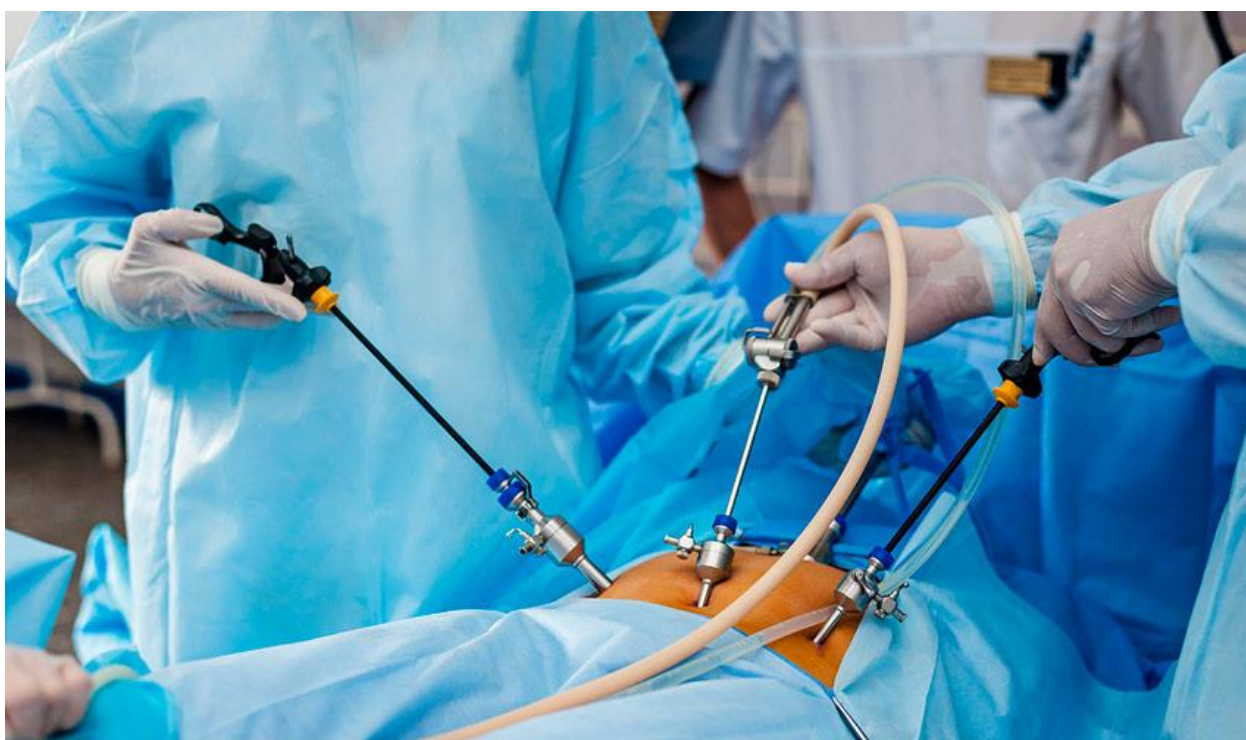


G.J.Ulug'bekova

O't pufagida bajariladigan laparoskopik operatsiyalar

O'QUV QO'LLANMA



Andijon 2022

Muallif :

Ulug'bekova G.J.

**Andijon Davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya
kafedrasi dotsenti**

Taqrizchilar:

Musashayxov X.T.

**Andijon Davlat tibbiyot instituti umumiy jarroxlik kafedrasi
mudiri, professor**

Madaminov S.M.

**Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti normal anatomiya
kafedrasi mudiri, t.f.n.**

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" dekabrda
"760-Sh"—sonli buyrug'iga asosan

G.J.Ulug'bekova

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Davolash ishi-5510100, Pediatriya ishi-5510200

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***O't pufagida bajariladigan laparoskopik operatsiyalar
nomli o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100084



Qisqartmalar

KDS - Katta duodenal so'rg'ich

O'TK – O't tosh kasalligi

O'P- O't pufagi

IOXG - Intraoperativ xolangiografiya

KT - Kompyuter tomografiya

LXE - Laparoskopik xoletsistektomiya

M L D - Mini-laparotom dostup

M L - Mini-laparotomiya

MPT - Magnit-rezonans tomografiya

MRXPG - Magnit-rezonans xolangiopankreatografiya

M S - Mexanik sariqlik

O'X - O'tkir xoletsistit

UO'Y - Umumiy o't yo'llari

ZXPG - Retrograd xolangiopankreatografiya

UTT - Ultratovush

TJOD- Teri orqali jigar orqali drenajlash

ERXPG - Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya

EGDS - Ezofagogastroduodenoskopiya

EPST - Endoskopik papillosfinkterotomiya

So'nggi yillar davomida tibbiyot sohasida ham ulkan yutuqlarga erishildi. Bunga sabablardan biri - nazariya va amaliyotning uyg'unlashuvidir, inson tanasining tuzilishini o'rganishda klinik yo'nalish va instrumental tekshiruvlarda uni aks ettira olish bugungi kunni ilmiy va amaliy yutug'idir. Fanni o'qitish va o'zlashtirishdagi bunday yondashuv anatomiya va uning tarmoqlari - funktsional, yoshga bog'liq anatomiya va topografik anatomiya asoslarini chuqur bilish bilan birga, allaqachon klinik fikrlashning shakllanishiga yordam beradi. Ushbu anatomik bilim asosida xozirgi kundagi ommolashib borayotgan MRT,MSKT va UTT, ERPXG kabi tekshiruvlarni taxlil qila olish imkoniyati shakllanadi. Buning uchun ta'lim tizimining asosiy vaziyfalaridan biri "Anatomiya va klinik anatomiya" fanlari bo'yicha joriy amaliy mashg'ulotlar, oraliq nazorat va oraliq attestatsiyada o'tkaziladigan vaziyatli muammolarni hal qilishdir. "

Ushbu o'quv qo'llanma mavzu yuzasidan vaziyatli topshiriqlarni beradi. Har bir vaziyatli vazifa shartni (amaliy - klinik vaziyatning qisqacha mazmuni), savol va standart javobni (o'z-o'zini nazorat qilish uchun) o'z ichiga oladi. Talabadan nafaqat qisqa javob berishga, balki uni o'qituvchi bilan suhbatda asoslab berishga, ya'ni bu muammoni hal qilishning borishi haqida aytib berishga majburdiyatini talab etadi. SHu bilan birga, u nazariy (shu jumladan ma'ruza) o'quv kursidan o'z mulohazalarining to'g'riligini isbotlashi, tayyorgarlik, jadvallar, diagrammalar bo'yicha bilimlarini tasdiqlashi, shuningdek, xalqaro anatomik terminologiyani bilish kerak.

Yangi tibbiy texnologiyalarning rivojlanishi va jarrohning arsenalida yangi asboblarning paydo bo'lishi bilan katta kesmalarga bo'lgan ehtiyoj asta-sekin yo'qoldi. SHunday qilib, XX asrning 60-yillarida diagnostika usuli sifatida foydalanilgan D.O.Ott va G.Kelling tomonidan taklif qilingan laparoskopiya 70-80-yillarda jarrohlik amaliyotiga keng joriy etildi. 1987 yilda laparoskopik xoletsistektomiya tibbiyot fanlari doktori Mouret tomonidan amalga oshirildi.

Jarrohlik amaliyotida masofaviy operatsiya 21-asrning eng shovshuvli va muhim texnologik ishlanmalaridan biridir. Ushbu tizim birinchi marta NASAda kosmonavtlarni kosmosda masofadan davolash uchun yaratilgan va birinchi robot jarrox tizimi "Da Vinchi " aparati 2000 yilda Qo'shma Shtatlarda rasmiy

ro'yxatga olgan. Yuqoridagilar bilan bog'liq holda, ushbu o'quv qo'llanma tibbiyot oliygoxi talabalari uchun klinik fikrlash va amaliy ko'nikmalarni rivojlantirishda katta rol o'ynashi mumkin.

O'T YO'LLARI ANATOMIYASI

Jigarni o'ng va chap bo'lagidan keluvchi o'ng va chap jigar yo'llari qo'shib (d.gepaticus) ni ya'ni umumiy jigar yo'lini hosil qiladi. Jigar yo'lining diametri 0,4 dan 1 sm gacha o'zgarib turadi va o'rta xisobda 0,5 sm ni tashkil qiladi. Umumiy jigar yo'li d.gepaticus o't pufagi yo'li (d. systicus) bilan qo'shib, umumiy o't yo'lini hosil qiladi. Umumiy o't yo'lining uzunligi taxminan 2,5-3,5 sm. Xirurgik va diagnostik axamiyatga ega bo'lgan umumiy o't yo'lini to'rtta bo'limi farq qilinadi: o'n ikki barmoq ichak usti supraduodenal, o'n ikki barmoq orti ya'ni ichak yuqori-gorizontall tarmog'i orqasidan o'tadigan retroduodenal, retropankreatik (me'da osti bezi boshchasi otqasidagi) va o'n ikki barmoq ichakning devori ichida joylashgan intramural qismlardan iborat.

Umumiy o't yo'lining distal bo'limi o'n ikki barmoq, ichak bo'shlig'iga shilliq pardasi ostidagi kavatda joylashgan katta duodenal so'rgich (Fater so'rgichi) bo'lib ochiladi. Katta duodenal so'rgich bo'ylama, sirkulyar va qiyshiq tolalardan iborat avtonom mushak sistemaga - Oddi sfinkteriga ega. Pankreatik yo'l katta duodenal so'rgichga yaqinlashib, umumiy o't yo'lining terminal bo'limi bilan birga duodenal so'rgich ampulasini hosil qiladi. Katta duodenal so'rgichda operatsiya bajarishda o't yo'li bilan pankreatik yo'llarning o'zaro munosabatlariga doir turli variantlar xisobga olinishi lozim.

O't pufagi (*vesica fellea*) jigarning pastki yuzasida unchalik katta bo'lmagan chuqurchada jigarni 4-5 segmenti oralig'idagi chuqurchada (*fossa vesicae felleae*) joylashgan. O't pufagining uzunligi 8 - 14 sm, kengligi 3-5 sm bo'lib sig'imi taxminan 70-100 ml ni tashkil qiladi. O't pufagining tubi (*fundus vesicae felleae*) tanasi (*corpus vesicae felleae*), bo'yni (*collum vesicae felleae*) farq qilinib, bo'yni pufak yo'li (d.systic) ga davom etadi. Pufak yo'li umumiy o't yo'lga quyuladi. Aksariyat o't pufagi bo'ynida qo'ltiqsimon bo'rtma - Gartman cho'ntagagi hosil bo'ladi. Pufak yo'li ko'pincha xoledox o'ng yarimida o'tkir burchak ostida

quyuladi. O't pufagi devori uchta qavatdan: shilliq, mushak va seroz pardalaridan iborat. Pufak shilliq pardasi ko'p sonli bo'rmalar hosil qiladi. Pufakni bo'yn soxasida va pufak yo'lining boshlang'ich qismida ular Geyster klapanlari degan nom olgan, pufak yo'lining bir-muncha distal bo'limlarida silliq mushak tolalari dastalari bilan birga Lyutkens sfinkterini hosil qiladi.

Golotopiya. O't pufagi (o'p) va o't yo'llari qorinning yuqori qismida va o'ng qovurg'a ostida proeksiyalanadi.

Skeletotopiya. O't pufagining tubi qorin to'g'ri muskuli tashqi qirg'og'i va o'ng qovurg'a IX qovurg'a tog'yayi aniqrog'i yoyi xosil qilgan burchakda proeksiyalanadi.

Sintopiya. O't pufagining oldingi soxasi va yuqorisida jigar joylashadi. chapda — me'daning pilorik qismi, o'ngda — ko'ndalang chambar ichakning jigar burchagi joylashadi. (yoki 12 bramoqli ichakni boshlanish qismi). O't pufagini tabi jigar qirg'og'idan bir oz chiqib turib u qorin oldingi devoriga tegib turadi.

O't pufagining devorlari quyidagi qismlardan iborat shilliq qavati (*tunica mucosa vesicae felleae*), mushak qavati (*tunica muscularis vesicae felleae*), subseroz qavati (*tela subserosa vesicae felleae*) va seroz qavatdan (*tunica serosa vesicae felleae*). O't pufagining shilliq qavati ko'p miqdordagi spiralsimon burmalardan iborat bo'lib bir tavatli prizmatik epiteliy bilan qoplangan. Shilliq qavat juda yaxshi rezorbsiya qobiliyatiga ega.

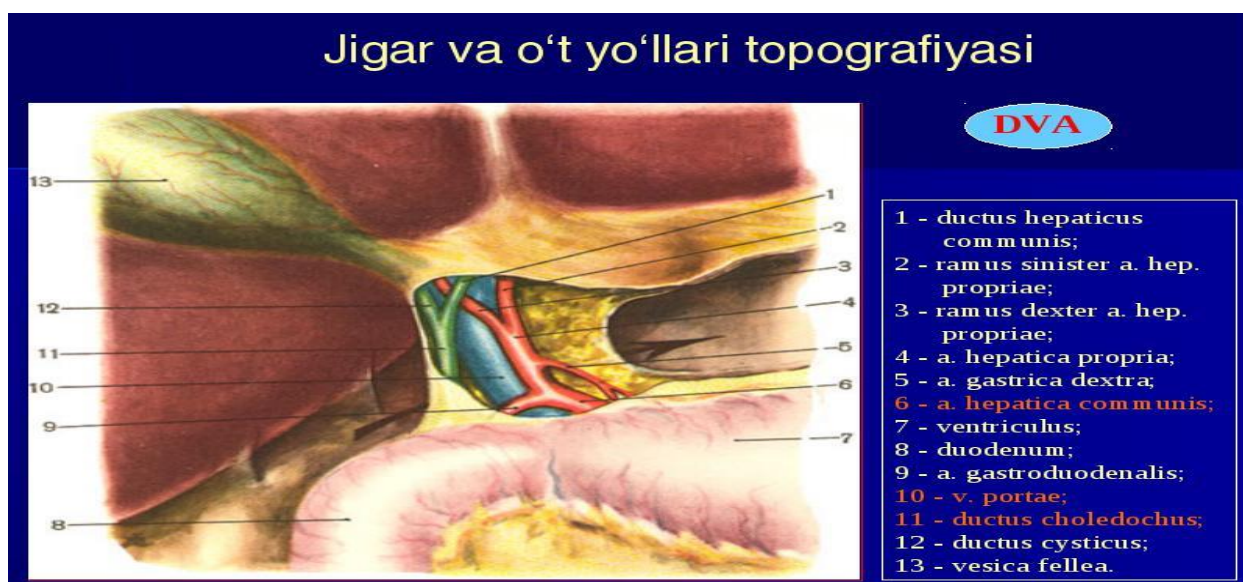


Rasm. № 10 o't pufagi va o't yo'llarini anatomik tuzilishi

Lekin bu qavat turli xil ta'sirlarga juda sezgir bo'lib u morfologik jihatdan shish va destruksiyaga moyil xisoblanadi.

Mushak qavati bo'ylama va sirkulyara muskulli tolalardan iborat aksariyat bo'yin qismida mushak tolalari orasida tirqish bo'lib shu soxalarda shilliq qavati seroz qavat bilan bevosita birlashgan bo'lib o'ziga xos sinusni xosil qiladi.

(**Rokitanskiy–Ashoff sinusi**). Bu sinuslar o't pufagi teshilmasdan saforli peritonit rivojlanishida muxim rol o'ynaydi. Chunki o't pufagi yallig'lanishi va dimlanishi sababli sinuslar orqali qorin bo'shlig'iga sizib chiqishi mumkin. O't yo'llari bo'ylab sirkulyar mushak qavati 3 ta sfinkterni xosil qiladi. Jigar o't yulida Mirizzi sfinkteri, pufak yo'lini boshlang'ich qismida Lyutkens sfinkteri, umumiy o't yo'lini 12 barmoqli ichakka quyulish joyida Oddi sfinkteri joylashgan. Ayrim holatlarda jigar ichi o't yo'llaridan boshlangan anamal o't yo'li bo'lib u o't pufagini orqa tomonidan kelib shilliq qavatiga qadar kirib boradi. Shu anamal yo'lga **Lyushke** protogi nomi berilgan. Amaliy ahamiyati shundan iboratki xoletsistektomiya vaqtida ushbu yo'l ochiq qolishi operatsyadan keyingi saforili peritonitga olib kelishi mumkin. Shu sababli xoletsistektomiya dan so'ng o't pufagi o'rindig'ini tikish yoki koagulyasiya qilish tavsiya etiladi.

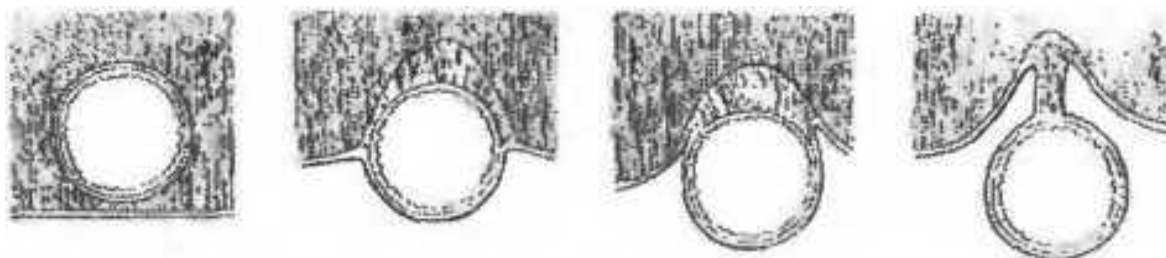


Rasm. № 2. O't pufagi va o't yo'llarini sintopiyasi

O't pufagining qon bilan ta'minlanishi. Jigar arteriyasining o'ng tarmog'idan chiquvchi pufak arteriyasi (*a. systica*), bilan qon bilan ta'minlanadi. Bu kichik arteriya ikki tarmoqqa ajralib o't pufagini yuqori va quyi soxalarini qon bilan ta'minlaydi. Amaliyotda pufak arteriyasini ajratib olish uchun Kalo uchburchagi katta axamiyatga ega. Kalo uchburchagi bir tomonida pufak yo'li (*d. systica*), ikkinchi tomonida umumiy jigar yo'li va uchinchi tomonida pufak arteriyasi (*a. systica*) dan tashkil topgan. Xoletsistektomiya vaqtida aynan shu strukturalarni bir birida ajratish kerak bo'ladi.



Rasm № 3. O't pufagini qon bilan ta'minlanish variantlari.



Rasm № 4 O't pufagini qorin pardaga nisbatan joylashuvi.

JIGARNING XIRURGIK ANATOMIYASI

Jigar qorin bo'shlig'idagi toq organ bo'lib, o'ng subdiafragma bo'shlig'ini egallaydi. Chap qirradi bilan u qisman chap diafragma bo'shlig'iga tomon cho'ziladi. Katta yoshdagi kishilarda jigarning massasi taxminan 1500 grammga teng. Jigarning massasi turli xil patologik jarayonlarda sezilarli darajada farq qilishi mumkin, ya'ni massani ortishi o'smalar, parazitlar kasalliklari va jigar massasini kamayishi atrofik jigar sirozida kuzatiladi. Shunday qilib jigar o'ng subdiafragmatik bo'shliq zonasini jonlashib, jigar ushbu sohaning bir qator muhim tuzilmalari - diafragma, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi

boshchasi, ko'ndalang chambar ichak, o'ng buyrak usti bezi va buyrak bilan aloqa qiladi

Patologik jarayonlarning rivojlanishi bilan ular qo'shni organlarga (yiringli kasalliklar, o'smalar, alveokokkoz) kirib borishi mumkin, shuningdek, bu organlarning shikastlanishlarida jigar xam ikkinchi navbatda patologik jarayonga kirishi mumkin.

Jigar qorin parda bilan qoplangan bo'lib qorin parda ikkinchi organ o'tish vatida boylam xosil qilib uni faksatsiya qilinishiga yordam beradi. Jigarni orqa qismlarning kichik trapezoid maydonida qorin parda yo'q. Uning shu soxasi retroperitoneal yog' kletchatkasi bilan bevosita aloqada bo'ladi. Ushbu zonada rezektsiya qilingan XII qovurg'aning qirg'og'i orqali yoki o'ngdagi subkostal kesma qilinib organning orqa qismlariga, qisman orqa soxalarida joylashgan xo'ppozlarini ochish va drenajlash uchun ekstraperitoneal kirib jarroxlik amaliyotini bajarish mumkin.

Jigarning pastki yuzasi, taxminan markazda, katta qon tomirlar jigarga kirib boradi, o't yo'llari esa chiqadi bu joy - Glison darvozasi deb nomlanadi. Arterial - qon jigarga o'zining jigar arteriyasi (a.gepatica propria), darvoza venasi (v . portae) orqali kiradi. Ushbu tomirlar orqali jigarga kiradigan qonning miqdoriy nisbati taxminan shunday bo'ladiki, taxminan 25% jigar arteriyasi va 75% portal vena orqali kirib keladi. Ba'zi tadqiqotchilarning fikriga ko'ra , faqat 2/3 hollarda jigar arteriyasi va darvoza venasi darvozada o'ng va chap shoxlarga bo'linadi. Bir qator kuzatishlarda chastotasi o'zgarib turadigan variantlar mavjud. V.S.SHapkin ma'lumotlariga ko'ra , darvoza venasining bifurkatsiyasi 86%, trifurkatsiya - 6,55%, kvadrifurkatsiya - 1,58% hollarda kuzatiladi. SHunga mos ravishda, jigar arteriyasining bifurkatsiyasi 66% da kuzatiladi.

Jigardan qonning chiqishi uchta jigar venalari tizimi orqali sodir bo'ladi, ular jigarning orqa yuzasida bir- biriga yaqinlashib, pastki kavak venaga oqib o'tadi, bu tomirlar chegarasida shu nomdagi bo'shliqda o'tadi. Jigardan tashqarida o'tadigan ingichka diametrli jigar venalarining bo'limlari juda qisqa (2-8 mm), bu ko'pincha tashrix vaqtida ularning ajratilgan ligaturasini murakkablashtiradi va ko'pincha ularni ajratishga harakat qilganda tomir

devorlarining shikastlanishiga olib keladi. Shu sababli bu qon tomirlarni jigar to'qimasi orqali bog'lash qulayroq xisoblanadi.

Shu nuqtai nazardan, jigarining katta qon tomirli tuzilmalari uning pastki - yuzasiga yaqinroq joylashganligini aytish mumkin. Ushbu shakllanishlar jigar sirtidan 1,5-2 sm chuqurlikda yotadi, bu jarrohlik aralashuvlar paytida e'tiborga olinishi kerak. Jigarining diafragma yuzasidan sezilarli chuqurlikda faqat 3-4 tartibli tomirlar va o't yo'llari joylashadi.

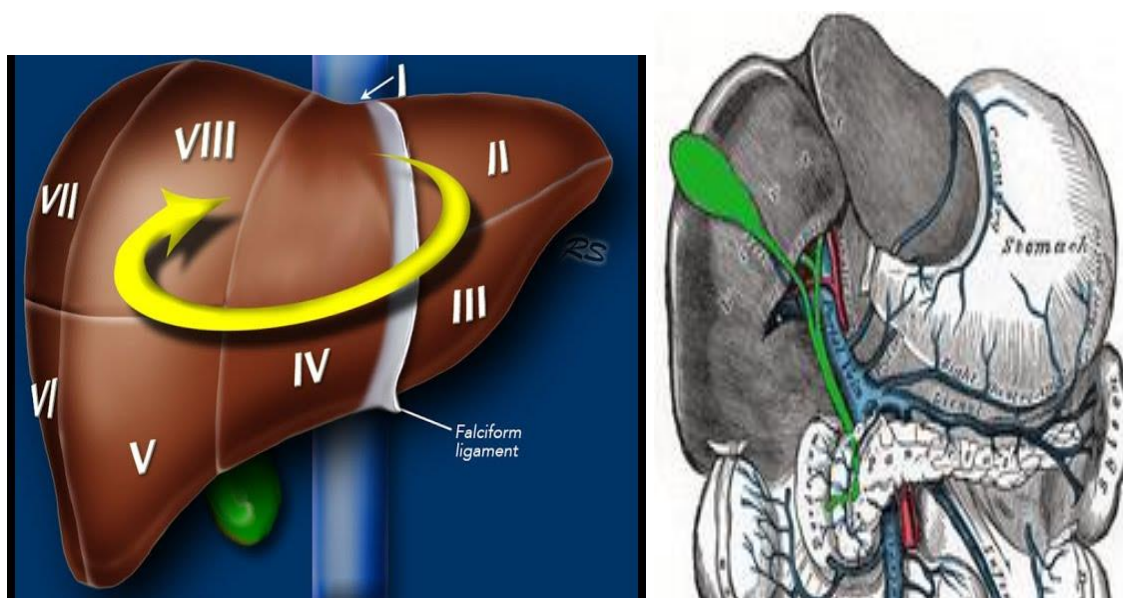
Limfa tizimi. gepatoduodenal boylam va retroperitoneal bo'shliqning limfa tugunlari orqali amalga oshiriladi.

Jigarining innervatsiyasi vagus nervining oldingi magistralidan Leterji nervi ishtirokida qorin bo'shlig'ining avtonom chigallaridan hosil bo'lgan jigar chialisuslari tufayli yuzaga keladi .

Yuqorida aytilganidek qorin pardaning bir organdan boshqasiga o'tadigan duplikaturalari jigarni diafragma, qorinning orqa devoriga mahkamlaydigan va jigarni oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak bilan bog'laydigan bog'lam apparatni hosil qiladi. Jigar diafragmaga organning strukturaviy elementlariga mos kelmaydigan va faqat uning vazifasi va fiksatsiyasini bajaradigan falsiform, yarim oy va uchburchak boylamlar yordamida birlashtiriladi. Darvozadan o'n ikki barmoqli ichak hududiga katta amaliy ahamiyatga ega bo'lgan jigar-o'n ikki barmoqli ichak boylami (lig . gepatoduodenale) o'tadi, uning erkin qirrasi old tomondan kichik charvi bo'shlig'iga (foramen Winslow) olib boradigan ochilishni chegaralaydi. Ushbu boylam tarkibida Glisson darvozasining hayotiy tuzilmalari (jigar arteriyasi, darvoza venasi va umumiy o't yo'li) o'tadi. Gepatoduodenal boylam kichik charvining muhim qismi bo'lgan gepatogastrik boylamga o'tadi. Kindikning ichki yuzasidan Glisson darvozasi hududiga shnursimon boylam - jigarining dumaloq boylami (lig . teresgepatis) o'tadi. Bu boylamni tarkibida anchagina qalinroq kindik venasi (v . umbilicalis) yotadi, u darvoza venasining asosiy magistraliga yoki chap shoxiga quyulib turadi.

Bola tug'ilgandan keyin bu tomir kindikdan atigi 1-2 sm masofada yo'q bo'lib ketganligi sababli kontrastii tekshirish vaqtidagina aniqlahadi.

Jigarning jarrohlik anatomiyasida uning segmentar tuzilishini o'rganish alohida ahamiyatga ega. V.S.Shapkin, Kuinaud, Reyfersheyd, Xyorstio, O.A.Umbrumyants, Patel, Leger va boshqalarning ilmiy ishlarida, jigar alohida zonalar - segmentlardan iborat bo'lib, ularning har biri jigar tizimlaridan o'z avtonom qon ta'minotiga ega ekanligi aniq isbotlangan. Ushbu segmentlardan - venoz qon va safro chiqishi ham izolyatsiya qilingan holda amalga oshiriladi. Aksariyat mualliflarning fikriga ko'ra, alohida segmentlarning tomirlari keng anastomozlarga ega emas, ammo A.S. Yalynskiyning anatomik tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, bunday hisobotlar mavjud, ehtimol ular etarli darajada kuchli emas.



Rasm № 5. Jigarni segmentar tuzilishi va qon aylanish tizimi

Jigarni ikkita katta qismga bo'lish mumkin - o'ng va chap bo'lak. Ularning orasidagi chegara o't pufagining cho'qqisi va pastki kavak venasi orqali o'tadigan faraziy tekislikdir. Bu tekislik bir oz chapga egilgan va bir xil faraziy Reks - Kantl chizig'idan o'tadi.

Xar bir bo'lak avtonom qon ta'minoti va qon va safro chiqishiga ega. O'z navbatida, jigarning o'ng va chap yarmi to'rttadan segmentga bo'linadi. Kichik tafsilotlar bilan bu sxemalar bir-birini takrorlaydi. Unga kiritilgan har bir segmentning (tomirlar va kanallar) kanalchalar tuzilmalarining topografiyasi ham amaliy ahamiyatga ega.

Qayd etilgan jigarning kanalchalar tuzilmalarining sezilarli o'zgaruvchanligi, shuningdek, ular patologik jarayonlar (o'smalar, parazitlar

kasalliklar, sirroz) ta'sirida sezilarli o'zgarishlarga duchor bo'lish asoratlaridan qochish mumkin emas. Saraton, alveokokkoz va sirrozda ushbu shakllanishlarni - birinchi o'rganish A.S.Yalinskiy tomonidan amalga oshirildi. Uning o'choqli jarayonlarda va sirrozda jigarning kanalchalar tuzilmalarini quyish va keyinchalik kontrastlash bilan olib borgan tadqiqotlari bu shakllanishlarning sezilarli o'zgaruvchanligini ko'rsatdi. Amaliy jarrohlik maqsadlari uchun bunday tadqiqotlar istiqbollari ta'kidlash lozim. SHu bilan birga, har qanday usul bilan emas, balki ushbu organga zamonaviy aralashuvlarni amalga oshirish uchun jigarning intraorgan shakllanishlari haqida mukammal bilim zarur. Jigarning kanalchali tuzilmalarining uning yuzasida proektsiyasini bilish ham juda muhim, bu ayniqsa safro yo'lini drenajlash bo'yicha aralashuvlarni amalga oshirish uchun muhimdir .

Jigarning anatomik nuqsonlari

Jigarning anatomik nuqsonlari jigarning joylanishi (situs viscerus inversus) va uning tuzilish xususiyatlari bilan bog'liq. Jigarning bir qator hayvonlarga hos bo'lgan bo'laksimon tuzilishi insonda ham atevizm ko'rinishida uchrashi mumkin. Kamdan-kam hollarda qo'shimcha bo'lakchalar tutqich (mezenteriy) ga ega va buralib qolishi mumkin, bu jarrohlik operatsiyasini o'tkazishni talab qiladi.

Jigar tomirlarining tug'ma patologiyasi jigar bo'lagining atrofiyasiga olib kelishi mumkin, fiboz rivojlangan sayin jigarning o'lchamlari keskin kichrayadi. Jigar o'ng bo'lagining ageneziasini birmuncha kam topiladi, u jigardan tashqari portal gipertenziasiga olib kelishi mumkin.

Ridel bo'lagi borligi jigardan anatomik tuzilishining varianti hisoblanadi, bunda u jigarning o'ng bo'lagi til ko'rinishida o'sib chiqqan bo'lib, pastga o'ng yonbosh sohasi sathigacha osilib tushib, katta hajmli tuzilmaga o'hshab ko'rinadi.

Ko'pchilik hollarda jigar nuqsonlari klinik jihatdan yuzaga chiqmaydi, davolashni talab qilmaydi va boshqa patologiyani aniqlash uchun bemorni tekshirilayotganda tasodifiy topilma bo'lishi mumkin.

O‘T TOSH KASALLIKLARI MUAMMOLARI

1. Muammoning dolzarbligi

O‘t tosh kasalligi (shuningdek, o‘t pufagi va o‘t toshlari, xolelitiyoz, xolelitiyoz) - boshqa yunon tilidan shakllangan. Chólk - safro va lithos - tosh. Bu o‘t pufagida, o‘t yo‘llarida toshlar (toshlar) paydo bo‘lishi. O‘t toshlari kasalligi muammosi qorin bo‘shlig‘i jarrohliligining eng qadimiy sahifasidir. Uning dolzarbligi quyidagilardan dalolat beradi: - operativ va anestetik xavfi yuqori bo‘lgan shaxslarda xolelitiyozning murakkab shakllari sonining ko‘payishi; - jarrohlik taktikasining ko‘p qirraliligi; - jarrohlarni qoniqtirmaydigan xolelitiyazning murakkab shakllarini davolash natijalari; - jarrohlarning xolelitiyazning murakkab shakllarini davolash taktikasi to‘g‘risidagi bahslari, yagona algoritmni ishlab chiqish zarurligini bildiradi; - qarama-qarshi qarashlar va shu bilan birga, minimal invaziv texnologiyalar muammosining katta amaliy ahamiyati bor. O‘t yo‘llari kasalligi eng keng tarqalgan kasalliklar bo‘lib, u dunyo aholisining taxminan 10% qamrab oladi. Jarrohlikka ihtisoslashgan shifoxonalarida qorin bo‘shlig‘i organlarining surunkali kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar orasida o‘t tosh kasalligi bilan og‘rigan bemorlar birinchi o‘rinlardan birini egallaydi. Bu jarrohlar tomonidan amalga oshirilgan operatsiyalar sonidan dalolat beradi. SHunday qilib, faqat AQSHda yiliga 500000 dan ortiq xoletsistektomiya o‘tkaziladi. Mamlakatimizda xolelitiyaz bilan kasallanish ham yuqori bo‘lib, har keyingi o‘n yillikda bemorlar soni ikki baravar ko‘payib bormoqda. Kasallik haqli ravishda “asr kasalligi” va “omonlik kasalligi” deb hisoblanadi, bu uning bevosita yog‘li ovqatlanish bilan bog‘liqligini anglatadi. Yosh o‘tib borishi bilan u tez-tez uchraydi va 70-74 yoshda allaqachon odamlarning 27,7 foizida toshli xoletsistit tashxisi qo‘yilgan bo‘ladi.

2. Xolelitiyazni jarrohlik yo‘li bilan davolash tarixi
Ibn-Sino (980-1037) birinchi bo‘lib xolelitiyozni jarrohlik kasallik deb tasnifladi. Birinchi marta 1680 yilda G. Zambeccari tomonidan itda xoletsistektomiya qilgan bo‘lsa. Insonda birinchi muvaffaqiyatli xoletsistektomiya 1882 yilda

nemis jarrohi S.Landenbux tomonidan amalga oshirildi. Rossiyada ushbu operatsiyaning ustuvorligi professor YU.F. Kosinskiy 1889. Yangi tibbiy texnologiyalarning rivojlanishi va jarrohning arsenalida yangi asboblarning paydo bo'lishi bilan, katta kesmalar qilish zarurati asta-sekin yo'qoldi.

SHunday qilib, taklif qilingan D.O. Ott va G. Kelling, 1960-yillarda diagnostika usuli sifatida ishlatilgan laparoskopiya 1970-1980-yillarda jarrohlik amaliyotiga keng joriy etilgan.

1987 yilda laparoskopik xoletsistektomiya tibbiyot fanlari doktori Mouret tomonidan amalga oshirildi. Rossiyada laparoskopik xoletsistektomiya Yu.I. Galinger 1991 yil. 1903 yilda rus jarrohi D.O. Ott uzun ko'zguvar va bosh reflektor - laparoskopiyaning ochiq versiyasi yordamida qinning orqa teshigidagi kichik kesma orqali qorin bo'shlig'i organlarini tekshirdi. Ushbu tamoyil (kichik kesma) ochiq laparoskopiya elementlari bilan mini-laparotomiya asosida yotadi. Prudkov tomonida ishlab chiqilgan "Mini assistent" asboblarning to'plami yordamida amalga oshiriladi. Keyin MLD texnologiyasini jarrohlik amaliyotiga professorlar A.M. SHulutko, A.S. Ermolov, operatsiya va anestetik xavfi yuqori bo'lgan keksa bemorlarda ushbu turdagi jarrohlikning maqsadga muvofiqligini isbotladi. Robot tizimlaridan jarrohlik foydalanish 21 asrning eng hayajonli va muhim texnologik ishlanmalaridan biridir. Ushbu tizimlar birinchi marta NASAda kosmonavtlarni masofadan turib kosmosda davolash uchun ishlab chiqilgan va birinchi robot tizimi "Da Vinchi" TM 2000 yilda AQSHning roziligini olgan.

3.Xolelitiyazning va o'tkir xoletsistitning tasnifi
Tarixiy nuqtai nazardan va umumiy ta'lim maqsadlarida xolelitiyazning quyidagi tasniflari qiziqish uyg'otadi:

1974 yilda D.Small xolelitiyazning 5 bosqichini aniqladi :

- 1 - safro xolesterin bosqichi genetik, biokimyoviy va metabolik nuqsonlar
- 2 - o'tni biokimyoviy o'rganish jarayonida litogen safro belgilari aniqlanadigan kimyoviy bosqich;
- 3 - xolesterin kristallari hosil bo'ladigan bosqich;
- 4 - kristallarning o'sishi va xolesterin toshlarining shakllanishi;

- 5 - xolelitiyazning klinik belgilarining paydo bo'lish bosqichi.

Klassifikatsiya katta nazariy ahamiyatga ega bo'lgan, ammo klinik amaliyotda keng qo'llanilmagan.

2000 yilda S. Dadvani va boshqalar. Xolelitiyazning 6 ta klinik shakli

aniqlangan :

- 1) yashirin shakli (tosh tashuvchisi);
- 2) birlamchi surunkali xoletsistit;
- 3) jigar (o't yo'llari) sanchig'i;
- 4) surunkali takrorlanuvchi kalkulyoz xoletsistit;
- 5) surunkali qoldiq xoletsistit;
- 6) boshqa shakllar (stenokardiya, Sent sindromi).

2002 yilda Rossiya gastroenterologlarining 3 Kongressida amaliy foydalanish uchun tavsiya etilgan tasnif xolelitiyazni quyidagi bosqichlariga ajratadi :

1 bosqich - boshlang'ich :

- a) quyuq geterogen safro;
- b) safro loyining shakllanishi (mavjudligi bilan). mikrolitlar, shlakli o't, shlakli o'tning mikrolitlar bilan birikmasi).

2 bosqich - o't pufagida toshlarning paydo bo'lishi:

- a) lokalizatsiya bo'yicha (o't pufagida, umumiy o't yo'lida, jigar yo'llarida);
- b) toshlar soni bo'yicha (yagona, ko'p sonli tosh);
- c) tarkibi bo'yicha (xolesterin, pigment, aralash);
- d) klinik kechishiga ko'ra (yashirin, og'riqli shakl, dispeptik shakl, boshqa kasalliklar niqobi ostida)

3 bosqich - surunkali takrorlanuvchi kalkulyoz xoletsistit.

4 Bosqich.- asoratlari.SHuningdek , **kalkulyoz xoletsistitning klinik shakllari**

mavjud :

- yashirin shakl;
- dispeptik shakl;
- surunkali og'riq shakli;
- biliar kolika;
- sriqlik shakl;

- atipik shakl (stenokardiya va boshqalar).

Xolelitiyazning asoratlari :

- 1) o'tkir xoletsistit;
- 2) o'tkir pankreatit;
- 3) o'tkir xolangit, xoledoxolitiaz, mehanik sariqlik;
- 4) umumiy o't yo'li va kata duodenal so'rgichning strikturalari;
- 5) kichraygan o't pufagi;
- 6) o't pufagi saratoni.

O'tkir xoletsistit - o't pufagida har qanday o'tkir rivojlangan yallig'lanish

O'tkir xoletsistitning zamonaviy patomorfologik tasnifi

A. Asoratlanmagan:

- o'tkir kataral (oddiy) xoletsistit; - o'tkir destruktiv (flegmonoz va gangrenoz) xoletsistit.

B. Asoratlangan: - o't pufagining teshilishi (o'tkir perforativ xoletsistit); - peritonit; - paravezikal yallig'lanish infiltrati; - paravezikal xo'ppoz; - obstruktiv sariqlik; - xolangit va jigar xo'ppozlari; - o'tkir pankreatit; - tashqi va ichki oqmalari; Empiema - reaktiv gepatit (yallig'lanish jarayonining o't pufagidan jigar parenximasiga o'tish davrida);

Patogeneziga ko'ra o'tkir xoletsistitning quyidagi turlari (shakllari) ajratiladi - obstruktiv; - fermentativ; - qon tomir. O'tkir xoletsistit ham quyidagilarga bo'linadi: - kalkulyoz (o't pufagi bo'shlig'ida toshlar tashxisi bilan); 90% hollarda o'tkir xoletsistit o't tosh kasalligi fonida, 10% da - o't pufagida toshlar bo'lmaganda toshsiz rivojlanadi. Og'ir holatlarda o'tkir xoletsistit ko'p sonli asoratlar va yuqori o'lim ko'rsatkichi bilan birga keladi.

Xulosa. Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, xolelitiyazning etiologiyasini zamonaviy tushunish metabolik kasalliklar, o't pufagi shilliq qavati va o't yo'llarining epiteliysida yallig'lanish o'zgarishlari, safro turg'unligi bilan izohlanadi. Xavf omillari katta ahamiyatga ega. O't tosh kasalligi patogenezi yaxshi tushunilgan bo'lib, jarrohlar uchun xolelitiyazning patomorfologik tasnifi eng maqbuldir. O'tkir xoletsistitni bugungi kuni jarrohlik yo'li bilan davolash

katta kesmalardan kichiklarga o'tishga va minimal invaziv texnologiyalarni yanada rivojlantirishga - laparoskopikdan robot tizimlariga o'tishga intiladi.

O'tkir xoletsistitning ultratovush diagnostikasi.

O'tkir kalkulyoz xoletsistitning EXO tasviri yaxshi ishlab chiqilgan bo'lib, uning hajmini, o't pufagi devorining tuzilishidagi o'zgarishlarni (qalinligi, bir xilligi), ichki muhitini (giperehogen suspenziya, laminatsiya,) aniqlashga asoslangan. Toshlar va boshqa o'zgarishlarni, paravezikal to'qimalarning holatini baholash (paravezikal infiltrat belgilari; paravezikal suyuqlik yig'ilishiga mos keladigan past exogen zonalari va boshqalar), mahalliy limfa tizimining yalliglanishlari limfadenit ko'rinishidagi reaksiyasini aniqlash, shuningdek dinamik ekografik tasvirdagi o'zgarishlar baholanadi .

Buyanov va boshqalar. (1994) o'tkir xoletsistitning

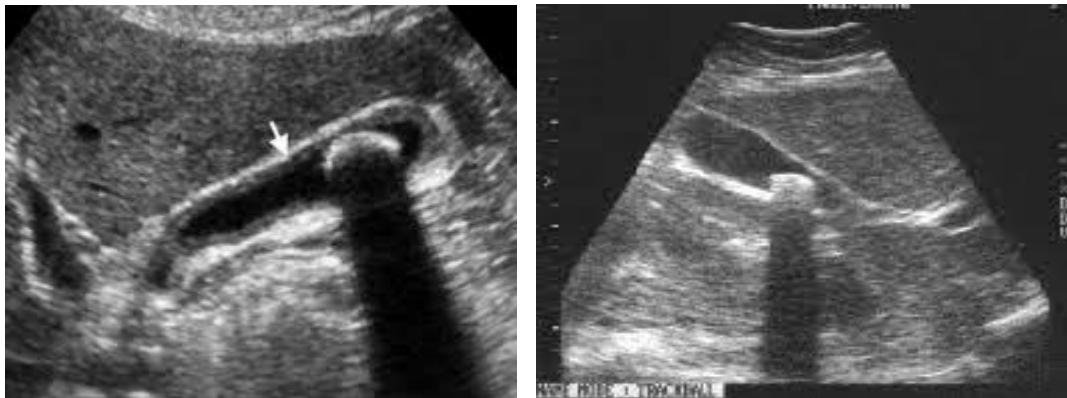
4 ta turdagi UTT patologiyasini ajratishni taklif qiladilar.

1. O't pufagi devor destruktiv o'zgarmagan o'tkir xoletsistit.
2. Ekstravezikal asoratlarsiz o'tkir destruktiv xoletsistit.
3. O'tkir destruktiv xoletsistit, paravezikal infiltrat, xo'ppoz.
4. Peritonit bilan kechadigan o'tkir destruktiv xoletsistit.

Keksa yoshdagi bemorlarda ultratovush yordamida o't pufagining yallig'lanish shaklini klinik ko'rinishlari va o't pufagi devoridagi destruktiv o'zgarishlar darajasi o'rtasidagi nomuvofiqlik bilan tashxislash jarrohlik uchun ko'rsatmalarni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi. Chunki keksa yoshdagi bemorlarda klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lmasligi mumkin. Bunday holatlarda UTT hulosasiga asoslanib ish ko'riladi. O'tkir xoletsistitning **ultratovush belgilari** : - o't pufagi devorlarining 4 mm dan ortiq qalinlashishi, - devorning "qo'sh konturi" (o't pufagi devorlarining ikki barobar qalinlashuvi), - o't pufagining kattalashishi, - o't pufagining bo'ynida tiqilgan toshning mavjudligi. Perivezikal sohaga suyuqlik yig'ilishi - Merfining ultratovush belgisi. Pufak devori o'zgarmagan o'tkir xoletsistitda devoriuning 5-6 mm gacha qalinlashishi va "qo'sh kontur" simptomisiz kuzatiladi.

O't pufagi devori destruksiyali o'tkir kalkulyoz xoletsistit. O't pufagi devorining qalinligi 8-12 mm bo'lishi va "qo'sh kontur" belgisining aniqlanishi patologik

jarayonning o't pufagi devoridan tashqariga chiqib ketganligini ko'rsatadi va shoshilinch tibbiy chora talab qilinadi. O'tkir destruktiv xoletsistit ekstravezikal asoratlarning belgilari bo'lmasa, ekstravezikal asoratlarsiz o'tkir destruktiv xoletsistit deb talqin qilinadi.



Rasm № 6 UTTda O'tkir destruktiv xoletsistit hulosasi.

Ekstravezikal asoratlarsiz o'tkir destruktiv xoletsistit (tosh va o't pufagi devorining "qo'sh konturi" ko'rsatilgan). Paravezikal infiltratli o'tkir destruktiv xoletsistit UTT da Perivesikulyar xoletsistit deb atalib, o't pufagi to'shagi zonasida infiltrativ o'garish bo'lib, konturi notekis va perifokal zonasi bilan tartibsiz yumaloq shakldagi gipo va anexogen zonalar sifatida ko'rinadi. Paravezikal xo'ppoz bilan asoratlangan o'tkir destruktiv xoletsistit Jigar osti bo'shlig'ida, diafragma osti bo'shlig'ida va kichik tos bo'shlig'ida, shuningdek, Morisson sinusida mantiyaga o'xshash va uchburchak aks-tasviri salbiy tuzilmalar ko'rinishida erkin suyuqlikning aks-tasviri belgilari aniqlanganda peritonitga shubha qilinadi (o'ng buyrak va jigarning o'ng bo'lagi orasidagi bo'shliq). Ultratovush bilan qayd etilgan o't pufagining bo'shlig'idagi o'zgarishlar diagnostik ahamiyatga ega. Uning boshqa EHO belgilari bilan giperehogen suspenziya paydo bo'lishi yallig'lanish jarayonining mavjudligini ko'rsatadi

6. O'tkir destruktiv xoletsistitda Morisson sinusidagi erkin suyuqlik O't pufagi bo'shlig'ida tosh toshlari va giperehogen suspenziya O't pufagining "gepatizatsiyasi" simptomi diagnostik ahamiyatga ega (o't pufagi lümeni jigar parenximasidan farq qilmaydigan EHO tuzilmalar bilan ifodalanadi). EXO tasvir o't pufagi empiemasi uchun xarakterlidir

7. O't pufagining empiemasi. O't pufagi bo'shlig'ining "gepatizatsiyasi" simptomi Morfologik jihatdan o't pufagi empiemasi flegmonoz xoletsistitga yaqinroq bo'lsa, "gepatizatsiya" simptomi o'tkir destruktiv xoletsistitga xos xususiyatni hisobga olish uchun ko'proq mos keladi. Destruktiv xoletsistit bilan og'riqan bemorlarda destruktiv xoletsistit. 1,7-3% shilliq qavatining o't pufagi bo'shlig'iga "osilgan" echografik tasvirga ega. Bu alomat kamdan-kam uchraydi, o't pufagining bir xildagi giperehogen soya fonida deyarli aniqlanmaydi va har doim o'tkir destruktiv xoletsistitning boshqa belgilari bilan birlashtiriladi. Biroq, bu alomat punksiyon-drenaj usullariga ko'rsatmalarni aniqlashda katta amaliy ahamiyatga ega, chunki har doim o't pufagi shilliq qavatining ajralishi va o't pufagi o'rniga shilliq osti qatlamining drenajlanishi xavfini bilish kerak. Shilliq qavatning o't pufagi bo'shlig'iga "osilib tushishi" Shunday qilib, o'tkir kalkulyoz xoletsistitning UT-simptomlarining butun xilma-xilligi va ularni aniqlash quyidagi ketma-ketlik bilan ifodalash mumkin: 1. Merfi simptomi bilan birgalikda intravezikal biliar gipertenziya faktini aniqlash (o't pufagining uzunligi, kengligi, devor qalinligi va ko'ndalang kesimi maydonini aniqlash). O'tkir xoletsistitning destruktiv va destruktiv bo'lmagan variantlarini farqlash kerak bo'ladi sababi davolash taktikasi shu hulosaga qarab o'zgaradi.

3. Destruktiv xoletsistitni asoratlangan va asoratlanmagan (paravezikal to'qimalarning holati,) holatlarni farqlash. Tavsiya etilgan operatsiyaning texnik qiyinchiliklarini bashorat qilishda ultratovushning roli juda muhim. Texnik jihatdan murakkab rejalashtirilgan xoletsistektomiyaning ishonchli belgilari: - o't pufagining bo'shlig'ining yo'qligi, - devorning qalinlashgan yoki yupqalashgani, - bo'yin yoki Gartman xaltasida katta harakatsiz toshlar, - perivezikal suyuqlikning to'planishi, - infiltrat mavjudligi.

Batafsil tashxisni shakllantirishga misollar :

1. O'tkir kalkulyoz destruktiv xoletsistit.
2. O'tkir kalkulyoz xoletsistit.
3. Kataral kalkulyoz xoletsistit. KDS obstruksiyasi va mehanik sariqlik sindromi.
4. O'tkir Flegmonoz kalkulyoz xoletsistit. Mirizzi sindromi. Mexanik sariqlik.
5. O'tkir. O'tkir obstruktiv kalkulyoz xoletsistit.

Xulosa. O'tkir xoletsistit uchun diagnostika algoritmi majburiy ravishda quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- kasallikning namoyon bo'lishi bo'yicha klinik ma'lumotlarni baholash,
- tekshiruv ma'lumotlarini baholash,
- umumiy va biokimyoviy qon tahlili natijalarini baholash,
- EKG,
- ko'krak qafasi rentgenogrammasi,
- ultratovush. Qorin bo'shlig'i organlari har 2 soatdan ortiq bo'lmagan vaqtda tekshirib turish.

Agar o't pufagini kasallklarini konservativ davolash natija bermasa yoki jarrohlik aralashuvi uchun aniq ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, klinika shifokorlari jarrohlik usulini tanlash bo'yicha tavsiyalar beradi. Bu klassik ochiq xoletsistektomiya, o't pufagining endoskopik jarrohligi yoki mini-laparotomiya operatsiyasi bo'lishi mumkin.

XOLETSISTEKTOMIYA

Xoletsistektomiyaga ko'rsatmalar. Uzoq muddatli muvaffaqiyatsiz konservativ davo bo'lgan taqdirda surunkali qaytalanuvchi xoletsistitda. Shoshilinch ko'rsatmalar - o't pufagi gangrenasi, o't pufagining teshilishi.

Bemor chalqancha xolatda yotqiziladi; ko'krak qafasining pastki qismi ostiga yostiqcha qo'yiladi yoki operatsiya stolining shu maqsadda mo'ljallangan qismi ko'tariladi .

Operatsion texnika. Fedorov bo'yicha kesma U to'shning xanjarsimon o'simtasi ostidagi o'rta chiziqdan boshlanib, bir necha santimetr pastga, so'ngra 2-3 sm pastroqda qovurg'a kamariga parallel ravishda o'ngga yo'naladi. O't yo'llarida operativ aralashuvlar uchun qulay Rio-Branco burchakli kesma ham qo'llanilishi mumkin u to'shning xanjarsimon o'simtasi ostidan boshlanadi va o'rta chiziq bo'ylab olib boriladi; kindikgacha bir necha santimetr qolganda, kesma o'ngga buriladi va 12 qovurg'aning oxirigacha bir chiziq bo'ylab yo'naltiriladi.

Ushbu kesmalarning medial qismida qorinning to'g'ri mushaklari kesib o'tadi, uning qalinligida kesma o'tkaziladi. Operatsion jarohatning lateral qismida qorinning tashqi, ichki va ko'ndalang mushaklari, ko'ndalang fastsiya va qorin pardasi ketma-ket kesiladi.

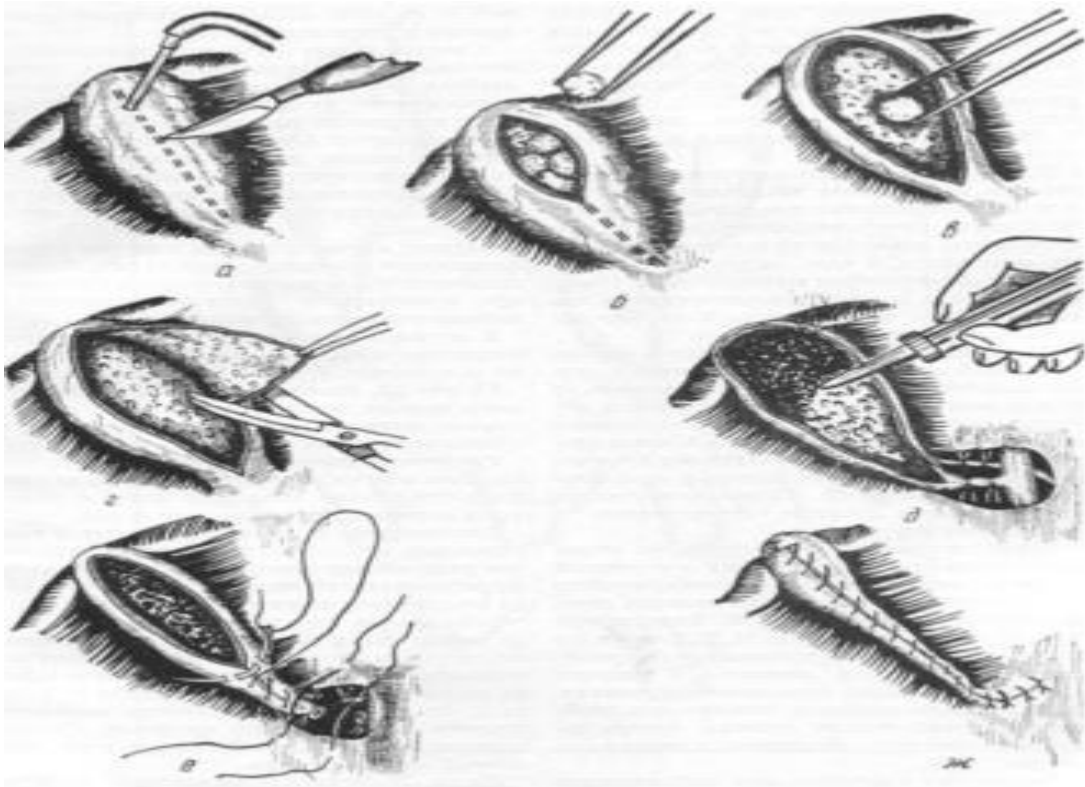
Qorin bo'shlig'i ochilgandan so'ng, jigarning o'ng bo'lagi yuqoriga ko'tariladi va ko'ndalang yo'g'on ichak va o'n ikki barmoqli ichak pastga suriladi. Jigar maxsus to'rtburchaklar oyna bilan yoki to'g'ridan-to'g'ri qo'lda steril dokalar yordamida ushlab turiladi. O't pufagi, o't yo'llari va atrofdagi organlarni tekshirishladi va ularni holati palpatsiya qilish yo'li bilan baholanadi.

O't pufagini olib tashlash tubidan yoki bo'ynidan amalga oshiriladi. Ikkala usul bilan ham operatsiyaning eng muhim momenti gepatoduodenal boylam soxasida pufak arteriyasi va pufak kanalining bog'lanishi hisoblanadi. Bu nuqtada ishlash jigar arteriyasiga yoki uning shoxlariga, shuningdek, portal venaga zarar etkazish bilan xavfli; Jigar arteriyaning tasodifiy yoki majburiy bog'lanishi jigar nekroziga sabab bo'ladi. Agar darvoza venasi shikastlangan bo'lsa, to'xtatish qiyin bo'lgan qon ketish sodir bo'ladi. Yallig'lanishli bitishmalar, chandiqlar mavjudligi va jigar arteriyasi shoxlarining atipik joylashishi tufayli jarohatda orientatsiyaga ko'pincha ish paydo bo'ladi. O't pufagini olib tashlashni boshlashdan oldin, jarrohlik maydonini uchta doka bilan atrof organlardan izolyatsiya qilish kerak: biri o'n ikki barmoqli ichak va ko'ndalang yo'g'on ichakka, ikkinchisi jigar va uchinchisi buyrakning yuqori qutbi o'rtasida Vinslou teshigigacha. Oshqozon soxasiga qo'yilib jaroxat kengaytirish uchun maxsus asboblardan tortilib turiladi. O't pufagi tubi Luyer qisqichida ushlanib u bir oz tortiladi va gidravlik preparovka uchun o't pufagiga 0.25% li novokain eritmasi subseroz yuboriladi. Shundan so'ng skalpel bilan kesilib o't pufagi jigardan subseroz ajratiladi. O'tkir va o'tmas yo'llar bilan ajratilgan o't pufagi boyniga qadar boriladi. Pufak yo'li atrof to'qimalardan ajratilgach 0.5 sm masofada Fyodorov qisqichlari qo'yiladi va o't pufagi kesib olinib o't pufagi yo'li ipak iplar bilan bog'lanadi. Gemostaz nazorat qilinib qon ketishi va safro oqishi kuzatilmasa o't pufagi orindigi tikiladi. Nazorat uchun qorin bo'shligiga

drenaj naycha qoldirilib alohida teshik orqali tashqariga chiqariladi. Operasion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Tubidan xoletsistektomiya. O't pufagi Gartman cho'ntagi yaqinidan Luyer qsqichida ushlanib u biro z yuqoriga tortiladi shunda o't pufagi boy'ni va Kalo uchburchagini ko'rish oson bo'ladi. Shundan so'ng o't pufaagi bo'yni va artiriyasi ajratilib alohida boglanadi. Umumiy o't yo'lining devoriga zarar bermaslik uchun ligatura kanallarning qo'shilish joyidan 0,5 sm masofada bog'lanadi; uzunroq cho'toq qoldirish mumkin emas, chunki bu keyinchalik tosh shakllanishi bilan ampula shaklidagi kengayish (yangi "o't pufagi") shakllanishiga olib kelishi mumkin. O't pufaagi bo'yni va arteriyasi bog'langanidan so'ng , ular orasidagi ular qisqichlar orasida kesiladi, Fyodorov qisqichi bilan o't pufagini bo'yin qismidan ushlangan holda yuqoriga ko'tarilib o't pufagi jigardan subseroz ajratiladi. Gemostaz nazorat qilinib qon ketishi va safro oqishi kuzatilmasa o't pufagi orindigi tikiladi. Nazorat uchun qorin bo'shligiga drenaj naycha qoldirilib alohida teshik orqali tashqariga chiqariladi va teriga mahkamlanadi. Operasion jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Pribram bo'yicha. x o l e t s i s t e k t o m i y a O't pufagini massiv bitishmali jarayon xisobiga ajrata olmaslik, o't pufagini jigar ichidan joylashuvida Submukoklaza ya'ni Pribram bo'yicha xoletsistektomiya usuli qo'llaniladi. Bunda o't pufagi butun tanasi bo'ylab kesiladi va uni bo'shlig'i ochiladi. O't pufagini bo'shlig'i toshlardan va o't suyuqligidan tozalanganidan so'ng o't pufagi shilliq qavati qirib olinadi. Elektrokoagulyator yordamida gemostaz qilinganidan keyin. O't pufagi bo'shlig'i to'qiq titib tashlanadi ya'ni unda bshlshiq qoldirilmaydi.



Rasm Pribram bo'yicha. X o l e t s i s t e k t o m i y a b o s q i c h l a r i

XOLESISTOSTOMIA

Xuddi xoletsistektomiya bilan bir xil. Operatsiya bemorning umumiy og'ir ahvolidan minimal aralashuv sifatida amalga oshiriladi, uning maqsadi o't pufagidan safro va yallig'lanish ekssudati uchun chiqishni yaratishdir.

Anesteziya. Umumiy yoki maxalliy anesteziya.

Operatsion texnikasi. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, o't pufagining tub qismi ehtiyotkorlik bilan izolyatsiya qilinadi. O't pufagining ikkita qarama-qarshi devorini qisqichlar bilan ushlab, ularni orasidan o't pufagi punksiya qilinib o't suyuqligi so'rib oladi va keyin devorni kesib olinadi. Olingan teshik orqali o't pufagidagi toshlar olib tashlanadi, O't pufagi yuviladi va unga drenaj (qalin kateter) kiritiladi, u bir ipak choklar bilan o't pufagi kesmasining chetiga mahkamlanadi. Teshik atrofidagi o't pufagi devoriga qo'shimcha ravishda kiset choklar qo'yiladi. Drenaj qorin bo'shlig'i jaroxati orqali chiqariladi. • O't pufagining drenaj atrofidagi devori parietal qorin pardasining kesilgan chetlariga bir nechta choklar bilan mahkamlanadi.

Xoledoxolitiaz - o't-tosh kasalligi va kalkulyoz xoletsistitning eng ko'p uchraydigan asoratlaridan sanaladi (20% bemorlarda uchraydi). Yoshi o'tgan va keksa yoshdagi odamlarda xoledoxolitiaz 2-3 marta ko'proq kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda umumiy o't yo'liga toshlar o't pufagidan tushadi. Bunga pufak yo'lining kalta serbarligi, pufak bo'yni yoki gartman cho'ntagi soxasida yara bo'lib, o't pufagi bilan umumiy o't yo'li o'rtasida keng oqma paydo bo'lishi sababchidir.

Xoledoxolitiaz uzoq vaqtgacha simptomlarsiz kechishi mumkin. Xatto gipotikoxoledoxning ko'p sonli toshlarida xam o't ajralishi buzilishi hamavaqt ham keltirib chiqarmaydi. O't suyuqligi jigardan tashqaridagi o't yo'llari bo'shlig'idagi toshlarni guyo chetlab oqib o'tadi va xoledox terminal bo'limida to'siq bo'lmasa, bimalol o'n ikki barmoq ichakka tushadi. Toshlar gepatikoxoledoxning eng tor bo'limlariga, uning terminal bo'limiga va Ayniqsa katta duodenal surg'ichini ampulasiga tushganda o't suyuqligining ichakka oqib ketishida to'siq - paydo bo'lib, bu klinikasida mexanik sariqlik bilan yuzaga chiqadi. Ba'zan sariqlik xoledox terminal bo'limida yoki katta duodenal surg'ichda «ventil» tosh bo'lganda sariqlik remittirlovchi ya'ni davriy xarakterga ega bo'ladi. Toshlarning xoledox terminal bo'limidagi okklyuziyasida o't yo'llari gipertenziyasi vujudga kelib, klinik jixatdan bu o'ng qovurg'alar ostida simillagan og'riqlar va mexanik sariqlik bilan namoyon bo'ladi. Jigardan tashqari o't yo'llarida bosim yanada osha borganda ularning bo'shlig'i kengayadi va tosh gepatikoxoledox proksimal bo'limlariga guyo suzib chiqqanday bo'ladi, sariqlik kamayadi voki yo'qolishi ham mumkin.

XOLEDOXOLITIAZDA O'T YO'LLARIDA JARROHLIK AMALIYOTLARI

Xoledoxolitiazni davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Jarroxlik usulida davolash usullari ananaviy va kam invaziv turlarga bo'linadi. Xoledoxolitiazni ananaviy davolashda Laparotomiya xoletsistektomiya xoledoxolitotomiya va umumiy ut yulini tashki drenajlash tashixi utkaziladi.

Xoledoxolitotomiya usulida gepatoduodenal boylamdagi umumiy o't yo'li topiladi, shu bilan birga umumiy jigar yo'li va pufak yo'lining qo'shilish joyini aniq tasavvur qilish darajasida ochiladi, xoledoxning barcha bo'limlarini qayta ko'rib chiqish va taftish qilish kerak bo'ladi. Xoledoxolitiazda umumiy o't yo'li odatda kengayadi, bu esa unda amaliyot bajarishni osonlashtiradi. SHuni esda tutish kerakki, o't yo'lining yonida yupqa devor bo'lib, uning orqasida portal vena joylashgan bo'ladi. Shu sababli xoledoxotomiya paytida xoledoxning orqa devori yoki venaning beixtiyor shikastlanishi xavfini tug'diradi.

Kesish uchun xoledox devori ikkita tutqichga olinadi, so'ngra ular orasidagi devorni bo'ylama yo'nalishda ochadi, bu esa kesma uzunligini nazorat qilish imkonini beradi. Kanalning old devorini ko'tarish va orqa devorga shikast etkazmaslik uchun iplar yuqoriga extiyotkorlik bilan tortilishi kerak. Umumiy o't yo'lining kesilishi to'g'ridan-to'g'ri o'n ikki barmoqli ichakda xoledoxoduodenostomiya amalga oshirish rejasi bo'lganda iloji boricha o't yo'lini distal qismida amalga oshirilishi kerak. Shundan so'ng umumiy o't yo'lidaga toshlar olinadi va iliq furotsilin eritmasida umumiy o't yo'li yuviladi. Bundan tashqari tugmachali zond yordamida o't yo'llarini o'ng va chap jigar yo'li tomon kiritilib uning o'tkazuvchanligi tekshiriladi.

XOLEDOXODUODENOSTOMIYA

Ushbu operatsiya turli sabablarga ko'ra umumiy o't yo'lining pastki qismida o't yo'llarining obstruktsiyasi bo'lganda ko'llaniladi. Agarda boshqa turdagi davolanish usuli mumkin bo'lmasa.

Xoledoxoduodenostomiya - bu safroni yo'naltirish operatsiyasi. Safro o'n ikki barmoqli ichakka yangi yo'l orqali chiqariladi, bu normal ovqat hazm bo'lishiga, mehanik sariqlikna bartaraf etishga yordam beradi. Operatsiyaning noqulayligi umumiy o't yo'lining ko'r qopining hosil bo'lishi. Ushbu sumkada yallig'lanish jarayoni davom etishi mumkin, keyinchalik shu sohada yotoq yaralar va oqmalar paydo bo'lishi mumkin.

Xoledokoduodenostomiya uchta asosiy usulda amalga oshiriladi.

Flerken usuli

Supraduodenal kanal o'n ikki barmoqli ichakka qadar ajratiladi va kerakli uzunlik bo'ylab bo'y-lamasiga ajratiladi. Umumiy o't yo'li bo'y-lamasiga kesilib xoledohotomiya amalga oshiriladi. So'ngra o'n ikki barmoqli ichak bo'y-lama yo'nalishda kesiladi, shunda o'n ikki barmoqli ichak kesmasining o'rtasi umumiy o't yo'lining kesish chizig'iga tushadi. Umumiy o't yo'li va o'n ikki barmoqli ichak jarohatining chetlari o'rtasida 2 qatorli, asosan tugunli tikuv qo'llaniladi. Ushbu usulning kamchiligi reflyuks xolangitining rivojlanish ehtimoli bilan bog'liq. Boshqa turdagi anastomozlarga nisbatan choklar etishmovchiligi Flerken usulida ko'proq kuzatilganligi sababli amaliyotda ko'p qo'llanilmaydi.

Finsterer usuli

Umumiy o't yo'lini supraduodenal qismni ochgandan so'ng , Flerken usulida bo'lgani kabi, umumiy o't yo'li uzunlamasına ajratiladi . O'n ikki barmoqli ichak burchak ostida kesiladi, shunda pastki qismidagi kesma umumiy o't yo'lidagi kesma chizig'iga to'g'ri keladi. Ikkala kesma ham teskari "1" raqami ko'rinishidagi choklar bilan tikiladi. Shundan so'ng charvi to'qimasi bilan anastomoz sohasi peritonazasiya qilinadi. Ushbu anastomoz usuli bilan Xoledokoduodenostomiyaning kuchlanishini kamayadi. Kamchiligi: anastomozda reflyuks xolangit ehtimoli bor.

Yurash usuli

Bu xoledohoduodenostomiya anastomozning eng fiziologik turi bo'lib hisoblanadi. Ichakning devorini ko'ndalang yo'nalishda kesilganligi sababli sirkulyar mushaklari shikastlanmaydi, shu bilan anastomoz sohasida peristaltika buzilmaydi, bu reflyuks xolangitining rivojlanish ehtimolini oldini oladi va choklar etishmovchiligi asoratini sezilarli darajada kamaytiradi. Supraduodenal bo'limda umumiy o't yo'li bo'y-lama yo'nalishda 2-2,5 sm ga kesiladi.O'n ikki barmoqli ichakni esa yuqorida aytilganidek ko'ndalang kesiladi, umumiy o't yo'li va

ichakning kesilgan chiziqlari eksa bo‘ylab mos keltiriladi. So‘ngra tugunli choklar qo‘yib olinadi keyin barcha choklar iplari bir vaqtning o‘zida 2 tomondan bog‘lanadi, bu esa anastomozning deformatsiyasini oldini oladi. Anastomoz joyiga drenajlar naychalar qoldiriladi va qorin devorining yarasi drenajlarga qadar tikiladi.

Umumiy o‘t yo‘lini tashqi drenajlash usullari

1) *Vishnevskiy bo‘yicha*. Umumiy o‘t yo‘lini ochilib undagi mehanik to‘siq olib tashlanganidan so‘ng rezina naycha jigar yo‘lining bifurkatsiyasiga etib bormasdan, umumiy o‘t yo‘liga jigar tomon kiritiladi. Drenaj naycha kirib turgan umumiy o‘t yo‘li qismi tugunchali choklar bilan tikilib uni germetiligi tiklanadi. Shundan so‘ng drenaj naycha orqali Umumiy o‘t yo‘li iliq furosilin eritmasida yuviladi va uni germetiligi tekshiriladi.

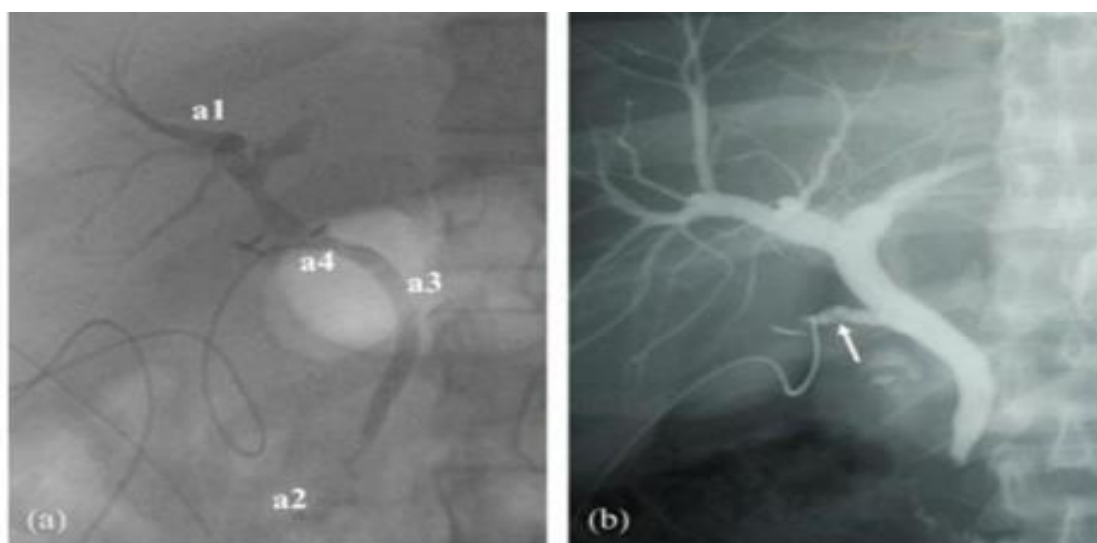
2) *Kerr bo‘yicha*. Asosiy maqsad - safroni bir vaqtning o‘zida tashqariga va o‘n ikki barmoqli ichakka olib tashlash imkonini beradi. Drenaj uch tomonlamali trubka (T-shaklidagi drenaj) bo‘lib, uning uzun uchi tashqariga chiqariladi, qisqa tomoni esa xoledoxotomiya orqali umumiy o‘t yo‘liga joylashtiriladi. Umumiy o‘t yo‘lidagi nay shunday joylashtirilishi kerakki, uning proksimal uchi ularning qo‘shilish joyida jigar yo‘llaridan biriga to‘g‘ri kelmasin va distal uchi o‘n ikki barmoqli ichak devoriga tegib turmasligi kerak.

3) *Kerte bo‘yicha*. Drenaj naychani *birqismi* umumiy o‘t yo‘lining terminal qismiga va o‘n ikki barmoqli ichakkacha o‘tadi.

4) *Halsted- Pikovskiy bo‘yicha* . Xolesisektomiya qiliganidan so‘ng pufak yo‘lining cho‘ltogi orqali drenaj trubkasi kiritiladi, uning ichki uchi umumiy o‘t yo‘lida orqali o‘n ikki barmoqli ichakka yo‘naltirilgan.

Ko‘pincha, xoledoxolitiaz bilan, o‘t yo‘llarining toshlari endoskopik usulda olib tashlanadi. Kasalxonada bemor toshning mavjudligini, uning lokalizatsiyasini va boshqa parametrlarini aniqlash uchun RPXG tekshiruvidan o‘tadi. Agar xoledoxolitiaz tashxisi tasdiqlansa, bu tadqiqot diagnostikadan davolash usuliga

o'tadi. Fater so'rgichining toraygan zonasini kesish (papillosfinkterotomiya), toshlarni maydalash (litotripsi) yoki ularni olib tashlash (ekstraktsiya) amalga oshiriladi. Jarrohning taktikasi toshning kattaligiga bog'liq. 2 sm dan katta toshlar odatda o't yo'lini ichida parchalanib keyin olib tashlanadi. 1 sm dan kam bo'lgan toshlar ko'pincha 2 kun ichida o'z-o'zidan ketadi. Ammo amaliyot shuni ko'rsatadiki, ko'p hollarda toshlarni olib tashlash yoki mustaqil ravishda chiqarishni ta'minlash uchun endoskopik usulga murojaat qilish kerak. Toshni endoskopik yo'l bilan olib tashlashning iloji bo'lmaganda, operatsiyaga ananaviy operetsiya usuliga murojaat qiling. Operatsiya klassik usulda yoki laparoskopiya bilan amalga oshiriladi. Operatsiya paytida xoledox maxsus asbob yordamida kesiladi (xoledoxotomiya) va toshlar olib tashlanadi. Xoledoxolitni davolashning barcha holatlarida o't pufagi bir vaqtning o'zida chiqariladi (agar u ilgari olib tashlanmagan bo'lsa). Kelajakda jarrohlik davolashdan so'ng, operatsiyadan keyingi tekshiruvdan o'tish, shifoxonada davolovchi shifokor tomonidan belgilanadigan rejim, ovqatlanish va dori-darmonlar bo'yicha tavsiyalarga amal qilish kerak. Har holda, tekshirish va davolash taktikasi mutaxassis tomonidan belgilanishi va diagnostika va davolashning oddiy usullaridan murakkabroq usullarga yo'naltirilishi kerak. Klinikalarda xolelitiyoz va uning asoratlarini diagnostika, jarrohlik va endoskopik davolashning to'liq spektrini amalga oshiradi. Ko'p hollarda jarrohlik davolash laparoskopik va endoskopik texnologiyalar ordamida minimal invaziv usulda amalga oshiriladi .



Rasm № 8 intraoperasion holangigrafiya

Teri orqali jigar orqali endobiliar operatsiyalar. Bunday operatsiyalarga ko'rsatmalar klinik, laboratoriya va instrumental tekshirish metodlari bilan belgilanadi. Agar mexanik sariqlik xavfli kasalliklarga bog'lik, bo'lsa, xatto bilirubin miqdori nisbatan yuqori bo'lmaganda ham teri orqali jigar orqali xolangiografiya va o't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishdan foydalaniladi. Chunki o't yo'llaridagi o'smalarni keyinchalik o'sib borishini hisobga olinadi. Mexanik sariqlikka xavfsiz kasalliklar sabab bo'lganda esa, yuqori xolemiya va davolashning endoskopik metodlari naf bermaganda yoki yaxshi natijalarga olib kelmaganda, xirurgik operatsiyalar esa jiddiy xavf ostida bo'lganda o't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishga kirishiladi. O't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishga monelik qiladigan xollarga jigarning ko'p sonli metastatik zararlanishi, jigar-buyrak etishmovchiligi korreksiya qilinmagan bemorlar axvolining nixoyatda og'irligi, qon ketish xavfi bo'lgan gipokoagulyasiyani kiritish mumkin. Klinikaga keltirilgan xamma bemorlar suv-tuz balansi, kislota-ishkor holati, gemodinamika va nafas buzilishini korreksiya qilishga qaratilgan endobiliar operatsiyaga puxta tayyorgarlikdan o'tadilar. Yoshi o'tgan va keksa bemorlar uchun bu tayyorgarlik aloxida ahamiyatga ega bo'ladi. Teri orqali jigar orqali endobiliar operatsiyaning asosiy metodlari tashqi va tashqi-ichki drenajlar xisoblanadi. Zararlanish xarakteriga ko'ra o't yo'llarini kateterlashning u yoki bu turi bajariladi. O'sma yoki tiqilgan tosh sababli to'liq okklyuziyada tashqi drenajlash bajariladi: kateter obstruksiya soxasi ustida o'rnatiladi. Gepatikoxoledoxda stenotik zararlanishlar aniqlanganda xoledoxolitiazda tashqi-ichki drenajlash bajariladi, gepatikoxolangiostomaning distal qismini o't yo'li segmenti bo'shlig'iga yoki o'n ikki barmoq ichakka o'rnatilib, birmuncha fiziologik drenajlash xosil qilinadi. Biliar bosim normaga tushgandan keyin 2-3 kun o'tgach, xolangit bo'lmasa yoki xolangit belgilari birmuncha kamayganda kateterning tashqi uchi berkitiladi va drenajlash butunlay ichki drenajga utkaziladi. Xar kuni o'tni bakteriologik analiz qilinadi: ekspress-bakterioskopiya va o't suyuqligini ekish tavsiya etiladi.

Davolashning bu bosqichidan maqsad o'tning ichakka normal oqishini tiklashdan iborat. Xoledox terminal bo'limi va katta duodenal surg'ich stenozlarida stenozlangan uchastkani Gryunsig kateteri bilan ballonli dilatatsiya qilinadi.

Xoledoxolitiazda Oddi sfinkteri oldindan kengaytirilgandan keyin spazmolitik terapiya zaminida toshlar tushiriladi.

Xoledoxolitiazni davolashning yangi usuli - teri orqali jigar orqali drenajlab, keyin konkrementlarni tarkibida monooktanoin, mono-va diglitsitseridlar, xenodezoksixolat kislota kabilarni tutadigan eritmalar bilan eritish tobora diqqatni tortib kelmoqda.

Xozirgi vaqtda o't-tosh kasalligi bilan og'rigan bemorlarni davolashda jaxon amaliyotida ekstrakorporal ligotripsiya metodi qo'llanilmoqda. Metod o't toshlarini zarbali to'lkinlar bilan mayda fragmentlargacha parchalashga asoslangan. Obturatsion sariqlikda jigardan tashqaridagi o't yo'llarini teri orqali jigar orqali endoprotezlash metodi istiqbolli xisoblanadi. O't yo'lining o'sma bilan stenozlangan bo'limiga rigid kateter - kateterga ulangan uzunligi 5 - 12 sm endoprotez transparietal kiritiladi. 2 sutka o'tgach bu kateter chiqarib olinadi, endoprotez esa umumiy o't yo'lini umr bo'yi palliativ drenajlashni ta'minlaydi.

LAPAROSKOPIK XOLESSISTEKTOMIYA TEXNIKASI

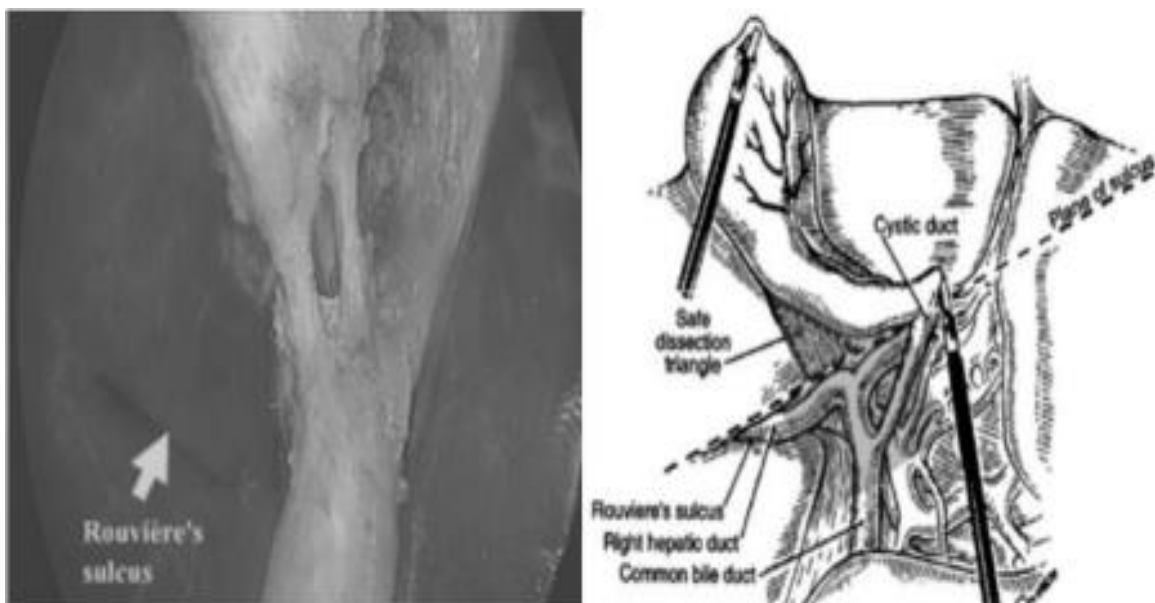
Bemor 30 graduslik Trendelenburg holatida qo'llarini cho'zilgan holda joylashtiriladi. Qorin bo'shlig'iga kirish infraumbilikal, 10 mm korpus orqali, yopiq (Veress ignasi) yoki ochiq (Hasson troakar) texnikasi yordamida o'rnatiladi. 15 mm simob ustunigacha bo'lgan karbonat angidrid insuflatsiyasidan keyin qorin bo'shlig'iga laparoskop kiritiladi va tekshiriladi. Keyin bemor teskari Trendelenburg holatiga joylashtiriladi va o't pufagi va uning atrofidagi tuzilmalarni yaxshiroq tasavvur qilish uchun chapga egiladi. Keyin laparoskopik nazorat ostida ikkita troakar o'ng gipohondriyunga va 10 mm troakar epigastral sohaga joylashtiriladi. Ba'zida orqaga chekinish uchun chap gipoxondral sohaga

ham beshinchi troakar o'rnatiladi, bu esa jigar darvozalarida joylashgan tuzilmalarni yaxshiroq ko'rish imkonini beradi.

Operatsiya xonasida kamerasi bo'lgan alohida yordamchiga ega bo'lish qo'shimcha ixtiyoriy variantdir, chunki ko'plab jarrohlar chap qo'lda kamera va o'ngda manipulyatsiya asbobi bilan operatsiya qilishni afzal ko'rishadi. Anesteziyadan oldin antibiotiklarning operatsiyadan oldingi dozasi, odatda birinchi avlod sefalosporinlari qo'llaniladi. Umumiy anesteziya ostida bemorga nazogastral zond qo'yiladi. O't pufagining kranial yo'nalishda va bo'yin orqasida o'ng tomonga tortilishi umumiy o't yo'lga to'g'ri burchak ostida o't pufagi yo'lida kuchlanishga olib keladi va shu bilan ikki yo'l o'rtasida chalkashlik ehtimolini kamaytiradi. Keyin o'ngdan chapga bo'linish boshlanadi, o't pufagi yo'li aniqlanadi va o't pufagi yo'li setplerlash uchun etarli darajada safarbar qilinadi. Diseksiyonning muhim jihati o't pufagining tubini kranial yo'nalishda orqaga tortish va bo'yinni pastga va lateral ravishda tortishdan iborat. O't pufagining bo'yinini pufak yo'lga tutash joyini ochish uchun ehtiyotkorlik bilan safarbar qilish kerak. Keyin "oyna" yaratiladi va asbob kist kanali va arteriya orqasidan o'tadi, bu zonada o't pufagi yoki jigarga o'tadigan boshqa shakllanishlar yo'qligini ko'rsatadi. Bu zarur xavfsizlik rasmidir. O't pufagi yo'lga qisqich Kalot uchburchagining to'liq ajratishdan oldin qo'yiladi va asbob o't pufagi arteriyasi va o't pufagi yo'li orqasidan o'tkaziladi. Agar shubhali soya bo'lsa, ochiq operatsiyaga o'tkazish kerak. O't pufagining chap qirradi qorin pardasining o'tish burmasini cho'zish uchun o't pufagining bo'yini qo'shimcha ravishda o'ngga egiladi. Anterior kuchlanish diseksiyon ushbu bosqichiga katta hissa qo'shadi. Keyin o't pufagi qorinpardaga o'tish qavati elektrokoter yordamida kesiladi . Bundan tashqari, endoskopik qaychi epigastral port kiritiladi, ular yordamida o't pufagi yo'li titan qisqich distal qismi qisib qo'yiladi. Endoskopik qisqich 10 mm epigastral port orqali kiritiladi va o't pufagi tarkibining qorin bo'shlig'iga oqib chiqmasligi uchun o't pufagi yo'lining proksimal qismi bo'ylab qisqich o'rnatiladi. Agar ushbu bosqichda anatomiya aniq bo'lmasa, jarroh klipslarni qo'llamasligi mumkin. O't pufagi yo'li kesib o'tgandan so'ng, subseroz qavatni ochish uchun disseksiya davom ettiriladi. Pufak arteriyasiga uchta klips qo'yilgandan keyin u

kesiladi. Ushbu bosqichda, agar ko'rsatma bo'lsa xolangiografiya o'tkaziladi. Keyin o't pufagi yo'lining proksimal qismiga ikkita klips qo'yiladi va qaychi bilan kesiladi.

Xuddi shunday, qorin pardaning o'ng o'tish burmasi "chapga burilish" manevrasi yordamida ajratiladi. Kesishma ostidagi pufak arteriyasining orqa shoxini aniqlash uchun ehtiyotkorlik bilan kesish kerak. Agar topilsa, u koagulyatsiya qilinadi va kesib o'tadi. Qorin pardasining o'tish burmasini ochishda o't pufagi jigar to'shagidan to'g'ridan-to'g'ri o't pufagiga kiradigan qo'shimcha o't yo'llarini o'tkazib yubormaslik uchun elektr pichoq yordamida ehtiyotkorlik bilan ajratiladi. Qon ketishning kichik o'choqlari elektrokoagulyatsiya bilan nazorat qilinadi. Ushbu bosqichda jigar sinuslaridan og'irroq qon ketishini " Gelfoam " (Pharmacia & Upjohn) qo'llash orqali nazorat qilish mumkin. Co. , Kalamazoo.,) va to'mtoq qisqich bilan bosish tavsiya etiladi. Endi o't pufagi jigar chetidan yuqoriga ko'tariladi. Qorin bo'shlig'iga kindik porti orqali plastik idish kiritiladi uning ichiga o't pufagi joylashtiriladi. Keyin konteyner yopiladi va qorin bo'shlig'idan chiqariladi. Katta toshlar mavjud bo'lganda, aponevrozning kesmasini kengaytirish yoki jarohatni ifloslantirmaslik uchun olib boriladigan idishdan toshlarni olib tashlash kerak bo'lishi mumkin.



Rasm.Nº 9 Laparoskopik Xolessistektomiya Texnikasi

LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMIYA NATIJALARI

So'nggi yigirma yil ichida laparoskopik xoletsistektomiya xolelitiyaz, o'tkir va surunkali xoletsistitni davolashning standart usuli sifatida belgilandi. Tez tiklanish va kasalxonada qisqaroq qolish laparoskopik jarrohlikning asosiy afzalliklaridir. Katta tadqiqotlar va meta-tahlillar laparoskopik operatsiyalar xavfsiz ekanligini ko'rsatadi.

UMUMIY O'T YO'LLARINI LAPAROSKOPIK BAHOLASH

Xoledoxolitiyaz xolelitiyaz bilan og'rigan bemorlarning 8-15 foizida uchraydi. Umumiy o't yo'llaridagi toshlarning taxminan 90% diametri 4 mm dan kam bo'lib, hech qanday aralashuvsiz o'n ikki barmoqli ichakka o'tib ketishi mumkin. Laparoskopiyani joriy etishdan oldin xoletsistektomiya qachon intraoperativ xolangiografiya o'tkazish kerakligi haqidagi savol shu kungacha munozarali bo'lib kelgan. Laparoskopiyaning rivojlanishi bilan, bu masala jarrohlar orasida yanada ko'proq tortishuvlarga sabab bo'ladi. Mutlaqo xolangiogrammani o'tkazish foydasiga barcha bemorlar quyidagi narsalarni sanab o'tishlari mumkin:

Boshqa invaziv aralashuvlarga yo'l qo'yimaslik uchun umumiy o't yo'lida toshlar qolishi yoki yo'qligini baholash zarurati;

Umumiy o't yo'lga zarar etkazmaslik uchun anatomiyani ko'rish zarurati;

Kanallarni baholashda taktil sezgilarning etishmasligi.

Klinik ahamiyatga ega qolgan toshlarning kamdan-kamligini ko'rsatadigan tadqiqotlar; operatsiya vaqtini oshirish; o't yo'lga noto'g'ri identifikatsiyasi, natijada shikastlanishga olib keladi. Xolangiografiya o'tkazmagan, ammo choledoxolitiyaz rivojlanishi uchun xavf omillari bo'lgan bemorlarning 1,5% dan kamida qoldiq toshlar mavjudligini ko'rsatdi. Oldingi tadqiqotlar muntazam xolangiografiya o't yo'lining shikastlanishidan saqlaydi deb ko'rsatilmagan. Biroq, so'nggi ma'lumotlar bazasi tadqiqotlari qiziqarli natijalarni ko'rsatdi: muntazam ravishda intraoperativ o'tkazilayotgan bemorlarda xolangiografiya, zararlanish chastotasi kamroq. Ushbu tahlillarning barchasida ba'zi noaniqliklar mavjud va sababiy bog'liqlik ko'rsatilmagan. Xolangiografiyaning ahamiyati bo'yicha tadqiqotlarda, laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarda umumiy o't

yo‘llarining shikastlanishi. selektiv xolangiografiya bilan xoletsistektomiya 0 dan 0,5% gacha. Shubhasiz, xolangiografiyani tanlab ishlatish qoldiq toshlarning ko‘payishiga yoki o‘t yo‘llarining shikastlanishini oldini oladi.

ENDOSKOPIK PAPILLOSFINKTEROTOMIYA

Endoskopik papillosfinkterotomiyadan oldin trombositlar sonini, protrombin vaqtini va gemoglobin darajasini aniqlash kerak, chunki muolajani faqat normal qon ivishidagina amalga oshirilishi mumkin. Ko‘pgina klinikalar profilaktika maqsadida antibiotiklardan va gemostatiklardan foydalanadi. Har qanday yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarni davolash uchun yuqori malakali mutaxassislar, zamonaviy asbob-uskunalar va sharoitlar zarur. ERPXG paytida toshlar aniqlangandan so‘ng, Fater so‘rgichiga tegishli o‘lcham va shakldagi inkterot bilan kiritiladi va rentgen nazorati ostida kerakli holatga o‘rnatiladi. Ip bukiladi va sfinkter vizual nazorat ostida kesiladi, agar kerak bo‘lsa diatermokoagulyatsiya qo‘llaniladi. Kesmaning uzunligi papilla va uning ustidagi maydonning morfologik xususiyatlari, shuningdek, toshning kattaligi bilan belgilanadi. Agar papillosfinkterotomiyadan keyin artroplastika kerak bo‘lsa, u holda kesma kichik bo‘ladi. Toshni olib tashlashda kesma umumiy o‘t yo‘lining sfinkteri orqali amalga oshiriladi. Kesmaning to‘g‘riligining belgisi safro chiqishi va umumiy o‘t yo‘liga havo kirishi hisoblanadi. Papillosfinkterotomiya bilan muvaffaqiyatli natijalar 90% dan ortiq hollarda (ixtisoslashtirilgan bo‘limlarda 97% gacha) erishiladi. Muvaffaqiyatsizlik sabablari orasida katta o‘n ikki barmoqli ichak papillasi sohasidagi katta divertikullar, oldingi Bilrot 2 usulida rezeksiya qilinganlik tufayli texnik qiyinchiliklar kiradi.

XOLETSISTEKTOMIYADAN KEYINGI JIDDIY ASORATLAR

Xoletsistektomiyadan jiddiy asoratlarga pufak arteriyasidan qon ketishi, o‘t yo‘llarining shikastlanishi, o‘z jigar arteriyasining o‘ng tarmog‘ining bog‘lanishi, yordamchi o‘t yo‘llarining kesishishi, umumiy o‘t yo‘lida tosh qolishi va katta o‘n ikki barmoqli ichak papillasining strikturasi kiradi .

O't pufagi bo'yinining mobilizatsiyasi, ajralishi paytida, infiltratsiyalangan tomir devordan bog'langan iplarni chiqishi, arteriyaning cho'ltog'idan ligaturaning sirg'anishi natijasida va tasodifiy shikastlanish natijasida yuzaga keladi. Ligaturaning ajralishi yoki sirpanishi tufayli qisqichlar orasidagi arteriyadan o'tish xavflidir. Kesilgan pufak arteriyasi qisqaradi, natijada u to'qimalar orasida yo'qoladi va umumiy jigar kanali ostidagi gepatoduodenal ligamentga chuqur kiradi. Qon ketishi davom etsa, qisqichni ko'r-ko'rona qo'llash xavflidir, chunki jigar arteriyasini yoki umumiy jigar kanalini qisib qo'yish mumkin. Qon ketishini vaqtincha to'xtatish uchun shikastlangan tomirni barmog'ingiz bilan bosish, chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i va bosh barmog'i bilan gepatoduodenal ligamentni siqish (10 daqiqadan ko'p bo'lmagan), o'ng va umumiy jigar kanallarini, umumiy jigarni ajratish kerak. Bunday holatda jigar arteriyasi va uning o'ng shoxini toping va pufak arteriyasini jarohatni qurutib keyin bog'lang.

Jigar arteriyasining o'ng tarmog'ini bog'lab qo'yish jigarning o'ng bo'lagining nekroziga va bemorni o'limga olib kelishi mumkin. Bu asorat o't pufagining yallig'lanisi bo'yida joylashgan bo'lsa, jigar darvozalarida infiltratsiya, keksa odamlarda sklerotik tomir tufayli yuzaga kelishi mumkin. Agar o't pufagining bo'ynidagi pufak yo'li va pufak arteriyasini bog'lash faqat ushbu shakllanishlarga to'liq ishonch bilan amalga oshirilishi mumkinligini eslab qolsa, arteriya shikastlanishining oldini olish mumkin. O'ng jigar arteriyasini kesib o'tganda, gepatoduodenal ligamentni barmoqlar bilan siqib chiqqandan so'ng, atravmatik igna bilan tomir choklarini qo'llash kerak.

Jigarning shikastlanishi o't pufagini o'rindig'idan taxminan olib tashlanganda va jigar to'qimasi bilan kuchli bosim natijasida yuzaga keladi. Keksa odamlarda va obstruktiv sariqlik bilan o'zgargan jigar to'qimalariga jaroxatni kengaytiruvchi jigar oynasini bosganda ehtiyot bo'lish kerak. Jigar yarasidan og'ir qon ketishini vaqtincha to'xtatish uchun gepatoduodenal ligament barmoqlar bilan siqiladi. So'ngra kesilgan jaroxatga ketgutli choklar qo'llaniladi.

Operativ aralashuvlar vaqtida ya'ni, o't pufagi saratoni, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasini tekshirish va umumiy papillosfinkterotomiyadan o'tkir tarzda ajratishda ichak jaroxati kuzatiladi. Ichak jaroxati ko'ndalang yo'nalishda kesilgan ikki qatorli tugunli choklar bilan tikiladi, Qorin bo'shlig'iga drenaj kiritiladi va dekompressiya uchun nazoduodenal zond qo'yiladi.

Xoletsistektomiya paytida charvida steatonekroz o'choqlarini aniqlash yog'li pankreatik nekrozga ishora qiladi. Bunday holda, charvi xaltasini ochish va oshqozon osti bezini tekshirish kerak. Pankreatik nekroz bilan xoletsistektomiya xoledoxostomiya, nekroektomiya, qorin bo'shlig'i yoki oshqozon osti bezining nekrotik qismini rezektsiya qilish bilan birga amalga oshiriladi. Operatsiya xavfi yuqori bo'lgan odamlarda xoledoxostomiya va periodenal dializ uchun drenaj orqali charvi xaltasini drenajlash bilan cheklanishi mumkin.

Gepatikokoledoxning shikastlanishini oldini olish uchun pufak va umumiy jigar yo'lining qo'shilish joyini, o't pufagining bo'yni qismini pufak yo'lga o'tishini aniq belgilash kerak, o't yo'llari va qon tomirlarning joylashishini turli xil variantlari haqida unutmang. Tomirlardan qon ketishini to'xtatish uchun pufak arteriyasini ko'r-ko'rona qisish va bog'lash mumkin emas. Shubhali holatlarda intraoperativ operatsiyani bajarish kerak ya'ni xolangiografiya qilish kerak bo'ladi.

Eng jiddiy asoratlarda gastroduodenal arteriyadan qon ketishdir. Odatda uni to'xtatish mumkin, ammo buning iloji bo'lmagan hollarda, aralashuvni davom ettirish juda qiyin bo'lishi mumkin. Qon ketishini to'xtatish uchun arterial embolizasyon muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Safro yo'llarining siqilishini (toshni olib tashlash) muvaffaqiyatsiz urinishlar bilan xolangit rivojlanish xavfi mavjud. Profilaktika sifatida nazobiliar zondlash qo'llaniladi.

Uzoq muddatli natijalar shuni ko'rsatadiki, bemorlarning uchdan ikki qismida aerobiliya va o'n ikki barmoqli ichak tarkibini o't yo'llariga qaytishi kuzatiladi. Papillosfinkterotomiyadan 5 yil yoki undan ko'proq vaqt o'tgach, bemorlarning 5-10 foizida rivojlanadigan kech asoratlarga sfinkter stenozi va toshning qayta

shakllanishi kuzatiladi. Sfinkterning disfunktsiyasining oqibatlarini uzoq vaqt davom etadi.

Endoskopiya uchun ko'rsatmalar papillosfinkterotomiyaning eng keng tarqalgan ko'rsatkich xoledoxolitiya hisoblanadi. Odatda tosh tufayli o'tkir yiringli obstruktiv xolangit bilan og'riqan bemorlarda endoskopik papillosfinkterotomiya bilan shoshilinch ERPST tanlov davolash hisoblanadi. Engil o'tkir xolangit bilan og'riqan bemorlarda antibiotiklar bilan davolash kursidan so'ng tanlangan ERPST amalga oshiriladi. Papillosfinkterotomiya bemorning o't pufagini olib tashlash yoki olib tashlashdan qat'iy nazar, davolashning optimal usuli hisoblanadi.

Yo'ldosh kasalliklari bo'lgan zaiflashgan keksa bemorlarda, xoletsistektomiyadan keyin qolgan umumiy o't yo'llarida toshlar topilganda, papillosfinkterotomiya muolajasi bajariladi. Ushbu toifadagi bemorlarda va o't pufagi saqlanib qolgan taqdirda qo'llaniladi. Uzoq muddatli kuzatuv shuni ko'rsatdiki, umumiy o't yo'llarida toshlar olib tashlanganidan so'ng, agarda o't pufagida toshlar qolmasa o't pufagini olib tashlash talab qilinmaydi, chunki keyingi 10 yil ichida xoletsistektomiyaga ehtiyoj bemorlarning 20% dan kamrog'ida uchraydi.

Xoletsistektomiya paytida toshlari olib tashlanmaydigan qoniqarli holatda bo'lgan yosh bemorlarda o't yo'llarini jarrohlik yo'li bilan qayta ko'rib chiqishdan ko'ra papillosfinkterotomiyaga ustunlik berish kerak. Xoletsistektomiyadan oldin endoskopik papillosfinkterotomiya yoki xoletsistektomiya qilish kerakmi, aniq emas va o't yo'llarida toshlarni olib tashlash eng yaxshi laparotomiya paytida bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi. Laparoskopik usulni amalga oshirish xoletsistektomiya va o't yo'llarini qayta ko'rib chiqish davolash imkoniyatlarini kengaytirdi.

Toshlar mavjudligi sababli o'tkir pankreatit papillosfinkterotomiya bilan favqulodda ERPST uchun ko'rsatma hisoblanadi, ayniqsa og'ir pankreatit va terapiyaga qarshilik. Tosh simli savat yoki balon kateterlari yordamida chiqariladi. Umumiy o't yo'llaridagi toshlar 90% hollarda olib tashlanishi mumkin. Xolangit bilan og'riqan bemorlarda barcha toshlarni olib tashlashning iloji bo'lmasa, nazobiliar kateter qoldiriladi yoki umumiy o't yo'lini drenajlash uchun endoprotez o'rnatiladi. Diametri 15 mm dan katta toshlarni olish qiyin. Bemorlarning 92% da

mexanik litotripsi yordamida toshning parchalanishi muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin. Muqobil usul - endoprotez o'rnatish. U litotripsiyaning tezroq amalga oshiriladi, toshning umumiy o't yo'lining lümenine singib ketishiga yo'l qo'ymaydi. Endoprotezni joylashtirish toshni olib tashlashning keyingi urinishigacha vaqtinchalik chora, ham o't yo'llarining uzoq muddatli drenajlash usuli bo'lishi mumkin. Endoprotez o'rnatilgan bemorlar tomonidan ursodeoksixol kislotasini qabul qilish umumiy o't yo'llaridagi toshlarni yanada muvaffaqiyatli olib tashlashga yordam beradi. Ushbu usulni teriga kiritish bilan uchinchi darajali metilbutil efir kabi o't pufagidagi tosh erituvchilarni intraduktal yuborish kamdan-kam qo'llaniladi.

Ekstrakorporeal zarba to'liqli litotripsi umumiy o't yo'llarining toshlarini maydalashga imkon beradi, papillosfinkterotomiyadan keyin ularni olib tashlashni osonlashtiradi.

Implantatsiyadan oldin papillosfinkterotomiya _ endoskopik usulda oshqozon osti bezi kanalining obstruksiyasini bartaraf etish orqali pankreatit xavfini kamaytirish kerak. Biroq, uning zarurligi isbotlanmagan va uni amalga oshirish qon ketishning haqiqiy xavfi bilan birga keladi. Papillosfinkterotomiya xoledokoduodenostomiyadan keyin rivojlangan " ko'r xalta" sindromini davolashda, shuningdek papiller stenozda qo'llaniladi. Papillosfinkterotomiyasiz toshlarni olib tashlash mm dan kam bo'lsa, uni o'zgarmagan nipel orqali balon yordamida yoki usiz olib tashlash mumkin. Katta toshlarda mexanik Oddi sfinkterining balon dilatatsiyasi bilan birlashtirilgan litotripsi amalga oshiriladi. Ushbu aralashuvdan keyin pankreatit bemorlarning 4 foizida uchraydi. Ikkala usulni papillosfinkterotomiya bilan taqqoslash o'tkazilmagan.

NAZOBILIAR DRENAJ

ERPST umumiy o't yo'lini kanulyatsiya qilish va intrahepatik o't yo'lga yo'naltiruvchi simni kiritish imkonini beradi. Kanyulani olib tashlangandan so'ng, ko'plab yon teshiklari bo'lgan 300 sm spiral kavisli kateter № 5 (F) yo'naltiruvchi sim bo'ylab oldinga suriladi. Keyin o'tkazgich chiqariladi. Kateterning ikkinchi

uchi burun orqali tashqariga chiqariladi. Usul o't yo'llarining dekompressiyasini ta'minlaydi. Qon ketish kabi asoratlarni perkutan safro drenajiga qaraganda kamroq uchraydi. Nazobiliar drenaj xoledoxolitiya va o'tkir yiringli xolangit bilan og'riqan bemorlarda, ayniqsa qon ivishini buzgan holda, papillosfinkterotomiyadan oldin qo'llaniladi. Umumiy o't yo'lining barcha toshlarini olib tashlashning iloji bo'lmasa, papillosfinkterotomiyadan keyin nazobiliar drenaj olib tashlanmaydi. Keyinchalik, u xolangiografiya o'tkazish va toshlarning mustaqil chiqishini aniqlash uchun ishlatilishi mumkin. U umumiy o't yo'llarining perfuziyasini hal qiluvchi bilan nazorat qilish uchun ishlatilishi mumkin

Ultratovush tekshiruvi ostida o't pufagining drenajlash

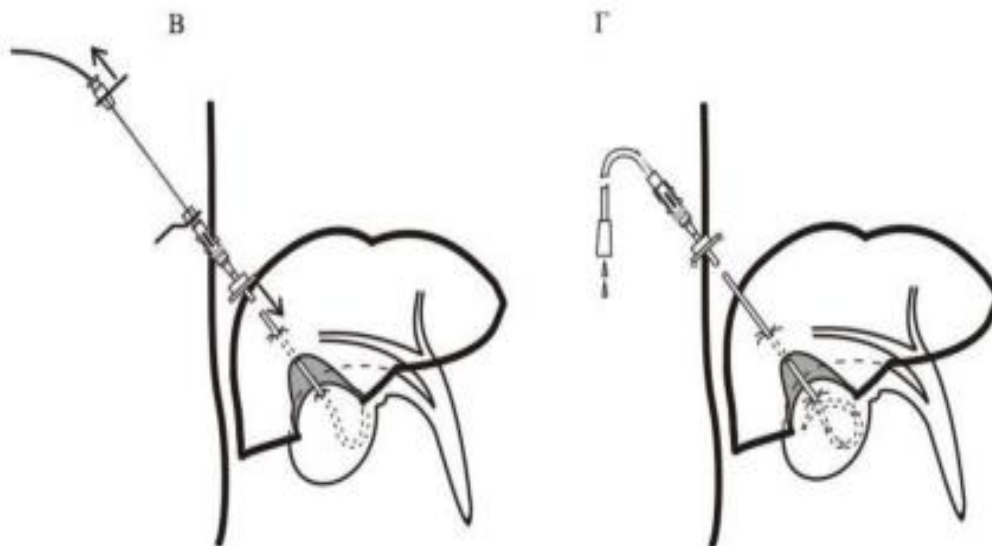
Ultratovush tekshiruvi ostida o't pufagining drenajlashning bosqichlari. O't pufagini UDPO apparati bilan rezektsiya qilish to'rt bosqichni o'z ichiga oladi.

1. Teri va jigar kapsulalarining anesteziyasi (0,25-0,5% novokain eritmasi yoki 2% lidokain eritmasi). skanerlash tekisligida ultratovush tekshiruvi ostida terini "erkin qo'l" usuli yordamida kesgandan so'ng, biz o't pufagining punktsiyasini amalga oshiramiz.

2. 2-chi so'rish uskunasi yordamida tashqi kanyula va drenaj igna bo'ylab to'liq ochilguncha buraladi. SHu bilan birga, igna holati 1-to'xtash plitasi yordamida o'rnatiladi.

3. o't pufagining tubining drenaj distal uchini olib tashlash. Ultrasonik sensorning nazorati ostida drenaj bo'shliqda kerakli chuqurlikda o'rnatiladi, "cho'chqa quyruq" shaklidagi naycha turining distal qismi tashqi tomondan maxsus iplar bilan maxkamlanadi.

4. Drenajni teriga mahkamlash, ultratovush tekshiruvi, o't pufagidan syuqlikni evakuatsiya qilish.



Rasm.10 O't pufagini UTT ostida punksiyon drenajlash

O'TKIR XOLETSISTITNI DAVOLASHDA MINI –ACCESSTENT.

MDX da kichik kirish jarrohligi Mixail Iosifovich Prudkovning ilmiy faoliyati va rivojlanishi bilan bog'liq. Xolelitiyazning murakkab shakllari bo'lgan bemorlarda MLDni qo'llashning maqsadga muvofiqligini keng joriy etish va asoslash A.M. SHulutkoning ilmiy ishlari va tadqiqotlarida tasvirlangan..

Laparoskopik aralashuvga nisbatan MLD operatsiyalarining afzalliklari :

1. Vizual va palpatsiya yo'li bilan o't yo'llarini mumkin qayta ko'rib chiqish.
 2. Agar kerak bo'lsa, o't pufagi o'rindig'ini tikish mumkin.
 3. An'anaviy laparotomiyaga tezroq o'tish (konversiya).
 4. Umumiy o't yo'lga zarar etkazish xavfi ob'ektiv ravishda kamroq.
 5. Karboksiperitoneumning yo'qligi .
 6. Operatsiyani epidural anesteziya ostida o'tkazish imkoniyati .
 7. Operatsion va anestetik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash imkoniyati .
 8. Asboblarning arzonligi , jarrohlarni tezda tayyorlash imkoniyati.
- O'tkir xoletsistitda MLDdan operatsion foyda olish uchun ko'rsatmalar:

1. Og'riq hurujining davomiyligi 2 kundan ortiq, ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, o'rtacha shishish va engil perivezikal infiltrat mavjud.

2. Og'ir komorbidit va u bilan bog'liq yuqori operatsion va anesteziologik xavf.

3. Endotraxeal anesteziya va karboksiperitoneumga qarshi ko'rsatmalar.

4. 70 yoshdan oshgan bemorlar.

5. Avval laparotomik yo'l bilan o'tkazilgan operatsiyalar .

8. Mirizzi sindromi bilan .

9. Homiladorlik davrida .

O'tkir xoletsistit - A guruhidagi bemorlar uchun MLD dan jarrohlik yuqorida tavsiflangan ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, shuningdek, Laparoskopik jarroxlik uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa amalga oshiriladi.

Xolesistektomiya o't pufagida o'tkir yiringli jarayon pasayganidan keyin, "sovuq davr" deb ataladigan davrda amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, bemorlarning ko'pchiligi xuruj bartaraf etilgandan keyin 10-14-kunlarda operatsiya qilinadi. Ba'zi bemorlar esa 14 kundan ortiq tayyorgarlikdan so'ng operatsiya qilinadi, bu esa birga keladigan patologiya uchun tuzatish va qo'shimcha terapiya zarurati bilan bog'liq. Bemorlarning beshinchi chiqarilishi operatsiyadan keyingi 2-3-kuni poliklinika bo'linmasi shifokorlari nazorati ostida amalga oshiriladi.

MLD dan operativ yordam ko'rsatishga qarshi ko'rsatmalar:

1. Og'ir dekompensatsiyalangan komorbidiyada juda yuqori operatsion va anesteziologik xavflar.

2. Endotraxeal anesteziya va epidural behushlik qilish imkoniyatining yo'qligi (vaziyatning og'irligiga yoki komorbidit xolatga ko'ra) .

3. Qorin bo'shlig'i organlarini qayta ko'rib chiqish zarurati.

4. Peritonit.

5. Qon ivish tizimining tuzatiladigan buzilishlari.

6. Jigarning siirrozi dekompensatsiya bosqichida.

MLD uchun "SUN" kompaniyasining "Mini-yordamchi" asboblari to'plami ishlatiladi, ular halqa, yoritgich, kengaytiruvchi nometall, shuningdek, maxsus shakldagi asboblarni o'z ichiga oladi.

MLD operatsiyalari uchun barcha asboblarning o'ziga xos xususiyati ularning shakli bo'lib, bu sizga jarrohlik maydonini va qiziqish maydonini ko'rib chiqish, kirish va manipulyatsiya qilish uchun iloji boricha ochiq qoldirishga imkon beradi.

Operatsion yordamning asosiy bosqichlari uchun asboblarning to'plami - qisqichlar, ignalar, qaychi va boshqalar.

turlari:

1. Teri kesmasi o'ng gipoxondriyunda laparostomiya hosil bo'lgan holda, 3-5 sm uzunlikdagi 2-4 sm, qovurg'a yoyi ostidan.

2. Halqani, yoritgichni, subhepatik bo'shliqni qayta ko'rib chiqish bilan kengaytiruvchi nometallarni o'rnatish, o't pufagini tanlash, gepatoduodenal ligament elementlari.

3. Xolesistektomiya, asosan bo'ynidan, pufak arteriyasi va pufak kanalini alohida bog'lash. O't pufagi o'rindig'i koagulyatsiya qilinadi, agar kerak bo'lsa, tikiladi (kamdan-kam hollarda).

4. Xoledoxolitiazning - xoledoxolitotomiya, intraoperativ xolangioskopiya (ko'rsatkichlar bo'yicha xolangiografiya).

5. Ko'rsatkichlar bo'yicha o't pufagi o'rindig'iga nazorat drenaji, Tashrix jaroxati qavatma-qavat tikiladi.

MLD, ayniqsa O'tkir xoletsistit-B guruhidagi bemorlarda tanlov usuli hisoblanadi.

4. Laparoskopik xoletsistektomiyaga ko'rsatmalar;

1. Og'riq xurujining davomiyligi 2-3 kundan ortiq emas, ultratovush tekshiruviga ko'ra, perivezikal infiltrat va buzilish belgilari yo'q.

2. Og'ir xamrox patologiyaning yo'qligi.

3. Bemorning o'rtacha yoshi.

Mutlaq qarshi ko'rsatmalar :

1. LXE uchun umumiy kontrendikatsiyalar.
2. Og'riq xurujining davomiyligi 2-3 kundan ortiq, ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, zich yallig'lanishli perivezikal infiltrat, o't pufagining yo'q qilinishi belgilari.
3. Og'ir birga keladigan patologiya fonida juda yuqori operatsion va anesteziologik xavflar .
4. Endotraxeal anesteziya va karboksiperitoneumga qarshi ko'rsatmalar.
5. Mirizzi sindromi bilan .
6. Homiladorlikning kechikishi .

MINIMAL INVAZIV TEXNOLOGIYALAR

1. Punksion-drenaj texnologiyalarining murakkabligi haqida

Drenaj usullarini qo'llashning muvaffaqiyati patologik jarayonning operatsiyadan oldingi tashxisiga, ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalarning aniq ta'rifiga, amalga oshirish usullariga va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida oldini olishga bog'liq.

Punksion-drenaj texnologiyalari asoratlarining tasnifi

Biz barcha asoratlarni umumiy (barcha turdagi drenaj aralashuvlari uchun xarakterli) va o'ziga xos (drenaj jarrohlik yordamining ma'lum bir turiga xos) ga ajratamiz. Umumiy asoratlarga quyidagilar kiradi: erta (operatsiya paytida yoki undan keyin 1 kun ichida) va kech (operatsiyadan keyin 1 kundan keyin) asoratlar ham intraoperativ va operatsiyadan keyingi turlarga bo'linadi. Operatsiyadan keyingi asoratlar erta operatsiyadan keyingi davr va operatsiyadan keyingi kech davr asoratlariga bo'linadi.

Operatsiya ichidagi asoratlar:

- qon ketish
- o't pufagi yoki qo'shni organning teshilishi;
- anafilaktik reaksiyalar,
- o't pufagi shilliq qavatining ajralishi,
- o't pufagining bo'shlig'iga qon ketishi,

- o't pufagining gematomasi.

keyingi davrning asoratlari:

- qon ketish
- drenajning buzilishi,
- drenajning etarli emasligi;
- qorin bo'shlig'ining o'tkir suyuqlik to'planishi.

keyingi davrning asoratlari:

- drenajning buzilishi,
- qon ketish
- peritonit,
- drenajning etarli emasligi;
- o'ng tomonlama plevrit,
- gidrotoraks,
- bilioplevral oqma,
- diafragma ostidagi xo'ppoz;
- qorin old devorining xo'ppozi yoki flegmonasi;
- xoletsistotomiyani blokirovka qilish.

10 yillik tajriba (2005-2014) - o'tkir xoletsistit uchun ultratovush tekshiruvi ostida 1195 transgepatik xoletsistotomiya.

1 -jadvalda o't pufagini transhepatik drenajlash texnologiyasini amalga oshirishda yuzaga kelgan asoratlar keltirilgan.

1-jadval.

Ultratovush tekshiruvi ostida TGXS ning asoratlari haqida

Men intraoperativ asoratlar		operatsiya asoratlar	Erta	Kechki
qon ketishi	1 (0,08%)	xoletsistotomiyaning joylashuvi	18 (1,5%)	34 (2,85%)
Teshilishi	1 (0,08%)	qorin bo'shlig'ida o'tkir suyuqlik to'planishi	2 (0,16%)	4 (0,33%)
ichi bo'sh organning teshilishi	1 (0,08%)	biliar peritonit		2 (0,16%)

afilaktik _ reaktsiyalar	14 (1,17%)	etarli darajada drenaj	4 (0,33%)	8 (0,64%)
o't pufagining shilliq qavati	2 (0,16%)	diafragma ostidagi xo'ppoz		2 (0,16%)
gemomali yotoq JP	1 (0,08%)	qon ketishi	1 (0,08%)	2 (0,16%)
		gidrotoraks	-	6 (0,5%)
		Po'ng tomonlama pleurit	-	4 (0,33%)
		plevral oqma	-	2 (0,16%)
		Drenaj halqasidan kelib chiqqan o't pufagi devorining P to'shagi		1 (0,08%)
		xoletsistoduodenal oqma hosil bo'lishi		1 (0,08%)
		Qorin old devorining xo'ppozi yoki flegmonasi		2 (0,16%)

Drenaj dislokatsiyasi - eng ko'p uchraydigan asorat, dislokatsiyasi to'liq va qisman (o't pufagi yoki jigar kanalidagi drenajning distal qismi) bo'lishi mumkin. To'liq dislokatsiya bilan , erkin suyuqlik uchun o't pufagi va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi zarur. Ko'rsatkichlar haqida o't pufagini qayta drenajlash. Qisman dislokatsiya bilan - rentgen-televidenie nazorati ostida uni tiklashga urinish.

Dislokatsiyasi ham o'z-o'zidan va induktsiyalangan. Dislokatsiya sabablari : bemor tomonidan xoletsistostomiyani tasodifan olib tashlash, drenajlashdan keyingi birinchi kuni bemorning yotoqda dam olishni buzishi, drenajning teriga zaif fiksatsiyasi, nafas olish yoki bemorning faollashishi paytida jigarning haddan tashqari flotatsiyasi. Operatsiyadan keyingi kech davrda dislokatsiya bo'lsa , xoletsistotomiyani olib tashlash ko'rsatiladi.

Qon ketishi ko'pincha o't pufagi devoridagi vayron qiluvchi jarayon, kamroq tez-tez tomirning marginal shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. qon oqimi ponksiyon kanali orqali ham o't pufagining bo'shlig'iga, ham erkin qorin bo'shlig'iga o'tishi mumkin. Operatsiya qilingandan so'ng bemorni kuzatish, qon gemoglobinini nazorat qilish, o't pufagiga qovuqni tuz bilan yotqizish va

gemostatik terapiya ko'rsatiladi. Qon erkin qorin bo'shlig'iga quyulganida, laparoskopiya, sanitariya, gemostaz, faol qon ketishi kuzatilganida - relaparotomiya qilinadi.

O't pufagi yoki qo'shni organning teshilishi kam uchraydigan asoratdir. xoletsistostomiya paytida o't pufagi devorining teshilishida, drenaj o'rnatilganidan so'ng, kuzatuv, ultratovush tekshiruvini va kerak bo'lganda sanatsiya laparoskopiyasi ko'rsatiladi.

Qorin bo'shlig'i organlari - oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, yo'g'on ichakning dastlabki bosqichlarida (6-8 soatgacha) teshilishi aniqlanganda laparoskopik usul bilan jarrohlik davolash ko'rsatiladi. Keyingi davrlarda (6-8 soatdan ortiq), laparotomiya, teshilgan teshikni tikish, xoletsistektomiya, qorin bo'shlig'ini sanitariya va drenajlash ko'rsatiladi.

Anafilaktik reaksiyalarda vena ichiga 90-120 mg prednizolon (12 mg deksazon), tomir ichiga yoki mushak ichiga antigistaminlar yuborish tavsiya etiladi. Anafilaktik shok klinikasida, shoshilinch choralar ko'rilgandan so'ng, keyingi davolanish intensiv terapiya bo'limida davom etadi.

Drenajning etarli emasligi bir necha sabablarga bilan bog'liq: xoletsistostomiyaning tiqilib qolishi, drenajning to'liq yoki qisman egilishi bilan xoletsistostomiyaning qisman dislokatsiyasi.

Drenaj naychani to'silib qolishi sabablari:

- qon ivishi
- fibrin ivishi,
- safroni shirin qilish,
- kichik toshlar
- o't pufagining devorining yallig'lanish elementlari.

Qorin bo'shlig'ining o'tkir suyuqlik to'planishi drenajdan keyin ham, drenaj dislokatsiyasida ham o't pufagi tarkibining kanal orqali oqishi bilan bog'liq. Agar infeksiyalangan tarkib o'ng subdiafragmal yoki subgepatik bo'shliqqa yigilsa, bu sohada xo'ppozlar paydo bo'lishi mumkin. Bunday holda, ultratovush tekshiruvini ostida o'tkir suyuqlik to'planishini teri orqali ponksiyon qilish, xo'ppozlarni

drenajlash, so'ngra bo'shliqlarni antiseptik eritmalar bilan sanitariya qilish amalga oshiriladi.

Qorinda og'riq, qorin pardani ta'sirlanish belgilari, drenaj dislokatsiyasi belgilari, ultratovush tekshiruvida - qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik perytonit belgisi xisoblanadi. Agar shunda xolat kuzatilsa shoshilinch ravishda laparotomiya, xoletsistektomiya, qorin bo'shlig'ini sanatsiya va drenajlash amaliyoti ko'rsatiladi.

Gidrotoraks va o'ng tomonlama plevrit kam uchraydi. O't pufagi drenajlangandan keyin o'ng o'pkaning ekskursiyasini cheklanishi drenajning o'ng plevral sinus orqali o'tishi bilan bog'liq. Alohida holatlarda bilioplevral oqma paydo bo'lishi mumkin, bu keyinchalik uni ochiq jarrohlik davolashni talab qiladi .

Qorin old devorining xo'ppozi va flegmonasi, teri osti yog to'qimalarining drenaj kanali orqali infeksiyasi bilan bog'liq bo'lib, u tiqilib qolganda yoki xoletsistostomiyaga etarli darajada ishlamaganda infeksiya qo'shiladi xamda, xoletsistostomiya orqali o't pufagi bo'shlig'ini noto'g'ri sanitariya qilish bilan sodir bo'ladi.

SHu munosabat bilan xoletsisto- va xolangiostomiya o'rnatilgan bemorlarni davolashning ambulatoriya tomoni birinchi o'ringa chiqadi.

2. Mini-laparotomiya usuli yordamida xoletsistektomiyaning asoratlari asoratlari intraoperativ va operatsiyadan keyingi, ikkinchisi - erta va kech davrlarning asoratlariga bo'linadi.

MLD orqali bartaraf etilmaydigan yatrogenik asoratning paydo bo'lishi konversiyani talab qiladi. Konvertatsiyasini asorat sifatida tasniflash mumkin emas, chunki bu bemorning manfaatlari uchun amalga oshiriladigan operatsiya bosqichidir.

Operatsiya paytida paydo bo'lgan va kirish konvertatsiyasini talab qiladigan subgepatik bo'shliqda infiltrativ va bitishmali o'zgarishlar, o't pufagidagi skleroatrofik o'zgarishlar va uning intragepatik joylashuvi va yirik tomir tuzilmalaridan faol qon ketishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

operatsiyadan keyingi asoratlar:

- qon ketishi;
- o't yo'llarining shikastlanishi;

- ichi bo'sh organlarning teshilishi yoki elektr shikastlanishi (oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, ingichka ichak, yo'g'on ichak).

Qon ketishi o't pufagi, kist arteriyasi, jigar arteriyasi, portal yoki pastki vena kava to'shagidan mumkin.

O't pufagi to'shagidan qon ketishida gemostaz tiqilib qolishi, so'ngra purkash rejimida koagulyatsiya orqali erishiladi.

Portal va pastki vena kavadan qon ketganda, ko'pincha shikastlangan joyni yopishtirish, konvertatsiya qilish va shikastlangan joyni tomir choklari bilan tikish uchun murojaat qilish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda asoratlar. MLD operatsiyalari bo'yicha 10 yillik tajribamiz (2005-2014) - 250 bemor asosida o'rganilgan umumiy somatik asoratlarning tuzilishi quyidagicha:

- Pnevmoniya - 4 (1,6%);
- Qorinchalar fibrilatsiyaning paroksizmi - 1 (0,4%);
- O'pka arteriyasi shoxlarining tromboemboliyasi - 1 (0,4%);
- Pastki ekstremita tomirlarining o'tkir tromboflebiti - 2 (0,8%).

Operatsiya sohasi bilan bog'liq operatsiyadan keyingi asoratlar:

- O't pufagi cho'ltogini ishdan chiqishi - 2 (0,8%);
- Qorin bo'shlig'iga qon ketishi (o't pufagi o'rindig'idan) - 2 (0,8%);
- Subgepatik bo'shliqning xo'ppozi - 1 (0,4%);
- Subgepatik bo'shliqning gematomasi - 2 (0,8%);
- Umumiy o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishi - 1 (0,4%);
- Operatsiyadan keyingi jarohat gematomasi - 4 (1,6%);
- Operatsiyadan keyingi jarohat ning yiringlashi - 2 (0,8%).

Relaparotomiya amalga oshirish (5 - MLD orqali, 1 - ochiq laparotomiya). Subgepatik gematomalar va xo'ppozlarni davolash uchun ultratovush nazorati ostida yiringli o'choqlarni drenajlash amalga oshiriladi.

MLD va laparoskopik operatsiya paytida asosiy asoratlar o'tkir xoletsistitda yuzaga keladi. Laparoskopik xoletsistektomiya va mini-assistent xoletsistektomiya natijalari solishtirish mumkin.

Laparoskopik xoletsistektomiyaning asoratlari

Endovideojarrohlik "Konversiya" (o'tish) atamasi endoskopik operatsiyani davom ettirishdan bosh tortishni anglatadi, bu ochiq usul yoki MLD dan keyingi yakunlanishini nazarda tutadi.

Perisset konvertatsiya qilish qarori uchta asosiy savolni o'z ichiga oladi, deb hisoblaydi: nima uchun o'tish kerak, qachon o'tish kerak, qanday o'tish kerak. Operatsion jarrohning o'tish to'g'risida qaror qabul qilishdagi asosiy sabablari zarurat va ehtiyotkorlikdir .

Konvertatsiya qilishning birinchi mutlaq ko'rsatkichi endoxirurgiya yo'li bilan bartaraf etilmaydigan asoratdir : qon ketish va ichi bo'sh organning shikastlanishi.

Mutlaq ko'rsatkichi - uskunaning biron bir qismining ishlamay qolishi va noto'g'ri ishlashni tezda bartaraf etish yoki almashtirish mumkin bo'lmagan taqdirda. SHuning uchun , har bir operatsiyadan oldin, jarroh butun kompleksning yaxshi ish holatida va ish holatida ekanligini shaxsan tekshirishi kerak.

Konversiyasi ko'pincha jarrohlik sohasidagi aniq yallig'lanish-infiltrativ o'zgarishlar, aniq yopishqoqlik va kutilmagan anatomik anomaliyalar bilan yuzaga keladigan jiddiy texnik qiyinchiliklar uchun ko'rsatiladi. Ehtiyotkorlik bilan konvertatsiya qilishning asosiy sababi - tajriba etishmasligi.

O'T pufagining to'shagidan qon ketishi yoki pufak arteriyasidan qisqichning chiqib ketishi, laparotomiya yoki MLD qilinib gemostaz amalga oshiriladi.

O'T pufagining to'shagida safro oqishi - tarkibini evakuatsiya qilish bilan ultratovush nazorati ostida kuzatish, ponksiyon ko'rsatiladi. O't erkin qorin bo'shlig'iga oqib tushganda, laparotomiya ko'rsatiladi, qorin bo'shlig'ini sanitariya qilish, safro oqish manbasini yo'q qilish . Safro oqishi ko'pincha o't pufagi to'shagidagi aberrant kanallardan sodir bo'ladi.

O'T YO'LLARINING YATROGENIK SHIKASTLANISHI

Operatsiya paytida yatrogenik shikastlanish aniqlanganda, muayyan harakatlar algoritmiga rioya qilish kerak.

Operatsiya vaqtida umumiy o't yo'li to'liq kesib o'tgan bo'lsa, konversiya o'tkazilishi va zararning turi va darajasini aniqlash kerak. Gepatikoholedoxning to'liq kesishishi bilan , xoletsistektomiyaning ochiq usuliga o'tish va Roux-faol halqada gepatikoyeyunoanastomoz shakllanishi talab qilinadi.

Agar umumiy o't yo'lining parietal shikastlanishi aniqlansa, bu holda konversiya amalga oshirilmaydi va nuqson intrakorporeal tikuv bilan tikiladi. Kanalning qisman shikastlanishi va nuqsonni laparoskopik tarzda tikishning iloji bo'lmagan taqdirda, tanlov operatsiyasi T-shaklidagi drenajda uning plastikasi hisoblanadi.

Ekstrahepatik o't yo'llarining eng katta zarari hisoblanadi. chastotasi 1000 ta operatsiyaga 6 ta holat, ochiq xoletsistektomiya bilan esa 2-5 baravar kam.

O't yo'llarining shikastlanishi uchun xavf omillari. Yatrogen o't yo'llarining shikastlanishining chastotasi va og'irligi jarrohning texnik xatolari va operatsiya uchun noto'g'ri ko'rsatmalar bilan belgilanadi.

xavf omillarining uchta guruhi mavjud:

- xavfli anatomiya;
- xavfli patologik o'zgarishlar;
- xavfli jarrohlik.

sezilarli yog'to'qimalari mavjudligi yani semizlik, o'tkir xoletsistit, jigar darvozasi sohasidagi yallig'lanish infiltratsiyasi ekstrahepatik o't yo'llarining shikastlanishi uchun shubhasiz xavf omillari hisoblanadi.

o't yo'llari shikastlanishining uchta asosiy sababi:

1. O't pufagi devorlarining qalinlashishi va qattiqligi tufayli kerakli tortishni yaratishda qiyinchilik .
2. O't pufagi bo'yinning infiltrativ o'zgarishlari, o't pufagi yo'li va arteriyani aniqlashni qiyinlashtiradi.
3. To'qimalarning qon ketishining kuchayishi.

Kasallikning boshlanishidan boshlab 72 soatdan ko'proq vaqt davomida pasayish hujumi davrida paydo bo'lgan bo'sh infiltrat qalinlashadi, Kalo uchburchagi qisqaradi. Kahlo uchburchagini tuzatish juda xavfli bo'ladi.

Organning medial devori bo'ylab cicatricial yopishish jarayoni umumiy o't yo'li va o'ng jigar arteriyasini o'z ichiga oladi.

MIRIZZI SINDROMI

Mirizzi sindromi kalkulyoz xoletsistitning asorati bo'lib, unda pufak yo'lida yoki Gartman xaltasida joylashgan toshlar umumiy jigar kanalini siqilib, uning strikturasi, so'ngra shu sohda oqma paydo qiladi. Kasallik turli xil intensivlikdagi o'ngdagi gipoxondriyadagi og'riqli hislar, sklera va terining ikterisi, isitma, ko'ngil aynishi, bemorning umumiy ahvolining yomonlashishi bilan namoyon bo'ladi. Tashxis ultratovush ma'lumotlariga asoslangan bo'lib davolash operativ hisoblanadi. Toshlarini olib tashlash va o't yo'llarini drenajlash bilan xoletsistektomiyani endoskopik yoki ochiq usulda bajariladi

Umumiy ma'lumot

Mirizzi sindromi - bu o't pufagining Gartman cho'ntagi, pufak yo'li yoki bo'yni sohasidagi tosh tosh tufayli kelib chiqadigan va jigar kanalining torayishi yoki vezikoholedokal oqma shakllanishiga olib keladigan yallig'lanish jarayoni. Patologiya argentinalik jarroh P. S. Mirizzi sharafiga nomlangan, u 1948 yilda xolelitiyaz asoratlarning simptomlar majmuasini batafsil tasvirlab bergan. Operatsiyadan oldingi davrda bemorlarning 13-22 foizida tashxis qilinadi. Kasallik ikkala jinsda ham bir xilda uchraydi. Xolelitiyazli bemorlar orasida patologiyaning tarqalishi 0,25-6% ni tashkil qiladi.

Mirizzi sindromining sabablari

Kasallikning etiologiyasi to'liq o'rganilmagan. Kasallik rivojlanishining asosiy sababi surunkali kalkulyoz xoletsistit hisoblanadi, bunda tosh Gartman xaltasiga, o't pufagi bo'yni yoki o't pufagi kanaliga ko'chib o'tadi, devorga mahkam yopishadi va yara hosil qiladi. Ba'zida patologik jarayonning sababi o't yo'llarining neoplazmalari bo'lib, jigarning asosiy kanalining siqilishiga olib keladi.

Asosiy dispozitsiya qiluvchi omillar o't pufagi, o't pufagi yo'li va gepatikoholedoxning yaqin anatomik joylashuvidir. Kasallikning paydo bo'lish ehtimoli o't pufagi yo'li va jigar kanallarining parallel joylashishi bilan, ikkala kanalni qoplaydigan bitta membrana mavjudligida ortadi. Ba'zi mualliflar o't yo'llarining rivojlanishidagi konjenital anomaliyani ajratib ko'rsatishadi, bunda o't pufagi kanali uzun bo'lib, gepatikoholedoxning pastki uchdan bir qismiga oqib o'tadi. Bunday holda, o't pufagi kanalida tosh borligida, umumiy jigar kanalining siqilishi va patologik sindromning rivojlanishi xavfi ortadi.

Tasniflash

I turdagi - umumiy jigar o't yo'li va o't pufagi bo'yni yoki o't pufagi kanalining tosh bilan siqilishi;

II toifa - umumiy jigar o't yo'li aylanasing 1/3 qismidan kamroq qismini egallagan vezikoholedoh oqma;

III tip - umumiy jigar o't yo'li aylanasing 2/3 qismini egallagan vezikoholedoh oqma;

IV toifa - umumiy jigar kanalining butun atrofni egallagan vezikoholedoh oqma

Kasallikning klinik ko'rinishi jigar holestazi belgilari bilan yuzaga kelgan xoletsistit belgilariga o'xshaydi. Bemorlarning anamnezida xolelitiyazning uzoq davom etishi, tez-tez hurujlarni kuzatiladi. Kasallikning asosiy ko'rinishlari - qorinning o'ng tomonida og'riq va teri qichishishi. Og'riqning intensivligi zerikarli og'riqdan o'tkir pichoqqa qadar o'zgarishi mumkin. Bemorlarda skleraning, terining sarg'ish rangi bor, bu ko'pincha oqma shakllanishi fonida paydo bo'ladi. Kasallik belgilari kuchayishi bilan titroq paydo bo'ladi, isitma, zaiflik, bosh og'rig'i. Kasallik dispeptik belgilar bilan tavsiflanadi: ko'ngil aynishi, kamdan-kam hollarda qusish, ishtahani yo'qotish. Bemorlar siydik rangi o'zgarishi va oqargan najas haqida xabar berishadi.

Murakkabliklar

Kasallikning davomiyligi qanchalik uzoq bo'lsa, asoratlarning rivojlanishi ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Obstruktiv sariqlik, shoshilinch choralar ko'rilmasa,

intoksikatsiya belgilariga, jigarining antitoksik funksiyasining buzilishiga, buyrak jigar etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bunday holatlar hayot uchun xavfli va o'limga olib kelishi mumkin. Jigar kanalining uzoq vaqt siqilishi uning teshilishi, qorin bo'shlig'iga safro chiqishi va safro peritonitining rivojlanishiga yordam beradi. Xoletsistoholedox oqmasining shakllanishi chiqarish kanali yoki o't pufagi devorining yarasi, qon ketishiga olib kelishi mumkin. Mirizzi sindromi kech aniqlanganda, hatto jarrohlikdan keyin ham o'lim 14% ga yetishi mumkin.

Diagnostika

Xolelitiyozning asoratidan shubhalanishga imkon beruvchi patognomonik belgilarning yo'qligi tufayli sindromni tashxislash ancha qiyin. Gastroenterologning maslahati kasallikning anamnezini va qo'shma kasalliklarni to'liq o'rganish, fizik tekshiruvdan iborat. Mutaxassis o't pufagidagi tosh hujumlarining chastotasiga va bemorning o't yo'llarining anatomik xususiyatlariga e'tibor qaratadi. Agar Mirizzi sindromiga shubha qilingan bo'lsa, quyidagi instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi:

- **gepatobiliar tizimni ultratovush tekshirish.** Jigar, o't pufagi, o't yo'llarini o'rganishda intrahepatik yo'llarning kengayishi oddiy o't yo'li, bo'yin yoki o't pufagi yo'lidagi fiksatsiyalangan tosh, hajmi o'zgargan va kichraygan o't pufagi bilan.
- **O't yo'llarining kompyuter tomografiyasi .** Zamonaviy diagnostika usullariga ishora qiladi, o't pufagi yoki jigar kanali devoridagi nuqsonlarni, toshlarning mavjudligini, kanalning torayish darajasini baholashga imkon beradi. Tadqiqot ko'pincha kontrastni kuchaytirish bilan amalga oshiriladi.
- **Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERHG).** Ayni paytda bu tekshirishning eng informatsion usuli hisoblanadi. Jigardan tashqari o't yo'llarining striktura darajasini, vesikoholedoh oqmaning lokalizatsiyasi va turini baholashga imkon beradi .

- **Teri orqali transhepatik xolangiografiya.** Ushbu usul o't yo'llarining obstruksiyasining og'irligi, toshlarning lokalizatsiyasi haqida ma'lumot olishga yordam beradi. Invazivlik tufayli u yuqoridagi diagnostika usullariga qaraganda kamroq qo'llaniladi.

Davolash

Kasallikni davolash taktikasi sindrom turiga, bemorning umumiy holatiga, birga keladigan kasalliklar va asoratlarning mavjudligiga bog'liq. Hozirgi vaqtda sindromni bartaraf etish uchun qo'llaniladigan jarrohlik usullari 3 guruhga bo'lingan:

- **Endoskopik usul.** U kasallikning dastlabki bosqichlarida (1, 2-turlar bilan) qo'llaniladi va diagnostika va terapevtik tadbirlarni birlashtiradi. Ushbu usul yordamida endoskopik papillosfinkterotomiya , o't yo'llarining dekompressiyasi, toshlarni maydalash va chiqarish amalga oshiriladi.

Jarrohlik usuli:

- 1-toifa bilan - xoletsistektomiya, o't yo'llarini T shaklidagi naycha bilan drenajlash;
- II, III turlarda - xoletsistektomiya, toshlarni olib tashlash, oqma teshigini atravmatik so'rilishi mumkin bo'lgan tikuv material yoki o't pufagi cho'ltog'i qismi bilan nuqsonni plastik tikish, T shaklidagi naycha bilan drenajlash;
- IV turida , umumiy jigar kanalining devori butunlay vayron bo'lganligi sababli , Ru bo'yicha, yeyunum qovuzloqlari bilan gepatikoyeyunostomiya qo'yiladi.

POSTXOLETSISTEKTOMIK SINDROM

"Postxoletsistektomik Sindrom" (PXES) atamasi XX asrning 30-yillarida amerikalik jarrohlardan tomonidan taklif qilingan.

Birinchi xoletsistektomiya 1882 yilda amalga oshirilgan. Oradan 20 yil o'tgach, xoletsistektomiyadan so'ng og'riqning "qayta paydo bo'lishi" yoki "psevdo-residivlar", o't pufagining "qayta tiklanishi" ("pufakchasiz") haqida birinchi xabarlar paydo bo'la boshladi. xoletsistektomiyadan keyingi asoratlardan yoki

uning "oqibatlari", "xoletsistektomiyadan keyingi sindrom" va nihoyat, "pxes" haqida.

Ushbu muammoning **dolzarbligi quyidagilarga bog'liq:**

- 1) O't tosh kasalligining sezilarli darajada ko'payishi va uning o'sishi tendentsiyasi;
- 2) Dunyoda nafaqat kalkulyoz, balki toshsiz xoletsistit, poliplar, o't pufagi saratoni kabi kasalliklarda ham xoletsistektomiya amalga oshiriladi;
- 3) PXES ning yuqori chastotasi (turli mualliflarga ko'ra 5-20-40%);
- 4) Amorflik, pxes klinikasining xilma-xilligi;
- 5) Uning differentsial, nozologik va topikal diagnostikasining qiyinligi;
- 6) Ko'plab davolash usullari;
- 7) Davolashning yakuniy natijalari unchalik yaxshi emas.

Yiliga dunyoda 2,5 milliondan ortiq xoletsistektomiya amalga oshiriladi, aqshda - yiliga 500 ming operatsiya, rossiyada - 100 minggacha.

PXES chastotasi turli mamlakatlarda va turli mualliflarga ko'ra farq qiladi. shunday qilib, masalan, minimal chastota (5%) irlandiyada, maksimal (38%) - shvetsiyada; aqshda, evropada, shu jumladan rossiyada, 9 dan 24% gacha (ya'ni, o'rtacha, taxminan 20%).

Postxoletsistektomik Sindrom **Sabablari** juda ko'p va xilma-xildir.

Tarixda xoletsistektomiyadan keyin og'riq va boshqa buzilishlarning sabablari dastlab operatsiyadan keyin bitishmali jarayonning rivojlanishi bilan izohlangan. keyin - o't pufagini olib tashlash va o't oqimining fiziologiyasini buzish bilan, keyin texnik xatolar g'oyasi bo'rttirildi, pufak arteriyasi va o't pufagining yo'lini majburiy ravishda alohida bog'lash tavsiya etildi, katta ahamiyat berildi. pufak yo'lini juda qisqa qoldirish zarurati yuklandi. So'nggi tavsiyalar hali ham ahamiyatli, ammo keyinchalik ma'lum bo'lishicha, ular pxesni rivojlantirishda katta rol o'ynamaydi.

O't yo'llari jarrohligida zamonaviy tadqiqot usullarini joriy etish munosabati bilan xoletsistektomiyadan keyingi buzilishlarning sabablari haqida yangi tushuncha paydo bo'ldi. Xoletsistektomiyadan keyingi **buzilishlarning aksariyati**

tuzatilmagan buzilishlar bilan bog‘liqligi aniq bo‘ldi, asosan **o‘t yo‘llarida** va kamroq darajada gepatopankreatikoduodenal zonaning (PDZ) **boshqa organlarida**

POSTXOLETSISTEKTOMIK SINDROM TASNIFI.

Barchani qoniqtiradigan pxes ning yagona xalqaro tasnifi mavjud emas.

Agar biz "PXES" atamasining o‘zini qat’iy baholasak, u faqat o‘t yo‘llarining adaptiv qayta tuzilishining klinik ko‘rinishlari mavjud bo‘lgan va gpd organlari tomonidan o‘zgarishlar bo‘lmagan hollarda qo‘llanilishi mumkin va bu holat vaqtinchalik. biroq, hozirgi vaqtda bu atama oshqozon-ichak traktining turli kasalliklari, o‘t yo‘llari, GPD organlarining yallig‘lanish kasalliklari va o‘t yo‘llari bilan bog‘liq bo‘lmagan boshqa kasalliklarni birlashtiradi.

Shunday qilib, bu mutlaqo muvaffaqiyatli bo‘lmagan atama turli xil klinik ko‘rinishlarning patogenetik mohiyatini aks ettirmaydi, ko‘pincha operatsiyaga mutlaqo aloqasi yo‘q.

Tarixiy jihatdan turli mualliflar PXESning turli shakllarini ajratib ko‘rsatishgan:

S.P. FEDOROV (1918) xoletsistektomiyadan keyin og‘riqning qaytalanishini "chin" va "soxta" ga ajratdi, shu bilan kasallikning operatsiyaga yoki unga bog‘liq bo‘lmagan sabablarga bog‘liqligini ta’kidladi.

I.G. Rufanov (1937) jigar-oshqozon, jigar-ichak, jigar-buyrak, jigar-me‘da osti bezi, jigar-taloq, jigar-ginekologik, yurak-qon tomir-jigar va nevropsixik-jigar **sindromlarini ajratib ko‘rsatdi.**

I.A. Belichenko (1962) xoletsistektomiyadan keyingi holatni 3 guruhga ajratdi: **funksional** buzilishlar, gpddagi **yallig‘lanish** o‘zgarishlari va o‘t yo‘llarining **mexanik buzilishlari.**

V.M. Siteenko va A.I. Nechai (1972) bemorlarni **2 guruhga ajratdi:** 1) o‘t yo‘llari tizimi kasalliklari bilan bog‘liq; 2) boshqa organlar va tizimlarning kasalliklari bilan bog‘liq.

A.I. Krakovskiy va Yu.K. Dunaev (1978) **3 guruh** kasalliklarni aniqladi: 1) o‘t yo‘llari tizimidagi mexanik obstruksiya bilan bog‘liq kasalliklar; 2) GPD

organlarida yallig'lanish jarayonlari; 3) boshqa organlar va tizimlarning kasalliklari.

A.M. Nogaller 1980 yildagi butunittifoq gastroenterologlar ilmiy jamiyati boshqaruvi plenumida . shuningdek , xoletsistektomiyadan keyin yuzaga keladigan kasalliklarning **3 guruhi aniqlandi:**

1. Birinchi operatsiya vaqtida va asosiy patologik jarayonga qarab to'liq bartaraf etilmaydi;
2. To'g'ridan-to'g'ri bajarilgan operatsiya bilan bog'liq;
3. Boshqa organlar va tizimlardagi birgalikdagi o'zgarishlarga bog'liq.

V.V. Vinogradov va M. Ould-sleeman (1981) quyidagi tasnifdan foydalanadilar:

1. O't yo'llarining noto'g'ri operatsiyadan keyingi kasalliklari;
2. O't yo'llarining kasalliklari, radikal tarzda bartaraf etilmaydi;
3. Birinchi operatsiya davomida to'liq bartaraf etilmagan o't yo'llarida patologik o'zgarishlar;
4. Safro yo'llarining shikastlanishi;
5. O't yo'llari, jigar, oshqozon osti bezining boshqa kasalliklari (gepatit, sirroz, limfadenit, umumiy o't yo'li saratoni va boshqalar).

PXES tasniflarining to'liq ro'yxatidan uzoqda, ko'pchilik mualliflar xoletsistektomiyadan keyingi kasalliklarni ikkita asosiy guruhga bo'lishadi:

- 1) O't yo'llaridagi o'zgarishlar bilan bog'liq;**
- 2) O't yo'llari bilan bog'liq bo'lmagan.**

dominant shikastlanishiga ko'ra , PXESning to'liq tasvirini beradigan kasalliklarni shartli ravishda quyidagicha ajratish mumkin (GALPERIN E.I., VOLKOV N.V., 1988).

1. Birinchi operatsiyada bartaraf etilmagan gepatobiliopankreatik tizim va katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining kasalliklari (xoledoxdagi sezilmaydigan tosh, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining aniqlanmagan stenoz), KDS etishmovchiligi - Mallet kasalligi. surunkali pankreatit, surunkali hepatit. shunday qilib, safro yo'llarining

kasalliklari 77%, oshqozon osti bezi kasalliklari - 11%, jigar kasalliklari - 2% ni tashkil qiladi.

2. To'g'ridan-to'g'ri jarrohlik aralashuvining o'zi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar va patologik sharoitlar (travmatik kanallarning strikturasi, o't pufagining to'liq olib tashlanmaganligi, ligatur xoledoxolitiaz, kista kanalining uzun dumi va boshqalar).
3. Oshqozon-ichak trakti kasalliklari, xoletsistit klinikasining qayta tiklanishiga olib keladi (surunkali gastrit, gastroduodenit, surunkali kolit, oshqozon yarasi yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi va boshqalar).
4. Gepatobiliopankreatik tizim va xoletsistektomiya bilan bog'liq bo'lmagan boshqa organlar va tizimlarning kasalliklari (urolitioz, nefroptoz, diafragma churrasi, deformatsiya qiluvchi spondilarroz, gemolitik sariqlik, psixopatiya, isteriya, giyohvandlik va boshqalar). ular - 5% ni tashkil qiladi

Kasalliklarning tavsiya etilgan tasnifi ularning paydo bo'lishi va ijtimoiy ahamiyatini aks ettiradi. Xoletsistektomiyaning yomon natijalarining eng keng tarqalgan sabablari o't yo'llari va KDS kasalliklaridir. Shuning uchun ushbu patologiyaning keyingi taqdimotida ko'proq e'tibor beriladi. Ushbu guruh ichida 65% gacha bo'lgan chastotali operatsiyadan keyin kasallikning qaytalanishining asosiy sabablaridan biri *xoledoxolitiazdir* . Qoldiq xoledoxolitiazni - birinchi operatsiyada olib tashlanmaydigan toshlar va yangi hosil bo'lgan toshlarni farqlash kerak. Haqiqiy xoledoxolitiazning rivojlanishi uchun safro turg'unligi, yallig'lanish va safro litogenligini oshirish kerak.

Haqiqiy xoledoxolitiaz (yangi hosil bo'lgan toshlar) o't yo'llari toshlarining 1% -7% hollarda uchraydi.

Aksariyat hollarda operatsiyadan keyingi xoledoxolitiaz qoldiq kelib chiqadi. makroskopik jihatdan qoldiq toshlar zich, kesilgan qismida radiusli tuzilishga ega, o't pufagidagi toshlar kabi. birlamchi (haqiqiy) xoledoxolitiazda toshlar yumshoq, oson maydalanadi, zich yadroga ega emas.

Klinik jihatdan xoledoxolitiaz sariqlik va vaqtinchalik isitma bilan birgalikda o'ng qovurg'a osti soxasida og'riqlar bilan namoyon bo'ladi.

Toshlar katta duodenal so'rg'ich (KDS)soxasida joylashgan bo'lsa, klinik ko'rinishi yanada yorqinroq, epigastral soxada og'riqlar kuchliroq bo'ladi, shuningdek, oshqozon osti bezi kanalining vaqtincha blokadasini uchun xos bo'lgan takroriy qusish bilan birga bo'lishi mumkin. Bunday xolatlarda o'tkir pankreatitning klinik ko'rinishi namoyon bo'ladi.

Qoida tariqasida, xoledoxolitiaz umumiy xoledoxning terminal qismining patologiyasi bilan, ko'pincha *KDS stenozini bilan birga kechada*. bundan tashqari, haqiqiy xoledoxolitiaz bilan deyarli 100% hollarda kds stenozini aniqlanadi. katta duodenal so'rg'ichning birlamchi va ikkilamchi stenozini farqlash kerak.

DEL VALLE-DONOVAN kasalligi yoki KDS ning birlamchi stenozini o't yo'llaridagi operatsiyalarning barcha holatlari orasida 0,2-13% chastota bilan uchraydi. etiologik jihatdan bu o't yo'llarining ontogenetik malformatsiyasiga bog'liq.

KDS ning ikkilamchi stenozini an'anaviy ravishda ampulyar kanalning shilliq qavatining shikastlanishi va keyinchalik kds chandiqlari bilan toshlarning takroriy migratsiyasining post-travmatik yallig'lanishlar natijasi sifatida qabul qilinadi.

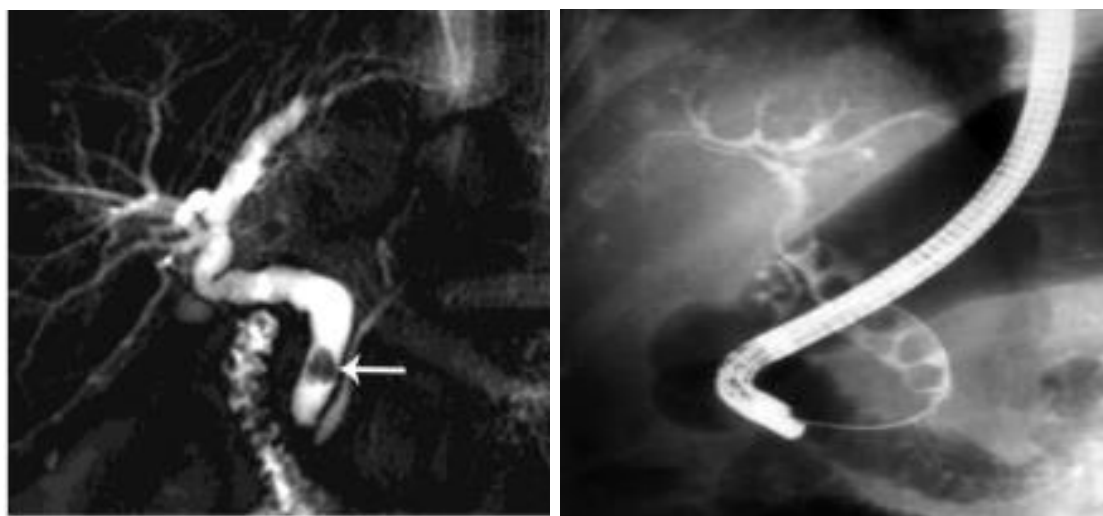
KDS stenozining klinik ko'rinishi safro chiqishi buzilishi sindromiga - og'riq, sariqlik, isitmaga kamayadi.

KDS stenozini instrumental tekshirish zarurligiga alohida e'tibor qaratish lozim. shu bilan birga, differentsial diagnostikaning eng mos usuli debitmetriya hisoblanadi - ma'lum vaqt davomida ma'lum bir bosim ostida bsdc orqali o'tgan suyuqlik miqdorini aniqlash. ushbu tadqiqot KDS stenozini va spazmini farqlash imkonini beradi.

KDS ning uzoq muddatli stenozini bilan o't yo'llarini to'g'ridan-to'g'ri kontrastli o'rganish ishonchlidir - bu umumiy o't yo'lining kengayganini, kontrast moddaning uzoq vaqt kechikishi bilan uning terminal qismining torayganligini ko'rsatadi.

Shuni esda tutish kerakki, KDS ning organik va funktsional tabiatga ega bo'lishiga to'sqinlik qilganda xoledoxning retrograd kontrasti qiyin. Shu bilan

birga, endoskopik papillotomiya faqat diagnostik sabablarga ko'ra, KDS ni muvaffaqiyatsiz kateterizatsiya qilish uchun etarli asoslarsiz amalga oshirilishi bugungi kunda manipulyatsiyaning ko'pincha qoniqarsiz uzoq muddatli natijalarini (7-10 yildan keyin) inobatga olgan holda tanlov aralashuvi deb hisoblanishi mumkin emas.) doimiy xolangit, surunkali pankreatit, gepatitga olib keladigan KDS ning restenozi yoki etishmovchiligi rivojlanishi bilan. Shuning uchun RPHG faqat KDS ning tasdiqlangan organik patologiyasi uchun terapevtik muolaja sifatida ishlatilishi kerak. 5% gacha bo'lgan chastotali pxes sabablaridan biri KDS etishmovchiligiga asoslangan. KDS etishmovchiligining markazida shilliq qavatning atrofiyasi va qopqoq apparatining deformatsiyasi bilan uning devoridagi degenerativ o'zgarishlar yotadi. KDS etishmovchiligining klinik ko'rinishi o'n ikki barmoqli ichak tarkibining o't yo'llari va oshqozon osti bezi kanallari tizimiga qaytarilishi bilan belgilanadi. Shu bilan birga, epigastral mintaqada og'riq va ovqatdan keyin dispeptik kasalliklar, shuningdek, xolangitning vaqtinchalik klinikasi mavjud.



Rasm.11 RPHG da xoledoxolitiyazning belgilari

PXES sabablarining 2-guruhini hisobga olgan holda, quyidagi kasalliklar va patologik holatlarga to'xtalib o'tish kerak.

O't pufagi cho'ltogini uzun bo'lishi PXES sabablaridan biri sifatida sezilarli turi hisoblanadi. Bugungi kunga kelib, ushbu sindromning mustaqil klinik ahamiyati yo'qligini tan olish kerak. Bu faqat tuzatilmagan biliar gipertenziya (xoledoxolitiyaz, bsdk stenozi va boshqalar) sharoitida klinik ahamiyatga ega bo'ladi.

Patologik holatlarning maxsus guruhi. Xoletsistektomiya bilan bog'liq bo'lgan o't yo'llarining strikturalari va ilgari qo'yilgan biliodegistik anastomozlar paydo bo'ladi. Operatsiyadan keyingi strikturalar 20% gacha bo'lgan chastotada yuzaga keladi va 95% hollarda ular yatrogen xarakterga ega (kanallarning to'g'ridan-to'g'ri shikastlanishi va boshqalar). SHu bilan birga, videolaparoskopik xoletsistektomiyani (1% gacha) joriy etish Ekstrahepatik o't yo'llarining yatrogenik shikastlanish xavfini oshiradi. Bundan tashqari, endoskopik lezyonlar, qoida tariqasida, proksimal biliar daraxtda lokalizatsiya qilinadi.

Biliodegativ anastomozning stenozida, uni amalga oshirishdagi texnik xatolardan tashqari, ichak tarkibining tikuv zonasiga doimiy ta'siri mavjud. Bu, ayniqsa, o't yo'llarining fiziologik sfinkterlarini yopish funksiyasi butunlay yo'q bo'lganda, jigar darvozalariga yuqori anastomozlarni qo'yishda muhimdir. SHuning uchun bunday holatlarda o'n ikki barmoqli ichak bilan emas, balki ingichka ichakning bir segmenti o'chirilgan bilan anastomoz hosil qilish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, transhepatik drenajlardan foydalanmasdan yuqori biliodigestiv anastomozlarni qo'llashda bir qatorli tikuvdan foydalanish istiqbolli hisoblanadi.

O't yo'llarining anastomozlari strikturasining klinik ko'rinishi gepatikoxoledox chandiqlari bilan bir xil bo'lib, sariqlikning kuchayishi va takroriy xolangit bilan ifodalanadi.

O't yo'llaridagi operatsiyalardan keyin buzilishlarning turli xil sabablaridan uchta asosiy ajratib ko'rsatish kerak:

1. Operatsiyadan oldingi davrda va (yoki) operatsiya vaqtida qilingan diagnostik xatolar.
2. Operatsiya davomida yo'l qo'yilgan taktik xatolar.
3. Operatsiya vaqtida texnik xatolar.

4-guruhlarga kiritilgan kasalliklarning diagnostikasi va davolashi tegishli ixtisoslashtirilgan adabiyotlarda tasvirlangan.

POSTXOLETSISTEKTOMIK SINDROM KLINIKASI VA DIAGNOSTIKASI

PXES klinikasi juda xilma-xil bo'lib, patognomonik ko'rinishlarni o'z ichiga olmaydi.

P.A. KANISHCHEV (1986) **6 ta klinik shaklni ajratishni taklif qiladi:**

- Jigar
- Oshqozon osti bezi
- Diskinetik
- Ichak
- Astenik
- Aralashgan

PXES da ko'pincha quyidagi belgilar kuzatiladi

1) Og'riq sindromi - og'riq xoletsistektomiyadan oldingi kabi bo'lishi yoki boshqa tabiatga ega bo'lishi mumkin - doimiy yoki davriy bo'lishi mumkin; o'tkir yoki to'mtoq;

har xil ;

nurlanishda farqlanadi ;

har xil **muddat**;

har xil **intensivlikda**.

2) Ko'ngil aynishi va qayt qilish doimiy alomat emas.

3) Qabzizat yoki diareya (ayniqsa surunkali pankreatitda tez-tez uchraydi).

4) Sariqlik (gepatikokoledox yoki katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining mexanik to'silishi bilan birga keladi).

5) Tana haroratining ko'tarilishi, titroq (ayniqsa, surunkali xolangitga xos).

6) Yog'li ovqatlarni qo'tara olmaslik (sekretor etishmovchiligi bilan surunkali pankreatit bilan).

PXES diagnostikasi.

"postxoletsistektomik sindrom" atamasi umumiy klinik tushuncha bo'lib, uni faqat dastlabki tushuncha sifatida ishlatish mumkin.

shu munosabat bilan qaror qabul qilish kerak:

- ❖ og‘riqning sababi haqiqatan ham o‘t yo‘llarining buzilishi bilan bog‘liqmi yoki og‘riq jarrohlik bilan bog‘liq emasmi;
- ❖ patologik jarayonning tabiatini va safro chiqishi buzilishining sababini aniqlash kerak.

Shu munosabat bilan, pxe diagnostikasi usullari yuqoridagi muammolarni hal qilish uchun mo‘ljallangan.

Tashxis qo‘yish uchun qon va siydikni laboratoriya tekshiruvi muhim ahamiyatga ega - umumiy tahlil, biokimyoviy qon testi, qon shakar, shuningdek, jigarning funktsional buzilishlari.

Jigarni tekshirishning universal laboratoriya tekshiruvi yoki instrumental usuli bu organning turli xil funktsional shikastlanishlarini aniq aniqlashga imkon beradi. Bundan tashqari, jigar parenximasining 80% gacha bo‘lgan qismi laboratoriya tomonidan tasdiqlangan o‘zgarishlarsiz ishlashdan o‘chirilishi mumkin, hatto jigar sirrozi bo‘lgan bemorlarda ham laboratoriya ko‘rsatkichlari fiziologik me‘yordan tashqariga chiqmasligi mumkin. biroq, eng muhim laboratoriya sinovlari:

- Bilirubin va uning bevosita va bilvosita fraksiyalarini aniqlash. bu taxlil xolestaz va jigar hujayralarining shikastlanishidan dalolat beradi.
- Ishqoriy fosfatazasini aniqlash. ferment darajasining oshishi xolestaz va gepatitga xosdir.
- Albuminini aniqlash jigarning oqsil sintez qilish funksiyasining ajralmas ko‘rsatkichidir.
- Aminotransferazalarni aniqlash (alt. ast) - qon zardobida bu hujayra ichidagi fermentlar darajasining oshishi sitolitik sindromni ko‘rsatadi.
- Protrombin indeksini (pti) aniqlash - pti darajasining pasayishi sitolitik sindromga va jigarning oqsil sintez qilish funksiyasining buzilishiga xosdir.
- A-fetoproteinni aniqlash - darajaning oshishi jigarning giperregenerativ holatiga to‘g‘ri keladi, masalan, rezektsiyadan keyin yoki malign neoplazma (gepatosellüler saraton).

- Antimitoxondral antitelalar, antiyadroviy antitelalar, jigar hujayralari membranalariga antitelalar va boshqalarni immunologik aniqlash. - otoimmün jigar patologiyasini belgilovchi testlar - birlamchi biliar siroz, surunkali faol gepatit.

Jigar patologiyasining tabiatini morfologik tekshirish maqsadli jigar biopsiyasi orqali amalga oshiriladi. diffuz kasalliklarda ponksiyon biopsiyasi qo'llaniladi (gistologik tekshirish uchun to'qima ustuni olinadi), fokal lezyonlar bilan ultratovush tekshiruvini ostida nozik igna aspiratsion biopsiya qo'llaniladi (mahalliy patologiyaning tabiatini tekshirish uchun etarli hujayra madaniyati olinadi)). to'g'rilanmagan koagulopatiya, astsit, jigarining gidratidoz echinokokklarida biopsiya qilishdan qoching.

1) Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvini (jigar, o't yo'llari, oshqozon osti bezi, taloq, buyraklar). xolelitiyozni, o't yo'llarining obstruktsiyasini, turli xil etiologiyalarning o'choqli jigar shikastlanishini aniqlash uchun invaziv bo'lmagan skrining usuli. Ultrasonografiya nafaqat o't pufagi va jigardan tashqari o't yo'llarida toshlarni aniqlash, balki ularning kengligini aniqlash imkonini beradi. Kanallarning kengayishi intraduktal biliar gipertenziya mavjudligini ko'rsatadi va safro chiqishiga to'sqinlik qilgan sababi aniqlaydi. Sonografik jihatdan biliar gipertenziyaning 3 turi ajratiladi:

- I. Xoledoxning distal qismining o' pufagi yo'lining xoledoxga oqib O'tadigan joyida kengayishi mavjud bo'lganda;
- II. O't pufagi va umumiy jigar yo'lining bifurkatsiya darajasida kengayishi mavjudligi;
- III. Uchinchi turi intrahepatik o't yo'llarining kengayishi bilan tavsiflanadi.

2) Gepatobiliar sintigrafiya - jigar hujayralari va o't yo'llari orqali radiofarmatsevtik harakatini gamma-kameradan foydalangan holda ro'yxatga olish bilan radioizotop tadqiqot usullarining soniga bog'liq usul. Jigar hujayralaridan radiofarmatsevtik ajralib chiqish tezligining normal ko'rsatkichlari va uning harakati va o't yo'llaridan evakuatsiya qilinishi ichakka safro chiqishining buzilishi yo'qligini ishonchli ko'rsatadi. Jigardan tashqari o't yo'llari bo'ylab radiofarmatsevtikaning harakat tezligining sekinlashishi va o'n ikki

barmoqli ichakka chiqarilishining kechikishi bilan ularda toshlar yoki strikturalar mavjudligiga shubha qilish kerak. Gepatobiliar sintigrafiya usul gepatotsitlarning funksional holatini baholashga imkon beradi, bu ayniqsa bemorda surunkali gepatitga shubha qilinganida muhimdir.

3) Kompyuter tomografiyasi - kompyuterda ishlov berish orqali inson tanasining qatlamli tasvirlarini olish imkonini beruvchi rentgenologik tadqiqot usuli. Ko'pincha u ultratovush yordamida olingan ma'lumotlar uchun aniq ahamiyatga ega.

4) Magnit-rezonans tomografiya (MRT) - Ultratovush va KTdan sezilarli afzalliklarga ega emas, jigar tomirlari va jigar qon oqimini o'rganish hollari bundan mustasno.

5) Fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) - moslashuvchan gastroduodenoskop yordamida endoskopik tadqiqot usuli. ushbu usul qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatining holatini vizual baholashga, ushbu organlarning patologiyasini (masalan, gastrit, duodenit, o'tkir va surunkali yaralar, eroziya) morfologik tekshirish, agar kerak bo'lsa, biopsiya bilan aniqlash imkonini beradi. ; katta duodenal papilla va periampulyar mintaqaning holati. va eng muhimi, safro o'n ikki barmoqli ichakka kiradigan haqiqatni aytish; o'tkir papillit, lshd poliplari, peripapiller divertikullar, o'n ikki barmoqli ichakdan tashqari yaralar, lshdning bo'g'ilib qolgan yoki tug'ilgan toshlari kabi patologiya turlarini aniqlash . Ushbu o'zgarishlarni hisobga olmagan holda, o't yo'llarining jarrohlik dekompressiyasi har doim ham to'liq va yakuniy bo'lmaydi. bsdk va peripapiller zonadagi sezilmagan va tuzatilmagan o'zgarishlar pxe va birinchi navbatda xoledoxolitiazning qaytalanishining asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda.

Strangulyatsiya qilingan hisob-kitoblar aniqlanganda, bsdc lithoekstraksiya bilan epst bilan amalga oshiriladi. biliar gipertenziyaning birinchi turida safro oqimi bo'lmasa, ercp sababni aniqlash bilan amalga oshiriladi. endoskopik transpapiller aralashuvlar toshlarni olish yoki lsd ning kengaytirilmagan strikturalari va stnozini yo'q qilish bilan amalga oshiriladi.

6) Angiografiya - choliakografiya yoki yuqori tutqich arteriyasini tanlab

o'rganish jigarning qon tomir patologiyasini farqlash, jigar va oshqozon osti bezining tomirlangan o'smalarini aniqlash imkonini beradi.

7) Perkutan transhepatik xolangiografiya (ptchg) o't yo'llarining to'g'ridan-to'g'ri kontrastini o'tkazish usuli bo'lib, o't yo'llarining obstruksiyasining darajasini aniqlash va sababini bartaraf etishda samarali hisoblanadi. izolyatsiya qilingan shaklda u amalda qo'llanilmaydi, lekin teri orqali transhepatik xolangiostomiya (ptcs) bosqichi sifatida qo'llaniladi.

8) ERPXG - o't yo'llarini bevosita kontrastli o'rganish usuli. fibroduodenoskop orqali retrograd (safro oqimiga qarshi) kirish orqali amalga oshiriladi. mexanik qaytalanuvchi sariqlik, surunkali xolangit, o't yo'llarining kengayishi, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining stenozi, papillit, xoledoxolitiazning shubhasi mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

9) Xolangiografiya : a) tomir ichiga (normal bilirubin bilan);

b) chkchp (qattiq sariqlik va gepatikokoledoxning yuqori blokadasi bilan)

Oshqozon, o'n ikki barmoqli ichakning **rentgenogrammasi** ; yuqori oshqozon-ichak trakti o'rganish qizilo'ngach, pod, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak patologiyasini istisno (afzal duodenal gipotenziya sharoitida o'rganish), oshqozon osti bezi boshi .

11) Irrigioskopiya , irrigografiya, sigmoidoskopiya - pastki oshqozon-ichak trakti patologiyasini istisno qilish.

12) Duodenal zondlash (shu jumladan mikroskopiya, tarkibini biokimyoviy va bakteriologik tekshirish) (a va c qismlarini o'rganish).

usul yaqinda o'z ahamiyatini yo'qotdi, ammo ba'zi hollarda bu maqsadga muvofiqdir.

13) Xoledoxoskopiya - o't yo'llarini transhepatik (antegrad) yoki retrograd kirish orqali bevosita vizual tekshirish. usul gepatikokoledox va shilliq qavatning lümeninin holatini vizual ravishda baholashga imkon beradi; tibbiy manipulyatsiyalarni bajarish; biopsiya oling.

14) Laboratoriya diagnostikasi: umumiy qon ro'yxati, siydik tahlili, qand, ast, alt, ishqoriy fosfataza, ggtp, pti, oqsil va fraksiyalar, fibrinogen, karbamid, kreatinin, bilirubin, elektrolitlar, amilaza, qon lipazasi;

koprogramma;kalna disbakteriozi va gelmintlar; siydikda urobilin, siydikda o't pigmentlari va boshqalar.

Klinik va rentgenologik tekshiruv 94% da pxes sababini aniqlashga imkon beradi. pxes bilan og'riqan bemorlarning ko'pchiligi o't yo'llarining ikkinchi operatsiyasini talab qiladi. Jarrohlik aralashuvining hajmi va uni amalga oshirish usuli (an'anaviy, endoskopik, minimal invaziv) aniqlangan o'zgarishlarning tabiatiga bog'liq.

Aksariyat hollarda pxes klinikasida. yuqoridagi tasnifning 1 va 2-guruhlarining sabablari tufayli obstruktiv sariqlik ustunlik qiladi. shu munosabat bilan, yuqorida sanab o'tilgan diagnostika vositalarining butun majmuasi qat'iy diagnostika algoritmiga muvofiq qo'llanilishi kerak .

Tashxisni shakllantirish variantlariga misollar :

PXES. 2001 yilda xolelitiyoz uchun xoletsistektomiya. xoledxolitiyoz. mexanik sariqlik. surunkali xolangit (remissiya bosqichi).

PXES (2002 yilda o'tkir gangrenoz xoletsistit uchun xoletsistektomiya). chr. o'tkir bosqichda takroriy pankreatit.

MEXANIK SARIQLIK UCHUN TERAPEVTIK VA DIAGNOSTIKA ALGORITM.

Mexanik sariqlik tashxisi shifokorlar oldiga ikkita vazifani qo'yadi:

1. Sariqlikning obstruktiv xususiyatini tasdiqlash;
2. O't yo'llarining obstruktsiyasiga sabab bo'lgan bevosita sababni aniqlash va uning darajasini aniqlash.

Shu maqsadda ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmiga muvofiq instrumental diagnostika usullari arsenalidan foydalanish taklif etiladi.

Ultratovush tekshiruvini o'tkazgandan va biliar gipertenziya turini va safro daraxti blokining darajasini aniqlagandan so'ng, keyingi taktikalar aniqlanadi.

1-turda (xoledoxning distal blokirovkasi) FGDS, ERPXG va agar kerak bo'lsa, katta toshlar va litoekstraksiya uchun litotripsiya bilan EPST tekshiruvi bilan ko'rsatiladi.

Safro gipertenziyasining 2 va 3 turlari bilan ultratovush nazorati ostida teri orqali minimal invaziv aralashuvlar amalga oshiriladi, masalan ERPXG. bu biliar

gipertenziya darajasini aniqlashga imkon beradi va 2-3 kundan keyin o'tkazilgan antegrad xolangiografiya obstruksiyaning tabiati haqida ma'lumot beradi va keyingi jarrohlik taktikasini belgilaydi.

Obstruksiya joyidan yuqorida va pastda o't yo'llarining yaxlit ko'rinishini olish uchun birlashtirilgan retro- va antegrad kontrastli tadqiqot o'tkaziladi, bu esa jarrohlik aralashuvining imkoniyati va xarakterini aniqlash imkonini beradi.

MEXANIK SARIQLIK SINDROMI UCHUN KONSERVATIV TERAPIYA.

Mexanik sariqlik - bu aniq endotoksikoz, shuning uchun bemor kasalxonaga yotqizilgan birinchi kundan boshlab barcha terapevtik va diagnostika tadbirlari asosan jigar va buyrak etishmovchiligining oldini olishga qaratilgan kompleks konservativ terapiya fonida amalga oshiriladi.

- Uglevod va oqsil mahsulotlari bilan boyitilgan dietaning fonida (jadval 5a) massiv infuzion terapiya o'tkaziladi. ikkinchisiga past molekulyar og'irlikdagi kristalloid eritmalar (insulin bilan glyukoza eritmasi, ringer eritmasi, fiziologik sho'r suv), gidroksietil kraxmal preparatlari (refortan, stabizol), detoksifikatsiya vositalari (gemodez, polidez), qon reologiyasini yaxshilaydigan dorilar (reopoliglyukin), oqsil preparatlari, qon mahsulotlari.
- Kompleks vitaminli terapiya.
- Gepatoprotektorlar
- Aminokislotalar.
- Antigistaminlar.
- Anabolik gormonlar.
- Steroid gormonlar.
- Antibakterial preparatlar.
- Semptomatik terapiya. ko'rsatkichlarga ko'ra - analjeziklar, antispazmodiklar, yurak glikozidlari, nafas olish analeptiklari va boshqalar.

1) ENDOSKOPIK INTERVENSIYALAR.

Endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST) - lateral optikali fibrogastroduodenoskop orqali amalga oshiriladigan elektr papillotom bilan KDS ni kesish. Ushbu operatsiya uchun quyidagi ko'rsatkichlar ajralib turadi:

1. Strangulyatsiya qilingan tosh.
2. KDS stenozi.
3. Ekstraduodenal o't yo'llarining toshlari.
4. Xolangit yoki o'tkir pankreatit bilan asoratlangan litiyoz yoki KDS stenozi ko'rinishidagi safro yo'llarining estrodiol lezyonlari.

EPSTni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar indurativ pankreatitdan kelib chiqqan distal xoledoxning kengaytirilgan strikturasini o'z ichiga oladi; o'n ikki barmoqli ichakning deformatsiyasi va torayishi, bsdk ning kanulatsiyasini qiyinlashtiradi; bemorning ahvolining o'ta og'irligi. EPSTga qarshi ko'rsatmalar orasida papillaning kanulyatsiyasi uchun katta qiyinchiliklar tug'diradigan peripapiller divertikullar mavjud.

KDS -ga endoskopik osib qo'yish fibrogastroduodenoskop, diatermokoagulator va rentgen-televizor yordamida amalga oshiriladi. Papillani ajratish uchun asbob sifatida odatda papillotomiya looplari ishlatiladi.

Birinchi endoskopik aralashuv paytida terapevtik muvaffaqiyatga erishish muhim, bu esa safroning ichakka chiqishi uchun sharoit yaratadi.

Agar o't yo'llarida toshlar topilsa, dormia savatchasi, halqa yoki balon kateteri bilan mexanik litoekstraksiyani amalga oshirish mumkin. Katta toshlar mavjud bo'lganda, ularning mustaqil ravishda chiqib ketish ehtimoli juda kichik. litotripsi amalga oshiriladi . Litotripsi kontaktli litotripsiya shaklida amalga oshiriladi, bunda tosh duodenoskop yoki xoledokoskopning manipulyatsiya kanali orqali to'g'ridan-to'g'ri toshga oziqlanadigan vosita (mexanik litotom, lazer, ultratovush yoki piezoelektrik) tomonidan yo'q qilinadi. ekstrakorporeal), bunda litotriptor o'rnatishdan elektromagnit zarba to'lqini paydo bo'ladi.tashqarida va tripsiya hisobning joylashgan joyiga qaratilganligi sababli amalga oshiriladi.

Epstning asoratlari quyidagilardan iborat: ajratilgan lsd dan qon ketish, o'tkir pankreatit, dormia savatining sinishi, o'n ikki barmoqli ichakning orqa devorining shikastlanishi.

O'T YO'LLARINING NAZOBILIAR DRENAJI.

Operatsiyadan oldin obstruktiv sariqlikda o't yo'llarining dekompressiyasiga nazobiliar drenaj orqali erishish mumkin. ushbu tibbiy protsedurani amalga oshirish uchun oldingi epst talab qilinadi, bu esa o't yo'llariga kateterni kiritishni osonlashtiradi. Nazobiliar drenaj uchun diametri 1,8-2,5 mm bo'lgan drenaj kateterlari qo'llaniladi.

O't yo'llariga endoskopik aralashuv, tosh yoki tsikatrial striktura mavjudligi sababli, ichakka safro oqimi keskin buzilgan yoki butunlay bloklangan hollarda nazobiliar drenaj bilan yakunlanadi. Shuningdek, birga keladigan yiringli xolangitda bu usul juda muhim hisoblanadi. Agar birinchi holatda nazobiliar drenaj safro gipertenziyasini bartaraf etishga yordam bersa, ikkinchi holatda u o't yo'llarini sanitarizatsiya qilish uchun ishlatiladi. Afsuski, ta'sirlangan toshlar va shiddatli sicatricial torayishi bilan, ko'pincha o't yo'lining obstruktsiya joyidan yuqoriga drenaj kateterini o'tkazib bo'lmaydi.

Nazobiliar drenaj turg'un safro chiqishini ta'minlaydi, shu bilan birga kuniga safro yo'qolishi 450-1200 ml bo'lishi mumkin. O't yo'llarini yuvish orqali tozalash yiringli xolangit hodisalarini to'xtatishga yordam beradi va o't yo'llari devorlarining shishishini, shuningdek, o't yo'llari va toshlarning eroziyasini engillashtiradi, bu ularni harakatchan qiladi va shu bilan o'z-o'zidan chiqishi uchun sharoit yaratadi. O'n ikki barmoqli ichakning lümenine toshlar. nazobiliar drenajni o'tkazishda drenajning ishlashini har kuni kuzatib borish kerak, chunki u bir tomondan gepatikokoledoxdan tushishi mumkin va safro hajmini hisobga olish va uni qabul qilish orqali yo'qotishlarni qoplash kerak.

Bo'shliqqa aralashuvlar.

O't yo'llarining rekonstruktiv jarrohligi qorin bo'shlig'i jarrohligining eng qiyin bo'limlaridan biridir. ushbu operatsiyalarni bajarish topografik anatomiya bo'yicha ideal bilim va virtuoz operatsiya texnikasini talab qiladi.

An'anaviy kirish orqali o't yo'llariga takroriy aralashuvlarning asosiy elementi xoledoxotomiya hisoblanadi. aniqlangan o'zgarishlarga qarab, u to'ldirilishi mumkin:

- Umumiy o't yo'lining "ko'r" tikish usuli
- Biliar daraxtning tashqi drenaji
- Ichki drenaj (bilidigestiv anastomoz)

Umumiy o't yo'lining "ko'r" tikish usuli bitta toshlar mavjud bo'lganda, xolangitning yo'qligi va umumiy o't yo'lining distal qismining yaxshi o'tkazuvchanligi bilan mumkin. Tashqi drenaj vaqtinchalik, uzoq muddatli, uzoq muddatli va doimiy versiyalarda amalga oshirilishi mumkin. Bugungi kunga qadar o't yo'llari jarrohligida drenajlardan foydalanish bo'yicha ko'plab tajribalar to'plangan bo'lib, ular quyidagi maqsadlarda qo'llaniladi:

- 1) O't yo'llarining dekompressiyasi va o't yo'llari gipertenziasining oldini olish uchun;
- 2) Anastomoz va o't yo'llarining stenozini rivojlanishining oldini olish;
- 3) Anastomoz shakllanishi uchun sharoitlarni yaxshilash;
- 4) O't yo'llarining holatini rentgen va endoskopik kuzatish uchun;
- 5) Intraduktal manipulyatsiyalar uchun (dorilarni yuborish, begona jismlarni olib tashlash va boshqalar).

ko'pincha Ker, Vishnevskiy, Kerte bo'yicha drenaj ishlatiladi.

Ichki drenaj xoledoxning 12 mm dan ortiq kengayishi, shuningdek distal o't yo'lining obstruksiyasi uchun, agar o't oqimini minimal invaziv usullar bilan tiklash mumkin bo'lmasa, ko'rsatiladi.

Hozirgi vaqtda o't yo'llarining bo'limlaridan biri va ingichka ichak o'rtasidagi anastomoz bo'lgan biliodigestive anastomozlarning turli usullari qo'llaniladi.

Distal xoledoxdagi kerakli to'siqlar bilan supraduodenal xoledoxoduodenostomiyaning turli xil variantlari amalga oshiriladi (Yurashev, Finsterer, Flerken bo'yicha).

Ingichka ichak bilan o't yo'llarining oqmalari duodenostaz, o'n ikki barmoqli ichakda sikatriyal-infiltrativ o'zgarishlar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi. anastomoz rouxga ko'ra uzunligi kamida 60 sm bo'lgan jejunum halqasida hosil bo'ladi, ma'lum joyni transduodenal aralashuvlar - transduodenal papillosfinkteroplastika, xoledokoduodenostomiya egallaydi.

O't yo'llarining yuqori sikatrik strikturalari bilan safro oqimini tiklashga qaratilgan murakkab rekonstruktiv operatsiyalar amalga oshiriladi. Yuqori strikturali biliodigestiv anastomozlarning shakllanishi ko'pincha kanalning proksimal segmenti keng bo'lmaganda va undan ham torroq bo'lganda qiyinchiliklar bilan bog'liq. Bunday hollarda, yaratilgan anastomozning ichiga o'rnatilgan drenajlardan foydalanish tavsiya etiladi va drenaj trubasining yuqori qismi jigar orqali tashqi tomonga (praderi-smit operatsiyasi) yoki pastki qismi o'n ikki barmoqli ichak orqali (Felker operatsiyasi) o'tkaziladi.) Tik turgan drenajning ishonchliligini ta'minlash uchun ham chiqariladi va mustahkamlanadi. teshikli drenajlar ham qo'llaniladi. proksimal va distal segmentlarni bog'lash tashqariga chiqdi. Bu har 3-4 oyda drenajning intraduktal qismini o'zgartirishga imkon beradi, chunki bunday drenaj o'rtacha 1 yil davomida saqlanishi kerak. Ba'zi hollarda, proksimal o't yo'llarining juda keng shikaslanishi bo'lishi sababli, tashqi o't yo'llari bilan anastomoz qo'yish mumkin emas. Mantiqiy echim intrahepatik kanallarning ichaklari bilan bog'lanishi bo'lib, ular odatda strikturali bemorlarda kengayadi. ushbu turdagi klassik aralashuvlar longmeer operatsiyalari (jigar to'qimalarining rezektsiyasi orqali yeyunumning chap kanali bilan anastomoz), doliotti va fogliatti (jigarning chap bo'lagining subtotal rezektsiyasi amalga oshiriladi va kanal topiladi).

O't yo'llarining rekonstruktiv jarrohligidagi so'nggi yutuqlar stent protezidir. retrograd yoki antegrad yondashuvi strikturani maxsus asboblar bilan bougienaj qilish yoki turli diametrli (4-8 mm) sharlar yordamida balonlarni kengaytirish uchun ishlatiladi. Keyin, striktura maydonidan yuqorida shakl xotirasi bilan bilioduodenal radiopak stent protezi o'rnatiladi. Agar kerak bo'lsa, uni katta diametrli stent bilan almashtirish mumkin. "Yangi" strikturasi bo'lgan bemorlarda stentni ultratovush nazorati ostida kanalni oldindan kengaytirmasdan yoki bujini

bo'lmisdan antegrad joylashtirish imkoniyati mavjud . Yaxshi strikturali stent kamida bir yilga etadi, chunki bu davrda striktura sohasidagi morfologik o'zgarishlar, kollagenning yopishishi va epitelizatsiya to'xtaydi. Yaxshi sifatli strikturalarda ushbu texnikaning aniq ko'rsatmalari ishlab chiqilmoqda, o'smalari bo'lgan bemorlarda esa bu usul o'simtani tunnel qilishning yagona usuli bo'lishi mumkin, ayniqsa bu manipulyatsiya minimal invaziv bo'lib, tanlov usuliga aylanishi mumkin.

PXES UCHUN KONSERVATIV DAVO QUYIDAGILARNI O'Z ICHIGA OLADI:

XOLETSISTEKTOMIYADAN KEYIN 6 OYGACHA:

- vitaminlar: multivitaminlar - 1 oylik interval bilan 2-3 haftalik kurslar.
- ferment preparatlari - kreon, mezim forte va boshqalar. ovqat paytida, kuniga 4 marta 1 kapsuladan.davolash muddati - 1 oy.
- ovqatdan keyin 1,5-2 soatdan keyin mineral suv; ishqoriy turi ("smirnovskaya", "slavyanovskaya" va boshqalar) 1-1,5 oylik interval bilan 1 oylik kurslarda
- jismoniy mashqlar bilan davolash, dozalangan yurish.
- 3 oydan oldin sanatoriy-kurortda davolanish. operatsiya qilingan kundan boshlab.

Xoletsistektomiyadan 6 oy o'tgach:

- mebeverin (duspatalin) 200 mg 2 r / d, yoki dicetel 50-100 mg zr / d va boshqalar 2-4 hafta davomida.
- gepatoprotektorlar (essentiale, karsil)
- vitaminlar

PXESning oldini olish.

1. GPDZ ning barcha a'zolarini **operatsiyadan oldin to'liq** tekshirish (ultratovush, bsdk, rpch, kerak bo'lganda tekshirish bilan fgds)
2. O't yo'llar va katta o'n ikki barmoqli ichak papillasini **intraoperativ** tekshirish.:

Intraoperativ xolangiografiyaga alohida e'tibor berilishi kerak. so'nggi yillarda operatsiyadan oldingi ultratovush va rpcg ning keng qo'llanilishi tufayli uning ko'rsatkichlari keskin toraydi. biroq, tez-tez, favqulodda vaziyatlarda, bu usullar operatsiyadan oldin qo'llanilmaydi. bunday hollarda intraoperativ xolangiografiya **tanlov usuli hisoblanadi.**

Intraoperativ xolangiografiyaga mutlaq ko'rsatmalari:

1. Operatsiya paytida kutilmagan texnik qiyinchiliklarning paydo bo'lishi (anatomiya xususiyatlari va boshqalar) .

2. Operatsiyadan oldingi davrda o't suyuqligi passajining yo'qligi, **unga mutlaq ko'rsatmalar mavjud bo'lganda:**

- Obstruktiv sariqlik (tadqiqot paytida)
- Jigar kolikasi va xolestaz sindromining biokimyoviy belgilarining kombinatsiyasi
- sitoliz (to'g'ridan-to'g'ri bilirubinning ko'payishi, Ast, Alt, Hidroksidi fosfataza , LDG ning ko'payishi).

3. **Adekvat operatsiya texnikasi** (pastdan, bo'yindan xoletsistektomiya variantlari; Pribram bo'yicha xoletsistektomiya; tamponadaga ko'rsatmalar, o't yo'llari va qorin bo'shlig'ini drenajlash va boshqalar).

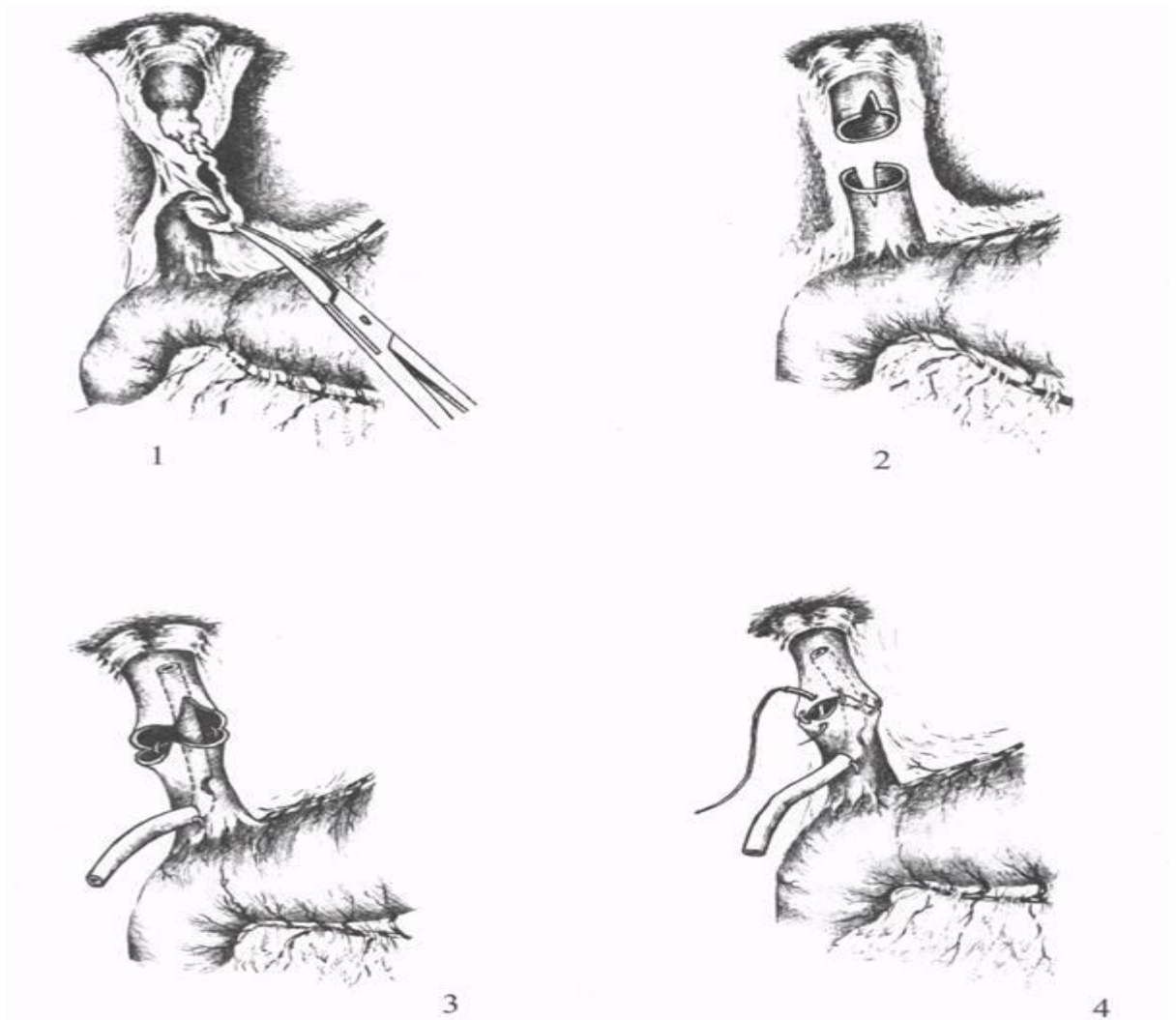
GEPATIKOXOLEDOX STRIKTURASINI TIKLASH VA REKONSTRUKTIV JARROHLIK.

O't yo'llarining strikturasi bo'yicha jarrohlikning turi va hajmi bemorning ahvoli, asoratlari, obstruksiyaning tabiati va darajasi, obstruktiv sariqlikning davomiyligi, shuningdek, ushbu sohadagi topografik va anatomik munosabatlarga bog'liq. Qayta tiklash operatsiyalari KDS orqali o'tning o'n ikki barmoqli ichakka tabiiy chiqishi amalga oshiriladigan aralashuvlarni o'z ichiga oladi (biliar anastomoz, bougienage , Geineke -Mikulich plastik jarrohlik, protezlash). Ushbu operatsiyalar bemorlar tomonidan osonroq qabul qilinadi , rekonstruktiv operatsiyalarga qaraganda kamroq invaziv va o'lim darajasi past bo'ladi. Safro yo'llarining yuqori strikturalari bilan rekonstruktiv operatsiyalar ko'proq qo'llaniladi, ularda turli xil biliodigestiv

anastomozlar qo'yiladi (gepatikoduodenostomiya, gepatikoyeyunostomiya, gepatoxolangiostomiya, gepatoxolangioyeyunostomiya).

Xoledox strikturasini uchdan uchigacha anastomoz bilan rezektsiya qilish texnikasi quyidagicha. Laparotomiyadan so'ng qorin devori, jigar, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak o'rtasida bitishmalar ajratiladi. Kocher bo'yicha o'n ikki barmoqli ichak mobilizatsiya qilingandan so'ng, umumiy o't yo'lining chandiq bilan o'zgartirilgan maydoni portal vena va jigar arteriyasidan ehtiyotkorlik bilan ajratiladi. Jigarning striktura ustidagi kanalning kengaytirilgan qismi ajratiladi. - Punksion xolangiografiya yordamida striktura darajasi, proksimal va distal segmentlarning diametri, o'n ikki barmoqli ichakka kontrast moddaning o'tkazuvchanligi aniqlanadi. 2,5 sm uzunlikdagi strikturani 3 sm uzunlikda rezektsiya qilgandan so'ng, xoledoxning o'tkazuvchanligini tiklash odatda choklarni taranglashtirmasdan, uchidan uchiga anastomoz orqali erishiladi. Agar distal uchi - proksimaldan torroq bo'lsa, u holda A.A.Shalimov (1975) kanalning har ikki uchi devorlariga 0,5- uzunlikdagi bo'ylama kesma qilishni tavsiya qiladi. Kanalning har ikki uchining chetlarini ehtiyotkorlik bilan moslashtirgan holda, atravmatik igna bilan alohida tugunli choklar bilan uchdan-uchgacha anastomoz qo'yiladi. Anastomoz ostidagi umumiy o't yo'lining alohida kesmasi orqali anastomozning diametri va holatiga qarab 3 yoki undan ko'p oy davomida A.V.Vishnevskiy bo'yicha drenaj o'rnatiladi.

Restavratsiya va rekonstruktiv operatsiyalarda o't yo'llarini dekompressiyalash, choklar etishmovchiligini oldini olish va anastomozni toraytirish uchun uzoq muddatli drenajlash uchun Praderi -Smit, Felker, Seipol, E.I.Galperinning - mahkamlangan drenajlari qo'llaniladi va o't yo'llarining anastomozi, rentgen-endoskopik nazorati va xolangit uchun antibiotiklarning mumkin bo'lgan boshqaruvi uchun asos yaratish.



Rasm № 12 A.A. Shalimov bo'yicha xoledoxoledoxostomiya :

1 - strikturaning izolyatsiyasi ; 2 - kanalning uchlarini ajratish; 3 - A.V. Vishnevskiy bo'yicha anastomoz va drenajning orqa labiga qo'yilgan choklar; 4 - anastomozning oldingi labiga qo'yilgan choklar.

Muallif: R. _ Praderi - R. _ Smit (1965), drenajning bir uchi o't-ichak anastomozining ichida qoldiriladi , ikkinchisi esa jigar orqali tashqariga chiqariladi.

Voelker (1911) bo'yicha, umumiy jigar yo'lidan drenaj trubkasi, o'n ikki barmoqli ichak devori orqali chiqariladi. Transpapiller drenaj Wirsung kanalining og'zining siqilishi tufayli pankreatik nekrozning rivojlanishiga olib kelganligi sababli , keyinchalik jarrohlar naychani ichak stomasi orqali tashqariga chiqarishni

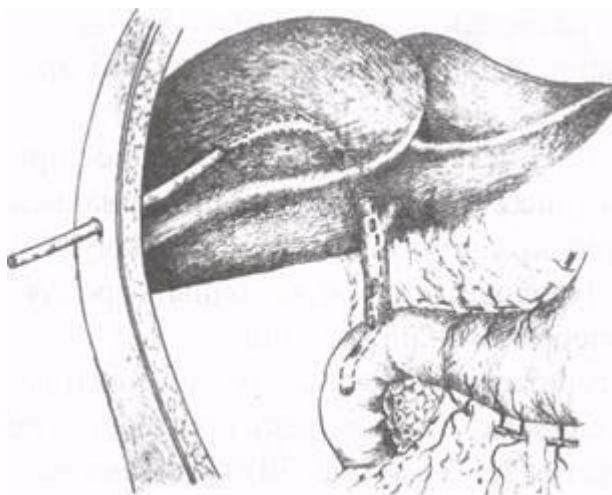
boshladilar. Ushbu usulning kamchiligi kanalning naychaning erta tiqilib qolishi hisoblanadi.

Uzoqroq va doimiy drenajlash uchun Seypol , E.I. Galperin va boshqalarning almashtiriladigan transgepatik drenajlari qo'llaniladi.

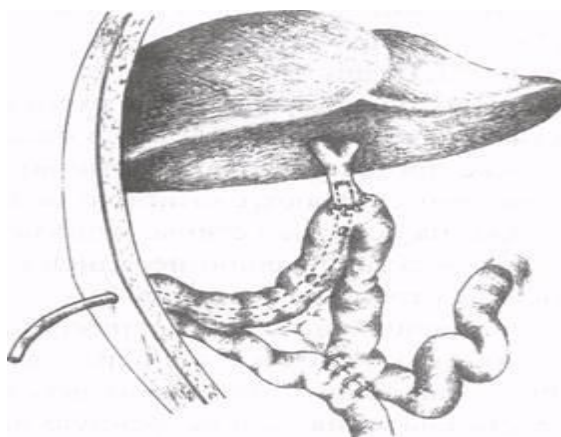
Saypol va boshqalar K. _ Kurian (1969) jigar darvozasidagi jigar kanalini ajratadi va ochadi va jigar kapsulasiga tikiladi. Ochiq uchi bo'lgan yeyunumning - Roux bilan ta'minlangan halqasi jigar kanalining orqasida tugunli choklar bilan jigar kapsulasiga ulanadi. Chap yoki o'ng jigar kanaliga kavisli qisqich o'rnatiladi , jigar parenximasidan o'tadi, naychani ushlaydi va umumiy jigar kanalining teshigidan tortiladi. Jigar kanalining ochilishida ichak ochiladi va kanal, ichakning chetlari orqali orqa qator choklar qo'yiladi. Yon teshiklari bo'lgan naycha ichak bo'shlig'iga o'tkaziladi va uning ochiq uchi orqali chiqariladi. Ichakning bu uchi trubka atrofidagi choklar bilan yopiladi. Naychaning uchlari qorin old devorining alohida teshiklari orqali chiqariladi va teriga choklar bilan mustahkamlanadi. Keyin oldingi anastomoz choklari qo'llaniladi.

Jigar parenximasi orqali drenajlash uchun E.I.Galperin va boshqalar . (1982) maxsus metall ishlatilgan. Prob jigar kanalidan jigarning III yoki VI segmentiga yo'naltirildi. Jigarning old yuzasiga olib kelingan zond yon teshiklari bo'lgan drenaj trubkasiga ulangan , u gepatikoyeyuno anastomoz orqali ichak halqasiga transgepatik o'tkazilgan. Jigardan chiqadigan joydagi drenaj safro va qonning diafragma osti bo'shlig'iga tushishini oldini olish uchun katgut ip bilan tikiladi. Drenajning ikkala uchi old devorga ko'krak qafasi ostidan keltirildi.

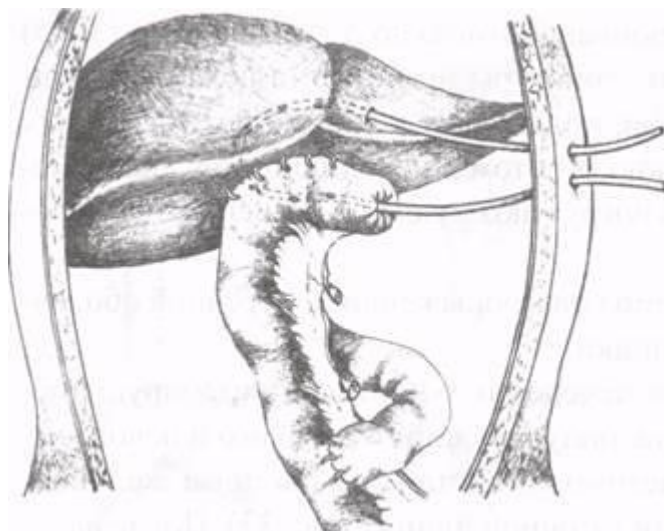
Jigarning umumiy yo'lining strikturasining bugienaji og'ir ahvolda bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. Striktura ostida umumiy o't yo'li ochiladi. Proksimal yo'nalishda strikturadan metall prob, so'ngra diametri 3- bo'lgan bir nechta elastik problar o'tkaziladi 4 mm. Kanalning bugienajidan so'ng almashtiriladigan transgepatik drenaj o'rnatiladi.



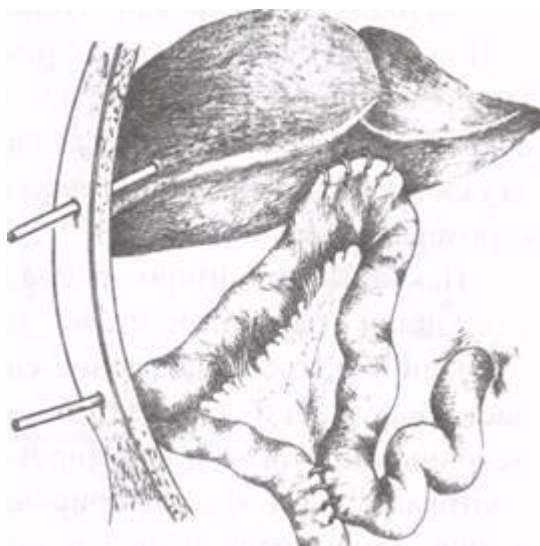
**Rasm №13 . Pradery - Smit bo'yicha transgepatik drenajda
gepatikoduodenostomiya .**



Rasm № 14 Gepatikoyeyunostomiya Felkerq bo'yicha, ichki ichak anastomozi.



Rasm №15 Seipolg bo'yicha Gepatikoyeyunostomiya



Rasm №16 E.I.Galperin bo'yicha gepatikojejunostomiya .

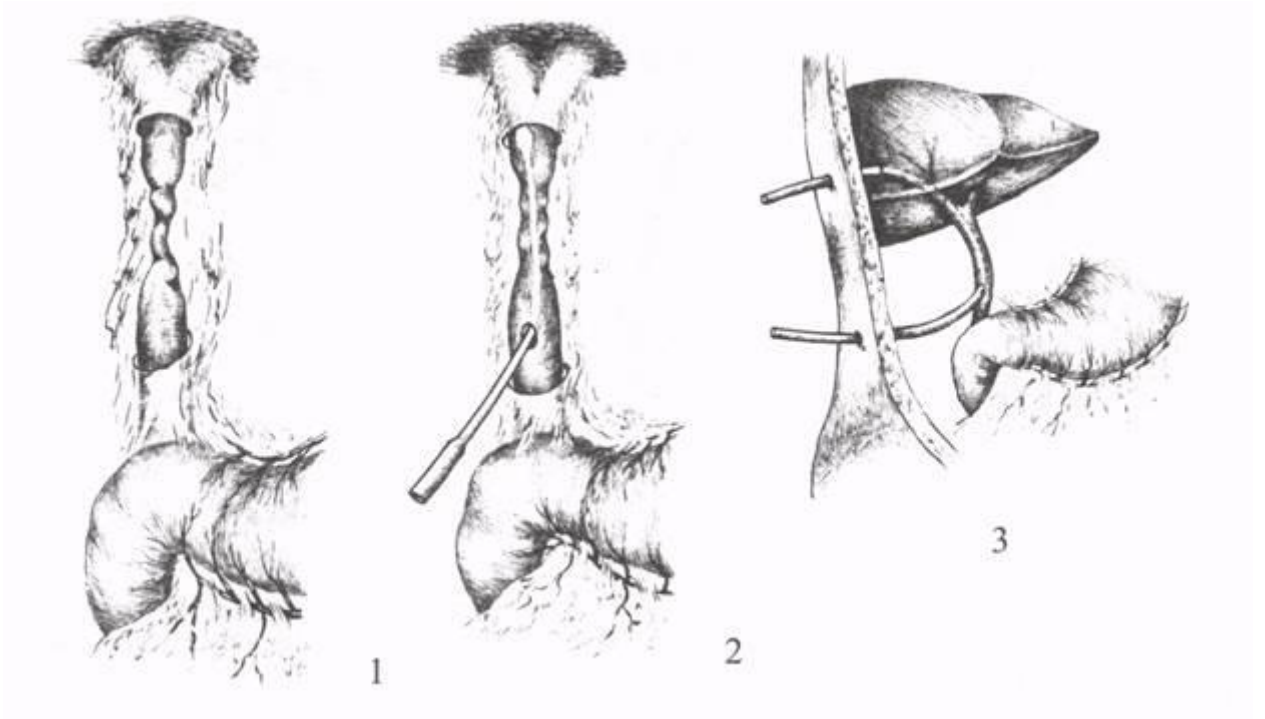
Geineke – Mikulich bo'yicha strikturaning bo'ylama kesilishi gepatikokoledoxning torayishida amalga oshiriladi. Kanalning orqa devoridagi chandiq to'qimasi diatermokoagulyatsiya orqali qisman chiqariladi. Bu sohada shilliq qavat tikiladi. Transgepatik drenajni o'tkaziladi. Old devordagi kesma ko'ndalang yo'nalishda tikiladi. Gepatikoxoledoxning old devorini avtovenoz greft yordamida tiklash , strikturaning aylana shaklida kesilgandan keyin kanal nuqsoni 2,5- bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Kanalning orqa devori tikiladi va old devorga

avtovenoz protez o'rnatiladi. Venoz protezda tikishdan oldin kanalning old devoriga almashtiriladigan transgepatik drenaj o'rnatiladi.

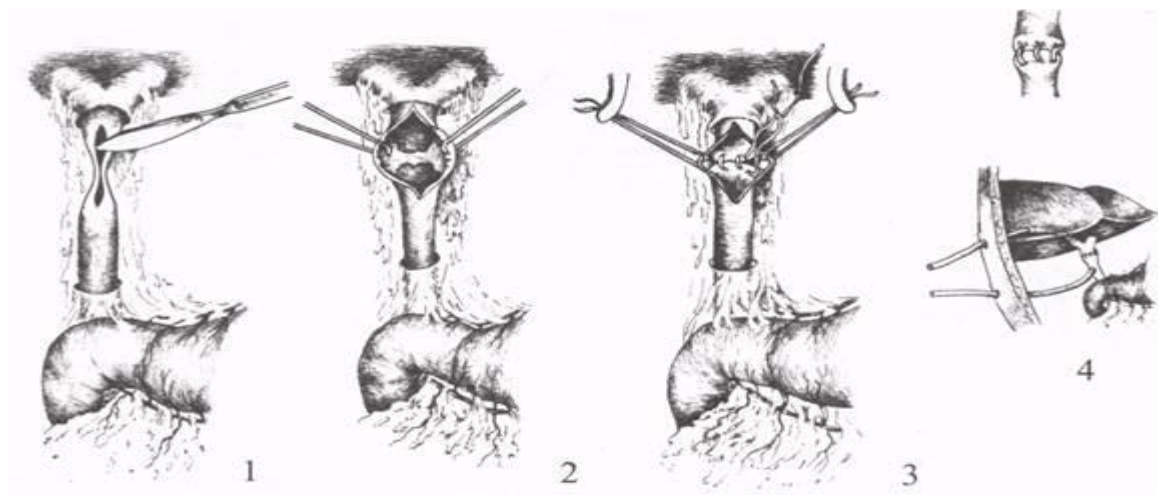
Gepatikoxoledoxning strikturasi uzoqroq bo'lsa, gepatikoxoledoxli duodenostomiya yoki gepatikojejunosostomiya amalga oshiriladi. Kocher bo'yicha o'n ikki barmoqli ichak mobilizatsiya qilingandan so'ng o't yo'li striktura ustida bo'yilmasiga ochiladi. Ichak devori o't yo'li kengligiga mos ravishda ko'ndalang kesma bilan ochiladi. Ichak va o't yo'lining barcha qatlamlari orqali anastomozning o'ng va chap yarim doiralari tugunlari tashqariga qaragan holda bir qatorli tugunli choklar qo'yiladi. Anastomoz ichak va jigar kapsulasi o'rtasida alohida choklar bilan mustahkamlanadi .

A.A.Shalimov (1975) bo'yicha gepatikoyeyunosostomiyani shakllantirish usuli quyidagicha. Kanalning strikturasini rezektsiya qilgandan so'ng , mezokolonga o'tgan yeyunum halqasi kanalning oxiriga ko'tariladi. Ichak ochilib, avval orqa, keyin esa oldingi labda tugunli choklar ortida anastomoz hosil bo'ladi. Anastomoz chizig'i serozeros tugunli choklar bilan yeyunumning burmasiga botiriladi.

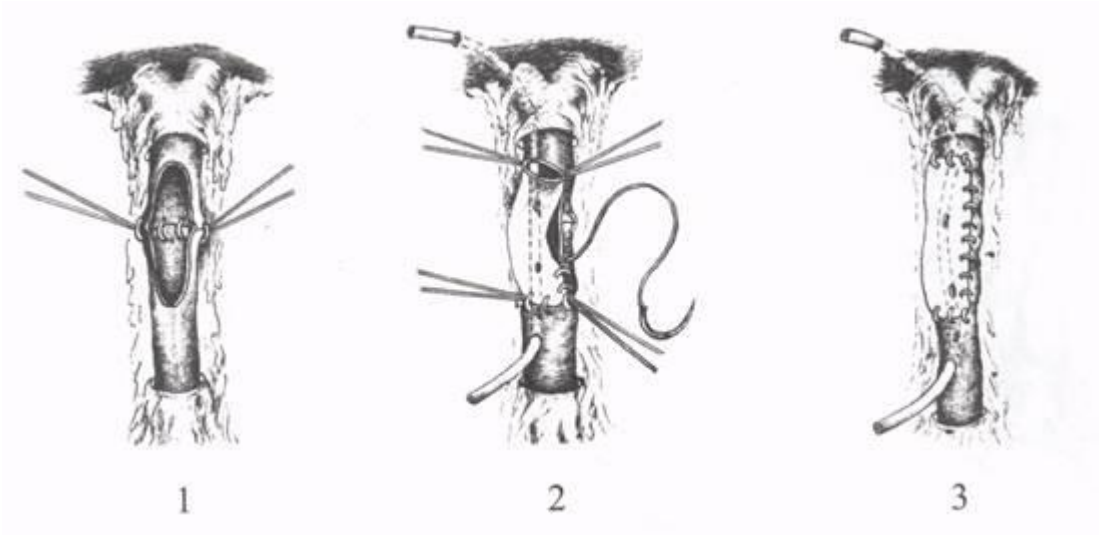
Jigar yo'llarining qo'shilish darajasida striktura bo'lsa, bifurkatsiya maydoni rezektsiya qilinadi , o'ng va chap jigar yo'llarining ichki yarim doiralari tikiladi va o't yo'lining distal uchi bilan anastomoz hosil qilinadi. Choklarning orqa qatori qo'llanilgandan so'ng, anastomoz ustidagi yuqoriga yo'naltirilgan umumiy o't yo'lidagi kichik kesma orqali drenaj trubkasi kiritiladi. Naychaning uchi - bo'yilmasiga kesma bilan ikki yarmiga bo'linadi va ichiga o'tadi chap va o'ng jigar kanallariga kiritiladi. Keyin anastomozning oldingi labiga tugunli choklar qo'yiladi (A.A. Shalimov va boshqalar , 1975).



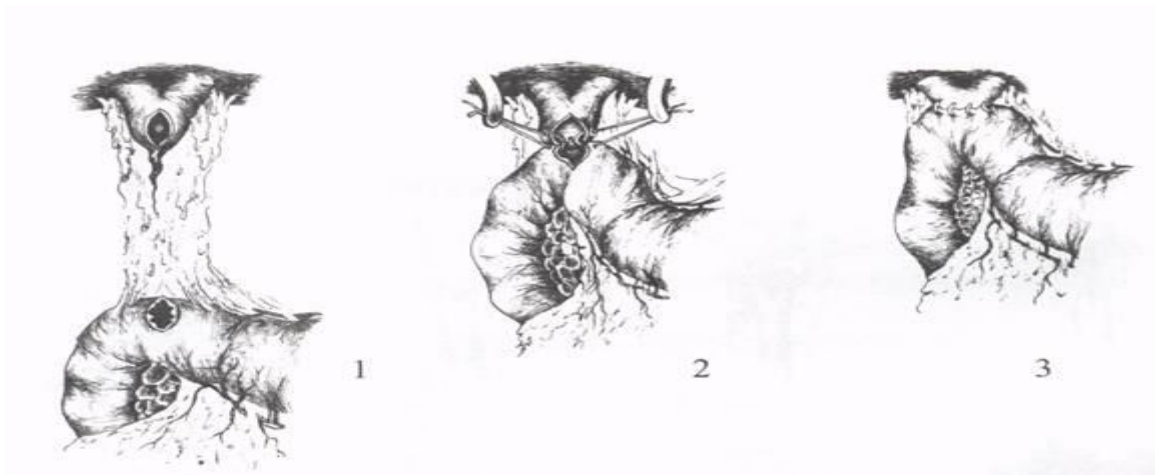
Rasm №.17 STD bilan umumiy jigar kanalining tsikatrissli strikturasining (1, 2, 3 - operatsiya bosqichlari).



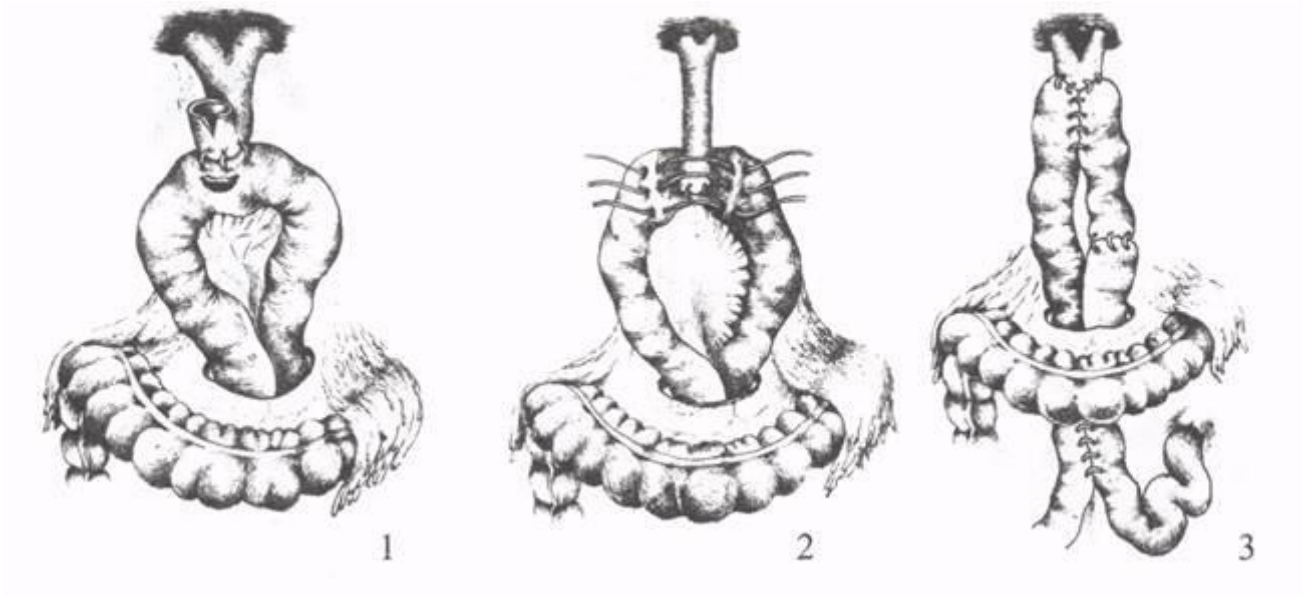
Rasm № 18 Gepatikoxoledoxning Geyneke -Mikulich bo'yicha plastikasi :
1 - strikturani kesish; 2 - kanalning orqa devoridagi chandiqlar; 3 - chandiq to'qimasi ustidagi shilliq qavatni tikish ; 4 - operatsiyaning tugallangan ko'rinishi.



Rasm №19 Gepetikokoledoxning nuqsonini plastikasi avtovenoz transplantatsiya bilan: 1 - anastomozning orqa labidagi choklar; 2, 3, - STD bo'yicha avtovenoz qopqoq bilan kanalning old devorini plastik jarrohlik .

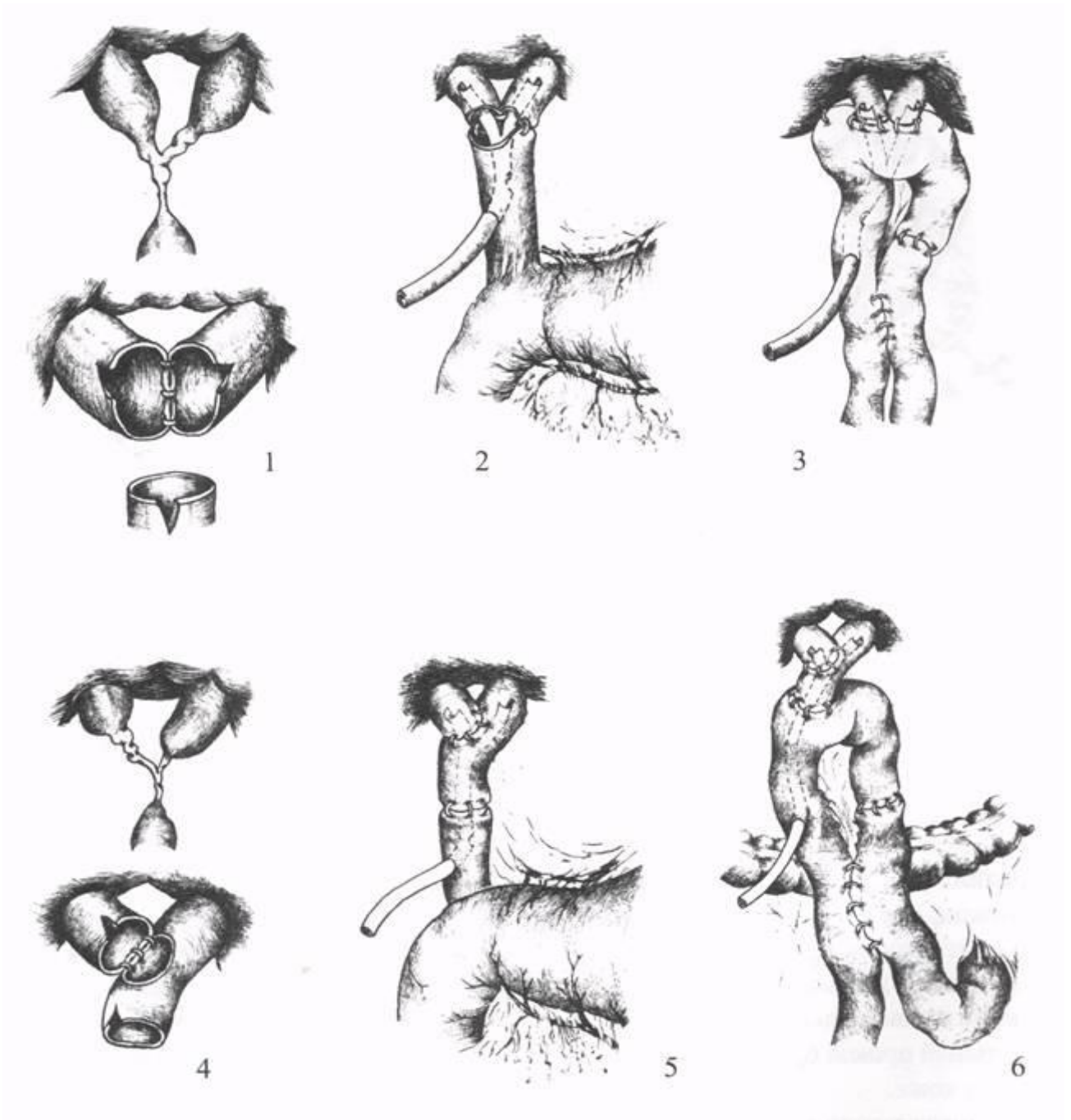


Rasm №20 Gepatikuodenoanastomoz : 1 - gepatikoxoledox strikturasi ; 2 - V.V.Vinogradov bo'yicha choklar ; 3 - operatsiyaning tugallangan bosqichi.



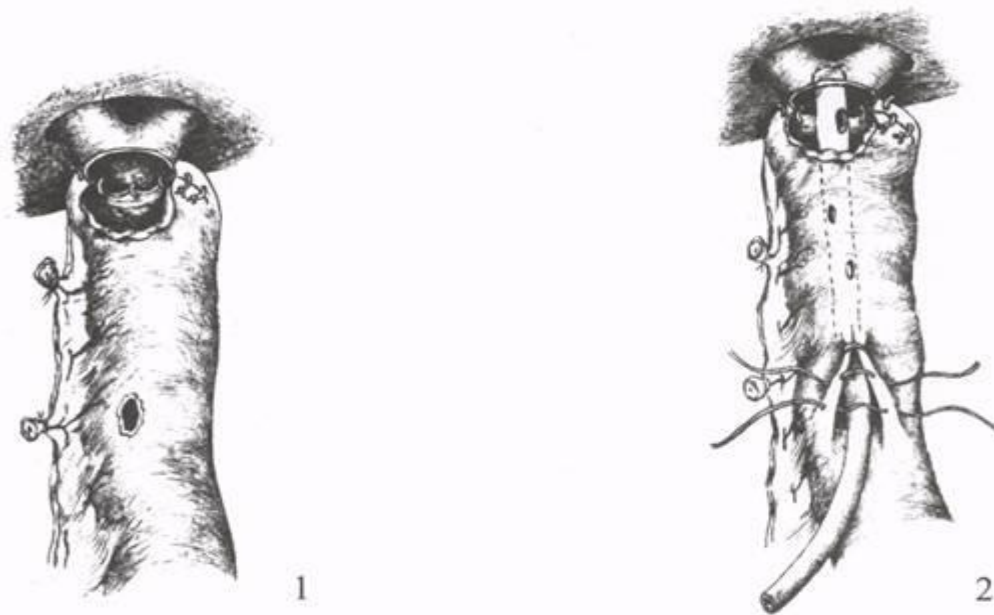
Rasm № 21 A.A.Shalimov bo'yicha gepatikoyeyunostomiya (1, 2, 3 - operatsiya bosqichlari).

Ba'zida, bifurkatsiya sohasidagi striktura rezektsiyasidan so'ng, bir jigar kanali ikkinchisidan uzunroq bolib qoladi. Bunday hollarda mualliflar kalta kanalni uzun kanalning yon tomoniga atravmatik igna bilan bir qatorli choklar bilan tikib qo'yishni tavsiya qiladilar va uzun uchini xoledox bilan uchi uchi yoki yeyunum bilan anastomoz hosil qilishadi.

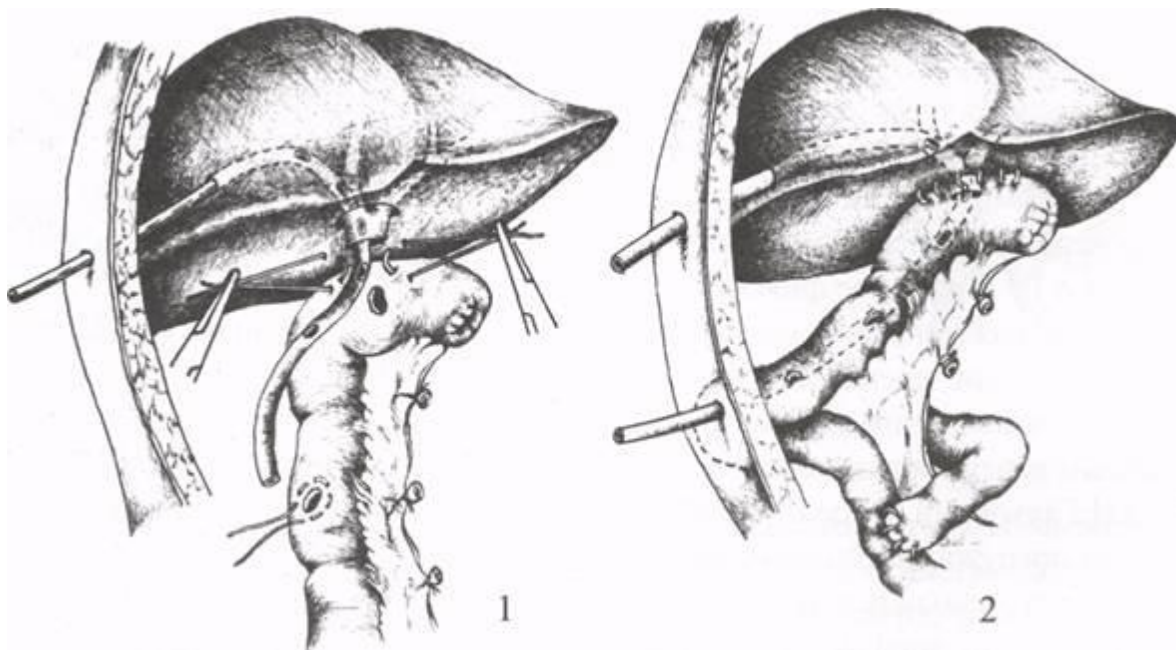


Rasm № 22 . Gepatikoxoledoxo - va A.A bo'yicha gepatikoyeyunostomiya . Shalimov: 1 - bifurkatsiyani rezektsiya qilish va jigar yo'llarini tikish; 2 - gepatikoledokal nastomoz ; 3 - Felker drenaji bilan gepatikojejunostomiya , interintestinal fistula va qo'shimcha ichakning tiqinlari; 4 - gepatikogepatikoanastomoz ; 5 - gepatikoholedokanoanastomoz.

Bir qator mualliflar gepatikoyeyunostomiyani yuqori strikturalarda, o't yoli va ichakning shilliq pardalarini moslashtirishning iloji bo'lmaganda, almashtiriladigan - transgepatik drenajda amalga oshiradilar. Umumiy jigar yolining strikturasi kesilgandan so'ng, transgepatik drenaj o'tkaziladi. Roux bo'yica ajratilgan ingichka ichak, birinchi navbatda kanalning orqa devoriga va uning atrofidagi chandiqlik to'qimalariga tugunli choklar bilan tikiladi. Transgepatik drenajning pastki uchi ikkala ichak teshigidan o'tkaziladi va tugunli choklar bilan mahkamlanadi. Ichak qorin old devorining qorin pardasiga tikiladi. Kanalning old devoriga, ichak kesmasining chetiga va jigar kapsulasiga alohida tugunli choklar tikiladi. Transgepatik drenajning ikkala uchi qorin devorining alohida teshiklari orqali tashqariga chiqariladi va teriga tugunli choklar bilan mahkamlanadi. Operatsiya oxirida yonma-yon ichak anastomози amalga oshiriladi.

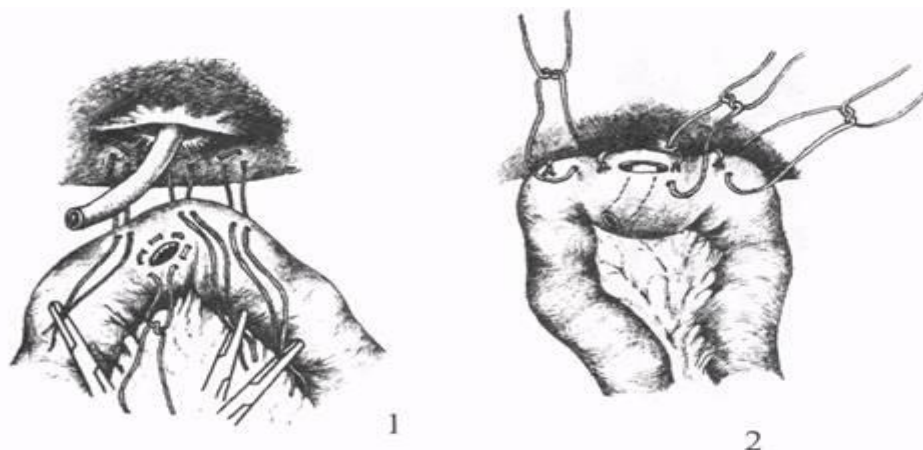


**Rasm№23 Gepatikojejunostomiya . tomonidan J. _ Herr - D " Allaines
(1,2- operatsiya bosqichlari).**

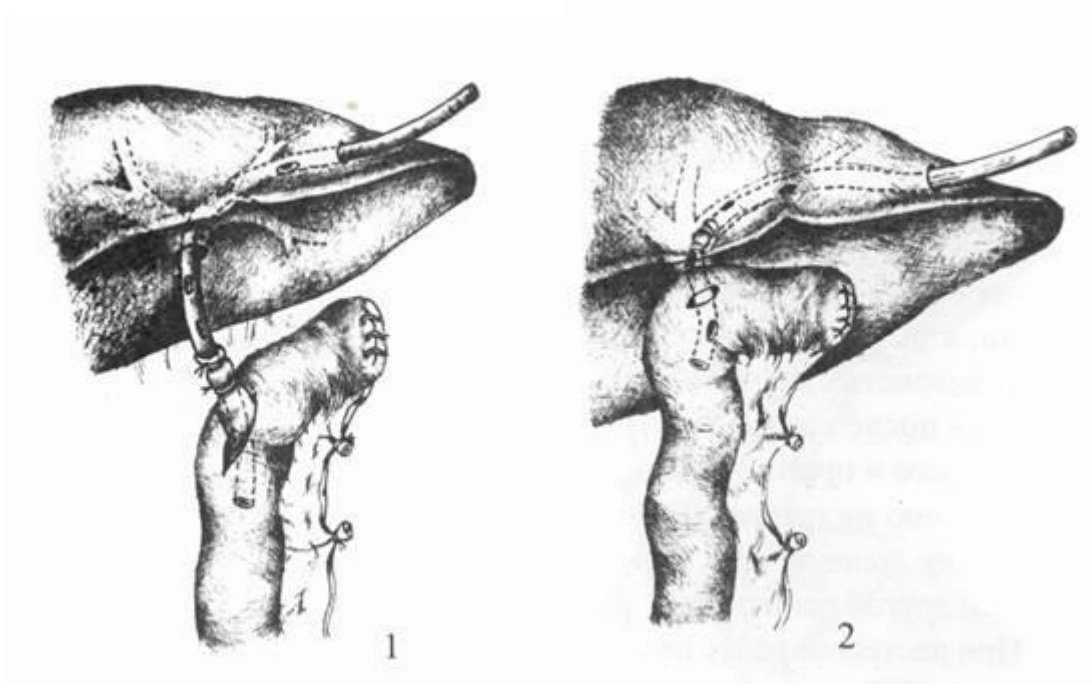


**Rasm № 24 Hepatikojejunostomiya . E.I.Galperin va boshqalarga ko'ra .
(1,2 - operatsiya bosqichlari).**

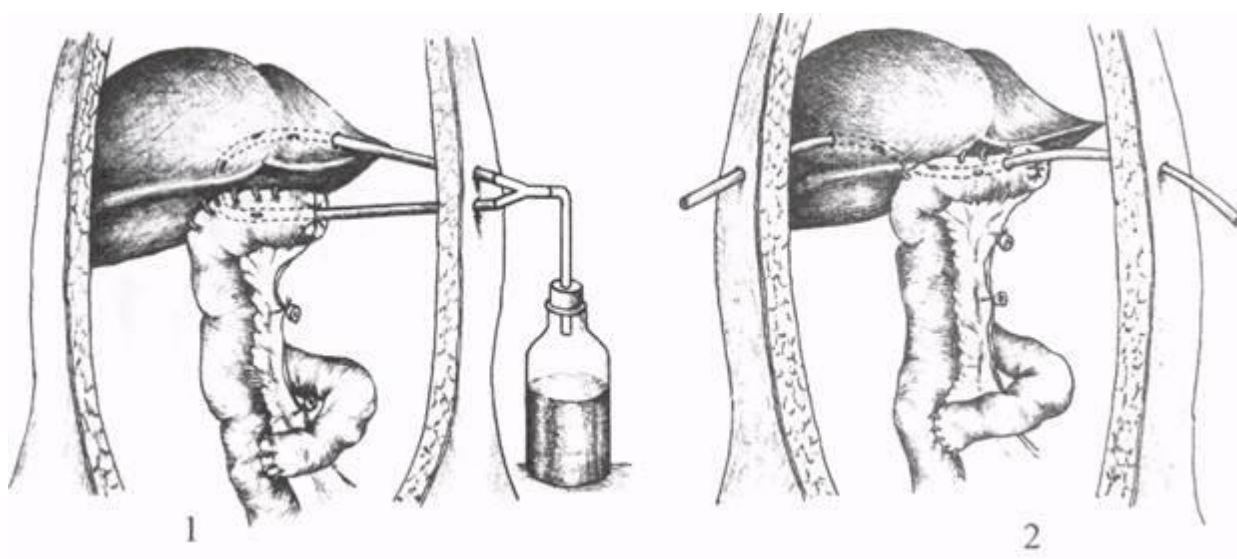
Drenaj atrofidagi tugunli choklar bog'lab qo'ygandan so'ng, ichak qo'shimcha ravishda jigar kapsulasiga tikiladi va yonma-yon ichaklararo anastomoz hosil qilindi.



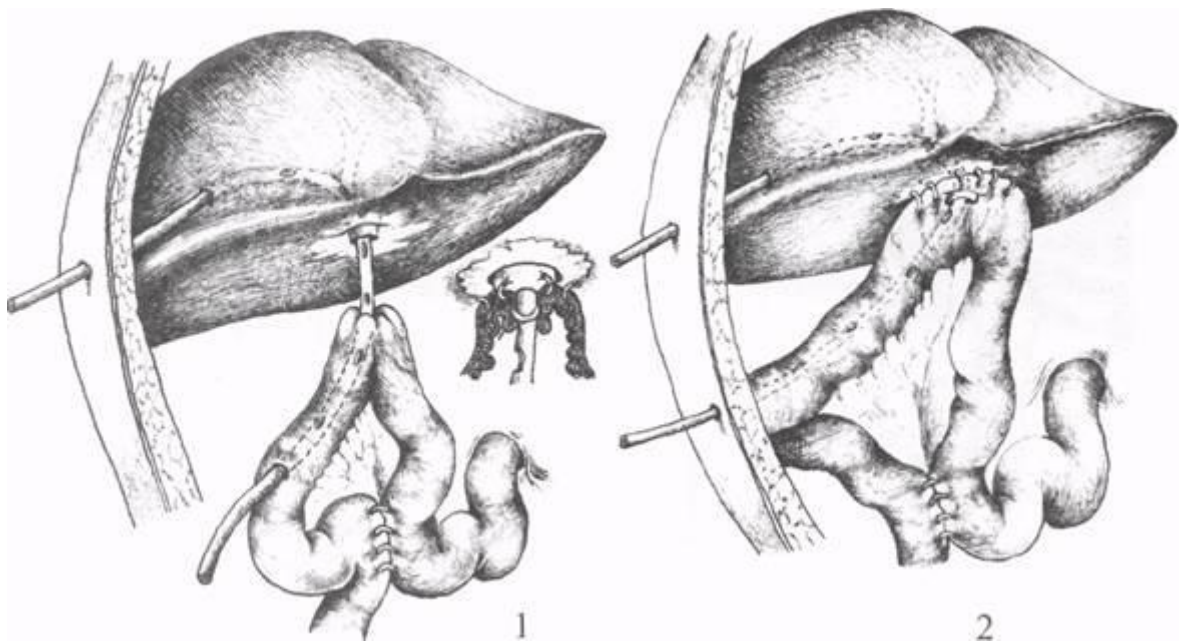
**Rasm № 25 E.V.Smirnov va S.D. Popov bo'yicha
Hepatikojejunostomiya . (peratsiyaning 1 va 2 bosqichlari).**



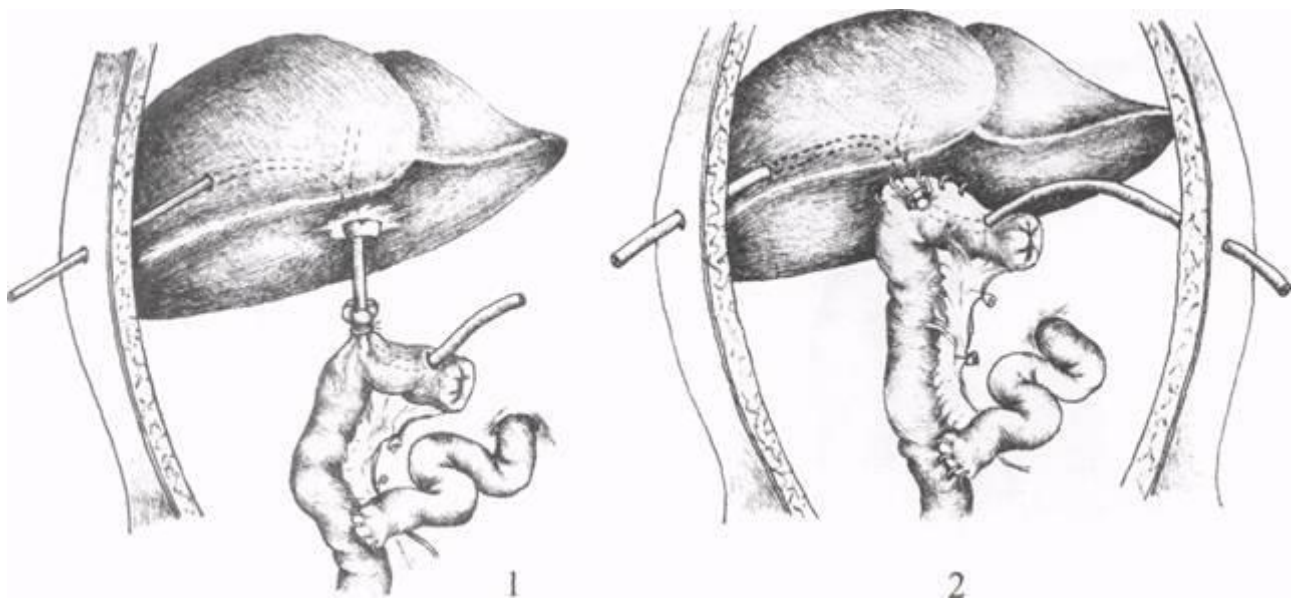
Rasm № 26 R Smit bo'yicha. Gepatikojejunostomiya . (1, 2 - operatsiya bosqichlari).



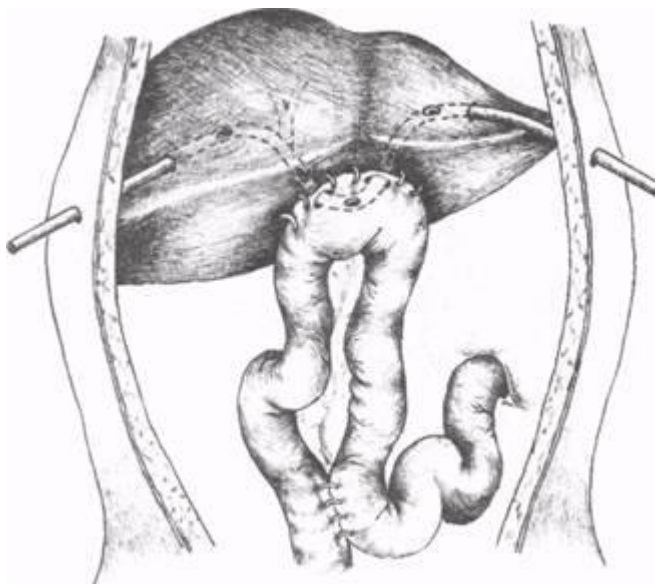
Rasm № 27. Saypol va Kurian bo'yicha gepatikoyeyunostomiya (1,2 - operatsiya bosqichlari).



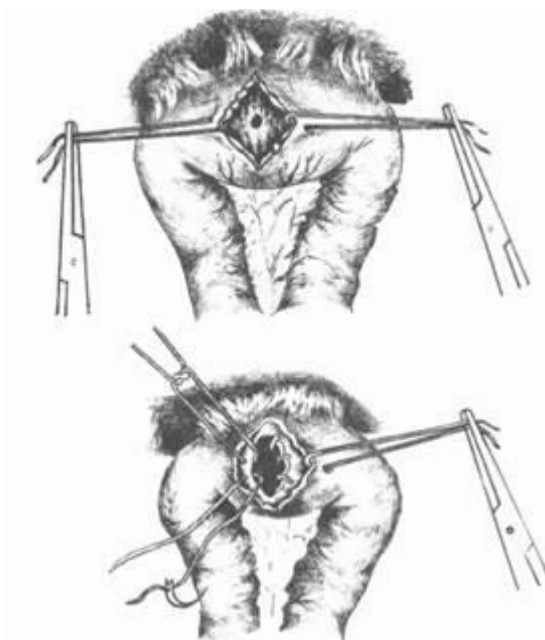
Rasm № 28 E.I.Galperin bo'yicha gepatikoyeyunostomiya . (1,2 - operatsiya bosqichlari).



Rasm № 29 Invaginatsiya E.I.Galperin bo'yicha hapikoyeyunostomiya . (1,2 - operatsiya bosqichlari).



Rasm № 30 E.I.Galperin bo'yicha Bigepaticoyeyunostomiya .



Rasm № 31 E.I.Galperin va N.F.Kuzovlev bo'yicha obliteratsiyalangan gepatikoyeyunoanastomozning ichak tranzit plastikasi . (1,2 - operatsiya bosqichlari).

MAVZU BO‘YICHA NAZORAT SAVOLLARI:

1. Jigar anatomiyasi va fiziologiyasi, gepatoduodenal soha organlari, ularning o‘zaro aloqasi.
2. Biliar tizimning anatomiyasi va fiziologiyasi.
3. O‘t yo‘llarining anatomik tuzilishining variantlari.
4. Postxoletsistektomiya sindromining tasnifi.
5. O‘t pufagidagi toshlarning paydo bo‘lish mexanizmlari.
6. O‘t tosh kasalligining epidemiologiyasi.
7. Qaytalanuvchi va qoldiq xoledoxolitiaz o‘rtasidagi farqlar.
8. Postxoletsistektomiya sindromining diagnostikasi, tekshirish algoritmi.
9. Rentgen diagnostika usullari, ko‘rsatmalar va kontrendikatsiyalar.
10. Ultratovush.
11. O‘t pufagidagi tosh kasalligini tashxislashning boshqa usullari (kt, mrt)? postxoletsistektomiya sindromi bilan og‘rigan bemorlarni tekshirishda ularning roli.
12. Differensial diagnostika.
13. Postxoletsistektomiya sindromi bilan og‘rigan bemorlarni patologiyaning sababiga qarab davolash taktikasi.
14. Konservativ terapiya tamoyillari.
15. O‘t yo‘llari bo‘yicha operatsiyalarning rekonstruktiv usullarining turlari.
16. O‘t yo‘llarini drenajlash turlari.
17. Postxoletsistektomiya sindromini tashxislash va davolashning endoskopik usullari.
18. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni boshqarish.
19. O‘t yo‘llarining drenaji bo‘lgan bemorlarni davolash, drenajlash turlari.
20. Operatsiya qilingan bemorlarda prognoz.
21. Postxoletsistektomiya sindromi bilan davolangan bemorlar uchun tibbiy va mehnat tavsiyalari.

VAZIYATLI MASALALAR

№1 Vaziyatli masala

50 yoshli erkak 2 hafta oldin xoledoxolitiaz va yiringli xolangit bilan operatsiya qilingan. Operatsiyadan keyingi davrda, 5-kundan boshlab, o'ng qovurg'a osti soxasida o'yuvchi xarakteridagi doimiy og'riqlar, yuqori harorat va kuchli terning paydo bo'lishi qayd etiladi. Jigarning 6-segmentidagi UTT da jigar ichi o't yo'lida loyqa suyuqlik aniqlangan. Sizning tashxisingiz qanday? Tibbiy taktika?

№2 Vaziyatli masala

Bemor V., 52 yosh, poliklinikaga o'ng qovurg'a osti soxasidagi og'riqqa, og'izda achchiq ta'm kelishiga shikoyatlari bilan yotqizilgan. 4 yil oldin destruktiv xoletsistit uchun xoletsistektomiya qilingan. Operatsiyadan keyingi davr muammosiz o'tdi, ammo 7 oydan keyin o'ng h qovurg'a osti soxasidagi davriy og'riqlar paydo bo'ldi, keyinchalik ular doimiy bo'lib qoldi.

Ob'ektiv: ahvoli qoniqarli, terisi va ko'rinadigan shilliq pardalari normal rangda. qorin yumshoq va o'ng hipokondriumda og'riqli. jigar va taloq kattalashmagan. qon taxlili va biokimyoviy ko'rsatkichlar o'zgarmaydi.

Tashxis qo'yish uchun qanday tadqiqotlar kerak? sizning kutilgan tashxisingiz qanday?

№3 Vaziyatli masala

Bemor N., 46 yosh, poliklinikaga tez-tez o'ng o'ng qovurg'a osti soxasidagi orqqa, qisqa muddatli sariqlikka, vaqti-vaqti bilan isitma va titroq bilan shikoyat qilib kelgan. 8 oy oldin o'tkir kalkulyoz xoletsistit bo'yicha operatsiya qilingan. xoletsistektomiya o'tkazildi. Atrofdagi to'qimalarda yallig'lanish jarayoni mavjudligi sababli operatsiya katta texnik qiyinchiliklar bilan amalga oshirildi. intraoperativ xolangiografiya o'tkazilmagan.

Ob'ektiv: bemorning ahvoli qoniqarli, terisi va sklerasi ikterik. Qorin yumshoq, o'ng qovurg'a osti soxasi og'riqli. Jigar kattalashmagan.

Qonda bilirubin 42 mkl-l. shf-22 birliklari siydik diastazi 128 birlik. Og'riq va sariqlikning mumkin bo'lgan sabablari qanday? tashxis qo'yish uchun qanday maxsus tadqiqot usullari kerak?

№4 Vaziyatli masala

Bemor P., 53 yosh, poliklinikaga o'ng qovurg'a osti soxasi og'riqlarga, sariqlik va isitma bilan kechadigan shikoyatlar bilan yotqizilgan. ushbu shikoyatlar surunkali kalkulyoz xoletsistit uchun xoletsistektomiyadan 10 kun o'tgach paydo bo'ldi. operatsiya chog'ida xoledoxning kengligi 0,9 sm, xoledox palpatsiyasida toshlar aniqlanmadi. xolangiografiya o'tkazilmagan.

Ob'ektiv: ahvoli qoniqarli. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar biroz sarg'ish rangga ega. qorin palpatsiyada yumshoq, o'ng gipoxondrida o'rtacha og'riqli. jigar va taloq paypaslanmaydi. Qon bilirubin - 60 mikron-l, beshinchisi tufayli ko'proq. Og'riq va haroratning sababini tushuntiring va sariqlik sababini aniqlash uchun qanday tadqiqot o'tkazasiz?

№5 vaziyatli masala

Bemor I., 56 yosh, obstruktiv sariqlik tashxisi bilan klinikaga yotqizilgan.

10 yil oldin kalkulyoz xoletsistit bo'yicha operatsiya qilingan, 6 oy oldin qisqa muddatli sariqlik bilan kechadigan o'ng gipoxondriyadagi davriy paroksizmal og'riqni seza boshlagan. 5 kun oldin, yana bir og'riq xurujidan so'ng, sariqlik paydo bo'ldi, uning intensivligi asta-sekin o'sib boradi.

Ob'ektiv: ahvoli o'rtacha og'irlikda, terisi va sklerasi ikterik, qorin yumshoq, o'ng gipoxondriyada o'rtacha og'riqli. Jigar qovurg'alar ostidan 4 sm chiqib turadi, o'rtacha og'riqli, najas rangi o'zgargan, siydik to'q rangli. qonda bilirubin 126 mol-l, to'g'ridan-to'g'ri tufayli ko'proq.

Sariqlikning sababi nima? uni tashxislash usullari? sizning taktikangiz qanday?

TESTLAR

1. Surunkali toshsiz xoletsistitda tashrix xajmini aniqlang:

- A. Xoletsistektomiya xoledoxotomiya
- B. Xoletsistektomiya*
- V. Xoledoxotomiya
- G. Xoledoxoduonostomiya xoletsistektomiya
- D. Xoletsistoduodenostomiya

2. O'tkir xoletsistitga xos bo'ladigan simptom:

- A. Kerte
- B. Rovzing
- V. Myussi*
- G. Valya
- D. Spijarskiy

3. Quyidagi kesim bilan xoletsistektomiya bajarilmaydi:

- A. Volkovich-dyakonov kesimi*
- B. Koxer kesimi
- V. Fedorov kesimi
- G. Rio-branko kesimi
- D. Cherni kesimi

4. Xoletsistoxolangiografiyani bajarishga qarshilik emas:

- A. Keksalik*
- B. Yod vositalariga allergiya
- V. O'tkir jigar etishmovchiligi
- G. Kuchlik sariqlik
- D. Gipoproteinemiya

5. Perforativ xoletsistitga xos emas:

A. Jigar to'ntoqligi aniqlanmasligi*

B. Qorindagi kuchlik og'riqlar

V. SHetkin-blyumberg belgisi musbatligi

G. Taxikardiya

D. Qorin oldi devori mushaklari taranglashishi

6. Mexanik sariqlikga olib kelmaydi:

A. Xoletsistolitiaz*

B. Xoledoxolitiaz

V. Faterov so'rg'ichi saratoni

G. Pancreas bosh qismi saratoni

D. Xoledox stikturasi

7. Katta duodenal so'rg'ichga tosh tiqilishida bo'lishi mumkin (ortiqchasini ko'rsating):

A. Portal gipertenziya*

B. Mexanik sariqlik

V. O'tkir pankreatit

G. Yiringli xolangit

D. Fermentativ xoletsistit

7. Yiringli xolangitda sharko uchligiga kiradi (ortiqchasini aniqlang):

A. Axolik axlat*

B. Istima bilan qaltirash

V. O'ng qovurg'a ostidagi og'riqlar

D. Sariqlik

8. O't pufagi va o't yo'llari rentgen-diagnostik tekshirishining 5 ta metodini sanab o'ting:

A. Peroral xoletsistoxolangiografiya*

B. Vena ichi xoletsistoxolangiografiya*

V. Intraoperatsion xolangiografiya*

G. Teri-jigar orqali xoletsistoxolangiografiya*

D. Retrograd endoskopik xolangiografiya*

E. Ichki arterial xoletsistoxolangiografiya

Yo. Muskul orasiga xoletsistoxolangiografiya

J. Laparoskopik xoletsistoxolangiografiya

Z. Xoletsistoxolangiografiya

I. Ichak yo'llari r-skopiyasi

9. O't pufagi yuli tosh bilan bekilib qolganda yuzaga keladigan 3 ta patologik protsessni ayting:

A. O'tkir xoletsistit*

B. O't pufagi istikosi*

V. O't pufagi devorini etok yarasi (mirrizi sindromi)*

G. O't pufagi bujmayishi

D. O'tkir xolangit

E. Mexanik sariklik

10. O'tkir xoletsistitda shoshilinch operatsiyaga 2 ta absolyut ko'rsatmani ayting

J. O't pufagi perforatsiyasi*

Z. Peritonit belgisi*

I. Mexanik sariklik

K. O'tkir xolangit

11. Toshisiz xoletsistit kelib chikishida ishtirok etadigan 3 ta faktorni ko'rsating:

A. O't pufagi infeksiyasi*

B. O't pufagidan o't xaydalishining buzilishi*

V. O't pufagi arteriyasi aterosklerotik okklyuziyasi*

G. Parxezga rioya qilmaslik

D. 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi

E. Surunkali spastik kolit

12. Postxoletsistektomik sindromining 4 ta asosiy sababini sanab o'ting:

A. Jigardan tashqari o't yo'llari patologiyasi*

B. Oshqozon-ichak trakti a'zolari kasalliklari*

V. Gepatopankreatoduodenal zona a'zolari kasalliklari*

G. Jigardan tashqari o't yo'llari intraoperatsion jaroxati*

D. Jigarda o't yo'llari patologiyasi

E. Genital organ kasalliklari

Yo. Yurak-tomir sistema kasalliklari

AMALIY QISM

Amaliy ko'nikmalar bo'yicha topshiriqlarni bajarish (qiyosiy tashxis o'tkazish va so'ngi tashxisni asoslash, parxez, utt va rejali davo buyurish).

1. qiyosiy tashxis o'tqazish va so'ngi tashxisni asoslash.

maqsad: **qiyosiy tashxis o'tkazish va so'ngi tashxisni asoslashni o'rgatish.**

№	chora tadbirlar	bajarmadi	to'liq bajardi
1.	klirik simptomlari ushbu kasallik bilan o'xshash bulgan kasalliklarni keltirib o'tish	0	25
2.	asosiy klinik sindromlarning differensial tashxisini o'tka-zish	0	35
3.	shikoyatlar, anamnez, ob'ektiv va laborator tekshiruvlarga asosla-nib va differensial tashxis utkazib sungi tashxisni qo'yish	0	40
	Jami	0	100

2. to'g'ri parxez va rejali davoni belgilash.

maqsad: kasallikni davolash va remissiyaga erishish.

№	chora tadbirlar	bajarmadi	to'liq bajardi
1.	pevzner bo'yicha davo parxezlarining xarakteristikasini o'rganish	0	10
2.	tashxisga mos ravishda parxez stolini to'g'ri tanlash	0	10
3.	parxezning sifatini baholash	0	20
4.	tashxisga mos ravishda va kasallikni og'irlik darajasini hisobga olib asosiy terapiyani tayinlash	0	20
5.	tashxisga mos ravishda va kasallikni og'irlik darajasini hisobga olib simptomatik terapiyani tayinlash	0	20
6.	profilaktik choralar	0	20
	Jami	0	100

3. ME'DANI ZONDLASH

maqsad: me'da maxsulotlaridan asfiksiya yuzaga kelishini oldini olish, me'dani bushatish.

№	chora tadbirlar	bajarmadi	to'liq bajardi
1.	bemorni tinchlantirish, manipulyasiyani tushintirish.	0	10
2.	rezina perchatkani kiyish.	0	10
3.	ogiz bushligi va me'dagacha bulgan masofani ulchash.	0	10
4.	burun teshigi orkali vazilinlangan me'da zondini kirgazish.	0	10
5.	shprits-jane erdamida me'da ichidagi maxsulotni surib olish.	0	10
6.	zondni bint bilan bemor boshiga fiksatsiya kilish.	0	10
7.	zondni fiziologichesk eritma bilan yuvish, zond me'da devoriga epishib kolmasligi uchun uni kimirlatib turish.	0	10
8.	kayta zond orkali me'da maxsulotlarini surib olish	0	10
9.	ishlatilgan jixozlarni dezeritmaga solinigan idishga solish.	0	10
10	perchatkilarni echish va ularni dezeritmaga solish.	0	10
.			
	Jami	0	100

ADABIYOTLAR

1. Николаев, А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А.В.Николаев. - 3-е изд., испр. и доп. - Электрон. текстовые данные. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - ISBN 978-5-9704-3848-0. - Режим доступа: Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438480.html> . - Загл. с экрана.
2. Каган И.Н., Чемезов С.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. - Москва, 2011. - 672 с.
3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В.; под общей ред. Ю.М.Лопухина. - 3-е изд., испр. - Электрон. текстовые данные. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-2790-3. - Режим доступа: Электронная библиотека медицинского вуза «Консультант студента»: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427903.html> . - Загл. с экрана.
4. В.К.Татьянченко, А.В.Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: под ред. И.И.Кагана, И.Д.Кирпатовского - М: ГЭОТАР - Медиа, 2012, Т.1 - 512 с.: ил.
6. В.В.Афанасьев. Хирургическая стоматология. - Москва,-2011.- 880с.
7. А.А.Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев,-2010.-576 с.
8. Д.В.Баженов, В.М.Калиниченко. Анатомия головы и шеи. Введение в клиническую анатомию. - Москва, - 2013. - 464 с.
9. А.А.Тимофеев. Челюстно-лицевая хирургия. - Киев, - 2010. -576с.

10. Sobotta. Атлас анатомии человека /Под ред. Р.Путца, Р.Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.
11. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.: под ред. И.И.Кагана, И.Д.Кирпатовского - М: ГЭОТАР - Медиа, 2012, Т.1 - 512 с.: ил.
12. Островерхов Г.Е, Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник для студ. мед. вузов. - 5-е изд. испр. - М.: МИА, 2013. - 730 с.
13. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 784 с.
14. В.К.Татьянченко, А.В.Овсянников. Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2000. - 640 с.
15. Sobotta. Атлас анатомии человека / Под ред. Р.Путца, Р.Пабста. - Москва, -2010. - 432 с.
16. Беков Д.Б., Ткаченко Д.А., Вовк Ю.Н. и др. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека. - К.: Здоровье, 1988. - 224 с.
17. Беков Д.Б. Изучение индивидуальной анатомической изменчивости - задача современной морфологической науки. // Архив анатомии - 1990. №2 - с. 91-101.
18. Беков Д.Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость - ее настоящее и будущее. // Укр. мед. альманах - 1998. - №2. - с. 14-16.
19. Белицкая Е.Я. Учебное пособие по медицинской статистике. - М, 1972, - с. 60-100.
20. Белов Н.А. Физиология типов. - Орел. Орл. Кн. изд.- 1924 -246 с.
21. Белозор И.С., Вишневский А.С., Валькер Ф.И. и др. Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией / Под ред. В.Н. Шевкуненко. - М.: Медицина, 1947. - С. 489 - 533.
22. Беляев М.М. Основы эволюционного учения. М, 1934., 143 с.

23. Бунак В.В. Методика антропологических исследований - Л., Биомед-гиз, 1931 - 222 с.
24. Бунак В.В. Опыт типологии пропорций тела и стандартизации главных антропометрических размеров // Учен. записки МГУ - 1937 - вып. 10 с. 7-10.
25. Валькер Ф.И. Морфологические особенности развивающегося организма: Л. Медгиз, 1959. - с. 20-40.
26. Никитюк А.А., Чтецов В.П. Морфология человека /Под ред. В.В. Куприянова - М., Изд. Моск. ун-та, 1983, - 314 с.
27. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
28. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
29. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
30. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

