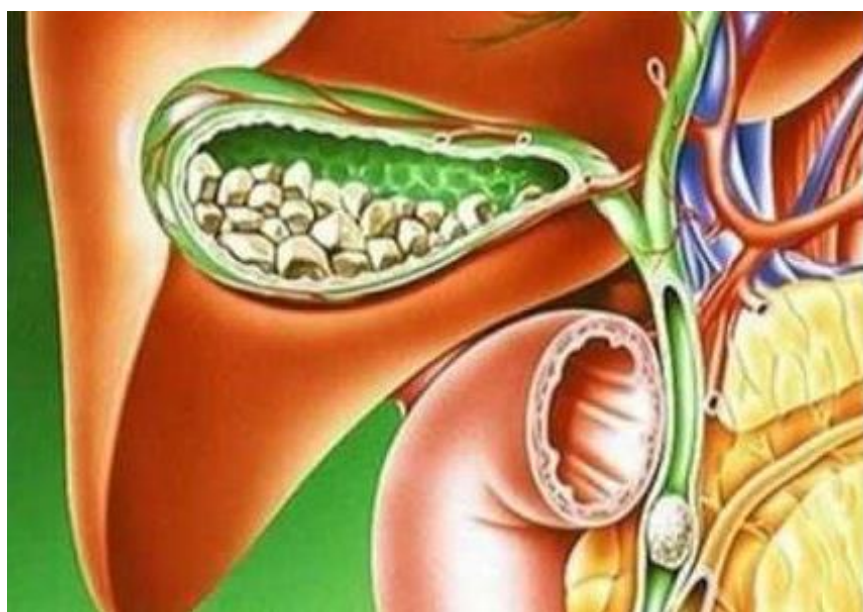


S.T. Xo‘jaboyev

Keksa yoshdagi bemorlarda o`l tosh kasalligini zamonaviy xirurgik davolash

MONOGRAFIYA



Samarqand – 2025 yil

Muallif:

Xo‘jaboyev S.T.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy jarrohlik kafedrası professor v/b, tibbiyot fanlari doktori

Taqrizchilar:

Qurbonyazov Z.B.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti jarrohlik kasalliklari, urologiya va transplantologiya kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Davlatov S.S.

Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital xirurgiya, urologiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Monografiya zamonaviy tibbiyotning eng murakkab va dolzarb muammolaridan biri - xolelitiyozga bag‘ishlangan. Unda kalkulyoz xoletsistitni, shu jumladan uning murakkab shakllarini minimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda jarrohlik davolashning zamonaviy yondashuvlari batafsil bayon etilgan. Endojarrohlik texnologiyalaridan foydalangan holda diagnostika, jarrohlik aralashuvlarga ko‘rsatmalar, minilaparotomiyaga kirish va endoskopik yordamli jarrohlik muolajalari masalalari yoritilgan. Maqolada turli usullardan foydalangan holda minilaparotomik xoletsistektomiya paytida olingan tadqiqot natijalari keltirilgan.

Monografiya rentgenologik diagnostika usullari, endoskopiya va intraoperativ fotosuratlar ma’lumotlari bilan tasvirlangan.

Monografiya Samarqand davlat tibbiyot universiteti ilmiy kengashining majlisida muhokama qilindi va ma’qullandi va nashrga tavsiya etildi.

"30" avgust 2025 yil.

Bayonnoma № 1.

Ilmiy kengash kotibi :

U.U. OCHILOV

KIRISH

Ma'lumotlariga ko'ra, "so'nggi o'n yil ichida o't pufagida tosh kasalligi (O'TK) va uning asoratlari bilan og'rigan bemorlarning soni keng miqyosda o'sdi. Bundan tashqari, o't yo'llarining shikastlanishi o't yo'llari jarrohligining eng jiddiy asoratlaridan biri bo'lib, jarrohlik aralashuvlarning doimiy takomillashib borayotgan texnikasiga qaramay, pasaymaydi. Qorin bo'shlig'i organlarida operatsiyalarni bajarishda o't yo'llarining intraoperativ shikastlanish chastotasi 0,09 - 3% ni tashkil qiladi. Qoidaga ko'ra, "ekstrahepatik o't yo'llarining (O'Y) yatrogenik shikastlanishi o't yo'llari bo'ylab jarrohlik paytida, ko'pincha xoletsistektomiya, kamroq tez-tez oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak va oshqozon osti bezi operatsiyalari paytida sodir bo'ladi". Hozirgi vaqtda laparoskopik xoletsistektomiya o't tosh kasalligini davolashda "oltin" standart sifatida ilgari surilmoqda, ammo bu turdagi jarrohlik aralashuv bilan o't pufagining shikastlanish xavfi ancha yuqori. Usulning xarakterli xususiyati kanalga zarar etkazishning yangi turi - gepatikokoledoxning termal kuyishi. Shu bilan birga, kist kanalini kesish paytida o't yo'llarining mexanik shikastlanish xavfini istisno qilish mumkin emas. Laparoskopik xoletsistektomiyaning yana bir xususiyati yuqori lezyonlar ulushining ortishi edi. "Umumiy jigar yo'li darajasidagi shikastlanishlar, lobar yo'llarining bifurkatsiyasi va izolyatsiya qilingan o'ng va chap yo'l yo'llari 69% ni tashkil qiladi, "an'anaviy" xoletsistektomiya bilan esa bunday jarohatlar 44,8% ni tashkil qiladi." Shu munosabat bilan o't yo'llarining yatrogen shikastlanishining oldini olish va jarrohlik yo'li bilan davolash gepatobiliar jarrohlikda dolzarb masala hisoblanadi.

Bugungi kunda jahon amaliyotida tashqi o't yo'llarining anatomik va topografik heterojenligini, ularning shikastlanishining etakchi omillaridan biri sifatida o'rganishga, shuningdek, yallig'lanish jarayoni sharoitida gepatoduodenal ligament sohasidagi to'qimalarning morfologik xususiyatlarini o'rganishga qaratilgan bir qator tadqiqotlar o'tkazilmoqda ushbu zonadagi asosiy tuzilmalar. Asosiy predispozitsiya qiluvchi omillarni o'rganish davom etmoqda, ular orasida nafaqat halokatli o'tkir xoletsistit va boshqa raqobatdosh safro patologiyalari, balki

anatomik anomaliyalar, shuningdek, noto'g'ri jarrohlik taktikasi, anatomik ma'lumotlarning noto'g'ri yo'nalishi va texnik xatolar, jarrohning mexanik ta'siri yoki qisqichlari bilan bog'liq sabablar ham ta'kidlangan.

Ayni paytda mamlakatimizda aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini tubdan yaxshilash va ko'lamini sezilarli darajada kengaytirish bo'yicha keng ko'lamli maqsadli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu yo'nalishda, xususan, o't pufagining yatrogen shikastlanishi bilan og'rikan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashda ijobiy natijalarga erishilmoqda. "2017-2021-yillarda O'zbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustuvor yo'nalishi bo'yicha Harakatlar strategiyasi"da aholining ijtimoiy himoyaga muhtoj toifalariga ularning to'liq hayot kechirishini ta'minlash uchun tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatish tizimini rivojlantirish va takomillashtirish vazifalari belgilangan. Shunga muvofiq, omilli tahlil orqali o't yo'llari shikastlanishini jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligini oshirish va jarrohlik taktikasini takomillashtirish ilmiy tadqiqotning dolzarb yo'nalishlaridan biridir.

"Asosiy o't yo'llarining shikastlanishlarini davolashdagi muvaffaqiyatsizliklarning asosiy sabablari o'z vaqtida tashxis qo'yish va o't yo'llari jarrohligi bo'yicha zarur tajribaga ega bo'lmagan jarrohlar tomonidan etarli bo'lmagan rekonstruktiv operatsiyalarni o'tkazishdir". Operatsiya paytida yoki operatsiyadan keyingi davrda tashxis qo'yilgan "yangi" o't yo'llarining shikastlanishlari uchun jarrohlik usulini tanlash bo'yicha konsensus yo'q. Skatrisial striktura yoki anastomoz etishmovchiligining tez rivojlanishi tufayli qoniqarsiz natijalar beradigan rekonstruktiv operatsiyalarga moyillik hali ham mavjud. Bir qator jarrohlar o'n ikki barmoqli ichak bilan anastomozlarga murojaat qilishadi, bu o'n ikki barmoqli ichak oqmasi yoki reflyuksli xolangit, anastomoz strikturasining rivojlanishiga olib keladi. O't yo'llarining shikastlanishini davolash taktikasida hal qiluvchi omillar jarrohlik usulini tanlashga ta'sir qiladi: shikastlanishning tabiati va joylashuvi, kesilgan yo'lning holati, jarohatni tashxislash vaqti va o't yo'llarining rekonstruktiv jarrohlik amaliyotiga ega bo'lgan jarrohning mavjudligi. O't pufagining yatrogenik shikastlanishini davolashning

ishlab chiqilgan usullari, o'z vaqtida va to'g'ri qo'llanilganda, bemorlarning ko'pchiligiga yaxshi natijalarga erishish imkonini beradi, garchi operatsiyadan keyingi asoratlari 48,7% ga etadi.

O'tkazilgan adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, hozirgi vaqtda o't pufagining yatrogen shikastlanishlarini davolash va diagnostika taktikasi zamonaviy jarrohlikning dolzarb va to'liq hal qilinmagan muammolaridan biridir. Taqdim etilgan ma'lumotlar qorin bo'shlig'i jarrohliligining dolzarb muammolaridan biri sifatida asosiy o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishini davolash natijalarini yaxshilash uchun optimal diagnostika algoritmi va jarrohlik taktikasini izlash va ishlab chiqishga imkon beradi.

I BOB.

JARROHLIK XAVFI YUQORI BO'LGAN SHAXSLARDA SURUNKALI KALKULYOZ

XOLETSISTITNI DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

O't tosh kasalligi (O'TK) eng keng tarqalgan patologiyalardan biri bo'lib, chastotada aterosklerozdan keyin ikkinchi o'rinda turadi [14,29,56,137,195]. Shunday qilib, 6-Jahon gastroenterologlar kongressining ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining taxminan 10% xolelitiyozdan aziyat chekadi va bemorlar soni har o'n yilda taxminan 2 baravar ko'payadi [46,123,167,191,219].

Xolelitiyoz bilan kasallanish dunyoning turli kengliklarida farq qiladi [14,53,123,234,246]. Xolelitiyozning yuqori tarqalishi G'arbiy va Sharqiy Evropada, Shimoliy Amerikada, ayniqsa sanoat rivojlangan mamlakatlarda kuzatiladi. Shunday qilib, Buyuk Britaniyada aholining taxminan 39,5% o't tosh kasalligidan aziyat chekadi [4,34,75,123].

Umuman olganda, rivojlangan mamlakatlarning kattalar aholisining 15% gacha xoletsistolitiyoz kasalligi [8,17,32,196]. Birgina Qo'shma Shtatlarda 20 milliondan ortiq odam xoletsistolitiyozdan aziyat chekadi, har yili 1 million kishi tashxislanadi va har yili 600 000 dan ortiq xoletsistektomiya o'tkaziladi

[7,27,63,82,164,231]. Rossiyada xoletsistektomiyalar soni yiliga 100 mingdan oshadi [32,125,136].

So'nggi o'n yillikda minimal invaziv va endoskopik texnologiyalarning keng joriy etilishi, anesteziologiyaning rivojlanishi, diagnostikaning takomillashtirilishi, jarrohlik faolligining oshishi va bemorlarni kasallikning preklinik bosqichida davolash [2,9,13,25,59,178] tufayli o't yo'llari xirurgiyasi sohasida ma'lum yutuqlar bilan ajralib turdi.

Bugungi kunda asoratlanmagan xolelitiyozni rejalashtirilgan jarrohlik davolash juda qoniqarli natijalar beradi va operatsiyadan keyingi minimal o'limni (0,2-0,3%) ta'minlaydi [49,71,168,193].

Vaziyat murakkab xolelitiyoz bilan, ayniqsa jarrohlik xavfi (ESR) yuqori bo'lgan odamlarda ancha yomonroqdir [1,20,39,137,184,228]. Bu fakt xolelitiyozni davolash muammosini dolzarb qiladi, chunki u ko'pincha katta yoshdagi guruhlarda uchraydi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 60 yoshdan oshgan aholining to'rtidan bir qismida va 70 yoshdan oshgan aholining uchdan birida o't pufagida toshlar mavjud [1,16,59]. Albatta, bu muammo doimo saqlanib qolganligini ta'kidlash kerak.

Shunday qilib, 80-yillarda - 90-yillarning boshlarida. O'tgan asrda kalkulyoz xoletsistit va uning asoratlari bo'yicha operatsiyalardan keyin o'rtacha o'lim darajasi 6-10% ni tashkil etdi, POR guruhida 15 va hatto 30% ga etdi [3,8,29,178].

Hozirgi vaqtda ushbu muammoga ixtisoslashgan bir qator klinikalarning ma'lumotlariga ko'ra, o'lim kamdan-kam hollarda 2% dan oshadi [3,15,98].

Ko'rinib turibdiki, o'rtacha hisobda bugungi kunda vaziyat ancha qulay. Biroq, chuqurroq tahlil qilinganda, bu ko'rsatkichga past operatsion faollik tufayli erishilganligi ayon bo'ladi. Ma'lumki, tibbiy muassasaning faoliyatini baholash uchun nafaqat operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichlarini, balki jarrohlik faoliyatini ham hisobga olish muhimdir. "Yengil bemorlarni" operatsiya qilish va qolganlarini o'tkir xurujni "to'xtatib" bo'shatish qabul qilinishi mumkin emas va tez orada bu bemorlar og'ir asoratlar bilan boshqa kasalxonada operatsiya qilinadi

[46,81,149]. Natijada, bir qator yaxshi ko'rsatkichlarga qaramay, o'rtacha o'lim darajasi 5 va hatto 10% dan oshadi va bularning barchasi POR bilan kasallangan bemorlar guruhiga "rahmat" [1,20,138].

Operatsion xavfi yuqori bo'lgan guruhni aniqlash.

Davolash usulini tanlash va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni bashorat qilishda differentsial yondashuv uchun xavf omillarini baholash muhim ahamiyatga ega, bu bizga xavf guruhlarini aniqlash va bemorlarning ahvolini miqdoriy baholash imkonini beradi [1,13,28,30,45]. Amaliy tibbiyotda keng qo'llanilgan muvaffaqiyatli misollar orasida yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini baholash uchun Apgar shkalasi va jarrohlik xavfini baholash uchun Gologorskiy V.A shkalasi mavjud [13,28,62,156].

So'nggi o'n yilliklarda bemorlarning ahvolining og'irligini miqdoriy baholash muammosi tobora dolzarb bo'lib qoldi. Buning sababi shundaki, bemorning ahvolini obyektivlashtirish o'limga olib keladigan oqibat ehtimolini, umumiy kasalxonaga yotqizish va bo'limda qolish muddatini taxmin qilish va terapiya samaradorligini baholash imkonini beradi. Ko'pgina tadqiqotchilar bemorning ahvolining og'irligini baholashni obyektivlashtirish zarurligi haqida yozadilar [1,20,113].

Tabiiyki, YQTT bilan og'rigan shaxslarda har qanday jarrohlik aralashuvi xavfi birinchi navbatda yurak-qon tomir tizimining patologik holati, NOT va chuqur funktsional buzilishlar bilan bog'liq [1,41,62,178].

Muhim omil - bemorning yoshi [30,45,139]. Ma'lumki, bemorning yoshi operatsiya natijasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi va operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanishi uchun xavf omilidir [42,56,83].

60 yosh jarrohlik bemor uchun tasodifiy chegara emas. Demografik statistika shuni ko'rsatadiki, to'satdan o'limning ikkinchi cho'qqisi 60 yoshga to'g'ri keladi, chunki aynan shu yoshda (60 ± 5 yil) ba'zida jiddiy somatik kasalliklarning butun majmuasi to'planadi: yurakning ishemik kasalligi yoki

miyokard infarkti, o'rtacha umr ko'rishni 5-8 yilga, gipertoniya - 7 yilga, surunkali diabetga chalingan odamlarda - 5 yoshda. 4-8 yil [1,20,56].

Biroq, yosh bilvosita xavf omilidir, chunki 60 yoshdan oshgan bemorlarda operatsiya natijasi ularning pasport yoshi emas, balki og'ir birga keladigan kasalliklarning mavjudligi bilan sezilarli darajada ta'sir qiladi [1,54,76]. Bularning barchasi yoshni biologik (funktional, fiziologik, haqiqiy, haqiqiy) va tibbiyotda tubdan yangi tushuncha bo'lgan "klinik" ga ajratish zaruratini keltirib chiqardi [54,63,149,213].

Klinik yosh tananing asosiy hayotni qo'llab-quvvatlovchi tizimlari - markaziy asab, yurak-qon tomir, nafas olish, neyroendokrin va immun tizimlarining funktsiyalariga ta'sir qiluvchi asosiy va birga keladigan kasalliklar tomonidan o'rtacha umr ko'rishning potentsial chegaralanish darajasini aks ettiradi [1,54,61,167,196,234].

Yana bir muhim xavf omili - bu "aralashuvning shoshilinchligi", aynan shu omil keksa va keksa bemorlarni davolash natijalariga qattiq ta'sir qiladi. Ushbu guruhdagi shoshilinch operatsiyalar o'lim va operatsiyadan keyingi asoratlarning 7 baravar yuqori bo'lishi bilan birga keladi [54,63,167,224].

Ko'pgina mualliflar xavf omillari sifatida kasallikning davomiyligi, xurujlar soni va kasalxonaga yotqizilgan vaqtni hujum paytidan boshlab o'z ichiga oladi [35,67].

Anesteziologik amaliyotda jarrohlik aralashuvining yakuniy natijasini baholash keng tarqalgan operatsiya bo'lib, u turli tasniflardan foydalangan holda amalga oshiriladi, chunki keng ko'lamli jarrohlik operatsiyalarida foydalanish uchun yagona, umumiy qabul qilingani yo'q [13,28].

Jarrohlik xavfi darajasi tasniflarining xilma-xilligi ular hali ham takomillashtirishga muhtojligini va anesteziologiya va jarrohlikning amaliy ehtiyojlarini to'liq qondirmasligini ko'rsatadi.

Ularning asosiy vazifasi bemorning ahvolini chuqur va obyektiv operatsiyadan oldin baholash bo'lib, bu bemorning ahvolini skrining tahlilini o'tkazish imkonini beradi, ayniqsa favqulodda vaziyatlarda, bemorlarni keyingi

davolash taktikasi bo'yicha tez va to'g'ri qaror qabul qilish zarur bo'lganda [13,137].

Bemorning ahvolining og'irligini baholash uchun birinchi tizimlar o'ziga xos bo'lmagan va birinchi navbatda jarrohlik bemorlarda asoratlar ehtimolini taxmin qilish uchun mo'ljallangan edi. Shunday qilib, taklif qilingan PNI indeksiga ko'ra 1980 r. G. Buzby va boshqalar og'ir ahvolda bo'lgan bemorlarda asoratlar ehtimolini aniqlashi mumkin edi. Biroq, PNI ning natija bilan bog'liqligi etarlicha kuchli emas edi [193,218].

TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) tizimi taklif etiladi 1974 r. D. Kallenvahammualif . [196]. U bemorning ahvolining og'irligini uni boshqarish uchun zarur bo'lgan tadqiqot va davolash usullarining soni va murakkabligiga qarab baholaydi hamda barcha diagnostika va davolash tadbirlarini 4 guruhga ajratadi. Tizim dastlab vaziyatning og'irligini obyektiv baholash uchun ishlab chiqilgan, ammo 1980-yillarda yanada aniqroq tizimlarning paydo bo'lishi bilan u o'z ahamiyatini yo'qotdi. Hozirgi vaqtda TISS intensiv terapiya bo'limlarida ish yukini va zarur bo'lgan hamshiralar sonini aniqlash, shuningdek resurslardan oqilona foydalanish uchun tobora ko'proq foydalanilmoqda [196].

IN 1996 r. M. Reis va boshqalar. [236] Soddalashtirilgan terapevtik aralashuvni baholash tizimi (TISS-28) deb nomlangan tizimning qisqartirilgan versiyasi ishlab chiqildi, bunda hisobga olingan mezonlar soni 28 taga qisqartirildi. Bemorning ahvoli og'irligini, reanimatsiya xodimlari va reanimatsiya bo'limining ish yukini taqsimlashda soddalashtirilgan versiya TISS-76 o'rnini bosishi mumkinligi aniqlandi.

V.Knaus boshchiligidagi tadqiqotchilar guruhi bemorning ahvolining og'irligini baholash tizimini ishlab chiqishda APS skorlama tizimini yaratish yo'lini oldilar. Keyinchalik ular bemorlarni ahvolining og'irligiga qarab tartiblashda nafaqat o'tkir gomeostaz buzilishlarini, balki surunkali kasalliklar mavjudligini ham hisobga olish kerak degan xulosaga kelishdi. Shunday qilib paydo bo'ldi APACHE (O'tkir fiziologiya, yosh, surunkali sog'likni baholash) tizimi [28,197]. Ushbu usulga ko'ra, 34 ta klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari

tahlil qilinadi va ular o'rtacha fiziologik ko'rsatkichlardan qanchalik uzoqlashganiga qarab 0 dan 4 ballgacha qiymatlar bilan belgilanadi. Yakuniy jiddiylik ko'rsatkichi barcha og'ishlarni yig'ish orqali aniqlanadi.

1985 yilda shu mualliflar original tizimni soddalashtirib, APACHE II tizimini foydalanish uchun taklif qilishgan [28]. U intensiv terapiya bo'limlarida 5815 bemorni tahlil qilish asosida ko'p markazli (13 klinika) tadqiqotiga asoslangan. Tizim birinchi versiyaga kiritilgan 12 ta mezonni o'z ichiga oladi va yosh va birga keladigan surunkali kasalliklarni hisobga oladi. APACHE II tizimining birinchi versiyasi kabi, u halokatli natija ehtimolini logistik regressiya modeli yordamida hisoblash imkonini beradi. Bunday hisoblash qo'shimcha ma'lumotni talab qiladi. Ballarga qo'shimcha ravishda, APACHE II jarrohlik shifoxonasida shoshilinch kasalxonaga yotqizish omilini, shuningdek, intensiv terapiya bo'limiga yotqizishga olib kelgan asosiy diagnostik toifalar sonini o'z ichiga oladi.

Qo'shimchalar va o'zgarishlardan so'ng ARASNE-II tizimi 1991 yil. APACHE-III tizimiga aylantirildi [28,197]. Ikkinchisi bemorning ahvolini 5 ta asosiy guruhdan baholash parametrlarini o'z ichiga oladi: a) yoshga bog'liq o'zgarishlar; b) surunkali patologiyaning mavjudligi; v) fiziologik ko'rsatkichlar; d) kislota-ishqor balansi (KIB) va qonning gaz tarkibi haqidagi ma'lumotlar; d) nevrologik holat.

APACHE-III tizimi amaliy foydalanish uchun (ayniqsa, o'lim xavfini baholash uchun) juda ishonchli va prognostik ahamiyatga ega bo'lsa-da, uni keng qo'llashda ba'zi cheklovlar mavjud, asosiysi shundaki, shkala sepsis bilan og'rgan bemorning alohida a'zolari va tizimlarining etishmovchiligi darajasi va xarakterini aniq aniqlashga imkon bermaydi.

MODS (Multiple Organ Dysfunction Score) tizimi 1985 yilda J. Marshall, D. Cook va N. Kristou tomonidan taklif qilingan. U organizm tizimlaridagi disfunktsiya darajasini baholashni o'z ichiga oladi - u nafas olish, buyrak, jigar, gemostatik, yurak-qon tomir va asab tizimlarining buzilishlarining og'irligini

aniqlaydi. Umumiy MODS balli 6 ta gomeostaz tizimining har biri uchun ballar yig'indisidir. Minimal ball 0, maksimal ball 26 ball [189].

J.-R. Le Gall va boshqalar. (1984) APACHE tizimidan eng informatsion ko'rsatkichlarni aniqladilar, ular asosida APACHE shkalasi bilan bir xil ma'lumotlarni baholash tamoyillariga asoslangan SAPS shkalasini ishlab chiqdilar [13]. Maksimal ballar (har bir tizim uchun bitta) umumlashtiriladi va yakuniy natija reanimatsiya bo'limida bemorlarni davolash natijalari bilan juda yaxshi bog'liq. Biroq, ko'rsatkichlarni ballarga bo'lish tamoyillari subyektivdir, bu esa ushbu shkalaning axborot mazmunini sezilarli darajada kamaytiradi.

Keyinchalik J.-R. Le Gall va boshqalar. ushbu shkalani (SAPS-II) takomillashtirdi va 1995 yilda ko'p sonli xususiyatlarni multifaktorial tahlil qilish va reanimatsiya bo'limidagi bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun ballar diapazonlarini obyektiv aniqlashga asoslangan tubdan yangi LOG shkalasini taklif qildi [28]. Bemorning ahvolining yakuniy og'irligini aniqlash uchun ballarni yig'ish printsipli bir xil bo'lib qoldi.

Mavjud tasniflarning nomukammalligi jarrohlik xavfi ko'pincha shifokorning subyektivligi asosida bashorat qilinishiga olib keladi, ya'ni "operatorga bog'liq" omil [17,78].

Shunday qilib, xavf omillari bir-biri bilan murakkab munosabatda bo'lib, bu munosabatlarni aniqlash kerak. Ma'lum bo'lishicha, hozirgi kunga qadar operatsion xavf darajasini belgilaydigan xavf omillarining samarali, umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas. Operatsion xavf mezonlarini samarali, adekvat va shuning uchun ilmiy tasniflash orqali erishish mumkin bo'lgan ushbu omillarni obyektivlashtirish zarurati mavjud .

Jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda surunkali kalkulyoz xoletsistitni davolash taktikasi bo'yicha qarashlarning evolyutsiyasi.

Langenbux tomonidan amalga oshirilgan birinchi xoletsistektomiyadan so'ng 100 yildan ko'proq vaqt davomida xolelitiyoz uchun jarrohlik taktikasi

sezilarli o'zgarishlarga duch keldi va uning rivojlanishida bir qancha davrlarni bosib o'tdi [51,58,156].

Ulardan birinchisi, biliar aralashuvlarning taxminan boshlanishidan 1930-yillarning o'rtalarigacha bo'lgan davrni qamrab olgan, kutish va ko'rish yondashuvi bilan tavsiflangan. O'sha paytda jarrohlik faolligi 2% edi [51,68,125].

Xolelitiyozning og'ir, hayotga xavf tug'diradigan murakkab shakllarida jarrohlik amaliyotini o'tkazish kerak deb hisoblar edi. Bundan tashqari, ular ko'pincha umumiy o't yo'lini qayta ko'rib chiqish uchun ochishga murojaat qilishdi. Davolash natijalari umidsizlikka uchradi, o'lim darajasi 50% ga etdi [45,79,138,251].

Ikkinchi davr (1935-1956) faol jarrohlik taktikasini qo'llab-quvvatlovchilar sonining ko'payishi bilan tavsiflanadi [51,97,138]. Bu vaqtga kelib, kutish va ko'rish usulining salbiy tomonlari allaqachon ayon bo'lgan edi. Bir qator bemorlarda rivojlangan og'ir asoratlarning ularning o'limiga olib keldi. O't pufagida, atrofdagi organlar va to'qimalarda yallig'lanish jarayonining rivojlanishini taxmin qilish qiyin edi. Ulug' Vatan urushi oldidan va ayniqsa undan keyin jarrohlarning katta qismi (A. N. Bakulev, N. I. Blinov, V. R. Braitsev, B. A. Petrov va boshqalar) kasallikning o'tkir davrida operatsiyalarni o'tkazishni boshladilar [5,17,67,145,231]. Ayrim klinikalarda jarrohlik faolligi 80% ga yetdi [21,89,145,195,231]. Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi "sovuq" davrdagi operatsiyalarga qaraganda (6-10%) yuqori bo'lsa-da, o'tkir xoletsistitning ilg'or shakllari bilan og'irgan bemorlarning soni sezilarli darajada kamaydi, bu umuman o't pufagining o'tkir yallig'lanishini jarrohlik davolash natijalarini yaxshiladi [5,31,156,187].

Oldin 1956 yil. SSSRda xoletsistit bilan og'irgan bemorlar terapevtik klinikalarda davolangan va faqat o'tkir xoletsistitning murakkab bosqichida jarrohlarga topshirilgan. Xolelitiyozli bemorlarni jarrohlarga o'tkazish davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga yordam berdi [5,67,145,195].

Safro jarrohligi rivojlanishining uchinchi davri davolash taktikasiga noaniq yondashuv bilan tavsiflangan. Uning muhim bosqichlari sifatida Butunittifoq

jarrohlar jamiyati Kengashining Leningrad (1956) va Kishenev (1976) plenumlari ko'rib chiqilishi kerak [31,104].

Faol taktika tarafdorlari (A. M. Javadyan, V. I. Struchkov va boshqalar) kalkulyoz xoletsistitning o'zini uning shakli, umumiy holati va bemorning yoshidan qat'iy nazar, jarrohlik uchun ko'rsatma deb hisoblashgan [51,63,134]. Keyinchalik bu yondashuvning salbiy oqibatlarini ayon bo'ldi. Aralashuvlar asosan yetarlicha tekshirilmagan bemorlarda amalga oshirildi. Yallig'lanish o'zgarishlari tufayli operatsiyalar ko'pincha katta texnik qiyinchiliklarni o'z ichiga oladi va gepatoduodenal ligament va qo'shni organlarning hayotiy tuzilmalariga zarar etkazish bilan birga keladi. Bunday holda, jarrohlik aralashuv ko'pincha radikal bo'lmagan [27,78,145] bo'lib chiqdi. Shu munosabat bilan postxoletsistektomiya sindromi muammosi ancha keskinlashdi [74,90,121,136]. O'lim va asoratlarning ortishi qayd etildi. O'lim darajasi, ayniqsa, POR bilan og'rigan bemorlarda va o'tkir xoletsistitning ilg'or shakllari bo'lgan bemorlarda yuqori bo'lib, V. I. Struchkovning fikriga ko'ra, 37,1% ga yetdi [1,37,49,78,103].

Diametrik jihatdan qarama-qarshi fikrlar ham bildirildi. Shunday qilib, konservativ taktika tarafdorlari (V.V.Vinogradov, Malle-Gi, Doliotti va boshqalar) o'tkir hujumni to'xtatishga, kasallikni "sovuq" davrga o'tkazishga, bemorni tekshirishga va shundan keyingina operatsiya qilishga harakat qilishdi. O'lim darajasi 2% ni tashkil etdi. Biroq, (yuqori operatsion xavf) YOX guruhidagi bemorlarning muhim qismi operatsiyadan bosh tortgan [9,30,49,78,91,186].

Shunday qilib, xolelitiyoz uchun jarrohlik taktikasini ishlab chiqishning dastlabki davrlari jarrohlik aralashuvi yoki jarrohlikdan voz kechish to'g'risida qaror qabul qilishda ikkita ekstremal holatdan qochish kerak degan xulosaga kelishga imkon berdi: har qanday holatda ham radikal operatsiyani o'tkazish istagi - xoletsistektomiya, chunki bemorlarda o'lim darajasi yuqori, surunkali va surunkali surunkali yoki etarli darajada aralashuvni amalga oshirmaslik [1,49,56,128]. Shunday qilib, o't pufagini sanitariya qilmasdan mikroxoletsistostomiya qo'yish majburiy kechiktirilgan xoletsistektomiyani talab qiladi, ammo xavf juda katta bo'lishi mumkin [16,30,89]. Shu bilan birga, "faqat

hayotiy ko'rsatkichlar bo'yicha jarrohlik davolash mumkin" degan yozuv bilan kasalxonadan chiqarilgan bemorlarning ko'plab holatlari ma'lum bo'lib, ular diffuz peritonit, og'ir sariqlik yoki oshqozon osti bezi nekrozi ko'rinishidagi "hayotiy ko'rsatkichlar" paydo bo'lgunga qadar deyarli to'xtovsiz bir-biridan keyin hujumlardan aziyat chekdilar. Operatsiya esa yaxshi natijalarni kutish mumkin bo'lmagan eng noqulay davrda amalga oshirildi [23,56,92,167].

Xolelitiyazni jarrohlik davolash usullarini ishlab chiqish konservativ davolash usullarini ishlab chiqish bilan parallel ravishda davom etdi, bu YOX bilan og'rigan bemorlarda boshi berk ko'chadan chiqish yo'li bo'lar edi [17,30,49,67,134,204].

Qadim zamonlardan beri keng tarqalgan xoleretik terapiya usuli nafaqat o'zini ko'rsatmadi, balki zararli ekanligini ham isbotladi, chunki u qo'zg'atadigan toshlarning ko'chishi obstruktiv xoletsistit, mexanik sariqlik va oshqozon osti bezi nekrozi bilan birga keladi [11,67,96,167,216].

Zamonaviy konservativ usullarga dori eritmasi va ekstrakorporeal zarba to'liqini litotripsia (EZTL) kiradi [11,40,58,117].

Umuman olganda, jarrohlikdan qochish g'oyasi, albatta, juda jozibali. Biroq, dori-darmonlarni davolash har doim bir qator kamchiliklar bilan birga kelgan:

Davolash usulida jiddiy cheklovlar. gacha bo'lgan suzuvchi xolesterin toshlari bo'lgan bemorlarda eng yaxshi natijalarga erishildi 5 mm. Tajriba shuni ko'rsatadiki, bunday bemorlarning soni 15% dan oshmaydi.

Usulning samarasizligi. Eng ehtiyotkorlik bilan tanlash bilan ham, bemorlarning 50-60% dan ko'p bo'lmagan toshlarni eritib yuborish mumkin.

Yuqori relaps darajasi. Dori eritmasidan keyingi dastlabki 5 yil ichida toshlar har yili bemorlarning 10 foizida qayta shakllanadi.

Davolash kursining davomiyligi. Bundan kattaroq toshlar 1,5 smerishi uchun 2 yildan ko'proq vaqt ketishi mumkin.

Shunday qilib, o't pufagidagi toshlarni eritish uchun dori vositalarini qo'llash bo'yicha ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatadiki, davolash yosh va semiz

bo'lmagan yagona toshli bemorlarda eng samarali hisoblanadi [11,40,117]. Bu YOX guruhiga hech qanday tarzda mos kelmaydi, bu ushbu dorilarning retsepti uchun asosiy ko'rsatkich edi [30,57,189,216].

80-yillarning o'rtalaridan boshlab, klinik amaliyotda xolelitiyozni davolashning jarrohlik bo'lmagan usuli bo'lgan EZTL paydo bo'ldi. Bu boradagi dastlabki g'ayratli sharhlar davolanish natijalarini yanada ehtiyotkorlik bilan baholashga yo'l ochdi va bugungi kunga kelib, xolelitiyozni davolashda EZTL ning roli juda kamtar [95, 202].

EZTL dan foydalanish bo'yicha ko'rsatmalar asosan mahalliy va xorijiy mualliflarning [93,117,171,234] asarlarida batafsil ishlab chiqilgan dori-darmonlarni davolash bilan bir xil. Ushbu protsedura uchun mos bo'lgan bemorlarning soni o't pufagi kasalligi bilan og'riganlarning 30% dan oshmaydi va toshlarning to'liq parchalanishi bemorlarning 70% dan ko'p bo'lmagan hollarda uchraydi. Aslida, usul 0,5 - [40,94] diametrli yumshoq xolesterin toshlari bo'lgan bemorlarda samarali bo'ladi 1,5 smva bular YOX bilan og'rigan bemorlar emas.

1980-yillarning o'rtalarida o't pufagidagi toshlarni kontaktli eritish ham taklif qilindi. Ammo bu usul ham keng tarqalmagan, chunki qattiq dietaga rioya qilish har doim ham mumkin emas va kam va qimmat relapsga qarshi dori-darmonlarni (xenodeoksixolik va ursodeoksixolik kislotalar) qabul qilish aralashuvdan keyin noma'lum vaqt davomida davom ettirilishi kerak.

Bu boradagi yana bir yo'nalish nafaqat o't pufagidan toshlarni olib tashlashga, balki keyinchalik uni yo'q qilishga qaratilgan tadqiqotlarga aylandi. Axir kasallikning qaytalanishini oldini olish usullaridan biri o't pufagining bo'shlig'ini obliteratsiya qilish, uni tsikatrik shnurga aylantirish bo'lib, bu shilliq qavat - shilliq qavatni yo'q qilish orqali erishiladi [47,105,196,218].

Hozirgi vaqtda ushbu muammoga bag'ishlangan adabiyot ma'lumotlari juda kam va qarama-qarshidir.

Tajribada mukoklazni amalga oshirish uchun turli fizik va kimyoviy vositalar qo'llaniladi [47,218]. J . P . MakGahanvaboshqalarboshq., Z.L.Ji vaboshqalaral ., C . Offergeldvaboshqalaral ., B.K. Shurkalin va boshqalar,

elektrokoagulyatsiya, CO₂ va AIG lazerlari va UB nurlanishidan foydalanganlar [105,196,218]. Ushbu mualliflarning fikriga ko'ra, ilgari o'tkir xoletsistitning ko'plab xurujlariga duchor bo'lgan bemorlarda devor sezilarli darajada qalinlashgan va shilliq qavatning elektrokoagulyatsiyasi alohida xavfsiz amalga oshirilishi mumkin.

Sinov qilingan kimyoviy vositalardan yod damlamasi, kumush, fenol va ammiakning suvli eritmalari sinovdan o'tkazildi [40,107,223]. Eng samaralisi 60% li fenol emulsiyasini 4 daqiqa ta'sir qilish bilan ishlatish edi, bu esa 4-kunga kelib epiteliya qoplamining to'liq desquamatsiyasiga olib keldi [40,60,136]. Bu yo'nalishda Xolmatov Sh.T. tomonidan ish olib borilib, bu maqsadda natriy gipoxloritning yaxshi samaradorligi ko'rsatilgan [40,117].

O't pufagining kimyoviy shilliq qavatini o'tkazishdan oldin, majburiy shart - bu kimyoviy moddaning umumiy o't yo'lga va intrahepatik yo'llarga kirishiga to'sqinlik qiladigan kista kanalining blokini yaratishdir [16,38,145,191].

O't pufagini ajratish uchun elektrokoagulyatsiya yordamida yoki AIG lazeri ta'sirida kista kanalining boshlang'ich qismini va bo'yinning qo'shni qismini obliteratsiya qilish amalga oshiriladi [93,108,156,238]. Natijada devorning shishishi kista kanalining doimiy bloklanishini ta'minlaydi [93].

Shu bilan birga, mukoklazni bajarish mutlaqo zararsiz manipulyatsiya emas. Birinchidan, elektrokoagulyatsiya usulidan foydalanganda, o't pufagining haqiqiy devorlarini aniqlashning iloji yo'qligi sababli, devorlarning teshilishi va undan kelib chiqadigan barcha asoratlar juda tez-tez sodir bo'ladi, ikkinchidan, kiritilgan kimyoviy vosita, albatta, butun organizm uchun zararsiz emas [93,103,238]. Bundan tashqari, o't pufagi blokirovka qilinganda unga oqishi, shuningdek, undagi toshlar o't pufagining obliteratsiyasi ehtimoliga ishonishimizga imkon bermaydi [35,67,108,189].

Shunday qilib, xoletsistotomiya qo'yilgandan keyin o't pufagini "o'chirish" g'oyasi bugungi kunda ham dalda beruvchi, ham dargumon.

Afsuski, amaliyot ko'rsatganidek, konservativ usullar ularga qo'yilgan umidlarni oqlamadi. Ular o'tkir xoletsistitda qo'llanilmaydi; surunkali holatlarda

ular samarasiz, relapslarning yuqori foizi bilan birga keladi va ba'zi hollarda shoshilinch jarrohlik tuzatishni talab qiladigan asoratlarni keltirib chiqaradi [36,78,123,241]. Litotripsiyaga urinish bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash sikatrik perikoletsistit tufayli yuzaga kelgan jiddiy texnik qiyinchiliklar bilan bog'liq. Va YOX bilan og'rigan bemorlarda bu usullar mutlaqo samarasizdir [1,93,215].

Ammo xolelitiyozni davolashda konservativ usullardan foydalanish ijobiy natijalar bergan hollarda ham, ularning barchasi xoletsistitga nisbatan patogen bo'lmagan bo'lib chiqdi. Batafsil 1882 r. Langenbux shunday deb yozgan edi: "O't pufagini toshlar borligi uchun emas, balki ularni hosil qilgani uchun olib tashlash kerak" [51].

Jarrohlik usullarining kamtarona natijalari va xolelitiyozni davolashning konservativ usullarida ba'zi umidsizliklar 20-asrning oxirida jarrohlikning eng yorqin sahifalaridan biri - endoskopik jarrohlikning paydo bo'lishi bilan mos keldi [22,31,41,58,146,195,234]. Bir necha yil ichida butun dunyoni zabt etgan endxirurgiyaning paydo bo'lishi ikkinchi frantsuz inqilobi sifatida baholandi [41,54,156,186,231]. Muhimligi nuqtai nazaridan, bu jarrohlik texnologiyasini asepsiya va antisepsisning tarqalishi, intubatsiya anesteziyasini joriy etish, ekstrakorporeal qon aylanish texnikasi yoki jarrohlik mikroskoplarini ishlab chiqish bilan solishtirish mumkin [58,78,123,245].

Endojarrohlik texnologiyasini joriy etish, birinchi navbatda, an'anaviy qorin bo'shlig'i jarrohligining eng muhim kamchiliklaridan birini - jarrohlik ob'ektiga uzoq muddatli travmatik kirish va organning o'ziga minimal aralashuv vaqti o'rtasidagi nomuvofiqlikni bartaraf etdi [43,48,128,189,217].

Ochiq xoletsistektomiyaga (OXE) nisbatan aniqlangan afzalliklari tufayli laparoskopik xoletsistektomiya (LCE) klinik amaliyotga kengroq kiritildi [2,4,21,95,178,256]. Shunday qilib, uni qo'llash bemorlarning erta faollashishiga va natijada operatsiyadan keyingi asoratlar sonining kamayishiga, operatsiyadan keyingi davrning qisqarishiga, mehnat qobiliyatini erta tiklashga va yaxshi kosmetik ta'sirga yordam berdi [21,46,81,123,178].

Ammo LCE dan foydalanish natijalaridan dastlabki eyforiya o'tdi. Jarrohlar majburiy hal qilishni talab qiladigan butunlay yangi muammolarga duch kelishadi [30,39,71,154,213,235].

Laparoskopik operatsiyalarning xarakterli xususiyatlaridan biri anatomik tuzilmalarni optimal ko'rishni ta'minlaydigan pnevmoperitoneum (PP) yaratish zarurati hisoblanadi [21,81,134].

Eng ko'p ishlatiladigan insuflatsiya gazi karbonat angidriddir. Qorin bo'shlig'i bosimining uzoq vaqt davomida o'sishi va qorin bo'shlig'ida karbonat angidrid mavjudligi ta'sirining kombinatsiyasi bemorning tanasiga, ayniqsa tananing zahiraviy quvvati pasayganda, kompleks ta'sirga ega [21,39,46,135,248]. Shu munosabat bilan, yurak-qon tomir tizimi va qon tomir tizimida PPni qo'llash xavfini oshiradigan buzilishlar aniqlanganda, bemor uchun jarrohlik aralashuvi muhim ahamiyatga ega bo'ladi [39,42,56].

Laparoskopik operatsiyalarning yana bir muhim muammosi og'riqni yo'qotishdir. LCEni bajarishda umumiy behushlik trakeal entübasyon va mushak gevşetici vositalaridan foydalanish bilan qo'llaniladi [13,28,78,143]. LCEni o'tkazish mushaklarning yaxshi gevşemesini va butun operatsiya davomida tegishli darajadagi behushlikni talab qiladi. Nerv-mushak blokadasi chuqurligi va behushlik darajasining pasayishi, diafragmaning mustaqil harakatlarining paydo bo'lishi, peristaltikani tiklash va boshqalar. nafaqat vizualizatsiyani murakkablashtiradi, balki jiddiy asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin [13,67,145].

Shunday qilib, YOX bilan og'rigan bemorlarda LCE ni o'tkazish umidlari, uning past jarohati tufayli, ancha kamtarona ko'rina boshladi.

1903 yilda ilgari surilgan g'oyalar rivojlana boshladi va amalga oshirila boshlandi . Rossiyalik ginekolog D.O. Ottom, qorin bo'shlig'i a'zolarini orqa vaginal teshigidagi kichik kesma orqali uzun ilgak-oy-nalar va yorug'lik manbai sifatida bosh reflektor yordamida tekshirgan [27,99,142].

1907 yilga kelib, u allaqachon tasvirlangan texnikadan foydalangan holda tos a'zolarida ba'zi operatsiyalarni bajargan [27,99,140,216]. Aynan shu printsip -

qorin devoridagi kichik kesma va qorin bo'shlig'ida etarlicha tekshirish va manipulyatsiya uchun qulay bo'lgan kattaroq zonani yaratish - M.I.Prudkov ga ko'ra "ochiq laparoskopiya elementlari" bilan minilaparotomiya texnikasining asosini tashkil qiladi. [96,99,101].

Bugungi kunga kelib, o't pufagini olib tashlash bo'yicha amalga oshirilgan operatsiyalarga asoslanib, uning maqsadga muvofiqligi va istiqbollari ko'rsatildi [34,78,134]. Ushbu aralashuvning past jarohati va uni POR bilan og'rigan bemorlarda qo'llash imkoniyatlarini hisobga olgan holda, men bu haqda batafsilroq to'xtalib o'tmoqchiman.

Xolelitiyazli bemorlarni davolashda minilaparotomik xoletsistektomiya.

Yuqorida ta'kidlanganidek, oxirgi 10-15 yil ichida o't pufagidagi tosh kasalligi jarrohligida laparoskopik jarrohlik amaliyotini joriy etish bilan jarrohlik davolashning turli jihatlarini tanqidiy qayta ko'rib chiqish amalga oshirildi. Laparoskopik xoletsistektomiya uchun zarur bo'lgan yuqori darajadagi texnik jihozlar ikkinchisini ochiq xoletsistektomiyaga nisbatan afzalliklarga ega (kosmetika, davolanish muddati va boshqalar) nufuzli operatsiyaga aylantirdi. Shu bilan birga, M.I. Prudkov [101] boshqa muqobil usullar adabiyotda yetarlicha reklama qilinmagan - tarang pnevmoperitoneum va qimmat uskunalarni talab qilmaydigan minilaparotomiya usulidagi operatsiyalar. Mualliflarning fikriga ko'ra, "ochiq" laparoskopiya texnikasi maxsus asboblarni yordamida va qorin devoridagi kesma 5 sm dan oshmaydigan vizual nazorat ostida takomillashtirilgan . - operatsiyaning "kosmetik" tabiati laparoskopik xoletsistektomiyadan kam emas.

Minilaparotomiya haqida gapirganda, bu atamani aniqlash kerak. Aksariyat ishlarda, shu jumladan, ushbu uslub asoschilarining (M.I.Prudkov va boshqalar) asarlarida bu berilmagan. I . Rozsosva boshqalarTa'riflangan operatsiyalarning eng ko'p soniga ega bo'lgan al .[239] (1575), kesma hajmiga qarab bir necha turdagi laparotomiyani aniqlaydi: mikrolaparotomiya (terining kesmasi 4 sm dan kam), u ko'pchilik operatsiyalarda qo'llagan; zamonaviy minilaparotomiya (4 mm kesma 6

sm), asosan xoledoxolitiaz yoki safro oqmalarida qo'llaniladi; klassik minilaparotomiya (uzunligi 6-8 sm uzunlikdagi kesma) va an'anaviy laparotomiya (uzunroq kesma bilan 8 sm).

Turli mualliflar tomonidan minilaparotomiyani o'tkazish usullarini ko'rib chiqayotganda, ularning xilma-xilligini ta'kidlash mumkin : 4 sm laparoskopik asboblari yoki modifikatsiyalangan jarrohlik asboblari yordamida ochiq laparoskopiyadan (asosan 2 dan kichikroq kesmalar bilan) foydalanishdan tortib, turli xil gilzalar va turli xil modifikatsiyalangan asboblardan foydalanishgacha (192). [101] .

Ochiq laparoskopiyani amalga oshirish uchun maxsus asboblari, jumladan, retraktorga o'rnatilgan qisqa laparoskop kerak; yoritgichli retraktorlar, retraktorlar va monitorga chiqadigan mikro videokameralari.

An'anaviy kirishdan xoletsistektomiyaning salbiy tomonlarini hisobga olgan holda adabiy ma'lumotlarni tanqidiy tahlil qilish, shuningdek, eksperimental tadqiqotlar 1992 yilda M.I. Prudkov va hammualliflari va minilaparotomiyadan xoletsistektomiya texnikasini joriy etish.

etarli texnik jihozlarsiz kichik kesmalardan (uzunligi 6 sm gacha) xoletsistektomiyani amalga oshirishga urinishlari bo'lgan 8 sm, bu ba'zi hollarda o'z mahoratini namoyish etishga urinish edi, balki bemorlar oldida ham. Biroq, qorin bo'shlig'ini to'liq ko'rib chiqilmaganligi sababli yuzaga kelgan ko'plab xatolar va asoratlar operatsiyaning kamroq shikastli ko'rinishini qoplay olmadi.

Hozirgi vaqtda vaziyat sezilarli darajada o'zgardi, chunki maxsus asboblari va asboblari yordamida ko'pchilik bemorlarda o't pufagi va gepatoduodenal ligamentga etarli darajada jarrohlik yo'lini olish va laparotomiya kesmasidan xoletsistektomiyani xavfsiz bajarish mumkin 3,5 sm. Yallig'lanish jarayonining kuchayishi bilan og'rigan bemorlarda ham , ultratovush tekshiruvi siydik pufagi devorining qalinlashishi va qo'sh konturini aniqlaganda va operatsiyadan oldingi diagnostikaning zamonaviy usullari o't yo'llarida (xoledoxolitiaz, papiller stenoz) va boshqa organlarda patologik o'zgarishlarni aniqlashga va iloji bo'lsa, ularni tuzatishga imkon beradi. 112, 127, 144].

Ushbu usulning asosiy afzalligi, uning tarafdorlarining fikriga ko'ra, past jarohatlar va bemorlarni erta faollashtirish imkoniyati, bu operatsiyadan keyingi asoratlarning sonini kamaytiradi, bemorlarning kasalxonada qolish muddatini va ish qobiliyatini tiklash davrini qisqartiradi va LCEga yaqinlashib, yaxshi kosmetik effekt beradi. Bundan tashqari, minilaparotomiyani laparotomiyaga o'tkazish chastotasi (3,8% dan 9,5% gacha) laparoskopik usuldan oshmaydi, garchi ikkinchisi, qoida tariqasida, asoratlanmagan xoletsistitli bemorlarda qo'llanilgan [170, 192].

Hozirgi vaqtda ko'plab mualliflar minilaparotomiya usulida ko'p sonli operatsiyalarga ega bo'lib, qorin bo'shlig'i a'zolarini to'liq qayta ko'rib chiqishning iloji yo'qligini usulning kamchiliklari deb bilishadi va ularda patologik o'zgarishlar aniqlanganda, jarrohlik davolash maxsus asboblardan foydalanishni talab qiladi.

Jarrohlik matbuotida minilaparotomiyaga kirishning turli texnik jihatlari muhokama qilinadi: uning hajmi va yo'nalishi, an'anaviy laparotomiyaga o'tish chastotasi va boshqalar. Minilaparotomiyadan foydalangan holda jarrohlik aralashuvlarda katta tajribaga ega bo'lgan mualliflar uning 2 dan 5 sm [116, 211, 230, 242] gacha bo'lgan o'lchamlarini maqbul deb hisoblashadi. Bunday holda, mualliflar ikkala pararektal [96, 145, 219, 258] va o'ng subkostal kirishdan foydalanadilar; Bundan tashqari, o'rta chiziq laparotomiyasi ham qo'llaniladi [190, 244, 261].

Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, minilaparotomiya usulida o't yo'llarida operatsiyalarni qo'llab-quvvatlovchilar qorin old devorida turli o'lchamdagi va yo'nalishdagi kesmalardan foydalanadilar, ammo ular uchun ko'rsatmalar ko'pincha subyektiv ravishda aniqlanadi, bu esa qo'shimcha o'rganish va obyektivlashtirishni talab qiladi. O.B.Milonov va boshqalarning (1990) ta'kidlashicha, jarrohning turli texnik xatolari ko'pincha noto'g'ri tanlangan jarrohlik yo'lidan kelib chiqqan bo'lib, bu ko'pincha a'zolar va to'qimalarning haddan tashqari shikastlanishiga va qon tomirlari va o't yo'llarining tasodifiy shikastlanishiga yoki boshqa asoratlarga olib keladi.

Umumiy statistika (o't yo'llarining shikastlanish chastotasi; operatsiya davomiyligi va operatsiyadan keyingi davolanish; gomeostazdagi o'zgarishlar va boshqalar) xoletsistektomiyada qo'llaniladigan jarrohlik usullarini qiyosiy baholash uchun har doim ham to'g'ri ma'lumot bermaydi. Shunday qilib, D.L.Pikovskiy ga ko'ra, va boshqalar (1996) asoratlanmagan va asoratlangan xoletsistektomiya natijalarini har doim ham tanqidiy baholay olmaydilar (ichki veziko-hazm qilish oqmalari, para-vezikal xo'ppozlar, xoletsistitning kuchayishi va boshqalar), garchi xoletsistektomiyaning og'irligi va xirurgik aralashuv bilan bog'liq bo'lmagan holatlar mavjud. LCE uchun asosiy ko'rsatkich.

Jarrohlik usulini tanlash masalasi (laparotomiya, minilaparotomiya yoki laparoskopik), ularga ko'rsatmalar va ularning organizmning gomeostazi va stress reaksiyalariga ta'siri munozarali bo'lib qolmoqda va etarli darajada o'rganilmagan, ammo adabiyotda minilaparotomiya va an'anaviy usullardan xoletsistektomiyaning ijobiy va salbiy tomonlarini baholash bo'yicha tadqiqotlar ham mavjud laparotomiya usullari [19, 215, 234, 261].

O.J.O'Dwyer va boshqalar. [215] – o'ng gipoxondriyadan ko'p bo'lmagan joyni qo'llash tarafdorlari 5 smochiq xoletsistektomiya laparoskopikdan ko'ra ko'proq shikastli bo'lishiga qaramay, tashqi nafas olish funksiyasiga ta'siri jihatidan laparoskopik xoletsistektomiyaga qaraganda kamroq xavfli deb hisoblashadi.

Bundan tashqari, bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, minilaparotomiya o'pka asoratlari (tashqi nafas olish parametrlarining kamayishi, hajmning buzilishi, pnevmoniya va atelegtazi va boshqalar), shuningdek, an'anaviy kirish usullaridan foydalangan holda operatsiyalarga nisbatan davolash vaqtini qisqartirishi ko'rsatilgan [14, 99, 144, 1900].

Bir qator mualliflar laparoskopik aralashuvlar paytida va undan keyin o'pka kasalliklarining kamligini ta'kidlaydilar [27, 134, 189, 217, 241]. Shu bilan birga, boshqa tadqiqotchilar LCE davrida nafas olish funksiyasidagi sezilarli o'zgarishlarni ta'kidlaydilar, chunki karboksiperitoneumning kuchlanishi natijasida sun'iy shamollatish parametrlarini tuzatish talab qilinishi mumkin

[13,34,59,130,163]. A.E.Borisov va boshqalar. [23] 66,7% da laparoskopik xoletsistektomiyaning turli bosqichlarida o'pka gipertenziyasi belgilari aniqlangan. Shuningdek, A. J. MakMahonva boshqalaral. [215], operatsiyadan keyingi og'riq sindromini, shu jumladan nafas olish funksiyasi va qonning kislorod bilan to'yinganligidagi o'zgarishlarni baholash bo'yicha randomizatsiyalangan tadqiqotga asoslanib (laparoskopik xoletsistektomiyadan so'ng 67 bemor va minilaparotomiya usulidan foydalangan holda 65 bemor), o'pka funksiyasining kamroq qisqarishi bilan kamroq og'riqli og'riq sindromini qayd etdi va qonning oksijenli xostelapuriksi bilan yaxshi qon ketishi; Usul tarafdorlari operatsiyadan keyingi o'limni kamaytirishda ikkinchisini muqobil deb hisoblashadi.

V.E.Fyodorov [129] laparoskopik (208 yilda) va minilaparoskopik (112 yilda) yondashuvlar yordamida amalga oshirilgan xoletsistektomiya paytida jarrohlik tajovuzkorlik omillarining qiyosiy tavsifi uchun bir qator jarrohlik tajovuzkorlik omillarini o'rganib chiqdi: jarohatdan kelib chiqqan og'riq sindromi (og'riq, qon ketishining o'zgarishi va qon ketishining buzilishi). esteziya, birga keladigan kasalliklarning kuchayishi, hissiy sohalaridagi o'zgarishlar va boshqalar. Shuni ta'kidlash kerakki, yuqoridagi tajovuzkor omillarning aksariyati sof subyektiv baholangan. Muallif o'z ma'lumotlariga asoslanib, avtonom nerv tizimining funksiyasini hisobga olgan holda, karboksiperitoneumni qo'llash (laparoskopik xoletsistektomiya uchun zarur) og'ir kasalliklarga (semizlik, angina pektoris, gipertoniya, bronxial) qo'shimcha davolashni talab qiladigan bemorlarda istalmagan oqibatlarga olib keladi degan xulosaga keldi. Minilaparotomiyadan foydalanishda ular juda taqqoslanadi, ammo yurak va nafas olish organlarining birgalikdagi kasalliklarida pnevmoperitoneumning salbiy ta'siri bo'lmagan minilaparotomiyadan foydalanish operatsiyalariga ustunlik beriladi.

Laparoskopik xoletsistektomiya paytida karboksiperitoneumga javoban, pastki ekstremitalarning venoz gemodinamikasida [120] va buyrak funksiyasida buyrak qon oqimi va glomerulyar filtratsiyaning [216] pasayishi bilan o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

o't yo'llarining yallig'lanish kasalliklarini jarrohlik davolashning noqulay natijalarining chastotasini kamaytirishning ikkita mumkin bo'lgan yo'nalishi mavjud :

1 - o't yo'llari va boshqa organlarni instrumental tekshirishning takomillashtirilgan usuli bilan laparoskopik usullarni takomillashtirish;

2 - agar laparoskopik usulni amalga oshirishning iloji bo'lmasa, muqobil yo'nalish minilaparotomiya ("ochiq laparoskopiya") va laparotomiya texnikasi bo'lishi mumkin [99, 154, 235]. Biroq, ko'pchilik nashr etilgan ishlarda muqobil sifatida faqat laparoskopik va laparotomiyali jarrohlik usullari qo'llanilgan. Biz ko'rib chiqqan adabiyotlarda jarrohlik stressining gormonal holatini hisobga olgan holda uchta texnikaning arsenalidan xoletsistektomiya usulini obyektiv tanlashga bag'ishlangan umumiy tadqiqotlar topilmadi, garchi ularning har biridan foydalanish tajribasi har xil afzalliklar va kamchiliklarni ko'rsatadi.

Yuqorida aytilganlar o't yo'llarining yallig'lanish kasalliklarini jarrohlik yo'li bilan davolashda minilaparotomiya imkoniyatlarini o'rganishni va minilaparotomiyadan o't yo'llarida jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalarni obyektiv aniqlashni talab qiladi.

Shunday qilib, agar xolelitiyoz bilan og'rigan yosh bemorlarda og'ir patologiya bilan og'rimagan bo'lsa, jarrohlik taktikasiga oid savollar bugungi kunga qadar munozaralarga sabab bo'lmasa, YOX bilan og'rigan bemorlar uchun aralashuvning vaqti va tabiati aniqlanmagan.

Afsuski, ko'p umidvor bo'lgan YOX bilan og'rigan bemorlarda xolelitiyoz uchun konservativ terapiya kutilgan samarani bermadi. Amaliyot shuni ko'rsatadiki, bemorlarning ushbu toifasida, agar asoratlar paydo bo'lsa, biz hali ham jarrohlik davolashga murojaat qilishga majburmiz.

Ko'p yillar davomida uni amalga oshirish usullaridan biri ochiq xoletsistektomiya (OXE) edi. Biroq, o'limning yuqori ko'rsatkichlari bugungi kunda uni asosiysi sifatida ilgari surishga imkon bermaydi. Bunga muqobil turli usullardan foydalangan holda xoletsistostomiya yaratish edi va shunday bo'lib qoladi. Biroq, YOX bilan og'rigan bemorlarda, uzoq vaqt davomida , bir qator

mualliflarning fikriga ko'ra, bu ham tez charchashga olib keladi. Va xolelsistostomiya orqali o't pufagini yo'q qilishga qaratilgan usullar bugungi kunda etarli darajada samarali emas.

Shunday qilib, mumkin bo'lgan asoratlardan xalos bo'lish uchun xolelitiyoz bilan og'rigan bemorlarni davolashning eng maqbul usuli radikal operatsiya - xolelsistektomiya bo'lib qolmoqda, bu YOX bilan og'rigan bemorlarda kam shikastlangan usul yordamida amalga oshiriladi.

Shu nuqtai nazardan, laparoskopik xolelsistektomiya (LXE) katta va'da berdi va bugungi kunda xolelitiyozni davolashda haqli ravishda etakchi o'rinni egalladi. Bo'limlarning yuqori texnik jihozlanishi va past travma, operatsiyadan keyingi asoratlarning past darajasi, kasalxonaga yotqizish va reabilitatsiya davrlarining qisqarishi LXEni xolelitiyozli bemorlarni davolashda "oltin standart" bo'lishiga imkon berdi.

Shu bilan birga, amaliyot shuni ko'rsatadiki, LXE imkoniyatlari cheksiz emas. Shunday qilib, uni amalga oshirishning asosiy kontrendikatsiyasidan biri og'ir birga keladigan kasalliklar bilan bog'liq bo'lgan, ya'ni YOX bilan og'rigan bemorlarda pnevmoperitoneumni qo'llashning mumkin emasligi.

Shu munosabat bilan, so'nggi yillarda minimal invaziv xolelsistektomiyaning yana bir varianti - minilaparotomiya - o't pufagidagi tosh jarrohliligida tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda.

Agar bugungi kunda jahon tibbiyot matbuotida LXE, uning imkoniyatlari, asoratlari, ko'rsatmalari va kontrendikatsiyasiga muhim o'rin berilgan bo'lsa, mini-access orqali o't pufagi kasalliklari uchun operatsiyalarga kamroq e'tibor qaratiladi. Garchi bir qator mualliflarning ishlari surunkali va o'tkir kalkulyoz xolelsistit uchun LXEni o'tkazishda bo'lgani kabi, OXEga nisbatan bir xil aniq afzalliklarni isbotlagan bo'lsa-da.

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, qorin bo'shlig'ining yuqori qismidagi bitishmalar, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining funktsional buzilishlarining og'irligi, yallig'lanish infiltratini aniqlash kabi holatlarda laparoskopik operatsiyalarni bajarish cheklovlari xolelsistotomiya uchun mini-

yaxshilikdan kengroq foydalanishning dolzarbligini belgilaydi. Muhim fakt - uni umumiy behushliksiz bajarish imkoniyati. Minilaparotomik xoletsistektomiyaning yuqorida qayd etilgan afzalliklari uni YOX bilan ogʻrigan bemorlarda xoletsistektomiya uchun tanlash usuli sifatida tavsiya qilish imkonini berishi mumkin.

Ushbu tadqiqot ishi buni oʻrganishga bagʻishlangan.

II BOB . MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Klinik kuzatishlarning xarakteristiklari

laparoskopik xoletsistektomiyaning (LXE) aniq afzalliklarini kamaytirmagan holda , Samarqand U Davlat Tibbiyot Instituti klinikasida 2001-2020 yillar davomida oʻziga xos koʻrsatkichlarga koʻra ochiq xoletsistektomiya, mini-xoletsistektomiyaning uchta asosiy usuli qoʻllaniladi: Shunday qilib, ushbu davrda ushbu jarrohlik aralashuvlarni oʻtkazgan bemorlar soni 17 yoshdan 84 yoshgacha boʻlgan 1293 bemorni tashkil etdi (2.1-jadval).

2.1-jadval.

SKX bilan ogʻrigan bemorlarda jarrohlik aralashuvlar oʻtkazildi

Y oʻ q.	Bajarildi jarrohlik aralashuvlar	Bemorlar soni	
		Miqdor	IN %
1	LXE	890	68.8
2	OXE	86	6.7
3	MLXE	317	24.5
Jami:		1293	100,0

Jadvaldan (2.1) koʻrinib turibdiki, eng katta ulushni LXE (68,8%) egallagan. Biroq, bir qator holatlarda biz xoletsistektomiyaning boshqa usullaridan foydalanganmiz.

Shunday qilib, CCHda LXE qilish uchun kontrendikatsiyalar quyidagilar edi:

1. yurak-qon tomir tizimi va qon aylanish tizimidagi buzilishlar, bu PPni qo'yishga to'sqinlik qiladi.
2. Operatsiyadan oldin hal qilinmagan xoledoxolitiaz
3. jarrohlik tuzatishni talab qiladigan qorin bo'shlig'i organlarining birgalikdagi kasalliklari mavjudligi
4. siydik pufagi bo'yni va gepatoduodenal ligamentda aniq tsikatrissial o'zgarishlar
5. yuqori qorin bo'shlig'ida oldingi operatsiyalar

Jarrohlik tuzatishni talab qiladigan qorin bo'shlig'i organlarining birgalikdagi patologiyalari, shuningdek, biliodigestiv anastomozlarni qo'yish zarur bo'lganda, laparotomiya usuli bilan jarrohlik aralashuv amalga oshirildi. Shu bilan birga, har doim jarrohlik davolashni talab qiladigan xolelitiyozning har qanday shakli ochiq aralashuvni amalga oshirish uchun ko'rsatma bo'lishi mumkinligi hisobga olingan.

Operatsiyadan oldin hal qilinmagan xoledoxolitiaz holatlarida, siydik pufagi bo'yni va gepatoduodenal ligamentdagi og'ir tsikatrissial o'zgarishlar va qorin bo'shlig'ining yuqori qismida oldingi operatsiyalarda minilaparotomiya usuli bilan xoletsistektomiya amalga oshirildi.

PPni qo'llashga to'sqinlik qiladigan YQTT va NOT kasalliklari bo'lgan bemorlarga kelsak va ular asosan YOX bilan og'rigan bemorlarga kelsak, biz ularda operatsiyadan keyingi o'lim darajasi yuqori bo'lganligi sababli ularda LXE va OXEni bajarishdan bosh tortdik.

YOX bilan YQTT bo'lgan bemorlarda xoletsistektomiya usulini tanlash uchun ushbu toifadagi 254 bemorni davolash natijalari tahlil qilindi. 17 holatda ular OXE, 20 holatda - LXE va 217 holatda - MLXEni amalga oshirdilar.

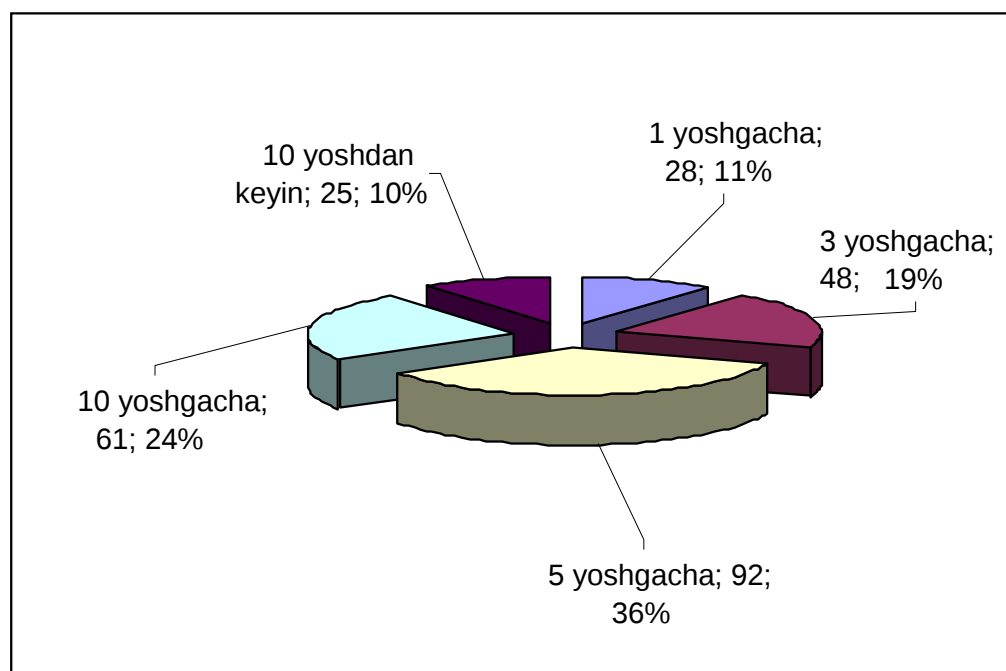
JSST mintaqaviy seminarida Kievda (.1962 yil) qabul qilingan yosh guruhlari tasnifiga ko'ra jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlangan (2.2-jadval).

Bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Yosh	Ayollar		Erkaklar	
	Miqdor	IN %	Miqdor	IN %
45-59 yosh	51	20.1	16	6.3
60-75 yosh	91	35.8	37	14.6
75 va undan katta	33	13	26	10.2
Jami:	175	68.9	79	31.1

2.2-jadvalda ko'rsatilganidek, 60 yoshgacha bo'lgan 67 (22,4%) bemor operatsiya qilingan. Bemorlarning 187 nafari (72,8%) 60 yoshdan oshgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi $63,4 \pm 3,5$ yoshni, yoshi esa 47 yoshdan 84 yoshgacha bo'lgan. Shunisi e'tiborga loyiqki, SKX asosan ayollarda kuzatilgan - 175 (68,9%) bemorlar va 79 erkaklar (31,1%). Shu bilan birga, jadvaldan ko'rinib turibdiki, erkaklar va ayollar nisbati yoshga qarab tenglashadi.

Anamnez ma'lumotlarini yig'ish xolelitiyozning davomiyligi bir necha oydan 30 yilgacha bo'lganligini aniqladi (2.1-rasm).

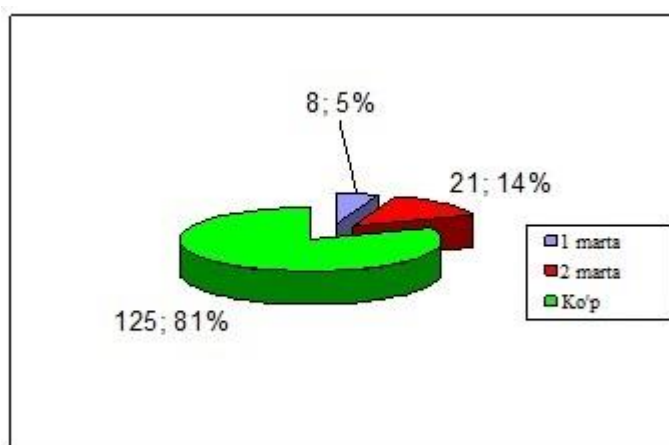


Rasm-2.1. YOX bilan og'rigan bemorlarda SKX davomiyligi

Taqdim etilgan diagramma 2.1.dan ko‘rinib turibdiki , eng ko‘p davolanayotgan bemorlar 5 yilgacha davom etadigan xolelitiyoz bilan og‘rigan bemorlar bo‘lib, bu 92 (36%) bemorda kuzatilgan. Kasallikning davomiyligi 10 yilgacha va undan ko‘p bo‘lgan 86 (35%) bemorlar bor edi. Ya'ni, xolelitiyozning davomiyligi haqiqati aniq.

Tabiiyki, bemorlar ko‘pincha og‘riqning bir nechta hujumlarini boshdan kechirishadi. Ularning chastotasi 2.2-rasmda aks ettirilgan. Shuni ta’kidlash kerakki, YOX bilan og‘rigan bemorlarda radikal jarrohlik tuzatish ko‘rsatmalarini aniqlaydigan asosiy omillardan biri hujumlarning chastotasi edi. Shunday qilib, bemorlarning 75% qisqa vaqt ichida og‘riqning takroriy hujumlari tufayli jarrohlik tuzatishdan o‘tdi. 33 (15%) holatda mexanik sariqlik belgilari mavjud bo‘lib, ulardan 26 (10,2%) holatda ERPXGo‘tkazildi. Qolgan 7 ta holatda bemorlarda anamnezda sariqlik borligi, ultratovush tekshiruvi umumiy o‘t yo‘lining normal chegarada ekanligi aniqlangan. Ular umumiy o‘t yo‘llarini qayta ko‘rib chiqishga imkon beruvchi MLXE dan o‘tdilar.

Ushbu tadqiqotning asosiy maqsadini hisobga olgan holda, birga keladigan kasalliklar asosiy patologiyaning og‘irligiga qanday ta’sir ko‘rsatishi o‘rganildi. Shu munosabat bilan 2.3-jadvalda aks ettirilgan turli xil birga keladigan kasalliklarning tuzilishi va chastotasi o‘rganildi.



Rasm. 2.2. YOX bilan og‘rigan bemorlarda og‘riqli hujumlarning chastotasi

OXE bilan ogʻrigan bemorlarda birgalikda patologiya

Yoʻq.	<i>Bilan bogʻliq kasalliklar</i>	n	%
1	Yurak-qon tomir kasalliklari	250	98.4
2	Semirib ketish	178	70.1
3	Siydik chiqarish tizimining kasalliklari	123	48.4
4	Nafas olish kasalliklari	96	37.8
5	Jigar kasalliklari	64	25.2
6	Oshqozon-ichak kasalliklari	59	23.2
7	Qandli diabet	34	13.4
8	Tizimli kasalliklar	7	2.8

Taqdim etilgan 2.3-jadvaldan koʻrinib turibdiki, yurak-qon tomir kasalliklari YOX bilan kasallangan deyarli har bir bemorda topilgan. Nafas olish organlari kasalliklari 96 (37,8%) bemorda, qandli diabet 34 (13,4%) bemorlarda qayd etilgan. Shubhasiz, koʻplab kasalliklarning mavjudligi ularni YOX guruhiga kiritadi.

Bemorlarning ushbu guruhida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik jarayonida birga keladigan kasalliklarning mavjudligi alohida eʼtibor talab qiladi. Ikkinchisiga yurak-qon tomir va nafas olish tizimining buzilishlarini tuzatishdan tashqari, suv-elektrolitlar va boshqa turdagi metabolik kasalliklarni tuzatish, oʻtkir jigar va buyrak etishmovchiligining oldini olish kiradi.

Tekshiruvdan oʻtgan bemorlarning 57 nafari foydalanilgan uch turdagi kirishning har birining shikastlanish darajasini va amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlarni qiyosiy baholash uchun tekshirildi. Bemorlar Biz stress gormonlarining holatini oʻrgandik. Qoida tariqasida, organizmning stress va shikastlanishga gormonal javobini oʻrganish uchun adrenokortikotrop gormon oʻrganiladi, bu bir qator mualliflarning fikriga koʻra, tananing neyroxumoral reaksiyasining butun spektrini toʻliq aks ettirmaydi. Shuning uchun stressga

neyrogumoral javobning turli tarkibiy qismlarini (prolaktin, kortizol, qalqonsimon gormonlar) o'rganish minimal invaziv deb ataladigan aralashuvlar qanchalik kam shikast ekanligini obyektivroq ko'rsatishi mumkin.

M.I.ga ko'ra 20 holatda (37,84%) - LXE va 20 holatda (32,43%) - MLXEda o'rganildi. Prudkov. Bunday holda, xoletsistektomiyaning har qanday usulini qo'llash ham ko'rsatmalar, ham bemorning o'zi istaklari bilan belgilanadi.

Bemorlarni tekshirish usullari .

Bemorning operatsiyadan oldingi tekshiruvi ushbu guruh bemorlarini davolashda, ayniqsa kichik jarrohlik operatsiyalarida (minilaparotomiya) juda muhim bosqichdir. SKX ning klinik ko'rinishining xilma-xilligini, uning boshqa qo'shma patologiyalar bilan tez-tez kombinatsiyasini hisobga olgan holda, uning og'irligi jarrohlik yondashuvni tanlashda hisobga olingan holda, klinika asosiy va birga keladigan kasalliklarni aniqlash uchun diagnostika va laboratoriya tadqiqot usullarining barcha arsenalidan foydalangan.

Ushbu patologiyani tashxislashda etakchi usul, albatta, barcha operatsiya qilingan bemorlarda o'tkazilgan ultratovush tekshiruvi edi.

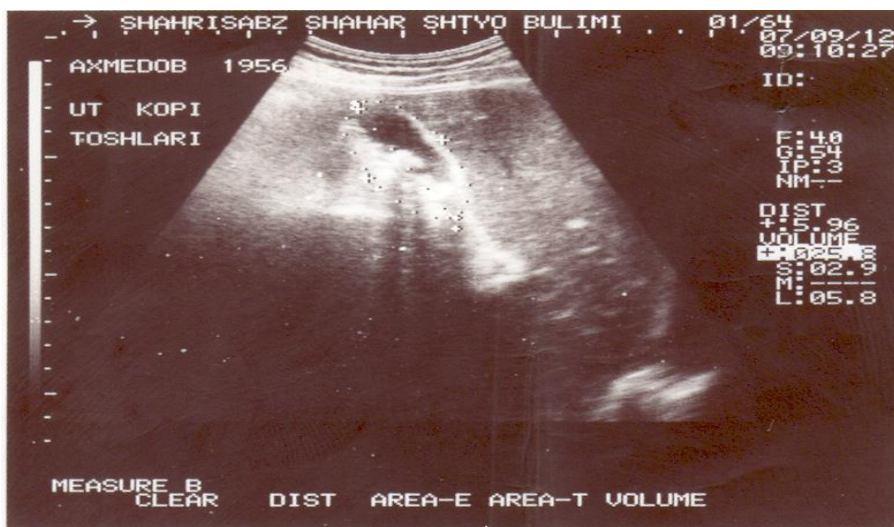
Ultratovush tekshiruvi Aloqaapparatlari yordamida amalga oshirildi. SSD -630», « Aloka -500» va « ToshibaSAL -38 AS » (Yaponiyada ishlab chiqarilgan). Ishda quyidagi sensorlar ishlatilgan: 3,5 va 5 MGts chastotali chiziqli skanerlash; 3,5 MGts chastotali konveks sektorini skanerlash; dupleks konveks - 3,5 MGts va 128 kanalli bosqichli massiv bilan 60 ° skanerlash burchagi, bu minimal ultratovush oqimi bilan real vaqtda o'rganilayotgan tomir bo'ylab oqimlarni rangli xaritalash bilan yuqori fazoviy ruxsat va yuqori sifatli tasvirni ta'minladi.

Ultratovush ma'lumotlarini baholashda quyidagilarga e'tibor qaratildi: toshlarning soni va hajmi, ularning harakatchanligi va joylashishi, o't pufagi devorining qalinlashishi, ikkinchisining bo'ynini tasavvur qilish qobiliyati, paravezikal efüzyon mavjudligi, umumiy o't yo'lining diametri va tarkibi.

Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, texnik jihatdan murakkab xolestsistektomiyaning ishonchli belgilari:

- o't pufagining erkin lümeninin yo'qligi;
- o't pufagining qalinlashgan devori va o't pufagining bo'yinini vizualizatsiya qilmaslik;
- o't pufagining bo'yin qismidagi katta harakatsiz toshlar;
- o't pufagi devorlarining zichligi va uning kichik o'lchami

Ultratovush tekshiruviga asoslanib, operatsiyadan oldin xolestsistektomiyani o'tkazishda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan texnik qiyinchiliklar - "normal" xolestsistektomiya yoki "qiyin" haqida taxmin qilish mumkin edi. Ikkinchisi, SKX bilan og'rikan bemorlarda xolestsistektomiyani o'tkazishda, biz bilganimizdek, o't pufagining tushishi yoki empiemasi, skleroatrofik o't pufagi yoki o'tkir xolestsistitning susaygan belgilari bilan sodir bo'ladi.



Rasm. 2.3. Skleroatrofik o't pufagining ultratovush tasviri.

Shu bilan birga, xolelitiyozli bemorlarni davolash taktikasi va jarrohlik turini tanlash nafaqat bemorning jismoniy holatining og'irligiga, balki o't pufagidagi yallig'lanish jarayonining tabiatiga ham bog'liq. Operatsiya natijalarini obyektiv baholash va bashorat qilish uchun turli xil prognostik tizimlar taklif qilingan. Ularning ko'pchiligidan foydalanish qiyin, zamonaviy texnik yordamni talab qiladi va universal emas, shuning uchun amaliy jarrohlikda keng qo'llanilmagan.

Buni hisobga olgan holda, bemorlarning umumiy ahvolini miqdoriy baholash va muayyan davolash usulini qo'llashning miqdoriy mezonlarini aniqlash uchun YOX bilan surunkali buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun ball shkalasi ishlab chiqilgan bo'lib, uning parametrlari 2.4-jadvalda aks ettirilgan. Bunda har bir xususiyat uchun ball ekspert bahosi asosida beriladi.

Buning uchun ma'lum bir bemor uchun umumiy jismoniy holat uchun umumiy ball hisoblanadi. Keyin bu ballar yig'indisi Berkinov U.B. ishida ishlab chiqilgan bajarilgan xoletsistektomiyaning murakkablik koeffitsientiga ko'paytiriladi, shuning uchun unga ko'ra oddiy xoletsistektomiyaning murakkabligi bitta (1) deb olinadi va o't pufagi gidroksilasida xoletsistektomiya qilishning murakkablik koeffitsienti 1,32 holatda . skleroatrofik o't pufagi - 2,25, o'tkir xoletsistitning qoldiq ta'sirida - 2,46.

2.4-jadval.

Surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun ball shkalasi

Parametrlar	Ballar
Yoshi 51-60	1
Yoshi 61-70 yosh	2
Yoshi 70 yoshdan oshgan	3
Odam	1
Semirib ketish bosqichi 2	1
Semirib ketish bosqichi 3	2

Semirib ketish bosqichi 4	3
IBS	3
Aritmiyalar	5
Miokard infarkti yoki insult tarixi (1 yildan ortiq)	3
Anamnezda takroriy miyokard infarkti yoki insult bor	6
Hg dan yuqori 180 mm	3
Sistolik qon bosimi 140 dan 180 mmHg gacha	1
Sistolik qon bosimi 100 mmHg dan past	3
Puls 90 dan 100 gacha. 1 daqiqada	2
Puls 100 dan ortiq zarba. 1 daqiqada	3
Puls 1 daqiqada 60 martadan kam	3
QAE 1	2
QAE 2	6
Yurak nuqsonlari mavjudligi	3
Varikoz tomirlari, pastki ekstremitalarning PTSD	2
SB (surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya, bronxoektatik, bronxial astma)	5
Rentgenogrammada pnevmoskleroz va o'pka amfizemasi aniqlanadi.	2
Kichik jismoniy faoliyat bilan nafas qisilishi. yuk	6
Jigar etishmovchiligi 1 daraja	1
Jigar etishmovchiligi 2 bosqich	5
Qandli diabet	2

Olingan ballarga ko'ra, YOX bilan SKX bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuv xavfining 4 toifasi aniqlandi, bu operatsiyadan keyingi davrning borishi va natijalarini bashorat qilish imkonini beradi (2.5-jadval).

Biz ishlab chiqilgan ballar shkalasi ideal deb da'vo qilmaymiz. Kelajakda u turli kasalliklarning bosqichlari yoki boshqa belgilar bo'yicha keyingi

gradatsiyasiga oid qo'shimchalar bilan bog'liq holda o'zgarishi mumkin. Operatsiyaning xavf toifasini aniqlashning ushbu usuli bilan biz turli xil kasalliklarga chalingan bemorlarning ahvolining og'irligini miqdoriy jihatdan ko'rsatishni xohladik.

2.5-jadval.

YOX bilan SKX bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvning og'irlik toifalarini taqsimlash

Umumiy ball	Jiddiylik toifalari
1-10	I
11-25	II
26-50	III
51 va undan ko'p	IV

I toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi nisbatan past bo'lgan guruhga kiradi va IV toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan guruh bo'lib, ular orasida operatsiyadan keyingi o'limning maksimal darajasi (50% dan ortiq) mumkin (2.6-jadval).

2.6-jadval.

Bemorlarning og'irlik darajasiga qarab taqsimlanishi

Jiddiylik toifalari	Bemorlar soni		
	OXE	LXE	MLXE
I	14	20	40
II	3		98
III			69
IV			10
Jami:	17	20	217

Taqdim etilgan 2.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, I toifadagi 74 (29,1%) bemor operatsiya qilingan. Bular PPni qo'llash mumkin bo'lgan bemorlar edi. Eng ko'p bemorlar ikkinchi og'irlik toifasi bilan operatsiya qilingan. Shuni

ta'kidlashkerakki, ular orasida atigi 3 nafar bemorga OXE o'tkazilgan va ularda LXE qilish umuman mumkin emas edi.

Ushbu o'lchovni kundalik amaliyotda qo'llash SKX bilan og'rigan bemorning ahvolini obyektiv baholash va jarrohlik usulini tanlashga differentsial yondashuv imkonini beradi. Bu jarrohning qo'lida muhim vosita bo'lib, operatsiyadan oldingi zaruriy tayyorgarlik vaqtini obyektiv ravishda aniqlash va operatsiyaning tegishli xarakterini tanlash imkonini beradi.

Stress gormonlarini o'rganish metodologiyasi.

Stress gormonlarini o'rganish Samarqanddagi Euromedic laboratoriyasida o'tkazildi. Usul antikorlarning o'rganilayotgan gormonga bog'lanish reaksiyasiga asoslangan bo'lib, antikorlarda radioaktiv yorliq mavjudligi sababli, bog'langan antikorlar miqdorini va natijada gormonning konsentratsiyasini aniqlash mumkin ; Bunday holda, ma'lum bir gormonga xos bo'lgan monoklonal antikorlar ishlatilgan.

To'plam gormonni qat'iy belgilangan konsentratsiya oralig'ida o'z ichiga olgan standartlarni o'z ichiga oladi. Namunalar yoki standartlar ^{125I} bilan belgilangan immobilizatsiyalangan monoklonal antikorli naychalarda inkubatsiya qilingan . Inkubatsiyadan so'ng, trubaning tarkibi bog'lanmagan ^{125I} - etiketli antikorni olib tashlash uchun yuvildi. Keyin bog'langan radioaktivlik gamma hisoblagichda aniqlandi. Standartlar va namunalar bir vaqtning o'zida tahlil qilindi. Gormonning konsentratsiyasi standartlarni tahlil qilish orqali tuzilgan kalibrlash egri chizig'i yordamida aniqlandi. Namunalardagi gormon konsentratsiyasi o'lchangan radioaktivlikka to'g'ridan-to'g'ri proporsional edi.

Quyidagi gormonlar standart test to'plamlari yordamida sinovdan o'tkazildi:

1. TTG to'plamidan foydalanish Immunotech tomonidan IRMA (Chexiya);
2. Immunotech (Chexiya) kompaniyasining T4 LIBRE to'plamidan foydalanish;
3. "Beloris" qo'shma korxonasi (Belarus Respublikasi) tomonidan ishlab chiqarilgan "rio-KORTIZOL-PR" to'plamidan foydalangan holda ;

4. Prolaktin - Immunitetlarning PROLAKT to'plamidan foydalanish (Chexiya),

O'rganilgan gormonlarning bu soni turli yondashuvlar yordamida operatsiya qilingan bemorlarda neyrohumoral javobdagi o'zgarishlarni yanada obyektiv aniqlash imkonini beradi. Biz o'rgangan boshqa gormonlar (T_3 , kalsitonin, paratiroid gormoni va insulin) stressga javob darajasini baholashga imkon bermadi va shuning uchun biz ularni tahlil qilmaymiz.

Materiallarga statistik ishlov berish usullari.

Olingan ma'lumotlar Pentium - IV shaxsiy kompyuterida " Microsoft Excel " dasturi yordamida statistik qayta ishlandi , bundan tashqari, an'anaviy parametrik va parametrik bo'lmagan statistika usullari qo'llanildi. Olingan natijalarning ishonchliligini aniqlash uchun Student's P -qiymatidan foydalanildi. Agar o'rganilayotgan xarakteristikaning chastotasi 5% dan ko'p bo'lmasa, farqlar ishonchli deb hisoblanadi ($P < 0,05$).

III BOB .

JARROHLIK XAVFI YUQORI BO'LGAN BEMORLARDA SURUNKALI KALKULYOZ XOLETSISTIT UCHUN OCHIQ VA LAPAROSKOPIK XOLETSISTEKTOMIYA NATIJALARI

YOX bilan og'riq bemorlarda Sni jarrohlik tuzatish usulini tanlash uchun qiyosiy tahlil o'tkazish zarurati, biz ushbu toifadagi bemorlarda OXE va LXE davolash natijalarini tahlil qildik.

Ochiq xoletsistektomiya natijalari.

Ishning II bobida ta'kidlanganidek , 17 bemor OXE dan o'tkazildi. Kasalxona sharoitida operatsiyadan oldingi tekshiruv vaqtida ularning barchasiga asosiy tashxis qo'yilgan: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi.

OXE ga moyil bo'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi $62,5 \pm 7,5$ edi.

3.1-jadval.**Bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha OXE qilingan bemorlarning taqsimlanishi**

Yosh	Ayollar		Erkaklar	
	<i>Miqdor</i>	IN %	<i>Miqdor</i>	IN %
45-59 yosh	4	23.6	3	17.6
60-75 yosh	7	41.2	3	17.6
75 va undan katta	-	-	-	-
Jami:	11	64.8	6	35.2

3.1-jadvalda ko'rsatilgandek, OXE bilan og'rigan bemorlar orasida 75 yoshdan oshgan bemorlar yo'q edi, buning sababini biz ushbu kontingent uchun ushbu yondashuvning travmatik tabiatida ko'rdik.

Kasallikning o'rtacha davomiyligi $5,2 \pm 2,3$ yil bo'lib, hujumlar ko'p bo'lgan.

Bemorlarni tekshirish jarayonida bir qator birga yuruvchi patologiyalar aniqlandi, bu esa bemorlarda jarrohlikning yuqori xavfini aniqlash imkonini berdi. Ularning chastotasi 3.2-jadvalda aks ettirilgan.

3.2-jadval.**OXE bilan og'rigan SKX bilan og'rigan bemorlarda birgalikda patologiya**

Yo'q.	<i>Bilan bog'liq kasalliklar</i>	N	%
1	Yurak-qon tomir kasalliklari	15	88.2
2	Semirib ketish	12	70.6
3	Siydik chiqarish tizimining kasalliklari	11	64.7
4	Nafas olish kasalliklari	8	47.1
5	Jigar kasalliklari	3	17.6
6	Oshqozon-ichak kasalliklari	3	17.6
7	Qandli diabet	2	11.7

3.2-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, deyarli har bir bemor yurak-qon tomir kasalliklari bilan og‘rigan va miya qon tomir kasalliklari kamdan-kam hollarda qayd etilgan. Biroq, bemorning ahvolini miqdoriy baholash bemorning ahvolining og‘irligini to‘liq tavsiflamaydi. Shu munosabat bilan biz ishlab chiqqan shkaladan foydalanib, operatsion xavf darajasini aniqladik.

Operatsiyaning xavf darajasini biz ishlab chiqqan shkala yordamida aniqlash shuni ko‘rsatdiki, u 14 ta holatda birinchi toifaga, atigi 3 ta holatda ikkinchi toifaga kiradi. Shuni ta’kidlash kerakki, OXE qilingan bemorlarda o‘rtacha ball $8,8 \pm 1,5$ ni tashkil etdi.

Qoida tariqasida, OXEni amalga oshirish uchun biz ishlab chiqqan shkala bo‘yicha xoletsistektomiya uchun 1-xavf toifasiga mos keladigan bemorlar kontingenti tanlangan. Uchta bemor o‘t pufagidagi o‘zgarishlar bilan bog‘liq bo‘lgan 2-xavf toifasiga kirdi, ular 2 holatda empiema va 1 holatda o‘t pufagining tushishi sifatida baholandi.

Barcha holatlarda umumiy behushlik ostida mexanik ventilyatsiya uchun traxeya intubatsiyasi bilan yuqori o‘rta chiziq laparotomiyasi orqali kirishga erishildi.

14 bemorda xoletsistektomiya "bo‘yindan" amalga oshirildi. 3 bemorlar texnik qiyinchiliklar tufayli "pastdan" bajarildi .

OXEni bajarish paytida bemorning keyingi taqdiriga ta’sir qiladigan jiddiy intraoperativ asoratlarni kuzatilmadi .

Jarrohlik aralashuvining davomiyligi 50 dan 90 minutgacha (o‘rtacha $66,8 - 8,2 \pm$ minut). Operatsiya paytida qon yo‘qotish 100 dan 300 ml gacha (o‘rtacha $159,9 \pm 5,6$ ml).

Operatsiyadan keyingi erta davr majburiy ravishda intensiv terapiya bo‘limida o‘tdi. Og‘riq sindromi tufayli barcha bemorlar operatsiyadan keyingi erta davrda giyohvand moddalarni (omnopen 2 % - 1 ml) va analjeziklarni (baralgin 5 ml, novalgin 5 ml, analgin 50 % - 4 ml), odatda 5-6 kun davomida qabul qildilar. Bemorlar umumiy bo‘limlarga o‘tkazilgandan 2-3 kun o‘tgach faollashtirildi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda biz quyidagi asoratlarni qayd etdik (3.3-jadval):

3.3-jadval.

OXEdan keyingi erta tez-tez uchraydigan operatsiyadan keyingi asoratlar

Murakkabliklar	Miqdori
O'ng tomonlama bronxopnevmoniya	1(5,8%)
Ikki tomonlama bronxopnevmoniya	1(5,8%)
O'tkir miokard infarkti	2(11,7%)
jami	4(23,5%)

Biz 2 (11,6%) holatda nafas olish tizimidan asoratlarni qayd etdik. Ularga quyidagilar kiradi: 1 bemorda o'ng tomonlama hilyar pnevmoniya, bir bemorda ikki tomonlama bronxopnevmoniya. Bu bemorlarning barchasi allaqachon nafas olish patologiyasi tarixiga ega edi. Bunday asoratlarning sababi bemorlarning hipostatik holati bilan bog'liq edi. Bemorlarda gipertermiya, balg'am chiqishi bilan yo'tal, ba'zilar esa turli darajadagi nafas qisilishi bilan duch kelishgan. Bularning barchasi bemorlarning kasalxonada qolish muddatini uzaytirdi va qorin bo'shlig'i churrallari paydo bo'lishiga yordam berdi. Ushbu asorat, shuningdek, antibakterial preparatlar, ekspektoranlar va nafas olish analeptiklarini qo'shimcha kiritishni talab qildi.

Misol 1. Bemor B, 61 yosh, KTN^o9314, 4 yil ish davomida o'ng qavurg'a yoyi ostida davriy og'riqlar tufayli jarrohlik shifoxonasiga keldi. Anamnezdan, oxirgi xuruj 2 oy oldin bo'lgan, ko'p marta mexanik sariqlik belgilarisiz. So'nggi 12 yil davomida u o'rtacha allergik bronxial astma bilan og'rgan va gormonlar qabul qilmaydi. So'nggi 3-4 yil ichida u qon bosimining 150/100 mm Hg gacha ko'tarilishi epizodlarini qayd etdi. Obyektiv tekshiruv vaqtida bemorda ortiqcha vazn bor (semizlik 2-darajali). Ultratovush tekshiruvda SKX belgilari aniqlangan (ko'p sonli toshlar 0,4 dan 1,3 sm gacha, o't pufagi devorlari qalinlashgan 3 mm, siqilgan, umumiy o't yo'li kengaymagan, unda toshlar topilmagan). EGDFS bilan - o'rtacha yuzaki gastrit, reflyuks ezofagit belgilari. EKG - sinus ritmi, ESO'

buzilmagan, miokardda diffuz o'zgarishlar. Ko'krak qafasining rentgenogrammasi: patologiya aniqlanmagan. Qolgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari normal chegaralarda. Bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldingi tashxis: Asosiy: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi; Birgalikda: arterial gipertenziya. Bronxial astma, semizlik 2-darajali. Umumiy ball - 8, xavf toifasi 1. 07.07.01yil. "bo'yindan" xolelsistektomiya umumiy intubatsion behushlik ostida yuqori o'rta chiziqli laparotomiya bilan amalga oshirildi. Operatsiya davomiyligi 60 minut, qon yo'qotish 200 ml. Operatsiyadan keyingi davrda ko'krak qafasi rentgenogrammasida balg'amli yo'tal, haroratning 38,5 S gacha ko'tarilishi, o'ng tomonlama bronxopnevmoniya belgilari qayd etilgan. Operatsiyadan keyingi 6 kun davomida seftriakson 1,0x3 marta, gentamitsin 80,0x3 marta, ekspektoran, geparin 2500 U, sulfakamfokain 10% - 2 ml, morfin 1% - 1,0 3 marta, baralgin 5,0, analgin 50% - 4 ml qabul qilingan. Operatsiyadan 48 soat o'tgach faollashtirish. Drenaj trubkasi 3-kuni olib tashlandi. Bemor 13-kunida ahvoli qoniqarli bo'lib, shifoxonaga chiqarilgan. Operatsiyadan keyingi davrning 4-oyida mehnat qobiliyatini tiklash.

2 (11,7%) holatda yurak-qon tomir tizimidan asoratlari rivojlangan. Ikkala holatda ham operatsiyadan keyingi davrning 2-kunida o'tkir miokard infarkti rivojlangan.

Bitta holatda (5,8%) halokatli natija kuzatildi, uning bevosita sababi o'tkir miokard infarkti edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, asoratlarning 4 ta holatidan 3 tasi (75%) operatsiyaning 2-toifali xavf guruhiga kiritilgan bemorlarda sodir bo'lgan. Xavf 2-toifali bemorda ham halokatli natija paydo bo'ldi.

OXE o'tkazilgan bemorlar uchun operatsiyadan keyingi o'rtacha kasalxonada qolish $12 \pm 1,3$ kun edi.

Shunday qilib, OXE bilan og'rigan bemorlarda STXni o'tkazish operatsiya xavfi unchalik yuqori bo'lmagan holda ham bir qator asoratlarni rivojlanishi bilan birga keladi. Shunday qilib, biz tomonidan ishlab chiqilgan jarrohlikning og'irlik shkalasiga ko'ra, OXE bo'lgan 17 bemordan 14 tasi (82,4%) 1-toifa xavfga ega

edi. Deyarli barcha holatlarda OXE ko'rsatkichlaridan oshib ketish o'limga olib keladigan asoratlari bilan birga keladi. Shunday qilib, biz xavf-xatarning 2-toifasiga kiritgan 3 ta holatdan OXEning ishlashi barcha holatlarda asoratlari bilan birga bo'lgan va bitta holatda o'limga olib keladigan natija sodir bo'lgan. Ko'rinishidan, bunday dahshatli asoratlarning rivojlanishi ushbu guruh bemorlarida o'tkazilgan operatsiyaning travmatik tabiati bilan bog'liq.

Laparoskopik xolelizektomiya natijalari.

Biz 20 ta holatda YOX bilan SKXda LXEni bajardik. LXE ga moyil bo'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi $59,6 \pm 5,5$ yil edi. Ularning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi jadvalda keltirilgan. 3.4.

3.4-jadval.

Bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi, OXE dan o'tganlar

Yosh	Ayollar		Erkaklar	
	Miqdor	IN %	Miqdor	IN %
45-59 yosh	6	30	4	20
60-75 yosh	7	35	3	15
75 va undan katta	-	-	-	-
Jami:	13	65	7	35

3.1-jadvalda ko'rsatilgandek, LXE bilan kasallangan bemorlar orasida, shuningdek, OXE bilan kasallangan bemorlarda bo'lgani kabi, 75 yoshdan oshgan bemorlar ham yo'q edi. Buning sababini biz yurak-qon tomir va diareya kasalliklari tufayli 75 va undan katta yoshdagi bemorlarga PPni qo'llash mumkin emasligida ko'rdik.

LXE bilan og'rigan bemorlarda kasallikning o'rtacha davomiyligi $7,2 \pm 2,2$ yilni tashkil etdi va hujumlar ham asosan ko'p edi.

Birgalikda bo'lgan patologiyalar orasida yurak-qon tomir tizimining patologiyalari eng ko'p aniqlangan, LXE bilan og'rigan bemorlarda NS patologiyasi minimal bo'lgan. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar uchun LXE xoletsistektomiyaning muqobil usuli ekanligini hisobga olsak, ushbu guruhda ushbu kasallik bilan og'rigan bemorlarning chastotasi 25% ni tashkil etdi. Umuman olganda, birga keladigan patologiyaning chastotasi 3.5-jadvalda aks ettirilgan.

Operatsiyaning xavf darajasini biz ishlab chiqqan shkala yordamida aniqlash shuni ko'rsatdiki, barcha 20 tasi uchun u birinchi toifaga kiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, LXE qilingan bemorlarda o'rtacha ball $7,8 \pm 1,8$ ni tashkil etdi.

3.5-jadval.

LXEdan o'tgan SKX bilan og'rigan bemorlarda birgalikda patologiya

Yo'q.	<i>Bilan bog'liq kasalliklar</i>	N	%
1	Yurak-qon tomir kasalliklari	19	95
2	Semirib ketish	18	90
3	Siydik chiqarish tizimining kasalliklari	16	80
4	Nafas olish kasalliklari	2	10
5	Jigar kasalliklari	2	10
6	Oshqozon-ichak kasalliklari	3	15
7	Qandli diabet	5	25

Xoletsistektomiya uchun faqat 1-xavf toifasiga to'g'ri keladigan bemorlar kontingenti ham LXE uchun mos edi.

LXE mexanik ventilyatsiya uchun traxeya intubatsiyasi bilan umumiy behushlikning standart texnikasi yordamida amalga oshirildi.

LXE paytida jiddiy intraoperativ asoratlar kuzatilmadi. Operatsiya vaqtida, operatsiyadan oldingi kabi, SKX asoratsiz o'rnatildi. Hech qanday konvertatsiya bo'lmadi.

Jarrohlik aralashuvining davomiyligi 30 dan 70 minutgacha (oʻrtacha 56,3-7,1 ±minut). Operatsiya paytida qon yoʻqotish minimal edi.

Operatsiyadan keyingi erta davr ham intensiv terapiya boʻlimida oʻtdi. Oʻtkir jigar emboliyasiga uchragan bemorlardan farqli oʻlaroq, bu guruh bemorlarga ayniqsa analjeziklar kerak emas edi. Faqat vaqti-vaqti bilan ular giyohvand boʻlmagan analjeziklarni qabul qilishdi. Bemorlar umumiy palatalarga oʻtkazilgandan keyin 24 soat ichida faollashtirildi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda biz quyidagi asoratlarni qayd etdik (3.6-jadval):

Taqdim etilgan 3.4-jadvaldan koʻrinib turibdiki, biz 2 holatda OʻYE, bir holatda gipertonik inqirozni qayd etdik. Pnevmoniya rivojlanishi, oʻtkir gepatit C bilan kasallangan bemorlardan farqli oʻlaroq, NS kasalliklari tarixi bilan birga boʻlmagan.

3.6-jadval.

LXE dan keyingi erta tez-tez uchraydigan operatsiyadan keyingi asoratlari

Murakkabliklar	Miqdori
Oʻtkir miokard infarkti	2(10%)
Oʻng tomonlama pnevmoniya	1 (5%)
jami	3(15%)

Misol 2. Bemor B, 58 yosh, ish No1314, 6 yil davomida oʻng hipokondriyumda davriy ogʻriqlar tufayli jarrohlik shifoxonasiga keldi . Anamnezdan, oxirgi xuruj 3 oy oldin boʻlgan, koʻp marta mexanik sariqlik belgilarisiz. Obyektiv tekshiruvda bemor ortiqcha vaznga ega (3-darajali semirish). Ultratovush tekshiruvda SKX belgilari aniqlangan (koʻp miqdorda toshlar 0,5 dan 1 sm, oʻt pufagi devorlari qalinlashgan 3 mm, siqilgan, umumiy oʻt yoʻli kengaymagan, unda toshlar topilmagan). EGDFS bilan - oʻrtacha yuzaki gastrit, refllyuks ezofagit belgilari. EKG - sinus ritmi, ESOʻ buzilmagan, miokardda diffuz oʻzgarishlar. Koʻkrak qafasining rentgenogrammasi: patologiya aniqlanmagan.

Qolgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari normal chegaralarda. Bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldingi tashxis: Asosiy: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi; Bog'liq: koroner yurak kasalligi. Arterial gipertenziya. Semizlik 3-darajali. Umumiy ball 6, xavf toifasi 1. 02.07.02 LXE amalga oshirildi. Operatsiya davomiyligi 55 minut, qon yo'qotish 10 ml. Operatsiyadan keyingi davrda °ko'krak qafasi rentgenogrammasida balg'amli yo'tal, haroratning 38,5 S gacha ko'tarilishi, o'ng tomonlama bronxopnevmoniya belgilari qayd etilgan. Operatsiyadan keyingi 6 kun ichida 1 million x 4 marta oksatsillin, 80,0 x 3 marta gentamitsin , ekspektoran, digoksin 1 tabletka, geparin 2500 U, sulfakamfokain 10 % - 2 ml, morfin 1 % - 1,0 3 marta, baralgin 5,0, analgin 50 % qabul qilgan. Operatsiyadan 24 soat o'tgach faollashtirish. Drenaj trubkasi 3-kuni olib tashlandi. Bemor 7-kuni ahvoli qoniqarli bo'lgan holda uyga chiqarilgan.

Ko'rinishidan, PP operatsiyadan keyingi davrda ushbu misolda pnevmoniya rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatdi.

Shunday qilib, LXE bilan og'rigan YOX bilan SKX bo'lgan bemorlarda asoratlar 3 (15%) holatni tashkil etdi va o'limga olib keladigan natijalar qayd etilmadi.

Operatsiyadan keyingi o'rtacha kasalxonada qolish $3,8-1,9 \pm$ kunni tashkil etdi.

Yuqoridagilarni sarhisob qiladigan bo'lsak, shuni aytish mumkinki, YOX bilan SKX bo'lgan bemorlarda ochiq va laparoskopik xoletsistektomiya biz ishlab chiqqan shkala bo'yicha faqat 1 daraja jarrohlik xavfi bilan mumkin. Bundan tashqari, bunday vaziyatlarda ham ularni amalga oshirish bir qator asoratlar bilan birga keladi, OXEni bajarishda 23,5% ga va LXEni bajarishda 15% ga etadi. Xo'sh, operatsiyalarning xavf toifasining yuqori darajalariga tegishli operatsiyalarni o'tkazish, qoida tariqasida, muqarrar ravishda halokatli oqibatlariga olib keladigan asoratlar bilan birga keladi.

Buni va SKXni tubdan tuzatish zarurligini hisobga olgan holda, xoletsistektomiyaning boshqa minimal invaziv usulini izlash kerak, bu ochiq

usulning afzalliklarini (PPni qo'llashning hojati yo'q) va laparoskopik usulni - minimal invaziv usulni birlashtiradi. Bizning fikrimizcha, xoletsistektomiyaning ushbu usuli MLXE bo'lib, bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, SKXda muvaffaqiyatli bajarilishi mumkin.

Xoletsistektomiyaga (laparoskopik, minilaparotomiya, laparotomiya) turli yondashuvlarning shikastlanishini qiyosiy baholash uchun biz 4-bobda aks ettirilgan stress gormonlarining holatini o'rgandik.

IV BOB .

TURLI JARROHLIK YONDASHUVLARDAN XOLET SISTEKTOMIYA PAYTIDA STRESS GORMONI DARAJASINI QIYOSIY BAHOLASH

Surunkali kalkulyoz xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda stressning gormonal ko'rsatkichlari o'rganildi

Xoletsistektomiyaga (laparoskopik, minilaparotomiya, laparotomiya) turli yondashuvlarning shikastlanishini solishtirish uchun biz stress gormonlarining holatini o'rgandik. Stressga gormonal javobni o'rganishda odatda adrenokortikotrop gormon tekshiriladi, bu neyrogumoral reaksiyaning butun spektrini to'liq aks ettirmaydi va shuning uchun stressga neyroxumoral javobning turli tarkibiy qismlarini (prolaktin, kortizol, qalqonsimon bez gormonlari) o'rganish minimal travma deb ataladigan intervensiyalar aslida qanday ekanligini obyektivroq ko'rsatishi mumkin.

bu buzilgan gomeostazni tiklashga qaratilgan tizimli endokrin metabolik reaksiyani qo'zg'atuvchi turli xil ekstremal tirnash xususiyati beruvchi stressogenlar ta'sirida organizmda yuzaga keladigan barcha o'ziga xos bo'lmagan hodisalarning yig'indisi . Ta'kidlanishicha, organizmning har qanday stress omillari ta'siriga, shu jumladan jarrohlik aralashuviga shoshilinch moslashuvi ko'plab gipotalamus-gipofiz gormonlari va turli endogen biologik faol moddalar, masalan, katexolaminlar, siklik nukleotidlar va boshqalar tomonidan amalga oshiriladi, ular tomirlar tonusi, miyokard metabolizmi va to'qimalarining

qisqarishiga bevosita yoki bilvosita ta'sir qiladi. Tananing kompensatsion-adaptiv reaksiyalarida asosiy rolni gipotalamus-adrenal tizim o'ynaydi, oldingi gipofiz bezining tropik gormonlari buyrak usti po'stlog'i va boshqa manfaatdor tuzilmalar (qalqonsimon va paratiroid bezlari va boshqalar) gormonlarining sekretsiyasini rag'batlantiradi.

Yuqorida aytilganlar bilan bog'liq holda, biz o't yo'llarida operatsiyalar paytida turli xil jarrohlik yondashuvlari bo'lgan bemorlarda jarrohlik va operatsiyadan keyingi stress darajasining ko'rsatkichlari sifatida tananing ayrim endokrin tartibga solish tizimlarining funktsional faolligining miqdoriy xususiyatini aniqlashni maqsad qilib qo'ydik.

Obyektivma'lumotlarni olish uchun biz turli sabablarga ko'ra xoletsistektomiyaning uch turini - laparoskopik, minilaparotomiya va laparotomiya usullarini o'tkazgan 57 nafar OXE bilan kasallangan bemorni tekshirdik.

4.1-jadval

Gormonal stress indekslari o'rganilgan bemorlarning xususiyatlari

Taqqoslanadigan ko'rsatkichlar	Operatsiya qilingan bemorlar guruhi:		
	LXE	MLXE	OXE
Raqam Kuzatishlar	20	20	17
O'rtacha yosh (yil)	59,6±5,5	66,9±3,3	62,5±7,5
Massa kg, (M± m)	68,8±3,47	75,6±3,11	71,5±3,12
Kasallikning o'rtacha davomiyligi (yillar)	7,2±2,2	5,1±1,4	5,2±2,3
O'rtacha ishlash muddati (min)	56.3 ±7.1	55 ± 4,5	66,8±8,2

O'rganilayotgan guruhlar bir qator ko'rsatkichlar bo'yicha bir xil edi ($p<0,05$) (yoshi, birlamchi lezyonning davomiyligi va birga keladigan kasalliklarning chastotasi), bu o'rganilayotgan stress gormonlari haqida ishonchli ma'lumot olish imkonini berdi, bemorlarning taqqoslangan guruhlarini hisobga olgan holda.

O'rganilayotgan gormonlarning normal qiymatlari bo'yicha adabiy ma'lumotlarning sezilarli darajada tarqalishi va ularni har bir aniq kuzatishda qo'llashning iloji yo'qligi sababli, biz ushbu parametrdan voz kechish mumkin deb hisobladik va olingan natijalarni dastlabki ma'lumotlar bilan taqqosladik.

Premedikatsiya. Kecha soat 22:00 da diazepam 0,15 mg / kg og'iz orqali difengidramin (0,2 mg / kg) bilan birgalikda buyurilgan; Operatsiyadan 30-40 minut oldin mushak ichiga diazepam 0,15 mg/kg, difengidramin 0,2 mg/kg va atropin 0,01 mg/kg yuborildi.

Birgalikda patologiyasi bo'lgan bemorlarga operatsiya kuni ertalab soat 7:00 da diazepam 2,5 mg va nozepam 5 mg qo'shimcha ravishda og'iz orqali buyuriladi.

Anesteziya texnikasi quyidagi tarzda amalga oshirildi:

- ketamin (1,5-2 mg/kg) asosida benzodiazepin preparatlari (diazepam – 0,14 mg/kg) va fentanil (2,8 mkg/kg) asosidagi kombinatsiyalangan vena ichiga behushlik.

4.2-jadval

Turli jarrohlik usullaridan o't yo'llarida operatsiya vaqtida bosqichma-bosqich gemodinamik ko'rsatkichlar ($M \pm m$)

O'lchov birliklari:	HE turi:	Tadqiqot bosqichi		
		Chiqish:	Xoletsistektomiya paytida:	Sun'iy shamollatish tugagandan so'ng
qon bosimi, mmHg:	1	115,5±3,43	108,0±3,23	117,8±4,15
	2	121,1±3,33	110,9±2,37	113,8±2,17

	3	117,9±3,73	107,3±2,43	111,3±3,21
BP diag., mmHg:	1	68,2±2,8	65,4±1,48	70,0±2,47
	2	73,9 ±2,93	66,7±2,01	69,1±1,98
	3	72,1 ±2,93	64,7±2,37	67,3±2,54
Oʻrtacha qon bosimi , mmHg:	1	84,7 ±2,77	78,2±1,95	85,5±3,01
	2	89,1 ±2,88	81,5±2,09	83,1±1,79
	3	87,3 ±3,02	78,3±2,29	81,5±9,38
Yurak urishi, urish / min:	1	75,7 ±3,67	72,9±1,87	77,2±1,39
	2	80,7 ± 2,25	74,1±1,69	76,0±1,7
	3	76,3±2,59	72,4±2,13	74,1±2,53

Eslatma: 1 – LXE; 2 - MLXE; 3 - OXE.

Anesteziyaning etariligi umumiy qabul qilingan mezonlar yordamida nazorat qilindi: gemodinamik va gaz almashinuvi parametrlari, kapillyar qonning kislota-baz muvozanati, gemoglobin va gematokrit darajasi va EKG.

Natijalarni tahlil qilishda shuni taʼkidlash kerakki, barcha uchta tadqiqot guruhining gemodinamik koʻrsatkichlarida yuqori darajada taqqoslangan (3.2-jadval) . Bosqichma-bosqich gemodinamik profil oʻxshash edi, bu anesteziyaning etariligini isbotladi, bu tadqiqotning barcha bosqichlarida kislota-baz muvozanati va qon gazlari parametrlari bilan tasdiqlanadi.

Anesteziya texnikasining ketamin bilan muvofiqligini obyektiv tasdiqlash operatsiyaning barcha travmatik bosqichlarida qon plazmasidagi asosiy stress gormonlaridan biri - kortizol darajasini barqaror ushlab turishdir. Stressli sharoitlarda metabolik jarayonlarni tartibga solishda ishtirok etadigan qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi va qalqonsimon gormonlar kontsentratsiyasining qondagi doimiyligi ham behushlikning etariligini koʻrsatadi. Gipofiz-qalqonsimon bez tizimining funktsional faolligini normal fiziologik qiymatlarda ushlab turish, ushbu gormonlar va jarrohlik jarohati oʻrtasidagi bogʻliqlik toʻgʻrisidagi mavjud maʼlumotlardan kelib chiqqan holda, jarrohlik bemorlari uchun shubhasiz klinik ahamiyatga ega.

Shu bilan birga, adabiyotda o't yo'llarida operatsiyalar uchun turli xil jarrohlik yondashuvlar va jarrohlik aralashuvining alohida bosqichlarida yuqorida ko'rsatilgan gormonal ko'rsatkichlarni o'rganish orqali stress omilini baholash bo'yicha ma'lumotlar mavjud emas.

Ushbu tadqiqotlar, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, turli xil jarrohlik usullarining afzalliklari va kamchiliklarini to'g'ri talqin qilish uchun zarur bo'lib, ularning tanlovi operatsiyadan keyingi va operatsiyadan keyingi davrning xavfsizligini maksimal darajada ta'minlashi kerak, ayniqsa yurak-qon tomir va boshqa turli xil kasalliklarga chalingan bemorlarda.

Ko'tarilgan muammolarni hal qilish uchun biz davolanishning turli bosqichlarida turli xil jarrohlik usullari bilan operatsiya qilingan bemorlarda "stress" gormonlari ko'rsatkichlarining o'zgarishini bosqichma-bosqich o'rganib chiqdik:

- 1) Dastlabki holat (operatsiyadan 3 kun oldin);
- 2) Operatsiyaning asosiy bosqichini bajarish paytida;
- 3) Operatsiyadan keyingi davrda (operatsiyadan 2-3 kun o'tgach).

Turli xil yondashuvlardan xolelitioz uchun operatsiyalar paytida stress gormonlarining holati.

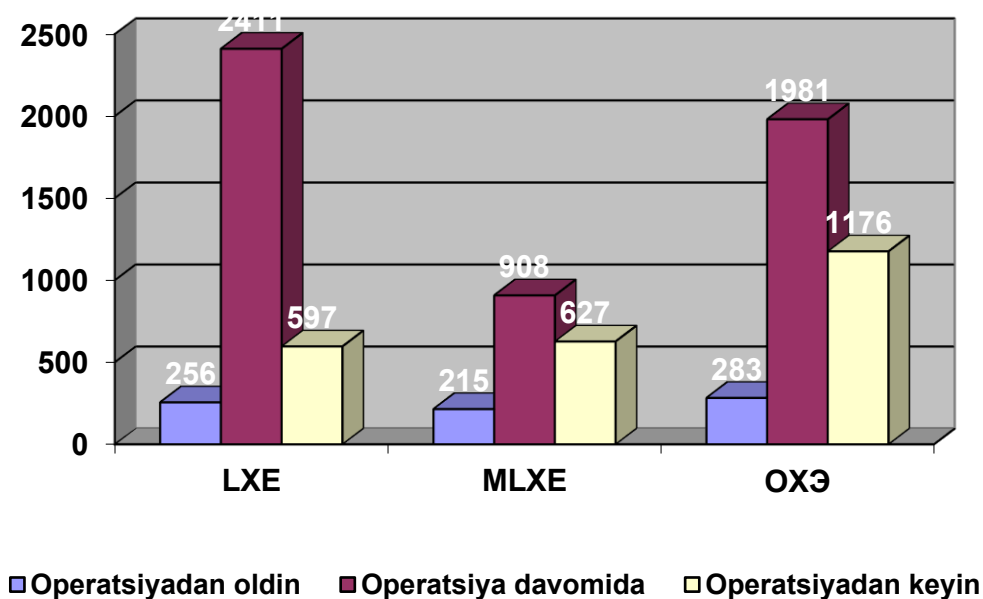
jarrohlik vaqtida gomeostazga ta'sir qilish mexanizmlari adekvat anesteziya bilan ham turlicha ekanligini hisobga olib, yuqorida qayd etilgan uchta jarrohlik yondashuvidan davolashning turli bosqichlarida o'rganilgan har bir gormon bo'yicha tadqiqot natijalarini alohida tahlil qilishni zarur deb hisobladik.

"Stress" gormonlari darajasining o'zgarishi bo'yicha tadqiqotlarimiz natijalarini baholashda barcha intraoperativ va operatsiyadan keyingi ko'rsatkichlar parametrlari keng chegaralarda o'zgarib turadigan me'yor bilan emas, balki dastlabki ma'lumotlar bilan taqqoslandi. Shuning uchun jarrohlik stressining og'irligini baholashda ko'proq obyektivlik uchun biz mutlaq o'rtacha ko'rsatkichlarni emas, balki ularning o'zgaruvchanligini asosiy ma'lumotlarga nisbatan operatsiya vaqtida va undan keyin foiz sifatida taqqosladik.

O'rganiladigan gormonlarni tanlashda biz jarrohlik stressi paytida moslashish sindromining eng muhim tashkilotchilaridan biri gipotalamo-gipofiz-buyrak usti tizimi ekanligidan kelib chiqdik, bu organizmga har qanday shikast ta'sir qilish paytida glyukokortikoidlar sekretsiasini tez va etarli darajada oshirishni ta'minlaydi; Buning oldidan gipotalamus va gipofiz bezi tomonidan ACTH sekretsiasining ko'payishi kuzatiladi. Yuqorida aytilganlarga asoslanib, turli jarrohlik yondashuvlardan xoletsistektomiyaga neyroendokrin javobdagi o'zgarishlarni baholash uchun biz operatsiyadan oldin, davomida va operatsiyadan keyingi uchinchi kuni bir qator "stress" gormonlaridagi o'zgarishlarni o'rgandik (4.3-jadval, 4.1-4.4-rasmlar) .

1. Jarrohlik stressini ko'rsatadigan gormonlardan biri bo'lgan prolaktin 57 bemorda o'rganildi. Operatsiyadan oldin o'rtacha prolaktin darajasi $215,2 \pm 21,6$ dan $283,0 \pm 113$ MME / ml gacha bo'lganligini aniqladik, bu o'rtacha me'yorda edi.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, o't pufagini izolyatsiya qilish paytida o'rtacha prolaktin miqdorining o'zgaruvchanligi o't pufagini izolyatsiya qilishda laparoskopik usulda (+832,2%) minilaparotomiyadan xoletsistektomiyaga qaraganda 1,5 baravar yuqori ekanligini ko'rsatdi (+315%) (+315 %) . .



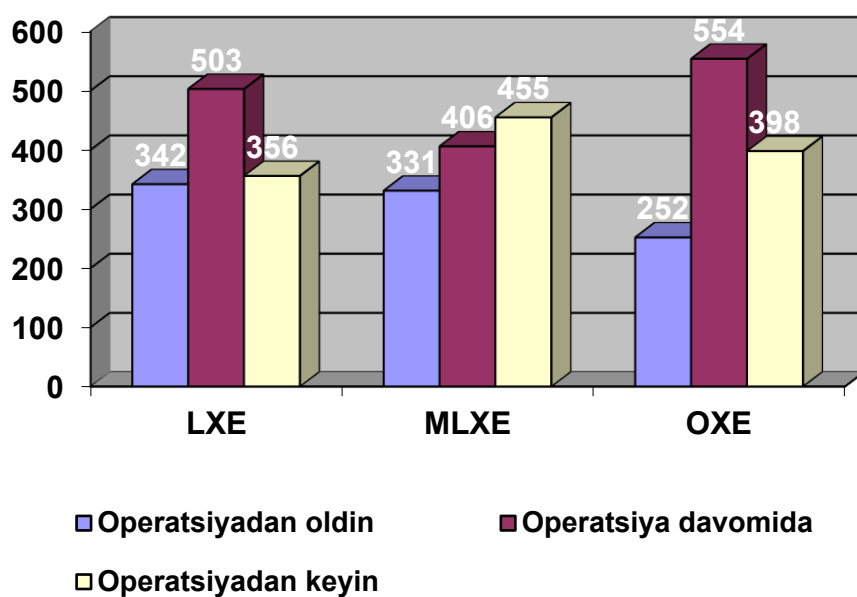
Rasm 4.1. Tadqiqotning barcha bosqichlarida prolaktin darajasi

Operatsiyadan keyingi 3-kuni, prolaktinni normalizatsiya qilish tendentsiyasi laparoskopik xoletsistektomiyadan keyin eng sezilarli bo'lganligi qayd etildi - dastlabki ma'lumotlardan og'ish + 123% ni tashkil etdi, laparotomiya texnikasi bilan esa u kamroq aniq bo'ldi (+ 286%).

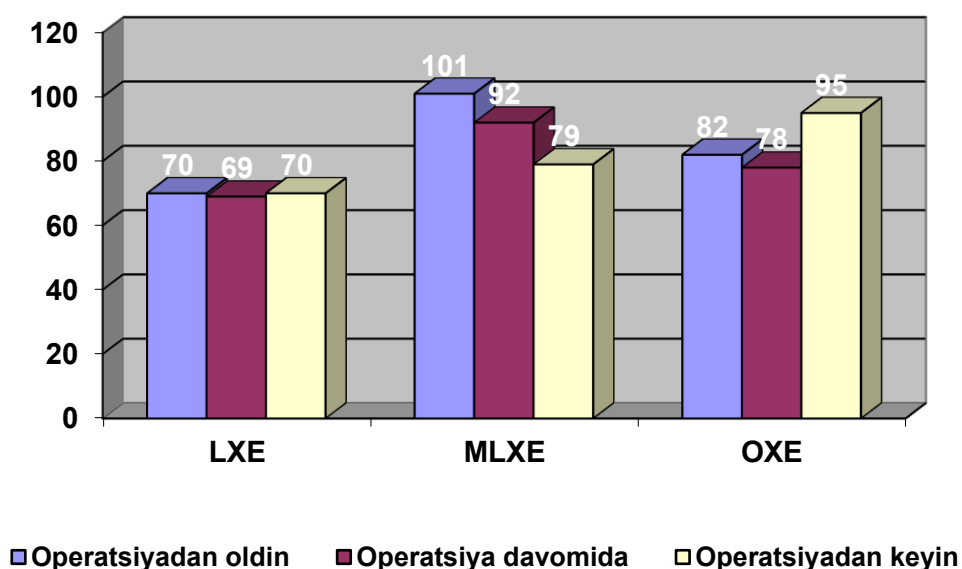
Shuning uchun, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, laparotomiya va minilaparotomiya usullari bilan solishtirganda, LXE paytida prolaktinning sezilarli darajada oshishi sodir bo'ldi. Jarrohlik paytida va undan keyingi 3-kuni prolaktin darajasining o'zgaruvchanligi nuqtai nazaridan, minilaparotomiya usulidagi jarrohlik aralashuvlar laparoskopik va laparotomiya operatsiyalari o'rtasida oraliq pozitsiyani egallaydi.

2.Kortizol - biz tekshirgan bemorlarda uning boshlang'ich darajasi $252,1 \pm 42,6$ dan $342,1 \pm 48,2$ nmol / l gacha o'zgargan, bu normal chegaralarda edi. Kortizol darajasining maksimal o'sishi o't pufagini laparotomiya (+106,5%) yo'li bilan olib tashlash bosqichida, laparoskopik (+56,1%) va minilaparotomik xoletsistektomiya (+19,6%) bilan solishtirganda kuzatildi. Operatsiyadan keyingi 3-kuni laparoskopik va minilaparotomiyali xoletsistektomiyalardan so'ng bemorlarda kortizol tarkibini normallashtirish tendentsiyalari qayd etildi, bunda gormonlarning o'rtacha miqdori boshlang'ich darajaga nisbatan mos ravishda +4,5% va 37,6% ni, laparotomiyadan keyin esa mos ravishda +59,2% **ni** tashkil etdi .

3.Qalqonsimon gormonlar (T4, TSH) funktsional ravishda gipofiz bezi bilan bog'liq va turli jarrohlik aralashuvlar paytida o'zgaradi. Jarrohlik paytida turli xil xoletsistektomiya variantlarida T4 darajasi boshlang'ich qiymatlardan past edi. Laparoskopik va minilaparotomiya usullari bilan T4 ning operatsiyadan keyingi o'zgarishlari intraoperativ o'zgarishlarga to'g'ri keldi va faqat laparotomiyali xoletsistektomiya bilan gormonlar tarkibida sezilarli o'sish aniqlandi (12,9%) (4.3-rasm).



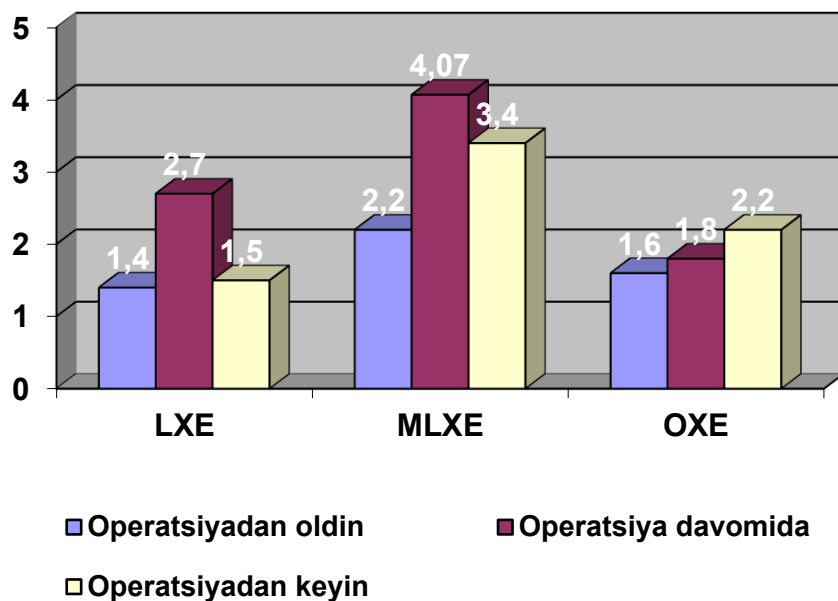
Rasm. 4.2 Tadqiqotning barcha bosqichlarida kortizol darajasi



Rasm. 4.3 Tadqiqotning barcha bosqichlarida T₄ darajasi

TSH kontsentratsiyasining o'zgarishi va uning og'ish darajasi dastlabki ma'lumotlarga nisbatan laparoskopik (+91,2%) va minilaparotomiya operatsiyalarida (+71,6%) laparotomiyaga (+15,2%) xoletsistektomiyalarga qaraganda ancha yuqori. Laparoskopik xoletsistektomiyadan so'ng olingan ma'lumotlarning dastlabki ma'lumotlardan og'ish foizi minilaparotomiyadagi operatsiyalarga (+52,2%) qaraganda sezilarli darajada kamroq (+11,2%). Laparotomiyaga kirishdan so'ng operatsiyalardan so'ng, TSHning ortishi

tendentsiyasi qayd etildi (4.4-rasm) va uning dastlabki ma'lumotlardan og'ish darajasi o't pufagini olib tashlashga (+15%) nisbatan yuqori (+48,1%).



Rasm. 4.4 Tadqiqotning barcha bosqichlarida TSH darajasi.

Gormon:	Guruh:	Gormonlarning o'rtacha miqdori ($M \pm m$)		
		Operatsiyadan oldin	O't pufagi izolyatsiya qilinganida	Operatsiyadan keyingi 3-kuni
1	2	3	4	5
Prolaktin (MME/ml)	1	$256,4 \pm 54,6$	$2411,7 \pm 86,3$	$597,5 \pm 248,7$
	2	$215,2 \pm 21,6$	$908,3 \pm 248,7$	$627,6 \pm 54,7$
	3	$283,0 \pm 113$	$1981,6 \pm 213,4$	$1176,7 \pm 197,6$
Kortizol (nmol/L)	1	$342,1 \pm 48,2$	$503,4 \pm 54,7$	$356,6 \pm 41,8$
	2	$331,9 \pm 26,4$	$406,8 \pm 56,4$	$455,7 \pm 38,8$
	3	$252,1 \pm 42,6$	$554,9 \pm 23,6$	$398,1 \pm 25,2$
T ₄	1	$70,8 \pm 8,86$	$69,3 \pm 2,4$	$70,1 \pm 12,7$
	2	$101,4 \pm 13,1$	$92,8 \pm 10,8$	$79,4 \pm 9,9,92$
	3	$82,4 \pm 5,7$	$78,9 \pm 5,7$	$95,7 \pm 4,6$
TSH	1	$1,41 \pm 0,71$	$2,70 \pm 0,78$	$1,53 \pm 0,41$
	2	$2,21 \pm 0,51$	$4,07 \pm 0,41$	$3,4 \pm 1,5$
	3	$1,68 \pm 0,4$	$1,89 \pm 0,89$	$2,24 \pm 0,8$

Qondagi gormonlar darajasini guruhlar bo'yicha taqsimlash

Eslatma: 1 – laparoskopik xoletsistektomiya;

2 - minilaparotomiyadan xoletsistektomiya,

3 – keng laparotomiya usulidan xoletsistektomiya.

Gormonlarning o'rtacha miqdorining asosiy ko'rsatkichga nisbatan %
o'zgaruvchanligidarajasi

Gormon:	Guruh:	Gormonlarning o'rtacha sonining asosiy darajaga nisbatan o'zgaruvchanligi%:	
		Operatsiya davomida:	Operatsiyadan keyingi uchinchi kuni
1	2	3	4
Prolaktin (MME/ml)	1	+832,2	+123,0
	2	+315,0	+187,2
	3	+623,1	+286
Kortizol (nmol/L)	1	+56,1	+4,5
	2	+19,6	+37,6
	3	+106,5	+59,2
T ₄	1	-3.1	-3.3
	2	-10.7	-21.7
	3	-10.7	+ 12.9
TSH	1	+ 91,2	+ 11.2
	2	+71,6	+52,2
	3	+15,2%	+48,1

Eslatma : 1 – laparoskopik xoletsistektomiya;
2 - minilaparotomiyadan xoletsistektomiya,
3 – keng laparotomiya usulidan xoletsistektomiya.

Tadqiqotlarimizdan olingan ma'lumotlar minilaparotomiya usulida xoletsistektomiya paytida jarrohlik paytida gormonlar darajasining oshishi haqida xulosa chiqarishga imkon beradi, bu uning og'irligida laparoskopik va

laparotomiyali xoletsistektomiya o'rtasida joylashgan. Laparoskopik xoletsistektomiya paytida ba'zi gormonlar darajasining keskin oshishini tarang karboksiperitoneumning ta'siri bilan izohlash mumkin, bu o'z-o'zidan asab tugunlariga boy qorin pardaning cho'zilishi bilan bog'liq juda stressli omil hisoblanadi. Biroq, laparoskopik xoletsistektomiya bilan stress gormonlarining boshlang'ich darajasiga qaytish tezroq sodir bo'ladi, bu operatsiya davomida mushak to'qimalariga kamroq shikast etkazish bilan bog'liq.

Shu bilan birga, qondagi gormonlar darajasini o'rganish yana bir xususiyatni aniqladi. Ta'kidlanishicha, operatsiya qancha uzoq bo'lsa, normadan ko'proq tebranishlar bo'ladi. Shunday qilib, agar biz xoletsistektomiya ko'rsatkichini laparotomiyadan bir birlik sifatida oladigan bo'lsak, u holda uzoq muddatli laparoskopik yoki minilaparotomik xoletsistektomiya bilan operatsiyaning og'irlik ko'rsatkichi teng bo'ladi. Misol tariqasida prolaktin darajasidan foydalangan holda bu qaramlik 4.5-jadvalda aks ettirilgan.

4.5-jadval.

Prolaktin darajasining xoletsistektomiya davomiyligiga bog'liqligi

	LXE		MLXE		OXE	
	1	2	1	2	1	2
Operatsiyaning davomiyligi o'rtachaga teng bo'lsa	2411	597	908	627	1981 yil	1176
Operatsiyaning davomiyligi o'rtacha 2 baravardan ortiq	5214	918	2110	1012	4605	2856

Eslatma: 1 – operatsiya vaqtida; 2 - operatsiyadan keyin

4.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, LXE davomiyligi o'rtacha qiymatdan 2 baravar oshib ketganda, operatsiyadan keyingi prolaktin darajasi operatsiyadan keyingi davrda o'rtacha qiymatdan oshadi, lekin ayni paytda laparotomiyali

xoletsistektomiyadan keyingi operatsiyadan keyingi davrda prolaktin darajasiga yaqinlashadi.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, o'rganilayotgan gormonlarning aksariyati ularning ko'payishiga nisbatan eng aniq o'zgaruvchanligi an'anaviy bilan solishtirganda laparoskopik xoletsistektomiya paytida sodir bo'lgan, ammo laparoskopik jarrohlikdan keyingi operatsiyadan keyingi uchinchi kunga kelib minilaparotomiya va an'anaviy usullarga nisbatan tezroq boshlang'ich darajaga qaytish kuzatilgan ($p < 0,05$). Umuman olganda, minilaparotomiya va laparoskopik usullardan foydalangan holda o't pufagini izolyatsiya qilish va olib tashlash paytida olingan ma'lumotlarni taqqoslash deyarli bir xil edi, ammo operatsiyadan keyingi uchinchi kuni afzallik laparoskopik xoletsistektomiya tomonida bo'lib, dastlabki darajaga tezroq qaytishi mumkin edi.

Shunday qilib, o't yo'llaridagi operatsiyalar paytida stress sindromi darajasini qiyosiy baholash shuni ko'rsatdiki, minilaparotomiya usulidagi operatsiyalar jarrohlik tajovuzkorlik darajasi bo'yicha minimal invaziv deb tasniflanishi mumkin. Biroq, jarrohlik aralashuvining davomiyligi oshgani sayin, stress gormonlari darajasi parallel ravishda oshadi.

Shuning uchun, laparoskopik xoletsistektomiya kontrendikedir bo'lsa, og'ir birga keladigan kasalliklar (yurak-qon tomir kasalliklari va surunkali o'pka kasalliklari va boshqalar) bo'lgan o't yo'llarining yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik aralashuvining optimal usuli minilaparotomiya usuli bo'yicha jarrohlik bo'lib, bizning tadqiqotimizga ko'ra, o'rtacha durlaparotomiya usuliga qaraganda kamroq shikastlidir.

5-BOB.

JARROHLIK XAVFI YUQORI BO'LGAN SURUNKALI KALKULYOZ XOLETSISTITLI BEMORLARDA MINILAPAROTOMIK XOLETSISTEKTOMIYA NATIJALARI

YOX bilan STX bilan og'rigan bemorlarda OXE va LXE natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, jarrohlik xavfi nisbatan past bo'lishiga qaramay (biz ishlab

chiqqan shkala bo'yicha, bu bemorlarning aksariyati 1-xavf toifasiga kiritilgan), ularni davolash natijalari to'liq qoniqarli emas. Bundan tashqari, OXE ning travmatik tabiati va PPni qo'llash zarurati tufayli LXE qilishning iloji yo'qligi sababli, YOX bilan kasallangan ko'plab bemorlarda patologiyani jarrohlik tuzatish favqulodda holat paydo bo'lgunga qadar kechiktiriladi (ishlab chiqilgan shkalaga ko'ra, bular 2, 3 va 4 darajali jarrohlik xavfi bo'lgan bemorlardir).

Xolelitiyozni jarrohlik davolash arsenalida MLXE mavjudligini hisobga olgan holda, biz ushbu usulni YOX bilan STX bo'lgan bemorlarda qo'llash imkoniyatini tahlil qildik, chunki bemorlarning ushbu toifasi minimal invaziv texnikani talab qiladi.

Shu maqsadda turli yondashuvlar yordamida o't yo'llarida operatsiyalar paytida stress gormonlari darajasini qiyosiy baholash amalga oshirildi. Jarrohlik agressiyasi darajasiga ko'ra, minilaparotomiyadan foydalangan holda jarrohlik minimal invaziv deb tasniflanishi mumkinligi isbotlangan. Shu bilan birga, har qanday minimal invaziv aralashuv, agar u uzoqroq davom etsa, an'anaviy ochiq aralashuv bilan bir xil natija berishi mumkinligi isbotlangan.

Shuning uchun, YOX bilan STX bilan og'rigan bemorlarda jarrohlik aralashuvning optimal usuli, LXE minimal invaziv usul sifatida kontrendikedir bo'lganda, minilaparotomiya usuli bo'yicha operatsiya bo'lib, bizning tadqiqotimizga ko'ra, laparotomiya usuliga qaraganda kamroq shikastlidir.

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, biz MLXEdan o'tgan STX va YOX bilan kasallangan 217 bemorning davolash natijalarini tahlil qildik.

Shuni ta'kidlash kerakki, biz ushbu uslubni bemorlarning ushbu guruhida qo'llashni 2 bosqichga ajratdik: 1-bosqich ("A" kichik guruhi), M.I.ga muvofiq standart MLXE ishlatilganda. Prudkova 2001 yildan 2004 yilgacha 112 bemorda Miniassistant uskunasidan foydalangan; 2-bosqich ("B" kichik guruhi), bizning takomillashtirilgan MLXE texnikamiz 2004 yildan 2007 yilgacha 105 bemorda ishlatilgan.

MLXEdan o'tgan bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi 5.1-jadvalda ko'rsatilgan.

5.1-jadval.

MLXEdan o'tgan bemorlarning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Yosh	MLXE tomonidan M.I. Prudkov		Yaxshilash - hammom MLXE		Jami
	Er (%)	Ayol (%)	Er (%)	ayol (%)	
45-59 yosh	5(2,3%)	21 (9,7%)	4(1,8%)	20 (9,2%)	50 (23%)
60-75 yosh	17 (7,8%)	40 (18,4%)	14 (6,5%)	37 (17,1%)	108 (49,8%)
75 va undan katta	13(6%)	16 (7,4%)	13(6%)	17 (7,8%)	59 (27,2%)
Jami	35 (16,1%)	77 (35,5%)	31 (14,3%)	74 (34,1%)	217 (100%)

5.1-jadvalda aks ettirilganidek, MLXEdan o'tgan bemorlarning taxminan yarmi 60 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan. 75 yoshdan oshgan bemorlarning 59 nafari (27,2%). Bundan tashqari, "A" kichik guruhi va "B" kichik guruhida jins va yosh bo'yicha nisbat deyarli bir xil edi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, ishning 3-bobida ta'riflanganidek, OXE va LXEdan o'tgan bemorlar orasida 75 yoshdan oshgan bemorlar yo'q edi.

MLXE bilan og'riq bemorlarda hamroh bo'lgan kasalliklar jadvalda keltirilgan. 5.2. Kutilganidek, eng keng tarqalgan yurak-qon tomir kasalliklari bo'lib, 216 (99,5%) bemorlarda kuzatilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, yurak-qon tomir tizimi, o'pka tizimi va semizlik "B" kichik guruhidagi bemorlarda ko'proq uchraydi.

Ushbu bemorlarning jarrohlik xavfi darajasi bo'yicha taqsimlanishi jadvalda aks ettirilgan. 5.3.

5.2-jadval.

MLXE dan o'tgan STX bilan og'rigan bemorlarda birgalikda patologiya

Yo'q.	<i>Bilan bog'liq kasalliklar</i>	"A" kichik guruhi	"B" kichik guruhi	Jami
1	Yurak-qon tomir tizimining kasalliklari	111	105	216
2	Semirib ketish	56	92	148
3	Siydik chiqarish tizimining kasalliklari	54	42	96
4	Nafas olish kasalliklari	40	46	86
5	Jigar kasalliklari	22	27	59
6	Oshqozon-ichak kasalliklari	22	21	53
7	Qandli diabet	13	14	27
8	Tizimli kasalliklar	3	4	7

5.3-jadval.

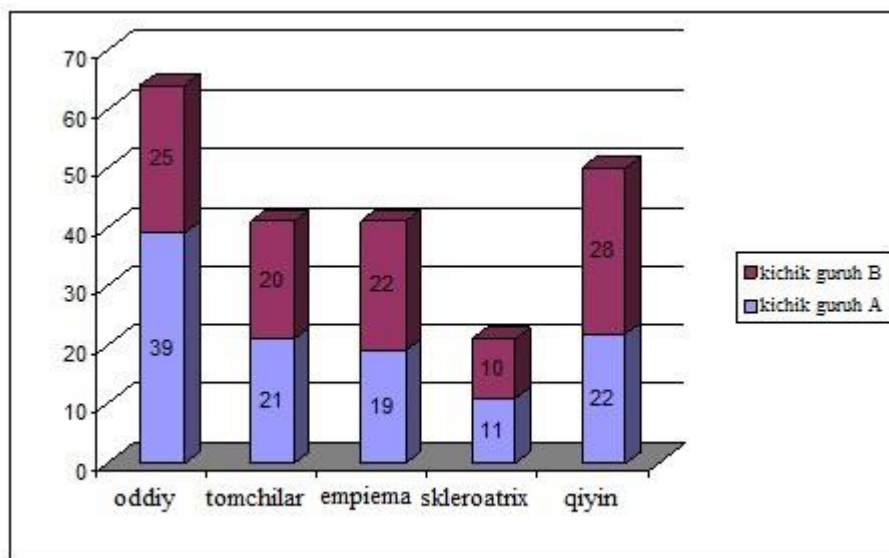
Bemorlarning og'irlik darajasiga qarab taqsimlanishi

Jiddiylik toifalari	Bemorlar soni		
	"A" kichik guruhi	"B" kichik guruhi	Jami
I	25 (11,5%)	15 (6,9%)	40 (18,4%)
II	50 (23,1%)	48 (22,1%)	98 (45,2%)
III	33 (15,2%)	36 (16,6%)	69 (31,8%)
IV	4(1,8%)	6(2,8%)	10 (4,6%)
Jami:	112 (51,6%)	105 (48,4%)	217 (100%)

Taqdim etilgan 5.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki , asosan 1-toifali jarrohlik xavfi sifatida tasniflangan OXE va LXE qilingan bemorlardan farqli o'laroq, MLXE qilingan bemorlar guruhiga jarrohlik xavfining barcha darajasi bo'lgan

bemorlar toifalari kiritilgan. Bemorlarning asosiy ulushi ikkinchi va uchinchi darajali jarrohlik xavfi bo'lganlar edi. Shuni ta'kidlash kerakki, takomillashtirilgan MLXE texnikasi og'irlik darajasi yuqori bo'lgan bemorlarning ko'p sonida qo'llanilgan. Shunday qilib, 3 va 4 darajali xatarli bemorlarning 42 nafari (19,4%) ushbu usulda, 37 nafari (17%) standart usulda operatsiya qilingan.

Jarrohlik xavfini oshirishning muhim omili o't pufagidagi o'zgarishlar edi. Ularning chastotasi 5.1-rasmda ko'rsatilgan.



Guruch. 5.1. MLXE qilingan bemorlarda STX ning turli morfologik shakllarining chastotasi

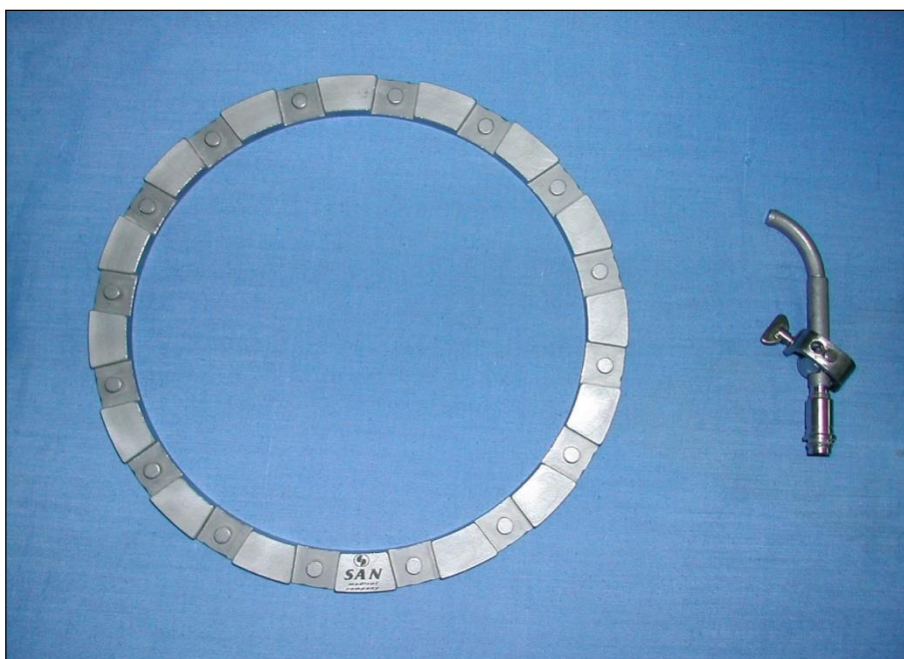
rasmdan ko'rinib turibdiki, OXE va LXE qilingan bemorlardan farqli o'laroq, MLXE "qiyin" deb ataladigan xoletsistektomiya paytida tez-tez bajarilgan, bu esa, tabiiyki, bemorlarni operatsiyaning yuqori og'irlik darajasiga o'tkazadi. Shunday qilib, o't pufagining tushishi va empiemasida 41 ta, skleroatrofik o't pufagida - 21 ta, o'tkir xoletsistit simptomlari susayganida - 50 ta MLXE o'tkazildi. Shu bilan birga, yana "qiyin" xoletsistektomiyalarning ulushi "B" kichik guruhdagiga qaraganda yuqori.

Ishning 2-bobida tasvirlanganidek, 7 nafar bemorda mexanik sariqlik tarixi bor edi. Ultratovush tekshiruvi paytida biz hech qanday patologiya aniqlamadik. Anamnestik sariqlik tufayli, MLXE paytida umumiy o't yo'lini qayta ko'rib

chiqish amalga oshirildi - patologiya topilmadi. Ularning operatsiyadan keyingi davri muammosiz o'tdi.

Barcha minilaparotomiya operatsiyalari M.I. Prudkov, tomonidan ishlab chiqilgan "miniassistant" jarrohlik asboblari to'plami yordamida amalga oshirildi. "SAN" (Rossiya) tibbiy kompaniyasi tomonidan ishlab chiqarilgan.

Mini-laparotomiya uchun asboblarning to'plamiga quyidagilar kiradi: aylana - nometallarni biriktirish uchun tayanch - retraktorlar (retraktor); mobil tor nometall, ulardan biri optik tolali yorug'lik qo'llanmasi yordamida yoritgichga ulangan nuqta yorug'lik manbai bilan jihozlangan (5.2-rasm, 5.3).



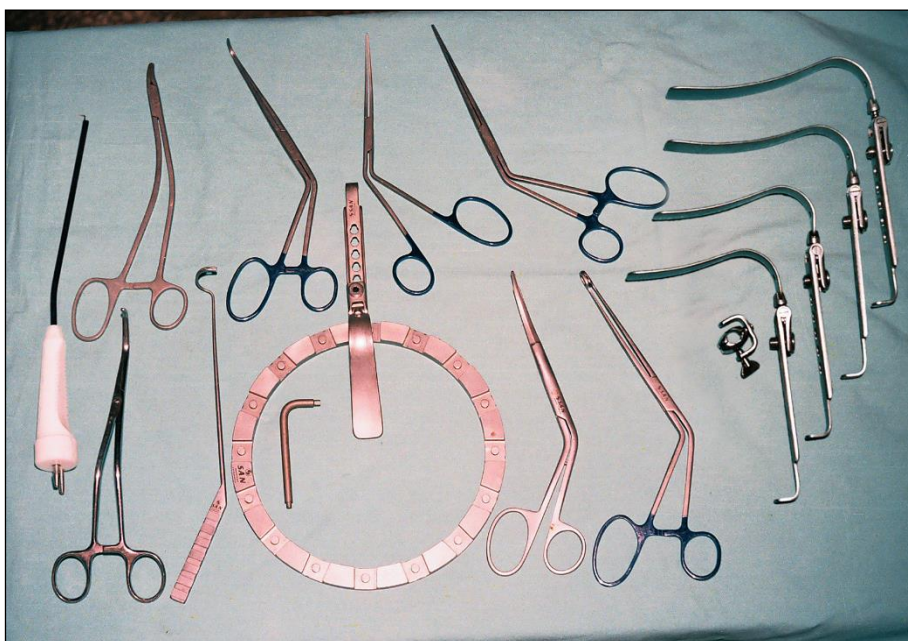
Rasm. 5.2. Yorug'lik qo'llanmasi bilan halqa shaklidagi retraktor.

Retraktorning cho'milish qismining burchagini o'zgartirish va uni ma'lum bir holatda mahkamlash qobiliyati, qisqa laparotomiya kesmasi bilan subhepatik bo'shliqda manipulyatsiya qilish mumkin bo'lgan zonani olish imkonini beradi.

Amaliyot davomida "Mini-Assistent" to'plamiga kiritilgan maxsus asboblarning ishlatilgan (5.4-rasm).



Rasm. 5.3. Turli uzunlikdagi ishchi qismlarga ega retraktorlar.



Rasm. 5.4. Mini-yordamchi asboblarni to'plami.

CXH bo'lgan barcha 217 bemorda MLXE qilish uchun biz minilaparotomiyaning ikkita variantidan foydalandik, unda kesma uzunligi 3 dan 6 sm gacha bo'lgan: pararektal va qiya subkostal.

Pararektal kesma deyarli 7 marta (189-da - 87,1%) o'ng qovurg'a kamariga parallel bo'lgan qiya kesma (28-12,9%) ko'proq ishlatilgan, bu statistik ahamiyatga ega ($p < 0,05$).

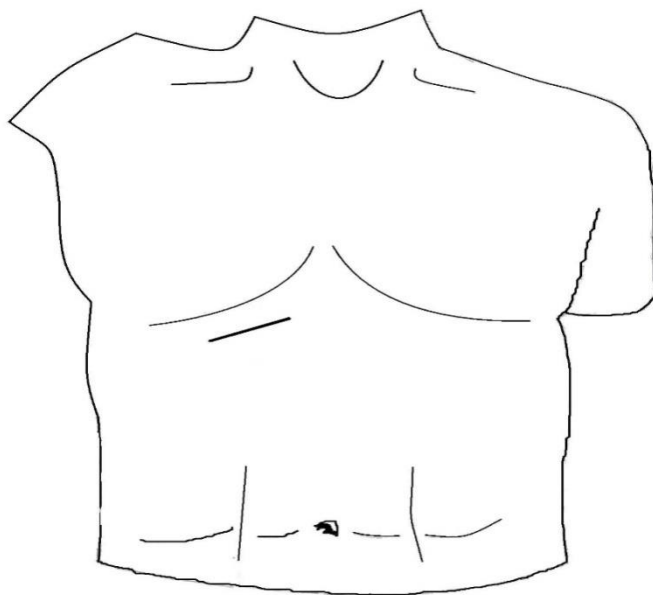
Qorin bo'shlig'i devorini kesish yo'nalishini tanlash individual ravishda belgilanadi va quyidagilarga bog'liq: bemorning konstitutsiyasi, o't yo'llari shikastlanishining tabiati, birga keladigan kasalliklar va oldingi operatsiyalar. Kirishning kengayishi istisno etilmagan holatlarda ("qiyin" xoletsistektomiya, ichki safro-hazm qilish oqmalari, xoledoxolitiaz va boshqalar), shuningdek laparoskopik jarrohlik usulidan o'tishda to'g'ri pararektal kirish qo'llanilgan (189-87,1%). Ushbu kirish qorin bo'shlig'ini etarli darajada qayta ko'rib chiqish va kerakli hajmdagi jarrohlik aralashuviga imkon berdi. Aksincha, qolgan 28 (12,9%) bemorlarda, odatda, asoratlanmagan surunkali kalkulyoz xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda o'ngdagi oblique yondashuv qo'llanilgan.

O'ng gipoxondriyadagi oblik kirish 4 sm o'ng qovurg'a yoyidan 3 sm pastda va 3 sm o'rta chiziqdan 2 sm o'ng tomonda qovurg'a yoyi burchagi darajasida amalga oshirildi (5.5-rasm).

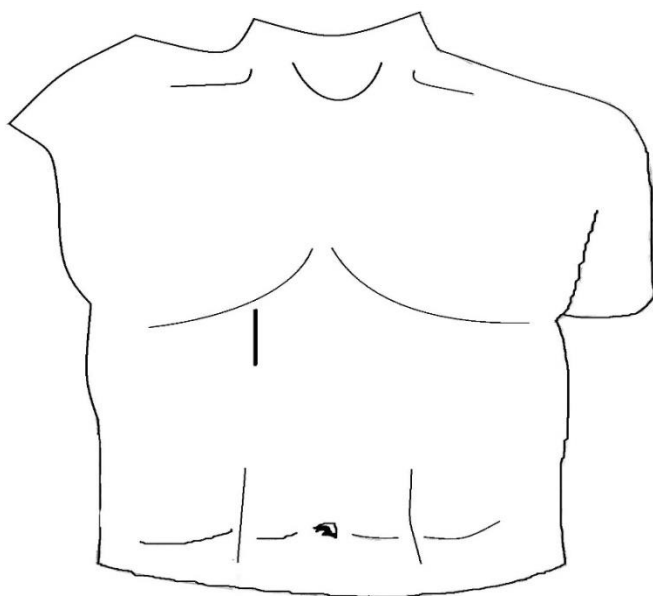
Teri, teri osti to'qimasi va qorinning o'ng to'g'ri mushaklari g'ilofining oldingi qatlami qatlam-qatlam bo'linadi. Kesish bo'ylab elektrojarrohlik harakati yordamida ehtiyotkorlik bilan gemostaz amalga oshirildi. Shundan so'ng qorinning to'g'ri mushak tolalari bir-biridan ajralib chiqdi va qorin parda bilan qinning orqa qatlami ochildi.

Pararektal kirish bilan kesma qorin bo'shlig'ining o'rta chizig'idan taxminan 4-5 sm orqaga chekinib, vertikal pastga qarab o'ng qovurg'a yoyi burchagidan qilingan (5.6-rasm). Teri va teri osti to'qimasini ajratgandan so'ng, to'g'ri ichak qobig'ining old devori vertikal ravishda ochiladi, so'ngra qorin bo'shlig'i to'g'ri mushak tolalari chap va o'ngga ajratiladi, shundan so'ng ikkinchisining qobig'ining orqa devori va qorin pardasi kesiladi. Ular har doim qorin bo'shlig'iga jigarning dumaloq ligamentining o'ng tomoniga kirishga harakat qilishdi, bu esa keyingi jarrohlik manipulyatsiyasini osonlashtirdi. Yaraning chuqurligini kamaytirish uchun qorin bo'shlig'i qorin bo'shlig'i terisiga

jarohatning qirralari va burchaklarining o'rtasi bo'ylab to'rtta alohida kesilgan tikuv bilan mahkamlangan.



5.5-rasm. Minilaparotomiyadan xoletsistektomiya paytida qiya kesma sxemasi



5.6-rasm. Minilaparotomiyadan xoletsistektomiya paytida pararektal kesma sxemasi

Umuman olganda, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, minilaparotomiya usulidan operatsiyalarning bevosita natijalarini baholashda ular ancha qulay

ekanligi aniqlandi: 2 bemorda intraoperativ asoratlarni kuzatildi. Operatsiyadan keyingi asoratlarni 12 (5,5%) bemorda sodir bo'ldi.

Operatsiyadan keyingi darhol bo'shatilgan bemorlarning 198 nafari (91,24%) tuzalib ketdi, 19 nafarida (8,75%) sezilarli yaxshilanish kuzatildi (o'ng hipokondriyunda og'irlik saqlanib qolganda og'riq xurujlari to'xtadi) (5.4-jadval).

5.4-jadval.

Minilaparotomiyadan foydalangan holda o't yo'llari operatsiyalarining bevosita natijalari

Darhol natijalar:	Miqdor	%
Operatsiya qilingan bemorlar soni	217	100%
Konvertatsiyalar	7	3,2%
Ulardan asoratlarni bor edi	14	6,45%
Jumladan:		
Intraoperativ	2	0,9%
Operatsiyadan keyingi	12	5,5%
O'lgan	0	0%

5.4-jadvalda ko'rsatilganidek, MLXE paytida 2 bemorda asoratlarni kuzatildi.

Birinchi holda, umumiy o't yo'li kesilgan, natijada laparotomiya va rekonstruktiv jarrohlik. Ikkinchi holda, kist arteriyasini kesishdan so'ng, qisqich sirg'alib, qon ketish sodir bo'ldi. Laparotomiyaga o'tkazish va kist arteriyasini bog'lash ham amalga oshirildi. Ushbu bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni bo'lmagan.

Operatsiyadan keyingi davrda yana 12 (5,5%) holatda biz turli xil asoratlarni qayd etdik (5.5-jadval).

2 (0,9%) bemorda aniqlangan o'ziga xos asoratlarni MLXE ishlashi bilan bevosita bog'liq bo'lganlarni o'z ichiga oladi: subhepatik bo'shliqdan drenajlash orqali safro oqishi va surunkali pankreatitning kuchayishi. Ushbu holatlarning hech birida relaparotomiya talab qilinmagan.

pnevmoniya, o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi va boshqalar) kuzatilgan o'ziga xos bo'lmagan yoki umumiy asoratlار o'ziga xos bo'lganlarga qaraganda ancha tez-tez (5,5%) qayd etilgan. Ular uzoq muddatli konservativ davolanishni talab qildilar va operatsiyadan keyin bemorlarning kasalxonada qolish muddatini uzaytirdilar. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, OXE va LXE qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlار soni mos ravishda 23,5% va 15% ni tashkil etdi va asosan, bu bemorlar jarrohlik og'irligining 1-toifasiga tegishli edi.

5.5-jadval.

**Operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi va tabiati,
MLXE dan o'tgan bemorlarda**

Asoratlarning tabiati	Raqam	%
Maxsus:	2	0,9%
Subhepatik bo'shliqdan safro oqishi	1	0,45%
Surunkali pankreatitning kuchayishi	1	0,45%
Maxsus bo'lmagan:	12	5,5%
Zotiljam	5	2,3%
surunkali bronxitning kuchayishi	1	0,45%
O'tkir miokard infarkti	5	2,3%
Segmental o'pka emboliyasi	1	0,45%
Jami asoratlار	14	6,4%

MLXE holatlarida operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, ular, qoida tariqasida, standart MLXEni o'tkazishda kuzatilgan va sabab, qoida tariqasida, 3 va 4 darajali jarrohlik xavfi bo'lgan bemorlarda "qiyin" xoletsistektomiyalarni bajarishdir. Bundan tashqari, xuddi shu omil M.I.ga ko'ra standart MLXEni amalga oshirishda konvertatsiyalar soniga ta'sir ko'rsatdi. Prudkov. Shunday qilib, barcha holatlarda konversiyaning sababi skleroatrofik o't pufagi va o'tkir xoletsistitning alomatlarini susaytirishi edi.

M.I.Prudkovga muvofiq standart MLXE ni bajarish. Bunday vaziyatlarda operatsiyaning uzoq davom etishi hamroh bo'ldi.

MLXE davomiyligi o'rtacha $55 \pm 4,5$ minutni tashkil etdi. Bundan tashqari, "oddiy" xoletsistektomiyani bajarish uchun o'rtacha $41 \pm 5,0$ minut, "qiyin" operatsiyani bajarish uchun esa $75 \pm 6,5$ minut kerak bo'ldi. MLXE ning eng uzoq davom etishi o'tkir xoletsistitning alomatlari pasayganda, 120 daqiqagacha kuzatilgan. MLXE davomiyligi va natijada uning yuqori travmatik tabiati YOX bilan og'rikan bemorlarda yuqorida aytib o'tilgan bir qator asoratlarning paydo bo'lishiga yordam berdi. Bundan farqli o'laroq, MLXE muddati qisqaroq bo'lgan bemorlarda asoratlari deyarli kuzatilmadi. Ushbu ma'lumotlar minimal invaziv xoletsistektomiya paytida stress gormoni darajasini o'rganishda olingan natijalarni tasdiqlaydi - operatsiya qanchalik uzoq davom etsa, u kamroq minimal invaziv bo'ladi.

5.6-jadval.

MLXE paytida operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasining operatsiyaning og'irligiga bog'liqligi

Jarrohlik og'irligi toifasi	Murakkabliklar soni
I	0
II	1
III	7
IV	4
Jami	12 (5,5%)

Misol 3. Bemor D., 71 yosh, IB No124, 5 yil davomida o'ng hipokondriyunda davriy og'riqlar tufayli jarrohlik shifoxonasiga keldi. Anamnezdan, oxirgi xuruj 22 kun oldin bo'lgan, ko'p marta mexanik sariqlik belgilarisiz. Oxirgi 2 oy davomida bemor doimiy zerikarli og'riqni boshdan kechirdi. Miokard infarkti tarixi. Obyektiv tekshiruv bemorning ortiqcha vazni (2-darajali semirish) ekanligini aniqladi. Ultratovush tekshiruvda STX belgilari, o't pufagining gidroseliyasi (bo'yin 100 mmkattaligidagi tosh, siydik pufagi 2 sm o'lchamida 36 mm, siqilgan, umumiy o't yo'li kengaymagan, unda toshlar topilmagan) aniqlangan. EGDFS bilan - o'rtacha yuzaki gastrit, reflyuks ezofagit belgilari. EKG - sinus ritmi, izolyatsiya qilingan qorincha ekstrasistollari, EOS

chapgga og'ish. Ko'krak qafasining rentgenogrammasi: patologiya aniqlanmagan. Qolgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari normal chegaralarda. Bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldingi tashxis: Asosiy: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi; Bog'liq: koroner yurak kasalligi. Arterial gipertenziya, NK 2. semizlik 2-darajali. Umumiy holat bo'yicha umumiy ball 22 ni tashkil etadi, o't pufagining tushishiga xos bo'lgan o't pufagidagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda, bu summa 1,3 ga ko'paytiriladi, umumiy ball esa 28,7, III xavf toifasi . 09.11.02 MLXE Prudkov M.I bo'yicha amalga oshirildi, operatsiya davomiyligi 40 minut, qon yo'qotish 20 ml. Operatsiyadan keyingi davr muammosiz o'tdi, asoratlarni kuzatilmadi. Bemor 5-kuni ambulator davolanishga chiqarildi.

Misol 4. Bemor K, 68 yosh, ish No 654, 7 yil davomida o'ng hipokondriyunda davriy og'riqlar tufayli jarrohlik shifoxonasiga keldi. Anamnezdan, oxirgi xuruj 20 kun oldin bo'lgan, ko'p marta mexanik sariqlik belgilarisiz. So'nggi 4-5 oy ichida bemorda og'riqli hujumlar takrorlangan. Obyektiv tekshiruvda bemor ortiqcha vaznga ega (3-darajali semirish). Ultratovush tekshiruvda STX belgilari aniqlangan (ko'p miqdorda toshlar 0,5 dan 1 sm, o't pufagi devorlari qalinlashgan 1 sm, qatlamlangan, umumiy o't yo'li kengaymagan, unda toshlar topilmagan). EGDFS bilan - o'rtacha yuzaki gastrit, refluyuks ezofagit belgilari. EKG - sinus ritmi, chap to'plam shoxlari blokirovkasi, elektr o'qi chapga og'ish, yurak urish tezligi 100. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi: patologiya aniqlanmagan. Qolgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari normal chegaralarda. Bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldingi tashxis: Asosiy: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi; Bog'liq: koroner yurak kasalligi. O'ng to'plam filialining blokadasi. Arterial gipertenziya, 1-bosqich gipertenziya. Semizlik 3-darajali. Umumiy holat bo'yicha umumiy ball 21 ni tashkil etadi, o'tkir xolelitsitning qoldiq ta'sirining o't pufagining xarakteristikasidagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda, bu summa 2,46 ga ko'paytiriladi, umumiy ball esa 51,7, xavf toifasi IV . 12.12.02 MLXE Prudkov M.I bo'yicha amalga oshirildi operatsiya davomiyligi 110 daqiqa, qon yo'qotish 50 ml. Operatsiyadan keyingi davrda nafas qisilishi va zaiflik qayd etilgan. EKGda chap koronar arteriya havzasida o'tkir koronar qon aylanishining buzilishi ko'rsatilgan. Rivojlangan miokard infarktini davolash uchun zarur dori-darmonlarni oldi. Bemor 3-kuni kardiologiya bo'limiga o'tkazildi, u erdan bemor ambulator davolanish uchun chiqarildi.

Ushbu ikkita misol bilan biz operatsiyadan keyingi asoratlarning paydo bo'lishida operatsiya davomiyligi va shuning uchun travma qanday rol o'ynashini ko'rsatmoqchi edik. Shunday qilib, 3-misolda, bemor 4-misolga nisbatan umumiy holat bo'yicha yuqori umumiy ballga ega bo'lsa-da, operatsiyadan keyingi davrda bemorda hech qanday asoratlarni paydo bo'lmadi. Ko'rinishidan , boshqa asoratlarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, operatsiya davomiyligi bunga ta'sir qildi. Bu,

shuningdek, "stress" gormonlari darajasini aniqlash uchun o'tkazilgan tadqiqotlar bilan tasdiqlangan.

Biz ushbu muammoni hal qilish usullaridan birini MLXE ning texnik imkoniyatlarini yaxshilashda ko'rdik, bu "qiyin" xoletsistektomiya deb ataladigan vaqtni qisqartiradi.

Surunkali buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarni YOX bilan davolashda yaxshilangan MLXE natijalarini tahlil qilish

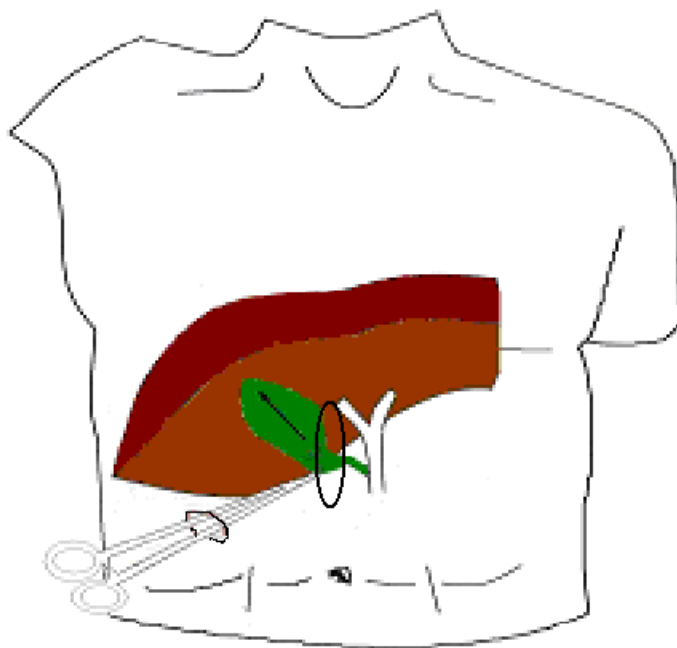
MLXE alohida bosqichlarga bo'lingan. Asosiy nuqta, boshqa har qanday operatsiyada bo'lgani kabi, Calot uchburchagining elementlarini to'liq ta'sir qilish va etarli darajada vizualizatsiya qilishdir. M.I.Prudkovda ga muvofiq standart MLXE ni bajarishda. o't pufagining pastki qismidagi tortishish va uni yaraga olib tashlash (laparotomiyali xoletsistektomiyada bo'lgani kabi) o't pufagining bo'yin qismi va gepatoduodenal ligamentning vizualizatsiyasini sezilarli darajada yomonlashtirdi, bu esa operatsiya davomiyligini, ayniqsa, "xolezis" paytida ko'payishiga olib keldi.

Shuning uchun, "B" kichik guruhidagi bemorlarda MLXE ni o'tkazishda biz tomonidan ishlab chiqilgan yangi texnik usuldan foydalandik, bu operatsiyani bajarishni sezilarli darajada osonlashtiradi - Calot uchburchagi elementlarini vizualizatsiya qilish.

Shunday qilib, mini-laparotomiyani amalga oshirgandan so'ng, drenaj trubasini o'rnatish uchun mo'ljallangan qarshi ochilish joyida mini-laparotomiya yarasining yon tomonidagi qorin old devoriga qo'shimcha ponksiyon orqali uzun shoxlari bo'lgan yumshoq qisqich kiritiladi. Qisqich o't pufagining bo'ynini ushlaydi va lateral-yuqoriga tortishni qo'llaydi. Bunday holda, jarroh o't pufagining bo'yin qismini, gepatoduodenal ligamentni va o'n ikki barmoqli ichakni aniq ko'radi, bu ayniqsa "qiyin" xoletsistektomiyani amalga oshirishda zarurdir.(5.7-rasm).

Kistik kanal va arteriyani kesib o'tish uchun manipulyatsiyalar boshqa asboblardan to'sqinlik qilmaydi (odatda bu o't pufagining pastki va bo'ynini ushlaydigan 2 ta Luer tipidagi qisqichlar).

Kistik kanal va arteriya kesilgandan so'ng, o't pufagi minilaparotomiya yarasidan chiqariladi. Drenaj trubkasi subhepatik mintaqaga joylashtiriladi va qorin old devorida oldindan qilingan ponksiyon orqali chiqariladi.



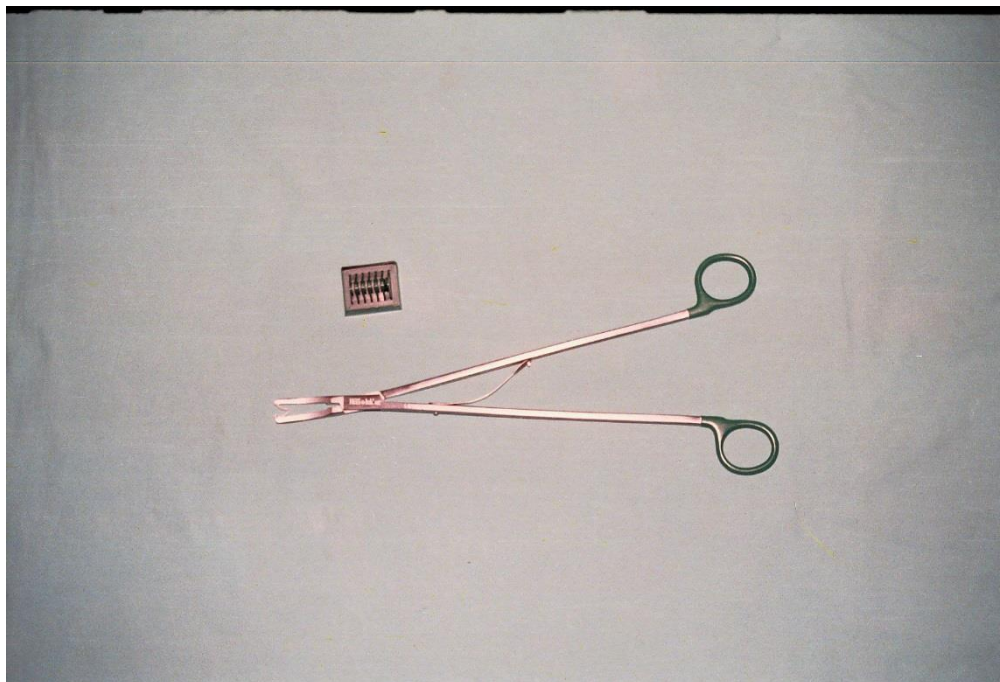
Rasm. 5.7. Minilaparotomiyadan xoletsistektomiya usuli sxemasi (ixtiroga patent berilgan).

Ushbu taktika gepatoduodenal ligament sohasidagi anatomik shakllanishlarni aniq farqlash va gepatoduodenal ligamentga kutilmagan zarar etkazmaslik imkonini beradi. Buning isbotlaridan biri shundaki, biz takomillashtirilgan texnikadan foydalangan holda 105 MLXEni bajarishda bemorning keyingi taqdiriga ta'sir qiladigan jiddiy intraoperativ asoratlar kuzatilmagan. Bundan tashqari, ochiq aralashuvga o'tishning birorta ham holati bo'lmagan.

Bundan tashqari, operatsiyaning davomiyligi va travmasini qisqartirish, shuningdek, intraoperativ asoratlar sonini kamaytirish uchun biz MLXE texnikasiga yana bir takomillashtirishni kiritdik.

Ma'lumki, standart texnikadan foydalangan holda MLXEda texnik jihatdan qiyin bo'lgan yana bir lahza bu kista kanali va arteriyani bog'lashdir. Tugun qorin bo'shlig'idan tashqarida bog'lanadi, so'ngra "vilkalar" yordamida ip qorin bo'shlig'iga tushiriladi va bog'lanadi.

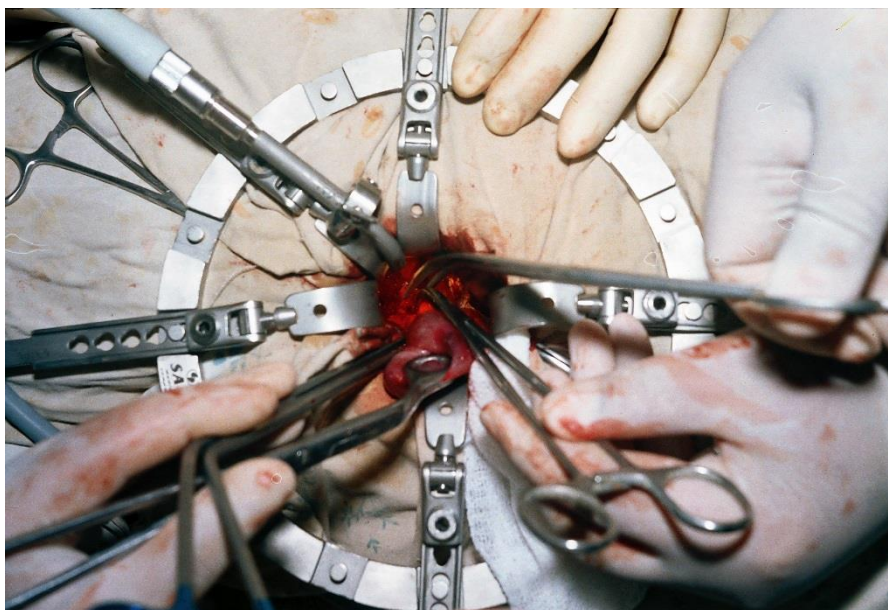
Biz o'z dizaynimizdagi qaychi yordamida operatsiyaning ushbu bosqichini sezilarli darajada soddalashtirdik (5.8-rasm). Kistik kanalning proksimal qismiga ikkita klip qo'yiladi va ularning kesishishi ular orasida amalga oshiriladi.



Rasm. 5.8. Clipper MLXE ni bajarishda ishlatiladi

Keyingi qadam - kist arteriyasini izolyatsiya qilish va qisqich qilish (5.9-rasm), undan keyin u ham kesishadi.

MLXE o'ng tarafdagi qorin old devoridagi ponksiyon orqali chiqarilgan drenaj yordamida subhepatik bo'shliqni majburiy drenajlash bilan yakunlandi, bu erdan o't pufagini tortish uchun qisqich o'rnatilgan.



Rasm. 5.9. Kistik arteriyani izolyatsiya qilish va kesish

Taklif etilayotgan texnika operatsiya qiluvchi jarrohning ishini sezilarli darajada osonlashtiradi va operatsiya davomiyligini qisqartiradi. Tavsiya etilgan texnik yaxshilanishlar uchun ixtiroga patent berildi .

Shunday qilib, takomillashtirilgan texnikadan foydalangan holda MLXEning oʻrtacha davomiyligi "B" kichik guruhidagi bemorlarda $36 \pm 3,1$ minutni tashkil etdi va bemorlarning koʻpchiligida (79,4%) 40 daqiqadan oshmadi (5.7-jadval).

5.7-jadval.

MLXE ning turli xil variantlari davomiyligini qiyosiy baholash

MLXE variantlari	"muntazam" xoletsistektomiya uchun MLXE davomiyligi, min	"qiyin" xoletsistektomiyada MLXE davomiyligi, min	Oʻrtacha davomiylik , min
"A" kichik guruhi	$41 \pm 5,0$	$75 \pm 6,5$	$55 \pm 4,5$
"B" kichik guruhi	$24 \pm 3,2$	$46 \pm 3,4$	$36 \pm 3,1$

Aralashuv davomiyligining qisqarishi va operatsiyaning texnik jihatlarining yaxshilanishi tufayli MLXE paytida asoratlar soni kamaydi va bizning kuzatishlarimizda halokatli natijalar qayd etilmadi.

5.8-jadval.

MLXE ning turli xil variantlarini bajarishda asoratlarning chastotasini qiyosiy baholash (n = 217)

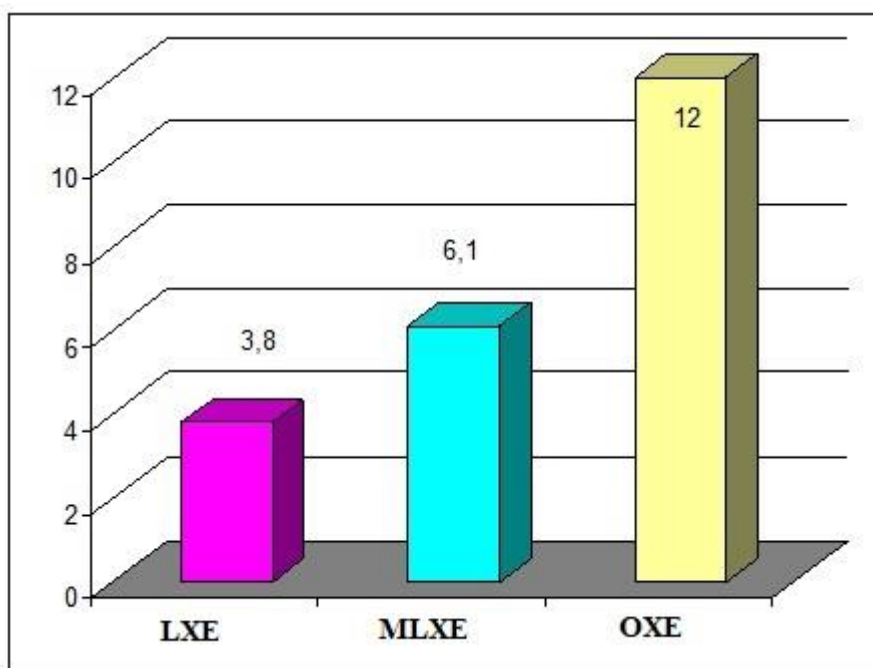
Jiddiylik toifasi operatsiyalar	MLXEstandartga muvofiq metodologiyasi	MLXE takomillashtirilgan usul yordamida	Jami
I	0	0	0
II	1(0,5%)	0	1(0,5%)
III	7(3,2%)	0	7(3,2%)
IV	3(1,3%)	1(0,5%)	4(1,8%)
Jami	11(5%)	1(0,5%)	12 (5,5%)

Misol 5. Bemor T., 75 yosh, ish No 065, davriy kuchayishi bilan o'ng hipokondriyumda og'irlik tufayli jarrohlik shifoxonasiga keldi. Oxirgi 5 oy davomida bemorda o'tkir kalkulyoz xoletsistit bilan kasalxonaga yotqizilgan og'riqlar takrorlangan. Sariqliksiz og'riqli hujumlar. Bemorning anamnezida miokard infarkti, qandli diabet, 3-darajali semizlik, qon bosimi 160/100 mm simob ustuni bo'lganligi qayd etilgan. Art. 220/110 mm Hg gacha bo'lgan davriy o'sish bilan. Art. Ultratovush tekshiruvi o'tkir namoyon bo'lgan STX belgilarini aniqladi (ko'p miqdorda toshlar 0,5 dan 1 sm, qovuqning butun hajmini to'ldiradi, o't pufagi devorlari qalinlashgan 1 sm, siqilgan, umumiy o't yo'li kengaymagan, unda toshlar topilmaydi). EGDFS bilan - o'rtacha yuzaki gastrit, reflyuks ezofagit belgilari. EKG - sinus ritmi, chap to'plam shoxlari blokirovkasi, elektr o'qi chapga og'ish, yurak urish tezligi 100. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi: patologiya aniqlanmagan. Qolgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari normal chegaralarda. Bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldingi tashxis: Asosiy: xolelitiyoz, surunkali buyrak kasalligi; Bog'liq: koroner yurak kasalligi. O'ng to'plam filialining blokadas. Arterial gipertenziya. Qandli diabet, semizlik 3-bosqich, NK 2-bosqich. Umumiy holat bo'yicha umumiy ball 35 ni tashkil qiladi, o'tkir xoletsistitning qoldiq ta'sirining o't pufagidagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda, bu summa 2,46 ga ko'paytiriladi, umumiy ball esa 86,1, xavf toifasi IV. 03/15/05 MLXE takomillashtirilgan texnika yordamida amalga oshirildi. Operatsiya davomiyligi 40 minut, qon yo'qotish 50 ml. Operatsiyadan keyingi

davrda u antikoagulyantlar, antibiotiklar, simptomatik va umumiy kuchaytiruvchi terapiya oldi. Bemor 6-kuni ambulator davolanishga chiqarilgan.

Ushbu misol bemorning ahvolidan og'irligiga qaramay, MLXE takomillashtirilgan texnika yordamida amalga oshirilganligini ko'rsatish uchun ishlatilgan, operatsiya davomiyligi 40 minutni tashkil etgan va biz operatsiyadan keyingi davrda hech qanday asoratlarni kuzatmaganmiz.

Minilaparotomiya usulida operatsiya qilingan bemorlarni operatsiyadan keyingi kasalxonaga yotqizish muddati o'rtacha $6,1 \pm 1,4$ kunni (4 kundan 10 kungacha) tashkil etdi. Barcha hollarda, minilaparotomiyaga kirish orqali xoletsistektomiyadan so'ng bemorlarning kasalxonaga yotqizish muddati xoletsistektomiyadan keyingiga qaraganda sezilarli darajada qisqaroq ($p < 0,05$) bo'lib, unda u o'rtacha $12 \pm 1,3$ yotoq kuniga teng edi (5.10-rasm).



Rasm. 5.10. YOX bilan surunkali buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi kasalxonada qolish muddati

Operatsiyadan keyingi to'shak-kun ko'rsatkichlari statistik jihatdan ahamiyatli edi ($p < 0,05$).

Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, YOX bilan og'rigan bemorlarda STX uchun tanlov operatsiyasi MLXE bo'lishi kerak.

Texnik xususiyatlari tufayli - LXEni bajarishdagi kabi past travma, shuningdek, PPni qo'llash zarurati yo'qligi sababli, MLXE YOX bilan STX bo'lgan 217 bemorda juda samarali natijalar bilan amalga oshirildi. Shuni ta'kidlash kerakki, OXE va LXE bilan og'rigan bemorlarda bo'lgani kabi, nafaqat 1-toifali jarrohlik xavfi bo'lgan bemorlar, balki 2, 3 va hatto 4 jarrohlik xavfi darajasiga ega bo'lganlar ham MLXEga duchor bo'lgan.

Bundan tashqari, uni qo'llash operatsiyadan keyingi asoratlar sonining 12 (5,5%) holatiga sezilarli darajada kamayishiga yordam berdi va biz o'limga olib keladigan natijalarni kuzatmadik.

Rivojlangan operatsiyadan keyingi va operatsiyadan keyingi asoratlar va konversiyalarning batafsil tahlili M.I.Prudkovga ko'ra MLXEni amalga oshirishning individual bosqichlarini texnik takomillashtirish zarurligini ko'rsatdi, ya'ni o't pufagining pastki qismidagi tortishish va uni yaraning sezilarli darajada ko'zga ko'rinadigan qismiga olib tashlash uchun Calot uchburchagi elementlarini vizualizatsiya qilish zarur. o't pufagi va gepatoduodenal ligament, bu operatsiya davomiyligining oshishiga olib keldi. Shu munosabat bilan, mini-laparotomiya o'tkazilgandan so'ng , drenaj trubasini o'rnatish uchun mo'ljallangan qarshi ochilish joyida mini-laparotomiya yarasining yon tomonidagi qorin old devoriga qo'shimcha ponksiyon orqali uzun shoxlari bo'lgan yumshoq qisqich kiritiladi. Qisqich o't pufagining bo'ynini ushlaydi va lateral-yuqoriga tortishni qo'llaydi. Bunday holda, jarroh o't pufagining bo'yin qismini, gepatoduodenal ligamentni va o'n ikki barmoqli ichakni aniq ko'radi, bu ayniqsa "qiyin" xoletsistektomiyani amalga oshirishda zarurdir.

Bundan tashqari, Prudkov M.I.ga ko'ra standart MLXEni bajarishda amalga oshiriladigan kist kanali va arteriyani bog'lash uchun. juda ko'p mehnat talab qiladigan bosqich bo'lib, o'z dizaynimizda original qaychi ishlab chiqilgan. Yaradan tashqarida qo'llanilishi tufayli kista arteriyasi va kanalini texnik qiyinchiliklarsiz va vaqt sarflamasdan kesish va kesish mumkin.

MLXE ning takomillashtirilgan texnik jihatlarini mualliflik guvohnomasi shaklida taqdim etilgan.

Umuman olganda, MLXE ning takomillashtirilgan versiyasini amalga oshirish operatsiya davomiyligini oʻrtacha $55 \pm 4,5$ daqiqadan $36 \pm 3,1$ minutgacha, "qiyin" xoletsistektomiyani amalga oshirishda esa $75 \pm 6,5$ daqiqadan $46 \pm 3,4$ minutgacha qisqartirish imkonini berdi. Bu, oʻz navbatida, operatsiyadan keyingi asoratlarning sonining 11 (5%) holatidan 1 (0,5%) holatiga qisqarishiga yordam berdi va shu bilan birga oʻlimga olib keladigan oqibatlarining oldini oldi. Shuni taʼkidlash kerakki, takomillashtirilgan MLXE-ni amalga oshirishda biz hech qanday holatda konversiyaga murojaat qilishimiz shart emas edi.

Shunday qilib, MLXE YOX bilan STX bilan ogʻrigan bemorlarda patologiyani tubdan tuzatishning muqobil usuli hisoblanadi, bu xolelitiyozli bemorlarning qolgan kontingentida ham samarali ekanligini anglatadi. Shu bilan birga, uni amalga oshirish oʻt yoʻllarida operatsiyalarni bajarishda maʼlum tajribaga ega boʻlgan jarrohlarning uchun ushbu texnikani oʻzlashtirishda hech qanday qiyinchilik tugʻdirmaydi.

XULOSA

Soʻnggi oʻn yillikda minimal invaziv va endoskopik texnologiyalarning keng joriy etilishi, anesteziologiyaning rivojlanishi, diagnostikaning takomillashtirilishi, jarrohlik faolligining oshishi va bemorlarni kasallikning preklinik bosqichida davolash [2,9,13,25,59,178] tufayli oʻt yoʻllari xirurgiyasi sohasida maʼlum yutuqlar bilan ajralib turdi.

Bugungi kunda ushbu darajada, STXni jarrohlik davolashda OXE dan foydalanish uzoq vaqtdan beri "anʼanaviy" boʻlishni toʻxtatdi va LXE ga etakchi variant sifatida yoʻl berdi. Oʻrnatishlarning yuqori texnik jihozlanishi va past travma, operatsiyadan keyingi asoratlarning past koʻrsatkichlari bilan bir qatorda, LXE ni nufuzli operatsiyaga aylantirdi, bu davolash muddatlarining qisqarishiga, bemorlarning erta faollashishiga, operatsiyadan keyingi asoratlarning sonining kamayishiga va boshqalarga yordam berdi [14,56,147,218]. Shunday qilib, koʻplab nashrlarga koʻra, asoratlanmagan xolelitiyozni jarrohlik yoʻli bilan davolash

bugungi kunga qadar juda qoniqarli natijalar beradi va operatsiyadan keyingi minimal o'limni ta'minlaydi, 0,2-0,3% ga etadi [49,71,168,193].

Shu bilan birga, xolelitiyozning murakkab holatlarida, ayniqsa jarrohlik xavfi (ESR) yuqori bo'lgan shaxslarda o'rtacha o'lim darajasi 5 va hatto 10% hollarda oshadi [1,20,138].

Bu fakt xolelitiyozni davolash muammosini dolzarb qiladi, chunki u ko'pincha katta yoshdagi guruhlarda uchraydi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 60 yoshdan oshgan aholining to'rtidan bir qismida va 70 yoshdan oshgan aholining uchdan birida o't pufagida toshlar mavjud va o'rtacha umr ko'rish yildan-yilga oshib bormoqda [16,59,127].

Afsuski, ko'p umidvor bo'lgan YOX bilan og'rigan bemorlarda xolelitiyoz uchun konservativ terapiya kutilgan samarani bermadi. Amaliyot shuni ko'rsatadiki, bemorlarning ushbu toifasida, agar asoratlar paydo bo'lsa, biz hali ham jarrohlik davolashga murojaat qilishga majburmiz.

Xolelitiyozni jarrohlik davolashga alternativa turli usullardan foydalangan holda xoletsistostomiyani yaratish edi va shunday bo'lib qoladi. Biroq, YOX bilan og'rigan bemorlarda, uzoq vaqt davomida, bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, bu ham tez charchashga olib keladi. Va xoletsistostomiya orqali o't pufagini yo'q qilishga qaratilgan usullar bugungi kunda etarli darajada samarali emas.

Shunday qilib, mumkin bo'lgan asoratlardan xalos bo'lish uchun xolelitiyoz bilan og'rigan bemorlarni davolashning eng maqbul usuli radikal operatsiya - xoletsistektomiya bo'lib qolmoqda, bu YOX bilan og'rigan bemorlarda kam shikastlangan usul yordamida amalga oshiriladi. Bunday hollarda LXE dan foydalanish, qoida tariqasida, pnevmoperitoneumni qo'llash zarurati tufayli, uning past shikastlanishiga qaramay, imkonsiz bo'ladi.

Shu munosabat bilan, so'nggi yillarda minimal invaziv xoletsistektomiyaning yana bir varianti - minilaparotomiya - o't pufagidagi tosh jarrohligida tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Bugungi kunda, ma'lumki, bir qator mualliflarning ishlari surunkali va o'tkir kalkulyoz xoletsistit uchun LXE o'tkazishda bo'lgani kabi, OXEga nisbatan bir xil aniq afzalliklarni isbotladi.

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, qorin bo'shlig'ining yuqori qismidagi adezyonlar, yurak-qon tomir tizimi va oshqozon-ichak traktining og'ir funktsional buzilishlari va yallig'lanish infiltratini aniqlash kabi holatlarda laparoskopik operatsiyalarni o'tkazishning cheklovlari, bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, miniatyuradan kengroq foydalanishning dolzarbligini aniqlaydi. Muhim fakt - uni umumiy behushliksiz bajarish imkoniyati. Minilaparotomik xoletsistektomiyaning yuqorida qayd etilgan afzalliklari uni YOX bilan og'rigan bemorlarda xoletsistektomiya uchun tanlash usuli sifatida tavsiya qilish imkonini berishi mumkin.

Shu munosabat bilan ushbu tadqiqot ishi olib borildi, VSurunkali buyrak kasalligi va YOX bilan og'rigan 217 bemorni davolash tajribamizni taqdim etadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bizning klinikamizda o'ziga xos ko'rsatkichlar uchun xoletsistektomiyaning uchta asosiy usuli qo'llaniladi: laparoskopik, ochiq va minilaparotomiya. Shunday qilib, ushbu davrda ushbu jarrohlik aralashuvlarni o'tkazgan bemorlar soni 17 yoshdan 84 yoshgacha bo'lgan 1293 bemorni tashkil etdi.

Xoletsistektomiyaning barcha turlari qo'llaniladigan bir qator klinikalarda bo'lgani kabi, bizning klinikamizda ham eng katta ulushni LXE egallagan, bu xoletsistektomiyaning barcha holatlarining 68,8% ni tashkil qiladi.

MLXEni amalga oshirishning asosiy ko'rsatkichi PPni qo'llashga to'sqinlik qiladigan yurak-qon tomir va diastolik disfunktsiyasi bo'lgan bemorlar edi va ular asosan YOX bilan og'rigan bemorlar edi.

STX va YOX bilan og'rigan bemorlarda xoletsistektomiya usulini tanlash uchun 254 bemorning davolash natijalari tahlil qilindi. 17 holatda ular OXE, 20 holatda - LXE va 217 holatda - MLXEni amalga oshirdilar.

Bemorlarning asosiy kontingentini 60 yoshdan oshganlar tashkil etdi - 187 (72,8%) bemor, 67 (22,4%) 60 yoshgacha bo'lgan bemorlar operatsiya qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $63,4 \pm 3,5$ yoshni tashkil etdi.

Shunisi e'tiborga loyiqki, STX asosan ayollarda kuzatilgan - 175 (68,9%) bemorlar va 79 erkaklar (31,1%). Shu bilan birga, adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, erkaklar va ayollar nisbati yoshga qarab tenglashadi.

Anamnez ma'lumotlarini yig'ish xolelitiyozning davomiyligi bir necha oydan 30 yilgacha bo'lganligini aniqladi. Bundan tashqari, davolanishga eng ko'p murojaat qilgan bemorlar 3 yildan 5 yilgacha davom etadigan xolelitiyoz bilan og'rigan bemorlar bo'lib, bu 92 (36%) bemorda kuzatilgan.

Tabiiyki, bemorlar ko'pincha og'riqning bir nechta hujumlarini boshdan kechirishadi. Shuni ta'kidlash kerakki, YOX bilan og'rigan bemorlarda radikal jarrohlik tuzatish ko'rsatmalarini aniqlaydigan asosiy omillardan biri hujumlarning chastotasi edi. Shunday qilib, bemorlarning 75% qisqa vaqt ichida og'riqning takroriy hujumlari tufayli jarrohlik tuzatishdan o'tdi.

Birgalikda patologiyani tuzilishini o'rganish shuni ko'rsatdiki, yurak-qon tomir kasalliklari YOX bilan deyarli har bir bemorda topilgan. Nafas olish organlari kasalliklari 96 (37,8%) bemorda, qandli diabet 34 (13,4%) bemorlarda qayd etilgan. Bundan tashqari, bemorlarning 2/3 qismi semirib ketgan. Shubhasiz, ko'plab kasalliklarning mavjudligi ularni YOX guruhiga kiritadi.

Bemorlarning ushbu guruhida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik jarayonida birga keladigan kasalliklarning mavjudligi alohida e'tibor talab qiladi.

Barcha bemorlarga V.A.Gologorskiy tasnifiga ko'ra, 4-darajali anesteziya xavf darajasi tayinlangan. Xo'sh, differentsial yondashuv uchun bu bemorlarning ahvolini yanada bosqichma-bosqich oshirish kerak edi. Bundan tashqari, xolelitiyozli bemorlarni davolash taktikasi va jarrohlik turini tanlash nafaqat bemorning jismoniy holatining og'irligiga, balki o't pufagidagi yallig'lanish jarayonining tabiatiga ham bog'liq.

Operatsiya natijalarini obyektiv baholash va bashorat qilish uchun turli xil prognostik tizimlar taklif qilingan. Ularning ko'pchiligidan foydalanish qiyin, zamonaviy texnik yordamni talab qiladi va universal emas, shuning uchun amaliy jarrohlikda keng qo'llanilmagan.

Buni hisobga olgan holda, bemorlarning umumiy holatini miqdoriy baholash va muayyan davolash usulini qo'llashning miqdoriy mezonlarini aniqlash uchun biz surunkali buyrak kasalligi va YOX bilan og'rigan bemorlarning ahvolining og'irligini baholash uchun ball shkalasini ishlab chiqdik. Bunda har bir xususiyat uchun ball ekspert bahosi asosida beriladi.

Buning uchun ma'lum bir bemor uchun umumiy jismoniy holat uchun umumiy ball hisoblab chiqilgan. Keyin bu ballar yig'indisi Berkinov U.B ishida aniqlangan bajarilgan xoletsistektomiyaning murakkablik ko'effitsientiga ko'paytirildi. Shunday qilib, bunga ko'ra, oddiy xoletsistektomiyaning murakkabligi bitta (1) deb olinadi va o't pufagida 192, 192 ga teng bo'lgan xoletsistektomiyaning murakkabligi. skleroatrofik o't pufagi holatida - 2,25, o'tkir xoletsistitning qoldiq ta'sirida - 2,46.

Olingan fikrlarga ko'ra, biz YOX bilan STX bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvi uchun xavfning 4 toifasini aniqladik, bu bizga operatsiyadan keyingi davrning borishi va natijalarini taxmin qilish imkonini berdi.

Biz ishlab chiqilgan ballar shkalasi ideal deb da'vo qilmaymiz. Kelajakda u turli kasalliklarning bosqichlari yoki boshqa belgilar bo'yicha keyingi gradatsiyasiga oid qo'shimchalar bilan bog'liq holda o'zgarishi mumkin. Operatsiyaning xavf toifasini aniqlashning ushbu usuli bilan biz turli xil kasalliklarga chalingan bemorlarning ahvolining og'irligini miqdoriy jihatdan ko'rsatishni xohladik.

I toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi nisbatan past bo'lgan guruhga kiradi va IV toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan guruh bo'lib, ular orasida operatsiyadan keyingi o'limning maksimal darajasi mumkin (50% dan ortiq).

Biz 74 nafar (29,1%) bemorni og'irligi I toifali operatsiya qildik. Bular PPni qo'llash mumkin bo'lgan bemorlar edi. Eng ko'p bemorlar ikkinchi og'irlik toifasi bilan operatsiya qilingan - 170 (67%) bemor. Shuni ta'kidlash kerakki, ular orasida atigi 3 nafar bemorga OXE o'tkazilgan va ularda LXE qilish umuman mumkin emas edi.

Tekshiruvdan o'tgan bemorlarning 57 nafari foydalanilgan uch turdagi kirishning har birining shikastlanish darajasini va amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlarni qiyosiy baholash uchun tekshirildi.bemorlar **Biz** stress gormonlarining holatini o'rgandik . Qoida tariqasida, organizmning stress va shikastlanishga gormonal javobini o'rganish uchun adrenokortikotrop gormon o'rganiladi, bu bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, tananing neyroxumoral reaksiyasining butun spektrini to'liq aks ettirmaydi. Shuning uchun stressga neyrogumoral javobning turli tarkibiy qismlarini (prolaktin, kortizol, qalqonsimon gormonlar) o'rganish minimal invaziv deb ataladigan aralashuvlar qanchalik kam shikast ekanligini obyektivroq ko'rsatishi mumkin.

Prudkov M.I.ga ko'ra 20 holatda (37,84%) - LXE va 20 holatda (32,43%) - MLXEda o'rganildi.

TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR

1. Aliyev A.K. O't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari diagnostikasi va davolash. Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. fanlar. Sankt-Peterburg, 2016. p . 21.
2. Andreev A.V., Durleshter V.M., Tokarenko E.V. va boshqalar o't yo'llarining yatrogen shikastlanishining ultratovush diagnostikasi. Tibbiy tasvir. 2014 yil ; 1:37 - 45
3. Antiperovich O.F., Nazarenko P.M. *Laparoskopik xoletsistektomiyaning* asoratlari va ularning oldini olish. Endoskopik jarrohlik. 2001. T, 7, 3-son. P. 26.
4. Aripov U.A. va boshqalar safro yo'llarining iatrogenik shikastlanishi. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2000; 5 (2): 94.
5. Artemyeva N.N., Vishnevskiy V.A., Koxanenko N.Yu. O't yo'llarining shikastlanishi va sikatrisial strikturalari. Shifokorlar uchun qo'llanma. Sankt-Peterburg, 2018. 343 b.
6. Asqarov P.A. "Yangi" o't yo'llarining shikastlanishlari jarrohligida omil tahlili. Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. fanlar. Toshkent, 2019 yil.
7. Asqarov P.A. Jigardan tashqari o't yo'llarining "yangi" shikastlanishlari. // Kasalxona jarrohligi. L. Ya Kovalchuk nomidagi jurnal. Ternopil, 2018.- No 1(81).- P. 78-86.
8. Baulina E.A., Nikolashin V.A., Baulin A.A. va boshqalar jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishi. Endoskopik jarrohlik. 2013;2:21-23.
9. Bebezov X.S., Osmonov T.A., Bebezov B.X., Raimqulov A.E., Ermekov T.A. O't yo'llari jarrohligida perkutan transhepatik endobiliar aralashuvlar natijalari. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2006; 11(4): 50-53.
10. Beburishvili A.G., Zyubina E.N., Akinchits A.N., Vedenin Yu.I. Xoletsistektomiyaning turli usullarida tashqi safro oqishi: diagnostika va davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2009; 14 (3): 18-21.

11. Beburishvili A.G. Zyubina E.N. Stroganova E.P. Safro yo'llarida takroriy operatsiyalardan so'ng bemorlarning hayot sifati. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2005 yil ; 10(2): 49-50.
12. Belokonev V.I., Kovaleva Z.V., Afanasenko V.P. va boshqalar xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi va ularni davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2003; 8(2): 81-82.
13. Borisov A.E., Borisova N.A., Karev A.V. O't yo'llari va biliodigestiv anastomozlarning sikatrisial strikturalarini davolashda perkutan endobiliar aralashuvlar. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2003 yil ; 8 (2): 83-84.
14. Butkevich A.Ts. Xolelitiyoz uchun an'anaviy va minimal invaziv operatsiyalarning operatsiyadan keyingi asoratlari. Ann. jarroh. gepatol. 2008 yil ; 13 (3): 215.
15. Vafin A.Z., Aydemirov A.N., Delibaltov K.I. va boshqalar o't yo'llarining "yangi" yatrogenik shikastlanishlarini diagnostika qilish va jarrohlik davolash xususiyatlari. Asal. yelek. Shimoliy Kavkaz. 2012 yil ; 3:45 - 49
16. Galyan T.N., Semenov A.V., Sandrikov V.A. va boshqalar tirik donorlarda jigar bo'laklarining o't yo'llarining variant tuzilishini operatsiyadan oldin baholashda MR xolangiografiyasining potentsiali. Jarrohning yilnomalari. gepatol. 2010 ; 4:57 - 65
17. Gallinger Yu.I., Karpenkova V.I., Amelin U.A. Laparoskopik xoletsistektomiya natijalari. Endoskopik jarrohlik. 2002 yil ; 8 (2): 25-26.
18. Gadiev S.I., Qurbonova E.M. Jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari va sikatrisial strikturalarini jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik. 2011; 7: 54-57.
19. Galperin E.I., Vetshev P.S. O't yo'llari jarrohlik bo'yicha qo'llanma. M.: Vidar-M. 2006; 362 bet.
20. Galperin E.I., Dederer Yu.M. Jigar va o't yo'llarida operatsiyalar paytida nostandart vaziyatlar. Jarrohlik. 2006; 4:4651.
21. Galperin E.I., Chevokin A.Yu. Safro yo'llarining "yangi" shikastlanishi. Jarrohlik. 2010 ; 10 : 5-10.

22. Galperin E. I., Dyuzheva T. G., Axaladze G. G. va boshqalar gepatopankreatobiliar jarrohlik bo'yicha ma'ruzalar / Ed. E. I. Galperin va T. G. Dyuzheva. M.: Vidar. 2011; 528 bet.
23. Galperin E.I. Agar o't yo'llari shikastlangan bo'lsa, jarroh nima qilishi kerak? Jarrohlik bo'yicha 50 ta ma'ruzalar. 2003 yil ; 422-436.
24. Galperin E.I., Chevokin A.Yu. Asosiy o't yo'llarining "yangi" shikastlanishlari uchun jarrohlik usulini tanlashni belgilovchi omillar. Jarrohlik gepatologiyasi yilnomalari, 2009 ; 14 (1): 49-56.
25. Galperin E.I., Dyuzheva T.G., Chevokin A.K., Garmaev B.G.Lobar va segmentar jigar yo'llarining strikturalarini rivojlanish sabablari, diagnostikasi va jarrohlik davolash. Jarrohlik. 2005 yil ; 8 : 64-70.
26. Gluxov AA, Koshelev P.I., Leibels V.N. Jigardan tashqari o't yo'llarining "yangi" jarohatlarini davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2008; 3: 115-116.
27. Dyuzheva T.G., Savitskaya E.E., Kotovskiy A.E. Safro yo'llari jarrohlidagi biologik parchalanadigan materiallar va to'qimalarni muhandislik usullari. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2012; 17(1): 94-100.
28. Datsenko B.M., Borisenko V.B., Zeev A.P. O'n ikki barmoqli ichakka safro o'tishini tiklash bilan areflux xoledoxojejunostomiyasini o'zgartirish. Xalqaro tibbiyot jurnali. 2008; 1: 102-110.
29. Delibatov K.I. Jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogen shikastlanishining diagnostikasi va jarrohlik yo'li bilan davolash. Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. fanlar. Stavropol. 2011; 20-bet.
30. Delibaltov K.I. Jigardan tashqari o't yo'llarining iatrogenik shikastlanishining diagnostikasi va jarrohlik davolashi: muallif referati. diss. ... nomzod asal. Fanlar: Delibaltov Konstantin Ivanovich. Stavropol, 2011. 169 b.
31. Emelyanov S.L., Patenkov D.N., Mamalygina L.A. va boshqalar . Jigardan tashqari o't yo'llarining intraoperativ jarohatlarini jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2005 yil ; 10 (3): 55-61.
32. Jebrovskiy V.V. Qorin bo'shlig'i jarrohlidagi asoratlar. M. 2006; 384 bet.

33. Ivanov S.V., Golikov A.V., Zaikina I.D. Jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari va strikturalarini jarrohlik taktikasi va davolash. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2008 yil ; 3 : 120-123.
34. Kornienko E.S. Laparoskopik xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi uchun restorativ va rekonstruktiv operatsiyalar natijalari. 70- ilmiy maqolalar. stud. konf. ular. N.I.Pirogova. 2011; C . 280-282.
35. Korolev M.P., Fedotov L.E., Avanesyan R.G. va boshqalar o't yo'llarining shikastlanishlari va strikturalarini davolashda minimal invaziv aralashuvning kombinatsiyalangan usullarining imkoniyatlari. nomidagi jarrohlik I.I. Grekova. 2012 yil ; 171 (4): 20 - 27.
36. Korolev M.P., Fedotov L.E., Avanesyan R.G. va boshqalar kombinatsiyalangan yatrogenik shikastlanishdan keyin umumiy jigar kanalining uzluksizligini ante- va retrograd tiklash. Vestn. nomidagi jarrohlik I.I. Grekova. 2016 yil ; 175 (2): 105 - 107.
37. Krasilnikov D.M., Farraxov A.Z., Qurbongaleev A.I. O't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari uchun jarrohlik taktikasi. Amaliy tibbiyot. 2010 ; 8(47): 20-29.
38. Koxanenko N.Yu., Artemyev HN Laparoskopik xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishlarini davolash. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari . 2008; 3:124-124.
39. Krapivin B.V. Xolelitiyoz uchun endoskopik operatsiyalarning asoratlari oldini olish va davolashning endoskopik jihatlari. Endoskop. jarrohlik. 2004 yil ; 1:88 .
40. Krieger A.G., Rzhebaev K.E. Voskresenskiy P.K. va boshqalar o't yo'llarida laparoskopik operatsiyalarda xavf, xatolar, asoratlar. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2000 ; 1 : 90-97.
41. Kuznetsov NA, Sokolov AA, Artemkin EN, Kudishkina IN. Xoletsistektomiyadan keyingi dastlabki bosqichlarda mexanik sariqlik. Rossiya Tibbiyot fanlari akademiyasining Sibir filiali Sharqiy Sibir ilmiy markazining xabarnomasi. 2010; 2: 55-59.

42. Qurbonyazov Z.B., Maxmudov T.B., Sulaymonov S.U., Davlatov S.S., Asqarov P.A. Mirizzi sindromini jarrohlik davolashda biliar asoratlarning oldini olish. // Biologiya va tibbiyot muammolari; 2011. - No 4 (67). B.48-50.
43. Qurbonyazov Z.B., Asqarov P.A. Xolelitiyoz jarrohlida o't yo'llarining shikastlanish chastotasini omil tahlili. // Biologiya va tibbiyot muammolari; 2018.-№4 (104). B. 62-67.
44. Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Pryadko A.S. va boshqalar o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishlari uchun jarrohlik taktikasini asoslash. Vestn. nomidagi jarrohlik I.I. Grekova. 2015 yil ; 174 (5): 22 - 31.
45. Maistrenko NA, Stukalov VV, Sheiko SB "Yangi" o't yo'llarining shikastlanishlarini rekonstruktiv jarrohlikda yangi texnologiyalar. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2005; 10(2): 59.
46. Mironov V.I., Qorin bo'shlig'i organlarining shoshilinch jarrohlida asosiy o't yo'llarining travmatik shikastlanishlari. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2008; 3: 129.
47. Mamalygina L.A., Panchenkov D.N., Jelyabin D.G. va boshqalar jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishini davolash. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2003 yil ; 8 (2): 103-104.
48. Mamalygina L.A. Jigardan tashqari o't yo'llarining intraoperativ shikastlanishlari (oldini olish, diagnostika, davolash). Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. Sci. M. 2004; 28 sek.
49. Markov P.V., Onopriyev V.I., Grigoryev S.P. Jigardan tashqari o't yo'llarining strikturalari uchun tiklovchi va rekonstruktiv operatsiyalar. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2008; 3: 128.
50. Markov P.V., Onopriyev V.I., Fomenko I.V., Grigoryev S.P. Ingichka ichakdan naychali avtotransplantatsiya bilan ekstrahepatik o't yo'llarining plastik jarrohligi. Jarrohlik. 2010; 11: 48-52.
51. Mizurov NA, Derbenev AG, Voronchixin VV Safro yo'llarida operatsiyalar paytida xatolar va asoratlar. Chuvashiyada sog'liqni saqlash. 2010 ; 1 : 45-48.

52. Nazirov F.G., Xadjiboev A.M., Altiyev B.K., Devyatov A.V., Atajanov Sh.K. Safro yo'llarining shikastlanishi va strikturasi bo'yicha operatsiyalar. Jarrohlik. 2006 yil ; 4 : 46-52.
53. Nazirov F.G., Gadiev R.R. O't yo'llarining "yuqori" tsikatrisional strikturalari uchun rekonstruktiv operatsiyalar taktikasini optimallashtirish // Jarrohlik gepatologiyasi yilnomalari. 2005 yil ; 10 (2): 60-61.
54. Nazirov F.G., Qurbonyazov Z.B. Asqarov P.A. Yangi o't yo'llarining shikastlanishlarini jarrohlik davolash samaradorligini baholash. // Biologiya va tibbiyot muammolari, 2018.- No 4. (104).- B. 85-92.
55. Nechay A.I., Novikov K.V. Xoletsitektomiya va oshqozon rezektsiyasi paytida o't yo'llarining iatrogenik shikastlanishi.// Jarrohlik gepatologiyasi yilnomalari. 2006; 11(4): 95-100.
56. Nichitailo M.E., Skums A.V. Xoletsistektomiyadan keyingi o't yo'llarining shikastlanishi va strikturalarini jarrohlik yo'li bilan davolash. A.V nomidagi Jarrohlik instituti almanaxi. Vishnevskiy. 2008 yil ; 3 (3): 71-76.
57. Nichitailo M.E., Skums A.V., Shkarban V.P. va boshqalar xoletsistektomiya paytida o't yo'llari va jigar arteriyasi shoxlarining kombinatsiyalangan shikastlanishi. Vestn. jarroh. ular. I.I. Grekova. 2012; 171(5): 41-45.
58. Nichitailo M.E., Skums A.B., Galochka I.P. Laparoskopik xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2005; 10(2): 30-35.
59. Nichitailo M.E., Skums A.V. Ochiq va laparoskopik xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi va ularning oqibatlari. Kiev. McCom. 2006; 343: b. 3.
60. Novikov M.S. Biliodigestiv anastomozlarni yuqori darajada qo'llash operatsiyalarini takomillashtirishga yangi yondashuvlarmexanik sariqlik. Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. fanlar. Voronej. 2006 yil ; P. 12.
61. Olisov O.D. O't yo'llarining shikastlanishdan keyingi strikturalari. diagnostika, davolash, natijalar: diss. Cand. asal. fanlar. Moskva. 2006; 135 s.

62. Panchenkov D.N. Jigardan tashqari o't yo'llarining iatrogenik shikastlanishlari: hozirgi bosqichda diagnostika va jarrohlik taktikasi. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2004; 9(1):156-163.
63. Prudkov M.I., Titov K.V., Shushanov A.P. Umumiy jigar kanalining tsikatrissial strikturasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2007; 12(2): 69-74.
64. Prudkov M.I., O.G. Orlov, A.V. Kobernyuk. Mat. hukumat plenumi MDH mamlakatlari gepatopankreatobiliar jarrohlari uyushmasi. 2016; 88-89.
65. Ponomarenko E.A. Jigardan tashqari o't yo'llarining intraoperativ shikastlanishlari diagnostikasi, jarrohlik davolash va natijalari. Dissertatsiya konspekti. diss. Cand. asal. fanlar. Barnaul. 2008; Bilan. 20.
66. Raxmetov N.R. O't tosh kasalligini jarrohlik davolash natijalari va uning asoratlari mini-access. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2008; 13(3): p. 257.
67. Rybachkov V.V., Razdrogin V.A., Gerasimovskiy N.V. va boshqalar jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishini davolash masalasida. Vestn. eksperimental va klinik jarroh. 2012; 5(4): 34-37.
68. Seisembaev M.A., To'qсанboyev D.S. va boshqalar gepatobiliar jarrohlikda o't yo'llari to'qimalarining gistologik tekshiruvi. Amaliy tibbiyot. 2013 yil ; 2(67) : 56 - 58.
69. Semenov D.Yu., Rebrov A.A., Vasilev V.V. va boshqalar o't yo'llari strikturasi bo'lgan bemorlarni davolashda ultratovush va rentgen nazorati ostidagi antegrad endobiliar aralashuvlar. O'qituvchi. zap. nomidagi Sankt-Peterburg davlat tibbiyot universiteti akad. Pavlova. 2009; 16(3): 67-69.
70. Topuzov E.E., Kolosovskiy Ya.V., Balashov V.K. va boshqalar o't yo'llarining shikastlanishi va strikturasini tashxislash va davolash. Vestn. Sankt-Peterburg universiteti. Seriya 11. Tibbiyot. 2012 yil ; 1 : 123 - 133.
71. Timerbulatov M.V., Xafizov T.N., Senderovich E.I. Laparoskopik xoletsistektomiyaning operatsiyadan keyingi erta asoratlarini jarrohlik yo'li bilan tuzatish. Endoskopik jarrohlik 2010 ; 1 : 25-27.

72. Tulin A.I., Ribenieks R., Kidikas H. Yatrogen yaralar va o't yo'llarining sikatrisial strikturalari. Jarrohlik davolash. Jarrohlik, gepatologiya yilnomalari. 2008 yil ; 3 : 140-141.
73. Unguryan V.M., Grinev M.V., Demko A.E. va boshqalar qorin bo'shlig'i jarrohlida manipulyativ xarakterdagi iatrogenez. Vestn. nomidagi jarrohlik I.I. Grekova. 2013 yil ; 172 (5): 46-50.
74. Chevokin A. Yu. Xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishini jarrohlik davolash. Jarrohlik gepatologiyasi yilnomalari, 2003; 8(1): 80-87.
75. Chernyshev V.N., Romanov V.E., Suxorukov V.V. Jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishi va sikatrisial strikturasini davolash. Jarrohlik. 2004 yil ; 11 : 41-49.
76. Xoronko Yu.V., Ermolaev A.N., Dmitriev A.V., Xoronko E.Yu. Ekstrahepatik o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishi oqibatlarida biliodigestiv rekonstruksiyani tanlash. Fundamental tadqiqotlar. 2014 yil; 10 (3): 571-574;
77. Shapovaliants S.G., Budzinskiy S.A., Fedorov E.D. va boshqalar o't yo'llarining operatsiyadan keyingi sikatrisial strikturalarini endoskopik davolash. Ann. jarroh. gepatologiya. 2011; 16(2.1.): 10-18.
78. Shoyxet Ya.N., Ustinov G.G., Ponomarenko E.A. va boshqalar o't yo'llarining intraoperativ shikastlanishlari. Sibir asal. jurnal. 2008; 4(2): 87-90.
79. Abbasoglu O, Tekant Y, Alper A va boshqalar. Laparoskopikxoletsistektomiyapaytidasafoyoyo'llariningshikastlanishiningoldi niolishvao'tkirdavolash: Ekspertkonsensusbayonoti. Turkiyajarrohlikjurnali. 2016 yil ;32 (4):300-305.
80. Abdel-Rauf A, Hamdi E, El-Hanafy E. va boshqalar. Operatsiyadankeyingio'tyo'llariningshikastlanishlariniendoskopikdavolash: yagona markaztajribasi. Saudiya J. Gastr. 2010; 16: 19-24.

81. Barrett M, Asbun HJ, Chien HL, Brunt LM, Telem DA. Xoletsistektomiyadankeyingio‘tyo‘llariningshikastlanishivamorbidite: yaxshilashzarurati. Surg Endosc. 2018; 32(4):1683-88.
82. Bektas H., Schrem H., Winny M., Klempnauer J. Xoletsistektomiyadankeyinyatrogeno‘tyo‘llaringlezyonlarinijarrohlikdavola shvanatijalarivaturlikliniktasniflashtizimlariningta’siri. Br. J. Surg. 2007; 94:1119-27.
83. Bektas H, Kleine M, Tamac A. vaboshqalar. Yatrogeniko‘tyo‘llaringlezyonlariuchunGannovertasnifiningklinikqo‘llanilishi. HPB Surg. 2011; 1–10.
84. Vismut H., Majno PE Biliarstrikturalar: jarrohlikdavalashtamoyillarigaasoslangantasnif. Wrld J. Surg. 2001; 25(10): 1241-1244.
85. Bobkiewicz A , Krokowicz Ł , Banasiewicz T vaboshqalar. Yatrogeniko‘tyo‘llariningshikastlanishi. Muhimjarrohlikmuammosi. Kafedraningo‘zmaterialidadavolashnatijalarinibaholash . Pol PjeglChir. 2015; 86(12): 576-83.
86. Boldin BV, Ponomar SA, Revyakin VI, Xrustaleva MV. Umumiy o‘t yo‘llarining og‘ir yatrogenik shikastlanishini muvaffaqiyatli endoskopik davolash. Xirurgiya (Moskva). 2018; (6): 109-111.
87. Cannon RM, Brok G, Buell JF. Laparoskopikxoletsistektomiya HPB Surgdao‘tyo‘llariningshikastlanishiuchunmoliyaviyta’sirvayo‘naltirishqarorlar inihalqilishuchunyangitasniflashtizimi. 2011. 371245. doi : 10.1155/2011/371245.
88. Chang JH. Katta yoshdagio‘ngloblitirik donor jigarinikanaldankanalgaaanastomozbilantransplantatsiyaqilishdanso‘ng, safroyo‘llariningtorayishiuchunuchrashuvusuliningfoydaliligi. Ichak. Jigar. 2010; 4: 68–75.

89. Dageforde LA vaboshqalar.
Yatrogeno‘tyo‘llariningshikastlanishlariniertavakechrekonstruksiyaqilishningiqtisodiyamaradorliginitahlilqilish. J. Am. Koll. Surg. 2012; 214(6): 919–927.
90. Donatelli G.
Laparoskopikxoletsistektomiyapaytidaintraoperativendoskopisttomonidanbos
hqariladiganhidoyatsimlikanulyatsiyatexnikasisfinkterotomiya. J.
Laparoendosc. Adv. Surg. 2012; 22: 778-784.
91. Donatelli G, Vergeau B, Derhy S vaboshqalar.
Murakkabo‘tyo‘llariningshikastlanishlariuchunkombinatsiyalanganendoskopi
kvaradiologikyondashuv. Oshqozon-ichaktraktiningendoskopiyasi. 2014 yil;
79(5): 855-864.
92. Dominges-Rosado I vaboshqalar.
Safroyo‘llariningshikastlanishidahayotsifati: jarrohlikta'mirlashdankeyin 1, 5
va 10 yilliknatijalar. J. Gastrointest. Surg. 2014 yil; 18: 2089-2094.
93. Eikermann M vaboshqalar.
Laparoskopikxoletsistektomiyapaytida o‘tyo‘llarishikastlanishiningoldiniolish
vadavolash: EvropaEndoskopikJarrohlikAssotsiatsiyasining (EAES)
klinikamaliyotko‘rsatmalari. Surg. Endosc. 2012; 26: 3003-3039.
94. Ekmekcigil E, Ünalp Ö, Uğuz A vaboshqalar. Yatrogen o‘t yo‘llarining
shikastlanishlarini boshqarish: kasallanish va o‘limga ta’sir qiluvchi prognozli
omillarning ko‘p logistik regression tahlili. Turk J Surg. 2018; 28:1–7.
95. Ejaz A, Ejaz A, Spolverato G, Kim Y vaboshqalar.
Yatrogeniko‘tyo‘llariningshikastlanishidankeyinuzoqmuddatlisog‘liqbilanbog
‘liqhayotsifati. J. Am. Koll. Surg. 2014 yil; 219(5): 923–932.
96. Fiocca F, Salvatori F, Fanelli F vaboshqalar.
Asosiyo‘tyo‘liningto‘liqkesilishi: Gastrointestinendoskopik-
radiologikuchrashuvibilan minimal invazivdavolash . Endosc. 2011; 74:
1393-1398.

97. Fingerhut A, Dziri C, Garden OJ vaboshqalar. ATOM, xoletsistektomiyapaytida o'yo'llarishikastlanishlarining hartomonlama, nominal EAES tasnifi. Surg. Endosc. 2013 yil; 27(12): 201-213.
98. Felekouras E, Petrou A, Neofytou K vaboshqalar. Laparoskopik xoletsistektomiyadan keyin o'yo'llarining shikastlanishi uchunert ayokikechiktirilgan aralashuv? Javobizlayotgan dilemma. Gastroenterologiyatadqiqotlarivaamaliyoti. 2015; Maqola ID 104235: 1-10.
99. Feng X, Dong J. Safroyo'llarining shikastlanishi uchun jarrohlik davolash. Bioscitendentsiyalari. 2017; 11(4): 399-405.
100. Fullum, TM, Downing SR, Ortega G vaboshqalar. Xoletsistektomiyapaytidalaparoskopiyao'yo'llarining shikastlanishi uchun xavf omilidirmi? J. Soc. Laparoendosc. Surg. 2013 yil; 17(3): 365-370.
101. Fischer JE. Laparoskopik xoletsistektomiyapaytida umumiy o'yo'llining shikastlanishi operatsiyaning o'zigaxoxavfimi? Ann. Surg. 2009; 197(6): 829–832.
102. Flores-Rangel GA, Chapa-Azuela O, Rosales AJ, Roka-Vaskes C, Böhm-Gonsales ST. Yatrogen o'yo'llarishikastlanishifonidabemorlarning hayotsifati. Jahon J Surg. 2018 yil ;42 (9):2987-2991.
103. Gianfranco D, Bertrand M, Serj D vaboshqalar. Murakkab o'yo'llarining shikastlanishlari uchun kombinatsiyalangan endoskopi kvaradiologik yondashuv. Oshqozon-ichak traktining endoskopiya si. 2014 yil; 79(5): 855-264.
104. Harju J, Aspinen S, Juvonen P vaboshqalar. Laparoskopik xoletsistektomiyaga qarshiminilaparotomiyadan keyin o'yo'llarining natija: istiqbollirandomizatsiyalangan sinov. Surg. Endosc. 2013 yil; 27: 2512-2516.
105. Hirano S, Tanaka E, Tsuchikawa T, Matsumoto J, Shichinohe T, Kato K. Safroyo'llarining rezektsiyasidan keyin o'yo'llarini qaytatiklashtexnikasi (video bilan). J Hepatobiliarpankreat Sci. 2012 ;19 (3):203-9.

106. Jablonska B, Lampe P. Yatrogeniko‘tyo‘llariningshikastlanishlari: etiologiya, diagnostikavadavolash. Jahongastroenterologiyajurnali: WJG. 2009 ;15 (33):4097-4104.
107. Jablonska B, Lampe P. Yatrogeniko‘tyo‘llariningshikastlanishlarinidavolashdarekonstruktivbiliarjarr ohlik. Asosiyvaklinikgastroenterologiyadayangiyutuqlar. 2012; 477-495.
108. Iwashita Y, Hibi T, OhyamaT. Laparoskopikxoletsistektomiyapaytidao‘tyo‘llariningshikastlanishibo‘yichaD elfikonsensus: evolyutsionnosozlikyokiyanigitekhnikasosningtug‘ilishazoblari? J Hepatobiliarpankreat Sci. 2017; 24(11): 591-602. doi : 10.1002/jhbp.503. Epub 2017 yil 23 oktyabr.
109. Karvonen J, Salminen P, Gronroos JM. Laparoskopikdavrdaochiqvalaparoskopikxoletsistektomiyapaytidao‘tyo‘llarini ngshikastlanishi: xavotirlitendentsiyalar. Surg. Endosc. 2011; 25: 2906-2910.
110. Kelley I, Chuang MD, Douglas Corley MD vaboshqalar. Laparoskopikxoletsistektomiyabo‘yichako‘proqtajribao‘tyo‘llariningyanadam urakkabjarohatlarinikeltiribchiqaradimi? Am. J. Surg. 2012; 203: 480-487.
111. Kulikovskiy VF, Yarosh AL, Karpachev AA vaboshqalar. Xoletsistektomiyadanso‘ngo‘tyo‘llariningoqishini minimal invazivdavolash. Xirurgiya (Moskva). 2018; (4): 36-40.
112. Li J, Frilling A, Nadalin S vaboshqalar. Laparoskopikxoletsistektomiyadankeyinsegmentarvasektoralo‘tyo‘llariningsh ikastlanishinijarrohlikyo‘libilandavolash: qiyinvaziyat. J. Gastrointest. Surg. 2010; 14: 344-351.
113. Lim DZ, Wong E, Hassen S, Al-Habbal Y. Laparoskopikxoletsistektomiyadankeyin retroperitoneal safrooqishi. BMJ Case Rep. 2018; pii: bcr-2017-222750. doi : 10.1136/bcr-2017-222750.
114. Limaylla-Vega H, Vega-Gonsales E. Safroyo‘llariningiatrogeniklezyonlari. Rev Gastroenterol Peru. 2017; 37(4): 350-356.

115. Lubikowski J, Post M, Białek A, Kordowski J, Milkiewicz P, Wójcicki M. Xoletsistektomiyadan keyingi o't yo'llari shikastlanishining jarrohlik boshqaruvi va natijalari: bitta markazli tajriba. *Langenbeks Arch Surg*. 2011; 396(5): 699–707.
116. Mangieri CW, Hendren BP, Strode MA, Bandera BC, Faler BJ. Ilg'orlaparoskopikxoletsistektomiyadavridasafroyo'llariningshikastlanishi (BDI). *Surg Endosc*. 2018 yil 13 iyul. doi : 10.1007/s00464-018-6333-7.
117. MakPartland KJ, Pomposelli JJ. Yatrogenbiliarshikastlanishlar: tasnifi, aniqlashvadavolash. *Surg. Klin. Shimoliy Am*. 2008;88(6):1329-43;
118. Mercado MA
Yatrogenikshikastlanishdankeyinsaqlanibqolgano'tyo'llariqo'shilishiningprog nostikqo'llanilishi. *Gepatogastroenterol*. 2005; 52(61): 40-44.
119. Mercado MA , Vilatoba M , Contreras A vaboshqalar. Qo'shilishningyo'qolishibilaniatrogeniko'tyo'llariningshikastlanishi. *Jahon J Gastrointest Surg*. 2015 yil ;7 (10):254-60.
120. Miller T, Singhal S, Neese P vaboshqalar. Endoskopik-radiologikuchrashuvusuliyordamidakesilgano'tyo'linioperatsiyasiztiklash. *J. Dig. Dis*. 2013 yil; 14: 509–511.
121. Mishra PK, Saluja SS, Nayeem M, Sharma BC, Patil N. Safroyo'llariningshikastlanishi - shikastlanishdantuzatishga: boshqaruvvanatijatahlili. *Hindiston J Surg*. 2015; 77(2): 536-42.
122. Nasr JY, Hashash JG, Orons P. vaboshqalar. Segmental gepatektomiyadankeyinsafrroqishivashikastlanishnidavolashuchunuchrashuv artibi. *Qazish. Jigar Dis*. 2013 yil; 45: 433-436.
123. Nazyrov F.G., Qurboniyazov Z.B., AkbarovM.M.Asqarov P.A. Magistral o'tyo'llarining «yangi» jarohatlarinijarrohlikyo'libilandavolashnatijalari. // *YevropafanlarisharhiIlmiyjurnali № 7–8 2018 (iyul-avgust)*, pp . 148-152.
124. Otto V, Sierdziński J, Smaga J, Dudek K, Zieniewicz K. Aniq safro yo'llarini qayta tiklashdan keyin uzoq muddatli ta'sir va hayot sifati. *Tibbiyot (Baltimor)*. 2018; 97(41): e12684. doi : 10.1097/MD.00000000000012684.

125. Ozogul YB va boshqalar. O't yo'llarining shikastlanishidan keyin bilioenterik anastomoz kabi ishlaydigan spontan gepatikoduodenal oqma: hodisa hisoboti. *turk. J. Gastroenterol.* 2009; 20(3): 220-223.
126. Perera MT, Silva MA, Hegab B vaboshqalar. Mutaxassisning laparoskopik xoletsistektomiyadan keyingio'tyo'llarining shikastlanishlarini ertavadarhol ta'mirlash yaxshilangan uzoq muddatli natijabilan bog'liq. *Enn Surg.* 2011; 253: 553-560.
127. Pioche M vaboshqalar. Safroyo'llarining qochqinlarini boshqarish. *J. Visseral jarroh.* 2013 yil; 150: 33-38.
128. Pitt H., Sherman S., Jonson MS vaboshqalar. 21-asrda o'tyo'llar shikastlanishining yaxshilangannatijalari. *Ann. Surg.* 2013 yil; 258: 490-499.
129. Pottakkat B, Vijayahari R, Prakash A vaboshqalar. Xoletsistektomiyadan keyingiyaxshio'tyo'llarining strikturalari uchun yuqoribili o-enterikanastomozdan keyin muvaffaqiyatsizlikni bashorat qiluvchi omillar. *J Gastrointest Surg.* 2010; 14: 1389-1394.
130. Rainio M, Lindström O, Udd M vaboshqalar. Xoletsistektomiyadan keyino'tyo'llar shikastlanishining endoskopik terapiyasi. *Dig Dis Sci.* 2018; 63(2): 474-480.
131. Rystedt J. 55134 xoletsistektomiyabilan bog'liq o'tyo'llarining shikastlanishi: milliy nuqtainazardandavolash natija. *Dunyo. J. Surg.* 2016; 40(1): 73-80.
132. Sahajpal AK, Sahajpal AK, Chow SC, Dixon E. vaboshqalar. Laparoskopik xoletsistektomiyabilan bog'liq o'tyo'llarining shikastlanishlari: tuzatish vaqtivauzoq muddatli natijalar. *Ark. Surg.* 2010; 145: 757-763.
133. Seeras K, Kalani AD. Safroyo'llari, ta'mirlash. *Oxirgi yangilangan: 2018-yil 18-sentabr.*
134. Schmidt SC, Langrehr JM, Hintze RE, Neuhaus P. Uzoq muddatli natijalar va xoletsistektomiyadan keyingiasosiyo'tyo'llar shikastlanishining natijasigata'sir qiluvchi xavf omillari. *Br J Surg.* 2005; 92: 76-82.

135. Sikora, SS
Xoletsistektomiyadankeyingiyaxshio'tyo'llariningstrikturalariniboshqarish:
ko'ribchiqish. Hindiston J. Surg. 2012; 74(1): 22-28.
136. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD vaboshqalar.
Laparoskopikxoletsistektomiyapaytidaolingano'tyo'llariningshikastlanishlarin
ijarrohlikdavolash. 200 bemordaoperatsiyadankeyinginatijalar. Enn Surg.
2005; 241: 786-795.
137. Spence LH, Schwartz S, Kaji AH, Plurad D, Kim D. Bir vaqtning o'zida o't
yo'llari kasalligi laparoskopik xoletsistektomiyada konversiya va o't
yo'llarining shikastlanish xavfini oshiradi: tuman o'quv kasalxonasida
retrospektiv tahlil. Surgda. 2017; 83(10): 1024-1028.
138. Styuart L. Way LW Laparoskopiko'tyo'llariningshikastlanishi:
jarrohliktuzatishvaqtimuvaffaqiyatdarajasigata'sirqilmaydi.
Jarrohliknatijalarigata'sirqiluvchiomillarningko'pqirralitahlili. HPB. 2009;
11: 516-522.
139. Strasberg SM , Hertl M , Soper NJ .
Laparoskopikxoletsistektomiyapaytidao'tyo'llariningshikastlanishimuammosi
nitahlilqilish. J Am Coll Surg. 1995 yil; 180(1): 101-25.
140. Strasberg SM . Slater K, Strong RW, Wall PR, Lynch SV.
Yatrogeno'tyo'llariningshikastlanishi:
laparoskopikxoletsistektomiyaningofati. ANZ J Surg. 2002; 72(2): 83-8.
141. Strasberg SM. Laparoskopikvaochiqxoletsistektomiyadaxatotuzoqlarivatomi-
biliarshikastlanishlar. J Hepatobiliarpankreat Surg. 2008 ;15:284 -292.
142. Tania O, Jain M, Khanna S, Sen B. Yatrogeniko'tyo'llarishikastlanishi: 13
yildanortiqvaqtdavomidabittajarrohlikguruhitomonidanboshdankechirilgan 13
305 xoletsistektomiya. Surg Endosc. 2008; 22: 1077-1086.
143. Tomson BN, Parks RW, Madhavan KK, Garden OJ.
Yatrogeno'tyo'llariningshikastlanishinidavolashdajigarrezektsiyasivatranspla-
ntatsiyasi. Jahon J Surg. 2007 ;31:2363–2369 .

144. paytida iatrogeno 'tyo' llarishikastlanish xavfi ,
aholiga asoslangan vaziyatni nazorat qilish tadqiqoti. Jahon J Surg. 2016 ;40
(5):1060-7.
145. Vitale GC, Tran TC, Davis BR, Vitale M, Vitale D, Larson G.
Postkoletsistektomiya o' tyo' llarining strikturalarini endoskopik boshqarish. J
Am Coll Surg. 2008 ;206: 918–923; munozara 924-925.
146. Waage A, Nilsson M. Yatrogeniko 'tyo' llarining shikastlanishi:
Shvetsiya stasionar reestrda 152,776
xoletsistektomiyaning aholiga asoslangan tadqiqoti. Arch Surg. 2006 ;141:1207
-1213.
147. Weber A vaboshqalar.
Xoletsistektomiyadan keyin o' tyo' llarishikastlangan bemorlarda endoskopik tera
piyaning uzoq muddatli natijasi. J. Gastroenterol. Hepatol. 2009; 24: 762-769.
148. Yuhsin V, David W, Linehan C.
Laparoskopik xoletsistektomiyalardavrida safroyo' llarining shikastlanishi.
Surg. Klin. N.Am. 2010; 90: 787-802.
149. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM vaboshqalar. TG13
o'tkir xoletsistitni jarrohlik davolash. J. Hepatobiliaroshqozonostibez. Sci.
2013 yil; 20: 89-96.
150. Yuhsin V vaboshqalar.
Laparoskopik xoletsistektomiyalardavrida safroyo' llarining shikastlanishi.
Surg. Klin. N.Am. 2010; 90: 787-802.
151. Chjou XJ, Dong Q, Zhu CZ vaboshqalar. Portal vena
tuzilishiga asoslangan jigar segmentlaridaraqamli rekonstruksiya texnikasining ro
liva ahamiyati. Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2018 yil 1 yanvar ;56 (1):61-67.

QISTQARMALAR RO‘YXATI

ACTH - adrenokortikotrop gormon
DS - nafas olish tizimi
CHL - o‘t tosh kasalligi
LCE - Laparoskopik xoletsistektomiya
MLCE - Minilaparotomik xoletsistektomiya
MJ - Mexanik sariqlik
OCE - ochiq xoletsistektomiya
POR - Operatsion xavfning oshishi
PP - pnevmoperitoneum
CCC - yurak-qon tomir tizimi
TSH - qalqonsimon bezni ogohlantiruvchi gormon
T4-tiroksin
T3-triiodotironin
US-Ultratovush tekshiruvi
CDA - Xoledoxoduodenoanastomoz
HCC - Surunkali kalkulyoz xoletsistit
HE-xoletsistektomiya
EGDFS - Ezofagogastroduodenoskopiya
ERCP-Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya
ESWL - Ekstrakorporeal zarba to‘lqini litotripsi
TCE - an’anaviy xoletsistektomiya

MUNDARIJA

KIRISH.....	3
I BOB . JARROHLIK XAVFI YUQORI SHAXSLARDA SURUNKALI TOSHLI XOLESISTITNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI	5
Yuqori xavf guruhining ta'rifi	7
Jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda surunkali kalkulyoz xolestsistitni davolash taktikasi bo'yicha qarashlarning evolyutsiyasi	11
O't tosh kasalligi bilan og'rgan bemorlarni davolashda minilaparotomik xolestsistektomiya.	19
II bob . TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI	26
Klinik kuzatuvlarning xususiyatlari	26
Bemorlarni tekshirish usullari	31
Operatsion xavf darajasini aniqlash metodologiyasi	33
Stress gormonlarini o'rganish metodologiyasi	37
Materiallarga statistik ishlov berish usullari	38
III BOB . JARROHLIK XAVFI YUQORI BO'LGAN BEMORLARDA SURUNKALI KALKULYO`Z XOLESISTIT UCHUN OCHIQ VA LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMIYA NATIJALARI.	44
Ochiq xolestsistektomiya natijalari	44
Laparoskopik xolestsistektomiya natijalari	48
IV BOB . XOLESISTEKTOMIYADA STRESS GORMONLARI DARAJALARINI TURLI JARROQLIK YO'LLARI BO'YICHA QIYOSIY BAHOLASH	52
Surunkali kalkulyoz xolestsistit bilan og'rgan bemorlarda stress gormonlar ko'rsatkichlari	52
O`TK da turli xil operativ yondashuvlar paytida stress gormonlarining holati	57

V BOB . JARROHLIK XAVFI YUQORI BO‘LGAN SURUNKALI TOSHLI XOLESISTIT BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA MINILAPAROTOMIK XOLESISTEKTOMIYA NATIJALARI	65
Jarrohlik xavfi yuqori bo‘lgan surunkali kalkulyoz xolesistit bilan og`rigan bemorlarni davolashda takomillashtirilgan minilaparotom xolesistektomiya natijalarini tahlil qilish	77
XULOSA.....	79
TAVSIYA ETILGAN ADABIYOTLAR	85
QISTQARMALAR RO‘YXATI	10
	1

XO`JABAYEV SAFARBOY TO`XTABAYEVICH

Tibbiyot fanlari doktori, Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrası professor v/b. 2008 yilda tibbiyot fanlari nomzodi ilmiy darajasini olish uchun “Operatsion xavfi yuqori bo‘lgan surunkali kalkulyoz xoletsistitli bemorlarda minilaparotomiyali xoletsistektomiya imkoniyatlari” mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini himoya qilgan. 2022-yilda tibbiyot fanlari doktori ilmiy darajasini olish uchun “Yirik va gigant operatsiyadan keyingi qorin bo‘shlig‘i churralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish” mavzusida nomzodlik dissertatsiyasini himoya qilgan.

