

# KƏSKİN DESTRUKTİV XOLESİSTİTLİ YAŞLI VƏ QOCA XƏSTƏLƏRDƏ LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

ZEYNALOV S.M., BAYRAMOV N.Y., ASLANOVA K.D.,  
MAHMUDOV M.G., ƏLİYEV R.Y., RÜSTƏM Ə.M.

ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan  
(e-mail:adrust@mail.ru)

---

*Features of laparoscopic cholecystectomy in patients elderly and senile age with acute destructive cholecystitis*

*Zeynalov S.M., Bayramov N.Y., Aslanov K.D., Mahmudov M.G., Aliyev R.Y., Rustam A.M.*

**Summary:** In this paper, the results of laparoscopic surgical treatment of 343 elderly and senile patients with acute destructive cholecystitis are summarized and quantified. After establishing the diagnosis and concomitant diseases, the patients are operated on after urgent preoperative preparation. Gangrenous cholecystitis was revealed intraoperatively in 66 (19,2%), phlegmonous - in 277 (80,75%), widespread peritonitis in 2 (0,6%), local - 159 (46,35%), purulent cholangitis - 14 (4,1%), liver cirrhosis in 12 (3,5%) cases. The factors contributing to postoperative complications were studied, among the latter, abscesses of the abdominal cavity (subhepatic, interintestinal, subphrenic) predominated, leaving stones in the common bile duct, cholangitis, pancreatitis, bile duct and abdominal cavity, etc. There were no lethal outcomes.

**Key words:** Gallstone disease, acute destructive cholecystitis, acute perinitis, purulent cholangitis, laparoscopic cholecystectomy

Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных

пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холециститом

Зейналов С.М., Байрамов Н.Ю., Асланова К.Д., Махмудов М.Г., Алиев Р.Я., Рустам А.М.

**Резюме:** В данной работе обобщены и проанализированы результаты лапароскопического хирургического лечения 343 больных пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холециститом. После установления диагноза и сопутствующих заболеваний и соответствующей предоперационной подготовки, все больные были прооперированы в срочном порядке. Интраоперационно выявлены гангренозный холецистит у 66 (19,2%), флегмонозный - у 277 (80,75%), распространенный перитонит в 2-х (0,6%), местный - 159 (46,35%), гнойный холангит - 14 (4,1%), цирроз печени в 12 (3,5%) случаях. Изучены факторы, способствующие к послеоперационным осложнениям, среди последних преобладали абсцессы брюшной полости (подпеченочный, межкишечный, поддифрагмальный), оставление камней в общем желчном протоке, холангиты, панкреатиты, желчеизлияние в ложе и в брюшную полость и др. Летальных исходов не было.

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, острый деструктивный холецистит, острый перитонит, гнойный холангит, лапароскопическая холецистэктомия.

---

**Açar sözlər:** Öddəşi xəstəliyi, kəskin destruktiv xolesistit, kəskin peritonit, irinli xolangit, laparoskopik xolesistektomiya

**Giriş.** Kəskin xolesistitə (KX) görə cərrahi şöbələrə daxil olun xəstələrin 60%-ə qədər yaşlı və qoca şəxslərdir [1]. DST-nin məlumatlarına görə dünyada 60-70 yaşlı insanların ¼-ində, 70 yaşdan yuxarı isə ⅓-də qaraciyər xaric öd yollarında daş(lar) aşkar olunur [2]. Bu xəstəliyin laparoskopik müalicəsi uzun illər aktuallığını itirməmiş və günümüzdə qədər qızıl "standart" hesab olunmaqdadır [3, 4]. İnkişaf etmiş ölkələrdə öddəşi xəstəliyinin (ÖDX) 90%-in müalicəsi videolaparoskopik yerinə yetirilir, lakin 60-90 yaşlı kəskin destruktiv xolesistitli xəstələrdə bu göstərici xeyli aşağıdır [5-9].

Yuxarı yaş kateqoriyalı xəstələrin 80-100%-i yanaşı ağır ürək-damar və tənəffüs sistemi, digər sistemlərin və üzvlərin xəstəliklərindən əziyyət çəkir [10-12]. Bu vəziyyət ağırlaşmaların tezliyinin artmasına və arzuolunmaz nəticələrə səbəb olur. Belə xəstələrin konservativ müalicəsi adətən iltihab-infiltrativ prosesin sönməsinə səbəb olmur. Ona görə də cərrahi əməliyyatların xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığı şəraitində icra etmək zərurəti yaranır.

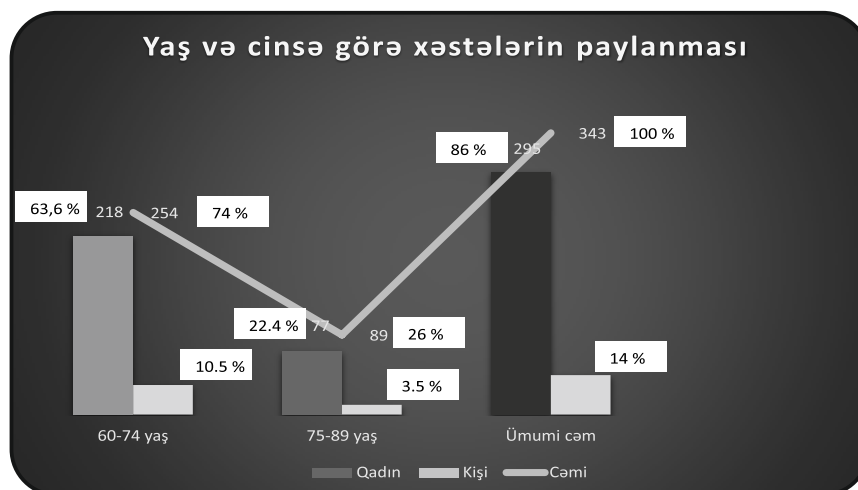
Hazırda yaşlı və qoca xəstələrdə az travmatik laparoskopik cərrahi metodikaların icrasına göstərişlər, müalicə variantları və texniki müdaxilələr geniş müzakirə olunmaqdadır və davam edir. Bu səbəbdən kəskin destruktiv xolesistitli 60-90 yaşlı xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya (LXE) əməliyyatının bir çox aspektlərinin öyrənilməsi aktuallığını günümüzdə qədər saxlamışdır.

**Məqsəd.** Kəskin destruktiv xolesistit olan yaşlı və qoca şəxslərdə təcili laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatının nəticələrinin öyrənilməsi

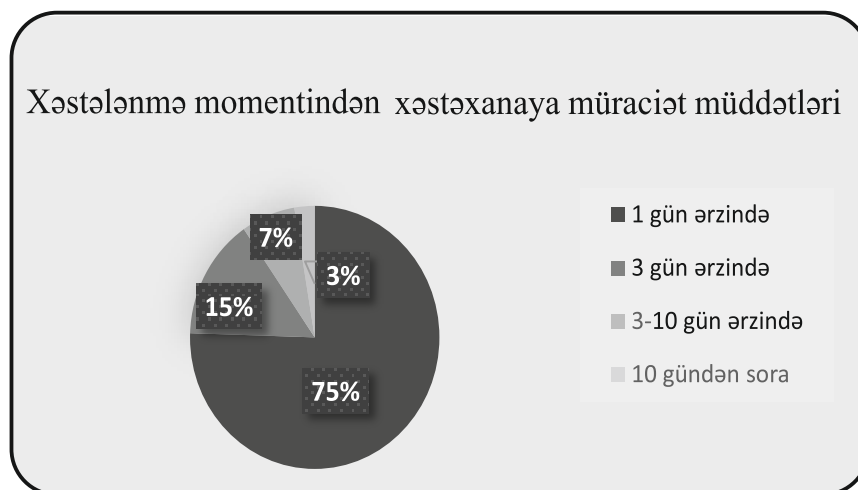
**Material və metodlar.** 2000-2016-cı illərdə Bakı ş. BSI-nin KTM və ATU-nin TCK-da kəskin destruktiv xolesistitlə bağlı yaşlı və qoca 343 xəstədə laparoskopik cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir. Qadınlar 86,0% (295) təşkil etmişdir. Yaş strukturu aşağıdakı kimi olmuşdur: yaşlı dövr (60-74) – 246 (71,7%), qoca dövr (75-89) – 97 (28,3%) (şək. 1). 118 xəstədə (34,4%) ÖDX-nin anamnezi 10 ildən çox olmuşdur.

Bütün xəstələr təcili göstərişlərlə xəstəliyin müxtəlif müddətlərində klinikaya daxil olmuşlar. Klinik situasiyadan asılı olaraq operativ müalicə təcili prinsiplərlə yerinə yetirilmişdir.

60 yaşdan yuxarı xəstələrin hospitalizasiya müddəti 2-ci şəkildə göstərilmişdir. Xəstəliyin ilk günündə 259 (75,5%), 2-3-cü günlərdə - 51 (15%), 4-10-cu günlərdə –14 (4,1%), 10 gündən sonra 9 xəstə (2,6%) müraciət etmişdir. Gec hospitalizasiya (xəstəliyin 3-cü günündən sonra 23 xəstə (6,7%) müalicənin sonrakı nəticələrinə mənfi təsir göstərmişdir.



**Şək. 1. Xəstələrin yaş və cinsə görə bölgüsü**

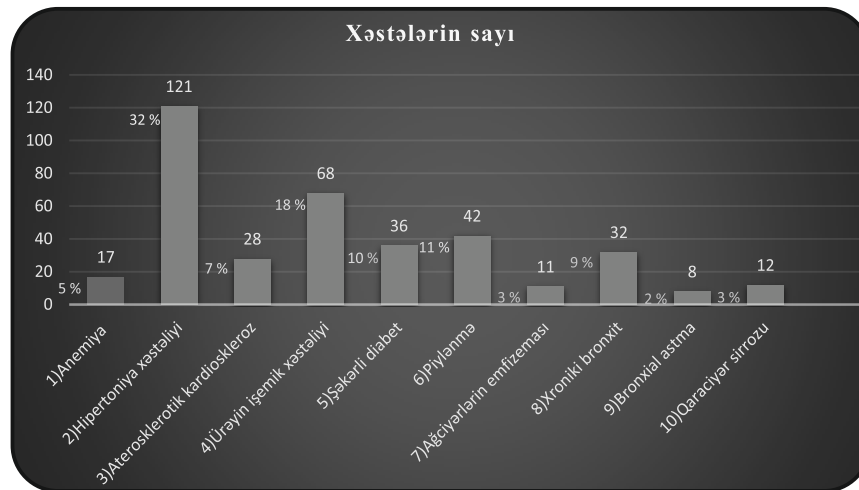


**Şək. 2. Xəstələnmə anından hospitalizasiya müddətləri**

Yanaşı xəstəliklər müalicə taktikasının, həcmnin və növünün seçimində mühüm rol oynayır, kəskin destruktiv xolesistitin və əməliyyatdan sonrakı gedişi ağırlaşdırır (şək. 3).

Kəskin xolesistitin diaqnostikasında USM ilk pillə müayinəsi kimi mühüm rol oynayır. Yalnız 43 xəstədə (12,5%) USM-in nəticəsi ilə intraoperasion nəticələrin uyğunsuzluğu aşkar edilmişdir.

Kəskin xolesistitin bütün formalarında anestezioloji risk aşağı olduqda aktiv taktikaya üstünlük verilmişdir (gecə vaxtları istisna olunmaqla), yəni stasionara daxil olduğu gün cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Anestezioloji risk anestezioloqlarla birlikdə ASA təsnifatı əsasında müəyyən edilmişdir.



**Şək. 3. Yanaşı xəstəliklər**

Intraoperasion olaraq 66 xəstədə (19,2%) qanqrenoz, 277-də (80,75%) fleqmonozxolesistit aşkar olunmuşdur. Yayılmış peritonit 2 (0,6%), yerli peritonit - 159 (46,35%), irinli xolangit - 14 (4,1%), qaraciyərin sirozu – 12 xəstədə (3,5%) müəyyən edimişdir. Intraoperasion ağırlaşma 16 xəstədə (4,7%) baş vermişdir.

Əməliyyat zamanı aşağıdakı taktikaya üstünlük verilmişdir. Diaqnostik laparoskopiya mərhələsindən sonra 58 xəstədə (16,9%) öd kisəsi punksiya edilmiş, onlardan 33-də hidrops (9,6%), 25-də (43,1%) empiema aşkar olunmuşdur. 128 xəstədə (37,3%) bitişmələr disseksiya edilmişdir. Öd kisəsinin divarına fiksə olunmuş qonşu orqanlar, toxumalar və bitişmələr sıxıcı ilə kiçik hissələrlə dartılmaqla öd kisəsinin divarından azacıq uzaqlaşdırılmış, damarlar təyin edilmiş və koaqulyasiya edilməklə disseksiya olunmuşdur. Nəticədə qanaxmaların, vacib anatomik strukturların və boşluqlu orqanların yatrogen travmalarının qarşısı alınmışdır. 78 xəstədə (22,7%) disseksiya üçün kiçik tənzif tupfer istifadə olunmuş, kövsək toxumaların ayrılması asanlaşmışdır.

Bütün xəstələrdə öd kisəsinin boynu nahiyəsində periton geniş kəsilmiş, sıxıcı ilə Hartmann cibi fiksə olunmuş, kisə kranial tərəfə və sola traksiya edilmişdir. Bu nahiyədə kisə arteriyasının anomal yerləşməsi ehtimalını nəzərə alaraq kisə axarı lateral tərəfdən ayrılmışdır. Calot üçbucağından fərqli olaraq bu nahiyədə qanaxmanı saxlamaq çətinlik törətmir. Öd kisəsi axarı 5-10 mm uzunluqda açıldıqdan sonra onun arxasında sərbəst boşluq yaradılır və ümumi öd axarı identifikasiya olunur, Hartmann cibindən tutmaqla, həmçinin kaudal və lateral istiqamətlərdə traksiya aparmaqla Calot üçbucağı genişləndirilir. Nəticədə öd kisəsi hepatoduodenal bağ və qaraciyərin qapısından uzaqlaşır. Bununla hepatoduodenal bağın elementlərinin yatrogen zədələnmələrinin qarşısı alınır. Sonda kisə axarı 3 klipslə klipsələnir: 2 klips proksimal hissəyə, sonuncusu isə kisənin boynuna yaxın qoyularaq aradan kəsilir. Geniş öd axar olduqda (16 xəstədə: 4,7%) onun proksimal hissəsinin bağlanması klipslərin qarşı-qarşıya qoyulması ilə icra olunmuşdur. 28 xəstədə (8,2%) isə kisə axarı liqatura ilə bağlanmışdır. 22 xəstədə (6,4%) intraoperasion xolangioqrafiya yerinə yetirilmişdir. Kisə axarı klipsləndikdən sonra klipsdən aşağıda axar kəsilmiş, onun boşluğuna xoledox istiqamətində kateter salınmış, sıxıcı ilə fiksə edildikdən sonra xolangioqrafiya icra olunmuşdur. 16 xəstədə (4,7%) intraoperasion xoledoxoskopiya həyata keçirilmişdir. Ümumi öd axarında əməliyyat zamanı konkret aşkar olunması xolesistektomiyanın laparoskopik yolla yekunlaşdırılmasına əks-göstəriş olmamışdır. 18 xəstədə (5,25%) xoledoxda konkret aşkar edilmiş, onlardan 9-da (50,0%) xoledoskopun nəzarəti ilə çıxarılmışdır. 6 xəstədə (33,3%) xoledoxotomiyadan sonra sanasiya aparılmış, konkretlər Fugarti kateteri vasitəsilə 5 (83,3%), dissektorla 1 (16,7%), Dormia səbəti ilə 3 xəstədə (16,7%) çıxarılmışdır. Xoledoxun keçiriciliyi yoxlandıqdan sonra xoledox T-şəkili boru ilə xaricə drenaj edilmişdir. 3 xəstədə isə (0,8%) eyni momentli (1) və erkən dövrdə (2) daşlar endoskopik papillosfinkterotomiya olunmaqla uğurla xaric edilmişdir.

34 xəstədə (9,9%) cərrahi əməliyyat zamanı ifrat infiltrasiya və Hartmann cibinin öd yolları ilə bitişmələri nəticəsində texniki çətinliklər yaranmışdır. Bu xəstələrdə LXE əməliyyatı kafedramızda işləniib hazırlanmış prinsiplər əsasında icra olunmuşdur. Əməliyyat aşağıdakı üsulla aparılmışdır. İlk mərhələdə öd kisəsi Hartmann cibindən yuxarı ön divardan 2 sm köndələn istiqamətdə kəsilmiş, kisə möhtəviyyatı tamamilə sorulmuş, konkretlər xüsusi konteynerə yerləşdirilmişdir. Bu, kisənin infiltrativ divarının sıxıcı ilə traksiyasını asanlaşdırmışdır. Sonra Hartmann cibinin aşağı lateral divarı kisə axarına qədər kəsilmişdir. Kisə axarına yaxın kisənin divarı, Hartmann cibi ətraf toxumalardan (bitişmələrdən) ayrılmış və kisə arteriyası bağlanmışdır. Öd kisəsi kisə axarı səviyyəsində rezeksiya olunmuş və xaric edilmişdir. 32 xəstədə (9,3%) qaraciyərdən xaricə öd yollarının xoledoxoskopik sanasiyası aparılmışdır. 5 xəstədə (15,5%) kisə axarı, 11-də (34,4%) xoledox T-boru ilə xaricə drenaj edilmişdir. 3 xəstədə (0,9%) təcrid olunmuş öd kisəsi aşkarlandığı üçün kisə axarından öd ifrazı olmamışdır. Bu xəstələrdə əməliyyat qaraciyəraltı nahiyənin drenajı ilə yekunlaşmışdır. 10 xəstədə (2,9%) əməliyyat Pribram üsulu ilə yerinə yetirilmişdir.

4 xəstədə (1,2%) uzun sürən xroniki residivləşən xolesistit səbəbi ilə öd kisəsinin bütün hissələri, həmçinin dibi əhəmiyyətli səviyyədə perivezikal bitişmə prosesi hesabına ətraf orqanlarla (mədə, onikibarmaq bağırsaq, piylik) birləşmiş - "həbs olunmuşdur". 3 hadisədə (0,9%) öd kisəsi belə bitişmələrdən azad edildikdən sonra LXE-nin icrası mümkün olmuşdur. 1 xəstədə bitişmələrin bir hissəsinin ayrıldıqdan sonra boyun nahiyəsində bərkləşmiş infiltrat aşkar edilmişdir. Bu səbəbdən əməliyyat açıq üsulla davam etdirilmişdir. Kəskin xolesistitli 10 (2,9%), hidropsu 3 xəstədə (0,9%) öd kisəsinin kobud çapıq-infiltrativ dəyişikləri aşkar edilmişdir. 4 xəstədə (1,2%) kisə arteriyasından qanaxma olmuşdur. Onlardan 3-də qanaxma klipslərlə dayandırılmış, 1-də isə konversiya tələb olunmuşdur.

12 xəstədə (3,5%) öd kisəsi xaric edilərkən onun perforasiyası baş vermişdir. Perforasiya dəliyi kiçik olduğu hadisələrdə möhtəviyyatın hissəvi aspirasiyasından sonra sıxıcı ilə qapanmış və əməliyyat davam etdirilmişdir. 5 xəstədə böyük perforasiya dəliyi sıxıcı ilə qapamaq mümkün olmadığından kisə möhtəviyyatı tam aspirasiya edilmiş, konkretlər konteynerə yerləşdirilmişdir. Kisənin mənfəzi betadin məhlulu ilə yuyulduqdan perforasiya dəliyindən kisənin mənfəzinə 16F ölçülü Foley kateteri yeridilmiş, möhtəviyyat onun vasitəsi ilə xaric edilmiş, balon şişirdilmiş və geri dartılmaqla tutucu qismində istifadə edilmişdir. Yəni əməliyyatın davamı prosesində o, kisənin traksiyası üçün tətbiq olunmuşdur. Bu taktika əməliyyatın gedişini xeyli asanlaşdırmışdır. Sonda əməliyyat nahiyəsi fizioloji məhlulla yuyulmuş və sorucu ilə evakuasiya olunmuşdur. Qaraciyəraltı nahiyə drenaj olunmuşdur. Qarın boşluğundan öd kisəsi bütün hallarda konteyner vasitəsilə xaric edilmişdir.

Əksər əməliyyatlar 10-12 atm karbon qazı ilə insufflyasiyası şəraitində icra edilmişdir. Ağır ürək-damar çatmazlığı olan xəstələrdə LXE daha az təzyiq altında (6-8atm) həyata keçirilmişdir. 2 xəstədə (0,6%) konversiya olunmuşdur. Açıq xolesistektomiyaya keçidin səbəbləri öd kisəsinin büzüşməsi və birləşmələrlə tam təcrid olması ("həbs olunması") (1), kisə arteriyasından infiltrasiya səbəbi qanaxmanın dayandırılmasının mümkün olmaması (1) olmuşdur.

Alınmış nəticələr SPSS statistik paketin Inc. 20.0 versiyası ilə işlənmişdir. Qruplardakı göstəricilər variasion sıraya düzülmüş və hər bir variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Kəmiyyət dəyişənləri arasındakı fərq üçün  $\chi^2$  Pearson və Wilkoxson (Manna-Withni) meyarı (W) ilə hesablanmışdır.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Kəskin destruktiv xolesistit diaqnozu USM, KT, MRT və klinik-laborator analizlərlə qoyulmuşdur. Əməliyyat zamanı 1 sayılı cədvəldə kəskin destruktiv xolesistitin ağırlaşmaları təqdim edilmişdir.

Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq anestezioloq, kardioloq, zərurət olduqda digər ixtisaslı həkimlərlə birgə aparılmışdır. Yanaşı xəstəliklər - ÜİX və HX zamanı kardioloqun, şəkərli diabet zamanı endokrinoloqun və digər ixtisaslı mütəxəssislərin konsiliumu aparılmışdır. 32 kardioloji xəstəyə korreksiyaedici və dəstək terapiyası (II dərəcəli ürək çatmazlığı – 6, ritm pozğunluqları və keçiriciliyin pozulması -4, HX -19, stenokardiya - 3xəstədə) təyin edilmişdir.

**Cədvəl 1**

***Destruktiv xolesistitin ağırlaşmaları***

ÖDX-nin ağırlaşmaları	Xəstələrin sayı	
	müt.	%
Perivezikal infiltrat	138	40,2
Öd kisəsinin empieması	34	9,9
Mexaniki sarılıq	12	3,5
Peritonit :		
yerli	159	46,4
yayılmış	2	0,6
Perivezikal abses	47	13,7
Xolangit	14	4,1

Kəskin xolesistitli bəzi xəstələrin konservativ müalicəsi iltihab prosesinin nisbi sönməməsi ilə nəticələnsə ağırlaşma fonunda məcburi təcili cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. Operasion-anestezioloji riskin yüksək olması əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinin artmasına səbəb olmuşdur. Belə vəziyyət daha çox ürək-damar və tənəffüs, şəkərli diabet patologiyaları ilə bağlıdır. Çünki, həmin xəstələrdə orqanizmin funksional ehtiyatları və kompensator imkanları xeyli aşağı olur. Ona görə də bu xəstələr üçün konservativ terapiyanın effektivliyini və xəstəliyin proqnozunu daha qısa müddətdə qiymətləndirmək lazım gəlmişdir.

Qeyd etmək vacibdir ki, təcili əməliyyatlardan əvvəlki dövrəyə kəskin xolesistitin gedişinə nəzarət və konservativ müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək üçün deyil, həmçinin xəstənin müayinəsi, kompleks terapiya və həyatı vacib orqanların funksional bərpası üçün mütləqdir. Adətən, xəstənin ümumi vəziyyətinin stabiləşməsi üçün 1 gün yetərli olur. Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq bir qayda kimi əsas səbəbin aradan qaldırılmadığı hallarda əhəmiyyətsiz olur. 10 illik təcrübəmizə əsasən kəskin destruktiv xolesistitli yaşlı və qoca xəstələrdə belə taktika özünü doğruldur.

54 xəstədə (15,7%) öd peritoniti müşahidə olunmuşdur. Onlardan 52-də (96,3%) öd sızması, yerli peritonit, 2-də (3,7%) yayılmış peritonit müəyyən edilmişdir. Perforativ öd peritoniti 4 (7,4%) xəstədə, onlardan – 3-də (75,0%) yerli, 1-də (25,0%) yayılmış peritonit meydana çıxmışdır.

LXE-nin davam etmə müddəti orta hesabla  $69,2 \pm 13,15$  dəq (25 dəq.-dən 140 dəq. qədər) təşkil etmişdir. Əməliyyat zamanı texniki çətinliklər 34 xəstədə (9,9%) müşahidə olunmuşdur. İntraoperasion ağırlaşmalar 16 xəstədə (4,7%) olmuş, 15 xəstədə (93,75%) laparoskopik olaraq aradan qaldırılmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları 2 qrupa ayırılmışdır: spesifik və qeyri-spesifik.

1. Spesifik – cərrahi əməliyyatla bilavasitə bağlı ağırlaşmalar;
2. Qeyri-spesifik – yanaşı xəstəliklərlə bağlı ağırlaşmalar (cədvəl 2).

**Cədvəl 2**

***Laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı ağırlaşmalar***

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar	Mütləq	%
<b>Spesifik</b>		
Qarındaxili abses	5	1,5
Qaraciyəraltı nahiyəyə mayenin toplanması	2	0,6
Qarındaxili qanaxma	1	0,3
Ödəxma	3	0,9
Kəskin xolangit	11	3,2
Troakar yaralarının irinləməsi	2	0,6
Kəskin pankreatit	6	1,8
<b>Cəmi</b>	<b>30</b>	<b>8,75</b>
<b>Qeyri-spesifik</b>		
Kardiovaskulyar ağırlaşmalar	4	1,2
Pnevmoniya	1	0,3
Kəskin mədə-bağırsaq qanaxmaları	1	0,3
<b>Cəmi</b>	<b>6</b>	<b>1,8</b>
<b>Ümumi</b>	<b>36</b>	<b>10,5</b>

8 xəstədə 4-6 gün davam edən subfebril qızdırma olmuşdur. Onlardan 2-də USM zamanı qaraciyəraltı nahiyədə maye toplanması aşkar edilmişdir. 5 xəstədə qarındaxili abses (qaraciyəraltı – 3, diafraqmaaltı – 1, ilgəklər arası -1) inkişaf etmişdir. Onlardan 3-də abses dəridən keçməklə punksiya, 1-də relaparoskopiya ilə boşaldılmış, boşluq sanasiya və drenaj olunmuşdur. 1 xəstədə konservativ və yerli müalicənin sonra sorulma baş vermişdir.

Qeyri-spesifik ağırlaşmalar xəstələrin yaşından və yanaşı xəstəliklərdən asılı olmuşdur. Bu qrupa kardiovaskulyar ağırlaşmalar və əməliyyatdan sonra inkişaf edən pnevmoniya aid edilmişdir. 4 xəstədə ağır ürək çatmazlığı inkişaf etmiş (səyirici aritmiya, hipertoniya böhranı), korreksiya edici və simptomatik müalicə ilə aradan qaldırılmışdır. 2 xəstədə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ciddi ağırlaşma olmuşdur: ağciyər-ürək çatmazlığı, subkompensasiya mərhələsi (1) və ağır pnevmoniya (1). Bu xəstələrdə ürək, qaraciyər, böyrək və s. kimi həyatı vacib orqanlar tərəfindən dərin dəyişikliklərə və ağır intoksikasiyaya görə sistemli şəkildə zülal, su-duz, vitamin balansının korreksiyası aparılmışdır.

Letal nəticə olmamışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövr orta hesabla  $6,7 \pm 0,98$  gün ( $p < 0,05$ ) davam etmişdir. 25 xəstədə bu dövr rahat keçmiş, onlar LXE-dən 3-4 gün sonra evə yazılmışlar.

Əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişi klinik, endoskopik, Rentgenoloji və sonografiya olaraq dinamik yoxlanılmışdır.

LXE icrası üçün yaş bilavasitə risk faktoru deyildir. 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə müalicənin bütün mərhələlərində – əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq, əməliyyata göstərişlər və stasionardan evə yazılmaya qədərki dövr öz xüsusiyyətləri ilə seçilir.



Erkən əməliyyatlar kəskin kalkulyoz xolesistitin müalicəsinin nəticələrinə müsbət təsir göstərmişdir. Bu halda patoloji ocaq və intoksikasiya səbəbi aradan qaldırılır. Həmçinin erkən LXE daha az travmatikdir, planlı əməliyyatın ağırlığından az fərqlənir. Hətta tam formalaşmayan, kövşək infiltrat olduqda belə öd kisəsi və boynunun elementlərini asanlıqla ayırmaq mümkündür. Lakin kəskin tutmalardan 2-3 həftə sonra öd kisəsinin çıxarılması texniki çətinliklər törədir.

Beləliklə, 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə kəskin destruktiv xoleistitin müalicəsinin bütün mərhələləri (əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı dövrlər) özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Özünəməxsusluğun əsasında bir tərəfdən yaşla əlaqədar mövcud patoloji vəziyyətlər, yanaşı xəstəliklər və orqanizmin müdafiə-kompensator ehtiyatlarının zəifləməsi, digər tərəfdən iltihablaşmış öd kisəsində destruktiv proseslərin sürətli proqressivləşməsi və ağırlaşmaların mövcud olması durur. Əməliyyatdan sonrakı dövrün aktiv aparılmasına, ağciyər, tromboembolik və kardioloji ağırlaşmaların profilaktikasına diqqət ayrılması tövsiyə edilir.

#### **Nəticələr:**

1. Yaşlı və qoca xəstələrdə septik ocağın erkən müddətlərdə aradan qaldırılması əsas müalicə prinsipidir;
2. Əməliyyatı dövrə sürətli və hərtərəfli müayinələrlə yanaşı xəstəliklərin diaqnostikası, öd yollarının müayinəsi və qısamüddətli əməliyyatı hazırlıq aparılması mütləq şərtlərdir.
3. Əməliyyat vaxtı texniki çətinliklərin və ağırlaşmaların çox rast gəlməsini, qeyri-standart texnikalara, əlavə əməliyyatdaxili müayinələrə və müdaxilələrə zərurət yaranmasını nəzərə alaraq bu əməliyyatların yüksək ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən və ya ixtisaslaşmış mərkəzlərdə aparılması tələb olunur.

#### **ƏDƏBİYYAT:**

1. Larekin C.J., Huibregtse K. Precut sphincterotomy: indications, pitfalls and complications // Curr. Gastroenterol.Rep. 2001. Vol.3. №2. -p.147-3
2. Рыбаков Г.С., Дибиров М.Д., Сычинский Ю.А., Просперов М.А. Малоинвазивные вмешательства в комплексном лечении лиц пожилого и старческого возраста, страдающих желчнокаменной болезнью //В сб.: Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии. Тверь.2004.-с. 150-2
3. De Dhritiman Maitra, Mrityunjay Mukherjee Unusual complications of laparoscopic cholecystectomy: A case series //International Journal of Case Reports and Images, Vol. 3No.4, April 2012
4. Turan Acar, Erdinç Kamer, Nihan Acar, Kemal Atahan, Halis Bağ, Mehmet Hacıyanlı, Özgün Akgül Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy //The Pan African Medical Journal. 2017;26:49
5. Do Amaral P.C., Azaro M., Filho Ede, Galvao T.D. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients //JSLS. 2006. Vol. 10(4). -p. 479-3
6. Kwon A.H., Matsui Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over //World J. Surg. 2006. Vol. 30.-p. 1204-0
7. Low S.W., Iyer S.G., Chang S.K. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates //Surg. Endosc. 2009. V. 23(11). P. 2424-9
8. Tuveri M., Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review //Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2007. Vol. 17, №5. P. 380-4
9. Diamantis T. Della, Corte C., Falchetti D. Management of cholelithiasis in Italian children: A national multicenter study //World Gastroenterol. 2008. Vol. 14.P. 1383-8
10. Славин Л.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии //Л.И. Славин //Эндоскопическая хирургия /под ред. И.В. Федорова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. -с. 260-90
11. Воробьев В.Н. и др. Осложнения лапароскопических холецистэктомий у пожилых больных и пути их профилактики /Материалы XII московского международного конгресса по эндоскопической хирургии: сборник тезисов. М., 2008. -с. 101-3
12. Keus F., Ahmed U. Ali, Noordergraaf G.J. et al. Laparoscopic vs. small incision cholecystectomy: Implications for pulmonary function and pain. A randomized clinical trial //Acta Anaesthesiol.Scand. 2008. Vol. 52, No 3.-p. 363-73

**Рәйси:** *Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin prof.:*

*t.ü.e.d. Ə.Ə.Məmmədov*

*Redaksiyaya 11.01.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.*