан ўтказилди. Қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар динамикасини, янак туткичида суюқлик ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлигини, шунингдек қорин парда орти тўқималарининг инфилтрацияси даражасини баҳолашга алоҳида эътибор қаратилди. Бундан ташқари, ўт пуфаги ва ўт йўллариининг ҳолати баҳоланди.



2.8-расм. Бемор Д., 54 ёшда. Эхограмма. ЛХЭ операциясидан сўнг 2 кун. Жигар ости соҳасида ўт тўпланиши.

УТТ 131 беморда рақамли сканерларда ўтказилди: "Hitachi EUB 6500".

"Siemens G 60S Sono Line".

Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви беморларнинг ахволи оғирлиги ва диафрагманинг ҳаракатчанлиги чекланганлиги сабабли сезиларли даражада тўскинлик қилди. Қорин бўшлиғини текшириш ичак парези туфайли ҳам мураккаблашади, бу эса ультратовуш расмини талқин қилишни қийинлаштирди. Сектор датчик ёрдамида ковоурғалараро бўшлиқдан сканерлашда жарроҳлик аралашуви майдонини визуализация қилиш содалаштирилди. Операциядан кейинги даврда ўт пуфаги соҳасининг йўналишини ва ажратилган суюқлик тўпланиши учун жигар ости бўшлиқни текширишга катта аҳамият берилди. Жигар ости бўшлиқда суюқлик тўпланиши мавжуд бўлганда, ультратовуш унинг ҳажмини аниқлашга имкон берди ва агар керак бўлса, диагностика ва даволаш мақсадида ультратовуш назорати остида диагностик пункция амалга оширилди. Пункция ва агар керак бўлганда, ҳажмли суюқлик тўпланишининг дренажи ультратовуш назорати остида, 3,5 МГц да чизикли Т-шаклидаги датчик ёрдамида амалга оширилди.

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография.

Жигар ичи ва жигардан ташқари сафро йўллари ва асосий ошқозон ости беzi йўлларининг патологиясини аниқлашда асосий диагностика усули РХПГ бўлди. Ушбу усул ўт йўлларининг ҳолатини баҳолаш учун информаццион ва объектив ҳисобланади. РХПГ ўт йўллари ва ошқозон ости беzi йўлларининг обструкцияси, ўт табиатидаги ўзгаришлар сабабини, табиатини, даражасини аниқлашга имкон берди. ЭРХПГ 17 беморда амалга оширилди ва қуйидагиларга имкон берди: сафро оқинининг генезини тўғри аниқлаш, сафро йўлларида ташқарига контрастни ўтиши мавжудлигини ва локализациясини аниқлаш.

РХПГ диагностика муаммоларини ҳал қилишга ва холестази ҳодисаларини ҳал қилиш учун старли чораларни қўришга ёки ҳар бир ҳолатда оқилонда даволаш усулини тавсия этишга имкон берди (2.9-расм).



**2.9-расм. РПХГ. Бемор С. 47 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги
холат 3 кун. Резидуал холедохолигтаз, биллар гипертензия.**

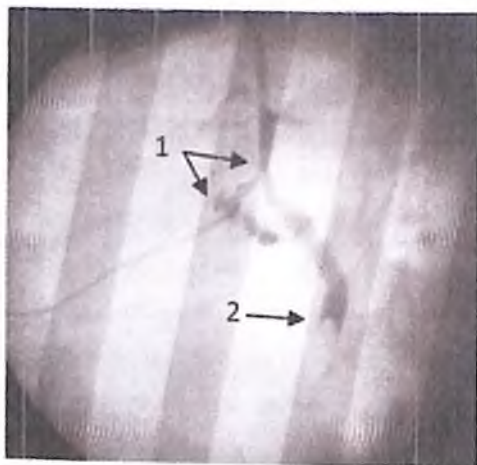
РХПГ электрон-оптик конверторли “General Electric” компаниясининг С-ёйли рентген қурилмасида махсус рентген хонасида амалга оширилди. Рентген тасвирларининг умумий қабул қилинган фиксациясидан ташқари, биз магнит ташувчиларда ва шахсий компьютернинг каттик дискларида рентген маълумотларини ёзиб олишдан фойдаландик. Даволаш-диагностика комплексининг эндоскопик қисмини амалга ошириш учун эндоскопик қурилмаларнинг турли моделлари ишлатилди. Япониянинг “Olympus” фирмасининг эндоскопларига устунлик берилди, уларнинг қурилмалари манипуляцияни амалга ошириш учун мақбул шароитларни таълаш учун жуда зарур бўлган ва жуда ишончли ва ишлатиш учун қулай бўлган жуда кўп модификацияларга эга. Дуоденоскопларнинг асосий моделлари диаметри 3,2 мм бўлган инструментал канал билан JF — 1Т 40 серияли эндоскоплар эди. Ушбу эндоскоп моделлари кичик ташқи диаметрга ва дистал учининг сезиларли бурилишига эга, бу уларга ўн икки бармоқли ичак деформациялари билан жуда маневрли бўлишга имкон беради. Транспапилляр даволаш аралашувларини амалга ошириш учун инструментал каналнинг диаметри 4,2 мм га тенг бўлган қатта ёриқли дуоденоскоплар ишлатилди. Бу аралашувнинг турли босқичларида катта диаметрли асбоблардан фойдаланишга имкон

берди.

Сафро йўллариини контрастлаш учун паст зичликдаги конкрементларини "тикилиб колиш" таъсиридан сақланиш учун ион ва нопон контраст моддалар ишлатилди: урографин, тразограф, омнипакс 300, ультравист 300 концентрацияси 25-30%.

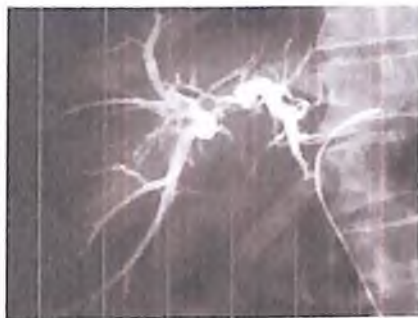
Фистулохолангиография

Биз 9 беморда гепатикохоledoхда дренаж трубкаси орқали ташқи сафро чикишида ФХГ дан фойдаланганмиз. Ушбу текширув сафро йўллариининг шикастланишини, унинг локализациясини аниқлашга ёрдам берди. Фистулографияни бажариш техникаси қуйидагича. Бемор орқа томони билан ётади. Дренаж найчасига паст босим остида 10-15 мл сувда эрийдиган контраст восита (омнипакс) юборилди. Бир печта проекцияларда рентгенография амалга оширилди (2.10-расм).



2.10-расм. Фистулохолангиограмма. Бемор А. 41 ёш. Контраст моддани ўт йўлларидаги қорин бўшлиғига ўтиши аниқланади. 1 — дренаж гепатикохоledoхда; 2 — умумий ўт йўли дистал қисми конкременти. Операция вақтидаги холангиография

Операция вақтидаги холангиография-бу ЖУЙ шикастланишларини операция ичи диагностикаси учун ажралмас диагностика техникаси (2.11-расм).



2.11-расм. Операция вақтидаги холангиография. Бемор Д. 46 ёш. Жигр ичи ўт йўллари контрастланади. Гепатикохоledохининг дистал қисми контрастланмайди.

Операция вақтидаги холангиография анатомик жиҳатдан қийин вазиятларда ва ЖУЎИни операция вақтида шикастланишига шубҳа қилинган ҳолларда мутлақо кўрсатма деб ҳисобланади ва 24 беморда амалга оширилди. Уларнинг асосий кўрсатмалари жарроҳлик соҳасида сафро пайдо бўлиши эди, унинг чиқиш манбаи ноаниқ бўлса ёки ўт пуфаги бўйида қўшимча найчали тузилмалар мавжуд бўлса. Операция вақтидаги холангиография пуфак йўли орқали ёки пункция орқали амалга оширилди. Триомбраст контраст, урография 76% - 20.0 контраст қўлланилди.

Магнит-резонанс панкреатохолангиографии (МРПХГ)

МРПХГ энг маълумотли сканерлаш диагностикаси усули бўлиб, 21 беморда ўтказилди. Тадқиқот «Philips Gyroscan Intera», 1.0 Т. МРПХГ техникаси контраст моддаларни киритмасдан ва сафро тизимига аралашмасдан жигар ичи ва жигардан ташқари сафро йўлларининг тўлиқ тўғридан-тўғри тасвирини олишга имкон берди. Тасвирни тадқиқот мақсадига қараб бир неча проекцияларда (горизонтал, фронтал, сагитал) олиш мумкин. МРПХГ яхши амалга оширилиши билан ажралиб туради. Операциядан олдинги текширув босқинида МРПХГ дан фойдаланиш сафро гипертензиясининг оғирлигини инвазив бўлмаган усулда баҳолашга, ўт пуфаги анатомиясининг хусусиятларини аниқлашга ва шикастланиш даражасини баҳолашга имкон берди (2.12-расм).



2.12-расм. МРПХГ. Бемор С. 54 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги ҳолат, 2 кун. Жигар дарвозаси соҳасида гепатикохоledохнинг тўлик жароҳатланиши

Лапароскопия.

Лапароскопик текширувлар эндотрахсал наркоз остида ўтказилди. Лапароскопия учун кўрсатмалар 1) ноаник этиологияли перитонит; 2) корин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш зарурати.

Лапароскопия, агар керак бўлса, ўт пуфагини катетеризация қилиш, декомпрессия ва ўт йўллариининг санацияси билан яқунланди. Лапароскопия пайтида олинган перитонеал экссудат бактериологик текширувдан ўтказилди.

Тадқиқот 49 беморда умумий вена ичига ёки интубацион наркоз остида ўтказилди. Анестезия усулини танлаш мўлжалланган операцион дастурни ҳисобга олган ҳолда беморнинг соматик ва психологик ҳолатига боғлиқ. Корин олд девори мушакларининг бўшашиини кўришиини яқинлади ва процедуранинг диагностик қийматиини оширди.

Пневмоперитонеум маълум усуллардан бирида қўлланилди. Лапароскопнинг диаметрига қараб, 5 ёки 10 мм троакар киритилди. Диагностик лапароскопия видео тизим ёрдамида амалга оширилди. (2.13-расм).



2.13-расм. Реллапароскопия. Бемор Г. 39 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги ҳолат, 3 кун. Қўшимча жигар-пуфак йўлларидаги (Люшка йўллари) ўт окиши қўрнади.

Болиос контрасти билан компьютер томографияси (КТ) ўтказилди. Зарурат туғилганда, такрорий текширув ўтказилди.

КТ 19 беморда амалга оширилди. Бу ҳолда кесимнинг қалинлиги ва томография босқичи ThIX-X дан LIII-IV гача 10 мм эди. Олинган маълумотлар корин бўшлиғи ҳолатини, корин парда орти бўшлиқни янада ишончли баҳолашга, перитонит шаклини фарқлашга, шунингдек даволаш-диагностик тактикани аниқлашга имкон берди.

Периферик кон, сийдик ва биокимёвий кон лаборатория таҳлиллари умумий қабул қилинган усулларга мувофиқ ўтказилди.

Эндоген интоксикация даражасини ва яллиғланиш жарасининг динамикасини тавсифлаш учун Я.Я. Кальф-Калифнинг лейкоцитлар интоксикацияси индексини ҳисоблаш ишлатилди.

Асоратларни ўз вақтида ташхислаш мақсадида клиник микробиология лабораторияларида диагностика пунктларида аспирацияланган кон, сафро, перитонеал экссудат ва суюқликлар микробиологик текширувдан ўтказилди.

APACHE II шкаласи (Acute Physiology and Chronic Health Estimation; Knaus W.A. et al., 1985) беморларнинг аҳволнинг оғирлигини баҳолаш учун ишлатилди. Физиологик кўрсаткичларнинг ўткирлиги организмнинг физиологик ва лаборатория кўрсаткичларини баҳолашда олинган балларни қўшимча орқали ҳисоблаб чиқилган. Асаб тизимининг ҳолати Глазго кома

шкаласида баҳоланди. APACHE II шкаласининг умумий баллари физиологик кўрсаткичлар, беморларнинг ёши ва сурункали касалликларни қўниб олишган.

Органлар дисфункциясининг даражаси SOFA (Sequential Organ Failure Assessment; Vincent J.L. et al., 1996) шкаласи бўйича аниқланди. бу юрак-кон томир, нафас олиш, жигар, буйрак, кон айланиш ва марказий асаб тизимларининг бузилишини ҳисобга олади.

Тизимли яллиғланиш реакцияси синдромини SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; Borner.C. et al. 1991) баҳолаш халқаро клиник ва лаборатория мезонларини аниқлаш орқали амалга оширилади:

- тана ҳарорати 38°C дан ортиқ ёки 36°C дан кам;
- тахикардия дақиқада 90 дан ортиқ;
- тахипноэ 20 дан ортиқ ёки pCO_2 32 мм сим уст дан кам;
- лейкоцитоз $12 \times 10^9 / \text{л}$ дан ортиқ ёки $4 \times 10^9 / \text{л}$ дан кам ёки етилмаган шаклларнинг 10% дан кўплиги.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш «IBMPCAT «Pentium-IV» шахсий компютери ёрдамида шахсий компютер учун "Microsoft Office" 2000 версияси кенгайтирилган нашрининг амалий дастурлари тўплами билан амалга оширилди. Кўрсаткичларнинг статистик аҳамияти ва таққосланаётган гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг ишончлилигини баҳолаш «BIOSTAT» дастурий тўплами ёрдамида, Стьюдента, Фишера и χ^2 мезонларини қўллаш билан ҳисобланди. Боғлиқликларни таҳлил қилиш учун Спирменнинг даражадаги корреляция коэффиценти ишлатилди.

III БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ АСОРАТИ СИФАТИДА САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

§3.1. Ўткир холецистит асорати сифатида сафроли перитонитнинг клиникаси

Ушбу бобда ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан оғриган, 2001-2020 йиллар давомида операция қилинган 82 нафар беморни текшириш ва даволаш натижалари келтирилган.

Жарроҳлик ривожланишининг ҳозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, сафроли перитонитнинг янги даволаш-диагностика тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқот вазибаларини ҳал қилиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинди. I гуруҳ (такқослаш гуруҳи) 2001-2010 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан оғриган 33 беморни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул қилинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳ (асосий гуруҳ) 2011-2020 йилларда операция қилинган 49 нафар беморни ўз ичига олди, уларда даволаш ва диагностика тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланди ва жарроҳлик даволашнинг устувор усуллари сифатида минималлашган жарроҳлик аралашувлар ишлатилди. ТТД ёндашув клиник таъбиқ этишда тезлаштирилган тикланиш жарроҳлиги жамияти - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) тавсияларига асосланган.

Сафроли перитонит кўпинча кекса ва қария беморларда ривожланган бўлиб, бу касалликнинг суяк аломатлари билан давом этган ўткир холециститнинг деструктив шакллари билан кўпайиши билан боғлиқ эди. Кекса одамларда, одатда, узок давом этган ўт тош касаллиги ва суяк инфекцияни ташувчиси ҳисобланади, муҳим морфологик ўзгаришлар нафақат ўт пуфагида, балки жигарда, ошқозон ости безида ҳам ривожланган бўлади. Бундан ташқари, ушбу беморларда оғир йўлдош касалликлар мавжуд бўлиб, улар

маълум даражада хирургларни бундай беморларда санацион жаррохлик аралашувни амалга оширишидан саклади, бу эса ўткир холециститнинг деструктив шакллари ривожланиши, ўт пуфаги перфорацияси ва сафроли перитонит ривожланишига олиб келади.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида қорин бўшлиғига ўт оқиши механизмига кўра, биз сафроли перитонитнинг икки хил шаклини кузатдик: ут пуфаги деворидан сизиб чиқиши оқибатида ривожланган ва ут пуфаги деворининг тешилиши яъни перфорацияси оқибатида ривожланган. “Тешилган” сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда (12- таккослаш гуруҳида, 15 - асосий гуруҳида) кузатилди, бу ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва тешилиши фониди қорин бўшлиғида ўткир жараён сифатида намоён бўлди. Ўт пуфаги деворининг тешилишисиз деструктив холецистит фониди “сизиб” ўтувчи сафроли перитонит ривожланади ва қорин бўшлиғига сафронинг аста-секин оқиши бўлганлиги сабабли перитонит сезиларсиз белгилар билан кечган. Фақатгина қорин бўшлиғида сезиларли даражада ўт тўпланишида перитонитга хос белгилар пайдо бўлди, бу эса уларни жаррохлик шифохонасига етказишга сабаб бўлди. Кузатишларимизга кўра сизиб ўтувчи сафроли перитонит 55 (67,1%) беморда (21 - таккослаш гуруҳида, 34 - асосий гуруҳида) кузатилди. Шундай қилиб, бизнинг кузатишларимизда сизиб ўтувчи сафроли перитонитнинг сезиларли даражада устунлиги (2 мартадан ортик) кузатилди (3.1-жадвал).

3.1-жадвал

Сафроли перитонит ривожланиши механизмига кўра беморларнинг тақсимланиши

Перитонит характери	Жами беморлар		Қиёсий гуруҳ		Асосий гуруҳ	
	сон	%	сон	%	сон	%
“перфоратив”	27	32,9	12	44,4	15	55,6
“сизиб” ўтиши сабабли	55	67,1	21	38,2	34	61,8
Жами	82	100	33	40,2	49	59,8

Сафроли перитонит ривожланишида академик Ф. Г. Назиров ва бошқ. (2019) фикрига кўра қуйидаги омиллар асосий ҳисобланади.

Сафро чикиши табиати, миқдори ва тезлиги. Корин парда ва умуман организмнинг реакцияси бир вақтнинг ўзида массив сафро чикиши, унинг секин ўтиши ёки сафро сизиб ўтишида фарк қилади. Биринчи ҳолда абдоминал шок клиникаси кузатилади, сафро сизиб ўтиши клиник жихатдан деярли сезилмайди (бизнинг кузатишларимизда перфоратив сафроли перитонит бўлган 27 бемордан фақат 3 нафари шок ҳолатида клиникага ётқизилган). Сафро сифати ҳам сафро келтириб чиқарадиган патологик жараённинг ривожланишига таъсир кўрсатди. Ўт пуфаги эмпиемасида девор тешилиши шок ҳолати билан кечмаган (бизнинг кузатишларимизда 10 та шундай бемор бўлди).

Корин бўшлиғида йиғиладиган сафро тарқалган ёки чегараланган бўлиши мумкин. Корин бўшлиғига сафро тарқалиши оғир шок реакцияси билан бирга келади. Шу билан бирга, чекланган соҳада сафро чикиши ва тўпланишида перитонитнинг аниқ намоён бўлиши белгилари кузатилмади.

Шундай қилиб, сафроли перитонит билан асоратланган деструктив холциститли 82 нафар бемор орасида патологик жараённинг табиатига кўра 55 (67,1%) беморда “сизиб” ўтиши кузатилди, улардан 9 тасида (16,4%) тарқалган ва 46 тасида (83,6%) чегараланган. “Перфоратив” сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда кузатилди, улардан тарқалган - 10 (37,1%) ва чекланган - 17 (62,9%) та беморда (3.2-жадвал).

3.2-жадвал

Сафроли перитонит тарқалганлигига кўра беморларнинг тақсимланиши

Перитонит характери	Жами беморлар		Қиёсий гуруҳ		Асосий гуруҳ	
	сони	%	сони	%	сони	%
тарқалган	19	23,2	8	42,1	11	57,9
чегараланган	63	76,8	25	39,7	38	60,3
Жами	82	100	33	40,2	49	59,8

Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимизга кўра, беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида (76,8% ҳолларда) чегараланган сафроли перитонит кузатилди.

“Перфоратив” ва “сизиб” ўтши сабабли сафроли перитонит билан касалланган беморларда касалхонага ётқизилганида касалликнинг ўткир бошланиши 27 (32,9%) ва аста-секин ортиб бориши 55 (67,1%) беморда қайд этилган. Оғир шакли - диффуз сафроли перитонит 23,2% беморда кузатилди, яъни беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида.

Касалликнинг биринчи кунда 31 (37,8%), иккинчи кун - 22 (26,8%), учинчи кун - 18 (21,9%), тўрт кундан етти кунгача - 6 (7,3%) ва етти кундан кейин -5 (6,1%) бемор касалхонага мурожаат қилган. Шундай қилиб, беморларни кеч касалхонага ётқизишнинг сезиларли улушини қайд этиш мумкин, бу уларнинг ўз аҳолини старли даражада баҳоламаслик натижасида тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишлари билан изоҳланади.

Патологик жараёнинг хилма-хиллиги сафро таъсирининг мураккаб механизмига ва организмнинг жавоб реакцияларига бевосита боғлиқ эди. Ушбу омиллар маълум даражада сафроли перитонитнинг кўплаб аломатлари ва патогномоник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқ. $\frac{1}{3}$ ҳолларда сафроли перитонит кескин ва тўсатдан бошланди, сўнгра клиник кўринишга кўра, у қорин бўшлиғининг кўплаб ўткир касалликлари билан ўхшашликларга эга эди, бу кўпинча диагностика хатоларига олиб келди. Шу билан бирга, беморларнинг $\frac{2}{3}$ қисмида сафроли перитонит аста-секин қорин бўшлиғи органларининг сурункали касаллиги сифатида қараладиган касаллик белгиларининг ортиб бориши билан бошланди. Клиниканинг ушбу хусусиятлари ва сафроли перитонитнинг кечиши касалликнинг таъхисини ва ушбу касаллик учун жарроҳлик даволааниши кечиктириши келтириб чиқарди. Барча беморларда тизимли яллиғланиш реакцияси аломатлари бўлган.

Касалхонага ётқизилганда 17 (20,7%) беморда умумий ҳолат нисбатан қониқарли, 31 тасида (37,8%) ўртача, 24 тасида (29,3%) оғир ва 10 тасида (12,2%) ўта оғир аҳвол қайд этилган.

Сепсис диагностикаси мезонларига асосланиб, 114 (87%) беморда

тизимли яллиғланишни жавоб синдроми (SIRS) кузатилди, улардан 10 таси септик ҳолатда эди.

§3.2. Ўтқир деструктив холецистит асорати сифати сафроли перитонит бўлган беморларда жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш

Сафроли перитонит бўлган беморлар шошилинч жарроҳлик даволашига муҳтож эдилар, корин бўшлиғида сафро борлиги эса уни дарҳол бартараф қилиш ва манбани йўқ қилишни талаб қилди. Шу билан бирга, беморларнинг аксарияти кекса ёшдаги, оғир йўлдош патологияга эга бўлиб, операция вақти ва донрасига табақалантирилган ёндашуви талаб қилди. Бундай ҳолларда интенсив инфузион дезинтоксикацион терапия, сув-электролитлар мувозанатини коррекцияси, организмдаги оксил таркибни тўлдирish зарурати туғилди. Бирок, бу бузилишларни жарроҳлик аралашувисиз нормалантириш мумкин эмас эди, шунинг учун биз беморларнинг аҳволини яхшилаш ва барқарорлаштиришнинг нисбий кўрсаткичларини бошқаришимиз керак эди.

Сафроли перитонит билан касалхонага ётқизилган 82 нафар беморнинг 31 нафари (37,8%) дастлабки 6 соат ичида операция қилинган. Бу гуруҳ беморлари нисбатан стабил ҳолатда қабул қилинган, диагностикадирлар ва операциядан олдинги тайёргарлик ўтказиш ҳолати қўлай бўлди. 6 дан 24 соатгача, яъни биринчи кунда 43 (52,4%) бемор операция қилинди. Клиникага ётқизилган пайдан бошлаб бир суткадан кейин операция 8 (9,8%) беморда амалга оширилди. (табл.3.3).

Стационарга қабул қилиш билан операция муддатига кўра беморларни тақсимланиши

Операция муддати	Жами беморлар		Қиёсий гуруҳ		Асосий гуруҳ	
	сони	%	сони	%	сони	%
6 соатгача	31	37,8	12	36,4	19	38,8
6-24 соат	43	52,4	17	51,6	26	53,1
24 соатдан кўн	8	9,8	4	12,1	4	8,1
Жами	82	100	33	40,2	49	59,8

Таккослаш гуруҳидаги беморларда хажмига қараб бажарилган операциялар 3 турга бўлинди: - 19 та беморда ХЭ, жигар ости бўшлиғини санацисы ва дренажлаш; - 9 та беморда ХЭ, санацисы ва корин бўшлиғини дренажлаш; - 5 нафар беморда ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацисы ва дренажлаш ўтказилди. Барча ҳолатларда кенг юкори-ўртадан киришдан фойдаланилган (табл 3.4).

3.4-жадвал

Таккослаш гуруҳида сафроли перитонит бўлган беморларда жарроҳлик аралашувларнинг хажми ва табиати

Операция хажми	Жами беморлар	
	сони	сони
Лапаротомия, ХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацисы ва дренажлаш	19	19
Лапаротомия, ХЭ, корин бўшлиғининг санацисы ва дренажлаш	9	9
Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацисы ва дренажлаш	5	5
Жами	33	33

Беморларнинг асосий гуруҳида куйидаги операциялар турлари амалга оширилди: - ультратовуш текшируви остида микрохолестистостомия ва

билома пункция – 11 беморда; ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш – 9 беморда; – ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи) – 4 беморда; – ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш, ЭПСТ – 3 беморда; – минилапаротом кириш орқали ХЭ ва холедохолитотомия, умумий ўт йўлларининг дренажи ва жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш – 6 беморда; – очик кенг лапаротомия усулида ХЭ, қорин бўшлиғини тозалаш ва дренажлаш - 16 беморда (3.5-жадвал).

Таблица 3.5

Асосий гуруҳда сафроли перитонит бўлган беморларда жаррохлик аралашувларнинг ҳажми ва табиати

Операция ҳажми	Ҳами беморлар	
	сони	сони
Микрохолестистостомия ва билома пункцияси	11	22,4
ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш	9	18,4
ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи)	4	8,1
ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш, ЭПСТ	3	6,1
Минилапаротом кириш орқали ХЭ ва холедохолитотомия, умумий ўт йўлларининг дренажи ва жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш	6	12,2
Лапаротомия, ХЭ, қорин бўшлиғини тозалаш ва дренажлаш	16	32,6
Ҳами	49	100

Асосий тадқиқот гуруҳида ўткир деструктив холецистит билан оғриган ва жигар ости бўшлиғида сафро тўпланиши билан оғриган умумий аҳволи оғир бўлган 11 нафар беморга, ўт пуфағини тери-жигар орқали микрохолестистостомия (ТЖМХС) ёрдамида декомпрессия қилинди ва ультратовуш назорати остида биломалар пункцияси амалга оширилди. Ўт пуфағини дренажлаш канални ёпиш ва сафро окшишни олдини олиш учун

жигар паренхимасининг бир қисми орқали амалга оширилди. Ўт пуфагини дренажлаш жигар паренхимаси соҳаси орқали канал герметизацияси ва ўт оқиши профилактикаси мақсадида бажарилди. Дренажлаш барча ҳолатларда катетер диаметри 4F и 9F бўлган катетернинг охирида "саватчали" "соябон" стилет-катетер билан амалга оширилди. Микрохолестотомиядан сўнг, бу беморлар қорин бўшлиғида суюқликнинг чекланган тўпланишини эвакуация қилиш учун биломалар ультратовуш назорати остида пункция қилинди. Ўт пуфаги ва биломанинг таркиби тўлиқ эвакуация қилинди, бўшлиқ физиологик эритма билан тоза ювиндигача ювилди ва дренаж узайтирилди. Дренаж ажралмаси визуал равишда баҳоланди ва бактериологик текширувга юборилди. Ўт пуфаги бўшлиғини бўшатиш тўлиқлиги эхографик жиҳатдан назорат қилинди.

Ультратовуш текшируви назорати остидаги барча тери орқали аралашувлар олинган пункцион қурилмани, 3,5 Мгц режимида ишлайдиган Bruel & Kjaer 1846 секторли датчигида амалга оширилди.



Рис 3.1 Ультратовуш сканерлаш остида билома пункцияси

Ушбу қурилманинг телемонитори мақсадли органга пункцион траекторияни кўрсатувчи электрон матрица билан жиҳозланган. Пункцион қурилма томонидан белгиланган қиялик бурчаги (тахминан 20°), шунингдек асбоб йўналиши ҳам телемонитор экрандаги маркер қизикка мос келади (3.1-

расм)

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол. Бемор К., 68 ёш, касаллик тарихи № 3948, 12.03.2019 кунги клиникага ётқизилган, ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқ, қорин ишини, оғизда аччиқ таъм, тана ҳароратининг 39 °С га кўтарилишидан ишқоят қилди. 10 кун давомида касал. Илгари ўнг қовурга ёйи остида бир неча марта хуружли оғриқларни ўтказган. Амбулатор ультратовуви текшируви пайтида 2018 йилдан бери ўт пуфагининг конкрементлари мавжуд. Қабул қилинида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари оқарган. Аускультатив иккала томондан ўтқада везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, нулс ритмик, таранг. Тили бироз қуруқ, оқ қоплама билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиши актида қаттаилади, пальпацияда ўнг ўнг қовурга ёйи остида оғриқ кузатилади. Мерфи ва Ортнер-Грековнинг симптомлари ижобий. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Стул оддатдаги рангда. Сийини эркин.

Умумий қон таҳлили: Нв-85 г/л, эр.- $2,7 \times 10^{12}$ мк/л, РК-0,8, тромб-230, лейкоц.- $12,7 \times 10^9$ мк/л, қон ишини вақти -3 '50''-4 '00'', п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-22,65 мкмоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,34 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеv.-4,66 ммоль/л, қол.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, ум.оқсил-70,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенографияси: патология аниқланмайди. УТТ: ўт пуфаги 8,5×4 см, пуфак девори - 5 мм, ичида конкрементлар аниқланади, диаметри 0,8 см гача. Холедох d-0,9 см, ичида итир-итирли қуюқ ўт аниқланади, жигар ичи ўт йўллари катталашмаган.

Ўткир калькулёз холецистит таъхиси қўйилди. 2-кунги ЧЧМХС ультратовуви текшируви остида ўтказилди. 160.0 итир-итирли йирингли саффо эвакуация қилинди. Дренаж қилинган пайтдан бошлаб 2-кунги фистулография ўтказилди, унда катта тошили ўт пуфаги ва катталашмаган ўт йўллари контрастланди, контрастнинг ўн икки бармоқли ичкака тушини яхши. Давом этаётган медикаментоз даволашига ва

микрохолецистостоманинг етарли ишлашига қарамай, беморда гипертермия сақланиб қолди. Дренаждан кейин 2-кун итказилган УТТ да ўнг мезогастрал соҳада ҳажмли ҳосила аниқланди 16,7x5,5x6,8 см, эхогенлиги турлича - билома (3.4-расм).



3.4-расм. Эхограмма. Бемор К. 68 ёш, ЧЧМХС дан кейин 2-кун. Жигар ости соҳада чегараланган 150 мл гача суюқлик тўпланиши.

Ультратовуви назорати остида билома дренажланди, ундан 150,0 лойқа сифро олинди (3.5-расм). Билома дренаждан кейин беморнинг тани ҳарорати нормал ҳолатга қайтди. Дренаждан кейин ўтказилган назорат ультратовуви текшируви пайтида ижобий динамика қайд этилди, ҳажмли ҳосила ҳажми 4,7x2,8 см гача камайди, билома яна эвақуация қилинди. Кейинчалик, дренаж резина найчага алмаштиргандан сўнг, бўшлиқ облитерацияланди.



**3.5-расм. Бемор К. Да ЧЧМХС дан кейини 2-кунни УТТ назорати остида
биллома пункцияси.**

Операциядан кейинги кейинги давр муаммосиз давом этди. Тана ҳарорати нормал ҳолатга қайтди, оғриқ ва перитонеал аломатлар йўқолди. Бемор ультратовуви текширувидан кейин 7-кунни чиқарилди, УТТ да жигар ости соҳасида суюқлик тўпланиши аниқланмади. Бемор қониқарли ҳолатда чиқарилди.

Ушбу мисол кекса беморда ЧЧМХС ва қорин бўлигида сафро тўпланишининг пункцияси самарадорлигини кўрсатади. 4 ойдан кейин беморга режалантирилган ЛХЭ ўтказилди.

Ўткир деструктив холестеитит ва маҳаллий перитонит билан оғриган 9 нафар беморда лапароскопик холецистектомия жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш билан яқунланди. 4 беморда диффуз сафроли перитонитда ЛХЭ корин бўшлиғини санитария қилиш ҳамда ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғини мажбурий қўшимча дренажлаш билан тўлдирилди. ЛХЭ операцияси умумий наркоз остида ўтказилди, шу билан бирга корин леворининг чуқур релаксациясига эришилди. Эндоскопик жаррохликнинг асосий босқичлари куйидагилардир: пневмоперитонеумни яратиш, трокарлар ва асбобларни киритиш, корин бўшлиғини ревизияси, ўт пуфағини битишмалардан ажратиш, ўт пуфағи канали ва артериясини ажратиш, сўнгра

уларни клипсалаш ва кесиш; ўт пуфагини жигар соҳасидан ажратиш ва уни қорин бўшлиғидан чиқариб олиш чуқур (баъзан контейнер ёрламида) ва жигар ости бўшлиқда назорат дренажи ўрнатиш. Қорин бўшлиғига трокарларни киритиш учун киндикдан балангликда ёки пастда 1,5 см ёйсимон кесма ва ўнг қовурга ёйи остида 0,5 см узунликдаги учта кесма қилинади. ЛХЭ стандарт "фия хартуми" техникаси ёрламида ўт пуфаги канали ва артериясини аниқлаш ва алоҳида клипсалаш билан амалга оширилади.

Холедохолитиаз бирга келган 3 беморда ЛХЭ дан сўнг ЭПСТ ўтказилди.

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол: Бемор М., 63 ёшида, к/т №4651/125, 12.11.2019 да клиникага ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқ, қўнғил айниши, қусиши, сийдик рангининг қорайиши ва склера сарғайиши шикоятлари билан қабул қилинди. Бир ҳафта давомида касал. Касаллигини ортиқча ёғли овқатлар истеъмоли билан боғлайди. Анамнезида ўнг қовурга ёйи остида бир неча марта хуружларни ўтказган. Ультратовувида ўт пуфаги конкрементлари 2016 йилдан бери қайд этилган.

Қабул қилинида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари иктерик. Аускультацияда иккала томондан ўпкада везикуляр нафас эшитилади, хриллашлар йўқ. Юрак товлари бўғиқ, аорта устида II тон акценти эшитилади, пульс ритмик, таранг. Тили бироз қуруқ, қарани билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиш актида қаттишади, найнаслаганда ўнг қовурга ёйи остида мушак таранглиги қайд қилинади, оғриқли, катталашган ўт пуфагининг туби қовурга остида найнасланади. Мерфи ва Ортнер-Грековнинг симптомлари ижобий. Жигар ва талоқ найнасламайди. Стул одатдаги рангда. Сийиши эркин.



1-расм. Бемор М., 63 ёш. Сонограмма. Катталанишган ўт пуфаги.

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

Қошиқг биохимик таҳлили: бил. -149,65 мкмоль/л, прям.-138,27 мкмоль/л, АЛТ-1,96 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, қол.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, ум.оқсил-70,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: патология аниқланмади.

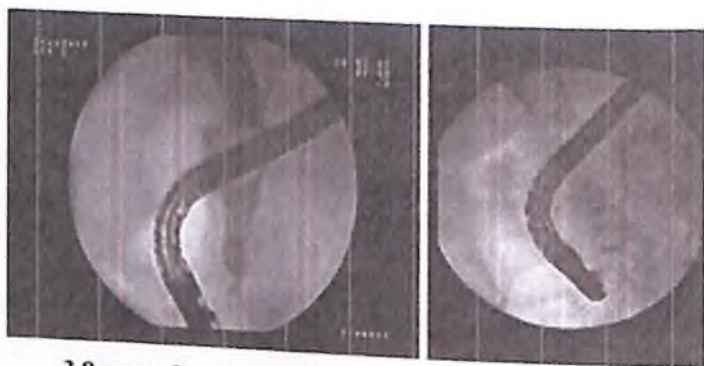
УТТ: ўт пуфаги 15×8см, ичида диаметри 1 см гача конкрементлар аниқланади, битта конкремент ўт пуфаги бўйинчасига тикилган. Холодох d-1,9 см, жигар ичи ўт йўллари кенгайган.

Клиник таърихи: «Ўткир деструктив калькулез холецистит. Маҳаллий перитонит. Холодохолитиаз». 13.11.2019 й. эндотрахеал наркоз остида Лапароскопик холецистэктомия ўтказилган. Флегманоз ўзгарган ўт пуфаги олиб ташланган, олидан олдин пункция қилиниб, ўт пуфаги ичидан йиринг эвакуацияси бажарилган. Жигар ости соҳасидан 150 мл ўт ва сероз экссудат эвакуация қилинган. Жигар ости соҳа санацияси ва дренажланган.



3.7-расм. Бемор М., 63 ёш. Лапароскопик холецистэктомия босқичлари.

16.11.2019 й. ўт йўллари декомпрессияси мақсадида ЭПСТ ўтказилган (3.8-расм). Босим остида қуюқ, хира ўт ва 0,7-0,9 см ли юмшоқ консистенцияли конкрементлар ажралган. Операциядан сўнг беморнинг аҳволи яхшиланди.



3.8-расм. Бемор М., 63 ёш. ЭПСТ ва назобилинар дренажни эндоскопик ўрилатиш

5-кунги қайта қон таҳлили. Умумий қон таҳлили: Нв-94 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, ЭЧТ-15 мм/ч, Нt-24. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-29,15 мкмоль/л, бог.маган.-18,1 мкмоль/л, АЛТ-0,92 мкмоль/л, АСТ-1,34 мкмоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 мкмоль/л, қол.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, ум.оқсил-70,5 г/л.

Операциядан кейинги даврнинг кечини силлиқ, биринчи кунни дренаж

найчасидан 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик ажралган. Дренаж трубкаси операциядан кейинги иккинчи куни олиб ташланди. Бемор ЛХЭ дан 7-қундан ва ЕПСТ дан 4-қундан кейин 20.11.2019 й.да қониқарли ҳолатда ўйга жавоб берилди.

Ушбу клиник ҳолатда эндоскопик технологиялардан фойдаланиш ЎТК нинг ўткир флегмоноз холецистит, сафроли перитонит ва холедохолитиаз каби оғир асоратларини коррекциялашига имкон берди.

ЭПСТ СамДТУ кўп тармокли клиникасининг эндохирургия бўлимида стандарт дуоденоскоп, электрожаррохлик блоки ва сфинктеротом ёрдамида амалга оширилди. Кўпгина ҳолларда таранг (pull type) сфинктеротом ишлатилган. Бу пластик катетер бўлиб, унинг ичида металл ип бор. Катетернинг дистал қисмида ип унинг ташқарисидан ўтади ва яна папилотом охиридаги кобикка яширинади. Сфинктеротомнинг таранглиги унинг дистал учининг егилишига ва ипни кесиш ҳолатига ўрнатилишига олиб келади. Ушбу турдаги сфинктеротомлар найчанинг узунлиги ва каналлар сони (ўтказгич учун контрастин киритиш) билан фарк қилади. Кесиш ипнинг узунлиги 20 дан 40 мм гача ўзгариб туради. Кесиш ипнинг катта узунлиги унинг БДС да тўғри йўналишини осонлаштиради. Йўналтиргичлар учун кўшимча каналга эга сфинктеротомлар биз учун энг қулай ҳисобланади. Биринчидан, улардан фойдаланиш катетер билан бирламчи кануляциядан сўнг сафро йўллارни сфинктеротом билан такрорий кануляция қилиш қийинчиликларини бартараф қилади, контрастин бошқариш ва ПСТ ни бажариш кўрсатмаларини аниқлаш - сфинктеротом ўтказгич бўйлаб эркин ўрнатилади, иккинчидан, ўтказгич кесиш пайтида асбобни БДСдан чиқиб кетишига йўл қўймайди. (3.6-расм)



3.6-расм. Бемор Д., 50 ёш. Эндоскопик папилосфинктеротомияни бажариш боскичлари

Папилосфинктеротомия пайтида беморни етарли даражада тинчлантириш керак (биз реланиумни наркотик аналгетиклар ёки профол билан биргаликда ишлатамиз) ва перистальтикани тўхтатиш керак (биз атропинни мушак ичига ва метацин вена ичига биргаликда ишлатамиз). Кесин пайтида тўсатдан ҳаракат ёки перистальтик тўлқин жуда исталмаган оқибатларга олиб келиши мумкин. Профилактика мақсадида манипуляциядан олдин сандостатин ва антибиотиклар қўлланилган.

Кесин аста-секин бир катор киска ток оқимлари билан (кесма кирраларнинг етарли коагуляцияси ва унинг узунлигини бошқариш учун)

амалга оширилди. аста-секин сфинктеротом тортиб олинди, бу эса тўқималари билан факат кесин ипининг учини алоқа қилишини таъминлади (3.7-расм)



3.7-расм. Сфинктеротомияни бажариш босқичлари

Барча ҳолатларда ЭПСТ назобилиар дренажни ўрнатиш билан яқунланди (3.8-расм).



3.8-расм. Эндоскопик напиллосфинктеротомия ва назобилиар дренажни ўрнатиш.

6 беморда ХЭ ва холедохолитотомия очик минни-кириш орқали ўтказилди. Минни-киришдан ХЭ ни бажариш учун ўнг қрвурга ёйи остида 4-5 см узунликдаги вертикал трансректал кесма қилинади. Ретракторлар-ойналар ҳажми жиҳатидан катта операцион майдонини яратлади, бу операция жараёнини визуал равишда бошқариш ва асбобларни эркин бошқариш

имконини беради. Ретрактор-ойналар ўрнини ўзгартириш ва бу билан керакли сохада операцион майдонни ошириш оркали, нафақат алоҳида холецистектомияни амалга ошириш мумкин, балки аралашувни кенгайтириш: холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш ҳам мумкин (3.9-расм).



Рис. 3.9. Инструментарий «миннассистент» фирми САН

Шу билан бирга, диффуз сафроли-йирингли перитонит билан оғриган 16 беморда кенг лапаротомия кириш оркали ХЭ ва қорин бўшлиғини санацияси амалга оширилди.

Клиник кузатув келтирамыз:

Клиник мисол: Бемор Ш., 58 ёш. к/т № 4379/312 СамМИ-1 клиникасига 24.05.2020 да қорин оғриғи, қўнғил айтиши, қусиш, қорин шиши, оғиз қуруши, иситма, титроқ, склеранинг сариқлиғи, аҳолик нажас, умумий ҳолсизлик шикоятлари билан қабул қилинди. Анамнездан 7 кун давомида касал. Қабул қилишда беморнинг умумий аҳволи оғир, тери қопламалари ва склера иктерик. Аускултатив ўпкада икки томондан кучсиз везикуляр нафас эшитилади. Хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Тили қуруқ, қариш билан қопланган. Қорин симметрик, шишганлиги тўғайли катталашган, нафас

олиги актида шитирок этмайди, пальпацияда барча бўлимларда мушакларнинг таранглиги ва озригиқ аниқланади. Щеткин – Бломберг, Ортнер – Греков, Мерфи, Мюсси–Георгиевский симптомлари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Нажас аҳолик. Сийиш эркин.

Умумий қон таҳлили: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,7, тромб-210, л.- $12,1 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-2'30"-3'50", п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, ЭЧТ-26 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-126,6 мкмоль/л, АЛТ-0,98 ммоль/л, АСТ-1,19 ммоль/л, тим.пр.-4, мочев.-8,36 ммоль/л, қолазот-19 г/л, креат.-119,2 мкмоль/л, ум.оқсил-52,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: патологиясиз.

УТТ: ўт пуфағи ўлчами 94x45 мм, деворлари 8 мм гача қалинлашган, бўйинчаси соҳасида диаметри 9x13 мм конкремент аниқланади. Жигар ичи ўт йўллари шисбатан кенгайган, деворлари қалинлашган, холедох ичида ўлчами 10x8 мм конкремент аниқланади. Ичак илмоқлари кенгайган, шишган. Жигар ости соҳада ва кичик чаноқ бўйишида 300 мл гача эркин суюқлик аниқланади.

Клиник таърих: «Ўтқир калькулёз деструктив холецистит. Перитонит. Холедохолитиаз. Механик сариқлик» 25.05.2020 й. бемор умумий эндотрахеал наркоз остида операция қилинди: «Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Холедохити А.В. Вишневский бўйича санацияси ва ташқи дренажлаш. Қорин бўйишиги санацияси ва дренажлаш».

Қайта қон таҳлилида: Нв-74 г/л, эр.- $2,0 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,7, тромб-243, л.- $8,1 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3'30"-5'50", п.-2%, с.-66%, эоз.-3%, лимф.-24%, мон.-5, СОЭ-14 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-36,6 мкмоль/л, АЛТ-0,78 ммоль/л, АСТ-0,91 ммоль/л, тим.пр.-4, мочев.-7,56 ммоль/л, қолазот-16 г/л, креат.-89,2 мкмоль/л, ум.оқсил-55,3 г/л.

УТТ: Жигар ичи ўт йўллари нормада, деворлари қалинлиги 3 мм, холедох ичида дренаж трубкаси кўришади. Операциядан кейинги 7-кунги бемор холедохда дренаж билан қониқарли ҳолатда уйга жавоб берилди.

Ушбу клиник мисол флегмонали ўзгарган ўт пуфағини олиб ташлаш, холедохолитотомия ва қорин бўйишиги санациясида кенг ўрта

лапаротомиядан шоишлинч операция зарурлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит асорати сифатида маҳаллий сафроли перитонитни даволашда минимал инвазив жаррохлик аралашувлардан (диалевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳ беморларининг 67,3% да муваффақиятли амалга оширилди. Кенг лапаротомия киришдан ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилишни амалга ошириш диффуз сафро-йирингли перитонитда 32,7% ҳолларда зарур бўлди.

IV БОБ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

§4.1. Операциядан кейинги сафроли перитонит ривожланишининг сабаблари ва хусусиятлари

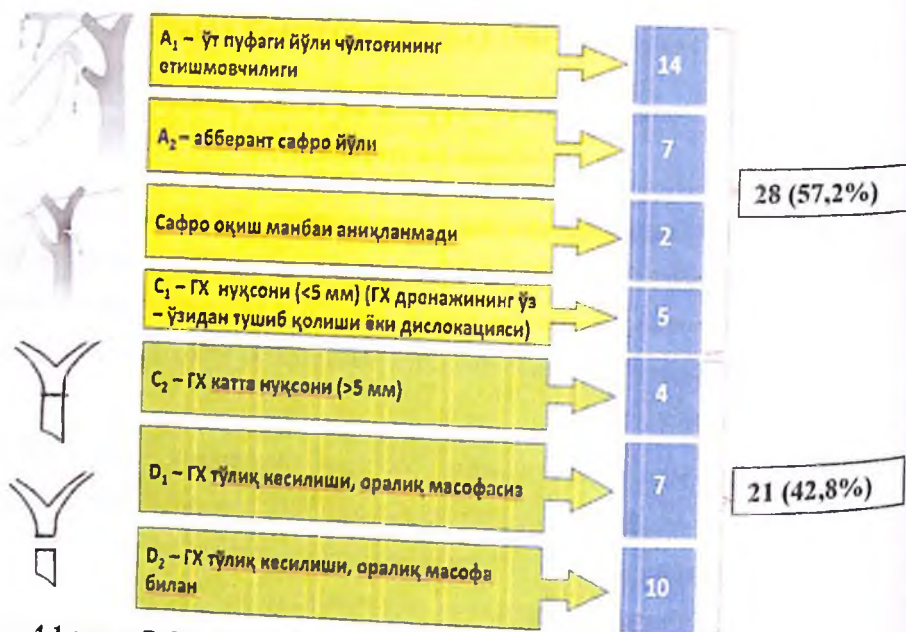
Ушбу бобда ўт йўлларидаги операциялардан сўнг қорин бўшлиғига ўт оқиши натижасида пайдо бўлган сафроли перитонитли 49 беморни текшириш ва даволаш натижалари тақдим этилди. 2001-2020 йй., яъни охириги 20 йилда холецистит билан 5849 бемор операция қилинган ва ушбу асорат частотаси 0,84% ни ташкил қилди.

Ўт йўлларида операциядан кейинги жарроҳлик аралашувининг асоратлари орасида эрта операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғига сафро чикиши мустақил муаммо сифатида қаралиши керак, чунки бу ҳолат жуда жиддий оқибатларга олиб келади ва ҳаёт учун хавфли.

Бизнинг кузатувлар операциядан кейинги ўт чикиши ва сафроли перитонит асосий сабаблари ўт йўллариининг "кичик" зарарланишлари эди (Э.И. Галперин таснифи кўра (2011)) – ўт пуфаги канали чўлтоғининг етишмовчилиги, ўт пуфаги соҳасида абсррант жигар-пуфак каналлари (Люшка йўллари), гепатохоledодан илгари ўрнатилган дренажнинг чикиши ёки дислоқацияси ҳамда "катта" жароҳатлар - холецистэктомия пайтида катта сафро йўллариининг бехосдан ятроген шикастланиши.

Операциядан кейинги 9 та ҳолатда ўт пуфагидаги кўшимча (абсррант) ўт йўллари (Люшка йўллари), 14 ҳолатда - қисқичлар ёки лигатураларнинг сирғалиши натижасида пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, 5 беморда гепатикохоledод деворининг ўз-ўзидан тешилши туфайли девордаги нуқсондан ўт оқиши, яъни гепатикохоledодга ўрнатилган дренажнинг дислоқацияси, 21 беморда - асосий ўт йўллариининг ятроген шикастланиши (рис. 4.1).

Ўт оқиши ЛХЭ дан сўнг – 2,1% (21), минилапаратом қиришли ХЭ дан сўнг 1,1% (9), лапаротомли ХЭ дан сўнг – 2,4% (19 бемор) кузатилади.



4.1-расм. P. Neuhaus бўйича операциядан кейин сафроли корин бўйлиғига тушиши манбан (2000).

Ўт чиқиши ва сафроли перитонит бўлган беморларнинг ўртача ёши 49 ± 5.1 ёш эди – энг меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар, эркаклар–16 та ва аёллар – 33 та, яъни, нисбати 1:2, лекин ЎТК билан операция қилинган беморларнинг гендер таркибида, бу нисбат 1:6 эди, бу яна бир бор эркакларда ХЭ ни бажариш кийинчилликлари хақида адабиёт маълумотларини тасдиқлайди.

Сафро чиқиши билан 49 бемордан 35 (71,4%) нафари касалхонага ётқизилди ва ўткир деструктив холецистит, 14 (28,6%) - сурункали калкулёз холецистит юзасидан шовилинч кўрсатмалар асосида операция қилинди. Бизнинг тадқиқотимизга кўра, сафро чиқиши режалаштирилган операцияларга караганда шовилинч операциялардан кейин 3 марта кўп кузатилди

ХЭ дан кейинги сафроли перитонитда эрта операциядан кейинги даврда барча беморларда УТТ (49), кўрсатмаларга кўра РПХГ (14), фистулохолангиографию (9), операция вақтидаги холангиографию (13), МРПХГ (13), реллапароскопия (12) ўтказилди.

§4.2. Операциядан кейинги сафроли перитонитни жаррохлик коррекциясида тактик-техник аспектларни макбуллаштириш.

Жаррохлик ривожланишининг ҳозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, СП ни даволаш ва диагностикасининг янги тактикасини ишлаб чиқиш муаммоларини ҳал қилишга қаратилган тадқиқотда беморлар икки гуруҳга бўлинди. I гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 2001-2010 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холецистит асорати сифатида перитонит билан оғриган ва операциядан кейинги сафроли перитонит бўлган 22 (2048 беморнинг 1,1%) беморларни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул қилинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳ) - 27 (3801 беморнинг 0,7%) нафар 2011-2020 йилларда операция қилинган беморлар кирди, уларда диагностика ва даволаш тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланган ва жаррохлик даволашнинг устувор усуллари сифатида мининвазив жаррохлик аралашувлар қўлланилган. ТТД ёндашув клиник татбиқ этишда тезлаштирилган тикланиш жаррохлиги жамияти - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) тавсияларига асосланган.

Қорин бўшлиғига ўт оқиши ва ультратовуш текширувига кўра 100 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит бўлган таққослаш гуруҳидаги (6 бемор) 3 беморга жигар ости соҳани дренажлаш билан контрапертурани реканализация қилиш амалга оширилди. 3 нафар беморга реллапаротомия қилинди: 1 та ҳолатда ўт оқиши манбаи гепатикохоледохдан дренаж дислокацияси бўлиб, у қайта фиксацияланди. Яна 2 ҳолатда, ўт оқиши манбаи ўт пуфаги ийўли чўлтоғининг етишмовчилиги бўлиб, у қайта боғланди. Жигар ости соҳа санацияси ва дренажлаш ўтказилди.

Корин бўшлиғига ўт оқиши 500 мл гача бўлган, ультратовуш текшируви натижаларига кўра жигар ости соҳа ва ўнг ён канални эгаллаган маҳаллий сафроли перитонитда таккослаш гуруҳидаги (6 бемор) 2 беморда ўт пуфағи йўли чўлтоғининг етишмовчилиги сабабли ўт пуфағи йўлини такрорий боғлаш учун релапаротомия ўтказилди. 2 беморда ўт пуфағи йўли чўлтоғининг етишмовчилигига холедохолитназ ва билиар гипертензия сабаб бўлган, уларга холедохолитотомия ва холедохни дренажлаш билан релапаротомия ўтказилган. ГК дан дренажни ўз-ўзидан тушиши бўлган 2 беморда ҳам умумий ўт йўлини такрорий дренажлаш билан релапаротомия ўтказилди. Операциялар корин бўшлиғини санацияси ва жигар ости соҳа, ўнг ён канални ва кичик чанок бўшлиғини дренажлаш билан якунланди.

Асосий ўт йўллариининг шикастланиши таккослаш гуруҳидаги 10 беморда ўт оқиши ва диффуз сафроли перитонитга сабаб бўлди. 5 та ҳолатда тикловчи операциялар ўтказилди, шундан гепатикохоледохнинг кирғоғи зарарланиши бўлган 2 беморда нуксон Т шаклидаги дренажда тикилди. Гепатикохоледохнинг тўлик кесилиши бўлган 3 беморда билиар анастомоз амалга оширилди. 5 нафар беморга реконструктив операция ўтказилди: 2 нафар беморда гепатикодуоденоанастомоз, 3 нафар беморга биринчи боскичда перитонит туфайли умумий ўт жигар йўлининг проксимал чўлтоғининг ташқи дренажи ўтказилди, кейин 3 ойдан сўнг жигар орқали каркас дренажида гепатикосюноанастомоз ўтказилди.

Ультратовуш текшируви маълумотларига кўра, ўт пуфағи жойига абберрант йўллардан 100 мл гача ўт оқиши натижасида билюма бўлган тадқиқотнинг асосий гуруҳидан (7 бемор) 3 беморда жигар ости соҳасида суюклик тўпланишини эвакуация қилиш учун эхографик назорат остида пункция қилиш керак бўлди.

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол: Бемор К. 48 ёши, к/т №3948/214. 12.03.2019 й. кунин клиникага ётқизилган, ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқ, қорин ишиши, оғизда аччиқ таъм, кўнгил айниши, қуснидан шикоят қилди. 10 кун давомида касал.

Касаллигини кўп овқат истеъмол қилиши билан боғлайди. Илгари ўнг қовурга ёйи остида бир неча марта хуружли оғриқларни ўтказган. Амбулатор ультратовуви текишуви пайтида 2018 йилдан бери ўт пуфагининг конкрементлари мавжуд.

Қабул қилинида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари оқарган. Аускультатив иккала томондан ўпкада везикуляр нафас эшитилади, хриллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, пульс ритмик, таранг. Тили бироз қуруқ, оқ қараши билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олини актида қатнашади, пальпацияда ўнг қовурга ёйи остида оғриқ қузатилади. Мерфи ва Ортнер-Грековнинг симптомлари мусбат. Жигар ва талоқ пайнасламайди. Стул оддатдаги рангда. Сийини эркин.

Умумий қон таҳлили: Нв-85 г/л, эр $-2,7 \times 10^{12}$ мкл. РК-6.8, тромбо-230, лейко- $12,7 \times 10^9$ мкл/л. ҚНВ $-3^{\circ}50''-4^{\circ}00''$, п.-3%, с.-65%. эоз.-1%. лимф -20%. мон.-7. ЭҚТ-25 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: Бил -22,65 ммоль/л. АЛТ-0,96 ммоль/л. АСТ-0,34 ммоль/л. тим.пр -4,0. мочев-4,66 ммоль/л. қўл.азот-17 г/л, креат -82,9 ммоль/л. ум.оқсил-70,5 г/л.

"Ўткир калькулёз холецистит" таъхиси қўйилди. 12.03.2019 да беморга техник қийинчиликларсиз шоншлинч равишида лапароскопик холецистэктомия қилинди. Операциядан кейинги 2-кун беморда ўнг қовурга ёйи остида оғриқ синдроми бўлган. Жигар остига қўйилган дренаждан ажралма йўқ. Ультратовуви текишувида жигар ости бўйлигида 100 мл миқдорда бир хил таркибли, чекланган суюқлик тўпланиши аниқланди. Перитонеал симптомлар йўқ. Консерватив (антибактериал ва инфузион) терапия ва беморни динамик қузатиши давом эттирилди. ЛХЭ дан кейинги 4-кун беморнинг ўнг қовурга ёйи остидаги оғриги кучайди, тана ҳарорати $37,9^{\circ}\text{C}$ га кўтарилди. Маҳаллий перитонеал симптомлар пайдо бўлди. Ультратовуви текишувида жигар ости бўйлигида 150 мл миқдорда бир хил таркибли, чекланган суюқлик тўпланиши аниқланди. Маҳаллий оғриқсизлантириши остида ультратовуви назорати остида суюқлиكنинг чекланган тўпланиши пункцияси ўтказилди, жигар ости бўйлигидан 150 мл

гача сафро эвакуация қилинди (4.3-расм).



4.3-расм. Эхограмма. Бемор К. 48 ёш. ЛХЭ дан кейин 4-кун, жигар ости бўшлиғида 150 мл чекланган суюқлик тўпланиши. УТТ назорати остида биллома пункцияси.

Операциядан кейинги кейинги давр муаммосиз давом этди. Лаборатория кўрсаткичларини мунтазам мониторинги остида антибактериал, дезинтоксикацион ва инфузион даволаш давом этди. Ўтказилган комплекс санация ва медикаментоз даволаш натижасида беморнинг аҳволи динамикада яхшиланди, сигар ости соҳа санациясидан кейин ўша кунни тана ҳарорати нормалланди, ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқ ва перитонеал симптомлар йўқолди. 7-кунни назорат ультратовуви текширувида жигар ости бўшлиқда суюқлик тўпланиши аниқланмади. Бемор қониқарли ҳолатда чиқарилди.

Яна 2 беморга Люшка йўллариининг клипсалаш билан релапароскопия ўтказилди. 1 беморда ўт оқини сабаби кискичининг силжиши туфайли ўт пуфаги йўли чултоғининг стишмовчилигига бўлиб, унга релапароскопик клипса ўтказилди.

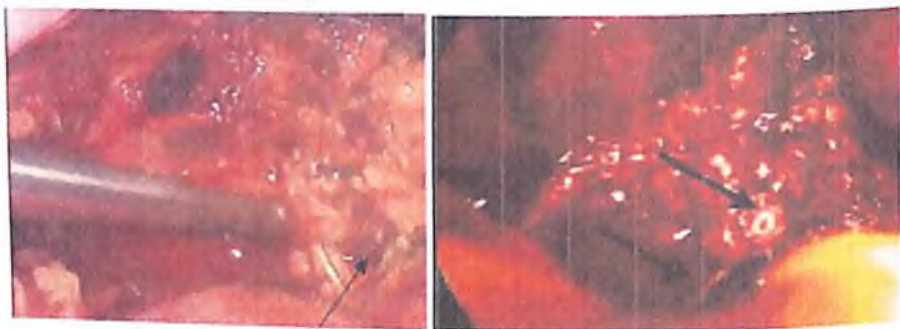
Клиник кузатув келтирамиз:

Бемор Р., 53 ёш. К/Т № 7351/456, СамДТИ клиникасининг жарроҳлик бўлимига 25.06.2008 йилда сурункали калкулёз холециститни текшириши ва режали жарроҳлик даволаш учун қабул қилинди. Ўнг қовурга ёйи остидаги

огриқ тахминан 2 йил давомида безовта қилмоқда, охириги 3 ой давомида ўнг қовурга ёйи остида бир неча бор хуружли огриқлар бўлган. Охириги хуруж 7 қун олдин бўлган. Ультратовуви текширувида ўт нуфағи 10,2 x 4,1 см, девори 0,5 см, пастки қисмига яқинроқ жойда олд деворнинг боилангич ишиги белгилари, ичида акустик соя берувчи, ёрқин эхосигнал 2,0 см гача. Холодох ва жигар ичи йўллари каналлар кенгаймаган. Хулоса: калкулёз холециститнинг эхографик тасвири.

Клиник қон ва сийдик таҳлиллари норма чегараларида. Обьектив: умумий аҳволи қониқарли. Тери одатдаги рангда, нормал тана тузилишига эга, овқатланиши кўпайган. Лапароскопик холецистэктомия 27.06.2008 да амалга оширилди. Операция давомида аниқланди: ўт нуфағининг девори қалинлашган, фибрин қарши билан қопланган. Гепатодуоденал боғлам соҳасида перивезикуляр инфилтрат аниқланади. Холецистэктомия қилинди. Жигар ости бўйлиққа дренаж қўйилди. Операция вақти 65 минут. 2-қун дренаждан 150,0 мл гача сафро аралашмали ажралма оқиши қайд этилди. Реллапароскопия 29.06.2008 да амалга оширилди. Ревизия пайтида жигар ости соҳада сафро тўпланган, санация қилинганидан кейин жигар дарвозаси ревизия қилинган, инфилтрат туфайли гепатодуоденал боғлам элементларини аниқлаш мумкин эмас, сафро чиқиши манбаи ўт нуфағи йўли чўлтоғи эди. Ўт нуфағи йўли чўлтоғидан клипсаларнинг сىлжиши юз берган. Пуфак каналининг узунлиги 0,5 см, диаметри 0,7 см. пуфак каналининг чўлтоғи иккита клипса билан такрорий клипсalandи. Операциядан кейинги давр ўзига хос хусусиятларсиз давом этди, бемор операциядан кейинги 10-қунги ультратовуви текширувида ижобий динамика билан чиқарилди. Кейинчалик, у шикоят қилмади, назорат текширувларида патология аниқланмади. Ушбу кузатуви таҳлил қилиб, операциядан кейинги даврда асоратларни келтириб чиқарадиган тактик ва диагностик камчиликларни таъкидлаш керак. ЛХЭ бажарганда ўт нуфағи бўйида огир патологик ўзгаришлар, ўткир флегмоноз холецистит аниқланди. Бундай шароитда қалинлашган девор, пуфак каналининг калта чўлтоғида клипсалар маҳкам

ёпилмайди. Сафро йўллариининг гипертензиясида клипсанинг пуфак чўлтоғидан силъсиши эҳтимоли катта (4.4-расм).



4.4-расм. Бемор Р., 53 ёш, ЛХЭ дан кейинги ҳолат (2-кун). Релапароскопия, ўт пуфаги чўлтоғи етишмовчилиги натижасида жигар ости бўшлиғида ўт тўиланиши. Пуфак йўлини чўлтоғини қўшимча клипсалаш ўтказилди.

Шунингдек, бир ҳолатда ташки ўт оқиши ва холедохостомия дренажининг тушиши туфайли жигар ости бўшлиғига ўт йиғилишида ЭПСТ ли РПХГ ва назобилиар дренажлаш ўт оқишини тўхтатишининг якуний усули бўлди.



4.5-расм. РПХГ + ЭПСТ. Бемор Ж. 61 ёш. ЛХЭ дан кейинги 3-кун. Резидуал холедохолитназ, жигар ичи гипертензияси. Ўт пуфаги чўлтоғи етишмовчилиги.

Ультратовуш текширувига кўра ўт окиши ва хажми 500 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ҳолатида киёсий гуруҳда (9 бемор) холедохолитиаз ва ўт йўллариининг гипертензияси туфайли ўт пуфаги йўли чўлтоғининг стишмовчилиги бўлган 2 беморда ЭПСТ ли РПХГ ва назобилнар дренажлаш ва етишмовчилик бўлган чўлтоқни реллапаротомияда қайта клинсалаш ўтказилди. Яна 5 нафар беморда операциядан кейинги сафроли перитонитнинг сабаби сифатида қорин бўшлиғи санацаяси ва пуфак йўлини қайта клинсалаш амалга оширилди (2-расм). Диффуз сафроли перитонити билан оғриган 1 беморга реллапаротомия, умумий ўт йўлини дренажлаш ва қорин бўшлиғини санацая қилиш билан холедохолитотомия ўтказилди. Бошқа 1 беморда чекланган сафроли перитонитнинг сабаби аберрант йўллардан, билома такрорий пункциялар билан эвакуация қилинди.

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол: Бемор К., 35 ёш, к/т № 3948/342, 12.03.2015 да клиникага ўткир холецистопанкреатит таъхиси билан келган. Консерватив терапия фониди оғриқ синдроми тўхтатилди, ялғизлиши ҳодисалари камайди. 03/24/2015 куни техник қийинчиликларсиз режагаштирилган лапароскопик холецистэктомия ўтказилди. Операциядан кейинги даврнинг 2-кунда жигар ости бўшлиқни дренажи орқали 200 мл сафро чиқиши қайд этилди. Ультратовуш текшируви жигар ости бўшлиқда эркин суюқлик белгиларини кўрсатди. Дренажнинг етарли функциясини, сафро оқшишинг мос келиши, шунингдек перитонеал белгиларининг йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, динамик кузатувни давом эттиришига қарор қилинди. ЛХЭ дан кейин 4-кун, қорин бўшлиқдаги дренаж орқали 300 мл сафро ажралди, беморни ўнг қовбурга ёни остида, ўнгда мезогастрал соҳада оғриқ безовта қила бошлади, тана ҳарорати 38,2 °С гача кўтарилди. УТТ да кичик чаноқ бўшлиғи соҳасида эркин суюқлик аниқланди. Диагностик лапароскопия қилишига қарор қилинди, унинг давомида қорин бўшлиғида, асосан ўнг диафрагма ости ва жигар ости бўшлиқларда, шунингдек ўнг ён каналда 500 мл гача сафро аниқланди, аспирация қилинди. Кейинги ревизия пайтида жигар ости соҳада катта чарви

илмоқларини ўз ичига олган ўртача даражада говакми битишимали жараён қайд этилди. Битишималар тўлмоқ равишида ажратилди. Ўт пуфағи соҳасида қўшимча абберант ўт йўли топилди, ундан сафвро оқиши қайд этилди. Абберант ўт йўли иккита қисқич билан кесилди. Операция жигар ости бўшлиқнинг дренажи ва жароҳатдан ўнг ён канали дренажи билан якуланди. Операциядан кейинги кейинги давр муаммосиз давом этди. Дренажлар 5-кунни олиб ташланди. Бемор операциядан кейин 15-кунни чиқарилди. Бундай ҳолда, тарқалган сафвроли перитонит релапароскопия билан коррекцияланди.

Асосий ўт йўллариининг шикастланишида сафвро оқиши ва диффуз сафвроли перитонит асосий гуруҳдаги 11 беморда кузатилди. Улардан 4 нафари шикастланган жигар каналининг проксимал чўлтоғига дренаж ўрнатилган бошка шифохоналардан келган. Улардан 3 тасида ГЕА ТПСД билан РУ бўйича ўрнатилди, 1 та кузатувда юкори прецизиоз ГЕА каркасли дренажисиз амалга оширилди.

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол: Бемор Н., 50 ёш. КТ № 7351/654 I СамМИ клиникасига 18.05.2016 да найчадан қўп миқдорда сафвро чиқиши (1000мл гача), рангсиз нажас, умумий ҳолсизлик шикаятлари билан ўтказилди. Анамнездан бемор 4 кун олдин ўтқир холецистит бўйича операция қилинган. Ундан икки кун ўтгач релапаротомия, қорин бў依лиғи санацияси, ГХ ни ятроген зарарланиши, тарқалган сафвроли перитонит юзасидан холедох чўлтоғини ташқи дренажлаш амалга оширилди. Қабул қилишида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари оқарган. Қорин одатдаги шаклда бўлиб, нафас олиш актида қатнашади, юшиоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ найпасланмайди. Ўнг қовурға ёйи остида сафвро ажраланиши қўп бўлган дренаж трубкаси мавжуд. Нажас аҳолилик. Сийиши эркин.

Умумий қон таҳлили: Нв-86 г/л, эр.-2,4х10¹²/мл, РК-0,8, тромб-230, л.- 8,7х10⁹/мл, КИВ-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-15 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-19,0 мкмоль/л, АЛТ-0,46

ммоль/л, АСТ-1,16 ммоль/л, тим.пр.-4, мочев.-4,66 ммоль/л, қол.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, ум.оқсил-60,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенографияси: патологиясиз.

УТТ: жигарнинг эхогенлиги ошган, жигар ичи сафро йўллари кенгайган. Гепатихоледох диаметри 10 мм. Дистал қисми кўришмайди. Найча гепатихоледохда жойлашган (4.6-расм).



4.6-расм Фистулохолангиография, бемор Н. Дренаж найча (2) ГХ проксимал чўлтоғида ўрнатилган (1)

Клиник таърихи: "ГХ ятроген жароҳати: гепатихоледохни кесми, 0-тип. Ташиқи ўт оқмаси". 23.05.2016 да умумий эндотракеал наркоз остида операция ўтказилди: "ГЕА Ру бўйича жигар орқали Сейтол-Курианга кўра каркасли дренажлаш". Уzunлиги 18 см гача бўлган тери кесмаси Федоров бўйича ўнг қовурга ёйига параллел равишда қилинган. Қорин бўйлигини очишда жигар катталашган, димланишли. Жигар каналлари дренаж трубкаси орқали ажратилган. Асосий ўт йўлининг қўшилиши даражасида кесилиши аниқланди. ГепЕА Ру бўйича ингичка ичак илмоғида 4-О пролен ити билан бир қаторли провизор чок билан учинчи ёйига тикилди. Дренаж найчаси ўнг жигар канали орқали ўтказилди ва жигарнинг VI сегменти орқали чиқарилди. Найнинг иккинчи учини ичакнинг узилган илмоғи орқали чиқарилади (Сейтол-Куриан усули).

Диафрагма ости ва жигар ости соҳалари дренажланади. Қорин бўшлиғи қўритилди ва қатламлари маҳкам тикилади. Операциядан кейинги давр кечини силлиқ, жароҳатни бирламчи чандиқланиши билан тўзалди. Диафрагма ости ва жигар ости соҳаларидан дренажлар 5-6 кунда олиб ташланди. Бемор қониқарли ҳолатда жигар орқали каркас дренажи билан уйга чиқарилди. Бемор икки йил давомида бизнинг назоратимиз остида бўлди. Ҳар 2-3 ойда ТПКД ўзгартирилди. 2 йилдан кейин дренаж олиб ташланди. Натижа қониқарли.

Бизнинг кузатишларимизга кўра, операциядан кейинги биринчи кунда аниқланган ГХ нинг тўлик кесишиши бўлган 2 беморда Ру га кўра юкори ГЕА қўйилди. Сафро перитонитли 1 беморда биринчи боскич қорин бўшлиғини санация қилини ва жигар каналини дренажлаш бўлди.

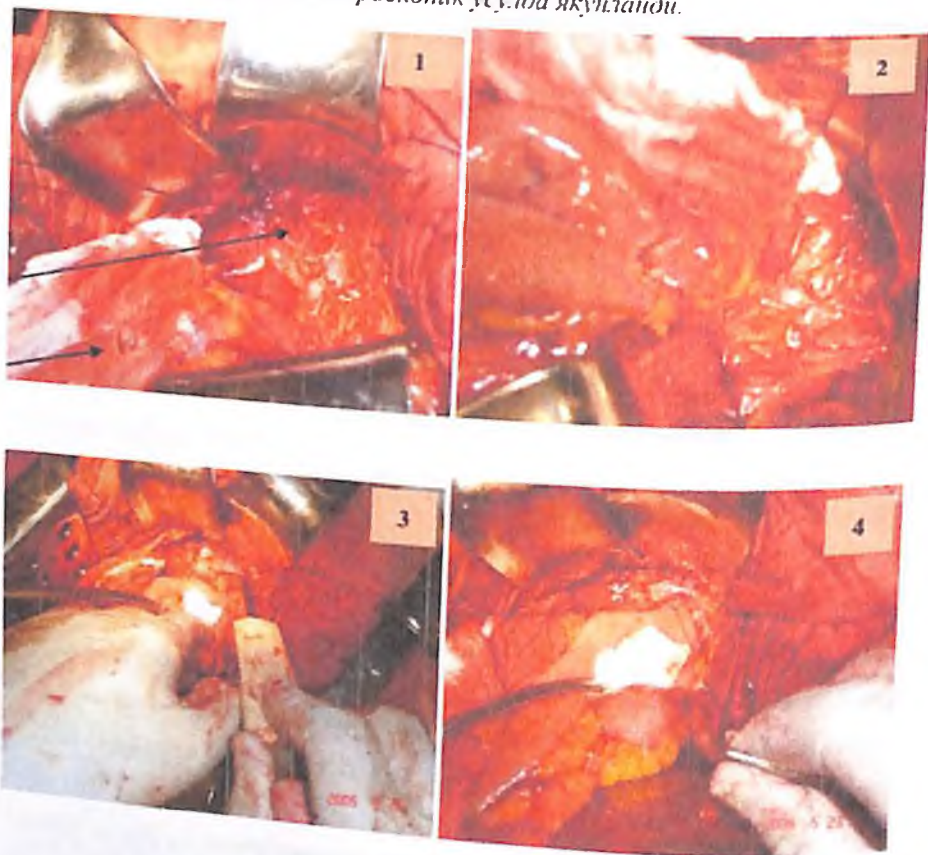
Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник мисол: Бемор Л., 43 ёшида. КТ №6351. СамДТИ клиникасининг жарроҳлик бўлимига 15.02.2008 йида сурункали калкулёз холециститни текшириши ва режаси жарроҳлик даволаш учун қабул қилинди. Унг қовурга ёйи остидаги оғриқ тахминан 1,5 йил давомида безовта қилмоқда, охири 3 ой доимий бўлиб келган. Ультратовуш текширувида ўт пуфағи 8.1x3.1см катталиқда, девори 0,4 см, пастки қисмига яқин жойда олдинги деворнинг акустик соя беради, силлени белгиларисиз (пуфак бўйинчасига тикилган томи). Холедох ва жигар ичи каналлар кенгаймаган. Хулоса-калькулёз холециститнинг эхографик тасвири. Қон ва сийдик клиник таҳлиллари норма чегараларда. Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Унг қовурга ёйи остида оғриққа шикоят қилади. Тери одатдаги рангда, нормал тана тўзилишида, овқатланишининг ортиқчаллиги мавжуд. Лапароскопик холецистэктомия 02/18/2008 й. куни амалга оширилди. Операция давомида аниқланишича: ўт пуфағи девори қалинлашган, ўт пуфағини пункцияси вақтида 50 мл "оқ" сафро олинган. Конкремент ўт пуфағининг бўйинчасига қадалган. Холецистэктомия қилинди. Пуфакнинг соҳаси коагуляцияланади. Жигар ости бўшлиқ

дренажланди. Операция вақти 65 минут. Биринчи кундан бошлаб 500 мл гача сафро араланимаси ажралган. Билирубиннинг 23,7 ммол/л дан 37,0 ммол/л гача ошган. 22.02.2008 да РХПГ бажарилди, ўт йўлининг проксимал қисмларида контраст аниқланмади, умумий ўт йўлининг жароҳатланиши гумон қилинди. 23.02.2008 да операция ўтказилди - гепатохоледохнинг проксимал чултоғини ташқи дренажлаш. Ревизия пайтида жигар ости бўйлиқда ва кичик чаноқ бўйлиқда сафро аниқланди. Гепатодуоденал бойлам соҳасида инфилтрат, ажратилишида умумий жигар ўт каналининг дистал ва проксимал бўлимлари ажралди чикди, кесилган дистал учинда клипсалар бор еди, ўт йўлининг проксимал қисмида эса клипсалар йўқ эди. Проксимал қисм кенглиги 8 мм, жигар канали бифуркациягача 10 мм узунликда. Инфилтрацияланган, сафро билан бўккан тўқималар тўғайли биринчи босқичда умумий жигар ўт каналининг ташқи дренажи амалга оширилди.

4 ойдан сўнг, 10.07.2008 да бемор операциянинг иккинчи босқичи учун касалхонага ётқизилди. Қабул қилинганда даврий ваража, безовталик шикоятларини билдирди. Бир неча марта инфузион терапия амалга оширилди. МСКТ да жигар ичи сафро йўллариининг ўртача кенгайишини аниқланди. 14.07.2008 да ташқи сафро оқмаси таъхиси билан бемор операцияга олинди. Операция давомида жигар ости бўйлиқда икс этган битишимли жараён мавжудлиги аниқланди. Дренаж найчаси бўйича мўлжал олиниб, жигар дарвозасидаги гепатохоледохнинг проксимал қисми ажратиб олинди, дренаж найчаси олиб ташланди, шу билан бирга жигар каналининг 5 мм гача қисқариши аниқланди, ундан хира сафро ажралди. Ўнг ва чап жигар каналларининг бифуркация зонаси жигар паренхимасидан ажратилди, чап жигар каналининг литерал деворининг бўйлама ажратилиши тўғайли канал кенгайган. Генатикоеюноанастомоз Ру бўйича ичак илмоғиди алоҳида тугунли провизор чок билан ҳосил қилинди (расм.). Операциядан кейинги давр ўзинга хос хусусиятларсиз давом этди, бемор операциядан кейинги 15-кунни чиқарилди. Ушбу кузатувни таҳлил қилиб, операция ичидаги асоратларга олиб келган тактик ва диагностик камчиликларни таъкидлаш керак. 1. ЛХЭ

бажирилганда ўт пуфаги бўйида кўпол патологик ўзгаришлар. Миризи синдроми аниқланган. Бундай шароитда Кало учбурчаги анатомик структуралари, гепатодуоденал бойлам ва жигар дарвозасини потўғри аниқлаш УЖЙнинг қисман кесилиши билан шикастланишига олиб келди. 2. Ўт пуфаги бўйишчасида инфилтратсия шароитида конверсия зарур, бу амалга оширилмаган. Операция лапароскотик усулда яқунланди.



4.7-расм. Ру бўйиша ТПКД да ГенЕА шакллантириш босқичлари:

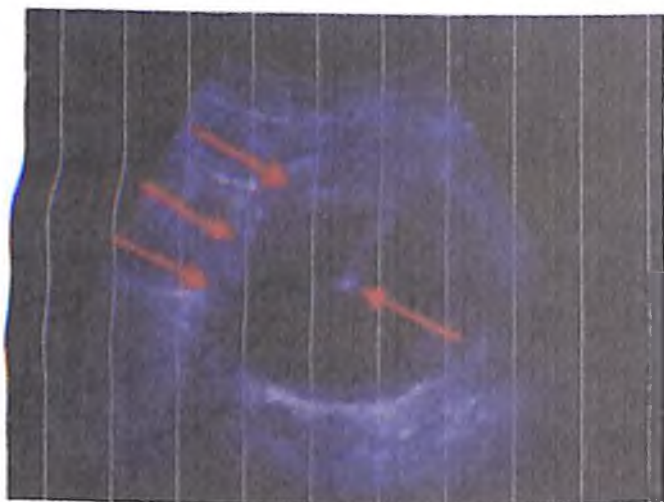
- 1 – стрелка билан очилган ГХ ва “учирилган” илгичка ичак илмоғи кўрсатилган;
- 2 –ГенЕА орка деворини хосил қилиш;
- 3 – анастомоз орка лабини шакллантириш.

4 – ТПКД да шакллантирилган гепатикосеноанастомоз.

Ресконструктив жаррохлик 3 ойдан кейин амалга оширилди - ТЖКД билан ГЕА. 3 нафар беморга рестаурацион операциялар ўтказилди. ГХ кесилган 1 беморга ББА қўйилди. Канал диаметрининг ½ қисмидан кўп бўлмаган қирғоғи жароҳатланган 3 беморда 2 ҳолатда канал тикилган; бир ҳолатда РИГХ дан кейин ГХга стент ўрнатилган.

Бемор С., 50 ёш. КТ № 9654 СамМИ 1-клиникасига 21.09.2018 й.да ўнг қовурга ёйи остида дренаж найчасининг мавжудлиги, найчадан (1000 мл гача) сафро чиқиши, ўнг қовурга ёйи остида кам оғриқ, рангсиз нажас, умумий ҳолсизликка шикоятлар билан қабул қилинди. Анамнездан 10 кун олдин яшаш жойи бўйича ЛХЭ ни ўтказган. Қабул қилишида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари оқарган. Аускультацияда иккато томондан ўнқада везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак товлари аниқ, ритмик. Тили нам. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиш актида қатнашади, ўнг қовурга ёйи ости пальпацияда юмшоқ, ўртача оғриқли. Жигар ва талоқ сезилмайди. Ўнг қовурга ёйи остида кўп сафро ажраляётган дренаж трубкаси мавжуд. Нажас аҳолик. Сийиш эркин. Умумий қон таҳлили: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,7, тромб-210, л.- $9,1 \times 10^9$ /мкл, ҚНВ-2'30"-3'50", п.-2%, с.-66%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, СОЭ-22 мм/ч. Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-23,6 мкмоль/л, АЛТ-0,78 мкмоль/л, АСТ-1,09 мкмоль/л, тим.пр.-4, мочев.-5,36 мкмоль/л, қолазот-16 г/л, креат.-79,2 мкмоль/л, ум.оқсил-58,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенографияси: патологиясиз.

УТТ: жигар ехогенлиги ортиши, жигар ости соҳада кам суюқлик тўпланиши, суюқлик тўпланиши соҳасида дренаж найча қўринади, жигар ичи йўллари кенгаймаган (3.16-расм). МРПХГ-жигар дарвозаси соҳасида гепатикохоледох тўлиқ зарарланган. (3.17-расм).



4.8-расм. Бемор С. Эхограмма: жигар ости бўшлиқда суюқлик
тўпланиши, дренаж найча кўринади.



4.9-расм. Бемор С. МРПХГ – жигар ичи ўт йўллари кўринади.

Гепатикохоледох аниқланмайди, ГХ ни «Ф» типда зарарланиши.

Клиник таъхис: "ГС эгароҳати (кесилиши)"О " тури. Таъқи сафро
оқмаси" билан 25.09.2018 й. куни бемор умумий эндотрахеал наркоз остида
операция қилинди: "Гепатикоеюноанастомози Ру бўйича ингичка ичакнинг

"ётиқ" ҳалқасида қўллаш, жигар ости ва диафрагма ости соҳаларни дренажлаш". Федоров бўйича узунлиги 18 см гача бўлган тери кесмаси ўнг қовурга ёйига параллел равишда қилинган. Қорин бўйлигини очишда жигар одаддаги катталикда, жигар дарвозаси соҳасида жигар ўт йўллари ажралган. Асосий ўт йўлининг бўлиниши даражасида кесилганлиги аниқланди. ГЕА ТНҚД да Ру бўйича ўчирилган ингичка ичак илмоғида 4-0 ип билан бир қаторли провизор чоклари билан қўйилди. Билиодигестив анастомозни қўллаш учун жой чап жигар канални хилиар пластинка остига тушириш орқали яратилди (Нерр-Сопинауд усули). Диафрагма ости ва жигар ости соҳалар дренажланади. Қорин бўйлиги дренажланди ва қатламлари маҳкам тикилди, тери тикилади, йод, спирт, асептик боғлам. Операциядан кейинги давр кечини силлиқ, жароҳат бирламчи чандиқланиши билан тузалди. Дренажлар 5-6 кунда олиб ташланди. Беморга ТЖҚД билан қониқарли ҳолатда уйга жавоб берилди.

Шундай қилиб, қорин бўйлиғига операциядан кейинги ўт оқинини ва сафроли перитонитни коррекциясида трансдуоденал эндоскопик аралашувлар, ультратовуш назорати остида қорин бўйлиғини пункция қилиш ва релапароскопия каби мининвазив усуллари жорий этиш беморларнинг 93,3% да релапаротомиядан воз кечини имкон берди. Релапаротомия асосий гуруҳдаги факат 1 беморда амалга оширилди. Периферик ўт оқини ва сафроли перитонитни релапароскопик коррекциялаш 11 беморда (68,8%) муваффақиятли бўлди.

Магистрал ўт йўллариини "катга" ятроген шнкастланиши оқибатидаги сафроли перитонитда реконструктив жаррохликни эрта бажариш – Ру бўйича юкори анкликдаги гепатикосюноанастамоз ўзининг самарадорлигини исботлади ва 43,8% ҳолатларда жигар орқали каркасли дренаждан воз кечини имконини яратди.

У БОБ. ТАҚҚОСЛАШ ГУРУХЛАРИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

5.1 Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит бўлган беморларни даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан оғриган таққослаш гуруҳидаги беморларда (33 бемор) барча жарроҳлик аралашувлар (100%) кенг лапаротомия усулида амалга оширилди ва ҳажмига кўра ўтказилган операциялар 3 гуруҳга бўлинди: – 19 та беморда ХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш ўткир холецистит туфайли ривожланган маҳаллий сафроли перитонит ёки биломада: – 9 та беморда ХЭ, санация ва корин бўшлиғини дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи) корин бўшлиғини 2 ва ундан ортик қисмини эгаллаган тарқалган сафроли перитонитда ёки биломада: – 5 нафар беморда ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш ўтказилди, жигар ости соҳани эгаллаган сафроли перитонитнинг ўткир деструктив холецистит ва холедохолитиаз асорати сифатида ривожланди.

Беморларнинг тадқиқот гуруҳида биллиар перитонитнинг энг оғир асоратлари корин бўшлиғи сепсиси бўлиб, 2 беморнинг ўлимига сабаб бўлди. ўлим даражаси 6,1% ни ташкил этди.

Таққослаш гуруҳидаги 11 нафар беморда ўткир деструктив холецистит ва сафроли перитонит бўйича операциялардан сўнг турли йирингли-септик асоратлар кузатилди, бу 33,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 беморда (6,1%) биломалар жигар ости соҳасида яна ҳосил бўлиб, улар контрапентуралар реканализацияси орқали дренажланган. 2 беморда (6,1%) жигар ости бўшлиққа ўрнатилган дренаж найларидан 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача узок вақт давомида ўт оқиши кузатилди, 4 (12,1%) беморда давом этаётган перитонит туфайли корин бўшлиғини такрорий санацияси билан такрорий реллапаротомия операциялари ўтказилди, 1 беморда жигар ости ва диафрагма

ости абсцесслари очилди ва дренажланди. Шунингдек, 1 нафар беморга холецик корин бўшлиғига кон кетиш бўйича қайта операция қилинди. 9 (27,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилди.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан оғриган беморларнинг асосий гуруҳида (49 бемор) FTS тамойилларига кўра, 33 беморда (67,3%) минимал инвазив аралашувлар қўлланилган.

Улардан 16 нафар беморда (32,6%) видеоэндоскопик технологиядан фойдаланган ҳолда қуйидаги операцияларни амалга оширилди: маҳаллий сафроли перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит билан оғриган 9 нафар беморда ЛХЭ ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш; – диффуз сафро перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит бўлган 4 беморда ЛХЭ ва корин бўшлиғини дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи); ўткир деструктив холецистит холедохолитиаз билан бирга келганда 3 беморда ЛХЭ ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш, ЭПСТ бажарилди. Ушбу беморларда ЭПСТ 2 босқичда ўтказилди.

11 (22,4%) беморда диагностик технологиялардан фойдаланилган - микрохолецистостомия ва ультратовуш назорати остида билломалар пункцияси амалга оширилди.

Минилапаротом кириш ва холедохолитотомиядан ХЭ, холедоҳни ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш 6 беморда (12,2%) маҳаллий перитонит билан асоратланган холедохолитиаз билан ўткир деструктив холециститнинг бирга келишида амалга оширилди.

Шу билан бирга, сафро-йирингли диффуз перитонитда ХЭ ва корин бўшлиғини очик лапаротом киришдан дренажлаш 16 беморда (32,6%) амалга оширилди. Кенг лапаротом кесим орқали жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар тарқалган сафро-йирингли перитонит бўлди.

Шундай қилиб, минимал инвазив аралашувлар принципларига кўра, асосий тадқиқот гуруҳида сафроли перитонитнинг турли шакллари билан асоратланган ўткир деструктив холецистит бўлган 33 бемор (67,3%), яъни беморларнинг 2/3 қисми операция қилинди. Кенг лапаротом кесим орқали

тадқиқотнинг асосий гуруҳи беморларнинг 1/3 қисмида ишлатилган.

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 8 беморда операциядан кейинги асоратлар 16,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 (4,1%) беморда жигар ости соҳасининг билломалари қайта шакланган ультратовуш назорати остида пункция билан муваффақиятли санация қилинди. Бир беморда ўт пуфагининг трансепатик пункцион худудидан жигардан холецист кон кетиш бор эди. 1 нафар беморда ҳам ташқи сафро оқиши кузатишган, реллапароскопия кўп марта қилдирилган пуфак йўли чўлтоғининг этишмовчилиги аниқланди. 1 беморда ЭПСД дан сўнг ўн икки бармоқ ичакдан кон кетиши қайд этилди, кон кетиш консерватив чоралар билан тўхтатилди. 1 беморда ультратовуш назорати остида 3 марта такрорий пункция орқали санация қилинган диафрагма абсцесси пайдо бўлди. Давом этаётган перитонит билан 1 беморда реллапаротомия ўтказилди, 5 беморда операциядан кейинги яраниш йиринглаши кузатишди.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 49 бемордан 2 нафари вафот этган, ўлим даражаси 4,1% ни ташкил этган. Салбий натижанинг сабаби 1 беморда трансдуоденал эндоскопик аралашувнинг асорати сифатида ўткир панкреатит ва 1 беморда давом этаётган перитонит кузатишди.

§5.2. Операциядан кейинги сафроли перитонит билан касалланган беморларни даволаш натижаларини таққосий таҳлили.

Холецистэктомиядан кейинги асорат сифатида операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, сафро оқиши билан жигар остида суяклик миқдори 100 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ривожланган таққослаш гуруҳидаги барча 6 бемор такрорий жаррохлик аралашувини ўтказди - 3 беморда жигар ости соҳасини дренажлаш билан контрапертера реканализация қилинди, 3 беморда реллапаротомия амалга оширилди. Асосий гуруҳда тўғридан-тўғри карама-карши натижаларга эришилди, бу ерда махсус эндоскопик ва диапевтик усуллар иккинчи жаррохлик операциясини олдини

олиш имконини берди - барча 7 беморда реллапаротомия - 3 беморда ультратовуш назорати остида билема пункцияси, яна 3 беморда реллапароскопияда корин бўшлиғига ўт окишини бартараф этиш ва жигар ости соҳасининг санацияси амалга оширилди, бир ҳолатда холедохдан дренажнинг дислокацияси ва ўт окиши ЭПСТ ва назобилиар дренаж билан коррекцияланди.

Таккослаш гуруҳида (6 бемор) ҳажми 500 мл гача бўлган сафроли перитонитнинг ривожланишида ўт чиқишнинг коррекцияси 100% ҳолатда такрорий жарроҳлик аралашуви - реллапаротомия орқали амалга оширилди: - 2 беморда корин бўшлиғи санацияси стишмовчилиги ривожланган ўт пуфағи йўлининг чултоғини боғлаш билан тўлдирилди; - 2 беморда корин бўшлиғининг санацияси холедохолитотомия билан ва яна 2 беморда гепатикохоледохнинг такрорий дренажлаш билан тўлдирилди. Эндоскопик трансдуоденал аралашувлар - ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш ёрдамида асосий гуруҳдаги беморларни (9 бемор) даволаш ва диагностика тактикасини такомиллаштириш 2 беморда корин бўшлиғига ўт окишини тўхтатишга имкон берди. Реллапароскопия 6 та ҳолатда ўт окиши сабабини бартараф этишга имкон берди - ўт пуфағи соҳасида ўт йўлини ва абсераант ўт йўлини клипсалаш амалга оширилди ва фақат 1 беморда реллапаротомия ва корин бўшлиғини санацияси, резидуал холедохолитиаз туфайли холедохолитотомия ўтқиши талаб қилинди.

Шундай қилиб, корин бўшлиғига ўт окишини коррекциялашнинг минималлашувчан усулларини жорий этиш, масалан, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар, ультратовуш назорати остида корин бўшлиғининг пункциялари, лапароскопия, ўт йўлларининг "кичик" жароҳатлари бўлган беморларнинг 93,3% да такрорий лапаротомиядан воз кечиш имконини берди. Реллапаротомия фақат 1 беморда амалга оширилди.

Асосий ўт йўллари шикастланиши сабабли, диффуз сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган ўт окишида ўт йўлларининг шикастланишидан кейин 48 соат ичида сафроли перитонитни аниқлашнинг

прецизион техникани қўллаган ҳолда Ру бўйича юкори ГЕА самарадорлигини исботлади. Барча 3 бемор операциядан кейинги ва кечки даврларда яхши натижаларга эришди. ТЖҚД бўйича ГЕАни ўтказиш (асосий гуруҳнинг 2 беморида ва такқослаш гуруҳининг 2 беморида амалга оширилади) ХЭ дан кейинги, 48 соатдан ўтиб аниқланган сафроли перитонитда ўт йўллари деворидаги инфилтратив ўзгаришлар ҳолатларда билиодигестив анастомозни қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги кўрсатилди. Юкоридаги ҳолатларда ГЕА ҳосил қилинадиган алмаштириладиган жигар орқали дренаж жуда муҳимдир. Бирок, асосий гуруҳнинг 2 беморида ва такқослаш гуруҳининг 6 беморида ГХ шикастланиши туфайли сафроли перитонитда биринчи босқичда умумий жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғи дренажланган. 3 ойдан кейин реконструктив операциялар ўтказилди. БАА (такқослаш гуруҳидаги 5 та беморда ва асосий гуруҳда 1 та беморда қўлланилади) ва ГДА (такқослаш гуруҳидаги 3 беморда) барча ҳолатларда ГХ ва БДА стриктуралари билан яқунланди. Уларда қайта реконструктив операциялар ўтказилди. Ўт йўли диаметрининг ½ дан кам қисмини эгаллаган ГХ нуқсонини тикишга фақат прецизион техникадан фойдаланганда кўрсатма бўлади.

Такқослаш гуруҳида ХЭ дан кейин ўт оқishi ва операциядан кейинги сафроли перитонит юзасидан такрорий араланувлардан сўнг йирингли-септик асоратлар 8 беморда (36,4%) кузатилди: - сафроли перитонит давом этиши (2 бемор); - жигар ости ва диафрагма ости абсцесси шаклланиши (2 бемор); - операциядан кейинги яранинг йиринглаши (4 бемор). Шулардан 1 нафар бемор (4,5%) вафот этган. Ўлим сабаби абдоминал сепсис фонида ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги бўлди.



5-расм. Таққосланаётган гуруҳарда сафроли перитонит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижалари.

Асосий гуруҳда, ХЭ дан кейин ўт оқини ва перитонитни жарроҳлик йўли билан коррекцияланган сўнг, 3 беморда (11,1%) асоратлар кузатилди. 2 та ҳолатда йирингли-септик асоратлар, 1 та ҳолатда эндоскопик папиллосфинктеротомиядан сўнг ўткир панкреатит ривожланди. Асосий гуруҳда ўлим кузатилмади.

Шундай қилиб, сафроли перитонитли беморларни жарроҳлик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили мининнвазив диапевтик пункцион усуллар, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопиядан фойдаланиш самарадорлигини кўрсатади.

Шу билан бирга, ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит ва биллома билан оғриган беморларнинг 67,3% да мининнвазив жарроҳлик аралашувлар муваффақиятли амалга оширилди. Шу қаторда, диффуз ўт-йирингли перитонит билан оғриган беморларнинг 1/3 қисмида кенг лапаротом кесимдан ХЭ ва корин бўшлигини тўлиқ санацияси қилиш зарурати пайдо бўлди.

Ўт йўллариининг "кичик" шикастланиши туфайли операциядан кейинги сафроли перитонит ривожланганда FTS тамойилларига мувофиқ амалга

оширилган мининвазив аралашувлар 93,3% ҳолларда самарали бўлди.

Таккослаш гуруҳларида қорин бўшлиғини санақия қилиш бўйича барча операциялар кенг лапаротом кесим орқали амалга оширилди.

Жарроҳлик даволашда анъанавий усуллар қўлланилган ўткир деструктив холецистит асорати сифатида ва операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган 54 бемордан иборат таккослаш гуруҳида 19 (35,2%) беморда йирингли-септик асоратлар кузатилган, 3 (5,5%) бемор вафот этган.

Тадқиқотнинг 77 бемордан иборат асосий гуруҳида 11 (14,3%) беморда йирингли-септик асоратлар кузатилди, 2 (2,6%) бемор вафот этди.

ХОТИМА

Сафроли перитонит ўткир холециститнинг оғир асорати ҳисобланади. шунингдек, ўт йўлларидаги операциялардан кейин қорин бўшлиғига ўт оқибатида ривожланади. Шу билан бирга, ушбу муаммонинг жиддийлигига қарамай, гарчи бу асоратда ўлим даражаси турли муаллифларнинг фикрига кўра, 6.2 дан 24% гача етсада, сафроли перитонитга кам эътибор қаратилади.

Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида асосийлари ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари, шунингдек, ўт йўлларида операциялардан сўнг ўт йўлларидаги қўшимча ўт йўлларида қорин бўшлиғига ўтнинг сизиб чиқиши, холецистэктомиядан кейин (ХЭ) пуфак йўли қўлтоғининг етишимовчилиги, холедохотомиядан кейин ўрнатилган дренажнинг дислокацияси, умумий жигар ўт йўлининг операция вақтида жароҳатланиши. Шу билан бирга, сафроли перитонитнинг бактериял перитонитдан фарқи ўлароқ, ўзига хос хусусияти, клиник кўринишининг занглиги бўлиб, бу кўпинча ташхисни қечқишига олиб келади. Ўтнинг стериллигига қараб, кўпинча холеперитонеум ривожланади ва бу кўпинча ўтнинг ўт пуфаги девори тешилишсиз сизиб чиқиши натижасида кузатилади.

Сафроли перитонитни даволаш учун одатда лапаротомия ёки реллапаротомия қўлланилади, бу ўз-ўзидан жуда шикастли аралашув бўлиб, операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5% га етади. Жарроҳлик аралашувининг натижаси кўп жиҳатдан қўлланиладиган жарроҳлик коррекция усуллари танлаш ва кетма-кетлигига боғлиқ. Сафроли перитонитли беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари ҳозирги вақтда тежамкор минимал инвазив жарроҳлик аралашувлардан фойдаланишига боғлиқ - пункцион дренажлаш ва эндоскопик, организмнинг тизимли яллиғланиш реакцияси ва қорин бўшлиғи сепсиси ривожланишидан олдинги операциялар.

Шундай қилиб, сафроли перитонитни жарроҳлик йўли билан даволаш мураккаб тактик ва техник муаммо бўлиб, уни ҳал қилиш бизнинг

тадқиқотимиз мавзусидир.

Тадқиқотнинг максали сафроли перитонит бўлган беморларда ташхислаш ва жаррохлик коррекциясининг миннинвазив усулларини қўлаган ҳолда даволаш тактикасини оптималлаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш бўлди.

Ўтган 2001-2020 йиллар давомида 20 йил мобайнида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармокли клиникасининг жаррохлик бўлимларида холелитиаз билан касалланган 5849 нафар бемор операция қилинган (19,9%) уларнинг 1167 нафари ўткир деструктив холецистит билан касалланган, яъни тахминан бешдан бири. Биз 2001-2010 йилларга қараганда (операциялар сони 2048) охириги ўн йилликда 2011-2020 йиллар мобайнида (операциялар сони 3801) ўт тош касаллиги билан операция қилинган беморлар сонининг сезиларли ўсишини кузатдик (1,9 баравар), яъни сал кам 2 мартагача. Шу билан бирга, таҳлил қилинган вақт оралиғида ўткир деструктив холециститнинг частотаси холелитиаз юзасидан операция қилинган беморларнинг умумий сонидан 19,2% ни (394 бемор – 2001-2010йй.) ва 20,3% ни (773 бемор – 2011-2020 йй.) ташкил этди, яъни тахминан тенг. Шу билан бирга, перитонит билан операция қилинган беморларнинг частотаси мос равишда 8,4% (32) ва 6,3% (49), ўткир деструктив холецистит (2,4-расм) ва операциядан кейинги биллар перитонитнинг асоратлари сифатида 1,1% (22 бемор) ва 0,7% (27 бемор) га камайдн.

Тадқиқотимиз максали асосида биз сафроли перитонит билан касалланган 131 беморни текшириш ва даволаш натижаларини ўрганиб чиқдик, бу холелитиаз билан касалланган барча 5849 нафар операция қилинган беморларнинг 2,2% ни ташкил этди. Улардан 82 (7,1%) бемор ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан ва 49 (0,8%) бемор холелитиаз операциясидан кейин асорат сифатида перитонит билан касалланган.

Перитонит билан оғриган беморлар орасида 39 (29,7%) эркак ва 92 (70,3%) аёл бемор бор эди, жинслар нисбати 1:2,5 бўлди. Ўт тош касаллиги

билан касалланган барча операция қилинган беморлар орасида бир хил нисбат 1:6 ни ташкил этди, бу алабиётлар маълумотлари бўйича эркакларда холелитиазиснинг янада мураккаб кечишини тасдиқлайди. 60-74 ёшдаги беморлар устунлик қилдилар – 46 (35,2%) ва 45-59 ёш – 37 (28,2%). 11 (8,3%) беморлар 75 ёшдан ошган, 29 (22,1%) – 30-44 ёш ва 8 (6,1%) – 29 ёшгача беморлар бўлган. Беморларнинг ўртача ёши $55,2 \pm 1,3$ ёшни ташкил қилди. Беморларнинг жинси ва ёши гуруҳлари бўйича тақсимланиши ЖССТ тавсияларига кўра (2000) олиб борилди. Йўлдош касалликлар 82 (62,6%) беморларда mavjud эди. Холагит, асосий патологик жараёнинг асорати сифатида, 67 (51,1%) беморда аниқланди. Икки тизимнинг сурункали биргаликда патологияси беморларнинг 41% да, 26% да уч ёки undan кўпда кайд этилган.

Жаррохлик ривожланишининг ҳозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, СП да янги даволаш-диагностика тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқот вазифаларини ҳал қилиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинди. I гуруҳга (таккослаш гуруҳи) ўткир деструктив холелитит ва операциядан кейинги сафроли перитонитнинг асорати сифатида перитонит билан оғриган, 2001-2010 йилларда операция қилинган 54 (41,9%) бемор кирди, уларни комплекс даволашда стандарт амбуланвий ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳ) – 2011-2020 йилларда операция қилинган 77 (58,8%) бемор кирди, уларда даволаш-диагностика чоралари алгоритми FTS - тез тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланган ва миниминвазив жаррохлик аралашувлар жаррохлик даволашнинг устувор усуллари сифатида ишлатилган. ТТД ни клиник таъбиқ этиш жараёнида ёндашув жаррохлик жамиятининг тезлаштирилган тикланиш давридаги ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) бўйича тавсияларига асосланди.

Текширилган беморларда сафроли перитонитнинг биринчи ва кўп қузатиладиган клиник кўриниши турли хил интенсивликдаги қорин оғриғига шикоятлар бўлди. Беморларнинг 41,2% да улар ўртача даражада кучли ва манбага қараб маҳаллий жойлашувга эга бўлди, 58,8% да – оғрик кучли ва

корин бўшлиғининг 2 ёки ундан ортиқ анатомик соҳаларида кузатилди. Шу билан бирга, оғрикнинг интенсивлиги манбанинг жойлашувига ва касаллик бошланиши вақтига боғлиқ эди. Бир кун ёки ундан кўпроқ вақт олдин ривожланган кенг тарқалган перитонитда оғрик кучли бўлиб, кориннинг барча қисмларига тарқалди.

Беморларни объектив текшириш пайтида корин олд деворининг мушаклари таранглиги билан биргаликда бир ёки бир нечта корин соҳасидаги оғрик аниқланди. Шундай қилиб, беморларнинг 37,2% да корин бўшлиғи юмшоқ бўлган жойлардан бирида ва корин парда таъсирланиши хусусияти аломатлари билан биргаликда маҳаллий оғрик қайд этилди, қолган беморларда оғрик тарқоқ ва корин ўнг соҳаларида аниқланди. Шу билан бирга, корин парда таъсирланиши аломатлари шубҳали деб қаралди ва корин олд деворининг мушакларининг таранглиги белгилари вақт ўтиши билан ошмади.

Барча 131 бемор корин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текширувидан (УТТ) ўтди, кўрсатмаларга кўра – фиброгастроудоскопия, РПХГ (17), фистулохолангиография (9), операция вақтида холангиография (24), МРПХГ (21), компьютер томография (19), лапароскопия (49) ўтказилди.

Биз 2001-2020 йй давомида ўткир деструктив холецистит асорати сифатида сафроли перитонит билан операция қилинган 82 нафар беморларни текшириш ва даволаш натижаларини келтирганмиз.

I гуруҳ (такқослаш гуруҳи) 2001-2010 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан оғриган 33 беморни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул қилинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳ (асосий гуруҳ) 2011-2020 йилларда операция қилинган 49 кишини ўз ичига олди, уларда даволаш ва диагностика тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланди ва жарроҳлик даволашнинг устувор усуллари сифатида мининвазив жарроҳлик аралашувлар ишлатилди. ТТД ёндашув клиник татбиқ этишда тезлаштирилган тикланиш жарроҳлиги жамияти - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

тавсияларига асосланган.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида қорин бўшлиғига ўт оқини механизмига кўра, биз сафроли перитонитнинг икки хил шаклини кузатдик: тешилган ва сизиб чиққан. Тешилган сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда (12- таккослаш гуруҳида, 15 - асосий гуруҳида) кузатилди, бу ўт пуфағи деворининг деструкцияси ва тешилиши фониди қорин бўшлиғида ўткир жараён сифатида намоён бўлди. Ўт пуфағи деворининг тешилишисиз деструктив холецистит фониди сизиб чиқувчи сафроли перитонит ривожланди ва ўтнинг эркин қорин бўшлиғига аста-секин оқини бўлганлиғи сабабли перитонит сезиларсиз белгилар билан кечган. Фақатгина қорин бўшлиғида сезиларли даражада ўт тўпланишида перитонитга хос белгилар пайдо бўлди, бу эса уларни жароҳлик шифохонасига етказилишига сабаб бўлди. Кузатувларимизга кўра сизиб ўтувчи сафроли перитонит 55 (67,1%) беморда (21 - таккослаш гуруҳида, 34 - асосий гуруҳида) кузатилди. Шундай қилиб, бизнинг кузатувларимизда сизиб ўтувчи сафроли перитонитнинг сезиларли даражада устунлиғи (2 мартадан ортиқ) кузатилди.

Сафроли перитонит билан асоратланган деструктив холециститдан 82 бемор орасида патологик жараённинг табиатига кўра 55 (67,1%) беморда сизиб ўтиш кузатилди, улардан 9 тасида (16,4%) тарқалган ва 46 тасида (83,6%) чегараланган. Тешилган сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда кузатилди, улардан тарқалган - 10 (37,1%) ва чекланган - 17 (62,9%) та беморда.

Тешилган ва сизиб ўтувчи сафроли перитонит билан касалланган беморларда касалхонага ётқизилганида касалликнинг ўткир бошланиши 27 (32,9%) ва аста-секин ортиб бориши 55 (67,1%) беморда қайд этилган. Оғир шакли - диффуз сафроли перитонит 23,2% беморда кузатилди, яъни беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида.

Касалликнинг биринчи куниди 31 (37,8%), иккинчи кунини - 22 (26,8%), учинчи кунини - 18 (21,9%), тўрт кундан етти кунгача - 6 (7,3%) ва етти кундан кейин - 5 (6,1%) бемор касалхонага мурожаат қилган. Шундай қилиб, беморларни кеч касалхонага ётқизишининг сезиларли улушини қайд этиш

мумкин, бу уларнинг ўз ахволини етарли даражада баҳоламаслик натижасида тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишлари билан изоҳланади.

Касалхонага ётқизилганда 17 (20,7%) беморда умумий ахволи нисбатан коникарли, 31 тасида (37,8%) ўртача, 24 тасида (29,3%) оғир ва 10 тасида (12,2%) ўта оғир аҳвол кайд этилган.

Барча беморларда тизимли яллиғланиш реакцияси аломатлари кузатилади. Сепсис диагностикаси мезонларига асосланиб, 114 (87%) беморда тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (SIRS) кузатилади, улардан 10 таси септик ҳолатда эди.

Сафроли перитонит билан касалхонага ётқизилган 82 нафар беморнинг 31 нафари (37,8%) дастлабки 6 соат ичида операция қилинган. Бу гуруҳдаги беморлар шифохонага мурожаат қилган вақтда нисбатан коникарли аҳволда бўлган. диагностик чора тадбирлар ва операция олди тайёргарлик 6 дан 24 соатгача, яъни биринчи кунда 43 (52,4%) бемор операция қилинди. Клиникага ётқизилган пайдан бошлаб бир суткадан кейин операция 8 (9,8%) беморда амалга оширилди.

Такқослаш гуруҳидаги беморларда ҳажмига қараб бажарилган операциялар 3 турга бўлинди: - 19 та беморда ХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш; - 9 та беморда ХЭ, санация ва қорин бўшлиғини дренажлаш 9; - 5 нафар беморда ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш ўтказилди. Барча ҳолатларда кенг юқори-ўртадан киришдан фойдаланилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида куйидаги операциялар турлари амалга оширилди: - ультратовуш текшируви остида микрохолестистостомия ва билома пункция - 11 беморда; ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш - 9 беморда; - ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи) - 4 беморда; - ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш, ЭПСТ - 3 беморда; - минилапаротом кириш орқали ХЭ ва холедохолитотомия, умумий ўт йўллариинг дренажи ва жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш - 6 беморда; - очик кенг

лапаротомия усулида ХЭ, корин бўшлиғини тозалаш ва дренажлаш - 16 беморда.

Асосий тадқиқот гуруҳида ўтқир деструктив холецистит билан оғриган ва жигар ости бўшлиғида сафро тўпланиши билан оғриган умумий ахволи оғир бўлган 11 нафар беморга, ўт пуфағини тери-жигар орқали микрохолецистостомия (ТЖМХС) ёрдамида декомпрессия қилинди ва ультратовуш назорати остида билломалар пункцияси амалга оширилди. Ўт пуфағини дренажлаш канални ёпиш ва сафро окшишни олдини олиш учун жигар паренхимасининг бир қисми орқали амалга оширилди. Ўт пуфағини дренажлаш жигар паренхимаси соҳаси орқали канал герметизацияси ва ўт окшиш профилактикаси мақсадида бажарилди. Дренажлаш барча ҳолатларда катетер диаметри 4F н 9F бўлган катетернинг охирида "саватчали" "соябон" стилет-катетер билан амалга оширилди. Микрохолецистотомиядан сўнг, бу беморлар корин бўшлиғида суюкликнинг чекланган тўпланишини эвакуация қилиш учун билломалар ультратовуш назорати остида пункция қилинди. Ўт пуфағи ва билломанинг таркиби тўлиқ эвакуация қилинди, бўшлиқ физиологик эритма билан тоза ювиндигача ювилди ва дренаж узайтирилди. Дренаж ажралмаси визуал равишда баҳоланди ва бактериологик текширувга юборилди. Ўт пуфағи бўшлиғини бўшатиш тўлиқлиги эхографик жиҳатдан назорат қилинди.

Ўтқир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит билан оғриган 9 нафар беморда лапароскопик холецистектомия жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш билан яқунланди. 4 беморда диффуз сафроли перитонитда ЛХЭ корин бўшлиғини санитария қилиш ҳамда ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғини мажбурий қўшимча дренажлаш билан тўлдирилди. 3 беморда холедохолитиаз билан бирга келганда ЛХЭ дан сўнг ЭПСТ бажарилди, 6 беморда ХЭ ва холедохолитотомия очик минн-кириш орқали ўтказилди. Шу билан бирга, диффуз сафроли-йиригли перитонит билан оғриган 16 беморда кенг лапаротомия кириш орқали ХЭ ва корин бўшлиғини санацияси амалга оширилди.

Шундай қилиб, ўткир деструктив холецистит асорати сифатида маҳаллий сафроли перитонитни даволашда минимализм жаррохлик аралашувлардан устувор фойдаланиш асосий гуруҳ 33 (67,3%) беморларида муваффақиятли амалга оширилди.

Операциялардан сўнг қорин бўлиғига ўт оқини натижасида пайдо бўлган сафроли перитонитли 49 беморни текшириш ва даволаш натижалари тақдим этилди. 2001-2020 йй., яъни охириги 20 йилда холелитиаз билан 5849 бемор операция қилинган ва ушбу асорат частотаси 0,84% ни ташкил қилди.

Операциядан кейинги ўт оқинида 9 та ҳолатда ўт пуфагидаги кўшимча (аберрант) ўт йўллари (Лушка йўллари), 14 ҳолатда - қисқичлар ёки лигатураларнинг сирғалиши натижасида пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, 5 беморда гепатикохоledох деворининг ўз-ўзидан тешилиши туфайли девордаги нуксондан ўт оқини, яъни гепатикохоledохга ўрнатилган дренажнинг дислокацияси, 21 беморда - асосий ўт йўлларида ятроген шикастланиши.

Ўт оқини ЛХЭ дан сўнг – 2,1% (21), минилапаротом кирдириш ХЭ дан сўнг 1,1% (9), лапаротомли ХЭ дан сўнг – 2,4% (19 бемор) кузатилди.

Сафро чиқиши билан 49 бемордан 35 (71,4%) нафари касалхонага ётқизилди ва ўткир деструктив холецистит, 14 (28,6%) - сурункали калкулёз холецистит юзасидан шонилинч кўрсатмалар асосида операция қилинди. Бизнинг тадқиқотимизга кўра, сафро чиқиши режалаштирилган операцияларга караганда шонилинч операциялардан кейин 3 марта кўп кузатилди.

Жаррохлик ривожланишининг ҳозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, СП ни даволаш ва диагностикасининг янги тактикасини ишлаб чиқиш муаммоларини ҳал қилишга қаратилган тадқиқотда беморлар икки гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 2001-2010 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холецистит асорати сифатида перитонит билан оғриган ва операциядан кейинги сафроли перитонит бўлган 22 (2048 беморнинг 1,1%) беморларни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул

килинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳ) - 27 (3801 беморнинг 0,7%) нафар 2011-2020 йилларда операция килинган беморлар кирди, уларда диагностика ва даволаш тadbирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) таъминланишига асосланган ва жарроҳлик даволашининг устувор усуллари сифатида минимал инвазив жарроҳлик аралашувлар қўлланилган. ТТД ёндашув клиник таъбиқ этишида тезлаштирилган тикланиш жарроҳлиги жамияти - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) тавсияларига асосланган.

Қорин бўшлиғига ўт оқиши ва ультратовуш текширувига кўра 100 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит бўлган таққослаш гуруҳидаги (6 бемор) 3 беморга жигар ости соҳани дренажлаш билан контрапертурани реканализация қилиш амалга оширилди. 3 нафар беморга реллапаротомия қилинди: 1 та ҳолатда ўт оқиши манбан гепатикохоледохдан дренаж дислокацияси бўлиб, у қайта фиксацияланди. Яна 2 ҳолатда, ўт оқиши манбан ўт пуфаги йўли чўлтоғининг этишмовчилиги бўлиб, у қайта боғланди. Жигар ости соҳа санацияси ва дренажлаш ўтказилди.

Қорин бўшлиғига ўт оқиши ва 500 мл гача бўлган, ультратовуш текшируви натижаларига кўра жигар ости соҳа ва ўнг ён канални эгаллаган маҳаллий сафроли перитонитда таққослаш гуруҳидаги (6 бемор) 2 беморда ўт пуфаги йўли чўлтоғининг этишмовчилиги сабабли ўт пуфаги йўлини такрорий боғлаш учун реллапаротомия ўтказилди. 2 беморда ўт пуфаги йўли чўлтоғининг этишмовчилигига холедохолитназ ва билнар гипертензия сабаб бўлган, уларга холедохолитотомия ва холедохни дренажлаш билан реллапаротомия ўтказилган. ГК дан дренажни ўз-ўзидан тушиниш бўлган 2 беморда ҳам умумий ўт йўлини такрорий дренажлаш билан реллапаротомия ўтказилди. Операциялар қорин бўшлиғини санацияси ва жигар ости соҳа, ўнг ён канални ва кичик чанок бўшлиғини дренажлаш билан якунланди.

Асосий ўт йўлларидаги шикастланиш таққослаш гуруҳидаги 10 беморда ўт оқиши ва диффуз сафроли перитонитга сабаб бўлди. 5 та ҳолатда тикловчи операциялар ўтказилди, шундан гепатикохоледохнинг қирғоғи

зарарланиши бўлган 2 беморда нуксон Т шаклидаги дренажда тикилди. Гепатикохоledохнинг тўлик кесилиши бўлган 3 беморда билиар анастамоз амалга оширилди. 5 нафар беморга реконструктив операция ўтказилди: 2 нафар беморда гепатикодуоденоанастамоз, 3 нафар беморда биринчи босқичда перитонит туфайли умумий жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғининг ташки дренажи ўтказилди, кейин 3 ойдан сўнг жигар орқали каркас дренажда гепатикосюноанастамоз ўтказилди.

Ультратовуш текшируви маълумотларига кўра, ўт пуфаги жойига аберрант йўллардан 100 мл гача ўт оқиши натижасида билома бўлган тадкикотнинг асосий гурухидан (7 бемор) 3 беморда жигар ости соҳасида суюқлик тўпланишини эвакуация қилиш учун эхографик назорат остида пункция қилиш керак бўлди.

Яна 2 беморга Люшка йўллариининг клипсалаш билан реллапароскопия ўтказилди. 1 беморда ўт оқиши сабаби кискичнинг силжиши туфайли ўт пуфаги йўли чўлтоғининг стишмовчилигига бўлиб, унга реллапароскопик клипса ўтказилди. Шунингдек, бир ҳолатда ташки ўт оқиши ва хоledохостомия дренажининг тушиши туфайли жигар ости бўшлиғига ўт йиғилишида ЭПСТ ли РПХГ ва назобилиар дренажлаш ўт оқишини тўхтатишининг якуний усули бўлди.

Ультратовуш текширувига кўра ўт оқиши ва ҳажми 500 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ҳолатида киёсий гуруҳда (9 бемор) хоledохолитназ ва ўт йўллариининг гипертензияси туфайли ўт пуфаги йўли чўлтоғининг стишмовчилиги бўлган (7 бемор) 2 беморда ЭПСТ ли РПХГ ва назобилиар дренажлаш ва стишмовчилик бўлган чўлтоқни реллапаротомияда қайта клипсалаш ўтказилди. Яна 5 нафар беморда операциядан кейинги сафроли перитонитнинг сабаби сифатида корин бўшлиғи санацниси ва пуфак йўлини қайта клипсалаш амалга оширилди (2-расм). Диффуз сафроли перитонити билан оғриган 1 беморга реллапаротомия, умумий ўт йўлини дренажлаш ва корин бўшлиғини санацня қилиш билан хоledохолитотомия ўтказилди. Бошқа 1 беморда чекланган сафроли перитонитнинг сабаби

аберрант йўллардан, билома такрорий пункциялар билан эвакуация қилинди.

Асосий ўт йўлларининг шикастланишида сафро окими ва диффуз сафроли перитонит асосий гуруҳдаги 11 беморда кузатилди. Улардан 4 нафари шикастланган жигар каналининг проксимал қўлтоғига дренаж ўрнатилган бошқа шифохоналардан келган. Улардан 3 тасида ГЕА ТЖКД билан Ру бўйича ўрнатилди, 1 та кузатувда юқори прецизион ГЕА каркасли дренажсиз амалга оширилди.

Бизнинг кузатишларимизга кўра, операциядан кейинги биринчи кунда аниқланган ГХ нинг тўлик кесилиши бўлган 2 беморда Ру га кўра юқори ГЕА кўйилди. Сафро перитонитли 1 беморда биринчи босқич қорин бўшлиғини санация қилиш ва жигар каналини дренажлаш бўлди. Реконструктив жаррохлик 3 ойдан кейин амалга оширилди - ТЖКД билан ГЕА. 3 нафар беморга реллапаротомия операциялар ўтказилди. ГХ кесилган 1 беморга ББА кўйилди. Канал диаметрининг $\frac{1}{2}$ қисмидан кўп бўлмаган қирғоқи жароҳатланган 3 беморда 2 ҳолатда канал тикилган; бир ҳолатда РПГХ дан кейин ГХга стент ўрнатилган.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғига операциядан кейинги ўт окими ва сафроли перитонитни коррекциясида трансдуоденал эндоскопик аралашувлар, ультратовуш назорати остида қорин бўшлиғини пункция қилиш ва реллапаротомия каби мининвазив усуллари жорий этиш беморларининг 93,3% да реллапаротомияни рад этишга имкон берди. Реллапаротомия асосий гуруҳдаги факат 1 беморда амалга оширилди. Периферик ўт окими ва сафроли перитонитни реллапароскопик коррекциялаш 11 беморда (68,8%) муваффақиятли бўлди.

Магистрал ўт йўлларини "қатта" ятроген шикастланиши оқибатидаги сафроли перитонитда реконструктив жаррохликни эрта бажариш – Ру бўйича юқори аниқликдаги гепатикоепаноанастамоз ўзининг самарадорлигини исботлади ва 43,8% ҳолатларда жигар орқали каркасли дренаждан воз кечиш имконини яратди..

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит

билан оғриган таккослаш гуруҳидаги беморларда (33 бемор) барча жаррохлик аралашувлар (100%) кенг лапаротомия усулида амалга оширилди ва ҳажмига кўра ўтказилган операциялар 3 гуруҳга бўлинди: – 19 та беморда ХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш ўткир холецистит туфайли ривожланган маҳаллий сафроли перитонит ёки билломада: – 9 та беморда ХЭ, санация ва корин бўшлиғини дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи) корин бўшлиғини 2 ва ундан ортик қисмини эгаллаган тарқалган сафроли перитонитда ёки билломада: – 5 нафар беморда ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш ўтказилди, жигар ости соҳани эгаллаган сафроли перитонитнинг ўткир деструктив холецистит ва холедохолитиаз асорати сифатида ривожланишида.

Беморларнинг талқикот гуруҳида билнар перитонитнинг энг дахшатли асоратлари корин бўшлиғи сенеси бўлиб, 2 беморнинг ўлимига сабаб бўлди, ўлим даражаси 6,1% ни ташкил этди.

Таккослаш гуруҳидаги 11 нафар беморда ўткир деструктив холецистит ва сафро перитонит бўйича операциялардан сўнг турли йирингли-септик асоратлар кузатилди, бу 33,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 беморда (6,1%) билломалар жигар ости соҳасида яна ҳосил бўлиб, улар контрапентуралар реканализацияси орқали дренажланган. 2 беморда (6,1%) жигар ости бўшлиқка ўрнатилган дренаж трубаларидан 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача узок вақт давомида ўт оқиши кузатилди, 4 (12,1%) беморда давом этаётган перитонит туфайли корин бўшлиғини такрорий санацияси билан такрорий реланаротомия операциялари ўтказилди, 1 беморда жигар ости ва диафрагма ости абсцесслари очилди ва дренажланди. Шунингдек, 1 нафар беморга холемик корин бўшлиғига қон кетиш бўйича қайта операция қилинди. 9 (27,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилди.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан оғриган беморларнинг асосий гуруҳида (49 бемор) FTS тамойилларига кўра, 33 беморда (67,3%) минимал инвазив аралашувлар қўлланилган.

Улардан 16 нафар беморда (32,6%) видеоэндоскопик технологиядан

фойдаланган ҳолда куйидаги операцияларни амалга оширилди: маҳаллий сафроли перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит билан оғриган 9 нафар беморда ЛХЭ ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш; – диффуз сафро перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит бўлган 4 беморда ЛХЭ ва қорин бўшлиғини дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи); ўткир деструктив холецистит холедохолитиаз билан бирга келганда 3 беморда ЛХЭ ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш, ЭПСТ. Ушбу беморларда ЭПСТ 2 босқичда ўтказилди.

11 (22,4%) беморда диапневтик технологиялардан фойдаланилган - микрохолецистостомия ва ультратовуш текшируви асосида билмалар пункцияси.

Минилапаротом кириш ва холедохолитотомиядан ХЭ, холедоҳини ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш 6 беморда (12,2%) маҳаллий перитонит билан асоратланган холедохолитиаз билан ўткир деструктив холециститнинг бирга келишида амалга оширилди.

Шу билан бирга, сафро-йирингли диффуз перитонитда ХЭ ва қорин бўшлиғини очик лапаротом киришдан дренажлаш 16 беморда (32,6%) амалга оширилди. Кенг лапаротомия киришидан жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар тарқалган сафро-йирингли перитонит бўлди.

Шундай қилиб, мининвазив аралашувлар принципларига кўра, асосий тадқиқот гуруҳида сафроли перитонитнинг турли шакллари билан асоратланган ўткир деструктив холецистит бўлган 33 бемор (67,3%), яъни беморларнинг 2/3 қисми операция қилинди. Кенг лапаротом кириш тадқиқотнинг асосий гуруҳи беморларнинг 1/3 қисмида ишлатилган.

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 8 беморда операциядан кейинги асоратлар 16,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 (4,1%) беморда жигар ости соҳасининг билмалари қайта шаклланган ультратовуш текшируви остида пункция билан муваффақиятли санация қилинган. Бир беморда ўт пуфагининг трансепатик поноксисён худудидан жигардан холемик кон кетиш бор эди. 1 нафар беморда ҳам ташки сафро оқиши кузатилган, релапароскопия кўп марта

киркиб олинган пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги аниқланди. 1 беморда ЭПСТ дан сўнг ўн икки бармоқли ичакдан кон кетиши кайд этилди, кон кетиш консерватив чоралар билан тўхтатилди. 1 беморда ультратовуш назорати остида 3 марта такрорий пункция оркали санация қилинган диафрагма абсцесси пайдо бўлди. Давом этаётган перитонит билан 1 беморда релапаротомия ўтказилди, 5 беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилди.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 49 бемордан 2 нафари вафот этган, ўлим даражаси 4,1% ни ташқил этган. Ножўя натижанинг сабаби 1 беморда трансдуоденал эндоскопик аралашувнинг асорати сифатида ўткир панкреатит ва 1 беморда давом этаётган перитонит бўлди.

Холецистэктомиядан кейинги асорат сифатида операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларининг қиссий тахлили шуни кўрсатдики, сафро окиси билан жигар остида суюқлик миқдори 100 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ривожланган такқослаш гуруҳидаги барча 6 бемор такрорий жаррохлик аралашувини ўтказди - 3 беморда жигар ости соҳасини дренажлаш билан контрапертера реканализация қилинди, 3 беморда релапаротомия амалга оширилди. Асосий гуруҳда тўғридан-тўғри қарама-қарши натижаларга эришилди, бу ерда махсус эндоскопик ва диапевтик усуллар иккинчи жаррохлик операциясини олдин олиш имконини берди - барча 7 беморда релапаротомия - 3 беморда ультратовуш назорати остида билома пункцияси, яна 3 беморда релапароскопияда қорин бўшлиғига ўт окисини бартараф этиш ва жигар ости соҳасининг санацияси амалга оширилди, бир ҳолатда холедохдан дренажнинг дислокацияси ва ўт окисини ЭПСТ ва назобилиар дренаж билан қоррексияланди.

Такқослаш гуруҳида (6 бемор) ҳажми 500 мл гача бўлган сафроли перитонитнинг ривожланишида ўт чиқинини коррекцияси 100% ҳолатда такрорий жаррохлик аралашуви - релапаротомия оркали амалга оширилди: - 2 беморда қорин бўшлиғи санацияси етишмовчилиги ривожланган ўт пуфағи

йўлининг чултоғини боғлаш билан тўлдирилди; - 2 беморда қорин бўшлиғининг санацияси холедохолитотомия билан ва яна 2 беморда гепатикохоледохини такрорий дренажлаш билан тўлдирилди. Эндоскопик трансдуоденал аралашувлар - ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш ёрдамида асосий гуруҳдаги беморларини (9 бемор) даволаш ва диагностика тактикасини такомиллаштириш 2 беморда қорин бўшлиғига ўт оқишини тўхтатишга имкон берди. Релапароскопия 6 та ҳолатда ўт оқиши сабабини бартараф этишга имкон берди - ўт пуфағи соҳасида ўт йўлини ва аберрант ўт йўлини клипсалаш амалга оширилди ва фақат 1 беморда релапаротомия ва қорин бўшлиғини санацияси, резидуал холедохолитиаз туфайли холедохолитотомия ўтказиш талаб қилинди.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғига ўт оқишини коррекциялашнинг минимал инвазив усулларини жорий этиш, масалан, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар, ультратовуш назорати остида қорин бўшлиғининг пункциялари, лапароскопия, ўт йўлларининг "кичик" жароҳатлари бўлган беморларнинг 93,3% да такрорий лапаротомиядан воз кечиш имконини берди. Релапаротомия фақат 1 беморда амалга оширилди.

Асосий ўт йўллари шикастланиши сабабли, диффуз сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган ўт оқишида ўт йўлларининг шикастланиши кейин 48 соат ичида сафроли перитонитини аниқлашнинг прецизион техникасини қўллаган ҳолда Ру бўйича юқори ГЕА самарадорлигини исботлади. Барча 3 бемор операциядан кейинги ва кечки даврларда яхши натижаларга эришди. ТЖҚД бўйича ГЕАни ўтказиш (асосий гуруҳнинг 2 беморида ва такқослаш гуруҳининг 2 беморида амалга оширилади) ХЭ дан кейинги, 48 соатдан ўтиб аниқланган сафроли перитонитда ўт йўллари деворидаги инфилтратив ўзгаришлар шароитида билюодигестив анастомозни қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги кўрсатилди. Юқоридаги ҳолатларда ГЕА ҳосил қилинадиган алмаштирилладиган жигар орқали дренаж жуда муҳимдир. Бирок, асосий гуруҳнинг 2 беморида ва такқослаш гуруҳининг 6 беморида ГХ шикастланиши туфайли сафроли

перитонитда биринчи босқичда умумий жигар ўт йўлининг проксимал қўлтоғи дренажланган. 3 ойдан кейин реконструктив операциялар ўтказилди. БАА (таккослаш гуруҳидаги 5 та беморда ва асосий гуруҳда 1 та беморда қўлланилади) ва ГДА (таккослаш гуруҳидаги 3 беморда) барча ҳолатларда ГХ ва БДА структуралари билан яқинланди. Уларда қайта реконструктив операциялар ўтказилди. Ўт йўли диаметрининг $\frac{1}{2}$ дан кам қисминини қоплайдиган ГХ нуқсонини тикишга факат прецизион техникадан фойдаланганда кўрсатма бўлади.

Таккослаш гуруҳида ХЭ дан кейин ўт оқиши ва операциядан кейинги сафроли перитонит юзасидан такрорий аралашувлардан сўнг йирингли-септик асоратлар 8 беморда (36,4%) кузатилди: - сафроли перитонит давом этиши (2 бемор); - жигар ости ва диафрагма ости абсцесси шаклланиши (2 бемор); - операциядан кейинги яранинг йиринглаши (4 бемор). Шулардан 1 нафар бемор (4,5%) вафот этган. Ўлим сабаби абдоминал сепсис фониди ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги бўлди.

Асосий гуруҳда, ХЭ дан кейин ўт оқиши ва перитонитни жаррохлик йўли билан коррекциялашдан сўнг, 3 беморда (11,1%) асоратлар кузатилди. 2 та ҳолатда йирингли-септик асоратлар, 1 та ҳолатда эндоскопик папиллосфинктеротомиядан сўнг ўткир панкреатит ривожланди. Асосий гуруҳда ўлим кузатилмади.

Шундай қилиб, сафроли перитонитли беморларни жаррохлик даволаш натижаларининг қиссий таҳлили мининвазив диапевтик пункцион усуллар, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопиядан фойдаланиш самарадорлигини кўрсатади.

Шу билан бирга, ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит ва билома билан оғриган беморларнинг 67,3% да мининвазив жаррохлик аралашувлар муваффақиятли амалга оширилди. Шу қаторда, диффуз сафроли-йирингли перитонит билан оғриган беморларнинг $\frac{1}{3}$ қисмида кенг лапаротом қиришдан ХЭ ва қорин бўшлиғини тўлик санацияси қилиш зарурати пайдо бўлди.

Ўт йўллариининг "кичик" шикастлангани туфайли операциядан кейинги сафроли перитонит ривожланганда FTS тамойилларига мувофиқ амалга оширилган минимал инвазив аралашувлар 93,3% холларда самарали бўлди.

Таккослаш гуруҳларида корин бўшлигини санация қилиш бўйича барча операциялар кенг лапаротом кириш орқали амалга оширилди.

Жарроҳлик даволашда анъанавий усуллар қўлланилган ўткир деструктив холецистит асорати сифатида ва операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган 54 бемордан иборат таккослаш гуруҳида 19 (35,2%) беморда йирингли-септик асоратлар кузатилган, 3 (5,5%) бемор вафот этган.

Тадқиқотининг 77 бемордан иборат асосий гуруҳида 11 (14,3%) беморда йирингли-септик асоратлар кузатилди. 2 (2,6%) бемор вафот этди.

ХУЛОСА

1. Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит 7,1% беморларда кузатилган. Бунда ўт пуфаги деворининг тешилишсиз сафронинг “сизиб” чиқиши нагжасида ривожланган перитонит кўпрок 67,1 % кузатилган. 32,9% да эса сафроли перитонит ўт пуфагининг перфорацияси сабабли юзага келган. Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг частотаси 0,8% ни ташкил этди ва 57,2% холларда ўт йўллариининг “кичик” шикастланишлари (ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, Люшка йўллари шикастланиши, гепатикохоледохга ўрнатилган дренажнинг дислокацияси) ва 42,8% холларда операция давомида умумий ўт йўлининг ятроген травмаси натижасида ривожланди.

2. Ўткир холециститнинг асорати сифатида ривожланган маҳаллий сафроли перитонитни даволашда мининвазив жаррохлик аралашувлардан (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 % да муваффақиятли амалга оширилди. Диффуз сафроли-йирингли перитонитда (32,7% холатда кузатилган) кенг лапаротом кесма оркали ХЭ ва корини бўшлигини санация қилиш зарурияти бўлди.

3. Ўт йўллариининг “кичик” жароҳатлари натижасида ривожланган операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда УТТ сканер назорати остида пункцион, трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик аралашувлар 93,3% беморда релапаротомиядан воз кечини имконини берди. Магистрал ўт йўллариининг шикасти биринчи 48 соат давомида аниқланганда Ру бўйича юқори прецизион ГЕА шакллантириш мақсадга мувофиқдир.

4. Сафроли перитонит билан асоратланган беморларда жаррохлик тактикасини мининвазив аралашувларни танлаб қўллаш асосида оптималлаштириш даволаш натижаларини яхшилади, йирингли-септик асоратлар 14,3 % гача, леталлик 2,6 % гача кискарди (таккослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич мос равишда 35,2% ва 5,5% ни ташкил этган).

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида маҳаллий сафроли перитонит бўлган оғир коморбид ҳолатга эга кекса ва қари беморларда даволашнинг диапневтик усуллари кўрсатма ҳисобланади. Ультратовуш назорати остида ўт пуфагининг ва сафро тўпланишининг пункцияси. Радикал операция тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми енгиллаштирилгандан сўнг бажарилади.

2. Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида ёки сафро йўллариининг "кичик" шикастланиши натижасида ривожланган сафроли перитонитда (биринчи 48 соат ичида) перитонит манбасини лапароскопик коррекцияси ва қорин бўшлиғини санаши кўрсатма ҳисобланади.

3. Қорин пардада фиксацияланган кўплаб фиброз қарашлар бўлган сафроли-йирингли таркалган перитонитда перитонит манбасини кенг лапаротом кесмадан коррекциялаш талаб этилади. Шикастланган асосий ўт йўлларида реконструктив-цикловчи операцияларни бажариш зарурати ҳам лапаротомияни талаб қилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Агеев В.А., Партина И.В., Лисицина Е.С., Батыршин И.М., Попенко Л.Н., Шляпников С.А., Ильина Е.Н., Сидоренко С.В. Чувствительность грамотрицательных бактерий, продуцентов карбапенемаз, к антибиотикам различных групп // Антибиотики и химиотерапия. - 2013. - Т.58. - №3-4. - С.10-13.
2. Акимов В.П. Послеоперационный желчный перитонит: профилактика и хирургическая тактика // Перитонит от А до Я (Всероссийская школа). - 2016. - С.66-67.
3. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург. - 2016. - С.21.
4. Алиев Ю.Г. Мининвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. - 2013. - №5. - С.73-75.
5. 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.
6. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии. - 2000. - Том 159. - №5. - С.114-118.
7. Болотников А.И. Роль видеолапароскопической техники и «терапевтических энергий» в санации брюшной полости при посттравматическом перитоните // Военномедицинский журнал. - 2008. - №7. - С.51-53.
8. Блинков Ю.Ю., Суковатых Б.С. Новые способы лечения распространенного перитонита // Вестник экспериментальной и клинической хирургии том VII. - 2014. - №2. - С.165-176.
9. Баулина Е.А., Николашин В.А., Баулин А.А. Повреждение внепеченочных желчных путей // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С.

21-23.

10. Борисов А.Е., Кашенко В.А., Кубачев К.Г. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2012. - №6. - С. 80-85.

11. Вахрушев Я.М., Хохлачева М.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины. - 2016. - №3(29). - С. 30-35.

12. Воронков Д.Е., Костырной А.В., Поленок П.В. Санация брюшной полости в лечении распространенного гнойного перитонита // Госпитальная хирургия (Тернополь). - 2012. - №4(60) - С. 114-116.

13. Вrabне Е.Е., Ашевский В.В. Лечение желчных перитонитов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации». - 2017. - Т.7. - №5. - С.767-767.

14. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей // М.: Видар - М. - 2006. - С.362.

15. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдошенко А.Л. Перитонит // М.: Гэотар-Мед. - 2002. - С.238.

16. Гальперин Э.И., Чевочкин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков // Хирургия. - 2010. - №10. - С.5-10.

17. Гумерова Г.Н. Биллиарный перитонит - как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица Науки. - 2020. - №5. - С. 25-31.

18. Дубровин И.А. Лифтинговая лапароскопия брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста при подозрении на послеоперационный перитонит. Материалы IX Международной (XVIII Всероссийской) Пироговской научной медицинской конф. студентов и молодых ученых. - Москва. - 2014. - С.283.

19. Дюжева Т.Г., Савицкая Е.Е., Котовский А.Е. Биодegradуемые материалы и методы тканевой инженерии в хирургии желчных протоков // Аnnалы хирург, гепатологии. - 2012. - №17(1). - С.94-100.

20. Ермолов А.С., Воленко А.В., Зубрицкий В.Ф., Земляной А.Б., Айрапетян А.Т., Покровский К.А. Радикальное устранение источника перитонита-кардинальная проблема хирургического лечения панкреатита // Анналы хирургии. – 2016. – №21(3). – С.211-214

21. Знамеровский С.Г. Исследование эффективности нового способа комплексного лечения экспериментального желчного перитонита // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2017. – Т.17. – №4-2(60). – С.44-49.

22. Зубрицкий В. Ф. Послеоперационный желчный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Медицинский вестник МВД. – 2017. – №3. – С.4-11.

23. Зубрицкий В.Ф., Покровский К.А., Забелин М.В., Голубев И.В., Розберг Е.П. Дренирование брюшной полости после абдоминальных операций. Рациональный взгляд на проблему // Анналы хирургии. – 2012. – №1. – С.67-71.

24. Иванов С.В., Голиков А.В., Занкина И.Д. Хирургическая тактика и лечение ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков // Анналы хирург. гепатологии. – 2008. – №3. – С.120-123.

25. Ильющонок В.В., Шулейко А.Ч., Шкурин С.В. Малоинвазивные вмешательства под УЗ - контролем в лечении абсцессов брюшной полости и печени // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. – №3. – С.58-59.

26. Катанов Е.С., Ашоров С.А., Москвичев Е.В., Краснова А.В. Билиарные осложнения после холецистэктомии // Acta medica Eurasica. – 2016. – №1. – С.14-22.

27. Климович И.Н., Дубровин И.А., Маскин С.С. Возможности изопневматической лифтинговой релапароскопии «по требованию» у больных послеоперационным перитонитом // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №5. – С.45-48.

28. Климович И.Н., Маскин С.С., Дубровин И.А. Релапароскопия «по требованию» у больных пожилого и старческого возраста при

послеоперационном перитоните // Вестник «ВолгГМУ». - 2013. - №4. - С.72-76.

29. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. Возможности комбинированных методов малоинвазивного вмешательства при лечении повреждений и стриктур желчных протоков // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. - №171(4). - С.20-27.

30. 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(20). – С.148-167.

31. Кравец К.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Запороженко Б.С. Современное лечение пациентов с перфорацией стенки желчного пузыря и перитонита. - 2020. - С.23-26.

32. Косульников С.О. Выбор санирующих растворов и методов ушивания брюшной стенки при разлитом гнойном перитоните // Украинский журнал хирургии. - 2009. - №3. - С.95-98.

33. Кубачев К.Г., Фокин А.М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2017. – Т. 22. – №3. - С.24 – 27.

34. Кузнецов Н.А., Соколов А.А., Бронтвейн А.Т., Артемкин Э.Н. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // Хирургия. – 2011. - №3. - С.3-7.

35. Куликовский В.Ф., Ярош А.Л., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Николаев С.Б., Бигенская Е.П., Липьков Н.А., Гнашко А.В. Желченстечение после холецистэктомии. Опыт применения малоинвазивных методов лечения. Хирургия // Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - №(4). - С.36-40.

36. Курбанов Д.М., Расулов Н.И., Ашуров А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Новости хирургии. - 2014. - Том 22. - №3. - С.366-373.

37. Курбанов К.М., Махмадов Ф.И., Дамнинова Н. М. Улучшение

непосредственных результатов биллиарного сепсиса при послеоперационном желчном перитоните // Успенские чтения. – 2015. – С.115-116.

38. Корабельников А.И., Аксенова С.В. Санация брюшной полости при перитоните. Клиницист Алматы. – 2007. - №4. - С.19-24.

39. Корепанов В.И. Лапаростомия при гнойном перитоните (обзор зарубежной литературы) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1984. - №8. - С.138-140.

40. Луцевич О.Э. Галимов Э.А. Синьков А.А. Эндоскопическое лечение перитонита. - Тезисы докладов 1-го конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - Москва. -2005. - С.148-149.

41. Луцевич О.Э. Релaparоскопия в хирургической клинике // Эндоскоп. Хирургия. - 2006. - №2. - С.77-78.

42. Мизуров Н.А., Дербенев А.Г., Ворончихин В.В. Ошибки и осложнения при операциях на желчевыводящих путях // Здоровоохранение Чувашии. - 2010. - №1. – С.45-48.

43. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита // Хирургия. – 1984. – №8. – С.124-127.

44. Мороз В.В. Григорьев Е.В. Чурляев Ю.А. Абдоминальный сепсис. - Москва. - 2006. – 192 с.

45. Муминов С. Усовершенствование классификации желчного перитонита // Вестник последиломого образования в сфере здравоохранения. – 2015. – №2. – С.33-37.

46. Муминов С., Курбонов К. М. Патогенез и лечения желчного перитонита // Здоровоохранение Таджикистана. – 2015. – №4. – С.36-41.

47. Мумладзе Р.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного перитонита и их решение в условиях современной клиники //Анналы хирургии. - 2008. - №5. - С.46-52.

48. Назиров Ф.Г., Туракулов У.Н., Акбаров М. М., Саатов Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений

- внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №5. – С.7-9.
49. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Шкарбан В.П. Комбинированные повреждения желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии. Вестн. хирург. им. И.И. Грекова. – 2012. - №171(5). - С.41-45.
50. Оболенский В.Н., Ермолов А.А., Огансян К.С., Аронов Л.С. Вакуум-ассистированная лапаростома в комплексном лечении больного с перитонитом и внутренним желчным свищом // Хирургия. – 2013. – №12. – С.91-94.
51. Осмокеску К.И., Шилов А.Б., Сорогин А.Б. Желчный перитонит после резекции печени перитонит от а до я (всероссийская школа). – 2016. – С. 344-346.
52. Петросян Э. А. Дисфункции эндотелия как фактор развития ишемических нарушений при желчном перитоните // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №6(130). – С.75-79.
53. Петросян Э.А., Алухания О.А., Рыкунова В.Е. Желчный перитонит, как проблема современной гастроэнтерологии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – №3-4. – С.40-45
54. Поленок П.В. Способы временного закрытия брюшной полости / П. В. Поленок // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – №1 (156). - С.112–116.
55. Поленок П.В. Тактика этапного хирургического лечения пациентов с экстренным абдоминальным заболеванием // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т.96. - №1. – С.22–27.
56. Прудков М.И., Орлов О.Г., Кобернюк А.В. Мат. пленума правл. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – 2016. - С.88-89.
57. Рыбачков В.В., Раздвогин В.А., Герасимовский Н.В. К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей // Вестн.

экспериментальной и клинич. хирург. – 2012. - №5(4). - С.34-37.

58. Рыкунова В.Е., Петросян Э.А. Модулирование микросомально - монооксигеназной системы печени при экспериментальном желчном перитоните, осложненного абдоминальным сепсисом // Вестник интенсивной терапии. – 2014. – №5. – С.100-102.

59. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит М.: Литера. – 2006. - С.208.

60. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция. Национальные рекомендации. Москва. «Боргес». – 2011. - 98 с.

61. Савельев В.С. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита / Анналы хирургии. - 2009. - №4. - С.5-10.

62. Суздальцев В.И., Бондаренко А.Г., Архипов О.И., Демьянова В.Н., Байчоров Х.М. Виды осложнений при пункционно - дренирующих миниинвазивных вмешательствах // Материалы науч.- практ. конф. врачей России с международным участием, посвящен. 75-летию Тверская областная клиническая больницы. - Тверь. - 2012. - С.42-43.

63. Савельев В.С. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита //Анналы хирургии. – 2008. - №1. - С.26-32.

64. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В., Сергеева Н.А. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита // Анналы хирургии. - 2013. - №2. - С.48-54.

65. Соболев В.Е., Дуданов И.П. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия. – 2007. - №3. - С.22-25.

66. Стяжкина С.Н., Тимиргазина Д.М., Ямгутдинов И.Р. Клинический случай пациента с осложнением в виде отграниченного желчно-фибринозного перитонита // Вопросы науки и образования. – 2018. – №6(18). – С.157-160.

67. Стяжкина С.Н., Плотникова А.А., Плотников В.Д. Коморбидная патология при желчнокаменной болезни // Научный альманах. – 2017. – №3-

3(29). - С.364 – 366.

68. Симомян К.С. Перитонит. – М.: Медицина. - 1971. – 296 с

69. Терещенко О. А. Состояние эндотелия сосудов при экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2017. – Т. 61. – №1. – С.78-81.

70. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2010. - №1. - С.25-27.

71. Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция // Хирургия Украины. – 2014. - №3. - С.44-49.

72. Унгуриян В.М., Гринёв М.В., Демко А.Е. Ятрогеници манипуляционного характера в абдоминальной хирургии // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. - №172(5). - С.46-50.

73. Уханов А.П. Использование видеолапароскопии при лечении перитонита аппендикулярного происхождения // Вестник хирургии. – 2010. - №3. - С.68-70.

74. Федосеев А.В. Морфологические изменения в печени у больных с острой хирургической патологией на фоне синдрома энтеральной недостаточности // Материалы межрегион. ежегодной науч. конф. с Междунар. участием РязГМУ им. акад. И.П. Павлова / под общ. ред. д.м.н., проф. В.А. Кирюшина. – Рязань: РИО РязГМУ. - 2014. - С.104-105.

75. Федеров В.Д. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больного // Хирургия. – 2000. - №4. - С.58-62.

76. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Шошнлинич тиббиёт ахборотномаси. – 2010. - №4. - С. 94-99.

77. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтнев Б.К., Пулатов М.М.

Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии // Вестник экстренной медицины. – 2019. - № XII (5). - С. 5-10.

78. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях // Вестник экстренной медицины. – 2019. - № XII (4). - С.78-84.

79. Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н. Эволюция хирургической тактики в коррекции желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Kharkiv medical school. – 2014. - №1(64). - С.112-114.

80. Шляпников С.А., Насер Н.Р., Батыршин И.М. Пути оптимизации антибактериальной терапии у больных с вторичным и третичным перитонитом // Инфекции в хирургии. - 2012. - Т.10. - №1. - С.16 - 21.

81. Шугасв А. И. Применение эндовидеохирургических методик в лечении распространенного желчного перитонита //Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний у ветеранов Великой Отечественной войны в многопрофильном стационаре. – 2015. – С. 391-393

82. Шугасв А.И., Луговой А.Л., Гребцов Ю.В., Ярцева Е.А. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита // Новые технологии в хирургии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию со дня рождения проф. А.Е. Борисова. – СПб.: ЭФА медика. - 2013. - С. 114 – 115.

83. Шаповальянц С.Г. Современные лапароскопические технологии в лечении распространенного перитонита / Первый конгресс московских хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь" // Тезисы докладов. М. - 2005. - С.161-162.

84. Ярцева Е.А., Шугасв А.И., Луговой А.Л., Земляной В.П., Гребцов Ю.В. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита (обзор литературы) // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2014. – №2. – С. 93-102

85. Abbasoğlu O., Tekant Y., Alper A. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. *Turkish Journal of Surgery*. – 2016. - N32(4). - P.300-305.
86. Abdel-Raouf A., Hamdy E., El-Hanafy E. Endoscopic management of postoperative bile duct injuries: a single center experience. *Saudi J. Gastr.* – 2010. - N16. - P.19-24.
87. Barrett M., Asbun H.J., Chien H.L., Brunt L.M., Telem D.A. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. *Surg Endosc.* – 2018. - N32(4). – P.1683-88.
88. Bektas H., Kleine M., Tamac A. Clinical application of the Hanover classification for iatrogenic bile duct lesions. *HPB Surg.* – 2011. - P.1–10.
89. Bobkiewicz A., Krokowicz L., Banasiewicz T. Iatrogenic bile duct injury. A significant surgical problem. Assessment of treatment outcomes in the department's own material. *Pol Przegl Chir.* - 2019. - N86(12). - P.576-83.
90. Budipramana V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation // *Case Reports in Medicine*. – 2020.
91. Dash B.R. Diagnosis of Gall Bladder Mucocele, Calculi and Bile Peritonitis in a Dog // *INTAS POLIVET*. – 2020. – T. 21. – №1. – P. 208-211.
92. Dominguez-Rosado I. Quality of life in bile duct injury: 1-, 5-, and 10-year outcomes after surgical repair. *J. Gastrointest. Surg.* – 2014. - N18. - P.2089-2094.
93. Donatelli G., Vergeau B., Derhy S. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. *Gastrointestinal endoscopy*. -2014. - N79(5). - P.855-864.
94. Donatelli G. Intraoperative endoscopist-controlled guide wire cannulation technique sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy. *J. Laparoendosc. Adv. Surg.* – 2012. - N 22. - P.778-784.
95. Eikermann M. Prevention and treatment of bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: the clinical practice guidelines of the European

Association for Endoscopic Surgery (EAES). Surg. Endosc. – 2012. - N26. - P.3003-3039.

96. Ejaz A., Ejaz A., Spolverato G., Kim Y. Long-Term health-related quality of life after iatrogenic bile duct injury repair. J. Am. Coll. Surg. – 2014. - N219(5). - P.923-932.

97. Ekmekciogil E., Ünalp Ö., Uğuz A. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. Turk J Surg. – 2018. - N28. - P.1-7.

98. Faridi S.H. Challenges in the diagnosis and management of spontaneous bile duct perforation: A case report and review of literature //Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. – 2015. – T. 20. – N3. – P.143.

99. Felekouras E., Petrou A., Neofytou K. Early or delayed intervention for bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy? A dilemma looking for an answer. Gastroenterology Research and Practice. Article ID 104235: 1-10. – 2015.

100. Feng X., Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. – 2017. - N11(4). - P.399-405.

101. Fingerhut A., Dziri C., Garden O.J. ATOM, the all-inclusive, nominal EAES classification of bile duct injuries during cholecystectomy. Surg. Endosc. – 2013. - N27(12). - P.201-213.

102. Fiocca F., Salvatori F., Fanelli F. Complete transection of the main bile duct: minimally invasive treatment with an endoscopic-radiologic rendezvous. Gastrointest. Endosc. – 2011. - N74. - P.1393-1398.

103. Flores-Rangel G.A., Chapa-Azuela O., Rosales A.J., Roca-Vasquez C., Böhm-González S.T. Quality of Life in Patients with Background of Iatrogenic Bile Duct Injury. World J Surg. – 2018. - N42(9). - P.2987-2991.

104. Fullum T.M., Downing S.R., Ortega G. Is Laparoscopy a Risk Factor for Bile Duct Injury During Cholecystectomy? J. Soc.Laparoendosc. Surg. – 2013. - N17(3). - P.365-370.

105. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis.

- Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. – 2014. - P. – 188.
106. Gianfranco D., Bertrand M., Serge D. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. *Gastrointestinal endoscopy*. - 2014. - N79(5). - P.855-264.
107. Gluszek. Iatrogenic bile duct injuries - clinical problems. *Polski Przegląd chirurgiczny*. - 2014. - N86(1). - P.17-25.
108. Goodwin A., Lewis J., Iannitti D. Bile Peritonitis After Percutaneous Liver Biopsy and Persistent Bile Leak: 246 //Official journal of the American College of Gastroenterology ACG. – 2015. – T. 110. – P.106-S107.
109. Hamura R. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case //Surgical Case Reports. – 2016. – T. 2. – N1. – P.1-4.
110. Han S.Y. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for first-line palliation of malignant distal biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis // Scientific reports. – 2019. – T. 9. – N1. – P.1-9.
111. Harju J., Aspinen S., Juvonen P. Ten-year outcome after minilaparotomy versus laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized trial. *Surg. Endosc.* – 2013. - N27. - P.2512-2516.
112. Ibrahim Abdelkader Salama and others. Iatrogenic Biliary Injuries: Multidisciplinary Management in a Major Tertiary Referral Centre. *HPB Surgery*. <https://doi.org/10.1155/2014/575136>. - 2014. - P.1-12.
113. Iwashita Y., Hibi T., Ohyama T. Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: an evolutionary cul-de-sac or the birth pangs of a new technical framework? *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. doi: 10.1002/jhbp.503. Epub 2017 Oct 23. – 2017. - N24(11). - P.591-602.
114. Jaffey J.A. Gallbladder mucocele: variables associated with outcome and the utility of ultrasonography to identify gallbladder rupture in 219 dogs (2007–2016) //Journal of veterinary internal medicine. – 2018. – T. 32. – N1. – P. 195-200.
115. Kanno Y. Efficacy of a newly developed dilator for endoscopic ultrasound-guided biliary drainage // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. – 2017. – T. 9. – N7. – P. 304.

116. Kelley I., Chuang M.D., Douglas Corley M.D. Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? *Am. J. Surg.* – 2012. - N203. - P.480-487.

117. Kim T. H., Bae H. J., Hong S. G. A Rare Fatal Bile Peritonitis after Malposition of Endoscopic Ultrasound-Guided 5-Fr Naso-Gallbladder Drainage // *Clinical Endoscopy.* - 2020. – T.53. – N1. – P.97.

118. Kook Hyun Kim, Tae Nyeun Kim. Endoscopic Management of Bile Leakage after Cholecystectomy: A Single-Centre Experience for 12 Years. *Clin Endosc.* <https://doi.org/10.5946/ce.2014.47.3.248>. – 2014. - N47. - P. 248-253.

119. Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. *ANZ J Surg.* – 2019. - N89(11). - P.554-E555.

120. Kulikovskiy V.F., Yarosh A.L., Karpachev A.A. Minimally invasive management of biliary leakage after cholecystectomy. *Khirurgiia (Mosk).* - 2018. -- N(4). - P.36-40.

121. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery // *Complications in Small Animal Surgery.* – 2016. – P. 441-445.

122. Lim D.Z., Wong E., Hassen S., Al-Habbal Y. Retroperitoneal bile leak after laparoscopic cholecystectomy. *BMJ Case Rep.* pii: bcr-2017-222750. doi: 10.1136/bcr-2017-222750. – 2018.

123. Limaylla-Vega H., Vega-Gonzales E. Iatrogenic lesions of the biliary tract. *Rev Gastroenterol Peru.* – 2017. - N37(4). - P.350-356.

124. Lo Nigr C. Bile leaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single centre and brief literature review on current management. *Ann Ital Chir.* – 2012. - N83(4). - P.303-312.

125. Lock J. F., Eckmann C., Germer C. T. Characteristics of postoperative peritonitis // *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin.* – 2016. – T. 87. – N1. – P. 20-25.

126. Lubikowski J., Post M., Białek A., Kordowski J., Milkiewicz P., Wójcicki M. Surgical management and outcome of bile duct injuries following

- cholecystectomy: a single-center experience. Langenbecks Arch Surg. – 2011. - N396(5). - P.699-707.
127. Mangieri C.W., Hendren B.P., Strode M.A., Bandera B.C., Faler B.J. Bile duct injuries (BDI) in the advanced laparoscopic cholecystectomy era. Surg Endosc. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7. - 2018 Jul 13.
128. Mercado M.A., Vilatoba M., Contreras A. Iatrogenic bile duct injury with loss of confluence. World J Gastrointest Surg. – 2015. - N7(10). - P.254-60.
129. Miller T., Singhal S., Neese P. Non-operative repair of a transected bile duct using an endoscopic-radiologic rendezvous procedure. J. Dig. Dis. – 2013. - N14. - P.509-511.
130. Mikulicz Rodecki Über die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien, mit besonderer Rücksicht and die Drainage der Peritoneahole // Arch. Clin. Chir. – 1981. - N26. - P. 111.
131. Otto W., Sierdziński J., Smaga J., Dudek K., Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. Medicine (Baltimore). doi: 10.1097/MD.000000000012684. - 2018. - N97(41). - P.12684.
132. Perera M.T., Silva M.A., Hegab B. Specialist early and immediate repair of post-laparoscopic cholecystectomy bile duct injuries is associated with an improved long-term outcome. Ann Surg. - 2011. - N253. - P.553-560.
133. Pitt H., Sherman S., Johnson M.S. Improved outcomes of bile duct injuries in the 21st century. Ann. Surg. – 2013. - N258. - P.490-499.
134. Rainio M., Lindström O., Udd M. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. Dig Dis Sci. – 2018. - N63(2). - P.474-480.
135. Rystedt J. Bile duct injuries associated with 55134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. World. J. Surg. – 2016. -N40(1). - P.73-80.
136. Steinberg D. On leaving the peritoneal cavity open genetalized suppurative peritonitis // Amer. J. Surg. – 1979. – V.137. – N2. – P.216 – 220.
137. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Tack Gun Jeong, Sang Hee An. Gyung

Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. <https://doi.org/10.3904/kjim.2015.165>. - 2017. - N32. - P.79-84.

138. Sharma C. A case of biliary peritonitis following spontaneous common bile duct perforation in a child //Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology. - 2016. - T. 6. - N2. - P.167.

139. Song S., Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. Clin Case Rep. -2018. - N6(9). - P.1677-1680.

140. Steinberg D. On leaving the peritoneal cavity open genetalized suppurative peritonitis // Amer. J. Surg. - 1979. - V. 137. - N2. - P.216-220.

141. Thompson B.J., Sherman R.A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. - 2021. - N44. - P. 100532.

142. Tornqvist B., Waage A., Zheng Z., Ye W., Nilsson M. Severity of Acute Cholecystitis and Risk of Iatrogenic Bile Duct Injury During Cholecystectomy, a Population-Based Case-Control Study. World J Surg. - 2016. - N40(5)1060. - P. 7.

143. Wang L., Zhou D., Hou H., Wu C., Geng X. Application of "three lines and one plane" as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile ductstones. Medicine (Baltimore). - 2018. - N(16). 0155. - P.97.

144. Weber A. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after cholecystectomy. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2009. - N24. - P.762-769.

145. Yamamoto Y. Risk factors for adverse events associated with bile leak during EUS-guided hepaticogastrostomy //Endoscopic Ultrasound. - 2020. - T. 9. - N2. - P. 110.

146. Yamashita Y., Takada T., Strasberg S.M. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. - 2013. - N20. - P.89-96.

147. Yuhsin V., David W., Linchan C. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. Surg. Clin. N. Am. - 2010. - N90. - P.787-802.

148. Zhou X.J., Dong Q., Zhu C.Z. The role and significance of digital

reconstruction technique in liver segments based on portal vein structure. Zhonghua
Wai Ke Za Zhi. - 2018. - N56(1). - P. 61-67.

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РҮЙХАТИ

ББА	Билибилиар анастомоз
ГепЕА	Гепатикосюноанастомоз
ГепДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикохоледох
ИОХГ	Интраоперацион холангиография
СО	Сафро окиши
ЛХЭ	Лапароскопик холецистэктомия
МУЙ	Магистрал ўт йўллари
МЛХЭ	Минилапаротом холецистэктомия
МРТ	Магнит – резонанс томография
МРПХГ	Магнит – резонанс панкреатохолангиография
МСКТ	Мультиспирал компьютер томография
НБД	Назобилиар дренажлаш
УЖЎЙ	Умумий жигар ўт йўли
УЎЙ	Умумий ўт йўли
ТЖКД	Трансжигар каркасли дренажлаш
УТТ	Ультратовуш текшируви
ФХГ	Фистулохолангиография
ХЭ	Холецистэктомия
ЭПСТ	Эндоскопик папиллосфинктеротомия
ЭРПХГ	Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография

МУНДАРИЖА

Сафроли перитонит ўткир холециститнинг оғир асорати ҳисобланади, шунингдек, ўт йўлларидаги операциялардан кейин қорин бўшлиғига ўт оқини оқибатида ривожланади. Шу билан бирга, «ушбу муаммонинг жиддийлигига қарамай, гарчи бу асоратда ўлим даражаси турли муаллифларнинг фикрига кўра, 6,2 дан 24% гача етсада, сафроли перитонитга кам эътибор қаратилади». Сафроли перитонитни жаррохлик даволашда одатда лапаротомия ёки реллапаротомия қўлланилади, бу ўз-ўзидан жуда шикастли аралашув бўлиб, операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5% га етади. Жаррохлик аралашувининг натижаси кўп жиҳатдан қўлланиладиган жаррохлик коррекция усулларини танлаш ва кетма-кетлигига боғлиқ.....3

I БОБ. САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ МУАММОСИНИ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ.....6

§1.1. Ўткир холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонитнинг ривожланиши, диагностикаси ва даволаш муаммоси7

§1.2. Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг этиологияси ва жаррохлик даволаш ҳақида замонавий қарашлар.....14

II БОБ. КЛИНИК КУЗАТУВЛАР ТАВСИФИ ВА ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ24

§2.1. Беморларнинг умумий тавсифи24

§2.2. Беморларни текшириш усуллари.....30

III БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ АСОРАТИ СИФАТИДА САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.....41

§3.1. Ўткир холецистит асорати сифатида сафроли перитонитни клиникаси41

§3.2. Ўткир деструктив холецистит асорати сифатида сафроли перитонит бўлган беморларда жаррохлик даволаш тактикасини оптималлаштириш.....45

IV БОБ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ	61
§4.1. Операциядан кейинги сафроли перитонит ривожланишининг сабаблари ва хусусиятлари	61
§4.2. Операциядан кейинги сафроли перитонитни жаррохлик коррекциясида тактик-техник аспектларни мақбуллаштириш.....	63
V БОБ. ТАҚҚОСЛАШ ГУРУҲЛАРИДА ДАВОЛАШ	
НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	78
5.1 Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит бўлган беморларни даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш	78
§5.2. Операциядан кейинги сафроли перитонит билан касалланган беморларни даволаш натижаларини таққосий таҳлили.	80
ХОТИМА	85
ХУЛОСА	102
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	103
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	104

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б.

САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

МОНОГРАФИЯ

Бош муҳаррир

И.Субхонов

Бадий муҳаррир

К Бойжўхасев

Компьютерда саҳифаловчи

М. Раҳматова

"BUXORO NASHR" nashriyot-matbaa ijodiy uyi: guvohnoma raqami: 83168

10.03.2023 Nashriyot litsenzyasi 0660. 29.08.2020

Chop etish uchun ruxsat berilgan 01.02.2023 yil. Format 60x84. Pinlar 16 pi

"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, 30

