

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

ШОНАЗАРОВ ИСКАНДАР ШОНАЗАРОВИЧ

**ЎТ ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ДАВО**

14.00.27 – Хирургия

МОНОГРАФИЯ

САМАРҚАНД – 2024

Рецензентлар:

Раҳманов К.Э. – Самарқанд давлат тиббиёт университети №1 сон хирургик касалликлар кафедраси т.ф.д., доценти

Хамдамов Б.З. – Бухоро давлат тиббиёт институти урология, госпитал ва факултатив хирургия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

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

**ЎТ ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ДАВО**

Монография

Самарқанд – 2024

КИРИШ

National Institutes of Health (2017) маълумотларига кўра, ўт тош касаллиги катта ёшдаги аҳолининг 10-15% изида учрайди, ўт йўллари яллиғланиш касалликлари йирингли асоратларининг учраш суръати эса 46% ҳолларда учрайди ва тўлиқ назорат билан кузатилишига қарамай тадқиқотчилар учун ушбу масала ҳозирги кунда ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу жойлашувдаги яллиғланиш жараёни нафақат маҳаллий йирингли яллиғланиш, балким оғир эндоген интоксикациянинг тез ривожланишига ва аъзоларнинг чуқур дисфункциясига олиб келадиган тизимли касалликлар билан характерланади. Клиник амалиётга янги замонавий диагностика усуллари (УТТ, КТ, МРТ, РПХГ) ва миниинвазив даволаш усуллари жорий этиш туфайли «...ЎТК ва унинг ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва йирингли холангит каби асоратларини даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди...»¹

Юртимизда саломатликни такомиллаштириш бўйича амалга оширилаётган чоралар орасида касалликларга эрта ташхис қўйиш, комплекс даволаш, улар асоратларини камайтириш ва олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Жумладан 2022-2026-йилларда «Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси» да кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4-қисм 56-мақсадида «... аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2023-йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш...»² вазифалари белгиланган. Шунга кўра ўт тош касалликларининг асоратланган шакллари билан беморларни даволашнинг хирургик тактикасини табақалаштирилган ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

зарур.

Ўт тош касалликларининг асоратланган шакллари диагностикаси ва уларни даволашнинг услубий жиҳатлари адабиётларда кўп жиҳатдан ёритилган, аммо миниинвазив усулларнинг имкониятларини баҳолашда муаллифларнинг қарашларида қарама-қаршиликлар ва етарли ечимга эга бўлмаган маълумотлар мавжуд. Аксарият тадқиқотларда хирургик даволаш натижаларининг 20% ҳолатида беморларда септик ҳолат ривожланиши акс этирилган бўлиб, бунинг натижасида 6,25% дан 30,0% гача кузатувларда ўлим ҳолатининг қайд этилиши ҳар доим ҳам мутахассисларни қониқтирмайди.

Ушбу патологиянинг ўзига хос хусусияти обструктив сарикликнинг ривожланиши бўлиб, статистик маълумотларга кўра, катта ёшли одамларда бу касаллик нисбатан ёш организмларга қараганда 35% га кўп учрайди. Айнан сафро чиқишидаги механик бузилишлар туфайли сафро гипертензиясининг ривожланиши холангитнинг ривожланишидан дарак беради. Айниқса катта ёшли ва кекса беморларда ўт тош касалликларининг мураккаб ва холедохолитиазнинг атипик шакллари билан беморлар сонининг кўпайиши ҳамда оператив активликнинг ошиши муаммо долзарблигининг янада ошишига сабаб бўлмоқда.

Ўт тош касалликларининг мураккаб формаларининг ривожланишида асосий патогенетик рол бўлиб ўт йўллари ичидаги босимнинг сезиларли даражада ошиши ҳисобланади ва бунинг оқибатида сафро оқимининг бузилиши натижасида турли микроорганизмларнинг кўпайиши учун қулай шароит юзага келади. (Каримов Ш.И., 2018). Ўт йўлларида юзага келадиган шароитлар ўт йўллари девори ва сафро таркибида микроорганизмларнинг сезиларли даражада кўпайишига ва бунинг оқибатида инфицирланган сафро оқимининг, жигарнинг веноз ҳамда лимфа томирлари орқали рефлюкси ривожланишига сабаб бўлиб, тизимли бактериемия ва оғир интоксикацияси ривожланишига олиб келади (Hanau L. et al., 2020). Патологик ривожланиш босқичлари ва ўткир йирингли холангитнинг клиникаси учлик синдром кўринишида намоён бўлади: сафро димланиши, эндотоксикоз ва паренхиматоз

аъзоларнинг етишмовчилигидир.

Бемор аҳволининг оғирлиги ва касалликнинг характери баҳолашнинг объективлиги, клиник кўринишларнинг гетерогенлиги билан ажралиб турадиган қорин бўшлиғи ва сафро сепсисини даволашнинг истиқболли йўналишларини ишлаб чиқиш учун алоҳида аҳамиятга эга. Сўнги ўн йилликда хирургия амалиётига инновацион, миниинвазив технологияларни жорий этиш туфайли - касалликнинг асоратланган шакллари ва леталлик пасайиши орқали ўт тош касалликларини даволашда сезиларли ютуқларга эришилди. Аввалом бор, бу миниинвазив жарроҳлик аралашувларни ҳамда клиник самарадорлиги шубҳасиз бўлган босқичма-босқич жарроҳлик техникасининг жорий этилиши билан боғлиқ (Шулутко А.М., 2018; Issa H. et al., 2018; Wang D., 2022).

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, ҳулоса ва тавсиялар маълум бир назарий аҳамиятга эга бўлиб, олинган натижалар ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлмиш ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва обструктив холангитнинг ўзаро оғирлаштирувчи клиник кечиши билан беморларни хирургик даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга муҳим ҳисса қўшиши, беморларни жарроҳлик амалиёти орқали даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаби ўт йўллари олдидан декомпрессия қилмасдан бир вақтнинг ўзида шошилиш операцияларни қилинганлиги, ултратовуш текшируви назоратида микрохолецистостомия ва назобилиар дренаж най билан трансдуоденал папиллотомия амалиётлари ёрдамида босқичма-босқич хирургик аралашувларидан фойдаланиш холецистэктомия амалиётини лапароскопик ёки даволашнинг кейинги босқичларида минилапаротомия усули ёрдамида амалга ошириш имконини берганлиги, FTS - тезлаштирилган соғломлаштириш дастури тамойилларига мувофиқ билиар перитонитнинг баъзи шакллари хирургик коррекция қилишнинг диапевтик ва эндоскопик усуллари клиник самарадорлиги исботланганлиги, холангиоген жигар абсцессларини даволашда ва билиар сепсисининг олдини олишда натрий гипохлоритнинг фаоллаштирилган эритмаси билан ўт йўллари санация

қилиш самарадорлиги исботланган. Ўткир деструктив холецистит ва ўткир обструктив холангит билан оғриган беморларни тавсия этилган алгоритмга мувофиқ даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшиланганлиги билан изоҳланган.

Изланиш натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқот жараёнида деструктив холецистит ёки обструктив холангитнинг клиник жиҳатдан оғирлиги ва бирга келадиган коморбид касалликларга боғлиқ ҳолда ўт тош касалликларининг асоратланган шакллари билан беморларни жаррохлик йўли билан даволашнинг тактик ва техник жиҳатлари ишлаб чиқилди. Ўт тош касалликларининг асоратларида ушбу категориядаги касалларни оператив даволашда ултратовуш текширув назорати остида тери орқали микрохолецистотомия, эндоскопик трансдуоденал аралашувлар клиник амалиётга жорий этилган. Билиар перитонитда лапаротомия ва релапаротомиялар миқдорини юқори даражада камайтириш имконини берувчи миниинвазив эндоскопик ва диапевтик усуллар клиник амалиётга киритилди. Ўт йўллари 0,06% натрий гипохлоритнинг анолит ва католит эритмалари билан кетма-кет перфузия қилиш орқали интрабилиар санация қилиш усулини қўллаш натижасида ўлим ва йирингли-септик асоратлар сезиларли даражада камайтириш имконини берган. Умумий аҳволи оғир беморларда ўт йўллариининг операциядан олдин декомпрессияси; операциядан кейинги асоратларнинг хавфини ҳисобга олган ҳолда икки босқичли даволаш билан йирингли-септик, юрак-қон томир ва нафас тизими асоратларини ва ўлимни сезиларли даражада камайтирганлиги билан изоҳланган.

I БОБ. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

§1.1. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида хирургик даволаш масалалари

Ўт тош касаллиги билан беморларнинг 4-5% да ўткир холецистит, сафроли перитонит, холедохолитиаз ва холангит каби асоратлар ривожланади. Холедохолитиаз билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 54-65% да касалликнинг асоратланган шакллари ташкил этади (Вахрушев Я.М. и др., 2016; Зубрицкий В. Ф., 2017; Шулутко А.М. и др., 2013; Gomi H. and et all., 2018; Joshi A. and et all., 2016; Mattilla A. and et all., 2017).

Ўт пуфаги ўткир яллиғланишининг оғир асоратлари билан бир қаторда, беморларда кўпинча ўт йўллариининг зарарланиши (35-60%) кузатилади. Ўт йўллариининг зарарланиши таркибида асосий ўринни холедохолитиаз эгаллайди, бу патологиянинг барча турларини 50-78% ни ташкил қилади. Беморларда холедохолитиаз билан бирга холецистит кўпинча катта дуоденал сўрғич (КДС) стенози биргаликда учрайди ва у ўт йўлларида бирламчи операциялар пайтида 5-60% ҳолларда аниқланади. Ўт йўллари ва меъда ости беzi тизимлари ўртасидаги ўзаро анатомик ва функционал яқин алоқалар натижасида ўт йўллариининг яллиғланиш патологияси бўлган беморларнинг 30-70 % да ошқозон ости беzi зарарланиши кузатилади. Яллиғланиш жараёни ошқозон ости беzi бош қисмида ривожланган пайти яллиғланишли ўзгаришлар холедохнинг терминал қисмига тарқалиши натижасида кейинчалик унинг чандиқли торайиши вужудга келиши мумкин. Механик сариқлик ўткир холецистит билан беморларда тез-тез учрайдиган оғир асоратдир. "Гепатобилиар йўлнинг зарарланиши туфайли" вужудга келган сафро димланиши холангитнинг ривожланишини келтириб чиқаради.

Каримов Ш. И. ҳаммуаллиф. (Дурлештер В.М. и др., 2017), Назиров Ф.Г. ва ҳаммуаллиф. (Курбонов К. М. и др., 2015), Ильинский И.М., ва

хаммуаллиф., (Дибиров М.Д. и др., 2011), J. Сао (Шаповальянц С.Г. и др., 2013), S.Y. Hanet et al. (Chen Y. and et all., 2017) шуни таъкидлашадики, ўт йўллариининг ўсма сабаб бўлмаган касалликларида сариқликнинг сабаблари куйидагилар: 62,5% - холедохолитиаз, шу жумладан 12,5% КДС стенози билан биргаликда; 13,8% - холедохолитиазсиз КДС стенози; 20,0% ва 1,5% - умумий ўт йўлининг қисилиши билан индуратив панкреатит ва перивезикал инфилтрат; 2,5% бирламчи склерозланган холангитлар ҳисобланади.

Ўткир холецистит билан беморларда қўшимча касаллик ҳисобига асосий касалликнинг оғирлашиши кузатилади. Шу билан бирга, касалликнинг ўткир даврида асосий ва бирга келадиган касалликларнинг ўзаро кучайиши таъсири намоён бўлади. Йўлдош касаллик ўзининг кечиш оғирлигига кўра қўпинча рақобатдош хусусиятга эга бўлади. Ҳаётининг 75 ёшига келиб, ўткир холецистит билан хасаталанган беморларнинг деярли 100% да қўшимча касалликлар учрайди. Йўлдош касалликлар орасида асосий ўринни юрак-қон томир тизимининг патологияси эгаллайди. Беморларнинг 48% дан 100% гача бўлганлари нафас олиш касалликларидан азият чекишади. Беморларнинг 41-56 % қандли диабет кузатилади. Ўткир холецистит билан 60 ёшдан ошган беморларнинг 28-62% ҳолларида 3-4 даражали семизлик қайд этилган.

Кекса беморларда ўткир холецистит клиник кўринишларнинг атипиклиги ва ўзгача намоён бўлиши билан характерланади. Бу хусусиятлар 15-20% ҳолларда жиддий диагностик ва тактик хатоларга олиб келади. Холецистит билан беморларда ўт пуфагининг яллиғланиши белгилари устунлик қилиши ҳисобига ҳамда ўт оқиши сақланиб турган ҳолатларда ўт йўллари патологиясининг клиник диагностикаси мураккаб. Ўт йўллариининг тошлари 20-50% ҳолларда клиник жиҳатдан ўзини намоён қилмайди ("гунг" тошлар). Ўткир холецистит билан беморларнинг ушбу контингентини касалхонага кеч ётқизилиши ҳақиқататан ҳам эътиборни жалб этади: касалликнинг ўткир ҳуружи бошланганидан кейин 12 соат ичида беморларнинг 12 % гача ётқизилади, 50 % бир кун ёки ундан кейин касалхонага ётқизилади (шулардан деярли 1/3 қисми 3 кундан кейин). Бу

касалликнинг асоратланган шакллари сонининг кўпайиши ва даволаш натижаларининг ёмонлашиши билан боғлиқ (Рыбачков Е. Н. и др., 2008; Хацко В.В. и др., 2016).

Ўткир холециститнинг анъанавий диагностикаси ва унинг асоратлари бўйича маълумотларнинг етарли эмаслиги махсус усулларни амалиётга кенг жорий этишга олиб келди. Ультратовуш ва эндоскопик текширувлар (дуодено-ва холедохоскопия, лапароскопия), компьютер томография ва ўт йўллариининг рентген-контрастли текшириш усуллари кенг қўлланилмоқда. Инструментал текширишлар касалликнинг мавхум шакллариини диагностика қилишда, ўт пуфаги деворидаги яллиғланиш жараёнини ривожланганлик даражасини баҳолашда ва қорин бўшлиғидаги патологик жараённинг тарқалишини даражасини аниқлаш имконини беради.

Одатда, ультратовуш текшируви гепатопанкреатодуоденал зона касалликлари диагностикасининг асосий усули бўлиб, ундан фойдаланиш осонлиги билан ажралиб туради ва холедохоектазияни яхшироқ кўришнинг имконини беради. Аммо, сафро гипертензиясининг сабабини кўрсатиб беришда усулнинг диагностик самарадорлиги етарлича юқори даражада эмас, бу умумий ўт йўлининг дистал қисмларини кўриш қийинлиги ва мутахассиснинг тажрибаси ҳамда шу билан бирга бемор ахволининг оғирлик даражасига ҳам боғлиқдир. Усул деярли 90,3% ҳолларда сариқликнинг характерини аниқлашга имкон беради: билиар гипертензиянинг тўсиқ даражасидан юқорида ўт йўллариининг кенгайиши каби белгиси ҳар доим холестазнинг механик хусусиятли эканлигини ишончли тарзда кўрсатади. Аммо, ўтиб кетувчи билиар гипертензияда ўт йўллари диаметри нормал бўлиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда жигарнинг компьютер томография текшируви натижалари кўпроқ маълумотларни беради (Эпштейн А.М. и др., 2014).

Ультратовуш текшируви маълумотлари етарли бўлмаганда, (ЭРХПГ) эндоскопик ретроград холангиопанкреатография текшириш усули амалга оширилади, унинг иложи бўлмаганда, тери-жигар орқали холангиография

(ТЖХГ) ўтказилади. Холангиография учун ўт йўллари катетеризация қилиш пайтида микробиологик тадқиқотлар учун сафро олинади. Олдиндан олинган сафро микроскопик тарзда баҳоланади: унда йиринг ва фибрин мавжудлиги диагнозни тасдиқлайди. Сафронинг бактериологик текшируви ўт йўллари инфекциясининг қўзғатувчисини аниқлаш ва унинг антибактериал дориларга сезгирлигини аниқлашга қаратилган (Брискин Б.С. и др., 2008).

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ) ва теризигар орқали холангиография (ТЖХГ) каби билиар гипертензия диагностикасининг анъанавий рентгенологик усуллари кундалик амалиётда ҳали ҳам қўлланилб келмоқда, аммо улар жуда юқори радиация таъсирига эга ва чуқур инвазив бўлиб, уларни даволаш зарурати таркибида йод сақловчи контраст моддаларни организмга юбориш билан боғлиқ бўлиб ҳар хил асоратлар юзага келиши мумкин.

Ҳозирги вақтда нурли текширишнинг ноинвазив усуллари ривожланиши сабабли эндоскопик диагностика усуллари қўллаш ва ўт йўллари декомпрессия қилиш диққат марказдан иккинчи ўринга тушиб қолмоқда, бунинг сабаби уларни қўллаш орқали ўткир панкреатит ва қон кетиш каби асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин. Айни дамда эса магнит-резонанс холангиографияни кенг жорий этишга алоҳида аҳамият берилмоқда, чунки унинг натижалари диагностика ва даволашнинг кейинги тактикасини белгилайди (Загидуллина Г.Т. и др., 2015; Namura R. et al., 2016).

Магнитрезонансли холангиопанкреатография (МРПХГ) ўт йўллари ва меъда ости беи йўллари тизимини табиий шароитда, оч қоринга ҳам, овқатдан кейин ҳам контрастсиз кўриш имкониятини таъминлайди. Методни амалиётга жорий этиш қорин бўшлиғини тасвирлашда янги ёндашувга, хусусан, сафро гипертензиясининг сабабларини ўрганиш учун, шу жумладан, умумий ўт йўллари дистал қисмлари обструкцияси билан боғлиқ ҳолатларида МРТ ни муваффақиятли фойдаланишга олиб келди. Шунини таъкидлаш лозимки, олинган тасвирларнинг сифати рентген холангиограммаларидан унчалик кам эмас. Ўт йўллари тўғридан тўғри контрастлаш маълумотлари билан МРХПГ

натижаларининг ўртасида юқори даражада боғлиқлиги ҳақида далиллар мавжуд ва МРХПГ диагностик нуқтаи назардан, тўғридан-тўғри сафро йўллариининг контрастлаш усулларига тўлиқ алтернатив эканлиги тан олинган (Деговцов Э.Н., 2011) ва бу ҳақда бошқа муаллифлар ҳам таъкидлашади (Деговцов Е.Н., 2011).

МРХПГ протоколининг асосида қалин блокли тасвир ва қалинлиги 1-2 мм бўлган ингичка блокли тасвирни олиш ётади. МРХПГ бажаришининг асосий кўрсатмаси сафро йўллариининг обструкцияси, унинг даражаси, узунлиги ва сабабларини аниқлашдир. Аксарият муаллифлар ўт йўллари обструкцияси диагностикасида техниканинг аниқлигини юқори баҳолайдилар - 91 дан 100% гача, унинг ишончлилиқ даражаси тахминан 85-100% ҳолатни ташкил қилади. Механик сариқликнинг сабабларини аниқлашда ҳам техниканинг аниқлиги юқори бўлиб, у 94-97% етади. Ўт йўллариининг зарарланган қисмларидан проксимал ва дистал томонларини аниқ тасвирлаб бериш қобилияти бошқа нурли диагностика усуллари билан солиштирганда, билиар гипертензияни ўрганишда МРПХГ нинг афзалликларидан биридир. Шу билан бирга, МРПХГ тасвирлари ўт йўллари тасвирларини яхлит баҳолаш имконини беради (Anand G., 2016; Dash B. R., 2020).

Бир қатор касалликларда, шу жумладан ўт тош касаллиги ва унинг асоратларида ўт пуфаги ва интра- ва экстрагепатик ўт йўллариининг ҳолатини ўрганишда МРПХГ дан фойдаланиш нурли усуллариининг диагностик имкониятларини сезиларли даражада тўлдиради ва текширишнинг қимматлигига қарамай олинган маълумотлар тўғридан-тўғри холангиография натижаларига ўхшайди ва сарф харажат ҳамда имконияти жиҳатидан МРПХГ афзалроқдир (ЭРПХГ га хос бўлган асорат йўқ, нурнинг таъсири йўқ ҳамда усул ноинвазив ҳисобланади).

Беморларда ўткир холециститни холедохолитиаз билан биргаликда даволашнинг энг муҳим жиҳати хирургик тактика ҳисобланади. Узоқ йиллар мобайнида қарама-қарши оператив тактика қўлланилиб келинган.

Консерватив, динамикада кузатиш тактикаси холециститнинг ўткир даврида кучайтирилган комплекс медикаментоз терапия ўтказилиб ўткир

яллиғланиш ҳолати ўтгач, тўлиқ текшириш ва тайёргарликдан сўнг радикал оператив амалиётини ўтказишдан иборат бўлган.

Ўткир холециститда фаол хирургик тактика эса беморларни шифохонага ётқизилгандан кейинги дастлабки босқичларда (72 соатгача) хуружнинг авжида операцияни бажаришни ўз ичига олади. Кўпгина хирурглар оператив даволаш кўрсатмаларини кенгайтириш тарафдори, сабаби шундаки, одатда касалликнинг дастлабки босқичларида ва операцион-анестезиологик хавф юқори даражада бўлмаганда холецистэктомия (очиқ ёки лапароскопик) хавфсиздир (оператив ўлим даражаси 0 дан 1% гача). Шу билан бирга, холедохолитиаз туфайли обструктив холангит билан биргаликда ўткир деструктив холецистит билан беморларда операциядан кейинги ўлим юқорилигича қолмоқда - 7,5 дан 12% гача (Ветшев П.С., 2014; Назиров Ф.Г. и др., 2019; Решетняк В. И., 2019).

Королков А.Ю. ва ҳаммуаллиф., (Корольков А.Ю. и др., 2018), Назиров Ф.Г. ва ҳаммуаллиф., (Назиров Ф.Г. и др., 2019), Кравец К.В. (Кравец К.В. и др., 2020), Dash B.R. (Dash B. R., 2020) пациентларнинг катта ёш гуруҳидаги оғир беморларда мажбурий холецистэктомиядан сўнгги ўлим 30% - 40% гача етиши мумкинлиги ҳақида таъкидлашган.

Жарроҳлик аралашуви вақтини аниқлашдан ташқари, холециститнинг "ўткир" даврида ва сарикликнинг баландлигидаги юқори даражадаги хирургик хавф бўлган беморларда операция ҳажми масаласи мунозарали бўлиб қолмоқда. Касалликнинг авжида радикал операцияга уринишлар ҳар доим ҳам асосли ҳисобланмайди, чунки беморларнинг ушбу гуруҳида бундай шароитларда травматик ва узок муддатли операция ўлимнинг юқори фоизига олиб келади. Йўлдош касалликларнинг юқори операцион хавфи туфайли холецистотомия кўп йиллар давомида хирургияда холецистэктомияга нисбатан альтернатив сифатида қўлланилиб келиб, бу ўткир холецистит билан операция қилинган беморларнинг 12-35% ни ташкил қилади. Операция хонасида очиқ холецистостомия маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга

оширилиши мумкин бўлса-да, лапаротомия ва оғир седация каби камчиликларга эга.

Сўнгги йилларда очик холецистостомия ультратовуш ёки компьютер томографияси ёрдамида амалга ошириладиган перкутан холецистостомия билан ўрин алмашди.

Хирургик амалиётга лапароскопик ва ультратовуш текшируви остида ўт пуфагини декомпрессия қилиш усуллари жорий этиш, ўткир холецистит хуружи авж олган пайтда оператив даवони вақтинча бажармаслик имконини берди. Операциялар чуқур тиббий тайёргарликдан сўнг, кечиктирилган ҳолда амалга оширила бошланди ва бу ҳолат ўлимни 4-7% гача камайтириш имконини берди. Илмий адабиётларда, ўткир калькулёз холецистит билан юқори хавф мавжуд бўлган пациентлар учун тери орқали холецистостомия иктисодий жиҳатдан тежамкор ва оддий деган фикр мавжуд.

Хаджибаев Ф.А. ва ҳаммуаллиф. (Хаджибаев Ф.А., 2018), Budipranama V.S. et al., (Budipramana V. S. et al., 2020) перкутан холецистостомия очик холецистостомия ўрнини эгаллади деб ҳисоблайди, чунки у кам асоратланиш ва ўлим даражаси пастлиги билан нисбатан хавфсиздир. Унинг очик холецистостомияга нисбатан афзаллиги шундаки, уни лапаротомияга ҳожат қолдирмасдан маҳаллий оғриқсизлантириш остида ётоқда бажариш мумкин. Ўт пуфагига иккита ёндашув мавжуд: трансгепатик ва трансперитонеал. Қайси усулни танлаш ҳали ҳам мунозарали мавзу ҳисоланади. Жигар орқали ёндашув сафро оқмаси, йўғон ичак ва ичак тутқичи томирларининг шикастланиш хавфини камайтиради, аммо пневмоторакс ва жигар паренхимасидан қон кетиш каби асоратлар хавфини оширади. Трансперитонеал ёндашув эса қон кетиш хавфини ва жигарнинг инфекцияланган сафро билан иккиламчи ифлосланишини камайтиради, лекин сафроли перитонит, йўғон ичак тешилиши, портал система қон томирларини шикастланиш хавфини оширади ва ўт пуфаги декомпрессиясидан кейин катетерни жойидан силжишига олиб келиши мумкин.

Лапароскопик ва ултратовуш ёрдамида холецистостомия натижаларини таҳлил қилганда, улар ўт пуфагини декомпрессиялаш самарадорлиги, асоратлар учраш фоизи ва касалликни даволашнинг бевосита натижалари бўйича солиштириш мумкинлигини таъкидлаш мумкин. Ўт пуфагининг оператив бўлмаган декомпрессиясининг иккала тури ҳам рақобатдош ҳисобланмайди. Ўт пуфагининг ўткир яллиғланишини бартараф этиш сафро гипертензиясининг пасайиши, таранглигинининг пасайиши, унинг деворида қон айланишининг тикланиши ва бўшлиқнинг санацияси туфайли юзага келишини тامينлайди. Ўт пуфагини пункция ва дренажлашдан сўнг беморларнинг 60% - 78,6% ўткир холецистит хуружи бартараф этилгач ва коморбид касалликларни медикаментоз коррекция қилиш натижасида операцион-анестезиологик хавф даражасини камайтириш ва касалликнинг “совуқ” даврида радикал хирургик даволашни амалга ошириш мумкин.

Асосий муаммо беморларнинг қолган 30-44% да учрайди, улар коморбид касалликларнинг оғирлиги ва кекса ёшдалиги туфайли декомпрессив холецистостомиядан кейин радикал хирургик амалиётини ўтказа олмайди. Бу ўткир холецистит билан "дахлсиз" беморлар гуруҳи бўлиб, беморлар умумий сонининг 1-5% ни ташкил этади.

Каримов Ш.И. (Каримов Ш.И. и др., 2018), Галперин Э.И. (Гальперин Э.И. и др., 2019), Хаджибаев А.М. (Хаджибаев Ф. А., 2019), Михайлова А.А. (Михайлова Д.А., 2020) ларнинг таъкидлашича, йўлдош патологиянинг оғирлиги туфайли декомпрессив операциялардан сўнг уйга жавоб берилган беморлар гуруҳидан, яқин 6-18 ой ичида беморларнинг 23 дан 83,6 % гача яна касалликнинг рецидиви билан шифохонага ётқизилган. Ўт пуфагининг лапароскопик декомпрессиясидан сўнг беморларнинг 40% ўткир яллиғланишнинг морфологик кўриниши сақланиб қолади. Яллиғланиш жараёнининг бундай торпид кечишининг сабаби ҳал қилинмаган холецистолитиазидир.

Мизгирев Д.В., (Мизгирёв Д.В., 2018) 518 беморда касалликнинг "совуқ" даврида операция жараёнида олиб ташланган ўт пуфагининг гистологик

текшируви натижаларини таҳлил қилди. Натижалар шуни кўрсатдики, адекват декомпрессия, маҳаллий ва умумий антибактериал терапияга ўтказилганлигига қарамай, беморларнинг деярли тузалиш жараёнида (тана хароратининг нормаллашиши, оғриқ синдроми ва лейкоцитознинг йўқлиги), улардан 168 (32,4%) беморда флегмоноз ва ҳатто ўчоғли гангреноз ўзгаришлар кузатилган. Аммо, шунга қарамай, беморлар амбулатор даволаниш учун шифохонадан жавоб берилган.

Бу шуни кўрсатадики, лапароскопик ва ультратовушли холецистотомия ўткир холециститни даволашда яқиний босқич сифатида қаралмаслиги керак.

Майстренко Н.А. ва ҳаммуаллиф., (Майстренко Н.А. и др., 2015) ўткир холециститнинг қайталанишини олдини олиш учун умумий аҳволи оғирлиги сабабли, жарроҳликнинг 4-5 та хавф тоифаси бўлган беморларда ўт пуфагини яхшилаб санацияси билан холецистостомия, литоэкстракция ва электрогидравлик литотрипсия жараёнларини ўтказдилар. Бироқ, ўт пуфагини санация қилиш, унинг бўшлиғидан тошларни олиб ташлаш ва ўткир яллиғланишни бартараф этишдан кейин ҳам касалликнинг қайталаниш эҳтимоли жуда юқорилигича қолди. Бу ҳолат ўт пуфаги деворидаги яққол ривожланган склеротик ва атрофик ўзгаришларга боғлиқдир.

Ҳатто, лапароскопик холецистэктомиянинг хирургик амалиётига киритилиши ҳам умумий кўринишни ўзгартирмайди. Лапароскопик холецистэктомия ўткир асоратланган холециститда (56-80%) асосан профилактик тери орқали холецистостомия ёки эндоскопик папиллотомиядан сўнг амалга оширилади.

Холецистостомиянинг мантикий ҳулосаси, касалликнинг қайталанишини истисно қилган ҳолатда, ўт пуфаги бўшлиғи облитерацияга учраб, уни шнурсимон чандиққа айланиши бўлиши мумкин. Илмий адабиётларда ўт пуфагини тери орқали мукаклазия килиб, кейинчалик уни облитерациясига учратиш учун уринишлар қайд этилган.

Мирзликин Н.В. ва ҳаммуаллиф., улар лапароскопик холецистостомияни инструментал демуказация (унинг деворининг

электродеструкция қилиш) билан тўлдиришни бошлаганликларини хабар қилишди. Ўт пуфаги шиллиқ қаватини босқичма-босқич олиб ташланиши, унинг склерозга ва сиғимининг қисқаришига олиб келади.

Бироқ, илмий адабиётларда декомпрессив холецистотомиядан кейин холецистэктомия хавфи юқори бўлган ўткир холецистит билан беморларни даволашда, ушбу усулларни кенг жорий этиш тўғрисида маълумотлар йўқ. Бундан келиб чиқадики, мукоклазиянинг янги, осон бажариладиган усуллари излаш шубҳасиз ҳолатдир.

70 ёшдан ошган беморлар сонининг барқарор ўсиши ва шошилиш операцияларда ўлим ва асоратларнинг юқори кўрсаткичлари туфайли, холедохолитиаз ва папиллостеноз туфайли ўт йўллариининг обструкцияси билан асоратланган ўткир холециститни даволаш долзарб ҳолатдир (Гальперин Э.И., 2012; Малахова И.Г. и др., 2016; Рыбачков В.В. и др., 2020).

Адабиётлар маълумотлари эндоскопик усулларнинг кенг қўлланилиши туфайли ўт йўллари патологиясини хирургик даволашнинг травматиклиги пасайиши тенденциясини кўрсатади. Бундай ҳолларда даволашнинг замонавий тамойиллари эндоскопик палиллотомия билан лапароскопик холецистэктомияни амалга оширишга қаратилган.

Холедох терминал қисмининг чегараланган кўринишдаги ва КДС каналининг изоляцияланган ёки холедохолитиаз билан биргаликдаги стенози ЭПТ учун мутлоқ кўрсаткич бўлиб хизмат қилади. Гепатикохоледохнинг кўплаб майда тошлари, ўткир билиар панкреатит, сурункали қайталанувчи панкреатит, Одди сфинктерининг турғун спазми эса ЭПТ учун нисбий кўрсаткичлардир. Шу билан бирга, катта дуоденал сўрғичнинг анатомик хусусиятлари ва унинг дивертикул ичида жойлашиши, ривожланган папиллит ва аденома, ўн икки бармоқ ичакнинг шиши ва деформацияси туфайли ўт пуфагини олиб ташлашдан олдин ёки кейин ўтказилган ЭПТ хирургик амалиёти қийин жараёндир. Шу муносабат билан ўт йўлларида, шу жумладан трансдуоденал папиллотомия ва холедоходуоденоанастомозда очик операцияларга эҳтиёж туғилади.

ЭПСТ ҳаммабоплиги ва унинг юқори самарадорлиги жарроҳларнинг эътиборини тортади. Кам травматиклиги туфайли у катта дуоденал сўрғичда бажариладиган барча трансдуоденал хирургик операцияларни деярли тўлиқ эгаллади. Кўпчилик ҳолларда ЭПСТ яққол ривожланган механик сариқлик ва холангит билан холецистэктомия ўтказган ёки юқори даражадаги операция хавфи бўлган беморларда муқобил хирургик ёндашув бўлди. ЭПСТ мустақил операция бўлиши ёки бошқа транспапилляр операциялари (литотрипсия, литоэкстракция) олдидан бажарилиб, уларни амалга ошириш учун шароит яратади. ЭПСТ га қарши кўрсатмалар бўлиб холедох терминал қисмининг масофали стенози, КДС ни ўн икки бармоқ ичак дивертикули ичида жойлашиши, нобилиар этиологияли панкреатит, дуоденостаз, коагулопатия, беморларнинг бажариладиган операциянинг давомийлиги ва вақтини чекловчи оғир ҳолатлари бўлиб ҳисобланади (Петросян Э. А. и др., 2015; Столин А. В., 2019).

ЭПСТ амалиётидан кейин холедохолитиаз билан оғриган беморларда тактика икки хил ҳолатда бўлиши мумкин: фаол (конкрементларни майдалаш ёки олиб ташлаш) ва пассив (тошларнинг чиқишини кутиш). Иккинчи ҳолатда тошнинг диаметри ва умумий ўт йўлининг терминал қисмининг нисбати ҳал қилувчи рол ўйнайди. Диаметри 10 мм гача бўлган тошлар одатда ўз-ўзидан ўтади. Умумий аҳволи оғир бўлган, умумий ўт йўлининг терминал қисмида тошлар пайдо бўлиши хавфи бўлган беморларда, шу билан бир қаторда, холедохолитиаз ва холангит биргаликда келиб, кўплаб майда тошлар бўлган беморларда литоэкстракция амалиёти мақсадга мувофиқдир.

Беморларнинг 22-46% литоэкстракцияга бўлган эҳтиёж туғилади. Бироқ, тошларни қатъиятли уриниш орқали олиб ташлаш операция давомийлигининг ошишига олиб келади. Диаметри холедох терминал қисмининг ўлчамидан ошиб кетадиган тошлар учун литоэкстракция қарши кўрсатмадир. ЭПСТ кейин холедохолитиазни эндоскопик даволаш самарадорлигини ошириш учун механик, электрогидравлик, лазер контактли

билиар литотрипсиядан фойдаланиш мумкин (Данилов С.А. и др., 2011; Ekmekcigil E. et all., 2018).

Эндоскопик операцияларнинг барча турлари учун техник чекловлар мавжуд ва уларни ортиқча баҳолаш керак эмас. Бу эндоскопик даволаш учун кўрсатмаларнинг кенгайиши ва қўллаш давомийлигини асоссиз равишда узайтириши сабабли тактик хатоларни, бу эса ўз навбатида асоратлар сонининг кўпайишига ва касалликнинг чуқурлашишига, ривожланишига олиб келади.

ЭПСТ хирургик амалиётидан кейин умумий ўт йўлининг тошларига нисбатан қўлланиладиган тактикалардан қатъий назар, деярли барча тадқиқотчилар умумий ўт йўллариининг тошлари ўз-ўзидан ўн икки бармоқ ичакка ўтмаган ва инструментлар ёрдамида олиб ташланиши мумкин бўлмаган ҳолатларнинг у ёки бу учраш суръати ҳақида маълумотлар келтиришган. Ўт йўллариини декомпрессия қилишда эндоскопик папиллосфинктеротомия самарадорлиги 85 дан 99% гача, асоратлари 5 дан 13% гача, ўлим даражаси эса 0 дан 1,5% гачани ташкил этади.

Дурлештер В.М. (Дурлештер В.М. и др., 2017), Павлей Д.С. (Павлей Д.С., 2020) нинг маълумотларига кўра, ЭПСТ беморларнинг 75-86% да даволаш усули ҳисобланади, бошқаларида эса уни ўт йўллариининг операциядан олдинги декомпрессия усули сифатида баҳоламоқ лозим. Баъзи ҳолларда ЭПСТ сўнг хирургик амалиётини ўз вақтида бажариш керак.

Даволашнинг эндоскопик усуллариининг мумкин эмаслиги ёки самарасизлиги даволаш тактикасининг икки босқичли вариантини қўллаш имкониятини чеклайди. Клиник тажриба шуни кўрсатдики, очик ва эндоскопик папиллосфинктеротомия функционал жиҳатдан бир-биридан кам эмас.

Даволашнинг эндоскопик усуллариини бажаришнинг иложи йўқлиги ёки самарасизлиги даволаш тактикасининг икки босқичлиги вариантини қўллаш имкониятини чеклайди. Клиник тажриба шуни кўрсатдики, очик ва

эндоскопик паиллосфинктеротомия функционал жиҳатдан бир биридан кам эмас.

Холедохолитиаз ва папиллостенозни даволашда ЭПСТ асоратлари ўткир панкреатит, ретродуоденал перфорация, қон кетиш ва ўткир холангитлардир (трансдуоденал ЭПСТ бўлгани каби). Турли муаллифларнинг фикрига кўра, умумий асоратлар суръати 7 дан 15% гача кузатилиши мумкин.

Святненко А.В. ва ҳаммуаллиф. (Святненко А.В., 2018) махсус эгилувчан папиллотомли фиброхоледоскоп назорати остида лапароскопик антеград трансхоледохли (эндохоледохеал) папиллосфинктеротомия усули ва техникасини ишлаб чиқди, бу катта дуоденал сўргич соҳаси ва холедохнинг терминал қисмида сафро оқшининг органик бузилишларида янги хирургик ёндашувининг асосини ташкил қилади. Ишлаб чиқилган ПСТ холедохолитиаз ва папиллостеноз билан 41 беморда ўлим ҳолатисиз муваффақиятли қўлланилди. Ушбу хирургик тактиканинг анъанавий усуллардан афзаллиги бир босқичли даволаш имконияти мавжудлигидадир. Антеград папиллосфинктеротомияни қўллаш бемор учун оғир ва хирург учун кўп вақт талаб қиладиган ретроград панкреатохолангиография ва папиллосфинктеротомия босқичини инкор этади. КДС кануляцияси билан боғлиқ техник қийинчиликларнинг йўқлиги ва айна пайтда панкреатография бажаришга зарурият туғилиши ўткир панкреатит ривожланиш хавфини минимум даражага пасайтиради.

Минилапаротом оператив давонинг жорий этилиши операциядан кейинги пневмония, ателектаз ва ичак парезлари каби асоратлар сонини сезиларли даражада камайишига, шунингдек, беморларни эрта активлаштириш кекса ва катта ёшли беморларни муваффақиятли даволашда ҳал этувчи замин бўлди. Минилапаротомиянинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда, мамлакатимизнинг аксарият стационарларида лапароскопик оператив давога нисбатан содда ва анча арзон альтернатив даво сифатида ишлатилиши мумкин. Ўт тош касаллиги хирургиясида минилапаротомия асосан холецистэктомияни бажариш учун қўлланилади. Кичик кесим орқали

киришдан холедохолитотомия, унинг ташқи дренажлаш, холедоходуоденостомия шакллантирилгани ҳақида хабарлар мавжуд.

Прудков М.И. ва ҳаммуаллиф. (Прудков М.И. и др., 2016) минилапаротомик кириш йўли орқали комбинацияланган эндоскопик папиллосфинктеротомия қилиш тажрибасига эга. Муаллифларнинг таъкидлашича, ўт йўллари каналининг патологияси билан асоратланган калькулёз холециститни даволашнинг икки босқичли тактикасининг жиддий камчилиги, бу босқичлилиكنинг ўзи бўлиб, даволаниш муддати ва нархининг сезиларли даражада ошишига олиб келади ва муваффақиятсизликлар ва асоратлар хавфини такрорлайди.

Клиникада қўлланиладиган ўт йўлларининг барча патологиясини бир вақтнинг ўзида миниинвазив коррекция усули холецистэктомия ва мини кириш йўли орқали ўт йўлларидаги умум қабул қилинган абдоминал операцияларни, шунингдек операцион столда бажариладиган перорал видео қўллаб-қувватловчи фибродуоденоскопия орқали комбинацияланган эндоскопик папиллосфинктеротомияни ўз ичига олади. Папиллотомни киритишнинг иккита усули қўлланилади - антеград ва ретроград.

Клиник амалиёт шундан дарак берадики, хирурглар ўт йўлларининг асоратланган патологияси билан ўткир калкулёз холециститни бир босқичли миниинвазив даволашга интилишади. Шу мақсадда лапароскопик ёки минилапаротомиядан холецистэктомия бажаришда турли хил миниинвазив усуллар ёрдамида холедохолитиаз ва папиллостенозни бир вақтнинг ўзида ҳал қилинади.

Ўткир холециститда фаол хирургик тактикаси кўпроқ тўғри ҳисобланади. Ўт пуфаги перфорацияси ва маҳаллий ёки тарқалган перитонит ривожланган беморларнинг 2-10% шошилинич равишда операция қилинади. Пациент қабул қилинган пайтдан бошлаб 48-72 соат ичида ошиғич операциялар ўткир холециститнинг деструктив шакллари бўлган беморларнинг 53-79% амалга оширилади. Ўткир холециститни мажбурий равишда шошилинич хирургик йўли билан даволашда патологик жараённинг

характери баҳоланиб, бир вақтнинг ўзида жигарнинг ташқи ўт йўлларида ҳам аралашувни ўтказиш лозим (Гальперин Э.И., 2012; Гумерова Г.Н., 2020; Faridi S.H., 2015).

Беморларнинг оғир аҳволи ва операция ҳажмини кенгайтириш хавфи туғилганда холецистэктомия ва холедохни дренажлаш билан чекланиш лозим ва операциядан кейин ЭПСТ бажарилиши керак. Агар касалликнинг характери шошилиш ва ошиғич операцияни талаб қилмаса, ЭПСТ ёрдамида операциядан олдин сариқликни бартараф қилиш тамойилига риоя қилиш зарур. Ҳозирги вақтда литоэкстракция билан ЭПСТ кўпинча холецистэктомиядан олдин, оғир ва заифлашган беморларда операция ҳажми ва хавф даражасини камайтириш учун ўт йўллариининг режали ва шошилиш жарроҳлик амалиётида амалга оширилади .

Аммо, даволаш ва асоратлар натижаларини таҳлил қилиш баъзи тадқиқотчиларга хирургик хавфи юқори бўлган беморларда, кейинги холецистэктомиясиз эндоскопик папиллосфинктеротомия, минимал хавфга эга бўлган беморларда эса эндоскопик папиллосфинктеротомиясиз фақат хирургик бўлиши керак деган хулосага келишга имкон беради. Кейинги холецистэктомиясиз ўт йўллариининг патологиясини эндоскопик даволаш мумкин. Бироқ, ЭПСТ кейин холецистэктомияга бўлган эҳтиёж ўткир холецистит деструктив шакллариининг ривожланиши туфайли беморларнинг 18-37% га тўғри келади. Шунинг учун операция қилинмаган беморларда эндоскопик даволаниш учун кўрсатмаларнинг кенгайиши ҳақидаги фикр ўз ўрнини топмаган, чунки, нафақат тошлар шаклланишининг асосий ўчоғи (ўт пуфағи) сақланиб қолади, балки қари ва кекса ёшдаги ҳамда кўшимча оғир патологияси мавжуд беморларда ўн икки бармоқ ичакдан ўт йўлларига инфекциянинг кириб бориши учун ҳам шароитлар яратилади. Фақат оғир кўшимча касалликларнинг декомпенсацияси ва кекса ёшдаги беморларда ҳаттоки минимал жарроҳлик аралашуви, операция ҳажмини кенгайтиришга ҳам имкон бермайдиган беморлар бундан мустасно бўлиши керак. Бундай вазиятларда хирурглар КДС да минимал аралашувлар ва ўт йўллариининг

патологиясини операциядан кейинги эндоскопик коррекция билан чекланишга ҳаракат қилишади (Donatelli G. et all., 2014; Jaffey J. A., 2018).

Ўт пуфаги ва йўллари патологиясини комбинацияланган эндоскопик ва хирургик даволашнинг ижобий натижаларига қарамасдан, баъзи хирурглар иккита муолажани бажаришни мантиқсиз деб ҳисоблашади, агар улардан бири етарли бўлса, уларнинг ҳар бири асоратлар сони ва ўлим хавфини оширади. Бундай аралашувлар бўйича катта тажриба тўпланган бўлсада, адабиётларда ўткир холецистит хуружи авжида, айниқса, катта ёшдаги беморларда операциялар пайтида ўн икки бармоқ ичакка сафро чиқиши бузилганлигини тиклаш бўйича аниқ тавсиялар мавжуд эмас. Даволаш тактикасини аниқлаштириш учун қўшимча тадқиқотларни давом эттириш талаб қилинади.

§1.2. Сафроли перитонитни хирургик йўл билан даволаш муаммосининг ҳозирги ҳолати

Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида асосийлари ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллариدير.

Шу билан бирга, Хаджибаев А.М. (Хаджибаев Ф. А., 2019) маълумотларига кўра, ўтли перитонитнинг ўзига хос хусусияти, бактериял перитонитдан фарқли ўлароқ, клиник кўринишнинг хиралашиши бўлиб, бу кўпинча ташхисни кеч аниқланишига сабаб бўлади. Сафронинг стериллигига боғлиқ ҳолда, ўт пуфаги девори перфорациясиз ўтни сизиб чиқиши оқибатида кўпчилик ҳолатларда холеперитонеум ривожланади.

Одатда билиар перитонитни даволашда лапаротомия ёки релапаротомия қўлланилади, бу жуда жароҳатли аралашув бўлиб, унда операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5% ни ташкил этади.

Хирургик аралашувларининг натижаси кўп жиҳатдан қўлланиладиган хирургик коррекция усуллари танлаш ва уларнинг кетма-кетлигига боғлиқ. Ўтли перитонит билан беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари ҳозирги вақтда тежамкор миниинвазив хирургик аралашувлардан фойдаланишга боғлиқ - пункцион дренажлаш ва

абдоминал сепсис ривожланишига қадар эндоскопик операцияларни бажариш ҳисобланади (Алиев Ю.Г., 2013; Barrett M. et all., 2018).

Сафроли перитонитни диагностикаси ва даволаш қийин клиник муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу нозология билан боғлиқ мавжуд кўплаб тадқиқотлар, асосан, сафро перитонитининг цитологик диагностикаси, оксидловчи стресснинг роли, жигар-буйрак етишмовчилигига бағишланган бўлиб, муаллифлар клиник ва инструментал диагностикага камроқ эътибор қаратишган. Бироқ, ҳозирги кунга қадар сафроли перитонитнинг умум эътироф этилган ягона таснифи мавжуд эмас, бу кўпчилик тадқиқотчилар унинг клиникасини ўзига хослигини ошириб юборишга мойил эмаслигини ва ўт йўллари деворининг зарарланиши ёки тешилиши туфайли бактериал перитонит ўртасида унчалик катта фарқ йўқлигини кўрсатади.

Шу билан бирга, сафроли перитонитни диагностикаси ва даволашнинг янги усуллари борасида тадқиқотлар олиб бориш ва ишлаб чиқишни амалга оширилишига қарамадан, изланувчилар назаридан биров орқада қолиши давом этмоқда. Э.А. Петросян ва ҳаммуаллиф., (Петросян Э. А. и др., 2015) нинг маълумотларига кўра, ўтли перитонитдан кейинги ўлим 34% етмоқда. Юқорида келтирилган ҳал этилмаган муаммолар сафроли перитонитнинг патогенези, полиорган етишмовчилигининг ривожланиш механизмларини чуқурроқ тушуниш мақсадида эрта диагностика ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш учун кейинги тадқиқотларни ўтказиш заруратини туғдиради.

Сафроли перитонитга олиб келадиган сабаблар ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари - флегмоноз, гангреноз, перфоратив холецистит ва йирингли холангитлардир. Ўткир холециститда бу асоратнинг учраш суръати 5,5% га етади, гангреноз ва перфоратив холециститда эса 30,9% ҳолларда учрайди. Муаллифлар сафроли перитонит диагностикасининг жуда қийинлигини таъкидлайдилар, шу сабаб бу кеч операция қилиниши ва ўлим даражаси 30% гача юқорилигини тушунтиришади.

Сафроли перитонитнинг тарқалган шакллари учраш суръати ёшга

қараб ортиб боради - ёшларда 9,3% дан 15,4% гача , қарияларда 26,0% гача етади. Шу билан бирга, охирги тоифадаги беморларда йирингли-септик асоратлар 32,7% ҳолларда учрайди ва ўлим даражаси 14,2% га етади. Кўпинча сафроли перитонит кекса ва қари одамларда ривожланади, бу ўт пуфаги деворидаги ёшга боғлиқ ишемик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, бу тезда холециститнинг деструктив шаклларига олиб келади. Ўтли перитонит - ўт пуфагининг перфорацияси натижасида юзага чиқадиган асоратдир. Сафроли перитонитнинг ўзига хос хусусияти шундаки, ўт пуфагининг инфекцияланган таркиби қорин бўшлиғига қуйилади. С.Ф. Багненко (Багненко С.Ф. и др., 2009) нинг сўзларига кўра, инфицирланган жараённинг ривожланиши, энг муҳими, токсемия, бу шароитда камроқ тўсиқларга учрайди. Агар бунга лейкоцитлар, айниқса нейтрофиллар дисфункциясини қўшсак (миграциянинг бузилиши, фагоцитоз, қондаги хемотоксик омилларнинг етарли даражада бўлмаганлиги сабабли), у қорин пардада инфекциянинг етарлича кенг тарқалиши билан яллиғланиш жараёни ва токсемия галлопинг ритмида ривожланади. Сафро кучли кимёвий таъсирловчи хусусиятига эга суюқлик бўлиб, агарда унинг таркибида бактериялар бўлса, кўпинча, бу ўткир холецистит билан беморларда кузатилиб - бу ҳолатда сафроли перитонитнинг ривожланиши муқаррардир. Ўт йўллариининг яллиғланиш касалликлари вақти унда турли микроорганизмлар бўлади. Ўткир холециститда флора ўсиши, беморларнинг 50-74,2%, сурункали холециститда 11-39,3% ҳолатларда олинган. Холелитиаз фонида ривожланган механик сариқлик инфекцияланиш суръатини 76,5 - 82,1% гача оширади. Инфекцияланган сафронинг қорин бўшлиғига тарқалиши натижасида йирингли ўтли перитонит ривожланиб, шошилишч оператив даволашни талаб қилади.

Ўт пуфагининг чегараланган бўшлиқлар ёки ковак аъзоларга тешилишидан фарқли ўлароқ, перфорация ва ўтнинг эркин қорин бўшлиғига оқиб чиқиши кузатилса, абдоминал катастрофага олиб келади ва бу ҳолат қорин бўшлиғи сепсиси билан тугалланади.

V.S. Budipranama (Budipramana V. S., Meilita M., 2020) кузатишларига

кўра, кўпинча сафроли перитонит қорин бўшлиғига тўғридан-тўғри сафро оқимисиз ҳам келиб чиқиши мумкин, яъни, ўт суюқлигини сизиб ўтиш туфайли, масалан, "обструктив холецистит" - сизиб ўтувчи сафроли перитонит деб аталади. Бу сафронинг қорин бўшлиғига секин оқиб тушишига боғлиқ бўлиб, бу вақтда организм қорин бўшлиғининг бошқа қисмларидан патологик учоғни чегаралашга муваффақ бўлади. Шу билан биргаликда бундай перитонитнинг оғир кечиши сабаби, беморлар узоқ вақт давомида қоникарли ҳолатда бўладилар. Бундай перитонит ривожланишининг фонида ўтнинг турғунлиги, инфекция, ошқозон ости беи ферментларининг таъсири катта аҳамиятга эга бўлиб, сафроли перитонит пайдо бўлишининг ферментатив назариясига асосланади.

Қорин бўшлиғига ўтнинг тушиши ҳар доим ҳам ўзига хос морфологик ўзгаришлар ва клиник кўринишлар билан сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келмайди. Билиар перитонит тушунчасида В.Р. Dash, (Dash В. R., 2020) ҳар хил маънони илгари сурди: инфекцияланмаган ўтнинг қорин бўшлиғига оддий тушишидан то ўтли асцитгача. Бундай ҳолларда клиник кўриниш ўзгаради ва беморлар узоқ вақт давомида қоникарли ҳолатда бўлиши мумкин. Сафроли асцитда қорин бўшлиғида яллиғланиш кузатилмайди - қорин пардада йирингли фибринлар бўлмайди, ичак ковузлоқлари ялтироқ, шишмаган, перистальтикаси фаол бўлади.

Тешилиш суръатига қараб маҳаллий, диффуз ёки чегараланган перитонит ривожланади. Кўпинча маҳаллий перитонитнинг ривожланиши ўт йўллариининг микроперфорацияси бўлган беморларда қайд этилади. Тарқалган перитонит билан беморларда кўпинча ўт пуфагининг перфорацияси қайд этилган. Кўпгина тадқиқотларга кўра, перитонитда токсинларни йўқ қилишни таъминлайдиган табиий тизимларнинг ишлаши бузилади, жигар нафақат барьерлик функцияларини йўқотади, улар орасида касаллик патогенезида муҳим рол ўйнайдиган детоксикацион функцияси алоҳида ўрин эгаллайди, жигар танада тўпланган ўрта молекуляр бирикмалар ишлаб чиқариш манбаига айланади. Сафроли перитонитнинг манбаи бартараф этилганда ҳам, тананинг

турли аъзолари ва тизимларида органик ва функционал бузилишларнинг йиғиндиси бир қисм беморларнинг операциядан кейинги даврда ўлимига олиб келади (Муминов С., 2015; Шугаев А. И., 2015; Limaylla-Vega H., Vega-Gonzales E., 2017).

Сафроли перитонитда интоксикация ривожланишининг асосий сабабларидан бири бу ўт кислоталари, ўт пигментлари, билирубиннинг қон оқимида сурилиши ва қон томир деворига таъсир қилиши мумкин бўлган кўп миқдорда оксидланмаган метаболик маҳсулотларнинг пайдо бўлиши унинг ўтказувчанлигини оширади. Қонда паст ва ўрта молекуляр оғирликдаги моддаларнинг тўпланиши билан марказий асаб тизимининг дисфункцияси, иммунитет танқислигининг ривожланиши, гемодинамик бузилишлар ва септик ҳолат ривожланишига мойил бўлади. Эндоген интоксикация синдроми ривожланиши билан қондаги ушбу моддаларнинг даражаси унинг кучлилиги билан боғлиқ.

Эндоген интоксикация синдромининг ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин бўлган яна бир омил - бу ферментларнинг қайтарилмас инактивациясига ва хужайра мембраналарининг таркибий ўзгаришига олиб келадиган липидларнинг пероксидли оксидланиш маҳсулотларининг кўпайиши билан эркин радикал оксидланиш интенсивлигининг ошишидир.

Хаджибаев А.М. ва ҳаммуаллиф., (Хаджибаев А.М. и др., 2019) сўзларига кўра, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари орасида ўтли перитонитга қараганда клиник кўринишида мураккаброқ ва ташхис қўйиш қийин бўлган касалликни топиш қийин. Патологик жараённинг хилма-хиллиги тўғридан-тўғри сафронинг мураккаб таъсирига ва тананинг жавоб реакциясига боғлиқ. Бу омиллар сафроли перитонитнинг кўп симптомли табиати ва патогномоник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқ.

Клиник кўринишни таҳлил қилиб, уни патоморфологик ўзгаришлар билан таққослаб, билиар перитонитнинг турли шаклларида уларнинг характеридаги фарқни қайд этиш зарур. Ўт пуфагининг тешилиши билан сизиб чиққан ўтли перитонитнинг клиник кўриниши ўзига хос характерли

хусусиятларга эга. У холециститнинг ўткир хуружи фонида, кўпинча касалликнинг иккинчи ёки учинчи кунда ўнг ўнг ковурга ёйи остида кучли оғриқлар билан намоён бўлади. Беморларнинг аҳволи тўсатдан ёмонлашиб шок белгилари билан кечади.

Сафронинг сизиб чиқиши оқибатида кўпинча чегараланган маҳаллий перитонит кузатилади. Бу қорин бўшлиғига ўтнинг секин оқиши билан боғлиқ бўлиб, организм қорин бўшлиғининг бошқа қисмларидан патологик ўчоқни чегаралашга улгуради. Сизиб ўтиш натижасида юзага келадиган сафроли перитонитнинг клиник кўриниши симптомлари аста-секин ўсиши ўсиб бориши билан характерланади. Дастлабки босқичда клиник белгилар ўткир холециститдан фарқ қилмайди.

Билиар перитонит билан беморлар биринчи навбатда хирургик аралашувга муҳтож. В.Ф.Зубрицкий. (Зубрицкий В. Ф., 2017) фикрларига кўра: билиар перитонитнинг шок босқичида беморни тайёрламасдан операция қилиш кўп ҳолатларда юқори ўлим ҳолати билан якунланади. Операция травмаси ҳаёт учун муҳим тизимларда жиддий ўткир бузилишларни янада оғирлаштиради. Ўт пуфагининг эркин бўшлиғига перфорацияси беморда тўлиқ тайёргарликни талаб қилади. Стабилизация босқичида жарроҳлик энг фойдали ҳисобланиб узок муддатли тайёргарликни талаб қилмайди ва бу вақтда даволаш чора-тадбирларига операция жараёни ҳам кириши мумкин.

Ўт пуфаги перфорациясидан кўп кунлар ўтиб йирингли асоратларнинг терминал босқичига келиб қолганида ва беморлар амалий жиҳатдан даволаб бўлмайдиган ҳолатда бўлганида операция қилиш учун кўрсатмани аниқлаш энг қийин ва мураккаб бўлиб қолади. Ушбу ҳолатда уларнинг аксарияти операция пайтида ёки ундан кўп ўтмай вафот этади. Шундай қилиб, сафроли перитонитни даволаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, бундай беморларни даволашнинг самарадорлиги жарроҳлик аралашув вақтига боғлиқ.

Перитонитнинг тарқалган шакллари даволашнинг классик усулининг таркибий қисмлари қуйидагилардир: - ўз вақтида жарроҳлик операцияси

бўлиб унинг асосий вазифаси перитонитни келтириб чиқарган сабабларни бартараф этишдан иборат; - детоксикацион терапия; – гомеостаз бузилишларини коррекция қилиш; - рационал антибактериал терапия; - ошқозон-ичак тракти парезига қарши кураш. Ўз навбатида хирургик ҳаракатлар кетма-кетлиги адекват хирургик кириш йўли, экссудатни эвакуация қилиш, перитонит манбасини бартараф қилиш, қорин бўшлиғи санацияси ва унинг дренажлашни ўз ичига олади (Абеуов М.Е., 2004; Муминов С., 2015).

Биринчи йўналиш лапаротомиянинг эрта бажарилишини ўз ичига олади, чунки фақат бу ҳолда ўлим даражасини камайтириш мумкин. Лапаротомия икки босқични ўз ичига олади: - иложи борица ривожланган асорат манбасини радикал ҳолда бартараф этиш; - қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш. Перитонитда лапаротомияни амалга оширишнинг тўғри варианты бу адекват оператив киришни танлашдир. Бугунги кунда деярли барча мутахассислар перитонитда ўрта лапаротомия билан қорин бўшлиғига жарроҳлик йўли билан киришнинг ягона тўғри варианты деб ҳисоблашади. Яхши релаксация шароитида ўрта кесма ҳар қандай қорин бўшлиғи органларига аралашув учун энг мақбулдир.

Операциянинг кейинги босқичи инфекциянинг манбасини аниқлаш ва қорин бўшлиғини санация қилишдир. Перитонит манбасини йўқ қилиш унинг сабабига боғлиқ ҳолда индивидуал равишда амалга оширилади. Перитонитни оператив даволашда энг муҳими қорин бўшлиғини санация қилиш ва уни яхшилаб қуриштиришдир. Бунинг учун анъанавий усуллар антисептиклар, антибиотиклар, юзаки-актив моддалар эритмалари билан ювиш, протеаз ингибиторлари, шунингдек сорбентларни қўллаш орқали бажарилади (Врабие Е.Е., Ашевский В.В., 2017; Шугаев А. И., 2015).

Худди шу ҳажмдаги санация чоралари такрорий лапаротомия вақтида ҳам давом эттирилиши мумкин. Перитонитни даволашда энг муҳими қорин бўшлиғини адекват дренажлаш ҳисобланади.

Самарали дренажлаш учун дренажнинг характери, унинг ҳолати ва

дренаж тизими фаолиятини назорат қилиш ва яхши ишлаш ҳолатида сақлаш муҳимдир. Мавжуд дренажларнинг орасида силикон бир ва икки бўшлиқлилари энг кўп қўлланилади. Дренажлашнинг иккита асосий принципларидан (пассив ва фаол дренажлардан фойдаланиш) кўпчилик хирурглар пассив дренажлашни амалга оширадilar. Қорин бўшлиғининг фаол аспирацияси билан дренажлаш, гарчи улар операциядан кейинги дастлабки даврда патологик экссудатни тезроқ ва тўлиқ эвакуация қилишни таъминласада бир қатор муҳим камчиликларга эга (Самарцев В.А. и др., 2015; Устинов Г.Г., Марьин А.В., 2010).

Шундай қилиб, ушбу келтирилган маълумотлар бизга сафроли перитонитнинг оғир кечиши, эрта ташхис қўйишдаги қийинчиликлар, фаол хирургик тактика, дезинтоксикация, электролитлар бузилиши, иммун ҳолат, антибактериал терапияни коррекция қилиш билан биргаликда даволашда комплекс ёндашув зарурлиги билан характерланадиган перитонитнинг алоҳида тоифаси эканлиги ҳақида хулоса чиқаришга имкон беради. Муаммонинг ўта долзарблиги ва аҳамиятлилига қарамай, кўплаб саволлар ҳали тўлиғича ўз ечимини топмаган.

§1.3. Ўткир йирингли холангитни хирургик йўл билан даволашнинг замонавий жиҳатлари

Йирингли холангит - ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири бўлиб, ўт йўллариининг ўткир яллиғланиши сафро чиқишининг доимий бузилиши фонида юзага келади (Ахаладзе Г. Г., 2009; Огородник П.В. и др., 2011.).

Илгари механик сариқликнинг ҳамроҳи ҳисобланган йирингли холангит, бугунги кунда мустақил муаммо статусини олмоқда. Бу унинг холангиоген сепсис ривожланишидаги асосий роли ва натижада ўлим даражаси юқори бўлиши (15-60%) билан боғлиқ. Ўт тош касаллигининг мураккаб шакли ва холедохолитиазнинг атипик шакллари билан беморлар сонининг кўпайиши, айниқса, кекса ва катта ёшдаги беморларда учраши, ўт

йўллариининг ятроген шикастланишларини юқори даражадалиги жарроҳлик фаоллигининг ошишига олиб келди, ўт ажратиш автономиясининг бузилишига сабаб бўлувчи операцияларни ва ўт йўллариини тўғридан-тўғри контрастлаш усуллари (перкутан трансгепатик холангиостомия (ПТГХС), эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияни (ЭРХПГ) кенг жорий этилиши, йирингли холангитни кенг тарқалиши ҳисобига жигарда кўплаб абсцесслар ва билиар сепсис пайдо бўлишига мойиллик яратилиши ҳисобига муаммонинг долзарблиги янада ошади (Ахаладзе Г. Г., 2009; Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., 2010; Корольков А.Ю., 2009; Огородник П.В. и др., 2011).

Йирингли холангитнинг клиник аҳамияти аввалом бор, юқори ўлим даражаси билан белгиланиб, у 4,7-28,5% га етади ва юқorigа кўтарилувчи инфекциянинг жигар ичи ўт йўлларига ўтиб кенг тарқалиши ва холангиоген жигар абсцесслари ва ўтли сепсиснинг ривожланиши билан боғлиқ бўлади. Ҳали 1903 йилда Rogers холестазни бартараф этиш учун муваффақиятсиз уринишдан кейин вафот этган беморда йирингли холангит, ўт йўллариининг обструкцияси ва жигар абсцесслари ўртасидаги боғлиқликни таъкидлаган эди.

Холангитга бўлган чексиз қизиқиш асосан, сўнгги 20 йил ичида даволашнинг қониқарсиз натижалари билан белгиланади ва ҳатто, ўз вақтида жарроҳлик операциялари бажарилса ҳам 3-4 тизим бўйича полиорган етишмовчилиги фонида ўлимнинг 11% дан 64% гача юқори кўрсаткичлари билан тасдиқланади. Бунда, ўлим ҳолатининг энг юқори кўрсаткичлари (33,0-60,0%) шошилиш операция қилинган беморлар аҳволининг ўта оғирлиги оқибатида юзага келади.

Ўткир йирингли холангит жарроҳлик аралашивусиз 100% ҳолларда ўлимга олиб келади деб ҳисобланади. Операциядан кейинги ўлим, турли муаллифларнинг фикрига кўра, жуда катта фарқ қилади ва 13 дан 60% гача ўзгариб туради.

Бундан ташқари, кекса ёшдаги беморларда ўткир холангитнинг кечиши ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари билан кўпинча бирга келиши ўзига хос фарқ қилувчи хусусиятларидан ҳисобланади.

Холециститнинг деструктив шакллари 70 ёшгача бўлган беморларнинг атиги 25 %, 70 ёшдан ошган беморларда - 37-54%, 80 ёш ва ундан катталарда эса 67-100 % гача аниқланади (Ахаладзе Г. Г., 2009).

Ўт йўллари инфекциясининг асосида, одатда, иккита олиб келувчи анатомик ва физиологик шартлар мавжуд: булар сафро турғунлиги ва микроблар хужумини ривожланиш эҳтимоли. Турғун сафро қуюклашишга мойил бўлиб, ичаклардан юқорига кўтарилувчи инфекция билан осонгина инфекцияланади. Ўт йўлларининг обструкциясининг энг кенг тарқалган сабаби холедохолитиазидир. Кўпинча обструкцияга ўт йўлларининг яхши сифатли стриктуралари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, ингичка ичак маҳсулотини сафро йўлларига қайтарилиши кузатилади, бунинг оқибатида рефлюкс холангит ривожланади. Аммо, сафро чиқиши нормада бўлса, патологик рефлюкс маълум рол ўйнамайди. Шундай қилиб, папиллосфинктеротомия, айниқса, билиар стентларни ўрнатишдан сўнг, кўпчилик беморларда холедохда ҳаво ва ўн икки бармоқ ичак маҳсулотининг эркин рефлюкси кузатилади ва сафронинг бактериал колонизацияси аниқланиб, бунда одатда холангитнинг ривожланиши кузатилмайди. Охиригиси, ўт йўлларида реконструктив операцияларнинг асорати сифатида келиб чиқиши мумкин. Унинг ёрқин мисолида “кўр халта” синдроми бўлиши мумкин (Хаджибаев Ф.А., 2018).

Одатда, холангитнинг қўзғатувчиси ичак микрофлорасининг микроорганизмлари бўлиб, кўп ҳолларда ассоциация кўринишида беморлардан олинган сафрони экиш натижалари билан аниқланган. Буларга энтеробактериялар оиласи вакиллари киради, улар орасида *E.coli* доминант рол ўйнайди (50-60%), *Klebsiella* (8-20%), *Serratia*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Acinetob*; грам-мусбат микроорганизмлар *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus* камроқ суръатларда учрайди, турли тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, 2-30% ҳолларда спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар *Bacteroides*, *Clostridium*, фузобактериялар, пептококклар (20% гача); *Pseudomonas* (2-4% ҳолларда) учрайди. Грам-манфий ичак флорасининг

аниқ тарқалиши шубҳасиздир, аммо кузатилган сериялар ўртасида анаэроб, стафилококк, стрептококк, *Pseudomonas aeruginosa* ларнинг учраш суръатида муҳим фарқ кузатилади (Федосеев А.В. и др., 2014.).

Шуни таъкидлаш лозимки, ўткир холангитнинг типик клиник кўриниши бўлган беморларнинг 13-18 % сафродан микроб флораси чиқмайди. Йирингли холангитни диагностика ва даволашда ўтти микробиологик ўрганишнинг асосий камчилиги бу тадқиқотнинг давомийлигидир (Ахаладзе Г. Г., 2009; Багненко С.Ф., 2009).

Бугунги кунга келиб холангитнинг кўплаб классификациялари мавжуд, аммо энг мақбули В.К. Гостишчев классификацияси (2009):

1) келиб чиқиши бўйича:

- холецистоген;
- кўтарилувчи;
- бирламчи;

2) жараённинг тарқалишига кўра:

- МСП яллиғланишнинг чегараланганлиги;
- кўтарилувчи холангит;
- ангиохолит;
- холангиоген гепатит;
- холангиоген жигар абсцесслари;

3) яллиғланиши бўйича:

- катарал;
- йирингли;
- фибриноз-йирингли;

4) клиник кечишига кўра:

- ўткир;
- ўткир йирингли;
- ўткир йирингли обструктив;
- сурункали;
- сурункали қайталанувчи;

5) натижаси бўйича:

- тузалиш;
- холангиоген абсцесслар ва билиар сепсис;
- жигар циррози.

Tokyo Guidelines, 2013, TG13 томонидан тавсия этилган таснифга кўра, ўткир холангит уч синфга бўлинади:

- I- синф (енгил даражали) - ўрта ёки оғир даража учун мезонлар йўқ.

- II -синф (ўрта даражали) - аъзоларнинг дисфункцияси йўқ, қуйидаги мезонлардан 2 тасининг мавжудлиги: лейкоцитоз 12.000 дан ортиқ ёки 4.000 дан кам; 39°C дан юқори гипертермия; ёши 75 ёшдан ошган; билирубин 85 мкмол/л дан юқори; албумин 28 г/л дан паст;

- III- синф (оғир даражали) - камида 1 орган тизимида дисфункция мавжуд.

Ушбу диагностика мезонлари юқори сезувчанликка (87,6%), юқори спецификлик (77,7%) эга ва ўткир холангитни даволаш стратегиясини аниқлаш учун қўлланилиши мумкин (далиллар даражаси 1 b, ишончлилик даражаси B).

Холангит биринчи марта 1877 йилда J.M. Charkot томонидан клиник белгилар триадаси сифатида тасвирланган: қалтираш, иситма ва сариқлик. Холангитнинг энг оғир шакллари, Шарко триадасидан ташқари, энцефалопатия ва гипотензия билан бирга кузатилиши мумкин - Рейнольдс пентадаси. Яъни, ўткир ЙХ (ЎЙХ) нинг клиник белгилари Шарко триадаси ёки Рейнольдс пентадасидан иборат бўлиб, у безовталиқ, ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқ, сариқлик, ҳушининг бузилиши ва артериал гипотензияни ўз ичига олади. Шифохонага ётқизиладиган пайти кўпчилик беморлар касалликнинг ўткир бошланиб ва тез ривожланганлигини қайд этади, бунда ўнг қовурга ёйи ости соҳасидаги оғриқ ва сариқлик фонида иситма билан намоён бўлади. Оғриқнинг тери юзасидаги проекцияси одатда патологик жараённинг локализациясига тўғри келади. Холедохеал санчик КДС тош тикилганда кузатилади, оғриқ жуда кучли бўлиб, проекцияси бўйича қорин олд деворига

узатилади (Шоффар зонаси - киндикдан бироз юқори ва ўнгда), бу оғриқ ўнг томонга иррадиация бериб (билиар тракт ва жигар локализацияси) ёки белбоғсимон характерга эга бўлади (ошқозон ости бези паренхимаси ва йўллари жойлашишига тўғри келади).

Одатда иситма 90% ҳолларда учрайди, унинг сариклик ва қорин оғриғи билан комбинацияси мос равишда 60% ва 70% да кузатилади (Harewood G., Baron T., 2019). Тана ҳароратининг юқори кўтарилиши билан характерланади, қалтираш ва оғир тер қуйилиши билан бирга кузатилади. Сариклик ўртача бўлиши мумкин, оғриқ синдромидан сўнг дарҳол пайдо бўлади.

Шарко триадасига қўшимча равишда холангитнинг энг оғир шакллари энцефалопатия (10% -20%) ва гипотензия (тахминан 30%) - Рейнольдс пентадаси билан бирга кузатилиши мумкин. Асоратланмаган ўткир холангит учун перитонеал симптомларнинг мавж удлиги характерли эмас.

ЎЙХ маълум клиник белгилари бўлган беморларни текшириш дастури лаборатория (клиник ва биохимик) ва инструментал текширишларни ўз ичига олади. Ҳозирги вақтда замонавий шифохоналарда нурли диагностикасининг кўплаб усуллари мавжуд бўлиб, улардан шифокор анамнез, шикоятлар ва лаборатория маълумотларига асосланиб ўт йўллари гипертензияси ва ўткир холангит диагностикаси учун оптимал усулни (оптимал кетма-кетликни) танлаши керак. Диагнозни аниқлашда касаллик анамнези ёрдам беради: ўт йўлларида олдинги операциялар, ўтмишдаги холангит ҳуружлари, шунингдек диагностик ёки даволаш мақсадида ўтказилган эндоскопик аралашувларнинг мумкин бўлган асоратлари мавжудлиги (Гальперин Э.И. и др., 2019.).

Ўт йўллари касалликлари билан беморларни умумий клиник текширишда хатоларнинг учраш суръати ўзгарувчан ва 30% га етади, бу нафақат тадқиқотчининг тажрибаси ва техник жиҳозлари, балки нотўғри диагностик алгоритмлари билан ҳам боғлиқ. Шу сабабли, ўт йўллари патологиясини клиник ва рентгенологик диагностика усуллари ва оптимал усуллари излаш долзарб муаммодир.

Агар беморларда кўрсатилган симптоматикалар бўлса, ўткир холангит диагнози ваколатли ҳисобланади; гипертермия мавжудлиги, шунингдек, лейкоцитлар сонини $6-9 \times 10^9/\text{л}$ оралиғида аниқланиши эндотоксин ва яллиғланиш медиатларининг йирингли ўчокдан (сафро йўлларида) умумий қон айланишига чиқиши натижаси сифатида баҳоланиши керак. Сафро оқимининг қайта тикланиши фонида холангитни маҳаллий даволаш билан бу симптомлар бутунлай бартараф бўлади (Зубрицкий В. Ф., 2017; Корольков А.Ю., 2009.).

Беморларнинг бир қисми жуда оғир аҳволда шифохонага келишади, уларда Шарко триадаси билан бир қаторда тизимли яллиғланиш реакцияси клиник критериялари (тахикардия, тахипноэ, гипертермия титраш билан) ҳар хил даражада аниқланади, бундай беморларда йирингли инфекция ўчоғи (ўт йўллари) мавжуд бўлганда ЎЙХ билиар сепсисга айланган деган фикрга келиш имконини беради.

БС мононуклеар фагоцитлар (макрофаглар), нейтрофиллар ва томир эндотелиясининг кенг тарқалган ва назоратдан чиққан фаоллашув натижасида юзага келади. Ушбу фаоллашув натижасида бу хужайралар цитокинларни ортиқча ишлаб чиқаради, бу эса тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдромининг (ТЯҚЖС) ривожланишига олиб келади. Унинг асоси функционал эмас, балки организмнинг аъзолари ва тизимларида гистоструктуравий (морфологик) ўзгаришлар бўлиб, уларнинг кучайиши дисфункцияни келтириб чиқаради (Корольков А.Ю., 2009; Catenacci M.H., King K., 2018).

Бундай беморлар текширилганда уларда ТЯҚЖС кўрсаткичларида (гипертермия, тахикардия ва бошқалар) аниқроқ ўзгаришларни ва интоксикациянинг лаборатор белгиларининг кучайишини (формуланинг чапга кескин силжиши билан лейкоцитоз, ёш шакллариининг пайдо бўлиши, лейкоцитар индекс интоксикацияни ўсиши) кўрсатади. ТЯҚЖС белгилари кескин ўсиши бу беморларда гипотензия, мия бузилишлари ва бошқа аъзолар дисфункциясининг белгиларини (кўпинча жигар ва буйрак етишмовчилиги)

келтириб чикаради. Беморларнинг ушбу гуруҳини клиник ва лаборатория текшируви натижалари, уларда топилган аъзолар ва тизимли дисфункция белгилари билан биргаликда "оғир билиар сепсис" диагнозини қўйиш имкониятини беради.

Аммо шуни ёдда тутиш керакки, қон таҳлилларида лейкоцитоз формуласини чапга силжишини аниқланиши дренажланмаган йирингли жараённинг умумий белгисидир; биохимик маълумотлар холестаз (гипербилирубинемия, гиперфосфатемия, гиперхолестеринемия) мавжудлигини тасдиқлайди. Ўт йўллариининг ўткир ривожланган обструкцияси билан юзага келадиган трансаминазалар фаоллигининг ошиши баъзи диагностик аҳамиятга эга бўлиб ҳисобланади (Даценко Б.М., 2009; Ильченко Ф.Н. и др., 2010).

Бугунги кунда йирингли холангитнинг энг жиддий асоратларидан бири - билиар сепсис масаласини муҳокама қилишда келишмовчиликлар юзага келади. Сафро тизими касалликларини диагностикаси ва даволаш усуллариининг фаол ривожланиши ва доимий такомиллаштирилишига қарамай, бир неча ўн йиллар давомида сепсис беморлар сонининг барқарор ўсиш тенденцияси ва доимий равишда юқори ўлим даражаси туфайли замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда ва бунда ўлим 30 дан 90% гача ўзгариб туради. Сепсис ва септик шок бугунги кунда интенсив терапия ва реанимация бўлимларида беморлар ўлимининг асосий сабаблари ҳисобланади.

Шуни таъкидлаш керакки, сепсис билан оғриган беморларни интенсив терапия бўлимларида даволаб чиқариш, ҳар қандай беморни бошқа турдаги оғир ҳолатдан чиқаришдан кўра беш барабар қимматга тушади. Билиар сепсис тушунчаси холангит ривожланишининг патогенетик механизмлари билан бевосита боғлиқ, чунки билиар септик шок патогенезини кўриб чиқаётганда, у ҳар доим ўткир йирингли ёки ўткир обструктив йирингли холангит сифатида намоён бўлади. Дарҳақиқат, бири иккинчисининг оқибатидир, аммо инфекцион жараённинг ривожланиши, ўзига хос хусусиятларга эга.

«Билиарный сепсис» (БС) термини замонавий адабиётларда ўткир холангитнинг энг оғир ҳолатини тасдиқлаш учун ишлатилади (Гребенюк В.В., 2010; Даценко Б.М., 2009; Ильченко Ф.Н. и др., 2010).

Механик сариқлик билан беморларда йирингли холангитнинг пайдо бўлиш тезлиги, шунингдек, унинг сафро сепсисига ўтиш вақти бўйича фарқлар аниқланган. Шундай қилиб, ўткир холангит билан беморларнинг 39,1 % сепсис тез ривожланади (бир неча соатдан бир неча кунгача) ва кўп ҳолатларда чақмоқ тезлиги характериға эға бўлиб, милиар жигар абсцессларининг тез-тез ривожланиши ва кўп аъзолар этишмовчилиги белгилари билан характерланади. Узоқ муддатли сурункали холангит билан беморларнинг 60,9% у узоқ давом этадиган характерға эға ва секин ривожланади (бир неча ҳафтадан бир неча ойгача). Сурункали сепсисда абсцесслар битта ва кўпинча бир-бириға қўшилган бўлади.

Ўткир йирингли холангит ва билиар сепсиси ўртасидаги сабаб-оқибатли боғлиқлик шак-шубҳасиздир, аммо ўткир йирингли холангит - биринчи навбатда, жигардан ташқари ва интрагепатик ўт йўлларида морфологик ўзгаришлардир. Сафро сепсиси патологик жараён бўлиб, у организмнинг инфекцияға умумий (тизимли) яллиғланиш шаклида реакциясига асосланади. Бошқача қилиб айтганда, ўткир йирингли холангит ва билиар сепсиси маҳаллий ва тизимли равишда юзаға келадиган юқумли ва яллиғланиш жараёнининг турли кўринишларидир (Vincent J.L., Korkut H.A., 2018).

Ҳолатнинг оғирлиги ва касаллик кечишини башорат қилиб баҳолашнинг объективлиги, клиник кўринишларнинг гетерогенлиги билан ажралиб турадиган билиар сепсисни даволашнинг истиқболли йўналишларини ривожлантириш учун алоҳида аҳамиятға эға. Операцион хавфни объектив баҳолаш муаммоси жарроҳликнинг пойдевори ҳисобланади.

Ривожланган билиар сепсис - бу даволаш тактикасига алоҳида ёндашувларни талаб қиладиган тубдан янги патологик ҳолатдир. Ўткир йирингли холангит билан беморларни даволаш шифохонаға ётқизилгандан сўнг дарҳол бошланиши керак. Шунини ёдда тутиш керакки, холангитда билиар

гипертензия шароитида медикаментоз терапиянинг мустақил қиймати нисбатан кичикдир (Даценко Б.М., 2009).

Асоратларнинг ривожланиши жигарнинг функционал захирасининг ёмонлашишига, полиорган етишмовчилиги ва септик жараёнларга олиб келади, бу бир босқичли хирургик даволашдан кейинги асоратлар ривожланиши суръатини сезиларли даражада оширади. Бундай беморларга ўт йўллариининг зудлик билан декомпрессияси ва оқилона терапевтик чоратadbирларни бошлаш талаб қилинади. Шунга кўра, хирургик даволаш хавфи юқори бўлган беморлар радикал аралашувни амалга оширишдан олдин, бирламчи ўт йўллариининг миниинвазив декомпрессиясини ўтказишлари керак.

Бемор аҳволи хавф остида бўлса, интенсив терапия давомида дарҳол декомпрессияни амалга ошириш лозим. Хирургик техника, анестезиологик ва реанимацион ёрдамнинг юқори даражадалигига қарамай, анъанавий операциялар беморлар учун жиддий травма бўлиб, аъзоларнинг топографоанатомик муносабатларининг бузилишига сабаб бўлади, бу эса функционал ва органик ўзгаришларга олиб келади. Бундан ташқари, айниқса оғир қўшимча касалликлари мавжуд катта ёшдаги беморларда улар жуда кўп сонли асоратлар ва юқори ўлим билан кузатилади.

Шуни тан олиш керакки, сўнгги ўн йилликларда ушбу патологияни даволашда муваффақиятлар аниқ бўлиб, йирингли холангитда ўлим камаймоқда. Бу, асосан, миниинвазив хирургик аралашувларни ишлаб чиқиш ва босқичли хирургик тактикасини жорий этиш билан боғлиқ бўлиб, уларнинг самарадорлиги кўпчилик клиницистлар томонидан тан олинган (Шулутко А.М., 2013).

Яхши сифат генезли йирингли холангитнинг даволаш натижаларидаги қониқарсиз ҳолатлар ушбу патологияни комплекс хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш зарурлигини тақозо этади. Бу соҳада муваффақиятга эришиш фақат ўт ва ўт йўллариининг бактериал ифлосланишини санация қилиш, жигарда микроабсцесслар шаклланишининг

олдини олиш, септик ҳолат ва эндотоксемияни камайтириш учун дренаж процедураларидан фойдаланган ҳолда миниинвазив операцияларни биргаликда қўллаш орқали мумкин.

Сўнгги ўн йилликларда миниинвазив хирургик аралашувларнинг ривожланиши ва босқичли хирургик тактиканинг жорий этилиши туфайли йирингли холангитда ўлим даражаси пасайиб бормокда.

Йирингли холангит билан беморларни даволашнинг асосий йўналишлари - ўт йўллари имкон қадар тезроқ декомпрессиялаш, сафро микрофлорасининг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапияни тавсия этиш ва детоксикацион терапияни амалга ошириш ҳисобланади (Павлей Д.С., 2020; Шапкин Ю.Г. и др., 2009).

Ўткир холангит билан беморлар бўлимда инфузион-детоксикацион ва антибактериал терапияни ўз ичига олган операциядан олдинги тайёргарликдан ўтишлари шарт. Билиар сепсис ва оғир билиар сепсис билан беморлар операциядан олдинги тайёргарлик учун хирургик реанимация бўлимига ётқизилиши керак. Билиар сепсисининг антибактериал терапияси учун танланган дорилар учинчи авлод цефалоспоринлари, оғир билиар сепсиси учун тўртинчи авлод цефалоспоринлари ёки карбапенемлардир.

Шу муносабат билан миниинвазив усуллардан ва биринчи навбатда эндоскопик усуллардан фойдаланиш, масалан, папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиар дренажлаш, литоэкстракция ва механик литотрипсия, холедохни транспапилляр эндопротезлашларга тобора қизиқиш ортиб бормокда. ЭРГХП бажарилган беморларнинг аксарияти ЭПСТ ўтказилади, бу панкреатобилиар зонанинг калькулез-яллиғланиш касалликлари бўлган кўплаб пациентлар учун танлов усули ҳисобланади. Панкреатобилиар зона хирургиясига ЭПСТ жорий этиш механик сариқлик ва ўткир холангит фонида ўт йўллариининг декомпрессиясини тўлиқ ҳал қилди (Хаджибаев Ф.А., 2018).

Декомпрессиянинг у ёки бу усулини қўллаш бўйича кўрсатмалар, ўт йўллариининг тўғридан-тўғри рентгенологик текширишлари натижаларини ҳисобга олган ҳолда, клиник ҳолатга, сафро чиқишига тўсқинлик қилишнинг

сабаби, даражаси ва тўсик давомийлигига боғлиқ ҳолда қатъий индивидуал равишда белгиланиши лозим. Эндопротезни холедохга унинг чандиқли посттравматик стриктуралари ва ўсмаларда киритилиши адекват декомпрессияни таъминлайди ва 90% ҳолларда холангитни бартараф этади (Корольков А.Ю., 2009).

Перкутан трансгепатик холангиостомия биринчи марта 1964 йилда К.С. Weichel томонидан ёзилган бўлиб ва ўша вақтдан бери операциядан олдин ўт йўллари декомпрессия қилиш усули сифатида фойдаланиб келинмоқда. Бироқ, ушбу муолажа сепсис ва эндотоксик шок каби асоратлар манбаи бўлиши мумкинлигини эсга олиш керак. ПТГХС ёрдамида ўт суюқлиги ташқи томонга дренажлаш, ички-ташқи томонга дренажлаш учун дренаж тўсиқдан пастдан ёки транспапилляр ўтказилиши мумкин. Билиар сепсисига сабаб бўлувчи жигаричи стенози ва литиазда ПТГХС асосий танлов усули ҳисобланади. Холангиостомия орқали стриктураларни балон билан кенгайтириш, фиброхоледокоскопия ёрдамида ўт йўллари ичида манипуляцияларни бажариш мумкин.

Кўпинча, миниинвазив технология ёрдамида ўт йўллари декомпрессиясидан сўнг, беморларга радикал операция ўтказилади: холецистэктомия, холедоходуоденостомия ва бошқалар. Баъзи ҳолларда ўт йўллари декомпрессия миниинвазив технология билан ёки у сиз ташқи дренажланиш даволашнинг якуний усули ҳисобланади. У асосан онкологик ва оғир қўшимча касаликлари мавжуд беморларда қўлланилади (Алтыев Б.К. и др., 2012; Гальперин Э.И. и др., 2019).

Билиар гипертензияни бартараф этиш (холангит ривожланиши сабаби структурасидаги биринчи омил) жигардан ташқари ўт йўллари декомпрессия яллиғланишини бартараф этиш учун етарли эмас, бунда ўт йўллари декомпрессияси эса инфекцион агентга бевосита таъсир қилмайди.

Холангитни даволашда энг муҳим муаммолардан бири бу адекват антибактериал терапияни танлаш ҳисобланади. Декомпрессиядан сўнг антибактериал терапия ёрдамчи рол ўйнайди. Шу билан бирга, сафронинг

тўлиқ стериллигига (Т-дренаж орқали ўт суюқлигидан эзма олинганда) эришиб бўлмайди. Антибактериал терапиясиз декомпрессиядан кейин сафродаги микроб таналарининг титри камаймаслиги аниқланди. Бундан ташқари, сафро таркибидаги микроорганизмлар сонини аниқлаш машаққатли иш ҳисобланади. Оғир сепсис ва септик шокни даволаш бўйича жорий халқаро кўрсатмалар (Surviving Sepsis Campaign) инфекциянинг ўчоғига биринчи соатлар ичида юқори ўтувчанлик қувватига эга, кенг спектрли антибиотикларни томир ичига юборишни тавсия қилади. Сепсис ва септик шок билан даволанаётган беморларнинг даволаш варақаси ҳар куни патофизиологик ўзгаришлар ва препаратнинг хусусиятига асосланган ҳолда коррекция қилиниши керак.

Билиар септик шокда даволаш анча мураккаб. Билиар сепсисининг самарали интенсив терапиясига инфекция ўчоғининг тўлиқ хирургик санация қилиш ва адекват антибактериал терапия орқали эришиш мумкин. Нотўғри бошланган антибактериал терапия билиар сепсиси бўлган беморларда ўлим хавфи омилидир. Шу билан бирга, мақсадга мувофиқ интенсив терапиясиз беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш, аъзоларнинг дисфункциясини олдини олиш ва бартараф этиш мумкин эмас (Гребенюк В.В., 2010; Кулиш В.А., 2011; Федосеев А.В. и др., 2014).

Патологияда иммунитет танқислиги ҳолатини патогенетик коррекция қилиш бир нечта муаммоларни ҳал қилишни талаб қиладиган фармакологик препаратларни ёлғиз ёки комбинацияланган ҳолда амалга ошириш бир неча вазифаларни ечишни талаб қилади. Биринчидан, бу иммуномодуляциянинг эритроцитар механизмини инкор қилиш - мембрана протекторлари томонидан эритроцитлар мембранасининг ўзига таъсири, иккинчидан, қонда иммуносупрессив метаболик бирикмаларнинг пайдо бўлишини истисно қилиш учун шикастланган тўқималарнинг хужайраларига таъсири - антиоксидантлардан фойдаланиш (антигипоксантилар) ва ниҳоят, эффекторли иммунокомпетент хужайраларига тўғридан-тўғри огоҳлантирувчи таъсир кўрсатадиган иммуномодуляторлар. Ушбу препаратлар гуруҳларини

биргаликда қўллаш, йирингли холангитда эритроцитларнинг структуравий ва функционал хусусиятларининг бузилган кўрсаткичларига нормаллаштирувчи таъсир кўрсатиши мумкин.

Шундай қилиб, йирингли холангит билан беморларни даволашнинг асосий йўналишлари: ўт йўллариининг иложи борица эрта декомпрессияси, ўт микрофлорасининг сезгирлиги, гемодинамик ва нафас олишни қўллаб-қувватлаш, иммунокоррекция, шунингдек, детоксикация терапиясини ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапияни тайинлашдир (Павлей Д.С., 2020; Шапкин Ю.Г., 2009).

Қоида тариқасида, йирингли холангит билан беморларни хирургик даволаш 2 босқичда амалга оширилади. Биринчи босқичда ўт йўллариини миниинвазив усуллар билан декомпрессиялаш; эндоскопик папиллосфинктеротомия билан холедохоназобилиар дренажни ўрнатиш ёки тери орқали трансгепатик дренажлаш. Иккинчи босқич сифатида пациентларда лапароскопик холецистэктомия ёки мини-кириш орқали холецистэктомия ва умумий ўт йўлини ташқи дренажлаш билан ўтказилади. Аммо, беморларнинг тахминан 10-36% ўнг қовурға ости соҳасида инфильтратли деструктив холецистит ёки маҳаллий перитонит, холецистодуоденал оқмалар сабаб бир вақтнинг ўзида анъанавий равишда очик операцияларни ўтказишга тўғри келади.

Хирургик аралашув пайтида даволашнинг миниинвазив усуллариға, хусусан, ЭПСТ, ПТГХС устунлик бериш керак, чунки бу технологиялардан фойдаланиш кам сонли асоратлар ва ўлимнинг пастлиги билан кузатилади (Хаджибаев Ф.А., 2018).

Ўткир холангит, билиар сепсис ва ўткир холецистит билан оғир билиар сепсисининг комбинацияси билан беморларда лапароскопик холецистэктомия, Холстед бўйича ўт йўллариини дренажлаш ва интраоператив холангиография танлов операцияси деб ҳисобланиши лозим. Агар битта конкремент бўлиб, унинг диаметри 1,5 см гача бўлса ЭПСТ орқали конкремент олиб ташланади. Агар конкрементнинг диаметри 1,5 см ёки ундан катта бўлган

ҳолда, конверсияга ўтилиб, анъанавий холедохотолитотомия ва Кер бўйича холедохостомия амалга оширилади.

Операциядан кейинги даврда сафро йўллари антисептик эритмалар билан ювилади. Шунингдек, беморларга метронидазол билан биргаликда антибиотикларни буюриш ва детоксикацион терапия ўтказилади.

Баъзи муаллифлар ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларнинг асосий қисмини ташкил этувчи кекса ва қари ёшдаги беморларда, холецистэктомия (ХЭ) гепатикохоледох бўшлиғини очиш биргаликда бажарилса, ўлимнинг 3-4 баробар ошишига олиб келишини таъкидлашади. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, 60 ёшдан ошган беморларда умумий ўт йўлини очиш билан операциялардан кейинги ўлим 15,1-20%, 60 ёшгача бўлган беморларда эса 2-3% ни ташкил килади.

Шу муносабат билан сўнгги йилларда диапевтик усуллар кенг қўлланилиб бу диагностика босқичида бирламчи даволаш тадбирларини ўтказиш имконини беради. Ўт йўлларида дастлабки декомпрессиялаш усуллари қуйидагилар киради: тери орқали трансгепатик холангио- ва холецистотомия, эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва назобилиар дренаж (НБД). Ушбу чора-тадбирлар беморларнинг кўп қисмида механик сариклик, ўткир холецистит хуружи ўтишига, кейин тежамкор операцияларни ўтказишга ва кўп ҳолларда трансхоледохал ва трансдуоденал аралашувлардан воз кечишга имкон берди, бу беморларнинг ушбу тоифасида ўлимни камайтиришга имкон берди. Бироқ, миниинвазив усулларни кенг қўллашда маълум қийинчиликлар мавжуд, уларнинг техник мураккаблиги ва улардан фойдаланишга бир қатор қарши кўрсатмалар билан боғлиқ. Айни пайтда, биринчи босқичда механик сариклик ва ўткир холециститларни бартараф этиш ва декомпрессиялашга йўналтирилган миниинвазив операциялардан сўнг, радикал жарроҳлик аралашувлар вақти бўйича аниқ фикрлар йўқ. Бу вақт 2 кундан 30 кунгача ёки ундан кўпроқ вақт оралиғида ўзгариб туради. Даволаш натижалари ҳар доим ҳам жарроҳларни қониқтирмайди. Беморларнинг 20%

септик ҳолатлар аниқланади. Ўлимга олиб келадиган натижалар 6,25-30% ҳолларда кузатилади (Воротынцев А.С. и др., 2011; Дибиров М.Д., 2011.).

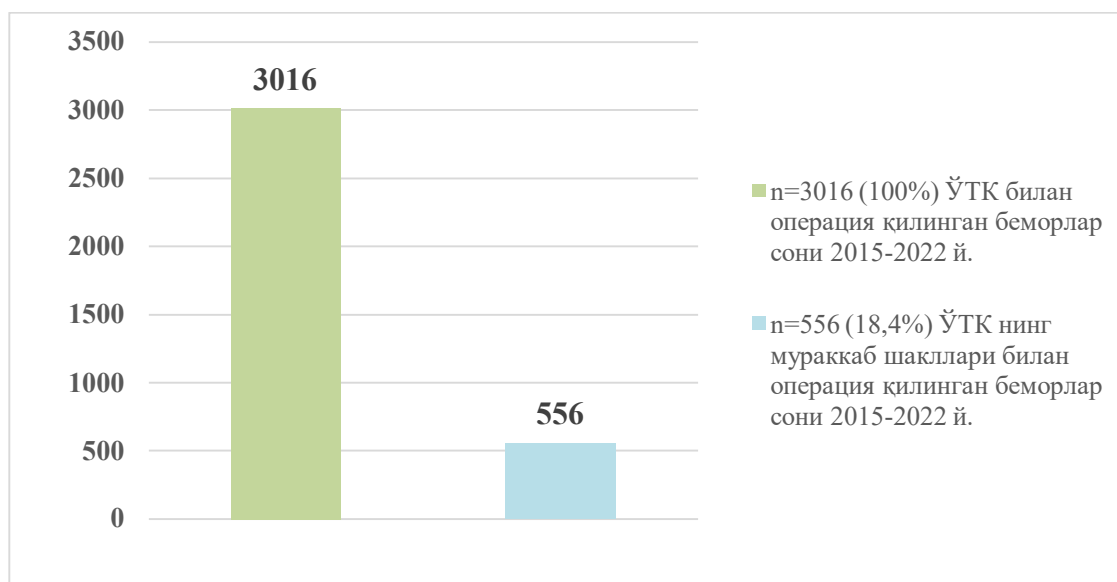
Боб бўйича хулоса

Шундай қилиб, ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари комплекс даволаш масалалари замонавий тиббиёт фани учун долзарб бўлиб қолмоқда ва кейинги тадқиқотларни талаб қилади. Қорин бўшлиғи ва билиар сепсисини башорат қилиш ва олдини олишнинг турли хил усуллари, хирургик даволаш тактикаси тадқиқотни давом эттириш, муаммони ҳал қилишнинг янги усуллари ва имкониятларини аниқлаш зарурлигидан яна бир бор далолат беради. Бу соҳада муваффақиятга фақат ўт ва ўт йўлларининг бактериал ифлосланишини санация қилиш, жигарда микроабсцесслар шаклланишининг олдини олиш, септик шароит ва эндотоксемияни камайтириш учун дренажлашдан фойдаланган ҳолда миниинвазив операцияларни биргаликда қўллаш орқали эришилиши мумкин.

II БОБ. КЛИНИК КУЗАТИШЛАРНИНГ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ

§2.1. Беморларнинг умумий характери

Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг хирургик бўлимларида сўнгги 8 йил давомида 2015-2022-йй ўт тош касаллиги билан 3016 нафар бемор операция қилинган, улардан 556 нафари (18,4%) ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари (2.1-расм), яъни тахминан ҳар бешинчи беморни ташкил қилади.



2.1-расм. Холелитиаз билан операция қилинган барча беморлар сонини ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан операция қилинган беморлар сонига нисбати

Изланишларга асосланиб, биз ўт-тош касаллигининг асоратланган шакллари билан оғриган 556 нафар беморни текшириш ва даволаш натижаларини ўргандик.

Изланишларга мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинган:

1. Таққослаш гуруҳи 2015-2018 йилларда 255 нафар бемордан иборат бўлиб, шошилинич ва ошиғич кўрсатмалар бўйича ўткир холецистит ва ўт йўллариининг ялланишлари билан операция қилинган;

2. Асосий тадқиқот гуруҳи 301 бемордан иборат бўлган. Диагностика ва даволаш тактикасини ўтказиш учун биз таклиф қилган алгоритм миниинвазив хирургик аралашувлардан фойдаланган ҳолда, жарроҳлик даволаш усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда тузилган. Дастурни клиник амалга ошириш жараёни Европа жарроҳлик ассоциацияси - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). жамиятининг тавсиялари асосида амалга оширилган. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, ҳам клиник кўринишларининг оғирлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлган.

БЖССТ Европа минтақавий бюроси (2016) томонидан қабул қилинган клиассификацияга кўра, кексалар (60-74 ёш) ва қари (75 ёш ва ундан катта) беморлар мос равишда 127 (22,6%) ва 24 (4,3%) эди. Беморларнинг асосий қисмини кичик ёшдаги 121 (21,7%) ва 247 ўрта ёшдан катта (46,2%). 37 (6,6%) ёш беморлар ташкил этди (2.1-жадвал)

2.1-жадвал

Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни жинс ва ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши

Ёш гуруҳи	Беморларнинг ёши	Эркак	Аёл	Жами	%
Ёшлар	18-29	8	29	37	6.6
Кичик ўрта ёш	30-44	41	80	121	21.7
Катта ўрта ёш	45-59	82	165	247	46.2
Қариялар	60-74	59	68	127	22.8
Кексалар	75 дан юқори	5	19	24	4.3
Жами		195	361	556	100

Аёл жинсига мансуб беморлар кўпчилики - 361 (64,9%), эркаклар эса - 195 (35,1%) ташкил этган (2.1-жадвал). Аёллар ва эркаклар нисбати 1,8:1.

Анамнез маълумотлари таҳлил қилинганда, 44,9% ҳолларда (250 бемор) касалликнинг ўртача давомийлиги 2 йилдан ортиқ эканлиги аниқланган. Таъкидлаш лозимки, 24,0% ҳолларда (133 бемор) касалликнинг дастлабки

белгилари ўртача 5 йил олдин пайдо бўлган. Клиниканинг хирургия бўлимига 72 бемор (13%) касаллик анамнезидаги биринчи хуруж билан ётқизилган, аммо маълумотлар шуни кўрсатадики, ҳар иккинчи беморда ўт пуфагининг патологияси ўз-ўзидан эмас, балки узоқ муддатли сурункали яллиғланишнинг фонида юзага келган. Беморлар умумий сонининг 37,0% дан ортиғи (205 бемор) ўт пуфаги ёки ўт йўллариининг айрим касалликлари бўйича такрорий стационар даволанишдан ўтган (2.2-жадвал).

2.2-жадвал

Касаллик анамнези давомийлиги бўйича беморларни тақсимланиши

Анамнезнинг давомийлиги	Жами беморлар	
	Абс.	%
Бирламчи	72	13
2 йилгача	250	44.9
2 йилдан 5 йилгача	133	23.9
5 йил ёки ундан кўп	101	18.2
Жами	556	100,0

Олинган натижаларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, катта ёшдаги беморлар гуруҳининг кўпчилигида ўткир холециститнинг диагностик кўриниши ўт пуфагидаги сурункали жараён фонида ривожланган ва бу беморларни ётқизилиши пайти бу ўт пуфаги ва ўт йўлларида яллиғланиш ўчоқларининг шаклланишига олиб келган. Демак, биз ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёнларининг сурункали ҳолати умумий ва интрагепатик ўт йўлларида патологик ўзгаришлар, склероз кейинчалик эса дуоденал сўрғични деформацияси кўринишидаги ўткир холециститнинг оғир асоратларини ривожланишига олиб келади деган хулосага келамиз.

Беморларни хирургик бўлимга қабул қилиш вақтини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ўткир холециститнинг биринчи белгилари пайдо бўлган пайтдан бошлаб биринчи кунда фақатгина 143 бемор (25,8%) шифохонага ётқизилган, беморларнинг асосий қисми иккинчи ёки учинчи кунларда

ётқизилган, ушбу беморлар контингентидан 109 нафар бемор 3-4 кундан кейин ётқизилган.

Касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатадики, шифохонага кеч ётқизишнинг асосий сабаби, тиббий ёрдам учун мутахассисларга ўз вақтида мурожаат қилмасликдир. Афсуски, врачлар томонидан хатолар ҳам мавжуд, биринчидан, булар шифохонагача бўлган босқичда нотўғри бажарилган диагностик тадбирлар (129 бемор), 57 ҳолатда консерватив даво асосиз равишда яшаш жойидаги тиббиёт профилактика муассасасида ўтказилган, 52 ҳолатда, хусусан, терапевтик ва юқумли касалликлар бўлимларига нотўғри ётқизилган (2.3-жадвал).

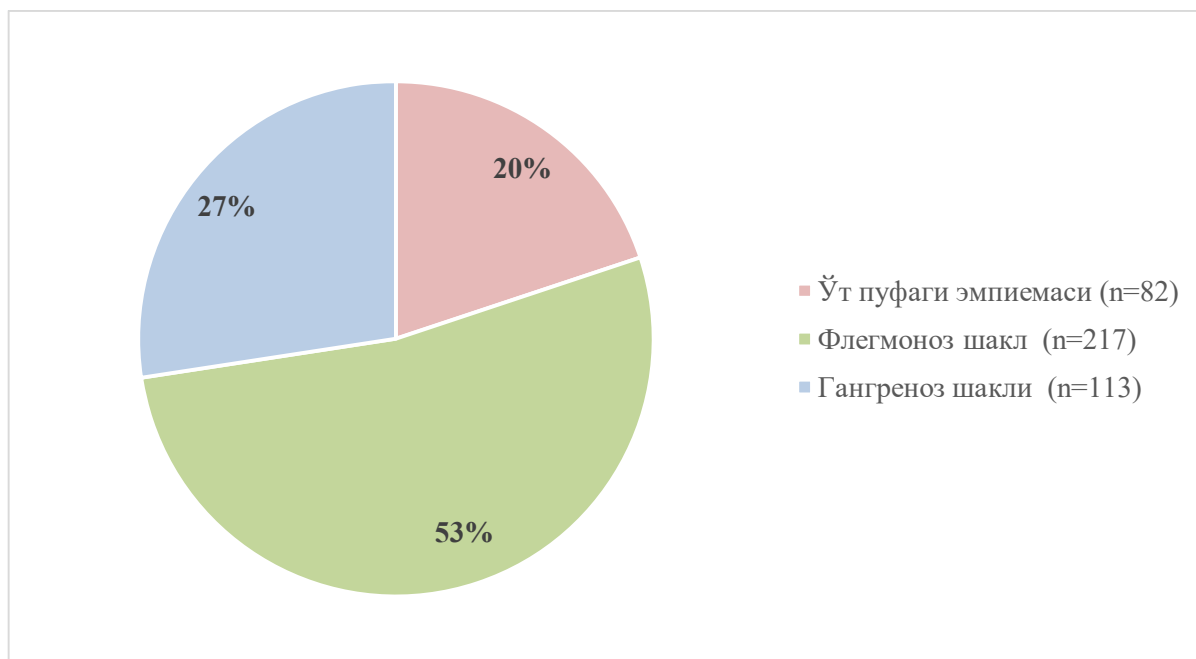
2.3-жадвал

Беморларни хирургик стационарга ётқизиш муддатлари бўйича тақсимланиши

Қабул қилиш вақтлари	Жами беморлар	
	Абс.	%
24 соатгача	143	25.8
24 дан 48 соатгача	168	30.2
48 дан 72 соатгача	136	24.5
72 соатдан кейин	109	19.6
Жами	556	100,0

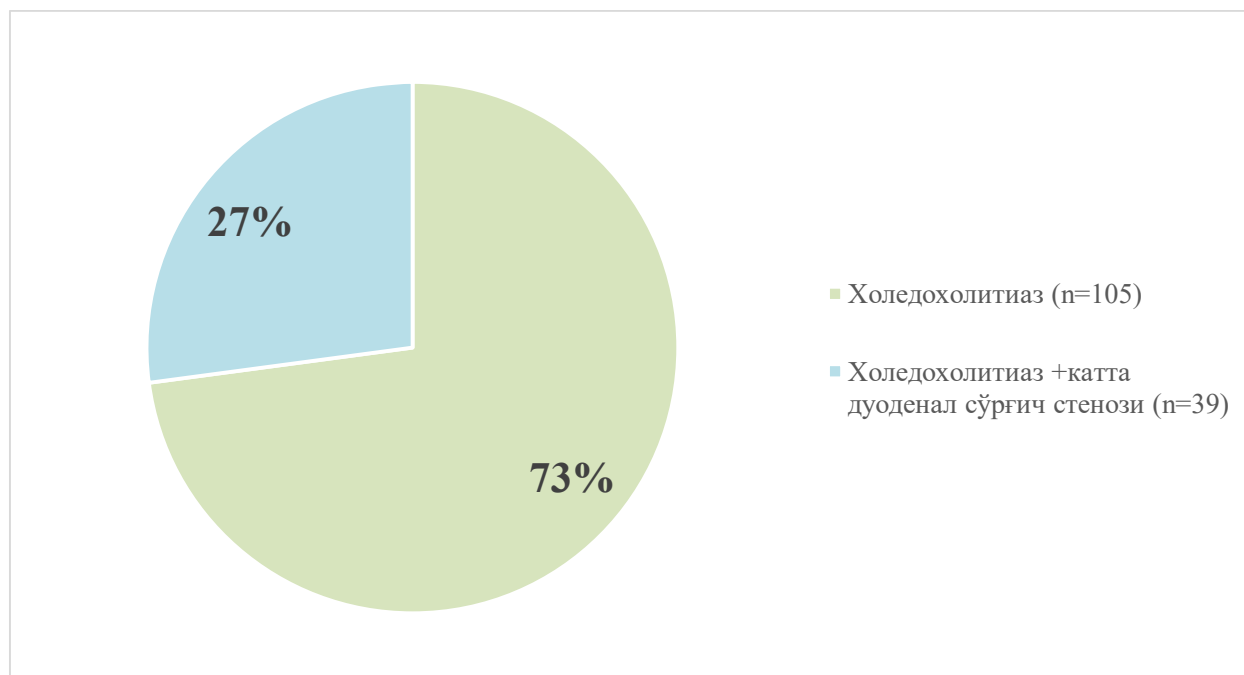
Ўт тош касаллигининг аниқланган асоратлари бўйича беморларнинг тақсимланиши қуйидагича бўлди: - ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан 412 бемор: - ўткир йирингли холангит клиникасида устунлиги билан эса - 144 бемор.

Ўткир холецистит бўйича 412 нафар бемор операция қилинган, шундан 330 (59,3%) нафарида ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари (113 гангреноз холецистит, 217 флегманоз шакл), 82 нафарида ўт пуфаги эмпиемаси диагнози аниқланган.



2.2-расм. Беморларнинг ўт пуфагидаги яллиғланиш шакли бўйича тақсимланиши

Ўт йўлларида кузатиладиган патологияларнинг учраш суръатини ўрганишда қуйидаги муҳимликликлар аниқланган: 105 ҳолатда холедохолитиаз клиникаси, 39 беморда холедохолитиаз билан бирга катта дуоденал сўргични (КДС) стенози аниқланган (2.3-расм).



2.3-расм. Беморларни ўт йўллари зарарланиши характери бўйича тақсимланиши (n=144)

194 (47,8%) беморда яллиғланишнинг экстравезикал тарқалиши кузатилган. Уларнинг ўртасида 48 (11,6%) қорин бўшлиғида ва шундан 23 тарқалган, 17 чегараланган билиар перитонит аниқланган. 194 (34,9%) беморда перивезикал инфильтрат, қачонким 15 ҳолатда (2,7%) эса перивезикал абсцесс аниқланган.

Ўт йўллари касалликларининг асоратланган шакллари аниқлаш суръати шуни кўрсатдики, механик сариқликнинг ривожланиши етакчи ўринни эгаллайди, бунда қонда умумий билирубиннинг кўрсаткичи 60 мкмоль/л дан ортиқлиги 91 ҳолатда қайд этилган. Беморларда сариқликнинг давомийлиги 2-14 кун ташкил этган. Унинг пайдо бўлиш сабаблари таҳлил қилинганда сариқликнинг пайдо бўлиши жигардан ташқари ўт йўлларида тош борлиги билан боғлиқлиги ва 39 нафар беморда қўшимча равишда КДС стенози кузатилган.

144 беморда касалликнинг кечиши холангит билан асоратланган. “Йирингли холангит” ташхиси тасдиқланган 38 нафар беморда клиник ва лаборатор текширувлар натижасида жигар ва буйрак етишмовчилиги белгилари аниқланган. Тадқиқот режасига гипербилирубинемия, альбумин-глобулин коэффицентининг камайиши фонида альбуминлар таркибининг пасайиши, ишқорли фосфатаза ва трансаминазалар миқдорини ошиши, шунингдек, қондаги мочевина миқдори ва бошқалар кўринишидаги функционал намуналарни таҳлил қилиш натижалари киритилган. Буларнинг барчаси Токио таснифи (2018) асосида жамланган ҳолда ушбу беморларнинг ҳолатини холангитнинг оғир даражаси деб тан олиш учун асос бўлди.

Катта ёшдаги гуруҳларда асосий ўзига хослик поликоморбид патологиянинг мавжудлиги бўлиб, у 171 ҳолатда аниқланган ва 79,0% (135 бемор) ҳолларда бу иккитадан ортиқ тизимли касалликларнинг комбинацияси бўлган. 75 ёшдан ошган беморлар гуруҳида ҳар бир беморга ҳамроҳ бўлган патологиянинг мавжудлиги кўрсаткичи 2,4 ташкил этди. 60-74 ёшдаги беморлар гуруҳида бу кўрсаткичнинг қиймати 1,7 ташкил қилган. Ўртача ҳар бир беморга бирга келадиган қўшимча патология мавжудлигининг бу

кўрсаткичи 2,2 ташкил этди. Касаллик тарихини таҳлил қилиш шунингдек, 52 нафар беморга илгари ҳамроҳ патология мавжудлиги сабабли асоратлар ривожланиши сабабли жарроҳлик аралашуви рад этилган.

Коморбид патологиялар орасида етакчи ўринни юрак-қон томир тизимининг патологияси эгаллаган. Шунинг таъкидлаш керакки, ёшнинг ўсиши билан юрак-қон томир патологиясининг асоратлари сони ҳам сезиларли даражада ошади, бу айниқса беморларнинг катта ёшдаги гуруҳларида сезилади. Масалан, беморларнинг 88,0% дан ортиғи ЮИК, улар орасида (13,0%) ЮИК стенокардия картинасига эга бўлган, 16 беморнинг анамнезида ўтказилган миокард инфаркти қайд этилган, 20 ҳолатда стенокардия хуружлари ўт пуфағи проекциясида кучли оғриқлар ўткир холецистит ривожланиши билан намоён бўлган.

Аммо шу билан бирга, кекса ёшдаги ўткир холецистит билан беморларда асосий касаллик клиникасининг атипиклиги ва енгил оғриқ синдроми фонида юрак хуружи диагностикасини қийинлаштирди, бу эса сезиларли даражада асоратларни ўсишига олиб келади.

Ўтказилган ЭКГ текширувида 33 ҳолатда ҳилпилловчи аритмия, 39 ҳолатда юрак ритмининг экстрасистолия кўринишида бузилиши аниқланган.

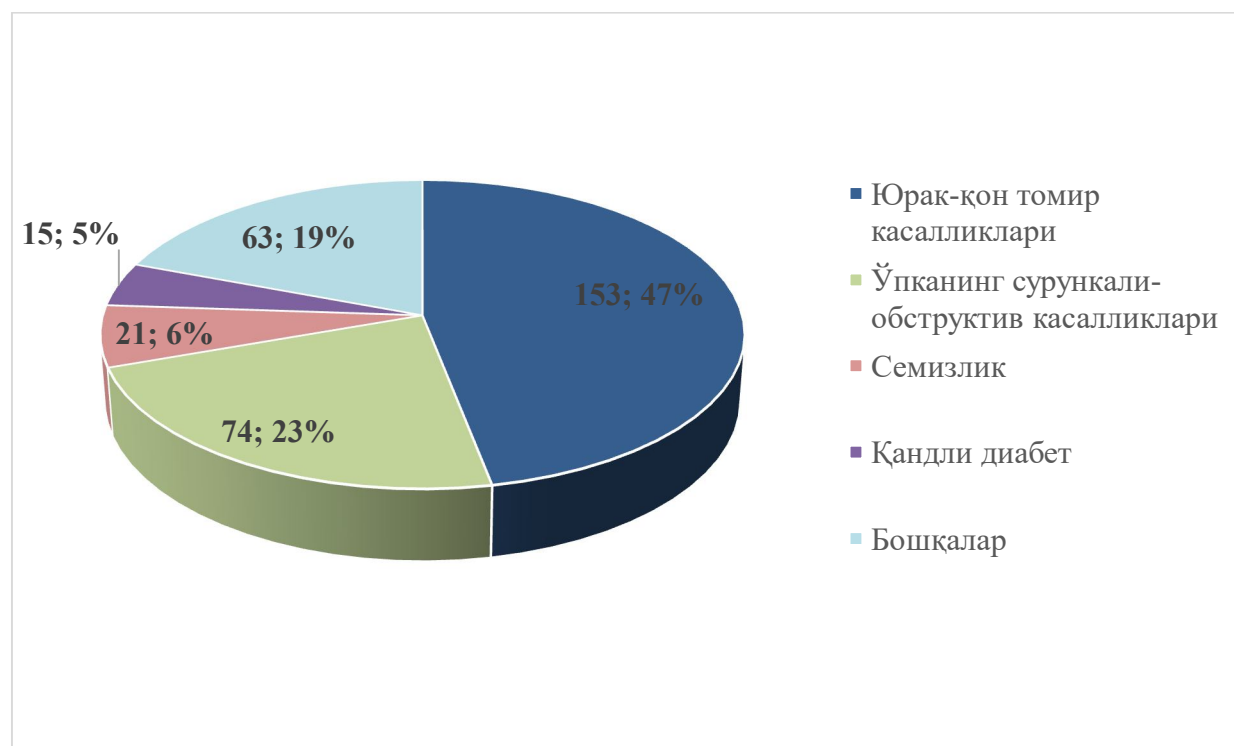
Қўшимча патология структурасида асосий ўринни барча беморларда аниқланган касалликлар эгаллади. Ушбу патологиянинг янада оғир даражаси 75 ёшдан кейин қайд этилган. Беморларнинг 88,4 % юрак ишемик касаллиги (ЮИК), шу жумладан стенокардия - 13,2 % аниқланган.

Илгари 15 нафар бемор миокард инфарктини ўтказган. Юрак ишемик касаллигининг клиник кўриниши таҳлил қилинганда, 20 ҳолатда ўт йўллари тизимидаги ўткир яллиғланиш жараёни стенокардия хуружларини кўзғатганлиги аниқланди. Шу билан бирга, ўт йўлларининг зарарланиши билан асоратланган ўткир холециститда характерли оғриқ синдромининг енгиллиги ёки йўқлиги сабабли кекса ва қари беморларда стенокардия ва миокард инфарктини аниқлаш қийин бўлган.

Ўтказилган ЭКГ таҳлили (72 беморда юрак ишемик касаллиги) қуйидаги

юрак ритмлари бузилиши мавжудлигини кўрсатди: ҳилпилловчи аритмия - 32 беморда, экстрасистолия - 40 беморда. Касаллик кечишининг динамикаси электрокардиографик кўрсаткичлари касалликнинг оғирлигига ишончли тарзда тасдиқланган боғлиқлигини кўрсатди. Масалан, бир қатор беморларда (n=15 бемор) ўткир холециститни самарали даволаш билан юрак ритмини тиклаган ҳолда юрак миокардининг ҳолатини сезиларли даражада яхшилади. Беморларнинг ярмидан кўпи ўз анамнезида гипертензия мавжудлигини қайд этган, шифохонада бўлган баъзи беморларда (n =14) гипертоник кризлар кузатилгани аниқланди.

79 нафар беморда нафас олиш тизимининг сурункали касалликлари аниқланиб, ёши ошгани сайин касалликлар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. Бизнинг кузатишларимизга кўра, бу 60 ёшдан ошган беморлар гуруҳида бу ҳолат икки барабар кўп. Касалликнинг структураси қуйидагича: сурункали пневмония ва бронхит - 26 беморда, пневмосклероз - 60 беморда, бронхоэктазия - 1 беморда, бронхиал астма - 4 беморда. Кузатув давомида олти нафар беморда ётоқда кўп ётиш туфайли пневмония ривожланди.



2.4-расм. Беморларни қўшимча касалликлар сони бўйича тақсимлаш

Ошқозон-ичак трактининг, хусусан, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг қўшимча патологияси барча ҳолатларнинг 37,1 % аниқланган. Йўлдош касалликларининг содир бўлиш суръатини гуруҳли тақсимооти шуни кўрсатдики, кекса беморларда бу 33,8% ташкил қилди.

Шунингдек, жигарнинг зарарланиши (17,1%) ҳам аниқланиб, улар орасида сурункали гепатит ва афсуски жигар циррози ҳам кўп учради. Бизнинг фикримизча, айниқса кекса ёшдаги беморларда кузатилган инволютив жараёнлар, организмдаги функционал ва адаптацион жараёнларнинг пасайишига олиб келади, ўт йўллариининг мавжуд патологияси фонида жигар тўқимаси структурасида қайтарилмас ўзгаришларга, ҳаттоки жигар етишмовчилигига олиб келади.

Катта ёшдаги одамлар орасида тез-тез учрайдиган яна бир касаллик - қандли диабет бор. Бизнинг тадқиқотимизда беморларнинг 12,8% 2-тоифа қандли диабет ташхиси аниқланган. Углевод алмашинувини коррекция қилиш шифохонага ётқизилган биринчи кунлардан бошланганига қарамай, касалликнинг ўткир босқичида коррекция қилиш қийин бўлди. Ўткир холецистит ва ўт йўллари гипертензиясини самарали даволашда қандли диабетни коррекция қилиш яхши натижалар берди.

Биргаликда келадиган коморбид патологиялар таркибида сийдик тизимининг касалликлари ҳам тез-тез учраб туради, бу ўртача касалликларнинг умумий сонининг тахминан 5% ни ташкил қилди. Улар орасида уролитиаз (9 бемор), пиелонефрит (5 бемор), цистит (4 бемор) қайд этилган. Қуйидаги нозологиялар ҳам учраши аниқланди: 2-3 даражали семизлик (122 бемор), қалқонсимон без патологияси (16 бемор), аллергия ҳолат (16 бемор).

Юқоридаги маълумотларга асосланиб, хулоса қилишимиз мумкинки, нисбий оғирлик кўрсаткичлари, клиник белгиларнинг кўпайиши ёшга қараб ортади, яъни касалликларнинг тарқалишида аниқ ёш градацияси мавжуд.

Ўт йўлларида патологик ўзгаришлар натижасида ўткир холецистит кечиш характери шуни кўрсатдики, касалликнинг энг юқори чўққисида катта

ёшдаги гуруҳларда асосий ва бирга келадиган касалликларнинг ўзаро бир-бирини оғирлаштириш синдроми пайдо бўлади. Адабиёт ва тадқиқот маълумотларига кўра, ушбу синдром ўткир холецистит билан оғриган беморларда ўлимнинг асосий сабабларидан биридир. Шунинг учун ўт пуфагидаги ўткир жараён оғриқ синдромини баратараф этиш фонида, ўт йўллари тизимидаги димланишни ўз вақтида, клиник жиҳатдан самарали даволаш коморбид патологияни даволаш самарадорлигининг кафолати бўлди.

Шундай қилиб, клиник материални таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, кекса ёш гуруҳидаги беморларда (60 ёш ва ундан катта) ўт йўлларида асоратлар фонида юзага келадиган ўткир холециститнинг кўриниши ўт пуфаги деворидаги деструктив ўзгаришлар билан, перитонитнинг ривожланиши, холедохолитиаз ва папиллостеноз фонида перивезикал инфильтрат ва абсцесс шаклланиши холангит ва механик сариклик каби касалликларнинг ривожланиши билан характерланади. Бу жараёнларнинг барчаси асосий ва кўшимча касалликларнинг ўзаро бир-бирини оғирлаштириш синдроми фонида содир бўлади.

§2.2. Тадқиқот усуллари

Ушбу тадқиқотга мувофиқ даволашнинг энг мақбул тактикасини аниқлаш учун биз инструментал диагностика текширишларининг бутун мажмуасидан фойдаландик.

§2.2.1. Тадқиқотнинг операциядан олдинги босқичида диагностика усуллари

1. Ультратовушли текшириш

Барча беморлар учун ультратовуш текшируви (УТТ) ўтказилди, бемор шошилиш равишда мурожаат қилганда бемор шифохонага ётқизилганидан кейин биринчи кунда ультратовуш текшируви ўтказилди.

Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 95% ҳолларда ўт пуфаги бўшлиғида тош борлигининг эҳобелгилари аниқланган ва 88,2% ҳолларда

Ўткир холецистит эхобелгиларига тўғри келди (2.5-расм). Гепатикохоледохнинг ўзи деярли барча беморларда (94%) аниқ кўринади, унинг патологик кенгайиши эса фақат 87,5% беморларда аниқланган. Сафро йўллариининг зарарланиши диагностикасида ўт йўллари тизимида ривожланган гипертензия белгиларини тасвири ҳал қилувчи рол ўйнайди.



2.5-расм. Бемор К., 80 ёш (касаллик тарихи № 3985). Ўткир холецистит. Ультратовуш: девори қалинлашган ўт пуфаги ўлчамлари катталашган (10х5 см.); бўшлигида акустик соялар берувчи қўшимча эхоструктуралар (конкрементлар).

Гепатикохоледохнинг бўшлигидаги зич эхографик структуралар деярли 70% ҳолларда аниқланган, баъзи жойларда бундай зичлашиш фақат акустик сояни беради. Бундай акустик хосилаларнинг кўринишии холедохолитиазнинг ривожланишини кўрсатади, айниқса гепатикохоледох 9 мм дан ортиқ кенгайган ҳолатида (2.6-расм).



2.6-расм. Бемор К., 75 ёш (касаллик тарихи № 6730). Ўткир холецистит. Сариқлик. Ультратовуш: гепатикоколедох 11 ммгача кенгайган, унинг бўшлиғида паст ва ўрта зичликдаги қўшимча эхо структуралар (конкрементлар) мавжуд.

Шунингдек, ультратовуш ёрдамида биз ўт пуфагини микрохолецистостомия ва санациядан кейин беморларда жарроҳлик аралашув натижаларини кузатдик (2.7-расм).



2.7-расм. Бемор П., 84 ёш. Ўткир холецистит. ПТГХС кейинги ҳолат (14- кун) ва ўт пуфагининг санацияси. УТТ: ўт пуфаги зич ўлчами кичрайган қаттиқ овал шаклда, бўйин ва тана соҳасида бўшлиқсиз эхоструктурада. Ўт қопи бўшлиғи қисман унинг туб қисмида сақланиб қолган.

Эзофагогастродуоденоскопия

191 беморда эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) ўтказилди.

ЭГДС операциядан олдинги тадқиқотнинг скрининг усуллари билан бириктирилди. Сафро гипертензиясининг ривожланишининг ишончли белгилари бўлган тақдирда ва ЭПСТ режалаштирилганда дуоденоскопия ўтказилиб, катта дуоденал сўргич албатта тўлиқ текширилди.

ЭГДС ўтказишда қуйидаги натижалар ҳам аниқланди: 34 беморда ўткир папиллитнинг кўриниши аниқланди; парафатериал дивертикуллар - 14 беморда; ЭГДС ва УТТ билан 28 та ҳолатда КДС ригидлиги ва биров тортилган қаттиқ кўринишидаги папиллостеноз белгилари, сўргич соҳасидаги яллиғланишнинг унча ифодаланмаган белгилари аниқланди. 9 беморда КДС мутлақо кўринмаган.

Агар йирингли холангитга шубҳа бўлса, беморлар учун умумий дуоденоскопия ўтказиш жуда муҳим, шунинг учун 25 беморда ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига фибринли йирингли-лойқа ўт оқими аниқланган. 14 ҳолатда гепатохоледохдаги патологияга қўшимча равишда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг биргаликдаги касалликлари аниқланган.

Лапароскопия ва релапароскопия

Шошилиш кўрсаткичлар бўйича шифохонага ётқизиш пайтида ўткир холецистит ва ошқозон-ичак трактининг бошқа хирургик касалликлари ўртасида клиник манзарани атипиклиги туфайли дифференциал диагностика учун лапароскопик текширув ўтказилди. Сафро перитонитининг ривожланиши аниқланса, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш мақсадида релапароскопия амалга оширилди. Лапароскопия пайтида олинган перитонеал экссудат бактериологик текширувдан ўтказилди.

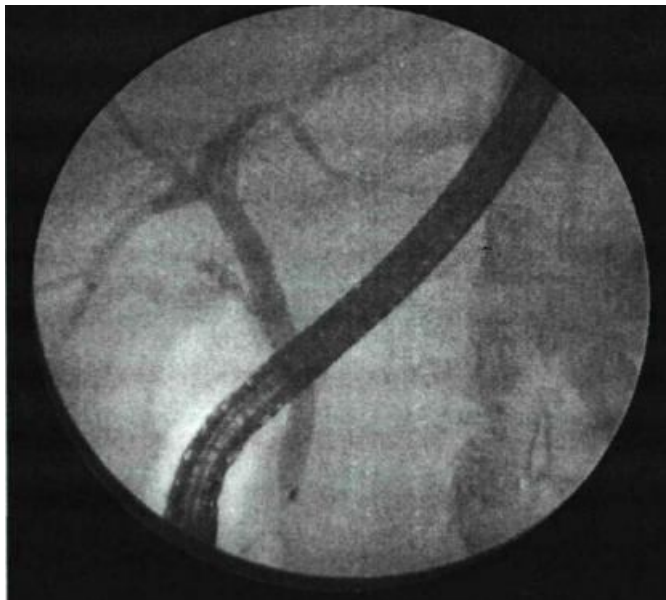
Пневмоперитонеум маълум усуллардан бири билан қўйилган. Лапароскопнинг диаметрига боғлиқ ҳолда 5 ёки 10 мм троакар киритилди. Диагностик лапароскопия видео тизими ёрдамида амалга оширилди.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография 37 беморда эндоскопик

папиллотомия кўринишида бажардик. Ушбу текшириш усули ўт йўлларида, ошқозон ости безининг асосий каналида патологик ўзгаришларни диагностикасида энг муҳимларидан бири ҳисобланади, бу бутун сафротизимининг ҳолатини объектив баҳолаш, канал деворидаги деструктив ва обструктив жараёнларнинг ривожланиш сабабларини аниқлаш имконини беради.

Ушбу услуб туфайли механик сариқликнинг генези, контрастнинг тўпланиш жойи тўғри аниқланди, шу билан холестази белгилари билан хирургик аралашув ҳажмини тўғри аниқлаш, шунингдек, индивидуал асосда кўриладиган чора-тадбирлар тўплами тўғри режалаштирилади (2.8-расм).



2.8-расм. РПХГ. Бемор С., 67 ёш. ЛХЭ операциясидан сўнг 3-чи кун.

Резидуал холедохолитиаз, билиар гипертензия

РХПГ латериал оптика билан жихозланган эндоскоп ёрдамида амалга оширилган. Урографиннинг 30% эритмаси контраст сифатида ишлатилган. ЭРХПГ юқорида айтиб ўтилганидек, ўт йўлларининг патологиясини аниқлаш, шунингдек, холедохолитиаз ва папиллостенозни эндоскопик даволаш учун кўрсатмаларни аниқ аниқлаш учун зарур. Бизнинг тадқиқотимизда ЭРХПГ ёрдамида 27 нафар беморга холедохолитиаз ташхиси қўйилган (2.9-расм).



2.9-расм. ЭРХПГ. Бемор К., 77 ёш, касаллик тарихи №: 4312. 2 см гача кенгайган гепатикохоledохнинг йирик тош билан обтурацияси

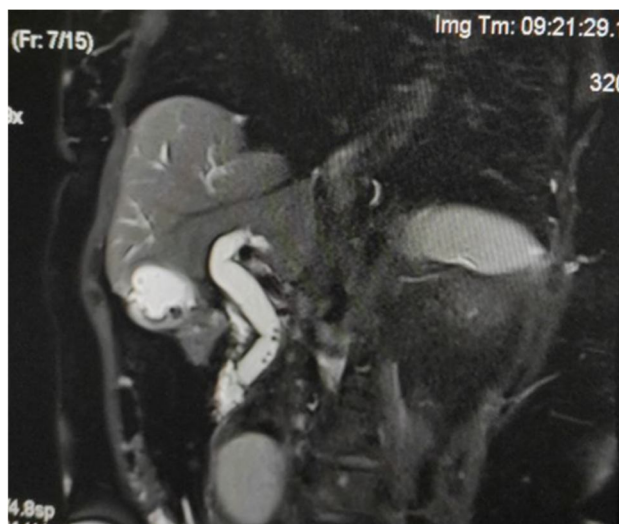
Хоledохолитиаз диагностикасида ЭРХПГ информативлиги 94% ни ташкил этди.

ЭРХПГ махсус рентген хонасида электрон-оптик конверторли «General Electric» фирмасининг С-ёйли рентген аппарати ёрдамида амалга оширилган. Стандарт сифатида тадқиқот маълумотлари махсус плёнкаларда рентген тасвирлари кўринишида бўлиб, компьютер дискларида ҳам ёзиб олинган. Биз юқори ишончлилиги ва фойдаланиш қулайлиги билан ажралиб турадиган «Olympus» (Япония) компаниясининг эндоскопик қурилмаларидан фойдаландик, булар диаметри 3,2 мм бўлган инструментал каналли ЖФ-1Т 40 серияли эндоскоплардир. Эндоскопнинг ушбу модели кичик ташқи диаметри дистал учининг сезиларли эгилиши билан ажралиб туради. Бу эндоскопларни ўн икки бармоқ ичакнинг анатомик ва патологик деформацияларига имкон қадар мослашишга имкон беради.

Контраст сифатида қуйидаги препаратлар қўлланилган: паст зичликдаги тошларнинг "тиқилиб қолиши" таъсирини олдини олиш учун урографин, тразограф, омнипак 300, концентрацияси 25-30% ли ультравист .

Магнит-резонанс холангиопанкреатография (МРХПГ)

МРХПГ энг информацион сканерлаш диагностика усули бўлиб, 113 беморда ўтказилди. Тадқиқот «Philips Gyroscan Intera»1,0 Т аппаратида бажарилган. МРХПГ усули контраст моддаларни киритмасдан ва сафротизимига аралашувисиз ички ва жигардан ташқари ўт йўллариининг яхлит бевосита тасвирини олиш имконини берди. Тасвирни тадқиқот мақсадига қараб, бир нечта проекцияларда (горизонтал, фронтал, сагиттал) олиш мумкин. МРПХГ яхши қайта акс эттирувчанлиги билан ажралиб туради. Операциядан олдинги текширув босқичида МРПХГ фойдаланиш билиар гипертензиянинг оғирлигини инвазив бўлмаган ҳолда баҳолаш, ўт йўллари йўналиши анатомиясининг хусусиятларини аниқлаш ва зарарланиш даражасини баҳолаш имконини берди (2.10-расм).



2.10-расм. МР - холангиограммаси. Бемор Д., 75 ёшда, касаллик тарихи №9238/872. Обструктив холангитда холедохолитиаз ва жигар ичи ва экстрагепатик ўт йўллариининг кенгайиши

§2.2.2. Операцион босқичда диагностика усуллари

Ўт йўллариининг ҳолати, операция босқичида уларнинг обструкциясининг сабабини тўлиқ аниқлаш учун гепатикохоледохни тўлиқ текшириш, шунингдек, кўрсатмаларга кўра диагностик холедохотомия ва фиброхоледокоскопия, интраоперацион холангиография, ўт йўллариини зондлаш зарур эди.

Гепатохоледохни текширишда асосий кўрсаткичлар каналлар диаметри ва деворидаги ўзгаришларнинг кўрсаткичлари бўлди. Бизнинг тадқиқотимизда, мутлақо барча ҳолатларда каналларнинг диаметри 10 ммдан ортиқ кенгайиши билан каналларда патологик трансформациялар кузатилди.

Ўт йўлларини бутун узунлиги бўйлаб зондлашда холедохнинг охирги қисмида ҳам патологик торайишнинг локализациясини аниқлаш учун торайган жойларга ва КДС соҳаларига эътибор берилди. Сафро йўлларини зондлаш махсус калибрли зонд ёрдамида холедохотомия тешиги ёки ўт пуфаги канали орқали амалга оширилди. Диаметри 3 мм дан ортиқ бўлган зонднинг ўн икки бармоқ ичакка қийин ўтишида бу папиллостенознинг ривожланиши деб ҳисобланган, бизнинг тадқиқотимизда бу 39 та беморни ташкил этган.

Фиброхоледохоскопия

Фиброхоледохоскопия (ФХС) ўт йўллари патологияси диагностикасида энг информацион усул бўлиб, ушбу текширишнинг афзаллиги техник жиҳатдан бажаришда соддалиги, хавфсизлиги ҳисобланади.

Фиброхоледохоскопия холедохнинг 10 мм дан ортиқ кенгайиши билан, ўт йўллари патологиясининг клиник, эхографик ва рентгенологик белгилари мавжуд бўлганда амалга оширилди. 29 беморда фиброхоледохоскопия ўтказилган. Диаметри 5,6 мм бўлган "Olympus" фирмасининг толали холедохоскопи ишлатилди. Эндоскоп холедохотомик тешигидан киритилди. Бирламчи ўт йўллариининг проксимал қисмлари, сўнгра дистал ва КДС оғиз соҳаси текширилди.

Бизнинг натижаларимиз қуйидагича: 25 беморда ўт йўлларида тош мавжудлиги; 3 беморда - папиллостеноз; 17 беморда – холангитнинг клиник кўриниши аниқланди. Шунини таъкидлаш керакки, папиллостенозда КДС ҳолати кўринадиган чандикли-деструктив ўзгаришлар, папилла оғзининг сезиларли торайиши билан характерланган.

Ушбу тадқиқотнинг юқори самарадорлиги, техник жиҳатдан соддалиги ва хавфсизлиги ўт йўллари патологияси билан асоратланган ўткир холецистит

билан беморларда жарроҳлик аралашувнинг энг мақбул ҳажми ва усулини танлаш имконини беради.

Интраоперацион холангиография

Операциядан олдинги ва интраоперацион текширишнинг замонавий усулларида фойдаланиш, интраоперацион холангиография (ИХ) учун кўрсатмаларни чеклаб қўйди. Интраоперацион холангиография диагностик жиҳатдан аниқ бўлмаган ҳолатларда ўтказилди: холедохнинг кенглиги (8-10 мм), анамнезида механик сариклик ёки ўткир билиар панкреатит бўлганда, ўт пуфагидаги майда тошлар ва ўт халта канали кенг бўлган вақтларда. 25 беморда интраоперацион холангиография қўлланилди. Улардан 21 тасида гепатикохоледохда тўлиш дефектлари аниқланди (2.11-расм).



2.11-расм. Бемор Т. интраоперацион холангиографияси, 75 ёш, касаллик тарихи № 3986. Ўткир холецистит. Холедохолитиаз. Папиллостеноз. Умумий ўт йўлининг ампуласида тўлиш дефекти ("мениск"). Контраст модданинг интрагепатик ўт йўллариغا рефлюкси ва уни ўн икки бармоқ ичакка ўтмаслиги

Интраоперацион холангиография ўт йўллари шикастланишини интраоперацион диагностика қилиш учун ажралмас диагностика усули ҳисобланади (2.12-расм).



2.12-расм. Бемор Д. интраоперацион холангиографияси, 46 ёш.

Интрагепатик ўт йўллари контрастланган. Дистал гепатикохоледох контрастланмаган

Биз интраоперацион холангиографияни анатомик жиҳатдан қийин вазиятларда ва жигар ўт йўллариининг интраоперацион шикастланишига шубҳа қилинган тақдирда мутлоқ кўрсатма деб ҳисоблаймиз ва 14 беморда ушбу текшириш усулини ўтказдик. ИХГ асосий кўрсатмалар операцион майдон соҳасида сафро пайдо бўлиши, унинг манбаи ноаниқ бўлса ёки ўт пуфаги бўйни соҳасида қўшимча найсимон тузилмалар мавжудлиги ҳисобланади. Интраоперацион холангиографияни ўт халта канали орқали ёки пункцион усулда бажардик ва триомбаст, урографин 76% - 20,0 контрастларини ишлатдик.

5 беморда папиллостеноз аниқладик (ўн икки бармоқ ичакка контраст модданинг ўтмаслиги, ўт йўллариининг кенгайиши ва интрагепатик йўлларга яққол ривожланган рефлюкс). Холедохолитиазга нисбатан интраоперацион холангиографиянинг маълумот аниқлиги 93% ташкил этди, буни етрали даражада бошқа рентген контрастли текширишлар натижалари билан солиштириш мумкин.

Динамик назорат остида даволанган беморларни клиник, лаборатор ва инструментал диагностика усуллари мажмуасига қуйидагилар киради:

1. Тана ҳарорати, артериал қон босими (АҚБ), пульс (ЮҚС), марказий веноз босим (МВБ) мониторинги.

2. Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили.

3. Қоннинг асосий биохимик кўрсаткичларини (глюкоза, умумий оқсил, альбумин, билирубин ва унинг фракциялари, аланин аминотрансфераза (АлАТ), аспартат аминотрансфераза (АсАТ), креатинин, мочевино, электролитлар (К, Na, Са) ни динамик аниқлаш.

4. Артериал ва аралаш веноз қоннинг газ таркибини, шунингдек кислота-ишқор ҳолатини баҳолаш.

5. Коагулограмма.

6. ЭКГ қилиш.

7. Соатлик ва кунлик диурезни назорат қилиш, патологик ва физиологик йўқотишларни ҳисоблашни амалга оширдик.

Периферик қон, сийдик, биохимик қон тестларининг лаборатория текширишлари умумқабул қилинган усулларга мувофиқ амалга оширдик.

Эндоген интоксикация даражасини ва яллиғланиш жараёнининг динамикасини аниқлаш учун Я.Я. Кальф-Калифа бўйича интоксикациянинг лейкоцитлар индексини ҳисоблашни қўлладик.

Асоратларни ўз вақтида диагностика қилиш мақсадида, қон, ўт, перитонеал экссудат, пункция орқали олинган суюқликлар клиник микробиологик лабораторияларида микробиологик текширувдан ўтказилди.

Беморлар аҳволининг оғирлигини баҳолаш учун АРАСНЕ II (Acute Physiology and Chronic Health Estimation; Knaus W.A. et al., 1985) шкаласини қўлладик. Физиологик кўрсаткичларнинг сезгирлигига қараб организмнинг физиологик ва лаборатория параметрларини баҳолашдан олинган балларни қўшиш орқали ҳисобладик. Асаб тизимининг ҳолати Глазго кома шкаласи ёрдамида баҳоладик. АРАСНЕ II шкаласининг умумий балли физиологик

параметрлар, беморларнинг ёши ва сурункали касалликлар балларини қўшиш орқали олдик.

Органлар дисфункциясини даражаси SOFA (Sequential Organ Failure Assessment; Vincent J.L. et al., 1996) шкаласи ёрдамида аниқладик, бу шкалада юрак-қон томир, нафас, жигар, буйрак, қон айланиш ва марказий асаб тизимларидаги бузилишлар ҳисобга олинади.

Тизимли яллиғланиш синдроми SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; Bone R.C. et al. 1991) халқаро клиник ва лаборатория мезонларини аниқлаш орқали баҳоладик:

- тана ҳарорати 38°C дан юқори ёки 36°C дан паст;
- тахикардия 90 дан ортиқ бир дақиқада;
- тахипноэ дақиқада 20 дан ортиқ, ёки pCO_2 32 мм. сим.

уст. кам;

- лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$ дан ортиқ ёки $4 \times 10^9/\text{л}$ дан кам ёки 10% дан кўпроғи етук бўлмаган шакллар.

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш шахсий компьютер учун кенгайтирилган нашри «Microsoft Office» 2000-версияси учун амалий дастурлар тўпламига эга «IBMPCAT «Pentium-IV» шахсий компьютери ёрдамида амалга оширилди. Кўрсаткичларнинг статистик аҳамиятини ва таққосланган гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг ишончлилигини баҳолаш "БИОСТАТ" дастурий пакети, Стъюдент, Фишер ва χ^2 мезонларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди. Боғлиқликларни таҳлил қилиш учун Спирменнинг даражали корреляцион даражали коэффиценти ишлатилди.

III БОБ. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг ҳамда РШТЁИМ Самарқанд филиали хирургик бўлимларида 2015-2022 йиллари ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан 556 нафар бемор операция қилинган.

Бунда 144 (25,9%) беморда холедохолитиаз ва механик сариклик клиникаси ва 412 (74,1%) беморда ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлик қилган ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари комбинацияси кузатилди.

Тадқиқотга мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинди:

1. Таққослаш гуруҳи 2015-2018 йилларда шошилиш ва ошиғич кўрсатмалар бўйича ўткир холецистит ва ўт йўлларида зарарланиши билан операция қилинган 255 нафар бемордан иборат бўлди;

2. Тадқиқотнинг асосий гуруҳи 301 бемордан ташкил топган. Улар учун биз таклиф қилган даволаш ва диагностик тактикаси алгоритми миниинвазив хирургик аралашувлардан фойдаланган ҳолда хирургик даволашнинг босқичма-босқич усулларида устувор фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда қўлланилди. Дастурни клиник жиҳатдан амалга ошириш жараёнида Европа хирурглар ассоциацияси - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) жамиятининг тавсияларидан фойдаланилди. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, ҳам клиник кўринишлари ривожланганлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлди.

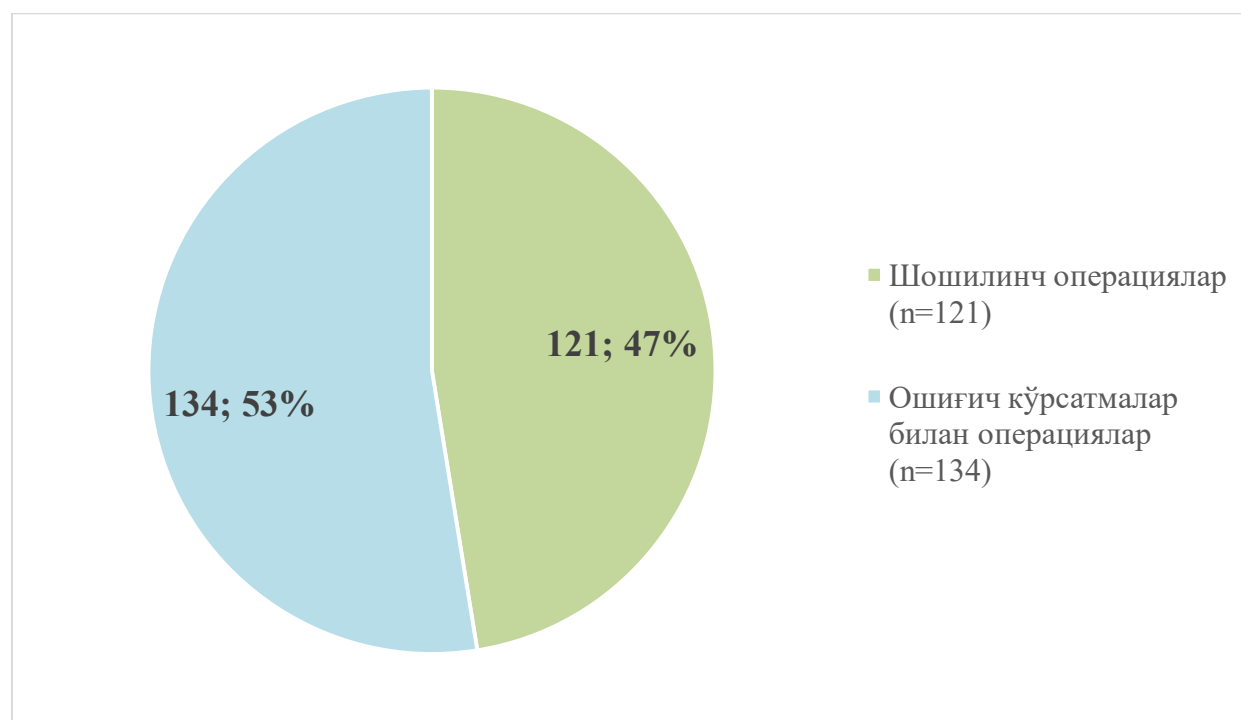
§3.1. Таққослаш гуруҳида ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни хирургик даволаш натижалари

Назорат гуруҳидаги барча 255 беморнинг 186 (72,9%) тасида ўткир деструктив холецистит, 69 нафарида (27,1%) эса холедохолитиаз ва КДС стенози оқибатида механик сариклик ва холангитнинг клиник кўриниши устуворлик қилган.

Биз ўткир деструктив холецистит ва обструктив холангитни самарали даволаш фаол хирургик тактикаси тамойилига риоя қилдик, бунинг натижасида кекса ва қари беморларда ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида хирургик аралашуви шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб биринчи 24-48 соат ичида бажарилиши керак.

Шошилинч кўрсатмалар бўйича операциялар (шифохонага ётқизилганидан кейин кейинги 6 соат ичида) 121 (47,3%) беморда амалга оширилди, улардан 98 тасида ўткир деструктив холецистит аниқланган. Шунингдек, холедохнинг ўткир обструкцияси, механик сариклик ва холангит клиникасининг кўчайиши туфайли шошилинч кўрсатмалар бўйича 23 беморга хирургик амалиёти ўтказилди.

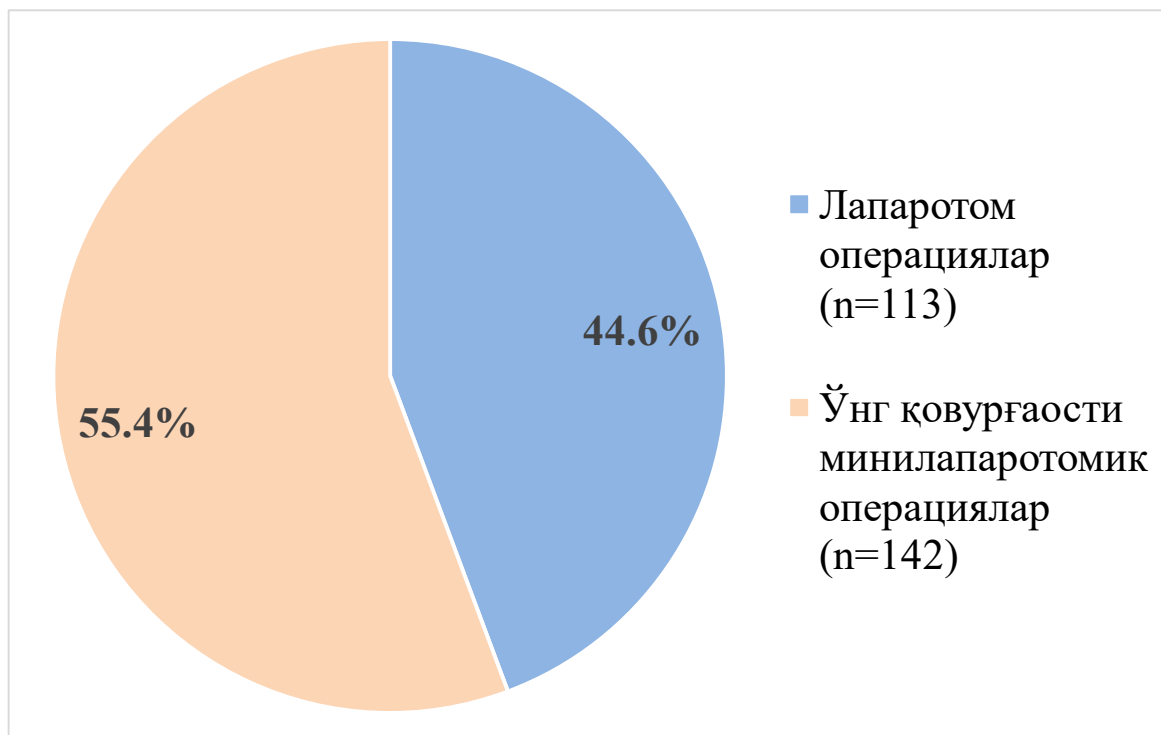
Ошиғич кўрсатмаларга кўра (яқин 24-72 соат ичида) перитонеал симптомлар ва обструктив холангитнинг аниқ прогрессив клиникаси бўлмаган пайтда 134 (52,7%) беморлар операция қилинди (3.1-расм).



3.1-расм. Таққослаш гуруҳида (n=255) ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан кекса ва қари беморларда хирургик аралашувларнинг моҳияти

Таққослаш гуруҳидаги барча операция қилинган 255 беморларда хирургик аралашувларда ХЭ (186 бемор), ёки ХЭ (69 бемор)

холедохолитотомия билан холедохни ташқи дренажлаш, шундан хирургик аралашувларининг 113 кенг лапаротомия, 142 ҳолатда эса минилапаротомия усулида амалга оширишдан иборат бўлган.



3.2-расм. Таққослаш гуруҳида (n=255) ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан кекса ва қари беморларда хирургик аралашувнинг кириш йўллари

Таққослаш гуруҳида операцияларнинг бажарилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциясидан кейинги асоратларнинг учраш суръати таҳлили шошилиш кўрсатмалар бўйича бажарилган операцияларда ушбу кўрсаткичларнинг энг ёмон натижалари қайд этилганлигини кўрсатди: ўлим - 4,1%, абдоминал билиар ва септик асоратлар 12,4%, коморбид асооратларнинг қорин бўшлиғидан ташқари асоратлари - 14,1% ташкил қилган. Ошиғич кўрсатмалар бўйича бажарилган операциялардан кейинги ўлим 1,5%, ўт йўллари ва септик асоратларнинг учраш суръати 6,7%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 10,4% ташкил этган (3.1-жадвал).

3.1-жадвал

Таққослаш гуруҳидаги беморларда операцияларнинг бажарилиш вақтига қараб ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учран суръати

Операциянинг бажарилиш вақти	Операциялар сони	Ўлим	Билиар ва септик асоратлар	Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар
Шошилинч операциялар	121 (47,3%)	5(4,1%)	15 (12,4%)	17 (14,1%)
Ошиғич операциялар	134 (52,7%)	2(1,5%)	9 (6,7%)	14 (10,4%)
Жами	255 (100%)	7 (2,7%)	24 (9,4%)	31 (12,1%)

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

Таққослаш гуруҳида ўткир холецистит ёки ўткир холангит клиникасига боғлиқ ҳолда беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг сонини таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, қоникарсиз натижаларнинг энг юқори фоизи ўткир холецистит билан кечадиган обструктив холангит бўйича операциялардан сўнг қайд этилган: бунда ўлим 5,8%, билиар ва септик асоратлар учраш суръати 18,8%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 21,7% ташкил этган. Қачонким обструктив холангит клиникаси бўлмаган "ўткир деструктив холецистит" диагнози билан беморларда хирургик аралашувлардан сўнг ўлим 1,6%, билиар ва септик операциядан кейинги асоратлар 5,9%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 8,6% ни ташкил қилган (3.2-жадвал).

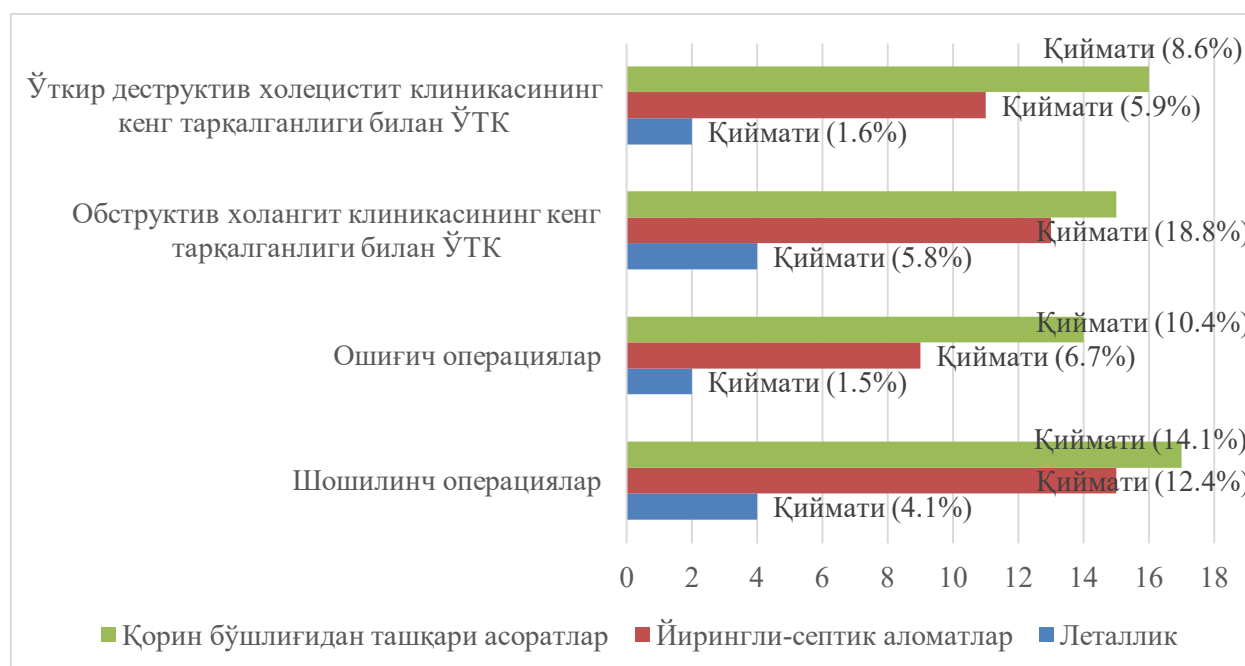
3.2-жадвал

**Таққослашлар гуруҳида ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари
билан беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш
суръати**

Обструктив йирингли холангит клиникаси	Операциял ар сони	Ўлим	Билиар ва септик асоратлар	Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар
Обструктив холангит клиникасининг устунлиги билан кечадиган ЎТК	69 (27,1%)	4 (5,8%)	13 (18,8%)	15 (21,7%)
Ўткир деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан кечадиган ЎТК	186 (72,9%)	3(1,6%)	11 (5,9%)	16 (8,6%)
Жами	255 (100%)	7 (2,7%)	24 (9,4%)	31 (12,1%)

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

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги беморларда ўлимнинг энг юқори
фоизи, билиар ва септик ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар - 5,8%,
18,8% ва 21,7% мос равишда кузатилиб, ушбу ҳолатлар обструктив холангит
клиникаси устунлиги билан ўткир холецистит ва холедохолитиаз қўшилганда
шошилиш операциялардан кейин ўт тош касаллигида прогрессив механик
сариклик ва обструктив холангит клиникасининг устунлиги туфайли
ўтказилган шошилиш операциялардан кейин кузатилди (3.3-расм).



3.3-расм. Таққослаш гуруҳидаги кекса ва қари беморларда ўт тош касаллигининг асоратланган клиникаси ва операциянинг ўтказилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш суръати

Шошилинч операциялардан кейин операциянинг ўтказилган вақтига боғлиқ ҳолда ўлим кўрсаткичлари, операциядан кейинги йирингли-септик ва қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар мос равишда 4,1%, 12,4% ва 14,1% ташкил этди. Ошиғич кўрсатмалар бўйича бажарилган хирургик аралашувлардан сўнг мос равишда 1,5%, 6,7% ва 10,4% ҳолатда бўлди.

Тадқиқотнинг таққослаш гуруҳидаги 2 (0,8%) беморнинг ўлимига холангиоген жигар абсцесслари ва билиар сепсис сабаб бўлган. Кузатишнинг 2 ҳолатида (0,8%) ривожланган перитонит сабабли ўлим содир бўлган. Кузатувдаги 3 (1,2%) беморда ўткир юрак қон-томир етишмовчилиги, 2 беморда ўткир миокард инфаркти ва 1 беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси сабабли ўлим содир бўлган. Таққослаш гуруҳида умумий ўлим 2,7%, операциядан кейинги даврда билиар ва септик асоратлар 24 (9,4%), қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 31 (12,2%) ташкил қилди (3.3-жадвал).

3.3-жадвал

Таққослаш гуруҳидаги беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш суръати ва сабаблари

Ўлим сабаблари	абс. (%)
Холангиоген жигар абсцесслари ва билиар сепсис	2 (0,8%)
Перитонит ва абдоминал сепсис	2 (0,8%)
Юрак-қон томир системасининг ўткир етишмовчилиги	3 (1,2%)
шундан: - ўткир миокард инфаркти	2 (0,8%)
- ЎАТЭ	1 (0,4%)
Жами	7 (2,7%)
Билиар ва септик асоратлар	абс. (%)
Қорин бўшлиғига сафро оқиши	5 (1,9%)
шундан: - билома	3 (1,2%)
- тарқалган билиар перитонит	2 (0,8%)
Сафрони ташқарига оқиши	5 (1,9%)
Ходемик қон кетиш	4 (1,6%)
Жигар ва диафрагма ости абсцесслари	5 (1,9%)
Ярагинг йиринглаши	12 (4,7%)
Жами	24 (9,4%)
Қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар	31 (12,2%)

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

Нафақат сафро ёки қорин бўшлиғи сепсисининг ривожланиши, балки оғир коморбид патологиянинг кучайиши билан боғлиқ бўлган ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари бўлган кекса ва қари беморларни хирургик даволаш натижаларининг қониқарсизлиги боис ушбу ёш гуруҳидаги беморларда комплекс хирургик даволашда оператив тактикани такомиллаштиришнинг таъсир чораларини ишлаб чиқиш асосий сабаб бўлди.

§3.2. Ўткир деструктив холецистит клиникаси билан ўт тош касаллигининг асоратли шаклларида хирургик даволашнинг мининвазив декомпрессияни қиёсий ёндашган ҳолда босқичма-босқич қўллаш орқали такомиллаштириш

2019-2022 йилларда ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан операция қилинган 301 нафар асосий гуруҳдаги беморларда даволаш беморларнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда ва улар асосида ишлаб чиқилган алгоритм, SIRS мезонларига мос равишда ва Токиода 2018 йилда (Tokyo Guidelines, 2018, TG18) қабул қилинган таснифга мувофиқ амалга оширилган 3.4-жадвал).

3.4-жадвал

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангит билан беморлар аҳволининг оғирлик даражаси (Tokyo Guidelines, 2018, TG18)

Оғирлик даражаси	Ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангитнинг оғирлик даражаси мезонлари	Беморлар сони
Оғирликнинг энгил даражаси	биринчи 24 соат давомида оғирлик даражасига мос комплекс интенсив (+ антибактериал) терапияга жавоб бериш	137 (45,5%)
Оғирликнинг ўрта даражаси	биринчи 24 соат давомида оғирлик даражасига мос комплекс интенсив (+ антибактериал) терапияга органлар дисфункцияси бўлмаган терапияга жавоб бермайдиган	100 (33,2%)
оғир даражаси - 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 ортиқ дозалари ёки добутаминнинг ҳар қандай дозаси билан бошқариладиган гипотензия. - ҳушнинг бузилиши - $PaO_2/FiO_2 < 300$ нисбати - зардобдаги креатинин $> 0,176$ ммол/л - МНО $> 1,5$ - тромбоцитлар < 100 г/л	64 (21,2%)

Ушбу мезонларга мувофиқ асосий гуруҳдаги ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан 100 (33,2%) бемор аҳволининг ўртача оғирлиги ва операциядан кейинги асоратларнинг нисбатан паст башорат қилинган гуруҳга киритилди. Ушбу контингентнинг 64 (21,2%) беморлари касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлган гуруҳга, 137 (45,5%) эса енгил оғирликдаги беморлар гуруҳига киритилган.

Беморлар ўт тош касаллигининг асоратланган шалларини клиник кечиши ҳамда оғирлик даражасининг таклиф этилган мезонларини ҳисобга олган ҳолда операция қилинди (3.5-жадвал).

3.5-жадвал

**Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси
устунлиги билан кечган оғир даражадаги беморларда ўтказилган
хирургик аралашув турлари (n=39)**

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n 39)	ПТГХС→	ЛЭЭ	6	17
	ПТГХС →	МЛХЭ	2	
	ПТГХС+пункция билома→	МЛХЭ	6	
	Фақат МЛХЭ		3	
	МЛХЭ		14	22
	МЛХЭ, перивезикал абсцессни очиш		3	
	Лапаротомия, ХЭ ва қорин бўшлиғи санацияси		5	

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 билома шаклида чегараланган).

Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги сабабли 1-босқичда 17 нафар беморга перкутан-трансгепатик микрохолецистотомия (перкутан трансгепатик микрохолецистотомия) ўтказилган, улардан 6 нафарида жигар ости соҳасидаги чегараланган биломалар пункция ва санация қилинган. Даволашнинг 2-чи босқичида 7-14 кунларда 14 нафар беморга холецистэктомия, шу жумладан 6 тасида ЛХЭ, 8тасида минилапаротомия орқали ХЭ ўтказилган. 3 нафар бемор ишлаб турган холецистостомия билан яшаш жойига даволанишга жавоб берилган.

Клиник кузатув:

Бемор З., 69 ёш, к/№ 7022/1025, 16.10.2019 й.да ўнг қовурга ёйи остидагидаги оғриқ, қалтираш, иситманинг 39°C гача кўтарилиши, баъзида кўнгил айланиши, овқат қолдиқлари билан қайта-қайта қусиш, сийдик рангининг қорайиши ва склеранинг сарғайиши шикоятлари билан клиникага ётқизилган. У ўз касаллигини ёғли овқатларни ортиқча истеъмол қилиш билан боғлайди. Бир ҳафтадан бери ўзини касал ҳисоблайди. Анамнезидан ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқлар бир неча марта ҳуружсимон бўлиб ўтганлигини айтади. 2016 йилда ультратовуш текширувида ўт пуфагида тошлар борлиги аниқланган.

Қабул қилинганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси сарғиш рангда. Аускультацияда икки томондан ўпкаларда везикуляр нафас эшитилади, хриллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, аорта устида II- тон акценти эшитилади, пульс ритмик, тўлиқ тарангликда. Тили биров қуруқ, оқ қоплама билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишда иштирок этади, пальпацияда, ўнг қовурга ёйи ости соҳасида мушаклар таранглиги аниқланади. Ўнг қовурга ёйи ости соҳасида ўт пуфаги пайпасланади, босиб кўрилганда оғриқли. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди.



3.4-расм. Ўт пуфаги ва ўт йўлларидаги ультратовуш текшируви бемор 3., 69 ёш.

Умумий қон таҳлили: Hb-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, р/к-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, қон ивиш вақти-3,50"-4,00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-25 мм/соат, Ht-24.

Қоннинг биохимик таҳлили: бил.-149,65 мкмол/л, бевосита-138,27 мкмол/л, АЛТ-1,96 ммол/л, АСТ-1,34 ммол/л, тим.синамаси.-2, мочевино -4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган.

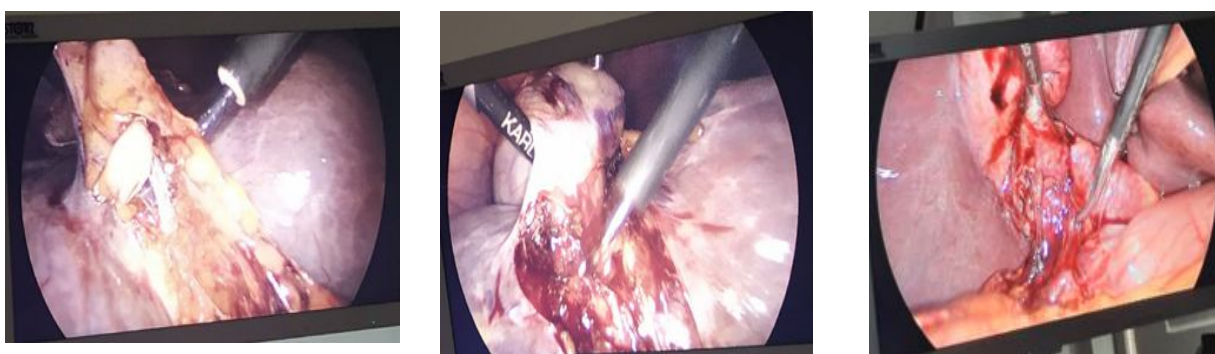
Ультратовуш текшируви: ўт пуфаги 15×8 см, бўйлигида 1 см гача диаметрли тошлар аниқланади, ўт пуфагининг бўйнига битта тош тикилиб қолган (4.6-расм). Холедох-1,9 см, жигар ичидаги ўт йўллари кенгайган.

Клиник таъхис: “Ўткир деструктив калькулёз холецистит, холангит, механик сариқлик. 2019-йил 17-октябр куни беморнинг умумий аҳволи оғирлиги сабабли, ультратовуш текшируви остида биринчи босқичда микрохолецистостомия ўтказилди. 120 мл йиринг эвакуация қилинди, ўт пуфаги бўйлигига катетер қўйилди. 2019-йил 18-октябрда сафро йўллари декомпрессиялаш учун эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ўт йўлини бурун орқали дренажлаш (НБД) жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Босим остида қуюқ, лойқа ўт ва 0,5-0,6 см юмшоқ консистенцияли тошлар ажралиб чиқди. Назобилиар дренаждан қуюқ йиринг аралаш ўт суюқлиги

ажралиб турди. 10 кун ичида ўт йўллари НБД орқали 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан ювилиб, детоксикацион терапияси ўтказилди. Беморнинг аҳволи микрохолецистостомия ва НБД дан кейинги 7-кунда яхшиланди.

НБД дан кейин 8-куни такрорий қон таҳлили ўтказилди. Умумий қон таҳлили: Нв-94 г / л, эр.-3,2x10¹² / мкл, р/к-0,8, тромб-230, л.-6,5x10⁹ / мкл, қон ивиш вақти-3 ,50'' -4,00'', п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-15 мм/соат, Нт-24. Биохимик қон текшируви: бил.-29,15 мкмол/л, бевосита - 18,1 мкмол/л, АЛТ-0,92 ммол/л, АСТ-1,34 ммол/л, тим.синамаси.- 2, мочевино -4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

2019-йил 27-октябрда беморга эндотрахеал оғрикисизлантириш остида лапароскопик холецистэктомия операцияси ўтказилди.



3.5-расм. Лапароскопик холецистэктомия босқичлари (бемор З., 69 ёш, к/т № 7022/1025).

Жарроҳлик амалиётидан кейинги давр силлиқ, дренаж трубкасида биринчи кун 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик чиқди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланди. Бемор ЛХЭ кейинги тўртинчи кун (2019 йил 1 ноябр) қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

22 нафар бемор бир босқичда операция қилинган. Ўткир деструктив холецистит 17 беморда МЛХЭ операцияси ўтказилди, уларнинг 3 тасида ўт пуфагининг гангреноз ўзгарлиги оқибатида деворининг эриб кетиши

натижасида перивезикал абсцесс очилган. Диффуз сафроли перитонит клиникаси билан 5 нафар беморга кенг лапаротомиядан холецистэктомия қорин бўшлиғини санация билан биргаликда ўтказилган.

Клиник кузатув:

Бемор Н., 78 ёш. К/т№ 4677/342 2019-йил 24-май куни бутун қорин соҳасидаги оғриқ, кўнгил айниши, такрорий қусиш, оғиз қуруши, иситма, қалтираш, склеранинг сарғайиши, ахлати оқариши, умумий ҳолсизлик шикоятлар билан СамМИ 1-клиникасига ётқизилган. Анамнездан 7 кундан бери касал. Қабул қилинган пайтда беморнинг умумий аҳволи оғир, териси ва склераси сарғиш. Ўпкада иккала томонда суст везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак товушлари бўғиқ, ритмик. Тил қуруқ, кулранг қоплама билан қопланган. Қорин симметрик, дамлаган, нафас олиш актида деярли иштирок этмайди, қорин олд деворининг мушаклари таранглашган, пальпацияда оғриқли. Шёткин - Блюмберг, Ортнер - Греков, Мерфи, Мюсси - Георгиевский белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати оқимтир рангда. Сийиши эркин. Умумий қон таҳлили: $Hb-78$ г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, $R/Q-0,7$, тромб- 210 , л.- $12,1 \times 10^9$ /мкл, Қон ивиш вақти- $2.30''-3.50''$, п.- 3%, с.-65%, эос.- 5%, лимфа.-22%, мон.-5, ЭЧТ-26 мм/соат. Биохимик қон текишуви: бил.- $126,6$ мкмол/л, АЛТ- $0,98$ ммол/л, АСТ- $1,19$ ммол/л, тим.син.-4, сийдик- $8,36$ ммол/л, қолдиқ азот- 19 г/л, креат.- $119,2$ мкмол/л, умумий оқсил- $52,5$ г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология йўқ. Ультратовуш: ўт пуфаги 94×45 мм ўлчамда, деворлари 8 мм гача қалинлашган, бўйин соҳасида 9×13 мм ўлчамдаги конкремент аниқланади. Жигар ичидаги ўт йўллари бироз кенгайган, деворлари қалинлашган, умумий ўт йўлининг бўшлиғида 10×8 мм ўлчамдаги конкремент аниқланади. Ичак қовузлоқлари кенгайган ва шишиган.

Клиник таъхис билан: “Ўткир калькулёз деструктив холецистит. Холедохолитиаз. Ўткир йирингли холангит. Механик сариқлик. Перитонит” 25.05.2019 йил куни умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бемор операция қилинди: “Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия.

умумий ўт йўлининг санацис ва А.В. Вишневский бўйича ташиқ дренажлаш. Қорин бўшлигини санацис ва дренажлаш. Операциядан кейинги 1-кун дренаж трубкасида 70-80 мл қуюқ, хира, йиринг аралаш ўт суюқлиги ажралиб чиққан. Сафронинг бактериологик текширувида *E. coli*, қўзғатувчиси аниқланган. Антибиотиклардан кўпроқ цефотаксимга сезгирлиги аниқланган. Операциядан кейинги 2-кун ўт йўлларида яллигланишни тезроқ камайтириш учун холедох 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан санацис қилинган. Умумий ўт йўлини 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан ювишнинг биринчи мартасидан сўнг, ўт оқими тезлиги 240 мл, иккинчи ва учинчи мартадан кейин мос равишда 370 ва 560 мл ни ташиқ этди. Сафро ажралиб чиқиши кўпроқ бўлди. Сафронинг такрорий бактериологик текшируви билан микроблар титрининг сезиларли пасайиши аниқланади. Холедохни 0,06% ли натрий гипохлорит эритмаси билан 4 марта ювишдан кейин йирингли холангит кўриниши бутунлай сусайди. Такрорий қон текширувида: Нв-74 г/л, эр.- $2,0 \times 10^{12}$ /мкл, СП-0,7, тромб-243, л.- $8,1 \times 10^9$ /мкл, қон ивиш вақти-3.30"-5.50 ", п. -2%, с.-66%, эоз.-3%, лимфа.-24%, мон.-5, ЭЧТ-14 мм/соат. Биохимик қон текшируви: бил.-36,6 мкмол/л, АЛТ-0,78 ммол/л, АСТ-0,91 ммол/л, тим.син.-4, сийдик-7,56 ммол/л, қолдиқ азот-16 г/л, креат.-89,2 мкмол/л, умумий оқсил-55,3 г/л. Ультратовуш текшируви: интрагепатик ўт йўллари нормал, деворлари 3 мм қалинликда, умумий ўт йўлининг бўшлиғида дренаж трубкаси аниқланади.

Ўткир деструктив холецистит клиникаси ўрта оғирлик даражаси билан 69 нафар беморнинг 34 нафарига холецистэктомия (16-ЛХЭ, 18-ХЭ. шундан 8 таси кичик 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 кичик кесим орқали ХЭ қилинган. Яна 7 нафар беморга микрохолецистотомиядан сўнг ЛХЭ ўтказилган.

3.6-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўрта даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=69)

Касаллик клиникаси	Операция тури		Беморлар сони	
Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=69)	ПТГХС→	ЛХЭ	7	19
	ПТГХС →	МЛХЭ	7	
	ПТГХС +пункция биломап→	МЛХЭ	3	
	Фақат ПТГХС		2	
	ЛХЭ		16	50
	МЛХЭ		18	
	МЛХЭ, перивезикал абсцесснинг очиш		5	
	ЛХЭ ва қорин бўшлиғининг санацияси ва найлаш		3	
	Лапаротомия. Холецистэктомия ва қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш		8	

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 оширилди.

Клиник кузатув:

Бемор 3., 65 ёш, к/т.№ 3062/525, 2019-йил 12-феврал куни ўнг қовурга ёйи ости соҳасидаги кучли оғриқ, қалтираш, кўнгил айнаши, такрорий қусиш, сийдик рангининг қорайиши шикоятлари билан СамМИ клиникасига

ётқизилган. Бир ҳафтадан бери касал. У ўз касаллигини ёғли овқатларни ортиқча истеъмол қилиш билан боғлайди. Анамнезда у ўнг қовурга ёйи ости соҳасида бир неча марта ҳуружсимон оғриқларни сезган. Ультратовуш текшируви 2013 йилдан бери ўт пуфаги тошлар аниқланган.



3.6-расм. Бемор 3. ўт пуфаги ва ўт йўллари кўриб борилади, 65 ёшда.

Қабул қилинган беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси сарғиш рангда. Икки томондан ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак товушлари бўғиқ. Тил биров қуруқ, оқ қараши билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишда иштирок этади, пальпацияда ўнг қовурга ёйи ости соҳасида мушаклар таранглиги аниқланади. Катталашган ўт пуфагининг туб қисми қовурга ости соҳасида пальпация қилинади. Босиб кўрилганда оғриқ кучаяди. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати одатдаги рангда. Сийдик чиқариш эркин.

Умумий қон таҳлили: $Hb-96$ г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, $R/k-0,8$, тромб- 230 , л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, Кон ивиш вақти- $3.50''-4.00''$, п.- 3% , с.- 65% , эоз.- 1% , лимфа.- 20% , ду.- 7 , ЭЧТ- 25 мм/соат, Нт- 24 .

Биохимик қон текшируви: бил.- $149,65$ мкмол/л, бевосита- $138,27$ мкмол/л, АЛТ- $1,96$ ммол/л, АСТ- $1,34$ ммол/л, тим.син.- 2 , мочевино - $4,66$ ммол/л, қолдиқ азот - 17 г/л, креат.- $82,9$ ммол/л, умумий оқсил- $70,5$ г/л.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган.

Ультратовуш текширувида: ўт пуфаги 12×4 см, бўшлиғида диаметри 1 см гача бўлган конкрементлар аниқланади, ўт пуфагининг бўйнига бита конкремент тиқилиб турибди (4.8-расм). Холедох д-0,8 см, жигар ичидаги ўт йўллари кенгайган.

ЭКГда чап қоринча миокарднинг орқа деворининг ишемияси аниқланган.

Клиник таъхис: “Ўткир обструктив деструктив калькулёз холецистит. Механик сариқлик. Холангит”. 2019-йил 13-февралда ультратовуш текшируви назорати остида биринчи босқич микрохолецистотомия ўтказилган. Ўт йўллари декомпрессия қилиш мақсадида ЭПСТ ўтказишга ҳаракат қилинди. НБДни ўрнатишнинг иложи бўлмади. Сутка давомида микрохолецистотомиядан 10 мл миқдорида йирингли аралашма билан сафро ажралиб чиққан. 7 кун давомида антибиотик ва дезинтоксикацион терапия ўтказилган (цефтриаксон 1,0 вена ичига х 2 марта, метронидазол в/и).

Беморнинг аҳволи микрохолецистотомиядан кейинги 6-кун яхшиланган. Микрохолецистомадан кейин 8-кунда такрорий қон текшируви. Умумий қон таҳлили: Нв-86 г/л, эр.-3,2х10¹²/мкл, -0,8, тромб-230, л.-6,5х10⁹/мкл, қон ивиш вақти-3.50”-4.00” , п.- 3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, ду.-7, ЭЧТ-20 мм/соат, Нт-24. Биохимик текшируви: бил.-25,15 мкмол/л, бевосита бил-16,1 мкмол/л, АЛТ-0,92 ммол/л, АСТ-1,04 ммол/л, тим.син.-2, мочевина-4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

2019-йил 20-февралда эндотрахеал озғиқлантириш остида беморга кичик кесим орқали холецистэктомия, холедохолитотомия ўтказилди. Трансректал чизик бўйича 5 см узунликдаги ўнг қовурга ёйи ости соҳасидан тери кесмаси қилинган. Қорин бўшлиғи кўрилганда, катта чарви ўт халта ёпишган. Битишмалар ўткир ўтмас йуллар билан ажратилган, ўн икки бармоқ ичак девори ўт халтанинг Гартман чўнтагига ва ўт пуфагининг

бўйнига маҳкам ёпишганлиги аниқланди. Улар ажратилди. Гепатикоколедох мобилизация қилиниб кўрилди. Ўт пуфаги 15х6 см ўлчамда. Гепатикохоледох диаметри 2 см гача кенгайган. Бўйиндан холецистэктомия қилиниб, холедохотомия амалга оширилди. Босим остида холедохотомия тешигидан йиринг ва ўт чиқди. 1,5 см конкремент олиб ташланди ва ўмумий ўт йўлига А.В.Вишневский бўйича дренаж най ўрнатилиб, ташиқи дренажланди. Жигар ости соҳасига дренаж най ўрнатилди. Қорин бўшлиғи қуририлиб, операцион жароҳат қаватма-қават тикилди.

Операциядан кейинги давр силлиқ кечди. Операцион жароҳат битиши бирламчи. Дренаж трубкасида биринчи кунда 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик бор эди. Операциядан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланди. Бемор операциядан сўнг тўртинчи кун (26.02.2019) қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

3.7-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўрта даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n = 118)

Касаллик клиникаси	Операция тури	Беморлар сони	
Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холециститнинг клиникаси устунлиги билан кечган беморлар (n=118)	ЛХЭ	60	118
	ЛХЭ, жигар ости соҳасини санацияси дренажлаш	12	
	ЛХЭ ва қорин бўшлиғининг санацияси	1	
	ПТГМХС + билома пункцияси → МЛХЭ	2	
	МЛХЭ	33	
	Лапаротомия орқали ХЭ	7	
	Лапаротомия орқали ХЭ, қорин бўшлиғи санацияси ва найлаш	3	

Ўткир холецистит клиникасининг енгил даражали оғирлиги қайд этилган 118 беморда ХЭ операцияси 73 тасида лапароскопик усулда, 35 тасида кичик кесим орқали ва 4 тасида лапаротомия ёрдамида амалга оширилди.

Шундай қилиб, ўт тош касаллигининг асоратланган деструктив холецистит шаклларида 31 (13,7%) беморда 2 босқичли жарроҳлик йўли билан даволаш амалга оширилган. 190 нафар беморда (84,1%) бир босқичли радикал хирургик амалиёти ўтказилган.

221 беморда холецистэктомия операцияси амалга оширилган бўлса, асосан 107 (48,4%) ҳолатда кичик кесим орқали, 87 (39,4%) ҳолатда ЛХЭ, 17 (7,7%) беморга кенг лапаротомия усули билан операциялар ўтказилган. 5 (2,3%) ҳолатда беморларга холецистостомия билан жавоб берилган.

Шундай қилиб, деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўт тош касаллигининг асоратланган шакли 226 нафар беморнинг 31 нафарида 2 босқичли даволаш ўтказилиб, бу 13,7% ташкил этган. Улардан 14 оғир клиник ҳолатда бўлиб 35,9% ва 17 таси ўртача оғирлик ҳолатида бўлиб 24,6% ни ташкил этган.

§3.3. Ўт тош касаллиги асоратланган шаклларини ўткир йирингли холангит клиникаси билан беморларда миниинвазив декомпрессив усулларни қиёсий ёндашган ҳолда босқичма-босқич қўллаш орқали хирургик йўл билан даволашни такомиллаштириш

Ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан ва холедохолитиаз туфайли обструктив сариқлик 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 бемор киритилган.

Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги сабабли, даволашнинг 1-босқичидаги 20 (80%) беморларда эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), сўнгра назобилиар дренаж (НБД) муваффақиятли ўтказилган. 5 (20%) беморда НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугаган. Механик

сариклик ва холангитнинг прогрессив клиникаси қайд этилган ушбу 5 беморга ўнг қовурга ёйи ости соҳасидан кичик кесим орқали ХЭ ва холедохолитотомия амалиёти ўтказилган.

Холангиоген интоксикация клиникаси бартараф этилиб, аҳволи яхшиланган 20 беморга ЭПСТ иккинчи босқичда ўтказилгач 11 нафарида ХЭ, улардан 4 нафарида ЛХЭ, 7 нафарида эса минилапаротомия орқали ХЭ операцияси ўтказилган. Муваффақиятли ЭПСТ 5 пациент радикал хирургик операциядан воз кечди ва улар уйларига жавоб берилган.

Обструктив холангит ва ўткир холецистит клиникаси биргаликда келганда 4 беморга миниинвазив декомпрессив трансдуоденал аралашувлар – ЭПСТ литоэкстракция билан бажарилган. Ушбу беморларга ПТГМХС ҳам ўтказилди. Кейинчалик улардан 2 тасида МЛХЭ амалга оширилди. 2 нафари аҳволи сезиларли даражада яхшиланган ҳолда шифохонадан жавоб берилди.

3.8-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган оғир даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=25)

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси билан кечган беморлар (n=25)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	7	
	Фақат ЭПСТ		5	
	ЭПСТ ва ТТГМХС →	МЛХЭ	2	
	Фақат ЭПСТ ва ТТГМХС		2	
	МЛХЭ ва холедохолитотомия (ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганда)		5	5

Клиник кузатув:

Бемор С., 62 ёш, к/т №.9675/921, 2020-йил 10-сентябр куни ўнг ўнг қовурга ёйи ости соҳасидаги оғриққа, оғриқнинг бел соҳасига тарқалишига,

доимий кўнгил айнаши, қусиш, қалтираш шикоятлари билан СамМИ клиникасига ётқизилган. Ўзини бир неча кундан бери касал ҳисоблайди. Анамнезида у ўнг қовурга ёйи ости соҳасида бир неча марта хуружсимон оғриқни сезган. Ультратовуш текшируви 2016 йилдан бери ўт пуфагида тошлар аниқланган.

Қабул қилинганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси сарғиш. Икки томондан ўпкада везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак товушлари аниқ, ритмик. Тил бироз қуруқ, оқ рангли қоплама билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиш актида иштирок этади, пайпасланганда ўнг қовурга ёйи ости соҳасида мушакларнинг бироз таранглиги аниқланади, пайпасланганда шу соҳада оғриқ кучаяди, катталашган ўт пуфагининг туб қисми сезилади. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари ижобий. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати одатдаги рангда. Сийдик чиқариш эркин.



3.7-расм. Ўт пуфаги ва ўт йўлларидаги ультратовуш текшируви 3., 63 ёш.

Умумий қон таҳлили: $Hb-96$ г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, $R/k-0,8$, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, Қон ивиш вақти-3.50"-4.00" , п.- 3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-25 мм/соат, $Ht-24$. Биокимёвий қон текшируви: бил.-149,65

ммол/л, бевосита-124,27 ммол/л, АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,86 ммол/л, тим.син.-2, сийдикда .-4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 мкмол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

ЭКГ: юрак уриш тезлиги дақиқада 96 марта. Чап қоринча орқа деворининг ишемияси. ЭхоКГ: ФВ-56%. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган. Ультратовуш текиширувида: ўт пуфаги 5×2 см, бўшлиқда диаметри 1 см гача бўлган конкрементлар аниқланади, битта конкремент ўт пуфаги бўйнига тиқилиб қолган, холедох 1 см дан ортиқ кенгайган (4.9-расм).

Клиник таиҳис: “Ўткир деструктив калькулёз холецистит. Холедохолитиаз. Обструктив сариқлик” ўт йўллари декомпрессия қилиш мақсадида 2021-йил 11-сентябрда беморга биринчи босқичда холедохдан литоэкстракция билан ЭПСТ ўтказилган.

Беморнинг шифохонага ётқизилгандан сўнгги 10-суткада қўшимча касалликлари даволангандан кейин, эндотрахеал оғриқсизлантириш остида кичик кесим орқали холецистэктомия операцияси ўтказилди.

Операциядан кейинги давр силлиқ кечди, операцион жароҳатнинг битиши бирламчи. Дренаж трубкасида биринчи кунда 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик ажралган. Операциядан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланган. Беморга операциядан кейинги тўртинчи кун (2021-йил 25-сентябр) қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилган.

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

Умумий аҳолининг оғирлиги туфайли 17 беморда даволашнинг биринчи босқичида ЭРСТ, кейин эса НБД муваффақиятли ўтказилди. Холемик эндотоксикознинг белгилари енгиллашгандан сўнг иккинчи босқичда 15 беморда ХЭ бажарилди, шулардан 11 тасида ЛХЭ, 4 тасида мирилапаротом

кириш орқали ХЭ. Литоэкстракция ва ЭПСТ муваффақиятли ўтказилган 2 бемор якуний операциядан воз кечди.

3.9-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган ўрта оғир даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=31)

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси билан кечган беморлар (n=31)	ЭПСТ ва НБД →	ЛХЭ	11	17
	ЭПСТ ва НБД →	МЛХЭ	4	
	Фақат ЭПСТ		2	
	МЛХЭ ва холедохолитотомия		14	14

Механик сариқлик ва холангит билан енгил даражадаги 19 беморга холедохолитотомия билан бир босқичли ХЭ ўтказилган, шулардан 13 ҳолатда минилапаротом кириш, 6 тасида кенг лапаротомия йўли орқали операциялар бажарилган (3.10-жадвал).

3.10-жадвал

Ўт тош касаллигининг ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан кечган енгил даражадаги беморларда ўтказилган хирургик аралашув турлари (n=19)

Ўт тош касаллигининг обструктив холангит клиникаси билан кечган беморлар (n =25)	МЛХЭ ва холедохолитотомия	13	19
	Холедохолитотомия билан кенг лапаротомиядан ХЭ	6	

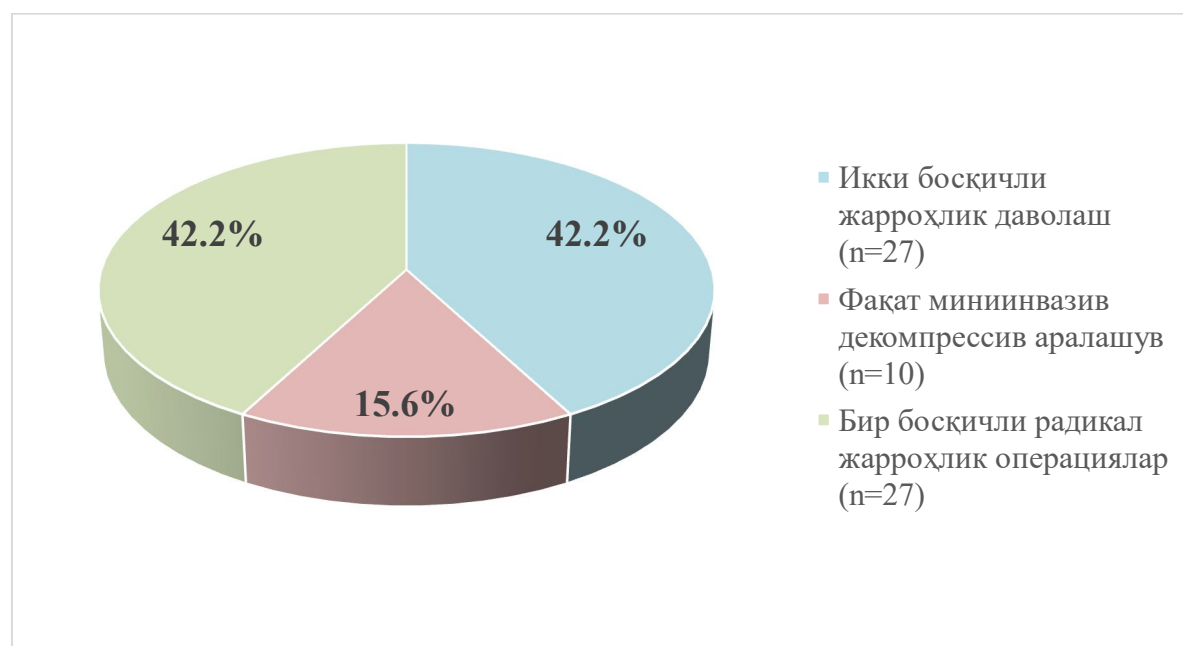
Шундай қилиб, механик сариқлик ва йирингли холангит клиникаси устунлиги билан 75 бемордан иборат гуруҳда 2 босқичли хирургик даволаш 28 нафарида (37,3%) амалга оширилган. Биринчи босқичда уларда ЭПСТ, НБД ва ПТГМХС билан биргаликда муваффақиятли амалга оширилди.

Холангиоген интоксикация бартараф қилинган уларда 2 босқичда ХЭ (ЛХЭ-15, МЛХЭ-13) операцияси ўтказилган. ЭПСТ кейин аҳволи сезиларли даражада яхшиланган 9 (12%) бемор амбулатор кузатув учун уйига жавоб берилган.

38 (50,7%) беморларда ХЭ холедохолитотомия билан ва холедохни ташқи дренажлаш операцияси бир босқичда амалга оширилган. Улардан 5 тасида ЭПСТ операцияси муваффақиятсиз натижаси сабабли амалга оширилди.

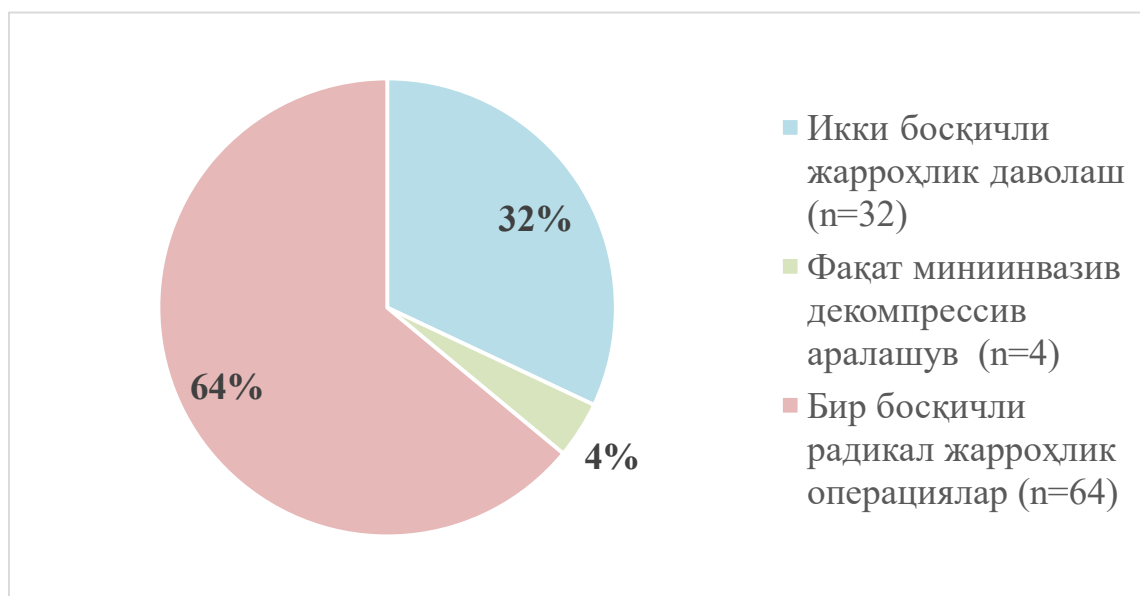
Боб бўйича хулоса

Шундай қилиб, Токио таснифи бўйича умумий аҳволи оғир даражада бўлган 64 беморнинг 27 (42,2%) операциядан кейинги асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли икки босқичли хирургик даволашд ўтказилган. 10 (15,6%) беморда ўт йўлларида миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекланилди. Бир босқичли радикал хирургик операцияси 27 (42,2%) беморда ўтказилган, ундан 13 (20,3%) ҳолатда перитонит (5 бемор) ёки перивезикал абсцесс (5 бемор) клиникаси бўлганлиги сабабли ёхуд ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганда мажбурий қилинган.

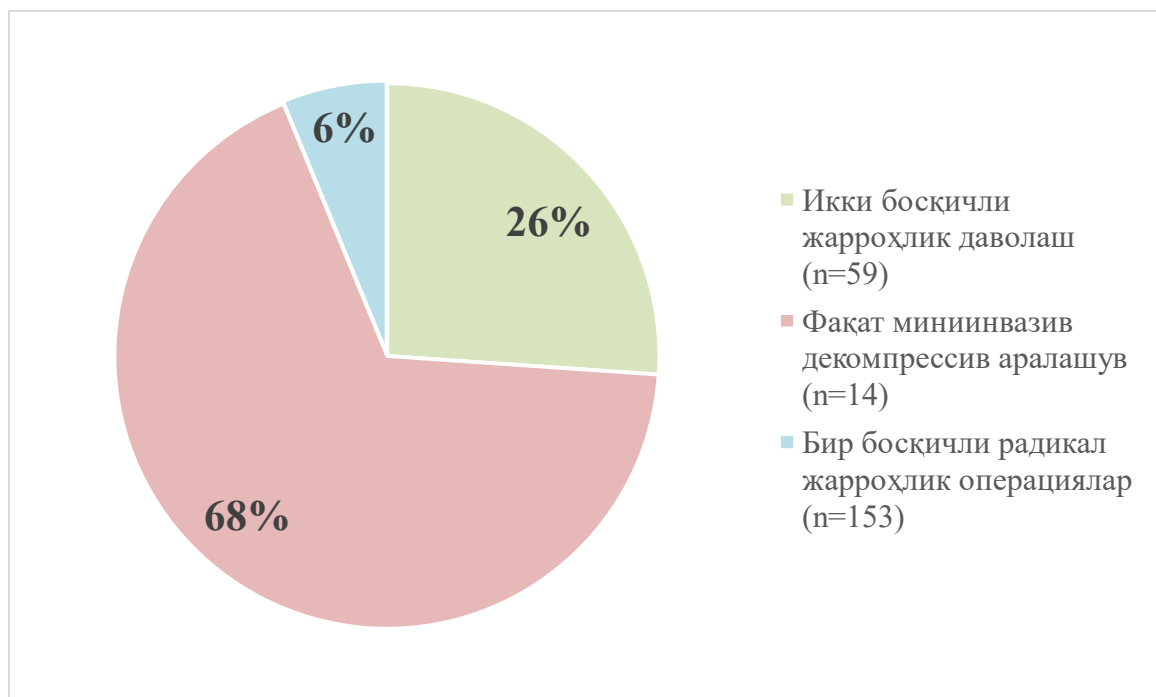


3.8-расм. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида оғир даражали ҳолатдаги беморларга ўтказилган хирургик аралашувлар (n =64)

Ҳолатининг ўртача оғирлик даражасидаги (n=100) беморларнинг 32 (32%) икки босқичли хирургик аралашуви, 74 (74%) беморда бир босқичли радикал хирургик амалиёти ўтказилди. 4 беморда миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекланилди.



3.9-расм. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида ўрта оғир даражали ҳолатдаги беморларга ўтказилган хирургик аралашувлар (n=100)



3.10-расм. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида беморларда ўтказилган хирургик аралашувлар (n= 301)

Асоратланган ўт тош касаллигининг асоратланган кечиши билан ва ҳолатининг оғирлик даражаси енгил бўлган 118 беморларда бир босқичли радикал хирургик амалиёти бажарилди.

Бизнинг тадқиқотимизда ҳаммаси бўлиб беморларнинг асосий гуруҳида (n=301) даволаш босқичларида миниинвазив декомпрессия аралашуви 73 беморда амалга оширилди, улардан 59 тасида даволашнинг 1-босқичи бўлган бўлса, 14 тасида – мажбурий якуний даволаш усули бўлиб қолди.

IV БОБ. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА МИНИИНВАЗИВ ХИРУРГИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ УСЛУБИЙ ВА ТЕХНИК ЁНДАШУВЛАРИНИНГ ПРИНЦИПЛАРИ

Ўт тош касаллигини даволашнинг кам инвазив усуллари, шу жумладан тери орқали трангепатик микрохолецистотомия, литоэкстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомия, лапароскопик холецистэктомия ва кичик кесим орқали холецистэктомия ўткир холециститнинг турли шаклларида тобора кўпроқ қўлланилишига қарамай, унинг методологик принциплари ва техник жиҳатлари тўлиқ ишлаб чиқилмаган ва стандартлаштирилмаган. Бу максимал хавфсизликни таъминлаш ва хирургик амалиётдан кейинги ва операция вақтидаги асоратларни олдини олиш учун ўткир холециститнинг турли шакллари ва унинг асоратлари бўйича услубий тамойиллар ва усулларни бирлаштириш ва индивидуаллаштиришни талаб қилади.

§4.1. Ультратовуш назорати остида перкутан - трангепатик микрохолецистотомия (ПТГМХС) нинг услубий тамойиллари

Асосий гуруҳ беморларнинг 38 нафарига перкутан трангепатик микрохолецистотомия (ПТГМХС) ўтказилган.

ПТГМХС амалга ошириш учун ўткир холецистит билан беморларни текшириш қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви билан бошланди.

Ўт пуфаги ва перивезикал тўқималарнинг ҳолати, ўлчами, деворларининг қалинлиги, ўт халта ичи суюқлигининг эхогенлигининг кўриниши, ташқи-ички контурларини баҳолаш, ўт пуфаги таркибидаги ўзгаришларни аниқлаш, суюқлик фракциялари ҳолати, тошларнинг силжиши ва ўт пуфаги ётоғининг эхо зичлиги баҳолаш керак.

Ўткир обтурацион холецистит ривожланишининг дастлабки босқичида ўт пуфагининг кўндаланг ўлчамининг 30 мм дан ошиши, кам ҳолатларда узунлигининг 100 мм дан ошиши аниқланди. Ўт халта девори бироз

қалинлашган бўлиши мумкин. Бундай сонографик кўриниш ўт пуфаги деворида деструктив ўзгаришларсиз ўткир холециститга тўғри келди.

Деярли барча беморларда ўт пуфаги девори эхогенлигининг гетероген шакли (икки ёки ундан ортиқ даражадаги эхо зичлиги комбинацияси) қайд этилган. Одатда, ўткир холецистит билан беморларда ўт пуфаги деворининг турли қисмларида ҳар хил қалинлик ва эхогенлик даражаси - "қатламланиш" мавжуд бўлиб, бу ўт пуфаги деворидаги деструктив ўзгаришларни кўрсатади. Ўткир холециститда перивезикал инфильтрат ўт пуфаги атрофида турли хил эхогенли ҳажмли ҳосилалар мавжудлиги билан характерланади. Эхо зичлигига боғлиқ ҳолда юмшоқ ва зич инфильтратга ажратдик. Юмшоқ инфильтратнинг эхогенлигини пастлиги, контурларнинг ноаниқлиги, турли соҳаларда эхо зичлигининг гетерогенлиги билан характерланади. Зич инфильтрат тўқималарнинг эхогенлиги кучайиши ва гетероэхогенлиги билан характерланди.

Шунга ўхшаш сонографик кўриниш ўт пуфаги атрофидаги гипоехогенлик перивезикал абсцесс шаклланган пайтида кузатилади.

Иккала гуруҳдаги беморларнинг аксариятида ўт пуфагининг кўндаланг ўлчами 30 ммдан ошганлиги аниқланиб, бу пуфак канали обтурацияси белгисидир. Ушбу маълумотлар турли муаллифларнинг маълумотларига мос келади. Кекса ва қари беморларда ўт пуфаги ҳажми 60 ёшгача бўлган беморларга қараганда 30 мм.дан кам (5,4% нисбатан 3,5%) бўлган, бу кекса ёшдаги беморларда бирламчи тошсиз гангреноз холециститнинг тез-тез учраши билан боғлиқ бўлган.

Кўпгина беморларда (97%) деструктив холециститда ўт халта девори қалинлашган (5мм дан ортиқ) бўлади.

Фақат 1,3% ҳолларда ўт пуфаги деворининг қалинлиги 10 ммдан ошган ва 1,7% ҳолларда девор қалинлиги 5 мм.дан кам бўлиши аниқланган.

Шундай қилиб, беморларни шифохонага қабул қилиш пайти ва динамик режимда ўтказилган ультратовуш текшируви ўт пуфагининг ўлчами, тошларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги, унинг девори ва перивезикал

тўқималарининг ҳолати, ўт халта каналининг обтурацияси бор ёки йўқлиги, ўт пуфаги деворидаги деструктив ўзгаришлар, перивезикал инфилтрат ёки абсцесс мавжудлиги ҳақида маълумот олиш имконини берган. Бундан ташқари, УТТ экстрагепатик ўт йўллариининг ҳолатини - ҳажми ва бир хиллигини баҳолашга ёрдам бериб бир вақтнинг ўзида холедохолитиаз ва билиар гипертензия синдроми мавжудлигини аниқлаш имконини ёрдам берди.

Қорин бўшлиғига сафро оқиб кетишининг олдини олиш билан оператив канални герметиклигини сақлаш мақсадида қатъий ультратовуш текшируви остида ўт пуфаги жигар паренхимаси орқали дренажланди. Хирургик ҳажмидан қатъий назар дренажлаш жараёнининг ўзи охирида махсус "саватча" бўлган, катетер диаметри 4Ф ва 9Ф бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилди.

Ушбу хирургик аралашувни танлаш ўткир деструктив холецистит билан беморларда уларнинг оғир аҳволи фонида, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар хавфи юқори бўлган беморларда, шошилишч очиқ хирургик холецистотомияга альтернатива ҳисобланади. Барча операциялар қатъий ультратовуш назорати остида амалга оширилган. Механик сариқлик белгилари аниқланган ҳолатларда ўт пуфагининг дренажланиши ўт йўллариининг декомпрессиясига ва натижада сариқликни бартараф этишга имкон берган.

Перкутан аралашувнинг барча хирургик амалиёти 3,5 МГц режимида ишлайдиган сектор сенсорли ультратовуш аппарати ёрдамида бажардик. Ушбу аппаратнинг телемонитори пункцион траекториясини мақсадли аъзога йўналтириш учун электрон матрицани ўз ичига олади. Ишнинг ўзига хос хусусияти - пункцион игна ёрдамида тахминан 20° градусли бурчагини аниқлаш, бунда асбобнинг товуш зарби монитордаги чизиққа тўғри келиши керак (4.1-расм).



4.1-расм. Сонодиапевтиклар назорати остида тери орқали транспепатик микрохолецистотомия

Дренаж қўйиш жараёни охирида махсус "сават" бўлган "соябон" стилет катетери ёрдамида амалга оширилди, катетер диаметри Шарьер шкаласи бўйича 4F ва 9F, катетернинг узунлиги 25 см. Бу катетернинг ўзига хос хусусияти шуки, у конуссимон бўлиб торайишидир. Маҳкамланган катетер чўзилганда, "сават" нинг қаноти текисланади ва бу катетерни операция каналининг бўшлиғига эркин киритиш имконини беради (4.2-расм).



4.2-расм. Тери орқали - стилет-катетер ёрдамида транспепатик микрохолецистотомия: а – жигар орқали ўт пуфагига катетер билан пункцион игна киритилган; б – ўт пуфаги бўшлиғида шакл хотираси бўлган катетер мавжуд (схема)

Ўт пуфаги бўшлиғида шакл хотираси бўлган катетер мавжуд бўлиб, у бўшлиқда мустаҳкам ўрнатишга ва стилетни тортиб олиш вақтида ундан тушмасликка имкон беради, "сават" эса материалнинг "хотираси" туфайли асл ҳолатига қайтади. ПТГМХС асептик шароитда ультратовуш текширувининг қатъий назорати остида махсус жиҳозланган хонада амалга оширилди.

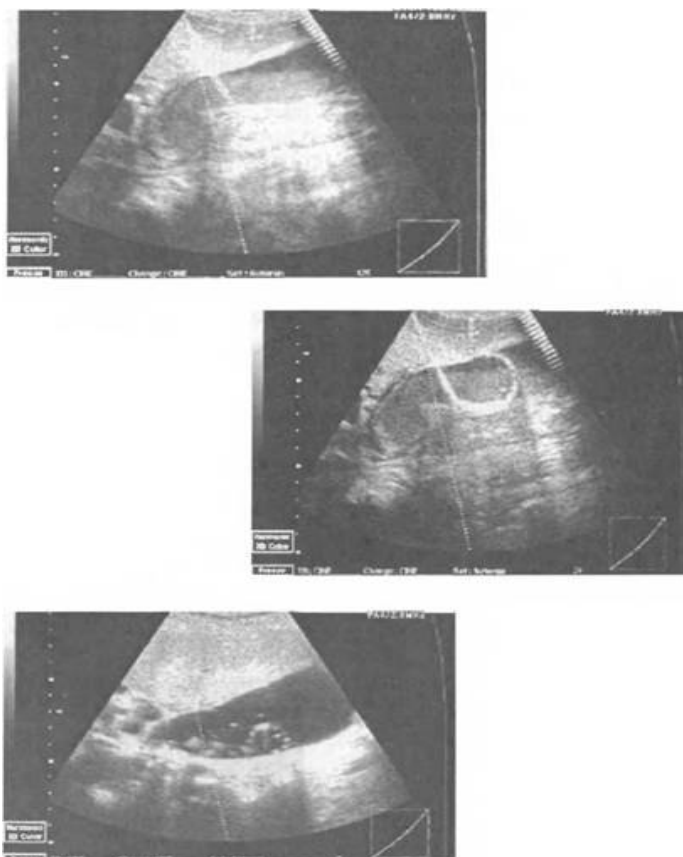
Амалиётни ўтказиш йўли: Беморнинг қорни терисига йоднинг 3% спиртли эритмаси билан ишлов берилиб инъекция қилинадиган жойдан тери, тери ости тўқималари ва қорин олд деворининг мушаклари новокаин ёки тримекаиннинг 0,25% эритмаси билан оғриқсизлантirik. Кейинчалик қаватма-қават кесма тери, тери ости ёғ тўқимаси, m. *Obliquus externus abdominis* ни апоневрози икки томонлама кесадиган скалпель ёрдамида 1+1,5 см чуқурликда кесилади. Ультратовуш назорати остида нафасни ушлаб турган ҳолатида катетернинг дистал учини маҳкамлаб, ўт пуфаги дренажланади. Катетер дренаж "савати" тўлиқ ўт пуфаги бўшлиғига тушгунча олдинга сурилди, сўнгра катетерни маҳкамлаб стилет олиб ташланади.

Дренаж трубкасини терига 2 дона ипакли чоклар билан мустаҳкамладик. Ўт пуфаги проекциясининг анатомик ўзгарувчанлиги-ни ҳисобга олган ҳолда, ҳар бир бемор учун пункцион нуқтаси индивидуалдир, шунингдек жигарнинг функционал ҳолатини ҳам эътибордан четда қолдирмаслик керак, бу ҳам унинг жойлашиши ҳолатини ўзгартириши мумкин. Пункция қилинадиган жой кўпинча *Linia claviculæ media* қовурға ёйи четидан пастда ўтишига тўғри келади.

ПТГМХС жигар паренхимасидан ўт пуфагининг белгиланган проекциясида унинг четидан 1,5-2 см масофада ўтиб амалга оширилади. Бу проекция ўт пуфагининг энг кенгайган нуқтаси ҳисобланиб унинг тана ва туб қисмига тўғри келиб УТТ назорати остида айнан шу жойдан ўтишга имкон яратади. Маълумки, ўт пуфаги орқа деворининг жигарга анатомик бириккан қисми жуда ўзгарувчан, шунинг учун ушбу омилни ҳисобга олган ҳолда ўт пуфагининг турли ультратовуш кесимлари ёрдамида кириш йўлини тўғри ҳисобга олиш лозим (4.3-расм).

Кўпинча траекторияни фақат ўт пуфагининг ультратовуш бўйича бўйлама кесимини ҳисобга олган ҳолда танланса, катетернинг киритилиши унинг жигар паренхимаси билан бирлаштирилмаган соҳасига киришига олиб келади ва бу аралашув вақтида сафронинг қорин бўшлиғига тушишининг асосий сабаби бўлади. Шунга ўхшаш асорат жигар орқали ўтказилмаган

микрохолецистостомия ўрнатишда ҳам учраши мумкин. Юқоридаги ҳолатларни эътироф этган ҳолда, ўт пуфагининг кўндаланг ультратовуш кесими маълумотларидан фойдаланган ҳолда траекторияни ҳисобга олиб сенсор шундай ўрнатиш керакки, сканерлаш пайтида пункцион текислик жигар паренхимаси орқали ўт пуфагининг бўйлама кесимининг максимал қиймати нуқтасидан ўтиши керак.



4.3-расм. Сонограмма. ПТГМХС амалга ошириш босқичлари

ПТГМХС тўғри ўтказилса ўт пуфаги таркибини тўлиқ эвакуация қилиш амалга оширилади, ундан сўнг ўт халта бўшлиғи тоза ювиб туриш учун дренаж найни бироз узайтирдик. Эхографик текшириш ёрдамида ўт пуфагини бутунлай бўшаганлигини баҳолаган бўлсак, дренаждан чиқадиган ажралманинг тозаллигини визуал равишда баҳоладик. Одатда, агар ўт пуфаги бўшлиғидаги катетер нормал ишлаб турса ультратовуш текширувида аъзо бўшлиғи кўринмайди.

4-бобда кўрсатилганидек ПТГМХС сўнг ХЭ иккинчи босқичда 21 беморда ўтказилди (ЛХЭ 13, МЛХЭ 18 беморларда). Улардан ЭПСТ билан

биргаликда ПТГМХС 2 беморда ўтказилди ва МЛХЭ билан тугалланган. 5 беморда ПТГМХС ўтказилиши даволашнинг якуний усули бўлиб қолди. Шунингдек, катта ЭПСТ билан биргаликда беморда ПТГМХС бирга қўлланилиши 2 бемор учун даволашнинг якуний усули бўлди.

Клиник кузатув

Бемор Л., 71 ёш, к/т №.4923/957, 2021-йил 15-мартда СамМИ клиникасига ётқизилган. Ўнг қовурга ёйи ости соҳасидаги тортилиб оғришига, кўнгил айланиши ва қусишига шикоят қилиб келди. Ўзини уч кундан бери касал ҳисоблайди. Анамнезда у ўнг ўнг қовурга ёйи ости соҳасида бир неча марта хуружсимон оғриқларни ўтказган. 2018 йилда ўт пуфагида тошлар ультратовуш текширувида топилган. Қабул қилинганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси сарғиш тусда. Икки томондан ўпкада везикуляр нафас эшитилади, хириллаш йўқ. Юрак товушлари аниқ, ритмик. Тили оқ рангли караш билан қопланган, озгина қуруқ. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиш актида фаол иштирок этади, пальпацияда ўнг қовурга ёйи ости соҳасида мушакларнинг таранглиги, оғриқ, катталашган ўт пуфагининг туб қисми аниқланади. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари ижобий. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати одатдаги рангда. Сийдик чиқариш эркин.



4.4-расм. Бемор З., 74 ёш. Ўт пуфаги ва ўт йўлларидаги ультратовуш текшируви

Умумий қон таҳлили: Hb-96 г/л, эр.-3,4х10¹²/мкл, Р/к-0,8, тромб-230, л.-9,7х10⁹/мкл, Қон ивиш вақти-3.50"-4.00" , п.- 3%, с.-65%, эос.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-25 мм/соат, Нт-24. Биокимёвий қон текшируви: бил.-79,65 ммол/л, бевосита-64,27 ммол/л, АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,86 ммол/л, тим.син.-2, мочевино .-4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 мкмол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

ЭКГ: юрак уриш сони дақиқада 90 марта. Чап қоринча латерал деворининг ишемияси, Гисс тўпламининг ўнг оёқчаси блокадаси. ЭхоКГ: ЧФ-54%. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган. Ультратовуш текширувида: ўт пуфаги 15×8 см, бўшлиғида диаметри 1 смгача бўлган конкрементлар аниқланади, ўт пуфагининг бўйнига тиқилган битта конкренит аниқланади, обструктив холецистит белгилари.

2021-йил 13-апрелда ўт йўллари декомпрессиялаш мақсадида, “Ўткир обструктив, деструктив калькулёз холецистит” клиник таъхиси билан беморга биринчи босқичда ПТГМХС ўтказилди.

Бундан ташқари, шифохонага ётқизилганидан сўнг коморбид патология коррекция қилиниб, 10 суткада эндотрахеал оғриқсизлантириш остида Прибрам бўйича кичик кесим орқали холецистэктомия ўтказилди. Трансректал равишда 5 см узунликдаги ўнг қовурга ёйи ости соҳасидан тери кесмаси қилинган. Қорин бўшлиғини очгандан сўнг, операцион жароҳат биз таклиф қилган ретрактор билан кенгайтирилди. Қорин бўшлиғи кўрилганда катта чарви ўт пуфагига ёпишган, битишмалар ўткир ва ўтмас йўллар билан ажратилди. Ўн икки бармоқ ичак девори Гартман сумкаси ва ўт пуфагининг бўйин қисмига бир-бирига маҳкам ёпишган. Гепатикохоledохни кўриш қийин. Ўт пуфагининг ўлчами 15х6 см. Ўт пуфагининг бўйин қисмини изоляция қилиш ва гепатикохоledохдан ажратишга уриниш ковак аъзо ёки найсимон тузилмаларнинг шикастланиш хавфи мавжуд. Шу муносабат билан ўт пуфагининг туб қисми очилиб, ўт халта девори зич инфильтратгача кесиб борилди, ўт пуфаги бўшлиғидан конкрементлар ва йиринг аралашмаси билан қуюқ ўт чиқди. Кейинчалик, Прибрам бўйича холецистэктомия бажарилди.

Жигар ости соҳаси дренажланди. Қорин бўшлиғи қуритилди. Операцион жароҳат қаватма-қават тикилди. Терига йод, спирт, асептик боғлама қўйилди.

Операциядан кейинги давр силлиқ ўтди, операцион жароҳат бирламчи битди. Дренаж трубкасида биринчи кунда 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик чиқди. Операциядан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланди. Бемор операциядан кейинги тўртинчи кун (2021-йил 27-апрел) қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

§4.2. Эндоскопик папиллосфинктеротомиянинг (ЭПСТ) услубий таъминоти

Ўткир обструктив йирингли холангит клиникаси устунлиги билан асосий тадқиқот гуруҳининг 37 беморларида эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиёти амалга оширилган. Яна 5 нафар беморда ЭПСТ ўриниш муваффақиятсиз тугаган.

Биз клиник кузатувни тақдим этамиз.

Бемор Р., 63 ёш, к/т № 2077, 2020-йил 15-январда ўнг қовурга ёйи ости соҳасидаги оғриқ, бутун танадаги титроқ, тана ҳароратининг 39°C гача кўтарилиши, кўнгил айланиши, қусиш, кўз склераси рангининг сарғайиши сийдик рангининг қорайиши шикоятлари билан клиникага ётқизилди. Ўзини бир ҳафтадан бери касал ҳисоблайди. У ўз касаллигини ёғли овқатларни кўп истеъмол қилиш билан боғлайди. Анамнезида ўнг қовурга ёйи ости соҳасида бир неча бор хуружсимон оғриқлар бўлиб ўтган.

Қабул қилинганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси сарғиш. Икки томондан ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, аорта устида иккинчи тон акценти эшитилади, пульс ритмик, таранг. Тили биров қуруқ, оқ рангли қоплама билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишда иштирок этади, пальпация пайтида ўнг қовурга ёйи ости соҳасида ва эпигастрал соҳада оғриқ бор. Мерфи ва Ортнер-

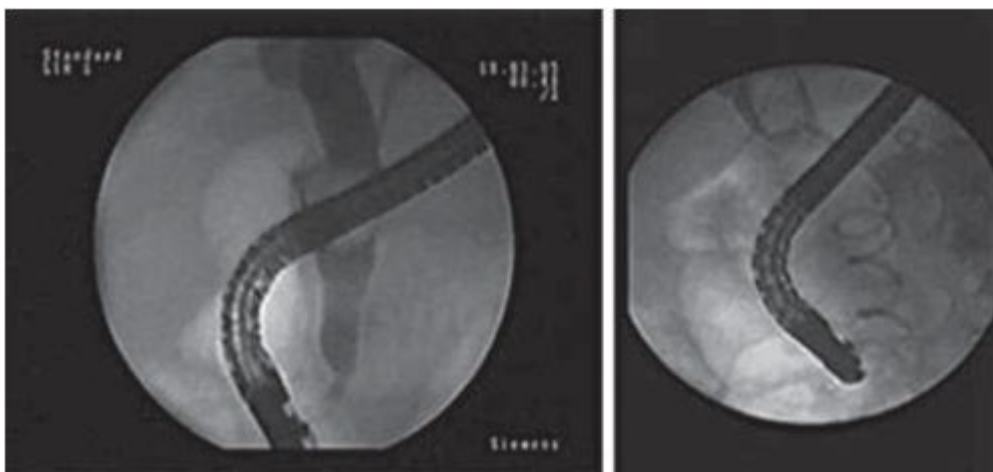
Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати одатдаги рангда. Сийдик чиқариш эркин.

Умумий қон таҳлили: Нв-110 г / л, эр.-3,7х10¹² / мкл, Р/к - 0,8, тромбо-230, л.-12,7х10⁹ / мкл, Қон ивиш вақти-3.50 "-4.00" , п.- 3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-25 мм/соат.

Биохимик қон текшируви: бил.-45,65 мкмол/л, бевосита-24,27 мкмол/л, АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,34 ммол/л, тим.син.-2, мочевино .-4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л,

Кўкрак қафаси рентгенограммасида патология аниқланмайди.

Ультратовуш текширувида: ўт пуфаги 8,0×4 см, бўшлиғида диаметри 1 см гача бўлган тошлар аниқланади, холедох 1,2 см гача кенгайган, бўшлиғида 0,8 см гача бўлган тош борлиги, жигар ичидаги ўт йўллари кенгайиб кетганлиги аниқланади. Тадқиқотлар асосида клиник таъхис қўйилди: “Ўткир калькулёз холецистит, холедохолитиаз, холангит. механик сариқлик. 2020-йил 14-январда биринчи босқичда холедохолитоекстракция билан ЭПСТ амалга оширилди. 0,8 см.ли тош олиб ташланди ва йирингли қуюқ ўт суюқлиги ажралиб чиқди. Декомпрессия қилиш учун НБД ўрнатилди (4.5-расм).



4.5-расм. Назобилиар зонднинг эндоскопик ўрнатилиши: а) ЭРПХГ умумий ўт йўлининг бўшлиғида тош кўринади, б) назобилиар дренажнинг эндоскопик ўрнатилиши

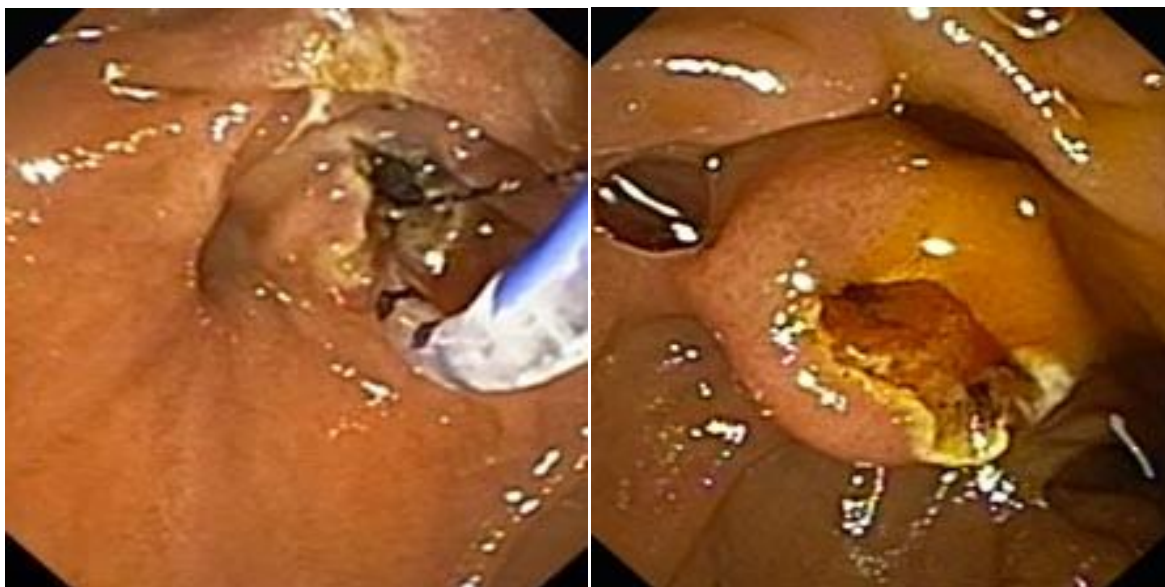
5 кун давомида ўт йўллари НБД орқали 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан ювилиб, яллигланишга қарши ва детоксикацион терапияси ўтказилди. НБДдан кейин 5-кунда такрорий қон текшируви. Умумий қон таҳлили: $Hb-105$ г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, РК - 0,8, тромбо-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /мкл, Кон ивиш вақти-3 .50'' -4.00'', п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, мон.-7, ЭЧТ-15 мм/соат. Биохимик қон таҳлили: бил.-22,15 мкмол/л, бавосита-7,1 мкмол/л, АЛТ-0,92 ммол/л, АСТ-0,34 ммол/л, тим.син.-2, мочевино .-4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л. Беморнинг аҳволи яхшиланиб, қорин бўшлиғидаги яллигланиш белгилари ўтгандан сўнг, лапароскопик холецистэктомия техник қийинчиликларсиз режаслаштирилган тарзда амалга оширилди.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги давр силлиқ ўтди, дренаж трубкасида биринчи кун 5 млгача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик чиқди. Операциядан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланди. Бемор ЛХЭдан кейинги учинчи кун қониқарли ҳолатда уйга жаво берилди.

ЭПСТ стандарт дуоденоскоп, электрохирургик блок ва сфинктеротомия ёрдамида амалга оширилди. Кўпгина ҳолларда, тортма типдаги (pull type) сфинктеротом ишлатилган, бу пластик катетер бўлиб, унинг ичига металл сим қўйилган ва катетернинг дистал қисмида сим дренаж бўшлиғидан ташқарида жойлашган, кейин у папиллотомнинг охирига ўтувчи махсус қобикқа жойлаштирилган. Сфинктеротом чўзилганида ипнинг дистал учи эгилади, шу орқали асбоб ишлайдиган "кесувчи" ҳолатга келтирилади.

Бугунги кунга келиб сфинктеротомлар контраст, ўтказгич ва бошқаларни киритиш учун ишлатиладиган каналлар сонига қараб турли хил модификацияларга эга. Металл ипнинг узунлиги ҳам ўзгарувчан - 20 дан 40 мм гача, шуни ҳисобга олиш керакки, кесиш ипининг узунлиги қанчалик узун бўлса уни КДС да тўғри йўналтириш имконияти шунчалик катта бўлади. Шунингдек, қўшимча канал мавжудлиги биринчи навбатда, ўтказгич учун катта имкониятлар яратади, бу эса қайта канюлизация қилиш, контраст моддаларни киритиш имконини беради. Агарда ЭПСТ бажариш учун қўшимча

кўрсатмалар аниқланса сфинктератомни қўшимча канал орқали ўтказиш мумкин, шунингдек, тўқималарни ажратиш пайтида асбобнинг ишчи қисми катта дуоденал сўргичдан сирғалиб кетмасдан маҳкам ўрнатилади (4.6-расм).



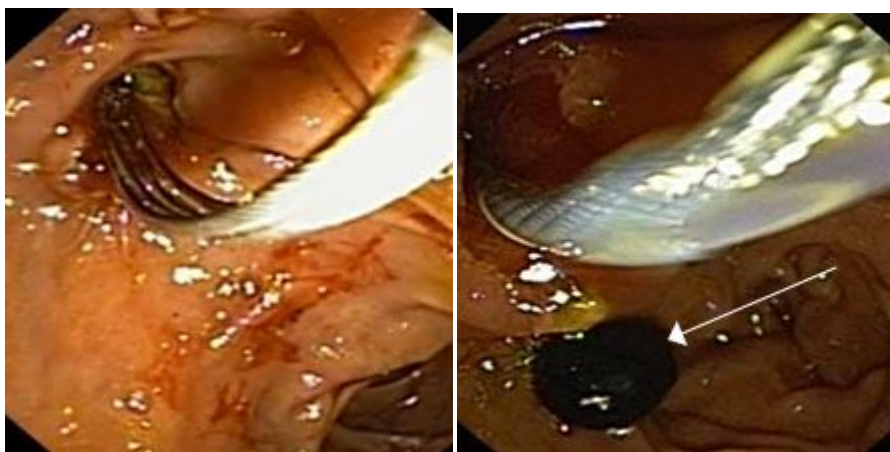
**4.6-расм. Бемор Д., 50 ёш. Эндоскопик папиллосфинктеротомияни
бажариш босқичлари**

Папиллосфинктеротомия вақтида беморда оғриқсизлантириш етарли даражада бўлиши керак - бунга анестетикларнинг турли синфларига мансуб дори воситаларининг комбинацияси орқали эришиш мумкин. Перистальтикани камайтириш учун "Атропин" препарати мушак орасига, "Метацин" томир ичига юбориш тавсия этилади. Инфекцион-яллиғланиш реакциянинг ривожланишига йўл қўймаслик учун манипуляциядан олдин антибиотиклар ва сандостатин қилинди.

ЭПСТ техникасида КДС папиллотомнинг кесадиган тортилган симини тўғри йўналтириш ҳолатига эришиш лозим. Ушбу воситанинг технологик ечими асбоб катта сўргич соҳасида соат 6 да жойлашишини, папиллотомнинг кесувчи тортилган сими эса соат 12 да бўлиши керак. Бироқ, амалда ҳатто сфинктеротом зич фиксация бўлиб турганда ҳам аниқ ориентация олиб бўлмайди. Бунга кесиш симининг максимал 11-1 ичидаги кичик оғишлари сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, симнинг шундай ҳолатига эришиш керакки, унинг кичик қисми кесиш вақтида доимо тўқима структуралари

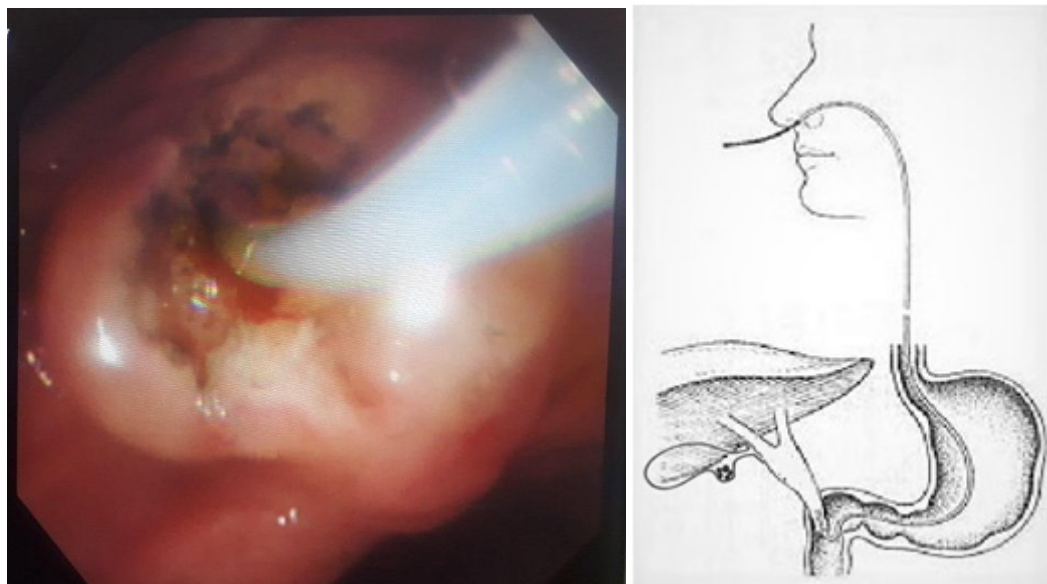
билан контактда бўлиши керак бўлади. Агарда тўқималарнинг катта қисми билан контакт бўлганда қўлланиладиган куч тўқима структураларини кесиш учун етарли бўлмаслиги мумкин.

Бу жараёнда дуоденоскопнинг ҳолати ва унинг йўналиши муҳим рол ўйнайди. Энг мақбул - эндоскопнинг пастки қисмида папиллотомнинг жойлашиши, яъни биз каналнинг бундай йўналишига эришишга ҳаракат қиламиз, у ўт йўлларига боришига мос келади. Вариантлардан бири – бу ўн икки бармоқ ичакнинг бўшлиғига узун халқа ҳосил қилиб чуқур киритишдир. Ундан ташқари, тортилган кесувчи симни соат 12 да жойлаштириш учун аппарат винтлари ҳолатини ўзгартирган ҳолда кўтаргичдан фойдаланиш мумкин. Кесишда операцион кесим қирраларининг коагуляция даражасини ва энг муҳими унинг узунлигини қатъий назорат қилиш керак, тўқималарни қисқа оқимли ток билан аста-секин кесиш лозим. Сфинктеротом кесувчи симининг учи тўқималар билан тўлиқ контактга эришиш учун каналдан тўхтовсиз аста-секин чиқариб олиниб туриши керак (4.7-расм).



4.7-расм. Сфинктеротомия босқичи

Барча ҳолатларда ЭПСТ назобилиар дренажни ўрнатиш билан яқунладик (4.8-расм).



4.8-расм. Эндоскопик папиллосфинктеротомия ва назобилиар дренажни ўрнатиш

ЭПСТ эндоскопик операция хонасида дуоденоскоп, электрохирургик асбоблари ва сфинктеротом ёрдамида бажардик. Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, 5 беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугади, бир ҳолатда беморда ўлимга олиб келадиган ўткир панкреатит ривожланди, бошқа 1 кузатувда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш консерватив тарзда даволанди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳнинг 73 беморида миниинвазив декомпрессияли хирургик даволаш амалга оширилди, бу 24,2% ни ташкил этди. Ушбу беморларда ўт йўллариининг дастлабки миниинвазив декомпрессиясидан сўнг, иккинчи босқичда 7-14-кунларда 59 ҳолатда ХЭ бажарилди, улардан 28 таси ЛХЭ, 31 тасида МЛХЭ ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги 228 нафар беморда бир босқичли радикал операция - холецистэктомия ўтказилди, бу контингент умумий сонининг 75,7 % ташкил этади. Усулларнинг турли хили қўлланилди: шундан 137 бемор минилапаротомия усулидан фойдаланган ҳолда операция қилинди, 84 беморда ЛХЭ ўтказилди; 27 беморда ХЭ кенг лапаротомия усули билан амалга оширилди.

Шундай қилиб, ХЭ миналапаротом киришдан фойдаланган ҳолда беморларнинг асосий гуруҳида жами 158 операция (жами операциялар ҳажмининг 55,1%) амалга оширилди; 27 ҳолатда (9,4%) кенг лапаротомиядан фойдаланилган; ЛХЭ – 102 (35,5%) нафарни ташкил этди. Касалликнинг оғир кечиши сабабли 14 нафар беморда холецистэктомия ўтказилмади.

§4.3. Деструктив холецистит ва унинг асоратларида мини-кириш орқали холецистэктомия операциясини бажариш усуллари

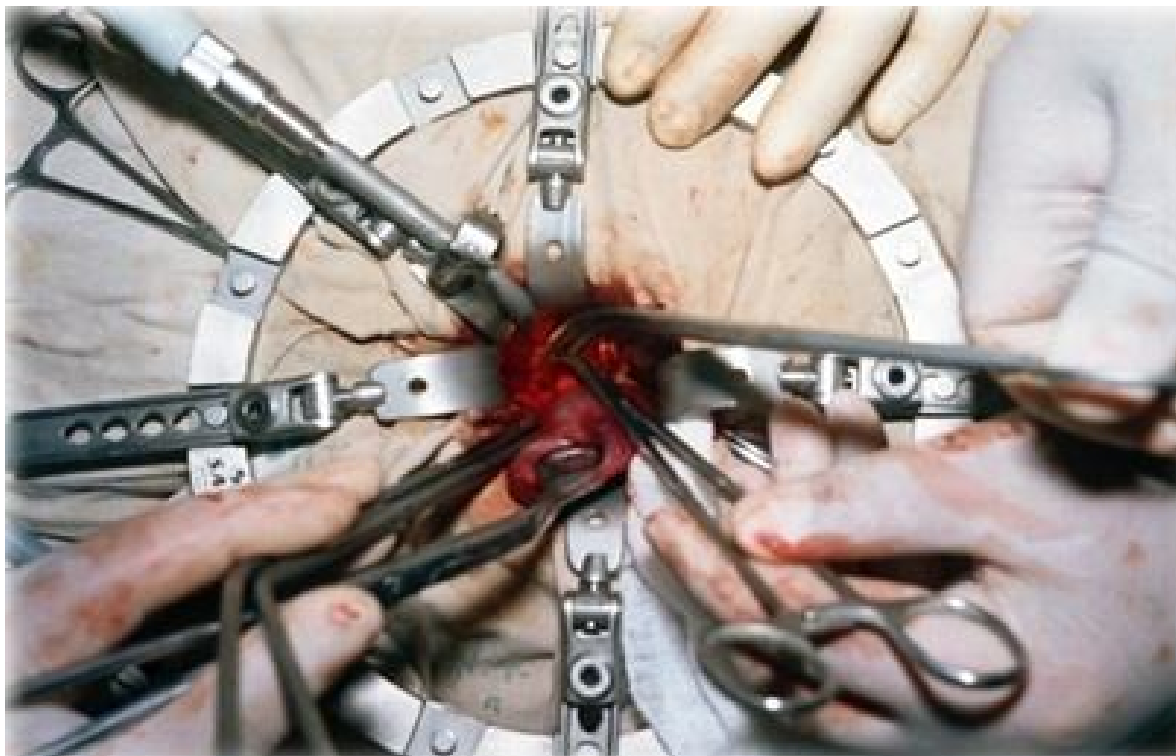
Кичик кесим орқали холецистэктомияни амалга ошириш учун М.И. Прудковнинг "миниассистент" асбоблар тўпламидан фойдаландик. Операциядан олдинги текширув жараёнида ультратовуш текшируви асосида хирургик кириш жойини танлашга алоҳида эътибор қаратдик.

Қорин бўшлиғининг ўрта чизиғига параллел равишда ўт пуфагининг ички контурининг проекциясига 1,5-2 см медиал - параректал ёки трансректал кесма қилинади. Кесимнинг узунлиги ўртача 4 смни ташкил этиб ва унинг катта кичиклиги беморнинг тана тузилиши ва тери ости ёғ қатламининг қанчалик ривожланганлигига боғлиқ бўлди. Ушбу жарроҳлик кесими ўт пуфаги ва унинг бўйни, гепатодуоденал боғлам элементларини оптимал кўришга имкон беради ва бу ўткир деструктив холециститнинг перивезикал асоратлари мавжудлигида жуда муҳимдир. Операцион жароҳатни кенгайтирувчи илгакларнинг ишончли ўрнатилиши қулайлиги учун, қорин парда ва кўндаланг фасцияни терига тикиб қўйиш мажбурий бўлиб, қўшимча равишда хирургик жароҳатни эндоген микрофлора билан интероперацион микроблари билан ифлосланиш нуқтаи назаридан ҳимоя қилишни таъминлади.

Миникириш орқали холецистэктомия бажаришнинг кейинги методологияси кўп жиҳатдан ўткир холецистит шаклига ва перивезикал асоратларнинг мавжудлигига боғлиқ.

Миналапаротом кесим орқали ХЭ қуйидаги тарзда амалга оширилди: ўнг қовурға ёйи остида 4-5 см узунликдаги вертикал трансректал кесим

ўтказдик. Ретрактор-ойнани қўллаш ёрдамида катта кўриш операция майдони ҳосил бўлади, бу эса операция жараёнини кузатиш, операция вақтида жарроҳлик асбобларидан эркин фойдаланиш имконини беради. Ретрактор-ойнадан фойдаланиш операция майдони, шунингдек операция йўналишини, ўзгартиришлар киритиш, бир нечта жарроҳлик аралашувларни амалга ошириш, масалан, холедохнинг ташқи дренажи ёки холедохолитотомия кабиларн ўтказишга ёрдам беради (4.9-расм).



4.9-расм. САН "миниассистент" асбоблари (Россия)

Минилапаротом кириш йўли орқали холецистэктомиядан фойдаланишнинг асосий сабаби, у лапароскопик холецистэктомияга мутлоқ қарши кўрсатма бўлган ҳолатларда бажарилади. Биз минилапаротом кириш йўли орқали ХЭ операцияларини гепатодуоденал боғлам соҳасида инфильтрат ва битишмалар мавжуд бўлганда, анамнезидан лапаротомия операцияси ўтказилган бўлса, ўт пуфагининг жигар ичи жойлашуви, 2-3 даражали семизлиги бор беморларда бажардик. Таранглашган пневмоперитонеум натижасида юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг поликормобид

касалликлари мавжудлиги сабабли юқори хавф ривожланиши мумкин бўлган беморларга минилапаротом кириш йўли орқали лапаротомия қилиш тавсия этилади.

Шундай қилиб, минилапаротом кириш йўли орқали лапаротомия қилиш шубҳасиз афзалликларга эга усул ҳисобланади, бу техник жиҳатдан очик лапаротомия операциясига ўхшашлиги, операция давомида тўлиқ визуал назорат мавжудлиги ятроген асоратларнинг ривожланиш хавфини бир неча марта камайтириш имконини беради ва энг асосийси, қийин вазиятларда тезда очик кенг лапаротомияга ўтиш имкониятининг мавжудлигидир.

§4.4. Лапароскопик холецистэктомия операцияси бажарилаётган вақтда модификациялаштирилган операция усуллари

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ҳаммаси бўлиб 102 беморда ЛХЭ, шундан 28 беморда дастлабки миниинвазив декомпрессиядан сўнг 2-босқичда ўтказилди. «Karl Storz» фирмасининг эндовидеохирургик қурилма ва асбобларидан фойдаланган ҳолда 84 беморда 1 босқичда сифатли радикал операция бажарилди.

Стандарт бўйича киндикнинг юқори контури бўйлаб киритилган стандарт Вереш игнаси орқали (6-10 мм.сим.уст) карбоксиперитонеум ҳосил қилинди. Стандарт нуқталарга 4 троакар қўйилди ва асбоблар қорин бўшлиғига киритилиб, операция қорин бўшлиғини ревизия қилишдан бошланди.

Ўнг қовурға ва жигар ости соҳаларидаги битишма, инфильтратлар ҳисобига кириш чекланган пайтларда катта чарви, ўн икки бармоқ ичак, кундаланг чамбар ичакнинг жигар бурчаги ва ингичка ичакнинг қовузлоқларини суриш учун чап томондан ўрта ўмров чизиғи бўйлаб, қовурға ёйи ости соҳасидан 3-4 см пастдан 5 мм.ли троакардан фойдаланилди. Бундан ташқари, Фовлер ҳолатида операция стол 15 градусга ва столнинг чапга эгилишини 15-20 даражага ўзгартирдик. Бундай ҳаракатлар ўт пуфагини, унинг бўйнини ва гепатодуоденал боғламларни кўришни сезиларли даражада

осонлаштиради ва бу соҳада интероперацион жароҳатлар хавфини камайтирди.

Қорин бўшлиғининг юқори қисмларида илгари ўтказилган операциялардан сўнг операциядан кейинги чандиқлари бўлган беморларда Вереш игнаси чап қовурға ёйи ва қориннинг чап тўғри мушакларининг кесишган нўқтасига, шунингдек ўнг ва чап ёнбош соҳаларига киритилади (тажрибаларимизга асосланган ҳолда - битишмалар минимал ривожланган соҳа). Худди шу нўқтадан карбоксиперитонеумни ҳосил қилганимиздан сўнг, биз троакар билан пункция қиламиз ва қорин бўшлиғини тафтиш қилиш учун лапароскопни киритамиз. Қорин бўшлиғининг юқори қаватида битишмалар мавжудлиги лапароскопик холецистэктомияни бажаришга ҳамма вақт ҳам қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

Лапароскопик холецистэктомияни ўтказишнинг кейинги усуллари ўткир холецистит шаклига ва перивезикал асоратларнинг мавжудлигига боғлиқ.

Ўткир обструктив холециститда холецистэктомияни амалга ошириш босқичлари режали операциядан фарқ қилмайди, операция ҳажми жигардан ташқари ўт йўллари ва катта дуоденал сўрғичининг патологияси мавжудлиги ёки йўқлиги билан белгиланади. Интероперацион ҳаракатлар ўт пуфагини Гартман чўнтагидан учи тўмтоқ қисқич билан ушлаш, уни юқorigа ва ўнгга тортиш билан бошлаш мақсадга мувофиқ бўлади, бу эса гепатодуоденал боғлам ва Кало учбурчагини оптимал кўриш имконини беради. Кесувчи ва коагуляцион электрохирургик асбоблари сифатида қуйидагилар ишлатилди: илмоқ, монополяр коагуляция учун электрод - "курак", бир ва иккита фаол шохли қайчи, кичик томирлардан қон кетишини тўхтатиш учун коагуляцион диссектор. Ўт пуфаги бўйинчасини ажратиш, ўт пуфаги артерияси ва йўлига ишлов бериш стандарт механик клиппликатор қўллаш орқали бажарилади.

Дастлаб Гартман чўнтаги ўнгга ва ўзига қараб тортилиши билан ўт пуфагининг бўйни устида қорин пардаси ярим ойсимон айланиб ўтувчи кесилди. Қорин парда кесилган сари Гартман чўнтаги ўт пуфаги "чапга

бурилиш" ҳолатига - динамик холецистолифтинг техникасига ўтказилгунга қадар таранглик сақланиб қолган ҳолда аста-секин медиал ҳаракатлантирилди. Ушбу ҳолатда аъзонинг латерал деворини кўриш анча қулайдир. Кейинчалик ўт пуфагининг каналига (ўт пуфаги бўйни қисмида) ўтиш жойида сўргич учи билан тешик очилади ва шу билан ўт халта артерияси ва ўт халта канали орасидаги эркин бўшлиқ аниқланади. Бириктирувчи тўқима сўргич учи, илгак ва диссектор ёрдамида ўткир ва ўтмас йўллар билан ажратилди. Бундай ажратишнинг мақсади тўқималарни ушбу анатомик соҳада жойлашган томирли тузилмаларни ажратиб олиш ва аниқ текширишдир. Ўт пуфаги бўйни элементларини ажратиб олиб, биз ўт пуфаги каналининг холедохга қўшилиш жойининг аниқ тасаввурига эришдик. Биз хавфсиз операция гарови сифатида ўт пуфаги ва пуфак ва умумий ўт йўллари аниқ кўринишини учун пуфак бўйнининг ҳар иккала томонидан қорин пардани Н-кўринишида кенг очиш орқали пуфак йўли ва жигар ("фил хартуми" усули) ўртасида ойна ҳосил қилиш деб ҳисоблаймиз. Бўйла-маси бўйлаб минимум 1,5 смга ажратилган пуфак артерияси ва пуфак йўлига клипс ўрнатилди ва иложи борича пуфак йўлига яқин кесдик.

Кейин ўт пуфагининг сероз қавати аъзо девори жигарга кирган жойдан тахминан 0,5 см узоқликда электрилгак билан ажратилди. Ўт пуфагини жигардаги ётоқдан ажратиш аксарият ҳолларда "бўйнидан" субсероз равишда бошланади ва бунда ўт пуфагининг туб қисмини юқорига ва Гартман чўнтагини тракцияси эса турли йўналишларда амалга оширилиши керак. Қачонким, ўт пуфаги келиб турган аъзоларга қаттиқ ёпишиб кетган бўлса, биз бир вақтнинг ўзида электр сўргичнинг учи билан битишмаларни ажратиш ва босим остида физиологик эритма ва диоксидиннинг 1% эритмаси билан ювиш ва ювилган сувни эвакуация қилишни амалга оширдик. Жигардан ўт пуфагини ажратишда ётоғидан қон кетиш ва ўт пуфаги девори тешилишининг олдини олиш учун қуйидаги усулни қўлладик: ўт пуфагининг ён томонларидаги сероз қаватнинг жигарга ўтиш жойида тешик ҳосил қилдик, 5 мм аквапураторнинг учи киритилиб сероз қават остига суяқлик киритдик ва шу билан

тўқималарнинг гидроажратилиши амалга оширилди. Бундан ташқари, операциянинг бошида ушбу техникани амалга ошириш Кало учбурчаги худудида тубуляр структураларни анча осон ва ишонч кўришни имконини берди. Жигардан ўт пуфагини ётоғидан ажратиш жараёнида ётоқни эндоскопик асбоблар (электрод-курак ёки электрод-шарик) билан коагуляция қилишда, шунингдек, аргон-плазма коагуляциясини қўлладик.

Кўрсатма мавжуд бўлганда ўт пуфаги йўлидаги дренаж орқали интероперацион холангиография стандарт равишда амалга оширилади.

Ўткир холециститнинг перивезикуляр асортларсиз деструктив шаклларида лапароскопик холецистэктомияни бажариш методологияси бир хил. Ўткир обструктив деструктив холецистит, ўт пуфаги эмпиемаси бўлганда ўт халта бўйни ва гепатодуоденал боғламнинг визуализациясини яхшилаш учун ўт пуфагини олдиндан пункция қилиш ва унинг таркибини эвакуация қилиш, ўт пуфаги бўйнидан катта тошларни туби томон силжитиш айниқса, ўт пуфаги бўйни ва Кало учбурчаги соҳасида операция сифатини сезиларли даражада яхшилайти ва операцияни асортларсиз ўтказишни таъминлайди. Ўт пуфагининг пункцияси унинг туб қисмида амалга оширилди, таркиби сўриб олинди ва пункция жойига "қўпол" фиксаторли тишли граспернинг шохлари қўйилди, у игна жойидан суюқликни чиқиб кетмаслигини таъминлайди.

Ўткир холециститнинг деструктив шакли перивезикал инфилтрат билан бўлганда лапароскопик холецистэктомияни ўтказиш усули инфилтратнинг турига боғлиқ бўлган.

Ҳосил бўлаётган яллиғланиш инфилтратини ажратиш енгил бўлса операция жараёнини кетма кетлиги ушбу соҳанинг муҳим анатомик структураларини аниқ кўриниб турган шароитдагидек аналогик ҳолда операция давом эттирилади. Бунда яллиғланиш жараёни ва инфилтрат принципиал жиҳатдан пуфак йўлига клипс қуйишдан воз кечишга сабаб бўлади, чунки инфилтратга учраган тўқималарга қуйилган клипслар уларни кесиб кетиши натижасида қорин бўшлиғига сафрони оқиб тушишига сабаб

бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда ўт халта йўли полисорб ёрдамида Редер бўйича иккита халқа билан боғланади. Ушбу ёндашув операциядан кейинги даврда трубкали структураларнинг ишончли окклюзиясига ва операциядан кейинги даврда сафро оқиши олдини олишга имкон беради.

Агарда аниқ визуализацияга эришиб бўлмаса, шунингдек, зич шаклланган инфилтрат мавжуд бўлса, операцияни ўтказиш усули бошқача бўлиши керак, бу хавфсизлик нуқтаи назари ва операция вақтидаги жиддий ятроген асоратларнинг олдини олади. Ҳолатнинг муҳим жиҳати шундан иборатки, обтурацион холецистит ҳисобига катта Гартман чўнтаги ва унинг бўшлиғидаги юқори босим туфайли Гартман чўнтаги бевосита гепатодуоденал боғламни ёнида жойлашиб олд ва ён томонидан тегиб туради. Зич яллиғланиш инфилтрати мавжуд бўлганда эса Гартман чўнтаги, ўт халта йўли ва гепатодуоденал боғлам яллиғланиш ҳисобига бир-бири билан интим ёпишиб кетган ягона конгломерат ҳосил қилади. Бу шароитда ўт халтани ажратишдаги техник қийинчиликлар, ушбу соҳада анатомик ориентацияни қийинлиги, қаттиқ инфилтратда ишлатиладиган асбоб ускуналарнинг конструктив камчилиги туфайли зич яллиғланиш инфилтрати ривожланган тўқималарда ишлаш сезилари даражада самарасиз бўлиб қолади. Бундай ҳолатларда ўт пуфагини катта Гартман чўнтаги билан олиб ташлашда асосий хато - бу ўт пуфаги деворини ўт халта каналига ўтадиган жойи ва ундан пастгача ажратмасдан бирдан ўт йўлини топишга уринишдир.

Ҳосил бўлган зич перивезикал инфилтратда лапароскопик холецистэктомиянинг усули қуйидагича: ўт пуфаги пункция қилиниб инфекцияланган сафро эвакуация қилингандан сўнг, холецистэктомия ўт пуфагини жигардаги ётоғини босқичма-босқич коагуляция қилиш орқали "тубидан" амалга оширилади; бунда ўт пуфагини бўйинчасигача мобилизация қилиш ўткир ва ўтмас йўллар усуллар ёрдамида олиб борилади.

Агар бу ҳолатда инфилтратни ажратиш ва ўт халта артерияси ва йўлини кўриш мумкин бўлса - тўлиқ холецистэктомия бажарилади. Аммо, кўпчилик ҳолатларда ўт пуфаги бўйинини тўлиқ мобилизация қилиш мумкин бўлмай

гепатодуоденал боғлам элементларига зарар етказиш хавфи юқори бўлади ва бунда ўт пуфаги бўйнидан литоэкстракция билан субтотал холецистэктомия ва холедохга қўйилган дренаж ёки усиз эндочок ёрдамида бўйин чўлтоғини ёпиш билан чекланиш тавсия этилади. Ностандарт лапароскопик холецистэктомия усули шундан иборатки: ўт пуфаги бўйининг қўлай жойидан кесилади, ўт халта ётоғидан ажратилиб олиб ташланади; шундан кейингина пуфак каналини эҳтиёткорлик билан мобилизация қилишга уриниш амалга оширилади, агар муваффақиятли бўлса, иккита Редер ҳалқаси билан боғланади.

Энг қийин клиник ҳолатларда бу вариантлар деструктив ўчоқни бартараф қилиш ва жиддий интероперацион асоратларни олдини олиш нуктаи назаридан афзалроқдир.

Боб бўйича хулоса

Шундай қилиб, юқоридаги методологик тамоиллар, техник усуллар ва уларнинг модификациялари деструктив ва асоратланган холециститда лапароскопик холецистэктомиянинг барча босқичларини самарали ва етарлича хавфсиз даражада бажаришга имкон беради, бу эса ушбу тоифадаги беморларни даволашда лапароскопик технология имкониятларини кенгайтиради.

V БОБ. ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АСОРАТИ БЎЛГАН БИЛИАР ПЕРИТОНИТНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК ПРИНЦИПЛАРИ

§5.1. Ўткир деструктив холециститнинг асорати натижасида келиб чиққан сафроли перитонитнинг клиникаси

Ушбу бобда 2015-2022 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан 82 нафар беморни текшириш ва даволаш натижалари келтирилган.

Хирургия ривожланишининг ҳозирги замон тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, сафро перитонитининг янги даволаш-диагностика тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқот муаммоларини ҳал қилиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинган. I-чи гуруҳга (таққослаш гуруҳи) комплекс даволашда умумий қабул қилинган стандарт ёндашувлар қўлланилган, 2015-2018 йилларда операция қилинган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан 33 нафар бемор киритилган. Иккинчи гуруҳ (асосий гуруҳ) 2019-2022 йилларда операция қилинган 49 кишини ўз ичига олади, уларда диагностика ва даволаш тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS тамойилларига асосланган - тезлаштирилган соғломлаштириш дастури (ТСД) ва миниинвазив хирургик аралашувлар оператив даволашнинг устувор усуллари сифатида қўлланилган. ТСД клиник тадбиқ этишда ёндашувнинг асосида тезлаштирилган соғломлаштириш Хирурглар жамиятининг - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) тавсиялари ўрин олган.

Сафроли перитонит кўпинча кекса ва қари ёшдаги беморларда ривожланади, ушбу ҳолат бу категориядаги беморларда ўткир холециститнинг деструктив формаларини перитонит билан биргаликда учраши ва касалликни клиник жиҳатдан аниқ белгиларсиз кечиши билан ажралиб туради. Кекса беморларда, одатда, анамнезидан узоқ вақт давомида ЎТК билан касалланиб юрган бўлади, натижада улар мудроқ инфекцияни ташиб юриши натижасида нафақат ўт пуфагида, балки жигар ва ошқозон ости безида ҳам сезиларли

морфологик ўзгаришлар содир бўлади. Бундан ташқари, бу беморларда кўшимча йўлдош касалликлар мавжудлиги ҳисобига, улар маълум даражада хирургларга режали хирургик аралашувларни ўтказишга тўсқинлик қилади, бу эса ўз навбатида ўткир холециститнинг деструктив шакллари, ўт пуфагининг тешилиши ва сафро перитонитининг ривожланишига олиб келади.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида қорин бўшлиғига сафро оқиши механизмига кўра, биз сафроли перитонитнинг икки хил шаклини кузатдик: тешилган ва сизиб ўтадиган. Перфорация натижасида ривожланган сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда (12 таққослаш гуруҳида, 15 асосий гуруҳида) кузатилди, бу ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва тешилиши фонида қорин бўшлиғида ўткир перитонит сифатида намоён бўлди. Ўтнинг сизиб ўтиши натижасида ривожланган сафроли перитонит деструктив холецистит фонида ўт халта деворининг перфорациясиз ўтни қорин бўшлиғига секин аста сизиб ўтиши натижасида перитонитни кам сезиларли симптомлари билан кечади. Қачонким қорин бўшлиғида сезиларли даражада сафро тўпланиши билан перитонитга хос белгилар пайдо бўлади, бу эса беморни хирургик шифохонага мурожат қилишига сабаб бўлади. Бизнинг кузатишларимиз бўйича ўтнинг сизиб ўтиши натижасида ривожланадиган перитонит 55 (67,1%) беморда (21 таққослаш гуруҳида, 34 асосий гуруҳида) кузатилган. Шундай қилиб, бизнинг кузатишларимизда ўтнинг сизиб ўтиши натижасида юзага чиқадиган ўтли перитонит, сезиларли даражада кўпроқ учраган (2 мартадан ортиқ) (5.1-жадвал).

Сафроли перитонитнинг ривожланишида академик Ф.Г. Назиров ва ҳаммуаллифлар фикрича (2019) қуйидаги омиллар асосий ҳисобланади. Сафронинг характери, ажралиб чиқиш тезлиги ва миқдори. Қорин парда ва умуман организмнинг реакцияси сафронинг бир вақтнинг ўзида катта миқдорда чиқиши, унинг секин оқиши ёки сафрони сизиб чиқиши билан фарқ қилади.

5.1-жадвал

Сафроли перитонитнинг ривожланиш механизми бўйича беморларни тақсимлаш

Перитонит характери	Жами беморлар		Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	сони	%	сони	%	сони	%
Тешилган	27	32.9	12	44.4	15	55.6
Сизиб ўтган	55	67.1	21	38.2	34	61.8
Жами	82	100	33	40.2	49	59.8

Биринчи ҳолатда абдоминал шок клиникаси кузатилган, ўт сизиб чиққанда бу жараён клиник белгиларни жуда сезиларсизлиги билан кечган (бизнинг кузатишларимизга кўра, сафроли тешилган перитонит билан 27 бемордан атиги 3 нафари шок ҳолатида клиникага ётқизилган). Сафронинг сифати ҳам сафро сабаб бўлган патологик жараённинг ривожланишига таъсир кўрсатди. Ўт пуфагининг эмпиемаси билан деворнинг перфорациясида шок ҳолати кузатилмади (бизнинг кузатишларимизда бундай беморлар 10 та бўлган).

Сафронинг қуйилиши эркин ёки чегараланган бўлиши мумкин. Қорин бўшлиғи бўйлаб сафро тарқалиши оғир шок реакцияси билан кузатилган. Шу билан бирга чегараланган бўшлиққа сафро чиқиши ва тўпланиши перитонитнинг аниқ белгисини билан намоён бўлмайди.

Шундай қилиб, билиар перитонит билан асоратланган деструктив холецистит билан 82 бемор орасида патологик жараённинг характериға кўра 55 (67,1%) беморда ўтнинг сизиб чиқиши кузатилган, улардан 9 тасида (16,4%) диффуз ва 46 (83,6%) да чегараланган. Перфорацияланган сафроли перитонит 27 (32,9%) беморларда бўлган, улардан 10 (37,1%)да тарқалган ва 17 (62,9%)да чегараланган. (5.2-жадвал).

Шундай қилиб, бизнинг тадқиқотимизга кўра, беморларнинг $\frac{3}{4}$ қисмида (76,8% ҳолатда) чегараланган сафроли перитонит кузатилган.

**Билиар перитонитнинг тарқалиши бўйича беморларнинг
тақсимланиши**

Перитонитнинг харақтери	Жами беморлар		Таққослаш гурухи		Асосий гурух	
	сони	%	сони	%	сони	%
тарқалган	19	23.2	8	42.1	11	57.9
чегараланган	63	76.8	25	39.7	38	60.3
Жами	82	100	33	40.2	49	59.8

Шифохонага ётқизилганда перфорация туфайли ва сизиб ўтган билиар перитонит билан беморларда касалликнинг ўткир бошланиши 27 (32,9%) ва секинлик билан бошланиши 55 (67,1%) тасида қайд этилган. Тарқалган перитонитнинг оғир шакли 23,2%, яъни беморларнинг ¼ қайд этилган.

Касалликнинг биринчи кунида 31 (37,8%), иккинчи куни - 22 (26,8%), учинчи куни - 18 (21,9%), тўрт кундан этти кунгача - 6 (7,3%) ва етти кундан ортиқ -5 (6,1%) вақтдан кейин беморлар мурожаат қилиб келган. Шундай қилиб, беморларни шифохонага кеч ётқизишнинг сезиларли фоизини қайд этиш мумкин, бу уларнинг ўзларини аҳволини етарли даражада баҳоламаслик натижасида тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишлари билан изоҳланади.

Патологик жараённинг хилма-хиллиги, тўғридан-тўғри сафро таъсирининг мураккаб механизмига ва тананинг жавоб реакциясига боғлиқдир. Бу омиллар маълум даражада, сафроли перитонитнинг кўп симптомли табиати ва патогномоник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқ. Сафроли перитонитнинг 1/3 қисмида ўткир ва тўсатдан бошланган ва клиник намоён бўлишига кўра, қорин бўшлиғи аъзоларининг кўплаб ўткир касалликларига ўхшайди, шу сабаб бу ҳолат кўпинча диагностик хатоларга олиб келади. Шу билан бирга беморларнинг 2/3 қисмида билиар перитонит қорин бўшлиғи аъзоларининг сурункали касаллиги сифатида қараладиган касаллик белгиларининг аста-секин ўсиши билан бошланган. Сафроли

перитонитнинг қайд этилган клиникасининг бу хусусиятлари ва кечиши касалликга ташхис қўйишни ва хирургик даволашни ўтказишнинг кечикишига сабаб бўлди.

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

Сепсис диагностикаси мезонларига асосланиб, 114 (87%) беморда тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС) кузатилди, улардан 10 таси септик ҳолатида бўлган.

§5.2. Ўткир деструктив холецистит натижасида сафроли перитонит билан беморларни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш

Сафроли перитонит билан беморлар шошилиш равишида хирургик йўли билан даволашга муҳтож, бунда қорин бўшлиғида сафронинг мавжудлиги эса уни дарҳол олиб ташлаш ва манбани бартароф этишни талаб қилади. Шу билан бирга, аксарият ҳолатларда беморлар кекса ёшдаги кишилар бўлиб, уларда оғир қўшимча патологияси мавжудлиги ҳисобига бу хирургик аралашувининг вақти ва кўламига қиёсий ёндашувни талаб қилади. Бундай ҳолларда интенсив инфузион детоксикацион терапия, сув ва электролитлар балансини коррекция қилиш, организмдаги протеин таркибини тўлдириш зарурати пайдо бўлади. Бироқ, бу бузилишларни жарроҳлик аралашувисиз нормаллаштириш мумкин эмас, шунинг учун биз беморларнинг аҳволини яхшилаш ва барқарорлаштиришнинг нисбий кўрсаткичларига амал қилишимиз керак .

Сафроли перитонит билан шифохонага ётқизилган 82 нафар беморнинг 31 нафари (37,8%) дастлабки 6 соат ичида операция қилинган. Беморларнинг ушбу гуруҳи нисбатан барқарор ҳолатда, диагностика чоралари ва операциядан олдинги тайёргарлик зарур бўлганда ётқизилган. 6 дан 24 соатгача, яъни биринчи кунида 43 (52,4%) бемор операция қилинган. Клиникага ётқизилган пайтдан бошлаб бир суткадан кейин операция 8 (9,8%) беморда амалга оширилган (5.3-жадвал).

5.3-жадвал

**Беморларни шифохонага ётқизилган пайдан бошлаб хирургик
амалиёти ўтказилиш вақтига кўра тақсимлаш**

Операция муддати	Жами беморлар		Таққослаш гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	сони	%	сони	%	сони	%
6 соатгача	31	37.8	12	36.4	19	38.8
6 дан 24 соатгача	43	52.4	17	51.6	26	53.1
24 соатдан ортиқ	8	9.8	4	12.1	4	8.1
Жами	82	100	33	40.2	49	59.8

Таққослаш гуруҳидаги беморларда бажарилган операциялар ҳажмига қараб улар 3 турга бўлинган: 19 тасида ХЭ жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш, 9 тасида ХЭ қорин бўшлиғини санацияси ва найлаш (ўнг латерал канал ва кичик чанок бўшлиғи), 5 нафар беморга ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш амалга оширилди. Барча ҳолатларда кенг юқори-ўрта лапаротомиядан фойдаланилди (5.4-жадвал).

5.4-жадвал

**Таққослаш гуруҳидаги билиар перитонит билан беморларда ўтказилган
хирургик аралашувларнинг ҳажми ва характери**

Операция ҳажми	Жами беморлар	
	Сони	%
Лапаротомия, ХЭ, жигар ости соҳаси санацияси ва найлаш	19	57.6
Лапаротомия, ХЭ, қорин бўшлиғини санацияси ва найлаш	9	27.3
Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш	5	15.2
Жами	33	100

Беморларнинг асосий гуруҳида қуйидаги операциялар турлари амалга оширилди:

– Микрохолецистостомия ва ультратовуш текшируви остида билома пункцияси, сўнгра даволашнинг иккинчи босқичида МЛХЭ 11 беморда; – ЛХЭ, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш 9 беморда;

– ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва найлаш (ўнг латерал канал ва кичик чанок бўшлиғи) 4 беморда; ЛХЭ, жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш, ЭПСТ 3 беморда; – кичик кесим орқали лапаротомиядан ХЭ ва холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш ва жигар ости соҳасини санацияси ва найлаш 6 беморда; - 16 беморда очиқ кенг лапаротомиядан ХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва найлаш операциялари ўтказилди (5.5-жадвал).

5.5-жадвал

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида сафроли перитонит билан хирургик аралашувларнинг ҳажми ва характери

Операция ҳажми	Жами беморлар	
	сон	%
Микрохолецистостомия ва билломани пункция қилиш	11	22.4
ЛХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш	9	18.4
ЛХЭ, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш	4	8.1
ЛХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш, ЭПСТ	3	6.1
Минилапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия, холедохни дренажлаш, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш	6	12.2
Лапаротомия, ХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш	16	32.6
Жами	49	100

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ўткир деструктив холецистит ва жигар ости соҳасида чегараланган сафро тўпланиши билан 11 нафар беморнинг умумий аҳволи бошланғич оғир бўлиб, ўт пуфагининг перкутан-трансгепатик

микрохолецистотомия (ПТГМХС) ёрдамида декомпрессиядан қилинди ва ультратовуш текшируви назорати остида билома пункция қилинди. Ўт пуфагини дренажлаш канални ёпиш ва сафро оқиши олдини олиш учун жигар паренхимаси орқали амалга оширилди. Дренаж барча ҳолатларда "соябон" стилети билан амалга оширилди - охирида "сават" бўлган катетер, катетер диаметри 4Ф ва 9Ф катетерлар орқали амалга оширилди. Микрохолецистостомияни амалга оширгандан сўнг, бу беморлар ультратовуш назорати остида билома пункция қилиниб қорин бўшлиғидаги чегараланган суюқлик эвакуация қилинди. Ўт пуфаги ва билома таркиби тўлиқ эвакуация қилиниб бўшлиқ физиологик эритма билан тоза сув чиққунча ювилгач дренаж узайтирилди. Дренаж орқали оқим визуал равишда баҳоладик ва бактериологик текширувга юборилган. Ўт пуфаги бўшлиғини тўлиқ бўшаганлиги эхографик жиҳатдан назорат қилинган.

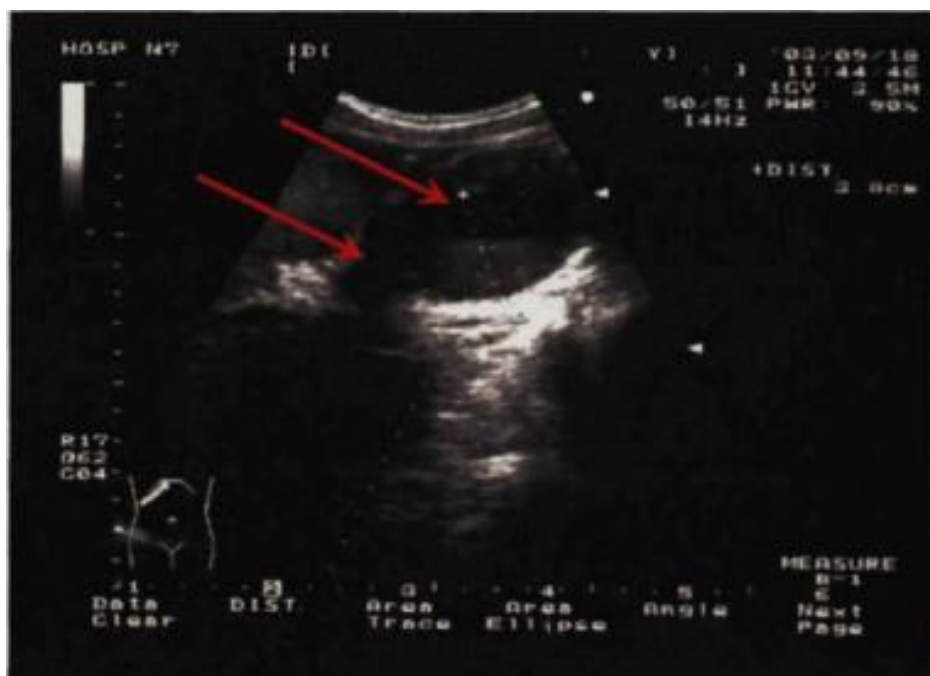
Клиник кузатув:

Клиник мисол. Бемор К., 68 ёш, касаллик тарихи №3948, 2019-йил 12-мартда клиникага ўнг қовурга остида оғриқ, қорин дамлаши, оғизда аччиқ таъм сезиши, 39 ° С гача ҳарорати кўтарилиши, даврий титроқ, кўнгил айланиши, қусиш шикоятлари билан ётқизилган. 10 кундан буён касал. Илгари ўнг қовурга остида бир неча марта хуружсимон оғриқ қайд этилган. 2018 йилдан бери амбулатор ультратовуш текшируви пайтида ўт пуфагида тошлар мавжуд. Қабул қилинган беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси оқарган. Икки томондан ўпкада аускультацияда везикуляр нафас, хириллаш йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, юрак уриши ритмик, таранг. Тил бироз қуруқ, оқ ранг билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишда иштирок этади, пальпация пайтида ўнг қовурга остида оғриқ бор. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Катта таҳорати меъерида. Сийдик чиқариш эркин.

Тўлиқ қон таҳлили: Нв-85 г/л, эр.-2,7х10¹²мк/л, РК-0,8, тромб-230, лейко-12,7х10⁹мк/л, қон ивиши -3.50"-4.00" , п.- 3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, ду.-7, ЭЧТ-25 мм/соат , АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,34 ммол/л, тим. пр.-4,

сийдикда-4,66 ммол/л, қолдиқ азот-17 г/л, креат.-82, 9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган. Ультратовушида: ўт пуфаги 8,5×4 см, қовуқ девори – 5 мм, бўшлиқда диаметри 0,8 см гача бўлган тош тошлар аниқланади. Холедох д-0,9 см, бўшлиғида чўкинди кўринишида қалин ўт аниқланади, жигар ичидаги ўт йўллари аниқланмайди. кенгайган.

Ўткир калькулёз холецистит таъхиси қўйилган. 2-куни ультратовуш текшируви остида ПТГМХС ўтказилди. Чўкинди кўринишида 160,0 йирингли сафро эвакуация қилинган. Дренаж қилинган пайтдан бошлаб 2-кунида фистулограммада ўт пуфagiда катта тош аниқланган ва ўт йўллари контрастланган, ўн икки бармоқли ичакка контраст ўтиши яхши. Медикаментоз терапия давом эттирилиши ва микрохолецистостомияни ишлашига қарамасдан беморда гипертермия сақланиб қолди. Дренаждан кейинги 2-куни ультратовуш текширувида ўнг мезогастрал соҳада 16,7х5,5х6,8 см ҳажмли ҳажмли шаклланиш, турли хил экоженлик соҳалари - билома аниқланган (5.1-расм).



5.1-расм. Бемор К.нинг эхограммаси, 68 ёш, ПТГМХС дан 2 кун ўтгач. Жигар ости соҳасида 150 мл гача суюқликнинг чегараланган тўпланиши.

Ультратовуш текшируви остида билома дренажланди, ундан 150,0 лойқа сафро олинди.(5.2-расм). Биломани дренажлашдан кейин беморнинг тана ҳарорати нормал ҳолатга келди. Дренаждан кейин ўтказилган назорат ультратовуш текширувида ижобий динамика қайд этилди, ҳосила ҳажми 4,7х2,8 см гача камайди, билома қайта эвакуация қилинди. Кейинчалик, дренажни резина ўтказгич билан алмаштирилди ва динамикада тўлиқ битди.



5.2-расм. Бемор К.да ПТГМХС дан кейинги 2-куни ультратовуш назорати остида билломани пункция қилиш.

Операциядан кейинги давр қониқарли ўтди. Тана ҳарорати нормал ҳолатга қайтди, оғриқ ва перитонеал симптомлар йўқолди. Ультратовуш текширувидан сўнг 7-куни жигар ости соҳасида суюқлиқ аниқланмади. Бемор қониқарли ҳолатда уйига жавб берилган.

Келтирилган ушбу кузатувда кекса беморда ПТГМХС ва қорин бўшлиғида йиғилган ўтни пункция қилиш орқали бартараф қилишининг самарадорлиги келтирилган.

Ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит билан 9 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия жигар ости бўшлиқни санацияси ва дренажлаш билан яқунланган. Тарқалган ўтли перитонитда ЛХЭ 4 беморда ўнг латерал канал ва кичик чаноқ бўшлиғини дренажлаш билан қорин

бўшлиғини санация қилиш билан тўлдирилган. ЛХЭ умумий оғриқсизлантириш остида қорин деворининг чуқур релаксацияга эришилган ҳолда амалга оширилди. Эндоскопик операциянинг асосий босқичлари: пневмоперитонеумни ҳосил қилиш, троакар ва асбобларни киритиш, қорин бўшлиғи ревизияси, ўт пуфагини битишмалардан ажратиш, ўт пуфаги канали ва артериясини ажратиш, сўнгра уларга клипс ўрнатиш ва кесиш; ўт пуфагини жигар ётоғидан ажратиб олиш ва уни қорин бўшлиғидан чиқариш (баъзан контейнер ёрдамида) ва жигар ости бўшлиғида назорат учун дренажини ўрнатиш лозим бўлди. Қорин бўшлиғига троакарларни киритиш учун киндикдан 1,5 см юқорида ёки пастда ёйсимон кесма ва ўнг қовурға ости соҳада 0,5 см узунликдаги учта кесма қилинади. ЛХЭ стандарт усулда "фил хартуми" техникасига мувофиқ ўт пуфаги канали ва артерияни аниқлаш ва алоҳида кесиш билан амалга оширилди.

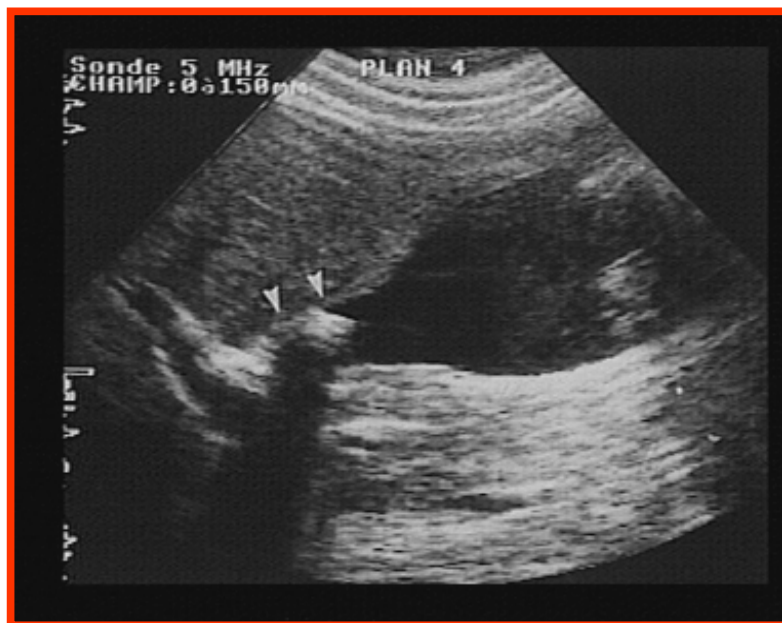
ЛХЭ кейин холедохолитиаз биргаликда учраган 3 беморда ЭПСТ ўтказилган.

Клиник кузатув:

Клиник кузатув: Бемор М., 63 ёш, к/т 4651/125, 2019-йил 12-ноябр куни клиникага ўнг қовурға остидадаги оғриқ, кўнгил айланиши, қусиш, сийдик рангининг қорайиши ва склера сарғиши шикоятлари билан ётқизилган. Бир ҳафта касал. У ўз касаллигини ёғли овқатларни ортиқча истеъмол қилиш билан боғлайди. Анамнезда у ўнг қовурға остида бир неча марта хуружсимон оғриқни қайд этди. Ультратовуш текширувида 2016 йилдан бери ўт пуфаги тошларини кўрсатган.

Қабул қилингандаги беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси иктерик. Аускультацияда икки томондан ўпкада везикуляр нафас эшитилган, хириллаш йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, аорта устидаги II тон акценти эшитилган, пулс ритмик, таранг. Тил бироз қуруқ, оқ қоплама билан қопланган. Қорин одатдаги шаклда, нафас олиш актида иштирок этади, пальпацияда ўнг қовурға остида мушакларнинг таранглигини аниқланган, оғриқли, катталашган ўт пуфагининг пастки қисми қовурға остида

пальпация қилинган. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Катта таҳорати мёъерида. Пеиоби эркин.



5.3-расм. Бемор М., 63 ёш. Сонограмма. Кенгайган ўт пуфаги.

Қоннинг умумий таҳлили: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, Ф-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3'50"-4'00" , п- 3%, с.-65%, эоз-1%, лимфа-20%, ду.-7, ЭЧТ-25 мм/соат, Нт-24.

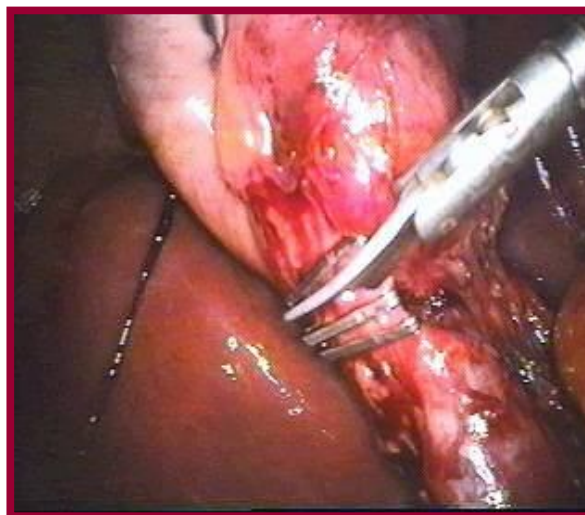
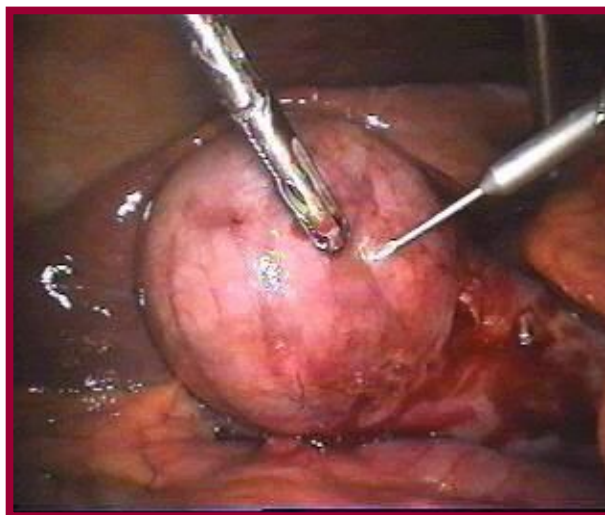
Қонни биохимик таҳлиллари: бил. -149,65 мкмол/л, бевосита-138,27 мкмол/л, АЛТ-1,96 ммол/л, АСТ-1,34 ммол/л, тим.пр.-2, сийдик-4,66 ммол/л, қолдиқ азот-17 г/л, креат .-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган.

Ультратовуш текшируви: ўт пуфаги 15×8 см, ичида диаметри 1 см гача бўлган тошлар аниқланади, ўт пуфaginiнг бўйнига битта тош тиқилган. Холедох д-1,9 см, жигар ичидаги ўт йўллари кенгайган.

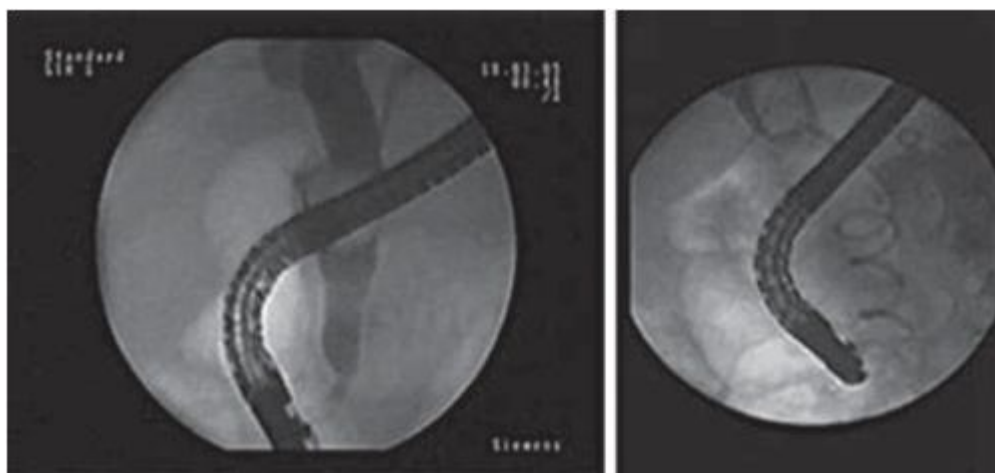
Клиник таиҳис: “Ўткир деструктив калькулёз холецистит. Маҳаллий перитонит. Холедохолитиаз. 2019-йил 13-ноябр куни эндотрахеал наркоз остида лапароскопик холецистэктомия амалга оширилди. Дастлабки пункцияда ўт пуфаги бўйлигидан йиринг эвакуация қилишгач флегмоноз ўзгарган ўт пуфаги олиб ташланган. Жигар ости соҳасидан 150 мл гача сафро ва сероз экссудат эвакуация қилинган. Жигар ости соҳаси санация қилиб ва

дренажланди.



5.4-расм. Бемор М. да лапароскопик холецистэктомия босқичлари, 63 ёш.

2019-йил 16-ноябрда ўт йўллари декомпрессиялаш учун ЭПСТ хирургик амалиёти ўтказилди (3.8-расм). Босим остида қуюқ, лойқа ўт ва 0,7-0,9 см юмшоқ консистенцияли тошлар ажралиб чиқди. Операциядан кейин беморнинг аҳволи яхшиланди.



5.5-расм. ЭПСТ хирургик амалиёти ва бемор М.да назобилиар дренажни эндоскопик ўрнатиш, 63 ёш.

5-куни такрорий қон текшируви. Умумий қон таҳлили: НВ-94 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,8, тромб-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3·50''-4·00'', п.- 3%, с.- 65%, эос.-1%, лимфа.-20%, ду.-7, ЭЧТ-15 мм/соат, Нт -24. Биохимик қон текшируви: бил.-29,15 мкмол/л, бевосита - 18,1 мкмол/л, АЛТ-0,92 ммол/л,

АСТ-1,34 ммол/л, тим.пр.-2, сийдикда -4,66 ммол/л, қолдиқ азот -17 г/л, креат.-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л.

Операциядан кейинги давр силлиқ ўтди, дренаж трубкасида биринчи кун 5 мл гача миқдорда сероз-геморрагик суюқлик ажралган. Операциядан кейинги иккинчи кун дренаж трубкаси олиб ташланди. Бемор 2019-йил 20-ноябрда ЛХЭ кейинги 7-кун ва ЭПСТ кейин 4-кун қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилган.

Ушбу клиник кузатишда эндоскопик технологиялардан фойдаланиш ўт тош касаллигининг ўткир флегмоноз холецистит, сафроли перитонит ва холедохолитиаз каби оғир асоратларини тузатишга имкон берган.

6 беморда ХЭ ва холедохолитотомия очиқ мини-кириш йўли орқали амалга оширилди. ХЭ бажариш учун мини-кириш йўли орқали ўнг қовурға остидан 4-5 см узунликдаги вертикал трансректал кесма қилинган. Ретрактор-ойналар сезиларли операцион майдонни яратади, бу операциянинг боришини визуал назорат қилиш ва асбобларни эркин бошқариш имконини беради. Ретрактор-ойналарнинг ҳолатини ўзгартириш орқали шу билан ишлаш соҳасидаги операция майдонини ошириш орқали нафақат изоляцияланган холецистэктомияни амалга ошириш, балки аралашувни кенгайтириш ҳам мумкин: холедохолитотомия, холедохнинг ташқи дренажини амалга ошириш мумкин.

Шу билан бирга, тарқалган ўтли-йирингли перитонит билан 16 нафар бемор кенг лапаротомия усулида ХЭ ва қорин бўшлиғини санація қилиш бажарилган.

Клиник кузатув келтирамиз:

Клиник кузатув: Бемор Ш., 58 ёш. к/т 4379/312 2020-йил 24-май кун бутун қорин бўшлиғида оғриқ, кўнгил айнаши, қусиш, қорин дам бўлиши, оғиз қуриши, иситма, титроқ, склеранинг саргайиши, аҳолик ахлат, умумий ҳолсизлик шикоятлари билан 2020-йил 24-май кун СамМИ 1-клиникасига ётқизилган. Анамнездан 7 кундан бери касал. Қабул қилинган беморнинг

умумий аҳволи оғир, териси ва склераси иктерик. Ўпкада иккала томонда аускультацияда суст везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Тил қуруқ, оқ қоплама билан қопланган. Қорин симметрик, иши туфайли катталашган, нафас олиш актида қатнашмайди, пальпацияда барча соҳаларда мушакларнинг таранглашуви ва оғриқ билан аниқланади. Щеткин - Блюмберг, Ортнер - Греков, Мерфи, Мюсси - Георгиевский белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати оқимтир рангда. Сийдик чиқариш эркин. Қонни умумий таҳлили: Нв-78 г/л, эр.-2,2х10¹²/мкл, РК-0,7, тромб-210, л.- 12,1х10⁹/мкл, ҚИВ-2·30"-3·50" , п.- 3%, с.-65%, эоз.-5%, лимфа.-22%, ду.-5, ЭЧТ-26 мм/соат. Биохимик қон текшируви: бил.-126,6 мкмол/л, АЛТ-0,98 ммол/л, АСТ-1,19 ммол/л, тим.пр.-4, сийдик-8,36 ммол/л, дам олиш .азот-19 г/л, креат .-119,2 мкмол/л, умумий оқсил-52,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология йўқ. Ультратовуш: ўт пуфаги 94х45 мм ўлчамда, деворлари 8 мм гача қалинлашган, бўйин соҳасида 9х13 мм ўлчамдаги тош аниқланади. Жигар ичидаги ўт йўллари бироз кенгайган, деворлари қалинлашган, умумий ўт йўлининг бўшлиғида 10х8 мм ўлчамдаги тош аниқланган. Ичак қовузлоқлари кенгайган ва ишиган.

Клиник таъхис: “Ўткир калькулёз деструктив холецистит. Перитонит. Холедохолитиаз. Обструктив сариқлик” 25.05.2020 йил куни умумий эндотрахеал наркоз остидаги бемор операция қилинди: “Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия. А.В. Вишневский бўйича умумий ўт йўлининг санацияси ва таъқи дренажлаш бажарилган. Қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш. Такрорий қон текширувида: Нв-74 г/л, эр.-2,0х10¹²/мкл, РК-0,7, тромб-243, л.- 8,1х10⁹/мкл, ҚИВ-3·30"-5·50" , п. .-2%, с.-66%, эос.-3%, лимфа.-24%, ду.-5, ЭЧТ-14 мм/соат. Биохимик қон текшируви: бил.-36,6 мкмол/л, АЛТ-0,78 ммол/л, АСТ-0,91 ммол/л, тим.пр.-4, сийдик-7,56 ммол/л, дам олиш .азот-16 г/л, креат .-89,2 мкмол/л, умумий оқсил-55,3 г/л.

Ушбу клиник мисол орқали ошиғич операцияни ўрта лапаротомиядан

фойдаланган ҳолда кенг кириш билан флегиноз ўзгарган ўт пуфагини олиб ташлаш, холедохолитотомия ва қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш зарурлиги келтирилган.

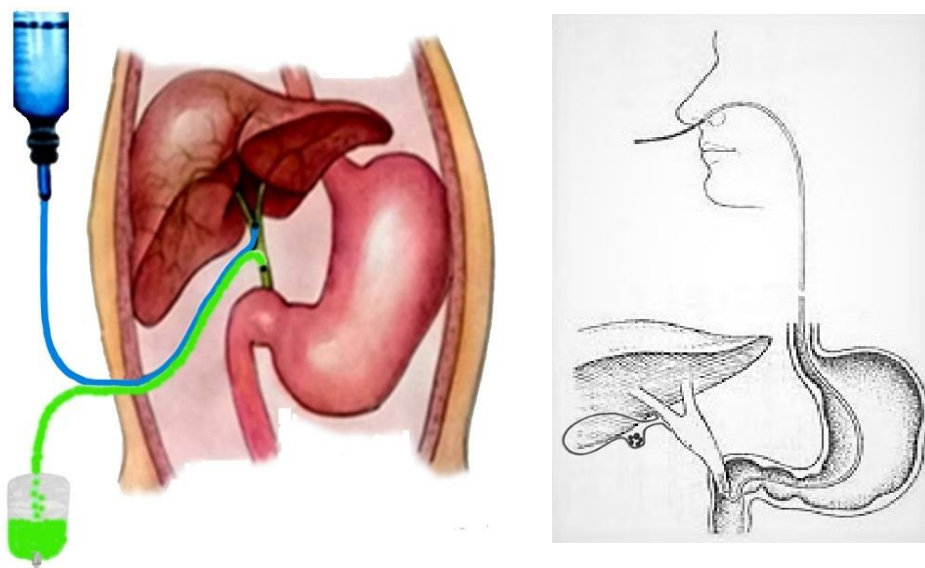
Боб бўйича хулоса

Шундай қилиб, ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида маҳаллий ўтли перитонитни даволашда миниинвазив хирургик аралашувлардан (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 % муваффақиятли амалга оширилган. Кенг лапаротомиядан ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилиш тарқалган ўтлийрингли перитонит билан фақат 32,7% ҳолларда эҳтиёж бўлган.

VI БОБ. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЎТ ЙЎЛИНИ ТРАНСДРЕНАЖ ИНТРАБИЛИАР САНАЦИЯСИ

Беморларнинг асосий гуруҳидаги барча хирургик аралашувлар холедохни дренажлаш билан якунланди, улардан 38 тасида ташқи дренаж, 37 тасида эса эндоскопик трансдуоденал аралашув билан НБД билан якунланган.

Ўт йўлларида яллиғланишни тўхтатиш ва жигарда микроабсцесслар ва абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олиш учун ушбу беморларга 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан биз томонидан ишлаб чиқилган усул орқали ўт йўлларида санацион перфузияси ўтказилган. Интрабилиар санация холедохолитотомиядан сўнг ёки назобилиар дренаж ўрнатилгандан сўнг гепатикоколедохта (ГХ) ўрнатилган дренаж найлари орқали амалга оширилди (6.1-расм).



А

Б

**6.1-расм. Гепатикоколедох (А), назобилиар дренаж (Б) орқали ўт
йўлларида санацион перфузияси схемаси**

Холедохолитотомиядан сўнг холедох бўшлиғига 2 жуфт найча ўрнатилди, улардан бири (бўшлиғи диаметри 2 мм бўлган юпқа) ГК нинг

проксимал учи йўналиши бўйича, иккинчиси (4 мм гача кенгрок бўшлик билан) ГК нинг дистал йўналишида жойлашган.

Биринчи кундан бошлаб ўт йўллариининг санацион перфузияси сафро микрофлораси нормаллашгунга қадар $pH=6$ бўлган 400,0 мл анолит 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан амалга оширилган. Натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси ўт йўлларида кучли оксидловчи восита бўлиб, ўт билан боғланиб, уни суюлтиради, дренажлаш орқали сафро ажралиш даражасини оширади (6.1-жадвал).

6.1-жадвал.

Сафро секрециясини ошириш даражаси натижаларидаги фарқларнинг ишончлилиги (мл / кун)

ЎЧЙ декомпрессиядан кейинги кунлар	1	2	3	4	5	6
Эндобилиар санациясиз	41±1,2	70±2,2	121±3,4	210±5,3	250±7,7	280±6,5
Натрий гипохлорит билан эндобилиар санация билан	40±1,4	100±3,5	200±4,7	340±7,2	370±7,6	420±7,1
Фарқларнинг ишончлилиги	-	$p>0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$

Натрий гипохлорит ЭДО-4 аппаратида тайёрланган. Анолит ва католит эритмаларини тайёрлаш учун СТЭЛ-МТ-1 аппарати ишлатилган.

Сафро ёпишқоқлигини ўрганиш бўйича олинган натижалар (қон ёпишқоқлигини аниқлаш учун ВК-4 капилляр вискозиметрини ишлатдик) асосий гуруҳда натрий гипохлорит қабул қилинган кундан бошлаб $2 \pm 0,3$ кун

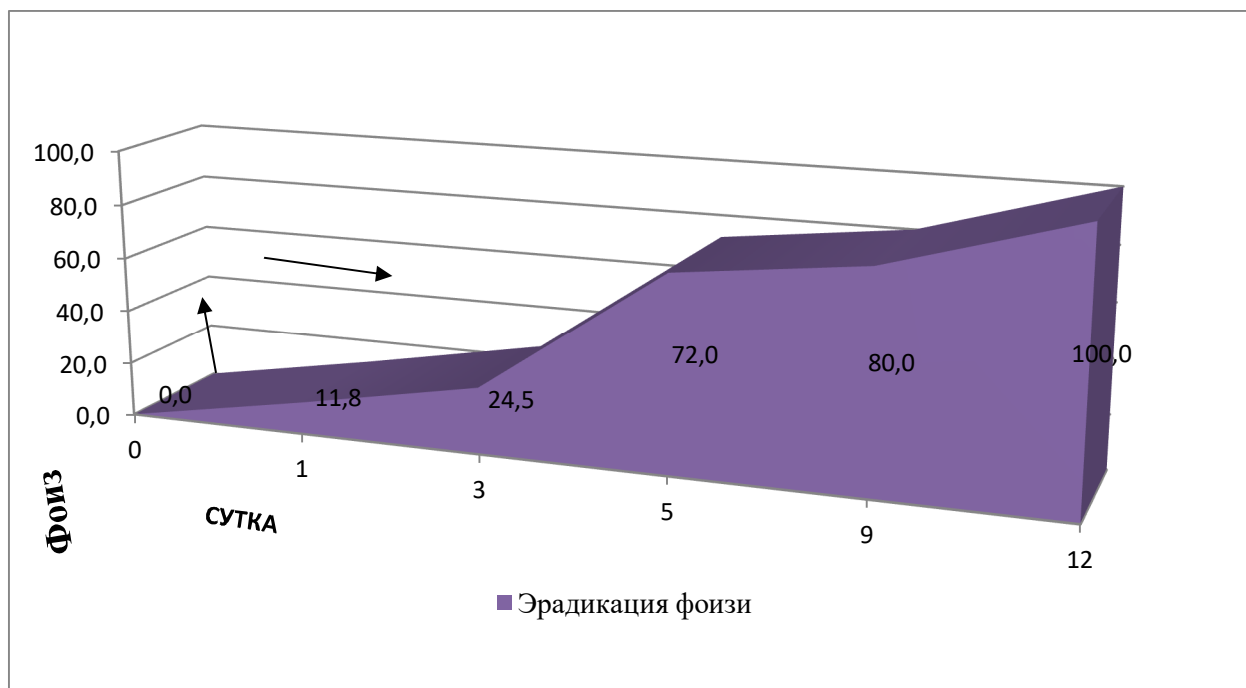
ичида сафро ёпишқоқлиги кўрсаткичлари нормаллашганлигини ва ўртача 0,5-0,6 н.б. ни ташкил этганлигини кўрсатди, қачонким назорат гуруҳида эса сафронинг ёпишқоқлиги $5 \pm 0,4$ кун ичида нормал ҳолатга қайтди.

Натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси жигар ичидаги йўлларга кириб сафрони суюлтириш орқали ўт йўллариининг санация қилишга қилиб микроб таналарининг юқори титрларини камайтиради. Тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, натрий гипохлоритнинг "кислотали" эритмалари (анолитлар) аниқ дезинфекциялаш хусусиятига ва микробларга қарши фаолликка эга. Шу билан бирга, 400,0 мл 0,06% натрий гипохлорит анолит эритмаси киритилиши сафро инокуляциясида микробларнинг титрини пасайтирди ва у қабул қилингандан кейинги кунларда барқарор равишда пасайиб кетди.

Клиник кузатув: Бемор Ж., 53 ёш. к/т 5478/468 2018-йил 28-сентябр куни СамМИ 1-клиникасига иситма, титроқ, склера ва терининг сарғайиши, сийдикнинг қорайиши, кўнгил айниши, умумий ҳолсизлик шикоятлари билан ётқизилган. Анамнездан 4 кундан бери касал. Касаллик ёғли овқатларни истеъмол қилиш билан боғлиқ. Қабул қилинган беморнинг умумий аҳволи ўртача оғир, териси ва склераси иктерик. Икки томондан ўпкада аускультацияда везикуляр нафас эшитилади, хириллаш йўқ. Юрак товушлари аниқ, ритмик. Тил ҳўл, оқ қоплама билан қопланган. Қорин нормал шаклда, нафас олишда иштирок этади, юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати аҳолик. Сийдик чиқариш эркин. Сийдик қорамтир рангда. Қон умумий таҳлили: Нв-94 г / л, эр.-3,0х10¹² / мкл, РК-0,8, тромб-275, л.- 11,4х10⁹ / мкл, ҚИБ-4,45 "650", п.- 4%, с.-66%, эоз.-2%, лимфа.-24%, мон.-4%, ЭЧТ-28 мм/соат. Биохимик қон таҳлиллари: бил.-254,8 ммол/л, бевосита - 196,7 ммол/л, билвосита 58,1 ммол/л, АЛТ-1,18 ммол/л, АСТ-1,46 ммол/л, тим .пр.-4, сийдик-8,5 ммол /л, қолдиқ азот-18 г/л, креат.-117,6 мкмол/л, умумий оқсил-54,2 г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология йўқ. Ультратовуш текшируви: ўт пуфаги ўлчамлари 106х56 мм, деворлари 3 мм, бўшлигида ўлчамлари 1 см гача бўлган кўплаб тошлар аниқланади. Клиник таъхис: "Сурункали калькулёз холецистит. Холедохолитиаз. Ўткир йирингли

холангит. Обструктив сариқлик” 29.09.2018 йил куни беморга “Эндоскопик папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, холедохнинг назобилиар дренажлаш” амалга оширилди. Операциядан кейинги 1-куни назобилиар дренаждан ўт дебити 75-90 мл қуюқ, лойқа чўкиндилар билан ажралган. Сафронинг бактериологик текширувида Сефоперозонга антибиотикига нисбатан кўпроқ сезгир бўлиб *Enterobacter* қўзғатувчиси билан микробли аралашуви аниқланган. Операциядан кейинги 2-куни ўт йўлларида яллигланишни тезроқ камайтириши учун холедох назобилиар дренаж орқали 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан санация қилинди. Умумий ўт йўлини 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан ювишнинг биринчи сеансидан сўнг, ўт оқими тезлиги 170 мл, иккинчи ва учинчи сеанслардан кейин мос равишда 340 ва 650 мл ни ташкил этди. Сафро секретцияси кўпайди. Сафронинг такрорий бактериологик текшируви билан микроблар титрининг сезиларли пасайиши аниқланган. Холедохни 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан 4 сеанс ювишдан кейин йирингли холангит жараёни бутунлай сусайди. Такрорий қон текширувида: Нв-92 г/л, эр.-3,0x10¹²/мкл, РК-0,8, тромб-263, л.- 7,2x10⁹/мкл, ҚИВ-3·30”-4·50 ”, п. .-3%, с.-65%, эос.-2%, лимфа.-26%, ду.-4, ЧТР-11 мм/соат. Биохимик қон таҳлили: бил.-56,6 мкмол/л, АЛТ-0,88 ммол/л, АСТ-1,12 ммол/л, тим.пр.-4, сийдик-6,42 ммол/л, қолдиқли азот-15 г/л, креат .-92,6 мкмол/л, умумий оқсил-53,5 г/л. Ультратовуви текшируви: интрагепатик ўт йўллари нормал, деворлари 3 мм қалинликда, умумий ўт йўлининг бўшлиғида дренаж най кўринган. Операциядан кейинги 7-куни беморга техник қийинчиликсиз лапароскопик холецистэктомия ўтказилган.

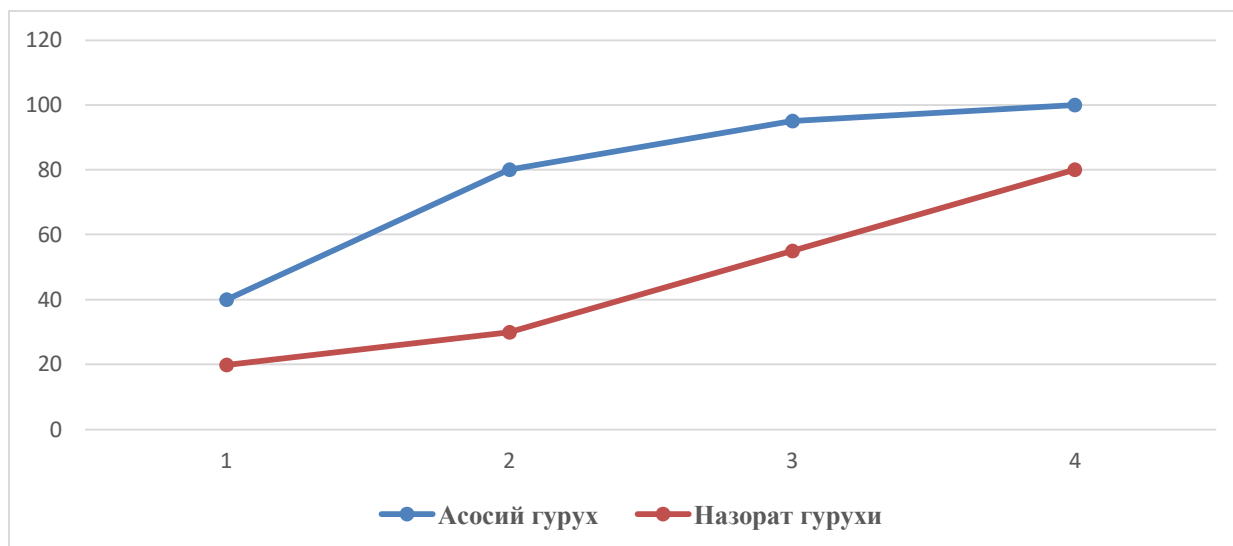
Сафронинг микробиологик текшируви 1-3-5 кунларда ва дренажни олиб ташлашдан олдин ўтказилган. Шу билан бирга, аксарият ҳолларда *Escherichiacoli* - 75,2%, *Klebsiella* - 12,3%, *Enterobacter* - 8,1% ва турли хил ассоциациялар аниқланган. Интрабилиар санациядан сўнг 5-куни беморларнинг 72% экмаларида сафро салбий натижалари кузатилган, 12-куни микроб пейзажининг тўлиқ бартараф бўлиши кузатилган (6.2-расм).



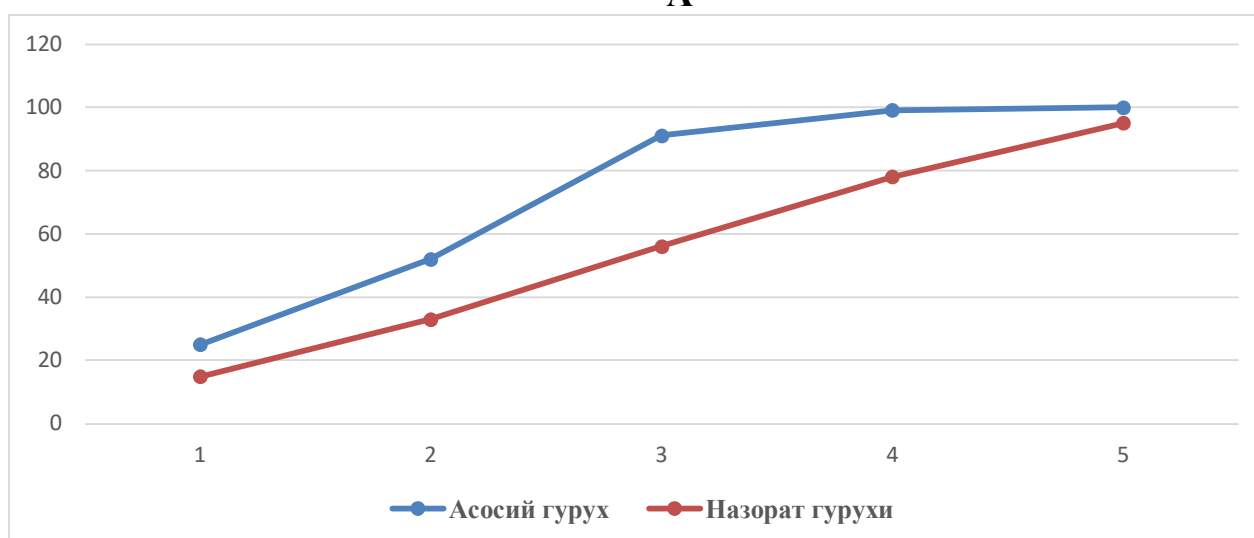
6.2-расм. Натрий гипохлорит билан интрабилиар санация пайтида сафро микроб пейзажининг тўлиқ бартараф бўлиши динамикаси (кунига /%)

Сафро бактериал экмасининг стерил ёки унинг сезиларли даражада камайиши натижасида ўт йўллари ювиш фаол кислород донори бўлган ва тезроқ регенерацияга имкон яратадиган натрий гипохлоритнинг католит эритмаси ($pH=8$) билан амалга оширилган. ЎЙХ учун комплекс терапиянинг самарадорлиги қон биохимик кўрсаткичларининг регрессияси, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражаси билан ҳам баҳоланган.

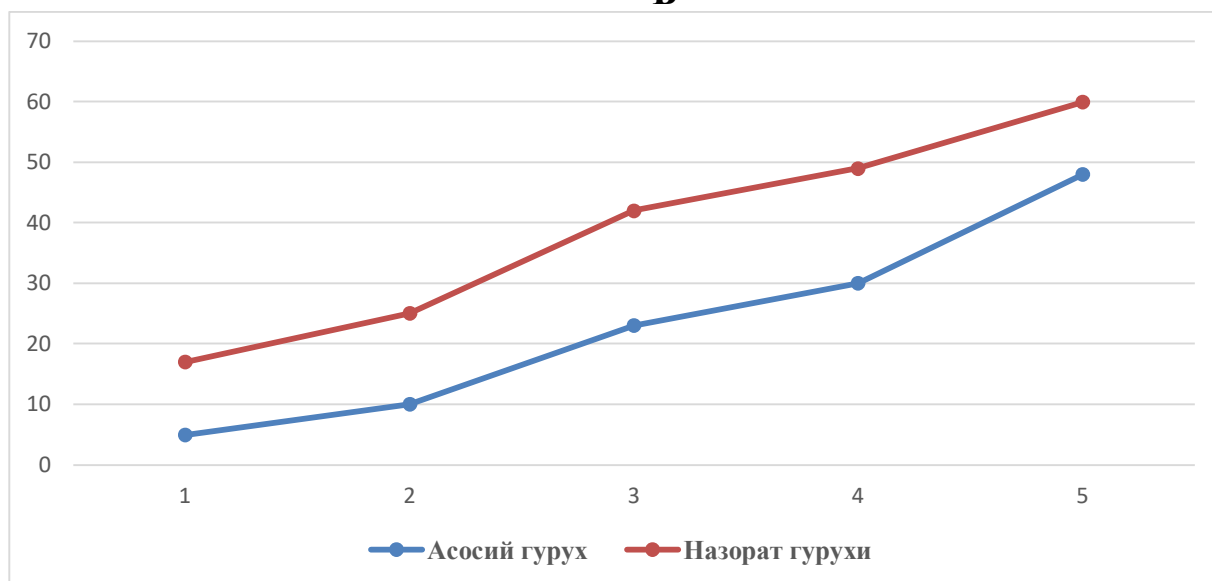
Олинган натижалар таҳлил қилинганда, таққослаш гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги умумий билирубин даражаси пасайиш динамикасида сезиларли даражада фарқ қилганлиги маълум бўлган. Шунингдек, олинган натижалар таҳлил қилинганда, ишқорли фосфатаза фаоллиги кўрсаткичлари ва АсАТ даражаси анча олдин нормаллашган (6.3-расм а, б, с).



А



Б



С

6.3-расм. Тадқиқот гуруҳларида умумий билирубин (А), ишқорли фосфатаза (Б), АСТ (С) миқдорини нормаллашиш динамикаси (% / кун).

38 беморнинг 15 нафарида ПТГМХС қўлланилгандан сўнг, ўт пуфаги бўшлиғи натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси билан ювилган ва лаборатория текшируви учун сафро олинган. Ўт пуфагининг бўшлиғида 5 мг / л концентрацияли 20-40 мл озонланган эритма юборилди. Операциядан кейинги биринчи кундан бошлаб даволаш манипуляциялари амалга оширилди.

ПТГМХС сўнг ўт пуфаги бўшлиғини санация қилиш микробли ифлосланишда статистик жиҳатдан муҳим фарқларни аниқлади. Аллақачон 1-2 кунларда микроб билан ифлосланиш паст бўлди, 5-6 кунларда микроб билан ифлосланиш 1-2 кунлик кўрсаткичларга нисбатан камайганлиги қайд этилган. Олинган маълумотлар озонланган натрий гипохлорит эритмаси билан ўт пуфагини санация қилишнинг юқори самарадорлигини кўрсатди - микробли ифлосланиш кўрсаткичлари ПТГМХС кейин энг қисқа вақт ичида прогрессив равишда камаяди.

6.2-жадвал

Холангитнинг турли клиник кўринишларида умумий ўт йўлидан ўтнинг микробли ифлосланиш кўрсаткичлари динамикаси ва уни даволаш усуллари

Холангитнинг клиник шакли	ИДОТ 11 = 13	Сафронинг микробли ифлосланиши (1 мл) (M±w)				P
		Тадқиқот вақти (кун)				
		0	0	0		
Катарал (ЛХЭ)	17	8,9 x 10 ⁶ + 3,1 x 10 ³	1,1 x 10 ³ + 0,5 x10 ³	0,3 x 10 ³ + 0,1 X 10 ³ 4	1,2 x 10 ² + 0,4 x10 ² *	<0,05
Фибриноз (ЛХЭ)	8	1,5 x 10 ⁴ + 1,7 x 10 ³	1,3 x 10 ⁴ + 6,3 x 10 ³	7,3 x 10 ³ -3,9 x 10 ³ гача	4,2 x 10 ² + 1,2 x 10 ² п 0-1 <0,001	>0,05
Фибриноз 13 1,8 x 10 ⁴ 3,4 x 10 ⁶ 9,2 x 10 ² 0,5 x 10 ² (ЛХЭ) (ИДОТ) ± ± ± ± <0>05 1,7 x10 ³ 0,2 x10 ³ 4,3 x10 ² 0,1 x 10 ² * p 0-1<0,001						
Рп	рк< 0,001 рф> 0,05	рк> 0,05 рф< 0,001	рк< 0,001 рф< 0,001	рк< 0,001 рф< 0,001		

1 - p > 0,05 ўтган кунларга нисбатан;

p_п – холангитнинг мос шаклларига нисбатан

40-жадвалда ўт пуфаги бўшлиғини озонланган натрий гипохлорит эритмаси билан тозалашдан кейин сафронинг рН қийматлари келтирилган.

Ушбу кўрсаткичлар таҳлил қилинганда, уларнинг сафрони микробли ифлосланиши маълумотлари билан бир йўналишлилиги аниқланган - ҳар бир кейинги кунда сафро рН кўтарилган ($p > 0,05$), бу яллиғланишнинг тез бартараф бўлишини кўрсатади ва асосан сафронинг микробли ифлосланиши маълумотларига мос келади.

6.3-жадвал

Холангитнинг турли клиник шакллари ва уни даволаш усуллари

Холангитнинг клиник шакли	ИДОТ 11 = 13	Сафро рН ($M \pm t$)				
		Тадқиқот вақти (кун)				
		0	1-2	5-6	8-10	P
Катарал (ЛХЭ)	17	7Д $\pm 0,1$	7,4 $\pm 0,05$ $p_0 < 0,05$	7,7 $\pm 0,1$ $p_1 < 0,05$	8,1 $\pm 0,1$ р5 $< 0,05$	$< 0,001$
Фибриноз (ЛХЭ)	8	6,6 $\pm 0,3$ *	6,7 $\pm 0,3^*$	7,2 $\pm 0,2^*$	7,6 $\pm 0,2^*$ $p_{0-1} < 0,05$ -	$> 0,05$.
Фибриноз 13 6,7$\pm 0,3$ 7,7$\pm 0,1$ 8,2 $\pm 0,1$ 8,2 $\pm 0,1$ $< 0,001$ (ЛХЭ) (ИДОТ) $p_k > 0,05$ $p_0 < 0,001$ $p_1 < 0,01$ $p_5 > 0,05$ $p_k > 0,05$						
P		$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,01$	

* - холангитнинг олдинги шаклига нисбатан $p > 0,05$; p и ва - тегишли кунларга нисбатан

6.4-жадвалда ажраладиган сафродаги лейкоцитлар сонининг динамикаси бўйича маълумотлар келтирилган.

Таклиф этилган усул бўйича ўт пуфаги бўшлиғини санация қилишдан ўтган беморларда лейкоцитлар сони тезроқ камайди, бу яллиғланиш жараёнининг енгиллигини кўрсатади.

6.4-жадвал

**Холангитнинг турли клиник кўринишларида умумий ўт
йўлидан сафродаги лейкоцитлари сонининг динамикаси ва уни
даволаш усуллари**

Холангитнинг клиник шакли	ИДОТ p = 13	Сафродаги лейкоцитлари сони (жами/фаол)			
		Тадқиқот шартлари (кунлар)			
		0	1-2	5-6	8-10
Катарал (ЛХЭ)	17	7,3 / 1,6	7,0 / 1,5	5,4 / 0	3,1 / 0
Фибриноз (ЛХЭ)	8	9,6 / 3,5	8,8 / 2,8	7,1 / 0,6	4,2 / 0
Фибриноз 13 9,3 / 3,6 5,5/0,8 3,3 / 0 1,2/0 (ЛХЭ) (ИДОТ)					

Олинган тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ўт йўлларида 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан санація қилиш аниқ дезинфектсиялаш таъсирига эга, ўт йўлларида яллиғланиш жараёнига таъсир қилади.

VII БОБ. ТАҚҚОСЛАШ ГУРУҲЛАРИДА ЎТК АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Тадқиқот гуруҳларида даволаниш натижаларининг қиёсий таҳлили беморларнинг асосий тадқиқот гуруҳида ўлимнинг сезиларли даражада камайганлигини кўрсатган. Шундай қилиб, назорат гуруҳида ривожланган асоратларни танлашда, билиар сепсиси ва холангиоген жигар абсцесслари каби асоратлар алоҳида ажратилган бўлиб, улардан операция қилинган икки беморда ўлимга олиб келадиган натижанинг ривожланишининг асосий сабаби бўлган. Операциядан кейинги даврда 2 беморда перитонит ривожланиб, бу ҳам ўлимга олиб келган. Шу билан бирга, 3 беморда ўлим сабаби мавжуд рақобатдош коморбид патологиянинг асоратлари бўлган. 2 ҳолатда ўлим сабаби ўткир миокард инфаркти бўлган. 1 кузатувда - операциядан кейинги пневмония фонида ўпка эмболияси. Шундай қилиб, беморларнинг назорат гуруҳида ўлим даражаси ($p = 255$) 2,7% - 7 бемор вафот этган. Улардан 4 тасида ўлим сабаби абдоминал асоратлар, 2 тасида билиар сепсис, 3 тасида абдоминал сепсиси мавжуд бўлган коморбид патологиядан келиб чиққан юрак-қон томир ва ўпка асоратлари туфайли юзага келган.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 301 бемордан 4 нафари вафот этган, ўлим даражаси 1,3% ни ташкил этган. Салбий оқибатнинг сабаби 1 беморда ўткир панкреатит ва 1 кузатувда давом этаётган перитонит ва 1 кузатувда билиар сепсис бўлган. Шунингдек, 1 кузатувда ўлим сабаби миокард инфаркти туфайли ўткир юрак-қон томир этишмовчилиги бўлган (7.1-жадвал).

Таққослаш гуруҳидаги 24 нафар беморда турли хил сафро ва йирингли-септик асоратлар кузатилган, бу 9,4% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (1,2%) беморда жигар ости соҳасида биломалар ҳосил бўлган, улар контрапертураларни реканализация қилиш орқали дренажланган. 5 (1,9%) беморда жигар ости бўшлиққа ўрнатилган дренаж трубкаларидан сафро оқиши кузатилган, 5 (1,9%) беморда жигар ости ва/ёки диафрагма ости

бўшлиғи абсцессларни очиш ва дренажлаш бўйича такрорий операциялар ўтказилган, 2 (0,8%) беморда сафроли перитонит туфайли релапаротомия бажарилган. Шунингдек, 4 нафар (1,6%) беморлар қорин бўшлиғига холемик қон кетиши бўйича қайта операция қилинган. 12 (4,7%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилган.

7.1-жадвал

Ўрганилаётган таққослаш гуруҳларида ўлимнинг учраш суръати ва сабаблари

Ўлим сабаблари	Таққослаш гуруҳи (p=255)		Асосий гуруҳ (p=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Жигарнинг холангиоген абсцесслари ва билиар сепсис	2	0,8%	1	0,3%
Перитонит ва абдоминал сепсиси	2	0,8%	1	0,3%
Ўткир панкреатит	-	-	1	0,3%
Миокард инфаркти	2	0,8%	1	0,3%
Ўпка артерияси тромбоэмболияси	1	0,4%	-	-
Жами	7	2,7%	4	1,3%

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

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 12 беморда операциядан кейинги асоратлар 3,9% ни ташкил этган. Шу билан бирга, 3 (0,9%) беморда жигар ости соҳасида билломалар ривожланиб улар ультратовуш назорати остида пункцион усул орқали муваффақиятли санація қилинган.

9-сонли клиник кузатиш баённомаси.

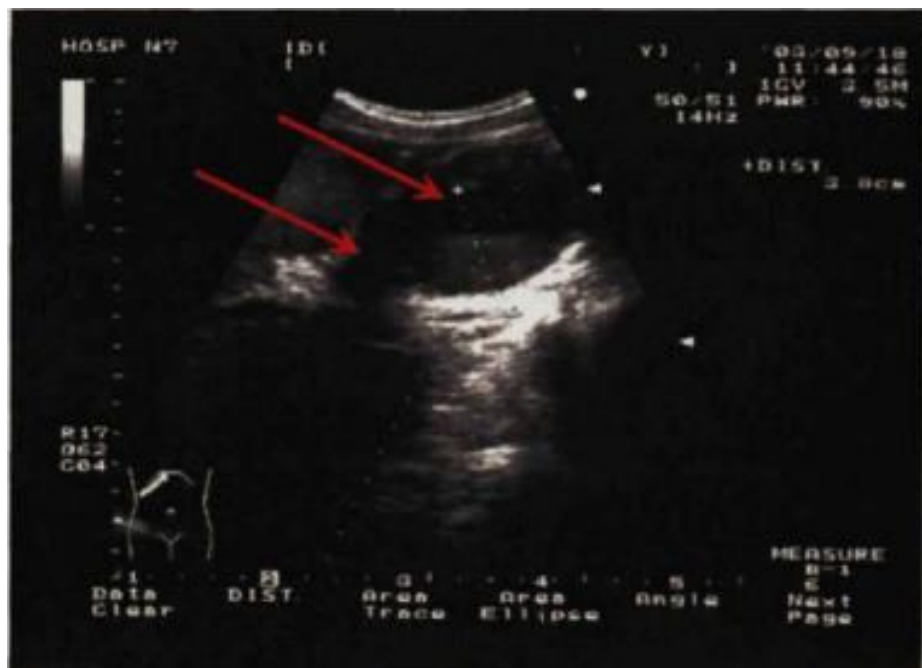
Бемор С., 69 ёш, касаллик тарихи №3948, СамМИ клиникасига 2019-йил 12-март куни ётқизилган. Асосий шикоятлари ўнг жигар остида оғриқ, оғизда аччиқ таъм сезиши, қорин дамлаши, тана ҳароратининг 39°C гача кўтарилиши, даврий титроқ ва кўнгил айниши, такрорий қусиш. 10 кун касал.

У касаллигини ортиқча овқатланиш билан бозлайди. Илгари ўнг қовурга остида бир неча марта хуружсимон оғриқ қайд этилган. 2018 йилдан бери амбулатор ультратовуш текшируви пайтида ўт пуфаги тошлари мавжуд. Қабул қилинган беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси оқарган. Икки томондан ўпкада аускультацияда везикуляр нафас, хириллаш йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, юрак уриши ритмик, таранг. Тил қуруқ, унинг юзасида оқ қоплама мавжуд. Қорин одатдаги шаклда, нафас олишда иштирок этади, пальпация пайтида ўнг қовурга остида оғриқ бор. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлати одатдаги рангда. Сийдик чиқариши эркин.

Қон умумий таҳлили: Нв-85 г/л, эр.-2,7х10¹²мк/л, РК-0,8, тромб-230, лейко-12,7х10⁹мк/л, қон ивиши -3,50''-4,00'' , п.- 3%, с.-65%, эоз.-1%, лимфа.-20%, ду.-7, ЭЧТ-25 мм/соат , АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,34 ммол/л, тим. пр.-4, сийдикда-4,66 ммол/л, қолдиқ азот-17 г/л, креат.-82, 9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган. Ультратовушда: ўт пуфаги 8,5×4 см, девори – 5 мм, бўшлиқда диаметри 0,8 см гача бўлган тошлар аниқланади. Холедох д-0,9 см, бўшлиғида қуюқ ўт чўкмалар билан аниқланади, жигар ичидаги ўт йўллари кенгаймаган.

Таъхис: “Ўткир калькулёз холецистит, холангит”. Давом эттирилган консерватив терапия оғриқнинг пасайишига олиб келди, яллиғланиш ҳолатлари сезиларли даражада камайди. 2019-йил 14-март куни беморга режалли равишда техник қийинчиликларсиз кичик кириш йўли орқали холецистэктомия ўтказилди. Операциядан кейинги даврда иккинчи куни бемор ўнг жигар ости соҳасида оғриқлардан шикоят қилди. Жигар ости бўшлиғига ўрнатилган дренаждан ажралма йўқ. Ультратовуш текшируви жигар ости бўшлиғида 100 мл миқдорида чекланган суюқликнинг тўпланиши белгиларини кўрсатган. Ривожланаётган перитонит белгилари йўқлигини инобатга олиб, ўзгаришлар динамикаси назорати остида консерватив даволанишни давом эттириш тўғрисида жамоавий қарор қабул қилинди. МЛХЭ сўнг 4-кунида беморнинг ўнг қовурга остидаги оғриғи кучайган, тана

ҳарорати кўтарилган. 37,9 °С. Маҳаллий перитонеал симптомлар ривожланган. Ультратовуш текшируви ўнг қовурға ости соҳасида суюқликнинг чегараланган тўпланиши аниқланган ва 150 мл гача кўпайган (7.1-расм).



**7.1-расм Бемор К.нинг эхограммаси, 68 ёш, Кичик кириш йўли орқали
ХЭ 4 кундан кейин. Жигар ости бўшлиғида 150 мл гача суюқликнинг
чегараланган тўпланиши**

Ультратовуш назорати остида суюқликнинг чегараланган тўпланишининг пункцияси амалга оширилди, унинг давомида жигар ости бўшлиқдан 150 мл гача сафро эвакуация қилинди.

Операциядан кейинги давр қониқарли ўтди. Тана ҳарорати нормал ҳолатга қайтди, озриқ ва перитонеал симптомлар йўқолди. Дренаж назорат ультратовуш диагностикасидан сўнг 7-кунли олиб ташланди, унинг давомида жигар ости бўшлиғида суюқлик тўпланиши аниқланмади. Жароҳат бирламчи битди, беморга қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

3 (0,9%) беморда ўт пуфагининг трансгепатик пункция вақти жигардан холемик қон кетиш кузатилган. 3 нафар беморда ташқи сафро оқиши кузатилди, релапароскопия пайтида 1 ҳолатда ўт халта йўли чўлтоғида

етишмовчилик туфайли ката клипс ўрнатилди, яна 2 ҳолатда ўт пуфаги ётоғидан қорин бўшлиғига ўт оқиши манбаи сифатида коагуляция қилинган.

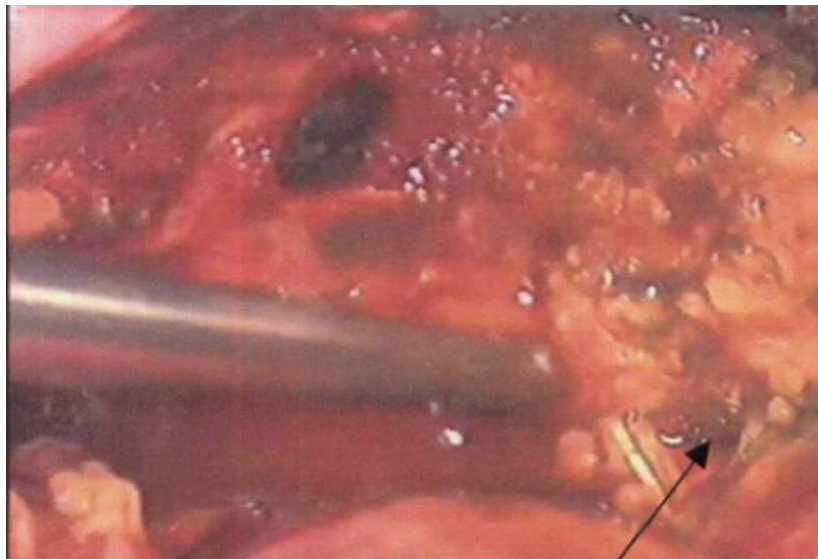
10-сонли клиник кузатиш баённомаси.

Бемор Ф., 69 ёш, касаллик тарихи №1603. У 02.03.2020 йилда зудлик билан клиникага ётқизилган. Шикоятлари: ўнг қовурга ости соҳасида оғриқ, қалтираш, тана ҳароратининг 39-39,3°C гача кўтарилиши, кўнгил айниши, бир марта қусиш. 6 кун касал. У ўз касаллигини ёғли овқатларни истеъмол қилиш билан боғлайди. Қабул қилинган беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси оқарган. Икки томондан аускультацияда ўпкада везикуляр нафас, хириллаш йўқ. Юрак тонлари бўғиқ, юрак уриши ритмик, таранг. Тили қуруқ, юзасида оқ қоплама мавжуд. Қорин тери ости ёғи туфайли катталашган, нафас олиш актида иштирок этади, пальпация ўнг ўнг қовурга ости соҳаси оғриқли. Мерфи ва Ортнер-Греков белгилари мусбат. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ахлат ранги одатдагидек. Сийдик чиқариш эркин.

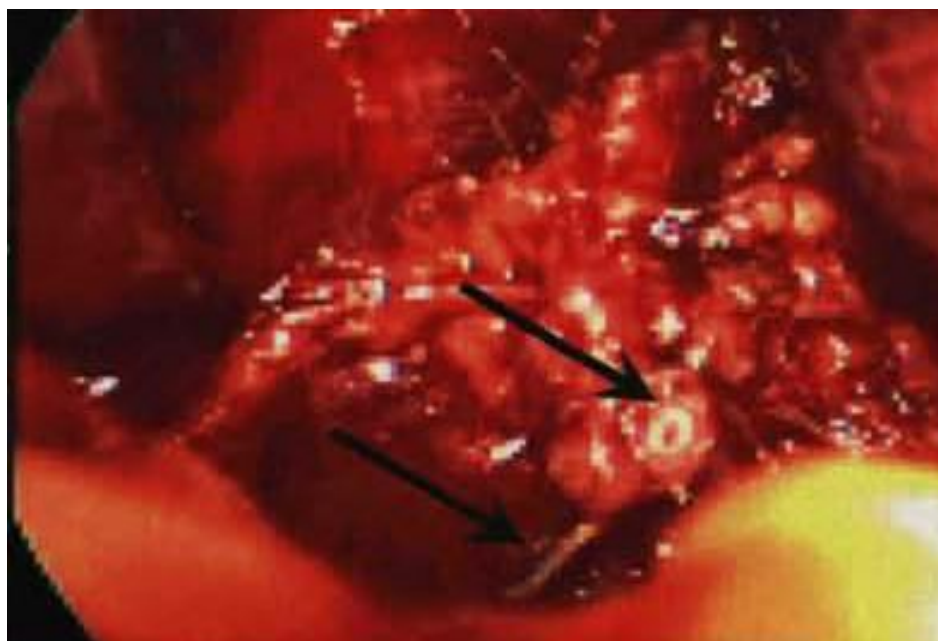
Умумий қон таҳлили: Нв-105 г/л, эр.-3,6х10¹²мк/л, РК-0,8, тромб-230, лейко-12,7х10⁹мк/л, қон ивиши -3,50"-4,00" , п.- 3%, с.-65%, эоз-1%, лимфа.-20%, ду.-7, ЭЧТ-20 мм/соат. Биохимик қон текшируви: бил.-19,65 мкмол/л, АЛТ-0,96 ммол/л, АСТ-0,34 ммол/л, тим.пр.-4, сийдик-4,66 ммол/л, қолдиқли азот-17 г/л, креат .-82,9 ммол/л, умумий оқсил-70,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенограммаси: патология аниқланмаган. Ультратовуш: ўт пуфаги 10,5 × 6 см девори - 6 мм, бўйин қисмида диаметри 1,8 см гача бўлган тош аниқланади. Холедох д-1,0 см, бўйлигида қуюқ ўт аниқланади, интрагепатик ўт йўллари кенгаймаган.

Таъхис: "Ўткир обструктив калькулёз холецистит, холангит". Ўтказилган консерватив терапия самара бермаган. 2000 йил 4 февралда беморга лапароскопик холецистэктомия ўтказилди. Операциядан кейинги диагноз: "Ўткир обструктив калькулёз флегмоноз холецистит". Шунга қарамай, операциядан кейинги иккинчи кун беморда ўнг қовурга остида оғриқ, кўнгил айниши ва бир мартаба қусиш бўлган. Жигар ости бўйлиғига ўрнатилган дренаждан 200 мл дан ортиқ сафро ажралган. Объектив:

пальпацияда қорин ўртача таранг, ўнг қовурға остида озриқ, "+" перитонеал симптомлар. Кўриқдан сўнг релапароскопия таклиф қилинди, ўрта чизик бўйлаб киндикдан 1 см пастда пневмоперитонеум қўйилди ва лапароскоп киритилди.



7.2-расм. Бемор Р., 63 ёш. ЛХЭ кейинги ҳолат (2 кун). Релапароскопия, пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги туфайли жигар ости бўшлиғида сафро тўпланиши



7.3-расм. Бемор Р., 63 ёш. Релапароскопия, ўт пуфаги йўлига қўшимча клипс ўрнатиш

Ўнг латерал канал бўйлаб 60 мл гача, жигар ости соҳасида 300 мл дан ортиқ сафро аниқланган. Ўт пуфагининг ётоғи, қисман гепатодуоденал бойлами текширилди - сафро оқишининг манбаи пуфак йўлининг чўлтоғидир. Қорин бўшлигини санация қилиш билан ўт пуфаги йўлига қайта клипс ўрнатиш амалга оширилди, сўнгра хирургик аралашувлардан сўнг қорин бўшлиғи дренажланди. Бемор аҳволи мониторинги шуни кўрсатдики, операциядан кейинги давр қониқарли ўтди, учинчи куннинг охирига келиб қорин бўшлиғида ўрнатилган дренаж олиб ташланган. Такрорий реллапароскопиядан сўнг 5-кунда бемор яшаш жойида назорат остида қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

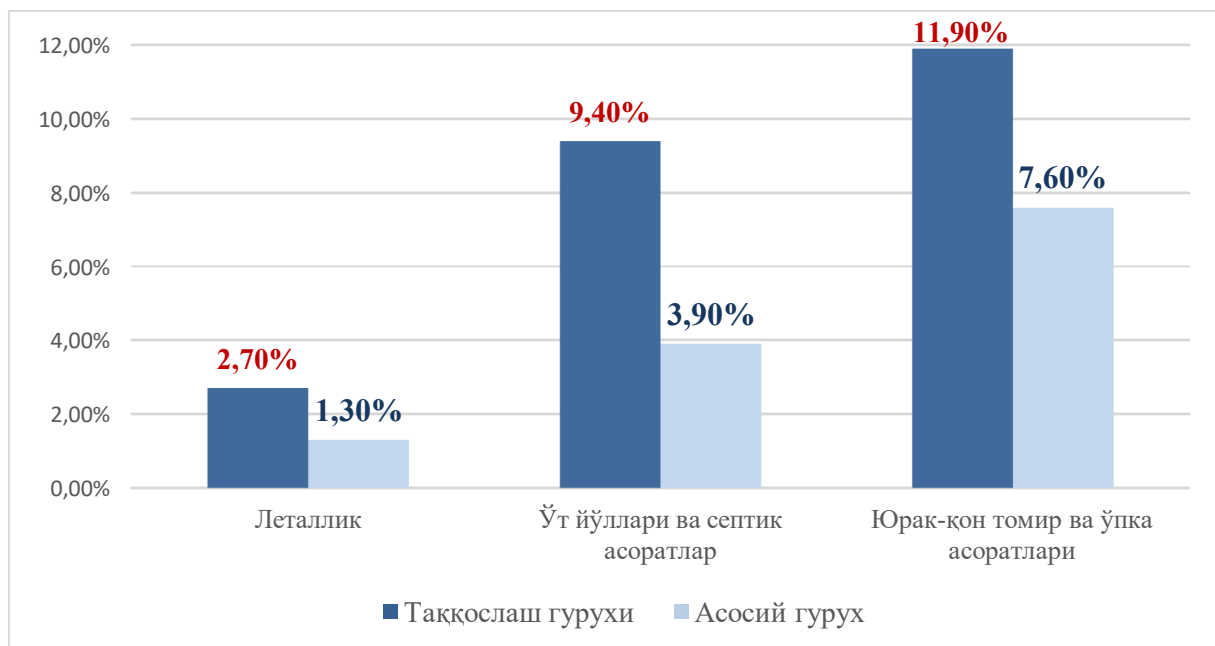
ЭПСТ хирургик амалиётидан сўнг 1 беморда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши қайд этилди ва қон кетиш консерватив тарзда гемостатик терапия ўтказиш орқали тўхтатилди. 2 беморда диафрагма ости абсцесси ҳосил бўлиб, ультратовуш назорати остида такрорий пункция орқали санация қилинган. 4 (1,3%) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилган (7.2-жадвал).

7.2-жадвал

Таққослаш гуруҳларида билиар ва септик асоратларнинг учраш суръати

Йирингли-септик асоратлар	Таққослаш гуруҳи (p=255)		Асосий гуруҳ (p=301)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Билома	3	1,2%	3	0,9%
Сафрони ташқарига оқиши	5	1,9%	3	0,9%
Холемик қон кетиш	4	1,6%	3	0,9%
Ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш	-	-	1	0,3%
Жигар ва диафрагма остидаги абсцесс	5	1,9%	2	0,6%
Тарқалган билиар перитонит	2	0,8%	-	-
Яранинг йиринглаши	12	4,7%	4	1,3%
Жами	24	9,4%	12	3,9%

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



7.4-расм. Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни хирургик даволаш натижалари

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, беморлар аҳволининг оғирлиги ва операциядан кейинги ривожланадиган асоратларнинг башорат қилинадиган хавфини ҳисобга олган ҳолда беморларни жарроҳлик даволашда тактик ва техник чора-тадбирларни амалга оширишга янги ёндашувларни оптималлаштириш ва ишлаб чиқиш, дастлабки миниинвазив декомпрессия аралашувларидан устувор равишда фойдаланиш инфекцион жараёни эрта бартараф этишга, билиар ва абдоминал сепсис ривожланиши, рақобатдош коморбид патология туфайли юрак-қон томир ва ўпка асоратларининг олдини олишга ёрдам берди. Ўлимни 2,7 % дан 1,3 % га, ўт йўллари ва септик асоратларни 9,4 % дан 3,9 % га, шунингдек, юрак-қон томир ва ўпка асоратларини 11,9 % дан 7,6 % га камайтиришга эришилди.

ХОТИМА

National Institutes of Health (2017) берган маълумотларига кўра, ўт тош касаллиги катта ёшдаги аҳолининг 10-15% учрайди, ўт йўллари яллиғланиш касалликларининг йирингли асоратлари эса 46% ҳолларда учрайди ва тўлиқ назорат билан кузатилишига қарамай тадқиқотчилар учун ушбу масала ҳозирги кунда ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу жойлашувдаги яллиғланиш жараёни нафақат маҳаллий йирингли яллиғланиш, балким оғир эндоген интоксикациянинг тез ривожланишига ва аъзоларнинг чуқур дисфункциясига олиб келадиган тизимли касалликлар билан характерланади. Клиник амалиётга янги замонавий диагностика усуллари (УТТ, КТ, МРТ, РПХГ) ва минимал инвазив даволаш усуллари жорий этиш туфайли ЎТК ва унинг ўткир деструктив холецистит, холедохолитиаз ва йирингли холангит каби асоратларини даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди.

Ўткир деструктив холецистит холедохолитиаз ва йирингли холангит билан биргаликда ўт йўллари касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири бўлиб, сафро чиқишининг барқарор бузилиши фонида юзага келадиган ўт йўллариининг ўткир яллиғланишга хосдир. Ўткир деструктив холецистит ва тобора ривожланиб боровчи обструктив сариклик билан беморларнинг аксарият қисми умумий жарроҳлик шифохоналарига ётқизилганлиги боис, унинг диагностикаси, тактик жиҳатдан қарорлар қабул қилиш ва даволашда турли хил ёндашувлар мавжуд. Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари диагностикаси билан жарроҳлик аралашув усулини танлаш кўпинча навбатчи шифохона ва тиббий бригаданинг имкониятларига боғлиқ бўлиб, баъзан эса бу ҳолат ушбу муассасада тасдиқланган ягона даволаш тактикаси билан белгиланади.

Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари диагностикаси ва уни даволашнинг услубий жиҳатлари замонавий адабиётларда кўп жиҳатдан ёритилган, аммо миниинвазив усулларнинг имкониятларини баҳолаш жараёнида муаллифларнинг қарашларида баъзида қарама-қаршиликлар ва

етарли даражада ечимга эга бўлмаган маълумотлар мавжуд. Аксарият тадқиқотларда хирургик даволаш натижаларининг 20% ҳолатида беморларда септик ҳолат ривожланиши акс этирилган бўлиб бунинг натижасида 6,25% дан 30,0% гача кузатувларда ўлим ҳолатининг қайд этилиши ҳар доим ҳам мутахассисларни қониқтирмайди.

Ўт тош касаллиги ва унинг ўткир деструктив холецистит ва йирингли холангит каби асоратларини кенг тарқалганлиги боис жарроҳлик аралашувларнинг кўпайиши, шунингдек, янги технологияларнинг кенг жорий этилиши жиҳатидан ўт тош касаллигининг асоратланган формаларида тактик ва техник жиҳатдан даволашнинг такомиллаштирилган аспекти ва замонавий миниинвазив оператив аралашувларни самарадорлигини аниқлашни ўрганиш шубҳасиз аниқ ва равшандир.

Ушбу тадқиқот ўт тош касаллигининг асоратланган формалари билан беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборатдир.

Тадқиқотда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида 2015-2022 йиллар давомида ўт тош касаллигининг асоратланган формалари билан 556 нафар беморларни даволаш натижалари келтирилди.

ЖССТ Европа минтақавий бюроси (2016) томонидан қабул қилинган таснифга кўра, ёши катта (60-74 ёш) ва кекса (75 ёш ва ундан катта) беморлар мос равишда 127 (22,6%) ва 24 (4,3%) кўрсаткични ташкил этди. Тадқиқотнинг асосий таркибини беморларнинг ўрта ёшдан кичик 121 (21,7%) нафар ва 247 (46,2%) тасини ўрта ёшдан катта ёшдаги беморлар ташкил этди. Аёл жинсига мансуб беморлар кўпроқ - 361 нафари (64,9%), эркеклар - 195 (35,1%) нафар беморлардан иборат. Аёллар ва эркеклар нисбати 1,8:1 ташкил қилди.

Ўт тош касаллигининг аниқланган асоратлари бўйича беморларнинг тақсимланиши қуйидагича: - 412 беморда ўткир деструктив холецистит клиник кўринишида: ва 144 беморда эса ўткир йирингли холангит клиник клиник кўринишида бўлди.

Ўткир холецистит билан 412 нафар беморда жарроҳлик амалиёти амалга оширилди, шундан 330 нафарида (59,3%) ўт пуфаги яллиғланишининг деструктив шакллари (113 гангреноз холецистит, 217 флегмоноз формалари), 82 нафарида эса ўт пуфаги эмпиемаси диагнози тасдиқланган.

Ўт йўллари касалликларини учраш суръатини ўрганишда қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди: 105 ҳолатда холедохолитиаз, 39 беморда эса холедохолитиаз билан бирга катта дуоденал сўрғичнинг стенози (КДС) аниқланди.

194 (47,8%) беморда яллиғланишнинг ўт пуфагидан ташқарида ҳам тарқалганлиги кузатилди. Уларнинг 48 тасида (11,6%) қорин бўшлиғида сафроли перитонит аниқланган ва шундан 23 беморда диффуз, 17 тасида эса чегараланган перитонит кўринишида бўлган. 194 нафар (34,9%) беморнинг барчасида перивезикал инфильтрат, шундан 15 (2,7%) ҳолатда эса перивезикал абсцесс аниқланган.

Ўт йўллари касалликларининг асоратланган шаклларини аниқлаш суръати шуни кўрсатдики, обструктив сарикликнинг вужудга келиши етакчи ўринни эгаллаб, бунда қонда умумий билирубиннинг 60 мкмоль / л дан юқорилиги 91 ҳолатда қайд этилган. Беморларда сарикликнинг давомийлиги 2-14 кунни ташкил этди. Унинг пайдо бўлиш сабаблари таҳлил қилинганда сарикликнинг клиник жиҳатдан намоён бўлиши жигардан ташқари ўт йўлларида тош мавжудлиги билан боғлиқлиги ва 39 нафар беморда қўшимча равишда КДС обструктив стенози кузатилганлиги аниқланди. 144 нафар беморда касалликнинг кечиши холангит билан асоратланган.

Диагноз аниқланиши ўт тош касаллигининг клиник кўриниши, лаборатория ва инструментал текшириш усулларининг (сонография, РПХГ, МР- холангиография) натижалари асосида амалга оширилди. Якуний диагноз ўт пуфаги ва ўт йўллариининг деворларида характерли ўзгаришларга асосланиб тасдиқланган.

Шу билан бирга, ЎТК асоратли формалари билан 144 (25,9%) нафар беморда холедохолитиаз ва обструктив сариклик клиникаси ва 412 (74,1%)

нафар беморда эса ўткир деструктив холецистит клиникасининг устунлиги билан намоён бўлган.

Тадқиқотга мувофиқ беморлар қуйидаги тадқиқот гуруҳларига бўлинди. Таққослаш гуруҳи 2015-2018 йилларда ўткир холецистит ва ўт йўллариининг шикастланиши билан шошилиш ва кечиктирилган шошилиш кўрсатмалар бўйича операция қилинган 255 нафар бемордан иборат бўлди. Тадқиқот асосий гуруҳини 301 бемор ташкил этди. Уларда биз таклиф қилган даволаш-диагностик тактика алгоритмини қўллаш миниинвазив жарроҳлик аралашувлардан фойдаланган ҳолда жарроҳлик даволашнинг босқичма-босқич усулларида устувор равишда фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда асосланди. Дастурни клиник тадбиқ қилиш жараёнида Европа жарроҳлик ассоциацияси – ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) жарроҳлик амалиётидан кейинги сифатли даволаниш тавсиялари илгари сурилди. Тадқиқотда беморларнинг иккала гуруҳи ҳам ёши, ҳам клиник кўринишларнинг ривожланганлиги ва касалликнинг оғирлиги бўйича бир хил бўлди.

Назорат гуруҳидаги барча 255 нафар беморларнинг 186 (72,9%) нафарида ўткир деструктив холециститнинг клиник кўриниши устунлик қилди, 69 нафарида (27,1%) эса холедохолитиаз ва КДС стенози натижасида механик сариклик ва холангитнинг клиник кўриниши учради.

Таққослаш гуруҳидаги барча операция қилинган 255 нафар беморда жарроҳлик аралашуви ХЭ (186 беморда) ёки ХЭ холедохолитотомия билан (69 нафар беморда) холедохнинг ташқи дренажлаш бажарилган бўлиб, 113 беморда жарроҳлик кенг лапаротомия ва 142 нафарида эса мини лапаротом кириш йўли орқали амалга оширилди.

Ўткир холецистит ёки ўткир холангит клиникасига қараб беморларда ўлим ва операциядан кейинги асоратларнинг учраш суръати таҳлили натижалари таққослаш гуруҳида шуни кўрсатдики, қониқарсиз натижаларнинг энг юқори фоизи билан обструктив холангит кечадиган ўткир холецистит бўйича жарроҳлик амалиётидан кейин қайд этилган: бунда ўлим

5,8%, билиар ва септик асоратлар суръати 18,8%, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар - 21,7% ташкил этди.

Тадқиқот таққослаш гуруҳида 2 (0,8%) беморда ўлим сабаби жигарнинг холангиоген абсцесслари ва билиар сепсиси бўлган. 2 (0,8%) ҳолатдаги кузатувда ривожланган перитонит ўлим ҳолатининг сабаби бўлди. 3 (1,2%) ҳолатдаги кузатувда ўлим сабаби 2 беморда ўткир миокард инфаркти ва 1 беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси туфайли ўткир юрак-қон томир этишмовчилиги ўлим сабаби бўлган. Таққослаш гуруҳида умумий ўлим 2,7%, жарроҳлик амалиётидан кейинги билиар ва септик асоратлар 24 (9,4%) нафарида, қорин бўшлиғидан ташқари асоратлар 31 (12,2%) ни ташкил этди.

Асосий гуруҳда 2019-2022 йилларда ЎТК асоратланган формалари билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган 301 нафар бемор учун даволаш беморларнинг оғирлик даражаси ва 2018 йилда қабул қилинган SIRS мезонлари ва Токио таснифга мувофиқ ишлаб чиқилган алгоритм асосида амалга оширилди (Tokyo Guidelines, 2018, TG18).

Беморларда таклиф этилган оғирлик даражаси мезонлари ҳамда асоратланган ЎТК клиник кечишини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Асосий гуруҳга ўткир деструктив холецистит клиникаси устунлиги билан касалликнинг оғир клиник кечиши ва жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда асоратлар хавфи юқори бўлган 39 нафар бемор киритилди. Уларнинг 11 тасида сафроли перитонит қайд этилган (5 та диффуз, 6 та шаклланган биллома кўринишида).

17 бемор ҳолатининг оғирлиги сабабли 1-чи босқичда перкутан-жигар орқали микрохолецистостомия (ПЖМХС) ўтказилди, улардан 6 нафарида жигар ости соҳасида чегараланган биллома пункция ва санация қилинган. Даволанишнинг 2-чи босқичида 7-14 кунларда 14 нафар беморга холецистэктомия, шу жумладан ЛХЭ-6, мини лапаротом кириш орқали ХЭ-8 бажарилган. 3 нафар бемор ХЭ бажарилмасдан фаолият кўрсатадиган холецистостома билан жавоб берилган.

Ўткир деструктив холециститнинг клиникаси билан умумий аҳволи ўртача оғирликда бўлган 69 беморнинг 34 нафарида холецистэктомия (16-ЛХЭ, 18 – ХЭ, шундан 8 тасида мирилапаротом кириш йўли орқали) ўтказилган. 17 нафар беморда (шулардан 3 таси чегараланган перивезикал биломанинг пункция орқали санация қилиш билан) дастлабки холецистостомия (ПЖМХС) билан икки босқичли даволаш ўтказилди. Ушбу 7 беморда кейинчалик миникириш йўли орқали ХЭ ўтказилди. Яна 7 нафар беморга микрохолецистотомиядан сўнг ЛХЭ бажарилди.

2 нафар беморда фақат микрохолецистостомия ўрнатиш билан чекландик. 5 нафар беморда МЛХЭ ўтказилди ва перивезикал абсцесс очилди. Перитонит туфайли 11 бемордан 3 нафарида ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилиш лапароскопик усулда муваффақиятли ўтказилди. 8 нафар беморда ўт қопини олиб ташлаш ва қорин бўшлиғини санация қилиш кенг лапаротомия орқали амалга оширилди. Ўткир холецистит клиникасининг енгил оғирлик даражаси 118 нафар беморда қайд этилди.

Ўт тош касаллигини ўткир деструктив холецистит билан асоратланган 31 (13,7%) нафар беморда жарроҳлик йўли орқали даволаш 2 босқичда амалга оширилди. 190 нафар беморда (84,1%) бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

Холецистэктомия 221 нафар беморда амалга оширилиб, бунда аксарият қисми, яъни 107 нафар бемор ҳолатида (48,4%) асосан мирилапаротомия орқали амалга оширилди. 87 нафар (39,4%) беморга ЛХЭ, 17 нафар (7,7%) беморга кенг лапаротомия усули орқали ХЭ ўтказилди, 5 нафар (2,3%) бемор эса холецистостомия билан жавоб берилган.

Шундай қилиб, ўт тош касаллигининг асоратли кечиши - деструктив холецистит клиникасини устунлиги кузатилган 226 нафар беморнинг 31 нафарида (13,7%) 2 босқичли даволаш ўтказилган. Ушуб гуруҳдагиларнинг 14 ҳолатида оғир клиник кечиш кузатилиб у 35,9% ва 17 тасида ўрта оғирликдаги ҳолат учраб у 24,6% ни ташкил этган.

ЎТК асоратли кечиши билан ва механик сариқлик ва холедохолитиаз (n=75) оқибатида обструктив холангитнинг ривожлашини билан касалликнинг оғир клиник кечиши ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори ривожланиш хавфи башорат қилинган асосий гуруҳдаги беморларнинг 25 нафари киритилган.

20 (80%) нафар бемор аҳволининг оғирлиги инобатга олинган ҳолда даволашнинг 1-чи босқичида эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва кейин назобилиар дренажлаш (НБД) муваффақиятли бажарилган. 5 (20%) беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз бўлган. Ушбу 5 беморда механик сариқлик ва холангит клиникасининг ўсиб бориши натижасида ўнг қовурға остидан мирилапаротом кириш йўли орқали ХЭ ва холедохолитотомия бажарилган.

Муваффақиятли ЭПСТ ўтказилгач холангиоген интоксикация бартараф қилиниб умумий аҳволи яхшиланган 20 нафар беморнинг 11 тасида ХЭ, шундан 4 та ЛХЭ ва 7 беморларда эса мирилапаротом кириш йўли орқали ХЭ 2-чи босқичда бажарилган. Муваффақиятли ЭПСТ амалга оширилган 5 нафар бемор радикал жарроҳлик амалиётига рози бўлмади ва уларга жавоб берилди.

Механик холангит ва ўткир холециститнинг комбинацияси билан 4 нафар беморга миниинвазив декомпрессив трансдуоденал аралашувлар - ЭПСТ орқали литоэкстракция ўтказилган. Ушбу беморларга ПЖМХС ҳам ўтказилди. Кейинчалик улардан 2 тасида МЛХЭ амалга оширилди. 2 нафар беморнинг аҳволи сезиларли даражада яхшиланган ҳолда шифохонадан жавоб берилди.

Ҳолатининг ўрта оғирлик даражасидаги 31 беморнинг 14 нафарида бир вақтнинг ўзида ХЭ ва ўнг қовурға ости соҳасидан мирилапаротом кириш йўли орқали холедохни ташқи дренажлаш билан холедохолитотомия ҳажмида жарроҳлик аралашуви амалга оширилди.

Умумий аҳволи оғир бўлган 17 нафар беморларда даволашнинг 1-чи босқичида ЭПСТ ва сўнгра НБД муваффақиятли бажарилди. Ходемик эндотоксикоз бартараф қилиниб умумий аҳволи яхшиланган 15 беморда

даволашнинг 2-чи босқичида ХЭ бажарилган, шу жумладан 11 нафарида ЛХЭ ва 4 нафар беморда минилапаротом кириш йўли орқали ХЭ амалга оширилган. Муваффақиятли ЭПСТ орқали литоэкстракция амалга оширилган 2 нафар бемор радикал ХЭ жарроҳлик амалиётига рози бўлмади.

Механик сариклик ва енгил даражадаги холангит клиникаси билан 19 нафар беморга бир босқичли ХЭ билан холедохолитотомия ўтказилди, шундан 13 ҳолатда минилапаротомия ва 6 ҳолатда эса кенг лапаротомия кириш йўллари орқали амалга оширилди.

Механик сариклик ва йирингли холангит клиникаси устунлик қилган 75 нафар беморлар гуруҳидаги 28 (37,3%) пациентда 2 босқичли жарроҳлик даволаш амалга оширилди. Уларда биринчи босқичда ЭПСТ билан НБД ва шундан 2 ҳолатда эса ПТГМХС муваффақиятли амалга оширилди. Холангиоген интоксикация клиникаси бартараф қилинган, уларда 2-чи босқичда ХЭ амалга оширилди (ЛХЭ-15, МЛХЭ-13). ЭПСТдан кейин аҳволи сезиларли даражада яхшиланган 9 (12%) бемор амбулатор кузатув учун уйига жавоб берилган.

38 (50,7%) нафар беморга бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашуви ўтказилди – бунда ХЭ билан холедохолитотомия ва холедохни дренажлаш амалиётлари бажарилган. Улардан 5 тасида операция ЭПСТ муваффақиятсиз натижаси туфайли амалга оширилган.

Шундай қилиб, Токио таснифига биноан аҳволининг оғирлиги бўйича оғир даражадаги 64 нафар беморда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда асоратларни ривожланиб кетиш хавфи юқори бўлган 27 нафар (42,2%) пациентда икки босқичли жарроҳлик амалиёти ўтказилди. 10 нафар (15,6%) беморда ўт йўлларида миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекландик. Бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти 27 (42,2%) нафар беморда ва шундан 13 (20,3%) ҳолатда перитонит (5 бемор) ёки перивезикал абсцесс (5 бемор) клиникаси мавжудлигида ёки ЭПСТ муваффақиятсиз бўлганда ўтказилган.

Ахволининг оғирлиги ўрта даражада (n=100) бўлган 32 (32%) беморларда икки босқичли жарроҳлик аралашуви ўтказилди, қачонким бир лаҳзали радикал хирургик амалиёти эса 74 (74%) беморда бажарилган. 4 нафар беморда миниинвазив декомпрессия аралашуви билан чекландик.

ЎТК асоратланган кечиши ва ҳолатининг енгил даражали оғирлиги билан 118 беморларда радикал жарроҳлик амалиёти 1-босқичда ўтказилди.

Бизнинг тадқиқотимизда асосий гуруҳдаги барча беморларда (n=301) даволаш босқичларида миниинвазив декомпрессия аралашуви 73 беморда, шундан 59 тасида даволашнинг 1-чи босқичи ҳисобида, 14 тасида эса - мажбурий якуний даволаниш усули сифатида амалга оширилди.

Беморларнинг асосий гуруҳидаги 38 нафар беморга перкутан жигар орқали микрохолецистостомия (ПТГМХС) ўтказилди.

Ўт пуфагини ультратовуш текширув назоратида дренажлаш канал герметиклигини сақлаш ва сафронинг қорин бўшлиғига оқиб кетишини профилактикаси мақсадида жигар паренхимаси орқали амалга оширилди.

Дренаж барча ҳолатларда "зонтиксимон" стилети билан - охирида "саватсимон" кўринишдаги 4F ва 9F диаметрли катетерлардан фойдаланилди.

Микрохолецистостомиядан сўнг ўт пуфагининг таркиби тўлиқ эвакуация қилинди ва унинг бўшлиғи озонланган натрий гипохлорит эритмаси билан ювилди. Дренаж орқали чиқадиган ажралма визуал равишда баҳоланди ва бактериологик текширув амалга оширилди. Ўт пуфаги бўшлиғини тўлиқ бўшаганлиги эхографик жиҳатдан назорат қилинган.

ПТГМХС дан сўнг ХЭ 21 нафар беморда иккинчи босқичда ўтказилди (ЛХЭ 13, МЛХЭ 18 беморда). Улардан ПТГМХС билан биргаликда ЭПСТ 2 беморда ўтказилди ва МЛХЭ билан якунланди. 5 нафар беморда ПТГМХС даволашнинг якуний усули ҳисобланди. Шунингдек, ПТГМХС билан биргаликда ЭПСТ 2 беморда ҳам даволашнинг якуний усули бўлди.

Ўткир обструктив йирингли холангит клиникаси устунлиги билан беморларнинг асосий тадқиқот гуруҳида эндоскопик папиллосфинктеро-

томия фақат 37 нафар беморда амалга оширилди. Яна 5 нафар беморда ЭПСТ бажаришга уриниш муваффақиятсиз тугади.

ЭПСТ клиниканинг дуоденоскоп, электрожарроҳлик блок ва сфинктеротом мавжуд эндоскопик операцион хонасида амалга оширилди. Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, 5 нафар беморда ЭПСТ ва НБД ўрнатишга уринишлар муваффақиятсиз тугади, бир ҳолат беморда ўткир панкреатитнинг оғир даражаси ривожланиши оқибатида ўлим ҳолати қайд этилди, бошқа 1 нафар кузатувда эса ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш консерватив тарзда даволанди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги 73 беморда миниинвазив декомпрессияли жарроҳлик даволаш амалга оширилди, бу 24,2% ни ташкил этди. Ўт йўлларида дастлаб миниинвазив декомпрессиясидан сўнг 7-14 суткада иккинчи босқичда ушбу беморларнинг 59 нафарида ХЭ, шундан ЛХЭ – 28, МЛХЭ – 31 ҳолатда амалга оширилди.

Асосий гуруҳдаги 228 нафар беморда бир босқичли радикал жарроҳлик амалиёти - холецистэктомия ўтказилган, бу контингент умумий сонининг 75,7 % ни ташкил этади. Бу пайтда турли хил усуллар қўлланилди: шундан 137 нафар беморга минилапаротомия усулидан фойдаланган ҳолда жарроҳлик амалиёти бажарилди, 84 нафар беморда ЛХЭ ўтказилди; 27 беморда эса ХЭ кенг лапаротом кириш йўли орқали амалга оширилди.

Умумлаштирилган ҳолда асосий гуруҳда минилапаротом кириш йўли орқали ХЭ - 158 (жами умумий жарроҳлик амалиёти ҳажмининг 55,1%); 27 (9,4%) ҳолатда кенг лапаротомия; 102 (35,5%) – ЛХЭ жарроҳлик амалиётлари амалга оширилди. Касаллик кечишининг оғирлиги сабабли 14 нафар беморда холецистэктомия ўтказилмаган.

Сафроли перитонит кўпинча ёши ўтган ва кекса беморларда ривожланиб бунинг оқибатида уларда ўткир холециститнинг деструктив шакллари кўп учраши ва перитонит ривожланиши сабабли аксария ҳолларда касалликнинг яшириш кўринишда кечишига сабаб бўлган.

Хирургия ривожланишининг ҳозирги босқич ҳолатларини ҳисобга олган ҳолда, сафроли перитонитнинг янги даволаш-диагностик тактикасини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқот муаммоларини ҳал қилиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинган. I гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 2015-2018 йилларда жарроҳлик амалиёти ўтказилган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан 33 нафар беморни ўз ичига олган ва уларни комплекс даволашда умумий қабул қилинган стандарт ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳ (асосий гуруҳ) 2019-2022 йилларда жарроҳлик амалиётини ўтказилган 49 нафар беморни ўз ичига олган, уларда даволаш - диагностика тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS – тезлаштирилган соғломлаштириш дастури (ТСД) ва устувор оператив даволаш усуллари сифатида миниинвазив жарроҳлик амалиёти тамойилларига асосланган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда бажарилган жарроҳлик амалиёти ҳажмига боғлиқ ҳолда 3 турга бўлинган: - ХЭ, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажлаш 19 беморда бажарилган; – ХЭ, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш (ўнг ёнбош канал ва кичик чаноқ бўшлиғи) 9 беморда амалга оширилган; – 5 нафар беморга ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажлаш амалга оширилган. Барча ҳолатларда кенг юқори-ўрта киришдан фойдаланилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида қуйидаги операциялар турлари амалга оширилди:

- Микрохолецистостомия ва биломани пункция қилиш ультратовуш назорати остида ва кейинчалик даволашнинг 2-чи босқичида МЛХЭ 11 беморда;

- ЛХЭ, жигар ости соҳасини санация ва дренажлаш - 9;

- ЛХЭ қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш (ўнг ёнбош канал ва кичик чаноқ бўшлиғи) - 4.;

- ЛХЭ, жигар ости соҳасини санация ва дренажлаш, ЭПСТ-3;

- Минулапаротом кириш йўли орқали ХЭ ва холедохолитотомия, холедохни дренажлаш ва жигар ости соҳасини санация ва дренажлаш - 6;

– ХЭ, кенг очик лапаротомия усулидан қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш 16 нафар беморларда амалга оширилган.

Асосий тадқиқот гуруҳида ўткир деструктив холецистит ва жигар ости соҳасида чегараланган сафро тўпланиши билан 11 нафар бемор касалликнинг бошланишидан аввал умумий аҳволи оғир бўлиб, уларда УТТ назорати остида ўт пуфаги перкутан жигар орқали микрохолецистотомия (ПТГМХС) орқали декомпрессия қилинди ва билома пункция орқали олинди.

Ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит билан 9 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия жигар ости бўшлиқни тозалаш ва дренажлаш билан яқунланди. Диффуз сафроли перитонит билан ЛХЭ 4 беморларда ўнг ёнбош канал ва кичик чаноқ бўшлиғини зарурий қўшимча дренажлаш билан қорин бўшлиғи санацияси бажарилди. ЛХЭ дан кейин биргаликда холедохолитиаз кузатилган 3 беморга ЭПСТ ўтказилди.

6 нафар беморда ХЭ ва холедохолитотомия очик ҳолатда миникириш йўли орқали амалга оширилди. Кичик кириш йўли орқали ХЭ бажариш учун ўнг қовурға ости соҳасидан вертикал трансректал 4-5 см узунликдаги кесма қилинган. Кўзгу ретракторлари сезиларли даражада операцион майдон ҳажмини кенгайтиради, жарроҳлик амалиёти жараёнини визуал назорат қилиш ва асбобларни эркин бошқариш имконини беради. Кўзгу ретракторларининг ҳолатини ўзгартириш орқали операция майдони ҳажмини ошириш орқали нафақат изоляцияланган холецистэктомияни амалга ошириш, балки аралашувни кенгайтириш ҳам мумкин: холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлашни амалга оширишнинг ҳам имкони яратилади.

Шу билан биргаликда, тарқалган сафроли-йирингли перитонитда ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилиш 16 нафар беморда кенг лапаротом кириш йўли орқали амалга оширилган.

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги беморларда ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида маҳаллий сафроли перитонитни даволашда миниинвазив жарроҳлик аралашувлардан (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш 67,3% да муваффақиятли амалга оширилди.

Тарқалган сафроли-йирингли перитонитда кенг лапаротом кириш йўли орқали ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилишга фақатгина 32,7% ҳолатда зарурият туғилди.

Беморларнинг асосий гуруҳидаги барча жарроҳлик аралашувлар холедохни дренажлаш, улардан 38 да ташқи дренажлаш, 37 да эса эндоскопик трансдуоденал аралашувда НБД билан яқунланди.

Ушбу беморларда ўт йўлларида яллиғланишни бартараф қилиш, жигарда микроабсцесслар ва абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олиш учун биз томондан ишлаб чиқилган усул орқали 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан ўт йўллариининг перфузион санацияси ўтказилди. Интрабилиар санация холедохолитотомиядан сўнг ёки назобилиар дренаж ўрнатилгандан кейин гепатикохоледохга (ГХ) ўрнатилган дренаж найлар орқали амалга оширилди.

Холедохолитотомиядан сўнг холедох бўшлиғига 2 жуфт дренаж ўрнатилди, улардан бири (диаметри 2 мм бўлган ингичка) ГК нинг проксимал учи йўналиши бўйича, иккинчиси (4 мм гача кенгроқ бўлган) ГК нинг дистал йўналишида жойлаштирилди.

Биринчи кундан бошлаб ўт йўллариининг перфузион санацияси сафро микрофлораси нормаллашгунга қадар $pH=6$ бўлган 400,0 мл анолит 0,06% натрий гипохлорит эритмаси билан амалга оширилди. Натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси ўт йўлларида кучли оксидловчи восита бўлиб, сафро билан боғланади ва уни суюлтиради, дренаж орқали сафро секрецияси даражасини оширади.

Шу билан бирга, 400,0 мл 0,06% ли натрий гипохлорит анолит эритмаси киритилиши сафро экилганда микробларнинг титрини пасайтирди ва у қабул қилингандан кейинги кунларда барқарор равишда пасайиб кетди.

Сафронинг микробиологик текшируви 1-3-5 кунларда ва дренажни олиб ташлашдан олдин ўтказилди. Бунда аксарият ҳолларда *Escherichia coli*- 75,2%, *Klebsiella*-12,3%, *Enterobacter*- 8,1% ва турли хил ассоциациялар аниқланган. Интрабилиар санациядан сўнг 5-куни беморларнинг 72% да сафро экмасида

салбий натижалар қайд этила бошлади, 12-чи кунга келиб эса микроб муҳитини бутунлай йўқолиши кузатилди.

ПТГМХС қўлланилган 38 беморнинг 15 нафарида ўт пуфаги бўшлиғи натрий гипохлоритнинг анолит эритмаси билан ювиш амалга оширилди ва лаборатория текшируви учун сафро олинган. Ўт пуфаги бўшлиғига 5 мг / л концентрацияли 20-40 мл озонланган эритма юборилди. Операциядан кейинги биринчи кундан бошлаб даволаш манипуляциялари амалга оширилди.

ПТГМХС сўнг ўт пуфаги бўшлиғини санация қилиш микробли ифлосланишда статистик жиҳатдан муҳим фарқларни аниқлади. 1-2 кунларданоқ микроб билан ифлосланиш даражаси камая бошлади, 5-6 кунларга келиб эса микроб билан ифлосланиш 1-2 кунлик кўрсаткичларга нисбатан анча камайганлиги қайд этилди. Олинган маълумотлар озонланган натрий гипохлорит эритмаси билан ўт пуфаги санациясининг юқори самарадорлигини кўрсатди - микробли ифлосланиш кўрсаткичлари ПТГМХС кейин прогрессив равишда камаяди.

Беморларнинг назорат гуруҳидаги ўлим ($n=255$) 2,7% ни ташкил этди – бунда 7 нафар бемор вафот этди. Улардан 4 тасининг ўлим сабаби қорин бўшлиғи асоратлари – 2 тасида ўт йўллари ва яна 2 тасида абдоминал сепсис, 3 беморда мавжуд бўлган коморбид патологияларнинг натижасида юрак-қон томир ва ўпка асоратлари туфайли юзага келган.

Асосий гуруҳда операция қилинган 301 нафар бемордан 4 нафари вафот этди, ўлим даражаси 1,3% ни ташкил этди. Ушбу салбий оқибатнинг сабаби 1 беморда ўткир панкреатит ва 1 та кузатувда давом этаётган перитонит ва яна 1 кузатувда билиар сепсис бўлган. Шунингдек, 1 кузатувда ўлим сабаби миокард инфаркти туфайли ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги бўлди.

Таққослаш гуруҳидаги 24 беморда турли хил сафро ва йирингли-септик асоратлар кузатилди, бу 9,4% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 3 (1,2%) беморда жигар ости соҳасида биломалар ҳосил бўлган ва улар контрапертуралар орқали қайта дренажланган. 5 (1,9%) беморда жигар ости соҳасига ўрнатилган дренаж найларда сафро оқиши кузатилди, 5 нафар (1,9%)

беморда жигар ости ёки диафрагма усти абсцессини очиш ва дренажлаш бўйича такрорий операциялар ўтказилди, 2 (0,8%) беморда сафроли перитонит ривожланиши оқибатида релапаротомия ўтказилди. Шунингдек, 4 (1,6%) беморга холемик қорин бўшлиғи қон кетиши бўйича қайта операция ўтказилди. 12 (4,7%) беморда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди.

Асосий тадқиқот гуруҳида 12 беморда операциядан кейинги асоратлар кузатилиб, у 3,9% ни ташкил этди. Шу билан бирга, 3 (0,9%) беморда жигар ости соҳасида билома шаклланиб, улар ультратовуш текшируви назорати остида пунция қилиш орқали муваффақиятли санация қилинган.

3 (0,9%) беморда ўт пуфагининг жигар орқали пунция амалиётидан сўнг пунция қилинган жойдан холемик қон кетиш кузатилган. 3 нафар беморда ташқи сафро оқиши кузатилди (8-расм), 1 ҳолатда релапароскопияда ўт йўли чўлтоғини етишмовчилиги аниқланиб, у қайта клипс ўрнатиш орқали бартараф этилган, яна 2 ҳолатда ўт пуфаги ётоғидан қорин бўшлиғига сафро оқиши сабабли коагуляция қилинган.

ЭПСТдан сўнг 1 беморда ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши қайд этилди, гемостатик терапия натижасида қон кетиш консерватив тарзда тўхтатилди. 2 нафар беморда ультратовуш назорати остида қайта пунция орқали санация қилинган сўнг диафрагма ости абсцесси ҳосил бўлди. 4 (1,3%) беморда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, беморлар аҳволининг оғирлиги ва операциядан кейинги ривожланадиган асоратларнинг башорат қилинадиган хавфини ҳисобга олган ҳолда беморларни жарроҳлик даволашда тактик ва техник чора-тадбирларни амалга оширишга янги ёндашувларни оптималлаштириш ва ишлаб чиқиш, дастлабки миниинвазив декомпрессия аралашувларидан устувор равишда фойдаланиш юқумли жараённи эрта бартараф этишга, билиар ва абдоминал сепсис ривожланиши, рақобатдош коморбид патология туфайли юрак-қон томир ва ўпка асоратларининг олдини олишга ёрдам берди. Ўлимни 2,7 % дан 1,3 % га, ўт йўллари ва септик

асоратларни 9,4 % дан 3,9 % га, шунингдек, юрак-қон томир ва ўпка асоратларини 11,9 % дан 7,6 % га камайтиришга эришилди.

АДАБИЁТЛАР

1. Абеуов М.Е. Гнойный холангит в хирургии желчных путей // Материалы научно-практической конференции КазНИИ клинической и экспериментальной хирургии. – Алматы. - 2004.-С.64-65.
2. Агеевец В.А. , Партина И.В., Лисицина Е.С., Батыршин И. М., Попенко Л.Н., Шляпников С.А., Ильина Е.Н., Сидоренко С.В. Чувствительность грамотрицательных бактерий, продуцентов карбапенемаз, к антибиотикам различных групп // Антибиотики и химиотерапия. - 2013. - Т. 58. - №3-4. - С.10-13.
3. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. - 2013. - № 5. - С.73 -75.
4. Алтыев Б.К., Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Садыков Х.Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - №3. - С.30.
5. Алтыев Б.К., Рахимов О.У, Асамов Х.Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей // Вестник экстренной медицины. - 2012. - №4. - С.73-78.
6. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза //Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2021. - Т. 25. - № 1. - С.62-65.
7. Ахаладзе Г. Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – №2. – С.9-15.
8. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии. - 2000. - Том 159. - №5. - С.114-118.
9. Бабаев Ф.А., Климов Е.А., Малюга В.Ю. Роль лапароскопии в диагностике в ранних послеоперационных осложнений после вмешательств

на органах билиопанкреатодуоденальной зоны // Эндоскопическая хирургия. - 2006. - №2. - С.10.

10. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков Ю.А. Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения // Вестник хирургии. - 2009. - №3. - С.17-20.

11. Баулина Е.А., Николашин В.А., Баулин А.А. Повреждение внепеченочных желчных путей. Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С.21-23.

12. Борисов А.Е., Березникова Е.А., Ибадильдин А.С. Холангит и холангиогенные абсцессы печени // В кн.: Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. - СПб: Скифия. - 2003. - Т. 2. - С.507-534

13. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т. 13. - № 3. - С. 15-19

14. Бурневич Э. З. Вариантная форма аутоиммунного поражения печени (первичный билиарный холангит/аутоиммунный гепатит-перекрест), ассоциированная с генерализованным саркоидозом (клинические наблюдения и обзор литературы) // Терапевтический архив. - 2019. - Т. 91. - №1.

15. Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017. - №1.- С.664.

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

17. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой // Анналы хирург. гепатологии. – М. - 2014. - 198 с.

18. Вилявин М.Ю., Осипов Н.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистохолангиолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - № 3(12). - С.50.
19. Воронков Д.Е., Костырной А. В., Поленок П.В. Санация брюшной полости в лечении распространенного гнойного перитонита // Госпитальная хирургия (Тернополь). - 2012. - №4(60). - С.114-116.
20. Воротынцев А.С., Каменцева С.В., Меграбян Р.А., Ханин А.Г. Значение этапной миниинвазивной хирургической тактики лечения гнойного холангита при остром холецистите для профилактики и лечения билиарного сепсиса // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. - Волгоград.- 2011.- С.506-507.
21. Врабие Е.Е., Ашевский В.В. Лечение желчных перитонитов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации». - 2017. - Т.7. - №5. - С.767-767.
22. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи // Анналы хирург. гепатологии. - 2012. - №2. - С.26-33.
23. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. - 2019. - Т. 24. - № 2. - С.10-24.
24. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков // Хирургия.- 2010. - №10. - С.5-10.
25. Гостищев В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. - 2001. - №9. - С. 30-31.
26. Гребенюк В.В. Диагностика, прогнозирование и тактика хирургического лечения билиарного сепсиса: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.17 / В.В. Гребенюк. - СПб. - 2010. - 30 с.

27. Гребенюк В.В., Сысолятин А.А., Смолин В.Г., Дудакова И.В. Использование миниинвазивных методов хирургического лечения у больных механической желтухой доброкачественного генеза, осложненной билиарным сепсисом // Матер.V Российского форума «Хирургия 2004». - М. - 2004. - С. 46.

28. Гуменова Г.Н. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица Науки. - 2020. - №. 5. - С. 25-31.

29. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. Желчекаменная болезнь // (booksmед.info) - М.:ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 176 с.

30. Данилов С.А., Коханенко Н.Ю., Иванов А.Л. Современные тенденции в лечении холецистохоледохолитиаза // Вестник СПбГУ. (обзор литературы) – 2011. – № 3. – С. 52-60.

31. Даценко Б.М., Борисенко В.Б. Влияние способа восстановления желчотока на морфофункциональное состояние двенадцатиперстной кишки у больных с ахолией // Клин. хирургия. - 2006. - № 9. - С. 38-43.

32. Даценко Б.М. Острый гнойный холангит и билиарный сепсис: особенности патогенеза и клиническая характеристика // Сучасні медичні технології. - 2009. - № 4. - С.31-39.

33. Деговцов Е.Н. Одноэтапное минимально инвазивное оперативное лечение больных холецистохоледохолитиазом: дис. д-ра мед. наук: 14.01.17// - Новосибирск. - 2011. - 234 с.

34. Дибиров М.Д., Переходов С.Н., Рыбаков Г.С. Выбор метода лечения тяжелого холангита и холангиогенного сепсиса при желчекаменной болезни // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. - Волгоград. - 2011. - С. 515-516.

35. Дундаров З. А. Холангиогенная инфекция у пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков // Хирургия Беларуси на современном этапе. - 2018. - С.55-57.

36. Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017.- № 1.- С. 101-102.
37. Ермолов А.С., Упыров А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия. - 2014.- № 5. - С.5-9.
38. Загидуллина Г.Т., Курбангалеев А.И. Современные технологии в диагностике холедохолитиаза // Практическая медицина. - 2015. - № 4-2(89). - С.45-49.
39. Знамеровский С.Г. Исследование эффективности нового способа комплексного лечения экспериментального желчного перитонита //Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. - 2017. - Т. 17. - № 4-2 (60). - С.44-49.
40. Зубрицкий В. Ф. Послеоперационный желчный перитонит: диагностика и хирургическое лечение //Медицинский вестник МВД. - 2017. - №3. - С.4-11.
41. Ильинский И. М., Цирульникова О.М. Первичный билиарный холангит // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2021. - Т. 23. - №1. - С.162-170.
42. Ильченко Ф.Н., Сербул М.М., Гордиенко А.И. Особенности патогенеза и профилактики эндогенной интоксикации как фактора риска билиарного сепсиса у больных с осложненной желчнокаменной болезнью // Сучасні медичні технології. - 2010. - №1. - С.13-17.
43. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периаппулярными опухолями //Анналы хирургической гепатологии. - 2018. - Т. 20. - №3. - С.68-74.
44. Катанов Е.С., Анюров С.А., Москвичев Е.В., Краснова А.В.

Билиарные осложнения после холецистэктомии // Acta medica Eurasica. - 2016. - №1. - С.14-22.

45.Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчнокаменной болезни // Клін. хірургія. - 2017. - № 2-3. - С. 73.

46. Королев М.П., Федотов Л.Е., Авонесян Р.Г., Федотов Б.Л. Комбинированные малоинвазивные вмешательства при осложненном холедохолитиазе // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017. - № 1. - С. 715.

47.Корольков А.Ю. Хирургическое лечение острого холангита и билиарного сепсиса при стриктурах терминального отдела желчного протока // Инфекции в хирургии. - 2009. - Т.7. - №1. - С.13-15.

48.Корольков А.Ю. Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения // Вестник хирургии им. И.И. Грекова (cyberleninka.ru). - 2009. - Т. 187. - № 3. - С. 17-20.

49.Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи //Скорая медицинская помощь (smp.spb.ru). - 2018. - Т. 19. - №1. - С.31-35.

50.Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китлева М.А. Мультидисциплинарный подход к лечению холангита и билиарного сепсиса на фоне холецистохоледохолитиаза // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017.- № 1.- С. 440-441.

51.Косаева С.Б., Аймагамбетов М.Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы // Наука и Здравоохранение. - 2018. - № 2(20). - С. 148- 167.

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

53.Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Абдульянов А.В., Шигабутдинов Р.Р., Захарова А.В. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Практическая медицина. - 2016. - №4 (96). - С.110-113.

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

55.Кукош М.В., Демченко И.В., Колесников Д.Л., Ветюгов Д.Е. Хирургическое лечение желчекаменной болезни, осложненной желтухой и холангитом // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского . - 2017. - №1.- С. 871- 872.

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

57.Кулиш В.А., Бочкарева И.В., Ключников М.И. Комплексное лечение больных холангиогенной инфекцией // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. - Волгоград. - 2011. - С. 524-525.

58.Курбонов К. М., Махмадов Ф. И., Даминова Н. М. Улучшение непосредственных результатов билиарного сепсиса при послеоперационном желчном перитоните // успешные чтения. - 2015. - С. 115-115.

59.Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Прядко А.С. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2015. - Т.174. - №(5). - С.22-31.

60.Малахова И.Г., Шкляев А.Е., Уткин И.Ю. Острый холангит, осложненный билиарным сепсисом: клинический случай с благоприятным исходом // Архивъ внутренней медицины. - 2016. - № 6(4). - С.65-69.

61.Малашенко И.Е., Святненко А.В. , Осипов А.В., Суров Д.А. Преимущества неотложной антеградной декомпрессии билиарного тракта у больных с осложненной механической желтухой в условиях стационара

скорой помощи // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневого. - 2017. - № 1. - С.1273-1274.

62.Машинский А.А. , Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкроб О.С. Гнойный холангит // Хир. - 2002. - № 3. - С.58-65.

63.Мизгирёв Д. В. Инфицированность желчи и холангит при механической желтухе опухолевого генеза // Инфекции в хирургии. - 2018. - Т. 16. - № 1-2. - С.119-124.

64.Мирзабеков С. Г. Оптимизация результатов лечения холангита у пациентов с механической желтухой // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации». - 2018. - Т. 8. - № 4. - С.164.

65.Михайлова Д.А., Нуштаева С.А., Стяжкина С.Н. Механическая (обтурационная) желтуха. Клинический случай //Modern Science. - 2020. - № 3-1. - С.299-301.

66.Михеев Ю.А., Живица, С.Г., Ярешко Н.А., Перегуда Н.С. Клинико-сонографические «маски» биломы (собственные клинические наблюдения). Український Журнал Хірургії. – 2011. - № 5(14). - С.212-215.

67.Мороз В.В., Григорьев Е.В., Чурляев Ю.А. Абдоминальный сепсис. - Москва. - 2006. - 192 с.

68.Муминов С. Усовершенствование классификации желчного перитонита //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - №2. - С.33-37.

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

70.Назирова Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - №2. - С. 117-118.

71.Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана. - 2019. - №1. - С.326.

72.Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М. М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. - 2018. - Т. 24. - №5. - С.7-9.

73.Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков // - К.: Здоровья. - 2005. - С.54-57.

74.Нерсесов А.В. Клинический протокол диагностики и лечения первичный билиарный холангит, первичный склерозирующий холангит // Медицина (Алматы). - 2018. - №10. - С.88-113.

75.Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Шкарбан В.П. Комбинированные повреждения желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии // КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ. – 2011. - № 3 (816). - С.41-45.

76.Огородник П.В., Литвиненко А.Н., Беляев В.В., Дейниченко А.Г. Возможности траспапиллярных и лапароскопических методов лечения холедохолитиаза // Клін. хірургія . - 2011. - №3. - С.12-17.

77.Оморов Р.А., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Жумадылов К.С. Желчеистечение как внутрибрюшное осложнение после холецистэктомии // Наука и новые технологии. - 2010. - №5. - С.121-122.

78.Осипов А.В., Сафоев М.И., Демко А.Е., Суров Д.А. Гибридные вмешательства в лечении осложненного холецистохоледохолитиаз // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. (volgmed.ru). - 2017. - №1. - С.1436-1437.

79.Павлей Д.С. Интервенционная ЭРХПГ при конкрементах желчных протоков //Бюллетень медицинских интернет-конференций. Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации». - 2020. - Т. 10. - №11. - С.288.

80.Пенкина Т.В. Первичный билиарный холангит-новая нозологическая единица в классификации болезней печени (обзор литературы и собственное клиническое наблюдение) // Медицинский совет. - 2019. - №3. -С.76-82

81.Петросян Э. А., Алуханян О. А., Рыкунова В. Е. Желчный перитонит, как проблема современной гастроэнтерологии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015. - №3-4. - С.40-44

82.Поканевич В.Д., Полушин С.Ю. Сравнительный анализ шкал для оптимальной диагностики билиарного сепсиса у больных с острым холангитом // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2020. - Т. 1. - №S1. - С.226-230.

83.Поленок П. В. Способы временного закрытия брюшной полости // Кубанский научный медицинский вестник. - 2016. - №1(156). - С.112–116.

84.Полунина Т. Е. Холестатические заболевания печени: алгоритмы диагностики и лечения // РМЖ. - 2021. - Т. 29. - №6. - С.81-87.

85.Прудков М.И., О.Г. Орлов, А.В. Кобернюк. Мат. пленума правл. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2016. - С.124-125.

86.Решетняк В. И. Заболевания печени и гемостаз (обзор) Часть II. Холестатические заболевания печени и гемостаз //Общая реаниматология. - 2019. - Т. 15. - №6. - С.80-93.

87.Румянцев В.И., Осипов А.В., Суров Д.А., Святненко А.В. Энтеральная оксигенация в комплексном лечении тяжелого холангита //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017. - №1. - С.1266-1267.

88.Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Кабанов Е.Н., & Дубровина Д.Е.. Гнойный холангит и билиарный сепсис // Нестираемые скрижали: сепсис et cetera. - 2020. - С. 160-163.

89.Рыбачков В.В., Раздвогин В.А., Герасимовский Н.В. К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей. Вестн. экспериментальной и клинич. хирург. - 2012. - №5(4). - С.34-37.

90.Рыбачков Е. Н., Кабанов Е. Н., Лими́на М. И. Острый холецистит у больных старческого возраста // Клиническая геронтология. - 2008. - №4. - С. 34-39.

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

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

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

94.Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Каракулов А.О. Чрескожноечреспеченочное дренирование желчевыводящих путей в лечении механической желтухи // Тезисы XII съезда хирургов России. - Альманах Инста хирургии им. А.В.Вишневского. - 2015. - № 2. - С. 1306-1307.

95.Святненко А.В. Антеградная декомпрессия билиарного тракта у больных острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. - 2018. - Т. 13. - № 2. - С.24-26

96.Селезнева Э.Я., Быстровская Е.В., Орлова Ю.Н. Алгоритм диагностики и лечения желчнокаменной болезни // Российский медицинский журнал. - 2015. – №13. - С.1-16.

97.Семенова М.М., Кондратьев Д.Г., Кашаева М.Д. Сравнительный анализ методов хирургического лечения острого гнойного холангита на фоне механической желтухи неопухолевого генеза // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017. - №1.- С. 985-986.

98.Силивончик Н.Н. Случай первичного билиарного холангита (первичного билиарного цирроза) // Приложение к журналу «Лечебное дело». - 2020. - С.66.

99.Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Петренко Г.Д., Андреещев С.А., Евтушенко А.В. Хирургическое лечение острого холангита при холедохолитиазе // Клінічна хірургія. - 2016. - №1. - С.34–37.

100.Скульский С.К., Кащенко В.А., Лойт А.А., Солоницын Е.Г. Лапароскопическая холецистэктомия: современный взгляд на предоперационную диагностику холедохолитиаза // Вестник СПбГУ. - 2015. - №1. - С.65-71.

101.Столин А. В. Хирургическое лечение острого холангита // Уральский медицинский журнал. - 2019. - №11. - С.106-109.

102.Столин А.В., Прудков М.И., Нишневич Е.В. Выбор тактики лечения у больных гнойным холангитом // Вестник уральской мед. академ. науки. - 2009. - №3. - С.126-129.

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

104.Стяжкина С.Н., Плотникова А.А., Плотников В.Д. Коморбидная патология при желчнокаменной болезни // Научный альманах.- 2017. - № 3-3(29). - С.364-366.

105.Тарасенко С.В. , Зайцев О.В., Тюленев Д.О., Юдин В.А., Копейкин А.А., Натальский А.А., Богомоллов А.Ю., Кузнецова А.С. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2018. - № 2(6). - С. 218-224.

106.Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И., Куликова Н.А., Ташкинов А.Н. Эндоскопические вмешательства при желчеистечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом // Вопросы общей хирургии. - 2013. - С.64-67.

107.Терещенко О.А. Состояние эндотелия сосудов при

экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2017. - Т. 61. - №1. - С.78-81.

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

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

110.Устинов Г.Г., Марьин А.В. Внутривенное и эндобилиарное введение раствора натрия гипохлорида и низкоэнергетическое лазерное излучение в лечении острого гнойного холангита // В сб.: Пироговская хирургическая неделя. - 2010. - С.298-299.

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

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

113.Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. - 2019. - №XII (5). - С.5-10.

114.Хаджибаев Ф. А. Лечение осложнений чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара // Скорая медицинская помощь. - 2019. - Т. 20. - №2. - С.51-55.

115.Хаджибаев Ф.А. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите // Вестник экстренной медицины. - 2018. - №3. - С.23-27.

116.Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н. Транспапиллярные эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом // Шошилиньч тиббиёт ахборотномаси. - 2017. - №4. - С.69-70.

117.Хацко В.В., Потапов В.В., Зенин О.К. Билиарный сепсис желчнокаменной этиологии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион // Медицинские науки. - 2016. - № 3 (39). - С.62-68.

118.Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н. Эволюция хирургической тактики в коррекции желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Kharkivmedicalschoo1. – 2014. - №1(64). - С.112-114.

119.Чарышкин А.Л., К.И. Бикбаева Малоинвазивное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2015. - № 3. - С.56-65.

120.Чернов В.Н., Скорляков В.В., Бабиев В.Ф. Тенчурин Р.Ш. Многоэтапное малоинвазивное лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни // Матер. III съезда хирургов Юга России.- Астрахань. - 2013. - С. 42.

121.Чернядьев С.А., Ушаков А.А., Перевалова Ж.В., Мыльникова А.М. Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненном острым гнойным холангитом // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации.- Волгоград. - 2011. - С.566-112

122.Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Капралова С.Ю. Оптимизация хирургической тактики при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста с использованием эхоконтролируемых малоинвазивных вмешательств // Анналы хир. - 2009. - № 3. - С.45-48.

123.Шаповальянц С.Г. Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г., Будзинский С.А., Веселова В.С. Сложный холедохолитиаз – результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2013. - № 4. - С.15-21.

124.Шугаев А. И. Применение эндовидеохирургических методик в лечении распространенного желчного перитонита //Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний у ветеранов Великой Отечественной войны в многопрофильном стационаре. - 2015. - С.391-392

125.Шулутко А.М., Агаджанов В.Г., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе // Анналы хирургической гепатологии. - 2013. - № 1(18). - С.38- 41.

126.Эпштейн А.М., Дуберман Б.Л., Дыньков С.М., Поздеев В.Н. Эндосонография в диагностике холедохолитиаза // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2014. - № 10 (110). - С.33-37.

127.Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Перегуда Н.С. Хирургическая тактика при осложненной желчекаменной болезни // Проблемы, достижения и перспективы развития медикобиологических наук и практического здравоохранения: труды КГМУ им. С. И. Георгиевского. - Симферополь. - 2013. - Т. 144 (1). - С.285-287.

128.Abbasoglu O., Tekant Y., Alper A. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery. - 2016. - N32(4). - P.300-305.

129.Ajlan M., Stein L., Kao E., Artho G. Detectability of choledocholithiasis on CT: The effect of positive intraduodenal enteric contrast on portovenous contrast-enhanced studies // The Saudi Journal of gastroenterology. - 2015. - N 5. - P. 306-312

130.Alexakis N., Conno S. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones // HPB (Oxford). - 2012. - N 14(4). - P. 254-259.

131. Alves K., A. Goulart R. Ladeira I., de Oliveira I. Bensenno Frequency of cholecystectomy and associated sociodemographic and clinical risk factors in the ELSA-Brasil study // Sao Paulo Med J. - 2016. - N 134(3). – P. 240-250.

132. Anand G. Factors and Outcomes Associated with MRCP Use prior to ERCP in Patients at High Risk for Choledocholithiasis // Canadian journal of gastroenterology & hepatology. – doi:10.1155/2016/5132052. – 2016.

133. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis // World J Emerg Surg. - 2016. - N 11(25). - P. 2-23.

134. Barrett M., Asbun H.J., Chien H.L., Brunt L.M., Telem D.A. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement // SurgEndosc. – 2018. - N 32(4). - P.1683-88.

135. Bobkiewicz A., Krokowicz Ł., Banasiewicz T. Iatrogenic bile duct injury. A significant surgical problem. Assessment of treatment outcomes in the department's own material. PolPrzeglChir. - 2019. - N 86(12). - P. 576-83.

136. Budipramana V. S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation // Case Reports in Medicine. - 2020. - T. 2020. - P.1-4.

137. Cao J., Peng C., Ding X. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study // BMC Gastroenterol. - 2018. - N 18(1). - P.128.

138. Catenacci M.H., King K. Critical care and emergency medicine severe sepsis and septic shock: improving outcomes in the emergency department // Emergency medicine clinics of North America. - 2018. - V. 26. Issue 3. - P. 603-623.

139. Chen Y., Martel M., Barkun A. Choledocholithiasis: Should EUS replace MRCP in patients at intermediate risk? // Gastrointestinal endoscopy. - 2017. - N 86(6). - P. 994-996.

140. Costache M.- I., S. Iordache, J. Karstensen Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: From the past to the future // Endoscopic ultrasound. - 2013. - N 2(2). - P. 77-85.

141. Costi R., Gnocchi A. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy // World J Gastroenterol. - 2014. - N 20(37). - P. 13382-13401.

142. Dash B. R. Diagnosis of Gall Bladder Mucocele, Calculi and Bile Peritonitis in a Dog // INTAS POLIVET. - 2020. - T. 21. - №1. - P.208-211.

143. De Castro V., Moura E., Chaves D. Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review // Endosc Ultrasound. - 2016. - N 5(2). - P.118-128.

144. Deo K., Adhikary S., Khaniya S., Shakya V., Agrawal C. Laparoscopic Choledochotomy in a Solitary Common Duct Stone: A Prospective Study // Minim Invasive Surg. - 2018. - P. 5.

145. Donatelli G., Vergeau B., Derhy S. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. Gastrointestinal endoscopy. - 2014. - N79(5). - P. 855-864.

146. Ekmekcigil E., Ünalp Ö., Uğuz A. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. Turk J Surg. -2018. - N 28. - P.1-7.

147. Faridi S.H. Challenges in the diagnosis and management of spontaneous bile duct perforation: A case report and review of literature //Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. - 2015. - T. 20. - N 3. - P.143.

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

149. Feng Q., Huang Y., Wang K., Yuan R., Xiong X., Wu L. Laparoscopic Transcystic Common Bile Duct Exploration: Advantages over Laparoscopic Choledochotomy // PLoS One. - 2016. - N 11(9). - P. 1-13.

150. Feng X., Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. - 2017. - N 11(4). - P. 399-405.

151. Flores-Rangel G.A., Chapa-Azuela O., Rosales A.J., Roca-Vasquez C., Böhm-González S.T. Quality of Life in Patients with Background of Iatrogenic Bile

Duct Injury. World J Surg. - 2018. - N42(9). - P.2987-2991.

152. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. - 2014. - N 188.

153. Gomi H., Solomkin J., Schlossberg D., Okamoto K., Takada T., Strasberg S., Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – N 25(1). – P. 3-16.

154. Hamura R. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case // Surgical Case Reports. - 2016. - T. 2. - N1. - P.1-4.

155. Han S. Y. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for first-line palliation of malignant distal biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis // Scientific reports. – 2019. – T. 9. – N1. – C. 1-9.

156. Hanau L., Steigbigel N. Acute (ascending) cholangitis // Infect Dis Clin North Am. - 2020. - N14 (3). - P. 521-546.

157. Harewood G., Baron T. Cost analysis of magnetic resonance cholangiography in the management of inoperable hilar biliary obstruction // American Journal of Gastroenterology. – 2019. – N 5(97). – P. 1152-1158.

158. Harju J., Aspinen S., Juvonen P. Ten-year outcome after minilaparotomy versus laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized trial. Surg. Endosc. - 2013. - N 27. - P. 2512-2516.

159. Hope W., Fanelli R., Walsh D. SAGES clinical spotlight review: intraoperative cholangiography // SurgEndosc – 2017. - P.2007-2016.

160. Hungness E., Soper N. Management of common bile duct stones // J Gastrointest Surg. – 2016. – N 10. – P. 612–619.

161. Ibrahim Abdelkader Salama. Iatrogenic Biliary Injuries: Multidisciplinary Management in a Major Tertiary Referral Centre. HPB Surgery. – 2014. - P.1-12.

162. Issa H., Bseiso B., Almousa F., Al-Salem A. Successful Treatment of Mirizzi's Syndrome Using SpyGlass Guided Laser Lithotripsy // Gastroenterology Res. – 2018. – N 5(4). – P. 162–166.

163.Iwashita Y., Hibi T., Ohyama T. Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: an evolutionary cul-de-sac or the birth pangs of a new technical framework? *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* doi: 10.1002/jhbp.503. Epub 2017 Oct 23. - 2017. - N 24(11). - P. 591-602.

164.Jaffey J. A. Gallbladder mucocele: variables associated with outcome and the utility of ultrasonography to identify gallbladder rupture in 219 dogs (2007–2016) // *Journal of veterinary internal medicine.* - 2018. - T.32. - N 1. - P. 195-200.

165.Jones M., Weir C., Ghassemzadeh S. Gallbladder Gallstones (Calculi) // *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* - 2019. - P.1-10

166.Joshi A., Andersson C., Buch S. Four Susceptibility Loci for Gallstone Disease Identified in a Metaanalysis of Genome-Wide Association Studies // *Gastroenterology.* - 2016. - N 151(2). - P. 351–363.

167.Kanno Y. Efficacy of a newly developed dilator for endoscopic ultrasound-guided biliary drainage // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.* – 2017. – T. 9. – N 7. – C. 304.

168.Kharbutli B., Velanovich V. Management of preoperatively suspected choledocholithiasis // *Gastrointest. Surg.* - 2018. - N 11(12). - P. 1973–1980

169.Kiriyama S., Takada T., Hwang T.- L. Clinical application and verification of the TG13 diagnostic and severity grading criteria for acute cholangitis: an international multicenter observational study // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* - 2017. - N 2. - P. 329-337.

170.Kleinubing D., Riera R., Matos D., Linhares M. Selective versus routine intraoperative cholangiography for cholecystectomy // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* - doi: 10.1002/14651858.CD012971. - 2018.

171.Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. *ANZ J Surg.* - 2019. - N89(11). - P.E554-E555.

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

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

174.Lee T., Han J., Park S. Endoscopic treatments of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related duodenal perforations // ClinEndosc. – 2013. – N 46(5). – P. 522–528.

175.Lim D.Z., Wong E., Hassen S., Al-Habbal Y. Retroperitoneal bile leak after laparoscopic cholecystectomy. BMJ Case Rep. doi: 10.1136/bcr-2017-222750. – 2018. – P. 1-4.

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

177.Lock J. F., Eckmann C., Germer C. T. Characteristics of postoperative peritonitis //Der Chirurg;Zeitschrift fur alleGebiete der operative Medizin. – 2016. – T. 87. – N 1. – P. 20-25.

178. Lubikowski J., Post M., Białek A., Kordowski J., Milkiewicz P., Wójcicki M. Surgical management and outcome of bile duct injuries following cholecystectomy: a single-center experience.Langenbecks Arch Surg. – 2011. - N396(5). - P. 699-707.

179.Mangieri C.W., Hendren B.P., Strode M.A., Bandera B.C., Faler B.J. Bile duct injuries (BDI) in the advanced laparoscopic cholecystectomy era.SurgEndosc. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7. - 2018

180.Mattilla A., Johanna M., Ilmeo K. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study // BMC Surgery. - doi: 10.1186/s12893-017-0274-2. - 2017. - N 17(79).

181.Mizock B.A. The multiple organ dysfunction syndrome // Diseasea Month. - 2009. - V. 55. Issue 8. - P.476-526.

182.Miller T., Singhal S., Neese P. Non-operative repair of a transected bile duct using an endoscopic-radiologic rendezvous procedure. J. Dig. Dis. [doi/10.1111/1751-2980.12028](https://doi.org/10.1111/1751-2980.12028). – 2013. - N14. - P.509-511.

183.Nassar Y., Richter S. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options // Gastroenterology Report. - 2019. - N 7(3). - P. 205–211.

184.Nicholas M., Firas H. Complications of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: How to Avoid and Manage Them // Gastroenterology &Hepatology. - 2013. - N 8(9). - P. 496-504.

185.Pulido J.N., Afessa B., Masaki M. Clinical spectrum, frequency, and significance of myocardial dysfunction in severe sepsis and septic shock // Mayo Clinic Proceedings. - 2016. - V. 87, Issue 7. - P. 620-628.

186.Rainio M., Lindström O., Udd M. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. Dig Dis Sci. – 2018. - N 63(2). - P.474-480.

187.Raith E., Udy A., Bailey M. Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit // JAMA. - 2017. - N 317(3). - P. 290-300.

188.Rystedt J. Bile duct injuries associated with 55134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. World. J. Surg. - 2016. -N40(1). - P.73-80.

189.Schachera F., Giongoa S. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis – A meta-analysis // Annals of Hepatology. - 2019. - N18(4). - P. 595-600.

190.Schiborra F., McConnell J. F., Maddox T. W. Percutaneous ultrasound-guided cholecystocentesis: complications and association of ultrasonographic findings with bile culture results //Journal of Small Animal Practice. – 2017. – T. 58. – N7. – P.389-394.

191.Seon Ung Yun, KoogCheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won JeongandJi Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. doi.org/10.3904/kjim.2015.165. – 2017. - N32. - P.79-84.

192.Taki-Eldin A., Badawy A.Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital // Arq Bras Cir Dig. – 2018. – N 31(1). – P. 1347.

193.Testoni A. No treatment for asymptomatic gallbladder stones // Endoscopy International Open. – 2017. – N 5. – P. 1151–1152.

194.Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – T. 44. – P. 100-532.

195.Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R. Comparison of acute cholangitis with or without common bile duct dilatation // ExpTher Med. – 2017. – N 13(6). – P. 3497–3502.

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

197.Venkatanarasimha N., Damodharan K., Gogna A., Leong S., Too C. Diagnosis and Management of Complications from Percutaneous Biliary Tract Interventions-Erratum // Radiographics. – 2017. – N 37(3). – P. 1004.

198.Vincent J.L., Korkut H.A. Sepsis defining // Clinics in Chest Medicine. - 2018. - V. 29, Issue 4. - P. 585-590.

199.Wang D., Portincasa P.Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1-676.

200.Wang L., Zhou D., Hou H., Wu C., Geng X. Application of “three lines and one plane” as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile ductstones. Medicine (Baltimore). – 2018. - N 97(16). - P.e0155.

201.White L.E., Chaudhary R., Moore L.J. Surgical sepsis and organ crosstalk: the role of the kidney // Journal of Surgical Research. - 2020. - V. 167. Issue 2. - P. 306-315.

202.Weber A. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after cholecystectomy. J. Gastroenterol. Hepatol. [doi/10.1111/j.1440-1746.2008.05713.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2008.05713.x) . – 2009. - N 24. -P. 762-769.

203.Wynn J.L., Wong H.R. Early onset neonatal sepsis pathophysiology and treatment of septic shock // Clinics in Perinatology. - 2019. - V. 37, Issue 2. - P. 439-479.

204.Yamamoto Y. Risk factors for adverse events associated with bile leak during EUS-guided hepaticogastrostomy // Endoscopic Ultrasound. – 2020. – T. 9. – N 2. – P.110.

205.Yamashita Y., Takada T., Strasberg S.M. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. [doi/pdf/10.1007/s00534-012-0567-x](https://doi.org/10.1007/s00534-012-0567-x). – 2013. - N 20. - P.89-96.

206.Yuhsin V., David W., Linehan C. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. Surg. Clin. N. Am. – 2010. - N 90. - P. 787-802.

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ББА	Билиобилиар анастомоз
ГепЕА	Гепатикоеюностомия
ГепДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикоколедох
ИОХГ	Интраоперацион холангиография
СО	Сафро оқиши
ЛХЭ	Лапароскопик холецистэктомия
АЎЙ	Асосий ўт йўллари
МЛХЭ	Минилапаротомияли холецистэктомия
МРТ	Магнит-резонанс томография
МРПХГ	Магнит-резонанс панкреатохолангиография
НБД	Назобилиар дренажлаш
УЖЙ	Умумий жигар йўли
УЎЙ	Умумий ўт йўли
ЖОКД	Жигар орқали каркас дренажи
УТТ	Ультратовуш текшируви
ФХГ	Фистолохолангиография
ХЭ	Холецистэктомия
ЭПСТ	Эндоскопик папиллосфинктеротомия
ЭРПХГ	Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография
ТЯҚЖС	Тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдроми
ПТГМХС	Перкутан трансгепатик микрохолецистостомия

МУНДАРИЖА

<u>Кириш</u>	4
<u>I боб. Ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари</u> <u>даволашнинг долзарб муаммолари</u>	8
§1.1. <u>Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида хирургик даволаш масалалари</u>	8
§1.2. <u>Сафроли перитонитни хирургик йўл билан даволаш муаммосининг ҳозирги ҳолати</u>	23
§1.3. <u>Ўткир йирингли холангитни хирургик йўл билан даволашнинг замонавий жиҳатлари</u>	30
<u>II боб. Клиник кузатишларнинг характеристикаси ва диагностика усуллари</u>	45
§2.1. <u>Беморларнинг умумий характеристикаси</u>	45
§2.2. <u>Тадқиқот усуллари</u>	54
§2.2.1. <u>Тадқиқотнинг операциядан олдинги босқичида диагностика усуллари</u>	54
§2.2.2. <u>Операцион босқичда диагностика усуллари</u>	60
<u>III боб. Ўт тош касаллигини асоратланган шаклларида хирургик даволашни оптималлаштириш</u>	66
§3.1. <u>Таққослаш гуруҳида ўт тош касаллигининг асоратланган шакллари билан беморларни хирургик даволаш натижалари</u>	66
§3.2. <u>Ўткир деструктив холецистит клиникаси билан ўт тош касаллигининг асоратли шаклларида хирургик даволашнинг миниинвазив декомпрессияни қиёсий ёндашган ҳолда босқичма-босқич қўллаш орқали такомиллаштириш</u>	73
§3.3. <u>Ўт тош касаллиги асоратланган шаклларида ўткир йирингли холангит клиникаси билан беморларда миниинвазив декомпрессив усулларни қиёсий ёндашган ҳолда босқичма-босқич қўллаш орқали хирургик йўл билан даволашни такомиллаштириш</u>	84

<u>IV боб. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида миниинвазив хирургик йўли билан даволашнинг услубий ва техник ёндашувларининг принциплари</u>	92
§4.1. Ультратовуш назорати остида перкутан - трансгепатик микрохолецистотомия (ПТГМХС) нинг услубий тамойиллари	92
§4.2. Эндоскопик папиллосфинктеротомиянинг (ЭПСТ) услубий тамойиллари	100
§4.3. Деструктив холецистит ва унинг асоратларида мини-кириш орқали холецистэктомия операциясини бажариш усуллари	106
§4.4. Лапароскопик холецистэктомия операцияси бажарилаётган вақтда модификациялаштирилган операция усуллари	108
<u>V боб. Ўткир деструктив холециститнинг асорати бўлган билиар перитонитни хирургик даволашнинг тактик принциплари</u>	114
§5.1. Ўткир деструктив холециститнинг асорати натижасида келиб чиққан сафроли перитонитнинг клиникаси	114
§5.2. Ўткир деструктив холецистит натижасида сафроли перитонит билан беморларни хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш	118
<u>VI боб. Ўт тош касаллигининг асоратланган шаклларида даволашда ўт йўлини трансдренаж интрабилиар санацияси</u>	130
<u>VII боб. Таққослаш гуруҳларида ўтк асоратланган шакллари билан беморларни даволаш натижаларини қиёсий таҳлили</u>	139
<u>Хотима</u>	147
<u>Адабиётлар</u>	163