

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

**«ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика шошилич тиббий
маркази илмий маркази директори
Д.А. Алимов
2025 й.

«ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

**«ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

	КХТ-10	КХТ-11
Код	К81.0. Ўткир холецистит	DC11-DC12. Ўткир холецистит
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10399	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448

Клиник протоколлар 2025 йил май ойида яратилган, 2019 йилда шошилич тиббий ёрдам кўрсатмаларининг кўшилиши натижасида қайта кўриб чиқиш санаси 2029 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшди:

Жараёни ташкил етиш тўғрисида шошилич тиббий ёрдам йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

Туляганов Даврон Бахтиярович т.ф.д., катта илмий ходим. РШТЁИМ бош директори. ТҲКМРМ ассистенти.

Алимов Данияр Анварович т.ф.д., профессор, РШТЁИМ директори, ТҲКМРМ профессори

Агаджанов Шухрат Камилевич т.ф.д., РШТЁИМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, ТҲКМРМ доценти

Стопницкий Амир Александрович т.ф.н., РШТЁИМ илмий котиб, ТҲКМРМ, ассистенти

Муаллифлар рўйхати:

Туляганов Даврон Бахтиярович - т.ф.д., катта илмий ходим. РШТЁИМ бош директори. ТҲКМРМ ассистенти.

Алиджанов Фотих Боқиевич – т.ф.д. Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Шошилич тиббий ёрдам кафедраси профессори.

Хаджибаев Фарход Абдухакимович – т.ф.д., профессор, РШТЁИМ шошилич хирургия илмий-клиник бўлими раҳбари

Пулатов Дилмурод Тўхтабаевич – т.ф.н., РШТЁИМ бош шифокорининг хирургия бўйича ўринбосари;

Пулатов Махмуд Муродович – PhD, 1-шошилич хирургия бўлими хирурги;

Абдулахатов Муроджон Хамидович – олий тоифали хирург, РШТЁИМ докторанти.

Тақризчилар:

Алтыев Базарбай Қурбонович – т.ф.д., профессор, РШТЁИМ Шошилич жарроҳлик бўлими катта илмий ходими.

Тагисов Элман Қулу ўғли – т.ф.д., Озарбайжон тиббиёт университети умумий хирургия кафедраси доценти.

Мунозаралар ўтказилганда (тиббиёт муассасалари илмий Кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирмалар санаси ва сони): 5 - сонли илмий Кенгаш - 14 йил 2023-ноябр, 1-сонли ишчи гуруҳ йиғилиши-15 йил 2023-ноябр.

Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

Рахимова С.Р.-РШТЁИМ директорининг педиатрия бўйича ўринбосари

Турсунов Х. М. - т.ф.д., РШТЁИМ директорининг терапия бўйича ўринбосари

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги эксперт гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.

Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г.

Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Мундарижа

1.	«ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ» КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	5-бет
2.	«ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ» КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	34-бет

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

- АЛТ - аланин аминотрансфераза
- АСТ - аспартат аминотрансфераза
- КДС - катта duodenal сўргич
- ЖТЎЙ – жигардан ташқари ўт йўллари
- ЎТК - Ўт тош касаллиги
- ЎП - ўт пуфаги
- ИОХГ - интраоператив холангиография
- ИОУТТ - Интраоператив ултратовуш
- КТ - компьютер томографияси
- ЛХЭ - Лапароскопик холецистэктомия
- МЛХ - Миналапаротомия холецистэктомияси
- МХ - механик сариқлик
- МРТ - магнит-резонанс томография
- УЎЙ - умумий ўт йўли
- УЖЎЙ - умумий жигар-ўт йўли
- ЎХ - ўткир холецистит
- ОХЭ - очик холецистэктомия
- ЎЙШ - Ўт йўллариининг шикастланиши
- РХПГ - ретроград холангиопанкреатография
- УТТ - ултратовуш текшируви
- ХЭ - холецистэктомия
- ТЖОХГ - Тери орқали жигар орқали холангиография
- ТЖОХС – Тери орқали жигар орқали холангиостомия
- ИФ – ишқорий фосфатаза
- ЭГДС - эзофагогастроуденоскопия
- ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари - хирурглар, шошилишч тиббий ёрдам шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари, анестезиолог-реаниматологлар ва бошқалар

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси ўткир холецистит ва унинг асоратлари билан оғриган беморлардир.

Далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи:

**Далилларнинг ишонччилик даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишонччилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи

2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Далиллар даражасига кўра маълумотлар 1a, 1b ва 2a даражаларига тўғри келади – “далиллар кўп сонли мета-таҳлиллар, яхши режалаштирилган ва назорат остидаги тадқиқотлар натижасига кўра олинган” деб баҳоланади.

2. Асосий қисм

Кириш. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг касалликлари ички органларнинг кенг тарқалган патологияси ҳисобланади. Холелитиёз ривожланган мамлакатларнинг катталар аҳолисининг 20 фоизигача таъсир қилади. Ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларнинг сони гастродуоденал ошқозон яраси билан оғриган одамларнинг сонидан икки баравар кўп. Сўнгги йилларда мамлакатимизда ўткир холецистит билан касалланиш 5 баробарга ошди

Таъриф. Ўткир холецистит (ЎХ) – ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши, ўт қопи йўлини обтурацияси сабабли юзага келади, асосан тош билан, сафро инфекцияси, ўт пуфагидаги гипертензия, унинг деворининг деструкция бўлиши ва перитонитнинг ривожланишига олиб келади.

Ўт пуфаги деворидаги ўткир яллиғланиш ва некробиотик жараёнларнинг асосий сабаби ўт пуфаги ичидаги босимнинг 200-300 мм сувгача кўтарилишидир. Қоида тариқасида (90-95%), бу тош, шилимшиқ ёки куйуқ сафро ва бошқалар билан обтурация натижасида ўт пуфагидан (ЎП) сафро ва яллиғланиш экссудатининг чиқиши бузилиши туфайли юзага келади. Касалликнинг патогенезида (ўткир яллиғланиш) лизолецитин (ошқозон-ичак шиллик қаватининг шикастланиши пайтида ажралиб чиқадиган фосфолипаза а томонидан сафро леситинидан айланади) ва простагландинлар е ва Ф1а ишлаб чиқаришнинг кўпайиши катта аҳамиятга ега. Интравезикал гипертензия пайдо бўлиши ошқозон-ичак шиллик қаватини қон билан таъминлашни камайтиришнинг асосий омилдир. (Айниқса, кекса ва ёши катталарда) камаяди девор гемоперфузион ўз навбатида, орган бўшлиғига яллиғланиш экссудацияни оширади, шиллик тўсиқ, кириб ва аероб ва анаероб микроорганизмлар, ўсишини бузилишига қилмоқда. Экссудация жараёни интравезикал босимнинг ошишига, интрагепатик томирлар томирларининг сиқилишига, ўт пуфаги деворида микроциркуляция ва ишемиянинг бузилишига ва унинг бўшлиғига яллиғланиш экссудатининг чиқишига олиб келади. Шундай қилиб, патофизиологик "Хавли халка" шаклланади. Беморларнинг 10-15 фоизида интравезикал гипертензия фонида ривожланадиган қоринча деворининг ишемияси некроз, тешилиш, субгепатик, интрагепатик ёки субфрагматик хўппозлар, маҳаллий ёки кенг тарқалган перитонитга олиб келади. Газ ҳосил қилувчи флора билан эмфизематоз ЎП содир бўлади.

Энг кўп сафро ичига топилган: Escherichia соли (27%), Клебсиелла (16%), Enterococcus (15%), Streptococcus навлари (8%), Ентеробастер навлари (7%) ва Pseudomonas aeruginosa (7%). Қон бактериологик текшириш микрофлора ўхшаш спектрини очиб: Escherichia соли (59%), Клебсиелла (16%), Pseudomonas aeruginosa (5%) ва Enterococcus (4%). Бундан ташқари, полимикробиал инфекция сафро култураларида кенг тарқалган (30-87%) ва қонда камроқ тарқалган (6-16%).

Таснифи (Этиологияси, босқичлари бўйича).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24022431/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090866/>

Қоида тариқасида, ЎХ таснифи клиник ва морфологик принципга асосланади-касалликнинг клиник кўринишларининг ошқозон-ичак тракти, қорин

бўшлиғидаги патоанатомик ўзгаришларга ва 2007 йилда жигардан ташқари сафро йўлларидаги ўзгаришларнинг табиатига боғлиқлиги. Ўткир холецистит бўйича Токио шартномаси касалликнинг оғирлигини таснифлаш тамойилларига қўшиди. ЎХ таснифи бўйича барча мавжуд таклифларни умумлаштириб, биз уларнинг асосий тамойилларини шартли равишда ажратиб кўрсатишимиз мумкин (1-жадвал).

Жадвал. 1

Ўткир холециститнинг таснифлаш тамойиллари

Этиологияси бўйича	Патогенези бўйича	Клиник ва морфологик шакллари	Оғирлиги
Тошли	Обтурацияли	Катарал Флегмоноз Гангреноз Перфорвтив	Енгил кечувчи (Grade I)
Тошсиз	ферментатив қон томир		Ўрта оғир кечувчи (Grade II)
Паразитар			Оғир кечувчи (Grade III)

Еслатма: касалликнинг оғирлиги бўйича ЎХ таснифи Г4 иловасида тасвирланган.

Енгил даража (grade I). Клиник ва лаборатория маълумотларига кўра инфекция белгилари мавжуд бўлса, беморларга оғиз орқали антибиотиклар буюрилади. Нонстероид яллиғланишга қарши дорилар (Диклофенак) аналгетиклар ва простагландин ингибиторлари тавсия етилади. Енгил ЎХ билан оғриган беморлар учун дори терапияси етарли бўлиши мумкин ва бу ҳолда шошилиш жарроҳлик кўрсатилмайди. Бироқ, кўпчилик беморлар асосий аралашув сифатида ЛХЭ қилиш мумкин.

Ўрта даража (grade II). Одатда, ушбу гуруҳдаги беморлар дори терапиясига жавоб бермайдилар. Жарроҳлик масаласи одатда касаллик пайтидан бошлаб 1 ҳафта ичида ҳал қилинади. ЛХЭК ёки очик Холецистэктомия танлов усули ҳисобланади, аммо бу гуруҳда операция энг тажрибали жарроҳлар томонидан амалга оширилиши керак. Агар ЛХЭК вақтида техник қийинчиликлар юзага келса, муаммо дарҳол конверсия фойдасига ҳал қилинади. Тери орқали холецистостомия жарроҳлик хавфи жуда юқори бўлган ҳолларда клиник вазият яхшиланмагунча вақтинчалик чора сифатида қўлланилади.

Оғир даража (grade III). Беморларнинг ушбу гуруҳи интенсив терапияни, органларнинг дисфункциясини кузатишни ва тузатишни талаб қилади. Фавқулодда

чора - ўт пуфагининг перкутан дренажи ёки пункциён холецистостомияси. Стабиллаштиргандан сўнг, бу мумкин холецистэктомияни амалга ошириш.

Шу билан бирга, ўт пуфагининг тешилиши фонида сафро перитонитида қорин бўшлиғини дренажлаш билан фавқулодда холецистэктомия кўрсатилади.

Ўткир холециститнинг таснифи (Прудков М. Е., 2007).

Патогенез: obturativ, fermentativ, қон томир.

Этиологияси бўйича: Тошли, тошсиз ва паразитар

Клиник ва морфологик шакллар:

- Катарал.
- Флегмоноз.
- Гангреноз.
- Перфоратив.

Асоратлар:

- Гепатопанкреатобилиар зона: механик сариқлик, Мириззи синдроми, холедохолитиёз, холангит, ички билиодигестив оқмалар, ўткир билиар панкреатит.
- Қорин бўшлиғи: перитонит-чегараланган (инфилтрат, хўппоз), чегараланмаган (маҳаллий, диффуз, тарқалган), яллиғланиш шакли бўйича (сероз, сероз-фибриноз, билиар, фибриноз-йирингли, йирингли), босқичлари бўйича (реактив, токсик, терминал).
- Умумий: Сепсис, пневмония, орган ва органлар тизимини дисфункциялар

Диагностик ёндашув тартиби ва усуллари

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24869607/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091665/>

Жадвал.2

Шикоятлари ва анамнези	Ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ, 30 дақиқадан кўпроқ давом этади. Эпигастрал ёки чап қовурға бошланиши мумкин, сўнгра ўнг қовурға остига кўчиш. Оғриқнинг пайдо бўлиши кўпинча ёғли овқатларни истеъмол қилиш билан боғлиқ. Кўнгил айнаши ва қусиш. Иштаҳанинг пасайиши Ўткир холецистит хуружининг 50% беморларда 1 йил давомида такрорланади.
Физик текширувлар	Объектив кўриқда, ўткир холецистит хуружи пайтида бемор тез-тез безовталанади, таранглашади ва оғриқ интенсивлиги минимал бўлган тана ҳолатини танлашга ҳаракат қилади; Мусбат симптомлар: -Мерфи; -Грекова-Ортнера; -Мюсси-Георгиевского (френикуссимптом); Иситма; Сариқлик - 10% атрофида

Ўткир холециститнинг клиник кўриниши оғриқ, маҳаллий симптомларнинг мавжудлиги ва йирингли интоксикациянинг ривожланиши билан боғлиқ умумий бузилишлар каби асосий белгилар билан тавсифланади.(жадвал.2)

Оғриқ. Хусусиятлари:

Жойлашиши: Ўнг қовурға остида

Интенсивлиги: Кучли ва доимий оғриқ, касаллик кучайиши билан унинг интенсивлиги ортади.

Тарқалиши: Оғриқ ўнг курак ости, курак ва елкага. Базан юрак соҳасига стенокардия хуружи каби оғриқ бериши мумкин. (холецистокоронарный синдром С.П.Боткина).

Камайиши: Спазмолитиклар фонида оғриқ интенсивлигини тўлиқ йуқолиши

I. Ўткир холециститни ўзига хос белгилари (Махаллий симптомлар):

- **Грекова-Ортнера** – Қўлни қирраси билан ўнг қовурға равоғига урганда оғриқ бўлиши.
- **Кера** – Нафас олиш чўққисидида палпация қилинганда қорин олд девори ўт қопи соҳасидида оғриқ бўлиши.
- **Мэрфи** – Шу соҳаси пальпация қилиш вақтида нафас олишни тўхтатиб қолиш.
- **Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** - ўнгдаги стерноклеидомастоид мушакнинг оёқлари орасидидаги палпация пайтида оғриқ. Оғриқ пастга тарқалади.

II. Умумий белгилар беморда интоксикация синдромининг ривожланиши натижасидида юзага келади: кўнгил айниши ва такрорий қусиш, тана ҳароратининг ошиши.

Асосий ва қўшимча лаборатория текширувлари

Асосий лаборатор текширувлар (мажбурий):

- Умумий қон таҳлили (УҚТ);
- Умумий сийдик таҳлили;
- Қон биокимёвий таҳлили (АСТ, АЛТ, Умуий билирубин, боғланган билирубин, альбумин, креатинин, мочевино, глюкоза, амилаза қрови);
- коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ); группа қрови и Rh-фактор.
- Қорин бўшлиғидидаги эксудатни бактериологик текшируви;
- Гистологик текширув (олинган макропрепарат).

Кўрсатмага асосан қўшимча лаборатор текширувлар:

- С-реактив оқсил;
- Умумий оқсил ва оқсил фракцияси;
- ОИВ учун қон текшируви;
- Вирусли гепатит.
- Электролитлар (кўрсатмага мувофиқ);

Асосий ва қўшимча инструментал текширувлар

Асосий инструментал текширувлар:

- Қорин бўшлиғи УТТ;
- ЭКГ;
- қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси органларининг обзор Р-графияси тик холда;

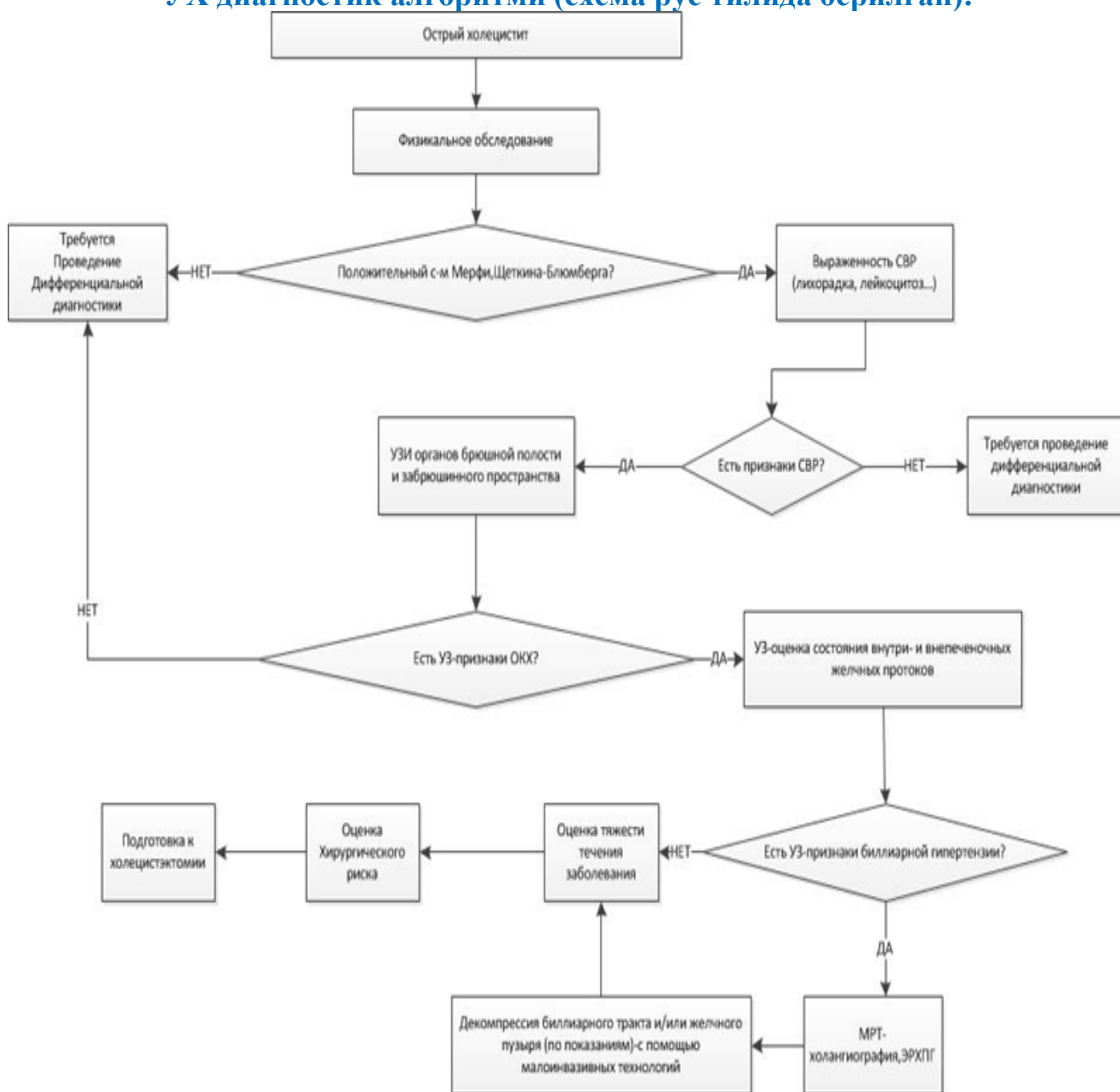
Кўрсатмага асосан қўшимча инструментал текширувлар:

- ЭФГДС;
- Қорин бўшлиғи аъзолари КТ си;
- МРТ (МРХПГ) Ўт йули;
- Интраоперационная холангиография;
- Ретроградная холангиопанкреатикография;
- Диагностическая лапароскопия.

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

- **Реаниматолог кўриги** – ЎХ оғир кечишида;
- **Анестезиолог кўриги** – жарроҳлик аралашуви зарур бўлса, шунингдек, операциядан олдинги давр учун тактикани мувофиқлаштириш;
- **Терапевта кўриги**– бирга келадиган соматик патологияни даволашни текшириш ва мувофиқлаштириш;
- **Бошқа мутахассислар кўриги** - мос келадиган патология мавжуд бўлганда.

ЎХ диагностик алгоритми (схема рус тилида берилган):



Дифференциал диагностика

Жадвал 3

Нозология	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Истисно қилиш мезонлари (характерли симптомлар)
Ўткир холангит	Клиник-лаборатор симптомлар	МТР да ўт йўлида кам интенсивликдаги йирингли суюқлик аниқланади.	Шарко триадаси - азноб, сариқлик ва қорин оғриғи билан бирга иситма. Симптомларнинг бутун триадаси холангит билан оғриган беморларнинг 50-70 фоизида кузатилади.
Сурункали холецистит	Клиник-лаборатор симптомлар	Махсус тестлар йўқ. Жарроҳлик материалда ўт пуфагининг шиллиқ	Қатта тошлардан ўртача интенсивлик ёки сурункали оғриқнинг такрорий хуружлари

		каватининг атрофияси ва фибрози аниқланган.	
Яра касаллиги	Клиник-лаборатор симптомлар	Эндоскопик текширув-ЭГДФС.	Овқатдан кейин ёки оч қоринга бир соат ўтгач пайдо бўладиган қорин бўшлиғидаги ачишувчи оғрик. Кўпинча беморнинг кечаси уйғонишига сабаб бўлади. Овқатланиш орқали оғрик йўқолади.
Ўткир панкреатит	Клиник-лаборатор симптомлар	Амилазанинг уч ёки ундан кўп ортиши. Компютер томографияси - ошқозон ости безининг яллиғланиш белгилари	Оғриқнинг киндик ва эпигастрал сохага узатилиши. Киндик атрофи ва бел сохасида эххимозлар бўлиши, оғир панкреатитни кўрсатади.
Ўроқсимон хужайрали анемияда гемолитик криз	Клиник-лаборатор симптомлар	Қон таҳлилида - ўроқсимон хужайралар, гемоглобин S ёки C кўриниши.	ЎТК билан бирга келган. Оғрик ўт пуфаги билан боғлиқ бўлмаган қориннинг ҳар қандай қисмида (шу жумладан ўнг қовурға остида) локализация қилиниши мумкин.
Ўткир аппендицит	Клиник-лаборатор симптомлар	Компютер томографияси қалинлашган, сиқилган ва қатламли деворга ега кенгайтирилган аппендиксни кўрсатади.	Оғрик одатда эпигастрал ёки киндик сохасидан бошланади ва сохага ўтади.
Ўнг томонлама пастки бўлак пневмонияси	Клиник-лаборатор симптомлар	Рентгенограммада ўнг ўпканинг пастки қисмларида қорайиш кузатилади.	Ҳароратли йўтал, иситма, аускултация - бронхиал нафас, крепитацион хириллаш, перкуссияда хирилик.
Ўткир коронарний синдром	Клиник-лаборатор симптомлар	ЭКГ - ишемия белгилари (СТ сегментининг кўтарилиши ёки тушқунлиги, Т тўлқинининг инверсияси, чап шохи блоки) Қонда - юрак ферментлари даражасининг ошиши.	Одатда стернум орқасида оғриқ бор, сиқиш табиати, жағ ва чап елкага тарқалади. Эпигастрийга локализация қилиниши мумкин. Ангина тарихи ёки хавф омиллари (чекиш, гипертония, диабет, семириб кетиш) мавжудлиги бўлиши мумкин.
ГЭРК - гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги	Клиник-лаборатор симптомлар	Протон насос блокаторларининг синови симптомларни енгиллаштиради ёки камайтиради. ЭГДФС - эзофагит белгилари. Рн-метрия - юқори кислоталиликни кўрсатади <4.	Овқатдан кейин юрак уриши, ётганда ёки эгилганда ёмонроқ. Ошқозоннинг кислотали таркибини қайтариш ёки дисфагия.

Амбулатор шароитда даволаш тактикаси (оилавий поликлиникалар, ТТЁ-103)

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2015/2/030023-1207201527>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008318/information>

ЎХ хуружини бартараф етиш.

ЎХ клиник кўриниши бўлган барча беморлар жарроҳлик шифохонасида шошилиш касалхонага ётқизилиши керак.

Немедикаментоз даволаш:

Диета: стол №5.

Ётоқ режими.

Дори-дармонлар билан даволаш:

Спазмолитик терапия: спазмалгон 5,0 мл х 2 марта, платифиллин эритмаси 0,1% - 2,0 мл х кунига 2 марта.

Инфузион терапия: глюкоза эритмаси 5% - 400,0 мл (ёки физиологик эритма 0,9% - 400,0 мл) + новокаин 0,5% - 50 мл х кунига 2 марта.

Жадвал 4

Муҳим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Кўллаш усули	Далил даражаси ва манба
Атропина сульфат М-холиноблокатор	Атропин	п/к или в/м по 0,25 -1 мг (0,25-1 мл	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар. Электролитлар.	Натрия хлорид, раствор для инфузий 0.9 %	Раствор для инфузий 0,9% 400 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар. Электролитлар.	Рингера раствор	Раствор для инфузий. 500 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

			xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Суюқликлар	(5%) Декстроза	Раствор для инфузий. 500 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Омепразол. Пропон насос ингибитори.	Омепрозол	20-40 мг х 1-2 раза в сутки	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Анальгин Анальгетики. Анальгетики - антипиретики другие. Пиразолонны. Метамизол натрия	Метамизол натрия	Взрослым и подросткам старше 15 лет разовая доза составляет 500-1000 мг (1-2 мл 50% раствора) 2-3 раза в день не более 3-5 дней.	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Кетонал. Кетопрофен. Нестероид яллиғланишга қарши воситалар	Кетопрофен	Внутримышечно вводят по одной ампуле (100 мг) один или два раза в день.	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Махаллий анеститиклар	Новокаин	5 мг/мл (0.5%). Максимальная доза для применения у детей старше 12 лет - 15 мг/кг.	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Спазмолитик воситалар	Папаверин	При в/м, п/к или в/в введении разовая доза для взрослых составляет 10-20 мг; интервал между	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

		введениями - не менее 4 ч. Для пациентов пожилого возраста начальная разовая доза - не более 10 мг.	/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
--	--	---	--

Жадвал 5

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Қўллаш усули	Далил даражаси ва манба
-	-	-	-

Хирургик аралашуви: йўқ.

Кейинги тадбир: шифохонага юбориш.

Поликлиникада хавфсиз диагностик усуллар ва даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари: ўр вақтида шифохонага йўналтириш.

Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалар:

Агар "Ўткир холецистит" нинг клиник ва лаборатория-инструментал белгилари ташхиси аниқланса, бемор жарроҳлик бўлимига шошилинч касалхонага ётқизилади.

Стационар шароитда даволаш тактикаси:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20166341/>

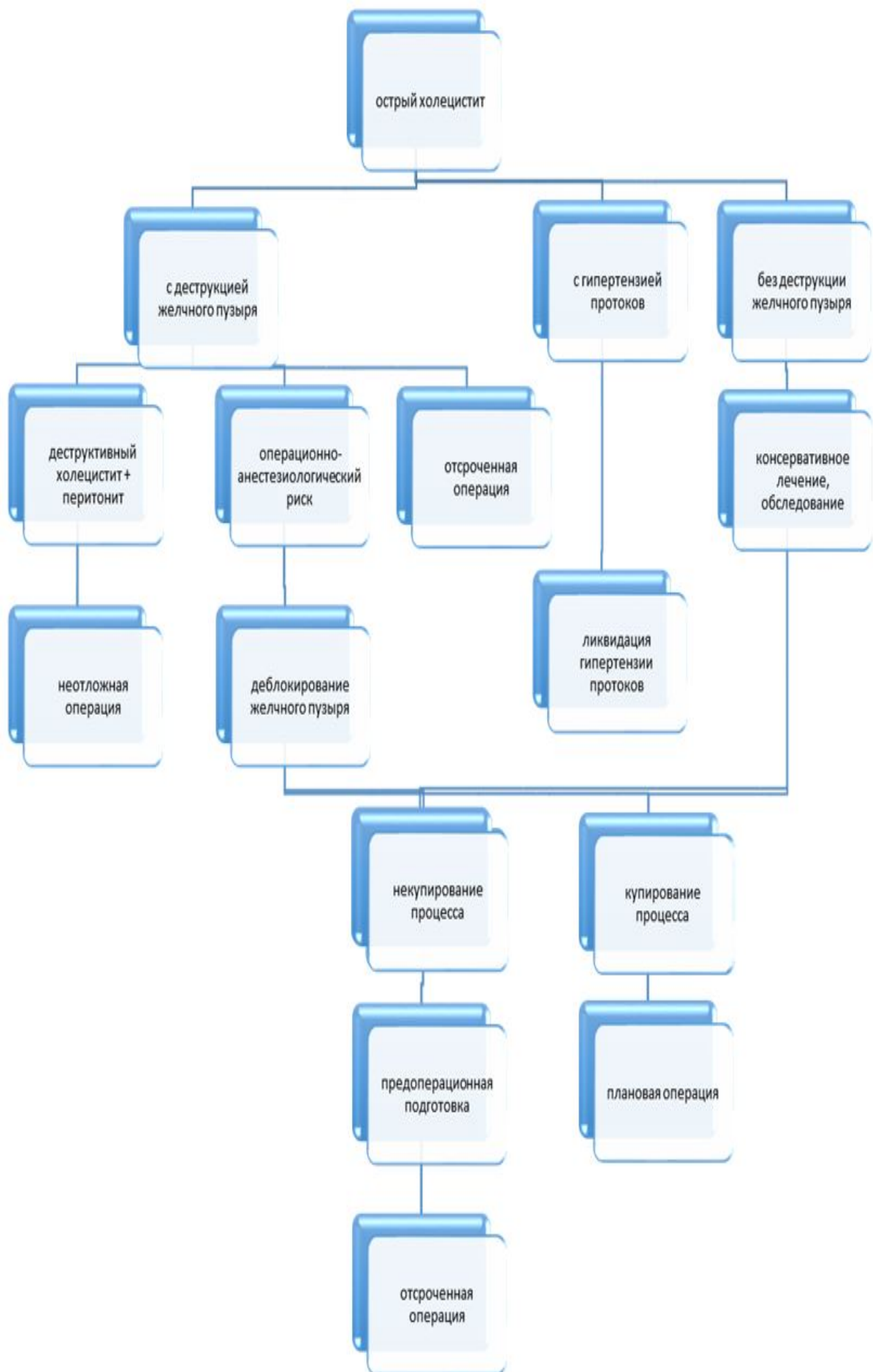
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24197550/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23813477/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694252/>

1) беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаш (схемалар, алгоритмлар);





Перитонит бўлмаганида ЎХ билан оғриган беморларда даволашни консерватив усулдан бошлаш тавсия этилади, бу баъзи ҳолларда яллиғланиш жараёнини тўхтатишга имкон беради.

Немедикаментоз даволаш:

- Диета: стол №5.
- Ётоқ тартиби.

Медикаментоз даволаш:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2697889/>

Спазмолитик терапия: спазмалгон 5,0 мл х 2 марта, платифиллин эритмаси 0,1% -2,0 мл х кунига 2 марта.

Инфузион терапия: глюкоза эритмаси 5% - 400,0 мл (ёки физиологик эритма 0,9% - 400,0 мл) + новокаин 0,5% - 50 мл х кунига 2 марта

Жадвал-6

**Мухим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли бор):
далиллар даражаси кўрсатилиши керак**

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Кўллаш усули	Далил даражаси ва манба
Цефтриаксон Антибактериал препарат	Цефтриаксон	в/И, м/о 1-2 г кунига бир марта ёки 2 дозага бўлинган (ҳар 12 соатда). Оғир ҳолатларда ёки патогенлари сефтриаксонга ўртача сезгир бўлган инфекцияларда суткалик дозани 4 г гача ошириш мумкин.	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Цефотаксим Антибактериал препарат	Цефотаксим	Асоратланмаган инфекциялар учун - мушак ичига ёки томир ичига, ҳар 12 соатда 1 г; ўртача инфекциялар учун - мушак ичига ёки томир ичига, ҳар 8 соатда 1 - 2 г; сепсис учун - томир ичига, ҳар 6 - 8 соатда 2 г, хаёт учун хавфли инфекциялар (менингит) учун - томир ичига, ҳар 4 соатда 2 г, максимал суткалик доза - 12 г даволаш давомийлиги.	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Цефепим Цефалоспорины IV Авлод	Цефепим	Дозалаш режими касалликнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда белгиланади. 40 кг дан ортиқ вазли катталар ва	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-

		болалар - кунига 2 марта 0,5-1 г; оғир инфекциялар учун доз кунига 2 марта 2 г гача оширилади; ҳаёт учун хавfli инфекциялар учун - 7 кун давомида ҳар 8 соатда томир ичига 2 г, умумий суткалик дозани максимал 12 г га етказиш;	v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Метронидазол Микробларга қарши воситалар	Метронидазол	Бир марталик доз 500 мг ни ташкил қилади, қабул қилиш оралиғи 8 соат. Даволашнинг давомийлиги индивидуал равишда белгиланади. Максимал суткалик доза 4 г дан ошмайди.	В https://lex.uz/docs/6590-074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Ципрофлоксацин Микробларга қарши воситалар	Ципрофлоксацин	Вена ичига 500 мг дан кунига 1-2 марта 7-14 кун давомида; Максимал ягона доз 500 мг, максимал суткалик дозаси 1000 мг.	А https://lex.uz/docs/6590-0074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Левифлоксацин Микробларга қарши воситалар	Левифлоксацин	Вена ичига 500 мг дан кунига 1-2 марта 7-14 кун давомида; Максимал ягона доз 500 мг, максимал суткалик дозаси 1000 мг.	А https://lex.uz/docs/6590-074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Гентамицина сульфат Аминогликозид антибактериал препарат	Гентамицин	мушак ичига, вена ичига 80 мг х 2-3 марта. Доза индивидуал равишда белгиланади. Максимал суткалик доза 5 мг / кг ни ташкил қилади.	В https://lex.uz/docs/6590-074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Амикацин Аминогликозид антибактериал препарат	Амикацин	Мушак ичига, томир ичига (оқим, 2 дақиқадан кўпроқ ёки томчилатиб), ҳар 8 соатда 5 мг / кг ёки ҳар 12 соатда 7,5 мг / кг; бактериал инфекциялар (асоратланмаган) - ҳар 12 соатда 250 мг; Катталар учун максимал дозалар кунига 15 мг / кг гача, лекин 10 кун давомида	А https://lex.uz/docs/6590-074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

		кунига 1,5 г дан ошмаслиги керак. Вена ичига юбориш учун даволаш давомийлиги 3-7 кун, мушак ичига юбориш учун - 7-10 кун. Амикасин томир ичига 30-60 дақиқа давомида томчилаб юборилади, агар керак бўлса - оқим.	
Атропина сульфат М-холиноблокатор	Атропин	тери остига ёки мушак орасига 0,25-1 мг (0,25-1 мл)	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Флуконазол-СВС Замбуруғга қарши воситалар	Флуконазол	Ҳафтада бир марта 150 мг (3 капсула).	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар. Электролитлар.	Натрия хлорид, Инфузион эритма 0,9%	Инфузион эритма 0,9% 400 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар. Электролитлар.	Рингера эритмаси	Инфузион эритма 500 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар. Электролитлар.	(5%) Декстроза	Инфузион эритма 500 мл	С https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Омепразол. Пропон насос ингибитори.	Омепразол	20-40 мг х кунига 1-2 марта	А https://lex.uz/docs/6590074

			<p>074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>
<p>Анальгин Аналгезиклар. Аналгезиклар - бошқа антипиретиклар. Пиразолонлар. Метамизол натрий</p>	<p>Метамизол натрия</p>	<p>Катталар ва 15 ёшдан ошган ўсмирлар учун битта доз 500-1000 мг (1-2 мл 50% эритма) кунига 2-3 марта 3-5 кундан ортиқ бўлмаган муддатда.</p>	<p>В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>
<p>Кетонал. Кетопрофен. Нестероид яллиғланишга қарши воситалар</p>	<p>Кетопрофен</p>	<p>Бир ампула (100 мг) кунига бир ёки икки марта мушак ичига киритилади.</p>	<p>В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>
<p>Махаллий анестетиклар</p>	<p>Новокаин</p>	<p>5 мг/мл (0,5%). 12 ёшдан ошган болаларда фойдаланиш учун максимал доз 15 мг / кг ни ташкил қилади.</p>	<p>В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>
<p>Антикоагулянт</p>	<p>Гепарин</p>	<p>Вена ичига ва тери остига юбориш учун эритма 5000 ИУ/1 мл: флакон. Тромбоз шаклланишининг олдини олиш учун кичик дозаларни (кунига 3-4 марта 5000 ИУ) тери остига юбориш билан АҚТВ ни мунтазам равишда кузатиб бориш керак, чунки у биров ошади.</p>	<p>https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>
<p>Спазмолитик восита</p>	<p>Папаверин</p>	<p>Мушак ичига, тери остига ёки томир ичига юбориш билан катталар учун битта доз 10-20 мг ни ташкил қилади; инъекция оралиғи камида 4 соатни ташкил қилади, кекса беморлар учун дастлабки битта доз 10 мг дан ошмайди.</p>	<p>https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/pe-recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</p>

Наркотик аналгетик	Промедол (тримеперидин)	Инъекция учун эритма. 2% (20 мг/1 мл). 0,01 г дан 0,04 г гача (1 мл 1% эритмадан 2 мл 2% эритмагача). Анестезия пайтида препарат томир ичига 0,003-0,01 г фракцион дозаларда киритилади.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
гистамин H1 рецепторлари блокатори. Аллергияга қарши дори	Димедрол	10 мг/мл вена ичига ва мушак ичига юбориш учун эритма: амп. вена ичига ёки чуқур мушак орасига катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга бир марталик 10-50 мг дозада буюрилади, максимал суткалик дозаси 200 мг.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Қайт қилишга қарши восита	Метоклопрамид 5–10 мг/2-4 мл	ичкарига, мушак ичига, вена ичига	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Антисептик	Повидон – йод 10% эритаси	ташқи фойдаланиш	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Антисептик	Хлоргексидин 0,05% сувли эритмаси	ташқи фойдаланиш	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Антисептик	Этанол 70%	ташқи фойдаланиш	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/recen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Антисептик	Перекись водорода 3% эритмаси	ташқи фойдаланиш	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
------------	-------------------------------	------------------	---

Жадвал-7

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Қўллаш усули	Далил даражаси ва манба
Гемостатик препарат	Этамзилат, эритма инъекция 12,5-2 мл	мушак ичига вена ичига, операциядан бир соат олдин 250-500 мг	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Диуретик	Фуросемид, 20-40 мг, инъекция учун эритма 1-2 мл	томир ичига, ичкарига	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Спазмолитик	Аминофиллин, 0,12-0,24 г, 5-10 мл, 2,4% эритмаси	Вена ичига секин	В https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Альфа и бета адреномиметики	Эпинефрин, инъекция учун эритма 0,18% -1 мл	вена ичига, тери орстига, мушак орасига аста-секин 0,5 мл бошига 20 мл 40%	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

		глюкоза эритмаси билан	intensivnoi-terapii-70
Қон компоненти	Eritrotsitlar suspenziyasi, ko'rsatkichlarga ko'ra	Вена Ичига томизиш	А https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Хирургик аралашув.

Агар кейинги 12-24 соат ичида консерватив даво самарасиз бўлса ва перитонеал клиник белгилари, деструктив холециститнинг клиник ва ультратовуш белгилари пайдо бўлса, шошилич равишда лапароскопик ёки анъанавий холецистэктомия амалга оширилади.

Шошилич жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар (бемор касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб дастлабки 4-6 соат ичида амалга оширилади) маҳаллий ёки диффуз перитонит белгилари билан деструктив холециститнинг барча шакллари ҳисобланади.

Операциядан олдинги тайёргарлик: шошилич операция олдида ошқозонни ювиш, қисқа муддатли инфузион терапия.

Тромбоэмболик ва инфекцион асоратларнинг олдини олиш.

Кечиктирилган операция бўлса, бир кун олдин тозаловчи хўкна қилинади. Операциядан 30-40 дақиқа олдин, Цефалоспорин антибиотикларини юбориш.

Анестезия турлари: ўтқир холецистит учун жарроҳлик аралашувлар Эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Кекса одамларда ёки оғир касалликларга чалинган беморларда оғриқсизлантиришнинг бошқа усуллари танланиши мумкин. Бу масала анестезиолог иштирокида алоҳида ҳал қилинади.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш.

Танланган усул - лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК). ЛХЭК учун қарши курсатмалар мавжуд бўлса, анъанавий усулда холецистэктомия тавсия этилади.

Лапароскопик холецистэктомия босқичлари (1-расм).

1. Пневмоперитонеумни қўллаш.

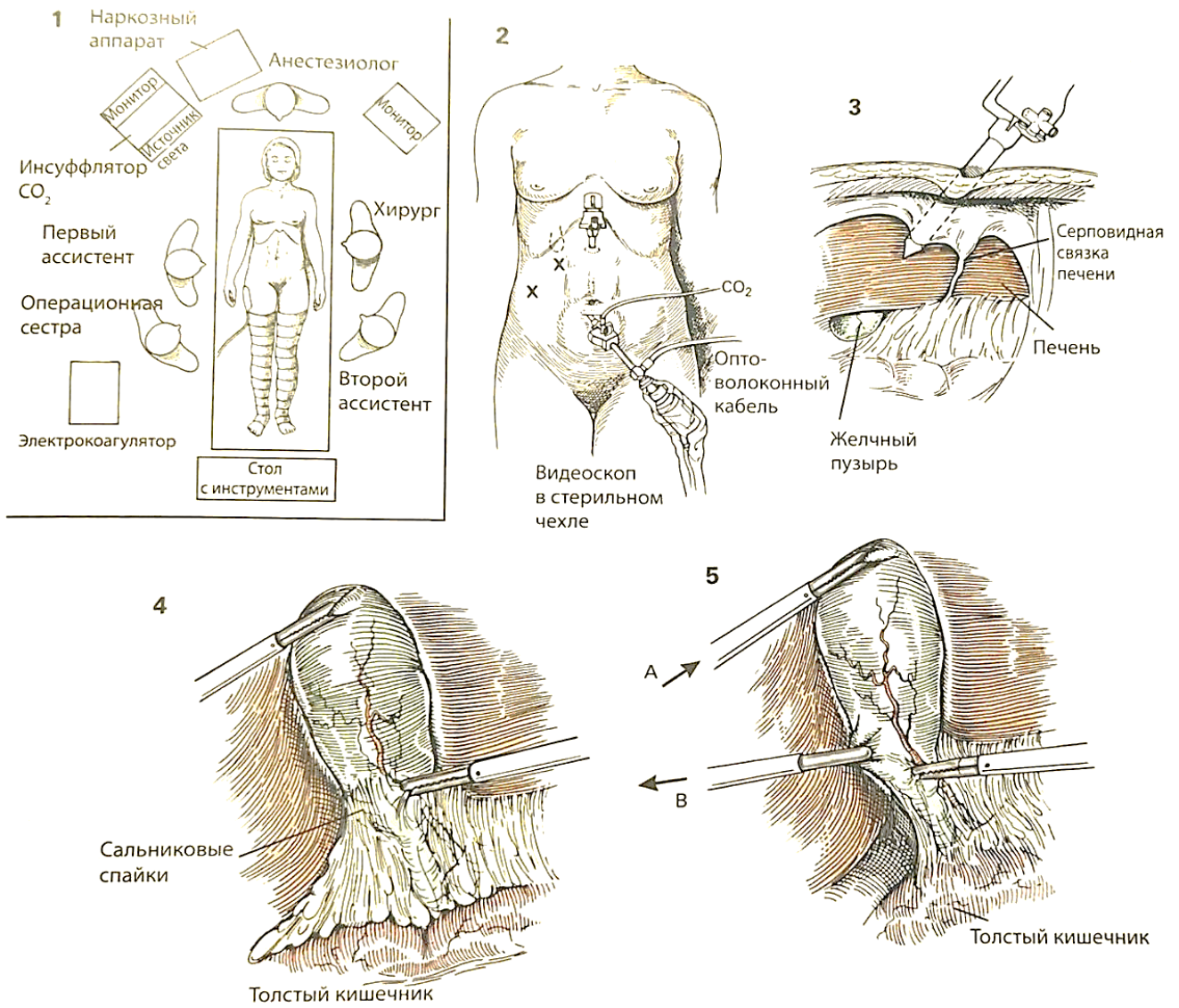
Лапароскопик холецистэктомияни амалга оширишда биринчи қадам пневмоперитонеумни яратишдир. Пневмоперитонеумнинг белгилари қорин деворининг кенгайиши ва перкуссияда жигар тўмтоқлигининг йўқлиги. Жарроҳлик пайтида қорин бўшлиғи босими 12 ммҲг дан ошмаслиги керак.

2. Холецистэктомия

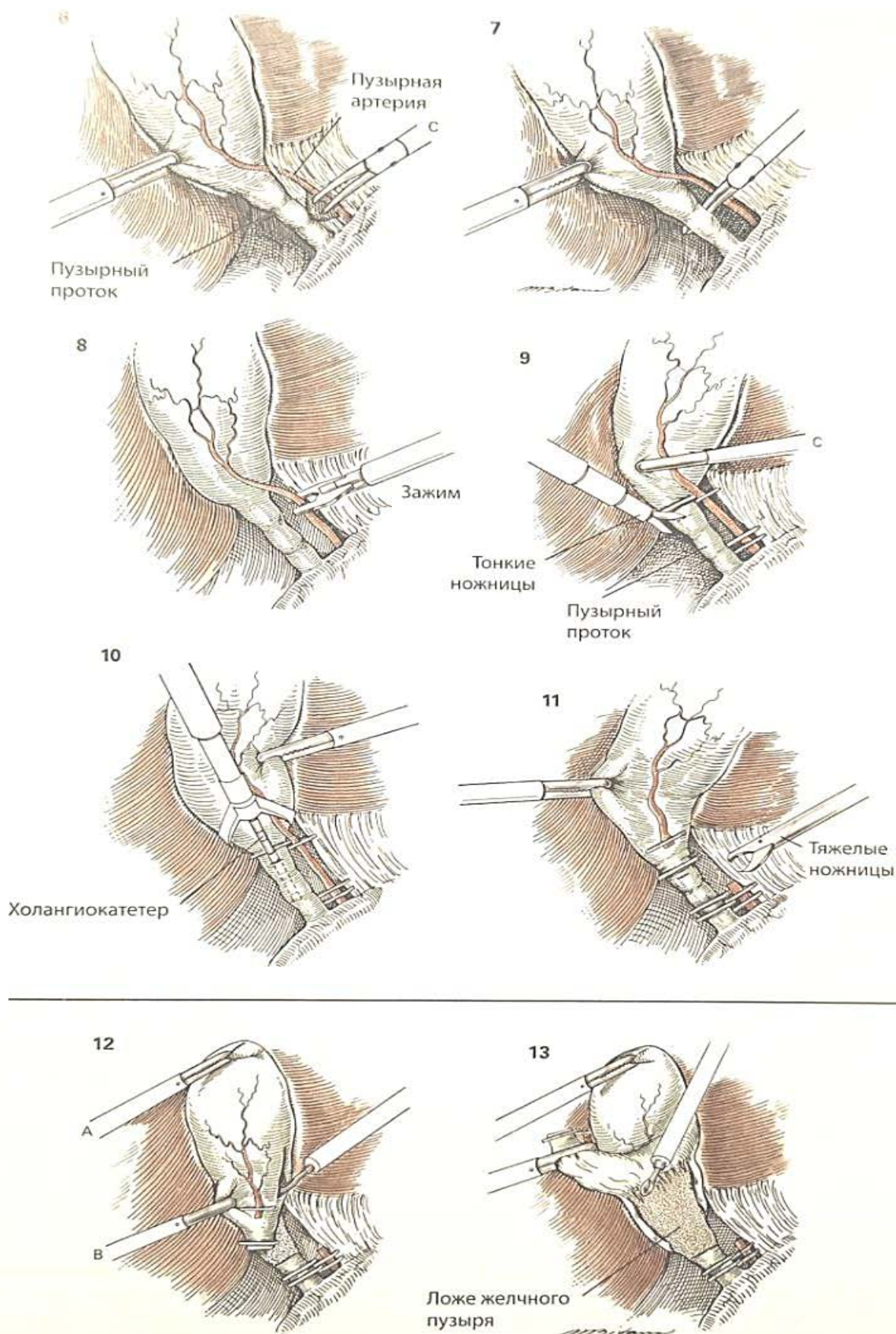
Қорин бўшлиғини текширгандан сўнг, ҳақиқий операция бошланади. Бемор 20-30 градуслик бурчак остида Фовлер позициясига ўтказилади ва бир оз чап томонга бурилади. Биринчи ёрдамчи ён латерал 5 мм троакар орқали ўрнатилган атравматик қисқич ёрдамида ўт пуфаги тубини ушлайди ва ўт пуфагини диафрагма томон ҳаракатлантирганда юқорига кўтаради. Кейин иккинчи қисқич қорин бўшлиғига ўрта клавикуляр чизик бўйлаб ўрнатилган троакар орқали киритилади. Ўт пуфаги

юқорига ва гепатодуоденал лигаментдан узоққа тортилади, бунинг натижасида Кало учбурчаги пайдо бўлади.

Электрокоагуляция ёрдамида ўт қоғи устидаги қорин бўшлиғига тушилади. Ишчи порт орқали ўрнатилган қичқич дисектор ёрдамида жарроҳ Кало учбурчаги соҳасида тўмтоқ тўқималарни ажратишни бошлайди. Ўт йўли асосан тўмтоқ усул ёрдамида ажратилади. Ўт йўли ва ўт пуфагининг бирикмасини аниқлашга алоҳида Эътибор берилиши керак. Тўқималарни тайёрлаш ўт пуфагининг ўт йўлига қўшилишидан медиал ва латерал томондан амалга оширилиши керак. Ўт қоғи йўли дарвозасида тўқималарни ажратиш хавфсиз эмас. Ўт пуфаги йўли аниқлагандан сўнг, унга қисқичлар дарҳол ўт пуфаги деворининг 2/1 қисмидан дисталга ўрнатилади ва ўт қоғи йўлининг проксимал қисмида иккита қисқич қолдириб, қайчи билан бўлинади. Киста артерияси аниқлангандан сўнг, унга 3 та қисқич (2/1) қўйилади ва бўлинади, артериянинг проксимал қисмида иккита клип қолади. Кейин ўт пуфаги электрокоагуляция ёрдамида жигар тўқимасида ажратилади. Диссекция ўт пуфагининг бўйин қисмидан бошланади ва жигар юзаси бўйлаб юқорига қараб давом этади, ўт пуфаги деворини ва жигар орасидаги бўшлиқни очади. Кейин ўт пуфаги тортилади ва жигардан бутунлай ажратилади. Холецистэктомия. Ўт пуфаги 5 мм троакарлар орқали ўрнатилган қисқичлар билан ушлаб турилади. Ўт пуфаги 10 мм эпигастрал троакарни киритиш орқали чиқарилади. Ўт пуфаги қорин бўшлиғидан чиқарилгандан сўнг, пневмоперитонеум троакарлар орқали чиқарилади, кейин еса хаво ҳам чиқарилади. Апоневроздаги кесма алоҳида сўрилмайдиган иплар билан тикилади ва тери кесмаси устига тугунли чоклар қўйилади.



Расм. 1. Лапароскопик холецистектомия босқичлари:
 1,2,3 - троакар ўрнатиш зонаси; 4,5 – ўт пуфагининг гепатодуоденал лигаментдан юқorigа ва ён томонга тортилиши.



Расм. 1.1. Лапароскопик холецистектомия босқичлари:

6 – қорин парданинг ўт қопи устида очилиши; 7 – ўт йўли ва ўт қопи артериясини ажратилиш; 8,9-ўт қопи артериясига клипни қўллаш 11 – ўт йўлига клипни қўллаш; 12,13 - ўт пуфагини жигар тўқимасидан ажратилиш.

Анъанавий холецистэктомияни амалга оширишнинг куйидаги усуллари мавжуд:

- 1) ўт пуфагини тубидан олиб ташлаш;
- 2) ўт пуфагини бўйнидан олиб ташлаш;
- 3) комбинацияланган усул ёрдамида холецистэктомия.

Анъанавий холецистэктомия босқичлари.

Ўт пуфагини тубдан эолиб ташлаш:

1. Юқори ўрта лапаротомия.

2. Ўт қопи ва унинг атрофидаги органлар орасидаги ёпишишларни ажратиш.

3. Ўт пуфаги ва жигардан ташқари ўт йўллари текшириш ва палпация қилиш, тошлар, чандикли торайишлар ва ўсмаларни аниқлаш. Агар керак бўлса, жигардан ташқари ўт йўллари остида очиклигига тўлиқ ишонч ҳосил қилиш учун операция хонасида холангиография ўтказилади. Бунинг учун ўт пуфаги ёки умумий ўт йўли тешилади ва 8-10 мл 50-70% ли кардиотрас ёки 30% ёдолипол юборилади.

Жарроҳлик майдони стерил салфетка билан қопланган ва контрастни ўт йўлларига киритилгандан сўнг дарҳол рентгенография ўтказилади.

4. Қорин бўшлиғи тўртта дока салфетка билан ўралади. Биринчи салфетка оментал тешикка, иккинчиси ўнг латерал каналга, учинчиси ошқозондан олдинги ва оментал бурсага, тўртинчиси еса жигар ва диафрагма орасидаги бўшлиққа киритилади.

5. Ўт пуфагининг ажратиш. Қисқичдан фойдаланиб, Ўт пуфагининг туб қисмини ушланг ва қорин парданинг жигардан ўт пуфагигача бўлган туташган жойидан 1,5 см ораликда, сероз пардани кесиб олинг. Қисқичини тортиб, ўт пуфаги жигар тўқимасидан бўйингача йўналишда тўғридан-тўғри ажратилади, жигардан ўт пуфагига ўтадиган томирларни боғлайди. Ўт қопини ёрилиш хавфи мавжуд бўлса, биринчи навбатда пунция қилинади ва унинг таркиби чиқарилади. Ўт пуфагини жигар тўқимасидан ажратиш қўйгандан сўнг, ўт қопи бўйни ажратилади, сўнгра у атрофдаги тўқималардан ажратилади.

6. Ўт пуфаги артериясини боғлаш. Кўпинча ўт қопини чап томонида ва орқасида жойлашган ўт пуфаги артериясининг асосий магистраллари ажратилган. Ўт пуфаги артерияни қулайроқ очиш учун ўт пуфагини пастга ва ўнгга тортинг. Тўғри жигар артериясининг ўнг тармоғининг лигатурага ёпишиб қолмаслиги учун ўт қопи артериясининг умумий магистралини боғлаш унинг терминал шохларига бўлинишидан дарҳол амалга оширилади.

7. Ўт пуфаги йулини ажратиш. Қорин пардасини гепатодуоденал боғламнинг еркин қирраси бўйлаб кесиб, умумий ўт йўлига оқиб ўтадиган жойдан 1-1,5 см орқага чекиниб, уни иккита қайрилган қисқич билан маҳкамланг ва кесиб ўтинг. Ўт пуфагини олиб ташлаганингиздан сўнг, ўт пуфаги йод эритмаси билан тозалани ва ипак ип билан қисқич остида тикилади, унинг учлари аввал бир томондан, кейин еса бошқа томондан боғланади. Биринчи лигатуранинг остига иккинчи лигатура қўйилади.

8. Ўт қопи ложасига ишлов бериш. Ўт қопи йўлининг чултоғи ва ўт пуфаги ложасини перитонизациялаш бўлиб, қорин парданинг четларини сўриладиган чок билан тикади. Флегмоноз ёки гангреноз холециститда ўт пуфаги ложаси перитонизация қилинмайди, балки унга дока тампонлар ва дренаж трубкаси ўрнатилади. Ўт пуфагининг перитонизациясини тутатгандан сўнг, қорин

бўшлиғини қон қуйқаларини эҳтиёткорлик тозаланг ва жигардан қон кетишини текширинг.

9. Қорин бўшлиғини дренажлаш. Қорин бўшлиғи 30-40 см узунликдаги битта трубка билан дренажланади, у пуфак йўли ва ўт пуфаги ложасига келтирилади.

Ўт пуфагини бўйнидан олиб ташлаш:

1. Ўт пуфагини бўйнидан ажратиш. Ўт пуфагини шу тарзда олиб ташлашда, ўт йўлларининг контурини яхшироқ қилиш учун сиз ўт пуфагини бўйнига яқинроқ қилиб, Луер қисқичи билан ушлаб, уни бир оз тортиб, 2-4 см дан қорин парда кесиб ажратилади. Ажратилган қорин парданинг четлари қисқич билан ушланади ва дисектор билан ўт пуфаги йўлининг ҳар томондан умумий ўт йўлига оқиб ўтадиган нуқтага қадар эҳтиёткорлик билан ажратиб туради.

2. Ўт йулини боғланиши ва кесишиши. Ўт пуфаги умумий ўт йўлига оқиб ўтадиган жойдан 1-1,5 см масофада пастдан иккита қисқичга олинади ва кесилади. Ўт йулини боғлаш ва унинг учини ўт пуфагини пастки қисмдан бўйингача ажратиб бир хил тарзда амалга оширилади.

3. Ўт пуфаги артериясини боғлаш. Операциянинг ушбу босқичини йенгиллаштириш учун ўт йўлини қисми пастга ва олд томонга тортилади. Томирлар алоҳида-алоҳида ёки кўпинча қорин парда қатламлари билан бирга боғланади.

4. Ўт пуфагини ложадан ажратиш. Шундан сўнг, ўт пуфагини қоплайдиган қорин пардаси жигарга ўтадиган жойдан 1,5 см орқага суриб, бир томондан ва иккинчи томондан ажратилади. Қорин пардаси жигар томон силжийди ва ўт пуфаги қисман тўмтоқ, қисман ўткир йўллар билан ажратилади қилинади ва чиқарилади. Ўт қопи ложаси перитонизацияси юқорида тавсифланган тарзда амалга оширилади.

Операциядан вақтида ва операциядан кейинги асоратлар

Операция вақтида энг оғир асоратлар қон кетиши ва ўт йўлларининг шикастланишидир. Ўт йўлларининг шикастланиш даражаси лапароскопик жарроҳликда 10 000 беморга 36 дан 47 гача, лапаротомиядаги 10 000 беморга 19 дан 29 гача.

Кўпгина нашрлар шуни кўрсатадики, ўт йўлларининг шикастланиш даражаси бўйича эрта ЛХЭ хуружларни бартараф этгандан сўнг амалга оширилган кечиктирилган шунга ўхшаш операциялар натижаларидан сезиларли даражада фарқ қилмайди ва шунга ўхшаш конверсия даражаси билан бирга келади.

Операция ичидаги асоратларнинг олдини олиш ЎХ учун операция вақтини белгилаш бўйича тавсияларга қатъий риоя қилиш, ЛХЭ дан минилапаротомияга кириш ёки очик операция техникасига ўз вақтида ўтиш (конверсия), операцияни бажариш техникаси ва хавфсизлик қоидаларига эҳтиёткорлик билан риоя қилишдан иборат.

Малакаси етарли бўлмаган жарроҳ томонидан холецистэктомия операциясини ўтказишда асоратлар хавфини олдиндан айтиб бўлмайди.

Операция пайтида ҳам, операциядан кейинги тизимли асоратларнинг олдини олиш мақсадида жарроҳлик даволашнинг замонавий минимал инвазив усулларида фойдаланиш тавсия этилади

Операциядан кейинги даволаш:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21906722/>

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

- эрта фаоллаштириш;
- биринчи кундан бошлаб энтерал озикланиш, суяқ овқат - ичак перисталтикаси пайдо бўлиши ва газлар чиқиши билан;
- назогастрал найчани олиб ташлаш (агар ўрнатилган бўлса) - операция кунда;
- кўрсатмаларга кўра - инфузион терапияни давом эттириш, антибактериал терапия, бирга келадиган касалликларни даволаш;
- паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар билан тромбоэмболик асоратлар ва микроциркуляция бузилишларининг олдини олиш;
- ажралма бўлмаганда 2-3 кун давомида назорат дренажини (ўрнатиш ҳолатларида) олиб ташлаш;
- ЛХЭдан сўнг жарроҳдан чокларни олиб ташлаш - 4-кун, очик холецистэктомиядан кейин - 6-7-кун;
- операциядан кейин касалхонадан чиқаришда амалиёт асоратсиз кечганида ЛХЭдан кейин 2-4 кун, минилапаротомиядан кейин 4-6 кун, лапаротомиядан кейин 6-8 кун амалга оширилади;
- холецистэктомиядан сўнг бемор шифохонадан чиққандан кейин 2 ҳафта давомида кузатилиши керак. сариқлик, кўнгил айниши, қусиш, қорин оғриғи, иштанини бузилиши каби белгиларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги. Жароҳатда яллиғланиш белгилари борлиги

Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- ЎХ симптоматик кўринишларини бартараф этиш;
- жарроҳлик ярасининг бирламчи битиши, операциядан кейинги эрта даврда операциядан кейинги яранинг яллиғланиш белгилари ва кечки даврда чурранинг йўқлиги;
- операциядан кейинги даврнинг мураккаб кечишини кўрсатувчи сариқлик, иситма, оғриқ ва бошқа белгиларнинг йўқлиги.

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

Муаллифлар манфаатлар тўқнашуви йўқлигини эълон қилмайди.

2) *экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари) ма'лумотлари;* Протоколни ишлаб чиқилгандан кейин ҳар 5 йилда бир марта кўриб чиқиш тавсия этилади.

4) *фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга ҳаволалар керак).*

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy, A Multicenter Randomized Trial // *Ann Surg.* 2013; 258: p. 385–393.
2. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):60–70.
3. Hwang H, Marsh I, Doyle J. Does ultrasonography accurately diagnose acute cholecystitis? Improving diagnostic accuracy based on a review at a regional hospital. *Can J Surg.* 2014;57:162–8.
4. Keus, F. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews / F. Keus, G.G. Hein // *Cochrane*
5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.
6. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. II. - 832 с.
7. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2015. № 2. С. 50-55.
8. Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008318. DOI: 10.1002/14651858.CD008318.
9. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, et al. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med Assoc J.* 2009;11:739-743.]
10. Cull JD, Velasco JM, Czubak A, Rice D, Brown EC. Management of acute cholecystitis: prevalence of percutaneous cholecystostomy and delayed cholecystectomy in the elderly. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:328–33.
11. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, Issue 6. Art.No.: CD005440.
12. Sung YK, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Kang C-I. The clinical epidemiology and outcomes of bacteremic biliary tract infections caused by antimicrobial-resistant pathogens. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:473–483.
13. Winbladh A, Gullstrand P, Svanvik J, Sandstrom P. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford).* 2009;11:183–193.
14. Edward A. McGillicuddy, M.D. Kevin M. Schuster, M.D. Elliott Brown, M.D. Mark W. Maxfield, M.D. Kimberly A. Davis, M.D. Walter E. Longo, M.D. Acute cholecystitis in the elderly: use of computed tomography and correlation with ultrasonography *The American Journal of Surgery* Volume 202, Issue 5, Pages 524-527, November 2011
15. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.

**“ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

	КХТ-10	КХТ-11
Код	К81.0. Ўткир холецистит	DC11-DC12. Ўткир холецистит
Хавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10399	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448

2. Асосий қисм

Кириш. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг касалликлари ички органларнинг кенг тарқалган патологияси ҳисобланади. Холелитиёз ривожланган мамлакатларнинг катталар аҳолисининг 20 фоизигача таъсир қилади. Ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларнинг сони гастродуоденал ошқозон яраси билан оғриган одамларнинг сонидан икки баравар кўп. Сўнгги йилларда мамлакатимизда ўткир холецистит билан касалланиш 5 баробарга ошди

Таъриф. Ўткир холецистит (ЎХ) – ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши, ўт қопи йўлини обтурацияси сабабли юзага келади, асосан тош билан, сафро инфекцияси, ўт пуфагидаги гипертензия, унинг деворининг деструкция бўлиши ва перитонитнинг ривожланишига олиб келади.

Ўт пуфаги деворидаги ўткир яллиғланиш ва некробиотик жараёнларнинг асосий сабаби ўт пуфаги ичидаги босимнинг 200-300 мм сувгача кўтарилишидир. Қоида тариқасида (90-95%), бу тош, шилимшиқ ёки қуйуқ сафро ва бошқалар билан обтурация натижасида ўт пуфагидан (ЎП) сафро ва яллиғланиш экссудатининг чиқиши бузилиши туфайли юзага келади. Касалликнинг патогенезида (ўткир яллиғланиш) лизолецитин (ошқозон-ичак шиллик қаватининг шикастланиши пайтида ажралиб чиқадиган фосфолипаза а томонидан сафро леситинидан айланади) ва простагландинлар е ва Ф1а ишлаб чиқаришнинг кўпайиши катта аҳамиятга ега.

Таснифи (Этиологияси, босқичлари бўйича).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24022431/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090866/>

Қоида тариқасида, ЎХ таснифи клиник ва морфологик принципга асосланади-касалликнинг клиник кўринишларининг ошқозон-ичак тракти, қорин бўшлиғидаги патоанатомик ўзгаришларга ва 2007 йилда жигардан ташқари сафро йўлларидаги ўзгаришларнинг табиатига боғлиқлиги. Ўткир холецистит бўйича Токио шартномаси касалликнинг оғирлигини таснифлаш тамойилларига қўшиди . ЎХ таснифи бўйича барча мавжуд таклифларни умумлаштириб, биз уларнинг асосий тамойилларини шартли равишда ажратиб кўрсатишимиз мумкин

Енгил даража (grade I). Клиник ва лаборатория маълумотларига кўра инфекция белгилари мавжуд бўлса, беморларга оғиз орқали антибиотиклар буюрилади. Нонстероид яллиғланишга қарши дорилар (Диклофенак) аналгетиклар ва простагландин ингибиторлари тавсия етилади. Енгил ЎХ билан оғриган беморлар учун дори терапияси етарли бўлиши мумкин ва бу ҳолда шошилиш

жарроҳлик кўрсатилмайди. Бирок, кўпчилик беморлар асосий аралашув сифатида ЛХЭ қилиш мумкин.

Ўрта даража (grade II). Одатда, ушбу гуруҳдаги беморлар дори терапиясига жавоб бермайдилар. Жарроҳлик масаласи одатда касаллик пайтидан бошлаб 1 ҳафта ичида ҳал қилинади. ЛХЭК ёки очик Холецистэктомия танлов усули ҳисобланади, аммо бу гуруҳда операция энг тажрибали жарроҳлар томонидан амалга оширилиши керак. Агар ЛХЭК вақтида техник қийинчиликлар юзага келса, муаммо дарҳол конверсия фойдасига ҳал қилинади. Тери орқали холецистостомия жарроҳлик хавфи жуда юқори бўлган ҳолларда клиник вазият яхшиланмагунча вақтинчалик чора сифатида қўлланилади.

Оғир даража (grade III). Беморларнинг ушбу гуруҳи интенсив терапияни, органларнинг дисфункциясини кузатишни ва тузатишни талаб қилади. Фавқулодда чора - ўт пуфагининг перкутан дренажи ёки пункциён холецистостомияси. Стабиллаштиригандан сўнг, бу мумкин холецистэктомияни амалга ошириш.

Шу билан бирга, ўт пуфагининг тешилиши фонида сафро перитонитида қорин бўшлиғини дренажлаш билан фавқулодда холецистэктомия кўрсатилади.

Ўткир холециститнинг таснифи (Прудков М. Е., 2007).

Патогенез: обтуратив, ферментатив, қон томир.

Этиологияси бўйича: Тошли, тошсиз ва паразитар

Клиник ва морфологик шакллар:

- Катарал.
- Флегмоноз.
- Гангреноз.
- Перфоратив.

Асоратлар:

- Гепатопанкреатобилиар зона: механик сариқлик, Мириззи синдроми, холедохолитиёз, холангит, ички билиодигестив оқмалар, ўткир билиар панкреатит.
- Қорин бўшлиғи: перитонит-чегараланган (инфилтрат, хўппоз), чегараланмаган (маҳаллий, диффуз, тарқалган), яллиғланиш шакли бўйича (сероз, сероз-фибриноз, билиар, фибриноз-йирингли, йирингли), босқичлари бўйича (реактив, токсик, терминал).
- Умумий: Сепсис, пневмония, орган ва органлар тизимини дисфункциялар
-

Диагностик ёндашув тартиби ва усуллари

1) процедура ёки аралашувнинг мақсади: ўткир холециститни ва унинг асоратларини бартараф этиш.

2) процедура ёки аралашувга қарши кўрсатмалар : қарши кўрсатмалар йўқ.

3) процедура ёки аралашувга кўрсатмалар : ўткир холецистит учун

4) процедура ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: Мутахассиснинг УАШ дипломи ва умумий жарроҳлик ёки интенсив терапия, шошилиш тиббий ёрдам мутахассислиги бўлиши керак.

5) процедура ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати

Ўткир холециститнинг клиник кўриниши оғриқ, маҳаллий симптомларнинг мавжудлиги ва йирингли интоксикациянинг ривожланиши билан боғлиқ умумий бузилишлар каби асосий белгилар билан тавсифланади.(жадвал.2)

Оғриқ. Хусусиятлари:

Жойлашиши: Ўнг қовурға остида

Интенсивлиги: Кучли ва доимий оғриқ, касаллик кучайиши билан унинг интенсивлиги ортади.

Тарқалиши: Оғриқ ўнг курак ости, курак ва елкага. Базан юрак соҳасига стенокардия хуружи каби оғриқ бериши мумкин. (холецистокоронарный синдром С.П.Боткина).

Камайиши: Спазмолитиклар фонида оғриқ интенсивлигини тўлиқ йуқолиши

I. Ўткир холециститни ўзига хос белгилари (Маҳаллий симптомлар):

– **Грекова-Ортнера** – Қўлни қирраси билан ўнг қовурға равоғига урганда оғриқ бўлиши.

– **Кера** – Нафас олиш чўққисида палпация қилинганда қорин олд девори ўт қопи соҳасида оғриқ бўлиши.

– **Мэрфи** – Шу соҳаси пальпация қилиш вақтида нафас олишни тўхтатиб қолиш.

– **Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** - ўнгдаги стерноклеидомастоид мушакнинг оёқлари орасидаги палпация пайтида оғриқ. Оғриқ пастга тарқалади.

II. Умумий белгилар беморда интоксикация синдромининг ривожланиши натижасида юзага келади: кўнгил айниши ва такрорий қусиш, тана ҳароратининг ошиши.

Асосий ва қўшимча лаборатория текширувлари

Асосий лаборатор текширувлар (мажбурий):

- Умумий қон таҳлили (УҚТ);
- Умумий сийдик таҳлили;
- Қон биокимёвий таҳлили (АСТ, АЛТ, Умумий билирубин, боғланган билирубин, альбумин, креатинин, мочевино, глюкоза, амилаза қрови);
- коагулограмма (протромбиновий индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ); группа қрови и Rh-фактор.
- Қорин бўшлиғидаги экссудатни бактериологик текшируви;
- Гистологик текширув (олинган макропрепарат).

Кўрсатмага асосан қўшимча лаборатор текширувлар:

- С-реактив оксил;
- Умумий оксил ва оксил фракцияси;
- ОИВ учун қон текшируви;
- Вирусли гепатит.
- Электролитлар (кўрсатмага мувофиқ);

Асосий ва қўшимча инструментал текширувлар

Асосий инструментал текширувлар:

– Қорин бўшлиғи УТТ;

– ЭКГ;

– қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси органларининг обзор Р-графияси тик холда;

Кўрсатмага асосан қўшимча инструментал текширувлар:

– ЭФГДС;

– Қорин бўшлиғи аъзолари КТ си;

– МРТ (МРХПГ) Ўт йули;

– Интраоперацион холангиография;

– Ретроград холангиопанкреатикография;

– Диагностик лапароскопия.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24869607/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091665/>

б) процедура ёки аралашувни амалга оширишга қўйиладиган талаблар: процедура ёки аралашувни ўтказиш шартлари тавсифланади:

муолажалар Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг филиаллари/қўп тармоқли шифохонаси/туманлараро марказлари/Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг реанимация, жаррохлик бўлимларида амалга оширилиши керак.

7) беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар, шунингдек процедурани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита методологияси: Ўткир холесистит билан оғриган беморлар интенсив терапияга тайёргарлик кўришга муҳтож эмас, бу бемор касалхонага борган пайтдан бошлаб бошланади.

Амбулатор шароитда даволаш тактикаси (оилавий поликлиникалар, ТТЁ-103)

ЎХ хуружини бартараф етиш.

ЎХ клиник кўриниши бўлган барча беморлар жаррохлик шифохонасида шошилич касалхонага ётқизилиши керак.

Дори-дармонлар билан даволаш:

Спазмолитик терапия: спазмалгон 5,0 мл х 2 марта, платифиллин эритмаси 0,1% - 2,0 мл х кунига 2 марта.

Инфузион терапия: глюкоза эритмаси 5% - 400,0 мл (ёки физиологик эритма 0,9% - 400,0 мл) + новокаин 0,5% - 50 мл х кунига 2 марта.

Хирургик аралашуви: йўқ.

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2015/2/030023-1207201527>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008318/information>

Кейинги тадбир: шифохонага юбориш.

Поликлиникада хавфсиз диагностик усуллар ва даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари: ўр вақтида шифохонага йўналтириш.

Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалар:

Агар "Ўткир холецистит" нинг клиник ва лаборатория-инструментал белгилари ташхиси аниқланса, бемор жарроҳлик бўлимига шошилинч касалхонага ётқизилади.

Стационар шароитда даволаш тактикаси:

Перитонит бўлмаганида ЎХ билан оғриган беморларда даволашни консерватив усулдан бошлаш тавсия этилади, бу баъзи ҳолларда яллиғланиш жараёнини тўхтатишга имкон беради..

Медикаментоз даволаш:

Спазмолитик терапия: спазмалгон 5,0 мл х 2 марта, платифиллин эритмаси 0,1% -2,0 мл х кунига 2 марта.

Инфузион терапия: глюкоза эритмаси 5% - 400,0 мл (ёки физиологик эритма 0,9% - 400,0 мл) + новокаин 0,5% - 50 мл х кунига 2 марта

Хирургик аралашув.

Агар кейинги 12-24 соат ичида консерватив даво самарасиз бўлса ва перитонеал клиник белгилари, деструктив холециститнинг клиник ва ультратовуш белгилари пайдо бўлса, шошилинч равишда лапароскопик ёки анъанавий холецистэктомия амалга оширилади.

Шошилинч жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар (бемор касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб дастлабки 4-6 соат ичида амалга оширилади) маҳаллий ёки диффуз перитонит белгилари билан деструктив холециститнинг барча шакллари ҳисобланади.

Операциядан олдинги тайёргарлик: шошилинч операция олдида ошқозонни ювиш, қисқа муддатли инфузион терапия.

Тромбоэмболик ва инфекцион асоратларнинг олдини олиш.

Кечиктирилган операция бўлса, бир кун олдин тозаловчи хўкна қилинади. Операциядан 30-40 дақиқа олдин, Цефалоспорин антибиотикларини юбориш.

Анестезия турлари: ўткир холецистит учун жарроҳлик аралашувлар Эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Кекса одамларда ёки оғир касалликларга чалинган беморларда оғриқсизлантиришнинг бошқа усуллари танланиши мумкин. Бу масала анестезиолог иштирокида алоҳида ҳал қилинади.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш.

Танланган усул - лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК). ЛХЭК учун қарши курсатмалар мавжуд бўлса, анъанавий усулда холецистэктомия тавсия этилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20166341/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24197550/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23813477/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694252/>

Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- ЎХ симптоматик кўринишларини бартараф этиш;
- жарроҳлик ярасининг бирламчи битиши, операциядан кейинги эрта даврда операциядан кейинги яраининг яллиғланиш белгилари ва кечки даврда чурранинг йўқлиги;
- операциядан кейинги даврнинг мураккаб кечишини кўрсатувчи сариклик, иситма, оғриқ ва бошқа белгиларнинг йўқлиги.

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлигини кўрсатиш;

Муаллифлар манфаатлар тўқнашуви йўқлигини ёшон қилмайди.

2) эксперт маълумотлари (республика ва хорижий давлат мутахассиси)

Мадиев Р.З. – т.ф.н. Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Шошилинич тиббий ёрдам кафедраси доценти.

3) баённомани кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш)

Протоколни ишлаб чиқилгандан кейин ҳар 5 йилда бир марта кўриб чиқиш тавсия этилади.

4) фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга тегишли тадқиқот ҳаволалари талаб қилинади).

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Gutt CN, Encke J, Königer J, et al (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy, A Multicenter Randomized Trial // Ann Surg. 2013; 258: p. 385–393.

2. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20(1):60–70.

3. Hwang H, Marsh I, Doyle J. Does ultrasonography accurately diagnose acute cholecystitis? Improving diagnostic accuracy based on a review at a regional hospital. Can J Surg. 2014;57:162–8.

4. Keus, F. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews / F. Keus, G.G. Hein // Cochrane

5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 12: 18-23.

6. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. II. - 832 с.

7. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 2. С. 50-55.

8. Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008318. DOI: 10.1002/14651858.CD008318.

9. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, et al. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. Isr Med Assoc J. 2009;11:739-743.]

10. Cull JD, Velasco JM, Czubak A, Rice D, Brown EC. Management of acute cholecystitis: prevalence of percutaneous cholecystostomy and delayed cholecystectomy in the elderly. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:328–33.
11. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, Issue 6. Art.No.: CD005440.
12. Sung YK, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Kang C-I. The clinical epidemiology and outcomes of bacteremic biliary tract infections caused by antimicrobial-resistant pathogens. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:473–483.
13. Winbladh A, Gullstrand P, Svanvik J, Sandstrom P. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford).* 2009;11:183–193.
14. Edward A. McGillicuddy, M.D. Kevin M. Schuster, M.D. Elliott Brown, M.D. Mark W. Maxfield, M.D. Kimberly A. Davis, M.D. Walter E. Longo, M.D. Acute cholecystitis in the elderly: use of computed tomography and correlation with ultrasonography *The American Journal of Surgery* Volume 202, Issue 5, Pages 524-527, November 2011
15. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.