

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 – Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 – Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара.

IMPROVEMENT OF MINIMALLY INVASIVE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Saydullayev Zayniddin Yakhshiboyevich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich²

1 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 – Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara.

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақола нафақат хирургия, балки замонавий тиббиётнинг асосий муаммоларидан бири бўлган ўткир деструктив холециститнинг асоратларига, юқори технологик, мининвазив хирургик давоси ечимига бағишланган. Тиббиёт ва диагностика усулларининг ривожланишига қарамасдан ўткир холецистит хирургик давосида мақбул усулни танлаш хали ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, холелитиаз, лапароскопия, холецистэктомия.

Abstract. This article is devoted to the complications of acute destructive cholecystitis, which is one of the main problems not only of surgery, but also of modern medicine, and the solution of high-tech, minimally invasive surgical treatment. Despite the development of medical and diagnostic methods, choosing an optimal method for surgical treatment of acute cholecystitis remains an urgent problem.

Key words: acute cholecystitis, cholelithiasis, laparoscopy, cholecystectomy.

Долзарблиги. Ўт тош касаллиги хирургик касалликлар орасида юқори ўринлардан бирини эгаллайди. Холелитиаз ва унинг мураккаб шакллари билан даволаш ушбу асоратларнинг тез-тез кўпайиши туфайли бугунги кунда қорин бўшлиғи хирургиясининг энг долзарб ва кам ўрганилган йўналишларидан бири бўлиб қолмоқда. Ўткир тошли холецистит хирургик шифохоналарга ётқизилган беморларнинг 8-14 фоизида аниқланади. Ўткир холецистит асосан катта ёшдаги беморларда учрайди. Ёшларда холелитиаз кўпинча асимптоматик кечади, бундай беморларнинг атиги 1-4 фоизида билиар оғриқ хуружлари кузатилади. Агар даволанмаса, 20% ҳолларда ўткир обструктив холецистит ривожланади.

Кўпинча яллиғланиш жараёни яшин тезлигида кечиб, ўт пуфаги гангренаши шаклланиши ва

ўт пуфагининг тешилиши билан давом этади, бу эса ўлим кўрсаткичини оширади. Ўт пуфаги деворидаги некробиёттик жараёнларнинг асосий сабаби интравезикал босимнинг ошиши ҳисобланади. Кекса беморларнинг юқори ўлим даражаси кўп жихатдан ўткир холециститнинг мураккаб шакллари билан, хусусан обструктив шакллари билан тобора ортиб бориши билан боғлиқ.

Кекса ёшдаги беморларда холециститнинг асоратланган шакллари ёш гуруҳларга қараганда 9 баробар кўп учрайди. Шу нуқтаи назардан, холециститда операциядан кейинги ўлимнинг камайиши кўп жихатдан диагностика тадбирларининг ўз вақтида бажарилишига ва уларни прекlinik ва klinik босқичларда тўғри талқин қилишга ва тўғри даволашга боғлиқ [1,13,14].

Ҳозирги вақтда ўт пуфагини олиб ташлашнинг учта усули мавжуд: лапароскопик холецистэктомия; ўнг қовурға ёйи остидан "мини-кириш" билан трансректал холецистэктомия, ҳамда анъанавий холецистэктомия [3,4].

Шу муносабат билан ўз вақтида ташхис қўйиш, оқилона консерватив терапия, холелитиаз учун муайян хирургик аралашув усули ва ҳажмини танлаш, операция вақтини, даволаш босқичларини аниқлаш масалалари ҳали ҳам долзарб бўлиб, диққат билан ўрганиш ва стандартлаштиришни талаб қилади.

Тадқиқот мақсади: Ўткир холецистит билан оғриган беморларнинг хирургик давосини такомиллаштириш.

Текшириш усуллари ва материаллари. Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси ва Бухоро давлат тиббиёт институти клиникаси хирургия бўлимларида 2021-2023 йилларда даволаниб чиққан, ўткир холецистит билан оғриган 138 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлил қилинди. Беморларнинг ёши 18 дан 89 ёшгача (ўртача 58,7 ёш), аёллар кўпроқ - 117 (84,8%).

Ўткир холецистит учун диагностика мезонлари Токио классификацияси кўрсатмаларига мувофиқ аниқланди. Хавфни баҳолаш АРАСНЕ II (Acute Physiology Assessment and Chronic Health Assessment II), яъни касалликнинг оғирлигини таснифлаш тизимига асосланган. АРАСНЕ II шкаласи бўйича 7 ёки ундан ортиқ балл юқори хавф деб инобатга олинди [9, 10, 17] ва шу асосда даволаш тактикаси белгиланди.

Ўткир холециститнинг операциядан олдинги диагностикаси клиник баҳолаш (ўнг қовурға ёйи остидаги оғрик, Мерфи симптоми, иситма), лаборатория маълумотлари (С-реактив оқсил, ва лейкоцитознинг кўтарилиши) ва ўткир холециститнинг ултратовуш текшируви (ўт пуфаги деворининг қалинлашиши ва иккиланганлиги, тошлар, ўт пуфагининг кенгайиши, шиш, перивезикал абсцесс)га асосланган. Ўткир холециститга клиник шубҳа бўлган барча беморларда ултратовуш текшируви асосий текшириш усули бўлди. Компютер томография (n = 25; 18,1%) асосан яққол ривожланган ва диффуз симптомлари бўлган беморларда қўлланилди) ва МРТ- холангиография (n = 12, 8,7%) асосан ўт йўлларида тош борлигига шубҳа қилинган беморларда қўлланилди. Визуализация 117 нафар беморда (84,8%) ўткир тошли холецистит белгиларини, 9 беморда (6,5%) рентгенологик кўринадиган тошсиз ўткир холециститни кўрсатди. Яллиғланиш белгиларисиз ўт пуфагидаги тошлар 12 беморда (8,7%) кузатилди. Гисталогик текширувда 78 (56,5%) беморда ўткир холецистит, 34 (24,6%) беморда гангреноз холе-

цистит, 26 (18,9%) беморда сурункали холециститнинг кучайиши аниқланди.

Барча беморлар бажарилган хирургик аралашув турига қараб уч гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳга лапароскопик холецистэктомия қилинган 18 ёшдан 61 ёшгача бўлган 38 (27,6%) бемор (ўртача ёши 39,5 ёш), 2-гуруҳга - 75 (54,3%) нафар 26 ёшдан 86 ёшгача (ўртача 56 ёш) минилапаротомия йўли билан аралашув ўтказган беморлар ва 3-гуруҳга анъанавий лапаротомия билан операция қилинган 46 ёшдан 69 ёшгача бўлган (56,5 ёш) 25 (18,1) нафар бемор киритилди.

1-гуруҳда 6 (15,8%) нафар эркаклар ва 32 (84,2%) нафар аёллар, 2-гуруҳда - 13 (17,3%) нафар эркаклар ва 62 (82,7%) нафар аёллар ва 3-гуруҳда бўлса 2 (8%) нафар эркаклар ва 23 (92%) нафар аёллар ташкил қилди.

Олинган натижалар. Лапароскопик холецистэктомия 1-гуруҳдаги 25 (65,8%) нафар беморда енгил (Grade I) ва 13 нафар (17,3%) ўртача клиник белгилар билан кечадиган (Grade II) беморларда амалга оширилди.

Лапароскопик аралашувлар асосан касалхонага ётқизилганидан кейин 24 соат ичида, операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг, шу жумладан дорилар билан: кенг спектрли антибиотик профилактикаси, инфузион терапия ва умумий қабул қилинган шароитда мувозанатли сунъий нафас олдириш аппарати ёрдамида амалга оширилди ва қорин бўшлигини дренажлаш билан яқунланди. Операциянинг ўртача давомийлиги 46,5 дақиқани ташкил этди.

Барча ҳолатларда ўт пуфаги катталашган, таранглашган, кўпинча катта чарви ёки атрофдаги аъзоларга ёпишган. 12 (31,6%) ҳолатда 30 - 50 мл гача ўт суюқлиги пункцион усулда ўт пуфагидан эвакуация қилинди. Ўткир обструктив холециститнинг интраоператив белгилари 18 (47,4%) беморда, ўт пуфаги флегмоноси (21%) беморда аниқланди. 36 беморда анъанавий холецистэктомия, 2 нафар беморда Вишневский бўйича холедохни ташқи дренажлаш билан лапароскопик холецистэктомия амалга оширилди.

Операциядан кейинги 2-3 кунларда 23 нафар бемор шифохонадан жавоб берилди, бу 60,5% ни ташкил этди. Қолган 15 беморда операциядан кейинги касалхонага ётқизиш муддати 4 кундан 6 кунгачани ташкил қилди. Беморларнинг касалхонадан кеч жавоб берилиш сабаблари кўшимча тиббий кузатишни талаб қиладиган кўшимча касалликларнинг кучайиши сабаб бўлди. 4 та ҳолатда симултан операция ўтказилди: 2 беморда лапароскопик холецистэктомия тухумдондан кистэктомия билан биргаликда, 1 тасида - цистовариэктомия, 1 тасида - киндик чурраси туфайли герниоаллопластика бажарилди.

Минилапаротомия холецистэктомия 1-гуруҳдаги 13 (17,3%) беморда енгил (Grade I) ва

62 (82,7%) беморда ўртача (Grade II) билан ўтказилди. Холецистэктомия тўғри трансректал кесим орқали амалга оширилди. Барча Минилапаротом усулда холецистэктомия ишлаб чиқилган жароҳат кенгайтиргич ёрдамида бажарилди (№ FAP 01385 рақамли фойдали моделнинг расмий рўйхатдан ўтказилганлиги тўғрисида маълумотнома, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги). Қўлланилиши таклиф этилаётган қурилма қулай, оддий ва кам травматик ҳисобланади. Операция соҳасини кенгайтириш мақсадида, амалий тиббиётда кенг қўллаш учун тавсия этилади. Киришнинг ўлчами, қоида тариқасида, 4-7 см дан ошмади, киришнинг ўртача ўлчами $5,5 \pm 0,1$ см. ,2 дақиқа).

Холецистэктомия стандарт жарроҳлик техникасига мувофиқ бўйин ёки комбинацияланган усулда амалга оширилди. Ўт пуфаги тўшагидан қон кетиши одатда коагуляция билан назорат қилинди; баъзи ҳолларда ётоқ тикилди. 2-гуруҳдаги 3 нафар беморда умумий ўт йўлини дренажлаш амалга оширилди. 2-гуруҳдаги 4 нафар (5,3%) беморда симултан операциялар амалга оширилди: қорин олд девори чурраларини протезлаш - 3-да. Операциядан кейинги қорин олд деворида чурра бўлган беморда қорин олд деворини протезлаш 2-гуруҳдаги 1 нафар беморда амалга оширилди.

Жараённинг оғир кечиши (Grade III) бўлган 25 беморда кенг анъанавий лапаротомия амалга оширилди. Ушбу барча ҳолатларда операциядан олдинги даврда ўнг қовурға ёйи остида аниқ инфилтратив ўзгаришлар клиник жиҳатдан аниқланган.

Хирургик аралашувнинг кўрсатмалари ва шартлари тўғрисида қарор қабул қилишда биз фаол тактикага амал қилдик. 7 (28%) бемор касалхонага ётқизилганидан кейин 12 соат, 7 (28%) - 24 соат, 5 (20%) - 48 соат, 3 (12%) - 72 соат ичида операция қилинди. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, беморларнинг 76 фоизда операция фаол тактикага риоя қилган ҳолда дастлабки 48 соат ичида амалга оширилди.

Беморларнинг умумий сонидан 8 (32%) флегмоноз, 12 (48%) - гангреноз холецистит, 5 (20%) – жигар ости абсцесси билан касалланган. Анъанавий ёндашувдан операция давомийлиги 40-150 дақиқа (ўртача $74,0 \pm 5,7$ минут) оралиғида бўлди.

Яхши натижалар 1-гуруҳдаги беморларнинг 94,7 фоизда ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 96 фоизда қайд этилди. Кўпинча лапаротомли холецистэктомиядан сўнг маҳаллий асоратлар пайдо бўлди - 7 (16,7%), 1 ҳолатда ўт пуфаги чўлтоғининг етишмовчилиги кузатилди, 2 ҳолатда - қорин бўшлиғига сафро чиқиши, улардан бирида

релапаротомияни талаб қиладиган сафроли перитонит ривожланди, шундан сўнг бемор ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги фонида вафот этди. Бир ҳолатда қорин бўшлиғига қон кетиши кузатилди, бу ҳам шошилиш релапаротомияни талаб қилди; операциядан кейинги даврда 1 нафар беморда жигар ости инфилтрати ривожланди, бу ҳолат консерватив йўл билан бартараф этилди; 1 та ҳолатда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши кузатилди.

38 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия ўтказилгандан сўнг 2 (5,3%) асорат юзага келди, бир ҳолатда операциядан кейин жигар ости инфилтрати ҳосил бўлди, у консерватив йўл билан даволанганда жигар ости абсцесси ривожланди. Бу ҳолат релапароскопия – санация билан бартараф этилди. 75 та минилапаротом холецистэктомиядан сўнг 3 (4%) та асорат кузатилди - бир ҳолатда жигар ости инфилтрати шаклланиши, иккита ҳолатда операциядан кейинги яранинг йиринглаши.

Олинган муҳокамалар. Бизнинг тадқиқотимиз ўткир тошли холециститни даволашда лапароскопик холецистэктомиянинг мақсадга мувофиқлигини кўрсатди. Беморларимизда лапароскопик операциялар давомида махсус асоратлар кузатилмади. Ўткир холецистит билан оғриган иккита беморда сафро оқиши содир бўлган бўлса-да, бу лапароскопик жарроҳлик пайтида травмадан келиб чиқмаган, чунки бу ҳолатларнинг ҳеч бири лапаротомияга айлантирилмаган.

Бироқ, лапаротомияга ўтишдан қочиш истаги эстетик натижа нуқтаи назаридан хавфсизликни йўқотмасликдан оқланади. Конверсиянинг асосий сабаби - оғир яллиғланиш фибрози туфайли лапароскопик жарроҳликда қийинчилик туғдиради. Яллиғланиш туфайли оператив қийинчиликлар касалликнинг бошланиши ва жарроҳлик аралашуви ўртасидаги вақт оралиғи билан боғлиқлиги ҳақида маълумотлар берилган [6, 7, 11, 12].

Мини-кириш холецистэктомиянинг асосий афзалликлари минимал инвазивликка қўшимча равишда стандарт жарроҳлик усулларида фойдаланиш, ўт йўллари тўлиқ тафтиш қилиш ва холецистэктомия қилиш имконияти, шунингдек ўт пуфаги ётоғини тикиш имконини беради. [2]. Шунга қарамай, ўткир обструктив тошли холецистит билан оғриган беморларда холецистэктомиянинг ушбу вариантини амалга ошириш, шубҳасиз, алоҳида қийинчиликларни келтириб чиқаради. Шу муносабат билан, бундай вазиятларда кўплаб жарроҳлар анъанавий лапаротомия усулида операцияни бажаришни афзал кўришади.

Шундай қилиб, кузатиш натижасида олинган натижалар сурункали тошли

холециститнинг кучайиши билан оғриган беморларда ва холецистит белгилари бўлган беморларда, шу жумладан флегмоноз ва гангреноз холециститни ҳисобга олган ҳолда минилапаротомия холецистэктомиянинг юқори самарадорлигини кўрсатади.

Минилапаротом кириш кўпчилик беморларда даволанишнинг яхши натижаларини олиш имконини беради, бу эса интраоператив ва операциядан кейинги асоратларнинг камайишини келтириб чиқаради. Минилапаротом холецистэктомия холелитиаз билан оғриган беморларни, шу жумладан холециститнинг йирингли - деструктив шакллари бўлган беморларни жарроҳлик даволашнинг тўлиқ минимал инвазив усули сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Хулосалар. Лапароскопик холецистэктомия ўткир холециститни ишончли, хавфсиз ва тежамкор даволаш усули ҳисобланади. Биз ишонамизки, ўткир холециститга эҳтиёткорлик билан ёндашиш билан лапароскопик холецистэктомия ушбу ҳолатни энг яхши даволашни таъминлайди. Минилапаротом холецистэктомия ўткир холециститни жарроҳлик даволашнинг самарали ва хавфсиз усули бўлиб, асоратлар сони, ўлим ва реабилитация вақти анъанавий жарроҳликдан кўра анча яхши.

Адабиётлар:

1. Акар Т., Камер Э., Ачар Н., Атахан К., Баг Х., Хаджианлы М., Акгюль О. Лапароскопическая холецистэктомия при лечении острого холецистита: сравнение результатов ранней и поздней холецистэктомии. Pan Afr Med J. 2017 31 января; 26:49. doi: 10.11604/pamj.2017.26.49.8359. Сборник 2017.PMID: 28451027.
2. Banz W., Gsconer T., Kandinas D., Guller J. Популяционный анализ 4113 пациентов с острым холециститом: определение оптимального времени лапароскопической холецистэктомии. Энн Сург. 2011 г.; 254: 964–70. DOI: 10.1097 / SLA.0b013e318228d31c.
3. Бхаттачарья Д., Аммери Б.Дж. Современные малоинвазивные подходы к лечению острого холецистита: обзор и оценка. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2005 Feb;15(1):1–8.
4. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я., Вафаева И.М. Ранорасши-

ритель. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2019. № FAP 01385.

5. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов С.С., Сайдуллаев З.Я., Собиров Ж.С., Курбанов А.С. Усовершенствованный метод минилапаротомной холецистэктомии // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2014. - №4. - С. 41 – 44.
6. Курбаниязов З.Б., Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Сулайманов С.У. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. - №1 (82). - С. 180-183.
7. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Выбор хирургической тактики при остром деструктивном холецистите // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 105-109.
8. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом из минилапаротомного доступа // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 110-114.
9. Saydullayev Z. Ya., Davlatov S. S., Rakhmanov K.E. Surgical treatment of gallstone disease (literature review). Journal of Biomedicine and Practice. Samarkand, 2021. vol. 6, issue 4, P.143-150.
10. Davlatov S.S., Rakhmanov Q.E. Saydullayev Z.Ya., Sherbekov U.A. Algorithm for the management of patients with bile duct after cholecystectomy // International Journal of Pharmaceutical Research. India, 2020. Vol 12. - P. 1008-1012.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С.

Резюме. Данная статья посвящена осложнению острого деструктивного холецистита, являющегося одной из основных проблем не только хирургии, но и современной медицины, и решению высокотехнологичного малоинвазивного хирургического лечения. Несмотря на развитие лечебно-диагностических методов, выбор оптимального метода хирургического лечения острого холецистита остается актуальной проблемой.

Ключевые слова: острый холецистит, желчно-каменная болезнь, лапароскопия, холецистэктомия.