

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ**

**AKADEMİK M.A.TOPÇUBAŞOV adına  
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ**

*Əlyazması hüququnda*

**VƏFA ALLAHŞÜKÜR QIZI PAŞAZADƏ**

**KƏSKİN XOLESİSTİTDƏ LAPAROSKOPİK XOLESİSTEKTOMİYA  
(İMKANLARI, ÜSTÜNLÜKLƏRİ, ÇƏTİNLİKLƏRİ)  
3213.01 - CƏRRAHLIQ**

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi  
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

**A V T O R E F E R A T I**

Bakı - 2016

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahi xəstəliklər - II kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

**Elmi rəhbər:**

- tibb üzrə elmlər doktoru, professor

**S.İ. HADIYEV**

**Rəsmi opponentlər:**

- tibb üzrə elmlər doktoru, professor

**R.Ə.QULİYEV**

- tibb üzrə elmlər doktoru

**E.A.RÜSTƏMOV**

**Aparıcı təşkilat:** Ə.Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Ümumi cərrahiyyə-1 kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “\_\_30\_\_” \_\_\_\_09\_\_\_\_ 2016-cı il saat \_\_\_\_da akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin ətrafında fəaliyyət göstərən FD.03.061 saylı Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ1122, Bakı, Şərifzadə küç. 196, Konfrans zalı.

Dissertasiya ilə akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi bölməsində tanış olmaq olar.

Avtoreferat “ ” \_\_\_\_\_ 2016-cı il tarixdə göndərilmişdir.

FD. 03.061 Dissertasiya Şurasının  
Elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru:

**İ.L.KAZIMOV**

## İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Tətqiqatın aktuallığı:** Biliar cərrahiyyənin tarixi boyu kəskin xolesistitin rəşional müalicəsi təbabətin aktual məsələlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Xəstəliyin erkən diaqnostikası, cərrahi əməliyyat vaxtının seçilməsi, fəsadların profilaktikası və müalicəsi uzun illər diskussiya mənbəyi olmuşdur.

Belə ki, öd daşı xəstəliyinin müalicəsində laparoskopik xolesistektomiyanın tətbiqi ağırlaşmaların və letallığın tezliyinin azalması, xəstələrin stasionarda qalma müddətinin qısalması və cərrahi müdaxilənin az travmatikliyi ilə diqqəti cəlb edir. Xroniki daşlı xolesistitlərin müalicəsində açıq xolesistektomiyanı kənarlaşdırmış, laparoskopik xolesistektomiyanın kəskin xolesistitlərdə tətbiqi hələ də mübahisəli olaraq qalır. Ədəbiyyatda, kəskin xolesistitin, xüsusən də onun gecikmiş dövrünün laparoskopik xolesistektomiya üçün hələ də çətinlik törətdiyi və əməliyyatın o qədər də fəsadsız ötürmədiyini vurğulayan yazılara rast gəlinir [C.H.Насиєv və başq. 2012, В.В.Васильєv, 2007, И.М.Кузин, 2016, Z.Clavic, 2001, A.Golla, 2010].

Laparoskopik xolesistektomiyanın kəskin xolesistitlərdə tətbiqi texniki çətinliklərlə müşahidə edilir ki, bu da əməliyyatın açıq üsula konversiyası ehtimalını artırır. Müxtəlif mənbələrdə bu göstərici 0,7% - 36% arasında dəyişir[S.M.Zeynalov, 2003. M.Ballol 2009. S.Vander, 2011]. Açıq əməliyyata keçidin əsas səbəbləri sırasında: perivezikulyar infiltrat, qarın boşluğunda bitişmə prosesləri, öd kisəsinin və öd yollarının anatomik xüsusiyyətləri, kisə yatağından qan və öd axma, bəzi hallarda xoledoxotomiyanın vacibliyi, biliodigestiv fistula və öd kisəsi xərçəngi və s. yer almaqdadır. [Б.А.Королєv, Ю.С.Климов 2013. Ф.С.Курбанов və başq. 2014, N.Teckchandani və başq. 2010].

Bir sıra müəlliflərə görə laparoskopik xolesistektomiya zamanı əməliyyatdaxili ağırlaşmaların tezliyi 2% dən 16% qədər dəyişir [N.Байрамov və başq. 2007, D.А.Мəmmədov və başq. 2012. А.Д.Тимошин 2006, V.K.Kapoor, 2009]. Ağırlaşmaların strukturunda xoledoxun zədələnməsi 0,3%-0,5%, qanaxmalar və digər ağırlaşmaların 2%-3% qədər olduğu qeyd edilir [A.C.Ермолов və başq. 2014. M.Khanday, 2010].

Kəskin xolesistitdə laparoskopik xolesistektomiyanın uğurluğu xəstəliyin başlanğıcından keçən müddətdən çox asılıdır. Belə ki, bir çox müəlliflərin fikrincə bu müddət xəstəliyin başlanğıcından sonrakı ilk 72 saatdır. Digərləri laparoskopik xolesistektomiyanı öd kisəsindəki kəskin prosesin

"söndürülməsindən" sonra keç dövrə aparmağı məsləhət görürlər. Laparoskopik xolesistektomiyanın texnologiyasının, xüsusən də pnevmoperitoneumun insan orqanizminə, ürək-damar, tənəffuz sistemlərinə təsiri aydınlaşdırmamış qalır. Yaşlı şəxslərdə bu əməliyyatın icrası da mübahisəli məsələdir.

Beləliklə, laparoskopik xolesistektomiyanın kəskin xolesistitli xəstələrdə istifadəsinin bir sıra mübahisəli məsələləri bu istiqamətdə araşdırmaların davam etdirilməsinə ehtiyac olduğunu göstərir.

### **Tədqiqatın məqsədi:**

Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına yönəlmiş müalicə taktikasının işlənilib hazırlanmasıdır. Bu məqsədin reallaşdırılması aşağıdakı məsələlərin həllini nəzərdə tutmuşdur.

### **Tədqiqatın vəzifələri:**

1. Kəskin xolesistitə görə əməliyyat olunmuş xəstələrin müalicə nəticələrinin retrospektiv təhlili əsasında, laparoskopik xolesistektomiyanın bu xəstəlikdə uğurlu icrasının optimal vaxtının təyini.
2. Öd kisəsinin kəskin iltihabı zamanı laparoskopik xolesistektomiyaya göstərişlərin əsaslandırılmasında klinik, laborator və instrumental müayinə üsullarının əhəmiyyətinin qiymətləndirilməsi.
3. Kəskin xolesistitlərdə laparoskopik xolesistektomiyanın intraoperasion və postoperasion fəsadların profilaktikası və müalicəsi kompleksinin işlənilib hazırlanması.
4. Kəskin xolesistitli xəstələrdə endoskopik əməliyyatın gedişində yaradılan karboksiperitoneumun venoz hemodinamik sistemə təsirinin öyrənilməsi.

### **Elmi yenilik:**

Böyük klinik material əsasında kəskin xolesistitin inkişaf müddətindən asılı olaraq laparoskopik xolesistektomiyanın tətbiqinin optimal vaxtı təyin edilmişdir. Endoskopik əməliyyat gedişində rast gəlinən intraoperasion fəsadların başvermə səbəbləri araşdırılmış, onların profilaktikası yolları təklif edilmişdir. Kəskin xolesistitdə insan orqanizmində rast gəlinən hemorragik fəsadlaşmaların klassifikasiyası təklif olunmuşdur.

Kəskin xolesistitin müalicəsində laparoskopik xolesistektomiyanın yeri və əhəmiyyəti qiymətləndirilmiş, açıq əməliyyata keçid səbəbləri araşdırılmışdır.

Laparoskopik xolesistektomiyanın aparılmasına göstərişlərin ultrasonoqrafik meyarları dəqiqləşdirilmişdir.

İlk dəfə olaraq laparoskopik xolesistektomiya zamanı yaradılan karboksiperitoneumun venoz hemodinamik sistemə təsiri öyrənilmişdir.

### **Praktik əhəmiyyəti:**

Aparılmış tədqiqat nəticələrinə əsasən kəskin xolesistitin davam etmə müddətindən asılı olaraq laparoskopik xolesistektomiyanın icrasına göstərişlər dəqiqləşdirilmişdir. Kəskin xolesistitin ultrasonoqrafik diaqnostikasına görə əməliyyatın növünün seçimi əsaslandırılmışdır. Xolesistektomiyanın gedişində kisə yatağından baş verən qanaxmalarda etibarlı hemostaz əldə edilməsi üçün əməliyyat texnikası təkmilləşdirilmişdir.

Eyni zamanda laparoskopik xolesistektomiyada aparılan intraoperasion xolangioqrafiya texnikası təkmilləşdirilmişdir.

Kəskin destruktiv xolesistitlərdə kisə yatağından qanaxmanın qarşısını almaq məqsədli laparoskopik xolesistektomiyada kisənin submukoz çıxarılma üsulu (modifikasiya olunmuş Pribram) təklif edilmişdir.

### **İşin müzakirəsi:**

Dissertasiya işi ATU-nun Ümumi cərrahiyyə, I və II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının əməkdaşlarının birgə yığıncağında (Bakı, 2015, 17 dekabr), həmçinin akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi yanında Aprobasiya Şurasında (16.04.2016) müzakirə olunmuşdur.

**Nəşr:**Dissertasiya işinin mövzusunə aid 7 elmi əsər (onların 5-i jurnal məqaləsi) dərc olunmuş, 2 səmərələşdirici təklif təsdiq edilmişdir (Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, vəsiqə 501, 27.03.2007; 509,19.09.2007; 513,02.04.2007).

### **Dissertasiyanın strukturu və həcmi:**

Dissertasiya standart kompüter səhifəsində yazılmış giriş,ədəbiyyat icmalı, 4 fəsil şəxsi tədqiqatlar,yekun, praktik tövsiyyələr, nəticələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 171 mənbəni əhatə edir. İş, 18 şəkil, 27 cədvəl və 18 diaqramla illüstrasiya olunmuşdur.

### **İşin klinik tətbiqi:**

Dissertasiyanın əsas müddəalarından irəli gələn tövsiyələr Bakı 5 saylı klinik xəstəxanasında,özlə "City Hospital" və "Oksigen" xəstəxanalarında klinik praktikada tətbiq olunmuşdur

### **Mudafiyyə cixarılan əsas müddəalar:**

1. Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatınınuğurluğu kəskin xolesistli xəstələrin secimindən cox asılıdır.
2. Kəskin xolesistli xəstələrdə əməliyyatönu ultrasəs müayinəsi endoskopik üsulun secimində vacib yer tutur.

3. Kəskin xolesistitin diaqnostikası və ağırlıq dərəcəsinin təyininin Tokio rəhbərlik prinsipləri (TG 2013) əsasında aparılması əməliyyat taktikasının optimal variantının seçimini təmin edir.
4. Kəskin xolesistitdə laparoskopik xolesistektomiyanın icrası ciddi əməliyyat kimi qəbul edilməli, lazım gəldikdə cəkinmədən ehtiyat variantı kimi açıq əməliyyat üsulundan istifadə olunmalıdır.
5. Laparoskopik xolesistektomiyada tətbiq edilən pnevmoperitoneum aşağı ətraf venalarında venoz durğunluq yaratdığı ehtimalı mövcuddur. Bu baxımdan profilaktik antitrombotik müalicə tədbirləri məsləhətdir.

### **Tədqiqatın material və müayinə metodları:**

Elmi iş Azərbaycan Tibb Universitetinin 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrasının bazası olan Bakı şəhər 5 saylı xəstəxanasının “Qaraciyər, öd yolları, mədəaltı vəz cərrahlığı” mərkəzində yerinə yetirilmişdir. Müayinələrə “Oksigen”, “City Hospital” özəl klinikalarında əməliyyat olunmuş xəstələr qrupu da daxil edilmişdir. Dissertasiya işində olan xəstələrin hamısı bir cərrahi briqada tərəfindən əməliyyata məruz qalmışdır ki, bu da müxtəlif qruplara daxil olan xəstələrin müalicə nəticələrini daha obyektiv şəkildə araşdırmasına imkan vermişdir.

Ümumiyyətlə 2000-2014 cü illər ərzində göstərilən klinikalarda kəskin xolesistitli 1024 xəstə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Tədqiqat işi 604 xəstənin kompleks müayinə və cərrahi müalicə nəticələrinin analizi əsasında aparılmışdır. Cərrahi müalicədə fərqli yanaşmaları əsas tutaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. Bunlardan 378 xəstə laparoskopik xolesistektomiya edilərək Əsas qrupu təşkil etmişdir və açıq xolesistektomiyaya edilən 226 xəstə Nəzarət qrupuna daxil edilmişdir.

Tədqiq edilən qruplarda qadınların sayı kişilərdən təxminən 2 dəfə artıq olmuşdur. Əsas qrupda qadınların rastgəlmə tezliyi 60,8% və xəstələrin orta yaşı  $43,2 \pm 12,9$ , yaş diapozonu 15-89 arasında olmuşdur. Nəzarət qrupunda qadınlar 64,4%, xəstələrin ortalama yaşı  $42,1 \pm 13,4$  olmaqla 19 yaşdan 89 yaşa qədər dəyişmişdir. Əsas və Nəzarət qruplarında xəstələrin orta yaş göstəriciləri arasında fərq statistik əhəmiyyətli olmamışdır, uyğun olaraq  $43,2 \pm 12,9$  və  $42,1 \pm 13,4$  təşkil etmişdir.

Hər iki qrup kontingentində əsas xəstəlik çoxsaylı yanaşı xəstəliklərlə bərabər gedişatlı olmuşdur ki, bu da xəstələrin ümumi vəziyyətinin ağırlığını təsvir edir. Yanaşı patologiya Əsas qrupda olan xəstələrin 112 (29,6%) də və Nəzarət qrupunda isə 83 (36,7%) də müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda rast gəlinən

yanaşı xəstəliklərin strukturunda ürək-damar sistemi xəstəlikləri 21,4% və şəkərli diabet 22,5% olmaqla üstünlük təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunda uyğun olaraq ürək-damar sistemi xəstəlikləri 45,5% və şəkərli diabet 20,4% hallarda rast gəlinmişdir.

Əməliyyata götürülən xəstələrin ümumi vəziyyəti Amerika Anestezioloqlar Assosiasiyasının (ASA) klassifikasiyasına görə qiymətləndirilmiş və onların böyük əksəriyyəti ASA-nın I-ci, II-ci siniflərinə uyğun olmuşlar.

Öd kisəsinin iltihabına görə xəstələr kataral, fleqmanoz, qanqrenoz və perforativ formalara ayrılmışdır. Əsas qrupda kəskin xolesistitin kataral forması 126 (33,3%) xəstədə, fleqmanoz forması - 222 (58,7%) və qanqrenoz forması 30 (7,9%) xəstədə izlənmiş, Nəzarət qrupunda kataral xolesistitli xəstələrin sayı 65 (28,7%), fleqmanoz xolesistit 137 (60,6%) və qanqrenoz xolesistit isə 27 (11,9%) halda müşahidə edilmişdir. Ümumiyyətlə Əsas qrupda kəskin destruktiv xolesistitli xəstələr 252 (66,7%) nəfər, Nəzarət qrupunda isə kəskin destruktiv xolesistitli xəstələr üstünlük təşkil edərək 164 (72,5%) nəfər olmuşdur.

Araşdırmaya cəlb edilənlərin böyük qismi xəstəliyin başlanğıcından 48 saat sonra klinikaya müraciət etmişlər. Əsas qrupda 233 (61,6%) xəstə və Nəzarət qrupunda 142 (62,8%) nəfər kəskin ağrı tutmasından 2 gün sonra hospitalizasiya edilmişlər. Xəstəliyin ilkin əlamətlərindən 72 saat sonra daxil olan xəstələrin sayı Əsas qrupda 161 (42,6%), Nəzarət qrupunda isə uyğun olaraq 83 (36,7%) nəfər olmaqla diqqəti çəkmişdir. İlk 24 saat ərzində hospitalizasiya olunanlar Əsas qrupda 10,5%, Nəzarət qrupunda isə 12,8% təşkil etmişdir. İki qrup arasında bu göstəricilər üzrə fərqli statistik məna kəsb etməmişdir.

Laparoskopik xolesistektomiya olunan 57 xəstənin və açıq üsulla əməliyyat olunan 41 xəstənin anamnezində, əvvəl abdominal əməliyyatlar keçirilməsi qeyd edilmişdir. Bunlardan endoskopik üsulla əməliyyat olunan 2 xəstədə mədə üzərində, 2 nəfərdə bağırsağ rezeksiyası, 33 halda çanaq boşluğu orqanlarında, 8 nəfərdə qarının ön divarında müdaxilələr aparılmış və 12 xəstədə appendektomiya icra edilmişdir.

Xəstələrin kliniki dəyərləndirilməsində ağrı, əzələ gərginliyi, ürəkbulanma, qusma, üşütmə, titrətmə kimi simptomlar əsas götürülmüşdür. Əsas qrupda 351 (92,8%) xəstədə, Nəzarət qrupunda 204 (90,3%) xəstədə lokal və irradiasiyaedici ağrı tutması xəstəliyin ilkin əlaməti olmuşdur. Qruplar üzrə dispepsiya uyğun olaraq 319 (84,4%) və 183 (81,0%) nəfərdə, hərarət

yüksəlməsi və titrəmə isə uyğun olaraq 299 (79,1%) və 148(65,4%) nəfərdə müşahidə edilmişdir.

Kəskin xolesistitli xəstələrin instrumental yoxlanmasında ultrasəs müayinəsi (USM) əsas yer tutmuşdur. Xəstələrin bir qisminə dinamik ultrasonoqrafiya aparılmışdır. Təkrar baxışlarda müalicənin effekti, prosesin inkişaf istiqaməti dəqiqləşdirilmişdir. Ümumən 604 xəstədə 1286 USM-si aparılmışdır. Kəskin xolesistitin ultrasonoqrafik mənzərəsi öd kisəsi ölçüləri, kisə divarı qalınlığı, kisə möhtəviyyəti və kisəətrafı infiltrasiya əsasında qoyulmuşdur. Xəstələrin 91,6% də kisənin ölçüləri böyümüş, 68 % hallarda isə kisə divarının 3-4 mm dən artıq qalınlaşması, onun laylı görünüşü izlənmişdir. Öd kisəsində daşlar nəzarətimizdə olan 604 xəstədən 585 də (96,8%) aşkar edilmişdir. Kisə boynu nahiyəsində daşla obturasiya sonoqrafik olaraq 442 (53,6%) xəstədə izlənilib. Daşsız kəskin xolesistit 14 xəstədə (2,3%) qeyd edilmiş, 5 xəstədə isə (0,8%) USM də kiçik daşlar aşkar edilə bilinməmişdir.

Kəskin xolesistitin kataral formasında kisə divarının mətədil ( $3,82 \pm 1,76$ ) mm dərəcədə qalınlaşması izlənilir. Fleqmanoz xolesistiddə kisə divarının qalınlığı aktının orta ölçüsü  $7,58 \pm 3,21$  mm olmuşdur. Qanqrenoz xolesistitlərdə isə kisə divarının qeyri düzgün şəkildə qalınlaşması ( $8,4 \text{mm} \pm 3,71$ ) görüntüsü alınmışdır.

Təbii ki, USM infiltratın və kisə divarında dəyişikliklərin sərtlik dərəcəsini aydınlaşdırmaqda heç də bütün hallarda informativ olmamışdır. USM də mikrolitiazis, ümumi öd axarının genişliyi və sarılığı olan xəstələrdə əməliyyatdan öncə MRCP (maqnit rezonans xolangiopankreotaqrafiya) və ya əməliyyatdaxili xolangioqrafiya icra edilmişdir. Ümumiyyətlə MRT 178 xəstədə (29,5%) tətbiq olunmuş, 18 halda xoledoxolitiaz, 23 pasiyentdə isə kəskin pankreatitəşkarlanmışdır.

Ultrasonoqrafiyanın öd kisəsi daşlarının diaqnostokasında həssaslığı 94,5% və spesifikliyi 98,3%, diaqnostik dəqiqliyi 95,7% təşkil etmişdir. Kəskin xolesistitin diaqnostikasında bu göstəricilər analoji olaraq 67,8%, 72,7% və 65,4% təşkil etmişdir.

### **Kəskin xolesistiddə laparoskopik xolesistektomiyanın xüsusiyyətləri**

Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı Karl Stors avadanlığı ilə dörd portlu American variantı tətbiq edilərək aparılmışdır. Pnevmooperitoneum və troakarların daxil edilməsi planlı əməliyyatlardakı standart variantlardan fəqlənməmişdir. Anamnezində əməliyyat keçirmiş 55 xəstədə birinci paraumblikal troakar mikrolaparotomiya (2-3 sm) yolu ilə qarın boşluğuna daxil edilmişdir. Endoskopik xolesistektomiya adətən 12 mm.c.süt təzyikli



pnevmo-peritoneum şəraitində icra edilir. Yaşlı xəstələrdə qarındaxili təziyiq 7-8 mm c.süt. səviyyəsində saxlanılır. Portlar yerləşdirildikdən sonra laparoskopik əməliyyatın mümkünlüyü aydınlaşdırılmışdır: öd kisəsinin gərginliyi, divarların rigidliyi, boyun nahiyəsində infiltrasiyanın sərtliyi, kisətrafi orqanlarla əlaqə qiymətləndirilmişdir. Gərginləşmiş kisəni sıxqacqla tutmaq mümkün olmadığı halda kisə püksion və ya qarmaqvarı elektrodlarla dələnərək möhtəviyyatı aspirasiya olunmaqla boşadılmışdır.

Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın 2 əsas texniki çətinliyi qeyd edilmişdir: Birinci infiltrativ dəyişikliklər içində olan kisə axarı və kisə arteriyasının disseksiyası, ikincisi kisənin yataqdan ayırarkən baş verən qanamalardır.

Kalot uçbucağı nahiyəsində manipulyasiyaları əsasən küt üsulla dissektor və aspirator üçü ilə aparmağa üstünlük verilmişdir. Kəskin xolesistitdə hepatoduodenal bağ bölgəsindəki infiltrativ dəyişikliklər anatomik identifikasiyanı çətinləşdirir, ümumi öd axarının zədələnməsi riskini artırır. Belə hallarda əməliyyat davam etdirilsə intraoperasion rentgentelevizion xolangioskopiya aparılması ehtiyacı yaranır. Bu qaydaya əməl edilmədiyi bir xəstədə ümumi öd axarının tam kəsilməsi ilə rastlanmış və əməliyyat açıq yolla davam etdirilmişdir.

Kəskin xolesistitlərdə laparoskopik xolesistektomiya bəzən əhəmiyyətli qanamalarla müşahidə olunur. Belə qanaxmanın mənbəyi nadir hallarda qopmuş kisə arteriyasından, əksər hallarda isə kisə yatağından olur. Kisə yatağından qanaxma riskini minimuma endirmək məqsədi ilə boyundan xolesistektomiya bəzən submukoz, yəni selikli qişa-əzələ qat arası ayırmaqla yerinə yetirilmişdir. Parenximadaxili öd kisə yerləşmələrində Pribram üsulundan, yəni kisənin arxa divarını yataqda saxlamaq şərti ilə xolesistektomiya icra edilmişdir. Kəskin xolesistitlərdə laparoskopik xolesistektomiyanın çətin texniki etaplarından biri də kisənin qarın boşluğundan çıxarılmasıdır. Biz kisəni cərrahi əlcəkdən hazırlanan konteynerə yerləşdirərək xaric edirik. Supraumbilikal kəsiyin aponevroz qatı 1-3 sm kranial istiqamətdə genişləndirilir, kisənin boyun nahiyəsi bu dəlikdən bayıra çıxarıldıqdan sonra yarıılır, daxilindən daşlar xaric edilir və sonra qalın divarları xaric edilir. Qaraciyəraltı nahiyə drenaj edilir.

### **Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın nəticələri**

Cərrahi müalicənin nəticələri əməliyyatdaxili və əməliyyatdansonrakı dövrdə baş verən ağırlaşmaların, eləcə də letallığın rastgəlmə tezliyi və cərpayı günləri kimi parametrlərə əsasən dəyərləndirilmişdir.

Müşahidəmizdə olan xəstələrdə xəstəliyin başlanğıcından keçən müddətə görə laparoskopik və açıq əməliyyatların bölgüsü cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrin kəskin xolesistitin başlanğıcından əməliyyata qədər keçən müddətə görə qruplar üzrə paylanması

Xəstəliyinbaşlanğıcından əməliyyata qədər keçən müddət	Laparoskopik xolesistektomiya n=378		Açıq xolesistektomiya n=226	
	N	%	N	%
24 saat	55	14,5	29	12,8
48 saat	76	20,1	41	18,1
72 saat	83	21,9	60	26,5
4 gün	41	10,8	27	11,9
5 gün	38	10,1	26	11,5
6 gün	31	8,2	13	5,8
4-5 həftə	54	14,3	30	13,3

Cədvəldən görüldüyü kimi xəstəliyin başlanğıcından keçən ilk 72 saat ərzində laparoskopik xolesistektomiya 214 xəstədə (56,6%), 4-cü və 6-cı günlərdə 110 (29,1%) nəfərdə yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin 54-də (14,3%) endoskopik üsul təxirəsalınmış şəkildə 4-5 həftədən sonra tətbiq edilmişdir. Açıq xolesistektomiya erkən dördə 130 (57,5%) xəstədə icra edilmişdir.

Yüngül dərəcəli xolesistiti olan 182 xəstədən yalnız 4-də (2,4%) açıq üsula keçidə ehtiyac yaranmışdır. Mötədil kəskin xolesistiti olan 188 xəstədən 137 (72,8%) də laparoskopik xolesistektomiya erkən (birinci 4-5 gün ərzində), 51 (27,2%) halda isə təxirəsalınmış dövrdə yerinə yetirilmişdir. Açıq üsula keçid 13 xəstədə baş vermişdir. Ağır dərəcəli xolesistitin inkişafı zaman etibarilə xəstəliyin başlanğıcının 7-10 sonrakı günlərinə düşür. Bu qrupdan olan 12 xəstədən yalnız 6 də laparoskopik metod uğurlu alınmışdır və 6 xəstədə açıq üsul seçilmişdir.

Laparoskopik xolesistektomiya zamanı rast gəlinən ağırlaşmaların təhlili xəstəliyin əməliyyata qədər müddətindən asılı olaraq aparılmışdır (cədvəl 4).

Erkən (ilk 72 saatda) laparoskopik xolesistektomiya 214 xəstədə icra edilmişdir. Əməliyyatın davamiyyəti orta hesabla  $42 \pm 6,8$  dəqiqə çəkmişdir. Bu dövrdə əməliyyat olunan xəstələrin 17 də (7,9 %) intraoperasion fəsadla rast

gəlinmişdir. Öd kisəsi yatağından qanaxma 8 pasiyentdə, troakar dəliklərindən daxili qanaxma 4 nəfərdə qeyd edilmişdir. Açıq üsulla konversiya 7 halda yaşanmışdır ki, bu da 3,27% təşkil etmişdir. Konversiya səbəbi 3 xəstədə kisə yatağından intensiv qanaxma, 3 halda Calo üçbucağı bölgəsində indurativ infiltrasiya və bir nəfərdə isə cihaz nasazlığı olmuşdur. Bu qrup əməliyyat olunan xəstələrdə bir letallıq qeydə alınmışdır. Ölümün səbəbi narkozdan çıxan zaman qəfləti ürək dayanması olmuşdur.

Kəskin xolesistitin simptomların başlanğıcından keçən ilk 4-cü və 5-ci günlərdə laparoskopik xolesistektomiya 79 xəstədə icra olunmuşdur. Öd kisəsinin iltihabı kəskin kataral xolesistit kimi 14 xəstədə (17,8%) fleqmanoz xolesistit kimi 44 (68,3%) qanqrenoz xolesistit kimi 11 pasiyentdə (13,9%) dəyərləndirilmişdir. Laparoskopik xolesistektomiyanın davamiyyəti bu qrupdan xəstələrdə 39 dəqiqə ilə 116 dəqiqə arasında tərəddüd edərək orta hesabla  $64 \pm 8,7$  dəqiqəyə bərabər olmuşdur. İntraoperasion fəsadlaşma 22 pasiyentdə (27,8%) rast gəlinmişdir. Troakar dəliklərindən qanaxma 7 xəstədə, kisə yatağından qanaxma 7, kisə arteriyasından intensiv qanaxma bir nəfərdə, digər sahələrdən (böyük piylik, onikibarmaq bağırsağ səthi və s.) qansızma 6, nazik bağırsağın zədələnməsi bir xəstədə qeyd edilmişdir. Laparotomiyaya keçid 12 xəstədə (15,2%) baş vermişdir.

Xəstəliyin başlanğıcından sonrakı 6-25 ci günlərdə laparoskopik xolesistektomiya 85 xəstədə icra olunmuşdur. Xəstəliyin kataral növü 3 nəfərdə (3,5%), fleqmanoz növü 10 xəstədə (11,8%) qeydə alınmışdır. Öd kisəsi ətrafında absesləşmə 24 pasiyentdə, yerli peritonit 19 xəstədə rast gəlinmişdir. Əməliyyatdaxili fəsadlaşma bu xəstələrin 26-da (29,4%) qeyd edilmişdir. Kisə yatağından qanaxma 13 xəstədə, port dəliklərindən qansızma 6, digər sahələrdən qansızma 5, ümumi öd axarının kəsilməsi bir, kisə yatağından ödsızma bir nəfərdə qeydə alınmışdır. Bu qrupda əməliyyatların orta davamiyyət müddəti  $80 \pm 9,8$  dəq (diapazon 42 dəq ilə 210 dəq arasında) olmuşdur. Bütün müsbət tərəflərə baxmayaraq laparoskopik xolesistektomiya 16 (18,8%) halda laparotomiya ilə yekunlaşmışdır.

Laparoskopik xolesistektomiya zamanı ümumi konversiya 9,26% (35 xəstə) hallarda qeyd edilmişdir ki, bu da ədəbiyyat göstəriciləri ilə oxşardır. Əməliyyat üsulunun dəyişdirilməsinin səbəbi 23 xəstədə kisə boynu və Kalot üçbucağı bölgələrindəki disseksiyanı çətinləşdirən və ya təhlükəli edən sərt bitişmələr, iltihabi infiltrasiya, bu halda ümumi öd axarının kəsilməsi, 2 halda kisə arteriyasından qanaxma, 3 halda kisə yatağından endoskopik yolla dayandırıla bilinməyən qanaxma, bir xəstədə yoğun bağırsaqla öd kisəsi

arasında fistul, 2 halda intraoperasion xolangioqrafiyada aşkarlanan xoledoxolitiya və 2 halda endoskopik alətlərin nasazlığı olmuşdur.

Laparoskopik və açıq xolesistektomiya olunan xəstə qruplarında rast gəlinən əməliyyatdaxili ağırlaşmaların müqayisəli təhlili cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl 2

Laparoskopik və açıq xolesistektomiya zamanı izlənən əməliyyatdaxili ağırlaşmalar

Əməliyyatdaxili fəsadlar	Laparoskopik xolesistektomiya N=378		Açıq xolesistektomiya N=226	
	N	%	n	%
ümumi öd axarızədələn.	1	0,3	1	0,4
qanamalar	67	17,6	24	10,6
boşluqlu üzvlərinzədələn.	1	0,3	3	1,3
kisə yatağından öd sızması	1	0,3	4	1,8
Cəmi	70	18,5	32	14,2

Göründüyü kimi laparoskopik xolesistektomiya zamanı əməliyyatdaxili fəsadlar 65 (17,2%) xəstədə rast gəlinmiş, açıq xolesistektomiya edilən xəstələrdə ağırlaşmalar 32 halda izlənmişdir ki, bu da 14,2% təşkil etmişdir. Yalnız bu fərq statistik məna kəsb etməmişdir. Göründüyü kimi laparoskopik və açıq xolesistektomiyalar zamanı əməliyyatdaxili fəsadların rastgəlmə tezlikləri arasında demək olar ki, fərq yoxdur. Laparoskopik xolesistektomiyada ciddi fəsad yalnız 4 xəstədə (1,06%) qeyd edilmişdir.

Açıq əməliyyat olunan 226 xəstədən birində (0,4%) ümumi öd axarının kəsilməsi, 3 (1,3%) də boşluğu orqanların zədələnməsi, 3 (1,3%) də isə kisə arteriyasından qanaxma və 4 (1,8%) halda kisə yatağından öd sızmaları qeyd edilmişdir. Boşluqlu üzvlərdən onikibarmaq bağırsağın zədələnməsi iki xəstədə, yoğun bağırsağın deşilməsi 1 xəstədə rast gəlinmişdir.

Laparoskopik xolesistektomiyadan sonra erkən postoperasion fəsadlar 40 xəstədə (10,6%) qeydə alınmışdır. Postoperasion fəsadlar ağırlıq dərəcəsinə görə Clavien klassifikasiyasına görə bölünmüşlər. Qeyd edilən xəstələrin 31-də (8,2%) paraumblikal troakar yarasının hematoması, seroması və ya irinləməsi baş vermişdir. İki xəstədə qarın boşluğuna qoyulmuş drenaj borudan qansızma, bir xəstədə isə öd sızma qeyd edilmişdir. Sızmalar 2-6 gün ərzində öz-özünə kəsilmişlər. Cərrahi müdaxilə tələb edən fəsadlar 5 xəstədə rast gəlinmişdir. Drenaj borudan kəsilməyən qansızmaya görə bir halda, öd

sızmaya görə daha bir xəstədə relaparoskopiya icra edilmişdir. Bir xəstə endoskopiya əməliyyatından sonrakı gün nazik bağırsağ zədələnməsinə görə laparotomiyaya, 2 xəstə laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı erkən dövrdə aşkarlanan xoledoxolitiazaya görə müdaxiləyə məruz qalmışlar: bir xəstədə ümumi öd axarının daşı laparotomiyaya, digərində isə endoskopik sfinkterotomiyaya yolu ilə xaric edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, erkən postoperasion dövrdə açıq əməliyyata məruz qalan xəstələrin izləməndə rast gəlinən fəsadlar, laparoskopik əməliyyat olunan xəstələrlə müqayisədə çox olmuşdur. Bu qrupda yara irinləməsi ən çox müşahidə etdiyimiz ağırlaşmadır. Belə ki, yara irinləməsi açıq əməliyyat olunan xəstə qrupunda 17,8% hallarda, endoskopik xəstə qrupunda isə 3,4% hallarda təsadüf edilmişdir.

Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik və açıq xolesistektomiyanın orta davamətmə müddəti analizində aşağıdakı nəticələr alınmışdır (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Laparoskopik və açıq xolesistektomiyanın davamətmə müddəti

Göstərici	Laparoskopik xolesistektomiya N=378	Açıq xolesistektomiya N=226	P
əməliyyat müddəti (dəq)	65,4±13,1	76,7±11,9	P<0,05

Göründüyü kimi, laparoskopik əməliyyat orta hesabla 65,4±13,1 dəqiqə, laparotomiyaya zamanı isə əməliyyat orta hesabla 76,7±11,9 dəqiqə sürmüşdür. Müqayisəli təhlildə qruplar arasında qeyd edilən göstərici üzrə statistik əhəmiyyətli fərq yaranmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, endoskopik əməliyyatın davamiyyəti müddəti öd kisəsində baş verən destruktiv dəyişikliklərin başlanğıcından keçən müddətdən asılı olmuşdur.

Eyni zamanda əməliyyatdan sonrakı gedişin yüngüllüyü, az ağrı sindromu, erkən aktivlik və əmək qabiliyyətinin erkən bərpası kimi qeyri parametrik meyarlar baxımından laparoskopik xolesistektomiya üstün olmuşdur. Bu orta çarpayı günləri sayında öz əksini tapmışdır.

Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın digər aspekti də tədqiqatın müayinə obyektinə olmuşdur. Belə ki, laparoskopik xolesistektomiya olunan xəstələrin yarısından çoxunun yaşının 50 dən yuxarı olması və kontingentin böyük qismini qadınların təşkil etməsi onlarda aşağı ətraf vena damarları ilə əlaqədar olan fəsadlaşma riskini artırmışdır. Bu

xəstələrdə aşağı ətraf venalarında venoz hemodinamik dəyişikliklər müqayisəli araşdırılmışdır.

Tədqiqata yaşı 24 ilə 76 arasında olan 45 xəstə daxil edilmişdir. Pnevmoeritoneum ilə 33 xəstədə 14 mm və 12 nəfərdə və 10 mm civə sütunu qarındaxili təzyiq yaradılaraq bud venasında və böyük dərialtı venada doppler müayinəsi aparılmış və laparoskopik xolesistektomiya zamanı müqayisəli venoz hemodinamik dəyişikliklər öyrənilmişdir.

Qarındaxili təzyiqin 14 mm c.s. olduğu qrupda Bədən Kütlə İndeksi  $27 \pm 3,1$   $\text{kg/m}^2$ , əməliyyatın davamiyyət müddəti  $44,5 \pm 3,39$  dəqiqə, abdominal təzyiqin 10 mm c.s. olduğu qrupda isə bu göstəricilər uyğun olaraq  $26 \pm 2,9$   $\text{kg/m}^2$  və  $42,5 \pm 8,89$  dəqiqə təşkil etmişdir. Tərtib olunan yarımqruplar yaş, cins, BKİ və əməliyyat davamiyyət müddəti kimi göstəricilərə görə həcins olmuşdur.

Venoz dupleks Doppler müayinəsi: preoperativ, intraoperativ anesteziya verildikdən həmən sonra, intraoperativ pnevmoeritoneum yaradıldıqdan sonra, pnevmoeritoneum sona çatıb anesteziya davam edərkən, və əməliyyatdan sonra I və VII günlər büd və böyük dərialtı venalar üzərində aparılmışdır. Qruplar üzrə bud venası üzərində müqayisəli axın sürət göstəriciləri cədvəl 4-də təsvir edilmişdir.

Cədvəl 4

Bud venasında müqayisəli axın sürəti

Parametr	preoperativ ölçmə	intraoperativ ölçmə			postoperativ ölçmə	
		1	2	3	I gün	II gün
<b>P=14 mm.c.st.</b>	26,3± <b>12,9</b>	1,08± <b>1,0</b>	<b>13,12±</b> <b>7,3</b>	17,99± <b>9,8</b>	19,8± <b>12,4</b>	26,24± <b>13,7</b>
<b>P=10 mm.c.st.</b>	19,68± <b>7,34</b>	18,45± <b>7,26</b>	<b>12,78±</b> <b>6,1</b>	15,05± <b>6,45</b>	18,31± <b>6,82</b>	19,69± <b>6,8</b>
<b>P</b>	P<0,05	P>0,05	P<0,05	P>0,05	P>0,05	P<0,05

Araşdırmaya daxil edilən iki qrupdakı xəstələr arasında ölçmə nəticələri ayrı-ayrılıqda müqayisə edilmişdir. 1-ci qrupdakı xəstələrin preoperativ bud venası ən yüksək axım sürəti orta hesabla 26,3 sm\san olduğu halda, 2-ci qrupdakı xəstələrdə orta hesabla 19,68 sm\san qeyd edilmişdir. Bu göstəricilər arasında statistik olaraq məna kəsb edən fərq olmuşdur.

Eynilə yüksək abdominal təzyiq yaradılan qrupdakı xəstələrin əməliyyatdan sonrakı 7-ci gündə bud venasında ən yüksək axım sürəti orta

hesabla 26,24 sm\san olduğu təqdirdə, aşağı qarındaxili təzyiq yaradılan qrupda axım sürəti orta hesabla 19,69 sm\san ölçülmüşdür. Bu göstəricilər arasında fərq statistik mənə kəsb etmişdir.

Cədvəl 4-dən göründüyü kimi, 1 ci qrupdakı xəstələrin bud venasında preoperativ ölçülən ən yüksək axın sürəti, pnevmoperitoneum yaradıldıqdan sonrakı ən yüksək axım sürəti ilə müqayisədə orta hesabla 13,2 sm\ san azaldığı halda, 2-ci qrupdakı xəstələrdə eyni göstəricilər arasında orta hesabla 6,89 sm\san azalma təsbit edilmişdir ki, bu fərq statistik əhəmiyyətli olmuşdur.

Böyük dərialtı venada müqayisəli axın sürəti parametrləri cədvəl 5-də verilmişdir.

Yüksək abdominal təzyiq yaradılan qrupdakı xəstələrin intraoperativ 3-cü ölçmədəki böyük dərialtı venada ən yüksək axım sürəti orta hesabla 8,74 sm\san, aşağı qarındaxili təzyiq yaradılan qrupdakı xəstələrdə isə orta hesabla 12,94 sm\san qeyd edildi. Bu göstəricilər arasında statistik olaraq fərq vardır.

İki qrup arasında digər göstəricilərin ayrı-ayrılıqda müqayisəsində statistik əhəmiyyətli fərq təsbit edilməmişdir.

Cədvəl 5

Böyük dərialtı venada müqayisəli axın sürəti

Parametr	preoperativ ölçmə	intraoperativ ölçmə			postoperativ ölçmə	
		1	2	3	I gün	II gün
<b>P=14 mm.c.st.</b>	15,27± <b>9,7</b>	14,85± <b>9,6</b>	<b>7,15±</b> <b>4,2</b>	8,74± <b>3,74</b>	12,75± <b>9,47</b>	15,05± <b>8,1</b>
<b>P=10 mm.c.st.</b>	15,52± <b>8,88</b>	14,7± <b>8,67</b>	<b>8,57±</b> <b>5,3</b>	12,97± <b>8,1</b>	13,97± <b>8,45</b>	15,18± <b>9,1</b>
<b>P</b>	P>0,05	P>0,05	<b>P&gt;0,05</b>	P<0,05	P>0,05	P>0,05

Qruplar arasında vena axım sürətlərində fərqliliklər, 1 ci qrupda yaradılan 14 mm c.s. luq pnevmoperitoneum, 2 ci qrupda yaradılan 10 mm. c.s. luq pnevmoperitoneuma görə daha artıq intraabdominal təzyiq yaratması və nəticədə aşağı ətraflarda venoz dövrənin daha çox təsirə məruz qalması ilə əlaqəlidir.

Tədqiqatımızda pnevmoperitoneum zamanı aşağı ətraflarda venoz stazin yarandığı aşkarca göstərilmişdir ki, bu da tromboz və emboliya təhlükəsi yaradır.

Yüksək abdominal təzyiq yradılaraq laparoskopik xolesistektomiya olunan xəstələrdə bud venasında axım surəti postoperativ 7 ci gündə, aşağı qarındaxili təzyiq şəraitində əməliyyat olunan xəstələr qrupunda isə postoperativ 1 ci gündə preoperativ dəyərlərə yaxınlaşmışdır.

Venoz stazın daha qısa müddətli olması səbəbi ilə yüksək riskli xəstələrdə əməliyyat 10 mm c.s. abdominal təzyiq şəraitində aparılmışdır. Aşağı ətraf venalarında tromboz profilaktikası məqsədi ilə elastik corablardan, orta və kiçik molekululu heparin preparatlarından istifadə edilmişdir.

Beləliklə, laparoskopik xolesistektomiyanın kəskin xolesistitli xəstələrdə tətbiqi effektiv müalicə üsulu olub, açıq xolesistektomiya ilə müqayisədə daha az əməliyyatdaxili və postoperasion fəsadlarla müşahidə edilir, eyni zamanda xəstələrin hospitalizasiya müddətini azaldaraq, əmək qabiliyyətinin daha tez bərpasını təmin edir.

### NƏTİCƏLƏR

1. Laparoskopik xolesistektomiya kəskin xolesistitdə təhlükəsiz və effektiv əməliyyat üsuludur. Ciddi intraoperasion fəsadlar 1,07% halda rast gəlinir.
2. Endoskopik əməliyyatın uğurlu icrasının ən optimal vaxtı kəskin xolesistitin başlanğıcından keçən ilk 72 saatdır. Erkən (72 saat) laparoskopik əməliyyatlarda açıq laparotomiya üsuluna keçid 3,26%, gec dövrdə (4-5 günlər) icra edilmiş müdaxilələrdə 15,2-18,8% hallarda baş vermişdir.
3. Kəskin daşlı xolesistitin diaqnostikasında əsas instrumental müayinə üsulu olan ultrasonoqrafiyanın dəqiqliyi 94,5 % təşkil edir. Kisətrafi infiltrativ dəyişikliklərin xarakterinin qiymətləndirilməsində onun informativliyi nisbətən azdır (45%).
4. Öd kisəsi və kisətrafi sahənin kəskin iltihabi dəyişikliklərində laparoskopik xolesistektomiyanın özünəməxsusluğu vardır. Kisə boynu nahiyəsindəki işləmələrdə identifikasiyanı çətinləşdirən bərk bitişmə və infiltrativ dəyişikliklərdə açıq üsula keçilməlidir.
5. Laparoskopik əməliyyatın gedişində aşağı ətraf venalarında durğunluq baş verir ki bu da tromboz və tromboemboliyalara qarşı profilaktika tədbirlərinin aparılmasını tələb edir.
6. Kəskin xolesistitdə laparoskopik və laparotomik xolesistektomiyalarda rast gəlinən ciddi intraoperasion fəsadların tezliyində əsaslı fərq tapılmamışdır. Letallıq laparoskopik xolesistektomiyada 0,26%, açıq xolesistektomiyada 0,44% təşkil



etmişdir. Digər göstəricilərdə: invazivlik, postoperasion dövrün rahatlığı, erkən həyat və iş fəaliyyətinə qayıdış, ümumi çarpay günləri, kosmetik aspekt və s. endoskopik əməliyyat üstünlüyə malikdir.

## **PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR**

1. Kəskin xolesistitin obyektiv diaqnostikasının qoyuluşunda "Tokio Rəhbərlik prinsipləri" –dən (TG 13) istifadə tövsiyyə olunur.
2. Kəskin xolesistitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın xəstəliyin başlangıcının ilk 1-3 günlərində aparılması məsləhətdir.
3. Laparoskopik əməliyyatın gedişində öd kisəsi ətrafında, xüsusi ilə, Kalot ucbucağı bölgəsində rast gəlinən fibrotik-infiltrativ dəyişikliklərdə qısa müddət ərzində (15-20 dəq) aparılan işləmlər effekt verməzsə ləngimədən acıq əməliyyat üsuluna keçid olunmalıdır.
4. Laparoskopik xolesistektomiya olunmuş kəskin xolesistitli xəstələrdə aşağı ətraf venalarında durğunluq baş verdiyinə görə antikoagulyant mualicəsinin əməliyyatın ilk günündən başlayaraq aparılması məsləhətdir.

### **Dissertasiyanın mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı:**

1. Kəskin xolesistitlərdə laparoskopik əməliyyatın nəticələri // Sağlamlıq, 2009, №8, s. 185-187 (həmmüə. : Hədiyev S.İ. Abbasov P.A.)
2. Kəskin xolesistitlərdə laparoskopik xolesistektomiya // Cərrahiyyə, 2010, №1, s.79-83 (həmmüə. : Hədiyev S.İ. Abbasov P.A.)
3. Laparoskopik xolesistektomiya müddətində venoz hemodinamik dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi // Cərrahiyyə 2011, №1, s.39-42 (həmmüə. : Hədiyev S.İ. Abbasov P.A.)
4. Местные и системные показатели липопероксидации при механической желтухе доброкачественного генеза // Здоровья-Основа человеческого потенциала: Проблемы и пути их решения // Труды- Шестой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием // 2011 с. 136 (соавт.: Гадиев С.И. Аббасов П.А.)
5. Сравнительная характеристика предоперационной магниторезонансной и интраоперационной холангиографии в диагностике поражения общего желчного протока // Клиническая хирургия 2013, №4, с.20-23 (соавт.: Н.Ю. Байрамов. А.С. Гюрас)

6. Laparoscopic Choledochoduodenostomy for Treatment of Benign Common Bile Duct Strictures// World Journal of Medical Sciences 8, 2013,s.397-400 (N.Y.Bayramov, T.İ.Omarov,N.A. Zeynalov,K.D. Aslanova)
7. Лапароскопическая холедоходуоденостомия // Хирургия,2013, с.43-46 (Н.Ю.Байрамов,Н.А.Зейналов)

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ  
ХОЛЕЦИСТИТЕ (возможности, преимущества и трудности)**

**РЕЗЮМЕ**

Лапароскопическая холецистэктомия стала методом выбора при лечении желчнокаменной болезни. Цель настоящей работы состоит в разработке лечебной тактики, направленной на улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. В работе обобщены результаты хирургического лечения холецистолитиаза в общей сложности у 604 больных с острым холециститом, подвергнутых лапароскопической (n=378) и открытой (n=226) холецистэктомии. При установлении диагноза острого холецистита были использованы критерии Токийского консенсуса (TG13).

Были проанализированы показания к операции, ее продолжительность, внутриоперационные и послеоперационные осложнения, время нахождения больных в стационаре. Количество наблюдаемых больных мужского пола было 182 (39.2%), больных женского пола 422 (60.8%) в возрасте от 16 до 84 лет. Средний возраст составлял  $42 \pm 13.4$  лет. Катаральный холецистит выявлен у 194 больных (32.1%), флегмонозный – у 359 (59.4%) и гангренозный – у 57 (9.5%).

Лапароскопическая холецистэктомия в течение первых 72 часов от начала заболевания была выполнена у 214 (56.6%) больных, на 4-6 сутки - у 110 больных (29.1%), через 4-5 недель - у 54 (14.3%) больных. Конверсия в открытый способ операции при этих вмешательствах составила 3.27%, 15.21% и 18.82% соответственно.

Общие внутриоперационные осложнения отмечены у 70 больных, подвергнутых лапароскопической холецистэктомии (18.5%) и 32 больных, оперированных открытым способом. Серьезные внутриоперационные осложнения (кровотечения, повреждение холедоха и кишечника) отмечены у 4 (1.06%) больных, оперированных эндоскопическим методом и 4 больных (1.76%), оперированных открытым методом.

Общие койкодни при лапароскопической холецистэктомии составили 2.5 дня, при открытой холецистэктомии - 7.6 дня.

## **PASHZADEH VAFA ALLHSHUKUR**

### **Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (Opportunities, benefits and challenges)**

#### **SUMMARY**

Laparoscopic cholecystectomy has become the treatment of choice in the treatment of gallstone disease. The aim of this work is to develop a treatment strategy directed to improving the results of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. The study summarizes the results of cholecystolithiasis surgical treatment in a total of 604 patients with acute cholecystitis which were undergone laparoscopic (n = 378) or open (n = 226) cholecystectomy. In acute cholecystitis diagnosis Tokyo consensus criteria (TG13) were used.

Indications for surgery, its duration, intraoperative and postoperative complications, and in-hospital time were analyzed. The number of observed male patients were 182 (39.2%) and female patients 422 (60.8%) aged of 16 to 84 years. The average age was  $42 \pm 13.4$  years old. Catarrhal cholecystitis was diagnosed in 194 patients (32.1%), abscess - 359 (59.4%) and gangrenous - in 57 (9.5%) patients.

Laparoscopic cholecystectomy during the first 72 hours of disease onset was performed in 214 (56.6%) patients, during 4-6 days - in 110 patients (29.1%), and 4-5 weeks - in 54 (14.3%) patients. Conversion to the open surgery for these interventions was 3.27%, 15.21% and 18.82%, respectively.

Common intraoperative complications were observed in 70 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy (18.5%) and 32 patients operated by open technique. Severe intraoperative complications (bleeding, common bile duct and intestine damage) were observed in 4 (1.06%) patients with laparoscopic cholecystectomy and 4 patients (1.76%) operated by open surgery. General hospital days in laparoscopic cholecystectomy were 2.5 days, and with open cholecystectomy - 7.6 days.

## **İxtisarlarnın siyahısı**

KX- kəskin xolesistit

LXE – laparoskopik xolesistektomiya

AXE – açıq xolesistektomiya

USM – ultrasəs müayinəsi

KT – kompüter tomoqrafiya

LT - laparotomiya

MRT – maqnit rezonans tomoqrafiya

İOXQ – intraoperasion xolangioqrafiya



Kağız formatı 60x84 1/16.  
Sifariş 709 Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel: 595-55-76

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА М.А.ТОПЧИБАШЕВА**

*На правах рукописи*

**ВАФА АЛЛАХШУКУР ГЫЗЫ ПАШАЗАДЕ**

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ  
ХОЛЕЦИСТИТЕ (возможности, преимущества и трудности)**

3213.01 - Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

Баку - 2016