

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

«TASDIQLAYMAN»
Sog‘liqni saqlash vazirligi
Ilmiy texnik kengashi raisi
_____Sh.K.Atadjanov

« _____ » _____ 2025 y.

XAMDAMOV BAXTIYOR ZARIFOVICH

**KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O‘TKIR
XOLESISTITNI KOMPLEKS JARROHLIK DAVOLASH
SAMARADORLIGINI TASHXISLASH VA BAHOLASHGA
TABAQALASHTIRILGAN YONDOSHUV**

(Monografiya)

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

XAMDAMOV BAXTIYOR ZARIFOVICH

**KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O‘TKIR
XOLESISTITNI KOMPLEKS JARROHLIK DAVOLASH
SAMARADORLIGINI TASHXISLASH VA BAHOLASHGA
TABAQALASHTIRILGAN YONDOSHUV**

(Monografiya)

MONOGRAFIYA ANNOTATSIYASI

Ushbu monografiya kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini tabaqalashtirilgan yondashuv asosida baholash masalasiga bag'ishlangan. O'tkir xolesistit global miqyosda yuqori uchrashuv chastotasiga ega bo'lib, ayniqsa 60 yoshdan yuqori bemorlar orasida kasallikning og'ir kechishi, ko'p sonli yo'ldosh kasalliklari, immunreaktiv jarayonlarning susayishi va operatsion xavfning ortishi bilan murakkablashadi. Shuningdek, operatsiyadan keyingi asoratlari va o'lim ko'rsatkichlarining yuqoriligi ushbu patologiyani erta tashxislash va davolash strategiyalarini takomillashtirish zarurligini ko'rsatadi.

Monografiyada o'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa bemorlar uchun diagnostik va prognostik mezonlar tizimi ishlab chiqilgan bo'lib, u klinik, laborator va morfofunktsional ko'rsatkichlarga asoslangan integrallashgan baholash modelini taklif qiladi. Tadqiqot davomida testlarning sezgirligi va o'ziga xosligi aniqlanib, ishlab chiqilgan model yordamida patologik jarayon kechishini aniqlik bilan prognozlash imkoniyati tasdiqlandi. Ayniqsa, o't pufagi morfostrukturaviy o'zgarishlarini dasturiy model asosida baholash natijalari haqiqiy ijobiy natijalar ustuvorligini ko'rsatdi.

Tabaqalashtirilgan yondashuvga asoslangan kompleks jarrohlik davolash algoritmini qo'llash orqali kekxa bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari sezilarli kamaygani, intraoperatsion xatarlari pasaygani va yotoq-kunlari qisqargani qayd etildi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, an'anaviy usullar bilan solishtirganda ishlab chiqilgan prognostik tizim davolash samaradorligini 14,3% ga oshirishga, intraoperativ asoratlarni 4,1% ga, operatsiyadan keyingi asoratlarni esa 10,1% ga kamaytirishga erishdi.

Monografiya keltirgan ilmiy-amaliy model klinik amaliyot uchun katta ahamiyatga ega bo'lib, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning og'irlik darajasini aniq baholash, optimal jarrohlik vaqtini tanlash, xavf omillarini prognozlash va operatsiyadan keyingi asoratlarni minimallashtirishga qaratilgan zamonaviy yondashuvni taklif etadi. Ushbu yondashuv sog'liqni saqlash tizimida xavf guruhiga mansub bemorlarni boshqarish sifatini oshirishda muhim ilmiy asos bo'lib xizmat qiladi.

АННОТАЦИЯ МОНОГРАФИИ

Настоящая монография посвящена вопросам диагностики и оценки эффективности комплексного хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у пожилых и старческих пациентов на основе дифференцированного подхода. Острый холецистит отличается высокой распространённостью во всём мире и особенно тяжёлым течением у лиц старше 60 лет, что связано с множественными сопутствующими заболеваниями, снижением иммунореактивных процессов и повышением операционного риска. Кроме того, высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности подчёркивает необходимость совершенствования стратегий ранней диагностики и лечения данной патологии.

В монографии разработана система диагностических и прогностических критериев для пожилых пациентов с острым калькулёзным холециститом, предлагающая интегрированную модель оценки, основанную на клинических, лабораторных и морфофункциональных показателях. В ходе исследования определены чувствительность и специфичность тестов, а также подтверждена возможность точного прогнозирования течения патологического процесса с использованием созданной модели. Особое внимание уделено оценке морфоструктурных изменений желчного пузыря на основе программного моделирования, результаты которого продемонстрировали высокую долю истинно положительных находок.

Применение комплексного хирургического алгоритма, разработанного с учётом дифференцированного подхода, позволило существенно снизить частоту послеоперационных осложнений у пожилых пациентов, уменьшить интраоперационные риски и сократить продолжительность госпитализации. По сравнению с традиционными методами, предложенная прогностическая система обеспечила повышение эффективности лечения на 14,3%, снижение интраоперационных осложнений на 4,1% и послеоперационных осложнений на 10,1%.

Представленная в монографии научно-практическая модель имеет важное клиническое значение, поскольку предлагает современный подход к оценке тяжести острого холецистита у пожилых и старческих пациентов, выбору оптимального времени хирургического вмешательства, прогнозированию факторов риска и минимизации послеоперационных осложнений. Данный подход служит весомой научной основой для повышения качества ведения пациентов группы риска в системе здравоохранения.

ABSTRACT OF THE MONOGRAPHY

This monograph is dedicated to the diagnosis and evaluation of the effectiveness of comprehensive surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and geriatric patients based on a differentiated approach. Acute cholecystitis has a high global prevalence and is characterized by more severe clinical manifestations in patients over 60 years of age due to multiple comorbidities, reduced immunoreactivity, and increased operative risk. Additionally, the high postoperative complication and mortality rates highlight the necessity of improving strategies for early diagnosis and treatment.

The monograph presents a diagnostic and prognostic criteria system developed for elderly patients with acute calculous cholecystitis, offering an integrated assessment model based on clinical, laboratory, and morphofunctional indicators. The study identified the sensitivity and specificity of diagnostic tests and confirmed the accuracy of forecasting the course of the pathological process using the developed model. Particular attention is given to the evaluation of morphostructural changes in the gallbladder through computational modeling, which demonstrated a high proportion of true-positive findings.

Implementation of the differentiated, comprehensive surgical treatment algorithm significantly reduced postoperative complications in elderly patients, lowered intraoperative risks, and shortened hospitalization time. Compared with traditional methods, the proposed prognostic system increased treatment effectiveness by 14.3%, reduced intraoperative complications by 4.1%, and decreased postoperative complications by 10.1%.

The scientific and practical model presented in the monograph has substantial clinical value, offering a modern approach to assessing the severity of acute cholecystitis in elderly and geriatric patients, selecting the optimal timing for surgical intervention, predicting risk factors, and minimizing postoperative complications. This approach serves as a strong scientific foundation for improving the management quality of high-risk patients in the healthcare system.

MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO'YXATI		4
KIRISH		5
I. BOB	KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O'TKIR XOLESISTIT KECHISHINING O'ZIGA XOSLIGI, TASHXISLASH VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)	14
§1.1.	Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit	14
§1.2.	Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitda asoratlar va o'lim	21
§1.3.	Jarrohlik yallig'lanish kasalliklarini tashxislashda laboratoriya markerlarining roli	26
II BOB.		
§2.1.	Klinik materialning umumiy tavsifi	34
§2.2.	Tadqiqot usullarining umumiy tavsifi	41
§2.2.1.	Umum klinik va instrumental tekshirish usullari	46
§2.2.2.	Laborator tekshiruvlar	47
§2.2.3.	Immunologik tekshiruvlar	47
§2.2.4.	Biokimyoviy tekshiruvlar	49
§2.3.	Olingan tadqiqot natijalarining statistik tahlili	47
III. BOB	KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O'TKIR KALKULYOZ XOLESISTITNI AN'ANAVIY USULLARDAGI DAVOLASHNING SAMARADORLIGINI TAHLIL QILISH VA BAHOLASH	49
§3.1.	Bemorlarning nazorat guruhida o'tkir kalkulyoz xolesistitning klinik manzarasi umumiy tavsifi va namoyon bo'lish belgilari tahlili	49
§3.2.	Nazorat guruhidagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks xirurgik davolash usullari samaradorligining umumiy tavsifi va tahlili	55
§3.3.	Bemorlarning nazorat guruhida asoratlar va o'limning umumiy xususiyatlari va tahlili	67
IV BOB	KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O'TKIR KALKULYOZ XOLESISTITNI TASHXISLASH VA KOMPLEKS JARROHLIK	76

	DAVOLASH ALGORITMINI ISHLAB CHIQISH VA UNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH	
§4.1.	Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitda yallig'lanishdan oldingi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari dinamikasi o'zgarishlari tabiati va tahlili	76
§4.2.	Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligining diagnostik algoritmi va prognostik baholash mezonlarini ishlab chiqish	93
§4.3.	Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligi algoritmini prognostik baholash uchun ishlab chiqilgan mezonlarni qo'llash samaradorligini qiyosiy baholash	100
XOTIMA		107
XULOSALAR		123
AMALIY TAVSIYALAR		125
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI		126

QISQARTMALAR RO'YXATI

AQB – arterial qon bosimi
AlAt - alaninaminotransferaza
AsAT - aspartataminotransferaza
ASSG - alkogolsiz steatogepatit
GX – gangrenoz xolesistit
JSST – Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
JF - jigar fibrozi
IA – intraoperatsion asoratlar
IF – ishqoriy fosfotaza
KX – kataral xolesistit
LDG – laktatdegidrogenaza
LF - laktoferrin
LXE – laparoskopik xolesistektomiya
MXE – minilaparotom xolesistektomiya
OKA - operatsiyadan keyingi asoratlar
OXE – ochiq xolesistektomiya
PTV - protrombin vaqti
RShTYoIM – Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi
UOP - umumiy oksiprolinlar
FX – flegmonoz xolesistit
EX – emfizematoz xolesistit
C-RO – S-reaktiv oqsil
IL-1b – Interleykin 1b
IL-6 – Interleykin 6
SIRS - tizimli yallig‘lanish reaksiyasi sindromi
TNF- α – o‘sma nekrozi faktori

KIRISH

Mavzusining dolzarbligi va zarurati.

O'tkir xolesistitli o't toshi kasalliklari muammosi ushbu patologiyali bemorlar soni ortib borishi tufayli dolzarbligicha qolmoqda [Abidov U.U., 2018]. Ovqat hazm qilish organlari muammolari bo'lgan bemorlarning qariyb 40% ini turli shakldagi xolesistit bo'lganlar tashkil etadi [Alekseev A.M., 2012].

Jahon gastroenterolog va endoskopistlar tashkiloti (OMGE) ma'lumotlariga ko'ra, o't tosh kasalliklari tarqalish ko'rsatkichlariga ko'ra aterosklerozdan keyingi o'rinda turadi. Erkaklarning 10-18% ida va ayollarning 15-39,5% ida surunkali kalkulyoz xolesistit uchraydi [Aliev Yu.G., Kurbanov F.S., 2014].

O't tosh kasalliklarining turli ko'rinishlarini davolash uchun yiliga 2,5 milliongacha rejali va shoshilinch operatsiya amalga oshiriladi [Balayan G.Z., 2016].

O'tkir xolesistit o't tosh kasalligining eng ko'p uchraydigan asorati bo'lib, 15-20% holatda yuzaga keladi [Bordin D.S., 2012]. U shoshilinch xirurgiyada ikkinchi o'rinni egallaydi [Vaxrushev Ya.M., Xoxlacheva N.A., 2016].

Xolelitiaz yer sayyoramizdagi 70 yoshdan oshgan har uchinchi va 60 yoshdan yuqori har to'rtinchi kishida uchraydi [Vinnik Yu. S., Sergeeva Ye. V., Paxomova R. A., 2012]. O'tkir xolesistit bilan kasalxonaga yotqizilganlarning 58-87% ini 60 yoshdan oshgan bemorlar tashkil etib, ularda kasallikning noaniq klinik kechish va operatsiya xavfining yuqoriligi kuzatiladi [Goroxov S.V., Sergeev O.Ye., 2020].

Jarrohlik klinikalarining jihozlanish darajasi o't yo'llaridagi operatsiya aralashuvi jarohatlarini sezilarli darajada kamaytirish imkonini beradi [Dibirov M.D., 2017]. Ammo yangi texnologiya va usullarni joriy etishga asoslangan jarrohlik davolashning zamonaviy imkoniyatlariga qaramay, 60 yoshdan oshgan bemorlarda o'tkir xolesistitni davolash murakkabligicha qolmoqda [Kapshitar A.V., 2014].

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni davolash murakkabligi xirurgik aralashuvining yuqori xavfi bilan bog'liq bo'lib, ular o'z navbatida quyidagilar bilan bog'liq: asosiy kasallikning og'irligi; bu yoshda o'tkir

xolesistitning klinik kechishi xususiyatlari (organizm immunreaktiv jarayonlarining pasayishi); organizmning yoshga doir o'zgarishlari; og'ir yo'ldosh kasalliklari mavjudligi, avvalo, gomeostaz mexanizmlari buzilishi zahiridagi yurak qon-tomir va nafas organlari kasalliklari; oqilona jarrohlik taktikasining optimal muddati va hajmini tanlashga bo'lgan yagona qarashlarning mavjud emasligi.

Boshqalarning fikricha, operatsiyadan keyin asoratlarning ko'pligi (53 - 84,2%) va operatsiyadan so'nggi o'lim (8,6 - 26%) sabab bo'ladi [Krichmar A.M., 2015], ba'zi hollarda o'lim ko'rsatkichi hatto 45% ga ham yetishi mumkin [Lemchenko I.G., Aleksandrov I.K., Kaplan B.I., Makushina Ye.M., Krechko N.A., 2014].

Bir qator klinitistlarning ma'lumotlariga ko'ra, 60 yoshdan oshib, xolesistektomiyadan so'ng vafot etganlarning 64 foizida yo'ldosh kasalliklar o'limga sabab bo'lgan. Ushbu bemorlar o'limining asosiy sabablari yurak va yurak-o'pka yetishmovchiligi (37,5% holat) hamda peritonit (21,3% holat) bo'lgan.

Nafas, yurak qon-tomir, siydik, endokrin va boshqa tizimlarda yosh bilan bog'liq o'zgarishlar mavjud bemorlarda uchraydigan operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori ko'rsatkichi operatsiyadan keyingi asoratlarni davolash va oldini olishga bo'lgan oqilona yondashuvlarni ishlab chiqish zaruratini ko'rsatadi. Keksalarda operatsiyadan keyin asoratlar paydo bo'lish ehtimoli safro hosil bo'lish, safro chiqarish, nafas, qon aylanish, limfatik tizimlarning morfofunktsional xususiyatlari va ular o'rtasidagi bog'liqlik bilan ham bog'liq.

Davolash tadbirlarining samaradorligi nafaqat operatsiyadan oldingi tayyorgarlik, operatsiya aralashuvi va operatsiyadan keyingi muolajaning oqilonaligi, balki klinik amaliyotda asoratlarni bashoratlashning ob'ektiv usullarini qo'llab, ularning oldini olish bilan ham belgilanadi.

Dunyoda operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish bo'yicha ilmiy tadqiqotlar keksa va qari yoshdagi bemorlarda xavf omillari darajasini standartlashtirilgan asosda baholash orqali amalga oshiriladi.

Mamlakatimizda sogʻliqni saqlash tizimini takomillashtirish boʻyicha amalga oshirilayotgan keng koʻlamli choralar orasida kasalliklarga erta tashxis qoʻyish, ularni asoratlarni kamaytirish va oldini olishga alohida eʼtibor qaratilmoqda. Bu borada 2022-2026 yillarda Yangi Oʻzbekistonni rivojlantirish Strategiyasida koʻrsatilgan 7 ta ustuvor yoʻnalishning 4-qism 56-maqsadida «... aholi salomatligini muhofaza qilish, tibbiyot xodimlari potensialini oshirish va sogʻliqni saqlash tizimini rivojlantirishning 2022-2023 yillarga moʻljallangan dasturini amalga oshirishga yoʻnaltirilgan kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish...» vazifalari belgilangan. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda davolash natijalarining yaxshilanishi dasturiy usullar bashoratiga asoslangan.

Mazkur monografiya Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 12 noyabrdagi PF-6110-son «Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sogʻliqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida» gi va 2022 yil 28 yanvardagi PF-60-son «2022-2026 yillarda Yangi Oʻzbekistonni rivojlantirish strategiyasi toʻgʻrisida» gi Farmonlari, 2020 yil 10 noyabrdagi PQ-4887-son «Aholining sogʻlom ovqatlanishini taminlash boʻyicha qoʻshimcha chora tadbirlar toʻgʻrisida» va 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891-son «Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini taʼminlashga oid qoʻshimcha chora-tadbirlari toʻgʻrisida»gi Qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meʼyoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga muayyan darajada xizmat qiladi.

Muammoning oʻrganilganlik darajasi. Farmakologiya yutuqlari va xirurgik davolash natijalari muvaffaqiyatlariga qaramay, oʻtkir kalkulyoz xolesistit boʻlgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda asoratlarning yuqoriligi ushbu muammo oxirigacha toʻliq oʻrganilmaganligidan dalolat beradi. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda xolesistektomiyaning operatsiyadan keyingi asoratlarni erta tashxislash va samarali oldini olishning innovatsion usullari texnologiyasini oʻzlashtirish va uni shifokorlar amaliyotiga joriy qilish sogʻliqni saqlash

sohasining muhim vazifalaridan biri bo'lib, asoratlar va o'limni bashoratlash hamda oldini olish, jamiyat xarajatlarini qisqartirish imkonini beradi. Yuqorida keltirilganlarning barchasi ushbu monografiyaning asosiy yo'nalishini belgilab beradi.

I BOB. KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O‘TKIR XOLESISTIT KECHISHINING O‘ZIGA XOSLIGI, TASHXISLASH VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)

1.1. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistit

XXI asrda insoniyat hayot faoliyatining ko‘plab sohalarida global o‘zgarishlar ro‘y berdi.

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, demografik ma’lumotlar keksa yoshdagi (61-74 yosh) va qari yoshdagi (75-89 yosh) aholi soni oshganligini ko‘rsatadi [1; 34-40-b., 2; 126-b., 5; 201-b.].

Yangi asr boshlariga kelib, keksa va qari yoshdagi aholi 3,75 baravarga oshdi. Yangi yuz yillik boshiga kelib bu ko‘rsatkich yer sayyorasidagi umumiy aholi sonining 15%dan ko‘prog‘ini tashkil etadi [1; 34-40-b., 2; 126-b., 4; 33-34-b., 7; 37-39-b.].

Turli ixtisoslikdagi shifokorlarga tibbiy yordam uchun murojaatlar soni keksa va qari yoshdagi aholi hisobiga oshishi tufayli keltirilgan ma’lumotlar yanada dolzarblik kasb etadi [2; 126-b., 3; 886-887-b., 7; 37-39-b.].

Shoshilinch xirurgiya bo‘limlariga qabul qilingan barcha bemorlarning taxminan 40%ini keksa va qari yoshdagi kishilar tashkil etadi. Ushbu toifa bemorlarining ko‘rsatkichi doimiy ravishda o‘sib bormoqda [1; 34-40-b., 2; 126-b., 3; 886-887-b., 7; 37-39-b.].

Keksa va qari yoshdagi kishilarda yoshga oid jismoniy o‘zgarishlar organizmning deyarli har bir tizim va a‘zolarida namoyon bo‘lib, kasalliklar belgilariga ta’sir ko‘rsatadi. Bu esa, o‘z navbatida, o‘ziga xos tabiatli kasalliklarning klinik ko‘rinishlariga alohida e’tibor qaratish zarurligini ko‘rsatadi. Shuningdek, keksa va qari yoshdagi bemorlarda diagnostik tekshiruvlari ma’lumotlari yoshlarnikidan farq qilishini ta’kidlash lozim [1; 34-40-b., 2; 126-b., 7; 37-39-b.].

Ko‘plab klinikalarning statistik ma’lumotlariga ko‘ra, keksa va qari yoshdagi bemorlarning aksariyati o‘ng qovurg‘a ostidagi og‘riqdan shikoyat qiladi. Albatta bu turdagi og‘riqlarning sababi turlicha bo‘lishi mumkin, ammo bemorni

tekshiruvchi shifokor xayoliga birinchi o'rinda asosiy kasalliklardan biri – o'tkir xolesistit keladi[2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b.].

O'tkir xolesistit – Keksa va qari yoshdagi kishilar orasida qorin bo'shlig'i organlarining eng keng tarqalgan shoshilinch kasalliklardan biridir. Shu o'rinda o'tkir xolesistit so'nggi 10 yilda 20%dan oshdi, uning destruktiv shakli esa kekxa va qari yoshdagi bemorlarda 40,5% dan 92,8%gacha oshgan[1; 34-40-b., 2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b.].

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, o'tkir xolesistit uchrashining yuqori chastotasi 50-70 yoshlilarga to'g'ri keladi. Aynan shu yoshda shoshilinch xirurgik aralashuvni amalga oshirish bemor salomatligi va hayoti uchun katta xavf tug'diradi [1; 34-40-b., 2; 126-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b.].

Aniq profilli umumiy xirurgiya bo'limi bemorlari orasida o'tkir xolesistit — o'tkir appenditsit darajasidagi va hatto undan yuqori turuvchi eng ko'p uchraydigan patologiya hisoblanadi [15; 16-b.].

Vafot etganlarning mutlaq soni bo'yicha o'tkir xolesistit o'tkir appenditsit, qisilgan churra, perforativ gastroduodenal yaradan oldingi o'rinda turadi, bu borada u faqat o'tkir ichak tutilishi ko'rsatkichidan ortda joylashadi [2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b.,14; 161-b.].

Operatsiyadan keyingi umumiy o'lim ko'rsatkichi turli muassasalarda 2-12% orasida bo'lib, aslo pasayotganligi yo'q, xurujlar avjiga chiqqan operatsiyalarda 14-15%ga yetadi, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda esa 50% gacha yetishi mumkin, bu esa bu turdagi operatsiyalar xavfini oshiradi[2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b.,14; 161-b.].

Morfologik tadqiqotlar o'tkir xolesistit destruktiv shaklining bu qadar yuqori ko'rsatkichlari bevosita yosh xususiyatlari bilan bog'liqligini tasdiqlaydi[2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b.,14; 161-b.].

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o't qopi kattalashishi, organ devori barcha qatlamlarida rivojlanib boruvchi fibroz kuzatilishi isbotlangan. O't pufagi mushak qatlami atrofiyasi 40 yoshdan boshlanadi [2; 126-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b., 9;60-64-b.].

Yurak qon-tomir tizimi (ateroskleroz, gipertonik kasallik, YuIK) bilan bog'liq yondosh kasalliklar mavjudligi o't qopi arteriyasidagi morfologik o'zgarishlarning asosiy sababi hisoblanadi. Adabiyotlarda kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o't qopi arteriyasi sklerozi (obliteratsiyagacha) rivojlanishini tasdiqlovchi ma'lumotlar mavjud [2; 126-b., 3; 886-887-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b., 9; 60-64-b., 14; 161-b.].

Aynan mana shu muhim ahamiyatga ega bo'lgan ikkita omil (qon-tomirlar sklerozi va o't qopi fibrozi) kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit destruktiv shakllarining tezkor shakllanishidagi bosh sabablar hisoblanadi. Biroq shu bilan birga, o'tkir destruktiv xolesistit rivojlanishida o't pufagi yo'lida tosh tiqilib qolishi natijasida o't qopi gipertenziyasi ham yetakchi rol o'ynaydi. Pufak ichi gipertenziyasining bunday mexanizmi 95,7% holatda kuzatilishi isbotlangan [2;126-b., 3;886-887-b., 5;201-b., 6;201-202-b., 7;37-39-b.].

O'tkir xolesistit patogenezida, shuningdek, endobiliar mikroflora ham muhim rol o'ynaydi. Mikroorganizmlarning ajralib chiqish chastotasi biliar tizimdagi tekshirilayotgan material, o't qopida yallig'lanish jarayonining og'irlik darajasi va o'tkir xolesistit asoratlarning tabiatiga bog'liq. Adabiyot manbalarida keltirilgan ma'lumotlar xoledox tarkibida va o't qopi devorida yuqori mikrobli kontaminatsiyaning tabiatini tavsiflaydi. Shuningdek, mualliflarning ta'kidlashicha, o't qopi tarkibi 1,4 baravar kamroq infeksiyalangan [3; 886-887-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b., 9; 60-64-b., 14; 161-b.].

Gangrenali xolesistitda mikroflora o'sishi (92,3%) flegmonoz ($R < 0.01$ bo'lganda 64%) vaoddiy (asoratlarsiz) xolesistitga qaraganda ($R < 0.001$ bo'lganda 48,8%) ko'proq uchraydi.

O'tkir xolesistit asoratlari tabiati o't qopining mikrobiologik tekshiruvlari natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi [4; 33-34-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 9; 60-64-b.,11; 52-56-b.,12; 30-33-b.].

Tadqiqotchilar xolangit bo'lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlarda 83,3% holatda, peritonit rivojlanganda esa, barcha bemorlarda biliar tizimning bakterial invaziyasini aniqladilar. O'tkir xolesistitning xoledoxolitiaz va mexanik sariqlik

kabi asoratlari 35,3% bemorda biliar tizimda mikroorganizmlar yoʻqligida rivojlanishi mumkin [4; 33-34-b., 5; 201-b., 7; 37-39-b., 10; 154-b.].

Bemorlarning 36,1-72,1%ida oʻt qopidan ichak tayoqchasi, 7,2-16,3% holatda – grammusbat kokk mikroflorasi ajralib chiqqan [3; 886-887-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 8; 54-67-b.].

Aeroblar bilan bir qatorda oʻtkir xolesistit boʻlgan 25-63,2% bemorda oʻt qopida spora hosil qilmaydigan anaeroblar ajralib chiqqan [3; 886-887-b., 6; 201-202-b., 8; 54-67-b., 9; 60-64-b.].

Adabiyotlardagi maʼlumotlariga koʻra [2;126-b., 3; 886-887-b., 4; 33-34-b., 5; 201-b., 8; 54-67-b., 9; 60-64-b., 14; 161-b.], oʻt qopidan olinib ekilgan mikroflora 90-96% holatda mikrobli ekanligi aniqlangan. Bunda safroga qaraganda oʻt pufagi devorida bakteriyalar koʻproq boʻlgan. Ushbu maʼlumotlar makropreparat sifatida olingan oʻt pufagini gistologik tekshirishlar natijalari orqali tasdiqlangan [2;126-b., 3; 886-887-b., 5; 201-b., 6;201-202-b. 8; 54-67-b., 9; 60-64-b.].

Aerob va anaerob bakteriyalar sinergik taʼsir qilganda oʻt pufagining yalligʻlanishi monoinfeksiyaga qaraganda ancha ogʻirroq kechadi[9; 60-64-b., 11; 52-56-b.,12; 30-33-b., 14; 161-b.,15; 16-b.]. Bundan tashqari, mikrofloraning aralash tabiati davolash samaradorligini sezilarli darajada pasaytiradi, bu asosan anaeroblarning antibiotiklarga yuqori chidamliligi bilan bogʻliq [6; 201-202-b., 8; 54-67-b., 9; 60-64-b., 11; 52-56-b., 14; 161-b.].

Tekshiruvlarda keksa va qari yoshdagi bemorlarda 92,59% holda oʻt yoʻllarida infeksiya jarayoni aralash aerob-anaerob mikrofloralar ishtirokida, 6,17% holda – faqat aeroblar ishtirokida, 1,2% holda – faqat anaeroblar ishtirokida kechishi aniqlandi [6; 201-202-b., 8; 54-67-b., 9; 60-64-b., 11; 52-56-b.].

Tekshirilgan bemorlarda aerob bakteriyalar koʻpincha oʻt pufagi tarkibidan, anaerob esa uning devoridan olib ekilgan. Xoledox va absesslardagi mikrobli tarkib 100,0% holda aerob-anaerob tabiatga ega boʻlgan. Polimikrobli assotsiatsiyalar oʻtkir xolesistitning murakkab shakllari boʻlgan bemorlarga xos boʻlgan.

O't yo'llari tizimining infeksiyasi diabet, ateroskleroz bo'lgan keksa va qari yoshdagi yoshdagi o'tkir xolesistitli bemorlarda ko'proq uchraydi [2;126-b., 3; 886-887-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b., 8; 54-67-b.,].

Ko'pchilik tadqiqotchilarning fikricha, kasallikning boshlanishidan boshlab dastlabki 24 soat ichida safro tarkibida mikroorganizmlar bo'lmaydi, deb hisoblanadi [1; 34-40-b., 3; 886-887-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b., 8; 54-67-b., 9; 60-64-b., 11; 52-56-b., 14; 161-b., 21; 14-19-b., 25; 114-122-b.]. Shuning uchun ko'plab mualliflar o'tkir xolesistit patogenezida infeksiya ikkinchi darajali ekanligini qayd etishadi [3; 886-887-b.,4; 33-34-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 8; 54-67-b.]. O'tkir xolesistitning asoratli shakllari bo'lgan bemorlarda bakterial infeksiyaga qarshi kurashish masalalari dolzarb bo'lib qolmoqda [1; 34-40-b., 3; 886-887-b., 5; 201-b., 6; 201-202-b., 7; 37-39-b., 11; 52-56-b., 14; 161-b.,18;133-137-b.].

Jarrohlarni safroning infeksiyalanish vaqti, asosan, destruktiv xolesistit patogenezida infeksiya asosiy bo'g'inmi degan savol qiziqtiradi. Bu borada Bezruchko N. V., Vasilkov V. G., Rubsov G. K.ning ishi qiziqish uyg'otadi [23; 17-20-b.], unga ko'ra, o't pufagi ishlamay qolganda, o'tkir xolesistit 173 bemorda rivojlanganligini ko'rsatdi, ulardan faqat 25.4% holatda mikroflora ekildi.

O't pufagi faoliyati buzilmaganda bakterial ifloslanish faqat 13,8% bemorda qayd etilgan. Shu asosda mualliflar har qanday destruktiv xolesistit nafaqat infeksiyaning rivojlanishi bilan bog'liq, balki o't pufagi ishlamaganda infeksiyalanish ehtimoli deyarli ikki baravar ko'payishini aniqlashgan. Ular o'tkir xolesistit patogenezini o't pufagi okklyuziyasi, qon aylanishining buzilishi va pufak devoridagi limfa oqimi bilan bog'lashadi.

Buldakova T. I., Yekimova N. V., Ignateva Ye. V., Lifshis V. B., Suyatinov S. I. [27; 56-59-b.] o'tkir obstruktiv xolesistit bo'lgan 112 ta bemorda safro mikroflorasini o'rganishda, birinchi 48 soat ichida o't pufagining tarkibi odatda steril ekanligini va 72 soatdan keyin mikroflora bakterial ifloslanishi 92% ga oshishini aniqladi.

O't mikroflorasini o'rganishda qarama-qarshi natijalar ham qayd etilgan bo'lib, ularga ko'ra, huruj boshlanishidan avval dastlabki 12-24 soatda o't pufagining devorlarida mikroabscesslarning shakllanishiga yordam beradigan eng yuqori darajadagi bakteriyalar urug'lanishi qayd etilgan [28; 180-184-b., 29; 113-114-b., 30; 37-39-b.].

Ko'pgina mualliflar kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni klinik tashxislash murakkab ekanligini ta'kidlashadi. Bir qator tadqiqotlarda o'tkir xolesistit klinik ko'rinishining noaniqligi va atipikligi hamdako'pincha o't pufagidagi patomorfologik o'zgarishlarga mos kelmasligi qayd etilgan [32; 191-199.-b., 36; 17-25.-b., 42; 23-32.-b.].

Shu bilan birga, o'xshash simptomlarga qaramay, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning klinik kechishi o't pufagi devori destruksiyasi ko'proq uchrashi bilan xarakterlanadi degan fikrlar ham mavjud [44; 73-76-b.].

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning asosiy klinik ko'rinishlari (baland isitma, qattiq og'riq, qorindagi og'riq, leykotsitoz) ko'pincha yoki mavjud bo'lmaydi yoki u qadar sezilarli emas [49; 154-b.]. Buning sababi, qarish jarayonida tanada immunitet, endokrin, qon tomir va asab tizimlarida o'zgarishlar yuz beradi [55; 129-135-b.].

Statistik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, 75% dan 100% holatgacha, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit o'ng qovurg'a ostida og'riq sindromi bilan kechadi. Shu bilan birga, bemorlarning ushbu kontingentida eng ko'p uchraydigan Ortner sindromi faqat 70% hollarda musbat natija ko'rsatishi mumkin [61; 2-6-b.].

Ko'pgina mualliflar kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit turiga qarab sezilmas reaksiya va periferik qondagi o'zgarishlarning aniq qonuniyati yo'qligini ta'kidlashadi [80; 30-31-b.].

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni tashxislashda yuqorida keltirilgan barcha qiyinchiliklar kasalxonaga kech murojaat qilishga sabab bo'ladi, bu esa muayyan darajada operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim ko'rsatkichi oshishiga olib keladi [84; 127-131-b.].

Shu tariqa, keksa va qari yoshdagi bemorlar o't pufagi devorida aynan tiklanmas jarayonlar patogen mikrofloralar bilan birgalikda o't pufagidagi o'tkir yallig'lanish jarayonining rivojlanishini va operatsiyadan keyingi yiringli-septik asoratlarning paydo bo'lishini belgilovchi muhim omillar hisoblanadi [89; 72-73-b.].

Kasallikning eng yuqori xurujida o't pufagining bir nechta yuzlab rentgen kontrasti, ultratovush va endoskopik tekshiruvlarini o'z ichiga olgan adabiyotlar ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, o'tkir xolesistit – bu o't pufagi yoki pufak kanalining bo'yin segmenti toshlar bilan to'silishi natijasida kelib chiqqan deyarli doimiy o'tkir obturatsion (okklyuziv) xolesistit. O't-pufak devorining progressiv yallig'lanishli destruksiyasining patogenezi o't pufagining kanal tizimidan uzilishi bilan kechadigan o'tkir okklyuziya asosiy omil hisoblanadi, chunki u bilan bog'liq bo'lgan pufak ichi gipertenziya va organning fiziologik drenaji buzilishi devoridagi, eng avvalo, shilliq qavatdagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga, shuningdek, nekroz rivojlanishiga, devorda flegmonoz va ochiq gangrenali o'zgarishlar va uning oqibatida keyin devor teshilishiga olib keladi. Virulentli enterogen infeksiyaning fonida bu jarayon ayniqsa jadal rivojlanadi.

Shu bilan birga, keksa va qari yoshdagi bemorlarga o't-pufak devorida yiringli nekrotik jarayonning erta va tez rivojlanishi xos bo'lib, kasallikning klinik ko'rinishi esa har doim ham yallig'lanish jarayonining shaklini to'g'ri baholashga imkon bermaydi, chunki ko'p hollarda klinik ko'rinish, qovuq va qorin bo'shlig'i hamda pufak devoridagi morfologik o'zgarishlar o'rtasida parallellik bo'lmaydi [95; 40-47-b., 99; 209-213-b.].

Kasallikning juda zaif va aniqlanmaydigan klinik belgilarida xirurg operatsiya vaqtida peritonit rivojlanayotgan pufakda aniq destruktiv o'zgarishlarni topadigan holatlar ko'p uchraydi.

Yuqorida aytilganlarning barchasi, bir tomondan, o't pufagidagi destruktiv o'zgarishlarning rivojlanish tezligini hisobga olgan holda, kasallikning faol jarrohlik davolash taktikasiga doimo rioya qilishga va boshqa tomondan, og'ir

somatik bemorlarda yuqori xurujda majburiy shoshilinch operatsiyalar xavfini hisobga olishga undaydi.

Bunday taktikalar o't pufagi va qorin bo'shlig'idagi patologik jarayonni ob'ektiv tashxislash uchun zamonaviy yuqori informatsion usullardan erta foydalanishga asoslangan bo'lishi kerak.

1.2. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitda asoratlari va o'lim

Adabiyotlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda asoratlari hamda o'limning rivojlanishi bo'yicha ko'plab statistik ma'lumotlar mavjud [105; 41-45-b., 112; 18-23-b.].

Rossiya davlat tibbiyot universiteti klinikasida o'tkir xolesistit bo'lgan bemorlarni davolashdagi 5 yillik tajriba haqidagi ma'lumotlarga ko'ra, ko'rsatilgan davrda ushbu kasallik bo'yicha operatsiya qilingan 651 nafar bemordan faqat 25 tasi vafot etgan, operatsiyadan keyingi o'rtacha o'lim 3,8%ni tashkil etgan. Vafot etganlar orasida faqat 12% – 60 yoshdan kichik, qolgan 88% – 60 yoshdan katta, shu jumladan 70 yoshdan kattalar – 50%, 80 yoshdan kattalar –30%, 90 yoshdan kattalar esa – 12% ni tashkil etgan.

Barcha vafot etganlarda kalkulyoz xolesistitda o't pufagi zararlanishining og'ir destruktiv shakllari mavjud bo'lgan, shu o'rinda 25 nafar vafot etganlarning 17 tasida qorin bo'shlig'i perivezikal asoratlari (peritonit, abscess) va 9 tasida peritonit bilan yondosh og'ir darajadagi o't yo'li patologiyasi (xolelaxolitiyaz, xolangit) bo'lgan [120; 8-10].

Mualliflarning ta'kidlashicha, 25 nafar vafot etganlarning 14 tasi yuqori xurujda shoshilinch operatsiyalardan so'ng, 11 nafari operatsiya kechikkani sabab vafot etgan, ularning 10 nafarida og'ir o't yo'li patologiyasi mavjud bo'lgan. Shu bilan birga, klinikada asoratsiz kalkulyoz xolesistit bo'yicha rejali operatsiyalarda deyarli o'lim qayd etilmagan. 25 nafar vafot etganlarning 16 tasi xirurgik bo'lmagan sabablarga ko'ra vafot etgan (miya va yurak qon aylanishining o'tkir

buzilishi, og‘ir pnevmoniya va hokazo).9 kishi asosiy kasallikning asoratlardan vafot etgan [123; 276-283-b., 129; 94-98-b., 135; 178-b.].

Xulosa qilib aytganda, mualliflar letal natijalar, asosan safro toshi kasalliklarining og‘ir asoratli shakllari va poliorgan yondosh patologiyali keksa va qari yoshdagi bemorlar orasida kuzatilganini qayd etishgan va bu ko‘p hollarda, asosan kasallikning yuqori xurujida shoshilinch operatsiyalardan keyin o‘limning bosh sababchisi bo‘lgan.

Operatsiyadan keyingi eng ko‘p uchraydigan asoratlar – bu operatsiyadan keyingi pnevmoniya, operatsiyadan keyingi yaraning yiringlashi, operatsiyadan keyingi yaraning infiltratsiyasi, o‘pka arteriyasi trombozi va boshqalar.

Adabiyotlardagi statistik ma’lumotlarga ko‘ra, Keks va qari yoshdagi kishilarda operatsiyani amalga oshirish muddati uzaygani sari operatsiyadan keyingi davrda asoratlar soni ortib boradi.

Operatsiya qilinganlar orasida 63,4% holatda destruktiv shakl, 34,8% bemorda flegmonoz xolesistit, 28,6% holatda esa gangrenali (shu jumladan perforatsiya) kuzatiladi. Destruktiv shakllarda perivezikal infiltrat va mahalliy peritonit ham kuzatiladi. Operatsiyadan keyingi asoratlar 22,4% hollarda yuzaga kelishi mualliflar tomonidan e’tirof etiladi [151; r.21-29].

Ko‘pincha xolesistekomiyadan keyingi asoratlar ikki guruhga bo‘linadi: spesifik – bevosita operatsiya zonasi bilan bog‘liq bo‘lgan asoratlar; nospesifik – bemorda aniq yoshga bog‘liq bo‘lgan komorbidlik mavjudligi bilan bog‘liq asoratlar. Avvalo, bu yurak-qon tomir asoratlari va operatsiyadan keyingi pnevmoniyaning rivojlanishiga aloqador.

60 yoshdan oshgan kishilarda operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi kasalxonaga kelish vaqtiga bog‘liq ekanligi aniqlandi. 83,3% holatda asoratlar kasallik xurujidan 3 kundan keyin davolanishga kelgan bemorlarda paydo bo‘ldi. Ushbu bemorlar kasallikdan keyingi davrda qabul qilindi.

Turli asoratlar kuzatilgan 60 yoshdan oshgan bemorlar orasida 93,7% holatda xolesistitning destruktiv shakli qayd etilgan [145; 24-26-b., 143; 3-b.].

Bir qator mualliflarning ko'rsatishicha, keksa va qari yoshdagi bemorlarni davolash natijalarini tahlil qilishdaeng xavfli yurak asoratlari operatsiyadan keyingi erta davrning 1-4-kunida rivojlangani aniqlangan. Ular orasida 5,3% holatda beqaror stenokardiya, 2,7% bemorda chap yurak bo'lmasi yetishmovchiligining turli ko'rinishlari, 2,0% da gipertonik inqiroz, 1,7% da o'tkir yurak ritmi buzilishi, 0,7% da miokard infarkti, 0,3% o'pka arteriyasi tromboemboliyasi. Shuni ta'kidlash kerakki, eng ko'p kardiovaskulyar asoratlarda arterial gipertoniya bo'lgan odamlarda qayd etilgan [138; 63-64-b.].

Asoratlarning tuzilishini tahlil qilishda, arterial gipertenziya bo'yicha muntazam davolanmagan odamlarda yurak-qon tomir tizimining asoratlari 24,3% holatda uchragani aniqlangan. Davolangan bemorlarda esa faqat 4,1% holatda qayd etilgan. Operatsiyadan keyingi davrda arterial gipertenziya bo'lgan bemorlarda kardiovaskulyar asoratlarning mavjudligi 5,1% holatda qayd etilgan.

Cherkasov M.F., Kuzmenko V.L. lar tomonidan kasallik tarixini o'rganishda, keksa va qari yoshda gikishilar operatsiyadan oldin 5,2% hollarda kardiologlar tomonidan tekshirilganligi va anesteziologlar bu bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorlashda qatnashmaganligi aniqlangan. Operatsiyadan keyingi davrda faqat 17,7% holatda ushbu bemorlar kardiolog tomonidan tekshirilgan. Operatsiyaga tayyorlashda yondosh patologiyani davolash kiritilgan barcha bemorlarning faqat bittasida operatsiyadan keyingi davrda pnevmoniya kuzatilgan, kardiovaskulyar asoratlarda esa qayd etilmagan [135; 178-b.].

60 yoshdan katta bemorlarda operatsiyadan keyingi o'lim 1,7% ni tashkil etdi. O'limning asosiy sababi yurak-qontomirvapolioranetishmovchiligi bo'lgan.

S.A.Kuneevskiy ma'lumotiga ko'ra, o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi kishilar orasida statsionar bosqichda o'lim ko'rsatkichi 2,6% (62 bemor) ni tashkil etadi. Operatsiyadan keyingi o'ttiz kunlik muddatda ambulatoriya bosqichida o'lim ko'rsatkichi bemorlarning 5,2% (121 bemor) ini tashkil etdi. Umumiy o'lim ko'rsatkichi 7,8 % (183 bemor) bo'lgan.

Muallif tomonidan o'lim natijalar tarkibini tahlil qilish o'lim natijalarning eng keng tarqalgan sababi, 3,03 % (71ta bemor) holatda o'tkir miokard infarkti

bo'lganini ko'rsatdi [130; 169-171-b.]. O'tkir xolesistitni jarrohlik davolashning asoratlari, oshqozon-ichak trakti yuqori bo'lmasidan eroziyal-yarali qon ketishining rivojlanishi, surunkali kasalliklar dekompensatsiyasi (qandli diabet, surunkali buyrak yetishmovchiligi) bilan bog'liq sabablar ikkinchi o'rinni egallaydi, ular statistik ishlov berishda qulay bo'lishi uchun boshqa sabablar guruhiga birlashtirildi (48 nafar bemor, 2,05%). O'lim sabablari orasida uchinchi o'rinda 34 nafar (1,45 %) bemorda qayd etilgan pnevmoniyaning rivojlanishi turadi, bu esa tibbiy yordam ko'rsatish bilan bog'liq bo'lgan. Shuningdek, statistik ahamiyatga ega bo'lgan sabablar orasida o'pka arteriyasi tromb emboliyasi – 24 ta holatda (1,02 %) va o'tkir miya qon aylanishining buzilishi – 6 ta bemorda (0,26 %) ham aniqlandi.

Keksa bemorlar orasida jarrohlik aralashuvining o'lim natijani prognozlashga ta'sirini tahlil qilishda laparoskopik xolesistektomiyaga nisbatan klassik laparotom xolesistektomiya va minilaparotom xolesistektomiya yordamida operatsiya qilingan guruhlarda letal natija rivojlanish ehtimoli statistik jihatdan ishonarli tarzda oshishi aniqlandi. Laparotomiyali xolesistektomiya va minilaparotom kirishdan xolesistektomiyaning letal natijaga ta'sirini taqqoslash klassik texnikaning statistik jihatdan ishonchsiz katta ta'sirini ko'rsatadi [124; 283-288-b.].

Ba'zi bir mualliflar tomonidan keksa va qari yoshdagi bemorlarda letal natija sabablarini tahlil qilishda 14 nafar (42,4 %) bemorda tibbiy yordamning statsionar bosqichidava 46 nafar (45,1 %) bemorda ambulatoriya bosqichlarida o'tkir miokard infarkti ustuvor bo'lganini aniqlashgan. Ikkinchi o'rin – operatsiyadan keyingi pnevmoniya mos ravishda 10 nafar (30,3 %) va 21 nafar (20,6 %) bemorni tashkil etib, statsionar bosqichda letal natija 2,5% (21 ta) holatda qayd etilgan.

Turli organ va tizimlarning o'limga olib keladigan oqibatlari rivojlanish chastotasini tahlil qilishda, joriy qilingan operatsiyadan keyingi yara ichi og'riqsizlantirish texnologiyasini qo'llash keksa va qari yoshdagi kishilarda o'lim asoratlari chastotasini statistik jihatdan sezilarli darajada kamaytirishga imkon berishi aniqlangan: o'tkir miokard infarktini 3,5 baravardan yuqori, o'tkir miya

qon aylanishining buzilishi - 3,5 baravar, tibbiy yordam ko'rsatish bilan bog'liq pnevmoniya – 3 baravardan ko'proqqa pasaygan. Operatsiyadan keyingi davrda joriy qilingan texnologiyalarning o'pka arteriyasi trombemboliyasi rivojlanish chastotasiga ta'sirini ko'rsatuvchi statistik jihatdan sezilarli farqlar bo'lmagan.

Aksariyat mahalliy va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yondosh kasalliklar operatsiya xavfi operatsiyani to'xtatib turuvchi omil hisoblanadi [111; 68-74-b.].

O'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlar holatining og'irlik darajasi asosiy kasallikning asoratlari va yondosh kasalliklar bilan bog'liq [108; 30-32-b.]. Ushbu toifadagi bemorlarda "o'zaro og'irlashtirish sindromi" paydo bo'ladi, ya'ni bunda o'tkir xolesistit xuruji va keyin intoksikatsiya paydo bo'lishi natijasida yondosh kasalliklar dekompensatsiyasi sodir bo'ladi, bu esa, o'z navbatida, bemorni jarrohlik nuqtai nazaridan radikal operatsiya qilib bo'lmaydigan holatga olib keladi [106; 52-54-b.].

Yuqoridagi barcha omillar bemorlarning ushbu toifasini davolashda qiyinchiliklarni aks ettiradi va ko'p jihatdan yondosh kasalliklarning mavjudligi va organizm reaktivligining pasayishi bilan bog'liq bo'lib, bu operatsiya xavfining oshishiga bog'liq bo'lgan asoratlarga olib keladi [101; 944-945-b.]. Boshqa tomondan, o't pufagidagi yallig'lanish jarayonini o'z vaqtida bartaraf etish umumiy holat yaxshilanishiga yordam beradi va yondosh kasalliklarni davolash uchun eng qulay sharoitlarni yaratadi [97; 74-76-b.].

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning klinik ko'rinishi ko'pincha aniqmasligi, laboratoriya ma'lumotlari ko'p holda yallig'lanishning haqiqiy holatini aks ettirmasligi sabab o'z vaqtida davolash va tashxislashni talab qiladi [94; 177-178-b.]. Bularning barchasi kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni davolashning murakkab jarrohlik usulini baholashning eng samarali, ob'ektiv prognostik usullarini ishlab chiqishni talab qiladi.

1.3. O'tkir xolesistitdagi yallig'lanish darajasini tashxislashda laboratoriya markerlarining roli.

O'tkir xolesistitni tashxislash uchun ishonchli usullarni ishlab chiqish dolzarb muammo hisoblanadi [92; 48-49-b.]. Patologik jarayonning surunkali yoki yashirin kechadigan shakllarining kuchayishida ularning og'irligi va o'tkirligini baholash uchun laboratoriya panellarini yaratish katta ahamiyatga ega [89; 72-73-b.].

Jigar, o't yo'llarining funksional holatini baholash uchun klinik laboratoriya diagnostikasida ko'plab biokimyoviy testlar va markerlar qo'llaniladi [87; 23-28-b.]. Shu bilan birga, indikatorlarning ko'pligi abdominal jarrohlikda sifatli laboratoriya diagnostikasi muammolarini hal qilmaydi. Shunga ko'ra jarrohlik klinikasida yallig'lanishning immunkimyoviy belgilariga qiziqish ortmoqda.

A endotoksin lipid ta'siri ostida eritrotsitlar, eozinofillar, neytrofillar, makrofaglar, polimorf-yadroli leykotsitlar membranasining yaxlitligi buziladi [83; 290-296-b.], natijada bir qator biologik jihatdan faol moddalar – TNF- α va TNF- β , IL 1-6 kabi yallig'lanishga qarshi sitokinlar qon oqimiga chiqariladi [84; 127-131-b.].

TNF - α o'sma nekrozi omili - fosfolipaz erkinligiga, NO ishlab chiqarilishi buzilishi, II angiotenzinning oldini olishga sabab bo'ladi, bu esa chap qorinchaning sistolik va diastolik funksiyasi zararlanishiga olib kelib, arterial gipotenziya vamiokard qisqarish qobiliyatini pasaytiradi [81; 109-116-b.].

Monotsit makrofagal sitokinlarning ortiqcha tizimli faollashuvi juda zararli, chunki u mikrosirkulyatsiyani yo'q qilishda ishtirok etadigan leykotrienlar, eykzanoidlar, interleykinlar, tromboksan, bradikinin kabi yallig'lanishning qo'shimcha tabiiy vositachilarining sintezini [78; 152-156-b.], gidrostatik kapillyar bosimni oshirib, vazodilatatsiyani faollashtirish orqali o'tkazuvchanlik va shish paydo bo'lishini kuchaytiradi. Shu bilan birga, hujayra kalsiyining faolligi va tana mushaklaridagi oqsil metabolizmi o'zgaradi, glyukoza parchalanishi kuchayadi, atsidoz ortadi, o'tkir jarayon oqsillari konsentratsiyasi oshadi [90; 51-52-b.].

Sitokinlarning aksariyati yallig'lanish reaksiyasini rivojlantirish uchun javob beradigan endogen pirogenlardir. Shunday qilib, monotsitlarning faollashuvida yallig'lanishli sitokin IL-1qon oqimiga kiradi, bunda gematoensefalik to'siqdan

gipotalamusning preoptik sohasidagi neyronlarga kirib, issiqlik ishlab chiqarishni kuchaytiradi va xulq-atvor jarayonlarini buzadi [97; 74-76-b.].

Sitokinlar ta'sirida gepatotsitlar va jigarning sinusoidal hujayralariga zarar yetkazishning aniq mexanizmi noma'lum bo'lsa-da, TNF α -6 bilan birgalikda to'g'ridan-to'g'ri gepatotoksik ta'sirga ega ekanligi aniqlandi [76; 90-92-b.].

Fibrinolitik faollikdagi lokal o'zgarishlar, endoteliy zararlanishi, keyinchalik hujayra ichidagi shish, membranalariga hujum qiluvchi va fibrin hosil qiluvchi lizosomalar sonining ko'payishi kabilar TNF, leykotrienlar va mikroblarning lipopolisaxarid substansiyalari ta'sirida buyrak endotelial kanalchalari zararlanishining asosiy mexanizmi hisoblanadi [72; 273-276-b.].

Endotoksin va TNF ning asosiy nuqtasi endotelial hujayralar bo'lganligi sababli, ularning faollashishi prostasiklin erkinligiga, elastaz, kislorodning toksik metabolitlari ajralishiga, trombosit va komplement faollashuviga va C3a, C4a, C5a kabi anafilaktogenlar, komplement terminal kompleksi, bradikinin erkinligiga, keyinchalik kapillyarda o'tkazuvchanlik sindromining shakllanishiga olib keladi [69; 70-74-b.].

Subendotelial kollagen ajralib chiqishi Villebrand omili va trombin mavjudligi orqali trombositlar adgeziyasi fonida kininogen ta'siri bilan birga kuzatiladi. Bu A₂ tromboksanning ajralib chiqishiga yordam beradi va gidrostatik kapillyar bosimni kuchaytiradi, leykotrien va bradikinin bilan shish va o'tkazuvchanlikni oshiradi [63; 253-255-b.].

Shunday qilib, yallig'lanish reaksiyasida mikrosirkulyatsiya buzilishining og'irlik darajasi gemostaz tizimi va immunitetning sitokinlar ta'siri ostidayondosh zararlanishiga bog'liq [60; 99-102-b.].

Koagulyatsiyaning buzilishi trombositopeniya fibrinogen, shuningdek fibrinektin – T-limfotsitlarning faollashuvi va bakterial opsonizatsiyani, antikoagulyant oqsillarning kamayishi, bog'lovchi oqsillarning oshishi bilan koagulyatsiya faollashuvini ta'minlaydigan asosiy immun javob modulyatori degradatsiyasi mahsulotlarining paydo bo'lishi bilan birga kuzatiladi. Prekallikrein va kininogen – koagulyatsiyaning ushbu muhim tarkibiy qismlari kallikrein-kinin

tizimining faollashtiruvchilari bo'lib, neyetrofillar xemotaksisini, elastaz ajralishi, qon tomir endoteliyni buzuvchi kislorod metabolitlar ajralishini kuchaytiradi. Bu koagulyatsion modulyatsiyaning buzilishiga olib keladi, chunki endotelial hujayralar angikoagulyantlar, antitrombotsitik va fibrinolitik birikmalar ishlab chiqarilishi tufayli tromborezistentlikni saqlaydi. Villebrand omili va plazminogen aktivatorining sintezi buziladi [54; 70-77-b.].

Zararlangan endoteliy trombositlar faollashuvi omili –agregatsiyasining kuchli stimulyatori, tromboksan-A₂, serotonin, fibrinektinni ishlab chiqarishga qodir [50; 145-148-b.]. Zararlangan to'qimalar va hujayralardan qon oqimiga kiradigan tromboplastin bo'lganda, endoteliotsitlar funksiyalarining buzilishi fonida, koagulyatsiyaning ikkala yo'li kapillyar aylanishni to'sadi.

Odatdagi sharoitda spesifik bo'lmagan tabiiy immunitet mexanizmlari infeksiyadan yetarli darajada mahalliy himoya qilishni ta'minlasa, yallig'lanishni bartaraf etsa, yallig'lanishga javoban jiddiy tizimli reaksiyaning rivojlanishiga to'sqinlik qilsa, u holda destruktiv jarayon sharoitida sitokinlarning chiqarilishi natijasida keskin yallig'lanish reaksiyasi yuzaga keladi [48; 20-21-b.].

Biroq, o'tkir xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda ayni shu masalalar yechilmay qolinmoqda. Xususan, yallig'lanish jarayonida sitokinlar konsentratsiyasining oshishi va o't pufagi destruksiyasining qaysi shakllari bu reaksiyaga ta'sir qilishi mumkinligi haligacha ma'lum emas.

O'tkir xolesistitga odatiy reaksiya sifatida boshlangan yallig'lanish tananing boshqa barcha integratsiya va boshqaruv tizimlarini zararlaydi. Yallig'lanish reaksiyasi organizmni patogen omillardan ozod qiladi, "begona"ni "o'zinikidan" ajratib turadi, bu esa sog'ayishga yordam beradi [45; 123-b.].

Sitokinlar kaskadini faollashtirish orqali o'tkir yallig'lanishning rivojlanishi va modulyatsiyasida kappa B yadro omili asosiy o'rin tutadi. Yallig'lanish kaskadlarini faollashtirish to'qima gipoksiyasini infeksiya yoki zararlangan to'qima bilan birlashtirishni talab etadi. Patologiya kuchayishi, gipoksiya qaytalanishi mavjud bo'lmaganda yallig'lanish tabiiy sog'ayishga moyil bo'ladi [42; 23-32-b.].

Shunday qilib, TNF- α va IL-1b kashf etilganidan beri organizmning yallig'lanish jarayoniga javob berishida sitokinlarning roli sezilarli darajada aniqlashtirilmoqda. Garchi ushbu sitokinlar yallig'lanish reaksiyasining patogenezidagi asosiy omillar ekanligi tan olingan bo'lsa-da, terapiya nuqtai nazaridan ularga qiziqish bugungi kunda yetarli darajada emas. sitokin mexanizmini chuqurroq tushunish shuni ko'rsatdiki, yallig'lanishda bir nechta sinflar bir vaqtning o'zida faollashadi. Ular yallig'lanishni chaqiruvchi TNF- α va IL-1b, IFN- γ , IL-2; yallig'lanishga qarshi IL-10 va sitokin antagonistlari IL-1ra, r55, r75, r68. Ushbu sitokinlar tabiiy immunitetni qo'zg'atibgina qolmay, balki asosan Th₂ ni javob va yuqori limfotsitik apoptozda aks etuvchi yaqqol immunosupressiyani keltirib chiqaradi [51; 82-83-b.].

Ayrim sitokinlarning rolini tushunishda sezilarli yutuqlarga qaramasdan, yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashdagi kichik muvaffaqiyat patologik jarayonda organizmning javob qaytarishida sitokinlarning o'рни va roli hali to'laqonli o'rganilmaganligini ko'rsatadi.

Shunday qilib, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi tarkibidagi jarrohlik yallig'lanish kasalliklari – bu bakterial va nobakterial tabiatning og'ir stimullariga javoban turli xil yallig'lanish mediatorlarining ortiqcha sekresiyasini aks ettiradigan patologik jarayondir. Bu jarayon yallig'lanish mediatorlarining ommaviy ishlab chiqarilishi yallig'lanishni chaqiruvchi va unga qarshi mediatorlar o'rtasidagi muvozanat buzilishida jarayon generalizatsiyasi rivojlanishiga aylanishi mumkin.

Micić D., Stanković S., Lalić N., [63; 253-255-b.] og'ir darajadagi xolesistitni prognozlash uchun neytrofillarning limfotsitlarga nisbatini o'rganishdi. Safro chiqarish tizimidagi yallig'lanish o't yo'lining o't toshlari bilan tiqilib qolishi tufayli rivojlanadi. Jarrohlik muolajasini kechiktirish og'ir yoki gangrenali xolesistit va o't pufagining teshilishiga olib kelishi mumkin. Tizimli yallig'lanish va stressning biomarkeri sifatida neytrofillar sonini limfotsitlar soniga bo'lish orqali hisoblangan neytrofillarning limfotsitlarga nisbati (NLR) taklif etiladi. Appenditsit, abscess, septik shok kabi turli o'tkir yallig'lanish kasalliklari

jarohatlari bo'lgan og'ir ahvoldagi bemorlarda hamkuzatiladigan NLRning oshishi bilan qayd etiladi. Yaqinda NLRni AC uchun potensial yallig'lanish biomarkeri sifatida o'rganish mumkinligi taklif qilindi.

O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan bemorlarda qon zardobi biokimyoviy ko'rsatkichlari dinamikasining ahamiyati Rossiyalik olimlar N. A. Fedicheva va boshqalarning maqolalarida yoritilgan [69; 70-74-b.]. Eng muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan laboratoriya ko'rsatkichlari aniqlandi: ferment ko'rsatkichlari (AlAT, AsAT, IF, alfa-amilaza), pigment almashuvi ko'rsatkichlari (umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, bilvosita bilirubin), C-reaktiv oqsil. Bemorning yoshiga bog'liq bo'lgan o'tkir kalkulyoz xolesistitning markerlari qayd etildi. Olib borilgan tadqiqot natijasida quyidagi xulosalarni chiqarish mumkin: ko'rib chiqilayotgan biokimyoviy ko'rsatkichlar erkaklar va ayollarda bir xil o'sish dinamikasiga ega; E2 va E3 guruhlarida E1ga guruhga nisbatan tadqiq qilingan biokimyoviy ko'rsatkichlar darajasining oshishi bemorning yoshiga bevosita bog'liqligini aks ettiradi; qon zardobining ferment ko'rsatkichlari (AlAT, AsAT, IF, alfaamilaza), pigment almashinuvi (umumiy bilirubin, bevosita bilirubin, bilvosita bilirubin) va C-RO instrumental tadqiqotlar bilan birgalikda o'tkir kalkulyoz xolesistitda marker sifatida o'rganilishi mumkin.

Erta va o'z vaqtida differensial tashxis qo'yish va terapiyani nazorat qilishning ishonchli laboratoriya usullarining yo'qligi shifokor taktikasini tanlash masalasini murakkablashtiradi. Laktoferrinni aniqlashdagi immunokimyoviy testlarni baholash uchun ishlab chiqilgan sxema natijalariga ko'ra, o'tkir xolesistitning yashirin shakllarida yallig'lanish-destruktiv jarayonning aks etish darajasi o'rganildi [143; 3-b]. Mualliflar tomonidan keltirilgan klinik misollar an'anaviy laboratoriya tahlillariga nisbatan LF uchun immunokimyoviy testlarning juda yuqori axborotlilikini ko'rsatadi. Xolesistit bo'lgan bemorlarning qon zardobida ushbu oqsilni aniqlash yallig'lanish jarayonining og'irligini, qorin bo'shlig'idagi destruktiv va yiringli asoratlarning mavjudligini aniqroq aniqlash, shuningdek, kasallikning natijasini taxmin qilish imkonini beradi.

Shu tariqa, taqdim etilgan adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, amaliyotchilarning o'tkir xolesistitni tashxislash va davolashdagi ulkan tajribasiga qaramay, operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim chastotasi hamon yuqoriligicha qolmoqda. Ko'p jihatdan, bu bemorlarning umumiy kontingenti keksa va qari yoshdagi bemorlarning ulushi yuqoriligi bilan bog'liq.

Shuni ta'kidlash kerakki, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit belgilari va ularning destruktiv shakllari yashirin ravishda kechadi, patologiyalar ko'lami kengligi bois umumtan olingan klinik manzaraga har doim ham to'g'ri kelavermaydi. Bularning barchasi bemorning operatsiyadan oldingi holati va operatsiyadan keyin kasallikning og'ir kechishiga sabab bo'ladi.

Boshqa tomondan, operatsiyadan keyingi asoratlar va o'limning sabablari nafaqat bemor ahvolini dastlab to'liq baholay olmaslik hamda ularni operativ davolashda maksimal darajada laporoskopik xolesistektomiya bajarishga intilish, bu esa o'z navbatida operatsiya vaqtida asoratlangan destruktiv jarayonga duch kelib qolishlik hamda texnik kiyinchiliklar munosabati bilan jarrohlik aralashuvini konversiya bilan tugatilishiga olib keladi.

Shu bilan birga, so'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, olimlar patologik jarayon kechishini ob'ektivlashtirish mezonlari sifatida yallig'lanish reaksiyasi markerlarini o'rganishning informatsion ahamiyatiga tobora ko'proq e'tibor qaratmoqdalar. Mahalliy va xorijiy tadqiqotchilarning ilmiy ishlari bilan tanishish o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarning ahvoli va ularni kompleks jarrohlik davolash natijalarini prognostik baholash to'g'risida ma'lumot yo'qligini ko'rsatdi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni davolashda qo'llangan kompleks jarrohlik usulining samaradorligini baholashda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining roli va o'rnini o'rganishga qaratilgan maqsadli tadqiqotlar o'tkazilmagan. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakllari rivojlanishining patogenezi, operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanishi va letal natijalar nuqtai nazaridan ushbu jihatlarni ochib berish, bizning nazarimizda, ushbu guruh bemorlarini

davolash natijalarini yaxshilaydi. Biz amalga oshirgan tadqiqot jarrohlikning aynan shu tomoniga bag‘ishlangan.

II BOB

KLINIK VA INSTRUMENTAL TEKSHIRUV TAVSIFI

2.1. Klinik materialning umumiy tavsifi

Tadqiqot ishida 2017 yildan 2022 yilgacha RShTYoIM Buxoro filiali klinikasida davolangan o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan Keksa va qari yoshdagi bemordan 206 nafarining kompleks tekshirish va davolash ma'lumotlari keltirilgan.

Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lindi: nazorat guruhi–2017 yildan 2019 yilgacha davolanishda bo'lgan 102 nafar (49,5%) bemor va asosiy guruh–klinikada 2019 yildan 2022 yilgacha 104 nafar (50,5%) bemor davolangan.

O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan bemorlarni bu tarzda ajratish Keksa va qari yoshdagi bemorlarda ushbu kasallikni tashxislash va kompleks xirurgik davolashning samaradorligini prognostik baholashni ishlab chiqish va joriy qilishdagi turli bosqichlarni aks ettiradi.

Tadqiqotda, shuningdek, tibbiy komissiya tomonidan sog'lom deb tan olingan 10 nafar ko'ngilli ham ishtirok etdi.

Bemorlarni yosh toifasiga ko'ra taqsimlash JSSTning 1992 yildagi tavsiyasiga binoan olib borildi. Shu o'rinda kekxa yoshdagi bemorlarga 60-74 yoshlilar, qari bemorlar toifasiga –75 dan 89 yoshgacha bo'lganlar kiritildi. Jami 134 (65,0%) nafar bemor kekxa bo'lsa, qari yoshdagi bemorlar 72 (35,0%) nafarni tashkil etdi.

Ayol bemorlar erkaklarga nisbatan 2 baravar ko'pchilikni tashkil etdi (64,6% va 35,4%, mos ravishda), bu ushbu kasallik bo'yicha umumjahon statistikasiga to'g'ri keladi. Bunday tavsif nazorat va asosiy guruhdagi bemorlar orasida ham qayd etildi (2.1-jadval).

Nazorat guruhida kekxa yoshdagi bemorlar 67,6%ni, qari bemorlar – 32,4% ni tashkil etgan.

Asosiy guruh bemorlari orasida kekxa yoshdagilar 62,5% va qarilar 37,5%ni tashkil etdi.

2.1-jadval

Bemorlarning jinsi va yoshiga ko'ra taqsimlanish xususiyati

YoSh	JINSI	BEMORLAR GURUHI				JAMI	
		Nazorat		Asosiy			
		AK	%	AK	%	AK	%
KEKSA YoShDAGI	E	22	21,6	29	27,9	51	24,8
	A	47	46,1	36	34,6	83	40,3
	JAMI	69	67,6	65	62,5	134	65,0
QARI YoShDAGI	E	14	13,7	8	7,7	22	10,7
	A	19	18,6	31	29,8	50	24,3
	JAMI	33	32,4	39	37,5	72	35,0
JAMI	E	36	35,3	37	35,6	73	35,4
	A	66	64,7	67	64,4	133	64,6
	JAMI	102	49,5	104	50,5	206	100,0

Shunday qilib, ma'lumotlardan ko'rinib turganidek, bemorlarning yosh va jins toifasi nazorat va asosiy guruh o'rtasida mos keladi, bu esa tahlil qilingan klinik materialning ishonchli ahamiyatini ko'rsatadi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechish og'irlik darajasini 2018 yildagi Tokio tavsiyalariga binoan baholadik. Tokio tavsiyalarini "Tadqiqot usullar" qismida batafsil bayon etamiz.

Tokio klassifikatsiyasi asosida tekshirilgan bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit yengil darajada kechishi 43 (20,9%) nafar bemorda qayd etilgan (2.2-jadval). Biroq o'rta og'irlikdagi o'tkir kalkulyoz xolesistit ko'proq bo'lgan (42,7%).

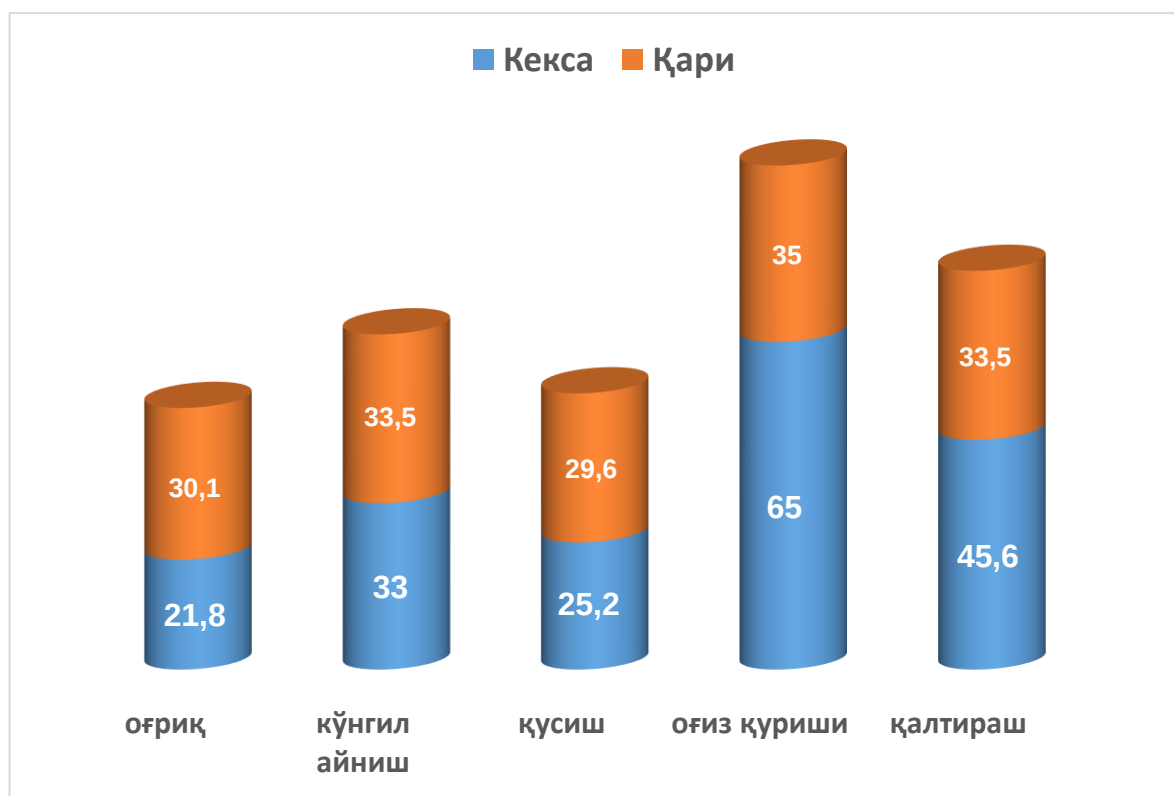
2.2-jadval

Keksa va qari yoshdagi bemorlarning o'tkir kalkulyoz xolesistitning kechish darajasiga ko'ra taqsimlanish xususiyati
(Tokio tavsiyasi, 2018 yil)

OG‘IRLIK DARAJASI	YoSh TOIFASI				JAMI	
	Keksa yoshdagi		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
yengil	40	19,4	3	1,5	43	20,9
o‘rta	50	24,3	38	18,4	88	42,7
og‘ir	44	21,4	31	15,0	75	36,4
JAMI	134	65,0	72	34,9	206	100,0

Shu o'rinda, ushbu holat kekxa yoshdagi (24,3%) va qari (18,4%) bemorlarga ham xos bo'lgan. Ta'kidlash lozimki, o'tkir kalkulyoz xolesistit og'ir kechishi ham sezilarli darajada bo'lgan (36,4%). Bu esa kekxa va qari yoshdagi bemorlar orasida mono/poliorgan disfunktsiyasi bo'lgan bemorlar ko'p bo'lganini ko'rsatadi (21,4% va 15,0% mos ravishda).

Kasallikning sub'ektiv belgilari orasida og'iz qurishi 100% holatda qayd etilgan, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda ko'ngil aynishi va titroq kuzatilishi yetakchi bo'lgan (2.1-rasm).



2.1-rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlar orasida sub'ektiv klinik belgilar tabiati.

Ta'kidlash lozimki, bemorlarning yosh toifasi bo'yicha soni o'rtasidagi farq kattaligiga qaramay, kasallikning yuqorida tasvirlangan klinik belgilari kekxa yoshdagi bemorlar orasida sezilarli bo'lgan, chunki foiz nisbatida ular qari bemorlar toifasiga tenglashtirilgan.

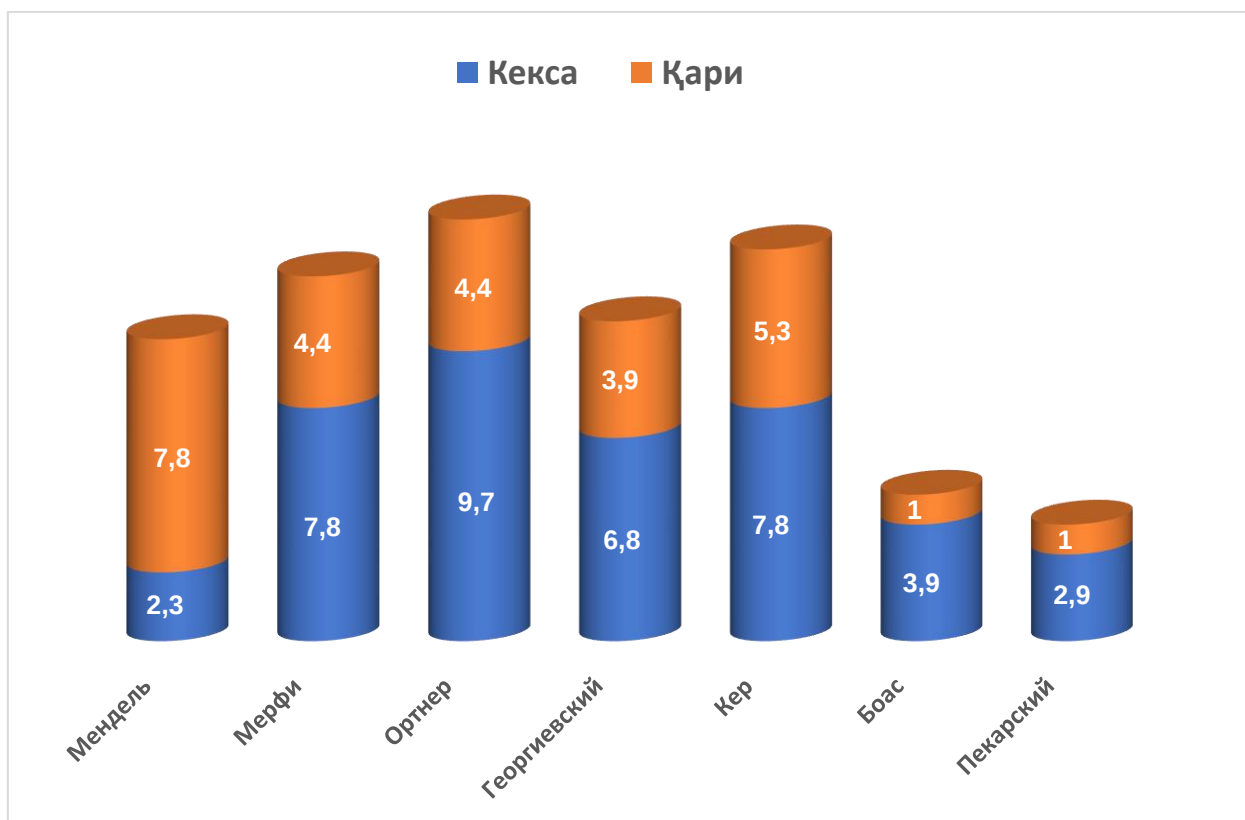
206 nafar kekxa va qari yoshdagibemorda o'tkir kalkulyoz xolesistitga xos bo'lgan jami 448 ta ob'ektiv klinik belgi qayd etilgan (2.3-jadval).

Keksa va qari yoshdagi bemorlar orasida ob'ektiv klinik belgilarning taqsimlanish xususiyati

KASALLIKNING OB’EKTIV KLINIK BELGILARI	YoSh TOIFALARI				Jami	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
Gipertermiya	25	12,1	16	7,8	41	19,9
Sezilmas intensivlikdagi aralash xarakterli sariqlik	12	5,8	16	7,8	28	13,6
Tilning quruqligi, jigarrang qatlam bilan qoplanishi	95	46,1	68	33,0	163	79,1
Nafas olish harakatlarida qorin devorining yuqori qismi harakatlanishining cheklanishi	27	13,1	16	7,8	43	20,9
O‘ng qovurg‘aosti himoya mushaklariningtaranglashishi	22	10,7	15	7,3	37	18,0
Paypaslanadigan o‘t pufagi	18	8,7	13	6,3	31	15,0
MusbatMendelsimptomi	11	5,3	16	7,8	27	13,1
Musbat Merfiy simptomi	16	7,8	9	4,4	25	12,1
Musbat Ortner simptomi	20	9,7	9	4,4	29	14,1
Musbat Georgievskiy simptomi	14	6,8	8	3,9	22	10,7
Musbat Ker simptomi	16	7,8	11	5,3	27	13,1
Musbat Boassimptomi	8	3,9	2	1,0	10	4,9
Musbat Pekarskiy simptomi	6	2,9	2	1,0	8	3,9
JAMI	263	58,7	185	41,3	448	100

Tilning quruqligi va jigarrang qatlam bilan qoplanishi eng ko'p uchraydigan belgi bo'lgan (79,1% bemor). Shunga qaramay, ushbu kasallikka xos bo'lgan qolgan belgilar qayd etilishi chastotasiga ko'ra umumlashtirilgan ko'rsatkichda hatto 21% holatdan ko'p bo'lmadi. Biz ushbu dalilga qat'iy turamiz, chunki klinik holatning yetarlicha emasligi ushbu yoshdagi bemorlarga xos bo'lgan.

Shuningdek, klinik amaliyot mutaxassislar o'tkir kalkulyoz xolesistitning shunday yoki spesifik belgilari mavjudligiga ko'proq e'tibor qaratishayotganini ko'rsatmoqda. Biroq klinik materiallarimiz tahliliga ko'ra, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitning klinik belgilari juda kam qayd etilgan, buni 2.2.-rasmda ham ko'rish mumkin.



2.2-rasm. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitning klinik belgilari qayd etilishi chastotasining taqsimlanish xarakteri

O‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlarga xos bo‘lgan yana bir xususiyat ko‘plab yo‘ldosh kasalliklar bilan og‘ir kasallik holatlari o‘rganildi (2.4-jadval).

O‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlarda jami 885 ta yo‘ldosh kasallik qayd etildi. 1 ta bemorga o‘rtacha 4,3 yo‘ldosh kasallik to‘g‘ri kelgan. Shu o‘rinda kekxa yoshdagi bemorlar orasida ushbu ko‘rsatkich 3,93 ga teng bo‘lsa, qari bemorlarda esa– 4,99 ga teng bo‘lgan.

157 nafar (76,2%) bemorda surunkali kamqonlik va 154 ta (74,7%) bemorda yurak qon-tomir tizimidagi kasalliklar uchragan. Tekshirilgan bemorlarning yosh tarkibini hisobga oladigan bo‘lsak, bu tabiiy hol ekanligiga amin bo‘lamiz.

2.4-jadval

O‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlar orasida yo‘ldosh kasalliklar

Tizimlar bo‘yicha yo‘ldosh	YoSh TOIFASI		JAMI
	Kekxa	Qari	

kasalliklar	AK	%	AK	%	AK	%
Yurak qon-tomir	92	10,4	62	7,0	154	17,4
Nafas olish organlari	74	8,4	53	6,0	127	14,4
Ovqat hazm qilish organlari	85	9,6	51	5,8	136	15,4
Asab tizimi	31	3,5	25	2,8	56	6,3
Siydik tizimi	48	5,4	32	3,6	80	9,0
Endokrin tizim	71	8,0	40	4,5	111	12,5
Xavfli yangi hosila	2	0,2	1	0,1	3	0,3
Surunkali kamqonlik	92	10,4	65	7,3	157	17,7
Boshqalar	31	3,5	30	3,4	61	6,9
JAMI	526	59,4	359	40,6	885	100,0

Gipertonik kasallik 98 nafar bemorda aniqlandi. Yurak ishemik kasalligi – 92 kishida, 32 ta bemorda yurak ritmining buzilishi aniqlandi. Surunkali yurak yetishmovchiligi 89 ta bemorda qayd etilgan. Oyoq varikozi kasalliklari 31 ta bemorda kuzatildi, 2 nafar bemorda esa u oʻtkir tromboflebit bilan kuzatildi.

Ovqat hazm qilish organlarining yoʻldosh kasalliklari 136 ta bemorda (66%) boʻlgan. Yara kasalligi 31 kishida (oshqozon – 7 ta, oʻn ikki barmoq ichagi – 24 kishida) aniqlandi. Oʻtkir oshqozon yarasi 2 ta bemorda qayd etildi. Gastrit va duodenit 77 ta bemorda tashxislandi. Toksik etiologiyali surunkali gepatit 6 ta bemorda va 11 ta bemorda – jigar sirrozi boʻlgan, 3 ta bemorda ushbu kasalliklar bilan birga parenximatoz sariqlik kasalligi kuzatilgan. Qorin old devori churrasi 6 ta bemorda: 4 tasida kindik, 3 tasida qorin oq chizigʻi churrasi aniqlangan.

Nafas olish organlari kasalliklari 127 nafar bemorda (61,6%) qayd etildi. Oʻpka surunkali obstruktiv kasalligi 93 nafar bemorda, bronxial astma – 11 ta bemorda boʻlgan. Bir nafar bemorda oʻng oʻpka infiltrativ sil kasalligi aniqlangan. 12 kishida kasalxonadan tashqarida orttirilgan zotiljam, 5 tasida chap tomon yiringli plevrit, yana 5 ta bemorda ikki tomonlama yiringli plevrit aniqlangan.

56 nafar bemor (27,2%) asab tizimi kasalliklari bilan ogʻrigan. Dissirkulyator ensefalopatiya 32 nafar bemorda kuzatilgan. Avvalroq oʻtkir miya

qon aylanishi buzilishi oqibatlarini 21 nafar bemorda aniqlandi. Surunkali bosh miya ishemiyasi, polineuropatiya, epilepsiya, Parkinson kasalligi kamroq uchradi.

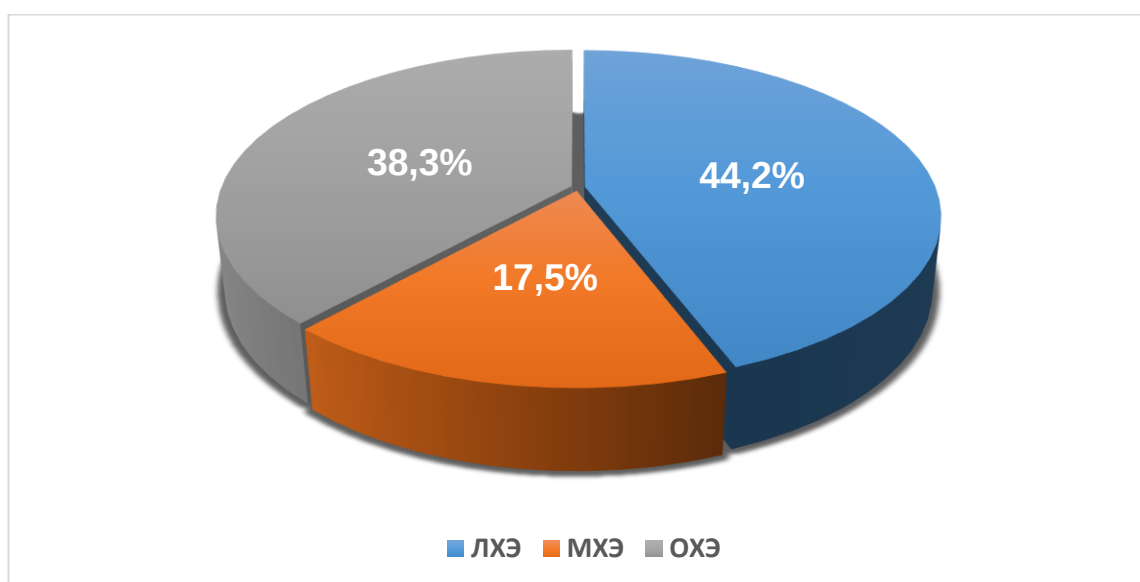
Siydik tizimi kasalliklari 80 ta (38,8%) bemorda mavjud bo'lgan. Surunkali pielonefrit, siydik tosh kasalliklari, prostata bezining xavfsiz giperplaziyasi, surunkali buyrak yetishmovchiligi, bachadon miomasi, ichki endometriozi, tuxumdon kistasi kabi asosiy kasalliklar qayd etilgan.

Endokrin tizim kasalliklari, ovqatlanish buzilishi va moddalar almashinuvi buzilishi 111 nafar (53,9%) bemorda aniqlangan. Semizlik 56 ta bemorda qayd etilgan. 48 ta bemor II tipi bilan og'riq. Qalqonsimon bezning turli kasalliklari bilan 12 nafar bemor og'riq.

Xavfli yangi hosilalar 3 ta bemorda (1,4%) qayd etildi. Ularning barchasi klinikaga kelgunga qadar ushbu kasalliklar bo'yicha operatsiya qilingan bo'lishgan.

Boshqa yo'ldosh kasalliklar 61 ta bemorda aniqlangan. Bu guruhga revmatoid poliartrit, koksartroz, tizza bo'g'imlari osteoartrozi, umurtqa osteoxondrozi, vegetativ tomir distoniyasi, yo'g'on ichak divertikulyozi, surunkali qabziyat va asosiy patologik jarayon kechishi hamda xirurgik usulni tanlashga ta'sir ko'rsatmaydigan boshqa kasalliklar kiritildi.

Barcha bemorlar operatsiya qilindi (2.3-rasm).



2.3-rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistit bilan og'riq keksha va qari yoshdagi bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvi tabiati

Aksariyat – 91 holatda (44,2%) laparoskopik xolesistektomiya amalga oshirildi. Jarrohlik aralashuvining ushbu shaklini amalga oshirish qiyinchilik tug'dirganida operatsiya usuli MXE (17,5%) yoki OXEga (38,3%) almashtirildi.

Shunday qilib, keltirilgan ma'lumotlar o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan og'rikan keksa va qari yoshdagi bemorlarda patologik jarayon o'ziga xos tarzda kechishini ko'rsatmoqda. Ushbu kasallikka xos bo'lgan klinik holatning noaniqligi, belgilarning kamligi va yuqori ko'rsatkichdagi yondosh kasalliklar – bularning barchasi ushbu patologik jarayonni namoyon bo'lishining o'ziga xosligini ko'rsatadi va mos ravishda uning shakllanishining sabab-oqibatlari mexanizmini puxta tadqiq qilishni talab etadi.

2.2. Tadqiqot usullarining umumiy tavsifi

O'tkir kalkulyoz xolesistit bilan og'rikan keksa va qari yoshdagi bemorlarni parvarishlashning davolash-tashxislash usulini tanlashdagi standartlar tavsifiga to'xtalmadik, chunki ular qat'iy tasdiqlangan standartlar shartlariga muvofiq olib borildi. Bu borada biz tadqiqot usullarining asosiy pozitsiyalariga e'tibor qaratishni lozim topdik.

Umumklinik usullar bilan bir qatorda o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarni kompleks tekshirish tashxislashning quyidagi majburiy asosiy bo'g'imini qamrab oldi:

Klinik tekshirish.

Anamnez to'plash, umumiy ko'rik, paypaslash, auskultatsiya, qorin bo'shlig'i organlari perkussiyasi, AQB, puls, nafas chastotasini nazorat qilish.

O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda klinik ko'rinish ko'p hollarda kasallik tabiati, asoratlar mavjudligi va ularning shakliga bog'liq bo'lgan.

O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda holat og'irligi va patologik jarayon kechish dinamikasini baholash uchun Tokio tavsiyasi yoki Tokio qo'llanmasi (The Tokyo Guidelines — TG) tamoyillaridan foydalandik, ular orqali bemorlar kasallik kechishi og'irligiga ko'ra 3 ta darajaga ajratildi:

I daraja (yengil) o't pufagida yengil yallig'lanishli o'zgarishlar bilan tavsiflanadi, organlar disfunktsiyasiz o'tkir kalkulyoz xolesistit sifatida belgilanadi, bu esa xolesistektomiyani past darajadagi xavf bilan xavfsiz operatsiya muolajasi sifatida ifodalaydi.

II daraja (o'rta) o'tkir kalkulyoz xolesistit quyidagi ko'rsatkichlar bilan bog'liq:

1. Leykotsitlar soni oshishi $> 18\,000/\text{mm}^3$
2. O'ng qovurg'a ostida paypaslanadigan infiltrat
3. Kasallik davomiyligi > 72 soat
4. Mahalliy yallig'lanish: gangrenali xolesistit, perivezikal abscess, jigar absessi, o't qopperitoniti, emfizematoz xolesistit.

III daraja (og'ir) o'tkir kalkulyoz xolesistit quyidagi organ (yoki tizim)ning yetishmovchiligi bilan bog'liq:

1. yurak qon-tomir yetishmovchiligi: daqiqasiga dofamin ≥ 5 mg/kg dozada yoki istalgan dozada noradrenalin bilan davolashni talab etuvchi gipotoniya
2. Asab tizimi buzilishi: anglash darajasi pasayishi
3. Nafas yetishmovchiligi $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$
4. Buyrak yetishmovchiligi: oliguriya, kreatinin $> 2,0$ mg/dl
5. Jigar yetishmovchiligi: PT-INR (MNO) > 1.5
6. Gematologiya: trombositlar miqdori $< 100\,000/\text{mm}^3$

Charlson usuli yordamidayosh va somatik kasalliklarni baholash ballarini umumiyashtirish orqali komorbidlik indeksini aniqladik. Shu o'rinda hisoblash shartlariga ko'ra keksa yoshdagi bemorlar uchun 3 ball, qari bemorlar uchun esa 4 ball qo'shildi.

Balli darajalanishning I toifasi uchun miokard infarkti, sust yurak yetishmovchiligi, periferik arteriya kasalligi, serebrovaskulyar kasallik, demensiya, surunkali o'pka kasalligi, biriktiruvchi to'qimalar kasalligi, yara kasalligi, jigarning yengil zararlanishi, qandli diabet kabi patologik holatlarni jamladik.

Balli darajalanishning II toifasi uchun gemiplegiya, o'rtacha yoki og'ir buyrak kasalligi, organlar zararlanishi bilan yondosh qandli diabet, metastazlarsiz xavfli o'sma, leykemiya, limfoma kabi patologik holatlarni jamladik.

Balli darajalanishning III toifasi uchun o'rta va og'ir jigar zararlanishi bilan bog'liq patologik holatlarni jamladik.

Balli darajalanishning IV toifasi uchun metastaz beruvchi havfli o'sma, OIV kabi patologik holatlarni jamladik.

Bemorlarning jismoniy holatini Amerika anesteziologlar assotsiatsiyasi shkalasi bo'yicha baholadik.

Laborator tadqiqotlar:

Umumiy qon tahlili; gematokrit kattalik, protrombin indeksini, plazmaning geparin, fibrinogen, fibrinologik faollikka tolerantligini, protrombin vaqti va erkin geparinni aniqlash; umumiy siydik tahlili;

- qonning biokimyoviy tadqiqoti: plazma va uning fraksiyalarining umumiy bilirubinini, plazma transaminazini (AlAT va AsAT), ishqorli fosfataz (IF), umumiy oqsil laktatdehidrogenazi (LDG), oqsil fraksiyasi, kreatinin, siydik, glyukozani aniqlash.

- maxsus immunologik tadqiqotlar: IL-1b, IL-6, TNF- α yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar. Qon zardobida sitokinlar konsentratsiyasini «Sitokinlar» MChJ (Rossiya) tomonidan ishlab chiqarilgan reaktivlar test-tizimi to'plami yordamida qattiq fazali immunferment usul orqali aniqladik.

-yallig'lanish reaksiyasi prediktorlari: prokalsitonin va laktoferrin. Laktoferin va prokalsitonin konsentratsiyasini «Vektor-Best» (Rossiya) YoAJ tomonidan ishlab chiqarilgan AT 858 (XXR) apparatida standart reagent to'plami yordamida qattiq fazali immunferment tahlil usuli bilan aniqladik.

Instrumental tadqiqot usullari:

- rentgenologik tekshiruv: qorin bo'shlig'ining sharhlovchi rentgenografiyasi va xolesistoxolangiografiyasi, endoskopik retrograd pankreatoxolangiografiya.

- tomografiya: magnit-rezonans tomografiya, multispiral komputer tomografiya.

- endoskopiktekshiruv (ezofagogastroduodenoskopiya).

Gistologik tekshiruv uchun o't pufaging makropreparat bo'lagini neytral formalinda Karnua suyuqligiga soldik va parafin bilan to'ldirdik. Kesiqlarni Van-Gizon bo'yicha gematoksilin va eozin bilan bo'yadik. Yorug'lik mikroskopiya va morfometriyani XSZ-20 (XXR) namunasidagi trinokulyar mikroskopda 4 dan 400 gacha optik o'lchamda raqamli formatdagi bevosita elektron uchlikda amalga oshirildi. Morfologik tekshiruvlar Toshkent Tibbiyot akademiyasi patoanatomya kafedrasida hamda Buxoro viloyat patoanatomya byurosida amalga oshirildi.

LXE murakkabligi va konversiya zaruratini V.V. Zvyaginsevnig [2011] soddalashtirilgan mezoniga ko'ra baholadik. Ushbu tasnifga ko'ra LXE og'irlik darajasini 4 ga ajratiladi:

I daraja — 60 daqiqadan kam bo'lmagan vaqtda, odatdagiday, biror o'ziga xosliklarsiz va asoratlarsiz, ortiqcha vaznsiz yoki I darajali semizlik bo'lgan bemorlarda (ehtimol katta bo'lmagan perixolesistit, o't pufagi yonbosh tomirlaridan uzoq davom etmaydigan, oson to'xtaydigan qon ketishi) LXE amalga oshirilgan.

II daraja — kamida 90 daqiqa davom etadigan, patologoanatomik o'zgarishlar va intraoperatsion asoratlar: o'tkir xolesistitda o'rtacha yoki yaqqol aks etgan perixolesistit, avval o'tkazilgan operatsiya yoki gepatit bilan og'rishdan so'ng o't pufagi sohasida tekis chandiqlar, punksiya talab etiladigan katta hajmdagi zo'riqqan, o't pufagi istisqosi; anatomya anomaliyasi bilan bog'liq mo'tadil qiyinchiliklar; konteynerdan foydalanishni talab etmaydigan elektr ilmoq yoki qisqich bilan o't pufagi mikroperforatsiyasi; ko'p marotaba elektrokoagulyatsiya va keyin vizual nazorat zarurati bilan bog'liq, uzoq muddatli bo'lmagan arterial, venoz yoki kapillyar qon ketishi; o't-pufagi cho'zilishida jigarning biroz zo'riqishi, uning instrumentlar bilan kichik zararlanishi fonida o'tkazilgan LXE. Troakarlarni kiritishdagi qiyinchiliklar, pnevmoperitoneum uchun joyning kamayishi, yog' qatlami va gepatoduonal boylamlar sohasidagi yog' qatlamlari tufayli II darajali semizlik bo'lgan kasallarda yuqorida sanab o'tilgan mezonlarsiz amalga oshirilgan operatsiyalarga ham LXE ning II murakkablik darajasi berildi.

III daraja — 90 daqiqadan ko‘p vaqt davom etgan, quyidagi holatlar, patologoanatomik o‘zgarishlar va intraoperatsion asoratlar bo‘lganda bajarilgan LXE: anatomiya anomaliyasi bilan bog‘liq qiyinchiliklar; o‘tkir destruktiv xolesistitda g‘ovak yoki zich jigarosti infiltrati, o‘t pufagini elektr ilmoq yoki qisqich bilan perforatsiyasi, o‘t pufagi devori nekrozi va o‘t pufagi va konkrementlar evakuatsiyasi uchun konteynerlardan foydalanishni talab etuvchi pufak yorilishi, bo‘linishi, gangrenasi; bir necha bor elektrokoagulyatsiyani qo‘llash, operatsiya sohasidan qon va qon laxtalarini olib tashlash, keyinchalik vizual nazorat qilish zarurati bilan bog‘liq uzoq muddatli arterial, vena yoki kapillyar tomirlardan qon ketishi; Kalo uchburchagi elementlarining differentsiatsiyasini o‘ta qiyinlashtiruvchi o‘t pufagi bo‘yni sohasidagi yaqqol infiltrativ o‘zgarishlar; pufak sklerozi, o‘tkirga yaqin xolesistitda operatsiya davomida jigarning ko‘p jarohatlanishi, o‘t pufagi orqa devorining qoldirilishi bilan kechgan, o‘t pufagi orqa devorining jigardagi qo‘ndog‘iga zich joylashishi; qorin bo‘shlig‘i yarasi orqali o‘t pufagini evakuatsiya qilishda uning yorilishi, konkrementlarning tushib qolishi, pufak ichidagilarning qorin bo‘shlig‘iga to‘kilishi. LXE ning III murakablikdarajasi troakarlarni kiritishdagi qiyinchiliklar, pnevmoperitoneum uchun joyning kamayishi, yog‘ qatlami va gepatoduonal boylamlar sohasidagi yog‘ qatlamlari tufayli III darajali semizlik bo‘lgan kasallarda yuqorida sanab o‘tilgan mezonlarsiz amalga oshirilgan operatsiyalargaberildi.

IV daraja — operatsiya davomiyligidan qat’i nazar, operatsiya zonasidagi yaqqol patoloanatomik o‘zgarishlar bo‘lgan va laparotomiyaga majburiy konversiyani talab etuvchi intraoperatsion asoratlar kuzatiladigan LXE. Operatsiya asoratlarini bartaraf etish uchun operatsiyadan keyin takroriy davolash videolaparoskopiya yoki laparotomiya talab etilgan LXEga ham IV murakablik darajasi berildi.

Operatsiyadan keyingi asoratlarni Clavien-Dindo usuli bo‘yicha xirurgik asoratlar tasnifiga muvofiq baholadik:

I darajali asoratlar – bu dori, operatsiya, endoskopik yoki radiologik davolashni talab etmaydigan, operatsiyadan keyingi davrning me'yorda kechishidagi har qanday farqlar. Quyidagicha medikamentoz terapiyaga ruxsat etiladi: analgetiklar, antipiretiklar, elektrolitlar, diuretiklar, fizioterapiya. Jarrohlik aralashuvi sohasidagi infeksiyani davolash choralari ham shu guruhga kiritiladi.

II darajali asoratlar – I daraja uchun ko'rsatilgan asoratlardan tashqari (gemotransfuziya, enteral yoki parenteral ovqatlanish) davolash zarur bo'lgan asoratlar.

III darajali asoratlar – operatsiya, endoskopik yoki umumiy anesteziyasiz radiologik davolash.

IIIb darajali asoratlar – operatsiya, endoskopik yoki umumiy anesteziya bilan radiologik davolash.

IVa darajali asoratlar – reanimatsiya sharoitida intensiv davolash, bitta organ funksiyasi buzilishi fonida organ rezeksiyasini talab etuvchi fatal asoratlar (jumladan, insult, subaraxnoidal qon ketishi kabi neyro-qon tomir asoratlar).

IVb darajali asoratlar – reanimatsiya sharoitida intensiv davolash, poliorgan yetishmovchilik fonida organ rezeksiyasini talab etuvchi fatal asoratlar.

V darajali asoratlar – letal natija.

2.3. Olingan tadqiqot natijalarining statistik tahlili

Olingan natijalar, kelib tushishi bilan Microsoft Excel dasturida umumiy unifikatsiyalangan jadvalda tizimlashtirildi, Statistica for Windows (versiya 5.12) dasturidan foydalanib qayta ishlov berildi. Tadqiqot maqsadi va vazifalariga muvofiq elementar statistik ko'rsatkichlarni (o'rtacha qiymat, o'rta, o'rta kvadrat og'ishma xatolari, ma'lumotlar ko'lami) hisoblab chiqdik, ma'lumotlar tarqalishi diagrammasini tuzdik va vizual tahlil qildik. Ko'rsatkichlarni noparametrik mezonlar yordamida taqqosladik.

Taqsimlanish tabiatiga ko'ra normaga yaqinlashtirilgan namunalar o'rtasidagi farqlarning ishonchliligi ehtimollik intervali ishonchliligi 95% bo'lgan Student parametrik mezonini bo'yicha aniqlandi. Olingan xulosalarning statistik

ishonchliligi mezonini tibbiyotda umum qabul qilingan $R < 0,05$ o'lchovi bilan hisobladik.

Ishlab chiqilgan diagnostik dasturning prognostik ahamiyatini R.Fletcher tavsiflagan usul bo'yicha, quyidagi natijalar chastotasini hisoblash asosida aniqladik:

Soxta manfiy,
Soxta musbat,
haqiqiy musbat,
haqiqiy manfiy

Shuningdek, ishlab chiqilgan testlarning o'ziga xoslik va sezuvchanlik natijalarini quyidagicha baholadik.

Olingan natijalarni tahlil qilish va sharhlashning asosiy usullaridan biri ko'rsatkichlar o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash edi. Bunda tadqiqotimizda korrelyatsion aloqalar ahamiyatining barcha mezonlari miqdoriy belgilarning gauss (normal) taqsimlanishini ko'zda tutgan. Shunga ko'ra, korrelyatsion aloqani tekislikdagi o'lchash natijalarini grafik tasvirlash orqali aniqladik, bunda kordinatalar o'qi bo'ylab tadqiq qilinayotgan belgilar (korrelyatsion tekislik) qiymatlari belgilangan. O'rganilgan parametrlar o'rtasidagi taxminiy bog'liqlikni darajali korrelyatsiya shaklida tasvirladik.

To'g'ridan-to'g'ri yoki qarama-qarshi aloqani aniqlashdan tashqari, biz muayyan chegaralarda o'zgarib turgan belgi va ko'rsatkichlarni aniqladik. Ularni biz oshish yoki kamayish tartibida hisobladik (juft korrelyatsiya koeffitsienti). Shuningdek, bitta ko'rsatkichning bir nechta ko'rsatkichlar bilan bog'liqligi – ko'p tomonlama korrelyatsiyani aniqladik.

III BOB

KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O‘TKIR KALKULYOZ XOLESISTITNI ANN’ANAVIY USULLARDAGI DAVOLASHNING SAMARADORLIGINI TAHLIL QILISH VA BAHOLASH

Belgilangan maqsadga erishish uchun kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolashga taktik yondashuv asosidabir guruhga birlashtirilgan bemorlarni davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilishni lozim topdik. Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini tashxislash va baholashda empirik yondashuvdan foydalanish ushbu guruh (nazorat) bemorlarining asosiy ajralib turuvchi belgisi bo‘ldi.

Ushbu bobda bizning klinikamizda 2019 yildan 2022 yilgacha davolangan va tekshirilgan o‘tkir kalkulyoz xolesistitli 102 (49,5%) nafar kekxa va qari yoshdagi bemorlarni kompleks tekshirish va davolash samaradorligini tahlil qilish va baholash natijalari keltirilgan.

3.1. Bemorlarning nazorat guruhida o‘tkir kalkulyoz xolesistitning klinik manzarasi umumiy tavsifi va namoyon bo‘lish belgilari tahlili

Nazorat guruhidagi bemorlar asosiy kontingentini kekxa bemorlar tashkil etdi. Quyidagi jadvalda ko‘rinib turganidek (3.1-jadval), nazorat guruhining 1/3 qismini qari bemorlar tashkil etgan (32,4%), buni biz o‘rganayotgan umumiy kontingentning taqsimlanishi tahlilida ham ko‘rsatgan edik.

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitning klinik ko‘rinishini baholash mezonlari to‘plamini tahlil qilganda, bizning klinikamizga yengil darajadagi o‘tkir kalkulyoz xolesistit bilan 41 (40,2%) bemor yotqizilganligi aniqlandi. Klinikaga qabul qilinganidan 24 soat o‘tgach, zarur tekshiruvdan so‘ng 23 (22,5%) bemor operatsiya qilindi. Qolgan 18 (17,6%) bemorlarda konservativ davolash muolajalari kerakli natijani bermaganligi aniqlandi. Shunga ko‘ra, tekshiruv muddati uzaytirilgandan va ushbu bemorlarni konservativ davolashdan so‘ng, ularning barchasi yengil o‘tkir kalkulyoz xolesistit guruhidan o‘rta og‘irlikdagi guruhga o‘tkazildi. Amaldagi tavsiyalarga ko‘ra, o‘tkir kalkulyoz

xolesistitning oʻrta ogʻirligi boʻlgan bemorlar toifasida laparoskopik jarrohlik davolash usuli juda ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak.

3.1jadval

Keksa va qari yoshdagi oʻtkir kalkulyoz xolesistitning ogʻirligiga qarab nazorat guruhidagi bemorlarning taqsimlanish xususiyati
(2018 yildagi Tokio tavsiyalari)

OGʻIRLIK DARAJASI	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	ACh	%	ACh	%	ACh	%
Yengil	22	21,6	1	1,0	23	22,5
Oʻrta	24	23,5	19	18,6	43	42,2
Ogʻir	23	22,5	13	12,7	36	35,3
JAMI	69	67,6	33	32,4	102	49,5

Nazorat guruhidagi yengil darajadagi oʻtkir kalkulyoz xolesistit boʻlgan bemorlarning kattagina ulushini keksa yoshdagi bemorlar (95,6%) tashkil etdi. Faqat 1 ta bemor qari yoshda edi. Ehtimol, bu bunday yoshda oʻtkir kalkulyoz xolesistit ogʻriq sindromi uncha sezilmaganligi bois bemorlarning oʻzi kasalxonaga borishdan voz kechganligi bilan bogʻliq.

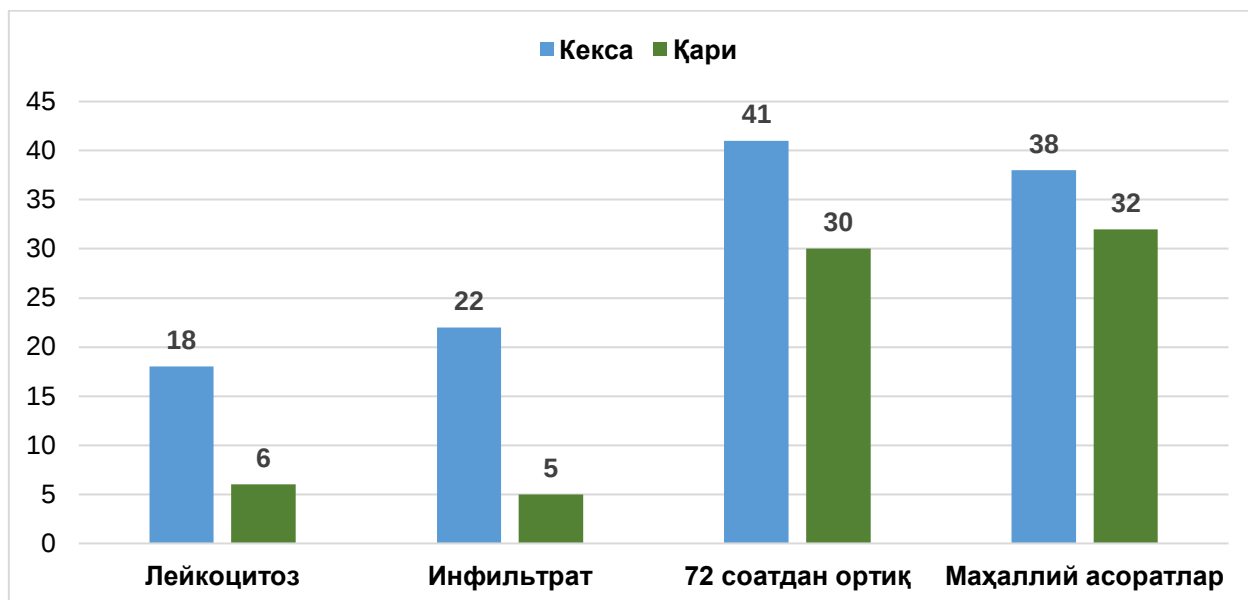
43 (42,2%) ta bemorda oʻtkir kalkulyoz xolesistitning oʻrta darajasi tashxislangan (3.1-jadval). Ular orasida 24 (23,5%) ta keksa yoshdagi va 19 (18,6%) tasi qari yoshda boʻlgan.

Kasallikning oʻrta ogʻirligi boʻlgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitning klinik koʻrinishlari quyidagi belgilarga ega boʻlgan: leykotsitoz ($18 \times 10^9/\text{ldan}$ yuqori); oʻng tomonda paypaslanadigan infiltrat; kasallikning davomiyligi 72 soatdan ortiq; oʻt pufagi gangrenasi; perivezikulyar abscess mavjudligi; jigar xoʻppozi; biliar peritonit; emfizematoz xolesistit.

Shu bilan birga, ushbu belgilarning barchasi bemorlarda birgalikda kelgan va koʻpincha ular oʻtkir kalkulyoz xolesistit ogʻir darajada kechadigan bemorlar guruhida tashxislangan (3.1-rasm). Shu bilan birga biz kasallik oʻrta ogʻirlikda kechgan bemorlardagi klinik belgilarni ham tahlil qildik (3.2-rasm).

Olib borilgan konservativ davolashlarga qaramay, kasallikning 72 soatdan koʻproq davom etishi eng koʻp kuzatilgan belgi boʻldi, u 73 ta (71,6%) bemorda

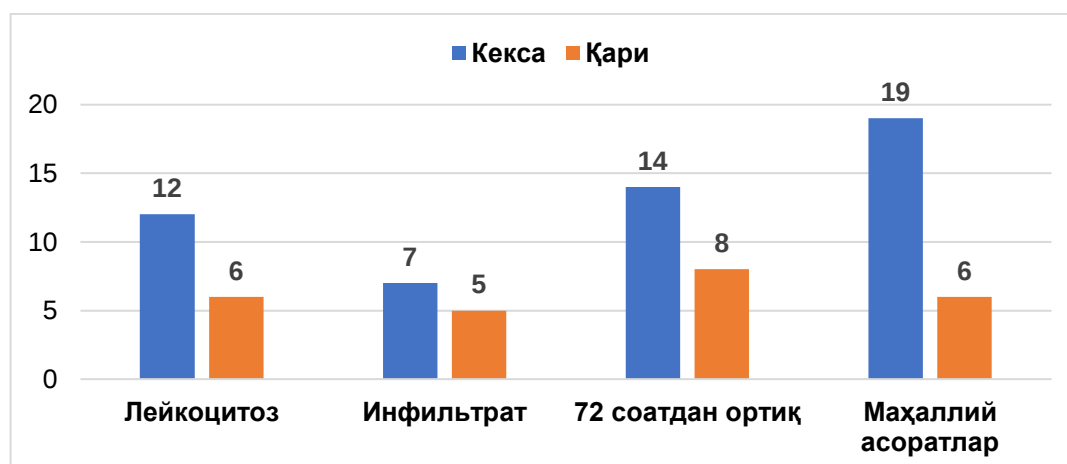
holatda kuzatilgan. Mahalliy yallig‘lanish asoratlarining mavjudligi deyarli shunday ko‘rsatkichda tashxislandi.



3.1-rasm. Nazorat guruhidagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitning og‘ir darajada kechishi belgilarining soni (mutlaq son)

Shu o‘rinda kekxa yoshdagi bemorlarda kasallikning 72 soat davom etishi ustuvor belgi bo‘lgan bo‘lsa (87,2%), qari yoshdagi bemorlarda ko‘pincha mahalliy yallig‘lanish belgilari qayd etilgan (100%).

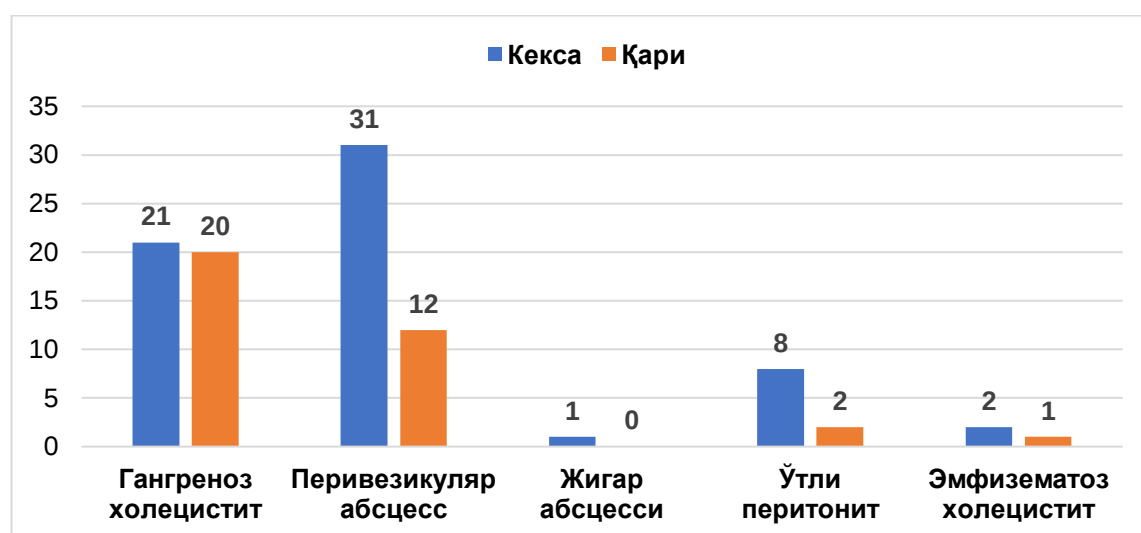
O‘tkir kalkulyoz xolesistitning o‘rta va og‘ir kechishi bo‘lgan kekxa va qari yoshdagi 27 (34,2%) nafar bemorda qorinni paypaslashda o‘ng qovurg‘a ostida infiltrat tashxislangan. 81,5% holatda ushbu belgi kekxa yoshdagi bemorlarga xos bo‘lgan.



3.2-rasm Nazorat guruhining tegishli kichik guruhida o‘tkir kalkulyoz xolesistit o‘rta og‘irlikda kechishi belgilarining soni (mutlaq son)

Nazorat guruhi bemorlarida leykotsitlar miqdori oʻrtacha $16,4 \pm 8,3 \times 10^9/l$ ni tashkil etdi. Shu oʻrinda, nazorat guruhidagi 24 nafar (23,5%) bemorda leykotsitoz $18 \times 10^9/l$ dan yuqori miqdorda aniqlangan va 2018 yildagi Tokio tavsiyasiga muvofiq, ular oʻtkir kalkulyoz xolesistit oʻrta va ogʻir darajada kechgan bemorlar toifasiga kiritildi. 75% holatda ushbu belgi keksa yoshdagi va 25% holatda qar yoshdagi bemorlarga xos boʻlgan.

Oʻtkir kalkulyoz xolesistit boʻlgan nazorat guruhidagi bemorlarda mahalliy yalligʻlanish asoratlari mavjudligi 70 (68,6%) holatda aniqlangan. Statistik maʼlumotlarning batafsil taqsimlanishi 3.3.-rasmida koʻrsatilgan.



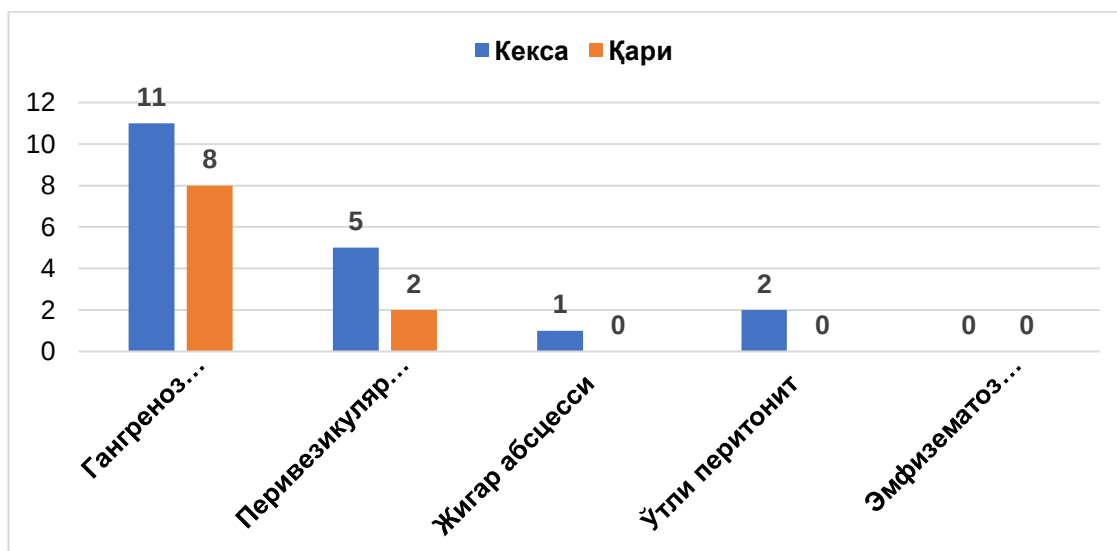
3.3-rasm. Nazorat guruhidagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitning mahalliy yalligʻlanish asoratlari soni (mutlaq son)

Yosh toifasiga koʻra proporsional boʻlinish deyarli bir xil edi (keksa yoshdagilar 54,3% vaqari yoshdagilar 45,7%). Ushbu mezonga ega boʻlgan 25 nafar (35,7%) bemor oʻrta ogʻirlikda kasallik toifasiga kiritildi. Qolgan 64,3% bemor oʻtkir kalkulyoz xolesistitning ogʻir kechishi toifasidan boʻlgan. Shuningdek, ushbu toifadagi bemorlarning umumiy sonjihatidan balansi bilan taqqoslaganda yosh jihati ishonchli tarzda farqli boʻlgan. Xususan, keksa yoshdagi bemorlar tahlil qilinayotgan guruhlarining yarmini tashkil etgan (76%).

Gangrenali xolesistit 41 (40,2%) nafar bemorda (57,9% holatda keksa yoshdagilarda va 42,1% holatda qar yoshdagi bemorlarda), perivezikulyar abscess – 43 ta (42,2%) bemorda (72,1% holatda keksa yoshdagi bemorlarda va 27,9% holatda qar bemorlarda), jigar xoʻppozi – 1 nafar keksa yoshdagi bemorda,

mahalliy safro peritoniti –10nafar (9,8%) bemorda (80% holatda keksa yoshdagi bemorda va 20% holatda qari bemorlarda) va 3 nafar (2,9%) bemorda emfizematoz xolesistit tashxislangan (66,7% holatda keksa yoshdagi bemorlarda va 33,3% holatda qari bemorlarda).

Ta’kidlash lozimki, avvalgi holatlar kabi, ushbu mezon o’tkir kalkulyoz xolesistitning o’rta va og’ir darajalari bo’lgan bemorlarda ham tashxislangan (3.4-rasm).



3.4-rasm. Nazorat guruhining tegishli kichik guruhi bemorlarida asoratlangan o’tkir kalkulyoz xolesistitning o’rta og’irlikda kechishi belgilari soni (mutlaq son)

Biz ushbu dalilni qat’iy tasdiqlaymiz, chunki tahlillarga ko’ra, o’rta og’irlikdagi o’tkir kalkulyoz xolesistit kechgan bemorlar toifasi emfizematoz xolesistit bo’lgan bemorlar va umuman qari bemorlar orasida jigar xo’ppozi va o’qli peritonit mavjud emasligi bilan farq qiladi. Gangrenali xolesistit va perivezikulyar abscess ko’rsatkichlari keksa yoshdagi bemorlarda ustun bo’ldi (73,3% va 71,4% mos ravishda).

O’tkir kalkulyoz xolesistitning og’ir kechishi yurak qon-tomir tizimi, nafas olish tizimi, markaziy asab tizimidagi bitta va ko’p organlar, buyrak, jigar disfunktsiyasi (yetishmovchiligi) hamda trombotsitopeniya bilan xarakterlanadi.

O'tkir kalkulyoz xolesistitning og'ir darajasi bo'lgan 36 nafar (35,3%) bemordan ko'p organ buzilishi ko'rinishlari faqat 13 tasida (36,1%) aniqlangan. Qolgan holatlarda 2 va undan ko'proq organ zararlanishi aniqlangan.

Biz ushbu dalilni qat'iy tasdiqlaymiz, chunki tahlillarga ko'ra ushbu moyillik nafaqat Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitning o'ziga xos kechishi, balki zo'rayish bosqichiga o'tgan yo'ldosh surunkali kasalliklarning umumiy yallig'lanish jarayoniga qo'shilishining yuqori chastotasi bilan ham xarakterlanadi. Shuningdek, ta'kidlash lozimki, og'ir darajadagi sepsis va septik shok namoyon bo'lishida organ yetishmovchiliging ahamiyati sabab ushbu jihat alohida tahlilni talab etadi, bu haqda biz bobning keyingi qismlarida to'xtalib o'tamiz.

Shunday qilib, ushbu patologiyaga xos bo'lgan noaniq klassik belgi kekse va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit klinik ko'rinishlarining o'ziga xos jihati hisoblanadi. Shuningdek, bemorlar yoshi o'rtasidagi qiyosiy tahlil qarilarga qaraganda kekse yoshdagi bemorlarning ko'pligini ko'rsatdi. Ko'p hollarda faqat kekse va qari yoshdagilarga xos bo'lgan o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining o'ziga xos asoratlari mavjudligi aniqlandi. Bundan tashqari, Tokio tavsiyalariga muvofiq taqqoslangan o'tkir kalkulyoz xolesistitning klinik ko'rinishlari va kechish og'irlik darajasi ob'ektiv ma'lumot olish imkonini beradi, bu esa, bir tarafdin, olib borilgan tahlilning oqilonaligini va boshqa tarafdin bemorlar holatini baholashda tabaqalashtirilgan yondashuv zarurligini ko'rsatadi.

3.2. Nazorat guruhidagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks xirurgik davolash usullari samaradorligining umumiy tavsifi va tahlili

Kekse va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni xirurgik davolash usuli LXE, MXE yoki OXE operatsiyasini tanlashni o'z ichiga oladi. Albatta afzallik LXE ga qaratilgan, ammo ushbu aralashuvni amalga oshirish qiyin bo'lgan hollarda, uni MXE yoki OXE bilan yakunlashga o'zgartirildi. Mos ravishda, xirurgik davolash usuli natijalarini tahlil qilishda faqat amalga oshirilgan aralashuvning oxirgi variantini hisobga oldik.

73,5% holatda olib tashlangan o't pufagi destruktiv bo'lgan (3.2-jadval). Shu o'rinda, keksa yoshdagi bemorlar orasida o't pufagining flegmonoz zararlanishi ustunlik qilgan bo'lsa (26,5%), qari bemorlar orasida gangrenali zararlanish ko'proq bo'lgan (19,6%). O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlar o't pufagining destruktiv va destruktiv bo'lmagan shakllari bilan zararlanishi o'rtasidagi nisbat 1:2,8 ga teng bo'lgan.

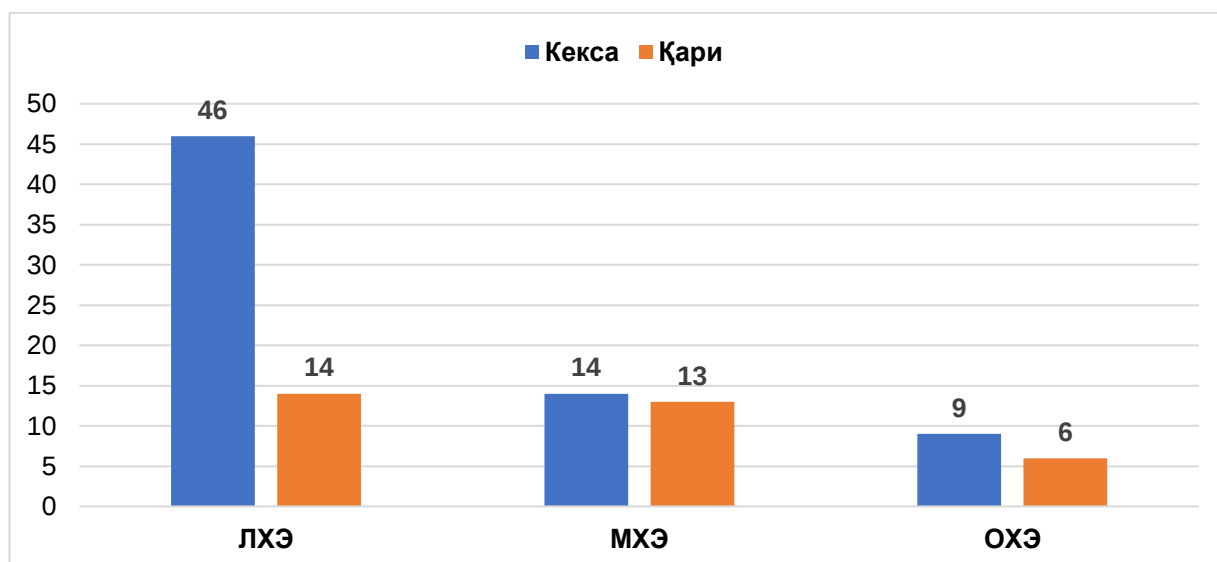
3.2-jadval

O't pufagining patomorfologik o'zgarishlaridan kelib chiqib nazorat guruhi bemorlarini taqsimlash xarakteri

O‘t pufagi o‘zgarishlari	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
Empiema	3	2,9	2	2,0	5	4,9
Kataral	18	17,6	4	3,9	22	21,6
Flegmonoz	27	26,5	7	6,9	34	33,3
Gangrenoz	21	20,6	20	19,6	41	40,2
JAMI	69	67,6	33	32,4	102	100,0

Gangrenozli o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan 2 (1,96%) ta bemorda emfizematoz o't pufagi mavjudligi qayd etildi.

Nazorat guruhida barcha bemorlar operatsiya qilingan (3.5-rasm). 58,8% holatda LXE, 27 nafar bemorda (26,5%) MXE va 15 (1,7%) ta bemorda OXE amalga oshirildi. LXEni amalga oshirishdagi sezilarli ustunlik keksa yoshdagi bemorlar orasida qayd etildi (45,1%).



3.5-rasm. Nazorat guruhidagi bemorlarda amalga oshirilgan aralashuvlar hajmining tabiati

Qari bemorlarda OXE kam amalga oshirilgan (5,9%). Keksa va qari yoshdagi bemorlarda deyarli bir xil ko'rsatkichda MXE amalga oshirilgan (13,7% va 12,7% mos ravishda).

O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan kekxa yoshdagi va qari bemorlarni davolash natijalarini ob'ektiv baholash maqsadida kasallik kechishi og'irlik darajasiga qarab baholadik.

O'tkir kalkulyoz xolesistitning yengil kechishi kuzatilgan aksariyat bemorlarda (82,6%) kataral va flegmonoz xolesistit bo'lgan (3.3-jadval). Ularning bari kekxa yoshdagi bemorlar bo'lishgan. Qari bemorlar kichik guruhida faqat bitta bemorda o't pufagi empiemasi bo'lgan. Kekxa yoshdagilar orasida o't pufagi empiemasi 3 (75%) nafar bemorda aniqlangan.

Ta'kidlash lozimki, kasallikning nisbatan yengil kechganiga qaramay, ushbu kichik guruhdagi bemorlarda 39,1% holatda o'tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakli aniqlangan. Bu, o'z navbatida, texnik qiyinchiliklar tufayli operatsiya usulini almashtirishga sabab bo'ladi. Muammoning bu tomoniga keyingi muhokamalarimizda to'xtalamiz.

3.3-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechishida o't pufagining patomorfologik o'zgarishiga ko'ra nazorat guruhi bemorlarining taqsimlanish tabiati

O‘t pufagi o‘zgarishlari	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
Empiema	3	75	1	25	4	17,4
Kataral	10	100	0	0	10	43,5
Flegmonoz	9	100	0	0	9	39,1
Gangrenali	0	0	0	0	0	0
JAMI	22	95,65	1	4,35	23	100,0

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechgan bemorlar kichik guruhida, shuningdek, umumiy nazorat guruhidagi 82,6% bemorda amalga oshirilgan LXE sezilarli darajada ustun bo'lgan (3.4-jadval).

3.4-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda amalga oshirilgan xirurgik aralashuv hajmi tabiati

OPERATSIYa ShAKLI	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	18	94,7	1	5,3	19	82,6
MXE	2	100	0	0	2	8,7
OXE	2	100	0	0	2	8,7
JAMI	22	95,65	1	4,35	23	100

Minilaparotom kesma orqali xolesistektomiya 2 ta kekxa yoshdagi bemorda amalga oshirildi. Yana 2 nafar bemorda yuqori o'rta laparotomiyadan xolesistektomiya amalga oshirildi. Miniinvaziv usulda operatsiyani boshlashda aniqlangan o't pufagi bo'yinchasining chandiqli deformatsiya sohasida yaqqol bitishish jarayoni mavjudligi operatsiyaning ushbu shaklini amalga oshirish qarorini qabul qilishga sabab bo'ldi.

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda xolesistektomiya murakkabligi darajasini taqsimlash tabiati (3.5-jadval), I va II darajali murakkablikdagi operatsiyalar ustunligini ko'rsatdi(65,2% va 26,1% mos ravishda).

3.5-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda xolesistektomiya murakkablik darajasining taqsimlanish tabiati

OPERATSIYa ShAKLI	XOLESISTEKTOMIYa MURAKKABLIK DARAJASI								JAMI	
	I		II		III		IV			
	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	12	63,2	5	26,3	2	10,5	0	0	19	82,6
MXE	2	100,0	0	0	0	0	0	0	2	8,7
OXE	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	2	8,7
JAMI	15	65,2	6	26,1	2	8,7	0	0	23	100

Xolesistektomiyada jigar osti zich infiltrati, o't pufagi devori nekrozi, uning fragmentatsiyasi tufayli 2 nafar bemorda III darajali og'irlik yuzaga keldi. Shunga

qaramay, texnik qiyinchiliklar LXEni amalga oshirish imkoniyatiga tubdan ta'sir qilishi mumkin. Yaqqol misol sifatida quyidagi klinik holatlarni keltiramiz:

Bemor R.S. kasallik tarixi № 10171, 1943-yilda tug'ilgan 2018-yil 2-may kuni RShTYoIM BF klinikasiga o't tosh kasalligi, o'tkir kalkulyoz xolesistit tashxisi bilan yotqizilgan. Anamnezidan o'zini 5 yildan beri kasal deb hisoblaydi. Ushbu davrda xolesistit xurujlari bir necha bor qayd etilgan, ammo bemor jarrohlik usulida davolanish takliflaridan bosh tortgan. Qabul qilinganida bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Shikoyati: o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastriy sohasidagi og'riqlar, og'riqlarning o'ng kurak hamda yelka sohasiga berilishi, ko'ngil aynishi, qusish, yurak tez urishiga. Kuruvda qorin odatdagi shaklda, paypaslaganda o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastriyada kuchli og'riqlar hamda mushaklar tarangligi aniqlanadi. Ortner, Merfi, Grekov belgilari musbat. Peritoneal belgilar aniqlanmaydi. Ultratovush tekshiruvida o't pufagi 106 x 53 mm, devorlari 5-6 mm qalinlikda, o't qopi bo'yinchasi sohasida 17 mm o'lchamli tiqilgan konkrement aniqlanadi. Bemor terapevt, kardiolog tomonidan ko'rilgan: yo'ldosh kasalliklar aniklangan- Yurak ishemik kasalligi, Zo'riqishdagi turg'un stenokardiya FS 2, Gipertoniya kasalligi 3 chi bosqich, arterial gipertoniya 3 darajali. Xavf 4. Bemorga standart sxema bo'yicha kompleks konservativ davo o'tkazildi. Bemorning ahvoli dinamikasida yaxshilanmadi. O'ng qovurg'a yoyi osti sohasidagi mushak tarangligi dinamikada kuchaydi. Dinamikada ultratovush tekshiruvida o't pufagi 112 x 58 mm, devorlari 7-8 mm qalinlikda, o't qopi bo'yinchasi sohasida 17 mm o'lchamli tiqilgan konkrement aniqlanadi. Bemorning umumiy ahvoli dinamikada yaxshilanmaganligi tufayli operativ davolash taklif etildi. Bemor operatsiyaga roziligi olinib Laporoskopik xolesistektomiya bajarilishi davomida o't pufagi devorida destruktiv o'zgarishlar yaqqol namoyonligi, jigar osti sohasida keskin infiltratsiya va shish borligi kuzatiladi. O't pufagini laparoskopik qisqichlar bilan ushlanganda o't pufagi devoridagi nekrotik o'zgarishlar sababli, devor butunligi jarohatlanishi kuzatildi. Yuqoridagi holatni hamda o't pufagi bo'yinchasi qismi elementlarini differensiyalash imkoni chegaralanganligi sababli, jarrohlik amaliyotini minilaparotom kesma orqali davom etishga qaror qilinib bemorga kombinatsiyalashtirilgan xolesistektomiya bajarildi. Operatsiyadan so'ngi tashxis O't tosh kasalligi. O'tkir toshli destruktiv xolesistit. Flegmonoz formasi. Yo'ldosh kasalliklari: Yurak ishemik kasalligi, Zo'riqishdagi turg'un stenokardiya FS 2, Gipertoniya kasalligi 3 chi bosqich, arterial gipertoniya 3 darajali. Xavf 4. Bemorda operatsiyadan so'ngi davrda kompleks davo muolajalari SSV standartlari asosida davom etildi. Dinamikada ahvoli yaxshilandi. Bemor nisbatan qoniqarli ahvolda 5 sutkada ambulator sharoitda davolanishga javob berildi.

O'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechgan bemorlarda kasallik davomiyligiga ko'ra turli og'irlikdagi xolesistektomiya ko'rsatkichlarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, kasallik boshlangandan dastlabki 72 soat ichida

xolesistektomiyani amalga oshirishni eng xavfsiz muddati sifatida hisoblash mumkin.

O'tkir kalkulyoz xolesistitning o'rtacha og'irlik darajada kechishida ko'proq (69,8%) o't pufagining destruktiv shakli tashxislangan (3.6-jadval). Umumiy guruhda o'tkir kalkulyoz xolesistitning gangrenali shakli ustun bo'lgan (44,2%).

Yosh kesimida, 24 nafar (55,8%) bemor keksa yoshdagi va 19 nafari (44,2%) qari yoshdagi bo'lishgan. Biz keksa yoshdagi bemorlar soni ustunlik qilgan, kasallikning yengil kechishidan farqli ushbu fenomenga alohida diqqatimizni qaratmoqdamiz. Bunda kasallikning o'rta og'irlikda kechishiga xos bo'lgan mezonlardan biri – o'tkir kalkulyoz xolesistitning gangrenali shakli keksa yoshdagi bemorlarda ham, qarilarda ham ko'p bo'lgan.

3.6-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistitning o'rtacha og'irlikda kechishida o't pufagining patomorfologik o'zgarishlariga ko'ra nazorat guruhidagi bemorlarning taqsimlanish tabiati

O‘t pufagi o‘zgarishlari	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
Empiema	0	0	1	100,0	1	2,3
Kataral	8	66,7	4	33,3	12	27,9
Flegmonoz	5	45,5	6	54,5	11	25,6
Gangrenali	11	57,9	8	42,1	19	44,2
JAMI	24	55,8	19	44,2	43	100,0

Keksa yoshdagi bemorlarning kichik guruhida uchrash chastotasi bo'yicha o'tkir kataral xolesistit shaklidagi o't pufagi zararlanishi ikkinchi o'rinni egalladi (8 ta holat). Retrospektiv tahlil asosida, ularning barchasi keskin klinik ko'rinish va yuqori miqdordagi leykotsitlar bilan bog'liq holda kasallik o'rta og'irlik darajada kechgan bemorlar kichik guruhida bo'lganliklarini qayd etish mumkin. Shu bilan birga, keksa bemorlar orasida xuddi shunday ko'rsatkichda o'tkir kalkulyoz xolesistitning flegmonoz shakllari qayd etilgan. Shuni ta'kidlash lozimki, noaniq klinik holat sabab o't pufagining og'ir darajada zararlanishi kasallikning ushbu og'irlik darajada kechishi bilan tavsiflandi. Mos ravishda, ular bir qator

operatsiyadan keyingi asoratlar shakllanishiga sabab bo'lishdi, ular haqida tadqiqot bobining keyingi qismlarida to'xtalib o'tamiz.

O't pufagi empiemasi faqat bitta qari yoshdagi bemorda tashxislandi. Keksa yoshdagi bemorlar orasida o't pufagi empiemasi aniqlanmadi.

O'tkir kalkulyoz xolesistit o'rtacha og'irlik darajada kechgan bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvi hajmini tahlil qilishda jami 43 ta operatsiya aralashuvi o'tkazilgani aniqlandi (3.7-jadval).

3.7-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit o'rtacha og'irlikda kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlari hajmi tabiati

OPERATSIYa ShAKLI	YoSh TOIFALARI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	17	68,0	8	32,0	25	58,1
MXE	4	36,4	7	63,6	11	25,6
OXE	3	42,9	4	57,1	7	16,3
JAMI	24	55,8	19	44,2	43	100

Umumiy guruhda ham avvalgi tahlil qilingan kichik guruhdagi kabi, ushbu holatda LXE amalga oshirilgan bemorlar ko'p bo'lgan (58,1%). Biroq bu ko'rsatkich o'tkir kalkulyoz xolesistit yengil kechishi bo'lgan bemorlar orasida 24,5% ga kam bo'lgan.

18 nafar bemorda boshlangan LXE laparotomiya bilan yakunlangan. 25,6% holatda MXE va 16,3% holatda – OXE bilan tugatilgan. Umumiy qiymatda bu avvalgi tahlil qilingan kichik guruh bemorlariga nisbatan 24,5% kam bo'lgan.

Shunday qilib, bemorlar holatini operatsiyadan oldin baholash vaziyatlarning qariyb yarmida rejalashtirilgan operatsiya hajmiga mos kelmaganligi aniqlandi. Bunda aksariyat holatlarda o't pufagida aniqlangan destruktiv o'zgarishlar, keskin yallig'lanishli infiltratsiyalanishlar jarrohlik amaliyotini kam invaziv usulda ya'ni laporoskopik xolesistektomiya bajarilishiga texnik kiyinchiliklarni tug'dirganligi tufayli, operatsiyani minilaparotomiya hamda to'liq konversiya bilan tugatishga sabab bo'ldi. Bu esa nafaqat operatsiya davomiyligini va shu sababli narkoz davomiyligini uzayishiga, hamda operatsion

agressiyaning kuchayishiga zamin yaratib, bularning barchasi, o'z navbatida, operatsiyadan keyingi asoratlar shakllanishiga va umuman operatsiyadan keyingi davrning og'ir o'tishiga sabab bo'ldi.

Bemorlarni yosh toifasiga ko'ra jarrohlik aralashuvi tabiatini taqsimlashni tahlil qilishda bemorlar orasida LXE ustunligi qayd etildi (68%), bu esa qari yoshdagi bemorlar ko'rsatkichlaridan 2 baravar ko'p bo'lgan. Shu bilan birga LXEni o'zgartirish holatlari qari bemorlar orasida ko'p bo'lgan (1,6 baravar). 7 nafar qari bemorda ular MXE, 4 nafar bemorda esa – OXE bilan yakunlangan.

Shunday qilib, o'tkir kalkulyoz xolesistit o'rta og'irlikda kechgan bemorlarda LXE operatsiyalari deyarli yarimdan ko'p holatlarda imkonsiz bo'lgan. Muayyan operatsiya variantini amalga oshirishda rejalarning farqlanishi bemorlarning operatsiyadan oldingi holatlarini baholash, mahalliy yallig'lanish reaksiyasi darajasini aniqlash va keyin uni umumiy lashtirishning past darajada ishonchliligini ko'rsatdi.

O'tkir kalkulyoz xolesistit o'rtacha og'irlikda kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda xolesistektomiya murakkablik darajasi taqsimlanishi tahlil qilish (3.8-jadval), III va IV darajali murakkablikdagi operatsiyalar ko'p bo'lganini ko'rsatdi (25,6% va 44,2% mos ravishda).

Faqat 24% holatda LXE I daraja murakkablikda bo'lgan. 68% holatda III va IVdaraja murakkablikda bo'lgan. MXE operatsiyalari orasida IVdaraja murakkablik vaziyatlarning deyarli yarmida kuzatilgan. OXEga to'xtaladigan bo'lsak –71,5% holatda IVdaraja murakkablik aniqlangan.

3.8-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit o'rtacha og'irlikda kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda xolesistektomiya murakkablik darajasining taqsimlanish tabiati

OPERATSIYA ShAKLI	XOLESISTEKTOMIYA MURAKKABLIK DARAJASI								JAMI	
	I		II		III		IV			
	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	6	24,0	2	8,0	8	32,0	9	36,0	25	58,1
MXE	3	27,3	0	0,0	3	27,3	5	45,5	11	25,6
OXE	1	14,3	1	14,3	0	0,0	5	71,4	7	16,3
JAMI	10	23,3	3	7,0	11	25,6	19	44,2	43	100

Shunday qilib, ushbu kichik guruhdagi bemorlarni davolash usullari tahlilini xulosalashda, LXEni o'zgartirish vaziyatlari sezilarli bo'lganini ta'kidlash lozim. Aslida, ushbu toifadagi bemoralarda amalga oshirilgan laparoskopiya vaziyatlarning deyarli yarmida tashxislash xarakteriga ega edi. O't pufagining patomorfologik o'zgarishini operatsiyadan oldin bashoratlash va o'tkir kalkulyoz xolesistit asoratlari klinik ko'rinishlarining noaniqligi o'rtasidagi farq jarrohlik usullarini almashtirishni talab etuvchi «fors-major» holatlarni keltirib chiqardi. Bu, o'z navbatida, keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish reaksiyasining paydo bo'lishi va rivojlanishini baholashning ob'ektiv usullarini qo'llash zaruratini yana bir bor tasdiqlaydi. Tasdiq tariqasida quyidagi klinik misol keltiriladi.

Klinik misol: Bemor X.Sh. kasallik tarixi № 23750, 1952-yilda tug'ilgan 2017-yil 5-noyabr kuni RShTYoIMBF klinikasiga o't tosh kasalligi, o'tkir kalkulyoz xolesistit tashxisi bilan yotqizilgan. Anamnezidan o'zini 3 yildan beri kasal deb hisoblaydi. Qabul qilinganida bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Shikoyati: o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastriy sohasidagi xurujsimon og'riqlar, og'riqlarning o'ng kurak hamda yelka sohasiga berilishi, ko'ngil aynishi, qusish, yurak tez urishiga. Kuruvda qorni simmetrik nafas olishda ishtirok etadi, paypaslaganda o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasida og'riq aniqlanadi. Ortner, Merfi, Grekov belgilari musbat. Peritoneal belgilar kuzatilmaydi. Ultratovushli tekshiruvida o't pufagi 97 x 48 mm, devorlari 5 mm qalinlikda, o't qopi bo'shlig'ida 12 mm va kichik o'lchamlardagi ko'p sonli konkrementlar mavjudligi aniqlanadi. Bemor terapevt, kardiolog tomonidan ko'rilgan: Yo'ldosh kasalliklar: Qandli diabet 2 tip, o'rta og'irlikda kechishi. Gipertoniya kasalligi 2 chi bosqich, arterial gipertoniya 2 darajali. Xavf 4. Bemorga standart sxema bo'yicha kompleks konservativ davo o'tkazildi. Dinamikada ultratovush tekshiruvida o't pufagi 103 x 50 mm, devorlari 5-6 mm qalinlikda, o't qopi bo'shligida konkrementlar. Bemorda o'tqazilgan konservativ muolajalar fonida og'riq xurujlari bartaraf etilmaganligi, dinamikada xurujlarning takrorlanishi inobatga olinib vrachlar konsilumi xulosasiga binoan bemorga operativ davolashga qaror qilindi. Bemorga Laporoskopik xolesistektomiya jarayoni bosqichi davomida o't pufagi devorida yaqqol destruktiv jarayoni borligi, o't pufagi gangrenoz o'zgarib atrofida to'qimalarda keskin infiltratsiya mavjudligi, jigar osti sohasida 15-20 ml atrofida seroz suyuqlik aniqlanadi. Xolesistektomiya bajarilishiga imkon bo'lmaganligi tufayli operatsiyani laporotomiya Pribram usulida xolesistektomiya jigar osti va o'ng yonbosh kanalini drenajlash amaliyoti bilan tugatildi.

O't pufagining patomorfologik tuzilishi: O't pufagi shilliq qavatining atrofiyasi va nekrotik o'zgarishlari, Barcha qavatlarning diffuz yiringli yallig'lanish

infiltratsiyasi hamda ko‘p yadroli gigant hujayralar bilan birga qo‘shilishi. Xulosa-gangrenoz xolesistit.

Bayon etganimizdek, o‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan 36 nafar bemorda kasallikning og‘ir kechish darajasi tashxislangan edi. Ulardan 63,9%ini keksa yoshdagi va 36,1% – qari bemorlar tashkil etdi (3.9-jadval).

O‘t pufagining patomorfologik ko‘rinishi 100% holatda destruktiv tabiatli bo‘lgan. Gangrenoz o‘t pufagi (61,1%) flegmonoz asoratdan (38,9%) deyarli 2 baravar ko‘p bo‘lgan.

Shu o‘rinda, keksa yoshdagi bemorlarda deyarli barcha holat flegmonoz tabiatli bo‘lgan bo‘lsa (92,9%), qari bemorlarning yarmidan ko‘pida o‘tkir kalkulyoz xolesistitning gangrenoz shakli tashxislangan. Klinik holatlar darajasi nafaqat bemorlarning yosh toifasi foizi nisbati, balki mutlaq soni bo‘yicha ham tarkibiy qismlarga ajralgan.

3.9-jadval

O‘tkir kalkulyoz xolesistit og‘ir darajada kechishida o‘t pufagining patomorfologik o‘zgarishlariga ko‘ra nazorat guruhi bemorlarini taqsimlash tabiati

O‘t pufagi o‘zgarishlari	YoSh TOIFASI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
Empiema	0	0	0	0	0	0
Kataral	0	0	0	0	0	0
Flegmonoz	13	92,9	1	7,1	14	38,9
Gangrenoz	10	45,4	12	54,5	22	61,1
JAMI	23	63,9	13	36,1	36	100,0

Ta’kidlash lozimki, keksa va qari yoshdagi bemorlarda ham empiema va kataral o‘t pufagining yallig‘lanishi aniqlanmadi.

44,4% holatda rejalashtirilgan LXE o‘zgarishlarsiz yakunlandi. Biroq 55,6% holatda operatsiya aralashuvini MXE (38,9%) yoki OXEga (16,7%) o‘zgartirishga to‘g‘ri keldi. 3.10-jadvalda o‘tkir kalkulyoz xolesistit og‘ir kechish darajasida nazorat guruhidagi bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvi hajmining nisbiy tabiati ma’lumotlari keltirilgan. 63,9% holatda keksa yoshdagi va 36,1% holatda qari bemorlar tashkil etdi.

Ko'p hollarda operatsiya MXE ga (38,9%) almashlash bilan yakunlandi, bunda kekxa yoshdagi bemorlar soni ko'proq bo'lgan (57,1%). Shu bilan birga, qari bemorlar orasida MXEga qaraganda (66,7%) OXE ni almashtirish ustun bo'lgan. Bunday hollarda, yuqorida ta'kidlangan vaziyatlarning takrorlanishi, xususan, noaniq klinik ko'rinish va jarrohlik aralashuvining murakkabligi bemorlarning yosh toifasiga bog'liq bo'lgan. Chamasi, ushbu jihat aynan kekxa va qari yoshdagi bemorlarga xos.

3.10-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit og'ir kechishida nazorat guruhidagi bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvi hajmining tabiati

OPERATSIYa ShAKLI	YoSh TOIFASI				JAMI	
	Keksa		Qari			
	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	11	68,75	5	31,25	16	44,4
MXE	8	57,1	6	42,9	14	38,9
OXE	4	66,7	2	33,3	6	16,7
JAMI	23	63,9	13	36,1	36	100

O'tkir kalkulyoz xolesistit og'ir darajada kechgan bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvining murakkablik darajasining taqsimlanish tabiati IVdarajali murakkablik ustunlik qilganini ko'rsatdi (3.11-jadval). LXEni amalga oshirish murakkabligi yuqoriroq bo'lgan (33,3%). Shu o'rinda LXE orasida 25% holatda jarrohlik aralashuvining III daraja murakkabligi to'g'ri kelgan. Shunisi e'tiborga loyiqki, LXEning I va II darajali murakkabligi o'tkir kalkulyoz xolesistit og'ir kechgan bemorlarda aniqlanmadi.

MXE jarrohlik aralashuvlari orasida III darajali murakkablik ustunlik qilgan (42,9%). IVdarajali murakkablik qayd etilgan bemorlar soni kamroq bo'ldi (3 daraja 2 baravar kam). MXE ni bajarishning I va II murakkablik darajalari kam bo'lib, nisbati deyarli teng bo'lgan.

Umuman olganda, ta'kidlash lozimki, operatsiyalarning aksariyati murakkab darajada bo'lgan (80,55%). Ko'pincha bu avvalgi holatda bo'lgani kabi o't pufagining destruktiv o'zgarishlari bilan bog'liq bo'lgan. Biroq I va II darajali

texnik murakkabliklar mavjudligi bunday o'zgarishlar bemorlarning operatsiyadan oldingi holati og'irligi bilan bog'liqligini ko'rsatadi.

3.11-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistit og'ir kechgan nazorat guruhidagi bemorlarda xolesistektomiya murakkabligi darajasining taqsimlanish tabiati

OPERATSIYA ShAKLI	XOLESISTEKTOMIYA MURAKKABLIGI DARAJASI								JAMI	
	I		II		III		IV			
	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%
LXE	0	0	0	0	4	25,0	12	75,0	16	44,4
MXE	2	14,3	2	14,3	6	42,9	4	28,6	14	38,9
OXE	1	16,7	2	33,3	3	50	0	0	6	16,7
JAMI	3	8,33	4	11,11	13	36,11	16	44,44	36	100

OXEning teng yarmi III darajadagi murakkablikda bo'lgan. Qolgan operatsiyalar I va II darajali murakkablikda bo'lgan.

Shunday qilib, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash tabiati gradatsion yoshni tahlil qilish sharoitida bir qator nazariy qonuniyatlarni aniqlash imkonini berdi. Birinchidan, jarrohlik aralashuvining murakkablik darajasi o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og'irligiga bog'liq. Aksariyat hollarda bu ishonchsizdir. Ikkinchidan, ushbu toifadagi eng yuqori qiymat o'tkir kalkulyoz xolesistitning o'rta og'irlik darajasi bo'lgan bemorlarda namoyon bo'ldi. Uchinchidan, ushbu kichik guruhdagi bemorlarda kasallikning yengil va og'ir darajalari o'rtasida tebranib turishi, rejalashtirilgan jarrohlik aralashuv turiga rioya qilish imkonini bermaydi. Bu usulni almashtirish holatlarining ko'pligi va murakkab darajadagi operatsiyalar ulushining oshishida ko'rinadi.

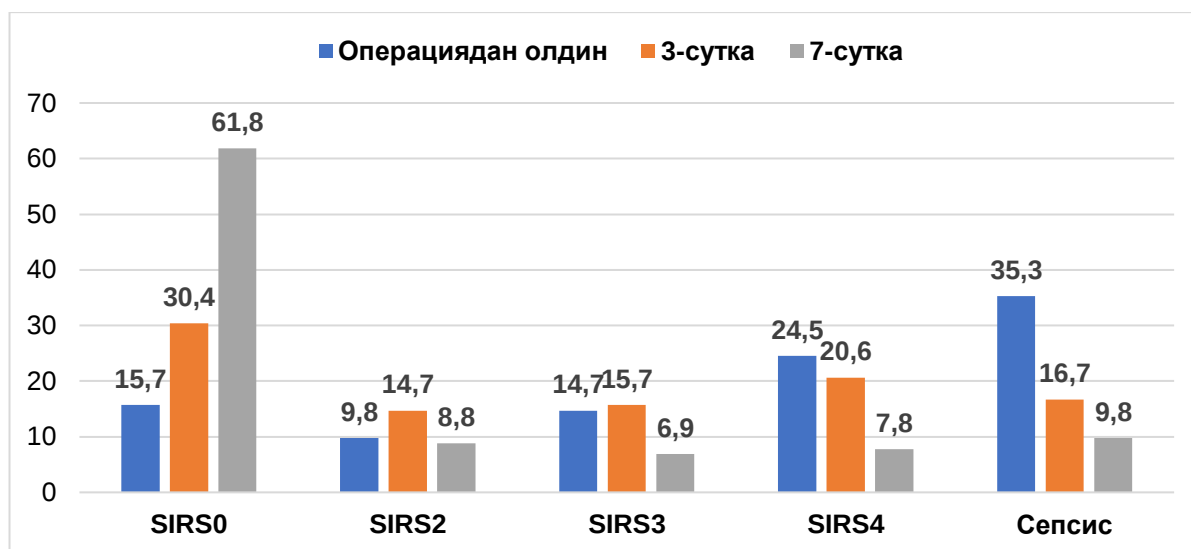
Fikrimizcha, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash natijalarini ob'ektiv baholash sharti bilangina, ushbu xulosa o'z tasdig'ini topishi mumkin. Xususan, bemorlarning nazorat guruhida asoratlar va o'lim holatlari tahlili katta qiziqish uyg'otadi. Biz ushbu jihatni ushbu bobning keyingi qismida ko'rib chiqishga qaror qildik.

3.3. Bemorlarning nazorat guruhida asoratlari va o'limning umumiy xususiyatlari va tahlili.

Asoratlarning statistik ma'lumotlarini tahlil qilganda, ularni kasallikning asoratlari va davolashning jarrohlik usuli bilan bog'liq asoratlarga bo'lishni lozim topdik. Ikkinchisi, o'z navbatida, tadqiqotimizda operatsiya ichi va operatsiyadan keyingi asoratlarga bo'lindi.

Kasallikning umumiy namoyon bo'lishini SIRS belgilarining miqdoriga ko'ra baholadik, kamida bitta organning disfunktsiyasi / yetishmovchiligi, o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lganda, bu holatni biz shakllangan sepsis deb hisobladik.

SIRS belgilarining namoyon bo'lish dinamikasi shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan oldingi davrda 84,3% bemorda yallig'lanish jarayoni umumlashuviga reaksiya aniqlangan. Nazorat guruhidagi 102 ta bemordan faqat 16 (15,7%) tasida SIRS ning klinik-laborator belgilari umuman bo'lmagan (3.6-rasm).



3.6-rasm. SIRS belgilari miqdoriga qarab nazorat guruhi bemorlarining taqsimlanish xususiyati

35,3% hollarda nazorat guruhining 36 bemorida SIRS belgilari kamida bitta organning organ disfunktsiyasi yoki bir nechta organ yetishmovchiligi bilan birga kelgan. Tekshirilgan bemorlarning 24,5 foizida organ disfunktsiyasiz SIRS ning barcha belgilari aniqlangan. SIRS₃ va SIRS₂ holatlari nisbatan kam uchradi (mos ravishda 14,7% va 9,8%).

Shunday qilib, bemorlarning operatsiyadan oldingi holatining umumiy manzarasidan ko'rinib turibdiki, o't pufagidagi yallig'lanish jarayoni ko'pincha

yallig'lanishning umumlashuvi uchun manba bo'lgan. Ushbu holatning ustuvor belgilari orasida tana haroratining ko'tarilishi, leykotsitoz va taxikardiya kabilar qayd etilgan.

Dinamikada, operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida 2 ta bemor vafot etdi. $SIRS_0$ belgilari bo'lgan bemorlarning deyarli operatsiyagacha davrga nisbatan 2 baravar ko'payishi tufayli septik ko'rinishlarning surati tubdan o'zgardi. Tabiiyki, $SIRS_4$ va shakllangan sepsis bo'lgan bemorlar ulushining pasayishi (mos ravishda 3,9% va 18,6% ga) hisobiga $SIRS_2$ va $SIRS_3$ ulushi o'zgarishi kuzatilgan (mos ravishda 4,9% va 1,0% ga). Albatta, shuni ta'kidlash kerakki, o'rganilayotgan dinamikaning ushbu davri operatsion jarohat bilan ham umumlashib, SIRSning taxikardiya va taxipnoekabi belgilarining namoyon bo'lishida ham muhim rol o'ynagan.

7-kunga kelib yana 3 ta bemor (2,9%) vafot etdi. Bemorlarning yarmidan ko'pida (61,8%) SIRS belgilari kuzatilmadi. Biroq, $SIRS_2$, $SIRS_3$ va $SIRS_4$ (mos ravishda 8,8%, 6,9% va 7,8%) belgilari bo'lgan bemorlar xaliyam bor edi. Ayni paytda, operatsiyadan keyingi 10-kuni 7 ta bemorda hali ham SIRS belgilari va organlar disfunktsiyasi jarayoni davom etishi kuzatilgan.

Misol tariqasida quyidagi klinik holatni keltiramiz.

Bemor A.K. kasallik tarixi № 19522, 1939-yilda tug'ilgan 2018-yil 24-avgust kuni RShTYoIM BF klinikasiga o't tosh kasalligi, o'tkir kalkulyoz xolesistit tashxisi bilan yotqizilgan. Anamnezidan o'zini 2 xaftadan beri kasal deb hisoblaydi. Kasalligini yog'li ovqat iste'mol qilishi bilan bog'laydi. Qabul qilinganida bemorning umumiy ahvoli og'ir. Shikoyati: o'ng qovurg'a yoyi osti va epigastral sohasidagi og'riqlar, tana haroratining ko'tarilishi, yurak tez urishi, siydik miqdorining kamayganligiga, ko'ngil aynishi, qusish, umumiy holsizlikga. Ob'ektiv: Terisi rangpar. Tana harorati 38,7°S, Nafas olish burun orqali minutiga 22-24 marta, yurak tonlari bo'g'iq AKB 145/90 mm.sim.ust., tomir urishi minutiga 104 marta. Kuruvda qorni simmetrik, nafas olishda ishtirok etadi, paypaslaganda o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida og'riq aniqlanadi. Ortner, Merfi belgilari musbat. Peritoneal belgilar kuzatilmaydi. Ultratovushli tekshiruvida o't pufagi 109 x 55 mm, devorlari 6-7 mm qalinlikda, o't qopi bo'shlig'ida 10 mm gacha bo'lgan konkrementlar mavjudligi aniqlanadi. Tahlilardan: Gemoglobin-84 g/l, eritrotsit-2,4, Leykotsitlar-12,8, EChT-32 mm/soat, qondagi glyukoza miqdori-12,5 mmol/l, Mochevina-17,4, kreatinin-255 mmol/l. Bemor terapevt, kardiolog, nefrolog, endokrinolog tomonidan ko'rilgan. Yo'ldosh kasalliklar: Qandli diabet 2 tip, og'ir kechuvi. Diabetik nefropatiya, surunkali buyrak yetishmovchiligi. Bemorga

standart sxema bo'yicha kompleks konservativ davo o'tkazildi. Dinamikada tizimli yallig'lanish sindromi reaksiyasi belgilari kuchaya borganligi tufayli bemorga hayotiy ko'rsatmaga asosan operativ davolash taklif qilindi. Laparoskopik xolesistektomiya jarrohlik amaliyoti davomida asoratlangan xolesistit belgilari aniqlandi, bunda o't pufagidagi destruktiv jarayon hamda jigar osti sohasida absess aniqlandi. Bemorga operatsiya ochik xolesistektomiya, o'ng yonbosh kanali va jigar osti sohalarini drenajlash amaliyoti bilan tugatildi. Operatsiyadan so'ngi davrda bemorning umumiy ahvoli og'irligicha saqlanib, dinamikada SIRS belgilari diabetik nefropatiyaning chuqurlashuvi fonida kuchayib, operatsiyadan so'ngi davrning 7 chi sutkasida bemor poliorgan yetishmovchiligi fonida umumiy ahvoli keskin og'irlashib letal oqibatga olib keldi.

Shu tariqa, ushbu misolda ko'rinib turganiday, diabetik nefropatiya fonida surunkali buyrak yetishmovchiligining mavjudligi yallig'lanish jarayonining tezda umumlashishi va yanada uzayishining asosiy sabablaridan biri bo'ldi. Biz ushbu misolni ataylab keltirmoqdamiz, chunki yallig'lanish jarayoni umumlashgan klinik-laboratoriya manzarasi shakllangan bemorlarning dinamikasini baholashda aniqlanishicha, operatsiyadan oldingi davrda keksa bemorlar deyarli 2 baravar yuqori bo'lgan. Qari bemorlar atigi 12,7% ni tashkil etgan (3.12-jadval).

Biroq, operatsiyadan keyingi davrda o'rganilayotgan guruhlarining taqsimlanish tendensiyasi tubdan o'zgaradi. 3- va 7-kunlarda qari bemorlar ustunlik qildi. Uning ustiga, dinamikada ularning ko'payishi sezilarli edi.

3.12-jadval

O'tkir kalkulyoz xolesistitning og'ir shakli bo'lgan bemorlarning nazorat guruhida xolesistektomiya murakkablik darajasining taqsimlanish tabiati

SIRS BELGILARI MIQDORI	DINAMIKA					
	Operatsiyagacha		3-sutka		7-sutka	
	AK	%	AK	%	AK	%
SIRS ₀	16	15,7	31	30,4	63	61,8
SIRS ₂	10	9,8	15	14,7	9	8,8
SIRS ₃	15	14,7	16	15,7	7	6,9
SIRS ₄	25	24,5	21	20,6	8	7,8
Sepsis	36	35,3	17	16,7	10	9,8
JAMI	102	100,0	100	98,0	97	95,1

Ya'ni, agar 3-kuni qari bemorlar deyarli 2 baravar ko'paygan bo'lsa, operatsiyadan keyingi 7-kunga kelib qariyb 9 baravar ko'paydi.

Jarrohlik bilan bog‘liq asoratlar tahlilini kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og‘irligiga qarab operatsiya vaqti va operatsiyadan keyingi asoratlarga bo‘ldik.

O‘tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarni kompleks davolashdagi salbiy natijalarining umumiy ulushi 43,1% ni tashkil etdi (o‘limdan tashqari). Intraoperatsion asoratlar 34,1% ni, operatsiyadan keyingi asoratlar esa – 65,9% ni tashkil etdi (3.13-jadval).

3.13-jadval

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistit kechishining boshlang‘ich darajasiga qarab, jarrohlik bilan bog‘liq asoratlar turiga ko‘ra bemorlarning taqsimlanish tabiati

Kechish og‘irligi	ASORATLAR TURI						O‘LIM	
	Intraoperatsion		Operatsiyadan keyingi		JAMI			
	AK	%	AK	%	AK	%	AK	%
Yengil	3	2,9	2	2,0	5	4,9	0	0,0
O‘rta	6	5,9	8	7,8	14	13,7	3	2,9
Og‘ir	6	5,9	19	18,6	25	24,5	9	8,8
Jami	15	14,7	29	28,4	44	43,1	12	11,8

Operatsiya bilan bog‘liq asoratlar og‘ir o‘tkir kalkulyoz xolesistit (24,5%) bo‘lgan bemorlar orasida ko‘proq aniqlandi. Bunda, 76% hollarda asoratlar operatsiyadan keyingi davrda rivojlandi. Operatsiyadan keyingi asoratlarning intraoperatsion asoratlarga qaraganda (1,9% ga) ko‘proq uchrashi o‘tkir kalkulyoz xolesistitning o‘rtacha og‘irlik darajasi bo‘lgan bemorlarda ham qayd etilgan. O‘tkir kalkulyoz xolesistitning yengil darajasi bo‘lgan bemorlarda intraoperatsion asoratlar keng tarqalgan.

O‘tkir kalkulyoz xolesistitning yengil darajasi bo‘lgan bemorlarda intraoperatsion asoratlar orasida quyidagilar kuzatilgan: o‘t pufagi o‘zanidan qon ketish (1 holat) va infiltratdan qon ketish (2 holat) mavjud edi.

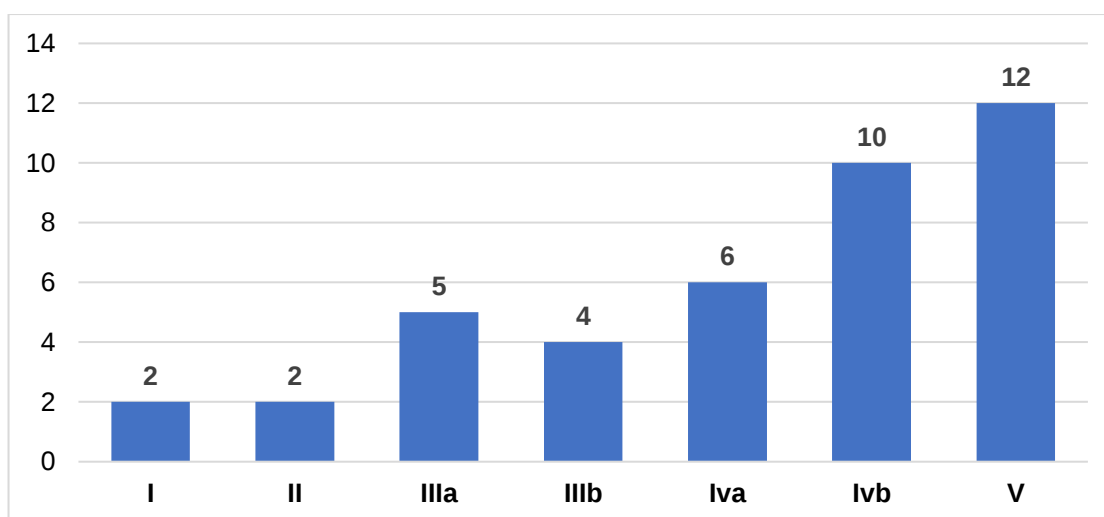
O‘tkir kalkulyoz xolesistitning o‘rta og‘irlik darajasi bo‘lgan bemorlarda intraoperatsion asoratlar orasida quyidagilar qayd etilgan: o‘t pufagi o‘zanidan qon ketishi (2 ta holat), pufak arteriyasidan qon ketishi (1 ta holat), qorin visseral

qavatining kengaygan venasidan qon ketishi (2 ta holat) va pufak yoʻlining uzilishi (1 ta holat).

Oʻtkir kalkulyoz xolesistitning ogʻir darajada kechishi boʻlgan bemorlarda intraoperatsion asoratlar orasida quyidagilar aniqlangan: taloq kapsulasi yorilishi (1 ta holat), pufak yoʻli uzilishi (1 ta holat), pufak yoʻlining klipsa bilan kesilishi (1 ta holat), oʻt pufagining zararlanishi va konkrementlarning qorin boʻshligʻiga toʻkilishi (2 ta holat) oʻn ikki barmoqli ichak qatlami zararlanishi (1 ta holat).

Shunday qilib, intraoperatsion asoratlar tabiati jami qon ketishi holatlari anatomik tuzilishlarning travmatik zararlanish koʻrsatkichlaridan ustun boʻlganligini koʻrsatdi.

29 (28,4%) nafar bemorda aniqlangan operatsiyadan keyingi asoratlar Clavien-Dindo boʻyicha operatsiyadan keyingi asoratlar ogʻirlik darajasini tasniflash yordamida tahlil qilindi (3.7-rasm).



3.7-rasm Clavien-Dindo tasnifi boʻyicha operatsiyadan keyingi asoratlar boʻlgan bemorlarni taqsimlash tabiati

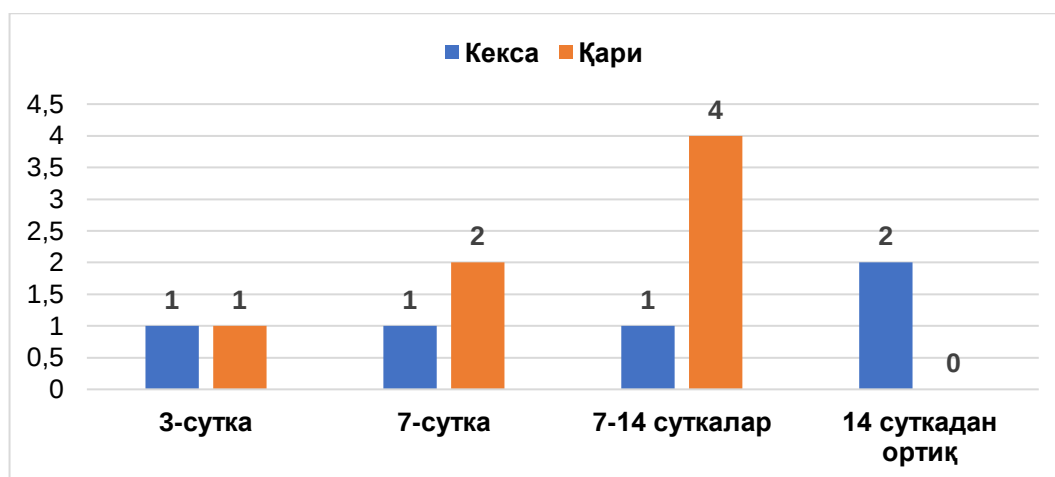
35,3% holatda nazorat guruhidagi 36 nafar bemorda SIRS belgilari, umuman olganda, diagramma va 3.20-jadvalda keltirilgan maʼlumotlarga koʻra operatsiyadan keyingi asoratlar oʻtkir kalkulyoz xolesistitning ogʻir darajada kechish shakli boʻlgan bemorlar orasida koʻp uchraydi (76%).

1-darajali ogʻirlikdagi operatsiyadan keyingi asoratlar boʻlgan 2 nafar (6,9%) bemorda bittadan holatda operatsiyadan keyingi yara seromasi va operatsiyadan keyingi yara yiringlashi qayd etilgan. 2-darajali ogʻirlikdagi

operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan 2 (6,9%) ta bemorda bittadan holatda hilpillovchi aritmiya paroksizmi va bitta oyoqda katta teri osti vena trombozi kuzatilgan. 3-darajali og'irlikdagi operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan 5 (17,2%) nafar bemorda quyidagi belgilar aniqlangan: siydikning o'tkir tutilishi (4 ta holat), o'rta og'irlikdagi o'tkir pankreatit (1 ta holat). 3b- darajali og'irlikdagi operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan 4 (13,8%) ta bemorda xoledox drenajini olib tashlashdan so'ng safro oqib chiqishi (1 ta holat), pufak yo'li cho'ltog'i (kulya)ning ishlamasligi (3 ta holat) qayd etildi. 4a darajali og'irlikdagi operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan 6 (20,7%) nafar bemorda buyrak yetishmovchiligi (2 ta holat), miya qon aylanishi buzilishi (1 ta holat), ichak falaji (3 ta holat) aniqlandi. 4b og'irlik darajasidagi operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan 10 (34,5%) ta bemorda o'lim sababi bo'lgan poliorgan disfunktsiyasi aniqlangan.

Yuqorida keltirilgani kabi, nazorat guruhidagi o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan bemorlarda kompleks xirurgik davolashdan so'ng letal natija 11,8%ni (12 ta holat) tashkil etdi va u dinamikada quyidagi shaklda taqsimlangan (3.8-rasm).

Operatsiyadan keyingi 3-kunda 2 (16,7%) ta bemor vafot etdi (har bir yosh toifasida bittadan). Operatsiyadan keyingi 7-kunda yana 3 nafar (25%) bemor (1 ta keksa va 2 ta qari yoshdagi) vafot etdi. Operatsiyadan keyingi 14 kun davomida yana 5 nafar (41,7%) bemor (1 ta keksa va 4 ta qari yoshdagi) hamda 2 haftadan yuqori muddatda yana 2 (16,7%) nafar bemor (barchasi keksa bo'lgan) vafot etdi.



3.8-rasm. Nazorat guruhi bemorlarida o'lim ko'rsatkichlari

Shunday qilib, dastlabki 14 kun eng xavfli muddat bo'lgan, shu vaqt ichida 12 nafar bemordan 10tasi (83,3%) vafot etgan. Vafot etganlarda turli tizimlar bo'yicha jami asoratlarni taqqoslashda o'rtacha har bir o'lim natija 3-7 kunda bitta organ funksiyasi buzilishi, 7-14 kunlarda 2 va undan ortiq hayotiy muhim bo'lgan organ funksiyasi buzilishi natijasida kelib chiqqan.

Hayotiy muhim organlarning buzilish og'irlik darajasining yondoshligi kuzatuvning dastlabki 3-7 kunida vafot etgan deyarli barcha bemorlarga xos bo'lgan.

Nazorat guruhidagi o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan bemorlarning o'limiga ko'p hollarda yallig'lanish tabiatli (70,9%) yurak qon-tomir yondosh kasalliklar (58,3%) va jigar-buyrak (45,4%) asoratlari sabab bo'lgan.

Nazorat guruhidagi vafot etgan 12 nafar bemorda a'zolarining patomorfologik tekshiruvi ma'lumotlari o'rganildi. Shu o'rinda, jigar hujayralarining yog' va donador distrofiyasi kuzatilgan 9 ta holatda, jigar sirrozi – 2 ta holatda, amiloidoz – 1 ta holatda aniqlandi. Vafot etganlarning 3 nafarida buyrak o'zgarishi o'ralgan yo'lchalar epiteliysining donador distrofiyasi 1 tasida – amiloidoz bilan tavsiflanadi. Yurak mushagining patologik o'zgarishlari 8ta bemorda aniqlandi (4tasida o'zgarishlar topilmadi). Bu o'zgarishlar 3 ta bemorda mushak tolalari fragmentatsiyasi bilan yondosh donador distrofiya bilan tavsiflanadi.

Shunday qilib, ichki organlardan jigarda eng ko'p o'zgarishlar kuzatilgan, ma'lum bo'lganidek, boshqa a'zolarga qaraganda yallig'lanish intoksikatsiyasi ta'siriga ko'proq duchor bo'lgan.

Aniqlangan o'zgarishlar bir nechta a'zolarining zararlanishi va poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishi bilan yondosh ichki a'zoning donador distrofiyasi bilan tavsiflanadi. Vaziyatdan kelib chiqadiki, o'tkir kalkulyoz xolesistit kechish og'irlik darajasini operatsiyadan keyingi asoratlar rivojlanishi, poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishi bilan yetarli darajada baholamaslik o'limga olib kelgan. Ta'kidlash lozimki, o'limga olib keluvchi bemor holatini yomonlashishiga hayotiy muhim a'zoning yetishmovchiligi rivojlanishi hal qiluvchi sabab bo'ldi.

Yuqorida keltirilgani kabi, Tokio tavsiyalaridan foydalanish orqali ham bemorlar holati og‘irlik darajasini yetarlicha baholamaslik hayotiy muhim a‘zolari intensiv ishtirokini oshirish orqali yiringli-yallig‘lanish jarayoni rivojlanishiga ko‘maklashdi. Shu o‘rinda organizmning dastlabki holati muhim ahamiyat kasb etadi. Ichki a‘zolarida yondosh kasallik bo‘lganida (qandli diabet, jigar sirrozi va h.z.)ushbu jarayondan qochib bo‘lmaydi. Keltirilgan raqamli ma’lumotlar va misollar bunday taxminimizga asos bo‘ladi.

Shunday qilib, afsuski, hatto zamonaviy miniinvaziv texnologiyalardan foydalanib kompleks xirurgik davolash ham o‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan barcha bemorlarni 100% sog‘ayishlarini ta‘minlab berolmadi. Shuningdek, ushbu kasallik asoratlarning yuqori ko‘rsatkichi saqlanib qolishi yallig‘lanish jarayoni regressiv kechishining tabiiy mexanizmlari buzilishi bilan kuzatiladi. Nazorat guruhidagi bemorlarning retrospektiv tahlil natijalarida aniqlangan septik asoratlarning yuqori darajasi bunga misol bo‘lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda nafaqat kasallikning og‘ir kechishi, balki tezkor operatsiyadan keyingi muolajalarni talab etuvchi travmatik jarrohlik aralashuvi fonida hayotiy muhim a‘zolar faoliyatining buzilishi o‘limning asosiy sababi bo‘ldi. Keyingi muddatlarda bemorning dastlabki og‘ir holati bilan bog‘liq o‘lim natija bilan bir qatorda, hayotiy muhim a‘zolar disfunksiyasining yuqori ko‘rsatkichi saqlanib qolganda jigar faoliyati buzilishi birinchi o‘ringa chiqa boshlaydi. Kasallikning eng avjiga chiqqan vaqtda va operatsiyadan keyingi erta muddatda yiringli-septik asoratlar chastotasining oshishi asoratlarning ushbu guruhi ustunligi va tanatogeneza o‘zgarishga olib keladi. Bemorlar o‘limiga sabab bo‘lgan o‘ta muhim holat ikkita va undan ko‘proq hayotiy muhim a‘zo va tizim faoliyati buzilishining yondoshishi hisoblanadi (poliorgan yetishmovchiligi sindromi).

Bularning barchasi yallig‘lanish jarayoni darajasini baholash nuqtai nazaridan qo‘shimcha tadqiqotlar olib borish zaruratini ko‘rsatadi. Ushbu muammoni yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokin va yallig‘lanish prediktorlari holatini organizm yallig‘lanish reaksiyasining ob‘ektiv markeri sifatida o‘rganish

orqali hal etish mumkin. Tadqiqotning ushbu natijalari dissertatsiyaning keyingi bobida keltirilgan.

IV Bob

KEKSA VA QARI YoShDAGI BEMORLARDA O‘TKIR KALKULYOZ XOLESISTITNI TASHXISLASH VA KOMPLEKS JARROHLIK DAVOLASH ALGORITMINI ISHLAB CHIQUISH VA UNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Dissertatsiyaning oldingi bobida taqdim etilganidek, bemorlardagi asoratlari va o‘lim holatlari tahlili amalda manzara anchagina ayanchli ekanligini ko‘rsatdi. Xususan, yiringli-yallig‘lanish asoratlari ulushining yuqoriligi, jumladan umumlashma xarakterdagi asoratlarning ko‘pligi keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir xolesistit kechishini prognozlashda an’anaviy usullarining samarasizligini ko‘rsatdi.

Shu munosabat bilan, yallig‘lanish prediktorlarining o‘zgarishlarini o‘rganish va baholash zarur. Bu esa operatsiyadan keyin u yoki bu asoratlarning rivojlanish mexanizmlarini tushunishni kengaytirib, fikrimizcha, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitni jarrohlik yo‘li bilan davolash taktikasini tanlashga bo‘lgan strategik yondashuvning to‘g‘ri yo‘nalishini aniqlash imkoni beradi.

4.1. Keks va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitda yallig‘lanishdan oldingi sitokinlar va yallig‘lanish prediktorlari dinamikasi o‘zgarishlari tabiati va tahlili

Adabiyotlar tahlilida yallig‘lanish prediktorlarining zamonaviy ahamiyatini nafaqat tashxislash markerlari, balki yallig‘lanish jarayonining kechishi va rivojlanishini ob’ektiv baholashning prognostik markerlari sifatida taqdim etdik. Shundan kelib chiqib, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyozli xolesistitda IL-1b, IL-6, TNF- α , prokalsitonin va laktoferrin kabi ko‘rsatkichlari dinamikasi o‘zgarishlarining mohiyati tahlil qildik.

Ko‘rsatkichlarning umumiy qiymati o‘zgarishlar dinamikasining manzarasi murakkabligini ko‘rsatdi. O‘tkir xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda barcha yallig‘lanish belgilari yuqori bo‘lgan (4.1-jadval).

4.1-jadval

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitning yallig‘lanishdan avvalgi sitokinlari va yallig‘lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o‘zgarishi dinamikasi

KO‘RSATKICH	NORMA	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3-sutka	7-sutka
IL-1b (pg/ml)	4,84±0,95	30,2±5,2*	29,8±1,4	9,4±0,4*
IL-6 (pg/ml)	2,8±0,5	40,5±5,8*	56,5±2,9*	35,2±1,5*
TNF-α (pg/ml)	5,2±0,5	38,3±9,8*	50,2±4,8*	31,2±0,9*
Prokalsitonin (ng/ml)	0,046±0,002	4,98±0,98*	3,44±1,12*	0,097±0,0052*
Laktoferrin (ng/ml)	253,7±16,8	2103,3±22,5*	3012,2±21,6*	431,7±9,5*

*p<0,05 – normal ko‘rsatkichlarga nisbatan ishonchli

Shu bilan birga, sitokin ko‘rsatkichlari orasida ko‘proq miqdordagi o‘zgarishlar IL-6guruhida qayd etilgan, bu ko‘rsatkich bemorlarda nazorat qiymatlariga qaraganda 14,5 marta yuqori bo‘lgan ($r<0,05$). Shu bilan birga, IL-1b va TNF-α darajasi nisbatan bir xil nisbatda ko‘tarilgan (6,3 marta; $r<0,05$ va 7,4 marta; mos ravishda $r<0,05$).

Operatsiyadan keyingi davrda kuzatishning 3-kunida dinamikadagi bunday tendensiya faqat IL-6sitokinida saqlanib qoldi, uning darajasi nazorat qiymatlariga nisbatan asta-sekin o‘shishda davom etdi va shu vaqt ichida maksimal qiymatiga yetdi ($56,5\pm2,9$ pg/ml). Boshqa sitokinlarga nisbatan o‘shish nisbatan barqarorlashdi, ammo ko‘rsatkichlar nazorat darajasidan yuqori edi.

Kuzatuvning keyingi davrlarida operatsiyadan keyingi davrning 7-kuniga kelib, IL-1b yallig‘lanishni keltirib chiqaruvchi sitokin darajasi nazorat qiymatlariga yetgan, bu guruhning boshqa o‘rganilgan ko‘rsatkichlari yuqoriligicha qolib, qiymatlarning keskin o‘zgarishlari qayd etilmagan.

Operatsiyadan oldingi davrda bemorlarda prokalsitonin o‘shishining eng yuqori qiymati qayd etilgan bo‘lib (108 marta o‘shish; $R<0,05$), bu tanada infeksiya o‘chog‘i mavjudligi bilan bog‘liq bo‘lgan. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida ham ushbu ko‘rsatkich operatsiyadan oldingi davrga nisbatan

shartli ravishda 25% ga pasaygan bo'lsa-da, nazorat qiymatlariga nisbatan yuqori bo'lib qolaverdi.

Shu bilan birga, qonda laktoferrin darajasi operatsiyadan keyingi davrning 3 kuniga eng yuqori darajaga ko'tarildi (11,9 marta; $r < 0,05$). Ushbu yallig'lanish prediktorining qon tarkibida sekin-asta o'sishi operatsiyadan keyingi davrning 7 kuniga kelib me'yoriy qiymatlargacha keskin pasayishi bilan xarakterlandi.

Shu tariqa, qonda yallig'lanish prediktorlari darajasidagi o'zgarishlar dinamikasining umumiy tahlili u yoki bu markerlarga xos o'zgarishlarning bosqichma-bosqichligini aniqlash imkonini berdi. Fikrimizcha, jarrohlik aralashuvi usulining tanlanishi va operatsiyadan keyingi asoratlarga qarab ushbu ko'rsatkichlarning batafsil tafsili albatta ushbu bosqich bilan bog'liq muayyan qonuniyatni tavsiflash imkonini beradi.

O'tkir xolesistitning yengil, o'rta va og'ir shakllarida operatsiyadan oldin va keyingi davrlarda kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlari o'zgarishi dinamikasi alohida tahlil qilinganda, takliflarimiz o'rinli ekanligi ayon bo'ladi.

Yengil darajadagi o'tkir xolesistit IL-1b yallig'lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinining sezilarli dinamikasiz kechgan (4.2 jadval).

Jadval 4.2

O'tkir kalkulyoz xolesistitning yengil shakli bo'lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	NORMA	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3 - sutka	7 - sutka
IL-1b (pg/ml)	4,84±0,95	4,5±0,82	5,5±0,42	3,4±0,12*
IL-6 (pg/ml)	2,8±0,5	5,8±1,04*	7,9±0,85*	2,9±0,09*
TNF-α (pg/ml)	5,2±0,5	12,7±2,4*	16,8±3,4*	9,5±2,4*
Prokalsitonin (ng/ml)	0,046±0,002	1,05±0,09*	0,085±0,002*	0,042±0,002*
Laktoferrin (ng/ml)	253,7±16,8	627,9±24,8*	920,6±48,5*	247,6±23,5*

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Yallig‘lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinlar orasida eng yuqori o‘shish IL-6 va TNF- α ($p<0,05$) da operatsiyadan keyingi davrning 3 kunida kuzatilgan. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi davrning 7 kunida IL-1b va IL-6 qiymatlari normallashib, TNF- α darajasi normal qiymatlarga nisbatan 1,8 marta yuqori bo‘lgan.

Prokalsitonin operatsiyadan oldingi davrda maksimal ko‘rsatkichga yetgan, laktoferrin esa operatsiyadan keyingi davrning 3-kuniga kelibgina maksimal qiymatga yetgan. Bunday o‘zgarish tendensiyasi umumiy qiymatdagi o‘zgarishlarning umumiy manzarasiga mos.

O‘tkir xolesistitning o‘rtacha va og‘ir shakli bo‘lgan bemorlarda yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlar operatsiyadan oldingi davrda ham eng yuqori qiymatlarni ko‘rsatgan (4.3 va 4.4 jadvallar). Shu bilan birga, ular ahamiyatining dispersion tahlili quyidagi pasayish tartibida bo‘lgan: TNF- α :IL-6:IL-1b. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi 3-kunga kelib, tekshirilayotgan barcha yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlar darajasi tenglashgan (o‘rtacha o‘shish $9,4\pm 3,5$ marta; $r<0,05$).

Jadval 4.3

O‘rtacha darajadagi o‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig‘lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o‘zgarish dinamikasi

KO‘RSATKICH	NORMA	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3 - sutka	7 - sutka
IL-1b (pg/ml)	$4,84\pm 0,95$	$13,6\pm 1,6^*$	$31,4\pm 5,9^*$	$10,9\pm 1,4^*$
IL-6 (pg/ml)	$2,8\pm 0,5$	$41,0\pm 3,8^*$	$34,2\pm 4,1^*$	$32,9\pm 3,5^*$
TNF- α (pg/ml)	$5,2\pm 0,5$	$49,5\pm 9,9^*$	$35,4\pm 3,9^*$	$33,4\pm 2,4^*$
Prokalsitonin (ng/ml)	$0,046\pm 0,002$	$5,89\pm 0,52^*$	$3,59\pm 0,5^*$	$0,055\pm 0,001^*$
Laktoferrin (ng/ml)	$253,7\pm 16,8$	$1617,7\pm 32,4^*$	$2908,4\pm 26,8^*$	$438,6\pm 36,4^*$

$r<0,05$ –normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Prokalsitoninning maksimal qiymati operatsiyadan oldingi davrda keksa va qari yoshdagi bemorlarning qonida qayd etilgan. Uning $0,046\pm 0,002$ ng/ml dan

5,89±0,52 ng/ml gacha o'sishi qayd etilgan ($r<0,05$). Operatsiyadan keyingi davrning 3 kuniga kelib, uning qiymati nazorat qiymatlaridan 78 marta yuqori bo'lgan bo'lsa-da ($r<0,05$), shunga qaramay, kasallik o'rtacha kechganda, u nazorat qiymatlariga yetadi. Biroq, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning og'ir darajasida bu ko'rsatkichlarning darajasi nazorat qiymatlaridan yuqoriligicha qolavergan.

4.4-jadval

Og'ir darajadagi o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining umumiy qiymatlaridagi o'zgarish dinamikasi

KO'RSATKICH	NORMA	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3 - sutka	7 - sutka
IL-1b (pg/ml)	4,84±0,95	72,4±11,4*	52,6±5,4*	13,8±0,25*
IL-6 (pg/ml)	2,8±0,5	74,7±12,5*	127,4±16,4*	69,9±9,2*
TNF- α (pg/ml)	5,2±0,5	52,7±12,4*	98,4±19,7*	50,8±8,6*
Prokalsitonin (ng/ml)	0,046±0,002	7,98±2,41*	6,64±1,02*	0,196 ±0,005*
Laktoferrin (ng/ml)	253,7±16,8	4064,25±48,6*	5209,45±42,1*	607,54 ±22,4*

* $r<0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

O'tkir xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarning qonida yallig'lanish prediktorlari o'zgarish dinamikasining o'ziga xos xususiyati sifatida laktoferrinning sezilarli darajada oshishini ko'rsatish mumkin.

Shu tariqa, kasallik og'irligiga qarab, o'tkir xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari o'zgarish darajasini baholash tegishli bemorlar guruhining dinamikasi bilan xarakterlanadi. Ya'ni, kasallikning kechishi qanchalik og'ir bo'lsa, yallig'lanish jarayonining namoyon bo'lishini ko'rsatuvchi o'zgarishlar shu darajada yaqqol bo'ladi.

Yuqoridagilarni hisobga olib, sepsis fonida kechadigan o'tkir xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinlar va prediktorlar o'zgarishlarining ahamiyatini baholash zarurati uyg'ongan (4.5jadval).

Yuqorida aytib o'tganimizdek, dissertatsiyaning oldingi bobida sepsisli bemorlar tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining klinik va laboratoriya belgilari soniga qarab tahlil qilindi (SIRS).

4.5 jadval.

Sepsis bilan asoratlangan o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni keltirib chiqaruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarish dinamikasi

KO'RSATKICH	NORMA	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan so'ng	
			3-sutka	7-sutka
IL-1b (pg/ml)	4,84±0,95	65,6±11,4*	68,7±12,4*	12,4±0,95*
IL-6 (pg/ml)	2,8±0,5	72,3±25,8*	108,1±26,4*	70,7±16,8*
TNF-α (pg/ml)	5,2±0,5	71,8±21,4*	89,4±22,5*	59,5±16,8*
Prokalsitonin (ng/ml)	0,046±0,002	8,01±1,1*	5,4±1,1*	0,135±0,002*
Laktoferrin (ng/ml)	253,7±16,8	2968,8±102,5*	3578,6±98,4*	444,6±23,4*

* $r < 0,05$ – normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

O'tkir kalkulyoz xolesistit asorati sifatidagi sepsis qonda tekshirilgan barcha yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar miqdorining ko'payishiga olib keldi. Operatsiyadan keyingi davoning 3 kunida IL-6 yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinning maksimal qiymati qayd etilgan (normadagi 2,8±0,5 PG/ml dan tegishli muddatdagi 108,1±26,4 pg/ml gacha; $r < 0,05$). Umumiy manzaraga IL-6/ TNF-α/ IL-1b ko'rinishidagi dispersiya xos. Ya'ni, eng faol yallig'lanishni chaqiruvchi sitokin IL-6 sitokini bo'lgan.

Yallig'lanish prediktorlariga kelsak, sepsis bilan asoratlangan o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda prokalsitoninning maksimal qiymatlari operatsiyagacha davrda (174,1 marta; $r < 0,05$); laktoferrin esa operatsiyadan keyingi davrning 3 kunida (14 marta; $r < 0,05$) qayd etilgan.

Ma'lumki, organizmning bakterial etiologiyali mahalliy yallig'lanishga bo'lgan reaksiyasi haqidagi zamonaviy tasavvurlar bitta tizimning boshqa tushunchalari bilan belgilanadi. Shunday tushunchalarga tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, sepsis, og'ir sepsis va poliorgan yetishmovchilik kabilar

kiradi. Shu bilan birga, ushbu reaksiyalarning rivojlanishiga sabab sitokin kaskad ekanligi isbotlangan. Shu munosabat bilan, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit dinamikasida qon tarkibida yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining umumiy qiymatidagi o'zgarishlarning xususiyatini tahlil qilishni muhim deb hisobladik.

4.6-jadvalda operatsiya qilingan bemorlarning qon zardobidagi sitokin ko'rsatkichlarini dinamikada o'rganish natijalari keltirilgan. SIRS mezonlari miqdori turlicha bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi dastlabki 3 kunda o'rganilgan barcha sitokinlarning tizimli konsentratsiyasi norma, boshlang'ich qiymat va nazoratdagi ko'rsatkichga nisbatan ortadi. SIRS₂ da yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlarning zardob tarkibi keyinchalik pasayishni boshlaydi, ammo operatsiyadan keyingi 7 kuniga kelib u me'yordan ancha yuqori bo'lib qoladi. Ushbu bemorlarda operatsiyagacha qon zardobida IL-6yallig'lanishga qarshi sitokinning yuqori konsentratsiyasi 3-kunga kelib va operatsiyadan keyin maksimal qiymatga yetadi – $32,1 \pm 2,7$ pg/ml ($r < 0,05$), 7-kunga kelib boshlang'ich qiymatga qaraganda 61,1% ga pasayadi ($r < 0,05$).

SIRS₃da qon zardobida TNF- α boshlang'ich miqdori sog'lom odamlar ko'rsatkichdan 7 marta ($r < 0,05$), IL-6 – 15,7 marta ($r < 0,05$) va IL-1b – 5 marta ($r < 0,05$) yuqori bo'lgan.

4.6 jadval.

SIRS mezonlari soniga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishga qarshi sitokinlar umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	SIRS MEZONLARI MIQDORI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3 - sutka	7 - sutka
IL-1b (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich - $4,84 \pm 0,95$	SIRS ₀	$9,5 \pm 2,4$	$11,2 \pm 0,65^*$	$8,6 \pm 0,9$
	SIRS ₂	$20,8 \pm 5,4^*$	$18,4 \pm 1,47^*$	$8,68 \pm 1,1$
	SIRS ₃	$24,13 \pm 4,3^*$	$25,16 \pm 2,4^*$	$8,6 \pm 1,35$
	SIRS ₄	$30,96 \pm 7,9^*$	$25,4 \pm 6,5^*$	$8,9 \pm 1,52$
IL-6 (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich - $2,8 \pm 0,5$	SIRS ₀	$6,6 \pm 1,35$	$9,7 \pm 2,47$	$4,4 \pm 0,54$
	SIRS ₂	$25,3 \pm 9,7^*$	$32,1 \pm 2,7^*$	$12,5 \pm 1,45^*$
	SIRS ₃	$43,9 \pm 11,4^*$	$54,1 \pm 11,7^*$	$39,7 \pm 6,95^*$
	SIRS ₄	$54,6 \pm 9,8^*$	$78,6 \pm 16,5^*$	$48,7 \pm 10,4^*$

TNF- α (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 5,2 $\pm$ 0,5	SIRS ₀	11,8 $\pm$ 0,8	15,2 $\pm$ 3,5*	7,5 $\pm$ 0,85
	SIRS ₂	21,6 $\pm$ 2,4*	26,2 $\pm$ 2,4*	11,4 $\pm$ 2,4
	SIRS ₃	36,5 $\pm$ 6,9*	55,4 $\pm$ 18,4*	32,5 $\pm$ 14,5*
	SIRS ₄	49,8 $\pm$ 11,5*	64,8 $\pm$ 15,8*	45,2 $\pm$ 10,2*

* $r < 0,05$ –Me'yoriy qiymatlarga nisbatan ishonchli

Operatsiyadan keyin 3-kunga kelib, TNF- α , IL-6 va IL-1b konsentratsiyasi normaga nisbatan sezilarli darajada oshdi. Keyinchalik, operatsiyadan keyingi 7 kunga kelib, qon zardobida ushbu sitokinlarning tarkibi kamaydi, ammo normadan ancha yuqori edi.

SIRS₄da operatsiyagacha qon zardobida TNF- α va IL-6 yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar miqdori operatsiyadan keyingi dastlabki 3 kun ichida sezilarli darajada ko'tarila boshlaydi. Keyinchalik, operatsiyadan keyingi 7 kunga kelib, normadan yuqoriligicha qolib, ularning darajasi mos ravishda 1,4 marta ($r < 0,05$) va 1,6 martaga ($r < 0,05$) kamayadi. Ushbu bemorlar guruhida yallig'lanishga qarshi IL-1b ning maksimal qiymati operatsiyagacha davrga to'g'ri kelib, normadan 6,4 marta yuqori bo'lgan.

Shu tariqa, o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda sitokin muvozanatining buzilishi qayd etilib, uning darajasi organizm javob reaksiyasi mezonlari soniga va sepsis mavjudligiga bog'liq. sitokin muvozanatining buzilishi fonidagi jarrohlik aralashuvi uning to'liq bartaraf etilishiga olib kelmaydi.

O'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlar qonida yallig'lanish prediktorlari miqdorining o'zgarishlar dinamikasiga kelsak, prokalsitonin va laktoferrin miqdorining SIRS mezonlari soniga va jarayon dinamikasiga ham bog'liqligini qayd etish mumkin (4.7 jadval).

SIRSning barcha variantlarida prokalsitoninning maksimal qiymati operatsiyagacha muddatga, laktoferrin esa operatsiyadan keyingi davrning 3-kuniga to'g'ri keladi. SIRS₄li bemorlar guruhida eng yuqori ko'rsatkichlar qayd etilgan bo'lib, qon zardobidagi prokalsitonin miqdori normaga nisbatan 161,9 marta ($r < 0,05$) va laktoferrin 12,8 marta ($r < 0,05$) oshgan.

4.7 jadval

SIRS mezonlari soniga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	SIRS MEZONLAR I MIQDORI	DINAMIKA		
		Operatsiyagac ha	Operatsiyadan keyin	
			3-sutka	7-sutka
Prokalsitonin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 0,046±0,002	SIRS ₀	0,05±0,001	0,046±0,002*	0,031±0,001
	SIRS ₂	2,48±0,05*	1,98±0,09*	0,038±0,05*
	SIRS ₃	6,89±0,12*	4,52±0,12*	0,16±0,045*
	SIRS ₄	7,45±0,88*	5,28±0,5*	0,125±0,02*
Laktoferrin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 253,7±16,8	SIRS ₀	1690±24,8*	2554±29,8*	418,9±23,1
	SIRS ₂	1697±21,3*	2684,5±32,4*	419,8±22,8*
	SIRS ₃	1987,5±22,4*	2998,7±41,5	422,5±18,4*
	SIRS ₄	2173,1±48,5*	3245,2±32,8*	452,8±20,6*

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Shu tariqa, organizmning yallig'lanish reaksiyasiga tizimli javob berishning turli variantlarida yallig'lanish prediktorlari to'liq SIRS ko'rsatkichlari miqdoriga bog'liq. Shu bilan birga, agar operatsiyagacha, ya'ni organizmda yallig'lanish o'chog'i mavjud bo'lgan davrda prokalsitonin ko'proq ahamiyatga ega bo'lsa, laktoferrin neytrofillar ishlab chiqarish reaksiyasi bo'lib, jarayon generalizatsiyasi siklini yakunlaydi va patologik jarayon regressiyasi boshlanishi vaqtini belgilaydi.

Oldingi bobda aytib o'tilganidek, jarrohlik aralashuvlarni 3 ta turga ajratdik: LXE, MXE va OXE. Jarrohlik aralashuv turi va qon zardobida yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar dinamikasining bahosiga qarab bemorlarning qayta taqsimlanishi bo'yicha ma'lumotlar 4.8-jadvalda keltirilgan.

Qon zardobida yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar miqdori o'zgarishlarining umumiy manzarasi sitokin muvozanatining mavjudligi bilan xarakterlanadi. Qon zardobida sitokin miqdorining maksimal qiymatlari OXE bajarilgan bemorlarda qayd etilgan. Agar IL-1b maksimal qiymati operatsiyagacha davrga to'g'ri kelgan bo'lsa ($49,8 \pm 6,9$ pg/ml; $r < 0,05$), IL-6 va TNF- α operatsiyadan

keyingi davrning 3 kunida mos ravishda 30,8 marta ($r < 0,05$) va 15,5 marta ($r < 0,05$) oshgan.

4.8 jadval

Xolesistektomiya turiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	OPERATSIYA TURI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3 sutka	7sutka
IL-1b (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 4,84±0,95	LXE	12,8±0,45*	8,4±1,1*	7,1±1,1
	MXE	27,9±2,51*	40,6±8,6*	10,5±1,9*
	OXE	49,8±6,9*	40,5±12,5*	10,6±1,2*
IL-6 (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 2,8±0,5	LXE	5,9±0,54*	12,8±1,1*	2,9±0,2*
	MXE	50,9±13,1*	70,4±18,7*	45,8±14,6*
	OXE	64,7±16,5*	86,3±21,5*	56,9±16,8*
TNF- α (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 5,2±0,5	LXE	5,4±0,4	8,4±0,5*	4,7±0,5*
	MXE	45,7±10,5*	61,8±15,4*	44,2±10,6*
	OXE	63,7±19,5*	80,4±22,4*	44,7±9,8*

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Bunday o'zgarishlar MXEbo'lgan bemorlar guruhiga ham xos bo'lgan. LXEl bemorlarga kelsak, operatsiyadan keyingi davrning 7 kunida TNF- α va IL-6 miqdori nazorat qiymatlarigacha va undan ham pastroqqa tushgan.

LXE ga uchragan bemorlar qon zardobidagi prokalsitonin miqdori butun tadqiqot davomida normal qiymatlar doirasida qolgan (4.9 jadval). Shunda ham laktoferrin darajasi normal qiymatlardan yuqoriligicha qolgan, ammo operatsiyadan keyingi davrning 3 kuniga kelibgina ishonchli qiymatni ko'rsatgan.

Yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlarda bo'lgani kabi, yallig'lanish prediktorlari miqdori MXE va OXE da oshgan. Shu bilan birga, OXE li bemorlarda prokalsitoninning ko'payishi operatsiyagacha davrda (193,6 baravar; $r < 0,05$) va operatsiyadan keyingi 3-kun (157,7 baravar; $r < 0,05$) qayd etilgan.

OXE operatsiyadan keyingi 3-kuniga kelib laktoferin miqdorini maksimal qiymatgacha oshishiga olib kelgan – qariyb 23,4 baravar ($r < 0,05$), operatsiyadan keyingi 7 kunga kelib uning miqdori keskin kamaygan. Laktoferrin miqdori

o'zgarishining yana bir o'ziga xos xususiyati shunda bo'ldiki, operatsiyadan keyingi davrning 7-kunida jarrohlik aralashuv hajmidan qat'i nazar uning konsentratsiyasi deyarli bir xil miqdorda bo'lgan ($392,7 \pm 19,8$ ng/ml dan $489,4 \pm 24,8$ ng/ml gacha).

Jadval 4.9

Xolesistektomiya turiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	SIRS MEZONLARI MIQDORI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3-sutka	7-sutka
Prokalsitonin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- $0,046 \pm 0,002$	LXE	$0,038 \pm 0,005$	$0,048 \pm 0,001$	$0,042 \pm 0,001$
	MXE	$5,985 \pm 0,088^*$	$2,952 \pm 0,05^*$	$0,046 \pm 0,005$
	OXE	$8,906 \pm 0,96^*$	$7,254 \pm 0,95^*$	$0,196 \pm 0,08^*$
Laktoferrin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- $253,7 \pm 16,8$	LXE	$341,2 \pm 25,6$	$725,9 \pm 85,9^*$	$392,7 \pm 19,8$
	MXE	$2472,4 \pm 64,8^*$	$2362,2 \pm 110,5^*$	$448,1 \pm 22,1^*$
	OXE	$3496,3 \pm 78,2^*$	$5947,1 \pm 268,2^*$	$489,4 \pm 24,8^*$

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

O'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarning qon zardobida yallig'lanishga qarshi sitokinlar miqdorini baholashda o't pufagining morfologik tuzilishiga qarab, operatsiyagacha davrda IL-1b ning maksimal qiymati flegmonoz xolesistitli bemorlarda qayd etilgan (11,5 baravar; $r < 0,05$). O't pufagining gangrenali shakli operatsiyagacha davrda ham (9,01 baravar; $r < 0,05$), operatsiyadan keyingi 3-kunda ham (9,02 baravar; $r < 0,05$) IL-1b titrining nisbatan yuqoriligi bilan ajralib turgan (4.10 jadval).

IL-6ning maksimal qiymati operatsiyagacha davrda flegmonoz xolesistitli bemorlarda (32,6 baravar; $r < 0,05$) va operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida gangrenali xolesistitli bemorlarda (40,1 baravar; $r < 0,05$) qayd etilgan.

TNF- α miqdorining o'sishi va sitokinlar muvozanatining keskin buzilishi operatsiyagacha davrda ham, operatsiyadan keyin ham o'tkir kalkulyoz

xolesistitning destruktiv shakllari bo'lgan bemorlarda (o'rtacha – $64,25 \pm 19,7$ pg/ml; $r < 0,05$; $81,75 \pm 21,2$ pg/ml; $r < 0,05$; va $51,6 \pm 14,7$ pg/ml; $r < 0,05$) qayd etilgan.

4.10 jadval.

O't pufagining morfologik tuzilishiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishga qarshi sitokinlar umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

KO'RSATKICH	O'T PUFAGINING MORFOLO- GIK TUZILISHI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan so'ng	
			3-sutka	7-sutka
IL-1b (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- $4,84 \pm 0,95$	EJP	$8,6 \pm 1,2$	$9,5 \pm 0,9$	$8,2 \pm 1,2$
	KTX	$11,9 \pm 3,4^*$	$16,5 \pm 1,4^*$	$8,4 \pm 1,1$
	FX	$56,9 \pm 15,4^*$	$49,5 \pm 8,4^*$	$8,5 \pm 1,2$
	GX	$43,4 \pm 0,1^*$	$43,7 \pm 9,8^*$	$12,5 \pm 1,5^*$
IL-6 (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- $2,8 \pm 0,5$	EJP	$3,2 \pm 0,12$	$4,5 \pm 0,4$	$3,1 \pm 0,4$
	KTX	$15,4 \pm 1,4^*$	$24,1 \pm 5,4^*$	$15,5 \pm 1,6^*$
	FX	$91,2 \pm 22,4^*$	$85,2 \pm 15,7^*$	$55,8 \pm 14,7^*$
	GX	$52,4 \pm 16,5^*$	$112,2 \pm 24,5^*$	$66,4 \pm 13,4^*$
TNF- α (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- $5,2 \pm 0,5$	EJP	$5,1 \pm 0,8$	$5,9 \pm 0,8$	$5,3 \pm 0,3$
	KTX	$19,6 \pm 0,2^*$	$31,4 \pm 5,4^*$	$16,3 \pm 1,7^*$
	FX	$68,4 \pm 20,1^*$	$74,4 \pm 19,8^*$	$46,9 \pm 13,6^*$
	GX	$60,1 \pm 18,5^*$	$89,1 \pm 22,1^*$	$56,3 \pm 15,2^*$

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

O'tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakllari bo'lgan bemorlar qonida, shuningdek yallig'lanish prediktorlarining o'sishi ham kuzatilgan bo'lib, o'rtacha $5,62 \pm 0,54$ ng/mlni tashkil etgan. O'tkir kalkulyoz xolesistitning flegmonoz shakli bo'lgan bemorlarda operatsiyagacha davrga qaraganda prokalsitonin darajasi progressiv pasaygan, o't pufagining gangrenali shaklida operatsiyadan keyingi 3-kunga kelib uning miqdori eng yuqori cho'qqiga chiqqan (4.11jadval).

Ushbu ko'rsatkichdan farqli o'laroq, laktoferrin aynan o't pufagining gangrenali morfologik tuzilishi bo'lgan bemorlarda oshgan. Uning maksimal qiymati operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida ($6019,6 \pm 74,1$) qayd etildi; $r < 0,05$). O't pufagi gangrenasi flegmonoz shaklga qaraganda laktoferrin

miqdorining 1,85 baravarga ko'payishiga olib kelgan ($r < 0,05$), kataral shaklida – 3,6 baravar ($r < 0,05$) va o't pufagi empiemasi bo'lganda – 5,6 baravar ($r < 0,05$).

4.11 jadval

O't pufagining morfologik tuzilishiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarishi dinamikasi

Ko'rsatkich	O't pufagining morfolo-gik tuzilishi	Dinamika		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3-sutka	7-sutka
Prokalsitonin (ng/ml) me'yoriy ko'rsatkich- 0,046±0,002	EX	0,043±0,001	0,049±0,005	0,044±0,003
	KX	0,061±0,002	0,089±0,001	0,059±0,007
	FX	11,35±0,92*	4,53±0,5*	0,092±0,001
	GX	8,45±0,54*	9,11±1,1*	0,194±0,002*
Laktoferrin (ng/ml) me'yoriy ko'rsatkich- 253,7±16,8	EX	1087,8±12,9*	1102,4±20,6*	266,4±8,4
	KX	1738,8±24,6*	1676,8±25,4*	430,6±18,6
	FX	2575,9±36,9*	3249,7±42,9*	465,5±22,5
	GX	3010,6±20,6*	6019,6±74,1*	564,5±21,5*

* $r < 0,05$ – normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Operatsiyadan keyingi asoratlarning og'irligiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlarva yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarish dinamikasi 4.12 va 4.13 jadvallarida keltirilgan.

4.12 jadval

Operatsiyadan keyingi asoratlarning og'irligiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlarva yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarish dinamikasi

KO'RSATKICH	ASORAT OG'IRLIGI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3-ye sutki	7-ye sutki
IL-1b (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 4,84±0,95	I	4,2±0,9	4,7±0,8	4,8±0,7
	II	7,8±1,4	4,9±0,8	4,7±0,8
	III a	35,4±12,5*	5,1±1,1	4,9±0,8
	III b	40,5±19,4*	28,1±2,7*	5,8±0,14
	IV a	42,5±17,4*	60,5±15,4*	10,8±2,1*
	IV b	50,8±19,8*	75,7±13,8*	25,4±2,9*
IL-6 (pg/ml)	I	4,9±0,52*	4,5±0,6	3,7±0,5

Me'yoriy ko'rsatkich- 2,8±0,5	II	5,4±0,66*	5,0±0,4	4,1±0,4
	III a	19,3±1,2*	12,8±1,4	10,8±1,9*
	III b	55,9±13,4	55,2±12,4*	44,5±12,4*
	IV a	75,4±16,5*	90,5±15,8*	49,8±10,6*
	IV b	82,4±21,4*	171,1±24,7*	98,4±21,8*
TNF-α (pg/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 5,2±0,5	I	22,4±1,3*	32,8±4,6*	18,4±2,9*
	II	28,9±2,1*	40,8±8,5*	15,2±2,4*
	III a	29,7±2,2*	42,1±5,8*	24,7±2,1*
	III b	35,2±3,5*	52,4±10,5*	32,1±2,6*
	IV a	52,3±6,9*	62,8±11,7*	44,9±3,4*
	IV b	60,8±10,4*	70,1±12,4*	52,0±4,4*

* $r < 0,05$ – normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Avvalgi holatlardagiday, ma'lumotlar operatsiyadan keyingi asoratlarning sitokin muvozanati buzilishi va yallig'lanish prediktorlarining ko'p ishlab chiqilishiga bog'liqligini ko'rsatadi. Biz aniqlangan o'zgarishlar tavsifiga alohida to'xtamaymiz, chunki operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi davrlarda o'rganilgan ko'rsatkichlarning qiyosiy tahlili dissertatsiyaning keyingi boblarida bayon etilgan.

4.13 jadval

Operatsiyadan keyingi asoratlarning og'irligiga qarab o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlari umumiy qiymatlarining o'zgarish dinamikasi

KO'RSATKICH	ASORATNING OG'IRLIGI	DINAMIKA		
		Operatsiyagacha	Operatsiyadan keyin	
			3-sutka	7-sutka
Prokalsitonin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 0,046±0,002	I	0,07±0,001	0,045±0,001	0,038±0,003
	II	0,04±0,001	0,033±0,001	0,044±0,001
	III a	2,69±0,2*	0,048±0,005	0,045±0,002
	III b	7,22±0,9*	0,116±0,009*	0,058±0,006
	IV a	9,92±1,2*	7,548±1,3*	0,175±0,002
	IV b	9,88±1,6*	12,96±1,2*	0,224±0,13*
Laktoferrin (ng/ml) Me'yoriy ko'rsatkich- 253,7±16,8	I	685,38±23,5*	428,9±34,6	269,75±36,8
	II	815,7±43,5*	348,7±22,1	288,6±41,6
	III a	1086,3±48,7*	458,9±34,9	301,6±22,9
	III b	2795,3±79,8*	589,4±78,4*	316,98±31,4
	IV a	3019,4±105,6*	6361,5±168,9*	685,7±52,4*
	IV b	4217,7±124,8*	9892,5±224,3*	726,2±61,8*

* $r < 0,05$ —normal qiymatlarga nisbatan ishonchli

Shu tariqa, tahlillar ko'rsatishicha, o'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlar qon zardobida yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanishning prediktorlari miqdori patologik jarayonning normal qiymatlari va dinamikasiga nisbatan ham, yallig'lanish markazi bartaraf etilgandan so'ng ham sezilarli darajada o'zgaradi. Keksa hamda qari yoshdagi bemorlarda amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlarning xususiyatlari va operatsiyadan keyingi davrdagi manzara ham ma'lum darajada organizmga nisbatan tajovuz bo'lib, o'rganilayotgan markerlar miqdorining o'zgarishiga ta'sir qiladi. Ushbu aloqadorlikni korrelyatsion o'zaro bog'liqlik sifatida baholash tashxislash usullarini ishlab chiqish va kompleks davolash natijalarini prognostik baholashning asosiy jihatlarini aniqlash imkonini beradi.

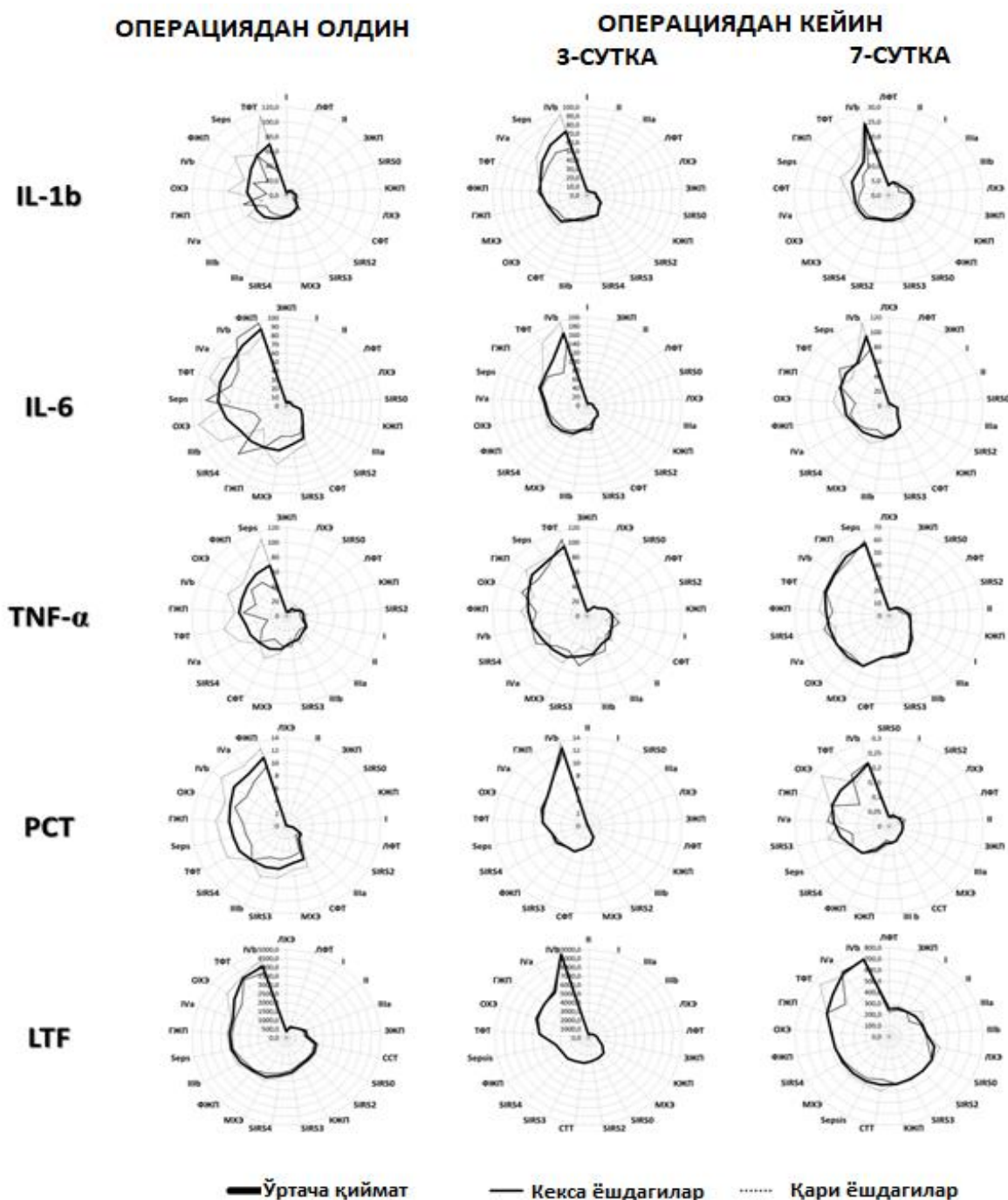
4.2. Keks va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligining diagnostik algoritmi va prognostik baholash mezonlarini ishlab chiqish

Keks va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligini prognostik baholashning daliliy mezonlari ham keksa, hamqari yoshdagi bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining alohida korrelyatsion tahliliga asoslangan.

Tahlil qilingan parametrlarning umumiy soni 21 ta. 2018 yildagi Tokio tavsiyalarining mezonlariga ko'ra, barcha bemorlar o'tkir kalkulyoz xolesistitning og'irlik darajasi va kechishiga qarab 3 ta kichik guruhga bo'lingan: yengil darajali guruh, o'rta og'irlikdagi guruh va kasallikning og'ir shakli. Shunga ko'ra, har bir kichik guruhda tahlil qilinayotgan 7 ta parametr aniqlandi. O'rganilayotgan parametrlarning umumiy nomografik ko'rinishi 4.1 rasmda keltirilgan.

Rasmda ko'rinib turibdiki, u yoki bu parametrning o'rtacha qiymati bilan bir qatorda, keksa va qari yoshdagi bemorlarning alohida dinamikasi aks ettirilgan. Taqdim etilgan ma'lumotlarga ko'ra, keksa va qari yoshdagi bemorlarning

parametrlari o'rtasidagi o'zgarishlarning farqlanishi muhim emas. Shunga qaramay, o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash



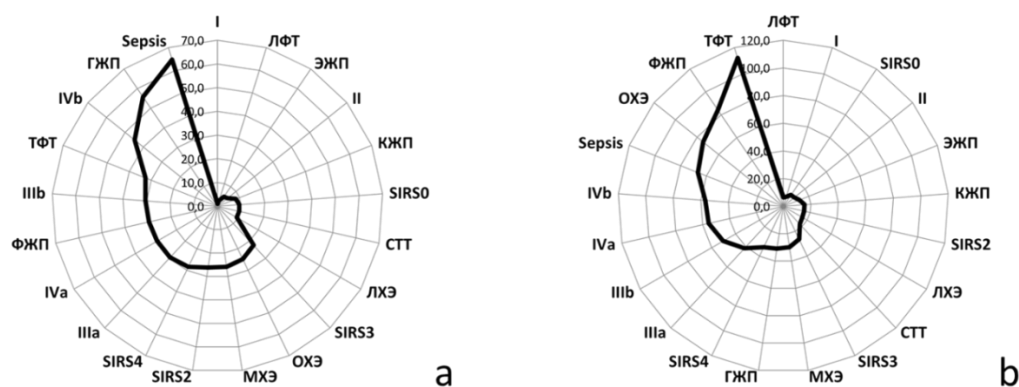
4.1rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlarining qiymatlaridagi o'zgarish dinamikasi mezonlarini ishlab chiqish va jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligini baholash uchun yosh parametrlarini alohida tahlil qilish talab etiladi.

Tahlil qilinayotgan parametrlarni ahamiyatiga ko'ra operatsiyagacha (kasallikning og'irlik darajasi, tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilarining

mavjudligi va soni, tanlangan jarrohlik aralashuvi) va operatsiyadan keyingi (o't pufagining tuzilishini morfologik tasdiqlash, operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanishi ehtimoli va uning tarkibiy guruhi) davrga bo'ldik.

O'rganilayotgan ko'rsatkichlar o'rtacha qiymatlarining batafsil tahlili dissertatsiyaning oldingi boblarida keltirilgan. Bu o'rinda esa, umuman olganda, keksa yoshdagi bemorlar guruhida ham, qari yoshdagi bemorlarga guruhida ham operatsiyadan oldingi rasmni alohida taqdim etish sharti bilan tashxislash va prognostik mezonlarni baholash mumkinligini ta'kidlash mumkin.

Birinchi baholash yallig'lanishni chaqiruvchi IL-1b sitokin borasida amalga oshirilgan (4.2-rasm).



4.2-rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa(a) va qari (b) yoshdagi bemorlarda operatsiyagacha davrda o'rganilayotgan tashxislash va prognostik parametrlar va IL-1b yallig'lanishga qarshi sitokinlar miqdori o'rtasidagi korrelyatsion aloqadorlik.

Keksa yoshdagi bemorlar guruhida (4.2-a-rasm) birinchi kichik guruh parametrlarining ijobiy o'zgarishi tartibida quyidagilar yetakchilik qildi: yengil shaklning ($r=0,923$) yoki o'rta darajadagi asoratlarning rivojlanish ehtimoli ($r=0,854$), kasallikning yengil shakli ($r=0,792$), bemor o't pufagidagi empiemaning mavjudligi ($r=0,764$) yoki o'tkir kataral xolesistit ($r=0,692$), SIRS belgilari yo'q ($r=0,655$). O'rtacha darajadagi kasallikning ehtimolida past korrelyatsion aloqadorlik qayd etilgan ($r=0,211$).

Ikkinchi kichik guruhga $SIRS_2$ ($r=0,852$), $SIRS_3$ ($r=0,712$) va xatto $SIRS_4$ ($r=0,913$) belgilarining mavjudligi, barcha turdagi jarrohlik usullari (LXE $r=0,634$; OXE $r=0,722$ va MXE $r=0,827$ mos ravishda) va operatsiyadan keyingi davrda

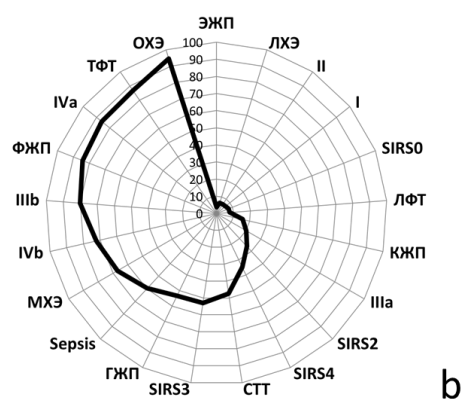
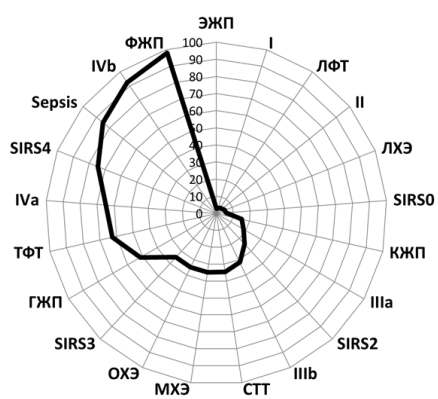
umumiy anesteziya talab etilmaydigan jiddiy asoratlarni rivojlanish ehtimoli ($r=0,917$) kabi parametrlar kirgan.

Uchinchi kichik guruhga operatsiyadan keyingi jiddiy asoratlar ($r=0,847$), o't pufagining destruktiv shakllari (mos ravishda $r=0,947$ flegmonoz o't pufagi va $r=0,981$ gangrenali o't pufagi) va sepsis rivojlanish ehtimoli ($r=0,998$) kabi parametrlar mavjud edi.

Qari bemorlarda (4.2-rasm-b) korrelyatsion koeffitsient tartibida quyidagilar yetakchilik qiladi: kasallikning yengil shakli ($0,947$), operatsiyadan keyingi yengil asoratlar rivojlanish ehtimoli ($r=0,892$), SIRS belgilari yo'q ($r=0,833$), operatsiyadan keyin o'rta darajadagi asoratlar rivojlanish ehtimoli ($r=0,712$), o't pufagi empiemasi mavjudligi ($r=0,698$) yoki o'tkir kataral xolesistit ($r=0,612$) va SIRS₂ ehtimoli ($r=0,582$). Qolgan parametrlarga ko'ra, avvalgi yoshlar o'rtasida farqlar aniqlanmadi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda IL-6yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va o'rganilayotgan parametrlar o'rtasidagi korrelyatsion bog'liqlik 4.3-rasmda keltirilgan.

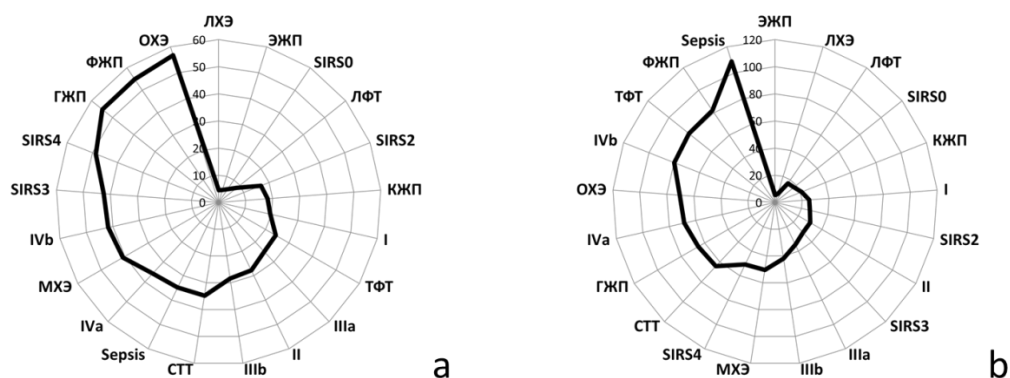
Keksa bemorlarda (4.3-a-rasm) IL-6 o'zgarishiga nisbatan yuqori ijobiy korrelyatsion bog'liqlik quyidagilarda ko'rinadi: o't pufagining flegmonoz shakli ($r=0,998$), umumiy anesteziya talab etiladigan jiddiy asoratlarni rivojlanish ehtimoli ($r=0,912$), sepsis rivojlanish ehtimoli ($r=0,850$), SIRSning barcha belgilari mavjudligi ($r=0,762$) va kasallikning og'ir shakli ($r=0,612$).



4.3-rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan kek(a) va qari bemorlarda(b) operatsiyagacha davrda o'rganilayotgan tashxislash va prognostik parametrlar bilan IL-6yallig'lanishni chaqiruvchi sitokin miqdori o'rtasidagi korrelyatsion aloqadorlik

Qari bemorlarda bunday ko'rsatkichlar anchagina ko'proq bo'lgan: ochiq ($r=0,950$) yoki minixolesistektomiya zarurati ($r=0,690$), kasallikning og'ir shakli ($r=0,890$), IIb ($r=0,800$), IVa ($r=0,872$) va IVb ($r=0,724$) darajadagi asoratlari, morfologik flegmonoz ($r=0,834$) yoki gangrenoz o't pufagi ($r=0,550$), sepsis mavjudligi ($r=0,615$).

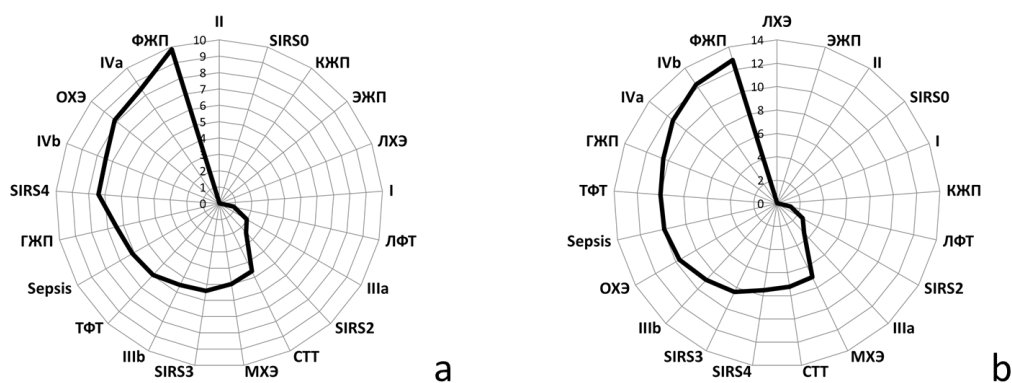
TNF- α borasida kek(a) yoshdagi bemorlarda parametrlar yanada o'ziga xos bo'lgan (4.4-b rasm).



4.4-rasm. O'tkir kalkulyoz xolesistitli kek(a) va qari (b) bemorlarda operatsiyagacha davrda o'rganilayotgan tashxislash va prognostik parametrlar va yallig'lanishni chaqiruvchi TNF- α sitokinlar darajasi o'rtasidagi korrelyatsion aloqa

Korrelyatsiyaning shunday tabiatida sepsis mavjudligi parametri bo'lgan ($r=0,999$). Flegmonoz o't pufagining mavjudligi ($r=0,802$), kasallikning jiddiy kechishi ($r=0,800$) va IVb asoratlari rivojlanishi ehtimoli ($r=0,800$) darajasi deyarli bir xil bo'lgan. Kek(a) bemorlarda korrelyatsion bog'liqlik darajasi deyarli oshmagan $r=0,600$.

O'rganilayotgan tashxislash va prognostik parametrlarning prokalsitonin yallig'lanish prediktoriga nisbatan korrelyatsion bog'liqlikdagi o'zgarishlarning umumiy ko'rinishi kek(a) va qari yoshdagi bemorlarda bir xil bo'lgan (4.5-rasm).

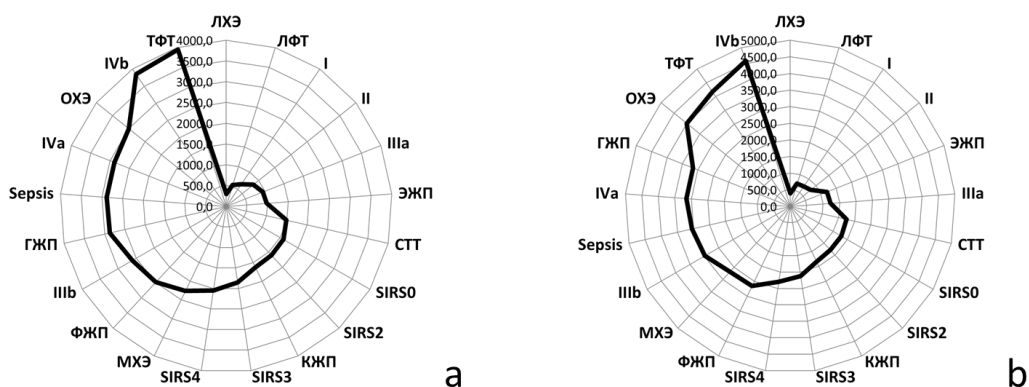


4.5-rasm. Operatsiyadan oldingi davrda Keksa (a) va qari yoshdagi (b) o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan kasallangan bemorlarda o'rganilayotgan diagnostik va prognostik parametrlar hamda prokalsitonin darajasi o'rtasidagi korrelyatsion bog'liqlik

Kasallikning og'ir shakllari, operatsiyadan keyingi davrda og'ir shakldagi asoratlari rivojlanishi va o't pufagi destruksiyasi qari yoshdagi o'tkir xolesistitli bemorlarda ishonchli bo'lgan. Ayni paytda, kekxa bemorlarda sepsisning o'zi emas ($r=0,599$), balki SIRS belgilari miqdoriga bog'liqlik darajasi yuqori bo'lgan ($r=0,732$). Bu operatsiyadan keyingi davrda ham yallig'lanishga qarshi javob belgilarining saqlab qolinishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Kekxa bemorlarda laktoferrin miqdorining o'zgarish tabiati (4.6-a rasm) kasallik kechishining og'irlik darajasi ($r=0,952$), IVb guruh asoratlari rivojlanishi ehtimoli ($r=0,951$), ochiq xolesistektomiya bajarish zarurati ($r=0,812$) va IVa guruh asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,811$) kabilar bilan bevosita korrelyatsion bog'liqlikka ega. Morfologik tuzilishga ko'ra, gangrenoz o't pufak ($r=0,792$) va sepsisning rivojlanishi ($r=0,793$) ehtimoli ko'proq.

Qari bemorlarda esa (4.6-brasm) quyidagilar bilan bog'liq: IVb guruh asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,922$), kasallikning og'ir kechishi ($r=0,839$), ochiq xolesistektomiya zarurati ($r=0,804$) va gangrenoz o't pufagi ehtimoli ($r=0,652$).



4.6-rasm. O‘tkir kalkulyoz xolesistit bo‘lgan kekxa(a) va qari (b) bemorlarda operatsiyagacha davrda o‘rganilayotgan tashxislash va prognostik parametrlar hamda laktoferrin miqdori o‘rtasidagi korrelyatsion aloqadorlik

Shu tariqa, kekxa va qari yoshdagi o‘tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda o‘rganilayotgan yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig‘lanish prediktorlari o‘zgarishining tabiatiga bog‘liqligi korrelyatsion tahlil qilinib, olingan ma’lumotlar muayyan qonuniy farqlanishga egaligini ko‘rsatdi. Xususan, kichik guruhlar ichida operatsiyadan keyin og‘ir shakldagi asoratlarning rivojlanish ehtimoli o‘tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakllari bilan chambarchas bog‘liq. Va bunda $TNF-\alpha$, IL-6 va laktoferrin ko‘rsatkichlari yanada ishonchliroq qiymatlarni ko‘rsatdi. Shu bilan birga, prokalsitonin miqdori bilan bog‘liq bo‘lgan organizmning yallig‘lanish reaksiyasi belgilarining mavjudligi poliorgan yetishmovchilik bo‘lganda davolash ijobiy natijalar bermasligi ehtimoli ko‘proqligini bildiradi.

Shu bilan birga, kekxa va qari yoshdagi o‘tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda tizimli yallig‘lanish sindromi klinik va laboratoriya belgilarining ro‘yxatga olinish chastotasining tahlili tashxislash mezonlari va sepsis shakllari o‘rtasidagi o‘ziga xos bog‘liqlik borligini ko‘rsatadi. Xususan, ma’lumotlarga ko‘ra, infeksiya generelazitsiyasi namoyon bo‘lish og‘irligi tizimli yallig‘lanish reaksiyasi sindromining klinik va laboratoriya belgilari miqdori bilan bevosita bog‘liq.

Ma’lumotlar ko‘lamining statistik tahlili eng xarakterli ko‘rsatkichlarni aniqlashga imkonini berdi. Ular kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir

kalkulyoz xolesistitni kompleks davolash samaradorligi natijalarini prognozlash va diagnostik baholashda chiziqli integral ma'lumotlarni shakllantirish uchun asos bo'lgan.

Kasallikning og'irlik darajasi va natijasi modellarini eng kichik kvadratchalar usuli bilan qurishda model parametrlariga t-mezon bo'yicha $p < 0,05$ darajasidan past bo'lmagan samaradorlik sharti qo'yilgan.

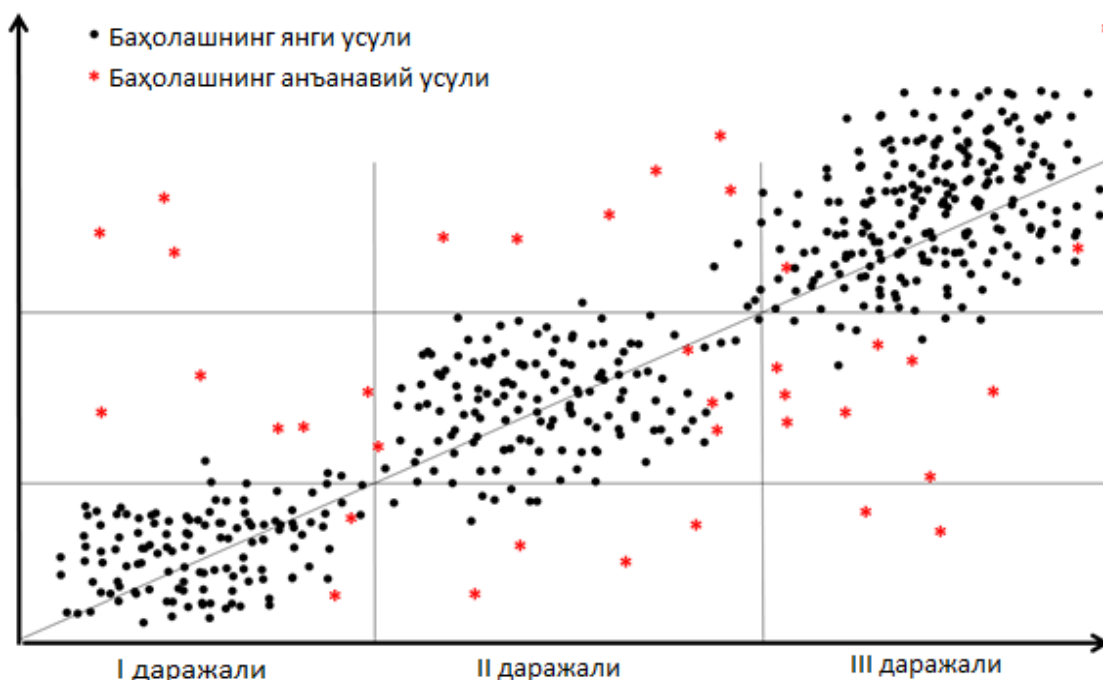
Eng kichik kvadratchalar usuli yordamida prognoz qoidalarini tuzishda vazn koeffitsientlari qiymatlarini dastlabki ma'lumotlar to'plamidan aniqladik. Eng yaxshilari chiziqli funksiyalar sinfida bo'lgan. Bu patologik jarayonning kechishini prognozlash va baholashda har bir klinik va laborator belgining prognozga qo'shgan hissasini ob'ektiv hisobga olish imkonini berdi.

Operatsiyadan keyingi davrda dinamikada raqamli arifmetik qiymatlarning o'zgarishi ushbu patologik jarayonning namoyon bo'lishida biz aniqlagan fazalar doirasida grafik zichlanish ko'rinishiga ega bo'lgan (4.7-rasm).

Klinik-laborator ma'lumotlarini grafik shaklida qurish va ularning korrelyatsion bog'liqligini aniqlash asosida o'tkir xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish jarayoni kechishining og'irlik darajasini prognozlash (DGU №17133, 20.05.2022 y.) va ushbu kasallikni jarrohlik davolash usullarini ishlab chiqdik (DGU №13905, 23.11.2021 y.).

Shuni ta'kidlash kerakki, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit davomidagi xarakterli o'zgarishlar muddatlar va biz o'rgangan klinik-laborator ko'rsatkichlar miqdoriga bevosita bog'liq bo'lgan. Bunda keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining jiddiyligi va keskinligini patologik jarayonning darajasi bilan belgiladik: ishonchli ravishda chekinuvchi, chegaradagi va ishonchli ravishda rivojlanuvchi.

Shu tariqa, biz keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitda yallig'lanish jarayoni kechish og'irligini maxsus prognozlash imkoniyatini hisoblash va ushbu kasallikni davolashning jarrohlik usullarini baholash uchun maqbul modelni tanlab oldik.



4.7-rasm. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitni kompleks davolash dinamikasida klinik-laborator maʼlumotlarini qurishda zichlanishning grafik usuli

Ishlab chiqilgan matematik model dasturiy modullarning asosi boʻlib, bu kekxa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognostik baholash imkonini berdi. Ushbu baholash usuli bemorlarning asosiy guruhida joriy etilgan boʻlib, ularning natijalari ushbu bobning keyingi qismida keltirilgan.

4.3. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligi algoritmini prognostik baholash uchun ishlab chiqilgan mezonlarni qoʻllash samaradorligini qiyosiy baholash

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini diagnostik baholash algoritmining klinik-laborator mezonlarining asosiy guruh bemorlarida baholanishi ularning prognostik qiymatini aniqlash imkonini berdi. Ushbu taqqoslash oʻt pufagining morfologik tuzilishidagi oʻzgarishlar natijalarini hisobga olib amalga oshirildi. Metatahlil shartlariga muvofiq oʻtkazilgan test natijalari 4.14-jadvalda keltirilgan.

Jadval 4.14

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda oʻtkir kalkulyoz xolesistitda oʻt pufagining morfologik tuzilishini prognoz qilishda laborator mezonlar umumiy qiymatlarining taqsimlanish xususiyatlari

Oʻt pufagi tuzilishi	Koʻrsatkichlar ishonchliligi								Kasallarning umumiy soni	
	Yolgʻon (+)		Yolgʻon(-)		Chin (+)		Chin (-)			
	AC h	%	AC h	%	AC h	%	AC h	%	ACh	%
EX	8	7,7	0	0	1	1,0	0	0	9	8,7
KX	7	6,7	0	0	16	15,4	2	1,9	25	24,0
FX	7	6,7	0	0	20	19,2	1	1,0	28	26,9
GX	4	3,8	0	0	38	36,5	0	0,0	42	40,4
JAMI	27	26,0	0	0	75	72,1	3	2,9	104	50,5

Tahlillar shuni koʻrsatdiki, test natijalarini talqin qilishning toʻrtta varianti mavjud–ikkita haqiqiy va ikkita yolgʻon. Operatsiyadan keyingi yakuniy tashxis va oʻt pufagining morfologik tuzilishiga muvofiq ijobiy natija toʻgʻri javobni tashkil etdi. Shu bilan birga, salbiy natija yuqoridagi mezonlar oʻrtasida muvofiqlik yoʻqligini koʻrsatdi. Shunga koʻra, test natijasi soxta ijobiy (prognostik belgilar boʻlmasa) yoki soxta salbiy (prognostik belgilar mavjud) boʻlganda, javob notoʻgʻri deb hisoblanadi.

Oʻtkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarning aksariyatida diagnostik testning haqiqiy ijobiy natijasi (72,1%) aniqlandi. Oʻtkir kalkulyoz xolesistitning (55,7%) destruktiv shakllari boʻlgan bemorlarning koʻpchiligida ijobiy nisbat kuzatilgan. Bemorlarning 26 foizida soxta ijobiy test natijasi aniqlangan. 3 ta (2,9%) bemorda haqiqiy salbiy natijalar aniqlangan. Tadqiqotimizda soxta salbiy natijalar aniqlanmagan.

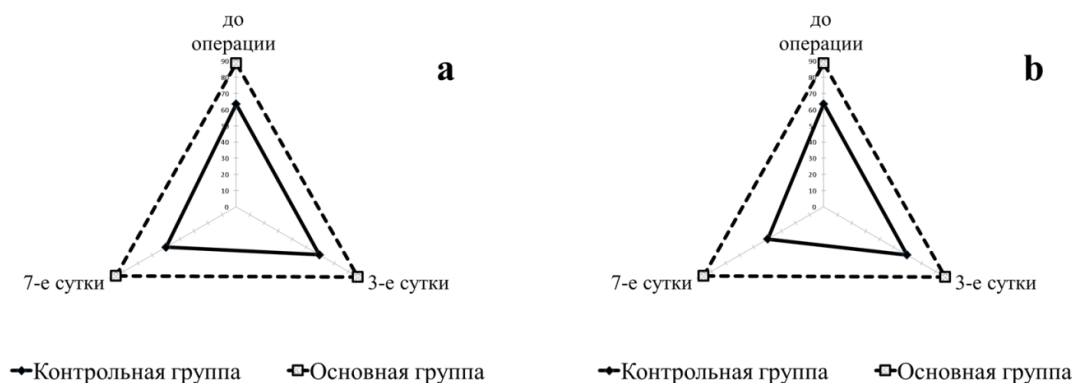
Shu tariqa, oʻtkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda biz ishlab chiqqan dasturiy model asosida oʻt pufagidagi morfostruktur oʻzgarishlarni prognozlash natijalarining ishonchliligini baholash biz aniqlagan maxsus diagnostik markerlar oʻrtasidagi patogenetik aloqadorlikdan darak beruvchi haqiqiy ijobiy natijalarning ustuvorligini tasdiqladi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognozlash va tashxislashning turli usullarini qiyosiy tahlil qilishda prognostik indeksning progressiv o'sishi kuzatildi, bu esa patologik jarayonning an'anaviy tizimida bo'lgani kabi patologik namoyon bo'lish xususiyatlarining o'ziga xosligini ko'rsatadi. Ushbu tahlil asosida biz rivojlanishning diagnostik va prognostik samaradorligini sezgirlik va o'ziga xoslik belgilari bo'yicha baholadik.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og'irligini davolashning an'anaviy usullarining prognostik qiymati bemorlarning nazorat guruhida operatsiyagacha davrda 63,5% ni tashkil etdi. Shu bilan birga, biz ishlab chiqqan tashxislash va prognozlash usullari natijalarini baholash natijalari muqobil usuldan 25,1% ga yuqori bo'lgan.

Retrospektiv tahlil shuni ko'rsatdiki, bemorlarning nazorat guruhida operatsiyadan keyingi dinamikada testlarning sezgirligi 3- va 7-kunlarga kelib mos ravishda 4,1% va 13,5% ga kamaydi (4.8-a rasm). Biz ishlab chiqqan prognostik dastur bo'yicha hisob-kitoblarda uning sezgirligi barqaror bo'lib qolgan (86,8% va 85,7%).

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks davolash samaradorligini tashxislash va prognozlashdagi turli usullarining o'ziga xosligini baholash biz taklif qilayotgan usullarda ishonchlilikning oshishini ko'rsatdi (4.8-b rasm).



4.8-rasm. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og'irligini prognozlashda turli xil yondashuvlarning prognostik sezgirligi(a) va o'ziga xosligi(b) ning o'zgarishi

Operatsiyagacha davrda biz ishlab chiqqan differensial yondashuvning o'ziga xosligi bo'yicha prognostik qiymat muqobil usuldan 25% ga oshdi, ya'ni dasturning ishonchliligi an'anaviy diagnostik baholash usullarining ishonchliligidan sezilarli darajada yuqori bo'lgan. Operatsiyadan keyingi davrning 3-kuniga kelib original testning o'ziga xosligi muqobildan 27,3% ga yuqori bo'lgan va 7-kuniga 2 marta oshgan.

Shu tariqa, bemorlarning nazorat guruhida qo'llaniladigan prognostik va diagnostik testlarning sezuvchanlik mezonlari va o'ziga xosligini qiyosiy baholash dasturimizning samaradorligini oshirdi. Bu, o'z navbatida, biz ishlab chiqqan prognostik va diagnostik dasturlardan foydalanish quyidagilar uchun istiqbolli ekanligini ko'rsatadi:

- kasallik kechishining og'irligini ob'ektiv baholash;
- jarrohlik aralashuvining optimal vaqt va usulini tanlash;
- biz tomonimizdan ishlab chiqilgan diagnostika algoritmi yordamida operatsiyadan keyingi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olishga va o'lim ko'rsatkichini kamaytirishga qaratilgan davolash va profilaktika choralarining oqilona taktikasini aniqlash (4.9-rasm). Bunday holda, algoritm tananing yallig'lanish jarayoniga nisbatan umumiy reaksiyasi prinsipiga ko'ra o't pufagidagi destruktiv jarayonlar darajasining ehtimolini aniqlaydi.



4.9 - rasm. Keksa va qari yoshdagi o'tkir xolesistit bilan og'rigan bemorlarda destruktiv jarayonning ehtimolini bashoratlash algoritmi

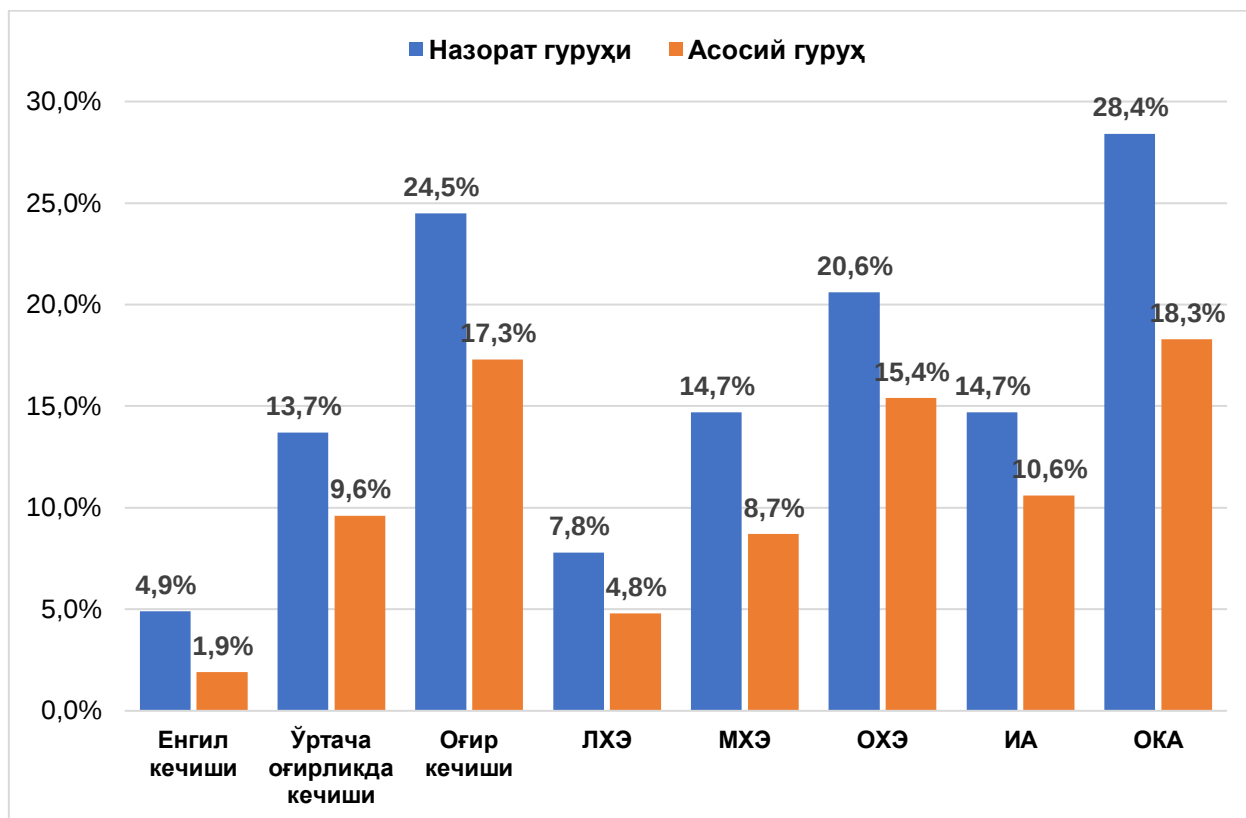
Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitning og'irligini tashxislashda umumiy standart choralar va Tokio tavsiyalaridan foydalanish bilan bir qatorda, yallig'lanish jarayonining og'irligini va destruktiv jarayonni bartaraf qilish ehtimolini bashorat qilish uchun ishlab chiqilgan dasturlarimizdan foydalanish, jarrohlik aralashuvining optimal usulini tanlash va shunga mos ravishda davolash jarayonida ijobiy natijalarga erishishga yordam beradi.

Dissertatsiyaning oldingi boblarida ta'kidlanganidek, bemorlarning nazorat guruhida o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishi og'irligini baholash uchun biz barcha yosh toifalari uchun tavsiya etilgan mezonlardan foydalandik. Ammo, tadqiqotlarimiz ko'rsatishicha, yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining sondagi qiymatlari o'zgarishlari o'rtasidagi aniqlangan o'ziga xos qonuniyatlaraynan kekxa va qari yoshdagi bemorlarda kasallikning rivojlanishini bashorat qilishda va davolash samaradorligini diagnostik baholashda tabaqalashgan yondashuv zarurligini isbotlaydi.

Umuman olganda, bemorlarning asosiy guruhida, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini baholashning prognostik usullaridan foydalanish natijasida bemorlarning nazorat guruhiga nisbatan asoratlarni 14,3% ga kamaytirishga erishildi. Bunda, diagrammada ko'rsatilgandek, barcha holatlarda va jarrohlik usullarida asoratlar kamaydi (4.10-rasm).

Klinikaning amaliy faoliyatiga kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishini prognostik baholash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini baholashning biz ishlab chiqqan usullari patologik jarayonning og'irligiga qarab, barcha o'rganilayotgan kichik guruhlarda asoratlarni kamaytirish imkonini berdi. Masalan, o'tkir kalkulyoz xolesistitning yengil shaklida asoratlarni 2,6 baravar, kasallikning o'rtacha va og'ir shakllarida asoratlarni 1,4 baravar kamaytirishga erishilgan. Bunda, intraoperatsion asoratlarning ulushi 14,7% dan

10,6% gacha pasaygan, operatsiyadan keyingi asoratlar esa 28,4% dan 18,3% gacha kamaydi.



4.10-rasm. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash asoratlarning (intraoperatsion – IA va operatsiyadan keyingi – OKA) ning qiyosiy tavsifi

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishini prognozlashda biz ishlab chiqqan usullarini qo'llash, davolashda tabaqalashtirilgan yondashuvni qo'llash bemorlarning asosiy guruhidagi umumiy o'limning ulushini 5,1% ga kamaytirish va ushbu kasallikning o'rtacha va yengil shakllari bo'lgan bemorlar orasida o'limning oldini olish imkonini bergan (jadval 4.15). Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni davolashning jarrohlik usulini qo'llashga differensial yondashuv usulining samaradorligi statsionar davolanish kunlarining $18 \pm 5,6$ kundan $9 \pm 3,2$ kungacha pasayishida ham ko'rinadi.

Shu tariqa, kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognostik baholash bo'yicha ishlab chiqilgan diagnostik algoritmi

4.15jadval.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognostik baholash uchun ishlab chiqilgan mezonlarni qo‘llash samaradorligini qiyosiy baholash

Baholash mezonlari		Kasallar guruhlar			
		Nazorat(n-102)		Asosiy(n-104)	
		AK	%	AK	%
asoratlar		44	43,1	30	28,8
Jumladan, davrliligiga ko‘ra	Intraoperatsion	15	14,7	11	10,6
	yengil shaklida	3	2,9	2	1,9
	o‘rta og‘irlikda	6	5,9	5	4,8
	og‘ir shaklida	6	5,9	4	3,8
	Operatsiyadan keyin	29	28,4	19	18,4
	yengil shaklida	2	2,0	0	0
	o‘rta og‘irlikda	8	7,8	5	4,8
	og‘ir shaklida	19	18,6	14	13,5
Jumladan, operatsiya turiga qarab	LXE	8	7,8	5	4,8
	yengil shaklida	1	1,0	0	0
	o‘rta og‘irlikda	2	2,0	1	1,0
	og‘ir shaklida	5	4,9	4	3,8
	MXE	15	14,7	9	8,7
	yengil shaklida	2	2,0	1	1,0
	o‘rta og‘irlikda	4	3,9	3	2,9
	og‘ir shaklida	9	8,8	5	4,8
	OXE	21	20,6	16	15,4
	yengil shaklida	2	2,0	1	1,0
	o‘rta og‘irlikda	8	7,8	6	5,8
	og‘ir shaklida	11	10,8	9	8,7
O‘LIM		12	11,8	7	6,7
jumla dan	yengil shaklida	0	0	0	0
	o‘rta og‘irlikda	3	2,9	0	0
	og‘ir shaklida	9	8,8	7	6,7
YoTOQ-KUN		18±5,6		9±3,2	

mezonlarini qo‘llash samaradorligini qiyosiy baholash ijobiy davolash natijalari 14,3% ga yaxshilanganligini, yotoq kunlarining qariyb 2 baravar kamayganligini, intraoperativ va operatsiyadan keyingi asoratlar soni mos ravishda 4,1% va 10,1% ga kamayganligini, shuningdek, o‘lim holatlari 5,1% ga kamayganligini isbotladi.

XOTIMA

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit va uning asoratlarini tashxislash va davolash muammolari qorin bo'shlig'idagi jarrohlikda murakkab va dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Aslida, bularning bari keksa va qari yoshdagi bemorlar sonining sezilarli darajada ko'payishi, shuningdek, bir qator tadqiqotchilar tomonidan qayd etilgan ushbu bemorlar guruhiga xos o'tkir xolesistit klinik ko'rinishlarining o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu muammoning yana bir asosiy xususiyati bu – butun organizmda yoshga bog'liq biologik o'zgarishlar fonida jiddiy yo'ldosh kasalliklar mavjudligi.

Shunga qaramay, zamonaviy jarrohlikda ushbu muammo bo'yicha bir qator o'zgarishlar qayd etilmoqda: jarrohlik texnologiyasidagi yutuqlar, keksa va qari yoshdagi bemorlarni operatsiyaga tayyorgarlash va operatsiyadan keyin parvarishlash xususiyatlari. Ammo shunga qaramay, bunday bemorlarda operatsiyadan keyin o'lim ko'rsatkichlari hamon yuqoriligicha qolib, turli mualliflarning fikriga ko'ra 50% gacha yetmoqda. Ko'plab xalqaro kongress va konferensiyalarning bililar jarrohlik patologiyasi, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni gerontologiyaning alohida muammosi sifatida qarash zarurligi to'g'risidagi xulosalar ushbu muammoning dolzarbligini yana bir karra tasdiqlaydi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni davolash usulini tanlash hamon qiyin va hal etilmagan masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu murakkab vazifani hal qilish bugungi kunda ma'lum bo'lgan ko'plab omillarni hisobga olib amalga oshirilmog'i lozim. Aynan shular keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni davolash taktikasini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv zarurligini belgiladi.

Biroq, adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, bu masala bo'yicha ham, ya'ni keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni davolash natijasini belgilovchi omillarning ustuvorligini tanlashda yakdillik mavjud emas. Masalan, qator tadqiqotchilar o'tkir xolesistit xuruji boshlanishidan o'tgan vaqtni yetakchi

omil sifatida hisobga olishni taklif qilishadi. Ushbu talab tarafdorlari o'tkir xolesistitning destruktiv shakli rivojlanishi xronologiyasi nuqtai nazaridan yondashmoqda. Tokio tavsiyalariga ko'ra, bu 72 soatdan ortiq vaqtni tashkil etib, ushbu patologik jarayonning kamida o'rtacha og'irlik darajada kechishini qayd etish mumkin.

Boshqa tadqiqotchilar bemorahvolining og'irlik darajasini belgilashda asosiy omil sifatida o'tkir xolesistit asoratimavjudligi va uning tabiatini ko'rsatishadi. Shu bilan birga, o'tkir xolesistit xurujlari bilan kasalxonaga yotqizilgan paytda yo'ldosh kasalliklar og'irlik darajasini va bemorning umumiy ahvolini hisobga olish muhimligi haqidagi qarashlar ham yo'q emas. Ammo, ma'lumki, keksa va qari yoshdagi o'tkir xolesistitli bemorlar orasida o'lim holatlarining aksariyatini yiringli yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi tashkil etadi.

Endovizual texnologiyalar amaliyotga joriy etilganidan beri intraoperatsion asoratlarni tahlil qilishga bag'ishlangan ko'plab asarlar va nashrlar e'lon qilingan. Operatsiya paytidagi asoratlar masalalari yaxshigina o'rganilgan bo'lsa, keksa va qari yoshdagi bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlar haqidagi fikrlar yetarli emas.

Shu bilan birga, so'nggi paytlarda nashr etilgan ishlarda immun tizimi normal ishlashining buzilishi o'tkir xolesistitning operatsiyadan keyingi yiringli-yallig'lanish asoratlari rivojlanishining eng muhim sabablaridan biri sifatida ko'rsatilmoqda. O't pufagining o'tkir yallig'lanishi organizmning immunitetida, shuningdek, immunokompetent hujayralarning asosiy subpopulyatsiyalarining soni va funksional faoliyatida jiddiy buzilishlarga olib keladi.

Zamonaviy bilimlar nuqtai nazaridan bakterial infeksiyada rivojlanadigan mahalliy yallig'lanish, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, sepsis, og'ir sepsis va poliorgan yetishmovchilik organizmning yallig'lanish jarayoniga bo'lgan javob reaksiyasi zanjiridagi alohida bo'g'inlardir. Yallig'lanish jarayonining boshlanishi va rivojlanishining asosiy bosqichlari sitokin kaskadi bilan bog'liq.

Biroq, bu tadqiqotlar bemorlarning umumiy kontingentida, keksa va qari yoshdagi bemorlarni alohida guruhga ajratmasdan o'tkazilgan. Shu bilan birga,

kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistitni aynan shu pozitsiyalardan baholash operatsiyadan keyingi asoratlarni prognozlash muammosini hal qilish va ushbu kasallikni kompleks jarrohlik davolashning maqbul usulini tanlash imkonini beradi.

Shu munosabat bilan, kekxa va qari yoshdagi bemorlarga tatbiq etilayotgan taktika natijalarini prognoz qilishning dasturiy usullarini ishlab chiqish orqali o'tkir xolesistitni davolash natijalarini yaxshilash tadqiqotimizning maqsadiga aylandi.

Ushbu maqsadni amalga oshirish uchun oldimizga quyidagi vazifalarni qo'ydik: kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks xirurgik davolashning noxush oqibatlari sabablari tarkibini o'rganish; o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlarning o'zgarish tabiatini baholash; qonda prokalsitonin, laktoferrin miqdorini aniqlashning diagnostik ahamiyatini va ularning o'tkir kalkulyoz xolesistit bo'lgan kekxa va qari yoshdagi bemorlar o't pufagi devoridagi destruktiv o'zgarishlar bilan bog'liqlik darajasini aniqlash; kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks xirurgik davolash samaradorligini tashxislash va prognostik baholash algoritmining mezonlarini ishlab chiqish va baholash.

O'tkir kalkulyoz xolesistitli 206 nafar kekxa va qari yoshdagi bemorlarni har tomonlama tekshirish va davolash natijalari tahlil qilindi. Olib borilayotgan tadqiqotni qiyosiy baholash uchun bemorlarning umumiy kontingenti xronologik tartibda nazorat - 102 (49,5%) va asosiy - 104 (50,5%) guruhlariga bo'lindi. Asosiy guruh nazorat guruhidan shunisi bilan ajralib turadiki, bu guruhga kekxa va qari yoshdagi bemorlarda ushbu kasallikni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini bashoratlovchi baholashning biz ishlab chiqqan yangi usullari tatbiq etildi (23.11.2021 yildagi 13905-son DGU, 20.05.2022 yildagi 17133-son DGU). O'rganilayotgan parametrlarning normal miqdorini aniqlash uchun tibbiy komissiya tomonidan mutlaqo sog'lom deb tan olingan 10 ta ko'ngilli odam ham tadqiqotga jalb etilgan.

Bemorlarning yosh toifalariga bo'lish JSST ning 1992 yildagi tavsiyalariga muvofiq amalga oshirildi. Bunda 60 yoshdan 74 yoshgacha bo'lgan bemorlar keksa toifaga, 75 yoshdan 89 yoshgacha bo'lgan bemorlar qarilar toifasiga kiritildi. Bemorlarning yoshi va jinsi nazorat va asosiy guruhlarda deyarli bir xil.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishi og'irligi 2018 yilgi Tokio tavsiyalariga muvofiq baholandi. O'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining yengil shakli bemorlarning 20,9 foizida, o'rtacha shakli 42,7 foizda bemorda va o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og'ir shakli 36,4 foiz bemorda qayd etilgan. Keksa bemorlarda mono/poliorgan disfunktsiyali bemorlar 21,4%ni, qarilar orasida esa 15,0% ni tashkil etgan.

Keksa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarning xarakterli xususiyati – jiddiy komorbid holat va juda ko'p yo'ldosh kasalliklar mavjudligi. Yondosh kasalliklarning o'rtacha soni 1 ta bemorga 4,3 taga to'g'ri keladi.

Surunkali kamqonlik va yurak-qon tomir tizimi kasalliklari eng ko'p uchraydigan kasalliklar sifatida qayd etildi. 136 ta (66%) bemorda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari, 127 ta (61,6%) bemorda nafas olish tizimi kasalliklari va 56 ta (27,2%) bemorda asab tizimi kasalliklari qayd etilgan. Shuningdek, siydik chiqarish tizimi (38,8%), endokrin tizim (53,9%), havfli o'smalar (1,4%) va boshqa kasalliklar (asosiy patologik jarayon va jarrohlik taktikasini tanlashga ta'sir qilmagan revmatoidli poliartrit, koksartroz, tizza bo'g'imi osteoartrozi, umurtqa pog'onasi osteoxondrozi, vegetativ-qon tomir distoniyasi, xalqali ichak divertikulyozi, surunkali qabziyat va boshqa kasalliklar) 61 ta bemorda kuzatilgan.

Umuman olganda, keksa va qari yoshdagi o'tkir xolesistitli bemorlarda patologik jarayonning o'ziga xosligi aniqlandi. Klinik manzaraning noaniqligi, ushbu kasallikka xos kam sonli alomatlar va yondosh kasalliklarning ko'pligi – bularning barchasi ushbu patologik jarayonning namoyon bo'lish xususiyatlarini ko'rsatadi va uning shakllanishining sabab-oqibat mexanizmlarini batafsil o'rganishni taqozo etadi.

Umumiy klinik usullar bilan bir qatorda, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarni tekshirish majmui quyidagi majburiy

tashxislash unsurlarini o'z ichiga oladi: klinik tekshiruv, laborator va instrumental tekshirish usullari. Operatsiyadan keyingi asoratlar Clavien-Dindo usuli bilan jarrohlik asoratlari tasnifiga ko'ra baholandi.

Ishlab chiqilgan tashxislash dasturining prognostik qiymati R.Fletcher bayon qilgan usul yordamida aniqlandi.

Biz nazorat guruhidagi keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni davolashning turli an'anaviy usullaridan foydalanish samaradorligini tahlil qildik va ularga ob'ektiv baho berdik.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitning klinik ko'rinishini baholash mezonlari tahlili davomida aniqlandiki, 41 bemor (40,2%) bizning klinikamizga yengil shakldagi o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan, 43 (42,2%) ta bemor o'rta shakldagi o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan va 18 (17,6%) ta bemor og'ir darajali kasallik bilan kelib tushgan.

O'tkir kalkulyoz xolesistitning og'ir darajasi bo'lgan 36 (35,3%) bemorning 13 (36,1%) nafarida monorgan buzilish aniqlangan. Boshqa hollarda, 2 yoki undan ko'p organlarning shikastlanishi qayd etilgan.

73,5% holda olib tashlangan o't pufagi destruktiv xarakterda bo'lgan. Shu bilan birga, keksa bemorlarda o't pufagining flegmonoz turi (26,5%), qari bemorlarda esa gangrenoz (19,6%) turi ustuvorlik qilgan. Keksa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda o't pufagi shikastlanishining nodestruktiv va destruktiv shakllari o'rtasidagi nisbat 1: 2,8 ga teng bo'lgan.

Yengil darajali o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarning aksariyatida (82,6%) kataral va flegmonoz xolesistit qayd etilgan. Ularning barchasi keksa bemorlarda uchragan. Qari yoshdagi bemorlarning kichik guruhida o't pufagi empiemasi bo'lgan 1 tagina bemor qayd etilgan. Keksa bemorlarda o't pufagi empiemasi 3 (75%) ta bemorda aniqlangan.

Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning nisbatan yengil kechishiga qaramasdan, bemorlarning ushbu kichik guruhida 39,1% holda o'tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakllari aniqlangan. Bu, o'z navbatida, texnik

qiyinchiliklarning paydo bo'lishi sababli ba'zan jarrohlik usulini o'zgartirish zarurligini keltirib chiqaradi.

Afsuski, bemorlarning nazorat guruhida zamonaviy miniinvaziv texnologiyalardan foydalanib jarrohlik kompleks davolash ham o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarning 100% i tuzalib ketishini ta'minlay olmadi. Shu bilan birga, ushbu kasallik asoratlarning yuqoriligicha qolishi yallig'lanish jarayoni regressiv kechishi tabiiy mexanizmlarining buzilishi bilan bog'liq. Bunga bemorlarning nazorat guruhini retrospektiv tahlil qilish natijasida biz aniqlagan septik asoratlarning yuqori darajasini misol qilishimiz mumkin.

Yuqorida aytib o'tilganidek, hatto Tokio tavsiyalaridan foydalangan holda ham bemorlar ahvolini yetarlicha baholay olmaslik yiringli yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga, jarayonga muhim organlar tobora ko'proq jalb qilinishiga olib keldi. Bunda organizmning asl holati muhim ahamiyatga ega. Ichki organlarda yo'ldosh kasalliklar (diabet, jigar sirrozi va boshqalar) bo'lsa, bu jarayon muqarrar. Keltirilgan raqamli ma'lumotlar va misollar fikrimizni dalillaydi.

Operatsiyadan keyingi davrda o'limning asosiy sabablari nafaqat kasallikning og'ir kechishi fonida, balki operatsiyadan keyin yanada intensiv yordamni talab etuvchi yanada travmatik jarrohlik aralashuvlarni qo'llash fonida hayotiy muhim organlarning buzilishida ko'rinadi. Keyingi davrlarda, bemorlarning dastlabki holati og'irligioqibatidagi o'lim bilan bir qatorda, jigar faoliyatining buzilishi birinchi o'ringa chiqa boshlaydi, bunda boshqa hayotiy organlar disfunktsiyasining yuqori chastotasi saqlanib turadi. Kasallikning avjidava operatsiyadan keyingi davrning dastlabki davrlarida yiringli-septik asoratlarning ko'pashishi tanatogenez o'zgarishlarni keltirib chiqarib, ushbu asoratlar guruhining yetakchilik qilishiga olib keladi. Bemorlarning o'limiga sabab bo'lgan juda muhim omil –bu 2 va undan ortiq hayotiy muhim organlar va tizimlari buzilishlari kombinatsiyasidir (poliorgan yetishmovchilik sindromi).

Bularning barchasi maqsadli qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish va yallig'lanish jarayonining darajasini aniq baholash zarurligini ko'rsatadi. Ushbu

muammoni yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlarining holatini organizm yallig'lanish reaksiyasining eng ob'ektiv belgilari sifatida o'rganish orqali hal qilish mumkin.

Dissertatsiyaning keyingi qismida kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognostik baholash algoritmi ishlab chiqish va uning samaradorligini baholash yuzasidan ma'lumotlar keltirilgan.

Nazorat guruhidagi bemorlarda asoratlari va o'limning tahlili noxush prognozning haqiqiy manzarasini namoyon etdi. Xususan, yiringli-yallig'lanish asoratlari, jumladan umumlashtiruvchi xarakterdagi asoratlarning yuqori darajasi kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit kechishini prognozlash an'anaviy usullarining past axborotlilikini ko'rsatdi.

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit uchun jarrohlik taktikasini tanlashga strategik yondashuvning to'g'ri yo'nalishini aniqlash imkonini beradigan, operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanish mexanizmlarini tushunishni kengaytiradigan yallig'lanish prediktorlarining o'zgarishi o'rganildi.

Kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish sitokinlari va yallig'lanish prediktorlari dinamikasidagi o'zgarishlarning tabiati va tahlili o'zgarish dinamikasining noaniqligini ko'rsatdi. Kekxa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda yallig'lanishning barcha markerlari darajasi oshdi. sitokin ko'rsatkichlari orasida ko'proq o'zgarishlar IL-6 nisbatan qayd etildi ($r < 0,05$), operatsiyadan keyingi davrning 3-kunida shunga o'xshash tendensiya faqat IL-6sitokiniga nisbatan saqlanib qoldi, uning miqdori nazorat qiymatlariga nisbatan asta-sekin o'sishda davom etdi.

Bemorlarda prokalsitonin o'sishining eng yuqori qiymati operatsiyagacha davrda ($r < 0,05$) qayd etilgan bo'lib, bu organizmda infeksiya o'chog'i mavjudligi bilan bog'liq bo'lgan, operatsiyadan keyingi davrning 3 kuniga kelib qondagi laktoferrin miqdori eng yuqori darajagacha o'sdi ($r < 0,05$).

Qon tarkibida yallig‘lanish prediktorlari miqdori o‘zgarish dinamikasining umumiy tahlili u yoki bu markerlarga xos bo‘lgan o‘zgarishlarning bosqichma-bosqichligini aniqlash imkonini bergan. Ushbu ko‘rsatkichlarning batafsil tahlili, kasallik kechishi, jarrohlik usulining tanlanishi va operatsiyadan keyingi asoratlarga qarab, ushbu bosqichlilik bilan bog‘liq muayyan qonuniyatni tavsiflash imkonini berdi.

Kasallikning og‘irligiga qarab, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o‘tkir xolesistitda yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig‘lanish prediktorlarining o‘zgarishi darajasini o‘rganish va baholash tegishli bemorlar kichik guruhlaridagi dinamika bilan xarakterlanadi. Ya’ni, kasallikning kechishi qanchalik og‘ir bo‘lsa, yallig‘lanish jarayonining namoyon bo‘lishini tavsiflovchi o‘zgarishlar ham shunchalik aniq bo‘ladi.

Sepsis, o‘tkir kalkulyoz xolesistitning asorati sifatida, qonda tekshirilgan barcha yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlarning ko‘payishiga olib keldi. Bunda, IL-6 yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokin eng faol sitokinlardan bo‘ldi.

Yallig‘lanish prediktorlariga keladigan bo‘lsak, sepsis bilan asoratlangan o‘tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda prokalsitoninning maksimal qiymatlari operatsiyagacha davrda (174,1 baravar; $r < 0,05$), laktoferrin esa operatsiyadan keyingi davrning 3 kunida (14 baravar; $r < 0,05$). qayd etilgan.

SIRS mezonlari miqdori turlicha bo‘lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi dastlabki 3-kunda barcha o‘rganilgan sitokinlarning tizimli konsentratsiyasi norma, boshlang‘ich qiymat va nazoratdagi guruh ko‘rsatkichlariga nisbatan ortadi. SIRS₂da yallig‘lanishni chaqiruvchi sitokinlarning zardob tarkibi keyinchalik pasaya boshlaydi, ammo operatsiyadan keyingi 7 kuni u odatdagidan ancha yuqoriligicha qoladi. Ushbu bemorlarda IL-6 yallig‘lanishga qarshi sitokin konsentratsiyasi operatsiyadan keyingi 3-kunga kelib maksimal qiymatga yetadi – $32,1 \pm 2,7$ pg/ml ($r < 0,05$) va 7 kunga kelib boshlang‘ich qiymatdan 61,1% ga pasayadi ($r < 0,05$).

SIRS₃da qon zardobida TNF- α ning boshlang'ich darajasi sog'lom odamlar ko'rsatkichlaridan 7 baravar ($r < 0.05$), IL-6 miqdori – 15,7 baravar ($r < 0.05$) va IL-1b esa – 5 baravar ($r < 0,05$) yuqori bo'lgan.

Operatsiyadan keyin 3-kunga kelib TNF- α , IL-6 va IL-1b konsentratsiyasi normaga nisbatan sezilarli darajada oshdi. Keyinchalik, operatsiyadan keyingi 7 kunga kelib qon zardobida ushbu sitokinlar miqdori kamaydi, ammo normadan yuqoriligicha qoldi.

SIRS₄da operatsiyagacha qon zardobida TNF- α va IL-6yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinnlarning ko'payishi operatsiyadan keyingi dastlabki 3 kun ichida sezilarli darajada ko'tarila boshlaydi. Keyinchalik, operatsiyadan keyingi 7 kunga kelib ularning miqdori mos ravishda 1,4 baravar ($r < 0,05$) va 1,6 baravar ($r < 0,05$) kamayadi, ammo normadan yuqoriligicha qoladi. Ushbu bemorlarning qon zardobida yallig'lanishga qarshi IL-1b ning maksimal qiymati operatsiyagacha davrga to'g'ri kelib, normadan 6,4 marta yuqori bo'lgan.

Shu tariqa, o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda sitokin muvozanatining buzilishi aniqlanib, uning darajasi organizmning javob reaksiyalari mezonlari soniga va sepsis mavjudligiga bog'liq. sitokin muvozanatining buzilishi fonidagi jarrohlik aralashuvi uni to'liq bartaraf etilish imkonini bermaydi.

O'tkir kalkulyoz xolesistitli keksa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish prediktorlarining qon tarkibidagi o'zgarishlar dinamikasiga kelsak, prokalsitonin va laktoferrin miqdori SIRS mezonlari soniga ham, jarayon dinamikasiga ham bog'liqligini ko'rishimiz mumkin.

SIRS ning barcha variantlarida prokalsitoninning maksimal qiymati operatsiyagacha davrga, laktoferrin esa operatsiya davridan keyingi 3-kunga to'g'ri keladi. Eng yuqori qiymatlar SIRS₄ bo'lgan bemorlar guruhida qayd etildi: qon zardobida prokalsitonin miqdori normadan 161,9 baravar ($r < 0,05$), laktoferrin esa 12,8 baravar ($r < 0,05$) yuqori bo'lgan.

Shu tariqa, organizmning yallig'lanish reaksiyasiga tizimli javob berishning turli variantlarida yallig'lanish prediktorlari miqdori to'liq SIRS mezonlar soniga bog'liq. Shu bilan birga, prokalsitonin operatsiyagacha davrda, ya'ni organizmda

yallig'lanish o'chog'i mavjud bo'lganda ko'proq ahamiyatga ega bo'lsa, laktoferrin neytrofillar ishlab chiqarish reaksiyasi bo'lib, jarayonni umumlashtiruvchi siklni yakunlaydi va patologik jarayon regressiyasining boshlanish vaqtini belgilaydi.

O'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarning qon zardobida yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar miqdorini baholashda o't pufagining morfologik tuzilishiga qarab, operatsiyagacha davrda IL-1b ning maksimal qiymati flegmonoz xolesistitli bemorlarda (11,5 baravar; $r < 0,05$) kuzatilishi qayd etildi. O't pufagining gangrenali shaklida operatsiyadan oldin ham (9,01 baravar; $r < 0,05$), operatsiyadan keyin 3-kunga kelib ham (9,02 baravar; $r < 0,05$) IL-1b miqdori barqaror yuqori bo'lib qolaverdi.

Umuman olganda, tahlillar shuni ko'rsatdiki, keksa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari miqdori patologik jarayonning normal qiymatlari va dinamikaga nisbatan ham, yallig'lanish markazi bartaraf etilganidan so'ng ham sezilarli darajada o'zgaradi. Amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlarning xususiyatlari hamda keksa va qari yoshdagi bemorlarda operatsiyadan keyingi manzara ma'lum darajada organizmga nisbatan tajovuz bo'lib, ular ham o'rganilayotgan markerlar darajasining o'zgarishiga ta'sir qiladi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va jarrohlik davolash samaradorligini prognostik baholash algoritmi mezonlarini ishlab chiqishda biz tekshirilgan laboratoriya ko'rsatkichlari hamda klinik va morfologik parametrlarning korrelyatsion tahlili natijalaridan foydalandik (kasallikning kechish og'irligi, tizimli yallig'lanish javob reaksiyasi belgilarining mavjudligi va soni, jarrohlik aralashuvining tanlanishi, o't pufagining morfologik tuzilishi, operatsiyadan keyin asoratlar rivojlanishi ehtimoli va ularning tarkibi).

Keksa bemorlarda birinchi kichik guruh parametrlarining ijobiy o'zgarishi ro'yxatida yengil ($r=0,923$) yoki o'rta ($r=0,854$) darajali asoratlar shakllanishi ehtimoli, kasallikning yengil shaklda rivojlanishi ($r=0,792$), bemor o't pufagida empiema ($r=0,764$) yoki o'tkir kataral xolesistit ($r=0,692$) mavjudligi, SIRS

belgilari yoʻqligi ($r=0,655$) kabilar yetakchilik qiladi. Kasallikning oʻrtacha darajasi ehtimoliga nisbatan past korrelyatsion bogʻliqlik qayd etilgan ($r=0,211$).

Ikkinchi kichik guruhga $SIRS_2$ ($r=0,852$), $SIRS_3$ ($r=0,712$) va hatto $SIRS_4$ ($r=0,913$) belgilarining mavjudligi, barcha jarrohlik usullari (mos ravishda LXE $r=0,634$; OXE $r=0,722$ va MXE $r=0,827$) va operatsiyadan keyin umumiy anesteziyani talab etmaydigan jiddiy asoratlarning rivojlanish ehtimoli ($r=0,917$) kabi parametrlar kiritildi.

Uchinchi kichik guruhga operatsiyadan keyingi jiddiy asoratlarning ($r=0,847$), oʻt pufagining destruktiv shakllari ($r=0,947$ flegmonoz oʻt pufagi va $r=0,981$ gangrenali oʻt pufagi) va sepsis rivojlanish ehtimoli ($r=0,998$) kabi parametrlar kiritildi.

Keksa bemorlarda korrelyatsion koeffitsient roʻyxatida kasallikning yengil shakli ($r=0,947$), operatsiyadan keyin yengil asoratlarning rivojlanish ehtimoli ($r=0,892$), SIRS belgilari yoʻqligi ($r=0,833$), operatsiyadan keyin oʻrta darajadagi asoratlarning rivojlanish ehtimoli ($r=0,712$), oʻt pufagi empiemasi ($r=0,698$) yoki oʻtkir kataral xolesistit ($r=0,612$) mavjudligi va $SIRS_2$ paydo boʻlish ehtimoli ($r=0,582$) kabilar qayd etildi.

Keksa bemorlarda IL-6 oʻzgarishiga boʻlgan yuqori ijobiy korrelyatsion bogʻliqlik quyidagilarga nisbatan qayd etilgan: oʻt pufagining flegmonoz shakli ($r=0,998$), umumiy anesteziyani talab etadigan jiddiy asoratlarning rivojlanish ehtimoli ($r=0,912$), sepsis rivojlanish ehtimoli ($r=0,850$), barcha SIRS belgilari mavjudligi ($r=0,762$) va kasallikning ogʻir shakli ($r=0,612$).

Qari bemorlarda bunday koʻrsatkichlar ancha koʻp ekan: ochiq ($r=0,950$) yoki minixolesistektomiya ($r=0,690$) zarurati, kasallikning ogʻir kechishi ($r=0,890$), IIIb ($r=0,800$), IVa ($r=0,872$) va IVb ($r=0,724$) darajali asoratlarning morfologik flegmonoz ($r=0,834$) yoki gangrenoz oʻt pufagi ($r=0,550$), sepsis mavjudligi ($r=0,615$).

TNF- α ga nisbatan keksa yoshdagi bemorlarda parametrlar ajralib turdi. Korrelyatsiyaning shunday turida sepsis mavjudligi parametri boʻlgan ($r=0,999$). Flegmonoz oʻt pufagining mavjudligi ($r=0,802$), kasallikning ogʻir kechishi

($r=0,800$) va IVb asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,800$) deyarli bir xil darajada bo'lgan. Qari bemorlarda korrelyatsion bog'liqlik darajasi oshmadi $r=0,600$.

Kasallikning og'ir shakllari, operatsiyadan og'ir keyin asoratlarning rivojlanish ehtimoli va o't pufagi destruksiyasi keksa yoshdagi o'tkir xolesistitli bemorlarda ishonchli bo'ldi. Ayni paytda, keksa yoshdagi bemorlarda sepsisning o'zi bilan emas ($r=0,599$), balki SIRS belgilari soni bilan yuqori bog'liqlik qayd etildi ($r=0,732$). Ehtimol, bu operatsiyadan keyingi davrda ham yallig'lanishga qarshi javob belgilarining saqlab qolinishi bilan bog'liq.

Keksa yoshdagi bemorlarda laktoferrin miqdorining o'zgarish tabiati quyidagilar bilan bevosita korrelyatsion bog'liqqa ega bo'lgan: kasallikning og'irlik darajasi ($r=0,952$), IVb guruh asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,951$), ochiq xolesistektomiya qilish zarurati ($r=0,812$) va IVa guruhda asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,811$). Morfologik tuzilishga ko'ra, gangrenoz o't pufagi mavjudligi ($r=0,792$) va sepsis rivojlanishi ($r=0,793$) ehtimoli ko'proq bo'lgan.

Qari bemorlar guruhida quyidagilar bilan bog'liq: IVb guruh asoratlari rivojlanish ehtimoli ($r=0,922$), kasallikning og'ir kechishi ($r=0,839$), ochiq xolesistektomiyaga zarurati ($r=0,804$) va gangrenali o't pufagi ehtimoli ($r=0,652$).

Shu tariqa, o'rganilayotgan yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar va yallig'lanish prediktorlari o'zgarishi tabiatining keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan bog'liqligining korrelyatsion tahlili ma'lumotlar muayyan qonuniy farqlanishiga ega ekanligini ko'rsatdi. Xususan, kichik guruhlarda operatsiyadan keyin og'ir ko'rinishdagi asoratlarning rivojlanish ehtimoli o'tkir kalkulyoz xolesistitning destruktiv shakllari bilan chambarchas bog'liq. Bunda $\text{TNF-}\alpha$, IL-6 va laktoferrin kabi ko'rsatkichlar ishonchliroq qiymatlarni ko'rsatdi. Shu bilan birga, prokalsitonin darajasi bilan bog'liq bo'lgan organizmning yallig'lanish reaksiyasi belgilari va poliorgan yetishmovchik bo'lganda, davolanish ijobiy natijani bermasligi mumkin.

Shu bilan birga, keksa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining ro'yxatga olingan klinik-laborator belgilari chastotasini tahlil qilish natijasida tashxislash mezonlari va

sepsis shakllari o'rtasida o'ziga xos bog'liqlik borligini aniqlandi. Xususan, ma'lumotlarga ko'ra, infeksiya umumlashuvi og'irligi tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining klinik-laborator belgilari soni bilan bevosita bog'liq.

Ma'lumotlar ko'lamining statistik tahlili kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks davolash samaradorligi natijalarini prognozlash va diagnostik baholashda chiziqli integral ma'lumotlarni qurish uchun asos bo'lgan eng xarakterli ko'rsatkichlarni aniqlash imkonini berdi.

Kasallikning og'irlik darajasi va davolash natijasi modellarini eng kichik kvadratchalar usulida qurishda model parametrlariga t -mezon bo'yicha $r < 0,05$ darajadan past bo'lmagan samaradorlik sharti qo'yildi.

Klinik-laborator ma'lumotlarini grafik shaklida qurish va ularning korrelyatsion bog'liqligini aniqlash asosida o'tkir xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarda yallig'lanish jarayoni kechishining og'irlik darajasini bashoratlash (DGU №17133, 20.05.2022 y.) va ushbu kasallikni jarrohlik davolash usullarini baholashni ishlab chiqdik (DGU №13905, 23.11.2021 y.).

Shu tariqa, biz kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitda yallig'lanish jarayonining og'irligini maxsus bashorat qilish imkoniyatini hisoblash va ushbu kasallikni davolashning jarrohlik usullarini baholash uchun maqbul modelni tanladik.

Ishlab chiqilgan matematik model dasturiy modullarning asosi bo'lib, bu kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini prognoztik baholashga imkon berdi. Ushbu baholash usuli bemorlarning asosiy guruhiga joriy etilgan bo'lib, ularning natijalari ushbu bobning keyingi qismida keltirilgan.

Kekxa va qari yoshdagi asosiy guruh o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini diagnostik baholash algoritmining klinik-laborator mezonlarini baholash ularning bashoratlash ahamiyatini aniqlash imkonini berdi.

O'tkir kalkulyoz xolesistitli kekxa va qari yoshdagi bemorlarning aksariyatida diagnostik test haqiqiy ijobiy natijani (72,1%) ko'rsatdi. O'tkir

kalkulyoz xolesistitning (55,7%) destruktiv shakllari bo'lgan bemorlarning aksariyatida ijobiy nisbat kuzatildi. Bemorlarning 26 foizida test soxta ijobiy natijani ko'rsatdi. 3 ta (2,9%) bemorda haqiqiy salbiy natijalar qayd etildi. Tadqiqotimizda soxta salbiy natijalar aniqlanmagan.

Shu tariqa, keksa va qari yoshdagi o'tkir kalkulyoz xolesistitli bemorlarda biz ishlab chiqqan dasturiy model asosida o't pufagi morfostrukturaviy o'zgarishlarini prognozlash natijalarining ishonchliligini baholash haqiqiy ijobiy natijalar ustuvorligini ko'rsatdi, ular biz aniqlagan maxsus diagnostik markerlar o'rtasida patogenetik munosabat borligini ko'rsatadi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash va kompleks jarrohlik davolashning turli usullari qiyosiy tahlil qilinganda prognotik indeksning progressiv o'sishi kuzatildi, bu patologik jarayon kechishini an'anaviy baholash tizimida bo'lgani kabi patologik namoyon bo'lish xususiyatlarining aynanligini ko'rsatadi. Ushbu tahlil asosida biz sezgirlik va o'ziga xoslikning daliliy belgilariga ko'ra ishlanmamizning diagnostik va prognotik samaradorligini baholadik.

Operatsiyagacha davrda bemorlarning nazorat guruhida keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistit kechishining og'irligini baholash an'anaviy usullarining prognotik qiymati 63,5% ni tashkil etdi. Shu bilan birga, biz ishlab chiqqan tashxislash va prognozlash usullari natijalarini baholash muqobildan 25,1% ga yuqori edi.

Shu tariqa, bemorlarning nazorat guruhida qo'llanadigan prognotik va diagnostik testlarning sezuvchanlik va o'ziga xoslik mezonlari qiyosiy baholash dasturimizning samaradorligi yuqori ekanligini ko'rsatdi. Bu, o'z navbatida, quyidagilar uchun biz ishlab chiqqan prognotik va tashxislash dasturlaridan foydalanish istiqbollarini ko'rsatadi: kasallikning og'irligini ob'ektiv baholash, optimal vaqt va jarrohlik usulini tanlash va operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish hamda o'limni kamaytirishga qaratilgan davolash va profilaktika choralarining oqilona profilaktik taktikasini aniqlash.

Umuman olganda, bemorlarning asosiy guruhida, keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini baholashning prognostik usullaridan foydalanish natijasida asoratlarni bemorlarning nazorat guruhiga nisbatan 14,3% ga kamaytirish imkoni tug'ildi. Bunda, diagrammada ko'rsatilgandek, barcha holatlarda va jarrohlik usullarida asoratlar kamaygan.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni kompleks jarrohlik davolash samaradorligini baholash va prognozlash bo'yicha biz ishlab chiqqan usullarni klinikaning amaliy faoliyatiga tatbiq etish natijasida, patologik jarayonning og'irligiga qarab, barcha o'rganilayotgan kichik guruhlar asoratlarni kamaytirishga erishildi. Masalan, o'tkir kalkulyoz xolesistitning yengil shaklida asoratlarni 2,6 baravar, kasallikning o'rtacha va og'ir shakllarida – 1,4 baravar kamaytirishga erishildi. Shu bilan birga, intraoperativ asoratlar ulushi 14,7% dan 10,6% gacha pasaydi, operatsiyadan keyingi asoratlar esa 28,4% dan 18,3% gacha kamaydi.

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda o'tkir kalkulyoz xolesistitni tashxislash algoritmi va kompleks xirurgik davolash samaradorligini prognostik baholash uchun ishlab chiqilgan mezonlardan foydalanish samaradorligini qiyosiy baholash ijobiy davolash natijalarini 14,3% ga oshirish, yotoq-kunlarni qariyb 2 baravarga kamaytirish, intraoperatsion va operatsiyadan keyingi asoratlar sonini mos ravishda 4,1% va 10,1% ga, shuningdek, o'lim holatlarini 5,1% ga tushirish imkonini berdi.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Абдуламатов Х.К. Современные методы диагностики и лечения острого холецистита и их отдаленные результаты (обзор литературы) // Медицинский алфавит. – 2015. – Т.3. – №14. – С.34-40.
2. Абдуламатов Х.К., Ермолов А.С. Отдаленные результаты видеолапароскопической холецистэктомии при остром холецистите: научное издание // Вестник экстренной медицины. - Ташкент. - 2014. - №1. - С.126
3. Абдусаматов А. У. Миниинвазивные хирургические вмешательства при остром холецистите [Электронный ресурс]: научное издание // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований: ежеквартальный научно-практический журнал. СамГМИ. – Самарканд. - 2021. - №2. - С.886-887
4. Абидов У.У. Результаты этапного лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений: научное издание // Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. – Ташкент. - 2018. - №1. - С.33-34
5. Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М. Мини-доступ у пожилых больных острым калькулезным холециститом: научное издание // Материалы XXII международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии". – Ташкент. - 2015. - С. 201
6. Абобакиров Д. М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М. Эндотоксикоз и полиорганная недостаточность у пожилых больных острым калькулезным холециститом: научное издание // Материалы XXII международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии". – Ташкент. - 2015. - С. 201-202

7. Агзамова М.Н., Тухтамурадов З.З. Послеоперационное нагноение ран при остром холецистите и пути их профилактики: научное издание // Новый день в медицине. – Ташкент. - 2013. - Том 4. - №4. - С. 37-39.
8. Аймагамбетов М.Ж., Абдрахманов С.Т., Булегенов Т.А., Омаров Н.Б., Носо Й., Ауенов М.А., Асылбеков Е.М. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы // Наука и Здравоохранение. - 2019. - Т.21. - №3. - С.54-67.
9. Аксенов И.В., Оноприев А.В., Шейранов Н.С. Эндоскопическая холецистэктомия при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - №3. - С.60-64
10. Алексеев А.М. Обоснование тактики лечения больных острым холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // ГОУВПО "Кемеровская государственная медицинская академия". - Кемерово. - 2012. - 154 с.
11. Алижанов А. А., Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б. 20-летний опыт лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом в Наманганском филиале РНЦЭМП // Вестник экстренной медицины: Научно-практический журнал. Издательский дом "Ozbekiston". - Ташкент. - 2021. - Том 14.- №4. - С. 52-56
12. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2014. - №1. - С. 30-33
13. Асланов А.М. Возрастные и гендерные особенности свободно-радикального окисления и гормональной регуляции у больных острой и хронической формой желчнокаменной болезни: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Ростовский государственный медицинский университет. - Ростов-на-Дону. - 2017.

14. Атаджанов Ш.К. Лапароскопическая холецистэктомия и магнитолазерная терапия в лечении хронического и острого калькулезного холецистита: Дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / Науч. Центр хирургии им. В.Вахидова. - Т. - 1999. - 161 с.
15. Бабакаланов Ш. И., Умаров И. К. Лечебно-диагностическая стандартизация хронического и острого калькулёзного холецистита: научное издание // Хирургия Узбекистана. - Ташкент. - 2009. - №3. - С.16
16. Балаян А.З. Клинические особенности острого холецистита у пожилых (по данным медицинского центра "Ереван") // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - №6 (130). - С.60-64.
17. Балаян Г.З., Гомцяи Г.А., Малхасян С.В., Галумян К.С., Балаян А.А. Эффективность различных методов визуализации в диагностике калькулезного холецистита у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском // ЭиКГ. - 2017. - №4 (140). - С.23-27
18. Балаян Г.З. Особенности клинической картины и течения острого холецистита в зависимости от возраста пациентов // Клиническая медицина. - 2016. - Т. 94. - № 2. - С.133-137.
19. Башилов В.П., Василенко О.Ю., Харламов Б.В. Дифференцированный подход к выбору метода лечения острого калькулезного холецистита у пациентов старшей возрастной группы // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2011. - № 4.- С.19-23.
20. Бауткин А.В., Черкасов М.Ф., Елеев А.А. Проблема интра- и послеоперационных осложнений при лечении острого калькулезного холецистита и способы их профилактики // Медицинский вестник Юга России. - 2012. - №3. - С.17-21
21. Бекешкызы А.Б., Гладинец М.М., Байтуякова А.О., Кирымбаева А.Ә., Байсеитова М.Е., Масалов А.Е. Холедохотомия в экстренной неотложной абдоминальной хирургии внепеченочных желчных путей // Наука и здравоохранение. - 2014. - №1. - С.14-19

22. Беловолова Е.В., Возлюбленный Е.И., Рыжик Р.В., Возлюбленный Д.Е., Беловолова Р.А. Особенности ультразвуковой диагностики различных форм острого калькулезного холецистита, микробной контаминации и реакции периферической крови // Медицинский вестник Юга России. - 2012. - №3. – С. 40-43
23. Безручко Н. В., Васильков В. Г., Рубцов Г. К. Критерии клинико-биохимической оценки эндогенной интоксикации при остром и хроническом холецистите // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. - 2012. - №29. – С.17-20
24. Богданова Ю.А., Зарипова Г.Р., Катаев В.А., Галимов О.В. Современные модели экспертных медицинских систем в прогнозировании операционного риска при наиболее распространенных интраабдоминальных вмешательствах (обзор) // Медицинский альманах. - 2017. - №1 (46). – С.9-12
25. Бордин Д.С. Рекомендации научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 4. – С. 114-122.
26. Бородач В. А., Штофин С. Г., Бобохидзе Д.Н., Черепанов В. Г. Хирургическое лечение деструктивных форм острого холецистита у больных старше 80 лет: научное издание // Анналы хирургической гепатологии. - М. - 2013. - Том 18. - №4. - С. 78-82.
27. Булдакова Т. И., Екимова Н. В., Игнатьева Е. В., Лифшиц В. Б., Суятинов С. И. Прогнозирование развития желчнокаменной болезни // ВНМТ. - 2009. - №3. – С.56-59
28. Булешов М. А. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 4. - С. 180-184
29. Бурибаев Д. Г. Использование эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы

организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. - 2017. – Том X. - №4. - С. 113-114

30. Васильков В. Г., Безручко Н. В., Рубцов Г. К., Ганяева Н. Б., Осинькин Д. В. Клинико-биохимическая оценка эндотоксикоза при остром и хроническом холецистите в раннем послеоперационном периоде // Вестник интенсивной терапии. - 2012. - № 6. - С.37-39.

31. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины. - 2016. - №3 (29). - С. 31-35

32. Величко Е.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В. Использование веерообразного лапаролифта при оперативном лечении деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Врач-аспирант. - 2015. - Т.68. - №1. - С.191-199.

33. Величко А. В., Дундаров З. А., Лин В.В Клинико-морфологические предпосылки рациональной хирургической тактики лечения больных с острым холециститом // Проблемы здоровья и экологии. - 2009. - №1 (19). – С.67-69

34. Величко Е. А., Некрасов А. Ю., Истомин Н. П., Сергеев А. В. Алгоритм выбора метода хирургического лечения больных острым холециститом с повышенным операционно-анестезиологическим риском // Тихоокеанский медицинский журн. - 2016. - №1. - С.26–28.

35. Вerveкина Т. А. Патоморфология деструктивного холецистита // Вестник экстренной медицины. - 2009. - №4.- С.89-90

36. Вerveкина Т.А., Магруппов Б.А., Убайдуллаева В. У Взаимосвязь морфологических изменений структуры желчного пузыря и медиаторов воспаления при деструктивных формах холецистита // Вестник экстренной медицины. - 2015. - №3. - С.17-25.

37. Винник Ю.С., Серова Е.В. ПЦР-диагностика анаэробной микробиоты при остром калькулезном холецистите // Проблемы медицинской микологии. - СПб. - 2012. - Том 14. - №2. - С. 74

38. Винник Ю. С., Сергеева Е. В., Пахомова Р. А. Значение микробного фактора в развитии острого калькулезного холецистита // Новости хирургии. - 2012. - Т. 2. - № 2. - С.20–24

39. Гаджиев Дж. Н., Гаджиев Н. Дж., Гасимова Ш. Х. Антимикробные пептиды и цитокины при остром калькулезном холецистите: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова: научно-практический рецензируемый журнал / Институт хирургии им. А. В. Вишневского. - М. : Издательство Медиа Сфера. - 2018. - № 10. - С. 51-54

40. Гаджиев Дж. Н., Гаджиев Н. Дж., Мамедова З. Б. Особенности цитокинемии при различных вариантах синдрома системной воспалительной реакции у больных с острым калькулезным холециститом: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2017. - №10. - С. 61-64.

41. Гаджиев Дж. Н. Роль сывороточных цитокинов и липоперекисных метаболитов в патогенезе синдрома системной воспалительной реакции при остром калькулезном холецистите: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» // Вестник экстренной медицины. - Ташкент. - 2017. - Том X. - №4. - С. 52-53

42. Гамидова Н.А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, протекающим на фоне сопутствующих заболеваний // Вестник экстренной медицины. - 2020. - Т. 13. - № 1-2. - С. 23-32.

43. Гамирова Н. А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, протекающим на фоне сопутствующих заболеваний: научное

издание // Вестник экстренной медицины: Научно-практический журнал / Основан в 2008 году. - Ташкент: Издательский дом "Ozbekiston". - 2020. - Том 13. - №1-2. - С. 23-32

44. Глушков Н.И., Скородумов А.В., Кветный М.Б., Андрусенко А.В., Аминов Д.Х. Роль пункционно-дренирующих вмешательств в лечении острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Скорая медицинская помощь. - 2016. - Т. 17. - №1. - С.73-76.

45. Горохов С.В., Сергеев О.Е. Анализ послеоперационных осложнений у больных с деструктивными формами острого холецистита // Бюллетень медицинских интернет - конференций. - 2020. - №3. - С.123

46. Дадаев Ш. А. Принципы и обоснование лечебной тактики при остром калькулезном холецистите: Материалы XXII Республиканской научно-практической конференции "Вахидовские чтения-2017" "Новое в хирургии" // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. - 2017. - Том 75. - №3. - С. 19-20

47. Данзанов Б.С., Цырендоржиев Д. Д., Хитрихеев В.Е., Бальхаев М. И. Цитокины как маркеры воспалительного и компенсаторного процессов при различных формах острого калькулезного холецистита // Acta Biomedica Scientifica. - 2009. - №3. - С.89-92

48. Дергунов Д.В., Марковская В.В., Стоянов Г.А., Каминская Я.П., Ручейкин Н.Ю., Цеймах Е.А. Результаты и тактика ведения больных калькулезным холециститом старше 80 лет//Молодежный инновационный вестник. - 2018. - Т. 7. - №S1. - С.20-21.

49. Дзыгал А.Ф. Методика диагностического поиска у больных циррозом печени и сопутствующим развитием острого холецистита: научное издание // Материалы XXII международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии". – Ташкент. - 2015. - С. 154

50. Дибиров М.Д. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом

и механической желтухой: обзор // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского. - М. - 2017. - Том 6. - №2. - С. 145-148.

51. Долимов К.С. Клинико-морфологические параллели при остром холецистите: научное издание // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент. - 2016. - Том 84. - №3. - С. 82-83.

52. Ермолов А.С., Гуляев А.А. Миниинвазивные технологии в лечении острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2014. - №8. - С. 4-8.

53. Ермолов А. С., Иванов П. А. Тактика лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2014. - №1. - С. 10-14.

54. Жансенгиров А.С. Сравнительный анализ результатов различных вариантов холецистэктомии при остром холецистите, осложненном перивезикальным инфильтратом // Гигиена труда и медицинская экология. - 2015. - Т. 46. - № 1. - С.70–77.

55. Звягинцев В.В. Экспертная система прогнозирования сложности лапароскопической холецистэктомии // Медицинский альманах. - 2014. - Т. 3. - №33. - С.129-135.

56. Ибрагимов Т.Р., Мамедов А.Р., Мустафаев Р.Д. Комплексное лечение острого холецистита с использованием лазерных технологий больных пожилого возраста // Вестник хирургии Казахстана. - 2018. - № 4 (57). - С. 21-24.

57. Инамов О. Я. Значение малоинвазивной эндохирургии при лечении острого калькулезного холецистита: научное издание // Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. - Ташкент. - 2018. - №1. - С.45

58. Кабанов М. Ю., Притула А. Е. Описторхозный холецистит и его хирургическое лечение у лиц пожилого и старческого возраста: научное

издание // Анналы хирургической гепатологии. - М. - 2013. - Том 18. - №2. - С.69-74.

59. Камышников В. С. Клинико-лабораторная диагностика заболеваний печени. 3-е изд. Москва: МЕД пресс-информ. - 2019. - 96 с

60. Капшитарь А.В. Минидоступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте // Украинский журнал хирургии. - 2014. - №2. - С.99-102

61. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш. Альтернативные малоинвазивные вмешательства в лечении больных с высоким операционным риском при остром холецистите // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент. - 2011. - №3. - С. 2-6

62. Касымов Д.А. Возможности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите: Дисс. канд. мед. наук: 14.00.27 / 2-й Ташк.гос.мед.ин-т. - Т. - 2001. - 139 с

63. Кит О.И. Первичная меланома желчного пузыря, манифестированная острым холециститом. Описание единичного случая: научное издание // Вопросы онкологии. - СПб. - 2018. - Том 64. - №2. - С. 253-255.

64. Копылов В.В. Выбор оптимальной шкалы прогнозирования исхода холецистэктомии у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // БМИК. - 2014. - №3. - С.45-47

65. Коркин А.Л., Угорелова Е.А., Грибачева А.В. Диагностическое значение лабораторных показателей холестаза и ферментативного профиля трансаминаз для оценки степени бактериохолии у пациентов с заболеваниями желчных путей // Вестник СурГУ. Медицина. - 2016. - №(4). - С.26-29.

66. Корневский Н.А. Прогнозирование, ранняя диагностика и оценка степени тяжести острого холецистита на основе нечеткой логики принятия решений // Вестник Воронежского Государственного технического университета. - 2009. - Т.5. - № 11. - С.150-152.

67. 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. - Т. 20. - № 2. - С.148–167.

68. Кричмар А.М. Прогнозирование релапаротомии при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2015. - Т.17. - № 5(3). - С.803-809.

69. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Вестник науки и образования. - 2020. - №13-3 (91). - С.70-74.

70. Курбанов Р.И. Особенности течения и тактика хирургического лечения острого калькулезного холецистита у геронтологических больных на фоне сахарного диабета и ожирения: Дис. кандидата медицинских наук // ГОУВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет". - Москва. - 2011

71. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2014. - №2. - С.16-18.

72. Лазаренко В.А., Горшунова Н.К., Григорьев Н.Н., Шумаков П.В. Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - Т.5. - № 2. - С. 273-276.

73. Лещенко И.Г., Александров И.К., Каплан Б.И., Макушина Е.М., Кречко Н.А. Малоинвазивные симультанные операции у пожилых пациентов с хроническим калькулезным холециститом // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2014. - Т.9. - № 4. -С. 23-27.

74. Лещенко И.Г., Качанов В.А., Половков А.С., Дьяков Г.В., Сергейчев А.К., Катасонов М.В., Павлов А.Н., Бахитов Р.А. К вопросу о

тактике лечения больных пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холециститом // Тольяттинский медицинский консилиум. - 2014. - №1-2. - С.22-30.

75. Луцевич О.Э., Урбанович А.С., Амирханов А.А. Послеоперационные осложнения при остром холецистите и его осложненных формах у больных пожилого и старческого возраста // Московский хирургический журнал. - 2012. - №6(28). - С.17-23.

76. Майоров М.М., Дряженков И.Г. Механическая желтуха калькулезной этиологии: Патогенез, осложнения и лечебная тактика // Клиническая медицина. - 2012. - №5. - С.90-92

77. Мартинш Ч.Т. Хирургическая тактика при нарушении проходимости внепеченочных желчных протоков на фоне деструктивного холецистита у больных пожилого и старческого возраста: Автореферат дис. кандидата медицинских наук // Ярославская государственная медицинская академия. - Ярославль. - 2010. - 25 с.

78. Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р. Возможности неотложных лапароскопических холецистэктомий у лиц старших возрастных групп // Вестник Педагогического университета. -2014. - №5(60). - С.152-156.

79. Махмадов Ф.И., Мирбегиёв Дж., Каримов П.Ш., Махмадёрёв Х.Ш. Результаты неотложной лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском // Вестник Авиценны. - 2019. - №1. – С.121-127

80. Маликов Ю.Р. Результаты лапароскопии при хирургическом лечении острого калькулезного холецистита: Материалы XXII Республиканской научно-практической конференции "Вахидовские чтения-2017" "Новое в хирургии" // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. - 2017. - Том 75. - №3. - С.30-31

81. Михайленко К.А., Улитина Н.Н., Федичева Н.А. Изменения биохимических показателей у больных, страдающих острым калькулезным

холециститом // Современная медицина: актуальные вопросы. - 2017. - №3. - С.109-116

82. Мурадян А.А. Влияние полиморфизмов генов CYP2D9 на клиническую эффективность трамадола и кеторолака при использовании протокола ускоренного восстановления у пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию: научное издание // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского: научно-практический рецензируемый журнал // Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы, научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы. - Москва: АО "ВПК "НПО машиностроения". - 2020. - Том 9. - № 3. - С. 391-399

83. Никитин И.Г., Волнухин А.В. Желчнокаменная болезнь: эпидемиологические данные, ключевые аспекты патогенеза и коморбидности, актуальные терапевтические мишени. РМЖ. Медицинское обозрение. - 2020. - №4(5). - С.290–296.

84. Нишанов Ф. Н., Абдуллажонов Б. Р. Пути улучшения результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита: научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент. - 2015. - №3. - С. 127-131.

85. Нишанов Ф. Н., Абдуллажанов Б. Р., Рахманов Б. Б. Нерешенные проблемы и пути улучшения результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита: научное издание // Журнал теоретической и клинической медицины: научно-практический медицинский журнал / Академия наук Республики Узбекистан. - Ташкент: Институт иммунологии АН РУз. - 2020. - № 4. - С. 75-77

86. Нишонов Х.Т. Тактика лечения деструктивных форм острого холецистита: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и

травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. - 2017. - Том X. - №4. - С. 60

87. Норов А. Х., Рахматуллаев Р., Курбонов Дж М., Расулов Н. И. Лапароскопическая холецистэктомия острого калькулёзного холецистита в пожилом и старческом возрасте // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2012. - №1. – С.23-28

88. Норов А.Х. Оптимизация методов хирургического лечения острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста: Автореферат дис. кандидата медицинских наук // Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино. - Душанбе. - 2012.- 24 с.

89. Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на догоспитальном этапе: Материалы 15-й Республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Современные принципы и перспективы развития догоспитального звена экстренной медицинской помощи" // Вестник экстренной медицины: Научно-практический журнал. Издательский дом "Ozbekiston". - Ташкент - 2019. - Том 12. - №3. - С. 72-73

90. Оморов Р.А., Токтосунов А. Оперативное лечение острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста //Медицина Кыргызстана. - 2013. - № 6. - С. 51-52.

91. Орешкин А.Ю., Быков А. В. Атипичное течение острого деструктивного холецистита // Вестник Вол ГМУ. - 2011. - №3(39). - С. 45-47

92. Оразалиев Г. Б., Оразалиев Б. Х. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия при лечении острого холецистита. Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: роль и место миниинвазивных технологий в экстренной медицине" // Вестник экстренной медицины : Научно-практический журнал / Основан в 2008 году. Издательский дом "Ozbekiston". - Ташкент - 2021. - Том 14. - №2. - С.48-49

93. Осипов А.В. Одноэтапное хирургическое лечение холецистохоледохолитиаза, осложненного острым холангитом, у пациентки во втором триместре беременности: научное издание // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - СПб. - 2018. - Том 117. - №5. - С. 117-118

94. Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Осумбеков Р.Б. Чрескожные малоинвазивные вмешательства при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском: научное издание // Материалы XXII международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии". – Ташкент. - 2015. - С. 177-178

95. Панин С.И. Сравнительная эффективность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова: научно-практический рецензируемый журнал // Институт хирургии им. А. В. Вишневского. Издательство Медиа Сфера. - Москва - 2021. - № 9. - С. 40-47

96. Пантелеева И.С. Хирургическое лечение острого деструктивного калькулезного холецистита из минилапаротомного доступа: дис.канд. мед.наук. - М. - 2014. - 102 с.

97. Петров В.С., Тобохов А.В., Николаев В.Н. Особенности и технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. Серия «Медицинские науки». - 2016. - №3(04). – С.74-76.

98. Поздеев О.К., Валеева Ю.В., Поздеева А.О. Микрофлора желчевыводящих путей больных некалькулезным холециститом // Мед. альманах. Эпидемиология. - 2011. - № 4. - Т.17. - С.133–136.

99. Попик М.П., Новосад А.Н., Проценко Е.С. Морфологические особенности микроциркуляторного русла в зоне перипузырного инфильтрата у пациентов с осложненным острым деструктивным холециститом // Вісник проблем біології і медицини. - 2013. – Вип. 4. -Том 2 (105). - С. 209-213.

100. Расулова М.И. Ўткир холецистит (холецистохолангит): научное издание // Ozbekiston umumiy amaliyot vrachlari axborotnomasi. - Ташкент. - 2018. - №1. - С. 27-29

101. Рахманов Б.Б. Пути улучшения результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита [Электронный ресурс]: научное издание. - Электрон. журн. // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований: ежеквартальный научно-практический журнал. - Самарканд: СамГМИ. - 2021. - №2. - С. 944-945

102. Рахманова Б.Б. Критерии УЗИ в определении сроков операции при остром калькулезном холецистите [Электронный ресурс]: научное издание. - Электрон. журн. // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований: ежеквартальный научно-практический журнал. - Самарканд: СамГМИ. - 2021. - №2. - С.943-944

103. Рамазанова А.Р. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных старше 60 лет: Автореферат дис. кандидата медицинских наук // Российский университет дружбы народов (РУДН). - Москва. - 2012.- 23 с.

104. Рахматуллаев Р., Норов А.Х., Курбонов Дж.М., Джононов Б.Б., Хамроев У.М. Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик // Вестник Авиценны. - 2011. - №4. – С.29-34

105. Рогаль М. Л., Новиков С. В. Выбор тактики хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2018. - №4. - С. 41-45.

106. Рыбачков В. В., Гужков О. Н., Дубровина Д. Е., Прохоцкий А. Н. Отдаленные результаты холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста: научное издание // Клиническая геронтология. - М. - 2015. - Том 21. - №3-4. - С. 52-54.

107. Сажин А.В., Мосин С.В. Возможности применения чрескожных вмешательств по УЗИ-контролем при лечении острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста: XIX Международная Научно-практическая конференция "Пожилой больной. Качество жизни" // Клиническая геронтология. - М. - 2014. - Том 20. - №9. - С.14-105

108. Сексенбаева Г.Д. Лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: научное издание // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент. -2010. - №6. - С. 30-32.

109. Султанбаев Ш.А., Нарзуллаев Ш.Ш., Махмудов С.Б. Мириззи синдроми билан асоратланган ўткир холециститларда хирургик тактика [Электронный ресурс]: научное издание. Электрон. журн. // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований: ежеквартальный научно-практический журнал. - Самарканд: СамГМИ. - 2021. - №2. - С.1002

110. Совцов С. А., Прилепина Е. В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М. - 2015. - №2. - С. 50-55.

111. Совцов С. А., Прилепина Е. В., Ионин М. А. Минилапаротомная холецистостомия при остром холецистите у пациентов старческого возраста: научное издание // Анналы хирургической гепатологии. - М. - 2014. - Том 19. - №1. - С. 68-74.

112. Совцов С. А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н. Н. Пирогова. - М. - 2013. - №12. - С. 18-23.

113. Стойко Ю. М., Ветшев П. С. Дискуссия по материалам статьи "Холецистостомия при остром холецистите" научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова: научно-практический рецензируемый журнал // Институт хирургии им. А. В. Вишневского. - Москва: Издательство Медиа Сфера. - 2021. - № 4. - С. 98-99

114. Стяжкина С.Н., Валинуров А.А., Шабардин А.М., Аюпов А.И. Хронический калькулезный холецистит - актуальное социально-

экономическое заболевание // Здоровье и образование в XXI веке. -2016. - №2. - С.99-101

115. Тешаев О.Р., Мадаминов Р.М., Бабажонов А.Б. Эндовизуальная хирургия при лечении острого холецистита: научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - Ташкент. - 2017. - №3. - С.73-75.

116. Тимербулатов М.В. Хирургическое лечение больных с острым холециститом: научное издание // Анналы хирургии. - М. - 2017. - Том 22. - №1. - С. 16-20.

117. Тигиев С.В. Лечение малоинвазивными методами острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста: Автореферат дис. кандидата медицинских наук // Кабардино - Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. Нальчик. - 2011. - 26 с.

118. Тоидзе В.В., Акимов В.П., Крикунов Д.Ю. Единый лапароскопический доступ как вариант выбора при остром холецистите//Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2018. - № 1. - С.65-66.

119. Токтосунов А.С. Оперативное лечение острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Молодой ученый. - 2016. - №2(106). - С.393-394.

120. Токтосунов А.С., Мусаев У.С. Результаты оперативного лечения хронического калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии Казахстана. - 2013. - №2(34). -С.8-10.

121. Турбин М.В. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 5. – С.58.

122. Усаров Т.А. Применение лапароскопической технологии в лечении острого калькулезного холецистита: Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: роль и место

миниинвазивных технологий в экстренной медицине" // Вестник экстренной медицины: Научно-практический журнал. Издательский дом "Ozbekiston". - Ташкент. - 2021. - Том 14. - № 2. - С. 63-64

123. Усмонов У. Д., Нишанов Ф. Н. Коррекция эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности у пожилых больных острым калькулёзным холециститом: научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент. - 2015. - №4. - С. 276-283.

124. Усмонов У. Д., Нишанов Ф. Н. Минилапаротомный доступ у пожилых больных с острым калькулёзным холециститом: научное издание // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент. - 2015. - №4. - С. 283-288.

125. Уроков Ш.Т., Хамроев Х.Н. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы) // Достижения науки и образования. - 2018. - №12 (34). - С.45-46

126. Филиппова О.В., Зимарин Г.И., Буточникова Н.П. Экономичность применения генериков цефотаксима в комплексной терапии острого холецистита: научное издание // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. – М. - 2008. - №1. - С. 168

127. Филиппова А.Ю. Диагностика прогрессирования фиброза печени у больных с неалкогольным стеатогепатитом в сочетании с ожирением и хроническим калькулезным холециститом // Медичні перспективи. - 2020. - №1. – С.101-104

128. Феклюнин А.А. Хирургическая тактика при хроническом калькулезном холецистите у пациентов пожилого и старческого возрастов: Автореферат дис. кандидата медицинских наук. - СПб. - 2009.- 25 с.

129. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста//Вестник экстренной медицины. - 2010. - № 4. - С. 94-98.

130. Хамдамов Б.З. Дифференцированный подход к хирургическому лечению острого калькулёзного холецистита, осложненного гнойным

холангитом: научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентская Медицинская Академия. Ташкентская Медицинская Академия. - Ташкент: - 2021. - № 4. - С. 169-171

131. Ходжибаев А.М., Эрметов А.Т., Юсуфбеков Д.А. Минилапаротомия и лапароскопические операции в лечении деструктивных форм острых холециститов у лиц пожилого и старческого возраста: Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: роль и место миниинвазивных технологий в экстренной медицине" // Вестник экстренной медицины : Научно-практический журнал. Издательский дом "Ozbekiston". - Ташкент - 2021. - Том 14. - № 2. - С. 83

132. Ходжибаев А.М., Давлетов Б.Т., Юлдашев Э.Р. Малоинвазивные вмешательства у больных с острым деструктивным холециститом пожилого и старческого возраста: научное издание // Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. - Ташкент. - 2018. - №1. - С. 86

133. Хлебников Н.И. Опыт выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа при остром холецистите, осложненном околопузырным инфильтратом // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. 4. – №. 3. – С. 450-455.

134. Чайка Л. Д., Якубовский С. В., Алексеева А. А. Структурные изменения ткани печени и поджелудочной железы в условиях острого деструктивного холецистита [Электронный ресурс] // Строение организма человека и животных в норме, патологии и эксперименте : сб. науч. работ, посвящ. 85-летию со дня рождения проф. А.С. Леонтьюка // М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус.гос. мед. ун-т, Каф. гистологии, цитологии и эмбриологии; под ред. Т. М. Студеникиной, И. А. Мельникова, В. С. Гайдука. БГМУ. - Минск -2017. - С. 193-197.

135. Черкасов М.Ф., Кузьменко В.Л. Возможность прогнозирования отдаленных результатов холецистэктомии // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 3. - С.178

136. Шамирзаев Б. Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. - 2017. - Том X. - №4. - С.108

137. Шамирзаев Б.Н., Ачилов Ш.Д. Анализ сравнительных результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом: научное издание // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. - 2014. - №1. - С.127

138. Шамирзаев Б. Н., Ачилов Ш. Д., Грачев И. В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите с применением плазменного скальпеля: научное издание // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. -2008. - №3. - С. 63-64

139. Шербатых А.В., Большещапов А.А., Шмаков Д.А. К вопросу о хирургическом доступе при оперативном лечении острого холецистита // Сибирский медицинский журн. - 2015. - № 3. - С. 9-14

140. Шевелев А.А., Белобородов В.А., Кожевников М.А., Дертышников Е.Г., Стрекаловский Б.А. Анализ осложнений и летальности при деструктивных формах острого калькулезного холецистита//В сборнике: Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека. Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. - 2019. - С. 69-70.

141. Шейранов Н.С., Оноприев А.В. Оптимизация техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2014. - №3 (35). - С.43-49.

142. Шуляковская А.С. Острый акалькулезный холецистит после эндоваскулярных вмешательств на сердце и аорте // Вестник СМУС74. - 2019. - №4 (27).

143. Шихрагимов М. И., Лозовская Н.А., Мирзабекова О.В. Лактоферрин в диагностике латентных форм острого холецистита// Авиценна. - 2017. - №4. - С.3

144. Ширинов З.Т. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого возраста с острым деструктивным калькулезным холециститом // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова: научно-практический рецензируемый журнал / Институт хирургии им. А. В. Вишневского. – Москва. - 2021. - №6. - С. 24-29

145. Эргашев У.Ю., Прохорова И.П. Хирургическое лечение острого холецистита: научное издание // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент. - 2010. - №1. - С. 24-26

146. Эргашев У.Ю., Джуманиязов Д.Ф., Сабуров А.Я. Возможности минидоступа в хирургии острого холецистита: научное издание // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. - 2012. - №3. - С. 97-98

147. Эргашев У.Ю., Прохорова И.П., Отажонов Ж.Х., Сабуров А.Я. Эффективность минилапаротомии при хирургическом лечении острого холецистита: научное издание // Хирургия Узбекистана. – Ташкент. - 2008. - №3. - С. 65-66

148. Эргашев У.Ш., Исаков П.А., Сафаров Ф.А. Результаты использования минидоступов в хирургическом лечении острого холецистита: материалы XXII Республиканской научно-практической конференции "Вахидовские чтения-2017" "Новое в хирургии" // Хирургия Узбекистана. - Ташкент. - 2017. - Том 75. - №3. - С. 74-75

149. Ярославцев М.И., Беляк М.А., Морозов А.М. Особенности диагностики острого холецистита // В сборнике: Фундаментальная наука в современной медицине 2020. Материалы сателлитной научно-практической

конференции студентов и молодых ученых. Под редакцией А.В. Сикорского, В.Я. Хрыщановича, Т.В. Горлачевой, Ф.И. Висмонта. - 2020. - С.165-168.

150. Ahn C., Kim W., Lim T.H., Cho Y., Choi K.S., Jang B.H. The delta neutrophil index (DNI) as a prognostic marker for mortality in adults with sepsis: A systematic review and meta-analysis // *Sci. Rep.* - 2018. - N8. - P.6621.

151. Barakat M.T., Mithal A., Huang R.J., Sehgal A., Sehgal A., Singh G., Banerjee S. Recent Trends and the Impact of the Affordable Care Act on Emergency Department Visits and Hospitalizations for Gastrointestinal, Pancreatic and Liver Diseases // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2020. - N54. - P.21–29

152. Beliaev A.M., Angelo N., Booth M., Bergin C. Evaluation of neutrophil-to-lymphocyte ratio as a potential biomarker for acute cholecystitis // *J Surg Res.* - 2017. - N209. - P.93

153. Bhandari T.R., Shahi S., Bhandari R., Poudel R. Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly: An Experience at a Tertiary Care Hospital in Western Nepal. // *Surg Res Pract.* – 2017. - N8. – P.204-578

154. Blohm M., Österberg J., Sandblom G. The Sooner, the Better? The Importance of Optimal Timing of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Data from the National Swedish Registry for Gallstone Surgery, GallRiks // *J GastrointestSurg.* - 2017. - N21. - P.33-40

155. Caglià P., Costa S., Tracia A., Veroux M., Luca S., Zappulla E., Russo V., Lucifora B., Borzì L., Patanè G., Trovato S., Amodeo C. Can laparoscopic cholecystectomy be safely performed in the elderly? // *Ann Ital Chir.* – 2012. - N83(1). - P.21-24.

156. Cao A.M., Eslick G.D., Cox M.R. Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acute cholecystitis: a meta-analysis of case-control studies // *Surg Endosc.* – 2016. - N30. - P.1172–1182.

157. Choi J.H., Bang C.S., Lee J.J., Baik G.H. Delta neutrophil index as a predictor of disease severity, surgical outcomes, and mortality rates in gastrointestinal diseases: Rationale for a meta-analysis of diagnostic test accuracy // *Medicine.* – 2019. - N98. - P.17059.

158. de Mestral C., Rotstein O.D., Laupacis A. A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy //J Trauma Acute Care Surg. - 2013. -N74. - P.26–31
159. de'Angelis N., Catena F., Memeo R., Coccolini F., Martínez-Pérez A., Romeo O.M. WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. //World J Emerg Surg. - 2021. -N16(1). - P.30.
160. Ekici U., Yılmaz S., Tatlı F. Comparative Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Performed in the Elderly and Younger Patients: Should We Abstain from Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly? //Cureus. - 2018. - N10(6). - P.2888
161. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones //J Hepatol. - 2016. - N65(1). - P.146–181.
162. Fracanzani A.L., Valenti L., Russello M. Gallstone disease is associated with more severe liver damage in patients with non-alcoholic fatty liver disease //PLoS ONE. – 2012. - N7(7). - P.41183
163. Gandhi K., Du Plessis R., Klopper J., Kloppers C. Percutaneous Cholecystostomy Placement in Cases of Non-operative Cholecystitis: A Retrospective Cohort Analysis //World J Surg. - 2020 Dec. - N.44(12). -P.4077-4085
164. Goh J.C., Tan J.K., Lim J.W. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion // Minerva Chir. - 2017. - N72. - P.455–463.
165. Guarino M.P.L., Cocca S., Altomare A. Ursodeoxycholic acid therapy in gallbladder disease, a story not yet completed. //World J Gastroenterol. - 2013. - N19(31). - P.5029–5034.
166. Gupta V., Gupta A., Yadav T.D., Mittal B.R., Kochhar R. Post-cholecystectomy acute injury: What can go wrong? // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. - 2019.- N(2). - P.138-144.

167. Gutt C., Schläfer S., Lammert F. The treatment of gallstone disease. // *Dtsch Arztebl Int.* - 2020. - N.117(9). - P.148–158
168. Handra-Luca A., Ben Romdhane H.M., Hong S.M. Luschka Ducts of the Gallbladder in Adults: Case Series Report and Review of the Medical Literature. *Int J Surg Pathol.* - 2020. - N(5). - P.482-489.
169. Harbord R.M., Whiting P. Metandi: Meta-analysis of diagnostic accuracy using hierarchical logistic regression // *Stata J.* – 2009. - N9. -P.211–229.
170. Hernandez M.C., Madbak F., Parikh K., Crandall M. GI Surgical Emergencies: Scope and Burden of Disease // *J. Gastrointest. Surg.* -2019. -N23. - P.827–836.
171. Higuchi R., Takada T., Strasberg S.M. TG13 miscellaneous etiology of cholangitis and cholecystitis. // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* – 2013. - N(1). - P.97-105
172. Jeong H.M., Bang C.S., Lee J.J., Baik G.H. Delta Neutrophil Index for the Prediction of Prognosis in Acute Gastrointestinal Diseases; Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. // *J Clin Med.* – 2020. - N9(4). - P.1133.
173. Kamarajah S.K., Karri S., Bundred J.R., Evans R.P.T, Lin A., Kew T., Ekeozor C., Powell S.L., Singh P., Griffiths E.A. Perioperative outcomes after laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. // *Surg Endosc.* – 2020. - N 34(11). - P.4727-4740
174. Kang H.S., Cha Y.S., Park K.H., Hwang S.O. Delta neutrophil index as a promising prognostic marker of emergent surgical intervention for acute diverticulitis in the emergency department // *PLoS ONE.* – 2017. -N12. - P.187-629
175. Kim T.Y., Kim S.J., Kim Y.S., Lee J.W., Park E.J., Lee S.J., Lee K.J., Cha Y.S. Delta neutrophil index as an early predictive marker of severe acute pancreatitis in the emergency department // *United Eur. Gastroenterol. J.* – 2019. - N7. - P.488–495.
176. Kocaöz S., Turan G. Preneoplastic and neoplastic gallbladder lesions detected after cholecystectomy // *Prz Gastroenterol.* - 2019. - N14(3). - P.193-197.

177. Lee S.I., Na B.G., Yoo Y.S., Mun S.P., Choi N.K. Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients. //Ann. Surg. Treat. Res. - 2015. - N88. - P.145–151.
178. Lee S.J., Park E.J., Lee K.J., Cha Y.S. The delta neutrophil index is an early predictive marker of severe acute cholecystitis //Dig Liver Dis. - 2019 - N51(11). - P.1593-1598.
179. Li M., Tao Y., Shen S., Song L., Suo T., Liu H., Wang Y., Zhang D., Ni X., Liu H. Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous abdominal biliary tract operations //Surg Endosc. - 2020. - N34(4). - P.1551-1560
180. Ling M.R., Chapple I.L., Creese A.J., Matthews J.B. Effects of C-reactive protein on the neutrophil respiratory burst in vitro //Innate Immun. - 2014. - N20. - P.339–349
181. Loozen C.S., van Ramshorst B., van Santvoort H.C., Boerma D. Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly Population: A Systematic Review and Meta-Analysis // Dig Surg. – 2017. - N34(5). - P.371-379.
182. Merati-Kashani K., Canal C., Birrer D.L. Nighttime Cholecystectomies are Safe When Controlled for Individual Patient Risk Factors—A Nationwide Case–Control Analysis //World J Surg. – 2021. - N 45. - P.2058–2065.
183. Micić D., Stanković S., Lalić N., Đukić V., Polovina S. Prognostic Value of Preoperative Neutrophil-to-lymphocyte Ratio for Prediction of Severe Cholecystitis //J Med Biochem. -2018. - N37(2). - P.121-127.
184. Peery A.F., Crockett S.D., Murphy C.C., Lund J.L., Dellon E.S., Williams J.L., Jensen E.T., Shaheen N.J., Barritt A.S., Lieber S.R. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018. //Gastroenterology. – 2019. - N156. – P.254–272
185. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis // World J Emerg Surg. – 2020. - N15(1). - P.61

186. Real-Noval H., Fernández-Fernández J., Soler-Dorda G. Predicting factors for the diagnosis of gangrene acute cholecystitis //Cir Cir. - 2019. - N87(4). - P.443-449
187. Rice C.P., Vaishnavi K.B., Chao C., Jupiter D., Schaeffer A.B., Jenson W.R., Griffin L.W., Mileski W.J. Operative complications and economic outcomes of cholecystectomy for acute cholecystitis // World J Gastroenterol. – 2019. - N 25(48). - P.6916-6927.
188. Serban D., Socea B., Balasescu S.A., Badiu C.D. Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. //Medicina (Kaunas). – 2021. - N57(3). - P.230
189. Serban D., Branescu C.M., Cristian D.A., Dascalu A.M. Bilirubin, Interleukin 6 (IL 6) and Lipopolysaccharide - Binding Protein (LBP) - Biomarkers of Sepsis in Appendicular Peritonitis //Rev. Chim. -2020. - N71. - P.444-454
190. Shin M.S., Park S.H. Clinical outcomes of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients after preoperative assessment and optimization of comorbidities //Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. - 2018. -N22. - P.374-379
191. Shirinov Z.T., Aliev Y.G., Gamidova N.A., Mekhtizade S.M., Akhmedov D.S. Diagnosis and surgical treatment of acute destructive calculous cholecystitis in advanced age patients] // Khirurgiia (Mosk). -2021. - N(6). - P.24-29
192. Siada S.S., Schaetzel S.S., Chen A.K. Day versus night laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A comparison of outcomes and cost //Am J Surg. -2017. - N214. - P.1024-1027
193. Stanek A., Dohan A., Barkun J., Barkun A., Reinhold C., Valenti D., Cassinotto C., Gallix B. Percutaneous cholecystostomy: A simple bridge to surgery or an alternative option for the management of acute cholecystitis? // Am J Surg. – 2018. - N216(3). - P.595-603
194. Turiño S.Y., Shabanzadeh D.M., Eichen N.M., Jørgensen S.L., Sørensen L.T., Jørgensen L.N. Percutaneous Cholecystostomy Versus

Conservative Treatment for Acute Cholecystitis: a Cohort Study //J Gastrointest Surg. – 2019. - N23(2). - P.297-303

195. Walczak-Galezewska M.K., Skrypnik D., Szulinska M., Skrypnik K., Bogdanski P. Conservative management of acute calculous cholecystitis complicated by pancreatitis in an elderly woman: A case report //Medicine (Baltimore). – 2018. - N.97(25). - P.11200.

196. Whiting P.F., Rutjes A.W., Westwood M.E., Mallett S., Deeks J.J., Reitsma J.B., Leeflang M.M., Sterne J.A., Bossuyt P.M. QUADAS-2: A revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies //Ann. Intern. Med. – 2011. - N155. - P.529-536.

197. Yokoe M., Takada T., Strasberg S.M. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) //J Hepatobiliary Pancreat Sci. - 2013. - N20. - P.35-46.