

## ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ АСОРАТИ СИФАТИДА САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИНГ ПАЙДО БЎЛИШИ, РИВОЖЛАНИШИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ МУАММОСИ



Баратов Маннон Бахранович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Аскарлов Пулат Азадович Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### ПРОБЛЕМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, РАЗВИТИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА, КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Баратов Маннон Бахранович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Аскарлов Пулат Азадович Самарқандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

### THE PROBLEM OF THE EMERGENCE, DEVELOPMENT, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BILIARY PERITONITIS AS A COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE

Baratov Mannon Bahranovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Askarov Pulat Azadovich Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [pulic@mail.ru](mailto:pulic@mail.ru)

---

**Резюме.** Ушбу мақолада ўт тош касаллигининг асорати сифатида ўт сафроли перитонит келиб чиқиши муаммоси, ривожланиши, диагностикаси ва давоси тўғрисида адабиётлар шарҳи келтирилган.

**Калит сўзлар:** этиопатогенез, диагностика, куйиши сенсиуси.

**Abstract:** The article presents literary data on the problem of occurrence, development, diagnosis and treatment of biliary peritonitis as a complication of gallstone disease.

**Key words:** biliary peritonitis, gallstone disease.

---

Ўт-тош касаллиги, ўткир холецистит, йирингли холангит ва сафроли перитонит қорин бўшлиғи аъзоларининг энг оғир ва прогностик жиҳатдан ноқулай касалликлари бўлиб, улар кўп сонли асоратлар билан кечади ва ўлимнинг юқори даражасини кўрсатади [1, 4, 9, 26, 37].

Ўткир холецистит билан операция қилинган беморларнинг 3 фоизиди сафроли перитонит учрайди, 50% ҳолларда жигар ва ўт йўлларида операциядан кейин, қорин бўшлиғига сафро оқиши натижасида ривожланади [5, 12, 34, 43]. Бу асоратнинг частотаси фақат ўткир калькулёз холециститда, рус муаллифларининг фикрича, 2,2 дан 84% гача [2], ўлим даражаси еса 60% га [3], кеч операциялар билан - 52% га [6] тўғри келади. Сафроли перитонитнинг тез -тез учрайдиган шакллари ёши билан ёшларда 9,3% дан 15,4% гача, қарияларда 26,0% гача ошди [5]. Шу билан бирга, беморларнинг иккинчи тоифасида интраоператив асоратлар 32,7% ҳолларда учрайди ва ўлим даражаси 14,2% га етади. Кўпинча, сафроли перитонит кекса ва кекса ёшдаги одамларда ривожланади, бу ўт пуфағи деворидаги ёшга боғлиқ

ишемик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, холециститнинг вайронкор шакллари олиб келади [7]. Сафро перитонитининг сабаблари флегмонали, гангреноз, тешилган холецистит, йирингли холангитдир [8, 11]. Ўткир холециститда бу асоратнинг частотаси 5,5 дан 35% гача [13]; гангреноз ва тешилган холециститда 0,17 дан 10,9% гача [15]. Муаллифлар сафроли перитонитни ташхислашнинг ўта мураккаблигини таъкидлайдилар, бу шубҳасиз оператив ёрдамнинг кечлиги ва ўлимнинг юқори даражасини (30-58%) тушунтиради [17]. Сафроли перитонит ўт пуфағи ёки ўт йўллариининг тешилишининг асоратлари бўлиши мумкин - перфорацияланган сафроли перитонит [2, 18, 27, 45]. Сафро перитонитининг ўзига хос хусусияти шундаки, ўт пуфағи ёки ўт йўллариининг таркиби қорин бўшлиғига қуйилади. Қорин бўшлиғига ўтнинг таъсири олдинги ўтказилган жароҳатлар туфайли қорин парданинг яллиғланиш реакцияси фониди, унинг ўтказувчанлиги, резорбсия ва экстравазация жараёнларининг мувозанати ўзгариши натижасида юзага келади. Юқумли жараённинг ривожланиши,

енг муҳими, токсемия, бу шароитда камрок тўсиқлар билан содир бўлади. Агар биз бунга лейкоцитлар дисфункциясини, айниқса нейтрофиллар (кондаги кемотактик омилларнинг етарли даражада бўлмаганлиги туфайли миграциянинг бузилиши, фагоцитоз), қорин пардаси бўйлаб яллиғланиш жараёни ва токсемия етарлича кенг тарқалиши билан қўшилса, галактик ритмда ривожланади. Ўт кимёвий хиралаштирувчи восита бўлиб, унинг таркибида ўткир холециститли беморларда ишончли мавжуд бўлган бактериялар бўлса, сафро перитонитининг ривожланиши муқаррар [36, 42]. Ўт йўллариининг яллиғланиш касалликлари шароитида уни турли микроорганизмлар босиб олади [41]. Ўткир холециститда флоранинг ўсиши 50 - 74,2% беморларда, сурункали - 11 - 39,3% да қайд етилган. Холелитиёз туфайли келиб чиқадиган обструктив сариклик инфекцияни 76,5 - 82,1% гача оширади. Қорин бўшлиғига инфекцияланган сафро қуйилганда, йирингли сафроли перитонит ривожланади, шошилиш жарроҳлик даволанишни талаб қилади [33, 37, 40]. Ўт пуфагининг ажратилган бўшлиқларга ёки ичи бўш органларга тешилишдан фарқли ўлароқ, бўш қорин бўшлиғига тешилиш ва сафро чиқиши тез фалокатга олиб келади ва ўлим билан тугайди.

Бошқа томондан, сафроли перитонит терлаш туфайли, масалан, қорин бўшлиғига сафронинг тўғридан -тўғри оқишисиз пайдо бўлиши мумкин, масалан, обтурацион сариклик ёки "обтурацион холецистит" - терли сафроли перитонит деб аталади [1, 3, 8, 25, 35]. Бу қорин бўшлиғига сафронинг секин тушиши билан боғлиқ, бунда организм қорин бўшлиғининг бошқа қисмларидан патологик марказни ажратиб олади. Бундай перитонит 0,2-0,6% беморларда учрайди [23]. Бундай перитонитнинг оғир кечиши билан бирга, беморлар қоникарли ҳолатда узок вақт қолганда кузатувлар мавжуд. Бундай перитонитнинг ривожланишида сафро турғунлиги, инфекция, ошқозон ости беши ферментларининг таъсири муҳим рол ўйнайди, бу асосда сафроли перитонитининг пайдо бўлиши ферментатив назарияси асосланади. Сафроли перитонитининг сабаблари қуйидагилардан иборат: ўт пуфаги деворининг ўз-ўзидан тешилиши, турли жарроҳлик аралашувлар пайтида ўт пуфаги ёки ўт йўллариининг шикастланиши ва бошқалар [12, 14, 42].

Тешилиш тезлигига қараб, локал, диффуз, капсулалли перитонит ёки сафроли окма ривожланади. Кўпинча, маҳаллий перитонитнинг ривожланиши жигардан ташқари ўт йўллари (80-91%), умумий ўт (4-5%), кист (4-5%) ва жигар (1,1%) каналларининг микроперфорацияси бўлган беморларда кузатилади [15]. Тарқалган перитонитли беморларда ўт пуфаги ёки умумий ўт йўлининг тешилиши кўпроқ кузатилган [14].

Ҳозирги вақтда ҳеч ким шубҳа қилмайди, перитонит патогенезида унинг ривожланишининг энг муҳим бўғини эндоген захарланиш бўлиб, барча органлар ва тизимларда қайтмас морфологик ва функционал бузилишларнинг ривожланиш хавфи ва ҳақиқати билан боғлиқдир [23]. Сафро перитонитида интоксикациянинг ривожланишининг асосий сабабларидан бири-бу сафро кислоталари, сафро пигментлари, билирубиннинг қонга сингиб кетиши ва қон томир деворига таъсир ета оладиган, оксидланмаган метаболик маҳсулотларнинг кўплиги, унинг ўтказувчанлигини ошириши. турли моддаларга [33]. Қонда паст ва ўрта молекуляр оғирликдаги моддаларнинг тўпланиши марказий асаб тизимининг дисфункцияси, иммунитет танқислигининг ривожланиши, гемодинамик бузилишлар ва септик шароитларнинг ривожланиш тенденцияси билан боғлиқ [12]. Эндоген интоксикация синдроми ривожланиши билан қондаги бу моддалар даражаси унинг зўравонлиги билан боғлиқ [6, 12, 36].

Эндоген интоксикация синдромининг ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатадиган яна бир омил - бу ферментларнинг қайтарилмас инактивациясига ва ҳужайра мембраналарининг тузилишини ўзгартиришга олиб келадиган липид пероксидланиш маҳсулотларининг кўпайиши билан еркин радикал оксидланиш интенсивлигининг ошиши. , [16]. Жарроҳлик касалликларининг вайронкор шакллари ривожланишининг ва қорин бўшлиғи операциялари пайтида йирингли асоратларнинг пайдо бўлишининг асосий сабабларидан бири иммунитет тизимининг бузилишидир [14, 21]. Қорин бўшлиғининг йирингли инфекциясида иммунитет бузилиши нафақат касаллик турига, балки йирингли яллиғланиш жараёнининг даражасига ҳам боғлиқ. Сафро перитонитининг патогенезини морфологик ва функционал бузилишларнинг барча аъзолари ва тизимларида ривожланиш хавфи ва ҳақиқати билан кечадиган оғир патологик реакциялар мажмуаси сифатида аниқлаш мумкин [22, 36]. Қорин бўшлиғининг яллиғланиши - бу ўтнинг агрессив ҳаракатига жавобан тананинг мураккаб реакцияси натижасидир ва тананинг ташқи ва ички муҳитининг кўплаб патоген омиллари билан ўзаро таъсири натижасида ривожланади. [11]. Қорин бўшлиғи мезотелиясининг сафро билан зарарланиши унинг чиқарилиш гистамин ва бу жараёнга таъсир етувчи бошқа моддалар таъсирида ўтказувчанлигининг ошишига олиб келади. Енгил даражадаги бузилишли иммунитет ҳолати (локализация шакли) периферик қон лимфоцитларининг мутлақ сонининг ўртача камайиши, Т-лимфоцитларнинг нисбий сонининг нормал ёки ўртача пасайиши, Т-лимфоцитлар қобилятининг инхибацияси билан тавсифланади. бластотрансформацияга, иммуноглобулинларнинг ортиқча

ишлаб чиқарилишига, лизозимнинг нормал даражасига, Тх / Тс нинг ўртача ўсишига [14]. Декарис томонидан Т-фаол лимфоцитлар ва Б-хужайралар учун Б-лимфоцитлар камайиши иммунитет тизимининг имкониятларининг пасайиши ва иммунитет танқислигининг чуқурлашишини аниқлади [10]. Алоҳида муаммо - сафро перитонити, холелитиёз учун операциядан кейинги асорат. Операциядан кейинги перитонит - бу қорин олд девори ва қорин бўшлиғи органларига режалаштирилган жаррохлик аралашувлардан сўнг, шунингдек перитонитдан олдин бўлмаган қорин бўшлиғидаги шошилинич операциялардан сўнг ривожланадиган асоратдир [13]. Шундан келиб чиққан ҳолда, операциядан кейинги перитонитнинг бошқа перитонитдан ажратиб турадиган хусусияти бор - у фақат қорин бўшлиғи ёки ретроперитонеал бўшлиқ органларига оператив ёки инвазив аралашувдан сўнг ривожланади, етарли даражадаги конвенсия билан биз мустақиллик ҳақида гапиришимиз мумкин. унинг этиологияси ва патогенези [1, 13, 25, 31, 43].

Шу билан бирга, муаллифлар операциядан кейинги перитонит гуруҳига прогрессив перитонитни ажратишни ноўрин деб ҳисоблайдилар, чунки бу операциядан кейинги перитонитнинг частотаси ва ўлим даражаси ҳақидаги статистик маълумотларнинг номувофиқлигига олиб келади. Шундай қилиб, операциядан кейинги перитонит - бу тананинг универсал химоя реакциясининг ўзига хос шакли, яллиғланиш, унинг таркибий қисмлари қуйидагилардан иборат: инфекция келиб чиқиши (бошланғич омил), бутун вужуддан химоя ва компенсацион реакцияларнинг ривожланаётган жавоб комплекси, қорин бўшлиғи органлари, интоксикация, ички органларнинг турли хил функциялари ва операциядан кейин пайдо бўлади [1, 13, 44, 45].

Операциядан кейинги перитонитнинг батафсил тақсимооти А.А. Шалимов ва Б.С. Шапкин [38], таснифда нозологик принципдан ташқари, сабаблилик тамойиллари ҳам қўлланилган:

1. Бирламчи (жаррохлик даволанишга қарамай, давом етмоқда).
2. Иккиламчи (қорин бўшлиғи операциясидан кейин пайдо бўлади):
  - а) емлаш ёки "экзоген" (инфекция натижа-сида операция пайтида қорин бўшлиғи);
  - б) тешилган (ичи бўш органнинг тешилиши);
  - в) абсцессоген (хўппознинг бўш қорин бўшлиғига кириши);
  - д) некротик (ичи бўш орган деворининг некрози туфайли);
  - е) сунъий (ичи бўш орган деворининг сезилмасдан шикастланиши) анастомозларнинг оқиши ва бошқалар).

А.Б. Ларичев, А.Б. Волков [22] операциядан кейинги перитонитнинг қуйидаги таснифини тақдим етди.

1. Клиник курсга кўра:

а) операциядан кейинги кейинги кунларнинг бирида, фаровонлик фонида, перитонит клиникаси пайдо бўлади ва тез ўсади;

б) мавжуд бўлган ентэрал етишмовчилик билан бошқа органларнинг дисфункцияси аста - секин (бир неча кун давомида) перитонит аломатларининг тўпланиши (тўпланиши) кўринишида кўпайганда.

2. Яллиғланишнинг тарқалиши бўйича: а) консерватив ёки минимал инвазив чоралар қўлланиладиган маҳаллий (ҳар доим чегараланган - инфилтрация ёки хўппоз); б) кенг тарқалган, бу қорин бўшлиғининг дренажланиши билан ўрта чизиқли лапаротомияни талаб қилади.

3. Экссудатнинг табиати бўйича:

- а) сероз;
- б) фибриноз;
- в) йирингли;
- д) аралаш
- е) геморрагик;

4. Микрофлоранинг тури бўйича:

- а) моноинфекция (аероб, анаероб);
- б) полиинфекция;
- в) аралаш (аероб-анаероб).

5. Кўп органлар дисфункциясининг оғирлигига кўра:

а) компенсацияланган, бунда операциядан кейинги кенг тарқалган перитонитли беморларда ҳар доим "қорин парда-ичак" тизимининг функциялари бостирилади (биорган дисфункцияси, шу жумладан ентэрал етишмовчилик), бошқа органлар ҳолатининг бузилиши аниқ кўринмайди;

б) субкомпенсацияланган, биорган етишмовчилиги билан бир қаторда юрак-қон томир, нафас олиш, чиқариш ва бошқа ҳаётни қўллаб-қувватловчи тизимларнинг дисфункциясининг аниқ клиник ва лаборатория симптомологияси мавжуд;

в) декомпенсацияланган, бунда эндотоксикознинг ошиши ҳаётини органлар ва тизимларнинг ишини бузилишига олиб келади, унинг "протезланиши" зарур бўлганда.

Ўт йўлларида операциядан кейин релапаротомия частотаси 0,2 дан 5,6%гача. Ушбу операциялардан кейин релапаротомияларнинг энг кўп учрайдиган сабаби прогрессив ёки операциядан кейинги ўт перитонитидир [11, 13, 19].

Кўпинча, сафро перитонитининг сабаблари жигар ва ўт йўллари тизимидаги операциялар пайтида интраоператив асоратлар бўлиб, унинг ривожланиш частотаси 0,3 дан 0,56%гача, операциядан кейинги даврда еса ўт перитонитининг частотаси 0,76 ни ташкил қилади. 3,1% гача [37].

Сафро перитонитнинг куйидаги сабабларини ажратиш мумкин.

- 1) ўт пуфаги тўшагидан сафро оқиши,
- 2) жигар ва ёрдамчи ўт йўллариининг шикастланиши,
- 3) холедохотомиядан сўнг тикувларнинг етишмаслиги,
- 4) ўт пуфагининг думғазасидан лигатура силжиши,
- 5) умумий ўт йўлидан дренаж йўқотилиши;
- 6) дренаж пайтида ўт пуфаги деворининг босимли яралари, чокларнинг етишмаслиги ёки уларнинг билиар анастомозда тўлиқ фарқланиши [31].

Операциядан кейинги даврда дренаж функциясининг бузилиши ёки тампонларнинг ерта олиб ташланиши, каналларни муҳрланиши етарли бўлмаган дренажлар туфайли ҳам асоратлар пайдо бўлиши мумкин [10].

Операциядан кейинги даврнинг оғирлаштирувчи ҳолати релапаротомиянинг кечроқ бажарилиши еди. Сафроли перитонитнинг дарҳол операциядан кейинги даврда беҳушлик (айниқса эпидурал беҳушлик), детоксификация ва антибиотик терапияси фонида бошланиши одатда кечикиш билан аниқланади. Дренаж ва тампонлар орқали сафро чиқиб кетганда ўз вақтида ташхис қўйиш ва ерта релапаротомия ўтказилди. [38].

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари орасида сафроли перитонитга қараганда клиник кечиши ва ташхисий жиҳатдан мураккаброқ бўлган касалликни топиш қийин. Патологик жараённинг хилма -хиллиги тўғридан -тўғри ўтнинг мураккаб ҳаракатига ва тананинг жавобига боғлиқ. Бу омиллар сафролиперитонитнинг мултисемптоматик табиати ва патогномоник белгиларнинг йўқлиги учун жавобгардир [13].

Клиник кўринишни таҳлил қилиб, патоморфологик ўзгаришлар билан таққослаганда, сафроли перитонитнинг турли шаклларида уларнинг табиатидаги фарқни қайд этиш лозим. Ўт пуфагининг тешилиши билан ўткир босқичда тешилган сафроли перитонитнинг клиник кўриниши, Ашрафов Р.А. ҳаммуаллифлар билан [2], характерли хусусиятларга ега. Бу холециститнинг ўткир ҳужуми фонида, кўпинча касалликнинг иккинчи ёки учинчи кунда ўтади ва ўнг гипокондриядаги кучли оғриқлар билан намоён бўлади. Бунда беморларнинг аҳволи кескин ёмонлашади, бу шок ходисалари (шок фазаси) билан изоҳланади.

Сафро терлаганида асосан маҳаллий перитонит кузатилади. Бу қорин бўшлиғига ўтнинг секин тушиши билан боғлиқ, бунда организм қорин бўшлиғининг бошқа қисмларидан патологик марказни ажратиб олади.

Терли сафроли перитонитнинг клиник кўриниши симптомларнинг аста -секин ўсиши

билан тавсифланади. Даствлабки босқичда клиник симптомлар ўткир холециститдан фарқ қилмайди [3, 15, 21,28].

Ҳозирги кунда операциядан кейинги перитонит ташхиси аънаввий симптомларга асосланган бўлиб, унинг аниқланиши билан ташхисни тасдиқлаш учун қўшимча инструментал тадқиқотлар ўтказилади [8, 31]. Операциядан кейинги даврда беморни кузатишнинг ажралмас қисми бу қорин бўшлиғи ёки ички органларнинг дренажланишини кузатишдир, бу операциядан кейинги перитонитни ўз вақтида ташхислашда ўз ўрнини егаллайди [22, 47].

Операциядан кейинги перитонит ташхиси учун ҳозирги вақтда куйидаги инструментал усуллар қўлланилади, улар инвазив ва инвазив бўлмаганларга бўлинади [2].

Инвазив бўлмаган усулларга куйидагилар қиради:

а) Қорин бўшлиғидаги бўш газ ва / ёки суюқликни, операциядан кейинги ичак парезини ёки ичак тутилишини ва унинг даражасини аниқлаш учун оддий флороскопия ва рентгенография [8, 22, 46].

б) Анастомоз чокининг оқишини, ички ва "йўқолган" ичак оқмаларининг мавжудлигини аниқлаш учун, шунингдек операциядан кейинги парез ва ичак тутилишининг сабаблари ва даражасини ўрганиш учун рентген контрастли воситалар ёрдамида рентген текшируви ўтказилади [26].

д) Қорин бўшлиғи органларини ултратовуш текшируви, газ ва / ёки еркин суюқлик борлигини, еркин жойлашган ва ажратилганлигини текшириш; ичак ҳолатини - унинг перисталтикасини, парезининг даражасини ва бошқаларни ўрганиш [8, 18, 38].

е) Компютер томография - бу енг информация усул бўлиб, у қорин бўшлиғи органларининг турли патологик ҳолатларини, газ ва / ёки еркин суюқлик борлигини аниқлаш учун ишлатилади, ҳам еркин жойлашади, ҳам чегараланади [8, 25].

Иккинчи гуруҳга ҳар хил турдаги понксиён техникаси, лапароцентез, лапароскопия ва ниҳоят диагностик ва кўпинча санитар лапаротомия, аникрофи релапаротомия қиради [6, 15, 42].

Диагностик понксиёнлар одатда инвазив бўлмаган усуллар билан биргаликда қўлланилади. Патологик фокусни тасаввур қилганда, бу усул сизга тузилиш ва таркибини ўрганиш, яллиғланишли экссудат олиш, биопсия қилиш ва турли дориларни (антибиотиклар, протеолитик ферментлар ва бошқалар) киритиш имконини беради. Тешилиш усуллари фақат ажратилган қорин бўшлиғи шаклланишини ташхислашда ёки бўш қорин бўшлиғида тўғридан -тўғри қорин девори остидаги бўш газ ёки суюқлик борлигида, ички органларнинг шикастланиш хавфи туфайли қабул қилинади. Камчилик - қорин бўшлиғининг



холатини тасаввур қила олмаслик, ички органлар ва мақсадли ва бошқариладиган пункцион учун махсус ускуналарга еhtiёж [16, 18].

Ҳозирги вақтда гепатобилиар зонадаги касалликларни ташхислаш ва даволашда эндоскопик усулларнинг аҳамияти шубҳасиздир; эндоскопик ретроград холангиопанкреатография диагностика мақсадларда кенг қўлланилади, кейинчалик терапевтик усулларда - папиллосфинктеротомия, литекстракция ва гепатобилиар гипертензияни олиб ташлаш зона [4, 13, 18]

Қорин бўшлиғи органларининг холатини баҳолашнинг энг оддий усули бўлган лапароскопия сизга қорин бўшлиғида ефузия борлигини, унинг табиати, микдорини аниқлаш имконини беради, лекин патологик жараённинг локализациясини аниқ аниқлашга имкон бермайди. Бу усул қорин бўшлиғи аъзоларининг холатини, органларда патологик ўзгаришларнинг мавжудлигини, анастомозлар, дренажлар ва жараённинг тарқалишини баҳолашга имкон бермайди [22].

Лапароскопия ва релапаротомия нафақат диагностика, балки терапевтик вазифаларни ҳам бирлаштиради [1, 2]. Ушбу усуллар операциядан кейинги асоратларни ташхислашда муҳим рол ўйнайди, чунки улар қорин бўшлиғини, қорин бўшлиғини экссудат борлигини, орган таркибининг (ўт, меъда ости беzi секрецияси), уларнинг ҳажмини, яллиғланиш ходисаларининг тарқалиши, аралашув ўтказилган органларнинг холатини, тўқималарга анастомозлар ва лигатура холатини баҳолаш.

Дастурлаштирилган релапаротомия лапароскопия аввалгидек бажарилади операциядан кейинги ерта даврда (24 - 48 соат) режалаштирилган режа ва жарроҳлик аралашуви соҳасини текширишни, қорин бўшлиғи аъзоларининг холатини баҳолашни, қорин бўшлиғининг санитариясини ва даволаш чораларини назарда тутати.

Релапаротомия лапароскопия "сўров бўйича" қорин бўшлиғида муаммолар борлиги ёки операциядан кейинги перитонит клиникасининг ривожланиши ҳақида шубҳа туғилганда қўлланилади;

Сафроли перитонит билан оғриган беморларга биринчи навбатда жарроҳлик аралашуви керак - бу шубҳасиз ҳақиқат ва шу билан бирга беморларнинг кўп фоизи ерта операциядан кейин вафот этади. Малюгина ТА [10] маълумотларига кўра, сафро перитонитининг зарба босқичида, беморни тайёрламасдан жарроҳлик аралашуви, қоида тарикасида, ерта ўлим билан тугайди. Операция травма ҳаётий тизимларда аниқ ўткир бузилишларни чуқурлаштиради. Ўт пуфагининг бўш бўшлиғига тешилган бемор тўлиқ тайёргарликни талаб қилади. Нормаллаштириш босқичида жарроҳлик аралашуви энг фойдали ҳисобланади ва узок тайёргарликни талаб қилмайди ва тера-

певтик чоралар операцияга ҳамроҳ бўлиши мумкин.

Перитонитнинг кенг тарқалган шакллари даволашнинг классик усулининг таркибий элементлари қуйидагилардан иборат: 1) асосий вазифаси перитонитнинг сабабларини бартараф этиш бўлган ўз вақтида жарроҳлик операцияси; 2) детоксикация терапияси; 3) гомеостаз бузилишларини тузатиш; 4) оқилона антибиотик терапияси; 5) ошқозон -ичак тракти парезига қарши кураш [7, 17]. Ўз навбатида, жарроҳлик операциялари кетма -кетлиги етарли даражада жарроҳлик йўлини, экссудатни эвакуация қилишни, перитонит манбасини йўқ қилишни, қорин бўшлиғининг ҳожатхонасини, дренажини, сўнгра жарроҳлик ярани тикишни ўз ичига олади.

#### Адабиётлар:

1. Арипова Н.У. Влияние желчесорбции на изменение фактора некроза опухоли альфа и эндотоксемию/Арипова Н.У. и др.// *Анналы хирургической гепатологии*. - 2010. - Том 15, №2. - с. 92-96.
2. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Раҳманов К.Э., Давлатов С.С. Хирургическая тактика при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии. // *Материалы Республиканской научно-практической конференции "Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции"* посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан – 2012 год. Стр. 55-57.
3. Ашрафов Р.А. Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение / Ашрафов Р.А. Давыдов М.И. // *Вестник хирургии*, 2000. Том 159, №5. - с.114-118.
4. Бабаев Ф.А. Климов Е.А. Малюга В.Ю. Роль лапароскопии в диагностике в ранних послеоперационных осложнениях после вмешательств на органах билиопанкреатодуоденальной зоны /Бабаев Ф.А. Климов Е.А. Малюга В.Ю. // *Эндоскопическая хирургия*, 2006, №2, с.10
5. Багненко С.Ф. Шляпников С.А. Корольков Ю.А. Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения. /Багненко С.Ф. Шляпников С.А. Корольков Ю.А. // *Вестник хирургии*, 2009, №3, с. 17-20.
6. Борисов А.Е. Левин Л.А. Кубачев К.Г. Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии /Борисов А.Е, Левин Л.А, Кубачев К.Г // *Эндоскопическая хирургия*, 2001. №3. с. 33-34.
7. Бояринцев Н.И., Николаев Е.В., Ташкинов Н.В. Лапароскопическая диагностика и лечение перитонита после плановых оперативных вмешательств/ Бояринцев Н.И. Николаев Е.В. Ташкинов Н.В // *Эндоскопическая хирургия*, 2006, №2, с.11
8. Гальперин Э.И. Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза./Гальперин Э.И. Ахаладзе Г.Г.//*Хирургия*, 1999, №10, с.24-28.

9. Гальперин Э.И. Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.: Медицина, 1987. - 336с.
10. Ермолов А.С., Воленко А.В., Зубрицкий В.Ф., Земляной А.Б., Айрапетян А.Т., Покровский К.А. Радикальное устранение источника перитонита-кардинальная проблема хирургического лечения панкреатита *Анналы хирургии*, 2016, 21 (3) С. 211-214
11. Забелин М.В. Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии: Автореф. дис. . д-ра мед. наук: 14.01.17. /М.В. Забелин; М., 2010. 44с.
12. Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С., Михопулос Т.А., Забелин М.В., Жиленков В.А. Синдром внутрибрюшной гипертензии у больных с деструктивными формами панкреатита. *Хирургия*. 2007;1:29-32.
13. Зубрицкий В.Ф., Левчук А.Л., Покровский К.А., Забелин М.В. Диагностика деструктивного панкреатита. *Миклош*, 2010. 144 с.
14. Зубрицкий В.Ф., Покровский К.А., Забелин М.В., Голубев И.В., Розберг Е.П. Дренирование брюшной полости после абдоминальных операций. Рациональный взгляд на проблему. *Анналы хирургии*. 2012.- №1. - С.67-71
15. Изменение тактики релапаротомий в свете малоинвазивных технологий / А.Г. Бебуришвили и др. // *Эндоскоп, хирургия*, 2006. N2. - с. 17.
16. Ильюшонок, В. В. Малоинвазивные вмешательства под УЗ - контролем в лечении абсцессов брюшной полости и печени / В. В. Ильюшонок, А. Ч. Шулейко, С. В. Шкурин // *Хирургия. Восточная Европа*. - 2012. - No 3. - С. 58-59.
17. Гареев Р. Н., Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М., Фаязов Р.Р. Интраабдоминальная гипертензия // *Мед. вестн. Башкортостана*. - 2012. - No4 (7). -С. 66-73.
18. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита. / К.В. Костюченко // *Вестник хирургии*, 2004.-№3.-С.40-43.
19. Костырной А. В. Конструкции временного закрытия лапаротомной раны / А. В. Костырной П. В. Поленок, И. В. Говорунов, Н. Э. Каракурсаков // *Современная медицина: актуальные вопросы: сборник статей по материалам LIV-LV международной научно-практической конференции*. - Новосибирск, 2016. - С. 144-153.
20. Климович И.Н., Дубровин И.А., Маскин С.С. и др. Возможности изопневматической лифтинговой релапароскопии «по требованию» у больных послеоперационным перитонитом. // *Эндоскопическая хирургия*. 2014. - No 5, С.45-48.
21. Климович И.Н., Маскин С.С., Дубровин И.А. и др. Новые технологии в динамическом эндовидеоконтроле брюшной полости у больных с прогрессирующим послеоперационным перитонитом. XV съезд хирургов Республики Беларусь «Актуальные вопросы хирургии». Сборник Материалов съезда. - Витебск. - 2012. - С.47-48.
22. Красильников Д.М. и др. Ранние послеоперационные осложнения у больных с калькулезным холециститом и холедохолитиазом // *Казань. Медицина*. - 2008. - 176с.
23. Ларичев А.Б. Лечение распространенного послеоперационного перитонита / А.Б. Ларичев, А.В. Волков, А.Ю. Абрамов // *Российский мед. Журнал*. - 2006. - № 1. - С. 8-12.
24. Лобанов Л.С. Верификация причин возникновения перитонеального экссудата при проведении диагностической лапароскопии / Л. С. Лобанов, В. В. Анищенко // III съезд хирургов Забайкальского края: тезисы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - Чита, 2016. - С. 43-44.
25. Лобанов, С. Л. Малоинвазивное дренирование bursa omentalis при остром деструктивном панкреатите / С. Л. Лобанов, Л. С. Лобанов, Ю. С. Ханина // *Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию Читинской государственной медицинской академии*. - Чита, 2013. - С. 91-92.
26. Луцевич О.Э. Галимов Э.А. Синьков А.А. Эндоскопическое лечение перитонита.- Тезисы докладов 1-го конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».-Москва.-2005.-е. 148-149.
27. Луговой, А.Л. Возможности кишечного лаважа в лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью, осложненной распространенным перитонитом / А.Л. Луговой, Ю.В. Гребцов // *Сборник тезисов VIII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию СамГМУ*. - Самара, 2014. - С. 106 - 108.
28. Миронов П.И. и др. Плановые видеолaparоскопические санации в лечении распространенного перитонита у детей. // *Хирургия*. -2007.- №8.- С. 29-32.
29. Муравьев С.Ю., Амаханов А.К., Аллниази А.Е. Морфологические изменения в печени у больных с острой хирургической патологией на фоне синдрома энтеральной недостаточности // *Материалы межрегион. ежегодной науч. конф. с Междунар. участием РязГМУ им. акад. И.П. Павлова / Рязань: РИО РязГМУ*, 2014. - С. 104-105.
30. Байчоров Х. М., Боташева В. С., Бондаренко А. Г., Демьянова В.Н. Морфологическое обоснование малоинвазивных видеолaparоскопических санаций брюшной полости // *Мед. вестн. Сев. Кавказа*. -2013. - No 2. - С. 56-59.
31. Мумладзе Р.Б. и др. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного пери-

- тонита и их решение в условиях современной клиники. // *Анналы хирургии*, 2008.- №5.- С. 46-52.
32. Назыров Ф.Г. Ильхамов Ф.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени. / Назыров Ф.Г. Ильхамов Ф.А. // *Анналы хирургической гепатологии*, 1999, N1, с. 11-16.
33. Оболенский В. Н., Ермолов А. А., Оганесян К. С., Аронов Л. С. Вакуум-ассистированная лапаростома в комплексном лечении больного с перитонитом и внутренним желчным свищом // *Хирургия*. - 2013. - N 12. - С. 91-94.
34. Поленок П. В. Тактика этапного хирургического лечения пациентов с экстренным абдоминальным заболеванием / П. В. Поленок // *Казанский медицинский журнал*. - 2015. - Т.96, No1. - С. 22-27.
35. Поленок П. В. Способы временного закрытия брюшной полости / П. В. Поленок // *Кубанский научный медицинский вестник*. - 2016. - No1 (156). - С. 112-116.
36. Рыкунова, В.Е. Модулирование микросомально - монооксигеназной системы печени при экспериментальном желчном перитоните, осложненного абдоминальным сепсисом / В.Е. Рыкунова, Э.А. Петросян // *Вестник интенсивной терапии*. - 2014. - No 5. - С. 100-102.
37. Савельев В.С. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, П.В. Подачин, Н.А. Сергеева // *Анналы хирургии*, №2, 2013. - с.48-54
38. Шаповальянц С.Г. и др. Современные лапароскопические технологии в лечении распространенного перитонита // *Первый конгресс московских хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь"* // Тезисы докладов. М., 2005. - с. 161-162.
39. Шапкин, А.А. Ранняя диагностика послеоперационного перитонита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Кемерово, 2002. -21 с.
40. Шляпников С.А. Использование системы терапии отрицательным давлением Vivano в лечении тяжелого перитонита / С.А. Шляпников, И.М. Батыршин, А.Е. Демко, В.Ю. Ульченко, А.Ю. Корольков // *Инфекции в хирургии*. - 2014. - Т. 12, No 1. - С.15-18.
41. Шугаев, А.И. Прогностическая значимость повышения внутрибрюшного давления у больных с распространенным перитонитом / А.И. Шугаев, А.Л. Луговой, Ю.В. Гребцов, Е.А. Ярцева // *Новые технологии в хирургии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию со дня рождения проф. А.Е. Борисова*. - СПб.: ЭФА медика, 2013. - С. 113 - 114.
42. Шуркалин Б.К. Послеоперационные внутрибрюшинные осложнения в неотложной хирургии / Б.К. Шуркалин, А.П. Фалер, В.А. Горский - "Колос". Москва, 2010. - 255с.
43. Ярцева, Е.А. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита (обзор литературы) / Е.А. Ярцева, А.И. Шугаев, А.Л. Луговой, В.П. Земляной, Ю.В. Гребцов // *Вестник Санкт-Петербургского университета*, 2014. - Сер. 11. Медицина - Вып. 2. - С. 93 - 102
44. Akbarov M. M., Askarov P.A., Kurbaniyazov Z.B. Optimization of surgical treatment of "fresh" injuries of the main bile ducts. // «European multi science journal» №10/2017. P. 7-12.
45. Cheatham, M.L. Abdominal perfusion pressure / M. Cheatham, M. Malbrain // *Abdominal compartment syndrome* / eds. R. Ivatury, M.L. Cheatham, M. Malbrain, Sugme // *Landes Bioscience*. - 2006. - № 3. - P. 69-81.
46. De Waele, J.J. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: We have paid attention, now it's time to understand / J.J. De Waele, L. De Laet, M.I. Malbrain // *Acta Clinica Belgica*. - 2007. - V. 62(1). - P. 6-9.
47. Malbrain, M.L.N.G. Incidence and prognosis of intraabdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multiple-center epidemiological study / M.L.N.G. Malbrain, D. Chiumello, P. Pelosi [et al.] // *Crit Care Med*. - 2005. - № 33. - P. 315-322.

**ПРОБЛЕМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, РАЗВИТИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА, КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Баратов М.Б., Курбаниязов З.Б., Аскаргов П.А.*

**Резюме.** В статье приведены литературные данные по проблеме возникновения, развития, диагностики и лечения желчного перитонита, как осложнения желчнокаменной болезни.

**Ключевые слова:** желчный перитонит, желчнокаменная болезнь.