

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM ILMIY MARKAZI

“O‘TKIR XOLETSISTIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025



«TASDIQLAYMAN»

**Respublika shoshilinch tibbiy
Yordam ilmiy markazi direktori**

D.A. Alimov

» _____ **2025-yil**

**“O‘TKIR XOLESISTIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**“O‘TKIR XOLESISTIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. KIRISH QISMI

	KXT-10	KXT-11
Kod	K81.0. O‘tkir xolesistit	DC11-DC12. O‘tkir xolesistit
Havola	https://mkb-10.com/index.php?pid=10399	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448

Klinik protokollar 2025-yil may oyida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatmalariga 2019-yilda kiritilgan o'zgartirish natijasida, qayta ko'rib chiqish sanasi 2029-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishi bilan yaratilgan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Mazkur klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga quyidagilar yordam berdi:

Jarayonni tashkil etish uchun Shoshilinch tibbiy yordam sohasidagi ishchi guruh a'zolari:

Tulaganov Davron Baxtiyarovich – t.f.d., katta ilmiy xodim. RShTYoIM bosh direktori, THKMORM assistenti.

Alimov Daniyar Anvarovich – t.f.d., professor, RShTYoIM, direktori THKMORM professori.

Atajanov Shuhrat Kamilovich – t.f.d., RShTYoIM direktorining fan va kadrlar tayyorlash bo'yicha o'rinbosari, THKMORM dotsenti.

Stopnitskiy Amir Aleksandrovich – t.f.n., RShTYoIM ilmiy kotibi, THKMORM assistenti.

Mualliflar ro'yxati:

Tulaganov Davron Baxtiyarovich – t.f.d., katta ilmiy xodim. RShTYoIM bosh direktori, THKMORM assistenti.

Alidjanov Fotih Boqiyevich – t.f.d., O'zbekiston Respublikasi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi Shoshilinch tibbiy yordam kafedrasida professori.

Xadjibaev Farhod Abduhakimovich – t.f.d., professor, RShTYoIM shoshilinch xirurgiya ilmiy-klinik bo'limi rahbari;

Po'latov Dilmurod To'xtabayevich – t.f.n., RShTYoIM bosh shifokorining xirurgiya bo'yicha o'rinbosari;

Po'latov Maxmud Murodovich – PhD, 1-shoshilinch xirurgiya bo'limi xirurgi;

Abdulahatov Murodjon Hamidovich – oliy toifali xirurg, RShTYoIM doktoranti.

Taqrizchilar:

Altiyev Bazarbay Qurbonovich – t.f.d., professor, RShTYoIM Shoshilinch jarrohlik bo'limi katta ilmiy xodimi.

Tagisov Elman Qulu o'g'li – t.f.d., Ozarbayjon tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasida dotsenti.

Muhokamalar qachon o'tkazilgan (tibbiyot muassasalari Ilmiy kengashlari muhokamasi bayonnomasidan ko'chirma sanasi va soni):

Ilmiy kengash 2023 yil 5-sonli, 2023-yil 14-noyabr, Ishchi guruhning 1-son yig'ilishi
– 2023-yil 15-noyabr.

Texnik ko'rib chiqish va tahrirlash:

Rahimova S.R. - RShTYoIM direktorining pediatriya bo'yicha o'rinbosari

Tursunov X.M. – t.f.d., RShTYoIM direktorining terapiya markazi bo'yicha o'rinbosari O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislari tomonidan ekspertizadan o'tkazilishi:

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh.

Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Mundarija

1.	“O‘TKIR XOLETSISTIT” KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI	6-bet
2.	“O‘TKIR XOLETSISTIT” KASALLIGIDA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI	33-bet

Protokolda foydalanilgan qisqartmalar

ALT - alanin aminotransferaza
ACT - aspartat aminotransferaza
KDS - katta duodenal so'rg'ich
JTO'Y – jigardan tashqari o't yo'llari
O'TK - O't tosh kasalligi
O'P - o't pufagi
IOHG - intraoperativ xolangiografiya
IOUTT - Intraoperativ ultratovush
KT - kompyuter tomografiyasi
LXE - Laparoskopik xoletsistektomiya
MLX - Minilaparotomiya xoletsistektomiyasi
MX - mexanik sariqlik
MRT - magnit-rezonans tomografiya
UO'Y - umumiy o't yo'li
UJO'Y - umumiy jigar-o't yo'li
O'X - o'tkir xoletsistit
OXE - ochiq xoletsistektomiya
O'YSh - O't yo'llarining shikastlanishi
RXPG - retrograd xolangiopankreatografiya
UTT - ultratovush tekshiruvi
XE - xoletsistektomiya
TJOXG - Teri orqali jigar orqali xolangiografiya
TJOXS – Teri orqali jigar orqali xolangiostomiya
IF - ishqoriy fosfataza
EGDS - ezofagogastroduodenoskopiya
EPST – endoskopicheskaya papillosfinkterotomiya

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari - xirurglar, shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari, umumiy amaliyot shifokorlari, anesteziolog-reanimatologlar va boshqalar

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi o'tkir xoletsistit va uning asoratlari bilan og'riqan bemorlardir.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga ko'ra dalillar darajasi shkalasi

Dalillarning ishonchlik darajasini baholash shkalasi (diagnostik aralashuvlar uchun)

Dalillarning ishonchlik darajasi	
1	Reference usul yordamida nazorat ostida o'rnatilgan uskunaning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil erdamida randomizationlangan clinic qurilmani tizimli sharqi
2	reference ni tizimli ravshan ko'rib chikilishi bundan mustasno
3	Reference usul erdamida ishchi nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustakil bulmagan reference usuo erdamida o'tkazilgan tajriba yoki

	randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqot, shu jumladan, cohorts sezish
4	Kiyoslanmagan tadqiqotlar, clinic holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmlari asoslari yoki ekspertlar hulosasi

**Dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi
(profilaktik, davolash, reabilitatsiya aralashuvlar uchun)**

Dalillarning ishonchlilik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Ba'zi tajribaiy klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish va har qanday dizayndagi, meta-tahlil vositasi randomizatsiyalangan klinik sinovlarni ko'rib chiqish bundan mustasno.
3	Randomization qilinmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohortli tadqiqotlar
4	Kyyoslanmagan tadqiqotlar, clinic holatlar yoki seriyali tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning tasir mexanizmlari asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini ishlabshkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha kwrib chikilgan samaradorlik mezonlari (natizhalar) muhim urinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yukori yoki konikarli va kiziktirayotgan natizhalar bwyicha khulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsia (sifatli dalillar keltirilmagan (k'rib chikilgan samaradorlik mezonlari (natizhalar) mukhim o'rinni egallamaidi, barcha qiziqning metodologik sifati past vatirayotgan natizhalar b'yicha khulosalari kelishilmagan)

Dalillar darajasiga ko'ra ma'lumotlar 1a, 1b va 2a darajalariga to'g'ri keladi – "dalillar ko'p sonli meta-tahlillar, yaxshi rejalashtirilgan va nazorat ostidagi tadqiqotlar natijasiga ko'ra olingan" deb baholanadi.

2. Asosiy qism

Kirish. O't pufagi va o't yo'llarining kasalliklari ichki organlarning keng tarqalgan patologiyasi hisoblanadi. Xolelitiyoz rivojlangan mamlakatlarning kattalar aholisining 20 foizigacha ta'sir qiladi. O't yo'llari kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning soni gastroduodenal oshqozon yarasi bilan og'rikan odamlarning sonidan ikki baravar ko'p. So'nggi yillarda mamlakatimizda o'tkir xoletsistit bilan kasallanish 5 barobarga oshdi

Ta'rif. O'tkir xoletsistit (O'X) – o't pufagining o'tkir yallig'lanishi, o't qopi yo'lini obturatsiyasi sababli yuzaga keladi, asosan tosh bilan, safro infeksiyasi, o't pufagidagi gipertenziya, uning devorining destruksiya bo'lishi va peritonitning rivojlanishiga olib keladi.

O't pufagi devoridagi o'tkir yallig'lanish va nekrobiotik jarayonlarning asosiy sababi o't pufagi ichidagi bosimning 200-300 mm suvgacha ko'tarilishidir. Qoida tariqasida (90-95%), bu tosh, shilimshiq yoki quyuq safro va boshqalar bilan obturatsiya natijasida o't pufagidan (O'P) safro va yallig'lanish ekssudatining chiqishi buzilishi tufayli yuzaga keladi. Kasallikning patogenezida (o'tkir yallig'lanish) lizoletsitin (oshqozon-ichak shilliq qavatining shikastlanishi paytida ajralib chiqadigan fosfolipaza a tomonidan safro lesitinidan aylanadi) va prostaglandinlar e va F1a ishlab chiqarishning ko'payishi katta ahamiyatga ega. Intravezikal gipertenziya paydo bo'lishi oshqozon-ichak shilliq qavatini qon bilan ta'minlashni kamaytirishning asosiy omilidir. (Ayniqsa, keksa va yoshi kattalarda) kamayadi devor gemoperfusion o'z navbatida, organ bo'shlig'iga yallig'lanish ekssudatsiyani oshiradi, shilliq to'siq, kirib va ayerob va anayerob mikroorganizmlar, o'sishini buzilishiga qilmoqda.

Ekssudatsiya jarayoni intravezikal bosimning oshishiga, intragepatik tomirlar tomirlarining siqilishiga, o't pufagi devorida mikrosirkulyatsiya va ishemiyaning buzilishiga va uning bo'shlig'iga yallig'lanish ekssudatining chiqishiga olib keladi. Shunday qilib, patofiziologik "Xavli xalka" shakllanadi. Bemorlarning 10-15 foizida intravezikal gipertenziya fonida rivojlanadigan qorincha devorining ishemiyasi nekroz, teshilish, subgepatik, intragepatik yoki subfragmatik xo'ppozlar, mahalliy yoki keng tarqalgan peritonitga olib keladi. Gaz hosil qiluvchi flora bilan emfizematoz O'P sodir bo'ladi.

Eng ko'p safro ichiga topilgan: Escherichia coli (27%), Klebsiyella (16%), Enterococcus (15%), Streptococcus navlari (8%), Yenterobacter navlari (7%) va Pseudomonas aeruginosa (7%). Qon bakteriologik tekshirish mikroflora o'xshash spektrini ochib: Escherichia coli (59%), Klebsiyella (16%),

Pseudomonas aeruginosa (5%) va Enterococcus (4%). Bundan tashqari, polimikrobal infeksiya safro kulturalarida keng tarqalgan (30-87%) va qonda kamroq tarqalgan (6-16%).

Tasnif. Tasnifi (Etiologiyasi, bosqichlari bo'yicha).

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

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

Qoida tariqasida, O'X tasnifi klinik va morfologik printsiptga asoslanadi-kasallikning klinik ko'rinishlarining oshqozon-ichak trakti, qorin bo'shlig'idagi patologoanatomik o'zgarishlarga va 2007 yilda jigardan tashqari safro yo'llaridagi o'zgarishlarning tabiatiga bog'liqligi. O'tkir xoletsistit bo'yicha Tokio shartnomasi kasallikning og'irligini tasniflash tamoyillariga qo'shdi. O'X tasnifi bo'yicha barcha mavjud takliflarni umumlashtirib, biz ularning asosiy tamoyillarini shartli ravishda ajratib ko'rsatishimiz mumkin (1-jadval).

Jadval. 1

O'tkir xoletsistitning tasniflash tamoyillari

Etiologiyasi bo'yicha	Patogenezi bo'yicha	Klinik va morfologik shakllari	Og'irligi
-----------------------	---------------------	--------------------------------	-----------

Toshli	Obturatsiyali	Kataral Flegmonoz Gangrenoz Perforativ	Yengil kechuvchi (Grade I)
Toshsiz	Fermentativ Qon tomir		O'rta og'ir kechuvchi (Grade II)
Parazitar			Og'ir kechuvchi (Grade III)

Yengil daraja (grade I). Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra infeksiya belgilari mavjud bo'lsa, bemorlarga og'iz orqali antibiotiklar buyuriladi. Nonsteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (Diklofenak) analgetiklar va prostaglandin ingibitorlari tavsiya yetiladi. Yengil O'X bilan og'riqan bemorlar uchun dori terapiyasi yetarli bo'lishi mumkin va bu holda shoshilinch jarrohlik ko'rsatilmaydi. Biroq, ko'pchilik bemorlar asosiy aralashuv sifatida LXE qilish mumkin.

O'rta daraja (grade II). Odatda, ushbu guruhdagi bemorlar dori terapiyasiga javob bermaydilar. Jarrohlik masalasi odatda kasallik paytidan boshlab 1 hafta ichida hal qilinadi. LXEK yoki ochiq Xoletsistektomiya tanlov usuli hisoblanadi, ammo bu guruhda operatsiya eng tajribali jarrohlar tomonidan amalga oshirilishi kerak. Agar LXEK vaqtida texnik qiyinchiliklar yuzaga kelsa, muammo darhol konvertsiya foydasiga hal qilinadi. Teri orqali xoletsistostomiya jarrohlik xavfi juda yuqori bo'lgan hollarda klinik vaziyat yaxshilanmaguncha vaqtinchalik chora sifatida qo'llaniladi.

Og'ir daraja (grade III). Bemorlarning ushbu guruhi intensiv terapiyani, organlarning disfunktsiyasini kuzatishni va tuzatishni talab qiladi. Favqulodda chora - o't pufagining perkutan drenaji yoki punktsiyon xoletsistostomiyasi. Stabillashirgandan so'ng, bu mumkin xoletsistektomiyani amalga oshirish. Shu bilan birga, o't pufagining teshilishi fonida safro peritonitida qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan favqulodda xoletsistektomiya ko'rsatiladi.

O'tkir xoletsistitning tasnifi (Prudkov M. E., 2007).

Patogenez: obturativ, fermentativ, qon tomir.

Etiologiyasi bo'yicha: Toshli, toshsiz va parazitar

Klinik va morfologik shakllar:

- Kataral.
- Flegmonoz.
- Gangrenoz.
- Perforativ.

Asoratlar:

- Gepatopankreatobiliar zona: mexanik sariqlik, Mirizzi sindromi, xoledoxolitiyoz, xolangit, ichki biliodigestiv oqmalar, o'tkir biliar pankreatit.
- Qorin bo'shlig'i: peritonit-chegaralangan (infiltrat, xo'ppoz), chegaralanmagan (mahalliy, diffuz, tarqalgan), yallig'lanish shakli bo'yicha (seroz, seroz-fibrinoz,

- biliar, fibrinoz-yiringli, yiringli), bosqichlari bo'yicha (reaktiv, toksik, terminal).
- Umumiy: Sepsis, pnevmoniya, organ va organlar tizimini disfunktsiyalar

Diagnostik yondashuv tartibi va usullari

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

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

Jadval. 2

Shikoyatlari va anamnezi	O'ng qovurg'a osti soxasida og'riq, 30 daqiqadan ko'proq davom yetadi. Epigastral yoki chap qovurg'a boshlanishi mumkin, so'ngra o'ng qovurg'a ostiga ko'chish. Og'riqning paydo bo'lishi ko'pincha yog'li ovqatlarni iste'mol qilish bilan bog'liq. Ko'ngil aynishi va qusish. Ishtahaning pasayishi O'tkir xoletsistit xurujining 50% bemorlarda 1 yil davomida takrorlanadi
Fizik tekshiruvlar	Ob'ektiv ko'rikda, o'tkir xoletsistit xuruji paytida bemor tez-tez bezovtalanadi, taranglashadi va og'riq intensivligi minimal bo'lgan tana holatini tanlashga harakat qiladi; Musbat simptomlar: -Merfi; -Grekova-Ortnera; -Myussi-Georgiyevskogo (frenikussimptom); Isitma; Sariqlik - 10% atrofida

O'tkir xoletsistitning klinik ko'rinishi og'riq, mahalliy simptomlarning mavjudligi va yiringli intoksikatsiyaning rivojlanishi bilan bog'liq umumiy buzilishlar kabi asosiy belgilar bilan tavsiflanadi.

Og'riq. Xususiyatlari:

- Joylashishi: O'ng qovurg'a ostida
- Intensivligi: Kuchli va doimiy og'riq, kasallik kuchayishi bilan uning intensivligi ortadi.
- Tarqalishi: Og'riq o'ng kurak osti, kurak va yelkaga. Bazan yurak soxasiga stenokardiya xuruji kabi og'riq berishi mumkin. (xoletsistokoronarniy sindrom S.P.Botkina).
- Kamayishi: Spazmolitiklar fonida og'riq intensivligini to'liq yuqolishi

I. O'tkir xoletsistitni o'ziga xos belgilari (Maxalliy simptomlar):

- Grekova-Ortnera – Qo'lni qirrasi bilan o'ng qovurg'a ravog'iga urganda og'riq bo'lishi.
- Kera – Nafas olish cho'qqisida palpatsiya qilinganda qorin old devori o't qopi soxasida og'riq bo'lishi.
- Merfi – Shu soxasi palpatsiya qilish vaqtida nafas olishni to'xtatib qolish.
- Myussi-Georgiyevskogo (frenikus-simptom) - o'ngdagi sternokleidomastoid mushakning oyoqlari orasidagi palpatsiya paytida og'riq. Og'riq pastga tarqaladi.

II. Umumiy belgilar bemorda intoksikatsiya sindromining rivojlanishi

natijasida yuzaga keladi: ko'ngil aynishi va takroriy qusish, tana haroratining oshishi.

Asosiy va qo'shimcha laboratoriya tekshiruvlari

Asosiy laborator tekshiruvlar (majburiy):

- Umumiy qon tahlili (UQT);
- Umumiy siydik tahlili;
- Qon biokimyoviy taxlili (AST, ALT, Umumiy bilirubin, bog'langan bilirubin, albumin, kreatinin, mochevina, glyukoza, amilaza krovi);
- koagulogramma (protrombinoviy indeks, vremya svyortyvayemosti, vremya krovotecheniya, fibrinogen, AChTV); gruppasi krovi i Rh-faktor.
- Qorin bo'shlig'idagi eksudatni bakteriologik tekshiruvi;
- Gistologik tekshiruv (olingan makropreparat).

Ko'rsatmaga asosan qo'shimcha laborator tekshiruvlar:

- C-reaktiv oqsil;
- Umumiy oqsil va oqsil fraktsiyasi;
- OIV uchun qon tekshiruvi;
- Virusli gepatit.
- Elektrolitlar (ko'rsatmaga muvofiq);

Asosiy va qo'shimcha instrumental tekshiruvlar

Asosiy instrumental tekshiruvlar:

- Qorin bo'shlig'i UTT;
- EKG;
- qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi organlarining obzor R-grafiyasi tik holda;

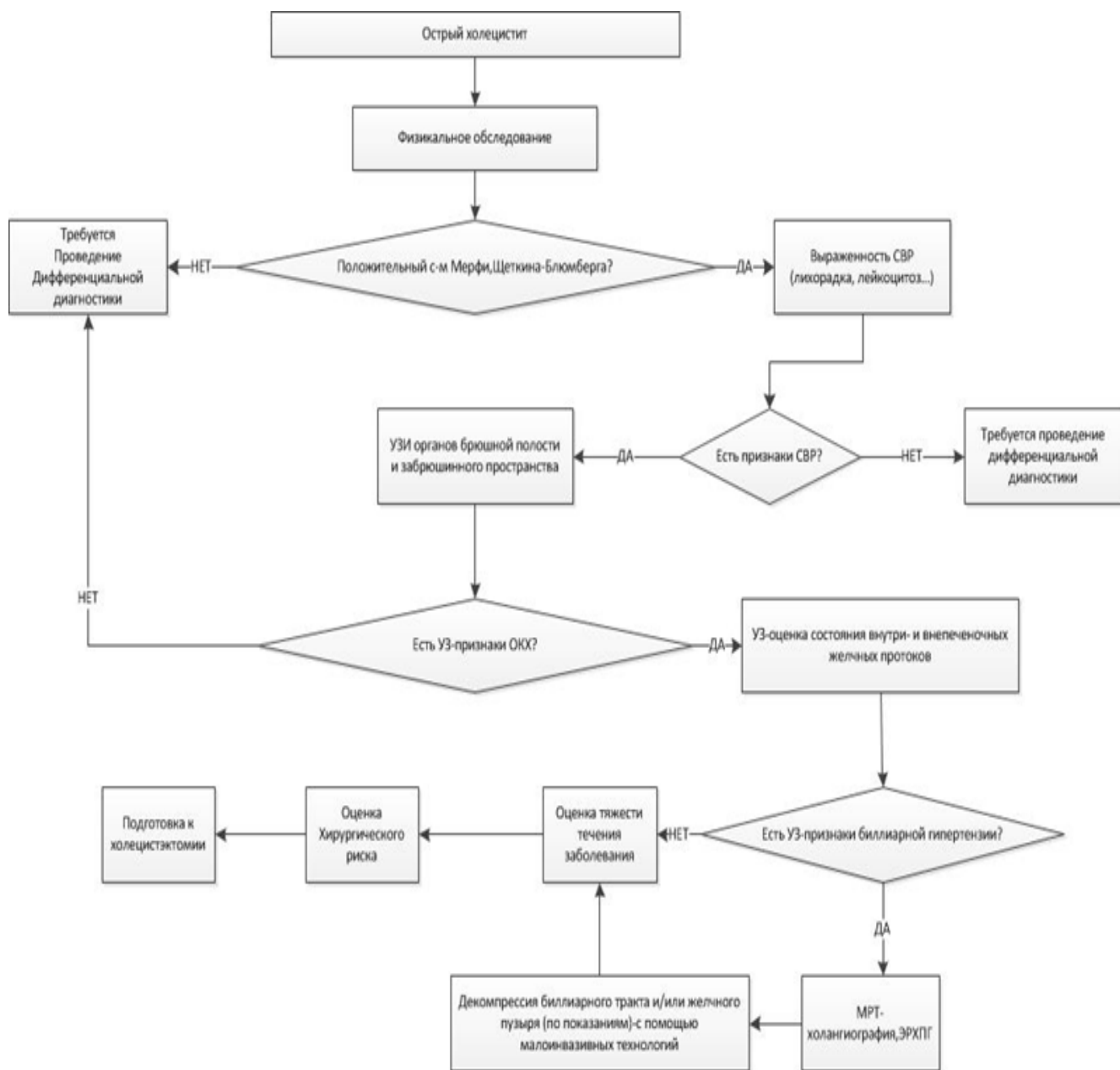
Ko'rsatmaga asosan qo'shimcha instrumental tekshiruvlar:

- EFGDS;
- Qorin bo'shlig'i a'zolari KT si;
- MRT (MRXPG) O't yuli;
- Intraoperatsionnaya xolangiografiya;
- Retrogradnaya xolangiopankreatikografiya;
- Diagnosticheskaya laparoskopiya.

Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:

- Reanimatolog ko'rigi – O'X og'ir kechishida;
- Anesteziolog ko'rigi – jarrohlik aralashuvi zarur bo'lsa, shuningdek, operatsiyadan oldingi davr uchun taktikani muvofiqlashtirish;
- Terapevta ko'rigi– birga keladigan somatik patologiyani davolashni tekshirish va muvofiqlashtirish;
- Boshqa mutaxassislar ko'rigi - mos keladigan patologiya mavjud bo'lganda.

O'X diagnostik algoritmi (sxema rus tilida berilgan):



Differentsial diagnostika

Jadval. 3

Nozologiya	Differentsial diagnostika uchun asos	Tekshiruvlar	Istisno qilish mezonlari (xarakterli simptomlar)
O'tkir xolangit	Klinik-laborator simptomlar	MTR da o't yo'lida kam intensivlikdagi yiringli suyuqlik aniqlanadi.	Sharko triadasi - aznob, sariqlik va qorin og'rig'i bilan birga isitma. Simptomlarning butun triadasi xolangit bilan og'rikan bemorlarning 50-70 foizida kuzatiladi.
Surunkali xoletsistit	Klinik-laborator simptomlar	Maxsus testlar yo'q. Jarrohlik materialida o't pufagining shilliq	Katta toshlardan o'rtacha intensivlik yoki surunkali og'riqning takroriy

		qavatining atrofiyasi va fibrozi aniqlangan.	hurujlari
Yara kasalligi	Klinik-laborator simptomlar	Endoskopik tekshiruv-EGDFS..	Ovqatdan keyin yoki och qoringa bir soat o'tgach paydo bo'ladigan qorin bo'shlig'idagi achishuvchi og'riq. Ko'pincha bemorning kechasi uyg'onishiga sabab bo'ladi. Ovqatlanish orqali og'riq yo'qoladi.
O'tkir pankreatit	Klinik-laborator simptomlar	Amilazaning uch yoki undan ko'p ortishi. Kompyuter tomografiyasi - oshqozon osti bezining yallig'lanish belgilari	Og'riqning kindik va epigastral soxaga uzatilishi. Kindik atrofi va bel soxasida exximozlar bo'lishi, og'ir pankreatitni ko'rsatadi.
O'roqsimon hujayrali anemiyada gemolitik kriz	Klinik-laborator simptomlar	Qon taxlilida - o'roqsimon hujayralar, gemoglobin S yoki S ko'rinishi.	O'TK bilan birga kelgan. Og'riq o't pufagi bilan bog'liq bo'lmagan qorinning har qanday qismida (shu jumladan o'ng qovurg'a ostida) lokalizatsiya qilinishi mumkin.
O'tkir appenditsit	Klinik-laborator simptomlar	Kompyuter tomografiyasi qalindashgan, siqilgan va qatlamli devorga yega kengaytirilgan appendiksni ko'rsatadi.	Og'riq odatda epigastral yoki kindik soxasidan boshlanadi va soxaga o'tadi..
O'ng tomonlama pastki bo'lak pnevmoniyasi	Klinik-laborator simptomlar	Rentgenogrammada o'ng o'pkaning pastki qismlarida qorayish kuzatiladi.	Haroratli yo'tal, isitma, auskultatsiya - bronxial nafas, krepitatsion xirillash, perkussiyada xiralik.
O'tkir koronar sindrom	Klinik-laborator simptomlar	EKG - ishemiya belgilari (ST segmentining ko'tarilishi yoki tushkunligi, T to'liqining inversiyasi, chap shoxi bloki) Qonda - yurak fermentlari darajasining oshishi.	Odatda sternum orqasida og'riq bor, siqish tabiati, jag' va chap yelkaga tarqaladi. Epigastriyga lokalizatsiya qilinishi mumkin. Angina tarixi yoki xavf omillari (chekish, gipertoniya, diabet, semirib ketish) mavjudligi bo'lishi mumkin.
GERK -	Klinik-laborator	Proton nasos	Ovqatdan keyin yurak

gastroezofageal reflyuks kasalligi	simptomlar	blokatorlarining sinovi simptomlarni yengillashtiradi yoki kamaytiradi. EGDFS - ezofagit belgilari. Rh-metriya - yuqori kislotalilikni ko'rsatadi <4.	urishi, yotganda yoki egilganda yomonroq. Oshqozonning kislotali tarkibini qaytarish yoki disfagiya.
------------------------------------	------------	---	--

Ambulator sharoitda davolash taktikasi (oilaviy poliklinikalar, TTYo-103)

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

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-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>

O'X hurujini bartaraf yetish.

O'X klinik ko'rinishi bo'lgan barcha bemorlar jarrohlik shifoxonasida shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak.

Nemedikamentoz davolash:

Diyeta: stol №5.

Yotoq rejimi.

Dori-darmonlar bilan davolash:

Spazmolitik terapiya: spazmalgon 5,0 ml x 2 marta, platifillin eritmasi 0,1% -2,0 ml x kuniga 2 marta.

Infuzion terapiya: glyukoza eritmasi 5% - 400,0 ml (yoki fiziologik eritma 0,9% - 400,0 ml) + novokain 0,5% - 50 ml x kuniga 2 marta

Jadval-4

Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish yehtimoli bor): dalillar darajasi ko'rsatilishi kerak

Farmako-terapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo'llash usuli	Dalil darajasi va manba
M-xolinoblokator	Atropin	t/o	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
suyuqliklar	Natriya xlorid, rastvor dlya infuziy 0.9 %	v/i	C https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

			terapii-70
Ringer elektrolitlar eritmasi muvozanatini tiklovchi.	Ringer eritmasi	v/i	C https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Plazmani almashtirish va perfuzion eritmalar.	Dekstroza	v/i	C https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Proton pompasi ingbitori	Omeprazol	Per os	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Analgetiklar	Metamizol natriy	m/o. v/i	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Nesteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar	Ketonal. Ketoprofen	m/o	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Maxalliy anestetiklar	Novokain	5 мг/мл (0.5%). 12 yoshdan oshgan bolalarda foydalanish uchun maksimal doz 15	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/li

		mg / kg ni tashkil qiladi.	brary/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Spazmolitik vosita	Papaverin	Mushak ichiga, teri ostiga yoki tomir ichiga yuborish bilan kattalar uchun bitta doz 10-20 mg ni tashkil qiladi; in'ektsiyalar orasidagi interval kamida 4 soat. Keksa bemorlar uchun boshlang'ich bir martalik doz 10 mg dan oshmaydi.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Jadval-5

Qo‘shimcha dorilar ro‘yxati (foydalanish yehtimoli 100% dan kam): dalillar darajasi ko‘rsatilishi kerak

Farmako-terapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo‘llash usuli	Dalil darajasi va manba
-	-	-	-

Xirurgik aralashuvi: yo‘q.

Keyingi tadbir: shifoxonaga yuborish.

Poliklinikada xavfsiz diagnostik usullar va davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari: o‘p vaqtida shifoxonaga yo‘naltirish.

Shoshilinch gospitalizatsiya uchun ko‘rsatmalar:

Agar "O‘tkir xoletsistit" ning klinik va laboratoriya-instrumental belgilari tashxisi aniqlansa, bemor jarrohlik bo‘limiga shoshilinch kasalxonaga yotqiziladi.

Statsionar sharoitda davolash taktikasi:[7,8,9,10]

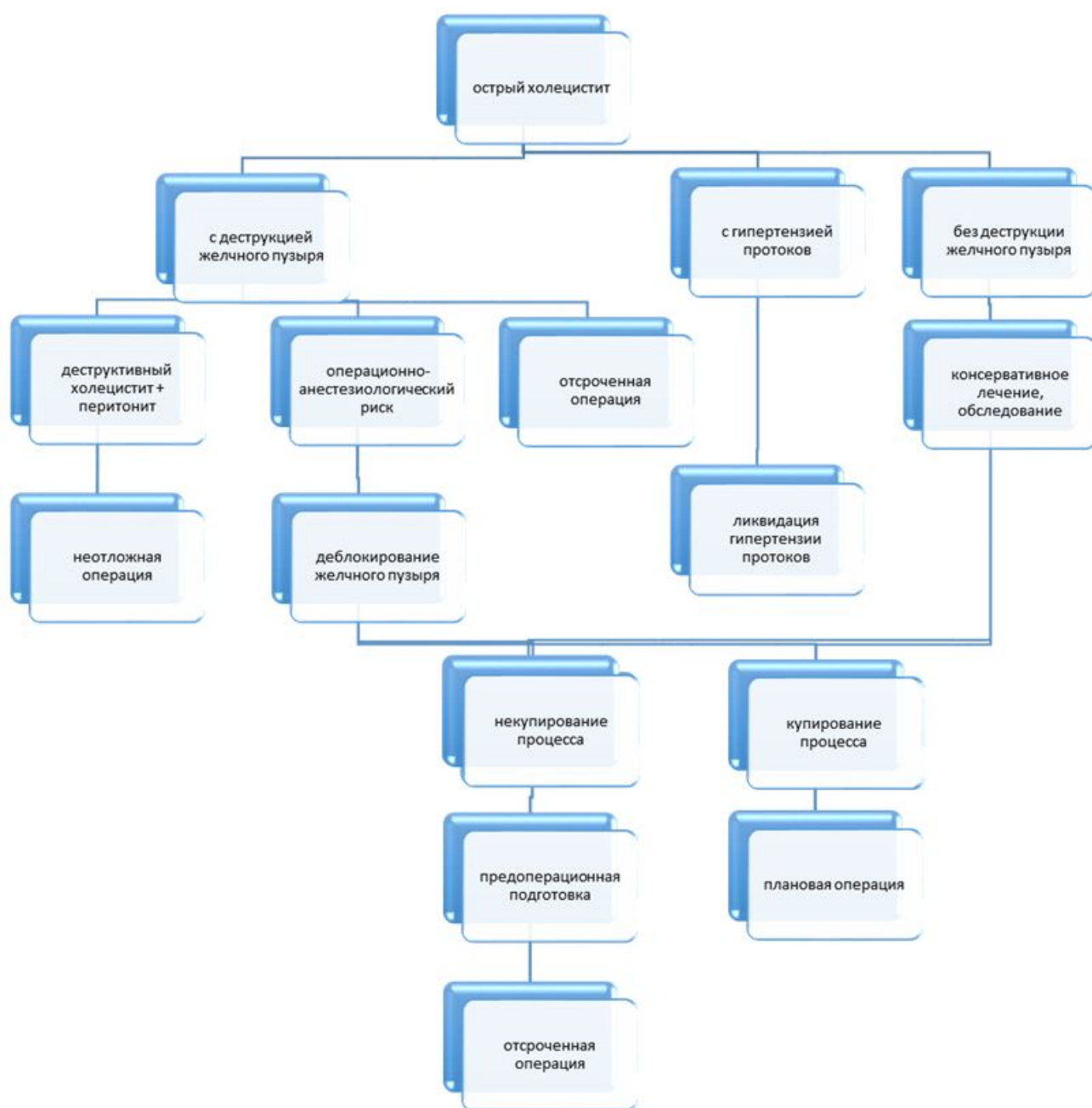
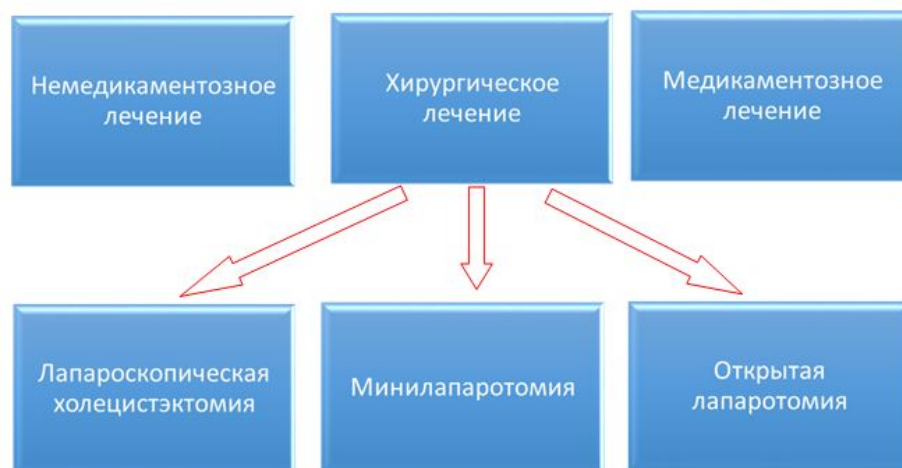
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20166341/>

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

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

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

- 1) bemorni kuzatish kartasi, bemorni marshrutlash (sxemalar, algoritmlar);



Peritonit bo'lganida O'X bilan og'riqan bemorlarda davolashni konservativ

usuldan boshlash tavsiya etiladi, bu ba'zi hollarda yallig'lanish jarayonini to'xtatishga imkon beradi..

Nemedikamentoz davolash:

- Diyeta: stol №5.
- Yotoq tartibi.

Medikamentoz davolash:

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

Spazmolitik terapiya: spazmalgon 5,0 ml x 2 marta, platifillin eritmasi 0,1% -2,0 ml x kuniga 2 marta.

Infuzion terapiya: glyukoza eritmasi 5% - 400,0 ml (yoki fiziologik eritma 0,9% - 400,0 ml) + novokain 0,5% - 50 ml x kuniga 2 marta

Jadval-6

Muhim dori-darmonlar ro'yxati (100% foydalanish yehtimoli bor): dalillar darajasi ko'rsatilishi kerak

Farmako-terapevtik guruh	Dori moddani XPN	Qo'llash usuli	Dalil darajasi va manba
Seftriakson Antibakterial preparat	Seftriakson	v/I, m/o 1-2 g kuniga bir marta yoki 2 dozaga bo'lingan (har 12 soatda). Og'ir holatlarda yoki patogenlari seftriaksonga o'rtacha sezgir bo'lgan infeksiyalarda sutkalik dozani 4 g gacha oshirish mumkin.	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Sefotaksim Antibakterial preparat	Sefotaksim	Asoratlanmagan infeksiyalar uchun - mushak ichiga yoki tomir ichiga, har 12 soatda 1 g; o'rtacha infeksiyalar uchun - mushak ichiga yoki tomir ichiga, har 8 soatda 1 - 2 g; sepsis uchun - tomir ichiga, har 6 - 8 soatda 2 g, hayot uchun xavfli infeksiyalar (meningit) uchun - tomir ichiga, har 4 soatda 2 g, maksimal sutkalik doza - 12 g davolash davomiyligi.	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Sefepim Sefalosporini IV Avlod	Sefepim	Dozalash rejimi kasallikning og'irligini hisobga olgan holda individual ravishda belgilanadi. 40 kg dan ortiq vaznli kattalar va bolalar - kuniga 2 marta 0,5-1 g; og'ir infeksiyalar uchun doz kuniga 2 marta 2 g gacha oshiriladi; hayot uchun xavfli infeksiyalar uchun - 7 kun davomida har 8 soatda tomir ichiga 2 g, umumiy sutkalik dozani maksimal 12 g ga yetkazish;	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Metronidazol	Metronidazol	Bir martalik doz 500 mg ni tashkil	B

Mikroblarga qarshi vositalar		qiladi, qabul qilish oralig'i 8 soat. Davolashning davomiyligi individual ravishda belgilanadi. Maksimal sutkalik doza 4 g dan oshmaydi.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Siprofloksatsin Mikroblarga qarshi vositalar	Siprofloksatsin	Vena ichiga 500 mg dan kuniga 1-2 marta 7-14 kun davomida; Maksimal yagona doz 500 mg, maksimal sutkalik dozasi 1000 mg.	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Levofloksatsin Mikroblarga qarshi vositalar	Levofloksatsin	Vena ichiga 500 mg dan kuniga 1-2 marta 7-14 kun davomida; Maksimal yagona doz 500 mg, maksimal sutkalik dozasi 1000 mg.	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Gentamitsin sulfat Aminoglikozid antibakterial preparat	Gentamitsin	mushak ichiga, vena ichiga 80 mg x 2-3 marta. Doza individual ravishda belgilanadi. Maksimal sutkalik doza 5 mg / kg ni tashkil qiladi.	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Amikatsin Aminoglikozid antibakterial preparat	Amikatsin	Mushak ichiga, tomir ichiga (oqim, 2 daqiqadan ko'proq yoki tomchilatib), har 8 soatda 5 mg / kg yoki har 12 soatda 7,5 mg / kg; bakterial infeksiyalar (asoratlanmagan) - har 12 soatda 250 mg; Kattalar uchun maksimal dozalar kuniga 15 mg / kg gacha, lekin 10 kun davomida kuniga 1,5 g dan oshmasligi kerak. Vena ichiga yuborish uchun davolash davomiyligi 3-7 kun, mushak ichiga yuborish uchun - 7-10 kun.	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

		Amikasin tomir ichiga 30-60 daqiqa davomida tomchilab yuboriladi, agar kerak bo'lsa - oqim.	
Atropin sulfat M-xolinoblokator	Atropin	teri ostiga yoki mushak orasiga 0,25-1 mg (0,25-1 ml)	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Flukonazol-SVS Zamburug'ga qarshi vositalar	Flukonazol-	Haftada bir marta 150 mg (3 kapsula).	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Suv-elektrolitlar balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar. Elektrolitlar..	Natriya xlorid, Infuzion eritma 0,9%	Infuzion eritma 0,9% 400 ml	C https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Suv-elektrolitlar balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar. Elektrolitlar..	Ringera eritmasi	Infuzion eritma 500 ml	C https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Suv-elektrolitlar balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar. Elektrolitlar..	(5%) Dekstroza	Infuzion eritma 500 ml	C 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
Omeprazol. Proton nasos ingibitori	Omeprozol	20-40 mg x kuniga 1-2 marta	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Analgin Analjeziklar. Analjeziklar - boshqa antipiretiklar. Pirazolonlar. Metamizol natriy	Metamizol natriy	Kattalar va 15 yoshdan oshgan o'smirlar uchun bitta doz 500-1000 mg (1-2 ml 50% eritma) kuniga 2-3 marta 3-5 kundan ortiq bo'lmagan muddatda.	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Ketonol. Ketoprofen. Nonsteroidallan ishga qarshi himoya	Ketoprofen.	Бир ампула (100 мг) кунига бир ёки икки марта мушак ичига киритилади.	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Mahalliya anestiklar	Novokain	5 mg/ml (0,5%). 12 yoshdan oshgan bolalarda foydalanish uchun maksimal doz 15 mg / kg ni tashkil qiladi.	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Antikoagulyant	Geparin	Vena ichiga va teri ostiga yuborish uchun eritma 5000 IU/1 ml: flakon. Tromboz shakllanishining oldini olish uchun kichik dozalarni (kuniga 3-4 marta 5000 IU) teri ostiga yuborish bilan AChTV ni muntazam ravishda kuzatib borish kerak, chunki u biroz	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

		oshadi.	intensivnoi-terapii-70
Spazmolitik vosita	Papaverin	Mushak ichiga, teri ostiga yoki tomir ichiga yuborish bilan kattalar uchun bitta doz 10-20 mg ni tashkil qiladi; in'ektsiya oralig'i kamida 4 soatni tashkil qiladi, keksa bemorlar uchun dastlabki bitta doz 10 mg dan oshmaydi.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Narkotik analgetik	Promedol (trimeperidin)	In'ektsiya uchun eritma. 2% (20 mg/1 ml). 0,01 g dan 0,04 g gacha (1 ml 1% eritmadan 2 ml 2% eritmagacha). Anesteziya paytida preparat tomir ichiga 0,003-0,01 g fraksion dozalarda kiritiladi.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Gistamin H1 retseptorlari blokatori. Allergiyaga qarshi dori	Dimedrol	10 mg/ml vena ichiga va mushak ichiga yuborish uchun eritma: amp. vena ichiga yoki chuqur mushak orasiga kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga bir martalik 10-50 mg dozada buyuriladi, maksimal sutkalik dozasi 200 mg.	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Qayt qilishga qarshi vosita	Metoklopramid 5-10 mg/2-4 ml	ichkariga, mushak ichiga, vena ichiga	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Antiseptik	Povidon – yod 10% eritmasi	tashqi foydalanish	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Antiseptik	Xlorgeksidin	tashqi foydalanish	A

	0,05% suvli eritmasi		https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Antiseptik	Etanol 70%	tashqi foydalanish	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Antiseptik	vodorod perekisi 3% eritmasi	tashqi foydalanish	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Jadval-7

Qo‘shimcha dorilar ro‘yxati (foydalanish yehtimoli 100% dan kam): dalillar darajasi ko‘rsatilishi kerak

Farmako-terapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo‘llash usuli	Dalil darajasi va manba
Gemostatik preparat	Etamsilat, eritma in'ektsiya 12,5-2 ml	mushak ichiga vena ichiga, operatsiyadan bir soat oldin 250-500 mg	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Diuretik	Furosemid, 20-40 mg, in'ektsiya uchun eritma 1-2 ml	tomir ichiga, ichkariga	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru

			u/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Spazmolitik vosita	Aminofillin, 0,12-0,24 g, 5-10 ml, 2,4% eritmasi	Vena ichiga sekin	B https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Alfa i beta adrenomimetiki	Epinefrin, in'ektsiya uchun eritma 0,18% -1 ml	vena ichiga, teri orstiga, mushak orasiga asta-sekin 0,5 ml boshiga 20 ml 40% glyukoza eritmasi bilan	https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70
Qon komponinti	Eritrotsitlar suspenziyasi, ko'rsatkichlarga ko'ra	Vena Ichiga tomizish	A https://lex.uz/docs/6590074 https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70

Xirurgik aralashuv.

Agar keyingi 12-24 soat ichida konservativ davu samarasiz bo'lsa va peritoneal klinik belgilari, destruktiv xoletsistitning klinik va ultratovush belgilari paydo bo'lsa, shoshilinch ravishda laparoskopik yoki an'anaviy xoletsistektomiya amalga oshiriladi.

Shoshilinch jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar (bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab dastlabki 4-6 soat ichida amalga oshiriladi) mahalliy yoki diffuz peritonit belgilari bilan distuktiv xoletsistitning barcha shakllari hisoblanadi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik: shoshilinch operatsiya oldidan oshqozonni yuvish, qisqa muddatli infuzion terapiya.

Tromboembolik va infeksiyon asoratlarning oldini olish.

Kechiktirilgan operatsiya bo'lsa, bir kun oldin tozalovchi ho'qna qilinadi. Operatsiyadan 30-40 daqiqa oldin, Sefalosporin antibiotiklarini yuborish.

Anesteziya turlari: o'tkir xoletsistit uchun jarrohlik aralashuvlar Endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Keksa odamlarda yoki og'ir kasalliklarga chalingan bemorlarda og'riqsizlantirishning boshqa usullari tanlanishi mumkin. Bu masala anesteziolog ishtirokida alohida hal qilinadi.

Jarrohlik aralashuvi usulini tanlash.

Tanlangan usul - laparoskopik xoletsistektomiya (LXEK). LXEK uchun qarshi kursatmalar mavjud bo'lsa, an'anaviy usulda xoletsistektomiya tavsiya yetiladi.

Laparoskopik xoletsistektomiya bosqichlari (1-rasm).

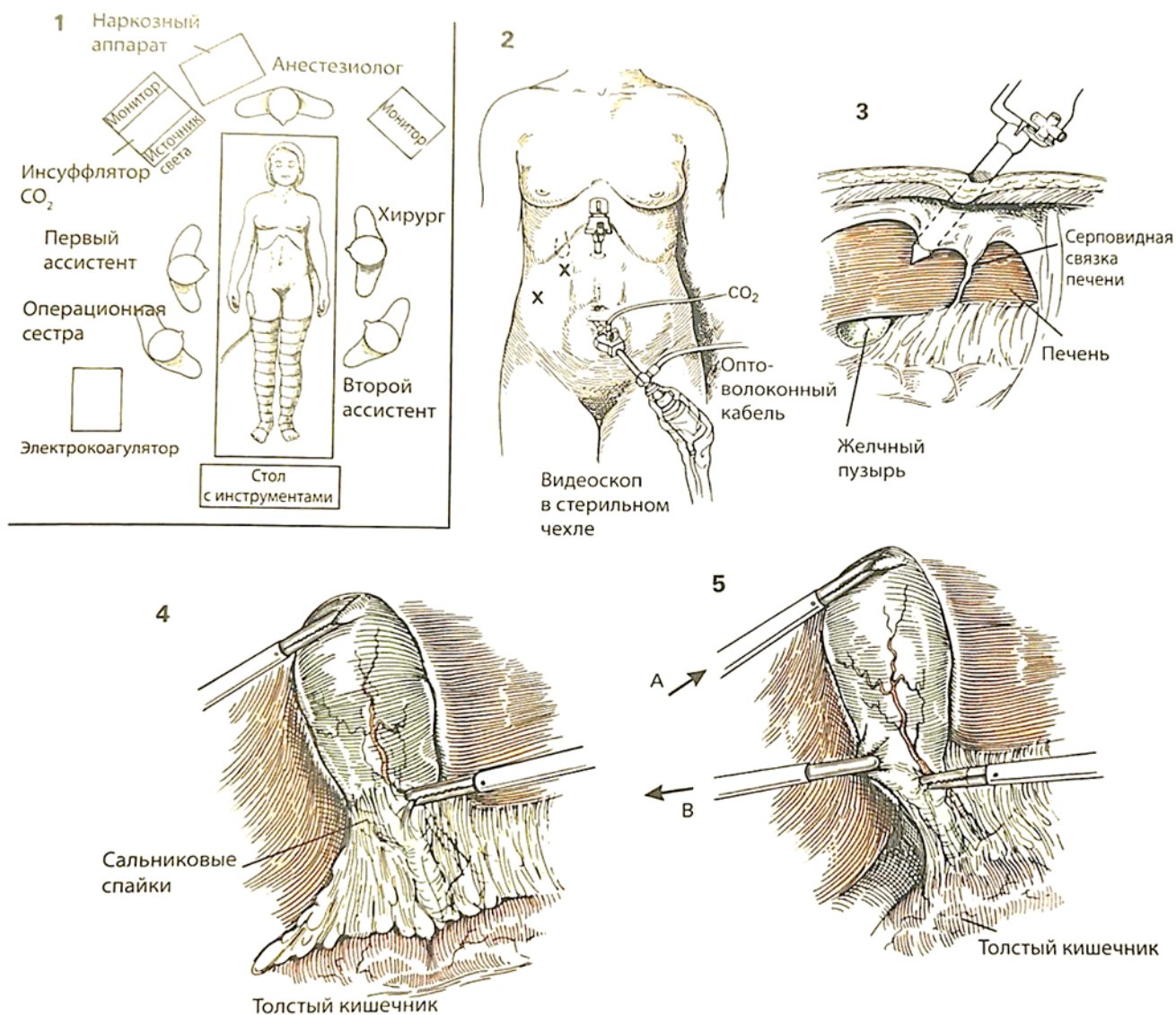
1. Pnevmooperitoneumni qo'llash.

Laparoskopik xoletsistektomiyani amalga oshirishda birinchi qadam pnevmooperitoneumni yaratishdir. Pnevmooperitoneumning belgilari qorin devorining kengayishi va perkussiyada jigar to'mtoqligining yo'qligi. Jarrohlik paytida qorin bo'shlig'i bosimi 12 mmHg dan oshmasligi kerak.

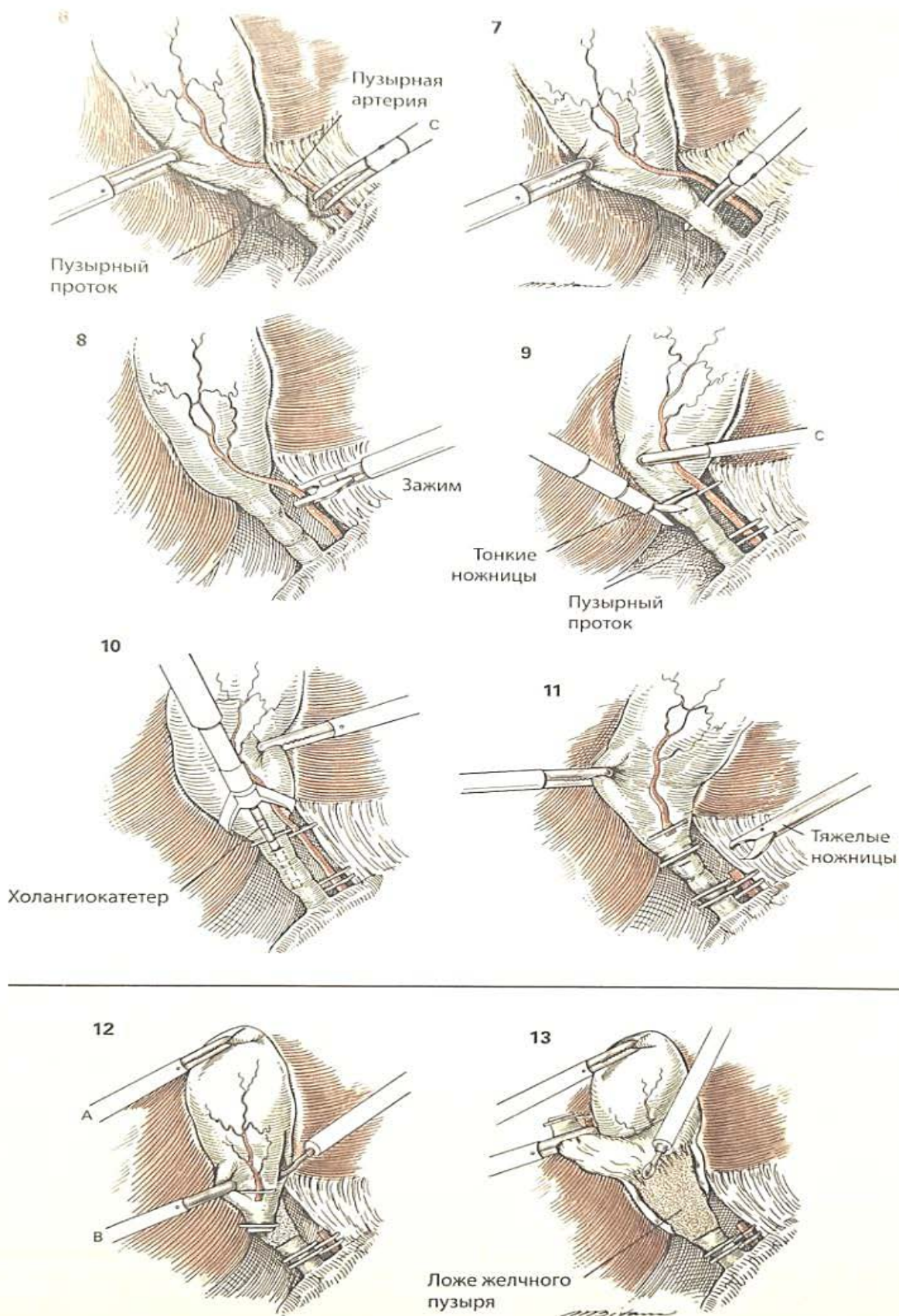
2. Xoletsistektomiya

Qorin bo'shlig'ini tekshirgandan so'ng, haqiqiy operatsiya boshlanadi. Bemor 20-30 graduslik burchak ostida Fovler pozitsiyasiga o'tkaziladi va bir oz chap tomonga buriladi. Birinchi yordamchi yon lateral 5 mm troakar orqali o'rnatilgan atravmatik qisqich yordamida o't pufagi tubini ushlaydi va o't pufagini diafragma tomon harakatlantirganda yuqoriga ko'taradi. Keyin ikkinchi qisqich qorin bo'shlig'iga o'rta klavikulyar chiziq bo'ylab o'rnatilgan troakar orqali kiritiladi. O't pufagi yuqoriga va gepatoduodenal ligamentdan uzoqqa tortiladi, buning natijasida Kalo uchburchagi paydo bo'ladi.

Elektrokoagulyatsiya yordamida o't qopi ustidagi qorin bo'shlig'iga tushiladi. Ishchi port orqali o'rnatilgan qichqich disektor yordamida jarroh Kalo uchburchagi sohasida to'mtoq to'qimalarni ajratishni boshlaydi. O't yo'li asosan to'mtoq usul yordamida ajratiladi. O't yo'li va o't pufagining birikmasini aniqlashga alohida E'tibor berilishi kerak. To'qimalarni tayyorlash o't pufagining o't yo'liga qo'shilishidan medial va lateral tomondan amalga oshirilishi kerak. O't qopi yo'li darvozasida to'qimalarni ajratish xavfsiz emas. O't pufagi yo'li aniqlagandan so'ng, unga qisqichlar darhol o't pufagi devorining 2/1 qismidan distalga o'rnatiladi va o't qopi yo'lining proksimal qismida ikkita qisqich qoldirib, qaychi bilan bo'linadi. Kista arteriyasi aniqlangandan so'ng, unga 3 ta qisqich (2/1) qo'yiladi va bo'linadi, arteriyaning proksimal qismida ikkita klip qoladi. Keyin o't pufagi elektrokoagulyatsiya yordamida jigar to'qimasida ajratiladi. Disseksiya o't pufagining bo'yin qismidan boshlanadi va jigar yuzasi bo'ylab yuqoriga qarab davom etadi, o't pufagi devorini va jigar orasidagi bo'shliqni ochadi. Keyin o't pufagi tortiladi va jigardan butunlay ajratiladi. Xoletsistektomiya. O't pufagi 5 mm troakarlari orqali o'rnatilgan qisqichlar bilan ushlab turiladi. O't pufagi 10 mm epigastral troakarni kiritish orqali chiqariladi. O't pufagi qorin bo'shlig'idan chiqarilgandan so'ng, pnevmooperitoneum troakarlari orqali chiqariladi, keyin esa xavo ham chiqariladi. Aponevrozdagi kesma alohida so'rilmaydigan iplar bilan tikiladi va teri kesmasi ustiga tugunli choklar qo'yiladi.



Rasm. 1. Laparoskopik xoletsistektomiya bosqichlari:
 1,2,3 - troakar oʻrnatish zonasi; 4,5 - oʻt pufagining gepatoduodenal ligamentdan yuqoriga va yon tomonga tortilishi.



Rasm. 1.1. Laparoskopik xoletsistektomiya bosqichlari:

6– qorin pardaning o‘t qopi ustida ochilishi; 7 – o‘t yo‘li va o‘t qopi arteriyasini ajratish; 8,9-o‘t qopi arteriyasiga klipni qo‘llash 11 – o‘t yo‘liga klipni qo‘llash; 12,13 - o‘t pufagini jigar to‘qimasidan ajratish.

An'anaviy xoletsistektomiyani amalga oshirishning quyidagi usullari mavjud:

- 1) o't pufagini tubidan olib tashlash;
- 2) o't pufagini bo'ynidan olib tashlash;
- 3) kombinatsiyalangan usul yordamida xoletsistektomiya.

An'anaviy xoletsistektomiya bosqichlari.

O't pufagini tubdan eolib tashlash:

1. Yuqori o'rta laparotomiya.

2. O't qopi va uning atrofidagi organlar orasidagi yopishishlarni ajratish.

3. O't pufagi va jigardan tashqari o't yo'llarini tekshirish va palpatsiya qilish, toshlar, chandiqli torayishlar va o'smalarni aniqlash. Agar kerak bo'lsa, jigardan tashqari o't yo'llarining ochiqligiga to'liq ishonch hosil qilish uchun operatsiya xonasida xolangiografiya o'tkaziladi. Buning uchun o't pufagi yoki umumiy o't yo'li teshiladi va 8-10 ml 50-70% li kardiomas yoki 30% yodolipol yuboriladi.

Jarrohlik maydoni steril salftetka bilan qoplangan va kontrastni o't yo'llariga kiritilgandan so'ng darhol rentgenografiya o'tkaziladi.

4. Qorin bo'shlig'i to'rtta doka salftetka bilan o'raladi. Birinchi salftetka omental teshikka, ikkinchisi o'ng lateral kanalga, uchinchisi oshqozondan oldingi va omental bursaga, to'rtinchisi yesa jigar va diafragma orasidagi bo'shliqqa kiritiladi.

5. O't pufagining ajratish. Qisqichdan foydalanib, O't pufagining tub qismini ushlang va qorin pardaning jigardan o't pufagigacha bo'lgan tutashgan joyidan 1,5 sm oraliqda, seroz pardani kesib oling. Qisqichini tortib, o't pufagi jigar to'qimasidan bo'yingacha yo'nalishda to'g'ridan-to'g'ri ajratiladi, jigardan o't pufagiga o'tadigan tomirlarni bog'laydi. O't qopini yorilish xavfi mavjud bo'lsa, birinchi navbatda puntsiya qilinadi va uning tarkibi chiqariladi. O't pufagini jigar to'qimasidan ajratib qo'ygandan so'ng, o't qopi bo'yni ajratiladi, so'ngra u atrofdagi to'qimalardan ajratiladi.

6. O't pufagi arteriyasini bog'lash. Ko'pincha o't qopini chap tomonida va orqasida joylashgan o't pufagi arteriyasining asosiy magistrallari ajratilgan. O't pufagi arteriyani qulayroq ochish uchun o't pufagini pastga va o'ngga torting. To'g'ri jigar arteriyasining o'ng tarmog'ining ligaturaga yopishib qolmasligi uchun o't qopi arteriyasining umumiy magistralini bog'lash uning terminal shoxlariga bo'linishidan darhol amalga oshiriladi.

7. O't pufagi yulini ajratish. Qorin pardasini gepatoduodenal bog'larning yerkin qirrasini bo'ylab kesib, umumiy o't yo'lga oqib o'tadigan joydan 1-1,5 sm orqaga chekinib, uni ikkita qayrilgan qisqich bilan mahkamlang va kesib o'ting. O't pufagini olib tashlaganingizdan so'ng, o't pufagi yod eritmasi bilan tozalani va ipak ip bilan qisqich ostida tikiladi, uning uchlari avval bir tomondan, keyin yesa boshqa tomondan bog'lanadi. Birinchi ligaturaning ostiga ikkinchi ligatura qo'yiladi.

8. O't qopi lojasiga ishlov berish. O't qopi yo'lining chultog'i va o't pufagi lojasini peritonizatsiyalash bo'lib, qorin pardaning chetlarini so'riladigan chok bilan tikadi. Flegmonoz yoki gangrenoz xoletsistitda o't pufagi lojasi peritonizatsiya qilinmaydi, balki unga doka tamponlar va drenaj trubkasi o'rnatiladi. O't pufagining peritonizatsiyasini tugatgandan so'ng, qorin bo'shlig'ini qon quyqalarini ehtiyotkorlik tozalang va jigardan qon ketishini tekshiring.

9. Qorin bo'shlig'ini drenajlash. Qorin bo'shlig'i 30-40 sm uzunlikdagi bitta trubka

bilan drenajlanadi, u pufak yo‘li va o‘t pufagi lojasiga keltiriladi.

O‘t pufagini bo‘ynidan olib tashlash:

1. O‘t pufagini bo‘ynidan ajratish. O‘t pufagini shu tarzda olib tashlashda, o‘t yo‘llarining konturini yaxshiroq qilish uchun siz o‘t pufagini bo‘yniga yaqinroq qilib, Luyer qisqichi bilan ushlab, uni bir oz tortib, 2-4 sm dan korin parda kesib ajratiladi. Ajratilgan qorin pardaning chetlari qisqich bilan ushlanadi va disektor bilan o‘t pufagi yo‘lining har tomondan umumiy o‘t yo‘liga oqib o‘tadigan nuqtaga qadar ehtiyotkorlik bilan ajratib turadi.
2. O‘t yulini bog‘lanishi va kesishishi. O‘t pufagi umumiy o‘t yo‘liga oqib o‘tadigan joydan 1-1,5 sm masofada pastdan ikkita qisqichga olinadi va kesiladi. O‘t yulini bog‘lash va uning uchini o‘t pufagini pastki qismdan bo‘yingacha ajratib bir xil tarzda amalga oshiriladi.
3. O‘t pufagi arteriyasini bog‘lash. Operatsiyaning ushbu bosqichini yengillashtirish uchun o‘t yo‘lini qismi pastga va old tomonga tortiladi. Tomirlar alohida-alohida yoki ko‘pincha qorin parda qatlamlari bilan birga bog‘lanadi.
4. O‘t pufagini lojadan ajratish. Shundan so‘ng, o‘t pufagini qoplaydigan qorin pardasi jigarga o‘tadigan joydan 1,5 sm orqaga surib, bir tomondan va ikkinchi tomondan ajratiladi. Qorin pardasi jigar tomon siljiydi va o‘t pufagi qisman to‘mtoq, qisman o‘tkir yo‘llar bilan ajratiladi qilinadi va chiqariladi. O‘t qopi lojasi peritonizatsiyasi yuqorida tavsiflangan tarzda amalga oshiriladi.

Operatsiyadan vaqtda va operatsiyadan keyingi asoratlar

Operatsiya vaqtda eng og‘ir asoratlar qon ketishi va o‘t yo‘llarining shikastlanishidir. O‘t yo‘llarining shikastlanish darajasi laparoskopik jarrohlikda 10 000 bemorga 36 dan 47 gacha, laparotomiyadagi 10 000 bemorga 19 dan 29 gacha.

Ko‘pgina nashrlar shuni ko‘rsatadiki, o‘t yo‘llarining shikastlanish darajasi bo‘yicha erta LXE xurujlarni bartaraf etgandan so‘ng amalga oshirilgan kechiktirilgan shunga o‘xshash operatsiyalar natijalaridan sezilarli darajada farq qilmaydi va shunga o‘xshash konversiya darajasi bilan birga keladi.

Operatsiya ichidagi asoratlarning oldini olish O‘X uchun operatsiya vaqtini belgilash bo‘yicha tavsiyalarga qat‘iy rioya qilish, LXE dan minilaparotomiyaga kirish yoki ochiq operatsiya texnikasiga o‘z vaqtida o‘tish (konversiya), operatsiyani bajarish texnikasi va xavfsizlik qoidalariga ehtiyotkorlik bilan rioya qilishdan iborat.

Malakasi yetarli bo‘lmagan jarroh tomonidan xoletsistektomiya operatsiyasini o‘tkazishda asoratlar xavfini oldindan aytib bo‘lmaydi.

- Operatsiya paytida ham, operatsiyadan keyingi tizimli asoratlarning oldini olish maqsadida jarrohlik davolashning zamonaviy minimal invaziv usullaridan foydalanish tavsiya etiladi

Operatsiyadan keyingi davolash:

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

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

- erta faollashtirish;
- birinchi kundan boshlab enteral oziqlanish, suyuq ovqat - ichak peristaltikasi paydo bo‘lishi va gazlar chiqishi bilan;

- nazogastral naychani olib tashlash (agar oʻrnatilgan boʻlsa) - operatsiya kunida;
- koʻrsatmalarga koʻra - infuzion terapiyani davom ettirish, antibakterial terapiya, birga keladigan kasalliklarni davolash;
- past molekulyar ogʻirlikdagi geparinlar bilan tromboyembolik asoratlarni va mikrosirkulyatsiya buzilishlarining oldini olish;
- ajralma boʻlmaganda 2-3 kun davomida nazorat drenajini (oʻrnatish holatlarida) olib tashlash;
- LXEdan soʻng jarrohdagi choklarni olib tashlash - 4-kun, ochiq xoletsistektomiyadan keyin - 6-7-kun;
- operatsiyadan keyin kasalxonadan chiqarishda amaliyot asoratsiz kechganida LXEdan keyin 2-4 kun, minilaparotomiyadan keyin 4-6 kun, laparotomiyadan keyin 6-8 kun amalga oshiriladi;
- xoletsistektomiyadan soʻng bemor shifoxonadan chiqqandan keyin 2 hafta davomida kuzatilishi kerak. sariqlik, koʻngil aynishi, qusish, qorin ogʻrigʻi, ishtanini buzilishi kabi belgilarning mavjudligi yoki yoʻqligi. Jaroxatda yalligʻlanish belgilari borligi

Davolashning samaradorligi koʻrsatkichlari:

- OʻX simptomatik koʻrinishlarini bartaraf etish;
- jarrohlik yarasining birlamchi bitishi, operatsiyadan keyingi erta davrda operatsiyadan keyingi yaraning yalligʻlanish belgilari va kechki davrda churraning yoʻqligi;
- operatsiyadan keyingi davrning murakkab kechishini koʻrsatuvchi sariqlik, isitma, ogʻriq va boshqa belgilarning yoʻqligi.

Protokolning tashkiliy jihatlar:

Mualliflar manfaatlar toʻqnashuvi yoʻqligini eʼlon qilmaydi.

2) ekspertlar (respublika va xorijiy davlatlar mutaxassislari) maʼlumotlari;

Protokolni ishlab chiqilgandan keyin har 5 yilda bir marta koʻrib chiqish tavsiya etiladi.

4) foydalanilgan adabiyotlar roʻyxati (bayonnoma matnida sanab oʻtilgan manbalarga havolalar kerak).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR ROʻYXATI

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.

**“O‘TKIR XOLETSISTIT”DA TASHXISLASH VA
DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

2. Kirish qism

	KXT-10	KXT-11
Kod	K81.0. O‘tkir xolesistit	DC11-DC12. O‘tkir xolesistit
Havola	https://mkb-10.com/index.php?pid=10399	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448

2. Asosiy qism

Kirish. O‘t pufagi va o‘t yo‘llarining kasalliklari ichki organlarning keng tarqalgan patologiyasi hisoblanadi. Xolelitiyoz rivojlangan mamlakatlarning kattalar aholisining 20 foizigacha ta'sir qiladi. O‘t yo‘llari kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning soni gastroduodenal oshqozon yarasi bilan og‘rigan odamlarning sonidan ikki baravar ko‘p. So‘nggi yillarda mamlakatimizda o‘tkir xoletsistit bilan kasallanish 5 barobarga oshdi

Ta'rif. O‘tkir xoletsistit (O‘X) – o‘t pufagining o‘tkir yallig‘lanishi, o‘t qopi yo‘lini obturatsiyasi sababli yuzaga keladi, asosan tosh bilan, safro infeksiyasi, o‘t pufagidagi gipertenziya, uning devorining destruksiya bo‘lishi va peritonitning rivojlanishiga olib keladi.

O‘t pufagi devoridagi o‘tkir yallig‘lanish va nekrobiotik jarayonlarning asosiy sababi o‘t pufagi ichidagi bosimning 200-300 mm suvgacha ko‘tarilishidir. Qoida tariqasida (90-95%), bu tosh, shilimshiq yoki quyuq safro va boshqalar bilan obturatsiya natijasida o‘t pufagidan (O‘P) safro va yallig‘lanish yekssudatining chiqishi buzilishi tufayli yuzaga keladi. Kasallikning patogenezida (o‘tkir yallig‘lanish) lizoletsitin (oshqozon-ichak shilliq qavatining shikastlanishi paytida ajralib chiqadigan fosfolipaza a tomonidan safro lesitinidan aylanadi) va prostaglandinlar ye va F1a ishlab chiqarishning ko‘payishi katta ahamiyatga ega.

Tasnif. Tasnifi (Etiologiyasi, bosqichlari bo‘yicha).

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

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

Qoida tariqasida, O‘X tasnifi klinik va morfologik printsipga asoslanadi-kasallikning klinik ko‘rinishlarining oshqozon-ichak trakti, qorin bo‘shlig‘idagi patologoanatomik o‘zgarishlarga va 2007 yilda jigardan tashqari safro yo‘llaridagi o‘zgarishlarning tabiatiga bog‘liqligi. O‘tkir xoletsistit bo‘yicha Tokio shartnomasi kasallikning og‘irligini tasniflash tamoyillariga qo‘shdi . O‘X tasnifi bo‘yicha barcha mavjud takliflarni umumlashtirib, biz ularning asosiy tamoyillarini shartli ravishda ajratib ko‘rsatishimiz mumkin

Yengil daraja (grade I). Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko‘ra infeksiya belgilari mavjud bo‘lsa, bemorlarga og‘iz orqali antibiotiklar buyuriladi. Nonsteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (Diklofenak) analgetiklar va prostaglandin ingibitorlari tavsiya yetiladi. Yengil O‘X bilan og‘rigan bemorlar uchun dori terapiyasi yetarli bo‘lishi mumkin va bu holda shoshilinch jarrohlik ko‘rsatilmaydi. Biroq, ko‘pchilik bemorlar asosiy aralashuv sifatida LXE qilish mumkin.

O‘rta daraja (grade II). Odatda, ushbu guruhdagi bemorlar dori terapiyasiga javob

bermaydilar. Jarrohlik masalasi odatda kasallik paytidan boshlab 1 hafta ichida hal qilinadi. LXEK yoki ochiq Xoletsistektomiya tanlov usuli hisoblanadi, ammo bu guruhda operatsiya eng tajribali jarrohlar tomonidan amalga oshirilishi kerak. Agar LXEK vaqtida texnik qiyinchiliklar yuzaga kelsa, muammo darhol konvertsiya foydasiga hal qilinadi. Teri orqali xoletsistostomiya jarrohlik xavfi juda yuqori bo'lgan hollarda klinik vaziyat yaxshilanmaguncha vaqtinchalik chora sifatida qo'llaniladi.

Og'ir daraja (grade III). Bemorlarning ushbu guruhi intensiv terapiyani, organlarning disfunktsiyasini kuzatishni va tuzatishni talab qiladi. Favqulodda chora - o't pufagining perkutan drenaji yoki punktsiyon xoletsistostomiyasi. Stabillashtirgandan so'ng, bu mumkin xoletsistektomiyani amalga oshirish. Shu bilan birga, o't pufagining teshilishi fonida safro peritonitida qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan favqulodda xoletsistektomiya ko'rsatiladi.

O'tkir xoletsistitning tasnifi (Prudkov M. E., 2007).

Patogenez: obturativ, fermentativ, qon tomir.

Etiologiyasi bo'yicha: Toshli, toshsiz va parazitlar

Klinik va morfologik shakllar:

- Kataral.
- Flegmonoz.
- Gangrenoz.
- Perforativ.

Asoratlari:

- Gepatopankreatobiliar zona: mexanik sariqlik, Mirizzi sindromi, xoledoxolitiyoz, xolangit, ichki biliodigestiv oqmalar, o'tkir biliar pankreatit.
- Qorin bo'shlig'i: peritonit-chegaralangan (infiltrat, xo'ppoz), chegaralanmagan (mahalliy, diffuz, tarqalgan), yallig'lanish shakli bo'yicha (seroz, seroz-fibrinoz, biliar, fibrinoz-yiringli, yiringli), bosqichlari bo'yicha (reaktiv, toksik, terminal).
- Umumiy: Sepsis, pnevmoniya, organ va organlar tizimini disfunktsiyalar

Diagnostik yondashuv tartibi va usullari

1) protsedura yoki aralashuvning maqsadi : o'tkir xoletsistitni va uning asoratlarini bartaraf etish.

2) protsedura yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar : qarshi ko'rsatmalar yo'q.

3) protsedura yoki aralashuvga ko'rsatmalar : o'tkir xoletsistit uchun

4) protsedura yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar : Mutaxassisning UASh diplomi va umumiy jarrohlik yoki intensiv terapiya, shoshilinch tibbiy yordam mutaxassisligi bo'lishi kerak.

5) protsedura yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati:

O'tkir xoletsistitning klinik ko'rinishi og'riq, mahalliy simptomlarning mavjudligi va yiringli intoksikatsiyaning rivojlanishi bilan bog'liq umumiy buzilishlar kabi asosiy belgilar bilan tavsiflanadi.

Og'riq. Xususiyatlari:

- Joylashishi: O‘ng qovurg‘a ostida
- Intensivligi: Kuchli va doimiy og‘riq, kasallik kuchayishi bilan uning intensivligi ortadi.
- Tarqalishi: Og‘riq o‘ng kurak osti, kurak va yelkaga. Bazan yurak soxasiga stenokardiya xuruji kabi og‘riq berishi mumkin. (xoletsistokoronarnyy sindrom S.P.Botkina).
- Kamayishi: Spazmolitiklar fonida og‘riq intensivligini to‘liq yuqolishi

I. O‘tkir xoletsistitni o‘ziga xos belgilari (Maxalliy simptomlar):

– Grekova-Ortnera – Qo‘lni qirrasi bilan o‘ng qovurg‘a ravog‘iga urganda og‘riq bo‘lishi.

– Kera – Nafas olish cho‘qqisida palpatsiya qilinganda qorin old devori o‘t qopi soxasida og‘riq bo‘lishi.

– Merfi – Shu soxasi palpatsiya qilish vaqtida nafas olishni to‘xtatib qolish.

– Myussi-Georgiyevskogo (frenikus-simptom) - o‘ngdagi sternokleidomastoid mushakning oyoqlari orasidagi palpatsiya paytida og‘riq. Og‘riq pastga tarqaladi.

II. Umumiy belgilar bemorda intoksikatsiya sindromining rivojlanishi natijasida yuzaga keladi: ko‘ngil aynishi va takroriy qusish, tana haroratining oshishi.

Asosiy laborator tekshiruvlar (majburiy):

- Umumiy qon tahlili (UQT);
- Umumiy siydik tahlili;
- Qon biokimyoviy taxlili (AST, ALT, Umumiy bilirubin, bog‘langan bilirubin, albumin, kreatinin, mochevina, glyukoza, amilaza krovi);
- koagulogramma (protrombinovyy indeks, vremya svyortyvayemosti, vremya krovotecheniya, fibrinogen, AChTV); gruppasi krovi i Rh-faktor.
- Qorin bo‘shlig‘idagi eksudatni bakteriologik tekshiruvi;
- Gistologik tekshiruv (olingan makropreparat).

Ko‘rsatmaga asosan qo‘shimcha laborator tekshiruvlar:

- C-reaktiv oqsil;
- Umumiy oqsil va oqsil fraktsiyasi;
- OIV uchun qon tekshiruvi;
- Virusli gepatit.
- Elektrolitlar (ko‘rsatmaga muvofiq);

Asosiy va qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar

Asosiy instrumental tekshiruvlar:

- Qorin bo‘shlig‘i UTT;
- EKG;
- qorin bo‘shlig‘i va ko‘krak qafasi organlarining obzor R-grafiyasi tik holda;

Ko‘rsatmaga asosan qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar:

- EFGDS;
- Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari KT si;
- MRT (MRXPG) O‘t yuli;
- Intraoperatsion xolangiografiya;
- Retrograd xolangiopankreatikografiya;
- Diagnostik laparoskopiya.

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

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

6) protsedura yoki aralashuvni amalga oshirishga qo'yiladigan talablar: protsedura yoki aralashuvni o'tkazish shartlari tavsiflanadi:

muolajalar Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi va uning filiallari/ko'p tarmoqli shifoxonasi/tumanlararo markazlari/Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining reanimatsiya, jarroxlik bo'limlarida amalga oshirilishi kerak.

7) bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar, shuningdek protsedurani (aralashuvni) o'tkazishning bevosita metodologiyasi:

O'tkir xolesistit bilan og'riqan bemorlar intensiv terapiyaga tayyorgarlik ko'rishga muhtoj emas, bu bemor kasalxonaga borgan paytdan boshlab boshlanadi.

Ambulator sharoitda davolash taktikasi (oilaviy poliklinikalar, TTYo-103)

O'X hurujini bartaraf yetish.

O'X klinik ko'rinishi bo'lgan barcha bemorlar jarrohlik shifoxonasida shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak.

Dori-darmonlar bilan davolash:

Spazmolitik terapiya: spazmalgon 5,0 ml x 2 marta, platifillin eritmasi 0,1% -2,0 ml x kuniga 2 marta.

Infuzion terapiya: glyukoza eritmasi 5% - 400,0 ml (yoki fiziologik eritma 0,9% - 400,0 ml) + novokain 0,5% - 50 ml x kuniga 2 marta

Xirurgik aralashuvi: yo'q.

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

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-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>

Keyingi tadbir: shifoxonaga yuborish.

Poliklinikada xavfsiz diagnostik usullar va davolash samaradorligi ko'rsatkichlari: o'p vaqtida shifoxonaga yo'naltirish.

Shoshilinch gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar:

Agar "O'tkir xolestsistit" ning klinik va laboratoriya-instrumental belgilari tashxisi aniqlansa, bemor jarrohlik bo'limiga shoshilinch kasalxonaga yotqiziladi.

Statsionar sharoitda davolash taktikasi:

Peritonit bo'lmaganida O'X bilan og'riqan bemorlarda davolashni konservativ usuldan boshlash tavsiya etiladi, bu ba'zi hollarda yallig'lanish jarayonini to'xtatishga imkon beradi..

Medikamentoz davolash:

Spazmolitik terapiya: spazmalgon 5,0 ml x 2 marta, platifillin eritmasi 0,1% -2,0 ml x kuniga 2 marta.

Infuzion terapiya: glyukoza eritmasi 5% - 400,0 ml (yoki fiziologik eritma 0,9% - 400,0 ml) + novokain 0,5% - 50 ml x kuniga 2 marta

Xirurgik aralashuv.

Agar keyingi 12-24 soat ichida konservativ davo samarasiz bo'lsa va peritoneal klinik belgilari, destruktiv xoletsistitning klinik va ultratovush belgilari paydo bo'lsa, shoshilinch ravishda laparoskopik yoki an'anaviy xoletsistektomiya amalga oshiriladi.

Shoshilinch jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar (bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab dastlabki 4-6 soat ichida amalga oshiriladi) mahalliy yoki diffuz peritonit belgilari bilan distuktiv xoletsistitning barcha shakllari hisoblanadi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik: shoshilinch operatsiya oldidan oshqozonni yuvish, qisqa muddatli infuzion terapiya.

Tromboembolik va infeksiyon asoratlarning oldini olish.

Kechiktirilgan operatsiya bo'lsa, bir kun oldin tozalovchi ho'qna qilinadi. Operatsiyadan 30-40 daqiqa oldin, Sefalosporin antibiotiklarini yuborish.

Anesteziya turlari: o'tkir xoletsistit uchun jarrohlik aralashuvlar Endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Keksa odamlarda yoki og'ir kasalliklarga chalingan bemorlarda og'riqsizlantirishning boshqa usullari tanlanishi mumkin. Bu masala anesteziolog ishtirokida alohida hal qilinadi.

Jarrohlik aralashuvi usulini tanlash.

Tanlangan usul - laparoskopik xoletsistektomiya (LXEK). LXEK uchun qarshi kursatmalar mavjud bo'lsa, an'anaviy usulda xoletsistektomiya tavsiya etiladi.

<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/>

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

Davolashning samaradorligi ko'rsatkichlari:

- O'X simptomatik ko'rinishlarini bartaraf etish;
- jarrohlik yarasining birlamchi bitishi, operatsiyadan keyingi erta davrda operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanish belgilari va kechki davrda churraning yo'qligi;
- operatsiyadan keyingi davrning murakkab kechishini ko'rsatuvchi sariqlik, isitma, og'riq va boshqa belgilarning yo'qligi.

Protokolning tashkiliy jihatlar:

1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligini ko'rsatish;

Mualliflar manfaatlar to'qnashuvi yo'qligini ye'lon qilmaydi.

2) ekspert ma'lumotlari (respublika va xorijiy davlat mutaxassisi)

Madiyev R.Z. – tibbiyot fanlari nomzodi, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi Shoshilinch tibbiy yordam kafedrasida dotsenti

3) bayonnomani ko'rib chiqish shartlarini ko'rsatish (bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqish)

Protokolni ishlab chiqilgandan keyin har 5 yilda bir marta ko'rib chiqish tavsiya

etiladi.

4) foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati (bayonnoma matnida sanab o‘tilgan manbalarga tegishli tadqiqot havolalari talab qilinadi).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

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.