

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

НУРМУРЗАЕВ ЗАФАР НАРБАЙ ЎҒЛИ

**ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН
ШАКЛЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ДИАПЕВТИК УСУЛЛАР ВА
РЕНТГЕН ЖАРРОХЛИГИНИНГ РОЛИ**

МОНОГРАФИЯ

Самарқанд – 2024

В современной медицине ультразвуковое исследование считается "золотым стандартом" в диагностике желчнокаменной болезни. Этот метод отличается относительной удобностью и эффективностью по сравнению с другими методами обследования. Данные монографии могут широко использоваться врачами лучевой диагностики, сотрудниками отделений функциональной диагностики, хирургами в их практической деятельности для своевременного выявления начальных признаков желчнокаменной болезни и планирования лечебных мероприятий.

Замонавий тиббиётда ўт-тош касалликларини таъхислашда ультратовуш "олтин стандарт" ҳисобланади. Бу усул нисбатан қулай ва самардорлиги билан бошқа текширув усулларида ўстунлиги билан фарқ қилади. Ушбу монографиялардан нур таъхисот шифокорлари, функционал диагностика бўлими ходимлари, хирурглар ўз амалий фаолиятларида ўт-тош касалликларининг дастлабки белгиларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш чора-тадбирларини режалаштириш учун кенг фойдаланишлари мумкин.

In modern medicine, ultrasound is considered the "gold standard" for diagnosing gallstone diseases. This method stands out from other examination techniques due to its relative convenience and effectiveness. Radiologists, functional diagnostics department staff, and surgeons can widely utilize these monographs in their practical activities for timely detection of early signs of gallstone diseases and planning treatment measures.

Тақризчилар:

Самарқанд тиббиёт университети дипломдан кейинги таълим факултети тиббий радиология мкафедраси проф. **Аҳмедов Я.А.**

Тошкент давлат стоматология институти онкология ва тиббий радиология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори **Ходжибекова Ю.М.**

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	6
ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙўЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ.....	13
КЛИНИК КУЗАТИШЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДИАГНОСТИК МЕТОДЛАРИ.....	25
ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙўЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.....	43
ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК ЙўЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ТЕХНИК ЁНДАШУВЛАРИ.....	58
ТАҚҚОСЛАШ ГУРУХЛАРДА ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.....	78
ХОТИМА.....	82
ХУЛОСА.....	94
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	95
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	96

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.

ББА	Билиобилиар анастомоз
Гепеа	Гепатикоеюностомия
Гепда	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикоколедох
ИОХГ	Интраоперацион холангиография
СО	Сафро оқиши
ЛХЭ	Лапароскопик холецистектомия
АЎЙ	Асосий ўт йўллари
МЛХЕ	Минилапаротомияли холецистектомия
МРТ	Магнит-резонанс томография
МРПХГ	Магнит-резонанс панкреатохолангиография
МСКТ	Мултиспирал компьютер томографияси
НБД	Назобилиар дренаж
УЖЙ	Умумий жигар йўли
УЎЙ	Умумий ўт йўли
ЖОКД	Жигар орқали каркас дренажи
УТТ	Ультратовуш текшируви
ФХГ	Фистолохолангиография
ХЭ	Холецистектомия
ЭПСТ	Эндоскопик папиллосфинктеротомия
ЭРПХГ	Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография

КИРИШ

Бугунги кунда National Institutes of Health (2017) маълумотларига кўра, ЎТК катта ёшдаги аҳоли ўртасида 10-15 фоиз учрайди¹ ва ўт йўлларининг яллиғланиш касалликларининг йирингли асоратларининг частотаси 46% ҳолларда тадқиқотчиларнинг ушбу муаммони ҳал қилишда диққат билан ёндашувига қарамай, долзарблигича қолмоқда. Ушбу локализациядаги яллиғланиш жараёнилари нафақат маҳаллий йирингли-деструктив жараён билан, балки оғир эндоген интоксикация ва органларнинг жиддий дисфункциясининг тез ривожланишига олиб келадиган тизимли бузилишлар билан ҳам тавсифланади. Клиник амалиётга ташхислашнинг янги замонавий усуллари (УТТ, КТ, МРТ, РПХГ) ва минимал инвазив даволаш усулларининг жорий этилиши ЎТК ва унинг ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва йирингли холангит каби асоратларини даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшиланиш имконини берди.

Дунё миқёсида ўткир деструктив холецистит билан холедохолитиаз биргаликда ва йирингли холангит сафро чиқишининг доимий бузилиши фонида юзага келадиган ўт йўлларининг ўткир яллиғланишига олиб келиб, ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири ҳисобланади. Ўткир деструктив холецистит ва зўрайиб борувчи механик сариклик билан оғриган беморларнинг аксарияти умумий жарроҳлик шифохоналарига ётқизилишини инобатга олган ҳолда, ташхислаш ва даволаш тактикасида турли хил ёндашувлар мавжуд эмас. Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари ташхиси қўйилганда, жарроҳлик аралашув усулини танлаш кўпинча навбатчи шифохона ва тиббий бригаданинг имкониятларига боғлиқ, баъзан эса маълум бир муассасада тасдиқланган ягона даволаш тактикаси билан белгиланади. Ўт-тош касаллигининг асоратли шакллари ташхислаш ва даволаш

услубий жиҳатлари замонавий адабиётларда ёритилган, бироқ муаллифларнинг далиллари алоҳида эътиборга молик, миниинвазив усулларнинг имкониятларини баҳолашда баъзан қарама-қарши фикрлар ҳам исботланган. Кўпгина тадқиқотларда жарроҳлик даволаш натижалари ҳар доим ҳам мутахассисларни қониқтирмайди, 20% ҳолларда беморларда септик ҳолат ривожланади, бу ҳолат эса ўз навбатида 6,25% дан 30,0% гача ўлим билан тугайди². Ўт тош касаллигининг кенг тарқалиши ва ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангит каби асоратларини ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик аралашувларининг кўпайиши, шунингдек, янги технологиянинг кенг жорий этилиши, асоратланган шаклларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини ўрганиш ва мақбуллаштириш, замонавий кам инвазив хирургик аралашувларнинг самарасини аниқлашнинг муҳимлиги аниқланган.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган хирургик ёрдам сифатини кескин яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада ошириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилиб келинмоқда. Бу соҳада, жумладан, ўт тош касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш сифатининг ошишида муайян ижобий натижаларга эришиш мумкин. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларга мўлжалланган мамлакат тараққиёт стратегиясида қуйидаги вазифалар белгиланган: "аҳоли саломатлигини сақлаш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга қаратилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...."

Ушбу илмий янгилик Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон "Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Фармони, 2017 йил 20 апрелдаги ПҚ-3775-сон "Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа

меъёрий-хукукий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сонли "Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сонли "Фуқаролар соғлиғини сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида"ги қарорлари ҳамда мазкур соҳага тегишли бошқа меъёрий-хукукий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади. Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг асосий устувор йўналишларига мослиги. Мазкур илмий тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI ."Тиббиёт ва фармакология" устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири ўткир холецистит ва механик холангит бўлиб, ўт йўлининг доимий бузилиши фонида юзага келади. Ўт оқшининг бузилишининг асосий сабаби ўт-тош касаллигининг ривожланишидир, ретроспектив тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бугунги кунда ҳар ўнинчи одамда турли хил оғирликдаги ЎТК мавжуд ва холедохолитиазнинг асорати сифатида 20-30% ҳолларда учрайди (E. Hungness, N. Soper. 2017).

Ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари ва холедохолитиазнинг ноодатий кўринишлари билан касалланган беморлар сонининг ортиши, айниқса кекса ва қари ёшдаги беморларда жарроҳлик фаоллигининг кучайиши сабабли муаммонинг долзарблиги янада ошди.

Ушбу патологиянинг ўзига хос хусусияти механик сариқликнинг ривожланиши бўлиб, статистик маълумотларга кўра, бу ёш гуруҳида бошқа ёшларга қараганда 35% кўпроқ учрайди. Сафро чиқишидаги механик бузилишлар туфайли сафро гипертензиясининг ривожланиши холангитнинг шаклланишига олиб келади.

Кекса ёшдаги беморларда, айниқса қарияларда, ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари ноаниқ клиник кўриниш ва юқори ўзгарувчанлик билан тавсифланади. Бу ҳолат кўпинча ноаниқ клиник манзарани келтириб чиқаради, натижада ташхис қўйишда ва жарроҳлик тактикасини танлашда кўплаб хатоларга олиб келади; бугунги кунда 20% дан кўпроқ ҳолатлар шунга ўхшаш ҳолда тасвирланмоқда. Маълумки, ўт йўллари патологиясини ташхислаш ўз қийинчиликларига эга, чунки ушбу патология билан ўт пуфагининг шикастланишининг клиник кўриниши жуда содда ҳисобланади. Шунини ҳам таъкидлаш жоизки, ўт йўлларида тошлар кўпинча ўзини намоён қилмайди, шунинг учун улар "гунг" тошлар деб аталади. Буларнинг барчаси биргаликда беморларнинг кеч касалхонага ётқизилишининг сабабидир, шунинг учун дастлабки 12 соат ичида беморларнинг умумий сонининг атиги 10-12 фоизи малакали тиббий ёрдамга мурожаат қилишади, 24 соат ёки ундан кўпроқ вақт ўтгач, беморларнинг тахминан 50 фоизи, қолганлари эса Ўткир хуруж бошланган пайтдан бошлаб дастлабки уч кун ичида касалхонага ётқизилади. Айнан шу сабаблар асоратлар сонининг кўпайишига олиб келади ва шу билан бирга даволаш самарадорлигини ёмонлаштиради.

ЎТК нинг асоратланган шакллари ривожланишида ўт йўллариининг ички босимининг сезиларли даражада ошиши асосий патогенетик ўрин тутади, бу эса ўз навбатида сафро оқими бузилишига олиб келади ва турли хил микроорганизмларнинг кўпайиши учун қулай шарт-шароитларни яратади (Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А. 2018). ўт йўлларида юзага келадиган шароитлар ўт йўллари деворларида микроорганизмларнинг сезиларли даражада кўпайишига, инфекцияланган сафро оқимининг жигар веноз ва лимфа томирлари орқали рефлюкси, тизимли бактериемиёга, шунингдек танада оғир интоксикация ривожланишига ёрдам беради (L. Hanaou, N. Steigbigel. 2020). Касалликнинг ривожланиш босқичлари ва Ўткир йирингли холангитнинг клиник кўриниши сафро димланиши, эндотоксикоз ва

паренхиматоз органлар етишмовчилиги каби учта синдром билан намоён бўлади.

Деструктив холецистит "ўткир" даврида ҳам, операциядан кейинги асоратлар ривожланиш эҳтимоли юқори бўлган беморларда энг оғир сарикликда ҳам жарроҳлик аралашуви диапазонини аниқлаш масаласи диққат марказига бўлиб қолмоқда. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, касалликнинг юқори клиник кўринишида радикал жарроҳлик аралашувни ўтказиш ҳар доим ҳам ижобий таъсир кўрсатмайди, зеро хирургик компонентдан ташқари, ёш бўйича инновацион ўзгаришлар, коморбид патологиянинг мавжудлиги ва бундай ҳолатларда кенг қамровли жарроҳлик аралашувларини ўтказиш кўплаб асоратларга олиб келади, ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин (Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А. 2018).

Ҳозирги вақтда радиациявий текширувнинг инвазив бўлмаган усуллари ишлаб чиқиш билан эндоскопик диагностика усулларида фойдаланиш ва ўт йўллари декомпрессиялаш иккинчи ўринга кўйилмоқда, чунки уларни амалга ошириш билан бирга ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларни келтириб чиқариш мумкин бўлган. Бугунги кунда магнит-резонанс холангографияни кенг қўллаш муҳим аҳамият касб этмоқда, чунки унинг натижалари кейинги ташхислаш ва даво тактикасини аниқлашга ёрдам бериши. (Anand G. 2016).

Касалликнинг ҳолати ва прогнозининг оғирлигини баҳолашнинг объективлиги, клиник кўринишларнинг турлилиги билан ажралиб турадиган абдоминал ва сафро сепсисини даволашнинг истиқболли йўналишларини ишлаб чиқиш учун алоҳида аҳамиятга эга. Сўнгги ўн йил давомида хирургия амалиётига янги замонавий, кам инвазив технологияларнинг жорий этилиши туфайли ўт тош касаллигини эрта ташхислаш ва даволашда сезиларли ютуқларга эришилди, бу эса ўз навбатида асоратланган шаклларнинг ривожланишига ва ўлимнинг камайишига олиб келди. Бу эса ўз навбатида касалликнинг олдини олишда минимал инвазив жарроҳлик аралашувининг

клиник самарадорлиги ҳамда босқичма-босқич хирургик усулларни жорий этиш борасида шак-шубҳа туғдирмайди (Сао J. 2017).

Ушбу монографик тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университетининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ "Ўт-тош касаллигининг асоратлари шакллари ташхислаш ва хирургик даволашнинг такомиллашган усуллари ишлаб чиқиш" (2019-2023 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Ушбу илмий тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, хулоса ва тавсиялар маълум бир назарий аҳамиятга эга бўлиб, олинган натижалар ЎТК нинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва ўт холангитнинг ўзаро оғирлаштирувчи хужайравий клиник омилини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ушбу тоифадаги беморларда хирургик даволашнинг салбий натижаларининг асосий сабаби ўт пуфагини олдиндан компрессиясиз бир вақтнинг ўзида шошилиш амалиётларни амалга оширишдир. Ультратовуш текшируви остида микрохолецистотомия ва назобилиар дренаж билан трансдуоденал папиллотомия ёрдамида босқичли жарроҳлик аралашувлардан фойдаланиш холецистэктомияни лапароскопик ёки даволашнинг кейинги босқичларида минилапаротомия усулини қўллаш имконини берди. Таклиф этилган алгоритм бўйича ўткир деструктив холецистит ва ўт холангити билан оғриган беморларни даво натижалари сезиларли тарзда такомиллаштирилди.

Ишнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот жараёнида бир вақтнинг ўзида рақобатдош патология ҳисобланган деструктив холецистит ёки механик холангитнинг клиник кўринишларининг оғирлигига қараб ЎТКнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларни даволашнинг тактик ва техник жиҳатлари ишлаб чиқилган. Ушбу тоифадаги ЎТКнинг оғир шакли билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида жарроҳлик даволашда ультратовуш текшируви остида эндоскопик трансдуоденал аралашувлар ва

тери орқали жигар микрохолетсистотомияси амалиётга жорий этилган. Клиник амалиётга миниинвазив, эндоскопик ва диапевтик усуллар жорий этилди, бу эса билиар перитонит учун лапаротомия ва релапаротомиялар сонини сезиларли даражада камайтирди. Беморлар ахволининг оғирлиги ва ўт йўлларининг олдиндан декомпрессияси билан операциядан кейинги асоратлар ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, икки босқичли даволаш йирингли-септик, юрак-қон томир ва ўпка асоратларининг ўлимини ва частотасини анча пасайтиришга имкон берди.

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ.

Ўт тош касаллиги бор бўлган беморларда кўпроқ учрайдиган асоратлар бу ўт қопининг яллиғланиши, перитонит касаллиги ва бошқалар киради. Бу касалликнинг асоратлари билан касалхонага ётқизилганлар сони эллик фоиздан кўпроқни ташкил қилади [27,32,86,90,124].

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланишининг оғир асоратлари билан бир қаторда, беморларда кўпинча ўт йўллариининг (35-60%) зарарланиши кузатилади. ўт йўллариининг зарарланиши тузилишида асосий ўринни холедохолитиаз эгаллайди, бу патологиянинг барча турларининг 50-78% ни ташкил қилади [6, 17,58,59,87,112]. Беморларда холедохолитиаз билан бирга холецистит кўпинча ўт йўлларида бирламчи операциялар пайтида 5-60% ҳолларда аниқланадиган ўн икки бармоқ ичак катта дуоденал сўрғичнинг (КДС) стенози билан кечади.

Ўт йўллари ва ошқозон ости бези тизимларининг яқин анатомик ва функционал алоқаси натижасида холецистит билан касаллиги бўлган беморларнинг йетмиш фоизигача ошқозон ости бези зарарланади. ўт йўли ва ошқозон ости бези тизимлари ўртасидаги яқин анатомик ва функционал алоқалар натижасида ўт йўллариининг яллиғланиш патологияси бўлган беморларнинг учдан бир қисмида панкреотит кузатилади [12,37,89].

Чандиқли стриктура ривожланишининг сабабларидан бири бу ошқозон ости безининг бош қисмидаги яллиғланиши холедохнинг terminal қисмида патологик ўзгаришларга олиб келади. Ўткир холецистит билан оғриган беморларда энг хавфли асоратлардан бири бу механик сариқликдир. Сафро гипертензияси "гепатобилиар каналнинг шикастланиши туфайли" холангитнинг ривожланишига ёрдам беради [40,59,66,94,112]. "Гепатобилиар каналининг шикастланиши натижасида келиб чиққан" сафро гипертензияси холангитнинг ривожланишига ёрдам беради [74,106, 113, 156].

ЎХ билан оғриган беморларда асосий касалликнинг оғирлиги қўшма патологиянинг мавжудлигини оширади. Бундай ҳолда, касалликнинг кескин босқичидаги даври асосий ва қўшма касалликларнинг ўзаро оғирлиги натижасидир. 75 ёшга келиб, қўшма касалликлар Ўткир холецистит билан оғриган беморларнинг деярли юз фоизда учрайди [27,52,97,110]. Коморбид касалликлар орасида юрак-қон томир системасидаги бузилишлари асосий рол ўйнайди. Эллик фоиздан юз фоизгача беморларнинг нафас йўллари касалликлари учрайди. Қандли диабет касаллиги беморларнинг 41-56 фоизда кузатилади. 28-62 фоизда еса семизликнинг 3-4 даражали Ўткир холецистит билан бирга кечади [11, 23,58,77].

Кекса ёшдаги беморларда кучли яллиғланиш тиббий кўринишларнинг атипиклиги ва намоён бўлишининг пасайиши билан тавсифланади. Ушбу характерли хусусиятлар вазиятнинг 15-20 фоизда сезиларли диагностик ва нотўғри ҳисоб-китобларга олиб келади [1,24,54,87,89,100]. Холецистит билан касалланган беморларнинг ўт йўллари патологиясини тиббий ташхислаш ўт йўлларининг ўтказувчанлиги сақланиб қолганида қийинлашади, чунки ўт пуфагининг яллиғланиш белгилари устунлик қилади. Сафро йўлларининг тошлари кўпгина ҳолларда клиник жиҳатдан ўзини намоён қилмайди ["қотган" тошлар]. Ўткир холецистит билан оғриган беморларнинг кеч касалхонага мурожаат қилиши еътиборни тортади: Ўткир хуруж бошланганидан кейин 12 соат ичида беморларнинг 12 % гача ётқизилади, 50 фоизи бир кун ёки ундан кейин касалхонага ётқизилади [90,97,145,146].

Ўткир ўт қопининг яллиғланиши диагностикаси ва асоратларининг келиб чиқиши бўйича маълумотлари йўқлиги махсус усулларни амалиётга жорий қилишни талаб қилади [17,32,47,59,80,96].

ЎТК ўт йўлларининг шикастланиши бир неча белгиларни ўз ичига олади, ўнг қовурғалар ёйи остидаги оғриқ ҳисси, хароратни кўтарилиши, сариклик, иштахани йўқолиши, кўнгил айниши, қусиш, ЎТКи қорин синдроми, дренажга кўра сафро оқиши шаклида намоён бўлади [14,22,56].

Олимларнинг тадқиқотлари маълумотларига кўра, ултратовуш ёрдамида барча беморлар текшиш бўлиб, мақсад қорин бўшлиғини ревизия қилиш ва еркин суюқлик бор йўқлигини кўриш [37,52]. Бундан ташқари, тадқиқотнинг мавжудлиги асосий ечим каналларининг диаметрини 1 деб баҳолади, сафронинг пасайиши патологияси ҳақида муҳим маълумотлардан бири ҳисобланади [37,49,107]. Қорин бўшлиғида суюқликларнинг тўпланиши табиати бўйича қўшимча маълумотларни ҳам инобатга олинган. Тадқиқотлар шуни кўрсатганки, сафронинг изоляцияланган концентрацияси асоратни даволашнинг якуний усули ҳисобланади [11,52].

Билиар гипертензияни ташхислашнинг эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография (ERXPG) ва перкутан трансгепатик холангиография (ПТХГ) каби ананавий рентгенологик усуллари кундалик ҳаётда қўлланилади, аммо улар жуда юқори радиация эффектига эга ва инвазив ҳисобланади, ўзида ёд сақловчи контраст моддаларни киритиш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз ичига олади. Улардан фойдаланиш диагностика учун емас, балки терапевтик мақсадларда ҳам кўпроқ қўлланилади [97,107,111].

Ҳозирги вақтда радиациявий текширувнинг инвазив бўлмаган усуллари ишлаб чиқиш билан эндоскопик диагностика усулларидан фойдаланиш ва ўт пуфагини декомпрессиялаш, кейинги ўринларга ўтмоқда, чунки уларни амалга ошириш Ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин. Ҳозирги вақтда магнит-резонанс холангографияни кенг жорий қилишга алоҳида эътибор қаратилмоқда, унинг натижалари касалликни кейинги ташхислаш ва даволаш тактикасини белгилаб бериши керак [38,154].

Ўй ва ошқозон ости беzi йўллариининг ҳолатини кўриш учун жуда юқори diagnostic аниқликни берувчи усул магнит-резонанс холангиопанкреатография (МРХПГ), контрастиз сафро йўллариини патологиясини аниқлашга ёрдам беради [11, 18,32,118].

Аммо, шуни таъкидлаш керакки, олинган сифатли қилинган рентген холангиограммаларидан унчалик кам эмас. МРХПГ натижаларини ўт йўллариининг тўғридан-тўғри контраст юбориб кўриш билан ЎХшашлиги ҳақида далиллар мавжуд ва Мрхпгда диагностик нуқтаи назардан, ўт йўллариини тўғридан-тўғри контраст орқали текшириш усулларида тўлиқ устунликга ега эканлиги еътироф етилган [24], бу ҳақда бошқа муаллифлар ҳам таъкидлаб ўтишган [63,71,86,98].

МРХПГ протоколи қалин блокли тасвирга ва қалинлиги 1-2 мм бўлган ингичка блокли тасвирга асосланган. Мрхпгнинг ЎТКазишининг асосий мақсади сафро йўллариининг обструкциясини унинг даражасини, тури ва сабабларини аниқлашдир [6,23,45,103].

ўт йўллариини ялиғланган жойларини тепа ва пастги қисмини кўриш қобилияти бошқа текшириш усуллари билан солиштирганда МРПХГ текшириш усули жуда аниқ маълумот беради [132,142,144,188].

Кўпгина олимларининг тадқиқотларига кўра, ўЙ ни ташхислашда, instrumental текширувнинг аниқлигини юқори баҳолайдилар ва унинг даражаси тахминан 85-100% бўлиши текширилади. Билиар гипертензияни ўрганишда бошқа радиацион усуллар билан солиштирганда ўт йўллариини проксимал ва дистал соҳаларини зарарланганлигини кўриш қобилияти Мрхпгнинг афзалликларидан биридир. Шу билан бирга, МРПХГ ўт йўллариининг тасвирларини яхлит баҳолаш имконини беради [66,73,79,103].

Кузатув тактикасининг кўрсатишича, холециститнинг ўткир даврида ва яллиғланиш жараёни тўхтаганидан кейин комплекс дорилар билан даволаш жарроҳлик аралашувига тўлиқ тайёр [5,87,118].

Кўпгина хирурглар хирургик муолажаларга кўрсатмаларни кенгайтириш тарафдоридирлар, чунки холетсистектомия (очик ёки лапароскопик) касалликнинг эрта босқичларида ва хирургик ва анестезиологик хавфи паст бўлган ҳолда, қоида тариқасида хавфсиз (оператив ўлим 0 дан 1% гача). Шу билан бирга, холедохолитиаз туфайли механик холангит билан биргаликда

Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда операциядан кейинги ўлим юқорилигича қолмоқда - 7,5 дан 12% гача [17,46,87,91,103].

А.Ю. Королков ва бошқалар. (2018), Ф.Г. Назиров ва бошқалар. (2019), К.В. Кравец (2020), В.Р. Dash ва бошқалар. (2020) катта ёшдаги гуруҳлардаги оғир беморларда мажбурий холецистэктомиядан кейин ўлим 30% дан 40% гача етиши мумкин [67,72,79,84].

Юқори сариклик билан холециститнинг "ўткир" босқичи ва юқори хирургик хавфи бўлган беморларда жарроҳлик амалиёти муддати, ҳажми мунозарали бўлиб қолмоқда. Касаллик авжига чиққан маҳалда радикал операцияларни юзага келтириш ҳар доим ҳам ўзини ўзи оқламайди, чунки бундай шароитларда жароҳатли ва узоқ давом этадиган операцияларда беморларнинг ушбу гуруҳида ўлим даражаси юқори бўлади [87,92,109,114].

Сўнгги йилларда очик холецистостомия ультратовуш ёки томография ёрдамида амалга ошириладиган тери орқали холецистотомия билан алмаштирилди [77,82,89,124].

Хатто лапароскопик холетсистектомиянинг жарроҳлик амалиётига киритилиши ҳам умумий ҳолатни ўзгартирмайди. Ўткир асоратланган холетсиститда лапароскопик холетсистектомия асосан [56-80%] тери орқали холетсистотомия ёки эндоскопик папиллотомиядан сўнг амалга оширилади [55,105,124].

Холетсистостомиянинг яқунланиши билан, касалликнинг қайталанишини истисно қилганда, ўт пуфагининг бўшлигини облитератсия қилиш билан уни чандиқли ҳосилага айлантириши мумкин. Адабиётлардада ўт пуфагига тери орқали кириб мукоклазия қилиш билан уни шиллик қаватини облитератсия қилиш ҳақида кўрсатмалар мавжуд [6,57].

Ҳожибоев ва бошқалар. (2019), Б.С. Будипранама ва бошқалар. (2020) жарроҳлик амалиётида эндоскопик ХЭ лапароскопик ХЭ ни жойини эгаллади деб ҳисоблашди, сабаби биринчиси камроқ тавмага эга ва нисбатан хавфсиз бўлиб, ҳамда иккинчи усулга нисбатдан асоратлари ва ўлим даражаси нисбатдан камдир [45,87]. Унинг очик холецистостомиядан афзаллиги

шундаки [87], уни маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажариш мумкин [24,99]. ўт пуфагига иккита ёндашув мавжуд: жигар остидан ва қорин пардаси остидан. Улардан бир усулни танлаш ҳали ҳам мунозаралигича қолмоқда. Трансгепатик ёндашув сафро оқиши, йўғон ичак ва тутқич томирларининг шикастланиш хавфини камайтиради, аммо пневмоторакс ва жигар паренхимасидан қон кетиш хавфини оширади [110]. Трансперитонеал ёндашув қон кетиши ва инфекцион жараён ривожланиши, сафро билан ифлосланишини минимумга олиб келади [117], аммо ўт пуфаги декомпрессиясидан кейин Ўткир қорин, йўғон ичак тешилиши, портал томир шикастланиши ва катетернинг чиқиб кетиш хавфини оширади [56,79,92,134].

Лапароскопик ва ультратовушли ХЭ натижаларини кўриб чиқилганда, улар ўт пуфагини декомпрессиялашда самарадор эканлигини, асоратлар ҳамда тезлик билан даволаш натижалари бўйича солиштирганда жуда яхши натижалар берганлигини таъкидлаш мумкин [78,107].

Холетсистектомиядан кейинги даврда қорин боўшлигғидаги ноқулайлик ҳақидаги даъволар операциядан кейинги босқичнинг силлиқ ёналиши учун ўзига хос эмас ва шифокорни ўйлашга мажбур қилади [24,55]. Касаллик толиққан шаклда бўлса ёки охирги жиҳатга кўра, оммалашиш тенденциясига эга бўлса ҳамда қорин олд девори мушакларида ҳимоя кучи пайдо бўлиши билан бирга келса, сафро оқими ҳақида ўйлаш керак, ёки бошқа органнинг камчилиги. Жигарда нотўғри ҳолат, ноқулайлик, портлаш оғриғи сафро чиқишининг бузилишида кўпроқ рол ўйнайди. Сариқлик ва холангитнинг пайдо бўлиши ҳулосани тўлиқ тасдиқлайди [41,48,64,83,91].

А.М. Мизгирев ва бошқалар. (2018) 518 беморда касалликнинг даволашнинг энг яхши узоқ муддатли натижалари ўт йўллариининг тўлиқ реконструкцияси бўлган беморларда эканлигини кузатдилар, беморда операция вақтида ятроген ўйнинг шикастланиши содир бўлса дарҳол ўйнинг реконструкцияси қилинган. Операциядан кейинги даврда аниқланганлар кесишмасида ўт йўлларида реконструктив операциялар жароҳатлардан сўнг,

перитонит ва бошқа йирингли асоратларни бартараф этиш, имкон қадар тезроқ амалга оширилиши керак, яъни икки босқичли даволашни қўллаш керак [70].

Н.Н. Артемева ва бошқалар ҳам (2006) худди шундай даволаш принтипига ёндошишади. Перитонит шароитида ҳар қандай тикловчи ва қайта тикловчи операциялар анастомозларнинг чандиқлари билан яқунланади [4].

Бу шуни кўрсатадики, лапароскопик ва ультратовушли холецистотомия Ўткир холециститни даволашда яқуний босқич сифатида қаралмаслиги лозим [114].

Майстренко ва бошқалар. (2015) Ўткир холециститнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида умумий аҳволининг оғирлиги сабабли жарроҳликнинг 4-5 та хавф тоифаси бўлган беморларда ўт пуфагини эҳтиёткорлик билан санация қилиш, литоекстракция ва электрогидравлик литотрипсия билан холецистостомия қилишди. Аммо бу усул касалликни қайталанишини олдини олмади [47,59,117].

Холецистостомиянинг мантикий ҳулоаси, касалликнинг қайталанишини истисно қилиш, ўт пуфагининг облитерациясини йўқ қилиш, уни чандиқ стриктурага айлантириш бўлиши мумкинлигидир. Адабиётларда ўт пуфагининг териорқали шиллиқ қаватининг кейинги облитерацияси билан уринишлар ҳақида кўрсатмалар мавжуд [66,69,85].

Н.В. Мирзликин ва бошқалар. (2015) лапароскопик холецистостомияни инструментал демуказация (унинг деворини электродеструкция қилиш) билан тўлдиришни бошлаганини айтишган. ўт пуфагининг шиллиқ қаватини босқичма-босқич олиб ташлаш склерозга ва сиғимнинг пасайишига ёрдам берди [49,50].

70 ёшдан ошган беморлар сонининг барқарор ўсиши ва шошилиш операцияларда ўлим ва асоратларнинг юқори даражаси туфайли холедохолитиаз ва папиллостеноз туфайли ўт йўллариининг обструкцияси билан асоратланган Ўткир холециститни даволаш алоҳида аҳамиятга эга [7,44,88,130].

Ҳозирги вақтда радиатсиявий текширишнинг инвазив бўлмаган усуллари ишлаб чиқиш билан, ўт ёлларини диагностика қилиш ва декомпрессиялаш учун эндоскопик усуллардан фойдаланиш иккинчи ўринга ўтди, чунки уларни амалга ошириш Ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин. Ҳозирги вақтда магнит-резонанс холангиографияни кенг жорий этишга алоҳида аҳамият берилмоқда, унинг натижалари диагностика ва даволашнинг кейинги тактикасини белгилаши керак [17,82,94,103,125].

Билиар гипертензияни диагностика қилиш учун эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) ва перкутан трасгепатик холангиография (ПТХГ) каби анъанавий рентгенологик усуллар кундалик амалиётда қўлланилади, аммо улар жуда юқори радиация таъсирига эга, инвазив ҳисобланади, ўзида ёд сақловчи контраст моддаларни киритиш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз ичига олади. Улардан фойдаланиш диагностика учун эмас, балки терапевтик мақсадларда ҳам кўпроқ қўлланилади [97,107,111].

Ҳозирги вақтда радиатсиявий текширишнинг инвазив бўлмаган усуллари ишлаб чиқиш билан, ўт ёлларини диагностика қилиш ва декомпрессиялаш учун эндоскопик усуллардан фойдаланиш иккинчи ўринга ўтди, чунки уларни амалга ошириш Ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин. Ҳозирги вақтда магнит-резонанс холангиографияни кенг жорий этишга алоҳида аҳамият берилмоқда, унинг натижалари диагностика ва даволашнинг кейинги тактикасини белгилаши керак [17,82,94,103,125].

МРХПГ протоколи қалин блокли тасвирга ва қалинлиги 1-2 мм бўлган ингичка блокли тасвирга асосланган. МРХПГнинг ЎТҚазишининг асосий мақсади сафро ёлларининг обструктсиясини унинг даражасини, тури ва сабабларини аниқлашдир [16,33,55,113].

Европа олимларининг тадқиқотларига кўра ўЁ ни ташхислашда инструментал текширувнинг аниқлигини юқори баҳолайдилар ва унинг

даражаси тахминан 85-100% бўлиши текширилади. Билиар гипертензияни ўрганишда бошқа радиацион усуллар билан солиштирганда ўт ёллари проксимал ва дистал соҳаларини зарарланганлигини кўриш қобилияти МРХПГнинг афзалликларидан биридир. Шу билан бирга, МРПХГ ўт ёллари тасвирларини яхлит баҳолаш имконини беради [76,83,85,123].

Умуман олганда, МРХПГ сизга ўт ёллари аномик тузилиши вариантларини 98% гача аниқлаш имконини беради ва 36 дан 95% гача аниқлик билан – ўт йўлининг вариантларини ўрганишга, жарроҳлик даволашни режалаштиришда, шу жумладан терапевтик ЭРХПГ дан олдин муҳимдир. Аммо ўт йўлининг бирикиши, умумий жигар йўлига оқиб тушадиган тармоқ йўллари билан бирининг ривожланиш мумкинлиги ҳақида маълумот ёқлиги уларнинг операция вақтида шикастланишига олиб келиши мумкин [39,85,119].

А.Ю. Королкова ва бошқалар. [2018], Ф.Г. Назирова ва бошқалар. [2019], К.В. Краветс [2020], Б. Р. Даш ва бошқалар. [2020] катта ёшдаги оғир беморлар гуруҳларидаги мажбурий холестистектомиядан ўлим 30% гача ва 40% гача етиши мумкин [19,55,97].

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография (ЕРПХГ) ва тери орқали транспепатик холангиография каби ўт йўллари гипертензиясини ташхислашнинг анъанавий рентгенологик усуллари ҳали ҳам кундалик амалиётда қўлланилади, аммо улар жуда юқори нурланиш дозасига эга, ёдланган контраст моддаларни киритиш ва мумкин бўлган асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Уларни диагностика учун эмас, балки терапевтик мақсадларда қўллаш тобора мақсадга мувофиқ ҳисобланади [47,62,82,90,108,132].

В. М. Дурлештер (2017), Д. С. Павлей (2017) маълумотларига кўра, ЭПСТ операцияси беморларнинг 75-86 фоизини даволаш усули ҳисобланади, бошқаларида эса уни ўт йўллари операциядан олдин декомпрессия қилиш усули деб ҳисоблаш мумкин. Баъзи ҳолларда эса ЭПСТдан кейин жарроҳлик операцияси ўз вақтида амалга оширилиши керак [78,94,101].

А. В. Святненко ва бошқалар. (2018) Лапароскопик антеград трансхоледох (эндохоледохеал) папиллосфинктеротомия техникаси ва фиброхоледохоскоп назорати остида махсус мослашувчан папиллотом билан ишлаб чиқди, бу ўн икки бармоқ ичак катта сўрғичининг ва холедох терминал қисмининг чегарасида сафро оқимининг органик бузилишларида янги жарроҳлик усулида олиб боришни таклиф этди. Ишлаб чиқилган янги методик усул 41 нафар беморни ўлим ҳолатисиз муваффақиятли жарроҳлик амалиётини бажаришга муваффақ бўлди [18,24,36].

ЎТК жарроҳлигида минилапаротомия асосан холецистэктомия учун қўлланилади. Холедохолизотомия ташқи дренажлаш, холедоходуоденостомия каби амалиётлар ҳам, айнан шу кичик ўлчамдаги кесим билан амалга оширилганлиги ҳақида хабарлар мавжуд [28,34,41].

М. И. Прудков ва бошқалар. (2016) маълумотларига қараганда беморларнинг 13-18 фоизида стрессли холетсистит ва холангитнинг одатдаги тиббий тури билан бирга сафрони микроорганизмга экилмайди. Ўткир холангитни ташхислаш ва даволашда сафрони микробиологик ўрганишнинг асосий камчилиги ўрганиш давомийлиги ҳисобланади [52,63,138].

Ўткир холециститда фаол жарроҳлик тактикаси энг оқланган усул ҳисобланади. ўт пуфаги тешилиши ва маҳаллий ёки тарқалган перитонит пайдо бўлган беморларнинг 2-10 фоизи шошилиш операция қилинади. К'абул қ'илинган пайтдан бошлаб 48-72 соат оралиғида шошилиш операциялар Ўткир холесиститнинг деструктив шакллари бўлган беморларнинг саксон фоизигача амалга оширилади. Ўткир холотсиститни мажбурий тезкор жарроҳлик йўли билан даволашда патологик жараённинг хусусиятини баҳолаганидан сўнг, бир вақтнинг ўзида жигардан ташқари ўт йўллари ҳам эътибор бериш лозим [47,83,100].

Сафро ё'лларининг стриктурасини визуализатсия қилишдаги муаммолардан бири уларнинг тарқалиш даражасини ортиқча баҳолаш бўлиб қолмоқда. Бу энг янги методик усуллар ва тартибларни оптималлаштириш ва қидиришни, МРХПГ ни классик МРТ билан бирлаштиришни ва энг янги

усуллар, хусусан, эндосонография [8,54] усулини қўшишни талаб қилади. Олимларнинг аксарияти ўт пуфаги ва пуфак каналининг анатомик тузилишига, шунингдек, жигар ичидаги ва жигардан ташқари сафро каналларига алтернативаларни ўрганишда МРХПГ нинг муҳим аҳамияти ўртасидаги муносабатларни ҳал қилишда яхлитдир. МРХПГ нинг асосий роли уларнинг ошқозон ости беzi каналлари билан бирлашишига алтернативаларни кўриб чиқишда намоён бўлади [9,35,89,108,119].

Шунингдек, тадқиқотчиларнинг фикрича, даволаш натижалари ва асоратларини таҳлил қилиш билан жарроҳлик хавфи юқори беморларга кейинги босқич эндоскопик папиллосфинктеротомия холетсистектомия билан бирга қўлланилиши, минимал хавф остида бўлган беморлар учун эса фақат операция бўлиши керак деган хулосага келиш имконини беради, хавфи кам бўлган беморларда олдиндан эндоскопик папиллосфинктеротомия қилиш, қўшимча хавф омилидир. Холецистэктомия кейинги этапда ўт йўллари патологиясини эндоскопик даволаш мумкин.

Аммо, ҳатто ЎЙнинг енгил жароҳатлари, кеч ташхис қўйилган бўлса ҳам, ҳаёт учун хавф туғдириши ва операциядан кейинги даврда оғир асоратларни келтириб чиқариши мумкин бўлган омилларга: перитонит, абцессларнинг шаклланиши, ташқи ўт йўлларининг оқмалари, травмадан кейинги тсикатрисиял структуралар киради.

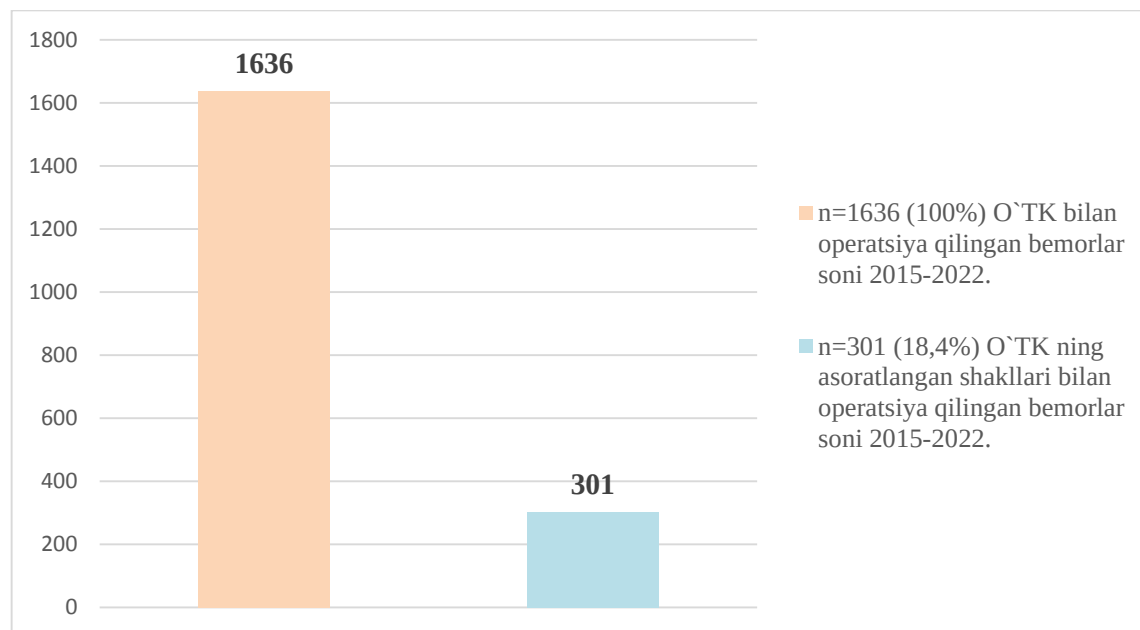
Ўт йўлларининг оғир шикастланишида уни даволаш жуда қийин бўлиб, дарҳол ва узоқ муддатли натижаларни яхши деб ҳисоблаш мумкин эмас. Реконструктив хирургиядан кейинги ўлим даражаси 8-17% ни ташкил этади [6, 42]. Бу ҳолатда хирурглар операциядан кейинги эндоскопик ўт йўллари касаллигини давоси билан КДС ва умумий ўт йўлига минимал аралашув билан чекланишга интиладилар [46, 88, 96].

Ижобий натижаларга қарамай, ўт касалликлари ва йўллар патологиясини комбинацияланган эндоскопик ва жарроҳлик даволашнинг, бир қатор жарроҳликлар иккита амалиётни бажарилишини мантиқсиз деб билишади, агар улардан биттаси етарли бўлса, чункиуларнинг ҳар бири

асоратлар сонини ва ўлим хавфини оширади. Бундай аралашувларда катта тажриба тўпланган, аммо адабиётда Ўткир холецистит хуружи операция пайтида, айниқса кекса ёшдаги беморларда, ўн икки бармоқ ичакка сафро тушиши бузилишини тиклаш бўйича аниқ тавсиялар мавжуд эмас. Даволаш тактикасини аниқлаштириш учун қўшимча тадқиқотлар талаб этилади [79,116,].

КЛИНИК КУЗАТИШЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДИАГНОСТИК МЕТОДЛАРИ

Самарқанд давлат тиббиёт университети клиникасининг жарроҳлик бўлимида сўнгги 8 йил ичида 2015-2022 йиллар давомида холелитиазли 1636 бемор операция қилинди, улардан 301 нафари (18,4%) ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан (расм.), яъни тахминан ҳар бешдан бири.



Холелитиаз билан операция қилинган барча беморларнинг сонига нисбатан ўТКнинг асоратланган шакллари билан операция қилинган беморлар сони

Тадқиқотимиз мақсадига асосланиб, биз ўТК нинг асоратланган шакллари билан оғриган 301 нафар беморни текшириш ва даволаш натижаларини ўргандик.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинди:

1. Таққослаш гуруҳини 2015-2018 йилларда 137 нафар ўтқир холецистит ва ўт йўллариининг шикастланиши билан шошилиш ва кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда операция қилинган беморлар ташкил қилди;

2. Асосий тадқиқот гуруҳи 164 бемордан иборат бўлди. Биз таклиф этган ташхис ва даволаш алгоритми мини-инвазив хирургик аралашувлардан

фойдаланган ҳолда хирургик даволаш усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда ишланган. Дастурнинг клиник амалга оширилиши Европа жарроҳлик жамияти ассоциацияси - ЕРАС (Энхансед Ресоверй Афтер Сургерй) тавсияларига асосланди. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, клиник кўринишларининг оғирлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлди.

ЖССТнинг Европа минтақавий бюроси (2016) томонидан қабул қилинган таснифга кўра, қариялар (60-74 ёш) ва кекса беморлар (75 ёш ва ундан катта) мос равишда 68 (22,6%) ва 13 (4,3%) ташкил этди. Асосий беморлар ўрта ёшдаги 65 ёшдан кичик (21,7%) ва 65 ёшдан катталар 138 (46,2%). 20 (6,7%) танаси майда ёшдаги касаллар ташкил этди

ЎТКнинг асоратли шакллари бўлган беморларни жинс ва ёш гуруҳлари бўйича тақсимлаш

Ёшга мос гуруҳлаш	Беморлар ёши	Эркак	Аёл	Жами	%
Ёшлар	18-29	8	11	19	6,6
Кичик ўрта ёш	30-44	23	42	65	21,7
Катта ўрта ёш	45-59	45	92	138	46,2
Қариялар	60-74	32	35	67	22,8
Кекса ёшдагилар	75 дан катта	4	8	12	4,3
Жами		112	189	301	100

Жинсига кўра тақсимлаш аёл касаллар устунлик қилади – 189 (62,8%), эркаклар – 112 (37,2%) Аёллар ва Эркаклар нисбати 1,8:1 ни ташкил қилди.

Анамнез маълумотларини таҳлил қилганда, 44,9% ҳолларда (135 бемор) касалликнинг ўртача давомийлиги 2 йилдан ортиқ эканлиги маълум бўлди. Шунини таъкидлаш керакки, 24,0% ҳолларда (72 бемор) касалликнинг дастлабки белгилари ўртача 5 йил олдин пайдо бўлган. Клиниканинг жарроҳлик бўлимига 39 нафар бемор (13%) хасталик тарихида биринчи хуруж билан ётқизилган, бироқ маълумотлар шунини кўрсатадики, ҳар иккинчи беморда бу ўт пуфаги патологияси ўз-ўзидан пайдо бўлмаган ва касаллик фонида узок давом этадиган сурункали яллиғланиш ётади. Беморларнинг

умумий сонининг 37,0% дан ортиғи (111 бемор) ўт пуфағи ёки ўт йўлларининг айрим касалликлари бўйича такрорий стационар даволанишдан ўтган. (табл.).

-

Беморларни касаллик кечишининг давомийлиги бўйича тақсимлаш

Анамнез давомийлиги	Жами беморлар	
	Абс.	%
Бирламчи	39	13
2 йилгача	135	44,9
2 йилдан 5 йилгача	72	23,9
5 йил ва ундан кўп	55	18,2
Жами	301	100,0

Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, кекса ёшдаги беморларнинг кўпчилигида касалхонага ётқизиш пайтида ўт пуфағи ва ўт йўлларида ўт пуфағидаги сурункали жараён фонида Ўткир холецистит ташхисига хос тасвир ривожланади ва бу яллиғланиш ўчоқларининг шаклланишига олиб келди. Шундай қилиб, биз ўт пуфағидаги яллиғланиш жараёнларининг сурункалилиги умумий ўт ва интрагепатик ўт йўлларида патологик трансформациялар шаклида Ўткир холециститнинг жиддий асоратларини, кейинчалик ўн икки бармоқ ичакнинг КДС деформацияси билан склерозни ривожланишига олиб келади деган хулосага келамиз.

Беморларнинг жарроҳлик бўлимига ётқизилган вақтини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, Ўткир холециститнинг биринчи белгилари биринчи кунда пайдо бўлган пайтдан бошлаб фақат 78 бемор (25,8%) касалхонага ётқизилган, беморларнинг асосий қисми еса иккинчи ёки учинчи кун охирига келиб касалхонага ётқизилган, бу беморлар гуруҳидан 59 бемор 3-4 кундан кейин қабул қилинган.

Касаллик тарихи ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, кечки шифохонага ётқизишнинг асосий сабаби, тиббий ёрдам учун мутахассисларга

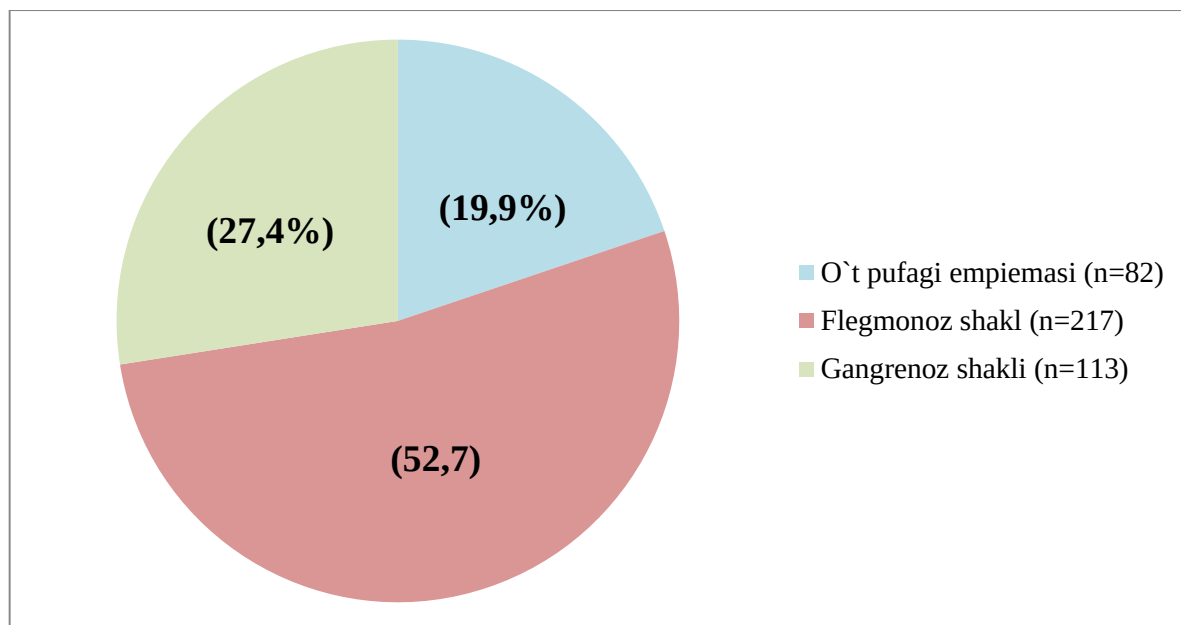
ўз вақтида мурожаат қилмаслик ҳисобланади. Афсуски, тиббий хатолар ҳам мавжуд, биринчидан, улар касалхонага ётқизиш босқичида (70 нафар бемор) нотўғри диагностика тадбирлари ЎТКазилиб, 31 ҳолатда консерватив даво асоссиз равишда яшаш жойидаги тиббиёт муассасасида ЎТКазилган, 28 ҳолатда - бошқа бўлимларда, хусусан, юқумли ёки терапевтик касалхоналарда нотўғри ётқизиш. .

Беморларнинг жарроҳлик касалхонасига ётқизилган вақти бўйича тақсимланиши

Қабул қилиш муддати	Жами беморлар	
	Абс.	%
24 соатгача	78	25,8
24 дан 48 соатгача	91	30,2
48 дан 72 соатгача	73	24,5
72 соатдан кеч	59	19,6
Жами	301	100,0

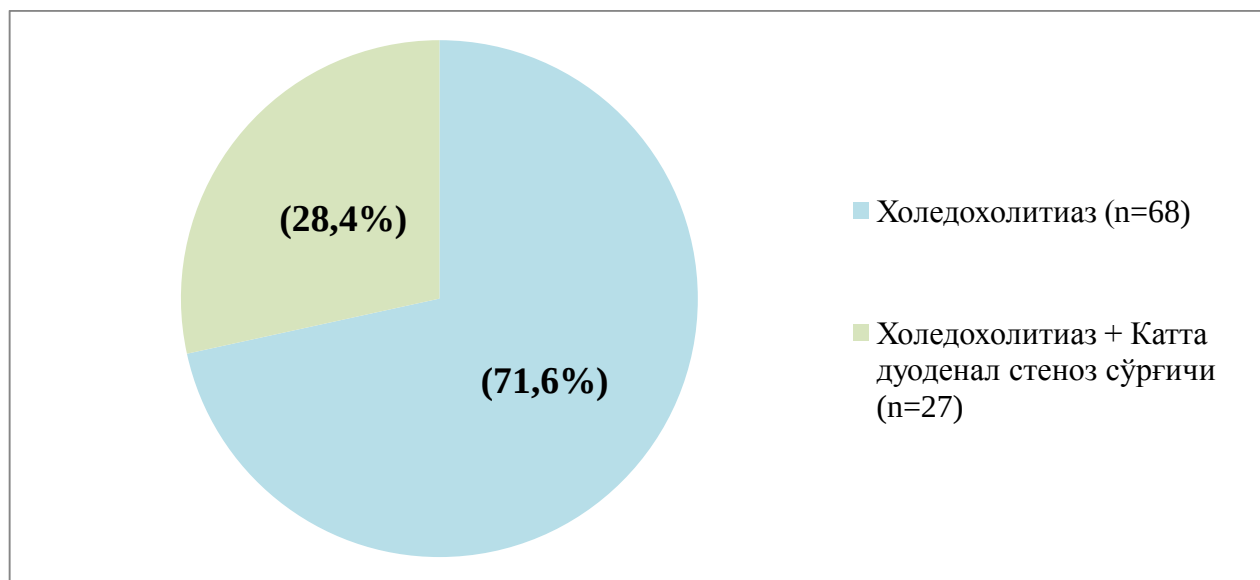
Холелитиазнинг аниқланган асоратлари бўйича беморларнинг тақсимланиши қуйидагича бўлди: - Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши устун бўлган 206 бемор: - Ўткир йирингли холангитнинг клиник кўриниши устунлик қилган 95 бемор.

178 нафарда (59,3%) ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари (61 та гангреноз холецистит, 117 та флегманоз шакл), 44 тасида ўт пуфаги эмпиемаси ташхиси қўйилган.



Беморларнинг ўт пуфагининг яллиғланиш шаклига кўра тақсимланиши

ўт йўллари патологияси частотасини ўрганишда қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди: 68 ҳолатда холедохолитиаз тасвири кузатилди, 27 беморда холедохолитиаз билан бирга ўн икки бармоқ ичак катта дуоденал сўрғичи (КДС) стенози аниқланди .



Беморларнинг ўт йўллари шикастланишининг табиати бўйича тақсимланиши (n=95)

144 нафар (47,8%) беморда яллиғланишнинг экстравезикал тарқалиши кузатилди. Уларнинг 35 тасида (11,6%) қорин бўшлиғида сафроли перитонит

аниқланган, шундан 19 тасида диффуз шакли ва 16 тасида чегараланган шаклда бўлган. 105 нафар (34,9%) беморда перивезикал инфилтрат аниқланган бўлса, 8 та ҳолатда (2,7%) перивезикал абсцесс аниқланган.

Ўт йўллари касалликларининг асоратланган шакллари аниқлаш частотаси шуни кўрсатдики, механик сариқликнинг ривожланиши етакчи ўринни эгаллайди, 44 та ҳолатда қонда умумий билирубиннинг 60 мкмол/л дан ортиқлиги қайд этилган. Беморларда сариқликнинг давомийлиги 2-14 кунни ташуил этди. Унинг пайдо бўлиш сабаблари таҳлил қилинганда сариқликнинг пайдо бўлиши жигардан ташқари ўт йўлларида тош борлиги билан боғлиқлиги ва 21 нафар беморда механик қўшимча равишда артериянинг стенози кузатилганлиги аниқланди.

78 нафар беморда касалликнинг кечиши холангит билан асоратланган. Ўйрингли холангит ташхиси тасдиқланган 21 нафар беморда клиник ва лаборатория текширувларини ҳисобга олган ҳолда жигар буйрак етишмовчилиги белгилари аниқланган. Тадқиқот режасига гипербилирубинемия, альбюмин-глобулин нисбатининг пасайиши фонида альбумин миқдорининг пасайиши, гидроксид фосфатаза ва трансаминазалар даражасининг ошиши, шунингдек карбамид кўринишидаги функционал тестларни таҳлил қилиш натижалари, қондаги таркиб ва бошқалар киритилган. Буларнинг барчаси биргаликда Токио таснифи (2018) асосида ушбу беморларнинг аҳволини холангитнинг оғир даражаси деб тан олиш учун асос бўлди.

Коморбид патологиялар орасида етакчи ўринни юрак-қон томир тизимининг патологияси эгаллади. Шунинг таъкидлаш керакки, ёшнинг ошиши билан юрак-қон томир патологиясининг асоратлари сони сезиларли даражада ортади, бу айниқса беморларнинг катта ёшдаги гуруҳларида сезилади. Мисол тариқасида, беморларнинг 88,0% дан ортиғида ЮИК клиникаси бор эди, улар орасида (13,0%) ЮИК стенокардия билан бирга кечди. 9 нафар беморнинг анамнезида миокард инфаркти қайд этилган, 11 та ҳолатда стенокардия

хуружлари ўт пуфаги проекциясида Ўткир оғрик ва Ўткир холецистит ривожланиши туфайли юзага келган.

ЎТКазилган ЭКГ таҳлили (39 беморда ЮИК) юрак ритмининг қуйидаги бузилишлари мавжудлигини кўрсатди: ҳилпилловчи аритмия - 17 нафар беморда, экстрасистолия - 22 нафар беморда кузатилди. Касаллик кечишининг динамикаси электрокардиографик кўрсаткичларнинг касалликнинг оғирлигига боғлиқлигини ишончли тарзда тасдиқланганлигини кўрсатди. Масалан, бир қатор беморларда (n=15 бемор) Ўткир холециститни самарали даволаш билан юрак ритмини тиклаш билан бирга юрак миокардининг ҳолати сезиларли даражада яхшиланди. Беморларнинг ярмидан кўпи гипертензия тарихини қайд этди, баъзи беморларда (n=14) касалхонада бўлганларида гипертоник кризлар қайд этилган.

Йўлдош патологиялар таркибида 43 нафар беморда нафас олиш тизимининг сурункали касалликлари аниқланган ва ёш ошиши билан касалликлар сонининг кўпайиши тенденцияси кучайган. Бизнинг кузатишларимизга кўра, бу ўсиш 60 ёшдан ошган беморлар гуруҳида икки баравар кўп бўлган. Касалликнинг тузилиши қуйидагича: сурункали пневмония ва бронхит – 14 та беморда, пневмосклероз - 32 та беморда, бронхоэктазия - 1 та беморда, бронхиал астма – 3 та беморда. Кузатув давомида 6 нафар беморда ётоқ режим туфайли пневмония ривожланган.

Ошқозон-ичак трактининг, хусусан, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг биргаликдаги патологияси барча ҳолатларнинг 37,1% да аниқланган. Касалликнинг гуруҳларга тақсимланиши шуни кўрсатдики, кекса беморларда бу кўрсаткич 33,8% ни ташкил қилади.

Жигарнинг патологиялари ҳам кузатувларда аниқланган (17,1%), улар орасида сурункали гепатит ва жигар циррози ҳам устунлик қилади.

Яна бир кенг тарқалган касаллик бу қандли диабет ҳисобланади. Бизнинг тадқиқотимизда бемор намунасининг 12,8% да қандли диабет 2 тип ташҳиси қўйилган. Углевод алмашинуви кўрсаткичларини даволаш, касалхонага ётқизилган биринчи кунлардан бошланганига қарамай,

касалликнинг Ўткир даврида бу ҳолатни тиклаш қийинлашди. Ўткир холецистит ва ўт йўллари гипертензиясини самарали даволашда қандли диабетни даволаш яхши натижалар берди.

Йўлдош патологиялар таркибида сийдик тизимининг касалликлари ҳам кенг тарқалган бўлиб, ўртача бу умумий касалликлар сонининг тахминан 5% ни ташкил этди. Улар орасида уролитиаз (7 бемор), пиелонефрит (4 бемор), цистит (3 бемор). 2-3 даражали семизлик (66 бемор), қалқонсимон без патологияси (9 бемор), аллергия ҳолатлар (8 бемор) каби қуйидаги нозологиялар ҳам борлиги аниқланди.

Тақдим этилган маълумотларга асосланиб, биз ўзига хос оғирлик кўрсаткичлари, клиник симптомларнинг оғирлигининг табиати ёшга қараб ортади деган хулосага келишимиз мумкин. Касалликларнинг тарқалишида аниқ ёш градацияси мавжуд.

Ўт йўлларида патологик ўзгаришлар билан кучайган Ўткир холецистит кечиш табиати шуни кўрсатдики, касалликнинг энг юқори чўққисида бўлган беморларда асосий ва йўлдош касалликларнинг ўзаро кучайиши синдроми пайдо бўлади. Адабиётлар ва ушбу тадқиқот маълумотларига кўра, айнан ушбу синдром ОХ билан оғриган беморларда ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. ўт пуфагидаги Ўткир жараёни оғриқни йўқотиш фонида, ўт йўллари тизимидаги кучланишни ўз вақтида, клиник жиҳатдан самарали даволаш коморбид патологияни даволаш самарадорлигининг ечими ҳисобланди.

Шундай қилиб, клиник материалнинг таҳлили шуни кўрсатдики, Ўткир холецистит билан касалланган беморлар фонида юзага келадиган ўт пуфаги деворидаги деструктив ўзгаришлар, перитонитнинг ривожланиши, перивезикал инфилтрат, холедохолитиаз ва папиллостеноз фонида холангит ва механик сарикликнинг ривожланишига олиб келадиган абсцесс каби асоратлар шаклланиши билан тавсифланади. Бу жараёнларнинг барчаси асосий ва йўлдош касалликларнинг ўзаро бирлашиши синдроми фонида содир бўлади.

Ультратовуш текшируви

Барча беморларга ультратовуш текшируви (УТТ) Ўтказилди, бемор шошилини равишда мурожат билан келган тақдирда, бемор касалхонага ётқизилганидан кейин биринчи кундаёқ ультратовуш текшируви Ўтказилди.

Тадиқотлар шуни кўрсатдики, 95% ҳолларда ўт пуфаги бўшлиғида тош борлиги акс этган белгилари аниқланган ва 88,2% ҳолларда Ўткир холецистит тасвирига тўғри келади (2.4). Гепатикоколедохнинг ўзи деярли барча беморларда (94%) аниқ кўринади, бўшлиқнинг патологик кенгайиши еса фақат 57,5% беморларда аниқланган. ўт йўллариининг зарарланишини ташхислашда билиар тизимда ривожланган гипертензия белгиларини визуализация қилиш ҳал қилувчи рўл ўйнайди.



Ўткир тошли холецистит. Ультратовушда: девори қалинлашган, катталашган ўт пуфаги (10х5 см); бўшлиғида акустик сояларни берувчи қўшимча эхо структурали тузилмалари (конкрементлар) мавжуд.

Ўткир холецистит. Механик сариклик. Ультратовушда:



гепатикохоледох 11 мм гача кенгайган, унинг бўшлиғида қўшимча паст ва ўрта зичликдаги эхосояланиш тузилмалари (конкрементлар) мавжуд.

Гепатикохоледох бўшлиғидаги зич эхографик тузилмалар деярли 40% ҳолларда аниқланган, баъзи жойларда бундай қалинлашишлар фақат акустик сояни таъминлайди. Бундай акустик шаклланишларнинг визуализацияси холедохолитиазнинг, айниқса гепатикохоледох 9 мм дан ортиқ кенгайганида ривожланишини кўрсатади

Шунингдек, ультратовуш ёрдамида биз беморларда ўт пуфагини микрохолецистостомия ва санациясидан кейинги жарроҳлик аралашув натижаларини ҳам кузатдик



Ультратовуш текширувида: ўт пуфағи зич овал шаклда кичрайган, бўйинчаси ва танаси бўшлиғида эхоструктур сояланишлар йўқ. Фақат тубида сояланиш қисман сақланган.

Эзофагогастродуоденоскопия

191 нафар беморда эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) ўтказилди.

ЭГДС операциядан олдинги тадқиқотнинг скрининг усуллари билан бириктирилди. Агар билиар гипертензия ривожланишининг ишончли белгилари мавжуд бўлса, дуоденоскопияда ўн икки бармоқли ичак КДС ни тўлиқ текшириш ва ЭПСТни режалаштириш учун мажбурий ҳисобланди.

ЭГДС давомида қуйидаги натижалар ҳам аниқланди: 34 та беморда ўткир папиллитнинг сурати аниқланди; парафатерал дивертикуллар - 14 та беморда; 28 ҳолатда ЭГДС ва Ультратовуш текшируви бироз тортилган ва қаттиқлашган КДС шаклида папиллостеноз белгиларини, сўрғич соҳасида енгил яллиғланиш белгиларини кўрсатди. 9 та беморда КДС умуман кўринмаган.

Агар йирингли холангитга шубҳа бўлса, беморларда дуоденоскопик текшириш усули жуда муҳимдир, шунинг учун 25 та беморда ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига фибринли йирингли-лойқа сафронинг тушиши аниқ кўрсатилган. 14 та ҳолатда, гепатоколедохдаги патологиядан ташқари, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг йўлдош касалликлари аниқланган.

Лапароскопия ва релапароскопия

Шошилиш сабабларга кўра касалхонага ётқизиш пайтида ўткир холецистит ва ошқозон-ичак трактининг бошқа жарроҳлик касалликлари ўртасидаги хиралашган клиникаси туфайли дифференциал ташхис қўйиш учун лапароскопик текширув ўтказилди. Сафро перитонитининг ривожланиши ва агар керак бўлса, қорин бўшлиғини кейинчалик дренажлаш билан санация қилиш ҳолатида релапароскопия ўтказилди. Лапароскопия пайтида олинган перитонеал экссудат бактериологик текширувдан ўтказилди.

Пневмоперитонеум маълум усуллардан бири ёрдамида қўлланилган. Лапароскопнинг диаметрига қараб, 5 ёки 10 мм троакар

киритилди. Диагностика видеолапароскопия тизими ёрдамида амалга оширилди.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РХПГ). Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография эндоскопик папиллотомия билан асосий гуруҳнинг 37 нафар беморида муваффақиятли ўтказилди. Ушбу тадқиқот усули ўт йўлларида, асосий ошқозон ости беги йўлларида патологик ўзгаришларни ташхислашда энг муҳимларидан бири ҳисобланади, бу бутунлай ўт йўлларида ҳолатини объектив баҳолашга, ўт йўллари девори деструктив ўзгаришлари, механик жараёнларнинг табиати ва бошқалар каби жараёнларнинг ривожланишининг сабабларини аниқлашга имкон беради.

Ушбу услуб ёрдамида механик сарикликнинг сабаби ва контраст модда тўпланиш жойи тўғри аниқланди, шу билан холестаз белгилари бўйича жарроҳлик аралашув кўлами тўғри танланди, шунингдек, индивидуал асосда чора-тадбирлар тўпламини тўғри режалаштирилди.



РХПГ. ЛХЭ операциясидан 3 кун ўтгандан кейинги ҳолат. Резидуал холедохолитиаз, билиар гипертензия.

РХПГ латерал оптикали эндоскоп ёрдамида амалга оширилди. РХПГ, юқорида айтиб ўтилганидек, ўт йўлларида патологиясини аниқлаш, шунингдек, холедохолитиаз ва папиллостенозни даволашнинг эндоскопик усулларида кўрсатмаларни аниқ аниқлаш учун зарур. Бизнинг тадқиқотимизда РХПГ дан фойдаланган 37 беморда холедохолитиаз ташхиси қўйилган



РХПГ. 2 см гача кенгайган катта тош билан гепатикохоledохнинг обструкцияси.

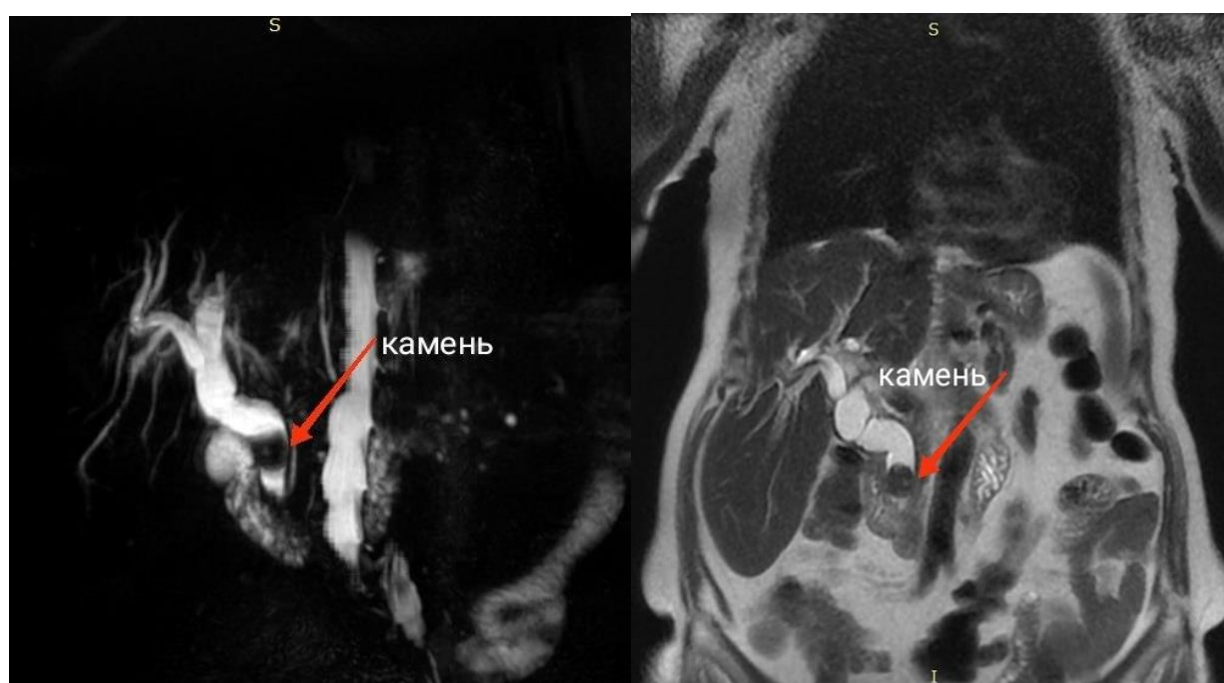
РХПГ электрон-оптик конверторли "Генерал Елестрис С-арм" рентген курилмасида амалга оширилди. Стандарт сифатида, тадқиқот маълумотлари махсус плёнкаларда рентген тасвирлари шаклида бўлиб, шунингдек, шахсий компьютер дискларида ёзилган. Биз юқори ишончлилиги ва фойдаланиш қулайлиги билан ажралиб турадиган Олимпус (Япония) эндоскопларидан фойдаландик; булар диаметри 3,2 мм бўлган инструментал каналли ЖФ - 1Т 40 серияли эндоскоплар. Эндоскопнинг ушбу модели кичик ташқи диаметрли дистал учининг сезиларли эгилиши билан тавсифланади. Бу эндоскопларни ўн икки бармоқли ичакнинг анатомик ва патологик деформацияларига имкон қадар мослашишга имкон беради. Транспапиллар кириши билан РХПГ ҳолатида ички инструментал каналнинг диаметри 4,2 мм бўлган эндоскоплар қўлланилади.

Контраст сифатида қуйидаги дорилар ишлатилган: урографин, тразограф, омнипакуе 300, ултравист 300 паст зичликдаги тошларнинг "тиқилиб қолиши" хавфидан қочиш учун 25-30% концентрациясидан фойдаланилди.

Магнит-резонанс холангиопанкреатография (МРПХГ)

МРПХГ энг информатив сканерлаш диагностика усули бўлиб, 113 нафар беморда ўтказилди. Тадқиқот Флибс Гйроссан Интера, 1,0 Т курилмасида ўтказилди. МРПХГ техникаси контраст моддаларни

киритмасдан ва сафро тизимига аралашувисиз жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларининг тўлиқ тўғридан-тўғри тасвирини олиш имконини берди. Тасвирни тадқиқот мақсадига қараб бир нечта проекцияларда (горизонтал, фронтал, сагиттал) олиш мумкин. МРПХГ яхши ишлаб чиқишга эга. Операциядан олдинги текширув босқичида МРПХГ дан фойдаланиш ўт йўллари гипертензиясининг оғирлигини инвазив бўлмаган ҳолда баҳолаш, ўт йўллари анатомиясининг хусусиятларини аниқлаш ва зарар даражасини баҳолаш имконини берди.



МР - холангиограмма. Холедохолитиаз ва механик холангитда жигар ичи ва ташқарисидаги ўт йўллари кенгайиши.

Ўт йўлларининг ҳолатини ва жарроҳлик босқичида уларнинг обструкциясининг сабабини тўлиқ аниқлаш учун гепатикоколедохни тўлиқ текшириш, шунингдек, агар кўрсатма бўлса, диагностик холедохотомия ва фиброхоледокоскопия, интраоператив холангиография ва ўт йўллари текшириш керак бўлади.

Гепатококоледохни текширишда асосий кўрсаткичлар каналлар диаметри ва деворидаги ўзгаришлар кўрсаткичлари ҳисобланади. Бизнинг

тадқиқотимизда, каналларнинг бўшлиғи 10 мм дан ортиқ кенгайган мутлақо барча ҳолатларда каналларда патологик ўзгаришлар кузатилди.

Ўт йўллари бутун узунлиги бўйлаб текширишда, КДС соҳасида ҳам, умумий ўт йўлининг дистал қисмида ҳам патологик торайишнинг локализациясини аниқлаш учун торайган жойларга эътибор берилди. ўт йўллариининг ўзини махсус калибрли зондлар ёрдамида зондлашда холедохотомия соҳасига кириш жойи ёки ўт қопи йўлидан амалга оширилди. Диаметри 3 мм дан ортиқ бўлган зондни ўн икки бармоқли ичакка ЎТҚазишда қийинчилик бўлса, бу папиллостенознинг ривожланиши деб ҳисобланган ва бизнинг бу тадқиқотимизда 39 та беморда кузатилди.

Фиброхоледокоскопия

Фиброхоледокоскопия (ФХС) ўт йўллари патологиясини ташхислашнинг энг информатив усули бўлиб, ушбу тадқиқотнинг афзаллиги унинг бажарилиш техникасининг соддалиги ва хавфсизлигидир.

Фиброхоледокоскопия умумий ўт йўли 10 мм дан ортиқ кенгайганида, ўт йўллари патологиясининг клиник, эхографик ва рентгенологик белгилари мавжуд бўлганда амалга оширилади. 29 беморда фиброхоледокоскопия Ўтказилди. Диаметри 5,6 мм бўлган Олимпус - толали холедохоскоп ишлатилган. Эндоскоп холедохотомия тешигидан киритилади. Биринчи навбатда, ўт йўллариининг проксимал қисмлари, сўнгра дистал қисмлари ва КДС майдони текширилди.

Бизнинг натижаларимиз қуйидагича: 25 та беморда ўт йўлларида тош борлиги; 3 та беморда папиллостеноз борлиги; 17 та беморда эса холангитнинг тасвири борлиги аниқланди. Шунинг таъкидлаш керакки, папиллостенозли КДС да кўринадиган чандиқ-деструктив ўзгаришлар ва сфинктер тешигининг сезиларли даражада торайиши билан тавсифланган.

Ушбу тадқиқотнинг юқори самарадорлиги, бажарилишининг техник соддалиги ва хавфсизлиги ўт йўллариининг патологияси билан асоратланган Ўткир холецистит билан оғриган беморларда жарроҳлик аралашувнинг энг мақбул ҳажми ва усулини танлаш имконини беради.



Интраоператив холангиография. Ўткир холецистит. Холедохолитиаз. Папиллостеноз. Умумий ўт йўлининг ампуляр қисмида тўлдириш нуқсони ("мениск"). Контраст модданинг интрагепатик ўт йўлларига қайтарилиши ва ўн икки бармоқли ичакка кам оқиши.

Операция ичидаги холангиография

ЖТўЙ шикастланиши диагностика қилиш учун холангиография ажралмас диагностика усули ҳисобланади. Бу диагностик усул ўт йўлларининг тузилиши, патологик ўзгаришлар ҳақида қимматли маълумотларни беради. Тажрибали мутахассислар ёрдамида қилинган холангиография усулининг асоратлари жуда кам учрайди ёки умуман учрамайди

Интраоператив холангиография ИўЙ жароҳатларини интраоператив диагностика қилиш учун ажралмас диагностика усули ҳисобланади.



Интрагепатик ўт йўллари контрастланган. Дистал гепатикохоledох контрастланмаган

Биз интраоператив холангиографияни анатомик жиҳатдан мураккаб вазиятларда ва ИўЙ га интраоператив шикастланишга шубҳа қилинганда мутлақо кўрсатиладиган деб ҳисоблаймиз ва 14 та беморда ушбу текшириш усулини ЎТКаздик. ИХГ нинг асосий кўрсаткичлари жарроҳлик соҳасида сафро пайдо бўлиши, унинг чиқиши манбаси ноаниқ бўлса ёки ўт пуфагининг бўйнида қўшимча тузилмалар мавжудлиги ҳисобланади. Интраоператив холангиография ўт қопи йўли орқали ёки пункция қилиш орқали контрастли триобмраст ва урографин 76% - 20,0 юборилиб Ўтказилди.

Даволаш натижалари нуқтаи назаридан МўЙ жароҳатини аниқлаш вақти - жарроҳлик пайтида ёки операциядан кейинги эрта даврда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

МўЙ шикастланишининг интраоператив белгилари:

1. Жароҳат жойидан сафро оқиши.
2. стенозларнинг пайдо бўлиши.
3. ЖТўЙ кенгайтириш.
4. холангиографияга кўра каналларнинг яхлитлигини бузиш.

Умумий қон, сийдик ва биокимёвий қон тестларининг лаборатория тадқиқотлари умумий қабул қилинган усулларга мувофиқ амалга оширилди.

Асоратларни ўз вақтида аниқлаш мақсадида клиник микробиология лабораторияларида диагностик пункция пайтида олинган қон, сафро, қорин парданинг экссудати, сўрилган суюқликлар микробиологик текширувдан Ўтказилди.

ўрганиш жараёнида олинган ма'лумотлар Мисрософт Оффисе Эхсел-2016 дастурий та'минотини қўллаб-қувватлаш билан бирга, Пентиум-ИВ шахсий компютерида статистик ишлов бериш функцияларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Вариатсион параметрик ва параметрик бўлмаган статистик усулларни қўллаб-қувватлаш билан биргаликда ўртача рақамли

ўрганилаётган белги (M), ўртача квадратик фарқ (тегишли), оддий ўртача гуноҳ (m) ва шартли ма'ноларни (%частота) ҳисоблаш амалга оширилади. Олинган ўлчовларни таққослаш орқали олинган натижаларнинг статистик аҳамиятини таҳлил қилиш ва ўртача кўрсаткичлар мавжуд эди эҳтимоллик хатоси ҳисоб-китоблари (P) талаба (T) аспектини назорат қилиш мавжудлиги, шунингдек стандарт тарқалиш (тортиб олиш аспектига кўра). Хусусиятлар, ҳақиқат даражаси билан бирга $p < 0.05$ статистик жиҳатдан муҳим ўзгариш сифатида тан олинган. Микдорларнинг юқори сифатли статистик аҳамияти аспектини қўллаш билан бирга таркибга қараб ҳисобланади χ^2 (чи-квадрат) ва Z-мезон:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

бунда $p_1 = \mu_1 / n_1$ ва $p_2 = \mu_2 / n_2$ - таққосланадиган экспериментал частоталар, $p = (\mu_1 + \mu_2) / (n_1 + n_2)$ эса - иккала гуруҳда белгининг ўртача частотаси.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙўЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.

2015-2022 йиллар Самарқанд давлат тиббиёт университети клиникасининг жарроҳлик бўлимларида ЎТКнинг асоратланган шакли билан оғриган 301 нафар бемор операция қилинди.

Шу билан бирга, 35 (25,5%) та беморда холедохолитиаз ва механик сарикликнинг клиник кўриниши ва 102 та (74,5%) беморда Ўткир деструктив

холециститнинг клиник кўриниши устунлик билан ЎТКнинг асоратланган шакллариининг комбинацияси кузатилди.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинган:

Таққослаш гуруҳи 2015-2018 йилларда шошилиш ва шошилиш кўрсатмалар учун Ўткир холецистит ва ўт йўллариининг шикастланиши учун операция қилинган 137 нафар бемордан иборат бўлди;

Асосий тадқиқот гуруҳи 164 бемордан ташкил топди. Диагностика ва даволаш тактикаси учун биз таклиф қилган алгоритм миниинвазив жарроҳлик аралашувлар ёрдамида жарроҳлик даволашнинг босқичма-босқич усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда қурилган. Дастурнинг клиник амалга оширилиши Европа жарроҳлик жамияти ассоциацияси - ЕРАС (жарроҳликдан кейин кенгайтирилган тикланиш) тавсияларига асосланди. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, ҳам клиник кўринишларининг оғирлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлди.

Таққослаш гуруҳида ЎТКнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижалари

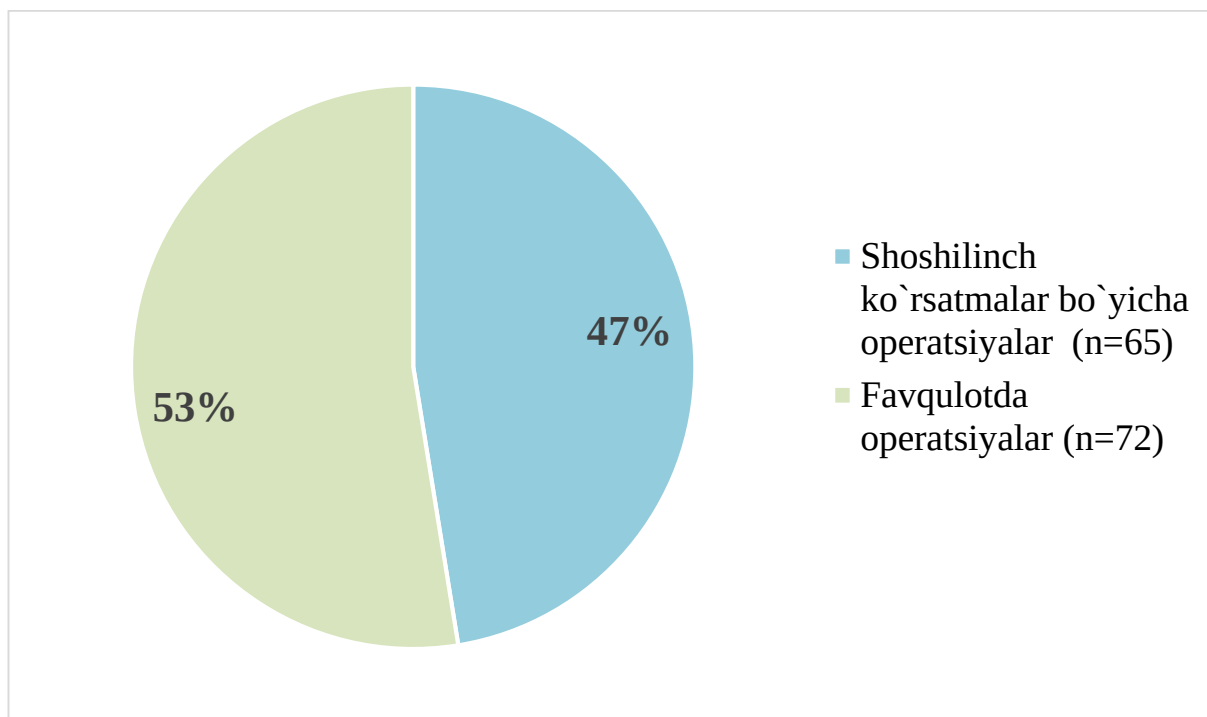
Назорат гуруҳидаги барча 137 беморнинг 98 нафарида (71,5%) Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши, 39 нафарида (28,5%) холедохолитиаз ва КДС стенози туфайли механик сариқлик ва холангитнинг клиник кўриниши устуворлик қилган.

Бизда Ўткир деструктив холецистит ва механик холангитни самарали даволаш фаол жарроҳлик тактикаси тамойилига риоя қилишни ўз ичига олади, бунинг натижасида қари ва кекса беморларда ЎТКнинг асоратланган шакллари бўлса, касалхонага ётқизилган пайдан бошлаб биринчи 24-48 соат ичида жарроҳлик аралашуви бажарилиши керак деб топдик.

Кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда кўрсатмага кўра операциялар (касалхонага ётқизилганидан кейин кейинги 6 соат ичида) 65 (47,4%) беморда амалга оширилди, улардан 53 тасида бу ҳолат Ўткир деструктив холецистит

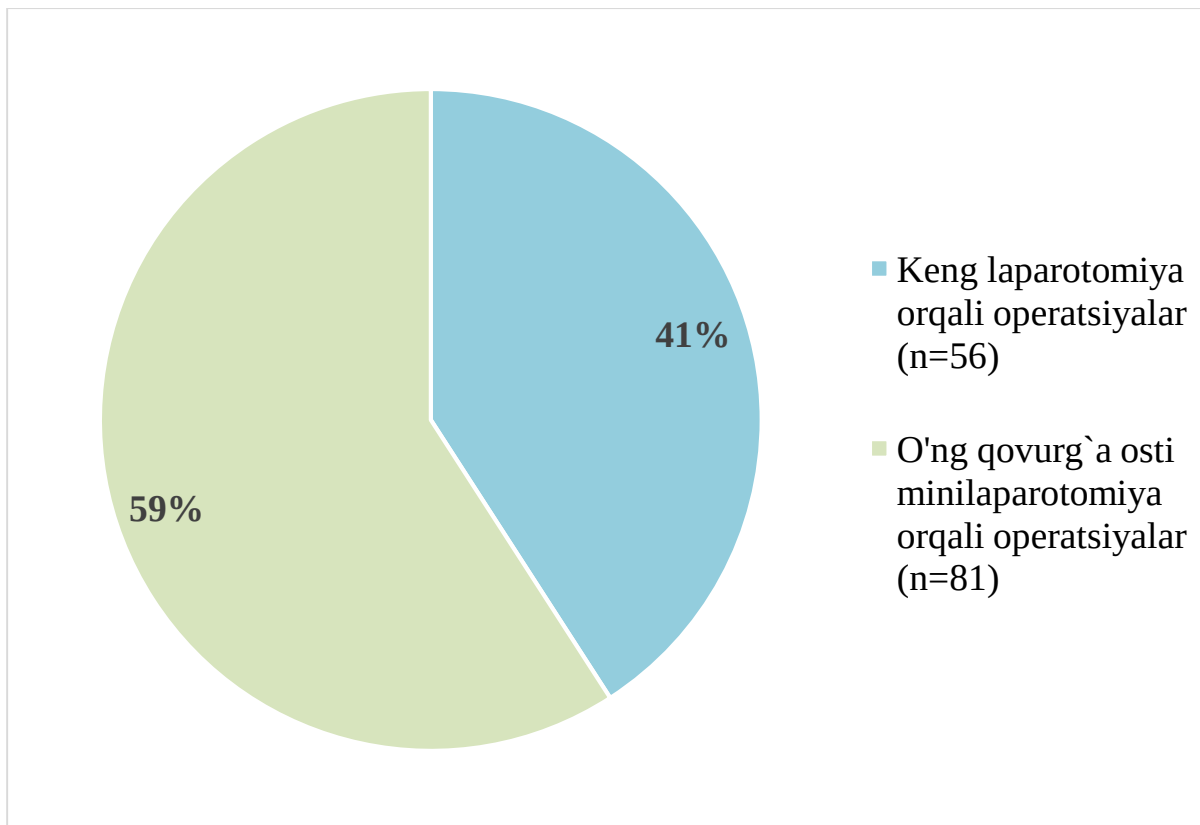
натижасида келиб чиқган. Шунингдек, 12 нафар беморда умумий ўт йўлининг ўткир обструкциясининг клиник кўринишида механик сариклик ва холангитнинг кучайиши билан шошилиш операциялар ўтказилди.

Шошилиш кўрсатмалар бўйича (кейинги 24-72 соат ичида) 72 (52,5%) нафар беморда перитонеал симптомлар ва обструктив холангитнинг аниқ прогрессив клиник кўриниши бўлмаган ҳолда операция қилинди



ЎТКнинг асоратланган шакллари бўлган қари ва кекса ёшдаги беморларда жарроҳлик аралашувнинг долзарблигини таққослаш (n=137)

Таққослаш гуруҳидаги барча 137 та операция қилинган беморларда жарроҳлик аралашув холецистэктомия (98 беморда) ёки умумий ўт йўлининг ташқи дренажи билан холедохолитотомия (39 беморда) билан холецистэктомия қилишдан иборат бўлиб, операциялар 56 нафар лапаротомия ва 81 нафарида минилапаротомия орқали амалга оширилди



Гуруҳдаги қари ва кекса ёшдаги беморларда ЎТКнинг асоратланган шакллариға жарроҳлик ёндашувларни таққослашлар (n=137)

Операцияларнинг шошилинчлигига қараб ўлим ва операциядан кейинги асоратларни таҳлил қилиш ва таққослаш шуни кўрсатдики, бу кўрсаткичлар шошилинч операциялардан кейинги: - ўлим 4,6%, қорин бўшлиғи сафро ва септик асоратлари 12,3%, қорин бўшлиғидан ташқарида йўлдош патологиянинг асоратлари 13,8%. Шошилинч кўрсатмалар бўйича операцияларни ўТКзишда ўлим даражаси 1,4%, ўт йўллари ва септик асоратлар 6,9% ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 9,7% ни ташкил этди.

3.1-

Таққослаш гуруҳдаги беморларда операцияларнинг шошилинчлигига қараб ўлим даражаси ва операциядан кейинги асоратлар частотаси.

Операция шошилинчлиги	Операция сони	ўлим	Билиар ва септик асоратлар	Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар
-----------------------	---------------	------	----------------------------	------------------------------------

Кечиктириб бўлмайдиган операциялар	65(47,4%)	3(4,6%)	8(12,3%)	9 (13,8%)
Шошилиш операциялар	72(52,6%)	1(1,4%)	5 (6,9%)	7 (9,7%)
Жами	137(100%)	4 (2,7%)	13 (9,5%)	16 (11,7%)

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончлилиги ($p < 0,05$)

ЎТК Ўткир холецистит ёки Ўткир холангитнинг клиник кўринишига қараб беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, қониқарсиз натижаларнинг энг юқори фоизи Ўткир холецистит билан кечадиган обструктив холангит бўйича операциялардан сўнг кузатилган: - ўлим 5,8%, ўт йўллари ва септик асоратлар частотаси 18,8%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 21,7%. Обструктив холангитнинг клиник белгиларисиз " Ўткир деструктив холецистит" ташхиси қўйилган беморларда жарроҳлик аралашувлардан сўнг ўлим 2%, ўт йўллари ва септик операциядан кейинги асоратлар 6%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 9% ни ташкил этди.

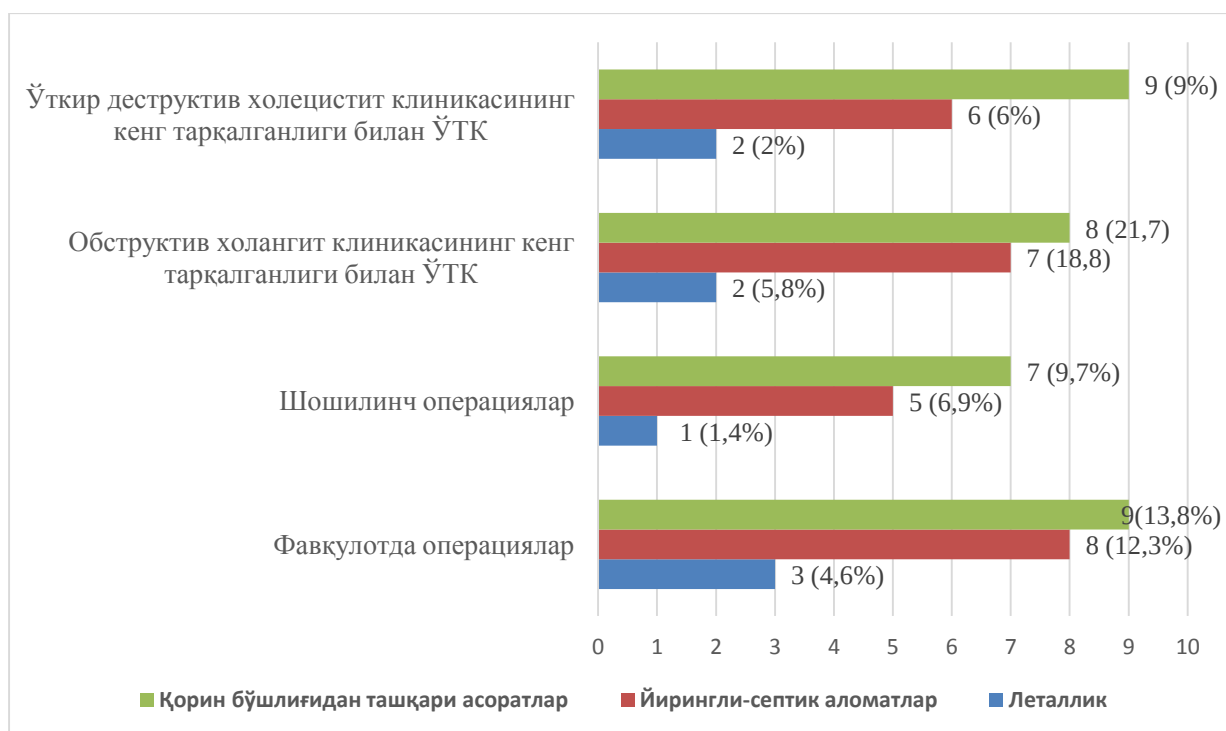
Таққослаш гуруҳида ЎТКнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратлар частотаси.

ЎЙХ клиникаси	Операция сони	ўлим	Билиар ва септик асоратлар	Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар
---------------	---------------	------	----------------------------	------------------------------------

Обструктив холангит устунлиги билан ЎТК	37(2,1%)	2 (5,8%)	7(18,8%)	8 (21,7%)
Ўткир деструктив холецистит устунлиги билан ЎТК	100 (72,9%)	2(2%)	6 (6%)	9 (9%)
Жами	137 (100%)	4 (2,9%)	13 (9,5%)	17 (12,4%)

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончлилиги ($p < 0,05$)

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида беморларда ўлимнинг энг юқори фоизи, ўт йўллари ва септик ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар механик сариқлик ва обструктив холангитнинг кучайиши клиник кўриниши 5,8%, 18,8% ва 21,7% га мос равишда устунлик қилган ЎТК бўйича шошилишч операциялардан кейин кузатилди.



Таққослаш гуруҳида операциянинг долзарблиги ва ЎТКнинг клиник кўринишига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциядан кейинги асоратлар частотаси.

Шошилинч операциялардан кейинги кечиктириб бўлмас вақтига қараб, ўлим кўрсаткичлари, операциядан кейинги йирингли-септик ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар мос равишда 4,6%, 12,3% ва 13,8% ни ташкил этди. Шошилинч кўрсатмалар бўйича амалга оширилган жарроҳлик аралашувлардан сўнг 1,4%, 6,9% ва 9,7%. мос равишда ҳолда бўлди.

1 (0,7%) беморда тадқиқот солиштириш гуруҳида ўлим сабаби холангиоген жигар абсцесслари ва ўт сепсиси бўлди. 1 (0,7%) кузатув ҳолатида ўлимга ривожланган перитонит сабаб бўлди. 2 чи (1,5%) кузатувда ўлим сабаби 2 та беморда Ўткир миокард инфаркти ва 1 нафар беморда ўпка артерияси эмболияси туфайли Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги бўлган. Умуман олганда, таққослаш гуруҳида ўлим 5,8% ни ташкил этди, операциядан кейинги даврда сафро ва септик асоратлар 26 (18,9%), қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 33 (24,1%) ни ташкил қилди.

Таққослаш гуруҳдаги беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва сабаблари.

ўлим сабаби	абс. (%)
Жигархолангиогенабсцесси ва билиар сепсис	2 (1,5%)
Перитонит ва абдоминал сепсис	2 (1,5%)
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги	3 (2,2%)
Улардан: - Ўткир миокард инфаркти	2 (1,5%)
- ўАТЕ	1 (0,7%)
Жами	7 (5,1%)
Билиар ва септик асоратлар	Абс. (%)
Қорин бўшлиғига сафро чиқиши	5 (3,6%)
улардан: - билома	3 (2,2%)

- тарқалган сафроли перитонит	2 (1,5%)
Ташқарига сафро чиқиши	5 (3,6%)
Холемик қон кетишлар	4 (2,9%)
Жигар ости ва диафрагма ости абсцесси	5 (3,6%)
Жароҳат йиринглаши	12 (8,7%)
Жами	24 (17,5%)

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончилиги ($p < 0,05$)

Нафақат сафро ёки қорин бўшлиғи сепсисининг ривожланиши, балки оғир коморбид патологиянинг кучайиши билан боғлиқ бўлган холелитиазнинг асоратланган шакллари бўлган кекса ва қари беморларни жарроҳлик даволаш натижаларидан, ушбу ёш гуруҳидаги беморларда мураккаб жарроҳлик даволашнинг жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш самарали чоралар ишлаб чиқишнинг асосий сабаби бўлди..

Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши бўлган беморларда минимал инвазив декомпрессияни босқичма-босқич қўллаш билан ЎТКнинг асоратланган шакллари жарроҳлик даволашни оптималлаштириш.

Асосий гуруҳда 2019-2022 йилларда 164 нафар бемор операция қилинган. ЎТКнинг асоратланган шакллари учун даволаш беморларнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди ва улар асосида ишлаб чиқилган алгоритм СИРС мезонлари ва Токио 2018 да қабул қилинган таснифга мувофиқ қабул қилинди (Токио Гуиделинес, 2018, ТГ18)

Асосий тадқиқот гуруҳидаги Ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангит билан оғриган беморларнинг ахволининг оғирлик даражаси (Токио Гуиделинес, 2018, ТГ18)

Оғирлик даражаси	Ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангитнинг оғирлиги мезонлари	Беморлар сони
------------------	---	---------------

ўрта оғирлик даражаси	биринчи 24 соат давомида органларнинг дисфункциясиз жиддийлик даражасига кўра мураккаб интенсив (+ антибактериал) терапияга жавоб бермаслик.	100(60,9%)
Оғир даража - юрак-қон томир тизими - асаб тизими - нафас олиш тизими - буйраклар - жигар - қон	биринчи 24 соат давомида оғирлик даражасига кўра, аъзолар ёки тизимлардан бирининг орган дисфункцияси мавжуд бўлган пайтда, комплекс интенсив (+ антибактериал), : терапияга жавоб бермаслик: допаминнинг дақиқада 5 мг/кг дан ортик дозалари ёки добутаминнинг ҳар қандай дозаси билан бошқариладиган гипотензия. - ҳушнинг бузилиши - $PaO_2/PhiO_2 < 300$ нисбати - зардобдаги креатинин $> 0,176$ ммол/л - МНО $> 1,5$ - тромбоцитлар < 100 г/л- тромбоцитлар < 100 Г/л	64 (39,1%)

Ушбу мезонларга мувофиқ, асосий гуруҳдаги асоратланган ЎТКнинг 100 нафар (60,9%) бемор аҳволининг ўртача оғирлиги ва операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи нисбатан паст бўлган гуруҳга бўлинган. Ушбу гуруҳдаги 64 (39,1%) бемор касалликнинг оғир клиник курсига эга бўлди ва операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлган деб таснифланган.

Беморларга вазиятнинг оғирлигининг тавсия этилган мезонлари, шунингдек, ЎТКнинг асоратли кечиши клиникаси ҳисобга олинган ҳолда операция қилинди.

Оғир даражадаги Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши устун бўлган ЎТК билан беморларда жарроҳлик аралашув турлари. (n=39)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
ЎТК нинг Ўткир	ПТГХС →	ЛХЭ	6	17

деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан (n=39)	ПТГХС →	МЛХЭ	2	
	ПТГХС + билома пункцияси →	МЛХЭ	6	
	Фақат ПТГХС		3	
	МЛХЭ		14	22
	МЛХЭ, перивезикал абсцессни очиш		3	
	Лапаротомия, холецистэктомия ва қорин бўшлиғининг санацияси		5	

Асосий гуруҳда Ўткир деструктив холециститнинг тарқалиши билан 39 бемор касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлган гуруҳга тайинланган. Уларнинг 11 тасида сафро перитонити ташхиси қўйилган (5 тасида тарқалган, 6 тасида шаклланган билома кўринишида чекланган).

Беморларнинг оғирлиги туфайли 17 нафар беморга 1-босқич перкутан трансгепатик микрохолецистотомия (ПТМХС) Ўтказилди, улардан 6 нафарида жигар ости соҳасидаги чегараланган биломалар пункция ва санация килинган. Даволашнинг 2-босқичи, 7-14-кунларда 14 беморда холецистэктомия Ўтказилди, улардан ЛХЭ 6, мирилапаротомия ХЭ усулидан 8 Ўтказилди. 3 нафар бемор, ишлаётган холецистостома билан қолдирилган ва уйига жавоб берилган.

Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши устун бўлган ЎТК билан оғриган беморларда жарроҳлик аралашув турлари (n=69)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
ЎТК нинг Ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан (n=69)	TOTMX →	ЛХЭ	7	19
	TOTMX →	МЛХЭ	7	
	TOTMX + билома пункцияси →	МЛХЭ	3	

	Фақат TOTMX	2	50
	МЛХЭ	16	
	МЛХЭ, перивезикал абсцессни очиш	18	
	Лапаротомия, холецистэктомия ва қорин бўшлиғининг санацияси	5	
	Фақат TOTMX	3	
	МЛХЭ	8	

Вазиятнинг ўртача оғирлиги билан Ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши бўлган 69 нафар беморга холецистэктомия ўтказилди (16-ЛСХЭ, 18-ХЭ, 8 минилапаротомия). Дастлабки холецистостомия (TOTMX) билан икки босқичли даволаш 17 та беморда амалга оширилди (3 таси чегараланган перивезикал биломанинг пункцияли санацияси билан). Ушбу 7 та беморга кейинчалик мини лапаротомия орқали холецистэктомия қилинди. Яна 7 нафар беморга микрохолецистотомиядан сўнг ЛХЭ ўтказилди.

2 та беморда биз фақат микрохолецистотомия билан чекланиб қолдик. 5 нафар беморга МЛХЭ ва перивезикал абсцесснинг очилиши ўтказилди. Перитонит туфайли 11 бемордан 3 нафарига холецистэктомия ва қорин бўшлиғини лапароскопик усулда санация қилиш муваффақиятли ўтказилди. 8 та беморда ўт пуфагини олиб ташлаш ва қорин бўшлиғини санация қилиш лапаротомия усули орқали амалга оширилди.

31 (28,7%) нафар беморда Ўткир деструктив холецистит билан ЎТКнинг асоратларини 2 босқичли жарроҳлик йўли билан даволаш амалга оширилди. Бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти 62 нафар беморда (57,4%) амалга оширилди. 4,6% бемор фақат TOTMX билан чекланди.

Шундай қилиб, деструктив холециститнинг тарқалиши билан оғриган ЎТК билан оғриган 108 нафар беморнинг 31 нафари 2 босқичли даволаниш амалга оширилди, бу 28,7% ни ташкил этди.

Ўткир йирингли холангитнинг клиник белгилари бўлган беморларда миниинвазив декомпрессияни босқичма-босқич қўллаш

билан ЎТКнинг асоратланган шакллари жарроҳлик даволашни оптималлаштириш.

ЎТКнинг асоратланган шакли бўлган холедохолитиаз туфайли механик сариклик ва обструктив холангитнинг тарқалиши (n=56) бўлган беморларнинг асосий гуруҳида 25 нафар бемор касалликнинг оғир клиник босқичига ва операциядан кейинги ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳолатлар аниқланди.

Вазиятнинг оғирлиги сабабли, даволашнинг 1 босқичидаги 20 (80%) нафар бемор эндоскопик папиллосфинктеротомиядан (ЭПСТ), сўнгра назобилиар дренаждан (НБД) муваффақиятли ўтди. 5 (20%) нафар беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақияtsizлик билан тугади. Механик сариклик ва холангитнинг прогрессив клиник кўриниши бўлган ушбу 5 нафар беморга ўнг қовурға ёйи остидан минилапаротомия орқали холецистэктомия ва холедохолитотомия ўтказилди.

Ҳолати яхшиланганидан ва холангиоген интоксикациянинг клиник белгилари йўқолганидан сўнг 2-босқич ЭПСТни муваффақиятли ўтказган 20 нафар бемордан 11 нафари ХЭ қилинди, улардан 4 нафари ЛХЭ, 7 нафар беморда минилапаротомия усулида ХЭ ўтказилди. Муваффақиятли ЭПСТдан сўнг, 5 нафар бемор радикал жарроҳликдан воз кечди ва касалхонадан чиқарилди.

Обструктив холангит ва ўткир холециститнинг комбинацияси билан 4 нафар беморга минимал инвазив декомпрессив трансдуоденал аралашувлар - литоэкстракция билан ЭПСТ ўтказилди. Ушбу беморларга ЧЧМСХ ҳам ўтказилди. Кейинчалик, улардан 2 тасига МЛХЭ амалга оширилди. 2 нафарининг аҳволи сезиларли даражада яхшиланганлиги сабабли шифохонадан жавоб берилди.

Оғир даражадаги ўткир йирингли холангитнинг клиник кўриниши устун бўлган ўТК билан беморларда жарроҳлик аралашув турлари.

(n=25)

Касаллик клиникаси	Операция тури	Беморлар
--------------------	---------------	----------

			Сони	
Обструктив холангин клиникаси устунлик қилиши (n=25)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ ва НБД→	МЛХЭ	7	
	Фақат ЭПСТ		5	
	ЭПСТ ва ТОТМХ →	МЛХЭ	2	
	Фақат ЭПСТ ва ТОТМХ		2	
	МЛХЭ ва холецистэктомия (ЭПСТ эффективлигида)		5	5

Вазиятнинг ўртача оғирлиги бўлган 31 беморнинг 14 нафарига бир вақтнинг ўзида холецистэктомия ва холедохолитотомия билан умумий ўт йўлининг ўнг қовурға ёйи остидан минилапаротомия жойидан ташқи дренажлаш билан жарроҳлик аралашувлар ўтказилди.

Вазиятнинг оғирлиги туфайли 17 бемор НБД билан кейинги даволашнинг биринчи босқичида ЭПСТдан муваффақиятли ўтди. 2-босқичда холецистэктомия ҳолати яхшиланган ва енгиллашгандан сўнг 15 нафар беморга холецистэктомия ўтказилди, улардан 11 нафари ЛХЭ билан даволанди, 4 нафар беморга минилапаротомия усули билан холецистэктомия қилинди. Литоекстракция билан муваффақиятли ЭПСТдан сўнг, 2 нафар бемор холецистэктомия операциясидан воз кечди.

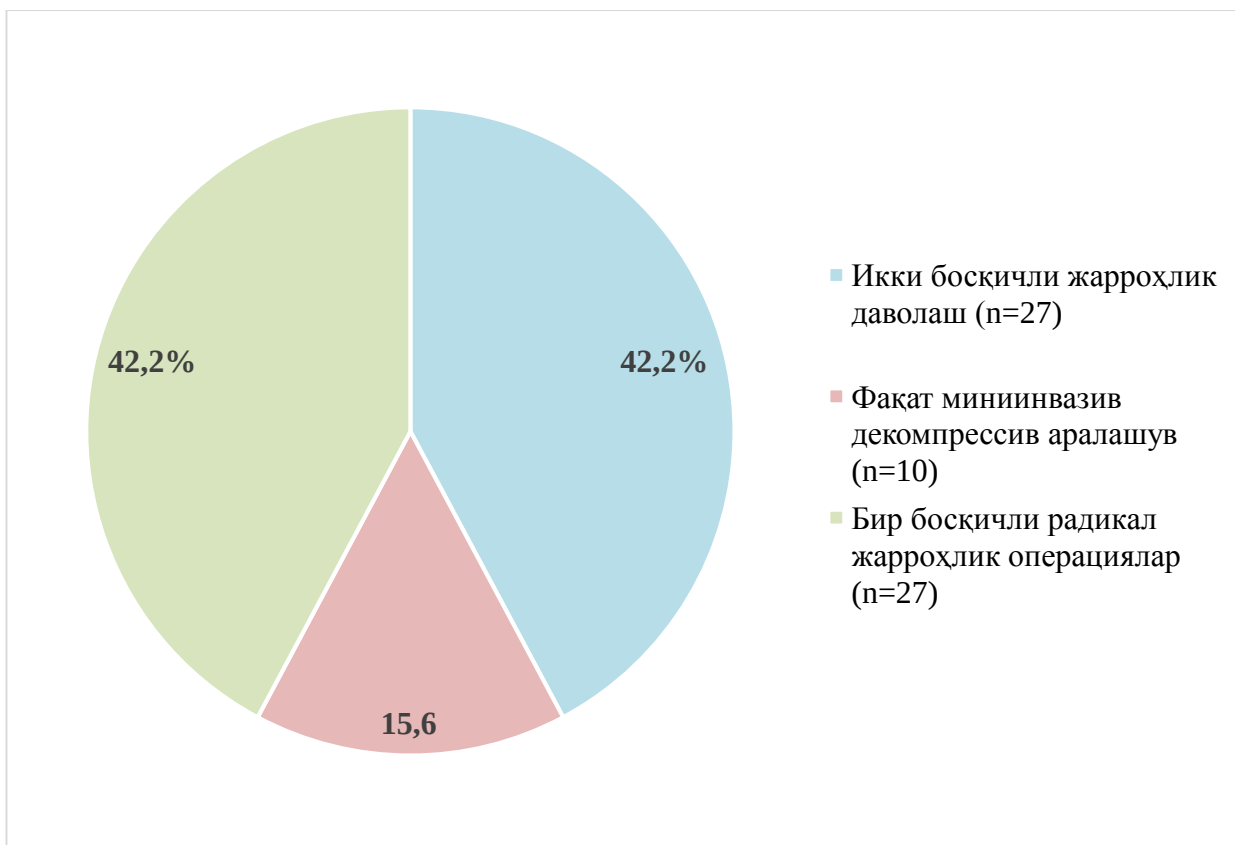
Ўткир йирингли холангитнинг клиник кўриниши устун бўлган ЎТК билан оғриган беморларда жарроҳлик аралашув турлари. (n=31)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Бемор сони	
Обструктив холангит клиникаси устунлиги билан ЎТК (n=31)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	11	17
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	4	
	фақат ЭПСТ		2	
	МЛХЭ ва холедохолитотомия		14	14

Шундай қилиб, механик сариклик ва йирингли холангит билан оғриган 56 нафар бемордан иборат гуруҳда 28 та беморда (37,3%) 2 босқичли жарроҳлик даволаш амалга оширилди. Биринчи босқичда улар ЭПСТни НБД билан, 2 тасини ТОТМХ билан биргаликда муваффақиятли амалга оширдилар. Холангиоген интоксикациядан халос бўлгач, 2-босқичда холецистэктомия ўтказилди (ЛХЭ-15, МЛХЭ-13).

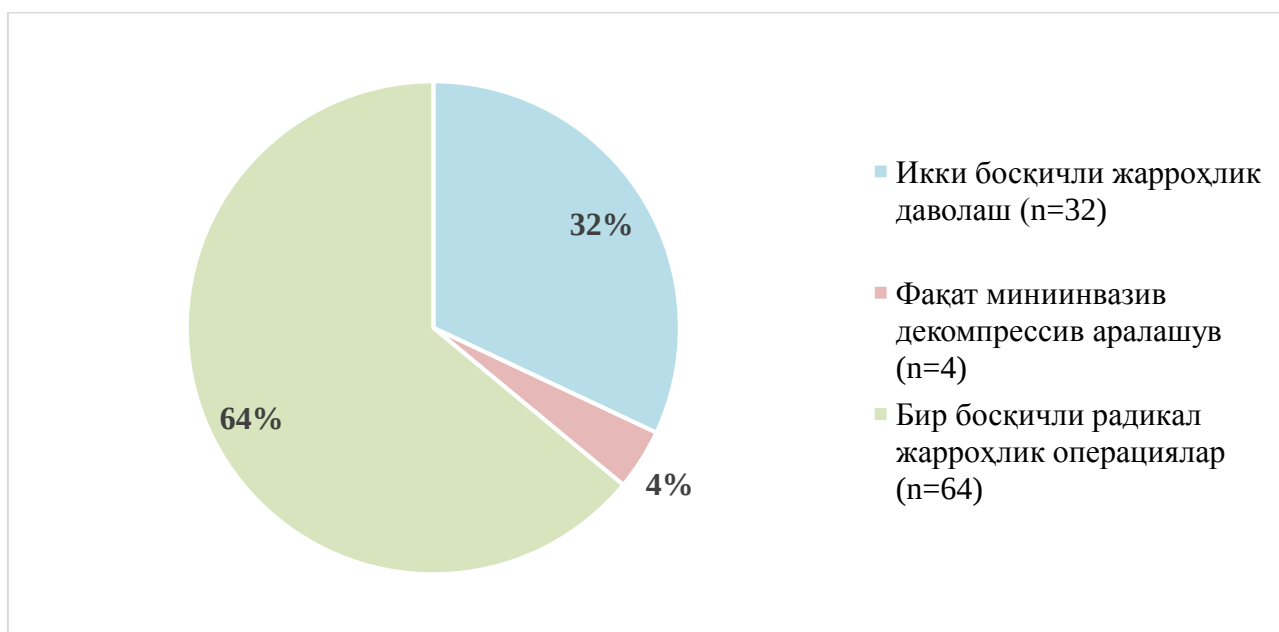
ЭПСТдан сўнг аҳволи сезиларли даражада яхшиланган 9 (12%) нафар бемор амбулатор кузатув учун уйга юборилди. 38 (50,7%) нафар беморда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашуви - холедохолитотомия билан холецистэктомия ва умумий ўт йўлини дренажлаш амалга оширилди. Улардан 5 та операция ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганида амалга оширилди.

Шундай қилиб, операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлган Токио таснифи бўйича аҳволининг оғирлиги бўлган 64 нафар бемордан, 27 (42,2%) тасида икки босқичли жарроҳлик даволашдан ўтди. 10 (15,6%) нафар бемор ўт йўлларида миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекланган. Бир босқичли радикал жарроҳлик 27 (42,2%) беморда амалга оширилди ва 13 (20,3%) тасида перитонит ёки перивезикал абсцесс мавжудлиги сабабли ёки ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганида - 5 та беморда ҳаётий кўрсатма асосида операция бажарилди.

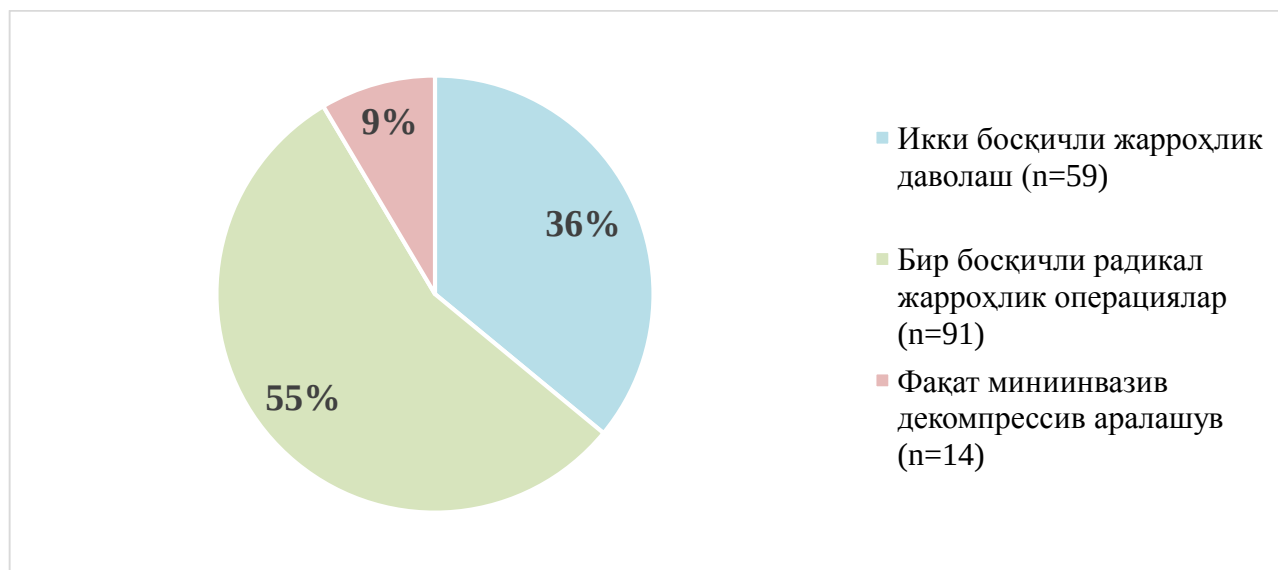


Оғир даражадаги ЎТКнинг асоратланган шакллари бўлган беморларга жарроҳлик аралашувлар (n=64)

Ўртача оғирликдаги (n=100) беморларда икки босқичли жарроҳлик аралашувлар 32 (32%) беморда, 64 (64%) беморда бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти ўтказилди. 4 нафар беморда биз ўзимизни миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекладик



Ўртача оғирликдаги ЎТКнинг асоратланган шакллари бўлган беморларга жарроҳлик аралашувлар (n=100)



ЎТКнинг асоратланган шакллари бўлган беморларда жарроҳлик аралашувлар (n=164)

Ҳаммаси бўлиб, бизнинг тадқиқотимизда беморларнинг асосий гуруҳида (n=164) даволаш босқичларида 73 (44,5%) нафар беморда миниинвазив декомпрессия аралашуви амалга оширилди, улардан 59 (35,9%) нафари даволашнинг 1 босқичи сифатида, 14 (8,5%) нафарида даволашнинг мажбурий якуний усули қўлланди.

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК ЙўЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ТЕХНИК ЁНДАШУВЛАРИ.

ЎТКни даволашнинг минимал инвазив усуллари, шу жумладан перкутан трансгепатик микрохолецистотомия, литоекстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомия кўпроқ қўлланилишига қарамасдан, лапароскопик холецистэктомия ва минилапаротом холецистэктомиялардан холецистит ва унинг асоратланган шаклларида тобора кўпроқ фойдаланилишига қарамай, унинг барча жиҳатлари тўлиқ ишлаб чиқилмаган

ва стандартлаштирилмаган. Бу Ўткир холециститнинг турли шакллари ва унинг асоратлари бўйича услубий тамойиллар ва усулларни бирлаштириш ва индивидуаллаштириш зарурлигини, максимал хавфсизликни таъминлаш ва операциядан олдин ва операциядан кейинги асоратларни олдини олиш зарурлигини белгилайди.

Ультратовуш текшируви остида тери орқали транспепатик микрохолецистотомиянинг (ТОТМХ) услубий тамойиллари.

Беморларнинг асосий гуруҳида 40 нафар беморга перкутан транспепатик микрохолецистотомия (ТОТМХ) Ўтказилди.

Ўткир холециститда перивезикал инфилтрат ўт пуфаги атрофида турли хил эхоген бўшлиқни эгаллаган шаклланиш мавжудлиги билан тавсифланади. эхо зичлигига қараб, бўш ва зич инфилтрат ажратилди. Бўшашган инфилтрат эхогенликнинг камайиши, турли соҳаларда акс етувчи зичлигининг ҳар хиллиги, бўшашмаслиги, лойқалиги ва ноаниқ контурлари билан тавсифланади. Зич инфилтрат тўқималарнинг эхогенлиги ва эхогетерогенлигининг ортиши билан тавсифланади.

Шунга ЎХшаш сонографик тасвир ўт пуфаги атрофида аниқроқ гипоехогенлик билан перивезикал абсцесс шаклланиши пайтида кузатилган.

Олимларнинг тадқиқот маълумотларига кўра, ультратовуш ёрдамида барча беморлар текширилади, мақсад қорин бўшлиғини ревизия қилиш ва эркин суюқлик бор йўқлигини кўриш [24,82]. Бундан ташқари, тадқиқотнинг мавжудлиги асосий ечим каналларининг диаметрини 1 деб баҳолади, сафронинг пасайиши патологияси ҳақида муҳим маълумотлар [67,99,107]. Қорин бўшлиғида суюқликларнинг тўпланиши табиати бўйича қўшимча маълумотларни олиш учун 82 беморга назорат остида перкутан пункциён Ўтказилди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, сафронинг изоляцияланган контсентратсияси асоратни даволашнинг якуний усули ҳисобланади [21,62].

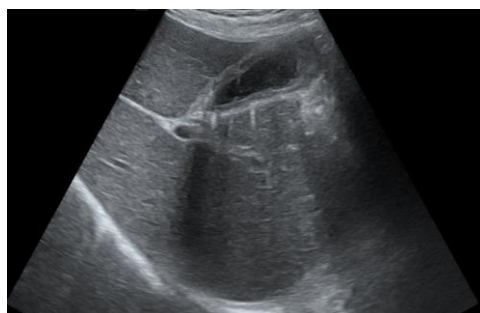
В.М. Буяновга га кўра ЎХ билан оғриган беморларнинг 82 нафарида иккинчи тоифа (4.2) бўйича ташхис қўйилган. ЎХ да ўт пуфагининг ўлчамлари одатдагидан ошди. ЎХ билан қирқ фоизгача ўт пуфагининг бўйин қисмида

кўзгалмас тош аниқланган.



Ультратовуш тасвир Ўт пуфаги девори бузилишсиз Ўткир холецистит

Ултратовуш ёрдамида барча беморлар текширилди, мақсад қорин бўшлиғини ревизия қилиш ва эркин суюқлик бор йўқлигини кўриш. Бундан ташқари, тадқиқотнинг мавжудлиги асосий эчид каналларининг диаметрини 1 деб баҳолади, сафронинг пасайиши патологияси ҳақида муҳим маълумотлар.



Ультратовуш тасвири. Экстравезикал асоратларсиз Ўткир деструктив холецистит. ўт пуфаги деворининг "иккиланган контури".

ЎХ да патологик жараённинг сафро йўллари деворидан ташқарига тарқалиб кетиши "иккиланган контур" белгисини аниқланади. Кейинчалик синдромли дифференциацияси паравезикал тўқималарнинг ҳолатига боғлиқ бўлган. Экстравезикал асоратларнинг белгилари бўлмаса, асоратларсиз ЎХ деб талқин қилинди. Агар ЎХ билан оғриган беморларда ультратовуш текширувида маҳаллий (абсцесс, инфильтрат) экстравезикал асоратлар аниқланса, ЎХ деб ҳисобланади ва экстравезикал асоратлар билан касалланади ва беморлар учинчи клиник ва сонографик босқичга бўлинади.

ЎХ таснифининг учинчисига кирадиган ЎХ (4.3) ташхиси 113 нафар беморда аниқланган. Улар ичидан 105 та беморда ялиғланиш жараёни бўлгани учун ташхиси қўйилган; саккиз нафарида ЎХ абсцесси аниқланди. Абсцесслар

ЎХ да бўлганлиги учун, ноаниқ контурлар ва перифокал эхогенлик зонаси билан тартибсиз юмалоқ шаклдаги гипоэхоген зоналарни тасвирини берган.



Ультратовуш тасвири. Перивезикал абсцесс билан Ўткир деструктив холецистит

Кенг тарқалган перитонит билан ЎХ нинг таснифида келиб чиқган холда ЎТК 35 нафар беморга кўйилган. Эркин суюқликнинг ЭХО белгилари жигар ости бўшлиқда, субдиафрагматик бўшлиқда ва кичик чанок бўшлиғида, шунингдек, Мориссон синусида мантияга ўхшаш ва учбурчак гипоэхоген тузилмалар кўринишида аниқланганда, перитонитнинг ривожланиши тахмин қилинган.



Ультратовуш тасвири. Кенг тарқалган перитонит билан кечадиган Ўткир холецистит перфорация билан. Мориссон синусида эркин суюқлик.

2018-йилдан бошлаб клиникада оғир ва ўртача оғирликдаги оператив ва анестетик хавфи юқори бўлган беморлар ультратовуш назорати остида миниинвазив аралашувлардан ўтказилди.

Жарроҳлик навигацияси мўлжалланган пунксиён жойини аниқлаш, ўт пуфагининг бўшатилишини манипуляцияси ультратовуш текширувида кузатиш орқали амалга оширилди.



Эхосонографик назорат остида ўт пуфагининг пункция қилиш.

УТТ остида тери юзасида ЎП бўшлиги орасидаги энг муқобил масофага нуқтани топиб танланди. Кейин, пунсия қилинадиган жойини трансгепатик жойини билиш ҳисобга олинган. Қоидага кўра, пунксиён нуқтаси бу олд қўлтиғости чизик ҳамда қовурғалар ёйининг пастги титашган чизиклар нуқтаси ҳисобланади. Пунксиён нуқта белгиланади ва хирург шу танлагн пунксиён йўналишини УТТ датчик йўналишини эслаб қолади. Кейинги этап ультратовуш датчики ўнг қовурға ёйи остига қўйилади ва узлуксиз мониторинг қилиб экранда ЎП ва ЎЙ ни аниқ тасвири билан кузатади. Иккинчи этапда жарроҳлик майдони жарроҳлик амалиёти учун таёрланади, оғриксизлантиради, ундан сўнг, пунсия жойида терини скалпел ёрдамида кесилиб игна кўкрак ёки қорин деворининг юмшоқ тўқималаридан

ЎТКазилиб, жигар тўқималарига киргандан сўнг, УТТ ёрдамида пунксиянинг чуқурлиги ва йўналиши аниқлиги мониторинг қилинади.

Унинг таркибининг бир хиллиги ва экзотермиклиги ечимида ўт пуфагини оператив ўрганиш имкониятини кафолатлайдиган муҳим шартлар ҳисобланади. Шунга ўхшаш сонографик хусусиятлар ўП формаси билан бирга келди, бу унинг чуқурчасини кичик диаметрли турар жой орқали чиқаришга имкон берди. Фаолиятимиз давомида биз кичик диаметрли 22 г бошқоқли ҳаракат мавжудлиги билан саноат муаммоларига дуч келдик, жуда катта бўлмаган вариантларда ёпиқ ўП аспирацияси мавжудлиги билан боғлиқ муаммолар кузатилди, шунинг учун иккиламчи декомпрессияни тиклашга еҳтиёж бор еди. Натижада, stiletto билан техник катетеризация ёрдамида тери орқали траншепатик микрохолецистостомия (ТОТМХ) фойдасига ушбу усулдан бутунлай воз кечиш керак еди.

Ушбу техникани ишлаб чиқишда унинг асосий кўрсаткичи ўт пуфаги бўшлиғининг "гепатизацияси" симптомининг мавжудлиги деб ҳисобланган . Кейин улар ЧЧСМХСни Ўткир холециститда минимал инвазив декомпрессия талабларини тўлиқ қондирадиган ягона усул деб ҳисоблашни бошладилар.

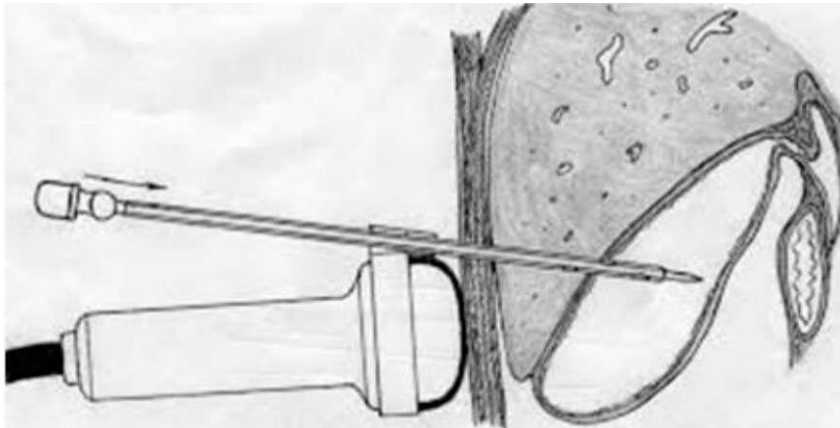


Ультратовуш тасвири. ўт пуфагининг "гепатизацияси" нинг эҳосимтоми.



9 Фр диаметрли мустаҳкамловчи учи билан пиг-тале дренаж "Балтон" (Полша).

Ўт пуфагининг пункцияси юқорида тавсифланган қоидаларга мувофиқ амалга оширилди.



Чиба игнаси ва пиг-тале катетери билан ўт пуфагининг тешилиши

ЎП нинг бўшлиғида катетернинг жойлашувини кўргандан кейин, стилет олиб ташланди, дренаж эса ўзини ўзи ёпадигон қилиниб қўйилди. ўт пуфагининг ичи тозалаб олинди, микробиологик текшириш учун материал олинди. Пиг-тале катетернинг диаметри 9 Ф, хатто некротик детрит мавжуд бўлганда ҳам таркибни тез ва осон тозалашга имкон беради. ўП нинг ҳажмининг кичрайиши ультратовуш текшируви орқали кузатилди. Биз жигар остидаги бўшлиқларини ва ўнг сканерлаш орқали қон кетиш ёки сафро оқмаслигига ишонч ҳосил қилдик. Икки нейлон чок билан, териға дренажини ўрнатгандан сўнг, вакуум аспирацияси учун мослама бириктирилган.

Микроколецистостомия дренаж'ини о'рнатгандан со'нг, о'тқир холецистит учун анъанавий консерватив терапия о'т пуфаги бўшлиғ'ини антисептик эритмалар билан ювиш орқ'али бирлаштирилди. Ўтқир холециститни комплекс даволашда диапевтик босқични амалга оширгандан сў'нг, ўт пуфагининг ультратовуш текшируви унинг ҳажмини, девор, бў'шлиқ ва атрофдаги тўқималарнинг ҳолатини ан'анавий баҳолаш билан амалга оширилди. Сонографик динамика процедурадан кейинги дастлабки 2-3 кун ичида х'ар куни, кейин эса клиник жиҳатдан зарур бу'лгандагина баҳола'нди.

Дренаж катетери беморнинг аҳволи клиник жиҳатдан яхшиланганидан, ўт пуфаги ялли'ланишининг клиник ва лаборатория белгилари пасайганидан, ажратилган сафро визуал нормаллаштиришгандан сўнг олиб ташланди.



Пиг-тале дренажни олиб ташлашдан олдинги кўриниши

Қорин бўшлиғига сафро оқиб чиқишини олдини олиш билан жарроҳлик каналини ёпиш учун ультратовуш текшируви остида жигар паренхимаси қисми орқали ўт пуфагини дренажлаш амалга оширилди. Жарроҳлик аралашуви қанчалик кўп бўлишидан қатъи назар, дренажлаш жараёнининг ўзи охирида махсус "сават" бўлган, катетер диаметри 4Ф ва 9Ф бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилди.

Ушбу жарроҳлик аралашувни танлаш Ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларда уларнинг оғир аҳволи фонида, шунингдек, операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлган шошилишч очик жарроҳлик холецистотомияга алтернатива ҳисобланади. Бутун операция қатъий ультратовуш назорати остида Ўтказилди. Механик сариқлик белгилари аниқланган ҳолларда ўт пуфагини дренажлаш ўт йўллариининг декомпрессиясига ва натижада сариқликни бартараф этишга имкон берди.

Перкутан аралашувнинг бутун жарроҳлик кўлами ечиб олинadиган пункциён курилма билан 3,5 Мгц режимида ишлайдиган сектор сенсори бўлган ультратовуш аппаратида амалга оширилди. Ушбу курилманинг

телемонитори пункция траекториясини мақсадли органга йўналтириш учун электрон матрицани ўз ичига олади. Ишнинг ўзига хос хусусияти – ечиб олинadиган пункциён қурилма ёрдамида тахминан 20 ли букилиш бурчагини аниқлаш ва инструмент товуш зарби монитордаги чизиққа тўғри келиши керак.



Сонодиапевтик назорат остида тери орқали транспепатик микрохолецистотомия

Дренажлаш муолажаси охирида махсус "сават" бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилди, катетернинг диаметри Шаре'р шкаласи бўйича 4'Ф ва 9'Ф, катетернинг узунлиги 25 см ни ташуил қилдади. Бу катетернинг конус шаклидаги торайиши мавжуд бўлиб, уни стилетнинг қ'алинлашувига тузатишга имкон беради. Рухсат этилган катетер тортилганда, "сават" пичоқлари текисланади ва бу катетерни операция каналининг бўшлиғига эркин киритиш имконини беради.



Стилет катетер усули ёрдамида тери орқали транспепатик микрохолецистотомия: а - катетерли пункциён игнаси жигар орқали ўт пуфагига киритилади; б - ўт пуфагининг бўшлиғида шакл хотираси бўлган катетер мавжуд (схема)

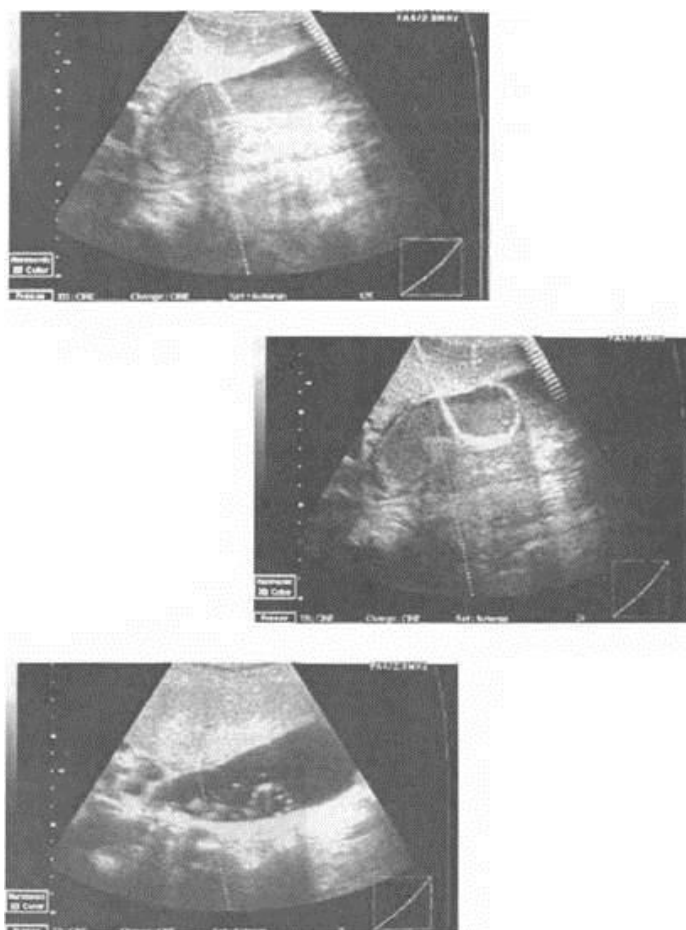
ўт пуфагининг бўшлиғида шакл хотираси бўлган катетер мавжуд бўлиб, бу бўшлиққа маҳкам ўрнатилиши ва стилетни олиб ташлаш пайтида ундан чиқибкетмаслик имконини беради, шу билан бирга "сават" материалнинг "хўтираси" туфайли позиция ўзи ҳолига қайтади. ТОТМХС асептик шароитда махсус жих'озланган хонада қат'ий ул'тратовуш текшируви назорати остида амалга оширилди.

Манипуляц'иянинг бориши: Беморнинг к'орин бўшлиғи териси йоднинг 3% спиртли эритмаси билан ишланди; мўлжалланган ин'екция жўида терининг, тери ости тўк'ималарининг ва қорин олд деворининг мушаклари 0,25% новокаин ёки тримекаин эритмаси билан мах'аллий оғриқсизлантирилиши амалга оширилади. Кейинчалик, қаватма-к'ават тери, тери ости клетчаткаси, апоневроз чуқурлиги 1-1,5 см бўлган икки қиррали скалпел ёрдамида кесими бажарилди. Ультратовуш назорати остида нафасни ушлаб турувчи катетернинг дистал учини маҳкамлаб, ўт пуфаги дренажланади. Катетер дренаж "савати" тўлиқ ўт пуфаги бўшлиғига тушгунча олдинга сурилди, кейин катетер ўрнатилди ва стилет чиқарилди.

Дренаж трубкаси терига 2 та ипак тикув билан мустаҳкамлаш орқали ўрнатилди. ўт пуфаги проекциясининг анатомик ўзгарувчанлигини ҳисобга олган ҳолда, пункциён нуқтаси ҳар бир бемор учун индивидуал ҳисобланади,

шунингдек, жигарнинг функционал ҳолатини ҳам унутмаслик керак, бу ҳам унинг ҳолатини ўзгартиришга ёрдам беради. Тешилиш учун ўртача нукта Линия слависуларис медиа қовурға ёйи четидан пастга ўтишига тўғри келади.

ТОТМХСни ўтказиш жигар паренхимасидан ўт пуфагининг маълум бир проекциясида, унинг четидан 1,5-2 см масофада ўтиш орқали амалга оширилади. Бу проекция нуктаси ўт пуфаги қатъий ультратовуш назорати остида энг кенгайган жойида ва пастки қисми ўртасида ўтишни осонлаштиради. Маълумки, ўт пуфагининг орқа деворининг жигарга анатомик бириктирилиши жуда ўзгарувчан, шунинг учун ушбу омилни ҳисобга олган ҳолда, ўт пуфагининг турли ультратовуш бўлимлари ёрдамида кириш йўлини тўғри ҳисоблаш зарур.



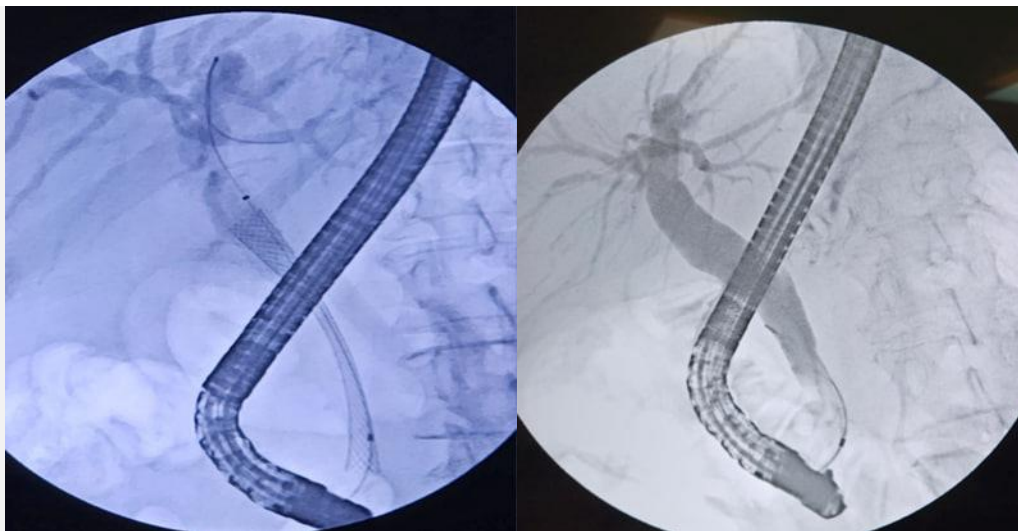
Сонограмма. ТОТМХСни бажариш босқичлари.

Кўпинча, агар траектория фақат ўт пуфагининг узунасига қараб ультратовуш ҳисобга олган ҳолда танланса, қисқа масофага бириктирилганда,

катетернинг киритилиши унинг жигар паренхимаси билан бирлаштирилмаган худудга киришига олиб келади ва бу аралашув пайтида сафронинг қорин бўшлиғига оқиб чиқишининг асосий сабаби бўлади. Трансгепатик бўлмаган микрохолецистотомия билан ҳам худди шундай асорат пайдо бўлиши мумкин. Юқоридаги ҳолатлар туфайли ўт пуфагининг кўндаланг ультратовуш қисмидан олинган маълумотлардан фойдаланган ҳолда траекторияни ҳисоблаб чиқиш зарур; сенсори учун сканерлаш пункция текислиги ўт пуфаги узунасигава жигар паренхимаси орқали максимал қиймати нуқтасидан ўтадиган тарзда ўрнатилади.

ТОТМХСни тўғри ўтқазишда ўт пуфагининг таркибини тўлиқ эвакуация қилиш амалга оширилди, сўнгра тоза секреция олинмагунча бўшлиқни ювиш учун дренаж бироз узайтирилди. ўт пуфаги бўшлиғининг тўлиқ бўшатилиши эхографик текширув асосида баҳоланди ва чиқарилган суюқликнинг тозаллиги визуал тарзда баҳоланди. Қоидага кўра, ультратовушда орган бўшлиғини визуализация қилиш нормал ишлайдиган катетер билан кўринмайди.

4-бобда кўрсатилганидек, ТОТМХСдан кейин иккинчи босқичда 31 нафар беморда ХЭ (13 беморда ЛХЭ, 18 нафарда МЛХЭ) операциялари бажарилди. Улардан ЭПСТ билан биргаликда ТОТМХС 2 нафар беморда амалга оширилди ва МЛХЭ билан тугалланди. 5 нафар беморда ТОТМХС даволашнинг якуний усули деб топилди. Шунингдек, 2 нафар беморни даволаш ТОТМХС ва ЭПСТ билан якунланди.

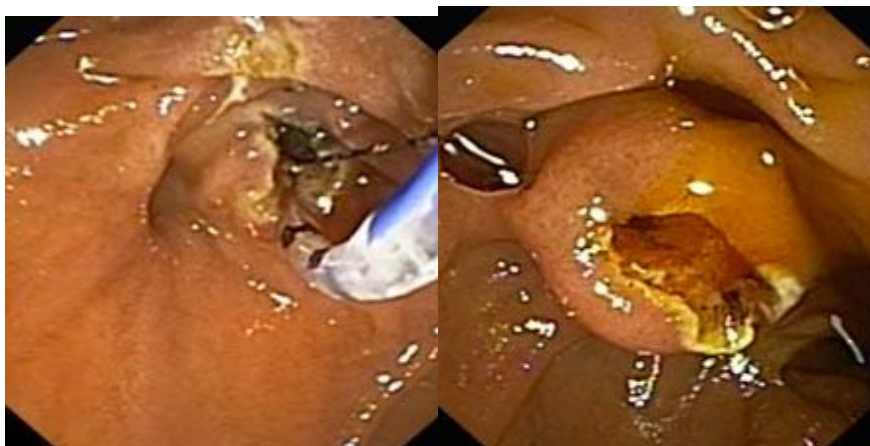


Назобилиар зондни эндоскопик жойлаштириш: а) ЭРХПГда умумий ўт йўлининг бошлиғида тош аниқланади, б) назобилиар дренажни эндоскопик ўрнатиш.

ЭПСТ стандарт дуоденоскоп, электрожарроҳлик блоки ва сфинктеротом ёрдамида амалга оширилди. Кўпгина ҳолларда, тортиладиган типдаги сфинктеротом ишлатилган, бу пластик катетер бўлиб, унинг ичига металл арқон ўрнатилган ва катетернинг дистал қисмида арқон дренаж бўшлиғидан ташқарида жойлашган, сўнгра канал бўйлаб жойлашган махсус қобикқа папиллотоманинг охири жойлаштирилган. Сфинктеротом таранглашганда, ипнинг дистал учи эгилиб, асбобни ишлайдиган "кесиш" ҳолатига келтиради.

Бугунги кунда сфинктеротомлар контраст, ЎТКазгич ва бошқаларни киритиш учун ишлатиладиган каналлар сонига қараб турли хил модификацияларга ега. Металл ипнинг узунлиги ҳам ўзгарувчан - 20 дан 40 мм гача, шуни ҳисобга олиш керакки, кесиш ипининг узунлиги қанча узун бўлса, уни Кдсда тўғри йўналтириш имконияти шунчалик катта бўлади. Қўшимча каналнинг мавжудлиги, биринчи навбатда, йўриқнома учун, бу контраст моддаларни қайта кануляция қилиш ва киритиш имконини беради, бу ҳам ажойиб имкониятдир. Агар ЭПСТни бажариш учун қўшимча кўрсатмалар аниқланса, сфинктеротом қўшимча канал орқали амалга

оширилиши мумкин; шунингдек, тўқималарни ажратиш пайтида асбобнинг ишчи қисми ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичидан сирғалиб кетмасдан маҳкам ўрнатилади (4.15).



Эндоскопик папилосфинктеротомияни бажариш босқичлари

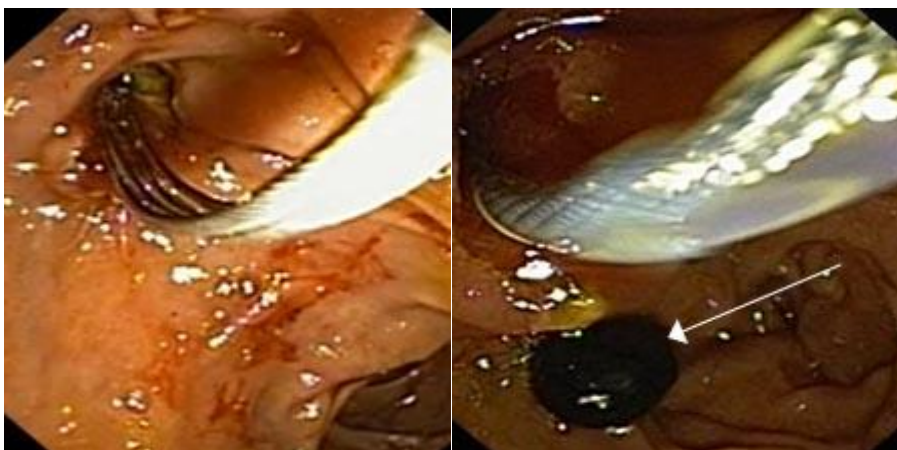
Папилосфинктеротомия пайтида беморнинг беҳушлиги етарли даражада бўлиши керак - бунга анестезианинг турли синфларига тегишли доридармонларни бирлаштириш орқали эришиш мумкин. Перисталтикани сусайтириш учун атропин препарати мушак орасига ва метацинни томир ичига юбориш билан амалга оширилади. Яллиғланиш ва юқумли реакцияларнинг ривожланишига йўл қўймаслик учун муолажадан олдин дарҳол антибиотиклар ва сандостатин қилинди.

ЭПСТ техникасида КДСда папилотомнинг кесилган кучланиш ипини тўғри йўналтириш ҳолатига эришиш керак. Ушбу асбобнинг технологик ечими унинг катта сўрғич соҳасида соат стрелкаси 6 да жойлашишини назарда тутди, папилотомнинг кесадиган таранг эпи еса соат стрелкаси бўйича 12 да бўлиши керак. Бироқ, амалда, ҳатто сфинктеротомни маҳкам боғлаш орқали ҳам аниқ ориентацияга эришиб бўлмайди. Шунинг учун, максимал 11-1 оралиғида кесиш ипининг енгил бўлиши мумкин. Шунингдек, ипнинг шундай ҳолатига эришиш керакки, унинг кичик бир қисми кесиш вақтида доимо тўқима тузилмалари билан алоқада бўлади. Тўқималарнинг катта массаси

билан алоқа қилганда, қўлланиладиган куч тўқималар тузилмаларини кесиш учун етарли ҳисобланмайди.

Дуоденоскопнинг ҳолати ва унинг йўналиши муҳим рол ўйнайди. Папиллотомнинг энг мақбул жойлашуви эндоскопнинг пастки қисмида бўлади. Биз каналнинг бундай йўналишига эришишга ҳаракат қиламиз, у ўт йўллариининг йўналишига мос келадиган вариантлардан бири –бу ўн икки бармоқ ичакнинг бўшлиғига узун тугун киритиш ҳисобланади. Ориентация 12 соатга қараб кесганда, биз қурилманинг винтлари ўрнини ўзгартириб, кўтарувчини ҳам ишлатишимиз мумкин.

Диссекция қилишда жарроҳлик кесма қирраларининг ивиш даражасини ва энг муҳими унинг узунлигини қатъий назорат қилиш керак, тўқималарни қисқа оқим инъекциялари билан аста-секин парчалаш керак. Сфинктеротом доимий равишда каналдан аста-секин чиқариб ташланиши керак, шу билан кесувчи ипнинг учи тўқималар билан тўлиқ алоқа қилишига эришилади.



Сфинктеротомия босқичи

Барча ҳолатларда ЭПСТ назобилиар дренажни ўрнатиш билан яқунланди.

Текширув натижасида 37 нафар беморнинг барчасида холедохолитиаз аниқланган, уларнинг 5 нафарида (3,9%) 12- бармоқ' ичакнинг катта сўргич соҳасида тош тик'илиб қолганлиги кўринади. ЖТўЙ да биттадан тош 16 (44,3%) та беморда, 21 (57,8%) та беморда, бир нечта тошлар эса 2 дан 25 тагача беморларда аниқланган. Тошларнинг энг майда диаметри 3-4мм билан

13 (24,2%) нафар беморда, ўртача диаметр 6-15мм билан 19 (58,2%) ҳолатда ва катта диаметр билан 1,6 дан 3,5 см гача 5 та (17,6%) ҳолатда аниқланди.

Шошилинч кўрсатмалар касалхонага ётқизилганидан кейин 12-24 соат ўтгач рентген-эндоскопик аралашув 17 (40,0%) нафар беморларда ўтказилган. Уларда 100 мкмол/л дан ортиқ гипербилирубинемия, ўткир катарал холецистит, анамнезда ўткир холангит ва ўткир панкреатит белгилари клиник текширув маълумотлари билан тасдиқланган еди.

ЎТК даволаш тактикаси деганда, биз холецистэктомия ЭСХСЭ ни тушунамиз, бу усулнинг мақсади жигардан ташқари йўллардаги тошлардан ва сафро чиқиши цўлларида тўсиқлардан бутунлай озод қилиш орқали жарроҳлик ҳажмини камайтиради.

Биз фаол тактикадан фойдаланиш учун қуйидаги кўрсаткичларни кўриб чиқдик:

1. Касалликнинг клиник кўринишида ўткир холангит, ўткир панкреатит, жигар йетишмовчилиги белгиларининг мавжудлиги
2. Фавқулотда ёки кечиктирилган холецистэктомиянинг юқори эҳтимоли
3. Кучли сариқлик (гипербилирубинемия > 100 мкмол/л)

Шундай қилиб, холедохолитиазни даволаш учун фаол тактикалардан фойдаланиш самарали бўлиб, кам сонли асоратлар билан боғлиқ. Таърифланган тактика вариантынинг афзаллиги рентген эндоскопик манипуляциясидан бир марталик фойдаланиш бўлиб, операция бошланишидан олдин гепатикохоledохни тошлардан озод қилиш ва шу билан холедохолитотомия, трансдуоденал папиллосфинктеротомия ёки папиллосфинктеропластика туфайли унинг ҳажмини камайтириш имконини беради, шунингдек, умумий ўт йўлининг узок муддатли ташқи дренажлашни камайтиради.

Касалликнинг клиник кўриниши: ўткир йирингли холангит, ўткир панкреатит ва жигар етишмовчилиги, шунингдек оғир сариқлик белгилари мавжудлиги биз томонимиздан шошилинч рентген эндоскопик аралашувга

кўрсатма сифатида кўриб чиқилди. Шунинг учун даволашда фаол тактика қўлланилган холедохолитиазли барча 20 нафар беморда касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб биринчи 6-12 соат ичида умумий ўт йўлини тошлардан эндоскопик равишда чиқаришга уриниш қилинган.

Холедохолитиёзни рентген эндоскопик усуллари билан даволашнинг ехтиёткор стратегиясининг асоси ўн икки бармоқли ичак сўргичини эндоскопик олиб ташлашдан кейин жигардан ташқари ўт йўллари соҳасидаги тошларнинг ўз-ўзидан ўтишини тахмин қилишдир. Ушбу курснинг динамикаси рентген нурлари, назофаренгеал дренаж ёрдамида голография, ултратовуш ёки томография ёрдамида биргаликда кузатилади. Бошқача қилиб айтганда, рентген эндоскопик аралашуви ЕПСТ ва назобилиар дренаж билан чекланган.

Кутилаётган даволанишдан фойдаланиш имконияти бир нечта шартлар билан белгиланади. Биринчидан, касалликнинг клиник кечиши яъни фавқулотда ёки кечиктирилган жарроҳлик аралашувининг юқори эҳтимолини кўрсатадиган аломатлар бўлмаслиги лоҳим.

Холедохолитиёзни рентген эндоскопик усуллари билан даволашнинг ехтиёткор стратегиясининг асоси ўн икки бармоқли ичак сўргичини эндоскопик олиб ташлашдан кейин жигардан ташқари ўт йўллари соҳасидаги тошларнинг ўз-ўзидан ўтишини тахмин қилишдир. Ушбу курснинг динамикаси рентген нурлари, назофаренгеал дренаж ёрдамида голография, ултратовуш ёки томография ёрдамида биргаликда кузатилади. Бошқача қилиб айтганда, рентген эндоскопик аралашуви ЕПСТ ва назобилиар дренаж билан чекланган.

Тошнинг ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига ўз-ўзидан ўтишининг яна бир зарурий шарти шундаки, ЭПСТ натижасида ҳосил бўлган холедоходуоденал анастомоз тошнинг кўндаланг ўлчамидан кенгроқ бўлиши керак. ўн икки бармоқли ичакнинг ЎТКазувчанлигини объектив баҳолаш учун уни сўргичи кесилгандан сўнг балонли катетердан фойдаланиш керак. Бу ҳолларда Демиинг-Слассен ёки Соматермозондларидан фойдаланиш

кўпинча кам маълумотли бўлиб чиқди. Бизнинг нуқтаи назаримиздан, тошнинг катталиги ва холедоходуоденал анастомознинг нисбати ҳам камида учтадан тўртгача бўлиши керак.

Даволашнинг муваффақиятини белгилайдиган бир хил даражада муҳим шарт - бу тошнинг юмалоқ ёки юмалоқга яқин шакли бўлиши кераклигидир. Тўртбурчак ёки унга яқин шаклдаги тошларнинг ўз-ўзидан ўтиши, эҳтимолдан узоқ ҳисобланади.

ЖИЎЙ қисман шикастланиши бўлса, 8 нафар беморда ўт пуфаги йўли шикастланган ва шикасланган деворга чоклар Кера дренажи бўйлаб қўйилган. Улардан 5 нафар беморда умумий ўт йўлининг диаметри 5 мм дан ошмайдиган кичик париетал ўт йўли бор эди. Нуқсон кўндаланг йўналишда тикилиб, УЎЙ бир қисмидаги Т шаклидаги найни қолдириш учун жароҳат жойи остидаги сафро йўлида қўшимча тешик ҳосил қилди.

2 нафар беморда ўт йўллари нуқсонининг диаметри 10 мм гача етди. Камчилик Ҳеинеске-Микулисе пилоропластика техникасига мувофиқ, кўндаланг йўналишда тикилган. Чок чизиғининг кучланишини олдини олиш учун, Ваутрин-Кочер кўра, ўн икки бармоқли ичак олдиндан сафарбар қилинган. Операция Т-найчани ўт йўлининг луменида қолдириш билан яқунланди.

Каналнинг чиқарилишининг динамик мониторинги, кутилаётган бошқарувнинг асосий қисмларидан биридир. Тошлар миграциясининг тўлиқлигини текшириш учун биз қўллаган инструментал усулларга, биринчи навбатда, ультратовуш текшируви ва кам ҳолларда - НБД орқали регроград холангиография киради.

Гепатобилиар тизим органларининг биринчи сонографик текшируви барча беморларда истисносиз, рентген эндоскопик аралашувдан кейин учинчи ёки тўртинчи кунларда Ўтказилди. Ультратовуш текширувининг мақсади гепатобилиар тизимнинг аъзоларининг интра - ва экстрагепатик ўт йўллари, шунингдек, уларнинг бўшлиғи кенглигининг қисқариш даражасини бир хиллигини аниқлаш эди. Полипозицион текширишда ташқи кўринишини

ўзгартирмайдиган бўшлиқ ичидаги эхоген тузилмаларни, шунингдек умумий ўт йўллари ва интрагепатик ўт йўлларининг эктазияси камаймаганини кўриб чиқдик. Жигар ичидаги йўллар ҳақида маълумотларнинг йўқлиги, умумий ўт йўлининг диаметрининг кўзга кўринадиган қисқариши ва бўшлиғида сояларнинг йўқлиги тошларнинг ўз-ўзидан ўтиши жараёнини юқори даражадаги ишонч билан кўриб чиқишга имкон берди.

Тошларнинг тўлиқ бўлмаган ўтиши қайд этилган тақдирда, биз 2-3 кундан кейин ультратовуш текширувини такрорладик, унинг давомида гепатикохоledохни назобилиар дренаж орқали ювишни давом эттирдик. Ювиш суюқлиги сифатида 36-38°C гача қиздирилган физиологик эритма ишлатилган, у кунига бир ёки икки марта 100 мл ҳажмда томчилаб юборилган.

Бироқ, метеоризм, семириб кетиш ҳолатларида ва ультратовуш маълумотлари етарли даражада ишончли бўлмаган ҳар қандай ҳолатда, НБД орқали ретроград холеграфия қўлланилган. Назорат рентген текшируви вақти ультратовуш усулини қўллаш билан бир хил натижанини ташкил қилди.

Хоledохолитиазни даволаш учун эҳтиёткор кутиш тактикасини муваффақиятли қўллаш мезони умумий ўт йўлининг бўшлиғидаги тошлардан тўлиқ тозалаш лозим эди. Назорат текширувидан сўнг тошлар ўй да ва бўшлиғида сонини камайтириши кузатилмаганидан сўнг, биз ушбу тактикани қўллашни муваффақиятсиз эканлигини таъкидладик.

Эндоскопик жаррохликдан сўнг барча беморларда катетер ўрнатилиши билан якунланди. УТТ ва ренген билан тошлар чиққанлиги тасдиқланганидан кейин дренаж олиб ташланади. Дренажнинг ўртача туриш давомийлиги 3-4 кунни, максимал давомийлиги еса 8 кунни ташкил этди.

Шуни айтиш керакки, ЎТК даволашда кутиш ва кузатиш усулижуда яхши натижаларга эришишга имкон беради, аксарият ҳолларда ЭПСТдан кейинги дастлабки 6 кун ичида тошлардан тўлиқ олинганини кузатилади.

Биз ЎТК бор беморларни 17 (19%) та сини даволашда кутилаётган даволанишдан фойдаландик. Натижа жудаям яхши бўлди 15 (95,1%) та беморда тошнинг тўлиқ тушганлигига этишилди. Икки ҳолатда

муваффақияцизликка сабаб ўт йўлида жуда кўп миқдордаги майда тошлар бўлиб, уларнинг ҳаракати бир нечта тошлардан иборат конгломерат ҳосил қилган ва шу сабабли уларнинг, кўп миқдорда бўлгани ичакга чиқишни тўсиб қўйганлигидадир. Ушбу кузатишларда тошлар олиб ташланди.

Шундай қилиб, рентген эндоскопик усули ёрдамида холедохолитиазни даволаш учун кутиш ва кузатиш тактикаси юқори самарадорлик билан ажралиб туради. Эҳтиёткорлик билан кутишнинг афзаллиги шундаки, такрорий рентген эндоскопик аралашувларга еҳтиёж йўқ. Камчиликлари орасида зудлик билан инструментал санациядан фарқли ўлароқ давом этиш зарурияти мавжуд тошларнинг ўз-ўзидан ўтиб кетишини кутишдадир



Эндоскопик папиллосфинктеротомия ва назобилиар дренажни ўрнатиш

ЭПСТ клиниканинг эндоскопик операция хонасида дуоденоскоп, электрожарроҳлик блоки ва сфинктеротом ёрдамида амалга оширилди. Аммо шуни таъкидлаш керакки, 5 нафар беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугади; 1 та ҳолатда беморда ўлимга олиб келган ўткир панкреатит ривожланди, бошқа яна 1 ҳолатда ўн икки бармоқли ичакдан қон кетиш кузатилиб консерватив усулда даволанди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳнинг 73 нафар беморида миниинвазив декомпрессияли жарроҳлик билан даволаш амалга оширилди, бу 44,5% ни ташкил этди. Ушбу беморлар, иккинчи босқичда ўт йўллариининг дастлабки миниинвазив декомпрессиясидан сўнг, 7-10 кунларда 59 тасида холецистэктомия ўтлазилди, шуларда 28 та ЛХЭ ва 31 та МЛХЭ бажарилган.

Асосий гуруҳдаги 91 нафар беморга бир босқичли радикал операция, холецистэктомия ўтказилди, бу умумий контингентнинг 55,5 фоизини ташкил қилади. Шундай қилиб, 90 нафар бемор минилапаротомия усулидан фойдаланган ҳолда операция қилинди ва 47 беморда ЛХЭ ўтказилди; 13 нафар беморда холецистэктомия лапаротомия усулида амалга оширилди. 14 нафар беморда касалликнинг оғирлиги сабабли холецистэктомия ўтказилмади, уларнинг фақат 5 тасида ТОТМХС, ЭПСТ – 7 тада, ТОТМХС билан бирлаштирилган ЭПСТ эса – 2 нафар беморда ўтказилди.

ТАҚҚОСЛАШ ГУРУҲЛАРДА ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.

Тадқиқот гуруҳларида даволаниш натижаларининг қиёсий таҳлили беморларнинг асосий тадқиқот гуруҳида ўлимнинг сезиларли даражада пасайишини кўрсатди. Шундай қилиб, назорат гуруҳида ривожланган асоратларидан намуна олишда операция қилинган иккита беморда ўлимнинг асосий сабаби бўлган билиар сепсис ва холангиоген жигар абсцесслари каби асоратлар алоҳида ўрин тутди. Операциядан кейинги даврда 2 нафар беморда перитонит ривожланди, бу ҳам леталликка олиб келди. Шу билан бирга, 3 нафар беморда ўлим сабаби мавжуд рақобатдош коморбид патологияларнинг асоратлари эди. 2 та ҳолатда ўлим сабаби ўткир миокард инфаркти эканлиги аниқланган. 1 ҳолатда операциядан кейинги пневмония туфайли ўпка эмболияси кузатилган. Шундай қилиб, беморларнинг назорат гуруҳида (n=137) ўлим даражаси 5,1% ни ташкил этди, яъни 7 нафар бемор вафот этди. Улардан 4 тасида ўлим сабаби қорин бўшлиғи асоратлари - 2 тасида ўт йўллари сепсиси, 3 тасида қорин бўшлиғи сепсиси, мавжуд коморбид патологиядан келиб чиққан юрак-қон томир ва ўпка асоратлари туфайли ўлим содир бўлди.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 164 нафар беморнинг 4 нафарида леталлик кузатилди, ўлим даражаси 2,4% ни ташкил этди. Салбий оқибатнинг сабаби 1 беморда ўткир панкреатит ва 1 кузатувда

давом этаётган перитонит ва бошқа кузатувда билиар сепсис бўлган. Шунингдек, 1 кузатувда ўлим сабаби миокард инфаркти туфайли Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги бўлганлигидадир.

Ўрганилаётган таққослаш гуруҳларида ўлимнинг частотаси ва сабаблари

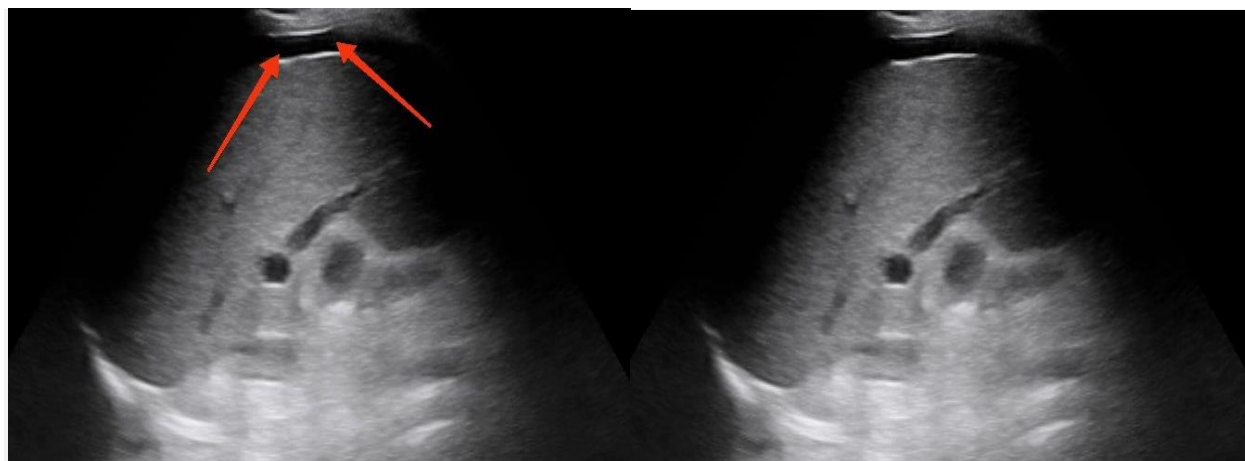
ўлим сабаблари	Таққослаш гуруҳи (n=255)		Асосий гуруҳ (n=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Холангиоген жигар абсцесслари ва билиар сепсис	2	1,4%	1	0,6%
Перитонит ва қорин сепсиси	2	1,4%	1	0,6%
Ўткир панкреатит	-	-	1	0,6%
Миёкард инфаркти	2	1,4%	1	0,6%
ўпка артерияси емболияси	1	0,7%	-	-
Жами	7	5,1%	4	2,4%

Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончлилиги ($p < 0,05$)

Иккинчи гуруҳдаги 24 нафар беморда сафро ва йирингли-септик асоратлар кузатилди, бу ўн саккиз фоизни ташкил этди. Шу билан бирга, 3 (1,2%) нафар беморда жигар ости соҳасида шаклланган, улар контрапертураларни қайта реканализация қилиш орқали дренажланган. 5 (1,9%) нафар беморда субгепатик бўшлиққа ўрнатилган дренаж найларидан сафро оқиши кузатилган, 5 (1,9%) нафар беморда субгепатик ёки диафрагма остидаги абсцессларни очиш ва дренажлаш бўйича такрорий операциялар, 2 (0,8%) нафар беморда сафро перитонити билан релапаротомия қилинган. Шунингдек, 4 нафар (1,6%) беморга қорин бўшлиғида холемик қон кетиши

бўйича қайта операция қилинди. 12 (4,7%) нафар беморда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди.

Асосий тадқиқот гуруҳида 12 нафар беморда операциядан кейинги асоратлар ривожланди, бу 7,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, ультратовуш назорати остида пункция билан муваффақиятли санация қилинган 3 (0,9%) нафар беморда субгепатик соҳанинг биломалари шаклланган.



Минилапаротом холецистэктомиядан 4 кундан кейин. Субгепатик бўшлиқда 150 мл гача суюқликнинг чекланган тўпланиши мавжуд

ЭПСТдан сўнг 1 нафар беморда ўн икки бармоқли ичакдан қон кетиши кузатилди, қон кетиш консерватив гемостатик терапия билан тўхтатилди. 2 нафар беморда диафрагма остида абсцесс ҳосил бўлиб, ультратовуш текшируви остида такрорий пункциён санация қилинди. 4 (1,3%) нафар беморда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди

Таққослаш гуруҳларида сафро ва септик асоратларнинг частотаси

Йирингли-септик асоратлар	Таққослаш гуруҳи (n=255)		Асосий гуруҳ (n=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Билома	3	2,2%	3	1,8%
Ташқи сафро оқиши	5	3,6%	3	1,8 %
Холемик қон кетиш	4	2,9%	3	1,8%
ўн икки бармоқли ичакдан қон кетиш	-	-	1	0,6%

Субгепатик ва диафрагма ости абсцесси	5	3,6%	2	1,2%
Диффуз сафроли перитонит	2	1,4%	-	-
Яралинг йиринглаши	12	8,7%	4	2,4%
Жами	24	17,5%	12	7,3%

*Эслатма * - кўрсаткичлар фарқининг ишончилиги ($p < 0,05$)*

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари билан оғриган беморларни жарроҳлик билан даволашда, беморларнинг аҳволининг оғирлигини ва устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда, тактик ва техник чора-тадбирларни амалга оширишга янги ёндашувларни оптималлаштириш ва ишлаб чиқиш, дастлабки минимал инвазив декомпрессия аралашуви инфекцион жараёни эрта бартараф этишга ёрдам берди, ўт йўллари ва қорин бўшлиғи сепсисининг ривожланишига тўсқинлик қилди. ўлимни 5,1% дан 2,4% гача, ўт йўллари ва септик асоратларни 17,5% дан 7,3% гача камайтиришга эришилди.

ХОТИМА

Бугунги кунда Натионал Институтес оф Хеалтх (2017) маълумотларига кўра, ЎТК катта ёшдаги аҳоли ўртасида 10-15 фоиз учрайди, асоратларининг частотаси 46% ҳолларда учраши, тадқиқотчиларнинг ушбу муаммони ҳал қилишда диққат билан ёндашувига қарамай, долзарблигича қолмоқда.

Ўт тош касаллиги бор бўлган беморларда кўпроқ учрайдиган асоратлар бу ўт қопининг яллиғланиши, перитонит касаллиги ва бошқалар киради. Бу касалликнинг асоратлари билан касалхонага ётқизилганлар сони эллик фоиздан кўпроқни ташкил қилади.

Ўт пуфагининг Ўткир яллиғланишининг оғир асоратлари билан бир қаторда, беморларда кўпинча ўт йўллариининг (35-60%) зарарланиши кузатилади. ўт йўллариининг зарарланиши тузилишида асосий ўринни холедохолитиаз эгаллайди, бу патологиянинг барча турларининг 50-78% ни ташкил қилади. Беморларда холедохолитиаз билан бирга холецистит кўпинча ўт йўлларида бирламчи операциялар пайтида 5-60% ҳолларда аниқланадиган ўн икки бармоқ ичак катта дуоденал сўрғичнинг (КДС) стенози билан кечади.

Ўт йўллари ва ошқозон ости беzi тизимларининг яқин анатомик ва функционал алоқаси натижасида холецистит билан касаллиги бўлган беморларнинг йетмиш фоизигача ошқозон ости беzi зарарланади. ўт йўли ва ошқозон ости беzi тизимлари ўртасидаги яқин анатомик ва функционал алоқалар натижасида ўт йўллариининг яллиғланиш патологияси бўлган беморларнинг учдан бир қисмида панкреотит кузатилади.

Чандикли стриктура ривожланишининг сабабларидан бири бу ошқозон ости безининг бош қисмидаги яллиғланиши холедохнинг terminal қисмида

патологик ўзгаришларга олиб келади. Ўткир холецистит билан оғриган беморларда энг хавфли асоратлардан бири бу механик сарикликдир. Сафро гипертензияси "гепатобилиар каналнинг шикастланиши туфайли" холангитнинг ривожланишига ёрдам беради "Гепатобилиар каналнинг шикастланиши натижасида келиб чиққан" сафро гипертензияси холангитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Дунё миқёсида Ўткир деструктив холецистит билан холедохолитиаз биргаликда ва йирингли холангит сафро чиқишининг доимий бузилиши фонида юзага келадиган ўт йўллариининг Ўткир яллиғланишига олиб келиб, ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири ҳисобланади. Ўткир деструктив холецистит ва прогрессив механик сариклик билан оғриган беморларнинг кўпчилиги умумий жарроҳлик шифохоналарига ётқизилганлигини ҳисобга олиб, диагностика, даволаш тактикасида турлича ёндашувлар кўп эмас. ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари ташхиси кўйилганда, жарроҳлик аралашув усулини танлаш кўпинча навбатчи шифохона ва тиббий бригаданинг имкониятларига боғлиқ, баъзан эса маълум бир муассасада тасдиқланган ягона даволаш тактикаси билан белгиланади.

Майстренко ва бошқалар. (2015) Ўткир холециститнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида умумий аҳволининг оғирлиги сабабли жарроҳликнинг 4-5 та хавф тоифаси бўлган беморларда ўт пуфагини эҳтиёткорлик билан санация қилиш, литоекстракция ва электрогидравлик литотрипсия билан холецистостомия қилишди. Аммо бу усул касалликни қайталанишини олдини олмади.

Холецистостомиянинг мантиқий ҳулосаси, касалликнинг қайталанишини истисно қилиш, ўт пуфагининг облитерациясини йўқ қилиш, уни чандиқ стриктурага айлантириш бўлиши мумкинлигидир. Адабиётларда ўт пуфагининг териорқали шиллиқ қаватининг кейинги облитерацияси билан уринишлар ҳақида кўрсатмалар мавжуд.

Н.В. Мирзликін ва бошқалар. (2015) лапароскопик холецистостомияни инструментал демуказация (унинг деворини электродеструкция қилиш) билан

тўлдиришни бошлаганини айтишган. ўт пуфагининг шиллиқ қаватини босқичма-босқич олиб ташлаш склерозга ва сиғимнинг пасайишига ёрдам берди.

70 ёшдан ошган беморлар сонининг барқарор ўсиши ва шошилиш операцияларда ўлим ва асоратларнинг юқори даражаси туфайли холедохолитиаз ва папиллостеноз туфайли ўт йўллариининг обструкцияси билан асоратланган Ўткир холециститни даволаш алоҳида аҳамиятга эга.

Ўткир ўт қопининг ялиғланиши диагностикаси ва асоратларининг келиб чиқиши бўйича маълумотлари йўқлиги махсус усулларни амалиётга жорий қилишни талаб қилади. ЎТК ўт йўллариининг шикастланиши бир неча белгиларни ўз ичига олади, ўнг қовурғалар ёйи остидаги оғриқ ҳисси, хароратни кўтарилиши, сариқлик, иштахани йўқолиши, кўнгил айниши, қусиш, ЎТКи қорин синдроми, дренажга кўра сафро оқиши шаклида намоён бўлади. Олимларнинг тадқиқотлари маълумотларига кўра, ултратовуш ёрдамида барча беморлар текшиш бўлиб, мақсад қорин бўшлиғини ревизия қилиш ва еркин суюқлик бор йўқлигини кўриш. Бундан ташқари, тадқиқотнинг мавжудлиги асосий ечим каналларининг диаметрини 1 деб баҳолади, сафронинг пасайиши патологияси ҳақида муҳим маълумотлардан бири ҳисобланади. Қорин бўшлиғида суюқликларнинг тўпланиши табиати бўйича кўшимча маълумотларни ҳам инобатга олинган. Тадқиқотлар шуни кўрсатганки, сафронинг изоляцияланган концентрацияси асоратни даволашнинг якуний усули ҳисобланади.

Мамлакатимизда ўт тош касаллигининг асоратланган шакллариини ташхислаш ва даволашнинг услубий жиҳатлари замонавий адабиётларда тасвирланган, аммо муаллифларнинг далиллари айниқса, миниинвазив усулларнинг имкониятларини баҳолашда баъзан қарама-қарши фикрлар ҳам исботланган. Кўпгина тадқиқотларда жарроҳлик даволаш натижалари ҳар доим ҳам мутахассисларни қониқтирмайди, 20% ҳолларда беморларда септик ҳолат ривожланади, бу ҳолат еса ўз навбатида 6,25% дан 30,0% гача ўлим билан тугайди. ўт тош касаллигининг кенг тарқалганлиги ва унинг Ўткир

деструктив холецистит ва йирингли холангит каби асоратлари, жарроҳлик аралашувларнинг кўпайиши, шунингдек, янги технологияларнинг кенг жорий этилиши ҳисобга олинган ҳолда, асоратланган шакллари даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини ўрганиш ва оптималлаштириш, замонавий минимал инвазив жарроҳлик аралашувларнинг самарадорлигини аниқлаш долзарб эканлиги аниқланган.

Тадқиқотнинг мақсади диапевтик ва рентген-эндоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда ўт йўлларига аралашув тактикасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш орқали ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотда 2015-2022 йилларда ЎТК асоратланган шакллари билан даволанган 301 беморни даволаш натижалари келтирилган.

Тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинган:

- Такқослаш гуруҳи 2015 - 2018 йилларда 137 нафар бемордан иборат бўлиб, шошилиш кўрсатмалар бўйича Ўткир холецистит ва ўт йўлларидаги ялланишлари билан операция қилинган;

- Тадқиқотнинг асосий гуруҳи 164 бемордан иборат бўлиб, диагностика ва даволаш тактикасини ЎТКдаги учун биз таклиф қилган алгоритм миниинвазив хирургик аралашувлардан фойдаланган ҳолда, жарроҳлик даволаш усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда тузилган.

БЖССТ Европа минтақавий бюроси (2016) томонидан қабул қилинган таснифга кўра, кексалар (60-74 ёш) ва қари (75 ёш ва ундан катта) беморлар мос равишда 68 (22,6%) ва 13 (4,3%) ни ташкил этди. Беморларнинг аксарияти ёш ўрта ёшдаги 65 (21,7%) ва катта ёшдаги 138 (46,2%) эди. 19 (6,6%) нафар эса кичик ёшдаги беморларни ташкил этди. Аёл жинсига мансуб беморлар кўпчилики – 189 (62,8%), еркаклар эса -112 (37,2%) ташкил этган. Аёлларнинг еркакларга нисбати 1,8:1.

Беморларнинг аниқланган холелитиаз асоратлари бўйича тақсимланиши қуйидагича эди: - Ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан

223 бемор: - Ўткир йирингли холангит клиникаси устунлиги билан эса - 72 бемор.

Ўткир холецистит билан операция қилинган 223 беморда ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари аниқланган, шундан - 61 гангреноз холецистит, 117 - флегмоноз шакл, 44 – нафарида эса ўт пуфаги эмпиемаси аниқланди.

ўт йўлларида кузатиладиган патологияларнинг учраш суръатини ўрганишда қуйидаги муҳимликликлар аниқланди: 57 ҳолатда холедохолитиазнинг клиникаси кузатилди, 27 беморда холедохолитиаз билан бирга катта дуоденал сўрғични (КДС) стенози аниқланган.

144 (47,8%) беморда яллиғланишнинг экстравезикал тарқалиши кузатилган. Улар орасида 35 (11,6%) беморда қорин бўшлиғида билиар перитонит, шундан 19 тасида диффуз перитонит ва 16 тасида чегараланган перитонит аниқланган. 105 (34,9%) беморда перивезикал инфилтрат, 8 ҳолатда (2,7%) – перивезикал абсцесс аниқланди.

ўт йўллари касалликларининг асоратланган шаклларини аниқлаш суръати шуни кўрсатдики, механик сариқликнинг ривожланиши етакчи ўринни эгаллайди, бунда қонда умумий билирубиннинг кўрсаткичи 100 ммол/л дан юқори бўлиши 44 ҳолатда қайд этилган. Беморларда сариқликнинг давомийлиги 2-14 кунни ташкил этган. Унинг пайдо бўлиш сабабларини таҳлил қилганда, сариқликнинг пайдо бўлиши жигардан ташқари ўт йўлларида тош борлиги ва 21 беморда КДС стенози борлиги кузатилди. 78 беморда касалликнинг кечиши холангит билан асоратланди.

Ташхис ўт-тош касаллигининг клиник кўриниши, лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари (сонография, РПХГ, МР-холангиография) асосида амалга оширилган. Якуний диагноз ўт халта девори ва ўт йўлларидаги ўзига хос ўзгаришларга қараб аниқланган. Бизнинг ишимизда В.М. Буяновнинг клиник ва сонографик классификациясидан (1994) фойдаланилган. Биринчи клиник ва сонографик синфга ўт пуфаги деворларининг деструктив ўзгаришлари бўлмаган 95 бемор кирди.

Магнит – резонанс холангиопанкреотография комплекс диагностикаси 69 нафар беморда қўлланилган. Тадқиқот ўт йўлларининг алоҳида расмини олишга ва сафро блокадасини 98% гача аниқликда ташхислаш имконини берди. МРПХГ дистал умумий ўт йўлидаги конкремент мажмуасини, шунингдек, КДС нинг стриктураси мавжудлигини ташхислаш имконини берди.

Ушбу тадқиқотда РПХГ асосий гуруҳдаги 47 нафар беморда ўтказилди. РПХГ маълумотларига кўра, 59,6% ҳолда умумий ўт йўлининг диаметри 1,1 дан 2,0 см гача, 26,9% да 2,0 см дан ортиқ ва 13,5% да 1 см гача бўлган. Кузатувлар натижасида 82,4% ҳолатда ўт йўллари бўшлиғида турли хил ўлчамдаги конкрементлар аниқланган. 44,6% ҳолда умумий ўт йўлининг бўшлиғида 1 тадан конкремент, 57,7% ҳолда 1 дан 3 тагача, 61,5% ҳолда кўп конкрементли холелитиаз аниқланган. 39 ҳолатда КДС стенози ташхиси қўйилган.

Таққослаш гуруҳидаги барча операция қилинган 255 беморларда хирургик аралашувларда ХЭ (98 беморда) ёки ХЭ холедохолитотомия билан холедохни ташқи дренажлаш (39 беморда), шундан хирургик аралашувларининг 56 нафарда кенг лапаротомия, 81 ҳолатда эса минилапаротомия усулида амалга оширишдан иборат бўлган.

Таққослаш гуруҳида операцияларнинг бажарилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциясидан кейинги асоратларнинг учраш суръати таҳлили шошилинич кўрсатмалар бўйича бажарилган операцияларда ушбу кўрсаткичларнинг энг ёмон натижалари қайд этилганлигини кўрсатди: - ўлим 5,1% ни ташкил этди, абдоминал билиар ва септик асоратлар частотаси 18,8% ни ташкил этди.

2019-2022 йилларда ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан операция қилинган 164 нафар асосий гуруҳдаги беморларда даволаш беморларнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда ва улар асосида ишлаб чиқилган алгоритм, СИРС мезонларига мос равишда ва Токиода 2018 йилда

(Токё Гуиделинес, 2018, ТГ18) қабул қилинган таснифга мувофиқ амалга оширилган.

Ушбу мезонларга мувофиқ асосий гуруҳдаги ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан 100 (60,9%) бемор аҳволининг ўртача оғирлиги ва операциядан кейинги асоратларнинг нисбатан паст башорат қилинган гуруҳга киритилди. Ушбу контингентнинг 64 (39,1%) беморлари касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлган гуруҳга киритилган.

Беморлар ҳолатининг оғирлиги учун тавсия этилган мезонларни, шунингдек, ўт-тош касаллигини мураккаб кечишининг клиникасини ҳисобга олган ҳолда операция қилинди.

Асосий гуруҳдаги Ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечадиган, касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлган гуруҳга 39 бемор киритилди. Уларнинг 11 тасида сафроли перитонит қайд этилган (5 диффуз, 6 тасида шаклланган биллома шаклида чегараланган).

Аҳволининг оғирлиги туфайли 17 беморга 1-босқичда перкутан-трансгепатик микрохолецистотомия (ПТМХС) ЎТҚазилган, улардан 6 тасида жигарости бўшлиқ билан чегараланган биломалар тешилди ва санитаризация қилинди. Даволашнинг 2-чи босқичида 7-14 кунларда 14 нафар беморга холецистэктомия, шу жумладан 6 тасида ЛХЭ, 8 тасида мирилапаротомия орқали ХЭ ЎТҚазилган. 3 нафар бемор ишлаб турган холецистостомия билан яшаш жойига даволанишга жавоб берилган.

22 бемор бир босқичда операция қилинди. Ўткир деструктив холецистит билан оғриган 17 беморда МЛХЭ операцияси Ўтказилди, уларнинг 3 тасида ўт пуфагининг гангреноз ўзгарганлиги оқибатида деворининг эриб кетиши натижасида перивезикал абсцесс очилган. Диффуз сафроли перитонит клиникаси билан 5 нафар беморга кенг лапаротомиядан холецистэктомия қорин бўшлиғини санация билан биргаликда ЎТҚазилган.

Ўткир деструктив холецистит клиникаси ўрта оғирлик даражаси билан 69 нафар беморнинг 34 нафарига холецистэктомия (16-ЛХЭ, 18-ХЭ, шундан 8 таси минилапаротом кесим орқали) ўтказилган. 17 беморда (шу жумладан 3 таси чегараланган перивезикал биломанинг пункцияси билан) дастлабки холецистостомия (ПТМХС) билан икки босқичли даволаш ўтказилган. Ушбу 7 бемор кейинчалик минилапаротом кесим орқали ХЭ қилинган. Яна 7 нафар беморга микрохолецистотомиядан сўнгЛХЭ ўтказилган.

2 беморда фақат микрохолецистостомия билан чегараландик. 5 беморга МЛХЭ ўтказилди ва перивезикал абсцесс очилган. Перитонит туфайли 11 бемордан 3 нафарида ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилишдан муваффақиятли ўтказилган. 8 ҳолатда ўт пуфагини олиб ташлаш ва қорин бўшлиғини санация қилиш кенг лапаротомия орқали амалга оширилган (2-).

Ошқозон-ичак трактининг ўткир деструктив холецистит асорати бўлган 31 нафар (28,7%) беморда 2 босқичли жарроҳлик йўли билан даволаш амалга оширилди. Бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти 62 нафар беморда (57,4%) амалга оширилди. 4,6%да фақат ПТМХС билан чекландик.

ўт-тош касаллигининг асоратланган кечиши билан ва холедохолитиаз туфайли обструктив сариклик ва обструктив холангитнинг клиникаси устунлиги (n=75) бўлган беморларнинг асосий гуруҳида касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлиши башорат қилинган 25 нафар бемор киритилган.

Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги туфайли 20 нафар (80%) беморда 1-босқич эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), сўнггра назобилиар дренаж (НБД) муваффақиятли ўтказилди. 5 нафар (20%) беморда ЭПСТ ни бажаришда ва НБД ни ўрнатишда уринишлар муваффақиятсиз тугади. Механик сариклик ва холангитнинг прогрессив клиникаси қайд этилган ушбу 5 беморга ўнг қовурға ёйи ости соҳасидан кичик кесим орқали ХЭ ва холедохолитотомия амалиёти ўтказилган.

Холангиоген интоксикация клиникаси бартараф этилиб, аҳволи яхшиланган 20 беморга ЭПСТ ўтказилгач иккинчи босқичда 11 нафарида

ХЭ, улардан 4 нафарида ЛХЭ, 7 нафарида эса минилапаротомия орқали ХЭ операцияси ўтказилган. ЭПСТдан сунг 5 бемор радикал хирургик операциядан воз кечди ва улар уйларига жавоб берилган.

Обструктив холангит ва ўткир холецистит комбинацияси бўлган 4 нафар беморга кам инвазив декомпрессив трансдуоденал аралашувлар - яъни литоэкстракция билан ЭПСТ ўтказилди. Ушбу беморларда ПТМХС ҳам ўтказилди. Кейинчалик улардан 2 таси МЛХЭ ўтказилди. 2 нафар беморнинг ахволи сезиларли даражада яхшиланган ҳолда касалхонадан чиқарилди.

Умумий ахволининг ўртача оғирликда бўлган 31 беморнинг 14 нафарида бир вақтнинг ўзида ХЭ ҳажмида хирургик аралашуви ва ўнг қовурға ости соҳасидан минилапаротомия орқали холедохолитотомия холедохни ташқи дренажлаш билан биргаликда амалга оширилди.

Умумий ахволининг оғирлиги туфайли 17 беморда даволашнинг биринчи босқичида ЭПСТ ва НБД муваффақиятли ўтказилди. Холемик эндотоксикознинг белгилари енгиллашгандан сўнг иккинчи босқичда 15 беморда ХЭ бажарилди, шулардан 11 тасида ЛХЭ, 4 тасида минилапаротомия орқали ХЭ. Литоэкстракция ва ЭПСТ муваффақиятли ўтказилган 2 бемор якуний операциядан воз кечган.

Бизнинг тадқиқотимизда холелитиазнинг асоратланган шакллари ва Токио классификацияси таснифи (ТГ 18) буйича ахволи оғир булган 64 нафар бемордан операциядан кейинги ривожланиш хавфи юкори булган 27(42,2%) нафар беморларда 2 босқичли операцион даволаш ишлари амалга оширилди. 10 (15,6%) нафар бемор ўт йўлларида миниинвазив декомпрессия операцияси билан чекланди. Бир босқичли радикал жарроҳлик 27 (42,2%) нафар беморда амалга оширилди ва 13 (20,3%) нафар перитонит ёки перивезикал абсцесс клиникаси мавжудлиги сабабли ёки ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганида – 5 нафар беморда мажбурий бажарилди.

Ҳолатининг ўртача оғирлик даражасидаги (n=100) (ТГ 18) беморларнинг 32 (32%) нафарида икки босқичли хирургик аралашуви, 64 (64%) беморда бир

босқичли радикал хирургик амалиёти ўтказилди. 4 нафар бемор миниинвазив декомпрессив аралашуви билан чекланилди.

Умуман олганда, беморларнинг асосий гуруҳидаги 73 (44,5%) бемор (n=164) даволаш босқичларида миниинвазив декомпрессив аралашувларидан ўтди, улардан 59 (35,9%) нафари даволашнинг биринчи босқичи сифатида даволанди ва 14 (8,5%) нафарда мажбурий якуний даволаш усули сифатида амалга оширилди.

Асосий гуруҳ беморларнинг 40 нафарига перкутан трансгепатик микрохолецистотомия (ПТМХС) ўтказилган.

Ультратовуш текшируви назорати остида ўт пуфаги каналини ёпиш ва корин бўшлиғига сафро оқшини олдини олиш учун жигар паренхимасининг бир қисми орқали дренажлаш амалга оширилди (7). Хирургик ҳажмидан қатъий назар дренажлаш жараёнининг охирида махсус "саватча" бўлган, катетер диаметри 4Ф ва 9Ф бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилган.

Микрохолецистостомия бажарилгандан сўнг ўт пуфаги таркиби бутунлай бўшатилади, унинг бўшлиғини гипохлорит натрийнинг озонлаштирилган эритмаси билан ювилди. Дренаж бўйича ажралма визуал равишда баҳоланди ва бактериологик текшириш учун юборилди. ўт пуфагининг тўлиқ бўшаганлигини эхография ёрдамида назорат қилинган.

Ўткир обструктив йирингли холангит клиникаси кенг тарқалган беморларнинг асосий тадқиқот гуруҳида фақат 37 нафар беморда эндоскопик папиллосфинктеротомия ўтказилди. Яна 5 нафар беморда ЭПСТ уринишлари муваффақитсиз тугаган.

ЭПСТ клиниканинг эндоскопик операция хонасида дуоденоскоп, электрожарроҳлик ва сфинктеротом ёрдамида амалга оширилди. Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, 5 нафар беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугади, бир ҳолатда беморда ўлимга олиб келган ўткир панкреатит ривожланди, бошқа 1 кузатувда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш консерватив тарзда даволанган.

Шундай қилиб, асосий гуруҳнинг 73 нафар беморида миниинвазив декомпрессия операцияси ўтказилди, бу 44,5% ни ташкил этди. Ушбу беморлар иккинчи босқичда ўт йўллариининг дастлабки миниинвазив декомпрессиясидан сўнг 7-14-кунларда 59 ХЭ, 28 –ЛХЭ, 31 – МЛХЭ амалга ошириган.

Асосий гуруҳнинг 91 беморида бир босқичли радикал операция-холецистэктомия ўтказилди, бу умумий контингентнинг 55,5% ни ташкил қилади. Турли усуллар қўлланилди: шундай қилиб, 90 бемор минилапаротомия усулидан фойдаланган ҳолда операция қилинди, 47 беморда ЛХЭ ўтказилди; 13 беморда ХЭ кенг лапаротомия усули билан амалга оширилган. Касалликнинг оғир кечиши туфайли 14 нафар бемор холецистэктомиядан ўтмаган, улар факат 5 нафари ПТМХС билан, 7 нафари ЭПСТ билан ва 2 нафари ҳам ПТМХС ҳам ЭПСТ билан чекланган.

Беморларнинг назорат гуруҳидаги (n=137) ўлим даражаси 5,1% ни ташкил этди - 7 бемор вафот этди. Улардан 4 таси абдоминал асоратлар, 2 нафарида билиар сепсис, 2 нафарида қорин бўшлиғи сепсиси, 3 нафарида абдоминал сепсис мавжуд бўлган коморбид патологиядан келиб чиққан юрак-қон томир ва ўпка асоратлари туфайли юзага келган.

Асосий гуруҳда операция қилинган 164 беморнинг 4 нафари вафот этди, ўлим даражаси 2,4% ни ташкил этди. Қоникарсиз натижанинг сабаби 1 беморда ўткир панкреатит ва 1 ҳолатда кузатувда давом этаётган перитонит ва 1 ҳолатда билиар сепсис бўлган. Шунингдек, 1 ҳолатда ўлим сабаби миокард инфаркти туфайли ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги бўлган.

Таққослаш гуруҳининг 24 нафар беморида турли хил билиар ва йирингли – септик асоратлар кузатилди, бу 17,5% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 3 (1,2%) бемор контрапертураларни реканализация қилиш орқали дренажланган жигарости сохада биломалар ҳосил бўлган. 5 (1,9%) беморда жигарости бўшлиққа ўрнатилган дренаж найчаларидан сафро чиқиши, 5 (1,9%) беморда жигарости ёки диафрагмаости абсцессларни очиш ва дренажлаш учун такрорий операциялар ўтказилди, 2 (0,8%) нафар бемор

билиар перитонит туфайли релапаротомия қилинди. Шунингдек, 4 (1,6%) беморда қорин бўшлиғидаги холемик қон кетиш туфайли такрорий операция ўтказилди. 12 (4,7%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилган.

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 12 беморда операциядан кейинги асоратлар 7,3% ни ташкил этди. Шу билан бирга, ультратовушли пункциялар билан муваффақиятли санация қилинган 3 (0,9%) беморда жигарости соҳанинг биломалари шаклланган.

3 (0,9%) беморда ўт пуфагининг трансгепатик пункция вақтида жигардан холемик қон кетиш кузатилган. 3 нафар беморда ташқи сафро оқиши кузатилди, яна 2 ҳолатда ўт пуфаги ётоғидан қорин бўшлиғига ўт оқиши манбаи сифатида коагуляция қилинган.

Ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда тактик ва техник тадбирларни амалга оширишда янги ёндашувларни оптималлаштириш ва ишлаб чиқиш бўйича олинган натижалардан кўриниб турибдики, бемор аҳволининг оғирлиги ва дастлабки кам инвазив декомпрессия тадбирларидан устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда, бу касаллик жараёнини енгиллаштириш, билиар ҳамда қорин бўшлиғи сепсиссини олдини олишга ёрдам беради. ўлим 5,1% дан 2,4% гача, билиар ва септик асоратлар 17,5% дан 7,3% гача камайди.

ХУЛОСА

1. ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлган беморларни даволашда прогностик жиҳатдан ноқулай омиллар Токио классификациясига (ТГ18) мувофиқ ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангит билан оғриган беморларда шошилиш бир босқичли радикал операцияларни амалга ошириш.

2. ўт пуфагини декомпрессиялашнинг сонодиапевтик усуллари ўткир холециститнинг асоратларини даволаш самарали шошилиш усули бўлиб, йирингли интоксикацияни тўхтатишга имкон беради ва даволашнинг кейинги босқичида лапароскопик усулда холецистэктомияни 29,6% ва миникиришдан 53,7% амалга оширади.

3. 100 мкмол/л дан ортиқ йирингли холангит ва гипербилирубинемия клиникасида мажбурий назобилиар дренаж билан ЭПСТ ҳажмида рентген-эндоскопик аралашувлар ўтказилиши керак. Шу билан бирга ЭПСТ, беморларнинг 16,1 фоизида даволашнинг якуний усули бўлиб чиқди.

4. ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлган беморларни босқичма-босқич даволашда миниинвазив декомпрессия аралашувларидан устувор фойдаланиш (44,5% да амалга оширилди) инфекция жараёни эрта енгиллаштиришга, билиар ва абдоминал сепсис ривожланишининг олдини олишга ва ўлимни 5,1% дан 2,4% гача камайтиришга, билиар ва септик асоратларни 17,5% дан 7,3% га камайтиришга имкон берди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Тери орқали-трансгепатик микрохолецистотомия ултратовуш текшируви назоратида Ўткир деструктив холециститни даволашнинг дастлабки усули бўлиб, 4,6% ҳолатда йирингли-холемик интоксикациянинг ўта оғир даражасида охирги даволаш усули ҳисобланади.

2. Йирингли холангит-ЭПСТ билан асоратланган КТС стенози ва ва холедохолитиазнинг рентген-эндоскопик даволаш усуллари назобилиар дренаж билан яқунланиши лозим. ЭПСТ муваффақиятсиз бўлган тақдирда (13,5% ҳолларда), холедохолетиазни коррекциялаш ва мини-кесимдан холецистэктомия ўтказилади.

3. Токио таснифи ТГ 18 бўйича оғир даражадаги аҳволи бўлган Ўткир деструктив холецистит ва Ўткир йирингли холангит билан асоратланган холедохолитиаз каби эндотелиал холециститнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларда сонодиапетик ва рентген - эндоскопик усуллар ёрдамида босқичма - босқич жарроҳлик даволаш тавсия этилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза // Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – № 1. – С. 62-65.
2. Актуальные проблемы диагностики и оперативного лечения острого и хронического холециститов / А. Р. Хамитова, Е. П. Мирошевская, С. Н. Стяжкина, Д. В. Зайцев // Modern Science. - 2021. - № 4-4. - С. 231-235.
3. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого возраста с острым деструктивным калькулезным холециститом / З. Т. Ширинов, Ю. Г. Алиев, Н. А. Гамидова (и др.) // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2021. - № 6. - С. 24-29.
4. Бабаева, Р. Р. Биомаркеры в билиарной хирургии: мониторинг системного воспалительного ответа после лапароскопической холецистэктомии // Хирургия. Восточная Европа. - 2020. - Т. 9, № 1-2. - С. 55-62.
5. Бебуришвили, А. Г. Перфоративный холецистит. классификация и атипичные клинические формы / А. Г. Бебуришвили, С. И. Панин, Е. Н. Зюбина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 1. - С. 10-13.
6. Верзакова, О. В. Кровоток в стенке желчного пузыря по результатам цветового дуплексного сканирования у больных острым калькулезным холециститом / О. В. Верзакова, И. В. Верзакова // Медицинский вестник Башкортостана. - 2017. - Т. 12, № 1 (67). - С. 29-32.
7. Винник, Ю. С. Синдром Мирризи - I (Клиническое наблюдение) / Ю.С. Винник, Е.В. Серова, Д.В. Стратович (и др.) // Врач. - 2017. - №10. - С. 3842
8. Выбор оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства при остром калькулезном холецистите / М. А. Коссович, М. В.

Хрусталева, Э. А. Годжелло (и др.) // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2020. - № 3. - С. 56-60.

9. Гаджиев, Д. Н. Антимикробные пептиды и цитокины при остром калькулезном холецистите / Д. Н. Гаджиев, Н. Д. Гаджиев, Ш. Х. Гасимова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 10. - С. 51-54.

10. 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.

11. Гурцкая, Л. З. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста с учетом факторов риска ишемической болезни сердца / Л. З. Гурцкая, Н. Ю. Коханенко, В. С. Василенко // Медицина и организация здравоохранения. - 2018. - Т. 3, № 4. - С. 28-34.

12. Дешук, А. Н. Варианты купирования острого холецистита у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском / А. Н. Дешук, В. А. Романюк // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Борец Валентины Максимовны, 20-21 апреля 2017 г., г. Гродно / ответственный редактор В. А. Снежицкий. - Гродно : ГрГМУ, 2017. - С. 164-165.

13. Диагностика и лечение острого холецистита у пациентов старше 75 лет / С. А. Жидков, В. Е. Корик, А. С. Жидков (и др.) // Актуальные вопросы военной медицины : материалы научно-практической интернет-конференции с международным участием. - Минск, 2021. - С. 29-31.

14. Диагностика и тактика лечения перипузырного инфильтрата при остром калькулезном холецистите / К. М. Курбонов, К. Р. Назарбаев, У. К. Мурадов, Р. Х. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - № 2 (333). - С. 22-27.

15. Исследование литогенности желчи у больных механической желтухой методом электрохимического анализа / В. И. Никольский, А. В.

Герасимов, К. И. Сергацкий, В. В. Карнаухов // Известия высших учебных заведений Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки (я нашла). - 2017. - № 1 (41). - С. 39-46.

16. К вопросу о диагностике острого холецистита у лиц пожилого возраста / А. А. Сопуев, С. А. Бакиров, М. М. Бигишиев (и др.) // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2021. - № 3. - С. 48-59.

17. Кабанов, М. Ю. Острый холецистит у пациентов старших возрастных групп: учебное пособие / М. Ю. Кабанов, К. В. Семенцов, Д. М. Яковлева. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им И. И. Мечникова, 2017. - 48 с.

18. Карсанов, А. М. Острый холецистит на фоне морбидного ожирения как сложная хирургическая задача / А. М. Карсанов, А. А. Кульчиев, А. А. Морозов // Заметки ученого. - 2021. - № 11-1. - С. 44-48.

19. Клинические рекомендации «Острый холецистит» (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации : год утверждения (частота пересмотра): 2021). - Москва, 2021. - 41 с.

20. Комплексная диагностика острого холецистита, осложненного холедохолитиазом / Е. В. Мигунова, И. Е. Попова, Л. С. Коков (и др.) // Московский хирургический журнал. - 2018. - № 3 (61). - С. 13-14.

21. Комплексное малоинвазивное лечение крупного резидуального холедохолитиаза с применением экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (клинический случай) / Я. С. Захарова, Н. В. Ташкинов, С. А. Будзинский (и др.) // Доказательная гастроэнтерология. - 2021. - Т. 10, № 1. - С. 49-53.

22. Косарева, С. Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. обзор литературы / С. Б. Косарева, М. Ж. Аймагамбетов // Наука и здравоохранение. - 2018. - Т. 20, № 2. - С. 148167.

23. Кудрявцева, А. В. Компьютерно-томографическая диагностика острого холецистита / А. В. Кудрявцева // Конгресс российского общества рентгенологов и радиологов. - Москва, 2019. - С. 101-102.
24. Кузьменко, В. Л. Новые аспекты прогнозирования исходов холецистэктомий / В. Л. Кузьменко, М. Ф. Черкасов, Ю. М. Старцев // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 2. - С. 39.
25. Курбанисмаилова, Р. Р. Хирургическая тактика при осложненной желчнокаменной болезни у лиц старческого возраста; специальность 14.01.17 «Хирургия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Курбанисмаилова Рахимат Рамазановна. - Махачкала, 2017. - 21 с.
26. Лактоферрин в диагностике латентных форм острого холецистита / М. И. Шихрагимов, Н. А. Лозовская, О. В. Мирзабекова, А. М. Топчиев // Авиценна. - 2017. - № 4 (4). - С. 3.
27. Лапароэндоскопические вмешательства при холецистохоледохолитиазе (техника Rendezvous) / К. И. Мерсаидова, М. И. Прудков, Е. В. Нишневич (и др.) // Хирургия. Журнал им Н.И. Пирогова. - 2019. - № 7. - С. 36-41.
28. Левин, Л. А. Диагностика и лечебная тактика при остром холецистите / Л. А. Левин, В. П. Акимов, В. В. Тоидзе // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Руководство / под редакцией В. П. Акимова. - Санкт-Петербург, 2021. - С. 50.
29. Лесной, В. В. Возможности миниинвазивных методов коррекции повреждений внепеченочных желчных протоков / В. В. Лесной, В. А. Филоненко, А. С. Лесная // Фундаментальная наука в современной медицине 2020; материалы сателлитной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под редакцией А. В. Сикорского (и др.). - Минск, 2020. - С. 88-91.

30. Лиховских, С. И. Анализ причин развития острого холецистита / С. И. Лиховских, М. А. Завалина, С. Н. Стяжкина // Colloquium-journal. - 2020. - № 11-3 (63). - С. 21.
31. Мамчич, В. И. Новое в проблеме желчнокаменной кишечной непроходимости / В. И. Мамчич, Н. Д. Бондаренко, М. А. Чайка // Анналы хирургической гепатологии. - 2020. - Т. 25, № 1. - С. 62-68.
32. Место транспапиллярных эндоскопических вмешательств при остром холецистите, осложненном патологией желчных протоков / С. Г. Шаповальянц, А. Г. Паньков, С. А. Будзинский, Э. Э. Эрназаров. - DOI 10.16931/1995-5464.2020348-54 // Анналы хирургической гепатологии. -2020. - Т. 25, № 3. - С. 48-54.
33. Натрошвили, И. Г. Насколько активной должна быть хирургическая тактика у больных острым холециститом (по результатам проспективного многоцентрового исследования) / И. Г. Натрошвили, М. И. Прудков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. -2019. - Т. 23, № 2. - С. 156-167.
34. Наш опыт хирургического лечения острого билиарного панкреатита / П. М. Назаренко, Д. П. Назаренко, Т. А. Самгина, Ю. В. Канищев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2017. - № 4. - С. 57-66.
35. Некоторые особенности диагностики острого холецистита у лиц пожилого возраста / А. А. Сопуев, С. А. Бакиров, М. К. Бигишиев (и др.) // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2020. - № 6. - С. 22-27.
36. Опухолеподобный осложненный калькулезный холецистит с гигантским перипузырным инфильтратом / А. З. Альмяшев, Р. А. Ульянкина, А. А. Ивашин (и др.) // XLIX Огарёвские чтения : материалы научной конференции : в 3 ч. Ч. 2 / составитель А. В. Столяров ; ответственный за выпуск П. В. Сенин. - Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2021. - С. 182-186. - ISBN 978-5-7103-4160-5.

37. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита / М. В. Турбин, М. Ф. Черкасов, В. Н. Ситников (и др.) // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - № 5. - С. 58.

38. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. обзор литературы / М. Ж. Аймагамбетов, С. Т. Абдрахманов, Т. А. Булегенов (и др.) // Наука и здравоохранение. - 2019. - Т. 21, № 3. - С. 54-67.

39. Острое поражение печени при остром деструктивном холецистите / А. П. Власов, Н. С. Шейранов, Т. И. Власова (и др.) // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 5. - С. 187.

40. Острый калькулезный холецистит: рекомендации Всемирного общества неотложной хирургии (WSES) 2016г. / L. Alsaloni, M. Pisano, F. Coccolini (и др.). - DOI 10.17116/endoskop201723625-71 // Эндоскопическая хирургия. -2017. - № 6. - С. 25-45.

41. Острый холецистит : учебное пособие / А. В. Шабунин, Ю. В. Баринов, З. А. Багателя (и др.). - Москва : ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. - 91 с. - ISBN 978-5-7249-3181-6.

42. Патогенез, диагностика и лечение острого холецистита у больных с декомпенсированной патологией сердечно-сосудистой системы / Л. З. Гурцкая, Н. Ю. Коханенко, А. Л. Луговой, С. А. Данилов // Медицина: теория и практика. - 2017. - Т. 2, № 1. - С. 24-32.

43. Патоморфологические аспекты диагностики и лечения острого холецистита / В. И. Мамчич, Е. А. Дядык, С. Я. Радкевич, М. А. Чайка // Вестник клуба панкреатологов. - 2020. - № 2 (47). - С. 72-78.

44. Пиманов, С. И. Клиническая интерпретация результатов ультразвукового исследования желчного пузыря // Гастроэнтерология. Хирургия. Интенсивная терапия. Consilium Medicum. - 2018. - № 2. - С. 7-14.

53. Современный подход к проблеме сопутствующего острого холецистита с холедохолитиазом / Д. Т. Жуматаев, А. Н. Баймаханов, А. Ж. Нурмаков (и др.) // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2020. - № 1. - С. 63-74.

54. Совцов, С. А. Летопись частной хирургии. Часть 3. Неотложная билиарная хирургия. - Челябинск : Библиотека А. Миллера, 2019. - 192 с.

55. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации / А. Ш. Ревитшвили, А. В. Федоров, В. П. Сажин, В. Е. Оловянный // Хирургия. Журнал им. Пирогова. - 2019. - № 3 (1). - С. 88-97.

56. Сравнительный анализ хирургического лечения больных острым холециститом: до и после введения клинических рекомендаций / В. М. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, Р. М. Гарипов, А. М. Саргсян. - Б01 10.16931/1995-5464.2018284-91 // Анналы хирургической гепатологии. -2018. - Т. 23, № 2. - С. 84-92.

57. Статистическая характеристика объемов и структура госпитализаций и лечения больных с острым холециститом и острым панкреатитом / В. И. Подолужный, О. В. Ооржак, К. А. Краснов, В. А. Пельц // Актуальные вопросы ургентной абдоминальной хирургии : материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Томск, 2018. - С. 60-63.

58. Структура осложнений острого холецистита в удмуртской республике / С. Н. Стяжкина, Г. Н. Махмутова, В. В. Миронова, Э. И. Мухитдинова. // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». - 2017. - Т. 19, № 8. - С. 150-152.

59. Стяжкина, С. Н. Клиническое наблюдение осложненного острого гангренозного калькулезного холецистита у пациента с синдромом Дауна. С. Н. Стяжкина, А. Е. Макарова, А. А. Матвеева // Дневник науки. - 2021. - № 4 (52).

60. Стяжкина, С. Н. Осложнения холецистита / С. Н. Стяжкина, А. Р. Сайфуллина, С. И. Загидуллина // Синергия Наук. - 2017. - № 10. - С. 818822.

61. Субоперационные технические сложности при лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым калькулезным холециститом (анализ серии из 677 случаев) / М. К. Абдулжалилов, А. М. Абдулжалилов, М. Р. Иманалиев, А. К. Г. Гусейнов // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2018. - Т. 1, № 26. - С. 40-45.
62. Тимербулатов, В. М. Классификация хирургических осложнений / В. М. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 9. - С. 61-65.
63. Ультразвуковая и клинико-лабораторная диагностика истинных морфологических форм острого холецистита: необходимость смены классификации / И. М. Буриев, Г. Г. Мелконян, Н. С. Малюга (и др.) // Анналы хирургической гепатологии. - 2020. - Т. 25, № 3. - С. 55-62.
64. Хирургическая тактика при остром холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой / К. М. Курбонов, К. Р. Назарбаев, Р. Х. Саидов, Б. Д. Султанов // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, № 3. - С. 344-348.
65. Холестероз в стенках желчного пузыря и общего желчного протока на фоне острого калькулёзного холецистита / Ф. Н. Нишонов, Ф. Ш. Хамидов, М. Р. Алибаев, М. Д. Пулатов // Авиценна. - 2019. - № 48. - С. 32-42.
66. Чуприна, И. К. Роль гепатобилиарной сцинтиграфии в ведении острого некалькулезного холецистита / И. К. Чуприна // Современные аспекты профилактики заболеваний : сборник материалов III Межрегиональной с международным участием научно-практической конференции / под редакцией А. В. Колсанова (и др.). - Самара, 2019. - С. 377-379.
67. Этиопатогенез, диагностика и лечение острого калькулезного холецистита у беременных / Д. А. Абдуллозода, К. Р. Рузбойзода, Х. Б. Давлатзода, Ш. Ш. Сайфудинов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2021. - № 3. - С. 95-103.
68. Эффекты применения Иммунофана для коррекции иммунной системы при лечении каскадных форм холецистита / Р. В. Аббасалиев, М. Я.

Насиров, Б. В. Аббасалиев, М. М. Абдуллаев // Журнал теоретической, клинической и экспериментальной морфологии. - 2018. - Т. 1-1. - С. 4-7.

69. Ярославцев, М. И. Особенности диагностики острого холецистита / М. И. Ярославцев, М. А. Бемяк, А. М. Морозов // Фундаментальная наука в современной медицине 2020 : материалы сателлитной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под редакцией А. В. Сикорского (и др.). - Минск : БГМУ, 2020. - С. 165-168. - ISBN 978-985-210513-2.

70. Ярославцев, М. И. Особенности диагностики острого холецистита у различных пациентов / М. И. Ярославцев, М. А. Пахомов, А. М. Морозов // Forcipe. - 2020. - Т. 3, № 5. - С. 913-914.

71. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices / C. A. Gomes, C. S. Junior, S. Di Saverio (et al.). - DOI 10.4240/wjgs.v9.i5.118 // World Journal of Gastrointestinal Surgery. - 2017. - Vol. 9, № 5. - P. 118-126.

72. Acute Cholecystitis Following Ipilimumab and Nivolumab Treatment for Metastatic Melanoma / A. E. Somerset, B. M. Field, J. D. Webber, D. A. Edelman. - DOI 10.1177/0003134820966274 // The American Surgeon. - 2020. - 3134820966274.

73. Acute cholecystitis: predictive clinico-radiological assessment for conversion of laparoscopic cholecystectomy / Y. R. Jiang, S. J. Ahn, S. J. Choi (et al.). - DOI 10.1177/0284185120906658 // Acta Radiologica. - 2020. - Vol. 61, № 11. - P. 1452-1462.

74. Advanced gallbladder inflammation is a risk factor for gallbladder perforation in patients with acute cholecystitis / S. Jansen, M. Stodolski, H. Zirngibl (et al.). - DOI 10.1186/s13017-018-0169-2 // World Journal of Emergency Surgery. - 2018. - Vol. 13, № 1. - P. 9.

75. Agalianos, C. Review of management options for pancreatic pseudocysts / C. Agalianos, I. Passas, I. Sideris et al. // Transl Gastroenterol Hepatol. - 2018. - № 3. - P.18.

76. Andalib, I. Modern Management of Pancreatic Fluid Collections / I. Andalib, E. Dawod, M. Kahaleh // J. Ckin. Gastroenterol. - 2018. - Vol. 52. - P. 97104.
77. Aoyama, T. Survival and the prognosticators of peritoneal cytology-positive pancreatic cancer patients undergoing curative resection followed by adjuvant chemotherapy / T. Aoyama, Y. Atsumi, K. Kazama et al. // J Cancer Res Ther. - 2018. - № 14. - S1129-S1134.
78. Are They Too Old for Surgery? Safety of Cholecystectomy in Superelderly Patients (> Age 90) / B. Irojah, T. Bell, R. Grim (et al.). - DOI 10.7812/TPP/16-013 // The Permanente journal. - 2017. - Vol. 21. - P. 16-013.
79. Armistead, C. W. Gangrenous Cholecystitis From Gallbladder Volvulus With a Hiatal Hernia / C. W. Armistead, L. E. Favors, V. A. Mejia. -DOI 10.1177/00031348211054704 // [The American Surgeon](#). - 2022. - Vol. 88 (4). - P. 804-806.
80. Bharathy, K. G. S. Acute calculous cholecystitis with intrahepatic gallbladder perforation / K. G. S. Bharathy, D. Borle, N. Kumar. -DOI 10.1001/jamasurg.2016.5544 // JAMA Surg. - 2017. - № 4. - P. 403-404.
81. Biliary ileus: case report / F. Kreve, J. Takada, J. Gatto (et al.) // Rev Gastroenterol Peru. - 2017. - № 37 (2). - P. 173-176.
82. Byun, G. Y. Safety of single-incision laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / G. Y. Byun, S. R. Lee, B. H. Koo. - DOI 10.1111/ans.14246 // ANZ Journal of Surgery. - 2018. - Vol. 88 (7-8). - P. 755-759.
83. Case Report: Spontaneous cholecystocutaneous fistula, a rare choledithiasis complication / N. M. Rinzivillo, R. Danna, V. Leanza (et al.). - DOI 10.12688/f1000research.12235.1 // F1000Res. - 2017. - Vol. 6. - P. 1768.
84. Cholecystectomy following percutaneous cholecystostomy tube placement leads to higher rate of CBD injuries / M. S. Altieri, L. Bevilacqua, J. Yang (et al.). - DOI 10.1007/s00464-018-6559-4 // Surgical Endoscopy. - 2019. - Vol. 33 (8). - P. 2686-2690.

85. Clinical application and verification of the TG13 diagnostic and severity grading criteria for acute cholangitis: an international multicenter observational study / S. Kiriya, T. Takada, T.-L. Hwang (et al.). - DOI 10.1002/jhbp.458 // J Hepatobiliary Pancreat Sci. - 2017. - № 2. - P. 329-337.

86. Comparable efficacy of endoscopic transpapillary gallbladder drainage and percutaneous transhepatic gallbladder drainage in acute cholecystitis / C. Iino, T. Shimoyama, T. Igarashi (et al.). - DOI 10.1055/s-0044-102091 // Endoscopy international open. - 2018. - Vol. 6, № 5. - P. E594-E601.

87. Comparing the Diagnostic Accuracy of Ultrasound and CT in Evaluating Acute Cholecystitis / J. R. Wertz, J. M. Lopez, D. David Olson (et al.). - DOI 10.2214/AJR.17.18884 // American Journal of Roentgenology. - 2018. - Vol. 211. - P. 92-97.

88. Comparison study of clinical outcomes between single-site robotic cholecystectomy and single incision laparoscopic cholecystectomy / W.-L. Su, J.W. Huang, S.-N. Wang, K.-T. Lee. - DOI 10.1016/j.asjsur.2016.03.005 // Asian Journal of Surgery. - 2017. - Vol. 40, № 6. - P. 424-428.

89. Correlation of Biliary Colic in the Absence of Cholelithiasis with Pancreaticobiliary Obstruction / N. Bhutiani, A. N. Brown, E. G. Davis (et al.) // The American Surgeon. - 2018. - Vol. 84, № 6. - P. 868-874.

90. Cost-effectiveness of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder pathology / A. J. Sutton, R. S. Vohra, M. Hollyman (et al.). - DOI 10.1002/bjs.10317 // British Journal of Surgery. - 2017.

91. Del Chiaro, M. The European study group on cystic tumors of the pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms / M. Del Chiaro, M.G. Besselink, L. Scholten et al. // Gut. - 2018. - Vol. 67, № 5. - P. 789-804.

92. Diagnosis of a single gallbladder with double cystic ducts and dominant accessory duct draining into the right hepatic duct: a case report / C-H. Wu, P. W. Wu, Y-C. Wong, S-C. Kang. - DOI 10.1177/03000605211053981 // Journal of International Medical Research. - 2021. - Vol. 49 (11). - P. 300060521105398.

93. Dili, A. Laparoscopic ultrasonography as an alternative to intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy / A. Dili, C. Bertrand. -DOI 10.3748/wjg.v23.i29.5438 // World journal of gastroenterology. - 2017. -Vol. 23, № 29. - P. 5438-5450.

94. Early laparoscopic cholecystectomy is more cost-effective than delayed laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis / D. Kerwat, A. Zargar, R. Bharamgoudar (et al.). - DOI 10.2147/CEOR.S149924 // ClinicoEconomics and outcomes research; CEOR. - 2018. - Vol. 10. - P. 119125.

95. Educational Case: Incidental Gallbladder Adenocarcinoma / Y. Jia, S. Samadzadeh, M. Cornford (et al.). - DOI 10.1177/2374289520909504 // Academic Pathology. - 2020. - Vol. 7. - 2374289520909504.

96. Emergency Cholecystectomy for Patients on Antiplatelet Therapy / K. Akahoshi, T. Ochiai, A. Takaoka (et al.) // The American Surgeon. - 2017. - Vol. 83, № 5. - P. 486-490.

97. Endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage for acute cholecystitis: Long-term outcomes after removal of a self-expandable metal stent / K. Kamata, M. Takenaka, M. Kitano (et al.). - DOI 10.3748/wjg.v23.i4.661 // World journal of gastroenterology. - 2017. - Vol. 23, № 4. - P. 661-667.

98. Endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage: Results of long-term follow-up / O. Ahmed, T. Ogura, A. Eldahrouty (et al.). -DOI 10.4103/sjg.SJG_506_17 // Saudi Journal of Gastroenterology. - 2018. -Vol. 24, № 3. - P. 183.

99. Factors that Predict the Need for Subtotal Cholecystectomy / A. Tang, C. M. Cohan, J. Beattie (et al.). - DOI 10.1177/0003134820979783 // The American Surgeon. - 2020. - Vol. 87, № 8. - P. 1245-1251.

100. Garcia, S. Role of imaging in the diagnosis of chronic pancreatitis / S. Garcia, F. Cordon // Radiologia. - 2019. - Vol. 61, № 3. - P. 247-258.

101. Handra-Luca A. Luschka Ducts of the Gallbladder in Adults: Case Series Report and Review of the Medical Literature / A. Handra-Luca, H. M. Ben

Romdhane, S.-M. Hong. - DOI 10.1177/1066896920901334 // International Journal of Surgical Pathology. - 2020. - Vol. 28, № 5. - P. 482-489.

102. Heger, U. Induction chemotherapy in pancreatic cancer: CA 19-9 may predict resectability and survival / U. Heger, H. Sun, U. Hinz et al. // HPB. - 2019. - pii: S1365-182X(19)30599-4.

103. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score / H. Yu, E. Chan, P. Lingam, J. Lee. - DOI10.14701/ahbps.2018.2 .58 // Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery. - 2018. - Vol. 22, № 1. - P. 58-65.

104. Is Percutaneous Cholecystostomy a Good Alternative Treatment for Acute Cholecystitis in High-Risk Patients? / D. Papis, E. Khalifa, R. Bhogal (et al.) // The American Surgeon. - 2017. - Vol. 83, № 6. - P. 623-627.

105. Ke, C.-W. Comparison of Emergency Cholecystectomy with Delayed Cholecystectomy After Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage in Patients with Moderate Acute Cholecystitis / C.-W. Ke, S.-D. Wu. -DOI 10.1089/lap.2017.0502 // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. - 2018. - Vol. 28 (6). - P. 705-712.

106. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion / J. C. Goh, J. K Tan, J. W Lim (et al.). - DOI 10.23736/S0026-4733.17.07412-0 // Minerva chirurgica. - 2017. - Vol. 72, № 6. - P. 455-463.

107. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high-risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomized clinical trial. / C. S. Loozen, H. C van Santvoort, P. van Duijvendijk (et al.). -DOI 10.1136/bmj.k3965 // BMJ (Clinical research ed.). - 2018. - Vol. 363. - P. k3965.

108. Laparoscopic Choledochotomy in a Solitary Common Duct Stone: A Prospective Study / K. Deo, S. Adhikary, S. Khaniya (et al.). -DOI 10.1155/2018/8080625 // Minim Invasive Surg. - 2018. - Vol. 2018. - P. 8080625.

109. Laparoscopic Single-Port Versus Traditional Multi-Port Laparoscopic Cholecystectomy / M. Casaccia, D. Palombo, A. Razzore (et al.). -DOI 10.4293/JLS.2018.00102 // JLS. - 2019. - Vol. 23, № 3. - e2018.00102.
110. Larghi, A. Interobserver agreement among expert pathologist on through-the-needle microforceps biopsy samples for evaluation of pancreatic cystic lesions / A. Larghi, E. Manfrin, C. Fabbri et al. // *Gastrointest Endosc.* - 2019. - Pii: S0016-5107(19)32059-0.
111. Lee R. Percutaneous transhepatic gallbladder drainage followed by elective laparoscopic cholecystectomy for patients with moderate to severe acute cholecystitis / R. Lee, H. Ha, Y. S. Han. - DOI 10.1097/MD.00000000000008533 // *Medicine.* - 2017. - Vol. 96 (44). - P. e8533.
112. Li, D. Impact of tumor size on survival of patients with resected pancreatic ductal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis /D. Li, B. Hu, Y. Zhou et al. // *BMC Cancer.* - 2018. - Vol. 18, № 1. - P. 985.
113. Li, Y.-P. Robotic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: A comparative study of medical resource utilization and clinical outcomes / Y.-P. Li, S.-N. Wang, K.-T. Lee. - DOI 10.1016/j.kjms.2017.01.010 // *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences.* - 2017. - Vol. 33, № 4. - P. 201-206.
114. Mattilla, A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Johanna, K. Ilmeo. - DOI 10.1186/s12893-017-0274-2 // *BMC Surgery.* - 2017.
115. Meeralam, Y. Diagnostic accuracy of EUS compared with MRCP in detecting choledocholithiasis: a meta-analysis of diagnostic test accuracy in head-to-head studies / Y. Meeralam, K. Al-Shammari, M. Yaghoobi. - DOI 10.1016/j.gie.2017.06.009 // *Gastrointestinal Endoscopy.* - 2017. - Vol. 86, № 6. P. 986-993.
116. Nassar, Y. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options / Y. Nassar, S. Richter. -DOI 10.1093/gastro/goy046 // *Gastroenterology Report.* - 2019. - № 7 (3). - P. 205-211.

117. Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // *Am Surg.* - 2022. - Vol. 88 (3). - P. 434-438.

118. Optimal treatment strategy for acute cholecystitis based on predictive factors: Japan-Taiwan multicenter cohort study / I. Endo, T. Takada, T.-L. Hwang (et al.). - DOI 10.1002/jhbp.456 // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* - 2017. - Vol. 24 (6). - P. 346-361.

119. Outcome comparison between percutaneous cholecystostomy and cholecystectomy: a 10-year population-based analysis / P. Lu, C.-L. Chan, N.-P. Yang (et al.). - DOI 10.1186/s12893-017-0327-6 // *BMC surgery.* - 2017. - Vol. 17, № 1. - P. 130.

120. Outcome trends and safety measures after 30 years of laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and pooled data analysis / P. H. Pucher, L. M. Brunt, N. Davies (et al.). - DOI 10.1007/s00464-017-5974-2 // *Surgical endoscopy.* - 2018. - Vol. 32, № 5. - P. 2175-2183.

121. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution / A. Kohga, K. Suzuki, T. Okumura (et al.) // *Asian J Endosc Surg.* - 2019. - Vol. 12 (1). - P. 74-80.

122. Outcomes of Patients Treated With Upfront Cholecystostomy for Severe Acute Cholecystitis / T. De Geus, H. K. Moriarty, P. S. Waters (et al.). - DOI 10.1097/SLE.0000000000000747 // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* - 2020. - Vol. 30, № 1. - P. 79-84.

123. Panni, R. Z. Preoperative predictors of conversion as indicators of local inflammation in acute cholecystitis: strategies for future studies to develop quantitative predictors / R. Z. Panni, S. M. Strasberg. - DOI 10.1002/jhbp.493 // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences.* - 2018. - Vol. 25, № 1. - P. 101108.

124. Perales, S. Comparative evaluation of magnetic resonance cholangiopancreatography and perioperative cholangiography in patients with

suspect choledocholithiasis / S. Perales, L. Souza, E. Crema. - DOI 10.1590/0102-672020180001e1416 // Arq Bras Cir Dig. - 2019. - № 32 (1). - P. 1-4.

125. Percutaneous cholecystostomy for grade III acute cholecystitis is associated with worse outcomes / Y. Sanaiha, Y.-Y. Juo, S. E Rudasill (et al.). - DOI 10.1016/j.amjsurg.2019.11.025 // Am. J. Surg. - 2020. - Vol. 220 (1). - P. 197-202.

126. Percutaneous Cholecystostomy for Severe Acute Cholecystitis: A Useful Procedure in High-Risk Patients for Surgery / S. Aroori, C. Mangan, L. Reza, N. Gafoor. - DOI 10.1177/1457496918798209 // Scandinavian Journal of Surgery. - 2018. - Vol. 108, № 2. - P. 124-129.

127. Percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis -10 years of experience / P. Dvorak, P. Hoffmann, O. Renc (et al.). - DOI 10.5114/wiitm.2019.84704 // Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne. - 2019. - Vol. 14, № 4. - P. 516-525.

128. Perforation of the gallbladder: 'bait' for the unsuspecting laparoscopic surgeon / Z. Mughal, J. Green, P. J. Whatling (et al.). - DOI 10.1308/rcsann.2016.0274 // Ann R Coll Surg Engl. - 2017. - № 1. - P. e15-e18.

129. Prophylactic drainage after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis / M. Picchio, A. De Cesare, A. Di Filippo (et al.). - DOI 10.1007/s13304-019-00648-x // Updates Surg. - 2019. - Vol. 71, № 2. - P. 247-254.

130. Randomised prospective study of using intraoperative, intraincisional and intraperitoneal ropivacaine for the early discharge of postlaparoscopic cholecystectomy patients as a day case in a cost-effective way in government setup of low-income and middle -income countries: Opening new horizons / S. M. Kaushal-Deep, M. Lodhi, A. Anees (et al.). - DOI 10.1136/postgradmedj-2018-135662 // Postgrad. Med. J. - 2019. - Vol. 95, № 1120. - P. 78-84.

131. Randomized clinical trial of extended versus single-dose perioperative antibiotic prophylaxis for acute calculous cholecystitis / C. S. Loozen, K. Kortram, V. N. N. Kornmann (et al.). - DOI 10.1002/bjs.10406 // Br J Surg. - 2017. - Vol. 104. - P. 151-157.

132. Risk factors for difficulty of laparoscopic cholecystectomy in grade II acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines 2013 / K. Inoue, T. Ueno, D. Douchi (et al.). - DOI 10.1186/s12893-017-0319-6 // BMC surgery. - 2017. - Vol. 17, № 1. - P. 114.

133. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study / J. Cao, C. Peng, X. Ding (et al.). - DOI 10.1186/s12876-018-0854-3 // BMC Gastroenterol. - 2018. - № 18 (1). - P. 128.

134. Risk-adjusted treatment selection and outcome of patients with acute cholecystitis / J. I. González-Muñoz, G. Franch-Arcas, M. Angoso-Clavijo (et al.). - DOI 10.1007/s00423-016-1508-y // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2017. - Vol. 402, № 4. - P. 607-614.

135. Robot-assisted Surgery - Progress or Expensive Toy? : Matchedpair Comparative Analysis of Robot-Assisted Cholecystectomy vs. Laparoscopic Cholecystectomy / R. Albrecht, D. Haase, R. Zippel (et al.). - DOI 10.1007/s00104-017-0466-4 // Chirurg. - 2017. - Vol. 88, № 12. - P. 1040-1045.

136. Robot-assisted versus laparoscopic single-incision cholecystectomy: results of a randomized controlled trial / L. F. Grochola, C. Soll, A. Zehnder (et al.). - DOI 10.1007/s00464-018-6430-7 // Surg. Endosc. - 2019. - Vol. 33, № 5. - P. 1482-1490.

137. Role of emergency physician-performed ultrasound in the differential diagnosis of abdominal pain / N. Kozaci, M. Avci, G. Tulubas (et al.). - DOI 10.1177/1024907918808115 // Hong Kong Journal of Emergency Medicine. - 2018. - Vol. 27, № 2. - P. 79-86.

138. Ruan, Z. Multi-modality imaging features distinguish pancreatic carcinoma from mass-forming chronic pancreatitis of the pancreatic head / Z. Ruan, J.T. Jiao, D.Min et al. // Oncol Lett. - 2018. - T. 15, № 6. - C. 9735-9744.

139. Selective versus routine intraoperative cholangiography for cholecystectomy / D. Kleinubing, R. Riera, D. Matos, M. Linhares. - DOI 10.1002/14651858.CD012971 // [The Cochrane Database of Systematic Reviews](#). - 2018.

140. Sell, N.M. Staging Laparoscopy not only saves patients an incision, but also help them live longer / N. M. Sell, Z.V. Fong, C.F. Del Castillo et al. // Ann Surg Oncol. - 2018. - Vol. 25, № 4. - P. 1009-1016.

141. Severe peritonitis after successful endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage for acute gangrenous cholecystitis / T. Murabayashi, Y. Kanno, K. Ito (et al.). - DOI 10.1055/a-0591-2630 // Endoscopy. - 2018. - Vol. 50, № 06. - P. E642-E643.

142. Shah, T. Gallbladder perforation: a case report in Nepal / T. Shah. - DOI 10.1002/ccr3.870 // Clin Case Rep. - 2017. - № 5. - P. 541-542.

143. Single center experience in laparoscopic treatment of gallbladder perforation / N.A. Sahbaz, K. D. Peker, H. A. Kabuli (et al.). - DOI 10.5114/wiitm.2017.72321 / Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. - 2017. - № 12 (4). - P. 372-377.

144. Single port laparoscopic cholecystectomy: technical aspects and results / M. L. Favaro, S. Gabor, R. F. P. Pedroso (et al.). - DOI 10.1590/0102-672020180001e1388 // Arq. Bras. Cir. Dig. (São Paulo). - 2018. - Vol. 31, № 3. - P. e1388.

145. Steel P. A D. Acute Cholecystitis and Biliary Colic / P. A D. Steel, B. E. Brenner // Medscape : website. - URL: <https://emedicine.medscape.com/article/1950020-overview> (дата обращения : 22.08.2022).

146. Stutchfield, B. M. Pancreatic cystic lesions: risk stratification and management based on recent guidelines / B. M. Stutchfield, M. Nayar, I. D. Penman // Frontline gastroenterol. - 2019. - Vol. 10, № 2. - P. 182-187.

147. Surgical Results of Laparoscopic Cholecystectomy for Gallbladder Torsion / S. Ezaki, Y. Tomimaru, K. Noguchi (et al.) // The American Surgeon. - 2019. -Vol. 85, № 5. - P. 471-473.

148. The Accuracy of Point-of-Care Ultrasound in the Diagnosis of Acute Cholecystitis / C. J. Wehrle, A. Talukder, L. Tien (et al.). -DOI 10.1177/0003134821989057 // The American Surgeon. - 2022. - Vol. 88, № 2. - P. 267-272.

149. The comprehensive complication index (CCI ®): Added value and clinical perspectives 3 years "down the line" / P.-A. Clavien, D. Vetter, R. D Staiger (et al.). - DOI 10.1097/SLA.0000000000002132 // Annals of Surgery. - 2017. -Vol. 265, № 6. - P. 1045-1050.

150. The Development of Enhanced Recovery After Surgery Across Surgical Specialties / J. C. Senturk, G. Kristo, J. Gold (et al.). - DOI 10.1089/lap.2017.0317 // J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech. A. - 2017. - Vol. 27, № 9. - P. 863-870.

151. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections / M. Sartelli, A. Chichom-Mefire, F. M Labricciosa (et al.). - DOI 10.1186/s13017-017-0141-6 // World journal of emergency surgery : WJES. - 2017. - Vol. 12. -P. 29.