

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

Мавзу: Ўткир холецистит

Бажарди: Салоҳиддинов М.

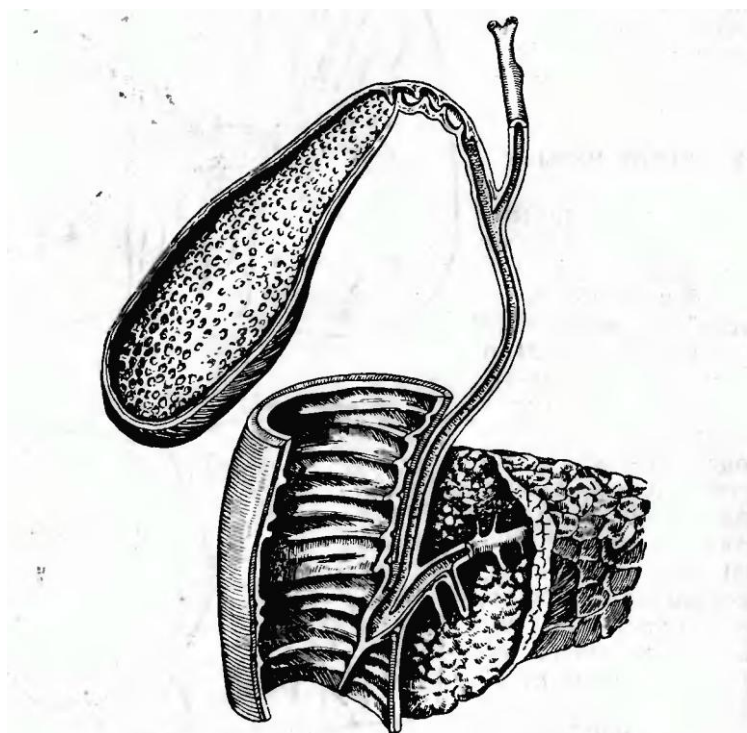
Самарқанд 2017 йил

Ўткир холецистит

Ўт-тош касаллиги овқат хазм килиш аъзолари хасталигининг кенг тарқалган туридир. Бу хасталик билан аёл кишилар эркакларга нисбатан 2,5-3 марта кўпроқ касалланишади. Ер юзи ахолисининг 10% га яқини ўт халталарида тош билан яшашиди. Ўткир холецистит – қорин бўшлиғининг кенг тарқалган касаллиги ҳисобланади. Охирги икки ўн йиллик мобайнида ўт пуфагининг ўткир яллиғланишини аниқлаш ва даволаш усуллариининг яхшиланишида катта мувоффақиятларга эришилди ва ўлимни 2,5% гача камайтишига олиб келди. Аммо кекса ёшли беморларда бу хасталикдан кейинги ўлим ҳамон юқори даражада 40% ва ундан юқорини ташкил қилади. Бу муаммо нафақат тиббий, балки ижтимоийдир ва шу сабабли клиник жаррохликнинг актуал муаммоларидан бири ҳисобланади. Ўткир холециститни кечиши, диагностикаси, замонавий даволаш усуллари, операциядан кейинги асоратларини ўрганишнинг ахамиятлари катта.

ЎТ ЧИҚАРИШ ЙЎЛЛАРИ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ ВА ЎТ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ўт халтаси узунлиги 6-9 см, сиғими 40-100 мл бўлган ноқсимон шаклдаги аъзодир. Ўт халтасини тана ва туби мавжуд бўлиб, умумий ўт йўлига бўйинчаси билан қўшилади, бу ерда кенгайган қисм-Гартман қопчаси тафовут қилинади.



Расм 1. Ўт пуфаги ва ташқи ўт йўллари

жигардан ташқи ўт йуллари:

-жигар ўнг ва чап бўлаклари ўт йўли;

-умумий жигар ўт йули иккала жигар бўлаклари ўт йўллари қўшилган жойигача бўлган қисм;

-ўт халта йўли;

-умумий ўт йўли, умумий жигар ўт йўлига ўт пуфаги йули қўшилган жойдан кейинги қисмидир.

умумий ўт йўлининг узунлиги 4-8 см, кенглиги 5-10 мм бўлади.

умумий ўт йўлининг қуйидаги анатомик қисмлари тафовут қилинади:

-супрадуоденал (12 бармоқ ичакдан юқори) қисми;

- ретродуоденал қисми (12 бармоқ ичак орқаси);
- ретропанкреатик (ошкозон ости безига қўшилган) қисми;
- интрамурал (12 бармоқ ичак девори ичидаги) қисми;

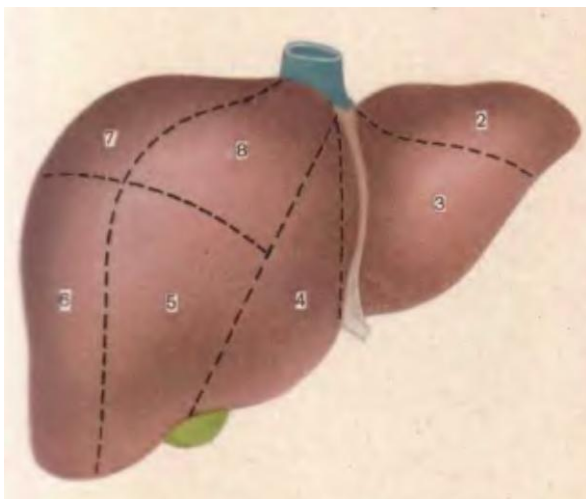
умумий ўт йўли ўн икки бармоқ ичакка Фатер сўрғичи орқали (катта дуоденал сўрғич) очилади, баъзан умумий ўт йўли Вирсунг йўли билан биргаликда очилади. Ўт йўлларида келаётган ўтнинг вақти-вақти билан ўн икки бармоқ ичакка тушишини Одди сфинктери бошқариб туради.

Ўт йўллари хусусий жигар артерияси орқали қон билан таъминланади. Асабланиш сайёр нерв ва қуёш чигалидан бошқарилади.

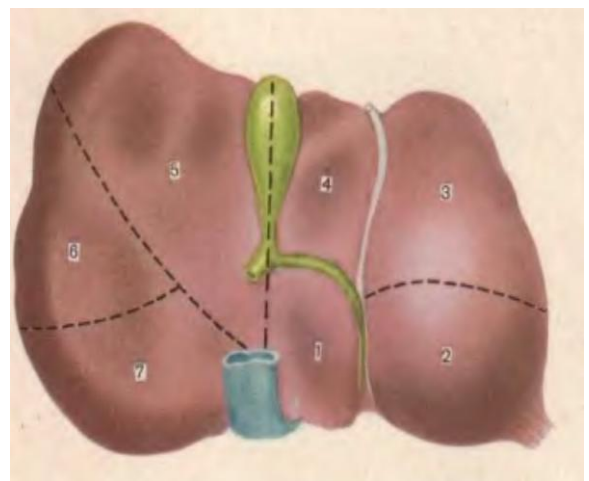
Бир кеча-кундузи нормал одам жигаридан 1200-1500 мл ўт-сафро ишлаб чиқарилади. Ўтнинг 67% сувдан иборат бўлиб, қолган қисмини ёғлар, (холестирин, фосфолипид, ўт кислотаси) билирубин, электролитлар, углевод ташкил қилади.

Ўт-сафро ўт халтасига тушгач, унинг сув, электролитлар, эрувчи липидлар (ўт кислотаси, фосфолипид) нинг қайта сўрилиши ҳисобига 5-10 марта қуюқлашади.

Жигардан ўт суяқлиги ажралиб чиқади, дастлабки ажралиш босими 300 мм.сув устунига тенг. Жигар ўт йўлларида у 150-200 мм. сув устунигача пасаяди. Ўт халтасининг тинч ҳолатдаги босими 100-140 мм.сув устунига тенг бўлса, у қисқарганда эса босим 250-300 мм.сув устунигача ошади. Ўт-сафро ўт халатасидан умумий ўт йўлига чиқади, ундан Фатер сўрғичи орқали ўн икки бармоқ ичакка тушади. Ўн икки бармоқ ичакдаги босим эса 330-500 мм.сув устунини ташкил қилади.

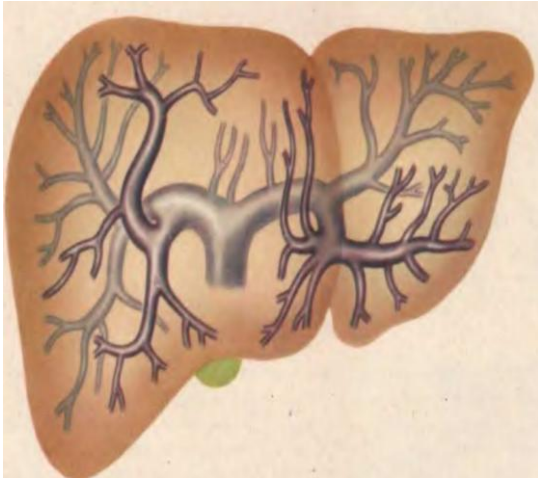


Расм 2 Жигарнинг юқориги юзаси



Расм 3 Жигарнинг пастки юзаси

Ўт тошларининг таркибига ўтда бўлган ҳамма моддалар киради. У ёки бу хил моддаларнинг кўплигига қараб тошлар холестеринли, пигментли (пигмент-оҳакли) ва аралаш турларга бўлинади.



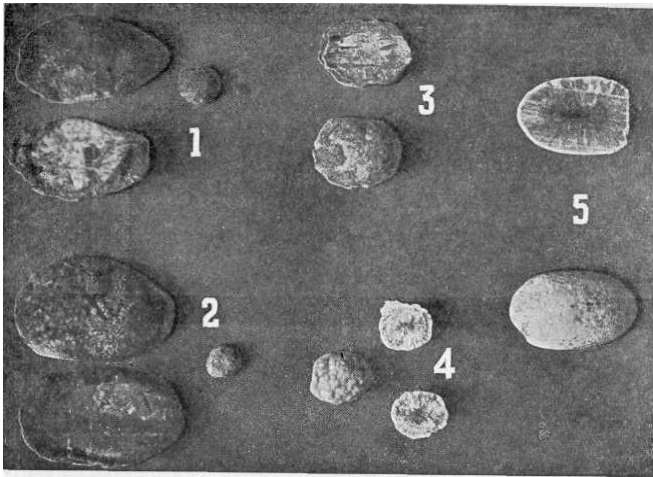
Расм 4 Дарвоза венасининг тармоқларга ажралиши.

Холестиринли тошларнинг пайдо бўлишига сабаб, ўтни муаққат ҳолатда ушлаб турувчи факторларни етишмаслигидир. Бошқача қилиб айтганда ўт халтасида тош ҳосил қилишга моиллиги бўлган ўтнинг тўпланиши туфайли ўтда «яширин етишмовчилик» ўчоғи пайдо бўлади-шу ерга

холестериннинг кўпроқ чўкиши тош пайдо қилади. Пигмент тошлари эса билурубиннинг гемолитик сариклик туфайли ўтда кўплаб тўпланиши ёки ўтнинг касалликлар (гепатит, цирроз) туфайли таркибий қисмининг ўзгаришидан келиб чиқади.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ.

Ўткир холецистит ўт халтасининг носпецифик яллиғланиш натижасида ўзгаришидир. Ўткир холецистит ҳозирги даврда ўткир жаррохлик касалликлари ичида ўткир аппендицитдан сўнг иккинчи ўринда туради. Ўткир холециститга учраган беморларнинг ярмисига яқини (40-50%)ни 60 ёшдан ошган кишилар ташкил қилади.



**Расм 5: 1,2,4 Комбинацияланган тош
3.Холестерин-пигментли-оҳакли тош.
5. Холестерин-оҳакли тош**

Касалликнинг ривожланиши (патогенези) ўт халтаси йўлининг тошлар билан тикилишидан бошланади. Ўт халтасида ўт димланишининг ошиб бориши ундаги босимнинг 400-700 мм.с.у.в устунигача кўтарилиши ўт халтаси девори қон айланишини

бузилишига олиб келади, яъни веноз инфаркти пайдо бўлади. Натижада ўт халтаси девори шиллиқ пардаси емирилиб, ундан микроорганизмлар киради. Ҳосил бўлган маҳаллий яллиғланиш секин-аста тарқала бошлайди ва ўт халтаси деворини бошқа қават емирилишига олиб келади.

ТАСНИФИ

Ўткир холецистит таснифи нафақат назарий, балки амалий аҳамиятга эга. Тежамкор тузилган тасниф жаррохга даволаш тактикасини танлашнинг

имконини беради, тактика клиник шароит учун мос бўлиши керак. Хозирги даврда ҳар хил муаллифлар томонидан яратилган турли таснифлар мавжуд ва бу ҳолат ушбу ҳасталикнинг даволаш усулида ягона назария йўқлигидан далолат беради. Унинг асосига клиник-патоморфологик принцип қўйилган, яъни клиник белгилари ўт пуфаги, жигардан ташқи ўт йўллари ва қорин бўшлиғидаги патоморфологик ўзгаришлар билан боғлангандир. Бу таснифда ўткир холециститнинг иккита гуруҳи ажратилган: асоратланмаган ва асоратланган.

Асоратланмаган ўткир холециститга клиник амалиётда ҳар кунги учрайдиган ўт пуфагининг ҳамма патоморфологик яллиғланиш турлари киради. Ҳар бир турини яллиғланиши одатдаги тури деб билиш керак, яъни катарал яллиғланиш процессини поғонали гангрена ҳолатига ўтиш деб. Булардан алоҳида фақат бирламчи ривожланган гангреноз холецистит ҳисобланади, чунки унинг асосида пуфак артериясининг бирламчи тромбоз (эмболия) ҳолати туради.

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши унинг ичида нафақат тош борлигида, йўқлиги билан ҳам кечиши мумкин. Қабул қилинган ўткир тошли ва тошсиз холециститга бўлиниш шартлидир, чунки тош борлиги ёки йўқлигига қарамасдан ургентли вазиятларда ҳасталикнинг клиник кечиши ва даволаш тактикаси бир тарзда кечади. Бизлар ўткир «обтурацион» холециститни алоҳида айтиб ўтаёмиз, чунки кўп ҳолларда ўткир холецистит ривожланиши асосида ўт пуфаги бўйинчаси ёки йўллари тош билан бекилиши ётади.

Таснифи.

Асоратсиз холецистит

1. Катарал холецистит:

- А) тошли холецистит;
- Б) тошсиз холецистит.

2. Флегмоноз холецистит:

- А) тошли холецистит;
- Б) тошсиз холецистит.

Асоратли холецистит

1. Окклюзион холецистит:

- А) ўт пуфаги истисқоси;
- Б) ўт пуфаги эмпиемаси;
- В) ўт пуфаги гангренаси.

2. Гангреноз холецистит:

- А) тошли холецистит;
- Б) Бирламчи гангреноз холецистит.

3. Тешилган (флегмоноз, гангреноз) холецистит:

- А) маҳаллий перитонит;
- Б) тарқоқ перитонит.

4. Ўт йуллари хасталанганлиги билан ўткир холецистит

- А) холедохолитиаз;
- Б) жигар ичи холангиолитиази;
- В) катта дуоденал сўрғич яллиғланиши (папиллит), КДС чандиқли стенози ёки етишмовчилиги;
- Г) яллиғланган ёки чандиқланган ўт йуллари стенози;
- Д) Мириззи синдроми;
- Е) перехоледохеал лимфаденит;
- Ж) холангит.

5. Ўткир холецистопанкреатит.

6. Перфоратив сафроли перитонит билан асоратланган ўткир холецистит

Асоратланган гурухни ўт пуфаги яллиғланиши ва инфекцияни унинг ташқарисига чиқиши ҳамда холедохолитиаз ва унинг асоратлари бўлган патоморфологик ўзгаришлар ташкил қилади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ.

1. Оғриқ доимий, симмиловчи - ўнг елка, курак, кўкрак қафаси ва юрак сохаларига тарқалувчанлиги билан тавсифланади.
2. Кўнгил айнаиши, рефлексор тавсифдаги, ўт аралаш, катта хажмда бўлмаган, бемор ахволини бироз енгиллатувчи қусиш кузатилади.
3. Аралаш турдаги, унчалик ривожланмаган сариқлик камдан-кам учрайдиган белгидир.
4. Тана хароратининг кўтарилиши.
5. Анамнезга эътибор бериш касалликни қайта қўзғалганлиги, ўт тош хасталигини наслий характердалигидан дарак беради.
6. Интоксикация (тананинг умумий захарланиши) белгиларнинг ривожланганлиги диққатни тортади.
7. Қон-томир ва нафас аъзолари фаолиятининг ўзгариши.
8. Оқ-жигар ранг парда билан қопланган қуруқ тил.
9. Қорин юқори сохасининг оғриши, нафас олиш жараёнида катнашмаслиги эътиборлидир.
10. Ўнг когурға равоғи ости мушакларининг таранглашуви (тахтасимон қорин).
11. Мендел симптоми (қорин деворига чертганда оғриқ пайдо бўлиши) нинг мусбатлиги.
12. Ўт халтасининг пайпасланиши (Карвуазье симптоми).
13. Мерфи симптомининг мусбатлиги (ўт халтаси сохаси бош бармоқ билан босилиб, беморга нафас олдирилганда нафаснинг узилиб қолиши, оғриқнинг кучайиши).
14. Мюсси-Георгиевский симптоми борлиги (Френикус симптоми).

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР.

Ўткир холецистит ва унинг асоратлари ўз вақтида ва туғри диагностикаси унинг самарали даволанишининг гаровидир. У зудлик билан бемор ётганидан 24 соат ичида оптимал лаборатор ва инструментал текшириш усуллари қўллашга чорлайди. Бу ёндошиш аниқ диагноз қўйиш ва туғри даволаш тактикасини ишлаб чиқишига олиб келади.

1. Периферик қон таркибини текшириб кўрганимизда ўткир холецистит ҳар хил турларида турли оқ қон таркиби томонидан ўзгаришларни аниқлаймиз. Чапга силжиган лейкоцитлар миқдорининг кўпайиши ўт пуфаги деворида деструктив ўзгаришлар мавжуд бўлишидан далолат беради.

2. Ўткир холецистит билан хасталанган беморларнинг қонида билирубин миқдорини аниқлаш мажбурийдир ва касалликнинг бошланиш жараёнида холестази аниқлашга имкон яратади. Қонда билирубиннинг миқдорини ўртача кўтарилиши (25-40 мкмол/л) ўткир холецистит билан хасталанган беморларда кўп ҳолларда аниқланади.

3. Амилаза миқдори Волгелмўт бўйича 128-256 бир.гача кўтарилиши ўткир холециститда кўп ҳолатларда учрайди ва меъда-ичак фаолияти бузилиши ва ферментни қонга ўтиши билан боғлиқ.

4. Ўткир холецистит билан хасталанган беморларда ўтказилиши шарт бўлган текшириш усуллари ЭКГ ва кўкрак қафаси рентгеноскопияси киритилган.

5. Ультратовуш текшириш (УТТ) ўткир холециститни аниқлашда махсус текишириш усуллар ичида алоҳида ўринга эга. УТТнинг ахамияти унинг панкреатобилиар жараёнининг хасталикларини аниқлашда юқори аниқлаш хусусиятига эга, чунки у ноинвазив бўлиб, бу усул ёрдамида кўп маротаба такрорланадиган диагностик ва даволаш процедуралар ўтказиш мумкин. УТТ усули кўп даволаш муассасаларида мавжуд ва унинг диагностик аниқлиги 98% етади **УТТда хасталикнинг клиник белгилари ривожланганлигига қарамасдан ҳамма ўткир холециститга гумон булган беморларда ўтказиш шартли.**

Қўшимча текшириш усуллари қуйидагилар киради. Бу текшириш усуллари зарурат туғилганда кўрсатма бўйича ўтказилади.

6. Ўт йулларини радиоизотоп текшириш.

7. Ретроград панкреатохолангиография.

8. Эзофагогастродуоденоскопия.

9. Интраоперацион холангиография.

10. Диагностик лапароскопия.

ТАҚҚОСЛАМА ДИАГНОЗ

Ўткир тошли холециститни қуйидаги касалликлардан ажрата билиш керак:

- ўткир тошсиз холецистит
- жигар описторхоз
- ўт чиқарув йўллари дискинезияси
- ўткир панкреатит
- ошқозон-ўн икки бармоқли ичак ярасининг қўзғалиш даври
- ошқозон-ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши

- атипик ўткир аппендицит
- ўнг томонлама зотилжам
- ўнг томонлама плеврит
- жигар эхинококкози (йиринглаш даври).

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ўткир холецистит билан хасталанган беморларни фаол даволаш усуллари ўтказишда операция тури ва вақтини танлаш нафақат ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёнининг турига боғлиқ, балки у беморнинг физикавий ҳолатининг оғирлиги билан боғлангандир.

Беморнинг физикавий ҳолатини аниқлаш учун 5 даражага бўлинди, бу операциядан кейинги даврда кутилаётган натижа ҳақида даволат беради (ASA классификацияси).

1 класс – Тизимли бузулишлар йўқ.

2 класс – Фаолиятлар бузулмаган ҳолда енгил тизимли бузулишлар.

3 класс – Фаолияти бузулган ўрта ва оғир тизимли касалликлар.

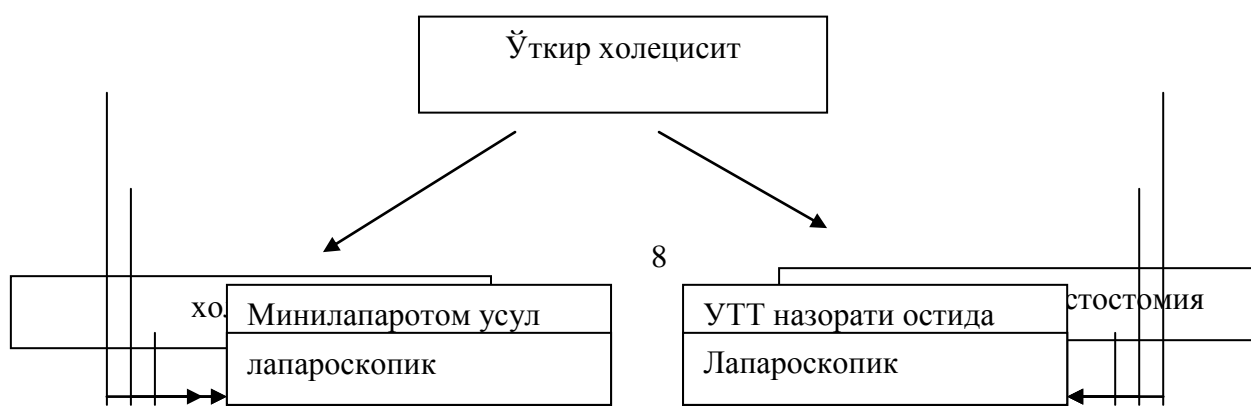
4 класс – Бемор ҳаётига ҳавф туғдирадиган ва фаолиятларнинг етишмовчилигига олиб келадиган оғир тизимли касалликлар.

5 класс – Терминал ҳолат, операция қилиниш-қилинмаслигига қарамасдан сутка давомида ўлим ҳолати ҳавфининг юқорилиги.

Агар аралашмалар зудлик равишда ўтказилса, баҳоланиш «Е» ҳарфи билан тўлдирилади (мисол, 2 «Е»).

I ва II оғирлик даражали беморларда операциядан олдинги давр қисқа муддат вақт ичида (6-12 соатдан кўп эмас) тайёрланади ва операция холецистэктомия ҳажмида ўтказилади, лозим топилса, умумий ўт йўлларида кўшимча ишлов олиб борилади. III оғирлик даражали беморларда операциядан олдинги ҳавфни камайтирадиган узайтирилган муддатли операциядан олдинги тайёргарликдан ўтадилар (12-24 соат ичида). Бу гуруҳдаги беморларга хасталикга кўра адекват радикал операция тавсия этилган. IV ва V оғирлик даражали беморларга 24-48 соат давомида кучайтирилган операциядан олдинги тайёргарлик ўтказиш лозим. Шу билан бирга тажрибага асосланиб ҳамроҳ хасталиклар оғирлиги сабабли физикавий ҳолатнинг оғирлик даражасини камдан кам камайтириш мумкин. Беморларга операциядан олдинги ҳавф ўта оғир бўлганлиги сабабли кам шикаст етказувчи ва минимал оператив қўлланма билан бажариладиган холецистостомия қўлланилади ва қуйидаги усуллар орқали бажарилиши мумкин:

Схема. Ўткир холециститнинг хирургик даволаш усуллари.



Ўткир холециститни механик сариклик ёки обтурацион холангит билан асоратланганда даволаш тактикаси нафақат беморнинг физикавий холатининг оғирлигига, балки ўт пуфаги ва қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг ривожланишига боғлиқдир. Зудлик операцияга кўрсатма мавжуд бўлган ҳолда механик сарикликнинг сабабини хирургик операция давомида интраоперацион холангиография ёрдамида аниқлайдилар ва патологик жараён аниқланиб ўт йўлларида керакли ишлов олиб борадилар (биринчи вариант). Зудлик кўрсатма билан операцияга мухтож бўлмаган I, II, III физикавий оғирлик даражали беморларга биринчи навбатда эндоскопик папиллотомия (литотриксация ёки назобилиар дренажлаш билан) бажарилади. Иккинчи этап билан эндоскопик аралашмадан сўнг 24-48 соат ўтгач холецистэктомия бажарилади. (иккинчи вариант).

Юқори операцион-анестезиологик ҳавфли даражали механик сариклик ёки холангит билан асоратланган ўткир холецистит билан хасталанган беморларда икки этапли даволаш усулини қўллаш ўтказиладиган операция хажми ва операциядан кейинги ҳавфли асоратларнинг камайишига ва даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади.

Бу беморларда даволаш тактикани аниқлашда биринчи навбатда захарланиш ва балки жигар ичи холестазни олдини олувчи холецистостомия операцияси бажарилади. 24-48 соат ўтгач ўт йўлларида муаммони бартараф қилувчи эндоскопик операция бажарилади. Беморларга нисбатан бундай ёндашиш ўз ичига кам хажмли ва кичик шикастловчи операцияларни олади ва оғир беморлар гуруҳида ўлим ва асоратларини камайтиришга қаратилган.

Консерватив терапия ўткир холециститни даволашда актив тактика қўллашда муҳим ўринга эга. Уни тўлиқ хажмда ўтказиш хасталикни бошланиш давридаёқ катарал холециститда яллиғланиш жараёнини бартараф қилишга имкон яратади ва деструктив холецистит билан хасталанган беморларда операциядан олдинги тайергарликда муҳим аҳамиятга эга. Инфузион ва медикаментоз терапияни тўғри тузилганлиги бемор организмни органлар фаолиятини меъёрлаштириш ва яхшилаш, операция ва операциядан кейинги даврни яхши кечишини таъминлайди. Операциядан олдинги тайергарликни ўтказиш зарурияти сув, оқсил алмашинуви, электролит баланси ва гомеостаз системасини яхшилашни ўз ичига қамраб олади. Ушбу комплекс патогенетик принципларга асосланган бўлиб ўз ичига қуйидаги даволаш тадбирларни олади: 1) очлик (беморда қайт қилиш кузатилмаган ҳолда суюқлик ичиш рухсат берилади); 2) локал гипотермия (ўнг коворға таги соҳасига муз қўйиш); 3) сув-электролит балансини туғирлашга қаратилган инфузион терапия – бу изотоник эритмалар, калий хлорид моддалари, 5% глюкоза эритмасини юбориш (2,0-2,5 литр хажмида); 4) қоннинг микроциркулятор ва реологик хусусиятини яхшилаш мақсадида реополиглюкин юбориш; 5) кўрсатма билан юрак гликозидлари, вазопрессорлар ва бронхиолитиклар қўллаш; 6) нонаркотик

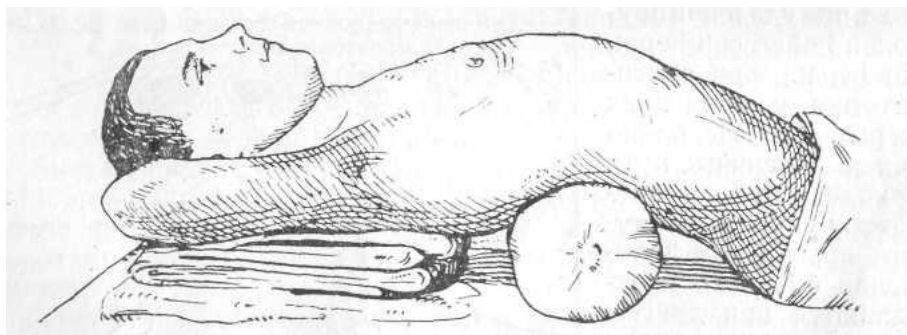
оғриқсизлантирувчи моддалар қўлланилиши (аналгин, максиган); 7) антибактериал моддалар қўлланилиши.

Қоннинг марказий веноз босимини, гематокритни, айланаётган қон ҳажмини меъёрлашиши инфузион терапиянинг тўлиқ ҳажмини ўтказишнинг натижасидир.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Оғриқсизлантириш. Ҳозирги замон шароитида ўткир холецистит ва унинг асоратлари билан хасталанган беморларда операция ўтказиш учун кўп компонентли эндотрахеал наркоз қўлланилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришни фақат холецистостомия ўрнатиш вақти қўлланилади.

Очиқ усулдаги холецистэктомия. Бу усул ўткир холециститнинг асоратланган ҳолатларида (перитонит, перивезикал абсцесс, перивезикал инфильтрат, механик сариклик, конверсияни талаб қиладиган вазиятлар (гепатодуоденал боғлам элементларини аниқлаш иложи йўқлиги, миниинвазив операцияларда интраоперацион асоратланиш ҳолатлар), ва даволаш муассасада миниинвазив операциялар ўтказиш учун техник шароитлар йўқлиги) қўлланилади ва ҳозирги кунда иккинчи даражали аралашмадир. Бу операцияни бажариш учун юқори ўрта лапаротомия, трансректал кесма, Кохер ва Федоровнинг ўнг коворға ости буйлаб кесмалари оптимал бўлиб ҳисобланади. Холецистэктомия 2та усул билан бажарилади – бўйинчасидан ва тубидан. Ўт пуфагига ишлов бериш интраоперацион холангиография ва ўт йўллари зондлаш ўтказишдан сўнг бажарилади. 1 см даги ўт пуфaginiнг чўлтоғи тикилиб боғланиб, сўнг боғланиш керак.



Расм 7 Холецистэктомия операциясида беморни операцион столдаги қулай ҳолати (Rio-Branco бўйича).

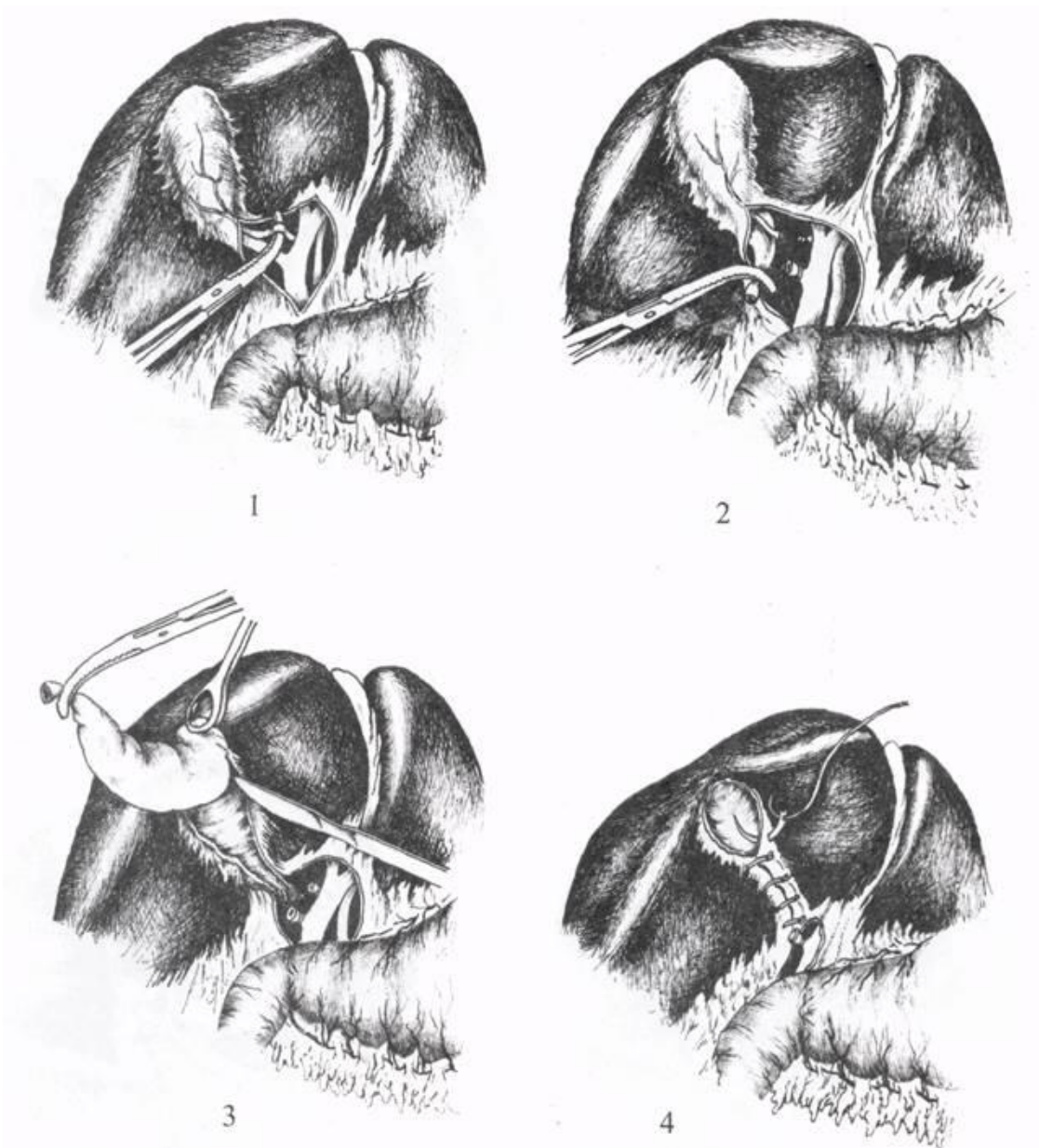
Ўт пуфagini ажратиш вақти ётоғидан қон кетиш ҳолатида электрокоагуляция ёрдамида тўхтатилади. Гемостаз яхши бажарилган вақти ўт пуфаги ётоғини тикиш шарт эмас.

Минилапаротом холецистэктомия. Бу усулда қорин олди деворида кичик кесма орқали ва махсус илгак-ойналар ёрдамида кўрикни бажариш учун етарлича жароҳат ҳосил қилиш ва манипуляция ўтказиш туради. Операцияни техник жиҳатдан бажарилишида «миниассистент» комплект инструментлардан фойдаланилади. Ушбу операцияни бажариш учун узунлиги 4-5 см трансректал кесма ҳосил қилинади. ўрта чизикдан 2 см

чеккароқ ўнг қовурға ости сохасидан бошлаб кесма қилинади, тери кесилиб қорин тўғри мушаклар қини кесилади, мушакларни йўналиши бўйича ажратадилар. Қорин пардасини қорин тўғри мушак орқа қини билан бирга кесадилар. Харакатларга қулай шароит яратиш учун уларни теридаги жароҳат деворига тикадилар. Қорин бўшлиғини жигар юмалоқ боғлампдан ўнгроқдан очиш ахамиятга эга.

Холецистэктомияни муваффақиятли бажариш учун ўт пуфаги тубидан пункция қилиб ичидаги таркибини олиб ўт пуфаги таранглашишини йўқотиш бажарилади. Ундан сўнг ўт пуфаги бўйинчаси сохасида сероз қавати кесилиб Кало учбурчаги элементлари ажратилади. **Пуфак бўйинчасини боғлашдан олдин хирург умумий ўт йўлининг деворини кўриб туриши шарт. Агар ўт пуфагини яллиғланган инфилтратдан ажратишда 30 минут жараёнида гепатодуоденал боғлам элементларни аниқ фарқлаш иложи бўлмаса традицион очик холецистэктомия усулига ўтиш мақсадга мувофиқдир.**

Ўткир холециститда операцияни мини-кесик орқали бажариш касалликнинг 72 соатгача давом этаётган вақти қўлланилади, бунда жигар ости зич инфилтрат хали ҳосил бўлмаган бўлади. Асоратланган ўткир холецистит, тарқалган перитонит, механик сариклик ва обтурацион холангит мирилапаротом холецистэктомия ўтказишга қарши кўрсатмадир.



Расм 8 Ўт пуфагини бўйинчасидан холецистэктомия қилиш. 1. Ўт пуфаги артериясини ажратиш 2. Пуфак артериясини ва пуфак йўлинибоғлаш 3. Ўт пуфагини олиб ташлаш 4. Ўт пуфаги ётоғини тикиш

Видеолапароскопик холецистэктомия ўтган асрнинг 80 йилларидан бошлаб бажарилаяпти. Ўша вақтдан бошлаб лапароскопик холецистэктомия ўт тош касаллигини даволашда етакчи ўринда туради. Видеолапароскопик холецистэктомия бошқа турдаги операцияларга нисбатан кам шикастловчи, яхши косметик натижали, беморни стационарда кам ётиши (2-5 кун) ва меҳнат қобилитини тез тиклаш хусусиятлари билан фарқланди. Бу операцияни бажарилиши замонавий қимматбаҳо видеотехникани, хирург ва бутун операцион бригаданинг махсус тайёргарлигини талаб қилади.

Лапароскопик холецистэктомия қўлланилишига қарши кўрсатма бўлиб ўткир холециститниг асоратланган турлари ҳисобланади, булар тарқоқ перитонит, механик сариклик ва обтурацион холангит ва булар билан бирга

юрак-қон томир хасталиклари, 4-даражали. семизлик, хомиладорлик вақтининг катталиги киради.

Лапароскопик холецистэктомияга нисбий кўрсатма бўлиб ўт пуфаги деворининг калинлиги (8 мм ва кўпроқ) ҳисобланади. Эндоскопик операциялар бажариш жараёнида келиб чиққан қийинчиликлар ва улар билан боғлиқ бўлган ахамиятли анатомик структураларнинг шикастланиш асоратлар ҳавфи (пуфак артериясидан қон кетиш, бўшлиқ аъзоси тешилиши ва х.) очик усулига ўтишни (конверсия) талаб қилади Ўткир холециститда конверсия миқдори 20% ташкил қилади.

Холецистостомия. Охирги 10 йилликда ушбу операцияга муносабатлар кескин ўзгарди ва хирурглар бу усулни қўллашга кўпроқ кўрсатма қуйишни бошладилар. Холецистэктомияни ўтказишда кузатиладиган IV-V оғирлик даражали операция ҳавfli ўткир холецистит билан хасталанган беморларни хирургик даволашда холецистостомия стандарт операция деб ҳисоблашади. **Ўт пуфагининг декомпрессияси** – ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёнининг бартараф этишининг шартидир. Холецистостомия учта усул билан бажарилади: ултратовуш назоратида ўт пуфагини транскутан дренажлаш, лапароскопия ва очик лапароскопия ёрдамида холецистостомияни ҳосил қилиши маҳаллий анестезия ёрдамида ва анестезиолог назорати остида бажарилади.

Фойдаланилган адабиётлар

- 1) Клиническая хирургия национальное руководство в трёх томах Под редакцией акад. РАН и РАМН В.С. Савельева, чл.-кор. РАМН А.И. Кириенко «ГЭОТАР-Медиа» Москва 2008
- 2) Абдоминальная хирургия. Под редакцией профессора Р.А. Григоряна Москва-2006
- 3) Хирургические болезни. Под редакцией академика А.Ф. Черноусова “ГЭОТАР-Медиа” 2012
- 4) Руководство по хирургии жёлчных путей. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. дом Видар-М, 2009.
- 5) 80 лекций по хирургии. Под общей ред. В.С. Савельева; Издательство «Литтерра», 2008
- 6) Хирургические болезни в двух томах. Под редакцией академика В.С. Савельева и А.И.Кириенко Москва-2006
- 7) Бойка В.В., Криворучко И.А., Лесовой В.Н., П.Н Замятин., Полевой В.П.,Паращук Ю.С., Березка Н.Н.,Тесленко С.Н. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.-Харьков-Черновцы, 2009