

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим

Вазирлиги

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти

УДК: 616-089.073.36-004

АЛМАНОВ ИКРОМ ПУЛАТОВИЧ

**“УТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТЛАРНИНГ ЖИГАР
ЦИРРОЗИ БИЛАН КУШМА КЕЛИШИДА
ЛАПАРОСКОПИК ХООЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ
АФЗАЛЛИКЛАРИНИ КИЁСИЙ ТАККОСЛАШ”**

Мутахассислик: хирургия -5А 510112

магистр академик даражасини олиш учун ёзилган диссертацияси

Илмий рахбар: т.ф.д. проф. С. А .Абдуллаев

Самарканд-2015

МУНДАРИЖА

Кискартма сузлар.....	3
Кириш.....	4
I.БОБ. Холециститларнинг жигар циррози билан кушма учраши эпидемиологияси, диагностикаси ва даволаш принциплари (адабиётлар таҳлили).....	8
1.1. Ут-тош касаллиги ва жигар циррози билан кушма учраши эпидемиологияси.....	8
1.2. Жигар циррози билан ут-тош касаллигининг диагностик, клиника- патогенетик аспектлари.....	15
1.3. Ут тош касаллиги билан жигарнинг диффуз яллигланишида хирургик даволашнинг алоҳида хусусиятлари.....	20
II.БОБ. Материал ва текшириш усуллари.....	30
2.1. Илмий ишнинг материаллари.....	30
2.2. Текшириш усуллари.....	33
III.БОБ. Уткир холециститнинг жигар циррози билан клиник кечиши ва диагностикасининг алоҳида хусусиятлари.....	42
3.1. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма булган холатларда клиник кечишининг алоҳида хусусиятлари.....	42
3.2. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма холатларда ташхис усуллари ва унинг алгоритми.....	45
IV.БОБ. Уткир холециститнинг жигар циррозида кушма холатида лапароскопик ва традицион холецистэктомиянинг киёсий таҳлили.....	57
4.1. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррозида кушма учрашида оператив даволашнинг асосий хусусиятлари.....	57
4.2. Жигар циррози билан холецистэктомия натижаларининг тиббий иктисодий характеристикаси.....	73
Хотима.....	78
Хулоса.....	84
Амалий тавсиялар.....	85

Фойдаланилган адабиётлар.....	86
-------------------------------	----

КИСКАРТМА СУЗЛАР

УТК – ут-тош касалиги

УП – ут пуфаги

МаНЖЦ – макронодулляр жигар циррози

МиНЖЦ – микронодуляр жигар циррози

УТХ – уткир тошли холецистит

ЖЦ – жигар циррози

ЛХЭ – лапароскопик холецистэктомия

ОХЭ – очик холецистэктомия

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

АлАТ – аланинаминотрансфераза

ГГТ – гамма-глутамилтранспептидаза

КИРИШ

I. Муаммонинг долзарблиги. Бутун жахон буйлаб жигар циррози билан касалланиш ҳолатининг йилдан йилга ошиши ва уткир холециститлар билан кушма учрашларида даволаш тактикаларида жуда куп камчиликлар борлиги сабабли куп олимларнинг шу муаммога булган кизиқиши ортмоқда[8.56.87].

Ут-тош касаллигининг кенг таркалиши жамиятнинг бу касалликни даволашда катта иқтисодий харажатлари баланд эканлиги тиббиёт олдида мухим муаммо булмоқда. Ҳозирги кунда катта ёшдаги аҳолининг 10-15%и шу касаллик билан хасталанган.

Охирги йилларга қадар куп мамлакатларда ва бизнинг Республикамизда ҳам (2000 йилгача) ут-тош касаллигини хирургик даволашда очик холецистэктомия радикал усуллардан бири ҳисобланар эди. Ут йулларида килинадиган очик операциялардан кейин буладиган асоратлар 4-38%ни ташкил қилар эди [2.20.41].

Жигарнинг кушма касалликларининг, хусусан уткир тошли холециститлар билан хасталанган беморлар контингентининг очик операциялардан кейинги асоратлар сонининг ошиши, пастинвазив оператив усулларни излашга мажбур қилди. Ана шундай усул топилди ва 1985 йил Мюге, Бёблинген (Германия) ва 1987 йили Филипп Муре(Франция) томонидан лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) кашф қилинди. Лапароскопик холецистэктомия кам жароҳатловчи радикал операция, беморлар учун катта хавф тугдирмаганлиги ва касалхоналардаги муддати қисқа булган кушма афзалликлари туфайли тез таркала бошлади. Ана шу муаммоларни ҳисобга олган ҳолда биз уз илмий изланишимизда уткир холециститлар билан жигар циррозининг кушма учрашида лапароскопик холецистэктомияга курсатмаларни аниқлаш, даволашни оптималлаш ва афзалликларни баҳолаш мухим ҳисобланади[4.25.58.105].

II. Илмий ишкнинг максоди: Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма келишида лапароскопик холецистэктомиянинг афзалликларини киёсий урганиш.

III. Илмий ишнинг вазифалари:

1. Уткир тошли холециститнинг жигар циррози билан кушма булган беморларнинг ахволини клинко – биохимик тахлиллар асосида баҳолаш.
2. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма учрашида клиник кечимининг алохида хусусиятларини урганиш.
3. Уткир холециститнинг жигар циррози билан лапароскопик холецистэктомияга курсатмасини ва карши курсатмасини ишлаб чиқиш.
4. Лапароскопик холецистэктомияни очик холецистэктомиялар билан жигар циррозида киёсий таккослаш билан унинг афзалликларини баҳолаш.

IV. Текшириш материаллари: Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси, II-жаррохлик (эндохирургия) булимида 65 бемор уткир холецистит жигар циррози фонида текширилди. Шуларда 42 бемор (асосий гурух) ЛХЭ килинган ва 23 бемор (назорат гурух) очик холецистэктомия килинган, олинган натижалар киёслаб урганилди.

V. Текшириш усуллари:

1. Клинико – лабаратор тахлиллари.
2. Коннинг биохимик тахлиллари: Умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ишкорли фосфтаза, ГТТ, колдик азот, мочевина, креатинин, умумий оксил микдори.
3. Асбоблар билан текшириш: УТТ, ЭФГДС, R- графия, ЭКГ, КТ, МРТ.
4. Статистик текшириш.

VI. Илмий янгиликлар: Уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма булганда ут халта ва жигардаги яллигланиш

холатларига караб лапароскопик холецистэктомиянинг курсатма ва карши курсатмалар ишлаб чикилди.

Уткир холециститнинг жигар циррозида ЛХЭ техникаси ва кайси усул афзаллиги курсатилди ва такомиллаштирилди. ЛХЭ ва очик холецистэктомия натижалари киёсий урганилиб ЛХЭнинг афзаллиги бахоланди. ЛХЭдан кейинги асоратлари урганиб уни профилактика килиш усуллари ишлаб чикилди. Илмий изланишлар натижалари СШТБ тиббий ходимлари, СамМИ талабалари (4-5-6 курслар), клиник ординаторлар, магистрлар билан амалий ва маъруза соатлари утишда кулланилди.

VI. Илмий ишнинг амалий ахамияти: Илмий ишнинг натижалари буйича олинган маълумотлар уткир холециститнинг жигар циррози билан кушма учраганда ЛХЭнинг аник курсатмаси ва карши курсатмалари, рационал даволаш усуллари, операциядан кейин буладиган асоратлари ва уни бартараф килиш усуллари амалиётга тадбик килинди. Таклиф килинган такомиллашган усул операциядан кейинги асоратларни камайтиради. Амалиётда ишлайдиган жаррохлар учун амалий тавсиялар берилди.

VII. Илмий ишнинг натижалари: Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг I (биринчи) ва II (иккинчи) жаррохлик булимларида беморларни даволашда кулланилмокда.

Самарканд тиббиёт институтининг 4-5-6 курс талабалари, магистратура резидентлари, клиник ординаторлари билан амалий, маъруза олиб боришда фойдаланилмокда.

VIII. Илмий ишнинг нашри: Илмий ишнинг асосий мазмуни 8та илмий макола ва тезисларда уз аксини топган.

1. Значения лапароскопической холецистэктомии у больных множественными сочетанными заболеваниями (Самарканд-2013).
2. Тактика лапароскопической холецистэктомии при сопутствующем циррозе печени (Москва-2013).

3. Вопросы лапароскопической холецистэктомии у женщин фертильного возраста сопутствующем циррозом печени (Самарканд-2013).
4. Эффективность применения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите на фоне цирроза печени (Самарканд-2014).
5. Целесообразность применения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите на фоне цирроза печени (Самарканд-2014).
6. Уткир тошли холециститларни жигар циррози билан кушма учрашида даволашнинг янги технологиялари (Самарканд-2015).
7. Значения лапароскопической холецистэктомии острого холецистита при сопутствующем циррозе печени (Андижан-2015).
8. Новые технологии в лечении острого холецистита сопутствующем циррозе печени (Кемерово-2015).

IX. Илмий ишнинг хажми ва таркиби: Магистрлик илмий иши MSWORD, « Times New Roman» 14, 1.5 оралик масофа билан ёзилган булиб 101бетдан, 4 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлардан иборат.

Илмий ишда 123 та фойдаланилган адабиётлар булиб, шулардан 90та рус, 33та инглиз тилида ва узок мамлакатлар тилида ёзилаган манбалардан ташкил топган.

Илмий иш 8та расм, 11та жадвал, 3та гистограмма, 1та алгоритм, 3та диаграммалар билан тулдирилган.

I БОБ

ХОЛЕЦИСТИТЛАРНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КУШМА УЧРАШИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ПРИНЦПЛАРИ.

1.1. Ут тош касаллиги ва жигар циррозининг кушма учраши эпидемиологияси

Охирги йилларда сурункали гепатит ва жигар циррози билан хасталанган беморлар сонининг купайиши уларни даволаш замонавий тиббиётнинг олдида мухим муаммога айланди. Бу касалликнинг асосий этиологик фактори 60-85% холларда вируслар булиб колмокда.

Жахон Согликни Саклаш ташкилотининг берган маълумоти буйича жахон ахолисининг 1/3 кисми хар хил вируслар билан зарарланган.

Вирусли гепатитлардан хар йили 2миллионга якин киши улмокда, шулардан 600000 уткир ва сурункали инфекциялардан, 700000 киши жигр цирроз ива унинг асоратларидан, 300000 киши жигар карциномасидан улмокда. Худи шунингдек жигар касалликларининг ут-тош касалликлари билан кушма учраши, асосан уткир ва сурункали тошли холециститлар хисобига купаймокдалар[5.11.88].

Сурункали гепатитнинг ва жигар циррозининг узок вактлар белгиларсиз окими купчилик холатларда уткир ёки сурункали холециститлар билан операция килиш вактидагина аникланадилар.

Жигар циррози – сурункали полиэтиологик ривожланувчи касаллик булиб, жигар паренхимасининг ва интерстциал тукималарининг некрози ва жигар хужайраларида дистрофик холатининг ривожланиши билан диффуз холда бириктирувчи тукиманинг усиши, хамда аъзонинг мухим фаолиятининг бузилиши билан содир булади.

Иктисодий ривожланган мамлакатларда кузатиладиган 35-40 ёшли беморлар орасида улим сабабларидан олтитасидан бирини ташкил килади ва хар 100 минг ахоли сонига 14-30гача улим тавсилоти кузатилмокда.

Дунё буйича ҳар йилига 40млн. киши вирусли жигар циррозидан гепатит В фонида ривожланадиган гепатоцеллюляр карциномадан улади.

Муаллифларнинг аниқлик беришича жигар циррози анатомик тушинча бўлиб, унинг тагида диффуз ривожланган фиброз, ҳар хил тугунлар ҳосил бўлиши ва унинг оқибатида гепатоцидлар некрози юзага чиқади. Жигар циррозининг сабаби куп сонли бўлиб унинг оқибати ёмон [24.33.66].

Жигар циррози сурункали жигар касаллигининг ривожланишида гисталогик этап бўлиб ҳисобланади.

Жигар циррози терминини биринчидан бўлиб Laennec 1826 йил адабиётга киритган. Бу термин грекча суздан олинган ва *scirrhus* яъни улган одамни очганда жигарнинг сарик-малла рангли юзасини ифодалашда ишлатилган[17.28.92].

Жигар циррозининг ривожланишидаги асосий сабаблардан бири алкоголь маҳсулотларини сурункали истеъмол қилиш(айрим маълумотларда 40-50%дан 70-80%гача) ва вирусли В,С ва D гепатит (30-40%)лари ҳисобланади[41.54.98]. Алкоголли циррознинг келиб чиқишидаги муҳим босқич уткир алкогольи гепатит ва жигарнинг ёғли деструкциясидаги фиброз ва мезенхимал таъсирчанлик билан боғлиқ. Энг оғир утадиган ва тез динамик ривожланадиган касаллик бўлиб алкоголь-вирусли жигар циррози ҳисобланади ва шу касалликлардан гепатоцеллюляр карцинома ривожланади.

Жигар циррозининг ривожланишида маълум микдорда ут йуллари (ички ва ташки) касалликлари, юракнинг тургун етишмовчилиги ва ҳар хил доривор моддалар билан захарланиш ҳолати рол уйнайди. Модда алмашинувининг узгаришига олиб келувчи (гемохроматоз, гепатолентикуляр дегенерация, α_1 -трипсин етишмовчилиги) ва дарвоза венасининг окклюзион ҳолати (флебопортал цирроз) каби генетик факторлар ҳам жигар циррозининг кам учрайдиган шаклига олиб келади. Ҳозиргача бирламчи билиар циррознинг сабаби ноаниқ қолмоқда.

Тахминан 10-35% беморларда цирроз этиологиясини аниклаш имкони йук[12.16.53].

Муаллифлар фикри буйича жигар циррозининг асосий сабаблари булиб: гепатит С-26%, сурункали алкоголь истеъмол килиш-21%, гепатит С+ алкоголь истеъмол килиш-15%, хар хил факторлар-5%[33.42.51].

Хозириги кунда бутун дунё буйича 350 млн.дан купрок кишилар гепатит В вирусини ташиб юрувчилар булса, шундан 60млн. бирламчи жигар ракидан ва 45 млн. жигар циррозидан уладилар. HbsAg ташиб юрувчилари 0,1-0,2% Буюк Британияда, АКШ ва Скандинавия мамлакатларида учраса, 3%дан купрок Греция ва Жанубий Италияда, хатто 10-15% Африка мамлакатларида ва Узок Шаркда учрамокда. HbsAg вирусини ташиб юрувчилар айрим мамлакатларда алохида популяцияга эга, масалан Аляска эскимослари орасида 45%, Австралия аборигенларида 85%ни ташкил килади[18.36.112].

Айрим муаллифларнинг фикрича гепатит С дунё буйича жигар касалликларининг кенг таркалган шакли хисобланади. Хозирги кунда дунё буйича 350млн. вирусни ташувчилар булса, шундан 2.5млн Европа мамлакатларида аникланмокда. АКШда уткир гепатит С билан 170минг киши касалланмокда. Шулардан 70-80% сурункали гепатит шаклига утмокда[43.47.55].

АКШда гепатит С билан 8-10минг киши улмокда, тахминан 1000кишига жигар трансплантацияси килинмокда [31.56].

Бутун жахон гепатологлари ассоцияси (Акапулько, 1974) ва Жахон Согликни Саклаш ташкилоти(1978) жигар циррозининг энг минимум оддий морфологик критерияларига асосланган классификациясини таклиф килди ва улар куйидагича:

- майда тугунли ёки микронодуляр(тугун узунликлари 1-3мм)
- катта тугунли ёки макронодуляр(тугун узунликлари 3ммдан катта)
- аралаш шакли(тугунларнинг хар хил катталикида учраши)

Охирги таклиф килинган классификацида(Лос-Анжелес, 1994) жигар циррози этиологияси, фаоллик даражаси, биохимик тахлилларига(АлАТ ва АсАТ активлигига) жигарнинг морфологик узгаришларига караб бўлинган[7.17.23].

Этиологик факторларига караб: вирусли, алкогольли, дориворли, иккиламчи билиар, тугма (гепатоцитларнинг дегенерацияси, гемохроматоз, $\alpha 1$ -трипсин етишмовчилиги, тирозиноз, галактоземия, гликогеноз), димланган (кон айланишнинг бузилиши), Бадди-Киари синдроми ва касаллиги, алиментар- мода алмашинуви (ингичка ичакни айланиб утувчи анастомозининг куйилиши, семизлик, кандли диабетнинг огир даражаси) ва жигар циррозининг номаълум этиологияли турлари (криптоген, бирламчи билиар, хинд болаларида учрайдиган)[9.13.43].

Жигар циррози жигар-хужайра етишмовчилигига караб (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация) даврларига ҳамда портал гипертензия боскичларига ва холатининг фаоллигига караб булиниш мақсадга мувофиқдир[49.58].

Жараённинг фаоллиги деганда жигар туқимасида буладиган яллигалниш холати тушунилади. Ана шунга асосан ҳамма циррозлар фаол ва нофаол хилларга булинади. Жигар циррозини уз вақтида ташхислар ва даволаш гепатологиянинг долзарб муммоси ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни Саклаш ташкилоти ҳатто кукрак ёшидаги болаларни гепатитга қарши эмлаш масаласини қуймоқда[56.97.115].

Ҳозирги статистик маълумотлар бўйича жигар циррози 1%дан 6%гача, уртача 2-3%ни ташкил қилади. Утган СССР адабиётларда келтирилган маълумотларга асосланиб айтиладиган бўлса, жигарнинг диффуз вирусли ва паразитар этиологияли жароҳатланиш суръати қупайиб бораётганлиги келтирилган. Утган асрнинг 90 йилларда жигар циррози қузга қуринарли ҳолда усган бўлса. XX асрда 5-6%га қупайган ва ҳозирги маълумотлар эса 10-11%гача қутарилишига маълумот берган[48.77.97].

Ўзбекистон Республикасида жигар циррози суръатининг ошишига сабаб вирусли гепатит билан хасталанган беморлар сонининг ошиши булса ва кишлоқ хужалигида кимёвий моддаларнинг куп ишлатилиши ҳам муҳим сабаблардан ҳисобланади. Охириги йилларда Республикамизда жигар циррозининг «ёшариш» хавфи юкори булиб 9-14 ёшли болаларни ҳам камраб олмокда. Жигар циррозининг кечки боскичларида киши ҳаётига хавф соладиган (кон кетиш, асцит, жигарнинг хавfli усма касалликларига утиши ва бошқалар) асоратлари купаймокда. Консерватив даволанган беморларнинг 60-80%ида уч йил давомида улим содир булмокда. Цирроз ҳолатининг яширин кечиши ва айрим бошқа касалликлар буйича операциялар килинганда аникланиши ута муҳим ҳисобланиб, ҳар хил асоратларининг келиб чиқиши ва кушма касалликларнинг кечишига чуқур таъсир килиши мумкин[27.66.93].

2000йилда утказилган хирург-гепатологларнинг Халқаро ва СНГ мамлакатлари конференциясида (Воҳидов уқишлари) жигар циррозига куйидагича тавсиф берилди:

- 1.Жигар циррози, компенсация боскичи (класс А Child-Pugh буйича - 5-6 балл: билирубин < 34,2 мколь/л, альбумин > 3,5 г%, протромбин индекси 60-80, жигар энцефалопатси ва асцит аникланмайди)
- 2.Жигар циррози, субкомпенсация боскичи (класс В Child-Pugh буйича - 7-9 балл: билирубин 34,2 – 51,3 мкмоль/л, альбумин 2,8 - 3,4 г%, протромбин индекси 40-59, жигар энцефалопатияси I-II даражаси, асцит транзитор характерли куп эмас)
- 3.Жигар циррози, декомпенсация боскичи (класс С Child-Pugh буйича - 9 баллдан юкори: билирубин > 51,3 мкмоль/л, альбумин 2,7 г% ва паст, протромбин индекси 39 ва паст, жигар энцефалопатияси III-IV даражаси, катта торпид асцит)

Ҳозирги кунда жигар циррози била ут йулларида операция килинган беморларнинг 2%ни ташкил килади. Бу ҳолатнинг камчилиги

купчилик ҳолатларда жигар циррози фонида холецистэктомия килинган беморлар улими иккинчи уринда туради [21.88.112]. Агар жигар патологиялари неадекват ҳолда коррексия килинса, радикал операциялар ҳаддан ташкари курсатмасиз амалга оширилганда операцидан кейинги улим 67-83%ни ташкил қилади. Бунинг сабаби асосан жигар етишмовчилигининг ривожланиб кетишидир[33.72.111].

Юкоридаги келтирилган маълумотлар жигар циррози билан ут тош касаллигини даволаш ута мураккаб ва долзарб муаммо эканлигидан дарак беради. Шунинг учун ҳам бу муаммонинг кушма учраши сабаблари анатомио-физиологик узаро боғлиқ хусусиятларини урганиш муҳим ҳисобланади. Жигар циррозида холелитиазнинг ривожланиши хусусиятлари бир хил кечиб, купчилик авторлар гепатоцитларнинг синтез қилиш функциясининг бузилишига эҳтимол қиладилар ва улар утнинг кимёвий таркибига, коллоид ҳолатига таъсир қилишига эътибор бермоқдалар. Ундан ташқри яна иккинчи уринда утнинг ажралиши аспектини таҳлил қилиш керак. Маълумки жигар ва ут йуллари тизими анатомик ва физиологик жихатдан шунчалик боғлиқки, уларнинг бир бирига таъсирини табиий ҳол деб тушинмаслик керак[45.77.113].

Жигар томонидан литоген утнинг ажралиши холестеринли ва аралаш тошларнинг келиб чиқишида аниқ аҳамияти борлигида жигарнинг муҳим роли таъкидланган. Энди биз купрок энтеро-гепотал тизимида буладиган комплекс узгаришларга, ут ҳалтанинг узида ва ичаклар резорбциясининг таъсирини урганишимиз керак [9.15.115].

Бугунги кунда жигар касалликларининг қай тарикада ут тизимига таъсир қилиши ҳақида маълумотлар йук. Куп таникли гепатологларнинг фикрича уткир вирусли гепатит ут тош касаллигига сабаб бўла олмайди [2.64.83]. Ут ҳалта тоши купинча Жильбер синдромида, яъни хомиладорлик вақтида ут ҳалтада тургун ҳолатда бўлганда учрайди. Юкорда келтирилган фикрларга қарама қарши жигар циррозида купрок тош ҳосил бўлади деган фикрлар бор. Жигар циррозида тош ҳосил бўлиш суръати 43-80% ҳолларда

аникланмоқда [71.79]. Жигар циррози билан беморларда утнинг литоген хусусияти йук, купрок нохолестеринли пигментли тошлар аникланади[41.80.101]. Муаллифларнинг фикрича жигар циррозида ут халтанинг ва ут йуллариининг мотор функцияси бузилиб, утнинг уз вактида эвакуация булмаслигига олиб келади[25.47].

Цирроз билан жигар кисман резекция килингандан кейин бемор ахволи ёмонлашади, бу холатда операциядан кейин буладиган асоратлар суръати 50-60% га кутарилди. Шундай операция нормал холдаги жигарда утказилганда операциядан кейинги асоратлар 20-30%ни ташкил килади. Жигар циррози билан улимнинг ва жигар циррози резекцияси килинган беморларнинг улимининг сабаблари жигар етишмовчилиги, уз вактида бу бошка йулдош касалликларнинг янада ривожланишига таъсир килади [18]. Айрим муаллифлар фикрича жигар циррози билан утказилган хохлаган оперциядан кейин хар хил асоратлар ва улим хавфи юкоридир[99.109].

Бир гурух муаллифларнинг маълумоти буйича, операциядаги улим кон кетиш булганда 30% булиб, сог колганларнинг хам 30%ида хар хил асоратлар кузатилади. Чайлд-Пью классификацияси буйича беморларда операциядаги улим 10,31% ва 76%ни ташкил килади. Муаллиф жигар циррози билан ут йулларида утказиладиган, меъда яраси ва йугон ичак резекциясидан кейин натижа яхши булмаслиги тугрисида маълумот берган [4.87.106]. Бундай натижа факторларнинг келиб чикишида кон плазмасидаги альбуминнинг пастлиги, йулдош инфекциялар ва протромбин индексининг кутарилиб кетиши хисобланади. Охириги йилларда купчилик олимлар жигар циррозининг корин бушлигидаги бошка касалликларнинг хусусан меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги, холециститлар, корин олдинги девор чурралари купайиб бораётганлиги тугрисида маълумот берадилар. Вахоланки бундай касалликлар билан жигар циррзи кушма булгандаги даволаш муаммолари тугрисида адабиётларда чоп килинган ишлар жуда кам [10.73.61].

1.2. Жигар циррози билан ут-тош касаллигининг клиника-патогенетик, диагностик аспектлари.

Охирги ун йилликларда ут тош касаллигининг кенг таркалиши ва масалаларнинг ноаниқ колишидан диагностик ва патогенетик даволаш муаммолари долзарб бўлиб келмоқда. Бу касалликни даволаш айниқса жигарда диффуз яллигланишлар бўлганда ут тош касаллигини даволаш оғир муаммо бўлиб келмоқда[6.18.60.71].

Аҳолини бевосита текширганда холелитиаз умумий аҳолида учраши 6-16%ни, беморларда жигар циррози билан (хар хил этиологияли) кушма учраганда ут тош касаллигининг суръати 23-55%ни ташкил қилмоқда[12.44.95.115]. Шунинг учун ҳам олимлар фикрича ут йулларидаги тургун ҳолатнинг бўлиши холелитиазнинг келиб чиқишида муҳим уринни эгаллайди. Муаллифларнинг фикрича жигар циррозининг хар хил морфологик вариантларда кечиши, унинг клиник юзага чиқиши, касалликнинг оғирлиги ва унинг яшаш прогнози, жигар функциясининг бузилиши даражасига, компенсатор ҳолатига, оксил ва дезинтоксикацион гепатоцитларнинг қобилятига ва портал гипертензиянинг юзага чиқиши билан боғлиқ[22.78.79]. Жигар циррози билан беморларда ва холелитиаз ҳолат ривожланганда уткир холециститнинг ривожланишининг прогнозида ут ҳалта фаолиятининг сакланганлиги, ёки майда тошлар бўлганда гиперкинетик дискнезия ҳолатининг борлиги асосий факторлар бўлиб ҳисобланади. Агар юмшоқ тошлар бўлса ут ҳалтанинг қисқариш қобиляти бузилганда ҳам уткир холециститнинг ривожланиши хавфи кам бўлади [45.53.64].

Жигарнинг диффуз касаллиги ут таркибидаги лецитин ва изолецитиннинг деструктив таъсири активлашади, натижада ут ҳалта шиллик пардасида патологик узгаришлар пайдо бўлади ва холециститга утиши мумкин [4.15].

Ут халта касалликлари кандай килиб жигарга таъсир килиши мумкин? Сурункали кечган тошли холецистит узига жигар касаллигини келтириб чикармайди. Бордию яллигланиш холати пайдо булганда уткир холециститгача етиб бориши мумкин. Бу ерда жигар функцияси бузилишида бош сабабчи ут йулларнинг узок муддатга тош билан бекилиб колиши ва холангитнинг юзага чикиши билан, гипертензия булганида ут халтада тургун холат юзага чикади, аввало функционал узгариш булади. Маълум вақт утгандан кейин гепатоцитларда дегенерация булади ва жигар паренхимасида шиш пайдо булади ва «билиар» гепатит ривожланади. Холангит пайтида иккиламчи инфекция йирингли яллигланишга олиб келади ва жигар абсцесси ривожланиши мумкин. Ана шу узгаришлар билан перипортал булмачалар орасида фиброз ривожланади ва «иккиламчи билиар» цирроз юзага чикади. Агар сабаби йуқолса жигарнинг регресс холати тикланиши мумкин. Бордию майда йулларнинг куп кисми атрофия булса, хакикий жигар тукумасининг атрофик трансформацияси бошланади, яъни портал гипертензия ва бошка асоратлар бошланади.

Бордию аъзода диффуз узгариш булиб, иккиламчи биллиар стаз асорати юзага чикканда, жигарда хавфли патологик узгаришлар пайдо булади[9.36.90.103]. Бу холатнинг оқибатида организмнинг холатига караб жигар функциясининг йуқолиши ва кома холатига тушиб колиши мумкин[5.20.53]. Уткир холециститларда жигарда буладиган морфологик узгаришларнинг характериға караб купчилик муаллифлар касалликнинг узок утиши, утган огрик характерларнинг сонига ва огирлигига, юзага чиккан сариклик тури ва холатига караб клиник белгилар юзага чикади[8.15.23.116].

Айрим холатларда ут халтадаги яллигланиш холатининг даражаси ва жигар тукумаларидаги узгаришлар уртасида паралеллизм борлиги аникланди. Холециститнинг флегманоз шаклида паренхиматоз сариклик 51,7% учрайди, гангреноз шаклида 29,5%, катарал шаклида 18% беморларда учрайди. Купчилик муаллифлар деструктив холециститларда

яллигланиш махсулотларининг баланд даражада резорбция булиши билан боглайди[25.74.100].

Ут халтада йирингли деструктив холатнинг ривожланиши билан перифакал инфилтрат хосил булгандан кейин касалликнинг 3-7 кунларига бориб жигарда деструктив узгаришлар учокли некрозлар ва жигар паренхимасида диффуз инфилтрация пайдо булади. Ут халтада йирингланиш холати тухтагандан кейин ҳам жигарда йиринглаш холати давом этади[11.33.51].

Шундай килиб бу муаммонинг асосий хусусияти шундан иборатки, ут халта ва жигарнинг зарарланишларини бир хил патогенетик холат деб тушунмок керак, чунки диагностик мониторинг имкониятларини кутаради ва хирургик тактика ва даволашни кийинлаштиради [33.62.111]. Ут тош касаллигида унинг йиринглаш холатларида жигар касалликларининг кушма учрашида тугри ташхис куйиш усулини танлаш ута мухим хисобланади. Иккита патологик холатларнинг кушма келишида айникса жигарда яллигланиш холатининг кучайиши уткир ут йулларининг йиринглаш фонида учраганда ташхис килиш кийинлашади [24.54.83].

Айрим холатларда биринчи уринга ут халтанинг уткир яллигланиши касалликлари эмас балки жигар етишмовчилиги юзага чиқади[17.22.36.94]. Хозирги вақтда ут тош касаллигини ташхислашда унинг клиник критериясига асосланган холда лаборатория ва замонавий асбоблар билан ташхислаш усуллари кулланилмокда. Купинча ут тош касаллигида ут йулларининг уткир яллигланишида жигарнинг уткир яллигланиши кушилганда патологик холат огир кечиб, эндоген интоксикация белгилари ривожланади[12.28.61.87]. Бундай холатларда унг кобирга ёйи ости сохасида кучли огрикнинг булиши ут халтанинг ва жигар глиссон капсуласининг хаддан ташкари таранглаши сабабли юзага чиқади[5.21.40.60]. Диспептик синдром деярли 50% беморларда учрайди[17.41].

Уткир холициститларда тана хароратининг ошиши 10-15% беморларда, агар бир вақтнинг узида жигарда яллигланиш ҳолати кузатилса, 42% ҳолатларда учрайди. Купинча тана хароратининг кутарилиши эндоген интоксикация белгилари билан утади (лейкоцитоз, тил қуриши, тахикардия) [10.14.23.70].

Уткир холициститнинг жигарда диффуз яллигланиш ҳолати кузатилганида сариклик синдроми муҳим диагностик ва прогностик аҳамияти бор [86.105]. Сариклик ҳамма бошқа функцияларнинг декомпенсация белгисини курсатади [40].

Куп муаллифларнинг фикрича уткир холицистит вақтида сарикликнинг пайдо бўлиши 1/3 беморларда механик характерга эга, қолган 2/3 қисмида паренхиматоз яъни яллигланишдан ҳосил бўлган токсик моддаларнинг гепатоцитларга таъсиридир [2.30.70.92].

Адабиётларда келтирилган материалларни таҳлил қилганимизда уткир холициститнинг жигарнинг диффуз яллигланши билан кечганида клиник таъхис қўйишда иккита етишмовчилик аниқланди. Биринчиси объектив критериялари кенг чегарада бўлганлиги учун улар жигар етишмовчилги билан қоронғилашади. Иккинчидан вақт ўтиши билан уткир холециститнинг клиник белгилари 2-4 сутка ўтиши билан клиник белгиларнинг аниқлиги йўқолади, чунки жигарнинг қўшма қасалликлари фонида ўт пуфагидан ташқаридаги йиринглаш асорат белгилари қўпаяди.

Уткир холециститнинг таъхисида жигарнинг сурункали диффуз яллигланиши фонида бўлганда периферик қондаги ва жигар синамалари муҳим ҳисобланади [18.55.71]. Лаборатор текшириш натижалари специфик хусусиятга эга эмас. Ҳар қил муаллифлар томонидан олинган бир қил қасалликда лаборатор таҳлиллари ҳар қил натижа берганлар [36.64.101].

Муаллифлар фикрича қўлланиладиган лаборатория таҳлилларида синамалар йўқ, қачонки улар ҳамма ҳолатларда жигар етишмовчилиги даражасини қўрсатган [51.67.99].

Ут йуллари касалликларида уларнинг жигар касалликлари билан кушма келганларида буладиган узгаришларни аниқ билиш учун компьютер текширишлар муҳим ҳисобланади, аммо куриш (визуализация) усулларини янада такомиллаш бугунги кун талабидир.

Клиник амалиётга янги куриш усулларининг киритилиши, хусусан(УТТ) ультратовуш билан текшириш, компьютер ҳамда магнит резонансли томография, ут йуллари ва жигар патологияларини эрта аниклашга имконият яратади[18.45.113].

Ҳозирги замон талаби буйича ноинвазив усулларни ишлатиш муҳим ҳисобланиб, юқори маълумот берадиган усул ультрасонографиядир. Бу усул катта ҳал қилувчи қобилиятга эга, ут йуллари ва жигардаги структура ҳолатини портал ҳавзаси томирлари тизимидаги узгаришларни комплекс текширишга имкон яратади [29.44.94].

Жигар циррозини аниқ ташхис қўйишда жигардан ташқари ва жигардаги узгаришларни аниклашда муҳим усул деб ҳисоблайди[68.109]. Шу борада бир неча гуруҳ белгиларга: асцит, спленомегалия, коллатералларнинг фаолият қурсаткичлари бўлса, бу узгаришлар нафакат жигар циррозига хос белгилар бўлмасдан бошқа касалликларга хос ва шунинг учун улар тула специфик белгилар деб бўлмайди [9.18.50].

Жигардаги айниқса жигар циррозида буладиган узгаришларга: жигар улчамининг узгариши, жигар туқимасининг эхогенлиги ошиши белгилари бевосита бўлиб, ҳар бири алоҳида жигар циррози борлигини тасдиқламайди. Жигар циррозига хос белгилар бу жигар паренхимасининг тугунли узгаришлари ҳисобланади. Жигар юзасидаги узгариш белгилари ҳам жигар циррозига хос белгидир. Ультратовуш усули худди лапороскопиядек жигарнинг контурини текшириши мумкин. Ваҳоланки 2,25-3,5Мгц датчикларининг ишлатилиши қорин бўшлигини текширишга мос, агар жигарда майда тугунли узгаришлар бўлса уларни тугри қура олмаслиги мумкин[21.25.61].

Айрим муаллифлар жигар циррозидаги патологик белгиларни УТТ натижалари билан киёслаган, шундан 42 жигар циррози билан беморларнинг 37 та жигар юзаси текис булганлиги УТТда аниқланган ва 5таси нотекис булган. Жигар циррози гисталогик текшириш билан 78,5% беморларда аниқланган, факат 12,5% да УТТда жигар юзаси нотекис булган. Шунинг учун ҳам, жигарнинг компенсация ҳолатидаги циррозини УТТда аниқлаш фоизи жуда паст. Бундан ташқари ультратовушнинг нотугри курсатиши билан жигар циррози ташхисини нотугри қуйиш (11,9%) ҳолатларда учрайди[21.56].

1.3 Ут тош касаллиги билан жигарнинг диффуз яллигланишида хирургик даволашнинг алоҳида хусусиятлари.

Ут-тош касаллигида беморларнинг жигар патологияси билан қўшма учраганларида даволаш натижаларини яхшилаш йулларини фаол қўллаш рационал даволашда дифференциал ёндошишнинг афзаллигини операцион ва анестезиологик ҳавли гуруҳ беморларни ажратишга ёрдам беради[32.60.97].

Ана шу гуруҳга қари ёшдаги ва оғир йулдош касалликлари билан (юррак, упка, бўйраклар, эндокрин тизим касалликлари) беморлар қиради.

Оғир контингентлар ҳисобланган «хавфли» гуруҳ, ут-тош касаллиги ва жигарнинг диффуз яллигланишлари билан унинг етишмовчилиги фонида учраган беморлар ташкил қилади[6.19.91].

Ут йулларининг уткир касалликлари ва холестатик синдром билан учраганда дифференциал диагностикаси қийин бўлиб, купинча бундай беморлар стационарларга оператив даволаниш учун жигарнинг аниқ функционал етишмовчилиги билан кеч келадилар ва купчилик ҳолатларда(50%) улим билан тугайди[66.82.106].

Жарроҳлар орасида ут-тош касаллигининг жигар циррози, портал гипертензия билан қўшма келганда операция қилиш тактикаси бўйича бир

хил фикрлар йук. Бир гурух жаррохлар холелитиаз буйича режали операциялар тарафдорлари булиб, зудлик билан утказиладиган хавли операциялардан воз кечмокдалар[88.104.112]. Колган гурухлари бу фикрга кушилмай, кушма касалликларда хаётий курсатмалар билан операция килиш тарафдорларидирлар[117].

Амалий жихатдан симмулянт операциялар буйича кушма билиар патологияларда адабиётларда ханузгача хар хил фикрлар мавжуд[14.72].

Консерватив даволаш ва динамик кузатув муддати бир суткадан утмаслиги керак. Зудлик билан утказиладиган холецистэктомия Чайлд-Пью классификацияси буйича А класс беморларда агар техник жихатдан огир булмаса килиниши керак. Агар ут халта жигар ичида жойлашган булиб ва паренхиматоз кон окиш хавфи юкори булса холецистостомия куйиш А класс касалларида хам максадга мувофикдир[16.71.97].

Муаллифлар портал гипертензия билан ут ажратувчи тизими ташхиси ва даволаш усулларини урганиб куйидагича тактикани тавсия килдилар: уткир холецистит портал гипертензия жигар циррози сабабли ривожланган беморларда икки сутка ичида белгилари юзага чикканда ва хуружни тухтатиш иложи булмаса ташхисни аниклаш максадида лапороскопия килиш тавсия килинади ва лапороскопик холецистэктомия килинади. Агар беморларда компенсация боскичи булганда умум кабул килинган тактика ишлатилади. Муаллифлар томонидан ретроград холангиография килиш жигар циррози ва холелитиаз мавжуд беморларда бордию сариклик ривожланганда эндоскопик папиллотомия бир неча этапда килинади ва назобилиар дренаж куйиш тавсия килинмокда[6.69.108]. Ут йуллариининг уткир касалликларининг сурункали гепатит ва жигар циррози билан кушма учрашида актив кузатув тактикаси клиник картинкасининг ривожланишига караб доимий лабаратор мониторинги утказилади. Ут-тош касаллиги билан сурункали окими булган беморларда жигар циррози фонида булганда режали операцияларни

утказишда жаррохлар орасида ҳам ҳар хил карама-карши фикрлар мавжуд[23.58.101].

Купчиликда бундай фикрни эгаллашда, корин бушлигида утказиладиган хоҳлаган операциялар жигар циррози ва портал гипертензия билан жуда техник жihatдан огир ҳисобланади. Портал гипертензия билан беморларда корин бушлигидаги битишмалар жуда таркалган ҳолларда кон окиш хавфи юкорилиги, гастродуоденал зонада кучли васкуляризациялашганлиги учун жигар ичи артериовеноз шунтлар ва порта кавал коллатераллар операция хавфини оширади(54.73.89). Шунинг учун ҳам операция вақтида ва ундан кейин геморрагик асоратлар купрок учрамоқдалар. Ана шундай касалларда адабиётларда асосий асоратлардан кон окишлар булиб 33-57%ни ташкил килади(4.46). Кон окишлар купчилик ҳолатда операция майдонида содир буладилар: ут ҳалта урнидан, битишмаларни кесишдан, кизилунгач варикоз кенгайишидан ва ошкозондан кон окишлари учрайди. Операциядан кейинги кон окишлар структурасига(режали операциялардан кейин) купрок бронх-упка асоратлари (ателектазлар, бронхопневмония) ундан кейин яранинг яллигланиши, жигар етишмовчилиги ва гепаторенал синдром, меъданинг уткир яраларидан кон окиш ва сепсис киради[54.94.107]. Операциядан кейинги асоратлар ва улим суръати жигар функциясининг бузилиши даражасига боглик[112].

Режали операцияларнинг натижаларини яхшилаш учун махсус жаррохлик операцияларнинг якуни тугрисида прогноз критериялари таклиф килинмоқда. Ҳамма илмий ходимлар битта фикрга, яъни жигар функциясининг декомпенсацияси ва акив цирроз ҳолати ривожланганда ҳар қандай операцияга карши курсатма ҳисобланиб, операциянинг натижаси жуда ёмон тугалланиши тугрисида бир тухтамга келганлар[2.65.91].

Ут йулларида ва цирроз билан беморларнинг операциядан кейинги асорати, унинг натижасини прогноз килишда куп факторли булгани учун

куп олимлар энг тугри маълумот берувчи Чайлд-Пью градациялари деган энг тугри фикрга келдилар[6.14.42.69]. Беморларни А класс буйича холецистэктомия ва умумий ут йулларида бемалол операция килиш мумкин. Шунда В класс гурухидаги беморлар радикал операцияларни огир утказадилар. Шунинг учун ут йулларидаги операциялар касалликнинг жуда ривожланган клиник белгилари билан хаётий курсатмаларга асосан килинади, аммо асоратлар суръати хам баланд булади[101.114]. Беморларнинг «С» классда килинадиган операциялар хавфи максимал булиб, улим 80% гача кузатилади[21.27].

Жигар циррози билан зудлик билан килинадиган операциялар жуда мухим булиб, даволаш натижаларини прогноз килишда беморларни келгуси огирлик даражаси Чайлд-Пью буйича кейинги классига утказилади[35.41.58.106].

Ана шундай холатлар мухокама учун бир дилемма хисобланади: беморларни хаётий курсатмалар буйича операция килиш керакми ёки режали равишда превентив операциялар килиш керакми[5.22.39.48].

Хозирги кунда беморларни «А» класс буйича юкорида келтирилган холатда операция килишларига купчилик олимларда карши фикрлар йук, аммо купчилик муаллифларнинг жигар функциясининг бузилиши юзага чикканда эътирозлар куп[57.69.116].

Хозирги замон талаби буйича операцияга курсатмани аниклаш, операция усулини танлаш ва кайси усулда утказиш (очик холецистэктомия, холецистостомия, ёки операция Прибрама) хал килинмаган муаммо булиб колмокда[8.36.88].

Куп муаллифлар превентив операция утказишни махсадга мувофик деб унинг кайси турида утказилишида фикрлари хар хил булмокда. Бирлари холецистэктомия килишни, бошқалари холецистотомия килиб ут халта деворларини сурилувчи иплар ёрдамида тикиш керак демокда[26.66.102].

Куп муаллифлар операция пайтида кам жарохатланадиган турларини килишни талаб килади, чунки ут тош касаллигининг асоратлари хам, портал гипертензия асоратлари хам биргаликда беморлар хаётига хавф тугдиради. Вахоланки бу икки патологик ҳолатда кушма огир ахволни коррекция килиш эҳтимоли адабиётларда яхши ёритилмаган.

Муаллифлар ут йулларида портокавал анастомозлар куйиш операциясини бир лахзада утказиш тугрисида маълумот берган[51.52]. Шундай симулант ва этапли килинадиган операцияларга курсатмалар ишлаб чиқилса мақсадга мувофиқ булар эди, вахоланки бундай маълумотларни биз топа олмадик. Ҳозирги адабиётларда енгил операциялар лапароскопик усулда килиниши ва кейинчалик «В» ва «С» классдаги беморларда хам куллаш тугрисида фикрлар хам шаклланмаган. Амалиётга лапароскопик холецистэктомиянинг киритилиши ут тош касаллиги хирургиясида прогресс булди. Бу усулнинг бирданига оммалашиши нисбатан лапароскопик операциялар давомийлигининг кискалиги, кам жарохатлилиги, нисбатан кам асоратлар беришидир [89.109.115]. Шундай килиб, адабиётларда келтирилган маълумотлар тахлилига асосан, ут тош касаллигининг патогенези, ташхиси ва даволашда жигарда диффуз яллигланиш ҳолати ривожланган касалликларда курсатдики, куп масалалар хам уз жавобини топмаган, куп фикрлар карама карши характерга эга ва кейинчалик кушимча илмий изланишлар килишни талаб килади[3.41.95].

Маълумки 14 йиллар булдики куп фикр ва мулохазалар, тажриба алмашишлар, айрим негатив баҳолашдан кейин холецистэктомия килишда мини доступдан фойдаланиш ҳамма жойда тарқалди[7.15.66.109]. Ҳозир бир неча юз ва минглаб операция килингандан кейин маълум бир хулосага эга булдик. Бу услнинг алоҳида ахамияти шундан иборатки, куп иктисодий муаммолар сабабли лапароскопик техникани ишлатишнинг иложи булмаган[4.61], стационарларда бюджет буйича куйилган максимум даволаш баҳоси баландлигидан беморлар операция килдиришни иложи булмаганда, бу усулни ишлатиш мини доступ билан айти муддао

хисобланмоқда. Катта ёшдаги ахолининг 10-15%и ут-тош касаллигига чалинади. Ут-тош касаллигининг уткир холецистит, холангиолитиаз, холангит, холедохнинг терминал булимларидаги стриктураси каби асоратлари 32-45% беморларда учрамоқдалар[19.32.114].

Ут-тош касаллиги ва шунингдек ут чиқарув йулларида очик операциялардан кейинги асоратлар 3,7-37,3%ни ташкил қилади. Купчилик асоратлар яранинг яллигланиши, кон кетиши, эвентрация, операциядан кейинги чурралар операцион жароҳатларнинг хажми билан боғлиқдир. Операцияларнинг узок давом этиши, ҳар хил асоратлар ва улим тафсилотининг купайиши янгича оператив даволаш усулларини излашга мажбур қилдилар. Ана шундай усуллар топилди, 1985 йил Мюге, Бёблинген (Германия) ва 1987 йили Филипп Муре(Франция) биринчилардан бўлиб лапароскопик холецистэктомияни таклиф қилдилар. Бу усулнинг тез орада тарқалиши унинг кам жароҳатлилиги, радикаллиги, беморлар учун хавфсизлиги, стационарларда даволаш муддатининг қисқалиги бўлиб ҳисобланади. Операцияни сифатли утказиш учун махсус жаррохлик асбоблар ишлаб чиқилган[7.103], муҳим асосли концепция лапороскопик усул ва технологиялар, қачон «очик» операция усулига утишига курсатмалар ишлаб чиқилган[14.22.93].

Ут йуллари ва жигардан ташқари патологияларда қушма очик ва эндоскопик жаррохлик усулларнинг ишлатилишига курсатмалар, операциядан кейинги косметик оқибатларга ҳам эътибор берилган[6.35]. Тажрибалар асосида 1990 йилда утказилган дискуссияда операциянинг яхши косметик эффект беришини тан олдилар. Тошли холециститларни хирургик даволаш 100 йилдан купрок тарихга эга бўлса ҳам ханузгача уткир холециститларнинг диагностикаси ва даволаш тактикаси буйича куп муаммолари мавжуд. Охириги 15 йилда малоинвазив технологиянинг уткир тошли холециститларни жаррохлик даволашда жадал ривожланишига олиб келди. Уткир холециститнинг жигар циррози билан қушма утишида, уткир холециститнинг ягона кечишидан катта фарқ қилади, чунки асоратлари

баланд ва улим суръати 30%гача кузатилмоқда ва Чайлд-Пью буйича класс А, В, С бўлганда улим фоизи 10-31-76%ни ташкил қилмоқда. Ана шу муаммолар буйича илмий изланишлар қилиш ва оптимал концепциялар ишлаб чиқиш зарур[21.94.108].

Бизнинг республикамизда ҳам охириги йилларда жигар циррози билан беморлар сонининг қупайиши чегаравий патология муаммосига қутарилмоқда. Вирусли гепатитнинг қупайиши ва жигарнинг диффуз жароҳатланиши қуп ҳолатларда интраоперацион топилма ҳисобланади.

АҚШда бир йилда бир миллион беморлар холелитиаз билан ҳисобга олинади, шу касалликга қалиниш америкалик ҳиндулар, семизликга қалинган, қандли диабет, ёнбош ичак касалликлари, гиперлипедимия IVдаражаси, жигар циррози, ҳомиладор аёлларда эстероген ва орал контрацептик дорилар қабул қиладиган беморлар орасида қупайиб кетди. Ҳозир аёлларда ошқозон ичак касаллиги эрқакларга қараганда 4 марта қуп ривожланмоқда [17.41.84].

Маълумотлар буйича 11840 аутопсиядан жигар циррози 697 ҳолатда аниқланган, 5,9%ни ташкил қилади[22.61].

Холелитиазнинг қупайиши қупчилиқ патологик ҳолатлари жумладан жигар циррозига таъсир қилади. Холециститларнинг жигар циррози билан қушма учраши тугрисидаги аниқ маълумотни аутопсия маълумотлардан олиш мумкин. Маълумотларида 21,5% беморлар жигар циррози билан холелитиаз учраган[23.48].

Қупинча операция натижаларига асосланиб олинган маълумотларга асосланиш керак. 473 холецистэктомия қилинган бемордан 19(4%)тасида жигар биопсиясида цирроз ҳолати топилган[18.111].

Айрим муаллифлар жигар циррози билан 38% беморда холелитиаз топишган. Холецистэктомия қилинган беморларнинг 62%да ут тош касаллиги санчиги ҳуружи бўлган, демак шу гуруҳ беморларда тош ҳосил бўлиши ҳавфи баланд бўлган[3.38.74].

Жигар циррозининг холелитиаз билан кушма булиши аёлларда баланд булиб 35,2%ни, эркакларда 16,2%ни ташкил килган. Холецистэктомия килинган бемор аёлларнинг 37,7%и жигар циррози билан, эркакларда 16,9%ни ташкил килган. Умумий популяцияда холелитиаз суръати жигар циррози билан беморларда 22,8%. Хар 10 йиллик хаётда холелитиаз суръати купаймокда, вахоланки бу холат аёлларда эркакларга нисбатан баланд аникланади. Холелитиазнинг купайиши тенденцияси жигар циррози билан кушма булиши купинча 50ёшдан ошган беморларда учрайди[4.51.79].

Жигар циррози уткир холецистит билан кушма булганда лапароскопик холецистэктомиялар килиниб, айрим муаллифлар диатермогепатокоагуляция, оментогепатопексия, оментогепатофренопексия, симмулянт килинишини тавсия киладилар ва операциядан кейинги асоратлари баланд эмаслигини кайд килганлар[22.99.114].

Операция пайтида купчилик касалларда жигарда макроскопик узгаришлар жигарнинг катталашиши, каттикланиши, рангининг узгариши, чандикларнинг борлиги, жигар капсуласининг юмшаб колиши аникланади. Жигар циррози ривожланишининг боскичлари: холангит, холангиогепатит, билиар циррози хисобланади. Ана шундай боскичларда ривожланишини нотугри ташхис куйиш ёки шу йуналишда ривожланишини тан олмаслик нотугри даволаш тактикасига олиб келади, окибатда жигар циррози янада ривожланади. Уткир холециститлар жигар циррози билан кушма учраганда кайси вақтда операция килиш масаласи халигача хал килинмаган. Бу муаммони хал килиш ва аник бир тактик стандартларнинг ишлаб чикилиши энг аввало даволаш натижаларини яхшилайти ва иктисодий ахамияти хам катта[36.68.96]. Бир хил муаллифлар жигар цррози билан холецистэктомия килишда ут халтани ажратишда унинг ёрилиши ва урнидан кон кетмаслиги учун гидродиссекция килиш усули маъкул демокдалар. Бошка муаллифлар 30 бемордан 5тасида(17%)

лапароконверсия килинган, шулардан 2тасида веналар варикоэ кенгайиши сабабли операция пайтида визуализация ёмон булган[18.52.70].

Зудлик билан килинган операцияларда конверсия фоизи баланд 36%. Айрим муаллифлар жигар цирроэи билан 33 ЛХЭ дан 2таси лапаротомияга (6%) утган[10.93].

Келтирган маълумотларда 26та операциядан 3тасида лапароконверсияга утган, унинг сабаби ут халта урнидан тухтатиб булмайдиган кон окиш (2) ва операция майдонидаги куриниши ёмонлашганлиги (1) беморда кузатилган[11.99.101].

Катор олимлар жигар цирроэининг компенсация даврида ва декомпенсация даврларида килинган ЛХЭ натижалари жуда аник фарк килганлигини курсатадилар[8.43.69].

Жигар цирроэи билан килинган ЛХЭ да операциядан кейин буладиган асоратлар очик операцияларга караганда 20,8%дан 9,7%га тушганлиги аникланган. Демак бунда операция вакти кискаради, кон кетиш булмайди, кон ва кон урнини босадиган моддалар трансфузия килишга эхтиёж колмайди, койка куни кискаради [5.36].

Айрим муаллифлар ЛХЭ килиш жигар цирроэи билан беморларда узининг маълум кийинчиликлари бор, аммо уни лапаротомия билан солиштирса анча хавфсиз усул хисобланади. Бунинг учун беморларни операциядан олдин яхши текшириш ва жаррохларнинг малакасини ошириш керак.

Операциядан кейинги асоратлар купчилик холатда зудлик билан килинган операцияларда учрайди, режали операцияларга караганда 36% ва 16% купрок кузатилган[19.26.30].

Шу пайтнинг узида бир хил муаллифлар жигар цирроэи билан ЛХЭдан кейин 52% беморларда хар хил асоратлар кузатган. Уларнинг асосий сабаби кон кетиш 8%, тромбоэмболия 4%, операциядан кейинги яранинг йиринглаши 22%, асцит 12%, юрак-упкага алокадор 8% булган.

Жигар циррози билан холецистэктомия операциясидан кейин яранинг йиринглаши купрок кузатилади[3.22.39].

Охирги йилларда ут-тош касаллиги билан асоратларнинг шаклланиш суръати ошмоқда ва айникса билиодигистив окмалар билан[12.68]. Ут йулларининг спонтан равишда хосил булган ички билиодигистив окмалар холелитиазнинг огир шаклларида учрамоқда ва улар огир келгусидаги асоратларга олиб келади. Бундай холатни адабиётларда иккиламчи асоратлар деб хисоблайди, 106 бемордан 2тасида ички ут окмаси билан жигар циррози аникланган. Очик холецистэктомиядан кейин жигар циррози фонида утказилгандан кейинги операциялардан кейинги улим 10-80%ни ташкил килади[4.98.107].

Чайлд-Пью буйича «С»классида булган беморларнинг ЛХЭ дан кейинги улими хар икктасидан бири улган. Зудлик билан утказилаган операциялар билан беморларнинг уртача стационарда булиш муддати 4,8%га купайган, режали операциялар эса 2,1%ни ташкил килган [6.90.116].

Шундай килиб, юкоридаги келтирилган маълумотларга асосланиб айтиш мумкинки, сурункали гепатит ва жигар циррози билан уткир тошли холецистит касаллигининг кушма учрашида ташхиси ва даволаш тактикалари тула уз ечимини топмаган. Касалликнинг клиник белгилари жуда кам ахборотли булиб жигар ва ут халтадаги морфологик узгаришлар даражасини хамма вакт хам тула ёритмайди. Шунинг учун хам замонавий лабаратория ва асбоблар билан текшириш арсеналини бир тизимга киритиш ва уларни стандартлаш зарур.

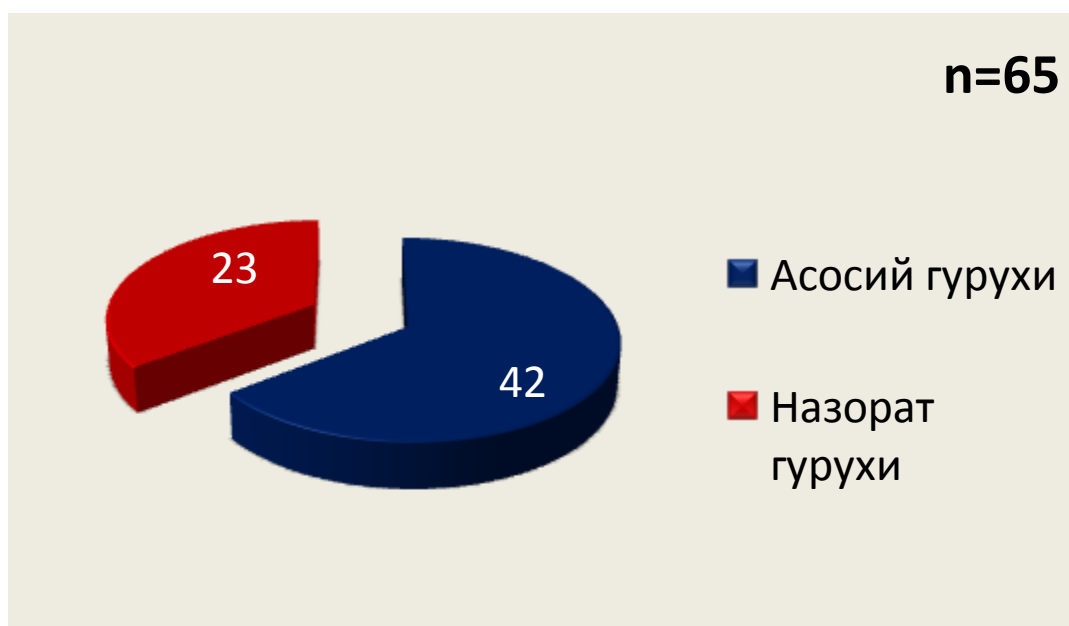
II БОБ

МАТЕРИАЛ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

2.1. Илмий ишнинг материаллари.

Илмий изланишлар асосида 65 жигар циррози фонида уткир холецистит билан 2012-2014 йилларда Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг II-жаррохлик(эндожаррохлик) бўлимидаги хирургик беморларнинг даволаниш натижаларининг тахлили ётади.

Биз беморларни 2 гуруҳга бўлдик: биринчи асосий гуруҳга 42та бемор киритилиб уткир тошли холецистит билан жигар циррози фонида лапороскопик йул билан операция қилинганлар. Иккинчи назорат гуруҳига 23та бемор киритилиб, уткир тошли холецистит жигар циррози фонида очик йул билан операция қилинганлар.



Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози фонида оқими, даволаш тактикалари, ташхислаш усуллари иккала гуруҳ беморлари орасида қиёсий урганилди.

Беморларни лапороскопик холецистэктомияга тайёрлашда асосан ЛХЭга қарши курсатмаларини ҳисобга олдик. Шунинг учун ҳам беморларнинг қуйидаги йулдош касалликлар билан биз гуруҳга киритмадик.

1. Упка-юрак фаолиятининг аник бузилиши.
2. Кон ивиш тизими бузилиши.
3. Хомиладорликнинг охирги муддатлари.
4. Ут халтанинг хавфли усма шишга эхтимол.
5. Кориннинг юкори кисмида утказилган операциялардан кейин.

Хирургик даволашга саралашда касалликнинг муддати ва давомийлиги, хуружлар сони ва кайталаниши, ут халтадаги тошлар сони ва уларнинг хажмига эътибор берилмади.

Айникса беморларда коннинг ивиш тизимида узгаришлар булганида, бизнинг фикрмизча ЛХЭ килинганда огир холатга тушиб колиш мумкин, шунинг учун лапоротомия килинганда анча енгил ва ишончли булади.

Лапарокопик холецистэктомия таранглашган пневмоперитонеум(12-14 сим.уст.) билан диафрагмани кутарган холда унинг харакати бузилганлиги бу эса юрак ва нафас олиш тизимига ёмон таъсир килади ва вахоланки сунъий упка вентеляция килинса хам хар хил асоратлар юзага чикиши мумкин. Ана шу холатларни хисобга олган холда айрим беморларни очик лапаротомия усули билан операция килиш махсадга мувофик деб хисоблаймиз.

Хомиладорликнинг охирги муддатларида ЛХЭга карши курсатма булиб хисобланади. Бу биринчидан-катталашган хажмдаги бачадон пневмоперитонеум килишни кийинлаштиради, троакарни киргазишда куп муаммо тугдиради ва ичакларни жигарга кисиб ут халтани яхши куришни кийинлаштиради. Иккинчидан узок давом этган ва таранглашган пневмоперитонеум бачадонни кисиши ва боланинг холатига ёмон таъсир килади.

Беморларни ёшига караб булишда биз 1962 йилда ва 1963 йилда(Киев) ЖССТнинг регионал бюроси семинарида кабул килинган таснифдан фойдаландик.

Бу тасниф буйича: 15-29 ёш усмирлик, 30-44 ёш ёшлик, 45-59 урта ёшлилик, 60-74 ёш қария ёши, 75-90 йил қарилик ва 90 ёшдан юқори узок умр курувчилар гуруҳи ҳисобланади.

Жадвал 2.1

Асосий гуруҳ беморларнинг ёшига ва жинсига қараб бўлиниши

Ёш курсатгичлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳ		Жами
	Аёллар	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар	
15-29	7	2	4	2	15
30-44	14	6	8	3	31
45-59	5	3	2	2	12
60-74 ва ундан баланд	3	2	1	1	7
Жами	29	13	15	8	65

Асосий гуруҳ беморларнинг 29(69%)таси аёллар ва 13(31%) эркакларни ташкил қилди.

Асосий гуруҳга 13 эркак ва 29 ёллар қириб(1:2,2), уртача ёш $58,2 \pm 9,2$ ёшни ташкил қилди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 15(65,2%) таси аёллар ва 8(34,8%)таси эркакларни ташкил қилди. Аксарият бу иккала гуруҳда ҳам беморларнинг қупчилик қисми 30-44 ёшларга туғри қелди.

2.2.Текшириш усуллари.

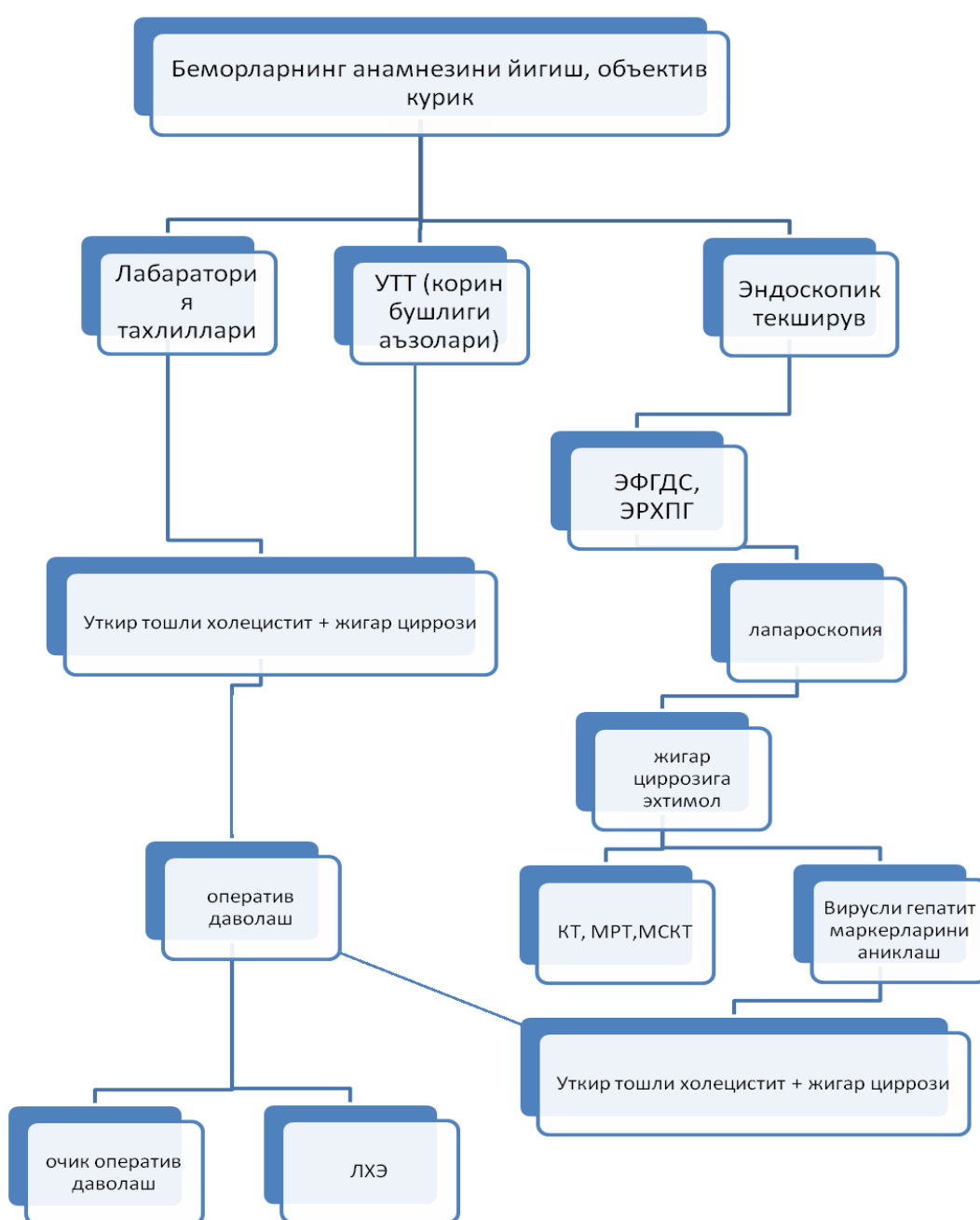
Опрациядан олдиниғи даврда максимал равишда текширилди ва даволанди.

1. Клиник текширишлар- анамнез йиғиш ва беморлар шикоятини аниқлаш, умумий қурик, физикал усулда текшириш.
2. Лаборатория таҳлилларини утқазиш- қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қоннинг ивиш вақти, қаогулограмма, ва қон гуруҳларини аниқлаш.

3. Коннинг биохимик таҳлиллари- билирубин ва унинг фракциялари, АлАТ, АсАТ, ГГТ ферментларининг микдорини конда ва сийдикда аниклаш, ишкорли фосфотаза, умумий оксил, мочавина, креатинин ва глюкоза микдори.

Биз беморларни текшириш даволаш учун узимиз тузган алгоритмдан фойдаландик.

Уткир тошли холецистит жигар циррози билан бирга учрашида диагностик алгоритми



Асбоблар билан текшириш

1. Корин бушлиги аъзоларини (жигар ут йуллари, ошкозон ости беи, бачадон, тухумдонлар, буйраклар) УТТ килиш.
2. Меъда ва ичак тизимини рентгеноскопия ва контрастли рентгеноскопия килиш.
3. Эзофагогастроуденоскопия килиш.
4. Кукрак кафаси манзарали рентгеноскопия килиш.
5. Электрокардиография.
6. КТ, МРТ, МСКТ.

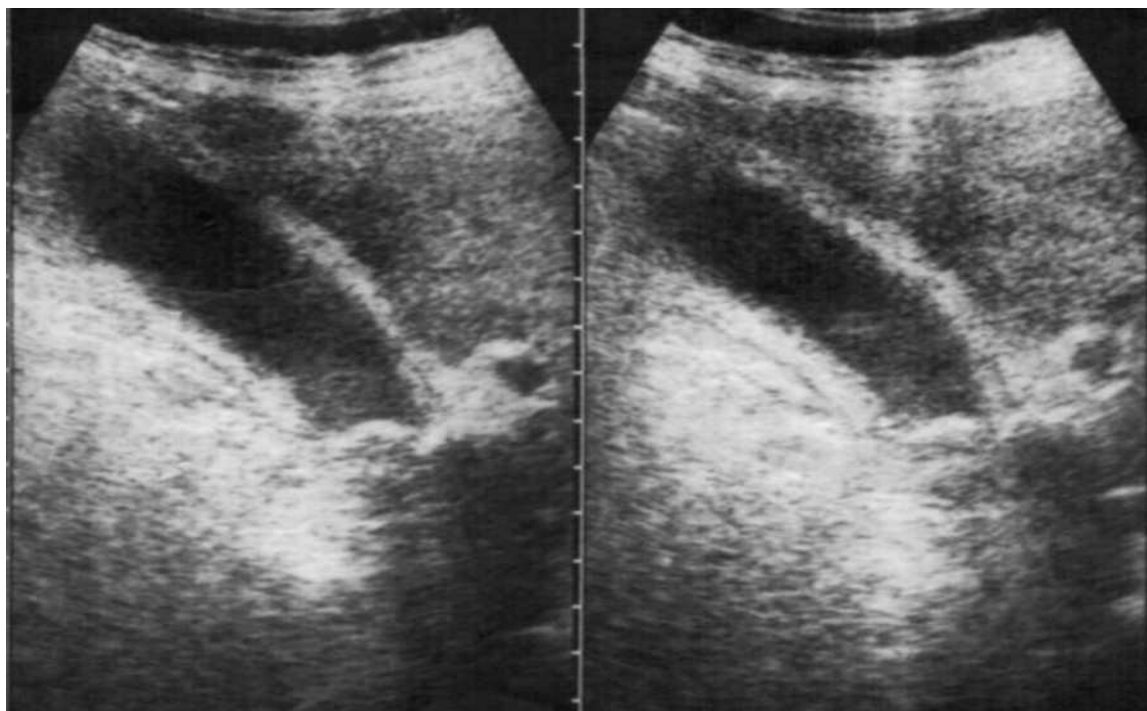
Эндожаррохлик операцияларни килишда эндожаррохлик комплекс фирма “Karl Storz ” апаратидан фойдаландик.

Жигар циррозларини аниклашда биз ультратовуш билан текширишга алохида ахамият бердик. УТТ билан жигар циррозини аниклашда унинг боскичларига боглик булди. Касалликнинг бошланишида жигарнинг катталашиши яъни кирраларининг кенгайганлиги ва нотекис булиши, жигарнинг пастки бурчаги(чап булагининг) 45°дан катталашиши аникланди. Жигардаги касалликнинг ривожланиши натижасида эхоструктураси узгаради: яъни бир хил структурали булиб колиши, майда ва ката эхопозитив учоклар пайдо булади. Вена кон томирлар алокаси деформацияга учрайди ва бир кисм веналари (жигарнинг) куринмай колади. УТТ билан сканограмма килганда портал гипертензия белгилари яъни тармок веналарининг катталашиши (10ммдан катта) ва дарвоза венаси (15ммдан катта) катталашиши аникланди, хамда талок хажмининг катталашганлиги ва унинг эхоструктураси узгариши аникланди. УТТ билан текширилганда куйидагича вазифа куйилди: Ут халтанинг хажми (катталашиши, чандикли бужмайиши, деворининг калинлиги, ва холати (жигар киррасидан чиккан, жигар циррозида жигар ичи жойлашиши), ут халта ичидаги суюкликнинг характери, бушликдаги тошлар хажми, сони, жигардан ташкари ут йулларининг холати, ут халта атрофии бушликларининг узгариш холати, инфильтрациянинг борлиги, ут халта

буйнининг холати, ут халта атрофида инфильтрация ва суюкликнинг борлиги.



Расм 1. УЗИ-суръати ут-тош касаллиги: уткир обтурацион тошли холецистит



Расм 2. УЗИ-суръати уткир гангреноз тошли холецистит, перивезикаль абсцесс

УТТ билан текширишнинг имкониятларига караб жигардан ташкари ут йулларини ва катта дуоденал сургич холатини куришга харакат килинди.

Ут йулларидаги касалликларни аниклаш мақсадида 4та беморда контрастли модда билан текширилди (ЭРПХГ) ва 5та беморда компьютерли томография(КТ) килинди.

Уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма келишида беморларнинг операцияга курсатмаларида жигар фаолиятини Чайлд-Пью таснифи буйича аникладик. Бизнинг беморларимизни аксарият купчилигида А класс билан 50 беморда ва 15 беморда В класс аникланди.

Жадвал 2.2

Беморларнинг ахволини Чайлд-Пью таснифи буйича баҳолаш

Курсатгичлар	Гурух	n	А	В	С
			Билирубин (мкмоль/л)		
			< 30	30-50	>50
	I	42	35 (83,3%)	7 (16,7%)	-
	II	23	15 (65,2%)	8 (34,8%)	-
			Альбумин (г/л)		
			> 50	50-30	< 30
	I	42	32(76,19%)	10(23,81%)	-
	II	23	18(78,26%)	5(21,74%)	-
ПТИ (%)			> 80	80	< 80
	I	42	36(85,71%)	6(14,29%)	-
	II	23	14(60,87%)	9(39,13%)	-
Асцит			Транзитор		Стабил
	I	42	-	3(7,14%)	-
	II	23	-	4(17,4%)	-
ЭП			-	Утиб кетувчи	Прогрессив
	I	42	-	8(19,05%)	-
	II	23	-	7(30,43%)	-

Беморларни операциядан олдинги тайёрлаш

Булимга тушган беморлар ахволини хисобга олган холда албатта операциядан олдин тайёргарлиги утказилади. Беморлар махсус кардиолог тадбирлари, умумий кувватлантирувчи, иммунопротекторлар, антибиотикотерапия, кон урнини босувчи суюкликлар инсфузия килинади. Анестезиолог куриги ва беморни операцияга анестезиологик хавф жихатдан тайёрлаш, психологик сухбат утказилади. Анестезиологик томонидан умумий наркоз хавфи аникланади ва уни профилактик килиш чора тадбирлари утказилади.

Бундай операцияларни утказишда энг самарадор усул эндотрахеал наркоз усул деб хисоблаймиз.

Биз асосий биринчи гурухимиздаги беморларни операцияга тайёрлашда хар хил тактика кулладик. Биринчи гурух беморлари уткир холециститлар жигар циррози билан клиник белгилари ва беморларнинг умумий ахволига асосан ЛХЭ килинди.

Иккинчи гурух беморлари 23 кишидан иборат булиб, уткир холецистит жигар циррози билан традицион операция утказилган.

Иккала гурух беморларнинг умумий ахволи, кардиолог, анестезиологик курикларига асосан интенсив операцияга тайёрлаш тадбирлари утказилди.



Расм. 3.Беморнинг жойлашиши



Расм. 4. Операцион майдон.



Расм. 5. Троакарни киргазиш.



Расм. 6. Пневмоперитониумнинг бажарилиши.



Расм. 7. Лапаропортларнинг куйилиши.

Операцион майдон кенг холда спирт йод эритмаси билан ишланади. Киндикнинг пастки кирраси буйлаб 1смгача кесма килинади гемостаз. Корин бушлига 10ммли троакарни киритади ва у оркали пневмопкритонеум килинади. Пневмопертонеум учун корбонат ангидрид гази кулланилди ва корин бушлигидаги босим 12-15мм.сим.устунига тенг булади. Корин бушлигига лапароскоп киритилиб корин бушлиги курилади. Корин бушлиги унинг олдиниги девори махсус ёритиш оркали текширилади. Корин бушлигига яна 2та троакар биринчиси 5ммлик урта аксилляр чизик буйлаб ковурга ёйи остидан, иккинчиси урта умров чизиги буйлаб ковурга ёйи тагидан ва бита троакар 10ммли урта чизик буйлаб жигарнинг юмолоқ бойламининг унг томонидан куйилади.

Кушимча портлар куйишда албатта корин бушлигидаги битишмалар борлиги жигарнинг улчамида ва куринадиган ката томирлари хисобга олинади. Бир қисм беморларда портлпр куйиш нукталарида корин

олд девори калин, яъни тери ости ёг катлами ривожланган булганда 0,25%ли лидокаин (10-15мл) эритмаси билан инфилтрация килинади.

Ут халта кискич билан юкорига кутарилади. Монополяр каогуляция ёрдамида лапароскопик крүчок ёрдамида ут халта буйин кисми сероз пардаси пастки ва юкориги жигар паренхимаси чегарасидан 2-3мм кесилади. Пуфак ут йули идентификация килинади, албатта пуфак артерияси топилади, умумий ут йули аниклаб олинади. Пуфак йулига умумий ут йулидан 0,5см узокликда клипса куйилиб кискичга олинган холда электрокаогуляция билан кесилади. Пуфак артериясига хам клипса куйилади ва кесилади. Эндохирургия булимида пуфак артериясини ажратиш ва клипса куйиш буйича рационализаторлик тактикаси киритилган.

Ут халтани енгил тортиш билан орка томонидаги тортмалар каогуляция ёрдамида кесилади. Ут халта урни кушимча аэразол каогуляция ёрдамида ишланади. Ут халта уртадаги порт (10мм) оркали ташкарига чикарилади, ундан олдин ичидаги суюклик аспирация килинади, агар тошлар катта булса уларни майдалаш зарур. Ут халта урнига унг троакар оркали полихлорвинил найча назорат учун куйилади ва 2 кундан кейин олиб ташланади.

Операциядан кейинги беморлар парвариши

Операциядан кейин енгил гурух беморларига огриксизлантирувчи моддалар ишлатиш зарур булмади.

Инфузион терапия курсатма буйича 1000 мл сутка давомида килинди. Беморлар рибоксин, аскорбин кислота курсатма буйича вена ичига, витамин «В6», витамин «Е» 20%-1 мл мушак орасига юборилди. Беморга уша куни ичишга рухсат берилади. Беморларни операциядан кейин иккинчи кундан бошлаб озиклантиришга агар меъда ичак тизимида узгариш булмаса рухсат берилади. Беморлар операциядан кейинги уйкудан тургандан сунг юришга рухсат берилади.

Жигардан олинган фрагментлар, ут халта тукималари морфологик текширишларга юборилади. Материаллар нейтрал формалин ва 2,5%ли глутар альдегиди билан фиксация килинади. Рангли микроскопия килиш учун материаллар спиртнинг кутарилувчи концентрацияси билан дегидратация килинади ва парафин билан ишланди. Парафин кесмалари 5мкм калинликда олинади ва гематоксилин эозин билан буялади.

III БОБ

УТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ АЛОХИДА ХУСУСИЯТЛАРИ.

3.1. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма булган ҳолатларда клиник кечишининг алоҳида хусусиятлари.

Жигар циррозининг уткир холецистит билан кушма учрашидаги клиник ва патологик хусусиятлари гепатобилиар тизимдаги гомеостазнинг узгариш сабаблари узаро бир-бирига боғлиқ булади. Бу узгаришлар беморларнинг жигар циррози билан хасталанган муддатига боғлиқ. Агар уткир тошли холециститлар билан жигар циррози кечиши узок давом этса, демак гомеостазнинг узгаришлари шунча чуқурлашади. Бизнинг фикримизча бу ҳолатга беморлардаги йулдош касалликларнинг огирлиги ёки ёшига ҳам боғлиқдир.

Жадвал 3.1

Уткир холециститнинг беморларда жигар циррози билан кушма учраши муддати бўйича бўлиниши

Касалликнинг кечиши муддати	Беморлар сони	%
6 ойгача	8	12,30
1 йилгача	21	32,30
1 йилдан 3 йилгача	26	40,0
3 йилдан 5 йилгача	8	12,30
5 йилдан куп	2	3,10
Жами	65	100

Алоҳида курсатиш лозимки, ярмидан куп беморларда (40,0%) жигар цирроз ива уткир холециститнинг кушма учраши муддати 1йилдан 3 йилгача булиб, шулардан 12,30% беморларда касаллик муддати 6 ой булган. Колган беморларда касаллик муддати 1 йилгача(32,30%), 3 йилдан

5 йилгача 8та бемор булиб(12,30%) ва холос2 кишида (3,10%) – 5 йилдан узок муддатда хасталанган.

Жадвал 3.2

Уткир тошли холециститнинг жигар циррози билан кушма булган беморлардаги йулдош касалликлари буйича булиниши

Йулдош касалликлари	Беморлар ёши					Жами
	16-29	30-44	45-60	61-74	75 ва ундан катта	
Ю.И.К		1	2	4		7
Сурункали бронхит		1	1	1		3
Семизлик		3	4	2		9
12 бармокли ичак яра касаллиги		1	1			2
Жами		6	8	7		21

Жадвалдан куришиб турибдики 65 бемордан уткир холецистит ва жигар циррози билан 21тасида (32,3%) хар хил йулдош касалликлар аникланди ва купчилиги 45-74 ёшлар орасида учради.

Уткир холецистит билан беморларда кунгил айланишига (90,32%), кайт килиш (43,54%), огизда аччик там булиши (77,41%) ва унг ковурга ёйи ости сохасида огрик борлигига(82,25%) каби шикоятлар килдилар.

Уткир холецистит ташхисини куйишда беморларнинг шикоятлари, анамнези, объектив куриги ва лабаротория тахлиллари асосида амалга оширилди. Уткир холецистит ва жигар циррози билан беморлар коринда огрик борлигига(100%), унг ковурга ёйи остида огрикка (88,7%), кайт килиш, умумий дармонсизликка(100%)яъни эндоген интоксикация белгилари (гипертермия, огиз куриши, тахикардия деярли хама беморларда)га шикоят килдилар. Эндоген интоксикация белгилари купрок

юзага чикканлиги аникланди. Унг ковурга ости сохасида кучли огрик жигар циррози билан 65 бемордан 51тасида(78,5%) аникланди. Жигар циррози фонида уткир холециститнинг фарк киладиган алохида хусусиятларидан бири унг кукрак ости сохасидаги огрикнинг юзага чикишидар. Бундай огикнинг келиб чикиши Глиссон капсуласининг жигар циррозида таранглашишидан деб хисоблаш мумкин. Огрикли синдромнинг келиб чикишида бу асосий фактор булиб, 65та касалдан 25тасида(38,5%) аникланди. Бу факторлардан ёгли овкатларнинг истеъмол килиниши, аёлларда хар хил рухий кузгалишлар ва эркакларнинг алкагол махсулотлари истеъмол килиниши (4та кишида) кузатилди. Уткир холециститнинг жигар циррози куриниши билан 36 та беморда (58,1%) анамнез йигиш пайтида огрикка сабабчи булган механизмни аниклаб булмади. Мерфи белгисини аниклаш билан дифференциал диагнозни утказилганда куйидаги натижа олинди: Унг ковурга ёйи нафас олиш пайтида босилганда жигар циррози билан уткир холецистит кузатилган 55та беморда (84,6%) хохламаган холда нафас олиши тухтаганлиги аникланди. Худи шундай натижа Ортнер белгисини аниклашда хам- яъни унг ковурга ёйи китикланганда огрикнинг пайдо булиши 60 та беморда(92,3%) аникланди. Кер белгиси – чукур нафас олганда унг ковурга ёйи остини пальпация килинганда огрикнинг пайдо булиши 58(89,2%) аникланса, френикус белгиси Щёткин-Блюмберг белгисининг мусбат булиши текширилган беморларнинг бирортасида хам аникланмади. Жигар циррози билан уткир холецистит кузатилган беморларнинг 51(78,5%) тасида сарилик кузатилди.

Гепатомегалиянинг хар хил боскичлари беморларни пальпация килинганда ва уларни ультратовуш билан текширилганда жигар циррози ва уткир холецистит билан хасталанган 13(30,6%)та беморда аникланди. Жигар циррози фонида ривожланган уткир холециститнинг клиник кечиши ута ривожланган белгилар ва эндоген интоксикациянинг юзага

чигиши билан содир булганлиги билан аникланди. Ана шундай клиник кечиш билан 27(41,5%) беморда касаллик бир ойгача давом этган.

Уткир холециститнинг жигар циррози фонида кечишида эндоген интоксикациянинг ривожланиши унинг алохида хусусияти булиб хисобланади. Эндоген интоксикациянинг юзага чикишини биз гипертермия, тахикардия кусиш ва огиз куриши синдромларининг ривожланиши билан бахоладик. Беморларнинг касалхонага тушиш пайтида гипертермия ҳолати 38(61,3%)та беморда аникланди. Тахикардия 35(82,3%), кусиш 29(69,4%), ва огиз куриши 32(77,4%) беморларда кузатилди. Кушма касаллкларни (жигар циррози+ уткир холецистит) аник ташхислашда энг муҳим маълумот берувчи усуллардан бири периферик кон таркибини аникланганда маҳаллий инфекция-яллигланиш ҳолатига организмнинг таъсири кузатилди. Хамма беморларда ҳам лейкоцитоз ҳолати кузатилмади ва 26(55,3%) беморда лейкоцитлар сони кон таркибида нормада аникланди. Шундай қилиб, уткир холециститнинг жигар циррози фони билан беморда кечишининг алохида хусусияти сарикликнинг юкори суръатда булиши (8:1), гепатомегалия (2,9:1), унг ковулга ёйи соҳасида огрик ва эндоген интоксикация хисобланади. Эндоген интоксикациянинг куриниши бу гипертермия, тахикардия, огиз куриши ва кайт қилиши хар хил куринишда учрашидир. Беморларни операциядан олдинги тайёрлаш даврида бундай алохида белгиларга эътибор бериш даволашни тугри ташкил қилишга имкон яратади.

3.2. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма ҳолатларда ташхис усуллари ва унинг алгоритми.

Уткир холециститнинг жигар циррози фонида атипик кечишининг узок муддатда утиши ва унинг суръатининг ошиши эндоген интоксикациянинг ривожланишига ва натижада жигар етишмовчилигига олиб келади. Беморларга аник ташхис қуйишда албатта кон ва сийдикнинг умумий тахлили қилинади. Лейкоцитлар микдорининг узгариши

лейкоцитар формула, СОЭнинг тезлашиши кузатилганда яллигланиш жараёнининг динамикасини кузатиш керак. Лейкоцитлар, эритроцитларнинг ва оксилнинг сийдикда пайдо булиши огир интоксикациядан дарак беради. Албатта сийдикдаги ут пигментларини аниклаш зарур. Агар ут пигментлари купайса механик сарикликдан дарак беради.

Биохимик тахлиллардан билирубиннинг микдорини, холестерин, протромбин, оксил ва унинг фракциялари, кальций, калий, натрий, колдик азот, мочевино, канд микдори, альдолазаларни аниклаш ута мухим хисобланади. Жигардаги патологик узгаришларни аниклаш учун гепатоэнзимограммадан фойдаланиш зарур. Холестаз синдромида ишкорли фосфатазининг зардобли фаолиятининг ошиши, гипербилирубинемия ва гиперхолестеринемия кузатилади. АлАТ ва АсАТ микдорининг ошиши гепатоцитларнинг бутунлигининг бузилишини курсатади.

Гепатоцеллюлар етишмовчилик синдромида бутилхолинэстераза, кондаги протромбин микдорининг камайиши, холестерин, кон зардобдаги оксил, альбуминнинг камайиши кузатилади. Жигар ретикулоэндотелийларининг таъсирланиши синдромида гиперглобулинемия (купинча гипопротеинемия билан) ва чукиш синамаларининг узгариши билан юзага чикади.

Касалликка аник ташхис куйишда махсус текшириш усулларини утказиш керак. Дуоденал зондлаш билан ут халта функциясини, ут таркибини, ут чикарув йулларидаги паразитар касалликлари бор йуклигини аниклаш мумкин.

Бу холатда Дельгадо-Фебресс синамаси катта маълумот беради. Бунинг учун беморга дуоденал зондлашдан 14 соат олдин 0,2гр метилен кукини желъатинали капсулада берилади. Шундан кейин беморларни ичиш ва овкат истеъмол килиш такикланади. Олинган «В» порциясидаги суюкликда кукимтир ранг пайдо булса ут халта йулининг утказувчанлиги

борлигини курсатади. Бордию ранг жуда кучли интенсив булса ут халтанинг концентрацион кобилиятидан дарак беради.

Жигарнинг фаоллик ҳолати кондаги мезенхимаал яллигланиши ва холестатик параметрларига асосан баҳоланди: умумий билирубин(ммоль/л), АлАТ, АсАТ, ГТТ, ишкорли фосфатаза, протромбин индекси ва умумий оксилнинг микдорини аниклаш шарт ҳисобланади.

Уткир холециститнинг енгил кечишида унинг жигар циррози билан кушма кузатилганда жигарнинг фаоллик ҳолатида чуқур узгаришлар кузатилмади. Ут халтанинг деструктив ҳолатида жигарнинг функционал ҳолатида чуқур узгаришлар юзага чиқиши аникланди. Айниқса АлАТ, АсАТ ва мочевино сатҳида ката фарк билан узгариш топилди. Деструктив холециститларда альбумин, глобулин мувозанати глобулин томонга узгариши аникланди. Бу узгаришлар жигардаги яллигланиш ҳолатининг индикатори сифатида жигар циррозининг борлигидан дарак беради.

Организмдаги липидлар алмашинувининг бузилиши яъни кон зардобда холестерин концентрациясининг пасайиши жигар паренхимасининг жароҳати индикатори сифатида ҳисобладик. Уткир холециститнинг деструктив шаклида сатхининг узгариши анча чуқурлашади. Кон таркибидаги умумий билирубиннинг узгариши ҳам жигар паренхимасига хос узгаришлар борлигидан дарак беради.

Ана шу ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда айтиш мумкинки гепатобилиар патологияларнинг узаро турлари орасидаги боғлиқликлари деярли 5 марта жигар циррози суръатининг ошишига сабабчи булмокда. Демак уткир холецистит билан ҳасталанган беморларни келгусида жигар циррози ривожланиши ҳавфи гуруҳига киритиш лозим. Жигар циррозининг уткир холециститлар билан учраганда муҳим диагностик арсеналларидан бири ультратовуш текшириш(УТТ)дир. Гепатобилиар патологияларда бу усул ноинвазив ҳисобланиб, ахборот бериш натижаси 96-98%гача ва диагностик верификация қилиш ва ҳужжатлаштириш имконияти катта. УТТдан олинган маълумотларни

тахлил килганимизда , жигар структурасининг жуда хар хил узгаришлари билан тукнашдик. Бу ҳолат жигар циррози билан уткир холецистит учраганда буладиган алоҳида узгаришлар ҳисобланади. Айрим ҳолатларда биз битта беморни хар хил мутахасисларда УТТ килдик ва янада аниқроқ натижага эришдик.

Текширишларимиз давомида УТТ билан жигар циррозига ва портал гипертензия синдромига 2 тип шартли ва шартсиз белгиларни аниқладик. Жигар циррозига мутлоқ курсатмаси булиб жигар контурларининг потенциаллиги, жигар ичи томирларининг хар хил бурама йуллари, параумликал веналарида реканализация ва дарвоза венасида коннинг қайта оқиши белгиларининг аниқланиши булди. Юқорида келтирилган бу белгилар жигар циррози ва портал гипертензиянинг тугридан тугри белгилари булиб ҳисобланади.

Нисбий махсус белгиларига спленомегалия, асцит, дарвоза венасининг кенгайиши, дарвоза кон оқиш тезлигининг пасайиши, жигар артерияси резистентлигининг ошиши, жигар веналарида кон оқшининг узгариши киради. Бундай белгилар купинча бошқа касалликларда учраши мумкин. Масалан дарвоза венасининг кенгайиши унинг тромбозиди, спленомегалия, кон касалликларида, жигар венаси тромбозиди, панкреатитларда, асцит эса корин пардага узиши онкологик касалликларда, юрак етишмовчилигида, меъда ва ичак тизимидаги яллигланиш касалликларида учраши мумкин, хатто жигар артериясининг резистентлиги индексининг ошиши ёғли овкатлар истеъмол килгандан кейин ҳам кузатилади. Жигар веналаридаги кон оқшининг узгариши юрак етишмовчилигида, экссудатив перикардидда, пастки ковак ёки жигар веналари тромбозиди ва куп сонли метастатик усма шишларида учраши мумкин. Шунинг учун жигар циррози ва портал гипертензия учраганда 3та энг муҳим махсус ультратовушли белгиларини критерия қилиб олиш зарур.

Жигар циррозида портал гипертензиянинг борлигини УТТ белгиларидан ташкари ультратовушли ангиография килиш мумкин.

Сурункали вирусли гепатит билан жигар циррозига утиш белгилари кузатилмаган беморларда, фаоллик классси А (Child-Pugh классификацияси буйича)га киритилди ва уларда ЭГДФС килинганда кизилунгачда варикоз кенгайган веналари булмади, ультратовушда портал гипертензия белгилари топилмади. Бу беморларда жигар кирралари текис, спленомегалия ва асцит топилмади. Дарвоза венаси кон окиш тезлиги нормада, жигар веналарида кон окиш уч фазали булди. Шунини айтиш керакки сурункали гепатит ва жигар циррозининг «клиникагача» боскичида ультратовушли дифференциал диагностика килиш жуда кийин булди. Жигарни пункцион биопсия килиш йули билангина аниқ ташхис куйиш мумкин. Ана шу категориядаги беморларда юкорида келтирилган усул жуда мухим хисобланади.

Чайлд-Пью классификацияси буйича жигар циррози А классси билан беморларда талок веналарининг кам микдорда кенгайиши ва енгил спленомегалия белгилари оркали назорат гурухидан ва сурункали гепатитдан фарк килиш мумкин.

Талокнинг енгил катталашиши ва талок веналарининг кенгайиши портал гипертензиянинг энг эрта белгиларидан хисобланади. Ана шу гурух беморларнинг учдан бирида параумбликал веналарнинг реканализацияси булиши ва беморларда жигар контурининг нотекислиги, 39% структур узгаришлар борлиги аникланди.

Чайлд-Пью классификацияси буйича фаоллик В булган беморларда портал гипертензиянинг ультратовуш белгилари купая бошлади. Яъни талокнинг катталашиши веналарнинг кенгайиши, параумбликал веналарда реканализация, жигар контурлари нотекислиги (72,2%)ни кузатган беморларда аникладик. Дарвоза венасидаги кон окиш тезлиги норманинг критик чизигигача келган. Юкоридаги маълумотларга асосланиб шаклланган жигар циррозининг ультратовушли белгиларига-

спленомегалияни (талок узунлиги 12смдан куп), талок веналарининг кенгайишини (0,8смдан куп), портал гипертензиянинг бошлангич куриниши сифатида киритиш мумкин. Кейинчалик параллел равишда спленомегалия, талок веналарининг кенгайиши коллатерал хавзалар томон юзага чиқади. Жигар структурасида узгариш бўлади, контурлари нотекис, структурадаги бир хиллилик йуқолади, жигар ичи томирларининг деформацияси юзага чиқади. Структур ва гемодинамик фарқларини ҳар хил этиологияли жигар циррози беморларни таҳлил қилганимизда, ултратовушли махсус уткир алкогольли гепатитга хос белгиларни аниқладик. Бу гуруҳ беморларда жигар артерияси резистентлигининг пасайиши, ҳамда жигарнинг унғ бўлмаси катталашishi аниқланди.

Портал гипертензия синдроми билан беморларда ултратовушли ангиография дифференциал диагностикада жуда муҳим аҳамиятли эканлиги аниқланган.

Олинган маълумотларга асосланиб портал гипертензияни уз вақтида ташхис қуйиш имконияти тугилади. Амалиётда врачлар томонидан жигарнинг веналарида обструктив узгаришларига яхши баҳоланмаганлиги сабабли ва бу узгаришлар портал гипертензиянинг ривожланишида асосий рол уйнашини билмаганлиги учун жуда куп диагностик хатоларга йул қуйилади. Жигар венасининг узок тромбози билан нотугри жигар циррози ташхиси қуйилган. Бир нечта ҳолатларда ҳатто тугри ва уз вақтида УТТ ёрдамида дарвоза венаси тромбози тугри аниқланганда ҳам нотугри ҳар хил ташхис қуйишлар бўлган. Бу ҳолатлар врачларнинг бу синдромнинг аниқ сабабини билмасликларидан дарак беради. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари шаклларида айниқса дарвоза венасининг тромбозида тугри ташхис қуйиш жуда огир. Жигар ва жигардан ташқари портал гипертензия шакллари бир бири билан таккосланганда клиник белгилари тугри келган, ҳатто биохимик анализлари таккослаш учун яроқли бўлган. Ултратовуш орқали жигарнинг катта томирларидаги утказувчанлигини тез ва тугри аниқлаш имконияти юксаклигидан бу усулни жигар веналарининг

тромбози сабабли жигардан ташкари портал гипертензия шаклини аниклашда биринчи уринга куйиш мумкин. Бундан ташкари, УТТ усули билан дарвоза венаси тромбози сабабларини аниклаш мумкин(ошкозон ости безининг патологияси, онкокасалликлар).

Уткир холецистит ташхси билан беморлар мурожат килгандан кейин текшириш этапларида ҳам тугри ташхис куйишда хатоликлар булган. Жигар циррози йулдош касаллик сифатида ҳамма вақт ҳам жигар туқималарида куринарли белгилар топилмаган ваҳоланки жигарда диффуз узгаришлар булган. Жигарнинг портал тизимида унинг томирлари хавзасида дарвоза ва талок веналарининг кенгайиши каби белгилари 65 бемордан 30тасида(46,15%) аникланди.

Юкорида келтирилган маълумотларга асосланиб биз жигар циррози УТТ критерияларини ишлаб чикдик ва амалиётга пратокол холида киритдик. Бу усулнинг афзаллиги аниқ куйилган саволларга ва УТТ мутахасиси куйилган саволларга текшириш жараёнида жавоб берадилар. Улар куйидагича:

- Жигар контурларининг нотекислиги
- Жигаргача йулларнинг буралиши
- Параумбликал веналарнинг реканализацияси
- Дарвоза кон окимининг оркага кайтиши
- Спленомегалия
- Асцит
- Дарвоза тизимида веналарнинг кенгайиши
- Дарвоза веноз окими тезлигининг пасайиши
- Жигар артерияси резистентлигининг кучайиши
- Жигар веналарида кон окимининг узгариши

МРТнинг афзаллиги ҳамма ҳолатларда бажариш мумкин, аммо МРТ ҳамма клиникаларда йук. Худи шундай бизда ҳам МРТ килишнинг иложи булмади. Компютерли томография(КТ) олдинги икки текшириш усулига нисбатан паст. Айникса тошларнинг зичлиги юмшок туқималар зичлиги

билан тенг, аммо тошлар охаклашганда уларни аниқ курсатади. Шунинг учун ҳам ҳамма вақт ут йулларидан утнинг оқишида бузилиш бор ёки йуклигини аниқлаб беради. Агар тош ягона булиб, ут халтани батамом эгаллаб олганда ҳам хатолик булиши мумкин. КТ панкреатодуоденал зондаги узгаришларни курсатишда жуда катта ахборот беради.

Хозирги вақтда ташки нафас фаолиятини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Бу ҳолатни ҳолос пневмоперитонеум қуйиш билан аниқланади. Псевдоперитонеум қуйилганда ёш ва кекса касалларда юрак қон томирлари ва нафас олиш тизимида патология бўлмаса, нафас олиш ва қон айланиш тизимида критик ҳолат кузатилмайди. Ана шундай патологик узгаришлари бор беморларда ташки нафас ва қон айланиш тизимида критик ҳолат ривожланиши мумкин.

Корин бушлигига ҳаво юборилганда ички аъзоларни жойидан силжитиб, юрак ва ушқани қисиб қуяди ва улим ҳолати кузатилиши мумкин.

Зудлик билан операцияларда мутлоқ ва нисбий курсатмалар шартли бўлади.

Ут йулларининг уткир касалликлари жигар циррози билан утганда қўпинча юзаки гастрит, эрозив ярали ҳолатлар аниқланади. Кизилунгачнинг варикоз касаллигини ташхис қуйишда ЭФГДС муҳим рол уйнайди. Эзофагогастроуденоскопия қилинганда яра касаллиги-2, кизилунгачда веналарнинг варикоз кенгайиши-2 беморда аниқланди. Бу усул ҳам уткир холециститнинг жигар циррози билан келганида муҳим специфик рол уйнайди. Бу ҳолат айниқса эндотоксикоз белгилари кучайганда қўпроқ учрайди. Жигар циррозида уткир холецистит клиникаси қўшма бўлганда алоҳида аҳамияти шундаки, жигардаги сурункали яллиғланиш ҳолати ут халтада тош ҳосил қилишда бирламчи сабаб булиб кейинчалик уткир холецистит ривожланиши мумкин. Шунинг учун ҳам санацион холецистэктомия қилиш жигар циррозида алоҳида долзарб муаммодир.

Купчилик кузатувдаги беморларда(87,1%) фаоллик класс А(Чайлд-Пью буйича) аникланди, колган 12,9% класс В холда аникланди. Кузатувда булган беморларимизда функционал класс С аникланмади. Жигар циррози билан уткир холециститларда лапароскопик холецистэктомия килишда хам узининг карши курсатмалари бор. Улар мутлок ва нисбий карши курсатмаларга булинади.

Мутлок карши курсатмалар:

- 1.Лапароскопик операция утказишга умумий карши курсатмалар
- 2.Ут пуфаги саратони
- 3.Ут пуфаги буйни сохасидаги каттик инфилтрат (Шкала Хаунсфилд 30-45Ед<)
- 4.Хомиладорлик кечки муддатлари

Нисбий карши курсатмалар:

- 1.Холедохолитиаз, механик сариклик, холангит
- 2.Уткир панкреатит
- 3.Мириззи синдроми
- 4.Склероатрофик ут пуфаги
- 5.Жигар циррози
- 6.Уткир холецистит (касалик бошланишидан 72 соат утгандан кейин)
- 7.Корин бушлиги юкори каватида утказган операциялардан кейин
- 8.Псевдотумароз панкреатит
- 9.Меъда-12 бармокли ичак яра касаллиги
- 10.Семизлик III-IV даража

Клиник, лабаратория ва функционал текшириш усуллари беморларнинг умумий ахволини бахолашда мухим ахборот бериб, юрак кон томир тизими, нафас олиш аъзолари, жигар, буйраклар, гемостаз тизимининг функционал холатини тугри аниклашда хам мухим ахамиятли хисобланади.

Биз уз кузатувларимизда 3та беморда ЭРПХГ, ЭПСТ килдик. Бу усулнинг афзаллиги юкорилиги сабабли хозирги вақтда ҳамма катта стационарларда килинмоқда, аммо ҳамма касалларда бу усулни ишлатиб бўлмайдилар. Купчилик ҳолатларда ошқозон ости беши томонидан ҳар хил асоратлар юзага чиқади ва уларда папиллит белгилари топилди.

Беморлар аҳоли оғир бўлганда, аниқ ташхис бўлмаганда ва беморларни критик ҳолатлардан чиқариш учун килинадиган лапароскопик операцияларда врач-эндоскопистнинг тажрибасига таянилади.

Бизнинг кузатувларимизда беморлар диафрагмал чурраси билан учрамади.

Вактинча қаршиликка биз клинико-лаборатория томонидан бўлган узгаришларни киритдик. Амалиётда куллаш қулай бўлиши учун градацион ёндошдик кейинчалик ҳар бир кадамга-кадам ҳавфни баҳолашда алгоритмни туздик. Амалий жихатдан ҳавф даражасини баҳолашда балл ёки фоиз ҳисобида баҳолаш куп ҳавфли факторларини ҳисобга олиш иложи йук. Бу ҳолат билан хирурглар ва анестезиологлар амалий ишда тукнашадилар.

Таклиф килинган ҳамма тузилмалар(иккала тизм, жадваллар) нинг тадбиқ килиниш камчилиги операция ҳавфи даражасини прогноз килишда эҳтимол даражасида аниқланди. Шунинг учун ҳам лапароскопик операцияга хос махсус операция ҳавфини аниқлаш зарур бўлди. Биз охириги йилларда операциялардаги операцион анестезиологик ҳавфни МНОАР классификацияси бўйича аниқладик.

Жадвал 3.3

МНОАР БУЙИЧА ОПЕРАЦИОН-АНЕСТЕЗИОЛОГИК ХАВФ ТАСНИФИ (1989й)

1. Касалнинг умумий аҳолини баҳолаш:	
Кониқарли_____	0,5
Урта оғирликда_____	1
Оғир_____	2
Ута оғир_____	4

Терминал_____	6
2. Операция тавсифи ва хажмини баҳолаш:	
Корин бушлигида кичик ва катта булмаган_____	0,5
Огир ва узок утадиган_____	1
Катта хажмли ва узок давом этадиган_____	1,5
Кон-томир касалликлари СКВсиз, реконструктив_____	2
Сунъий кон айланиш аппарати ва ички аъзоларнинг кучирилиши_____	2,5
Зудлик билан буладиган операцияга кушилади_____	1
3. Анестезия турини баҳолаш:	
Махаллий_____	0,5
Регионар ёки умумий мустакил нафас олиш билан_____	1
Комбинирланган эндотрахеал + регионар ёки + ИТ_____	2
Комбинирланган эндотрахеал + алох.усуллар (ИК, ГБО)_____	2,5

Хавф даражаси: I (кам) 1,5 балл

II (уртача) 2–3 балла

III (сезиларли) 3,5–5 баллов

IV (катта) 5,5–8 баллов

V (жуда катта) 8,5–12 баллов

Ана шу ҳолатдан келиб чиққан ҳолда операция хавфини баҳолашда куп факторларни таккослаш билангина прогноз килиш мумкин.

Операциядан кейин буладиган асоратлар тугрисида прогноз килишда биз операциянинг яхши утишидан кейин энг кам асорат сони олинди, ваҳоланки асорат хавфи мутлоқ булмайдиган ҳолат булмайди. Бундай гипотезани қабул килишимизда бошқа олимларнинг қилган ишларига асосландик, айрим муаллифлар томонидан келтирилган ҳолатни модели тугри баҳолаш ва санок ҳолда келтирилган курсатмалар операциянинг хавфсиз тамом булишига ишонч ҳосил килиш мумкин. Аммо асорат булишига аниқлик бера олмайди, чунки ҳар хил қутилмаган ҳолатлар ва прогноз кила олмаган факторлар пайдо булиши мумкин.

Бу ҳамма факторларни ҳисобга олиш ва прогноз қилиш моделини ҳамма эҳтимол бўладиган вазиятларни қушган ҳолда тузиш амалий жиҳатдан мумкин эмас.

Операциядан кейин бўладиган асоратларни прогноз қилишда муҳим ахборот берувчи курсаткичлар: касалликнинг давомийлиги, беморларнинг ахволи

Келтирилган курсаткичларнинг прогноз қилишдаги аҳамияти ҳар бир факторнинг сонидан бўлмай, унинг вектори бўлиб охириги натижага ижобий ёки салбий таъсир қилишидир.

РЕЗЮМЕ: Шундай қилиб, уткир холциститнинг жигар циррози билан қушма учраши билан касалликнинг бўлиши мумкин 6 ойгача(12,30%), 1 йилгача (32,30%), 1 йилдан 3 йилгача(40,0%), 3 йилдан 5 йилгача(12,30%) ва 5 йилдан кўп (3,10%). Уткир холециститнинг жигар циррози билан қушма келишида унинг алоҳида белгилари иктерик ҳолатининг катта суръатда эканлигидир(8:1), гепатомегалия(2,9:1), унги қовурғаси ёки соҳасида оғрик ва эндоген интоксикация ҳисобланади. Эндоген интоксикациянинг қуриниши бўлиб- гипертермия, тахикардия, оғиз қуриши ва қусиш ҳисобланади. Беморни текширишда операциядан олдинги даврда ана шу алоҳида белгиларига эътибор бериш керак.

Операциядан олдин уткир холециститнинг жигар циррози билан қушма келган беморларда тулик клиник текширишлардан утқазилиши муҳим. Биз бу борада узимиз таклиф қилган беморларни текшириш алгоритмидан фойдаланилдик. Алгоритм бўйича аниқ ташхис қўйилиши керак. Биринчи навбатда анамнез яхши урганилиб қон ва сийдикнинг умумий таҳлиллари, қоннинг биохимик таҳлиллари керак бўлса дуоденал зондлаш, операциядан олдин УТТ қилиш муҳим диагностик арсеналлардан ҳисобланади. Қорин бўшлигини УТТ қилишда жигарнинг, ут ҳалта, ут йуллари, ошқозон ости безининг, талок, ут ҳалта атроф бўшликлари ва аъзоларининг ҳолати тугри баҳоланиши керак. Жигар фаолиятини баҳолаш мезенхимаал яллигланиш ва қондаги холестатик параметрлари асос қилиб

олиади(АлАТ, АсАТ, ГГТТ, ишкорли фосфатаза, билирубин ва унинг фракциялари). Юкоридаги маълумотларга асосланиб беморга аниқ ташхис куйилгандан кейин операцияга курсатма берилади.

IV БОБ

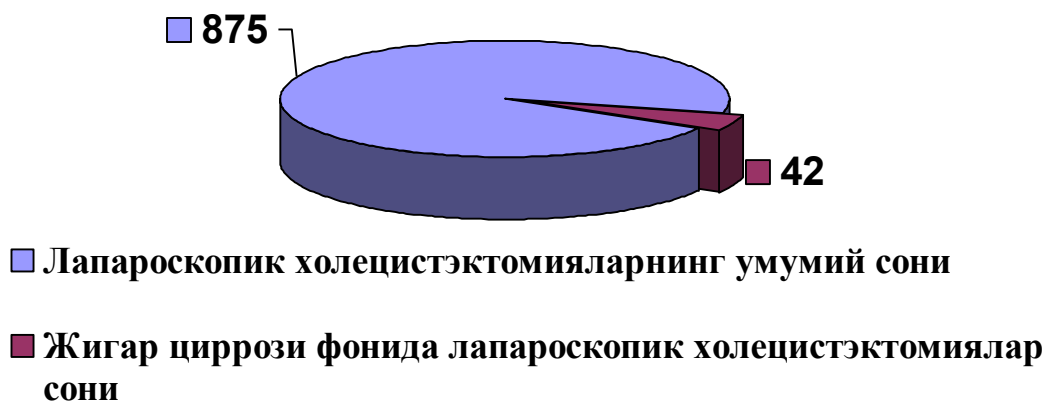
УТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА КУШМА УЧРАШИ ХОЛАТИДА ЛАПАРОСКОПИК ВА ТРАДИЦИОН ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ КИЁСИЙ ТАХЛИЛИ.

4.1. Уткир тошли холециститларнинг жигар циррозида кушма учрашида оператив давоашнинг асосий хусусиятлари

Бу бобда биз уткир тошли холециститларнинг жигар циррози фонида келган беморларни лапароскопик ва анъанавий холециститэктомия операцияларидан кейинги натижаларини киёслаш тахлилини келтирдаик.

Беморлар икки гуруҳга булинди. Биринчи гуруҳга уткир холецистит жигар циррози билан 23 бемор киритилди(назорат гуруҳи). Бу гуруҳ беморлар очик усулда килиниб даволанган. Иккинчи гуруҳда (асосий гуруҳ) 42та бемор булиб, уткир холецистит жигар циррози фонида ва улар ЛХЭ килинган. Самарканд тиббиёт бирлашмасининг эндохирургия булимида 2012-2014 йилларда 875та уткир тошли холецистит билан лапароскопик холецистэктомия килинган булса, шулардан 42та(4,8%) беморда уткир тошли холецистит жигар циррози билан кушма учраганда ЛХЭкилинган.

Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма учраганда килинган лапароскопик холецистэктомиялар умумий сонига нисбатан тахлили.



Операциядан олдинги даврда беморларни синчиклаб текшириш, ЛХЭга курсатмаларни тугри бахолаш ута мухим хисобланади. Беморларни клиник текширишда, албатта анамнезини яхши урганиш керак. Агар беморлар анамнезида вирусли гепатит билан хасталанганлиги аникланганда, сурункали гепатит ёки жигар циррозига эхтимол купаяди ва беморни хар томонлама текширишга тугри келади.

Уткир холециститларни жигар циррози билан кушма булган ҳолатларда ЛХЭ килиш учун, эндохирургик комплекслардан ва «Karl Storz» (Германия) фирмасининг операцион асбоблари йигиндисидан фойдаландик.

Операция килинган иккала гуруҳдаги беморлар ҳам эндотрахеал наркоз остида утказилди.

Кориннинг олд деворидаги томирларни жароҳатланмаслиги учун кориннинг олд девори маҳаллий 0,5%ли новокаин эритмаси билан камал килинди ва лапароскоп киритилгандан кейин диафаноскопия кулланилди. Лапароскопик холецистэктомияни бажаришда энг мухим булиб корин бушлигига пневмоперитонеум килишдир. Бундан ташқари портларни урнатиш учун корин олд девори новокаин билан инфильтрация килинди ва операциядан кейин ҳам огрик синдромини камайтиришга ҳам ёрдам берди. Лапароскопик холецистэктомия операциясини бошлашдан олдин, операциядан кейинги буладиган асоратларни, операциyani утказишда буладиган техник кийинчиликлар сабабини яхши аниклаш зарур.

Уткир холециститнинг жигар циррози билан кушма булганида ут ҳалтадаги яллигланиш ҳолатига, ут йулларидаги узгаришларга, жигардаги функционал ҳолатнинг узгариш даражасига қараб лапароскопик холецистэктомия килиш керак.

ЛХЭ операциyasi вақтида лапароскопик холелитиазни санация қила олмаса, операция вақтида қон оқиш қучли булиши мумкин.

Уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма учраши ҳам ЛХЭ килишга килишга курсатма хисобланади. Холецистэктомиянинг

усули, уни утказиш муддати, беморнинг умумий ахволи ва ташхис куйиш усулларида олинган натижаларга асосланади.

Жадвал 4.1

Ут халта ва ут йулларида аниқланган узгаришлар

Узгаришлар ар	Узгариш йук	Холангит	Ут халта девори инфилтроти	Холедохолитиаз	Механик сариклик	Катта дуоденал сурғич стенози	Жами
Асосий гурух (n- 42)	5	4	27	3	3		42
Назорат гурух (n- 23)	18	1		2	1	1	23
Жами	23	5	27	5	4	1	65

Жадвалдан куришиб турибдики, беморларни УТТ билан курилганда уткир холецистит билан асосан ут халта деворининг калинлашиши, инфилтрация холати ва конкриментлар топилган. 5 беморда инфилтрация катта булмаган, аммо конкриментлар булган. Инфилтрациянинг зичлиги 30-45ЕД Хаунсфилд шкаласи буйича булганда ут халтани атроф туқималардан ва найли стриктурани ажратиш мумкин. Инфилтрат зичлиги 45 ЕД дан катта булса албатта традицион холецистэктомияга утиш керак. Бундай вақтларда КТ килиниб операция усули танланади.

Хозирги вақтда лапароскопик холецистэктомия килишда иккита муҳим усулдан «французча» ва «американча» фойдаланилади. Биз уз амалиётимизда бу усулларни яхши урганиб, «французча» усулини асос килиб олиб ишлатдик. Операциядан кейин огриксизлантирувчи дориларни тез-тез ишлатиш уринли эканлиги исботланди. Бундай усулни куллашга бизнинг олинган маълумотларимизга асосан уткир холецистит умуман ут

тош касаллиги билан беморлар орасида жигар циррози суръати 5 марта баланд булди. Шунинг учун ҳам ут тош касаллиги хусусан уткир холециститни хирургик даволаш алгоритимга юкоридаги усулларни куллаш киритилган. Уткир холециститларни жигар циррзи фони билан ЛХЭ килинганда, ут халтани юкорига ёки пастга тортганларида жуда ҳам эхтиёт булиши керак, чунки жигар циррозида тукималар узининг эластик хусусиятини йукотади.

Корин бушлигига туртта троакар стандарт жойларда куйилгандан кейин ут халта юкорига ва оркага кутарилади. Иккинчи кискич билан Гартман жунтаги чапга сурилади. Кало учбурчагида сероз парда кесилгандан кейин, утмас йул билан пуфак артерияси ва пуфак йули ажратилади. Ут халтани ажратиш Гартман чунтагидан кейин субсероз холида бажарилиши лозим. Биринчи булиб а.cysticus га клипса куйиб олинади. Хозириги кунда АВТОКОН-350 каогулятор булганлиги учун электрокаогуляция килишга утганмиз, клипса куйиш хожати йук. D.cysticus ажратилиб клипса куйиб кесилади. Ут халтани энди ажратиш максимал холда унинг деворига якин масофада бажарилиши керак. Ут халта батамом уз урнидан ажратилгандан кейин марказий порт орали ташкарига чикарилади. Ана шу усулда утказилган операция пайтида хар хил камчиликлардан ва магистрал ут йулларини жароҳатлаш каби асоратлардан холи деб хисоблаймиз. Иккинчи операция пайтида буладиган хавф унг жигар артериясини жароҳатлаш эхтимолидир. Айрим холатларда ут халта жигар ичида жойлашганда ёки унинг деворлари фиброз холатда булса унинг олдинги девори кесиб олинади, колган шиллик пардаси ва урни каогуляция килинади. Бизда 2 беморда шу холат кузатилди. Ут халта ва ичидаги тошлар контейнерлар оркали чикарилиб, жигар ости бушлиги албатта икки лапаропорт оркали дренажланади.

Бизнинг амалиётимизда ЛХЭдан кейин кон йукотиш $50 \pm 26,5$ млни ташкил килган булса, бу холатда ТХЭдан кейин $280,5 \pm 45,6$ мл ташкил килган.

Ут пуфаги артериясини бизлар клипса куйишдан воз кечиб, каогуляция килдик чунки клипса куйиш анча иктисодий сарфлаш микдори ошади. Операциядан кейинги асорат оператив тактиканинг такомиллашмаганлигидан деб хисоблаймиз. Хозирги кунда Кало учбурчагида пуфак артериясини ажратиш ва уни каогуляция килиш усули анча такомиллаштирилган. Охириги йилларда пуфак артерияси билан боглик асоратлар кузатилмади. Биз такомиллаштирилган усул шундан иборатки пуфак артериясини Кало учбурчагига кирмасдан, лимфа тугунларидан юкорида уни яхши ажратиб каогуляция килишдан иборат. Ана шундай усулда бажарилганда унг жигар артерияси ва жигар ут йулларини жарохатлашдан саклайди. Яна бу усулнинг кулайлиги иктисодий харажатлар камаяди.

Бунга мисол тарикасида куйидаги иллюстрацияни келтирамиз:

Бемор Ш.К., 54 ёш (к/т №8905) амбулатор текширишлардан кейин 6.11.12 уткир тошли холецистит, хамрох сурункали гепатит циррозга утиш даври ташхиси билан эндохирургия булимига ёткизилди. Беморга 6.11.12 куни Лапароскопическая холецистэктомия бажарилди. Операция вақтида умумий йукотилган кон микдори 110млни ташкил килди.

Операциядан кейинги давр яхши утди. Операциядан кейинги 8 суткада чоклар олинди. Коникарли ахволда уйига жавоб берилди.

Юкорида келтирилганидек уткир холецистит жигар циррози фонида операция килинган касалларни операциядан кейин иккинчи суткада фаоллаштирдик ва бирор асорат кузатмадик. Беморларни операциядан кейинги даврда ва уйига жавоб бериш албатта биохимик тахлилларга асосландик. Аксарият упчилик беморларда ЛХЭ операциясидан кейин 3-4 суткада, шу вақтнинг узида анъанавий операциядан кейин 7-8 кунлари $\pm 3,0$ ($p < 0,05$) жавоб берилган.

Операциядан кейин беморларни хар кунлик овкат истеъмол килиш одатдагидек ЛХЭдан кейин $48,0 \pm 5,0$ соатдан кейин, очик

холецистэктомия(ОХЭ) операциядан кейин эса $72,0 \pm 12,0$ соатдан кейин амалга оширилган.

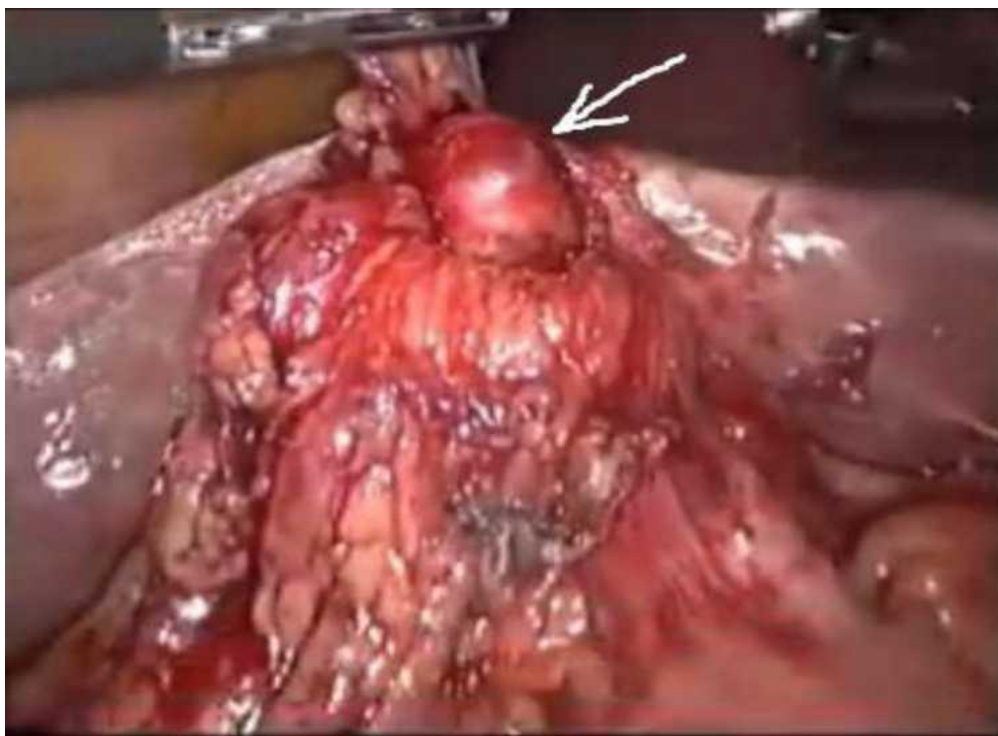
Операциядан кейинги асоратлардан операцион яранинг йиринглаши 3 (4,8%) беморларда кузатилди. Бу беморларда лапаропортлар корин олд девори урта чизик буйлаб куйилиб, деструктив узгарган ут халтаси чиқариб олинган эди. Операция пайтида олинган ут халта ва жигардан олинган туқималар биопсия килинди.

Жадвал 4.2

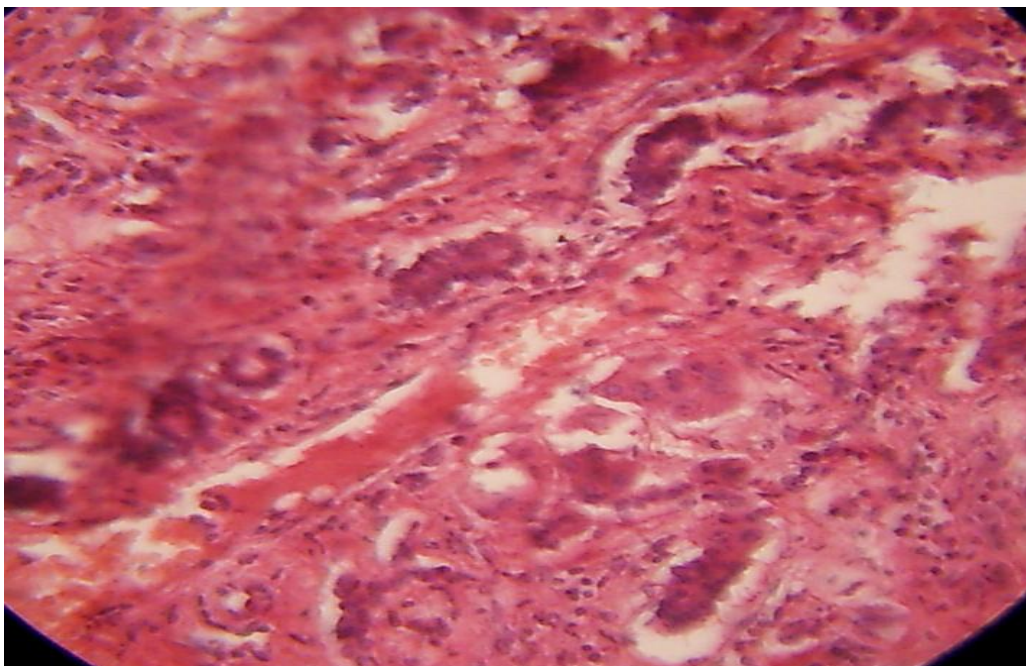
Беморлардаги операциядан олдин ва кейин текширишлар, гистологик хулосалар асосида топилган узгаришлар

Морфологик узгаришлар	Беморлар сони	
	Операциядан олдин (УТТ асосида)	Операциядан кейин (морфологик текшириш асосида)
I. УТХ жами	65	65
- катарал шакли	16	14
- флегманоз шакли	47	44
- гангреноз шакли	2	4
- ут халта полипи	-	1
- ут халта эмпиемаси	-	2
II. Жигардаги узгаришлар жами	65	65
- сурункали гепатит	12	7
жиррозга утиш даври		
- микронодулляр	39	49
жигар циррози		
- макронодулляр	4	9
жигар циррози		

Жигардан олинган фрагментлар, ут халта тукумасида морфологик текширишларга юборилади. Материаллар нейтрал формалин ва 2,5%ли глутар альдегиди билан фиксация килинади. Рангли микроскопия килиш учун материаллар спиртнинг кутарилувчи концентрацияси билан дегидратация килинади ва парафин билан ишланади. Парафин кесмалари 5мкм калинликда олинади ва гематоксин-эозин билан буялади. Жигар тукумаларида гистологик препаратларда морфологик ва гемодинамик узгаришлар булиб, жигар тукумасида бириктирувчи тукума усганлиги аникланди. Томирлар бушлигида зичлашган булмалараро ва булмалар ичида бириктирувчи тукума каватлари аникланди. Вена томирлари кенгайганлиги, коннинг тургун холати ва уз навбатида портал гипертензия белгиларини курсатди. Кон томирлар атрофида лимфоцитлар инфильтрацияси аникланди.

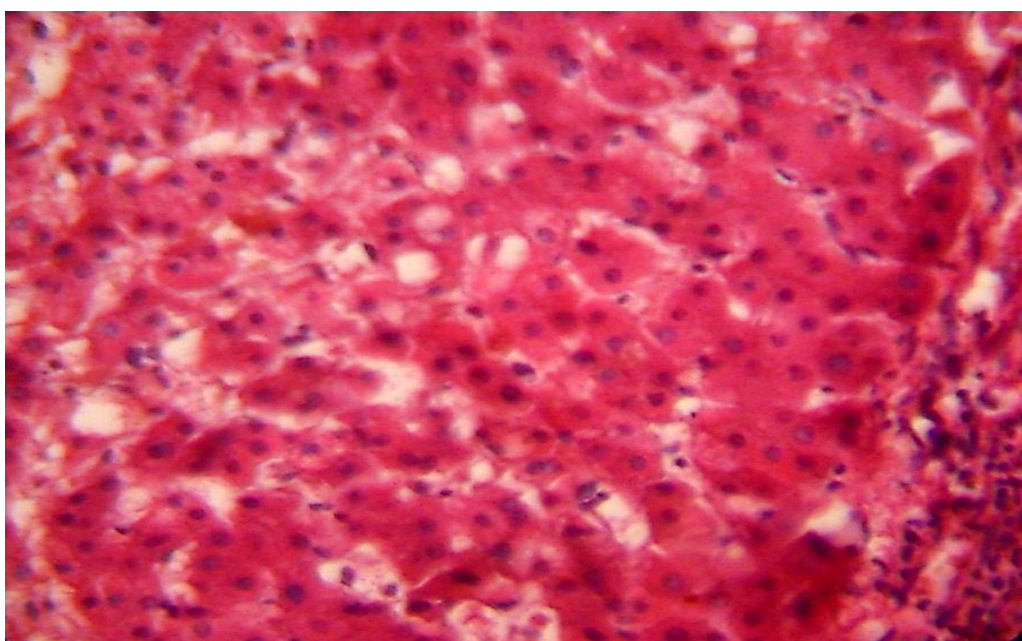


Расм 8. Перивезикал инфильтрат. Эндофотография.



Гистограмма 1. Кон томирлар, ут йуллари ёриги кенгайган, тургун холда. Атрофдаги оралик тукималарнинг яллигланиши натижасида кучли шиш ва инфилтрация куринади.

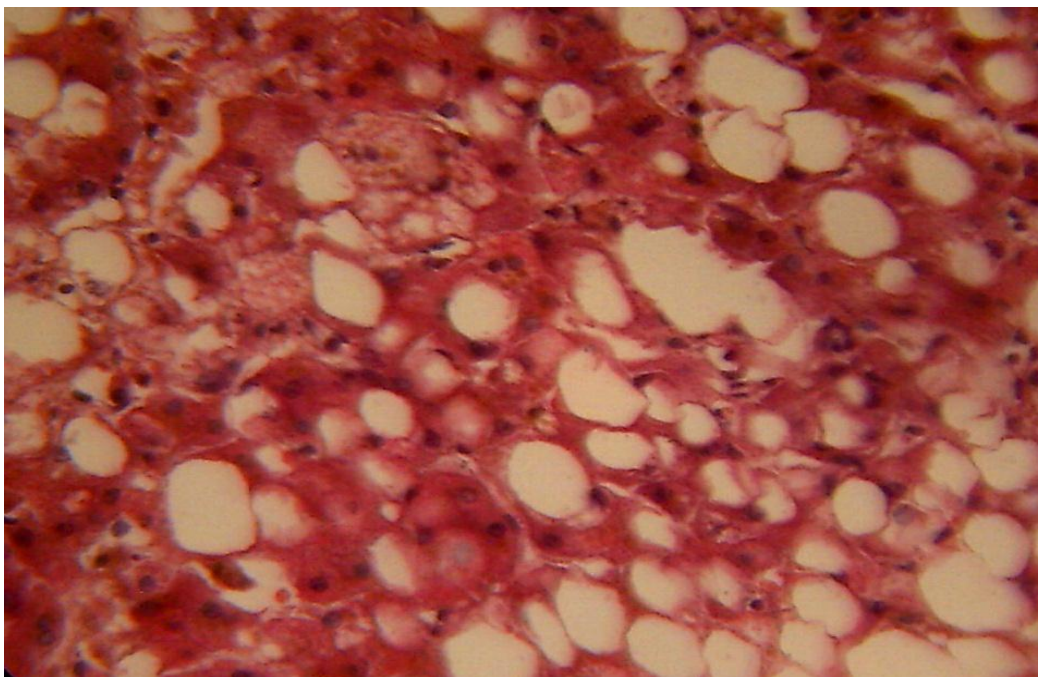
Инфилтратив хужайраларда нейтрофиллар ва макрофаглар топилди, бу эса бириктирувчи тукимага хос (плазмоцитлар, фиброцитлар) хужайралардир. Бу ҳолатни учокли- некротик, некробиотик ҳамда жигарда яллигланиш ҳолатининг борлигидан дарак беради. Бириктирувчи тукимада жойлашган ут йуллари кенгайган.



Гистограмма 2. Гемокапиллярларнинг синусоидлари кенгайган. Айрим гепатоцитлар ёғли дистрофияга учраган, ҳамда 2-3 ядроли гепатоцитлар куринади.

Айрим жойларда бу томирларнинг ёрилишидан атроф тукималарда ут суюклиги куйилган. Ут йуллари эпителиоцитлари некроз холга келган, бириктирувчи тукима протон атрофида лимфоцитлар билан инфильтрация холатига келган. Бу уз урнида ут йуллари деворида ва капиллярларида яллигланиш холати (холангит, холангиолитлар)ни курсатади. Бириктирувчи тукима псевдобулмаларида атрофида ассиметрик жойлашган. Бу гемодинамиканинг ва микроциркуляциянинг псевдобулмаларда бузилишидан юзага чикиб, жигар паренхимасида гипоксияга сабабчи булади ва гепатоцитларда дистрофик ва некротик холатларга олиб келади.

Жигар тукимаси препаратларида хар хил шаклдаги булмалар ва уларнинг хар хил узгаришлари топилди. Булмаларнинг асосий кисмида диффуз холидаги гепатоцитларнинг ёгли дистрофияси аникланди. Жигар препаратиди хар хил шаклдаги булмалар куринди, улар хархил узгаришда эди. Айрим псевдобулмаларда гепатоцитларнинг ёгли дистрофияси бироз кичик, юкорида келтирилган жигар булмаларига караганда улар гепатоцитларида гидропик дистрофиялар учрайди. У булмалардаги жигар балкилари орасидаги гемокапилляр синусоидлари кенгайган, гепатоцитлар гипертрофия холида булиб уларда 2-3 катта ядроларга эга. Айрим жойларда гепатоцитларнинг ёгли дистрофияси билан кушилган ва хосил булган бушликлари бор. Жигар балкалари ва псевдобулмаларининг жойлашиши нотугри.



Гистограмма 3. Ут-тош касаллигида гепатоцитларнинг вакуоли ёгли дистрофияси ва гидропик дистрофияси. Геаматоксилин-эозин билан буялган.8x40.

Куп ёлгон булмаларда булма ичи лимфоцитлар ва бириктирувчи тукималарнинг усган кавати аникланди.

12 беморнинг уткир холециститнинг жигар циррози билан ЛХЭнинг минимал операцион жарохати билан утганлигини кузатдик. Операцияга беморни жуда яхши тайёрлаш ва техник жихатдан яхши утказганлиги билан бирон кон окиш кузатилмади.

Жадвал 4.3

Жигар циррозининг Чайлд-Пью (Cild-Pugh) буйича таснифи
(Операциялардан олдинги даврда жигар фаоллигини аниклашда Чайлд-Пью таклиф килган критериялардан фойдаландик)

Баллар	Билирубин мг/%(мкмоль/л)	Альбумин, г/%	Протромбин индекси	Жигар энцефалопатияси, боскичи	Асцит	Озикланиши
1	<2(<35)	>3,5	1-4(80-60)	Йук	Йук	Яхши
2	2-3(35-50)	2,8-3,5	4-6(60-40)	I-II	Эпизодик	Уртача
3	>3(>50)	<2,8	>6(<40)	III-IV	Рефрактерли	Камайган

Чайлд-Пью буйича синфлари: А – 5 баллдан 6 баллгача, В – 7 баллдан 9 баллгача, С – 9 баллдан юкори.

Беморда жигар циррози булиб портал гипертензия Чайлд-Пью таснифи буйича А ва В классга талукли эди. Бу беморларда биохимик курсаткичлари жигар циррозининг ноактив холатидан дарак берди.

Шуни алохида кайд килиш керакки, уткир холецистит билан айрим холларда сурункали холециститлардагидек операциядан олдинги тайёргарлик кила олиш имконияти йук. Кисман реабилитация килиш, функционал класс Вдан А классга утказиш иложи булмай қолади.

ЛХЭдан кейин цирротик холатни яхшилашни ут йулларини адекват декомпрессия килиш керак деб такидлаймиз. Шунинг учун ҳам операциядан кейин цирроз холатининг кучайиб кетиши текширилган гурухда топилмади.

Операциядан олдин ва кейинги буладиган асоратларнинг хавфини аниклаш ута мухим хисобланади. Беморга бу холда ахборот беришдан олидин врач узининг шу тугрисида прогнозини асослаши зарур. Бу хакда ахборот бериб бемордан операцияга рухсат олиш уни операциядан олдинги эпикризга киритиш лозим.

Хозирги кунда операция пайтида ва ундан кейин буладиган хавфнинг унификация килинган критериялари йук. Бизнинг клиникамизга анестезиологик хавфни аниклашда МНОАР буйича аниклаб, уни анестезиологик операция олди куригида касаллик тарихига ёзадилар.

Биз олдинги олган тажрибаларимизга асосланиб уларни умумлаштирилган холда уткир холециститларни жигар циррози фонида операция килиш амалиётига тадбик килдик.

Шунинг учун ҳам, уткир холецистит билан жигар циррзи фонида операция килган беморларимизда ЛХЭдан олдин ва кейин ҳам улар холати огирлашмади. Бу уз узидан куруниб турибдики кулланилган усулимиз тугри эканлигини таъкидлади. Операциядан кейинги даволаш натижалари

ва иктисодий курсаткичлар операция пайтида ва ундан кейинги асоратларини адабиётлардаги маълумотларни узимизнинг натижалар билан солиштирганимизда ЛХЭдан кейинги асоратлар традицион холецистэктомияга нисбатан паст.

Жадвал 4.4

Кондаги биохимик курсаткичларнинг асосий ва назорат гурухларидаги динамикаси

Курсаткичлар	Норма	Асосий гурухи		Назорат гурухи	
		Операциядан олдин	Операциядан кейин	Операциядан олдин	Операциядан кейин
Умумий билирубин (мкмол/л)	8,5-20,5	28,5(22-38,5) P<0,01	20,7(18-24,5) P<0,002	26,4(21-35,1) P<0,05	21,6(18,2-22,0) P<0,03
Богланган билирубин (мкмол/л)	5,1 гача	7,6(5,1-9,6) P<0,02	5,8(4,8-8,7) P<0,03	6,5(5,2-9,8) P<0,05	7,2(4,8-9,4) P<0,04
Богланмаган билирубин (мкмол/л)	14-19гача	21,4(17,4-28)	20,4(16-29,4)	20-26,7 (18,7-32,5)	22,5(16-29,4)
АлАТ (Е/л)	41,0гача	165,5(107,2-245)	86(70-120,1)	154,0(127-176,0)	115(110-138,4)
АсАТ(Е/л)	38,0гача	84(73-107,0)	48(44-55,0)	71(65,6-84,0)	55(54,0-60,2)
ГГТ(Е/л)	12,0-64,0	162(56-196,4)	105,0(98,5-110,0)	189(170-212,6)	121,0(115-141,0)
ШФ(Е/л)	117,0гача	140(125-158,4)	102,4(93-108,1)	142,0(132-148,5)	103,2(94,2-118,3)

Бунга эришишга бизнинг фикримизча ЛХЭни килишда юкори малакали врачларни тайёрлаш ута мухим деб хисоблаймиз. Агар ЛХЭдан кейин иктисодий масалаларни олсак, беморларнинг стационарда булиш муддаига караганда 2-3 марта кам хисобланади.

Беморлардаги операциядан кейинги асоратлар

Операция усули Асоратлар	ОХЭ	ЛХЭ
Яралинг йиринглаши	2	1
Дренаждан ут окиши	1	1
Панкреатит	-	-
Корин бушлигидаги инфилтрат	-	-
Операциядан кейинги пневмония	1	-
Жами	4(17,3%)	2(4,7%)

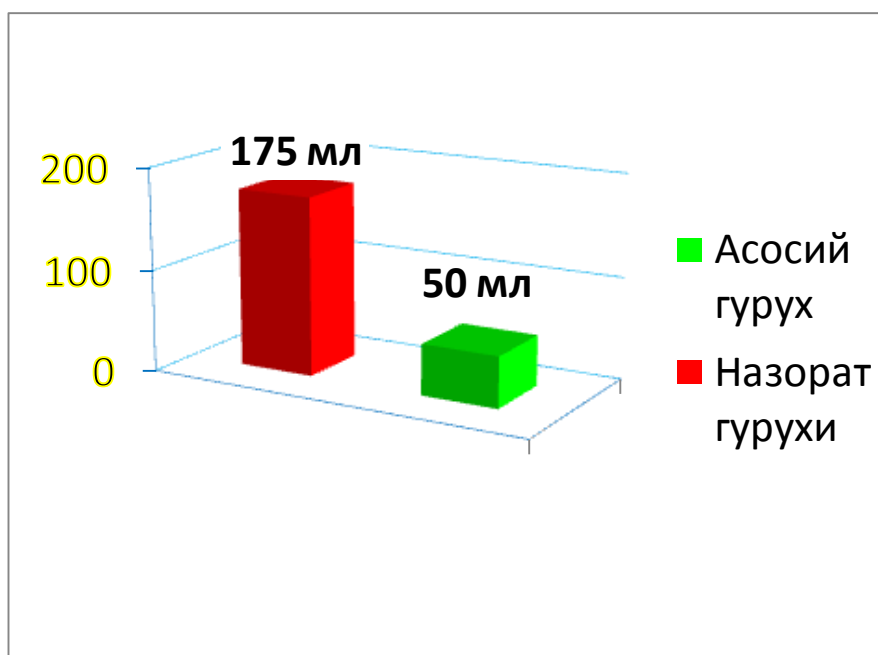
Лапароскопиянинг йулга куйилиши билан уткир холециститларни жигар циррози фонида анъанавий холецистэктомия килиш киёсий имкониятларни урганиб килинди. Уларни таккослаш критериялари бизнинг фикримизча куйидагича: кетган вақт, кесма хосил килишга сарфланган вақт операциянинг давомийлиги, огриксизлантириш тури ва кетган дорилар микдори, видео-лапароскопик аппаратуралар амортизацияси, операция хажмининг кенгайтириш эхтимоли ва симмултант операциялар, конверсия килиш суръати, операциядан кейинги даврда огриксизлантириш, даволаш бахоси, косметик эффекти, вақтинча ишлаш кобилиятини йукотиш муддати ва реабилитация килиш даврининг чузилиши.

Операция килиш кесмаларини таккослаганимизда лапароскопик усулда килинганда жарохатни камайитириш максадида 1смгача кесма килинади.

Анъанавий операция килганда операция кесмачи 10-20смни ташкил килади. Демак операция кесмаси традицион усулда холецистэктомия

килганда ЛХЭга караганда 20 марта куп, бу фактор эса уткир холециститларнинг жигар циррозида жуда катта хавфли хисобланади. Кесма килишга кетган вақт ЛХЭда $10,0 \pm 5,0$ минутни анъанавий холецистэктомияларда $20,5 \pm 5,5$ минутни ташкил киди.

Операция вақтида асосий ва назорат гурухларида кон йукотиш (мл)



Кон йукотиш ОХЭда ЛХЭга караганда 4 марта купдир. Бу жигар циррози билан уткир холециститларда ута муҳим салбий таъсир килиш мумкин. ЛХЭдан кейин беморларга операциядан кейин нонаркотик моддалар билан огриксизлантириш мумкин, хатто операциядан кейин эрта пайтлар огриксизлантириш керак ҳам булмайди.

Уткир холециститда жигар циррози билан ЛХЭ ва ОХЭ килгандан кейин беморларнинг катамнези урганилди. Катамнезини кузатиш натижасида биз уткир холециститлар билан жигар циррози булганда ЛХЭдан кейин беморларда жигар етишмовчилиги ривожланмади ва хирургик операциядан кейин натижалари ижобий булиб, беморларнинг яшаш суръати яхшиланган.

Утказилган операциялар натижаларининг солиштириш учун куйидаги критерияларни олдик.

Беморларнинг операция килишдаги муҳим курсаткичлари

№	Курсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳ
1	Операция кесмасининг узунлиги	$3\pm 0,01$ см	$17\pm 0,01$ см
2	Операция учун килинган кесмага кетган вақт	$4\pm 0,01$	$12\pm 0,03$
3	Операция учун кетган вақт	$42\pm 0,02$	$62\pm 0,03$
4	Йукотилган кон микдори	$50\pm 0,02$	$175,0\pm 0,03$
5	Операциядан кейинги эрта даврда оғрикисизлантириш муаммолари	Нонаркотик моддалар	Наркотик моддалар
6	Беморларни озиклантириш ва фаоллаштиришни бошлаш	1 кун	3-4 кун
7	Операциядан кейинги реабилитация даври	1 кун	3-4 кун

Бундан ташқари операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар таҳлил килинди.

Биз 4-6 йил олдин операция утказган беморларнинг катамнезини ургандик ва уларда жигар етишмовчилигининг ёмонлашиш ҳолатини топмадик. Операциядан кейин бир қисм беморларни (10та) ЭФГДС қилганимизда уларда қизилунгач веналари варикоз кенгайишидан кон оқиш белгилари аниқланмади.

Хулоса қилиб айтганда, лапароскопик холецистэктомия компенсация ҳолатидаги жигар циррозида (класс А) энг оптимал хирургик операция ҳисобланади. Унинг анъанавий холецистэктомияга нисбатан бир қанча афзалликлари бор: кон йукотишнинг қамлиги, операциядан кейинги даврда асоратлар суръати қамлиги, беморларнинг ҳар кунлик анъанавий озуқа

истемол килиш ҳолатига қайтариш вақти қисқалиги, беморларнинг стационарларга ётиш муддатининг қисқалиги.

4.2. Жигар циррози билан холецистэктомия натижаларининг тиббий-иктисодий характеристикаси.

Биз юқоридаги бетларда айтиб ўтганимиздек лапароскопиянинг тадбиқ қилиниши клиник хирургиянинг қўл муаммоларини ечишда муҳим аҳамиятли бўлди. Шу борада ўткир холециститнинг жигар циррози фонида ривожланганлигида ЛХЭнинг анъанавий холецистэктомияга нисбатан ўстунлигини тасдиқлайдиган критерияларни келтиришимиз мумкин. Буларнинг мисоли сифатида охириги йилларда Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси қошидаги эндожаррохлик бўлимида ўтказилган даволаш-профилактик ишларини келтиришимиз мумкин

Солиштириш учун критериялар бўлиб: операциянинг давомийлиги, оғриқсизлантирувчи моддаларнинг сони ва тури, видеолапароскопик аппаратураларнинг тан нархи, операция ҳажмини кенгайтириш ва симмултан операцияларга ўтиш имкониятлари, конверсия суръати, операциядан кейинги даврда беморларда оғриқнинг олдини олиш эффекти, даволашнинг тан нархи, вақтинчалик иш қобилиятини йўқотиш вақти ва реабилитация даврининг муддати.

Бундан ташқари олинган натижаларни баҳолаш асосий критерияси бўлиб тиббий ва ижтимоий эффект берганлиги ҳисобланади. Даволаш тан нархини аниқлаш бевосита ва билвосита бемор оиласининг қилган харажатлари билан амалга оширилади. Қўлчилик пайтлар бу сарфлашга асбоблар ва ҳар қил аппаратураларнинг тан нархи, сарф қилинган материаллар қиритилмайди. Қўл тиббий қорхоналарда рекламага бўлган харажатларни ҳам қиритади. Даволашнинг тан нархига стационаргача бўлагн этапда даволаш учун сарфланган харажатни қиритмаслик ҳато деб ҳисоблаймиз.

Операциядан кейинги реабилитация даврининг муддати беморларнинг стационарда ётиш муддати билан чегараланмайди. Операциянинг нархига

тиббий ходимларнинг иш ҳаққини, материаллар ва дорилари учун қилган сарфлар, агар хизмат тулов орқали бўлса. Бундай пайтлар томонлар орасида жанжал чиқиши мумкин. Бир томондан врач қилган операциясининг нархига қизиқади, иккинчи томондан беморларда уни тулаш имкониятининг пастлиги.

Текширишнинг нархи, беморнинг стационарда утқазган вақти, реабилитация учун сарфлар албатта хирургни қизиқтирмайди. Шунинг учун ҳар бир беморни даволашда материалларга сарфланган нархи ва асбоб ускуналарнинг тан нархи ҳисобга олинади.

Ҳозирги кунда уткир холециститларни жигар циррози фонида даволаш узаро ҳамжихат давлатлар орасида актуал муаммо ҳисобланади. Қуп касалликларнинг орасида ут йуллари касалликларининг уткир касалликлари олдинги уринларни эгаллайди. Даволашнинг нархи, операция қилинган бемор ҳаётининг сифати албатта лапароскопик операциялар томонидан ижобий ҳисобланади. Чунки туқима ва аъзоларни кам жароҳатлайди. Шунинг учун ҳам бутун жаҳон бўйича «олтин стандарт» деб аталувчи ЛХЭ батамом анъанавий холецистэктомиядан воз кечмадик, чунки сайланган операция алтернатив ҳолида Кохер усули С.П.Федоров томонидан такомиллаштириш билан ҳисобланади.

Бизнинг илмий изланишимизнинг олдиға қуйилган мақсад уткир холецистит ва жигар циррози орасидаги боғлиқликнинг характери ва жигар циррозининг суръати, ҳамда уткир холециститнинг жигар циррзи фонида ЛХЭнинг анъанавий усулда операция қилишдан эффективлигини интра ва операциядан кейинги асоратлар суръатини аниқлашдан иборат эди.

Уткир холециститда жигар циррозининг қушма қелиши бизнинг олган маълумотларимизға асосан 4,8%ни ташқил қилиб, жигар циррозининг умумий тарқалишидан 5-6 марта қупдир ($p < 0,05$). Уткир тошли холецистит жигар циррози билн қушма аёллар орасида қупрок учрайди(жигар циррозининг эрқаклар ва аёлларға нисбати 1:2). Жигар

циррозининг уткир холециститлар билан кушма келиш суръати беморларнинг жинсига боғликлиги ҳам катта эътиборни талаб килади.

Уткир холециститнинг жигар циррози фонида 65 бемордан аёллар 44(67,7%) ташкил килди.

Бизнинг кузатувмиздаги беморларнинг уткир холециститнинг жигар циррози билан ЛХЭ килинган аёлларнинг эркакларга нисбати 2:1. Биз эндожаррохлик булимида 2012-2014 йиллардаги маълумотлар асосида таҳлил килдик. Шу йиллар ичида хаммаси булиб 875та уткир тошли холецистит жигар циррози фонида ЛХЭ килинган, шундан 251(28,7%)та бемор эркаклар, 624(71,3%)та си аёлларни ташкил килган.

ЛХЭда интраоперациядан кейинги асоратлар курсатгичи анча паст. Иктисодий эффективлигини таҳлил килганимизда уткир холециститларни оператив даволашда традицион кесмада килиш ЛХЭдан анча баланд харажатга тушади. Бу купрок операциядан кейинги даврда буладиган асоратларнинг куплиги, огриксизлантирувчи дориларнинг куп ишлатилиши, операциядан кейин беморларнинг узок вақт стационарда булишидар. ЛХЭда жуда кимматли ва ишлатилиши огир булган аппаратуралар яъни лапароскопик операциялар учун хар хил асбоб ускуналарнинг ишлатилишига карамай клиник эффективлиги юкори, интраоперацион, операциядан кейинги асоратларнинг камлиги ва беморларнинг стационарда узок муддат булмаслиги.

Резюме: Уткир холециститнинг жигар циррози билан кушма учраганида лапароскопик холецистэктомия очик холецистэктомияга караганда кам жарохатловчи, стационарда кам муддатда даволаниши ва яхши натижалар бериши билан мухим хисобланади. Айтиш лозимки ҳам очик, ҳам лапароскопик холецистэктомияда яхши натижа олишда биринчида хаирургнинг тажрибасига боғлиқ булса, ЛХЭ килишда унинг операция килиш муддатига ҳам боғлиқдир. ЛХЭ уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма учрашида касалликнинг хуружи бошлангандан кейин канча эрта тугри ташхис куйилиб, эрта операция килинса натижа

яхши булади. Чунки, ут халтани яллигланган инфильтратдан ажратиш в аут халта, ут йуллари анатомиясини тугри аниклаш осон кечади. Аммо шу вақтнинг узида жигар циррозида жигарт фаолиятининг узгариши ута мухим хисобланади. ЛХЭ купчилик ҳолатларда 60 ва ундан юкори ёшдаги беморларда килинди. Килинган таҳлиллар шуни курсатдики лапароскопик операциялардан кейинги муваффақиятлар катта ёшдаги беморларда икки йуналиш бўйича беморларни саралаш лозим. Биринчи навбатда яхши самара олишда йулдош касалликлари хавфли бўлмаслиги ва уткир холециститнинг ҳар хил асоратлари бўлмаслиги, жигар фаолиятининг чуқур бузилмаганлиги бўлиши керак. Биз уз тажрибамизда шуни аникладикки канча эрта йирингли ҳолат бартараф килинса жигар фаолиятининг бузилиши чуқурлашмайди. Бу ҳолатда биз Чайлд-Пью таснифи бўйича А классда операция килиш макул деб хисоблаймиз.

Кузатувларимиздан аникландики купчилик очик операциялардан олдинги давр(бир гуруҳ касалларда 68% ҳолатда) 7-8 кунни ташкил килган. ЛХЭда бу муддат 11%ни ташкил килди. Бизда 2 беморда касаллик хуружи бошлангандан кейин 7-8 кун утгандан кейин ЛХЭ пайтида ут халтанинг бўйин кисмида фиброз узгаришлар, умумий ут йули билан инфильтрат ҳосил килганлиги учун уни идентификация килиш кийин бўлди. Операция техник кийинчилик билан утди.

Шунинг учун ҳам ут пуфаги йулини, артериясини ва най структурасини ажратиш кийин ҳолатларда очик операцияга утиш макул хисобланади. Ана шундай нохуш вазиятларга тушиб колмаслик учун операциядан олдинги диагностикани тугри йулга куйиш лозим. Маълумки ҳозирги кунда операциядан олдинги даврда УТТ ва дуоденоскопия маълумотларини яхшилашда албатта Хунсфилд критериясини аниклаш лозим. Ваҳоланки бизнинг шароитимизда купчилик УТТ шифокорларимиз буни уддалай олмаяпти. Жуда мухим муаммолардан бири ҳозирги кунда хурург-эндоскопистларнинг тажрибаси билан богликдир. Лапароскопик хаирургия бошланган вақтларда ЛХЭни бажаришда очик

холецистэктомияга утиш ҳолатлари купрок бўлган бўлса, ҳозирги кунда деярли бўлмаяпти.

Уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма бўлган беморларнинг стационарга тушгандан кейин корин бушлигини УТТ килишдан мақсад ут ҳалтанинг деворларидаги ва жигар туқимаси морфологик ўзгаришлар ҳолатини аниклаш, жигар ости бушлигининг анатомик хусусиятини верификация килиш, ут пуфаги атроф туқималари яллигланишининг ва ут йуллариининг ҳолатини тугри аниклашдир.

Шундай килиб бизнинг кузатувларимиз буйича уткир холециститнинг жигар циррози билан учраганида ЛХЭ муҳим даволаш усули ҳисобланади.

Ваҳоланки ЛХЭнинг очик холециститэктомиядан афзаллигини янада исботлаш учун илмий изланишлар килиш, диагностик усуллариини ва операция килиш техникаларини такомиллаш зарур.

ХОТИМА

Бутун жахон согликни саклаш ташкилотининг берган маълумоти буйича жигар циррози 385млн. кишини ташкил килмокда. Охирги йилларда марказий осие мамлакатларида, хусусан Узбекистон Республикасида ҳам жигар циррозининг уткир холециститлар билан кушма учраш суръати ошмокда. Ана шу муаммога кундан кун кизикиш ошишининг асосий сабаби эрта ва кеч юзага чикадиган асоратлари(механик сариклик, холангит, перитонит, кон кетишлар, куп аъзоли етишмовчиликлар) булиб улим суръати ҳам йилдан йилга ошмокда.

Ана шу долзарб муаммоларни хал килишда бутунжахон буйлаб уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма учрашида кам жарохатлайдиган ва яхши натижа берадиган даволаш усули устида тинмай изланишлар олиб борилаяпти. Адабиётларда келтирилган маълумотлар буйича ана усуллардан бири лапароскопик холецистэктомия хисобланади.

Шунинг учун ҳам биз уз илмий изланишимизнинг максади лапароскопик холецистэктомиянинг уткир холециститларнинг жигар циррози билан бирга учрашида ахамияти ва унинг очик холецистэктомиялардан афзалликларини бахолашдир.

Илмий ишнинг асосий максadini амалга ошириш учун Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси эндохирургия булимида уткир холециститларнинг жигар циррози билан кушма учраган 65 беморда лапароскопик холецистэктомиянинг натижаларини киёсий ургандик. Беморларнинг касалхонага тушиш пайтидан бошлаб анамнезини ургандик. Алохида курсатиш лозимки, купрок беморларда (40,0%) жигар циррози билан хасталанишлари бир йилдан уч йилгача булиб охирги кунларда уткир холецистит белгилари ривожланган. Колган беморларнинг (32,30%) бир йилгача, (12,30%) уч йилдан беш йилгача, олти ойгача(12,30%) ва 3,10% 5 йилдан узок муддатларда жигар циррози билан хасталанган.

Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан кушма учрашларида килинадиган янги технологияли операциялар сафига лапароскопик холецистэктомияни киритиш мумкин. Эндожаррохлик булимида 875та ут тош касаллиги билан операция булган, шулардан 42 тасида жигар циррози (4,8%) топилган. Биз ЛХЭнинг традицион усулда килинадиган операциялардан афзалликларини аниклаш максадида текширишга 65та беморни 2 гурухга булдик. Биринчи (асосий) гурухга 42 бемор киритилиб уларда лапароскопик усулда холецистэктомия килинди. Иккинчи (назорат) гурухида 23 бемор булиб улар традицион усулда (очик холецистэктомия) операция килинган беморларни киритдик. Беморларни ЛХЭ ва очик усулда килинадиган холецистэктомияга тайёрлаш усуллари бир хил шароитда утказилди. Асосий гурухдаги беморларнинг купчилигини 30-44(47,6%) ёшдаги кишилар ташкил килган булса, 30ёшгача 9(21,4%), 45-60 ёшлар 8(19%) ва 61-74 ёшлар 5(12%) кишидан иборат булди. Аёллар 29(69%), эркаклар 13(31%) эканлиги аникланди. Назорат гурухидаги беморларни ёшига ва жинсига караб текширганимизда асосий гурух билан якин ухшашликлари мавжуд. Демак бу холат бу икки гурух орасидаги тафовутни киёслаб урганишга асос булди.

1. Операциядан олдинги текширишлар маълум алгоритм ркали анамнез йигиш, беморларнинг шикоятларини тинглаш, умумий курик, физикал усулларни куллаш.

2. Лабаратория тахлиллари - кон ва сийдикнинг умумий тахлиллари, коннинг ивиш вакти, коагулограмма, кон гурухларини аниклаш, коннинг биохимик тахлилларидан – умумий билирубин ва унинг фракциялари, АлАТ, АсАТ, ишкорли фосфатаза, умумий оксил, мочевина, креатинин ва глюкоза микдори.

3. Асбоблар билан текшириш – корин бушлиги аъзоларини айникса жигар, ут халта, ут йуллари, ошкозон ости безини, буйракларни ута синчиклиб УТТ килиш мухимдир. Ошкозон-ичак трактини рентген билан

текшириш, ЭГДФС, эхокардиография, КТ, МРТ, МсКТ текширишлар килишдир.

Умуман биз беморларни текшириш буйича алгоритм тузганмиз ва шу оркали ҳамма текшириш усуллари батафсил килинган. Жигардаги цирротик узгаришларнинг ҳолатини аниклаш мақсадида 10 бемордан биопсия олиниб, морфологик текширишлар утказилди.

Уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан қўшма учраган ҳолатларда биз операциядан олдинги курсатмаларни тўғри аниклаш фикридамиз. Умуман бемор операция қилиш имконияти бўлса уткир холециститли ёки сурункали холециститли жигар циррози фонида бўлганда энг аввало жигар фаолиятининг ҳолатини тўғри аниклаш зарур. Бундан ташқари операция пайтида ва операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар ҳисобга олинди. Уш текширишларимизда уткир тошли холециститларнинг жигар циррози билан қўшма учраганда алоҳида клиник кечимини қўзғатдик. Бундай беморларда қўпинча эндоген интоксикация белгилари ривожланишини: гипертермия, тахикардия, оғиз қуриши ва айрим пайтлар қўшиш ҳолатининг пайдо бўлишини қўзғатдик. Ана шундай клиник белгиларнинг ривожланиши узаро оғирлаштириш синдроми деб ҳисобладик.

Беморларнинг касалхонага тушиш пайтида гипертермия ҳолати 38(61,3%) беморда, тахикардия 35(82,3%), қўшиш 29(69,4%) ва оғиз қуриши 32(77,4%) беморларда аникланди. Беморларга аниқ ташхис қўйишда албатта қоннинг ва сийдикнинг умумий таҳлилларига, қондаги биохимик узгаришларига, асосланиш зарур. Уш йўлларидаги патологик ҳолатларни аниклаш учун биз Дельгадо- Фебресс синамасини ишлатдик. 6 беморда бу синама аникланди ва умумий уш йўлининг фаолияти тўғрисида аниқ маълумот олдик.

Беморларни УТТ утқизиш муҳим диагностик усул ҳисобланади. УТТ гепатобилиар паталогияларда ноинвазив усул ҳисобланади ва 96-98% биз тўғри ахборот олдик. УТТ ёрдамида жигар циррозига ҳос икки хил яъни

шартли ва шартсиз белгилар борлигини аниқладик. Жигар контурларининг узгариши, жигар ичи томирларининг ҳолати ва деформациялари, параумбиликал веналарнинг реканализацияси, дарвоза венасида коннинг кайта оқиши белгилари бу жигар циррозига ҳос аниқ белгилар ҳисобланади. Нисбий белгиларига спленомегалия, асцит, дарвоза венасининг кенгайиши, дарвоза венасида кон оқиш тезлигининг пасайиши, жигар веналаридан кон оқшининг узгаришлари киради. Уткир холециститнинг жигар циррози билан қўшма бўлиб, дифференциал диагностикаси оғир бўлган ҳолатларда ЭФГДС қилиш мақсадга мувофиқдир. Қизилунгачда варикоз касаллигининг топилиши ўта муҳим белги ҳисобланади. ЭГДФС қилинганда 2 та беморда меъда 12 бармоқли ичак яра касаллиги, қизилунгачда варикоз касаллиги бошланиши 2 беморда аниқланди.

Биз ўз кузатувларимизда уткир тошли холециститларни операция қилишда жигар циррозининг фаоллик классини Чайлд-Пью классификацияси бўйича аниқладик. Бизнинг кузатувимиздаги беморларнинг 76,9% да фаоллик классификацияси А ва 23,1% В классификацияси аниқланди. Юқоридаги текширишларга асосан уткир тошли холециститлар жигар циррози билан қўшма келганда мутлоқ қарши курсатмалар критерияларини аниқладик.

Бизнинг фикримизча уткир тошли холецистит жигар циррози фонида бўлганда бемор соматик жиҳатдан операция қилиш ҳолатида эканлиги топилса, 100% курсатма билан операция қилиш мумкин. Биз ҳолос 3 ҳолатда мутлоқ қарши курсатма бор деб ҳисобладик – юрак ва кон томирларини ва нафас олиш тизими касалликларининг декомпенсация ҳолатида, шок ва кома ҳолатларида, диафрагма чурралари ташхиси қўйилса ҳаттоки ҳавфи бўлса ҳам. ЛХЭга қарши курсатма бўлиб ўт пуфаги ва ўт йулларида топилган: катта дуоденал сургич стенози, умумий ўт йулининг терминал қисми стенози, қорин бўшлиғидаги битишмалли ҳолатлар, перивезикал абсцесслар, перитонитлар ва Хаунсфилд критерияси

буйича (УТТда туқималар зичлиги 45 Еддан) баландлиги. Айрим ҳолатларда ЛХЭнинг иккинчи этапидаёқ очик усулга утишга тугри курсатма қуйиш керак. Бундай курсатма: катта дуоденал сургичида стеноз операция пайтида аниқланса, Мирризи синдроми II-III даражаси, Кароли синдроми ва умумий ут йулини идентификация қийин бўлса.

Операциядан олдин анестезиологик ҳавф аниқланади. Биз МНОАР буйича операцион-анестезиологик ҳавфни ва операциядан кейинги асоратларни прогнози сифатида қўлладик.

Биз 42 беморда ЛХЭ утқаздик. Утқир холециститларнинг жигар циррози фонида учраган беморларни ЛХЭ қилишда «Karl Storz» Германия фирмасининг аппарати асбоблари йигиндисидан фойдаландик.

ЛХЭ нинг авзалликларини қиёслаш учун клиникамизда утқир холециститларнинг жигар циррози фонида традицион усулда операция қилинган 23 беморлардаги натижаси билан таққосладик.

Лапароскопик холецистэктомиянинг йулга қуйилишида очик усулда холецистэктомиялар билан қиёслаш ва ҳар хил имкониятлари урганилди. Уларни таққослаш критерияларини бизнинг фикримизча қуйидагича аниқлаш керак деб уйлаймиз. Операция кесмасининг узунлиги, операция учун қилинган кесмага кетган вақт, операция учун кетган вақт, йукотилган қон миқдори, операциядан кейинги эрта даврда оғрикисизлантириш муаммолари, беморларни озиклантириш ва фаоллаштиришни бошлаш, операциядан кейинги реабилитация даври. Бундан ташқари операциядан кейинги бўладиган ҳар хил асоратлар: яранинг йиринглаши, дренаж найдан ут оқиши, операциядан кейинги панкреатит, пневмониянинг юзага чиқиши, ярадан инфилтратнинг пайдо бўлиши.

Операция кесмасининг узунлиги очик холецистэктомияларда уртача 17 смни ($p \pm 0,01$), ЛХЭ да уртача умумий кесмалар 3 смни ташқил қилди. Операция кесмаси учун уртача вақт очик холецистэктомияларда $12 \pm 0,03$ дақиқа кетган бўлса, ЛХЭда $4 \pm 0,01$ дақиқани ташқил қилди. Очик холецистэктомияни бажариш учун уртача $62 \pm 0,03$ дақиқа, ЛХЭ учун

уртача $42 \pm 0,02$ дакика кетди. Очик холецистэктомияда умумий йукотилган кон микдори уртача $175,0 \pm 0,03$ млни, ЛХЭда эса $50 \pm 0,02$ млни ташкил килди. Кон йукотиш очик холецистэктомияда ЛХЭга караганда 3,5 марта купдир. Бу жигар циррози билан хасталанган беморлар учун анча салбий таъсир килиши мумкин.

ЛХЭдан кейин беморларга операциядан кейин наркотик моддалар билан огриксизлантириш хожати йук. Беморларни фаоллаштиришни операциядан кейинги биринчи суткада амалга оширдик. Ичак фаолияти бундай беморларда тезрок тикланди, ичаклар парези аникланмади. Очик холецистэктомиядан кейин беморларни фаоллаштириш уртача 3 кунни ташкил килди. Операциядан кейинги косметик эффект албатта ЛХЭдан кейин яхши ва аъло даражада булди.

Операциядан кейинги реабилитация даври ЛХЭдан кейин уртача 3 кунни, очик холецистэктомиялардан кейин 12 кунни ташкил килди. Шундай килиб уткир тошли холециститларда ЛХЭ компенсация холатидаги жигар циррозида (класс А) энг оптимал хирургик тактика хисобланади.

Унинг очик холециститэктомияга нисбатан бир канча афзалликлари мавжуд: кон йукотишнинг камлиги, операция учун сарфланган вақтнинг кискалиги, операциядан кейинги асоратларнинг камлиги, беморларни эрта фаоллаштириш имконияти, реабилитация даврининг кискалиги, косметик эффект яхшилиги ва беморларда стационарда ётишнинг кискалигидир.

ХУЛОСА

1. Уткир тошли холециститлар жигар циррози фонида 4,8% холларда учрайди. Ут тошларининг узок муддатда организмда сакланиши жигарда сурункали гепатит ва жигар циррозига олиб келиши мумкин.
2. Жигар циррози фонида уткир тошли холециститлар булганда узаро бир-бирини огирлаштириш синдроми эндоинтоксикациянинг ривожланиши билан утиб, уткир тошли холециститнинг клиник манзарасини коронгилаштиради ва атипик утади.
3. Лапароскопик холецистэктомиянинг афзаллиги кам кон йукотиш, асоратлар суръатининг камлиги, косметик жихатдан устунлиги, операция муддатининг кискалиги, беморларни эрта озиклантириш, фаоллаштириш ва операциядан кейинги реабилитация даврининг кискалигидир.
4. Лапароскопик холецистэктомия операциясидан кейинги беморларнинг стационарда булиш муддати традицион холецистэктомияга караганда ± 8 кунга киска ва 2-2,5 марта иктисодий кам харажат хисобланади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Уткир холециститлар жигар циррози билан кушма учраганда ЛХЭ килишдан олдин беморларни синчиклаб билан текшириш, энг мухим текшириш усуллари куллаш ва аник курсатмаларни куйиш лозим.
2. Операциядан олдинги даврда беморларни текшириш натижаларига асосан «огир» ЛХЭ критериясини яхши тушунган холда тугри оператив даволаш усулини танлаш зарур. Операция киладиган хирург ЛХЭ этапларини яхши билиши керак ва миниинвазив усулларда кийинчилик тугилганда традицион усулда операция килишга тайёр булиши керак.
3. Перитонит, перивезикал абсцесс, ажратиб булмайдиган инфильтрат (Хаунсфилд буйича 30-45ЕД), жигар фаолиятида декомпенсация боскичи булмаганда (Чайлд-Пью буйича А, В синфлари) ЛХЭ килишга курсатма хисобланади.
4. ЛХЭ махсус булимларда, шу соха буйича тажрибаси бор хирурглар томонидан килиниши ва улар доимо уз билим малакаларини оширишлари лозим.

Адабиётлар руйхати

1. Агаджанов В.Г., Шулутко А.М., Моисеев А.Ю. и соавт. Повреждения магистральных желчных протоков при холецистэктомии из мини-доступа // Российский медицинский журнал. - 2011. - №2. - С.18-20.
2. Азимов С.А., Шомуродов Ш.Ю., Бабажанов А.С., Алманов И.П. Целесообразность применения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите на фоне цирроза печени. // Биология ва тиббиёт муаммолари.-№2.-С. 5-10.
3. Атаджанов Ш.К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. // Хирургия. - 2007. - №12. - С. 26-29.
4. Атаджанов Ш. К. Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургия. - 2007. - № 1. - С. 3
5. Ахтамов Дж.А., Азимов С.А., Шомуродов Ш.Ю. Лапароскопическая холецистэктомия при циррозе печени // «Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: Шошилинч тиббиётда юқори технологиялар» Республика VI илмий-амалий конференцияси.- 2006.-С.604.
6. Ахтамов Дж.А., Азимов С.А., Шомуродов Ш.Ю. Является ли цирроз печени противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии? // Эндоскоп. хирургия. - 2006. - № 3. - С. 51.
7. Ахтамов Дж.А., Шомуродов Ш.Ю. К методике лапароскопической холецистэктомии при сопутствующем циррозе печени.//Вестник врача общей практики. – 2003, № 4, (28) с. 24-25.
8. Бабаджанов А.Х. Клинико-диагностические особенности течения осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени вирусной этиологии // Проблемы биологии и медицины. –

Самарканд, 2012. -№2(69). -С. 17-23.

9. Бабаджанов А.Х. Концептуальные основы портосистемного шунтирование интегральной оценкой прагноза жизни у больных циррозом печени. // Автореферат ... док.мед.наук. – Ташкент, 2014.- 80 с.
10. Балкизов З.З. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите. // Автореферат ... канд.мед.наук. - Москва, 2005. - 19 с.
11. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. - № 6. - С. 27-30.
12. Бебуришвили А.Г., Прудков М.И., Шулутко А.М. и соавт. Концептуальная оценка применения лапароскопических и минилапаротомных вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии. // Хирургия. - 2013. - №1. - С. 53-57.
13. Бобров А. Н., Павлов А. И., Плюснин С. В. и др. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006. — Т. 16, №2. - С. 1924.
14. Бондаренко А. Н. Этиотропная терапия вирусных гепатитов у лиц, употребляющих наркотик // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2006. № 4. С. 168-174.
15. Бондаренко А. Н. Влияние циклоферона на активность системы протеолиза у больных вирусными гепатитами, употребляющих наркотики // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2005. № 2. С. 37-42.
16. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическое обоснование выбора способа операции холецистэктомии // Ремедиум. - 2005. - №

4. - С. 30-36.
17. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2005. -№ 1. - С. 16
18. Ветшев П.С., Карпов О.Э., Шпаченко Ф.А. Сравнительная характеристика различных вариантов холецистэктомии. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2006. - Т. 1. - № 1. - С. 107-110.
19. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, щадящие технологии. // Хирургия. -2008.-№5.-С.91-93.
20. Волчкова Е. В., Кокорева Л. Н. Болезни печени и желчевыводящих путей печеночная энцефалопатия: особенности клинического течения и патогенетической коррекции // Consilium-Medicum. 2005. — Т. 7, №6. — С. 451-456.
21. Винокуров М.М., Васильев А.Е., Гилев Е.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1 - Приложение. - С. 96-97.
22. Гарбузенко Д. В. Мультиорганные гемодинамические нарушения при циррозе печени // Терапевтический архив — 2007. — Т.79, № 2. — С.73-77
23. Дадвани С.А., Ветшев П.С, Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь: руководство. // М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009.176 с.
24. Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Раимов С.А., Мардонов Л.Л. Современная оценка тяжести течения цирроза печени и прогноза его осложнений // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2013. - №1. - С. 72-82.
25. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и

- лечение острого холецистита при циррозе печени.//Хирургия, 2002, № 1, с. 15-17.
26. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Мусин Р.А. Хирургическое лечение резистентного асцита у больных с портальной гипертензией // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 4–9.
27. Ершов Ф.И. Вирус гепатита С и система интерферона // Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М., - 2005. - С.89-123.
28. Ершов Ф.И. Вирусные гепатиты //Антивирусные препараты. - Справочник. Издание второе. - М., - 2006. - С.269-287.
29. Ершов Ф.И., Романцов М.Г. Вирусные гепатиты //Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях. - М., - 2007. - С.84-106.
30. Ершов Ф. И. Пять десятилетий интерферона // Интерферону 50 лет: материалы юбилейной конференции. Москва. 2007. С. 11-35.
31. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье [и др.]. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.
32. Зарубина И. В. Биохимические механизмы гипоксического повреждения клетки // Молекулярная фармакология антигипоксантов. Издательство Н-Л. 2007. С. 17-82.
33. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В. Завада. — Минск: БелМАПО, 2006. — 117 с.
34. Звягинцев В. В., Горпинюк В. П., Ставинский Р. А., и соавт. Классификация лапароскопической холецистэктомии по степени сложности. // Эндоскопическая хирургия. - 2011. - №1. - С. 12-15.
35. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. — 704 с.

36. Ильченко Ф.Н., Сербул М.М., Бордан, Н.С., Аблаев Э.Э. Особенности лапароскопической операции при осложненных формах желчнокаменной болезни. // Украшський Журнал Хірургії . - 2009. - № 3. - С.73-76
37. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.27 // Какурин С.Н. (ГОУВПО "Российский государственный медицинский университет"). - Москва, 2008.- 127 с.
38. КалининаА.В., ЛогиноваА.Ф., Хазанова.А.И. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ. 2011. — 864 с.: ил.
39. Каримов Ш.И. Проблемы и перспективы хирургии острого холецистита в Узбекистане//Матер.респ.научн.практ.конф. с межд.участием «Холецистит и его осложнения». Бухара, 2003, с. 3-6.
40. Кармацких А.Ю. Применение минилапаротомного доступа в хирургическом лечении больных острым калькулезным холециститом. // Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005 г. - С. 14-15.
41. Качалов С.Н., Коновалов В.А., Чикань С.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 2300 операций. // Дальневосточный медицинский журнал. - 2006. - №1. - С. 40-44.
42. Каштальян М.А. Автореферат докторской работы „Хирургическая тактика лечения больных острым холециститом - 2008. - № 4. - С. 3 - 5.
43. Ковалев, А.И. Пропедевтика хирургической патологии / А.И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. Ковалева А.И., Чадаева А.П. — М.: Медицинская книга, 2006. —640 с.

44. Ковалев, А.И. Школа неотложной хирургической практики / А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов. — Москва. — 2004. — 911 с.
45. Кожока Т. Г. Субстраты энергетического обмена //Лекарственные средства в фармакотерапии патологии клетки. Москва. 2007. С. 95-97.
46. КомароваФ.И. , РапопортаС.И. Руководство по гастроэнтерологии / М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010 — 864 с.: ил.
47. Краковский А.И. О некоторых вопросах билиарной хирургии //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2010. - №6. - С. 64 - 66.
48. Кремень Н. В. Индивидуальная чувствительность к препаратам интерферона для повышения эффективности терапии больных хроническим гепатитом С // Инфекции в практике клинициста. Антибактериальная и противовирусная терапия на догоспитальном и госпитальном этапах: материалы научной конференции. Харьков. 2007. С. 80-83.
49. Кремень Н. В. Качество жизни и психологические особенности больных с хроническим поражением печени // Фармакотерапевтический альманах. 2009. № 3. С. 69-76.
50. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М и др. Хирургические болезни. Учеб. / Под ред. М.И. Кузина.-3-е изд, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005.-784 с.
51. Луцевич О.Э., Амирханов А.А., Урбанович А.С. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1. — Приложение. - С. 236-237.
52. Малеев В. В. Хронический гепатит С: возможности и перспективы

противовирусной терапии // Вестник СПбГМА им. И. И. Мечникова. 2008;

53. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Янголенко Я. В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений. // Хирургия. - 2010. - №9. - С. 42-46.
54. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Синдром портальной гипертензии (Проект протоколов диагностики и лечения) // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2009. - №3. –С. 114-124.
55. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Оценка степени редукции портопеченочного кровообращения у больных циррозом печени // Сборник материалов XIX конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные вопросы хирургической гепатологии». - Иркутск, 19-21 сентября, 2012. -С. 19-20.
56. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Приоритетные методы оценки прогноза и тяжести течения цирроза печени. Современные подходы к определению тактики лечения // Вестник национального медико-хирургического центра им.Н.И.Пирогова. – Москва, 2013.- Т.8. - №3. –С. 80-87.
57. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. Особенности развития и течения осложнений цирроза печени в зависимости от этиологического фактора // Новости хирургии, 2013.- N 4.-С.45-50. Библ. 13 назв.
58. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Султанов С.А., Бабаджанов А.Х. Особенности развития и течения осложнений портальной гипертензии у больных с циррозом печени HBV- и HCV-этиологии //Вестник хирургии им.И.И.Грекова, 2011.-N 1.-С.22-29. Библ. 11 назв.

59. Наровлянский А. Н. Иммунопатогенетические аспекты назначения иммуотропных препаратов при HCV-инфекции // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2008. № 3. С. 160-164.
60. Наследникова И. О. Иммунорегуляторные цитокины и хронизация вирусного гепатита С: клинико-иммунологические параллели // Клиническая медицина. 2005. № 9. С. 40-44.
61. Некрасов А. Ю. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / А. Ю. Некрасов, А. А. Безалтынных // Эндоскоп. хирургия. - 2006. - № 5. - С. 38 - 40.
62. Носик Н. Н. Интерфероны и противовирусный иммунитет // Интерферону 50 лет: материалы юбилейной конференции. Москва. 2007. С. 72-81.
63. Прудков М.И., Чернядьев С.А., Совцов С.А. и соавт. Лечение острого холецистита с применением операций из малых доступов (проект протокола диагностики и лечения в Уральском федеральном округе). Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005г. - С.29-37.
64. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. -СПб.: Диалект, 2005., с.306-318.
65. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Гуренкова Н.П. «Тройная терапия» хронического вирусного гепатита С у пациентов с генотипом 1b //ВРАЧ. - 2006. - №7 . - С.1-4.
66. Романцов М.Г., Коваленко А.Л. Индуктор интерферона - Циклоферон. Итоги и перспективы клинического применения. - Санкт-Петербург. - 2007. - 24с.
67. Руководство по хирургии желчных путей. Изд. 2-е. Под ред. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. - ВИДАР, 2009. - 456 с.

68. Савельев В.С. [и др.]. Хирургические болезни. Учеб.: В 2 т / под общ. ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2005.
69. Савельев В.С. [и др.]. 50 лекций по хирургии / под общ. ред. В.С. Савельева. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2004. — 752 с.
70. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под редакцией В.С Савельева. — М., Издательство «Триада–Х», 2005. — 640 с.
71. Семеняко Н.А. Клинико-морфологическая и иммуносерологическая характеристика малосимптомных форм HCV-инфекции // Автореф. дисс. ... к. м. н. Санкт-Петербург. 2009. 22 с.
72. Сологуб Т.В., Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Эффективность иммуномодуляторов в комплексной терапии хронических вирусных гепатитов ////Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях. - М., - 2007. - С. 158-163
73. Сологуб Т.В., Романцов М.Г., Коваленко С.Н. Комбинированная терапия хронического вирусного гепатита В и ее влияние на качество жизни //Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - 2006. - №1. - С.3-12.
74. Сологуб Т.В., Романцов М.Г.,Баранова И.П. Комбинированная терапия больных хроническим вирусным гепатитом В, резистентных к лечению ламивудином //Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. - 2006. - №2 - С.7-13.
75. Столин А.В. Операции из минилапаротомного доступа при осложненных формах желчнокаменной болезни. // Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005г. - С.51-53.
76. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулёзного холецистита. // Вестник ВолГМУ. - 2008. - №4 (28). -

С.34-36.

77. Суханов Д. С. Антиоксидантная активность ремаксола на модели лекарственного поражения печени // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2008. № 4. С. 127-132.
78. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К проблеме осложнений лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. 2008. - №4. - С. 15-17.
79. Топчиев М.А., Паршин Д.С., Гвоздюк А.И. и соавт. Осложнения видеолапароскопической холецистэктомии. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1. —Приложение. - С. 404405.
80. Трачумс И., Михелсонс М., Паварс А., Секундо А. Мини-лапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия. - 2006. - № 11. - С. 33-34.
81. Уханов А.П., Игнатьев А.И., Ковалев С.В. и соавт. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп. // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №2. - С.16-20.
82. Уханов А.П., Игнатьев А.И., Ковалев С.В. и соавт. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия у больных острым деструктивным холециститом. // Эндоскопическая хирургия. 2011. - №3. - С. 11-13.
83. Уханов А.П., Новожилов Е.В., Большаков С.В. и соавт. Лапароскопическая хирургия острого деструктивного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1. — Приложение. - С. 412-413.

84. Уханов А. П., Чахмахчев С. Р., Игнатьев А. И., Большаков С. В., Уверткин Р. Ю., Фрумкин Б. Б., Яшина А. С. Использование лапароскопической холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2010. - Том 169, N 2. - С.15-19.
85. Федосыина Е.А. Особенности течения заболевания и прогноз жизни больных циррозом печени с асцитом: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
86. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Васильев А.П., Павлов А.И., Пехтащев С.Г., Скворцов С.В., Бобров А.Н., Онуфриевич А.Д. Алкогольные и вирусные циррозы печени у стационарных больных (1996—2005 гг.): распространенность и исходы .
87. Шулутко А.М., Агаджанов В.Г. Современные принципы хирургического лечения желчнокаменной болезни./ 80 лекций по хирургии. - М: Литтера, 2008. - С.382-387.
88. Шулутко А.М., Ветшев П.С., Агаджанов В.Г. Острый холецистит - как «зеркало» возможностей операций из минидоступа с комплектом инструментов «мини-ассистент». // Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005г. - С.66-67.
89. Шулутко А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. и др. Отдаленные сравнительные результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т.10. - №3. - С. 44-50
90. Шулутко А. М. , Прудков М. И., Тимербулатов В. М. и соавт. Минилапаротомные технологии при желчнокаменной болезни: системный подход или хирургическая эквилибристика? // Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - №2. - С.34-42.

91. Borzellino G., Sauerland S., Minicozzi A.M. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. // Surg. Endosc. - 2008. - Vol. 22, №1. - P. 8-10.
92. Catani M., De Milito R., Romagnoli F. et al. Emergency laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: when and how? // Chir Ital - 2009.- 61(4).- P. 435-447.
93. Cwik G., Skoczylas T., Wyroslak-Najs J., Wallner G. The value of percutaneous ultrasound in predicting conversion from laparoscopic to open cholecystectomy due to acute cholecystitis. // Surg Endosc. 2013 Jul;27(7):2561-8.
94. Falor A.E., Zobel M., Kaji A. et al. Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis. // Am Surg. — 2012 Oct. — v.78, (10). — P.1075-1078.
95. Giger U., Michel J.M., Vonlanthen R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome // Langenbecks Arch. Surg. - 2005.- Vol. 390. - P. 373-380.
96. Giuseppe B., Stefan S., Anna M.M., Giuseppe B. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of result. // Surg Endosc. 2008;22:8-15.
97. Gurgendze M., Kiladze M., Beriashvili Z. Miniinvasive surgical management of cholelithiasis for elderly and senile patients: a retrospective study. // Georgian Med News. — 2013 Jun. — v.219. — P.7—13.
98. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. // Cochrane Database Syst Rev 2013; 30:6: CD005440.
99. Harju J., Juvonen P., Eskelinen M. et al. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity. // Surg. Endosc. - 2006. - Vol. 20.

P. 583-586.

100. Harju J., Juvonen P., Kokki H. et al. Minilaparotomy cholecystectomy with ultrasonic dissection versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a randomized multicenter study. // Scand J Gastroenterol. 2013 Nov;48(11):1317-23.
101. Hirota M., Takada T., Kawarada Y. et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo guidelines. // J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007; 14:78-82.
102. Keus F., Ahmed Ali U., Noordergraaf G.J. et al. Anaesthesiological considerations in small-incision and laparoscopic cholecystectomy in symptomatic cholecystolithiasis: implications for pulmonary function. A randomized clinical trial // Acta Anaesthesiol Scand. - 2007. - v.51, №8. P.1068-1078.
103. Keus F., de Jonge T., Gooszen H.G. et al. Cost-minimization analysis in a blind randomized trial on small-incision versus laparoscopic cholecystectomy from a societal perspective: sick leave outweighs efforts in hospital savings. // Trials. — 2009. — Volume 10, Number 1 — Page 80-92.
104. Keus F., Gooszen H.G., van Laarhoven C.J. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews.// Cochrane Database Syst. Rev. - 2010 - Jan.20 — (1):CD008318.
105. Kortram K., Reinders J.S.K., van Ramshorst B. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis should be performed by a laparoscopic surgeon. // Surgical Endoscopy. — 2010. — 24. — P.2206-2209.
106. Kurbanov F.S., Aliev Y.G. Results cholecystectomy from minilaparotomic access in patients with acute calculous cholecystitis. /

Abstracts of XIII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 september, 2013. - P. 129.

107. Laporte Roselo E. Cholecystectomy by laparoscopy. Apropos 200 cases // Med Clin (Bare). — 1992. — v.16, № 98. — P.734-737.
108. Lau H., Lo C.Y., Patil N.G., Yuen W.K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. // Surg Endosc. 2006;20:82-87.
109. Navez B., Ungureanu F., Michiels M. et al. Surgical management of acute cholecystitis: results of a 2 - year prospective multicenter survey in Belgium. // Surg. Endosc. — 2012 Sept. — v.26, №9. — P.2436 - 2445.
110. Nikfarjam M., Niumsawatt V., Sethu A. et al. Outcomes of contemporary management of gangrenous and non-gangrenous acute cholecystitis. // HPB (Oxford). 2011 Aug;13(8):551-8.
111. Sherlock Sh., Pooley Y. Diseases of the River and biliary System Blackwell Science. – 0th edition. – 714 p.2011.
112. Sherlock Sh., Pooley Y. Diseases of the River and biliary System Blackwell Science. – 10th edition. – 714 p.2011.
113. Sleeman D, Namias N, Levi D, Ward FC, Vozenilek J, Silva R, Levi JU, Reddy R, Ginzburg E, Livingstone A. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients.// J Am Coll Surg 2008 Oct;187(4):400-3
114. Snow L.L., Weinstein L.S., Hannon J.K., Lane D.R. Evaluation of operative cholangiography in 2043 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a case for the selective operative cholangiogram //Surg. Endosc. - 2011. - vol. 15(1). - P. 14 - 20.
115. To K.B., Cherry-Bukowiec J.R., Englesbe J.M. et al. Emergent versus Elective Cholecystectomy: Conversion Rates and Outcomes. // Surgical Infections. — December 2013. — v.14, №6. — P. 512-519.
116. Treska V., Skalicky T., Safranec J., Kreuzberg B. Injuries to the biliary tract during cholecystectomy. // Rozhl. Chir. - 2005. — v.1. - P. 90-97.

117. Tsushimi T., Matsui N., Takemoto Y. et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute gangrenous cholecystitis. // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2007. - v.17, №1. - P.14-18.
118. Thulstrup AM, Sorensen HT, Vilstrup H. Mortality after open cholecystectomy in patients with cirrhosis of the liver: a population-based study in Denmark.// Eur J Surg 2011 Sep;167(9):679-83
119. Thumbe V.K., Dorricott N.J. Investigation of bile ducts before laparoscopic cholecystectomy //J.S.L.S. - 2009. - №3(1). - P. 23 – 25
120. Tuech JJ, Pessaux P, Regenet N, Rouge C, Bergamaschi R, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2012; 12: 227-231
25 Ozmen MM, Kessaf Aslar A, Besler HT, Cinel I. Does splanchnic ischemia occur during laparoscopic cholecystectomy? Surg Endosc 2012; 16: 468-471
121. Tunon MJ, Gonzalez P, Jorquera F, Llorente A, Gonzalo-Orden M, Gonzalez-Gallego J. Liver blood flow changes during laparoscopic surgery in pigs. A study of hepatic indocyanine green removal. Surg Endosc 2009; 13: 668-672
122. Velazquez-Mendoza J.D., Villagran-Murillo F.J., Gonzalez-Ojeda A. Minilaparotomy vs. laparoscopic cholecystectomy: results of a randomized clinical trial. // Cir Cir. - 2012. - Mar-Apr, 80, №2. - P.115-121.
123. Zacharakis E., Angelopoulos S., Kanellos D. et al. Laparoscopic Cholecystectomy Without Intraoperative Cholangiography. // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. October. — 2007. — 17, №5. — P.620-625.