

O'QUV ADABIYOTI

TIBBIYOT OLIYGOHI TALABALARI UCHUN



**BILIAR PANKREATIT KLINIKA,
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH**



ANDIJON -2022

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM VAZIRLIGI

SUYUNOV DILMUROD MUMINOVICH
NURITDINOV ARIFJON TALIBOVICH
PAKIRDINOV ALISHER SAYFUTDINOVICH
ABLAKIMOV NOZIMJON KOZIMJONOVICH

Bilim sohasi-Ijtimoiy ta’minot va sog‘liqni saqlash-500000

Ta’lim sohasi-510000

« JARROXLIK KASALLIKLARI»

fanidan

**« BILIAR PANKREATIT KLINIKA,
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH»**

o‘quv qo‘llanma

davolash ishi – 5510100
ta’lim yo‘nalishilari uchun

ANDIJON -2022

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" noyabrdagi
"683-sh"–sonli buyrug'iga asosan

D.M.Suyunov, T.A.Nuritdinov, A.S.Pakirdinov,

N.K.Ablakimov

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510100 - Davolash ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

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

*Biliar pankreatit klinika, diagnostika va davolash 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:



АННОТАЦИЯ

В пособии представлены современные данные касающиеся патогенеза, классификации, диагностики, оперативной тактики и ведения послеоперационного периода при билиарном панкреатите. В доступной методической форме преподнесены актуальность, цели, учебно-целевые задания для самоподготовки, тесты, ситуационные задачи, что дает возможность контроля усвояемости данного материала студентом. Отражены также современные методы диагностики и лечения, схема лечебно – диагностического алгоритма больных с билиарным панкреатите.

Annotatsiya

Qo'llanmada biliar pankreatitning patogenezi, tasnifi, diagnostikasi, jarrohlik taktikasi va operatsiyadan keyingi davrni boshqarish bo'yicha joriy ma'lumotlar keltirilgan. O'z-o'zini tayyorlash uchun dolzarblik, maqsadlar, o'quv va maqsadli vazifalar, testlar, vaziyatli topshiriqlar mavjud uslubiy shaklda taqdim etilgan, bu esa ushbu materialni talaba tomonidan o'zlashtirilishini nazorat qilish imkonini beradi. Shuningdek, diagnostika va davolashning zamonaviy usullari, o't yo'llari pankreatiti bilan og'riqan bemorlarni davolash sxemasi va diagnostika algoritmi aks ettirilgan.

Annotation

The manual presents current data regarding the pathogenesis, classification, diagnosis, surgical tactics and management of the postoperative period in biliary pancreatitis. Relevance, goals, educational and target tasks for self-training, tests, situational tasks are presented in an accessible methodical form, which makes it possible to control the assimilation of this material by the student. Also reflected are modern methods of diagnosis and treatment, the scheme of the treatment and diagnostic algorithm for patients with biliary pancreatitis.

PANKREATOBILIAR SISTEMA ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI.

Me'da osti bezi (g. pancreas) xazm yo'lining eng muxim bezlaridan biri bo'lib, juda katta fizilogik vazifani bajaradi. Ichki va tashqi sekret ishlab chiqarish funksiyasini bir vaqtning o'zida bajaradigan bu aralash bez faqat xazm jarayoniga emas, balki metabolizmning boshqa ko'pgina tomonlariga xam jiddiy ta'sir ko'rsatadi.

Uning anatomik joylashuvi, jigar, me'da, taloq, arteriya va qopqa vena sistemasining yirik arteriyalari quyosh chigalining postganglionar tarmoqlari bilan chambarchas aloqasi unda operatsiya o'tqazishni birmuncha qiyinlashtiradi va xirurglardan bu xayotiy muxim organga kirish yo'llarini puxta o'rganish va operatsiyaning ta'sirchan va extiyotlaydigan usullarini izlab topishni talab etadi.

Me'da osti bezi qorin pardasi orqasidagi bo'shlikda I-II bel umurtqalari satxida joylashib, umurtqa pog'onasini ko'ndalang yo'nalishda kesib o'tadi, shu tufayli boshchasi va tanasining boshlanishi o'rta chiziqdan o'ng tomonda, tana va dumining ko'proq qismi esa chap tomonda bo'ladi. Bezning uzunligi 15-23 sm, qalinligi-2-3 sm, kengligi 3-9 sm bo'lib og'irligi taxminan 70-90 g. Me'da osti bezi bosh tana va dum qismlaridan iborat. Me'da osti bezining boshchasi o'n ikki barmoq ichak taqasiga kiradi, dumi esa taloq darvozasiga etib boradi. Meda osti bezi uning oldingi-yuqori satxi bo'ylab o'tadigan, katta charvi xaltasining orqa devoridagi (bursa omentalis) tomirlar, nervlar, yo'llar va parietal qorin pardasi varag'i bilan maxkamlangan. Charvi xaltasi cheraralari: yuqori devori jigarni dumsimon bo'lagi. Pastki devori ko'ndalang chamber ichak tutqichi va katta charvi, oldingi devorini oshqozonning orqa devori va kichik charvi xosil qilsa orqa devorini perital qorin parda tashkil etadi.

Arterial va venoz qon-tomir sistemasi. Me'da osti bezi truncus coeliacus tarmoqlaridan, boshchasi - a.pancreaticoduodenalis dan, tana va dumi a. lienalis dan oziqlanadi, bu arteriya me'da osti bezining yuqori chekkasi bo'ylab o'tib, aksariyat uning parenximasiga kiradi va o'z yo'lida qator tarmoqlar (a. a. pancreaticus brevis) beradi. Shu nomdagi venalar qopqa vena sistemasiga qon olib boradi.

Innervatsiyasi. Meda osti bezi jami 6 ta nevr chigalidan innervatsiya oladi

1. quyosh chigalining xam simpatik, xam parasimpatik tolalaridan innervatsiya qilinadi. 2. Taloq chigali, 3. Jigar chigali, 4. Yuqori ichak tutqich chigali, 5-6. Ikkala buyrak chigalidan innervatsiya qilinadi.

Me'da osti bezini immobilizatsiyasini ta'minlovchi quyidagi boylam aparatlar mavjud;

1) Me'da- ma'da osti bezi boylami. Bu boylam me'daning kardial soxasi va kichik ergik boshlanish soxalaridan boshlanib, u ancha mustaxkam xisoblanadi me'da – me'da osti bezi boylami chap me'da arteriyasini va umiy jigar ateriyasini boshlang'ich qismini uzida tutadi. Shu bilan birga me'da osti bezi tomon davom etib uni mustaxkamlashga xizmat qiladi.

2) Taloq va me'da osti bezi boylami taloq va me'da osti bezining dum qismini bog'lab tudadi. Bu oylam o'zida taloq arteriyasi va venasini tutadi. Bu boylam juda nozik bo'lib oson uzuluvchan xisoblanadi.

3) Me'da osti bezi va chambar ichak boylami. Bu boylam me'da osti bezining oldingi orqa yuzasidan kundalang chambar ichakka tortilib bezni xarakatsizligini ta'minlashga xizmat qiladi.

4) Ilmoqsmon o'simtaning xususiy boylami. Bu boylam retropankreatik bo'shliqni o'ng va chap qismga ajratadi. Aynan shu boylam o'zida xayotiy muxim qon tomirlarni: Yuqori ichak tutqis arteriyasi va venasi, va shu qon tomirlar tarmoqlarini.

5) Me'da osti bezi o'n ikki barmoqli ichak bilan intim yopishgan bo'lib o'n ikki barmoqli ichak vertikal qismi bilan me'da osti bezining boshchasi umumiy qon bilan ta'minanadi. Bu organlarni bir biridan ajratish imkonsizdir.

6) Me'da osti bezi va me'daning pilorik qismi boylami. Bu boylam juda nozik bo'lib U orqali me'da osti bezidan pilorik soxaga mayda qon tomirlar o'tadi.

7) Me'da osti bezining kapsulasi bez to'qimasi bilan intim yopishgan bo'lib uni ajratishni imkoni yo'q.

Me'da osti bezining strukturasi. Bu organ bez xujayralaridan tashkil topgan stroma va kichik va yirik yo'llardan iborat. Bezning birlamchi zvenosi alveola yoki atsinusdir. Xar bir atsinuslar bez xujayralaridan tuzilgan. Bu xujayralar pankreatik shira ajratadi va bu shira dastlab atsinuslarda yig'ilib so'ngra birlamchi kanallarga quyiladi. Atsinuslar yig'ilishidan diametriya 5 mm bo'lgan bo'lakchalar xosil bo'ladi. Pankreatik shira bo'laklardagi kanalga va undan so'ng bo'laklararo kanalga va nixoyat asosiy bo'lgan Virsung yo'liga quyiladi. Oddiy ko'z bilan ko'rilganda xam me'da osti bezi ko'plab bo'laklardan iborat ekanligi ko'rish mumkin. Bo'laklar me'da osti bezining biriktiuvchi to'qimadan tuzilgan kapsulasi bir biridan ajratib turadi. Me'da osti bezining Virsung yo'li bezning orqa yuzasiga yaqinroq joylashgan bo'lib u yagona yo'l xisoblanmaydi. Bezning boshcha qismida unga qo'shimcha yo'l ulanadi. (d. accesorius Santorini). Me'da osti bezining asosiy yo'li o'n ikki barmoqli ichakka juda kam xolatlarda aloxida quyiladi. Virsung yo'lini diametri 4-3 mm dan 1.5 mm gacha etishi mumkin. Qo'shimcha yo'l bezning boshchasini yuqorigi va oldingi soxalarini drenejlaydi va u asosiy yo'lga borib quyiladi. Qo'shimcha yo'l 20-30% xolatlarda o'n ikki barmoqli ichakka mustaqil ravishda katta duodenal so'rg'ichdan 2 sm yuqorida kichik duodenal so'rg'ich bo'lib ochiladi. Me'da osti bezi shirasi o'n ikki barmoqli ichakka Oddi sfinkterlar sistemasi orqali o'tib quyiladi. Oddining sfinkterlar sistemasi 3 qismdan iborat. 1) umumiy o't yo'li sfinkteri ampulaqismidan yuqoriroqda joylashadi. 2) Virsung yo'li sfinkteri; 3) Umumiy Vestfal sfinkteri yuqoridagi xar ikkala sfinkter uchun umumiy bo'lgan sfinkter xosil bo'ladi. Shu sfinkter faoliyatini noregulyar ishlashi oshqozon osti bezi va o't yo'llari kasalliklariga sabab bo'ladi. 1) Vestfal sfinkteri spazm bo'lib Oddining sfinktelar jamlanmasining boshqa qismlari ochiq qolishi natijasida o't suyuqligi me'da osti bezi yo'liga o'tishi natijasida o'tkir pankreatit rivojlanadi. Aksincha me'da osti bezi shirasini o't yo'liga oqib kirishi natijasida fermentativ xolangit va xoletsistit rivojlanadi. 2) Vestfal sfinkteri etishmovchiligi esa o'n ikki barmoqli ichak suyuqligini o't yo'llar va me'da osti bezi yo'liga reflyuksi kuzatiladi. 3) Oddining sfinkterlar jamlanmasini o't yo'li yoki me'da osti bezi yshli sfinkterlarini aloxida spazmi me'da osti bezi yoki o't pufagida dimlanish va kuchli og'riqlarga sabab bo'ladi.

Me'da osti bezi ichki va tashqi sekretsiyaga ega aralash bez xisoblanadi. Tashqi sekretsia. Me'da osti bezining fermentlari va profermentlari Virsung yo'li orqali o'n ikki barmoq ichakka qo'yuladi va ovqat xazm qilishda faol ishtirok etadi. Me'da osti bezining sekretor faoliyati ikkiga bulinadi: Ekbolik- fermentlar sekretsiyasi va Hidrokinetik-suv va elektrolitlar sekretsiyasi.

Sutka davomida katta yoshdagi odamlarda 1000 dan 4000 ml gacha pankreatik shira ajraladi. Me'da osti shirasi qaysi turdagi molekulani parchalashiga qarab 4 guruxga bo'linadi.

1) Amilolitik (uglevodlarni parchalovchi) – α -amilaza faol xolatda ajralib polisaxaridlarni (kraxmal, glikogen) parchalaydi. Bu ferment so'lak bezlari ajratadigan fermentning izomeri xisoblanadi.

2) Lipolitik (Yog'larni parchalaydi) – lipaza o't kislotalari ta'sirida emulsiyaga uchragan g'larni parchalasa, fosfolipaza fosfolipidlarni, letsitingacha parchalaydi, karboksilesteraza esa yog' kislota efirlarini gidrolizga uchratadi ;

3) Proteolitik: A) endopeptidazalar (tripsin, ximotripsin, ellastaza, kollagenaza) – Bu fermentlar barchasi pro xolatida ya'ni nofaol xolatda ajraladi. Tripsinogen enterokinaza ta'sirida faollashadi. Ekzopeptidaza (karboksipeptidaza va aminopeptidaza) peptidlar ta'sirida faollashadi;

4) Nukleolitiklar (ribonukleaza va dezoksiribonukleaza) – RNK va DNK parchalaydi;

Me'da osti bezining tashqi sekretor faoliyati me'da sekretor faolyati bilan mutanosib ravishda 3 ta fazada regulyasiya qilinadi.

1) Nerv-reflektor yoki miya fazasi. Inson ovqat nomini eshitishi, yoki uni ko'rishi va ta'mini sezishi natijasida adashgan nerv oxirlaridan ajralgan asetil xolin ajralib tripsin, lipaza, amilaza va gidrokarbanatlar ajraladi

2) Gumoral yoki me'da fazasi. Me'daga tushgan ovqat ta'sirida gastrin sekreti ortadi va u me'da osti bezi sekreti stimulyasiya qiladi.

3) Ichak fazasi – bu fazada o'n ikki barmoqli ichakka me'dadan o'tgan kislotali muxitga ega ovqat ximusi ichakni katta duodenal so'rg'ich soxasini ta'sirlab sekretin va xoletsistokininpankeozimin ajralishiga olib keladi. Sekretin ta'sirida suv elektrolitlar va gidrokarbonatlar ajralsa, xoletsistokininpankeozimin ta'sirida fermentativ faollikka ega shira ajraladi. Me'da osti bezining sekretor faoliyatiga kuchli ta'sir etuvchi omillar ko'p miqdordagi, kuchli ta'sirlovchi, achchiq ovqatlar xisoblanadi. Stimulyasiya davomiyligi 3 soat davom etadi va 90 minutlarda eng maksimal cho'qqiiga chiqadi.

Me'da osti bezining endokrin faoliyati.

Asinuslar va bo'lakchalar oralig'ida hujayralar jamlanmasidan iborat Langergens orolchalari mavjud. Bu turadigxujayralar jamlanmasi asosan me'da osti bezining dum qismida qo'proq joylashadi.

- **Langergens orolchasida bir qancha turdagi xujayralar bo'lib ular endokrin faoliyatini ta'minlaydi.**
- **β -xujayra (65-80%), insulin sintezini amalga oshiradi;** Insulin qondagi glyukozani to'qimalarga o'tishini ta'minlaydi. Insulin etishmovchiligi qandli diabet kasalligiga sabab bo'ladi.
- **α -xujayra (20%), glyukagon sintezini amalga oshiradi;** Glyukagon insulinni antagonisti bo'lib u jigar xujayralaridagi zaxiga glukagonni parchalab qonda glyukoza miqdorini o'shiradi va shu sababdan gipoglikemiya oldini oladi.
- **δ - xujayra (2-8%), somatostatin sintezini amalga oshiradi;**Somatostatin gipotalamusdan xam ajraladi va u asosan insulin, glyukagon, gastrin, xoletsistokinin, vazoaaktiv intestinal peptida kabi gormonlarni sekreti stimulyasiya kamaytiradi.
- **γ - xujayra – gastrin sintezini amalga oshiradi;** Gastrin oshqozonda xlorid kislotasi sintezini stimullaydi. Agarda qonda gastrin miqdori ko'tarilsa Zollinger Ellison kasalligi kelib chiqadi.

- **PP- xujayra (1%), Vazoaktiv intestinal polipeptid sintezini amalga oshiradi;** Vazoaktiv intestinal polipeptid (VIP) — neuropept gormon bo‘lib organizmga quyidagicha ta’sir ko‘rsatadi. Xazm qilish yo‘llarida qon tomirlarini silliq mushaklarni bo‘shashtiradi. O‘t pufagi va uning sfinkterlarini bo‘shashtiradi. Pankreatik shira ajralishini ko‘paytiradi. Me‘da parietal xujayralaridan xlorid kislotasi sekretsiyasini tormozlaydi. Ichak sekretsiyasini kuchaytiradi. Me‘da bosh xujayralaridan pepsinogen ajralishini kuchaytiradi. Me‘da osti bezidan bikarbonatlar sekretsiyasini oshiradi. **Vazoaktiv intestinal polipeptidni** ishlab chikaruvchi xujayralarni adenomasi natijasida Verner-Morris kasalligi kelib chikadi.
- **Chiqaruv yo‘llaridagi epitelial xujayralar lipokain sintezini amalga oshiradi.** Lipokain organizmda yog‘lar amashinuvichini tartibga soladi va jigar yog‘li distrofiyasini oldini oladi. Lipokain ekstrakti tibbiyotda jigar yog‘li distrofiyalari, ateroskleroz va qandli diabet kasalligi asoratlarni oldini olish uchun ishlatiladi.

O‘T YO‘LLARI XAQIDA ANATOMIK-FIZIOLOGIK MA’LUMOTLAR.

O‘ng va chap tomondagi jigar yo‘llari jigarning shu nomidagi bo‘laklaridan chikib, umumiy jigar yo‘lini xosil qiladi. Aynan shu qo‘shilish joyida Mirrizi sfinkteri bo‘lib u o‘t suyuqligini jigar ichiga regurgitatsiyasini oldini oladi. Jigar yo‘lining diametri 0,4 dan 1 sm gacha o‘zgarib turadi va o‘rta xisobda 0,5 sm ni tashkil qiladi. O‘t yo‘lining uzunligi taxminan 2,5-3,5 sm. Umumiy jigar yo‘li o‘t pufagi yo‘li bilan qo‘shilib, umumiy o‘t yo‘lini xosil qiladi. Umumiy o‘t yo‘lida to‘rtta bo‘lim fark qilinadi: o‘n ikki barmoq ichak ustida joylashgan supraduodenal, o‘n ikki barmoq ichak yukori-gorizontal tarmoki orqasidan o‘tadigan retroduodenal, retropankreatik (me‘da osti bezi boshchasi orqasidagi) va o‘n ikki barmoq ichakning vertikal tarmog‘i devoridagi intramural bo‘limlar.

Umumiy o‘t yo‘lining distal bo‘limi o‘n ikki barmoq ichak shillik pardasi ostidagi kavatda joylashgan katta duodenal so‘rg‘ich (Fater so‘rg‘ichi) ni xosil qiladi. Katta duodenal so‘rg‘ich uzunasiga ketgan, doirasimon va qiyshiq tolalardan iborat avtonom mushak sistemaga - Oddi sfinkterlar majmuiga ega, bu sfinkter o‘n ikki barmoq ichaklariga bog‘lik emas. O‘t pufagi jigarning pastki yuzasida unchalik katta bo‘lmagan

chuqurchada joylashgan. O't pufagining sigimi taxminan 50—70 ml ni tashkil qiladi. O't yo'lining shakli va o'lchamlari uning yallig'lanishi va chandiqli jarayonlarida o'zgarishlarga uchrashi mumkin. O't pufagining tubi, tanasi, bo'yni farq qilinib, bo'yni pufak yo'liga o'tadi. O't pufagi bo'ynida qo'ltiqsimon bo'rtma - Gartman cho'ntagi hosil bo'ladi. Pufak yo'li ko'pincha xoledox o'ng yarim doirasiga o'tkir burchak ostida tushadi. O't pufagi devori uchta parda: shiliq, mushak va fibroz pardalaridan iborat. Pufak shiliq pardasi ko'p sonli bo'rmalar hosil qiladi. Pufak bo'yni 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 Lyutkins sfinkterini hosil qiladi.

O't pufagiga o't pufagi bo'yni tomonidan asli jigar arteriyasining bitta yoki ikkita shohi, yoki uning o'ng tarmog'idan keladigan pufak arteriyasi orqali qon bilan ta'minlanadi. SHu joyda amaliy axamiyatga ega bo'lgan pufak yo'li, umumiy o't yo'li va pufak arteriyasidan iborat Kalo uchburchagi xosil bo'ladi. Limfatik tugunlarga limfa oqib ketishi jigar darvozasidan va jigarning o'zidagi limfatik sistemadan sodir bo'ladi. O't pufagi innervatsiyasi qorin chigali tarmoqlari, chap adashgan nerv va o'ng diafragmal nervdan tashkil topgan jigar tarmog'idan amalga oshiriladi. Jigarda ishlanadigan va jigardan tashqaridagi o't yo'llariga tushadigan o't suyuqligi (safro) suv (97%), o't tuzlari (1 -2%), pigmentlar, xolesterin va o't kistalaridan (taxminan 1%) iborat. Jigarning o't ajratish o'rtacha debiti minutiga 40 ml. O't pufagida suv va elektrolitlar surilishi hisobiga o't suyuqligi konsentratsiyasi ro'y beradi. Bunda o'tning asosiy komponentlari konsentratsiyasi ularning jigar o'tidagi dastlabki miqdoridan 5-10 marta oshgan bo'ladi. Ovqat, nordon me'da shirasi, yog'lar va qon intestinal gormonlar - xoletsistokinin, sekretin o't pufagining qisqarishini va ayni vaqtda Oddi sfinkterining bo'shashishini vujudga keltiradi.

Ovqat o'n ikki barmoq ichakdan o'tgandan va o'n ikki barmoq ichakda ishkoriy bo'lib qolgandan keyin qonga gormonlar ajralishi to'xtaydi, Oddi sfinkteri qisqarib, o'tning ichakka tushib turishiga tusqinlik qiladi.

Etiologiya va patogenez. Biliar pankreatitga quyidagi biliar sistemadagi patologik xolatlar sabab bo'ladi.

- safro chukindilari
- xoledoxolitiaz;
- kalkulez xoletsistit;
- Surunkali toshsiz xoletsistit;
- Oddi sfinkteri disfunktsiyasi. Xoletsistektomiyadan keyingi rivojlangan;
- Katta duodenal so'rg'ichning organik patologiyalari va o'n ikki barmoqli ichak adenomasilari, divertikuli va strikturalari
- O't yshllarini tug'ma amnomalialari
- xoledox kistasi

Safro chukindilari. Bir qancha sabablar tufayli kelib chiqadi. Kasallikni asosiy omili o't suyuqligini kimyoviy tarkibini buzilishidir.

Kasallikning rivojlanishida irsiy moyillik ma'lum rol o'ynaydi, chunki safro loyining ehtimoli qarindoshlari xolelitiyaz bilan og'rigan odamlarda taxminan 4 baravar yuqori.

Mutaxassislar bir nechta omillarni aniqlaydilar, ularning mavjudligi safro tizimidagi loy ehtimolligini oshiradi bu safro yo'llarining diskineziyasi, o't yo'llarining obstruktsiyasi.

Safro yo'llari harakatlanishining birlamchi buzilishlarida siydik pufagidan evakuatsiya va uning o'n ikki barmoqli ichakka chiqishi buziladi. Safro staziyasi o't pufagi, Oddi sfinkteri disfunktsiyasiga xosdir. Loyning hosil bo'lishi organik patologiya, jigar kasalligi, to'yib ovqatlanmaslik, gormonal muvozanat va ba'zi dorilarni qo'llash natijasida kelib chiqqan ikkilamchi diskineziyalarda qayd etiladi.

Safro loyi bilier bo'lmagan patologiya kursini murakkablashtirishi mumkin.

Masalan, kasallikning 8 dan 16% gacha bo'lgan holatlari o'roqsimon hujayra kasalligiga chalingan odamlarda aniqlanadi. O'ninchi ko'krak umurtqasi ustidagi orqa miya shikastlanishi bilan loy paydo bo'lishi biliar hipokinesiya bilan bog'liq. Alomatlar

ko'pincha, safro loyi aniq alomatlarsiz paydo bo'lishi mumkin. Klinika o'ziga xos emas va safro yo'llari kanallarida xolesterin kristallarini to'planishiga sabab bo'lgan asosiy patologiya bilan bog'liq. Bunday bemorlar ovqatdan so'ng o'ng hipokondriyadagi og'riqdan shikoyat qiladilar, ba'zida og'riq o'ng elka pichog'iga tarqalishi mumkin. Og'riq sindromining intensivligi safro tizimining shikastlanish darajasiga bog'liq. Og'riq loyning ko'chishi bilan kuchayishi mumkin va safro kolikasi hujumiga o'xshaydi.

SHuningdek, bemorda ko'ngil aynishi va qayt qilish, og'izda achchiqlanish, ovqatdan so'ng qorin bo'shlig'ida bezovtalik kabi dispeptik alomatlar paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha ich qotishining ustunligi bilan najasning tabiatining buzilishi aniqlanishi mumkin. Safro loyidan aziyat chekadigan bemorlarning umumiy ahvoli buzilmaydi.

Safro yo'llari devorlarining uzoq vaqt jarohati bilan kristallar va mikrolitlar xolangit rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Qalin safro safro staziyasi bilan surunkali xoletsistit paydo bo'lishi mumkin. Ikkilamchi infeksiya bo'lsa, o't pufagining yiringli xolangiti yoki ammiemasi rivojlanadi. Bilier loyining eng ko'p uchraydigan asoratlari yirik toshlarning paydo bo'lishi.

Kasallikning uzoq davom etishi o't yo'llarining cicatricial o'zgarishiga, stenozli papillitga olib keladi, natijada bunday bemorlar jarrohlik davolanishga muhtoj. Safro tizimidan tashqarida yallig'lanish tarqalishi bilan duodenit yoki kriptogen pankreatit rivojlanishi mumkin.

Diagnostika

Tashxis ba'zan bilier loyning ovqat hazm qilish tizimining boshqa kasalliklari bilan bog'liqligi bilan murakkablashadi. Ko'pincha, loy paydo bo'lgan alomatlarning polimorfizmini va o'ziga xos bo'lmaganligini aniqlaydigan o't yo'llarining turli patologiyasi jarayonida murakkablashadi. To'g'ri tashxis qo'yish uchun bemorga jigar va o't pufagini ultratovush tekshiruvi, retrograd xolangiopankreatografiya, o'n ikki barmoqli ichak intubatsiyasi, gepatobiliar tizimning dinamik sintigrafiyasi, biokimyoviy qon tekshiruvi va to'liq qon tekshiruvi tayinlanadi.

Davolash. Klinik alomatlari bo'lmagan kasallikning dastlabki belgilariga ega bo'lgan odamlarga dinamik kuzatuv va loy hosil bo'lishiga turtki bo'lgan omillarni yo'q qilish tavsiya etiladi. Buning uchun bemorga asosiy patologiyani

davolash, litogen vositalarni yo‘q qilish va parhezni tuzatish buyuriladi. Doridarmonlardan bemorga ursodeoksikolik kislota, xoleretika va xolinetika, myotrop antispazmodiklar, o‘simlik gepatoprotektorlari hosilalari-ni buyurish mumkin.

Safro tarkibidagi litogenlik birlamchi safro kislotalari tarkibini ko‘payishi bilan kamayadi. Xolesterolni o‘n ikki barmoqli ichak lümenine tezroq chiqarilishiga hissa qo‘shadigan safro chiqarilishini, o‘t pufagining kontraktilesini, safro yo‘llarining harakatlanishini yaxshilaydigan dorilar. Loyni tezroq yo‘q qilish uchun ichakdagi xolesterolni so‘rilishiga xalaqit beradigan enterosorbentslar, lipaz blokerlari va ichak harakatining regulyatorlari qo‘llaniladi.

O‘t-tosh kasalligi. O‘t-tosh kasalligi - 40 yoshdan oshgan odamlarda uchraydigan tarqalgan kasallik. 70 yoshdan oshgan kishilarda kasallanish 30-40 foizni tashkil qiladi. Aksariyat ayollar kasallanadilar.

O‘t-tosh kasalligining morfologik substrati pufak va o‘t chikaruvchi yo‘llardagi toshlar xisoblanadi. O‘t toshlari o‘tning odatiy tarkibiy qismlari - bilirubin, xolesterin, kalsiydan tashkil topgan. O‘t toshlari asosan o‘t pufagida xosil bo‘ladi, toshlar o‘t yo‘llarida kamdan-kam paydo bo‘ladi. O‘t toshlari paydo bo‘lishining asosiy sababi 3 ta: moddalar almashinuvi buzilishi, o‘t pufagi epiteliysidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari va o‘t dimlanishidir. O‘t-tosh kasalligi simptomlarsiz o‘tishi mumkin va o‘t pufagida toshlarni bemorni boshqa kasallik sababli tekshirayotganda, qorin bo‘shlig‘i organlarini operatsiya qilayotganda yoki yorib ko‘rish vaqtida tasodifan aniqlanadi. Klinik jixatdan o‘t-tosh kasalligi ko‘pincha jigar (o‘t pufagi) sanchig‘i ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Og‘riq aksariyat parhez buzilganda, jismoniy zo‘riqishda paydo bo‘ladi. Og‘riq xuruji paydo bo‘lishiga o‘t pufagi bo‘ynida pufak yo‘lida tosh qisilib qolishi sabab bo‘ladi. Og‘riq, o‘ng qovurg‘alar ostida va epigastral soxada joylashgan bo‘lsa, bel soxasiga, o‘ng kurakka beriladi. Ko‘pincha jigar sanchig‘i xuruji ko‘ngil aynishi va safro aralash bir necha marta qayt qilish bilan o‘tadi, biroq bunda bemor engil tortmaydi.

Kuzdan kechirishda qorinning bir oz kepchishi e‘tiborni o‘ziga tortadi, qorin devorining o‘ng yarmi nafas aktidan orqada qoladi, qorin paypaslab ko‘rilganda o‘ng qovurg‘alar ostida, ayniqsa o‘t pufagi proeksiyasida keskin og‘riq paydo bo‘ladi.

Mushaklarning o‘z-o‘zidan tarang tortishi bo‘lmaydi yoki kam ifodalangan, Ortner - Grekov, Myusse - Georgievskiy simptomlari musbat. Laborator analizida leykotsitlar miqdori normal yoki birmuncha oshgan.

Surunkali kalkulyoz xoletsistit. Jigar sanchig‘i xuruji tuxtagandan keyin bemorlar xech nimadan shikoyatlar qilmay, o‘zlarini sog‘lom xis qilishlari mumkin. Biroq ularda o‘ng qovurg‘alar ostida og‘irliq va simillagan og‘riq bo‘lib, u ovqatdan keyin kuchayadi, qorin dam bo‘ladi, ich ketadi, og‘iz bemaza bo‘ladi. Birlamchi Surunkali xoletsistit jigar sanchig‘i xurujlarisiz ko‘rsatib o‘tilgan simptomlar bilan kechadi. O‘t-tosh kasalligi va kalkulyoz xoletsistit asoratlari: xoledoxolitiaz, xoledox terminal bo‘limida chandiqli striktura, ichki oqmalar paydo bo‘lishi, xolangit, xoletsistopankreatit, o‘t pufagi istisqosi, o‘t pufagi empiemasi.

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 o‘zok vaqtgacha simptomlarsiz kechishi mumkin. Xatto gipotikoxoledoxning ko‘p sonli toshlarida xam o‘t ajralishi buzilishi hamavaqt sodir bo‘lavermaydi. 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, bemalol o‘n ikki barmoq, ichakka tushadi. Toshlar gepatikoxoledoxning eng tor bo‘limlariga, uning terminal bo‘limiga va Ayniqsa katta duodenal surg‘ichi ampulasiga tushganda o‘t suyuqligining ichakka oqib ketishiga 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 xarakterga ega bo‘ladi. Toshlarning xoledox terminal bo‘limidagi okklyuziyasida o‘t gipertenziyasi vujudga kelib, klinik jixatdan bu o‘ng qovurg‘alar ostida simillagan og‘riqlar va mexanik sariqlik bilan o‘tadi. Jigardan tashqari yo‘llarda bosim yanada osha borganda

ularning bo'shlig'i kengayadi va tosh gepatikoxoledox proksimal bo'limlariga guyo suzib chiqqanday bo'ladi, sariqlik kamayadi va yo'kolishi mumkin.

Katta duodenal surg'ich va umumiy o't yo'li terminal bo'limidagi chandiqli strikturalar duodenal surg'ich shillik, pardasi toshlardan, yalig'lanish jarayonida zararlanganda paydo bo'ladi. Strikturalar bir necha millimetrlardan 1 - 1,5 sm gacha masofada chegaralangan va umumiy o't yo'lining terminal bo'limi 2-2,5 sm va bundan ko'prok konsentrik toraygan tubulyar bo'lishi mumkin. CHandiqli strikturalarda, odatda, patognomonik klinik simptomlar bo'lmaydi. Xoledox terminal bo'limining o't suyuqligi va pankreatik shira oqishining bo'zilishi bilan o'tadigan stenozida xoletsistopankreatit, o'tkir yoki Surunkali pankreatit, mexanik sariqlik, xolangit simptomlari paydo bo'ladi.

Ichki biliodegistiv oqmalar. O't pufagida toshlarning uzoq, vaqt turib qolishi devorida va o't pufagi bilan perixoletsistitga uzviy bog'langan yaqin joylashgan kavak organda yara paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Oqmalarning ko'pincha o't pufagi bilan me'da o'rtasida yoki o't pufagi bilan gepatikoxoledox o'rtasida shakllanishi ro'y beradi. Ichki biliodegistiv oqmalarning klinik belgilari juda kam, shunga ko'ra operatsiyaga qadar hamma bemorlarda ham diagnostik qo'yishning iloji bo'lavermaydi.

Toshsiz xoletsistit. O'tkir toshsiz xoletsistit. Uning etiologiyasida bakterial infeksiya omili, o't pufagining me'da osti bezi yo'lidagi o't yo'llariga va o't pufagiga refluyuksida pankreatik jigarning jarohatlovchi ta'siri muayyan ahamiyatga ega.

Diagnostikada va davolash usulini tanlashda bemorni ob'ektiv tekshirish ma'lumotlari, o'tkazilayotgan davolash zaminida kasallik klinik manzarasining dinamikasi hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Surunkali toshsiz xoletsistit. Toshsiz Surunkali xoletsistit klinikasi Surunkali kalkulyoz xoletsistit klinikasiga o'xshash. Biroq o'ng qovurg'alar ostidagi og'riq unchalik kuchli bo'lmaydi, biroq uzoq davom qilishi, deyarli doimiy xarakteri bilan ajralib

turadi, parhez bo‘zilganda keyin kuchayadi. Diagnostikada xoletsistoxolangiografiya o‘t yo‘llarini ultratovush bilan tekshirish eng ko‘p ma’lumot beradi.

O‘t yo‘llarining yallig‘lanish kasalliklarida konservativ davolash. O‘tkir xoletsistitli hamma bemorlar statsionarda xirurgning doimiy nazorati ostida bo‘lishlari kerak. Tarqalgan peritonit simptomlari bo‘lganda shoshilinch operatsiya qilish talab etiladi. Boshqa hollarda bemorlar dori-darmonlar bilan davolanadi. Bemorlarga ovqatni cheklangan miqdorda berilib, faqat ishqoriy suyuqliklar ichishga ruxsat etiladi.

Bu bemorlarda quyidagi tadbirlarni amalga oshirish maqsadga muvofiq:

1. Me‘dani nazogastral zond bilan bushatish kerak, chunki me‘da parezi o‘t pufagida va o‘t yo‘llarida dimlanishni battar qiyinlashtiradi.

2. Paranebral novokain blokadasi.

3. Spazmolitiklar. Kuniga ikki marta til ostiga 1q2 tabletka nitroglitserin tayinlash shart, chunki u Oddi sfinkteriga tanlab spazmolitik ta’sir ko‘rsatadi. Atropin, no-shpa, galidor o‘t pufagi bo‘ynidagi sfinkter apparatiga xuddi shunday bo‘shashtiruvchi ta’sir ko‘rsatadi.

4. Infuzion terapiya 5%li glyukoza eritmasi va Ringer eritmasi yuborishni o‘z ichiga oladi.

5. Mikrob florasi aktivligini pasaytirish uchun gepatotoksik bulgan tetratsiklin qatoridagi preparatlardan tashqari, ta’sir spektri keng antibiotiklar tayinlanadi.

6. Simptomatik va kardial terapiya. O‘tkir xoletsistopankreatitda dori-darmonlar bilan davolash kompleksi o‘tkir pankreatitni davolash uchun qo‘llaniladigan preparatlarni ham o‘z ichiga olishi kerak.

Ko‘pchilik bemorlarda o‘tkir xoletsistit xuruji to‘xtashi mumkin. Xuruji to‘xtagandan keyin bemorni o‘t pufagida toshlar bor-yo‘qligiga tekshirish zarur. Agar o‘tkir xoletsistitni 12-24 soat davolash zaminida bemorning ahvoli yaxshilanmasa, qorinda og‘riq saqlanib qolsa yoki kuchaysa, qorin oldingi devori mushaklarining o‘z-o‘zini

ximoya qilish qobiliyati saqlanib qoladi va kuchayadi, puls tezlashadi, leykotsitoz oshadi, shoshilinch xirurgik operatsiya o'tkazish talab etiladi.

Mexanik (obturatsion) sariqlik o't chiqaruvchi yo'llar qisman yoki to'liq tutilib qolib, o'ut suyuqligining ichakka oqishi bo'zilishi natijasida rivojlanadi. Mexanik sariqlik aksariyat xoledoxolitiaz, katta duodenal surg'ich strikturasi, me'da osti bezi boshchasi va o't chiqo'vchi yo'llardagi o'smalarga bog'liq.

Mexanik sariqlikda teri qoplami sarg'imtir-yashil bo'ladi, o't yo'llarini bekitib qo'yadigan o'smalarda esa ersimon rangda bo'ladi. O't-tosh kasalligiga bog'diq obturatsion sariqlikda kasallik boshlanayotganda jigar sanchig'i tipi bo'yicha o'ziga xos xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi, ba'zan sariqlik o'tkir xoletsistit zaminida vujudga keladi. Pankreatoduodenal zona o'smalarida sariqlik og'riq sezgilarisiz paydo bo'ladi. Teri qichimasi, ayniqsa bilirubin darajasi baland bo'lganda kuchli bo'ladi. Pankreatoduodenal zonasida o'smalari bo'lgan bemorlarning yarmida Kurvuaze simptomining musbatligi aniqlanadi. Ahlat ochiq rangli, o't yo'llari butunlay epilsa axolik bo'ladi. Siydik to'q, rangli. Bevosita va bilvosita bilirubin konsentratsiyasi, ayniqsa pankreatoduodenal zonaning obturatsion o'usmalarida keskin oshgan bo'ladi.

Sariqlikning biror turining klinik kechish xususiyatlari sariqlikni qo'zg'atgan kasallik xarakteriga bog'lik. Bu xol sariqlik turlarini differensial diagnostika qilishda qo'shimcha qiyinchiliklar to'g'diradi. Sariqlikni diagnostika qilishning yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik va laboratoriya metodlaridan tashqari, sariqlikning har xil turlarini differensial diagnostikasi uchun zarur va kimmatli axborot olishga imkon beradigan rentgenologik, endoskopik, radiologik, ultratovush bilan tekshirish usullariga katta o'rin beriladi.

Mexanik sariqlik butun gepatobiliar sistemadagi o'zgarishlar va butun organismning bir qator umumiy og'ir buzilishlari bilan o'tadi, bemorlar qolatining og'irligi sariqlik darajasi va davomlilikiga proporsional ravishda ortadi, bu qator yangi patologik holatlar paydo bo'lishiga olib keladi, shu sababli davolash natijasi yomonlashadi va letallik ko'payadi. Jigar funksional holatining dekompensatsiyasi nisbatan tez o'tkir

jigar etishmovchiligi avj olishiga olib keladi. I. M. Matyashin ma'lumotlariga binoan o't yo'ullari obturatsiyasidan 10-14 kun o'tgach jigar funksiyasi shu qadar buziladiki, xirurgik operatsiya qilish g'oyat xatarli bo'lib qoladi va yuqori letallik bilan o'tadi.

Mexanik sariqlikni davolashda dekompressiv aralashuvning muddatlari va turlari, profilaktika qilish yo'llari va operatsiyadan keyin jigar etishmovchiligini davolash muxim masala xisoblanadi. Operatsiya o't pufagi gipertenziyasini davolashning eng ta'sirchan chorasi xisoblanadi. Biroq narkoz, operatsion jarohat jigar etishmovchiligi rivojlanishi va klinik ifodalangan formaga o'tishi sababli bemorlarning axvolini qiyinlashtiradi. Ko'rsatib o'tilgan jixatlar xirurglarni mexanik sariqlik bilan og'rikan bemorlarda radikal operatsiyalarni 2 bosqichda o'tqazish kerak degan fikrga olib keladi: birinchi bosqichda jigar funksional xolatini va bemorlarning umumiy axvolini yaxshilaydigan operatsiya, ikkinchisida radikal operatsiya qilish taklif etiladi. Xozirgi vaqtda laparoskopik xoletsistostomiya, o't yo'llarini nazobiliar drenajlash, endoskopik transduodenal papillotomiya kabi extiyot qiladigan metodlar qo'llaniladi. Teri orqali jigar orqali xolangiostomiya sariqlik, xolangit xodisalarini kamaytirish yoki to'g'atish, antibiotiklarni tanlash va maxalliy antibakterial davolash uchun o'tni ekish, xayfli o'smalarni ximiyaviy preparatlar bilan davolash imkonini beradi. Undan operatsiyani ko'tara olmaydigan bemorlarda o't chiqaruvchi yo'llarni tashqi yoki ichki drenajlashning doimiy metodi sifatida foydalanilishi mumkin.

Muammoning hozirgi holati

Hozirgi vaqtda xoletsistektomiya o't pufagi kasalligi uchun tasdiqlangan va ishonchli ("oltin standart") davolash usuli hisoblanadi. Xoletsistektomiya qilingan bemorlarning 25-40 foizida qorin og'rig'i va davolanishni talab qiladigan dispeptik kasalliklar saqlanib qoladi yoki bir muncha vaqt o'tgach paydo bo'ladi. Ushbu holat postxoletsistektomiya sindromi deb ataladi. Bemorlarning ko'pchiligida (58%) shikoyatlarining sababi funktsional buzilishlar, 40-42% da organikdir. Faqat 1,5% hollarda organik buzilishlar operatsiya natijasidir va postxoletsistektomiya sindromi bo'lgan bemorlarning atigi 0,5% ikkinchi operatsiyani o'tkazishga majbur.

Postxoletsistektomiya sindromi –bu xoletsistektomiya qilingan bemorlarda kuzatiladigan turli xil patologik holatlar va ular bilan bog'liq klinik ko'rinishlarni birlashtiradigan kollektiv atama.

Postxoletsistektomiya sindromining sabablari

Postxoletsistektomiya sindromi safro yo‘llarining shikastlanishi bilan bog‘liq sabablarga safro yo‘llarining torayishi, o‘n ikki barmoqli ichak nipel sohasidagi stenozlar, tan olinmagan yoki qaytalanadigan oddiy o‘t yo‘llari toshlari, uzoq kistalar kiradi.

Chandiq sohasidagi kanal, neyroma.

Operatsiyadan oldin o‘z vaqtida tan olinmagan sabablarga (o‘t yo‘llarining patologiyasi bilan bog‘liq emas), masalan, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi, ichakning funktsional buzilishi, surunkali konstipatsiya kiradi, bu esa postxoletsistektomiya sindromi bilan bog‘liq emas. Agar operatsiya faqat biliar kolikaning klassik belgilariga ega bo‘lgan bemorlarda o‘tkazilsa, unda postxoletsistektomiya sindromi bemorlarning atigi 5 foizida rivojlanadi

Postxoletsistektomik sindromining sabablari

- Funktsional buzilishlar (60% gacha)

- Organik sabablar (taxminan 40%)

 - _ o‘t yo‘llarining o‘zgarishi (shikastlanishi)

 - _ oshqozon-ichak traktidagi o‘zgarishlar

 - _ Oshqozon-

ichak trakti bilan bog‘liq bo‘lmagan buzilishlar Xoletsistektomiyadan so‘ng yuzaga keladigan kasalliklarning patofiziologiyasi quyidagicha sxematik tarzda tuzilgan.

O‘t pufagini olib tashlash safro zaxirasini va Oddi sfinkterining harakatlanishini buzilishiga olib keladi. Duodenitga o‘n ikki barmoqli ichak diskinezi, gipertoniya va umumiy safro va oshqozon osti bezi kanallariga tarkibidagi reflyuksiya hamroh bo‘ladi. Diskineziyalar gepato-pankreatik ampulaning (Oddi sfinkteri) umumiy sfinkteri va uni tashkil etuvchi safro va oshqozon osti bezi kanallari sfinkterlari sifatida rivojlanadi.

Safro va ritm konsentratsiyasining o‘zgarishi, uning o‘n ikki barmoqli ichakka **xao tik** oqishi yog‘ va boshqa lipid moddalarining hazm bo‘lishini va emishini buzadi, o‘n ikki barmoqli ichak tarkibidagi bakteritsid qobiliyatini pasaytiradi, normal ichak

mikroflorasining o'sishi va ishlashining susayishiga, o't kislotalari va o'tning boshqa tarkibiy qismlarining jigar-ichak qon aylanishining o'zgarishiga olib keladi. O'zgargan mikrofloraning ta'siri ostida safro kislotalari erta dekonjugatsiyaga uchraydi, bu esa ichak shilliq qavatining shikastlanishiga yordam beradi.

SHunday qilib, o't pufagi olib tashlangan bemorlarda klinik ko'rinishlar quyidagilar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:

- 1) o'tning kimyoviy tarkibidagi o'zgarish;
- 2) uning o'n ikki barmoqli ichakka bezovta bo'lishi;
- 3) Oddi sfinkterining diskineziyasi;
- 4) ichakda bakteriyalarni ko'payishini rivojlanishi.

Xoletsistektomiyadan so'ng bemorlarda aniqlangan patologik holatlar:

- safro tizimida tarkibiy o'zgarishlar bo'lmagan taqdirda Oddi sfinkterining disfunktsiyasining mavjudligi;
- kolestaz va yallig'lanish bilan o't yo'llari gipertenziyasi;
- oshqozon-ichak traktining qo'shma kasalliklari.

SHunday qilib, aksariyat hollarda xoletsistektomiya qilingan bemorlarning ahvoli Oddi sfinkterining funksional imkoniyatlariga bog'liq.

Postxoletsistektomik sindromining ta'rifi

Xalqaro tasnifga ko'ra, safro yo'llarining funksional buzilishi ikki turga bo'linadi: o't pufagi disfunktsiyasi va Oddi sfinkterining disfunktsiyasi. Hozirgi vaqtda "postxoletsistektomiya sindromi", "biliar diskineziya" va boshqalar atamalari o'rniga "Oddi disfunktsiyasining sfinkteri" atamasidan foydalanish tavsiya etiladi.

Oddi sfinkteri -

bu umumiy safro va oshqozon osti bezi yo'llarining so'nggi qismlarini va ular o'n ikki barmoqli ichak devoridan o'tadigan umumiy kanalni o'rab turgan fibromuskulyar niqob. Xoledox sfinkteri birinchi marta 1681 yilda Frensis Glisson tomonidan tasvirlangan. Sfinkter Ruggiero Oddi nomi bilan atalgan, u 1887 yilda Italiyadagi Perujiya universitet

ining talabasi bo'lganida sfinkterning tuzilishi haqidagi morfologik kuzatuvlarini nashr etgan.

Oddiy sharoitda Oddi sfinkteri uchta segmentdan iborat:

1. umumiy o't yo'lining sfinkteri -

Oddi sfinkterlari guruhining eng qudratlisi, umumiy o't yo'lining bo'shlig'ini katta o'n ikki barmoqli ichak papillasi bo'shlig'idan ajratib turadi;

2. Wirsung kanalini o'rab turgan me'da osti bezi kanalining sfinkteri, odatda kam rivojlangan;

3. umumiy kanalni o'rab turgan gepato-pankreatik ampulaning sfinkteri -

o'n ikki barmoqli ichak papilla sfinkteri (Westphal sfinkter deb ataladi), bu o'n ikki barmoqli ichak papillasi cho'qqisiga etib boruvchi halqali va bo'ylama tolalar guruhidir; qi-sqarish bilan Vestfal sfinkter o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'idan papilla bo'shlig'ini ajratib turadi.

Oddi disfunktsiyasining sfinkteri:

diagnostika mezonlari va tasnifi

Rim konsensusi 2 (1999) diagnostika mezonlarini taqdim etadi

Oddi sfinkterining disfunktsiyasi.

Oddi disfunktsiyasining sfinkteri mezonlari:

1) odatda biliar bolus;

2) jigarda fermentlar darajasining ko'payishi (AST va / yoki ishqoriy fosfataza ikki marta kuzatilgan holda 2 me'yordan ortiq);

3) ERXPG bilan kontrastli drenaj vaqtining ko'payishi > 45 min;

4) kengaytirilgan umumiy sariq kanal > 12 mm.

Epigastriumda lokalize qilingan qattiq doimiy og'riq epizodlari va qorinning o'ng yuqori kvadranti quyidagi belgilarga ega:

- 30 daqiqagacha yoki undan ko'p vaqtgacha og'riqli epizodlar;
- o'tgan 12 oy davomida bir yoki bir nechta tutqanoqlarning rivojlanishi;
- og'riq doimiy bo'lib, ishni buzadi va shifokor bilan maslahatlashishni talab qiladi;
- ushbu belgilarni tushuntirib beradigan tarkibiy o'zgarishlar haqida ma'lumotlar

mavjud emas. Bundan tashqari, og‘riq qon zardobidagi transaminazalar, ishqoriy fosfataza, bilirubin yoki oshqozon osti bezi fermentlarining ko‘tarilishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Oddi disfunktsiyasi bo‘lgan bemorlarning klinik ko‘rinishidagi farqlarni hisobga olgan holda, bemorlarning 2 toifasi mavjud:

- 1) Oddi sfinkterining safro segmenti disfunktsiyasiga ega bemorlar (ko‘pi bilan);
- 2) Oddi sfinkterining pankreatik segmentining ustun disfunktsiyasiga ega bemorlar (kic hikroq qismi).

Safro og‘rig‘i kamida 30 daqiqa davom etadigan epigastriumda yoki o‘ng hipokondriyuda lokalize qilingan kuchli og‘riq epizodi sifatida tavsiflanadi. Og‘riq o‘ng elka pichog‘i ostida tarqaladi, ko‘ngil aynishi va qayt qilish bilan kechishi mumkin. Hujum paytida bemorlar og‘riqni engillashtiradigan joy topolmaydilar.

Sfinkterning pankreatik qismi o‘zgarishi bilan og‘riq tabiatan pankreatitga o‘xshashdir: u orqa tomon nurlanadi va magistral oldinga egilganda qisman engillashadi.

Oddi sfinkterining safro yoki pankreatik qismi buzilishlarining ustunligiga muvofiq, safroga o‘xshash yoki pankreatitga o‘xshash variantlar ajratiladi.

Oddi disfunktsiyasining sfinkteri tasnifi (Green_Hogan bo‘yicha):

- biliar turi I (aniq) barcha mezonlarni o‘z ichiga oladi

(1-4 mezon) (Oddi sfinkteridagi tarkibiy o‘zgarishlar);

- biliar turi II (taxminiy) "biliar" tipdagi og‘riq xurujini o‘z ichiga oladi (1-mezon) bir yoki ikkita boshqa mezon bilan (2-4 mezon) (Oddi sfinkteridagi funktsional va tarkibiy o‘zgarishlar);

Xoletsistektomiyadan so‘ng Oddi disfunktsiyasi buzilgan bemorlarning diagnostikasi.

Diagnostik tadqiqotlar, bu postxolesistektomiya sindromi bilan og‘riq bemorlarni tekshirish standarti:

- 1) qon va siydikning klinik tahlili;

2) koprogram;

3) biokimyoviy qon tekshiruvi: bilirubin va fraktsiyalar, transaminazalar, gidroksidi fosfataza, amilaza;

4) parazitar invaziya va bakterial infeksiya tashxisi uchun o'n ikki barmoqli ichak tarkibini tekshirish, mikroskopik tekshirish safro;

5) Qorin bo'shlig'i bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi;

6) EGDS, Vater nipelini tekshirish, biopsiya va *Helicobacter pylori* tadqiqotlari yordamida ovqat hazm qilishning bu qismlarining mustaqil kasalliklarini istisno qilishga imkon beradi. trakt va helikobakterioz bilan emas, postxolesistektomiya

sindromi bilan bog'liq surunkali duodenit borligini tasdiqlash uchun;

7) sigmoidoskopiya;

8) qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yuqori qismlarining mustaqil kasalliklarini istisno qilish uchun oshqozon -ichak trakti (churrasi, qizilo'ngach va oshqozon shishi, o'n ikki barmoqli ichakning surunkali obstruksiyasi);

9) xoledoxoskintigrafiya;

10) Oddi sfinkterining manometriyasi uning disfunktsiyasini tekshirishga imkon beradi;

11) endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERCP) umumiy o't yo'lida qolgan toshlar, tiqilishlar va surunkali pankreatitni istisno qilish uchun o'tkaziladi.

Oddi sfinkterining funksiyasini to'g'ridan -to'g'ri baholaydigan yagona usul manometriya. Biroq, bu texnik jihatdan murakkab protsedura bo'lib, u bir qator asoratlarning rivojlanishi bilan bog'liq. Shuning uchun invaziv bo'lmagan tadqiqotlarga ustunlik beriladi, buning asosida yuqori oshqozon-ichak traktining boshqa kasalliklari chiqarib tashlanadi va Oddi sfinkterining disfunktsiyasi taxmin qilinadi. Faqat shundan keyingina Oddi sfinkterining disfunktsiyasini tasdiqlash uchun invaziv testlar

o'tkaziladi.

Invaziv bo'lmagan laboratoriya tekshiruvlari og'riqli hujum tugagandan keyin 6 soatdan kechiktirmay o'tkazilishi kerak. dinamikasi.

Ketma-ket ikki yoki undan ortiq og'riqli hujumlar paytida jigar yoki oshqozon osti bezi fermentlari darajasining vaqtincha 2 yoki undan ko'p marta oshishi Oddi sfinkterining disfunktsiyasini tasdiqlaydi. Oddi sfinkteri. Umumiy o't yo'lining kengayishi Oddi sfinkterining o'zgarishi oqibatida o'tning o't oqimiga qarshilik ko'rsatishi mumkin. Biroq, bu belgining o'ziga xosligi unchalik yuqori emas: umumiy o't yo'lining asemptomatik kengayishi xoletsistektomiyadan so'ng bemorlarning 35% da uchraydi.

Oddi sfinkterining funktsiyasini baholashning invaziv usullari kiradi. : bilvosita usul - endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERCP) va Oddi to'g'ridan -to'g'ri manometriya sfinkteri. Oddi sfinkteri disfunktsiyasining asosiy belgilari: umumiy o't yo'lining diametri 12 mm va umumiy o't yo'lining kontrastini 45 daqiqadan ko'proq bo'shatish. Qo'shimcha belgilar: oshqozon osti bezi kanalining kengayishi (5 mm) va oshqozon osti bezi kanalidan kontrastning bo'shatilishi 10 daqiqadan ko'proq.

Oddi sfinkteri endoskopik tekshiruv paytida bajariladi, biliar va oshqozon osti bezi sfinkteridagi bazal bosimni to'g'ridan -to'g'ri baholash imkonini beradi. Manometriya biliar va oshqozon osti bezi kasalliklarining turini aniqlashga, shuningdek, xoletsistektomiya qilingan bemorlarda takrorlanuvchi pankreatitning etiologiyasini aniqlashga imkon beradi.

Xoletsistektomiyadan so'ng Oddi disfunktsiyasi buzilgan bemorlarni davolash.

xoletsistektomiyadan so'ng bemorlarni davolashning asosiy maqsadlari:

biri. safro kimyoviy tarkibini normallashtirish:

- hayvon yog'lari cheklangan diet
- parhez

- ratsionga xun tolasi qo'shilishi
- ursodeoksixol kislotasini tayinlash

2. Oddi sfinkterining o'tkazuvchanligini tiklash.

Safro yo'llari disfunktsiyasi bilan og'riqan bemorlarning ovqatlanishining umumiy tamoyillari-tez-tez ovqatlanish (kuniga 5-6 mahal) oz miqdorda ovqat. Oddi disfunktsiyali xoletsistektomiya qilingan bemorlarga xolesterin (hayvon yog'lari) bo'lgan ovqatlarni iste'mol qilishni cheklash tavsiya etiladi. Bemorlarga ratsionga o'simlik mahsulotlari yoki kepek shaklida dietali tola qo'shish tavsiya etiladi. Bu holda, sabzavot va mevalarni yangi yoki termik ishlov berib (qaynatilgan, pishirilgan) ishlatish mumkin. Kepak nonushta donlari (non, bo'tqa) shaklida ishlatilishi mumkin.

Spirтли ichimliklar, gazlangan suv, fūme, yog'li va qovurilgan ovqatlar va

Biliar pankreatit rivojlanish mexanizmlari

1. Umumiy o't yo'lini terminal qismi Oddi sfinkteri soxasidagi shilliq qavatni shikastlanishlari shu sfinkterda ikkilamchi disfunktsiya keltirib chiqaradi. Keyinchalik esa stenozlanuvchi papillit rivojlanadi. Katta duodenal so'rg'ich soxasidagi funksional va organik o'zgarishlar o't suyuqligi oqimini o'zgartirib biliopankreatik reflyuksaga sabab bo'ladi. Aynan shunday o't suyuqligi reflyuksi biliar pankreatitga aosiy omil bo'lib xizmat qiladi.

2. Duodenopankreatik reflyuks Oddi sfinkterini atoniyasi fonida yuzaga keladi. Aynan o'n ikki barmoqli ichakdagi o't suyuqligini me'da osti bezi yo'liga o'tishi davomli yallig'lanish jarayonini yuzaga keltirib surunkali bioiar pankreatit sabab bo'ladi.

OBD atoniyasining sababi papillit bo'lib, ko'pincha tosh toshgandan keyin paydo bo'ladi yoki o'n ikki barmoqli ichakning umumiy dismobiliyasi, bu funksional xarakterga ega bo'lishi yoki o'n ikki barmoqli ichak organik patologiyasi fonida ikkinchi marta sodir bo'lishi mumkin. O'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lsa -

Vater papilla shishishi (papillit), oshqozon osti bezi sekretsiasining chiqishi ikkinchi d

arajali to'siq bilan; oshqozon osti bezining xlorid kislota bilan giperstimulyasiyasi oshqozon osti bezi kanallarining turli qismlarini blokirovkalashga olib keladigan oqsil tiqinlari hosil bo'lishi natijasida me'da osti bezi sharbatining quyuqlashishiga va chiqishiga to'sqinlik qiladi. Katta duodenal

o'rg'ich atoniyasining sababi papillit bo'lib, ko'pincha tosh toshgandan keyin paydo bo'ladi yoki o'n ikki barmoqli ichakning umumiy dismobiliyasi, bu funktsional xarakterga ega bo'lishi yoki o'n ikki barmoqli ichak organik patologiyasi fonida ikkinchi marta sodir bo'lishi mumkin. O'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lsa Vater papilla shishishi (papillit), oshqozon osti bezi sekretyasining chiqishi ikkinchi darajali to'siq bilan; oshqozon osti bezining xlorid kislota bilan giperstimulyasiyasi oshqozon osti bezi kanallarining turli qismlarini blokirovkalashga olib keladigan oqsil tiqinlari hosil bo'lishi natijasida me'da osti bezi sharbatining quyuqlashishiga va chiqishiga to'sqinlik qiladi.

3. Biliar pankreatitni ko'plab qaytalanishiga umumiy o't yo'lidagi diametri 4 mm gacha bo'lgan migratsiyalanuvchi toshlar sabab bo'ladi.

4. O'n ikki barmoqli ichak papillasi kanalining yoki ampulasining obstruktsiyasi tufayli asosiy oshqozon osti bezi kanalida gipertoniya rivojlanadi, so'ngra mayda oshqozon osti bezi kanallari yoriladi. Bu bez parenximasida sekretyalarning ajralishiga, ovqat hazm qilish fermentlarining faollashishiga olib keladi, bu esa oshqozon osti bezi tarkibidagi destruktiv va degenerativ o'zgarishlarning rivojlanishiga olib keladi. SHunday qilib, PD patogenezi me'da osti bezi sekretyasining chiqib ketishi, intraduktal bosimning oshishi va o'n ikki barmoqli ichak tarkibidagi intrapankreatik reflyuksiya tufayli yuzaga keladi.

Enterokinaz bilan faollashtirilgan proteolitik fermentlar, safro kislotalari, lizoletsitin, emulsifikatsiyalangan yog'lar va bakteriyalarni o'z ichiga olgan o'n ikki barmoqli ichak tarkibida oshqozon osti bezi parenximasiga to'g'ridan-to'g'ri yoki intrapankreatik fermentlarning kaskadli faollashuvi orqali zarar etishi mumkin. PDdagi ekzokrin pankreatik etishmovchilik sindromi uning atrofiyasi, fibroziasiyasi yoki oshqozon osti bezi kanallarining tosh bilan bloklanishi tufayli o'n ikki barmoqli ichakda me'da osti bezi sekretyasining chiqib ketishi natijasida ishlaydigan ekzokrin parenx

ima massasining pasayishi natijasida yuzaga keladi.

Pankreatik ikkilamchi etishmovchilik me'da osti bezi fermentlari ichakda faollashmagan yoki inaktiv bo'lmagan hollarda paydo bo'ladi. Aynan shu mexanizm PDda etakchi hisoblanadi, chunki xolelitiyaz (GSD), postxoletsistektomiya sindromida o'n ikki barmoqli ichakka safro va oshqozon osti bezi sharbati oqimida asenkronizm mavjud bo'lib, u uchta patogenetik mexanizmni amalga oshiradi:

- oshqozon osti bezi lipazining etarli darajada faollashmasligi;
- o'n ikki barmoqli ichakning kislotaliligi (lipaza inaktivatsiyasi);
- yog emulsifikatsiyasi va misel hosil bo'lishining buzilishi. Ekzokrin etishmovchiligini kuchaytiradigan qo'shimcha omillardan biri bu ingichka ichakning bakterial ifloslanishi.

O'tkir biliar pankreatit

Me'da osti bezi hazm yo'lining eng muxim bezlaridan biri bo'lib, juda katta fizilogik vazifani bajaradi. Ichki va tashqi sekret ishlab chiqarish funksiyasini bir vaqtning o'zida bajaradigan bu aralash bez faqat xazm jarayoniga emas, balki metabolizmning boshqa ko'pgina tomonlariga xam jiddiy ta'sir ko'rsatadi. O'tkir pankreatit ko'p uchraydi va qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklari orasida o'tkir appenditsit va o'tkir xoletsistitdan keyin uchinchi o'rinni egallaydi. Kasallik 6,5% xollarda uchraydi.

Kasallikni diagnostika qilish qiyinligi, og'ir kechishi va letallik yuqoriligi (o'rta xisobda 8-10%) xirurglarning dolzarb muammosi tortib keladi, og'ir formalarida esa operatsiyadan keyingi letallik 50% ni tashkil etadi.

O'tkir pankreatit 30-60 yoshlarda eng ko'p kuzatiladi. Ayollar bu kasallik bilan erkaklarga nisbatan 3-3,5 marta ko'proq og'riydilar.

O'tkir pankreatit - me'da osti bezining bez to'qimalarining o'z fermentlari bilan autolizi natijasida kelib chiqqan o'tkir xirurgik kasalligidir.

Bu kasallik ko'p uchraydi va qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklari orasida o'tkir appenditsit va o'tkir xoletsistitdan keyin uchinchi o'rinni egallaydi. Kasallik 6,5% xollarda uchraydi.

Kasallikni diagnostika qilish qiyinligi, og'ir kechishi va letallik yuqoriligi (o'rta xisobda 8-10%) xirurglarning diqqat-e'tiborini tortib keladi, og'ir formalarida esa operatsiyadan keyingi letallik 50% ni tashkil etadi.

O'tkir pankreatit 30-60 yoshlarda eng ko'p kuzatiladi. Ayollar bu kasallik bilan erkaklarga nisbatan 3-3,5 marta ko'proq og'riydilar.

Patogenezi. O'tkir pankreatitni patogenezi bir nechta fazalarga bo'linadi. Birinchi fermentativ fazasi bo'lib u xam ikkiga trypsin va lipaza fazasiga bo'linadi.

Lipaza fazasi. Aktiv lipazalar xujayra yog'larini glitserin va yog' kislotalarga parchalab, to'qimalarda og'ir distrofik o'zgarishlar avj olishiga olib keladi, bez to'qimasining o'zida bezni o'rab turgan kletchatkada, ingichka va yo'g'on ichak tutkichida, katta va kichik charvida va boshqa organlarda yog'li nekrozlar (steatonekrozlar) hosil bo'lishiga imkon beradi. Charvi va ichak tutqichlaridagi xosil bo'lgan steatonekoz o'choqlariga kalsiy tuzlarini o'tirishi xisobiga oqish rangli steranit blyashkalarini xosil bo'ladi. Mahalliy jarayon butun organizmga tez ta'sir ko'rsatadi. Limfa va qonga ko'p miqdorda toksogen polipeptidlar, lipidlar va ferment autolizisining boshqa maxsulotlari, pankreatik fermentlar, biogen aminlar tushib, toksemiya rivojlanishiga olib keladi, bu qonning plazma va trombin sistemalaridagi o'zgarishlar, markaziy va periferik gemodinamikaning buzilishi, parenximatuz organlardagi funksional etishmovchilik va toksik asoratlar bilan o'tadi.

Tripsin fazasi. Yuqoridagi omillar ta'sirida me'da osti bezida sitokinaza aktivligi oshadi. Natijada atsinuslarda joylashgan nafaol shakldagi protolitik fermentlarni aktivligi ortadi. YA'ni Tripsinogen tripsinga Ximotripsinogen Ximotripsinga aylanadi. Tripsin va ximotripsin bez xujayralarini shikatlantiradi va tomir to'qima o'tkazuvchanligi ortishiga sabab bo'ladi. Tripsin proenzimlar, ximotripsin, elastaza, kollagenaza va fosfolipaza ko'p qismining aktivatori xisoblanadi. Fosfolipaza,

fosfolipidlar va xujayra membranalaridan kuchli sitoksik ta'sirga ega bo'lgan lizoletsitin va lizokefalinni ozod qiladi.

Aktiv proteazalar kininogenlarga ta'sir qilib polipeptidlar va kininlar ajratadi. Kininlar og'riqqa va kuchli vazodilatatsiyaga sabab bo'lib, bu og'ir gipovolemik karaxtlikka olib keladi. Natijada tomir to'qima o'tkazuvchanligini ortishi yuzaga kelib, oqibatida bez to'qimasi shishadi. Patologoanatomik jixatda shishli pankreatit bosqichi. SHu bilan birga bu fermentlar antitrombinogenni antitrombinga aylantiradi. Antitrombin esa qonni suyultirib dastlab bez to'qimasiga so'ngra boshka a'zolarida gemoragik xolatlarni keltirib chiqaradi. Gemoragik pankrenekroz. Bundan tashqari tripsin va kininlar shuningdek kapillyarlar o'tkazuvchanligini keskin oshiradi, staz, kapillyarlar bo'ylab perfuziyani to'xtatadigan «mikrotsirkulyator blok», ishemiya, gipoksiya, atsidoz, gemokoagulyasiya buzilishini keltirib chiqaradi. SHu sababli dastlab charvi xaltasiga gemoragik suyuqlik yig'iladi va bu suyuqlik charvi xaltasidan Vinslov teshigi orqali qorin bo'shlig'iga oqib o'tadi. Natijada gemoragik peritonit yuzaga keladi. YUqorida ko'rsatilgan fermentlar juda qisqa muddatlarda utilizatsiyaga uchraydi shu sababli ularni qonlagi va siydikagi miqdorini aniqlashni imkoni yo'q. Me'da osti bezi fermentalridan amilazani utilizatsiya bo'lishi qiyinligi sababli uni qonda va siydikda aniqlash mumkin bo'ladi va ferment diagnostik axamiyat kasb etadi.

Dastlabki me'da osti bezidagi o'tkir yallig'lanish jarayoni me'da osti bezini innervatsiya qiluvchi 6 ta nerv chigalini birdan ta'sirlashi oqibatida kuchli kamarsimon og'riq sindromini keltirib chiqaradi. Bemorda og'riq shoki kelib chikadi. Barcha periferik qon tomirlar spazmga uchraydi shu sababli bemorni rangli oqarib sovuq ter bosishi kuzatiladi. SHu bilan birgalikda ichaklar parezi yuzaga keladi va ichaklar peritaltikasi sustlashib qoladi. Peristaltikani pasayishi ichak bo'shlig'idagi oziq maxsulotlarni bijg'ishiga va metiorizmga sabab bo'lishi rivojlanadi. Utkir bilial pankreatit natijasida kungil aynish markazi shu darajada ta'sirlanadiki bemorda ko'ngil aynishi va kup sonli qayt qilishlar kuzatiladi. Ko'p sonli qayt qilishlar davom etuvchi peritonit natijasida organizm suyuqlik yo'qotishda davom etib dastlabki og'riqli shok endilikda gipovolemik shok bilan o'rin almashadi. SHok natijasida qon aylanishi

markazlashuvi yuzaga keladi bu esa renin angiotenzin sistemasini ishga tushishiga olib keladi. Bu sistema ishga tushishi natijasida organizm uchun xam salbiy xam ijobiy xolatlar kelib chiqadi. Ijobiy xolatlarni aylanishdagi qon xajmini oshiradi. Bronxlani kengaytirib nafas sifatini ta'minlaydi. Lekin shuni xam unutmaslik kerakki parez bo'lgan ichaklar bo'shlig'idagi maxsulotlar bijgishidan yuzaga kelgan ammiak, indol, skatol kabi moddalar reabsorbsiyani kuchayganligi uchun organizmdan chiqib keta olmay qolib intoksikatsiyaga sabab bo'ladi. Fermentlar va gormonlarni qondagi miqdori ortishi moddalar almashinuvini keskin izdan chiqaradi va bu xolat pankreatogen toksemiya deb nomlanadi.

Pankreatogen toksemiya quyidagalardan iborat:

1) fermentemiya – me'da osti bezi fermentlarini qonga ajralishi bu xolat 5 sutkagacha davom etishi mumkin.

2) qonda va limfada kallkrein-kinin sistemasini aktivligini ortishi

3) Qonda biogen aminlar adrenal xamda gistaminlarni ortishi noradrenalin va serotoninini kamayishi

4) Lipidarni pereksli oksidlanish jarayonini ortishi

Patologik anatomiyasi. Morfologik o'zgarishlarning turli-tuman bo'lishiga qaramay, pankreatitning uchta formasi farq qilinadi: me'da osti bezining o'tkir shishi, o'tkir gemorragik pankreatit, o'tkir yiringli pankreatit.

Me'da osti bezining o'tkir shishini ba'zan kataral pankreatit deb ataladi. Makroskopik tekshirilganda bez xajmi kattalashgan, shishgan bo'ladi. SHish qorin pardasi orqasidagi kletchatkaga va ko'ndalang chamber ichak tutkichiga tarqalishi mumkin. qorin bo'shlig'ida va charvi xaltasida aksariyat seroz-gemorragik suyuqlik bo'ladi. Gistologik tekshirganda oraliq, to'qima shishi, unchalik katta bo'lmagan qon quyilish zonalari va bez to'qimasida o'rtacha ifodalangan degenerativ o'zgarishlar topiladi.

O'tkir gemorragik pankreatit. Bunda me'da osti bezi xajman kattalashgan, qirmizi-qora rangli, ilvillagan, osonlikcha parchalanadi. Parapancreatik va qorin pardasi orqasidagi bo'shliqlarning gemorragik imbibitsiyasi amalda xamisha kuzatiladi. Gistologik tekshirganda pankreatitlarning ko'p sonli distrofiya, nekrobioz va nekroz o'choqlari zaminida bezning o'zgarmagan parenximasi uchastkalari aniqlanadi. Gemorragik pankreatit uchun gemorragik ekssudatning kletchatka bo'ylab ko'p tarqalganligi va qorin pardasi orqasidagi kletchatkada assitik fermentativ flegmona paydo bo'lishi xos.

O'tkir yiringli pankreatit bakterial flora qo'shilganda rivojlanadi. Bez to'qimasining yiringli parchalanish o'choqlari ko'rinib turadi. Mikroskopik tekshirishda flegmonali yallig'lanish yoki kattaligi xar hil ko'p sonli absesslar xarakteridagi yiringli infiltratsiya topiladi. qorin bo'shlig'ida yiringli-gemorragik yoki seroz-yiringli ekssudat bo'ladi.

O'tkir pankreatit tasnifi.

O'tkir pankreatit quyidagi turlari farq qilinadi:

- 1) me'da osti bezining o'tkir shishi;
- 2) me'da osti bezining gemorragik nekrozi;

3) yiringli pankreatit. Bunday turlarga bo'lish ma'lum darajada shartli xisoblanadi. Bitta bemorning o'zini morfologik tekshirishda aksariyat unda patologik formalarning birga uchrashini, shuningdek o'tadigan formalarini kuzatish mumkin. Me'da osti bezining o'tkir shishi birmuncha ko'proq kuzatiladi (bemorlarning 77-78 foizida). O'tkir gemorragik nekroz va yiringli pankreatit bemorlarning tahminan 10-12 foizida qayd qilinadi.

Xozirgi kunda o'tkir pankreatitni eng qulay tasnif V.I. Filin tomonidan taklif qilingan. Bu tasnifga ko'ra o'tkir pankreatit klinik kechimida 4 davr ajratiladi

Fermentativ davr kasallikning birinchi 5 kuniga to'g'ri keladi.

Reaktiv davr (kasallikning 6-14 kunlar) faqat destruktiv pankreatit rivojlangan bemorlarda kuzatiladi.

Kasallikning 3 xavftasidan sekvestratsiya davri boshlanadi.

20-24 kundan so'ng bemorlarda kasallikning yakunlanish davri boshlanadi.

Oshqozon osti bezidagi o'choqlar o'lchamlariga nasbatan Tolstoy A.D. (1999) o'tkir pankreatitni 5 turga bo'ladi:

o'tkir shishli pankreatit (atsinar xujayralar nekrozi);

kichiko'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm gacha);

o'rtao'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mmdan 10 mm gacha);
kattao'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 10 mm dan ko'p);

total-subtotal pankreonekroz (oshqozon osti bezi total-subtotal shikastlanishi).

Kasallik o'tkir boshlanib o'ziga xos Mondor triadasi bilan boshlanadi ya'ni og'riq xuruji, qayt qilish va ichaklar parezi bilan. Demak o'tkir pankreatitni doimiy belgisi bu og'riq bo'lib og'riq epigastral soxada kamarsimon xakaterda bo'ladi kam xolatlarda og'riq butun qorin bo'ylab tarqalgan bo'ladi. Keyingi belgisi esa ko'ngil aynishi va ko'p sonli qayt qilishlardir bemor qayt qilgan so'ng xech qanday engillik xis qilmaydi va takroran qayt qila boshlaydi. Bundan ko'p sonli kayt qilishlar natijasida me'da shilliq qavati erroziyasi yoki kardial soxa shilliq qavatini bo'ylama yorilishi (Mello Meys sindromi) kuzatilib qon ketish paydo buladi. Bunday xolatlarda bemor "kofe quykasi" ko'rinida qayt kiladi. Yuqorida aytilganidek dinamik ichak tutilishi natijasida kasallikni kechki bosqichlarida axlatli qayt qilishi xam mumkin.

O'tkir pankreatitga xos bo'lgan shifokor o'z qo'li yordamida aniqlashi mumkin bo'lgan simptomlar :

1. **Kerte simptomi** – Palpatsiyada qorin oldingi devorining rezistentligi va me'da osti bezi proeksiyasi bo'ylab og'riq bo'lishi.

2. Voskresenskiy simptomi – Me'da osti bezi proeksiyasida qorin aortasi pulsatsiyasini aniqlanmasligi.

3. Meyo-Robson simptomi - chap qovurg'a-umurtqa bo'rchagi turtib ko'rilganda og'riq bo'lishi.

YUqorida ko'rsatilgan simptomlarni kelib chiqishiga to'xtalsak o'tkir pankreatitda yallig'lanish eksudati ta'mirida paritel qorin pardani qitiqlanadi va shuning uchun epigastral sohada mushaklar tarangligi va og'riqqa sabab bo'ladi. (Kerte simptomi) Me'da osti bezidagi shish va yallig'lanish infiltrati xisobiga epigastral soxada qorin aortasida pulsatsiyani palpator aniqlash imkoni yo'qoladi. (Voskresenskiy simptom). Bemorlarning uchdan bir qismida bundan tashqari Bez to'qimasi yallig'lanib uning kapsulasi taranglashgan bir vaqtda chap qovurg'a-umurtqa bo'rchagi turtib ko'rilganda og'riq bo'lishi kuzatiladi. (Meyo-Robson simptomi) Ko'pincha Iltikin-Blyumberg kuchsiz musbat simptomi, peristaltik shovkinlarning susayishi kuzatiladi. Perkussiyada qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik aniqlanishi mumkin.

Bemor ko'zdan kechirilganda ko'pincha majburiy xolatda bo'ladi. Bemorlar ko'pi yarim egilgan holatda bo'ladi chunki bu xolatda charvi xaltasi bir munka kengrok bo'ladi va eksudatlarni quo'sh chigaliga ta'siri kamayadi. Tana harorati dastlab normal, subnormal. Me'da osti bezidagi yallig'lanish jarayoni kuchayishi natijasida Leykoterinlar va Prostoglandinlar miqdori ortib boradi va ular qonga so'rilib MNS termoregulyasiya markazidagi siklooksigenaza fermentini bloklaydi. Natijada markaz xujayralarida kalsiy miqdori ortadi. Kalsiy miqdorini ortishi organiz tana xaroratini sovuq deb qabul qiladi va issiqlik ajratishni kamaytirib, issiqlik xosil qilini oshiradi. Oqibatda tana xarorati ko'tariladi. Demak tananing yuqori harorati va isitma rivojlanib borayotgan yallig'lanish asoratlari uchun xos.

Teri va shillik, pardalarning ranggi oqargan, sianotik tusli, bu og'ir intoksikatsiya va shok xolatidan dalolat beradi. Aksariyat sariqlik kuzatilib, bu me'da osti bezi boshchasidagi shishni kuchayishi natijasida umumiy o't yo'lidan o't suyuqligini o'n ikki barmoqli ichakka o'tishini qiyinlashganidan darak beradi. Bu esa jigarda xolestatik gepatit rivojlanishiga olib keladi.

Til suvsizlanish xisobiga quruq, og‘iz bo‘shlig‘idan mutsin ajralishini ortishi xisobiga oqish - kulrang qarash bilan qoplangan. Qorin ichaklar parezi xisobiga bir tekis shishib ko‘tarilgan, mushak himoyasi kuchsiz xolatda bo‘ladi. Kasallikni patogenezida aytilganidek antitrombinogenni antitrombinga aylanishi va u qonni suyultirib qon quyulishlarga sabab bo‘lib quyidagi simptomlarni keltirib chiqaradi.

- **Mondor** simptomi – tana va yuz terisi-dagi binafsha rang dog‘lar;
- **Xolsted** simptomi – qorin terisining sianozi;
- **Turner** simptomi – qorinning yon devori va bel sohasi sianozi;
- **Gryunvald va Kullen** simptomi – kindik soha te-risidagi petexial toshmalar.

Kasallik boshlanishida quyosh chigalini birdan ta‘mirlanganligi sababli dastlab bradikardiya bo‘lib, tezda taxikardiya bilan almashinadi. Kasallikning og‘ir formalari uchun tez ipsimon puls xos. Arterial bosim ko‘pgina bemorlarda gipovolemiya va og‘riq shoki ta‘sirida pasaygan bo‘ladi.

Parenximatoz organlarda distrofik o‘zgarishlar rivojlanadi, ularning funksional holati buziladi. Bu uzgarishlarni asosan giperenzimemiya, mikrotsirkulyator buzilishlar va intoksikatsiya tashkil etadi. Buyrak funksiyasi ayniqsa qattik bo‘ziladi (10-20% bemorlarda) diurez anuriyagacha va o‘tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanguncha kamayib ketadi. O‘tkir biliar pankreatitlarda jarroxi vazifasi dastlab pankreonekroz bor yoki yo‘qligini aniqlashi lozim. Panrkeonekroz yuzaga kelgan bo‘lsa u xolda steril yoki infeksiyalangan pankreonekrozni farqlash kerak bo‘ladi.

Pankreonekrozni shartli ravishda uch davrga bo‘lish mumkin :

1. Gemodinamik buzilishlar va pankreatogen shok davri (2-3 sutkalar);
2. Poliorgan etishmovchilik davri (3-14 sutkalar);
3. Infeksion asoratlar davri (14 sutkalar);

Steril pankreatik nekrozning klinik mezonlari:

- anamnez;
- Mondor triadasi (xarakterli og‘riq xuruji, qusish, ichak pareziyasi);
- tizimli yallig‘lanish reaksiyasi sindromining namoyon bo‘lishi;
- organlar faoliyatining buzilishi belgilari;

Gemodinamik buzilishlar davri va pankreatogen shok parapancreatikda

Nekroz o‘choqlari hosil bo‘lishi bilan tavsiflanadi tsellyuloza va bez, peritonit rivojlanishi. Klinik ko‘rinishlar yuqorida tavsiflanganlardan tashqari, tizimli yallig‘lanish alomatlari javob va ko‘plab organlarning etishmovchiligi. Kuchli og‘riq bilan tavsiflanadi qorin bo‘ylab sindrom. Ko‘pincha bunga ehtiyoj bor teshilgan gastro-duodenal oshqozon yarasi bilan differentsial diagnostika. Ichak pareziyasining klinik ko‘rinishi o‘sib boradi: takroriy qusish xarakterlidir engillik keltirmaydigan turg‘un oshqozon tarkibi, shishiradi qorin bo‘shlig‘i, gaz chiqarish va defekatsiya yo‘qligi. Ko‘rinishlar ko‘paymoqda intoksikatsiya sindromi zaiflik, quruqlik saqlanib qoladi va kuchayadi og‘iz, chanqov, titroq, 380 S gacha gipertermiya bor, gektik isitma. Kuchli intoksikatsiya qo‘zg‘alish va eyforiya bilan kechadi. Ko‘pincha, bemor uning og‘irligii ob‘ektiv baholay olmaydi intoksikatsiya psixozini klinikasi rivojlanmoqda. Shunga qaramasdan eyforiya, bemorning ahvoli og‘ir deb bahola-nishi kerak. Zo‘ravonlik holat endotoksikozning kuchayishi, belgilar paydo bo‘lishi bilan izohlanadi organlar faoliyatining buzilishi. Teri rangpar, sariqlik mumkin. Pankreatik nekroz uchun mikrotsirkulyasiya buzilishi va haroratning pasayishi bilan tavsiflanadi distal ekstremi-talar lezyonning namoyishi sifatida mikrotsirkulyasion yotoq:

1. Mondor simptomi - yuzidagi binafsha dog‘lar ko‘rinishidagi siyanoz.

2. Grey-Tyorner simptomi - qorin yon devorlarida siyanotik dog‘lar

3. Grunvald simptomi - kindik mintaqasining siyanozini.

4. Kullen simptomi-kindikning ikterik bo‘yalishi maydon.

Gipovolemiya tufayli teri odatda quruq bo‘ladi, xususiyatlari keskinlashadi yuz, qizg‘in ko‘zlar chaqnaydi. Nafas olishni tekshirganda kompensatsiya sifatida aralash xarakterdagi dispniya aniqlanadi metabolik atsidoz, ehtimol nafas olish qiyinlishuvi rivojlanishi kattalar sindromi.

YUrak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar xarakterlidir - keskin(daqiqada 110-20 marta-dan ortiq), puls kuchayadi, uning to'ldirilishi pasayadi va kuchlanish, gipotenziyaga moyillik, mumkin bo'lgan rivojlanish gipovolemik shok ovqat hazm qilish organlarini tekshirganda, tilning qurishi va shilliq pardalar, til qalin oq qoplama bilan qoplangan. Qorin odatda nosimmetrik va bir tekis shishgan, amalda nafas olishda qatnashmaydi. Ushbupalpatsiya deyarli diffuz og'riq bilan tavsiflanadi butun qorin devori, himoya tarangligi maksimal darajada ifodalanadi epigastrium. Peritoneal tirnash xususiyati beruvchi ijobiy alomatlar paydo bo'ladi, peritoneal simptomlar deyarli butun qorin bo'shlig'iga tarqaladi devor. Perkussiyada rivojlanish tufayli timpanit aniqlanadi dinamik ileus. Siydik chiqarish hajmining 200-400 ml gacha pasayishi xarakterlidir kuniga.

Pankreatik nekrozning yuqtirilgan shakllarining klinik mezonlari:

Pankreatik infeksiya odatda 2-3 haftadan keyin rivojlanadi

kasallikning boshlanishi va umumiy xususiyatlariga ega:

1. Bemorning ahvoli yaxshilanmaganligi.
2. Tizimli sindromning namoyon bo'lishini saqlab qolish yoki kuchayishi yallig'lanish reaksiyasi
3. Rivojlanish tufayli organlar faoliyatining "ikkinchi to'lqini"

pankreatogen sepsis.

Parapankreatik infiltrat 3-5 kun ichida rivojlanadi

og'riq sindromi intensivligining pasayishi bilan tavsiflangan kasalliklar,

isitma $37,5-38,0^{\circ} S$, yuqori qorin bo'shlig'ida seziladi

og'riqli infiltratsiya. Imtiyozli o'ng qo'l bilan

infiltratning lokalizatsiyasi, o'n ikki barmoqli ichakning siqilish namoyon bo'lishi kuzatilishi mumkin duodenostaz hodisalarining shakli.

Retroperitoneal to'qimalarning nekrotizan flegmonasi 2-3 gacha rivojlanadi

kasallik haftasi va cheklanmagan infeksiya bilan tavsiflanadi

retroperitoneal to'qimalarda nekroz o'choqlari. Suyuq yiringdan tashqari

tarkibida majburiy to'qima komponenti mavjud

sekvestratsiya. Pankreatik nekrozning bu asoratlari quyidagicha namoyon bo'ladi

tizimli yallig'lanish reaksiyasi, peritoneal simptomlarning paydo bo'lishi, doimiy ichak pareziyasi, pankreatogen yoki yuqumli toksik shok va ko'p sonli organ etishmovchiligi.

Pankreatogen xo'ppoz kasallikning 2-3 xaftaligida hosil bo'ladi.

Pankreatik nekroz klinikasidan so'ng "yorug'lik" davri boshlanadi:

bemor barqarorlashadi, og'riq sindromi to'xtaydi. Ammo, keyinroq natijada parapan-kreatik infiltrat ko'rinishlari mavjud xo'ppoz shakllanishi. Isitma paydo bo'ladi, titroq, namoyon bo'ladi intoksikatsiya sindromi. Xo'ppoz rivojlanish bilan tavsiflanmaydi septik shok va ko'p sonli organ etishmovchiligi. Xo'ppoz bilan, tarkib odatda faqat suyuq tarkibiy qism bo'lib, u ponksiyonni davolash usullaridan foydalanishni osonlashtiradi.

Qo'shimcha diagnostika usullari.

Laboratoriya protokoli:

- qonni to'liq hisoblash (eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit, leykotsitlar, leykotsitlar formulasi);

Gemokonsentratsiya, tizimli namoyon bo'lish bilan tavsiflanadi yallig'lanish reaksiyasi.

- siydikni umumiy tahlili;

Siydikning yuqori zichligi, bir xil elementlarning paydo bo'lishi, silindruriya

- biokimyoviy qon tekshiruvi (amilaza, bilirubin, karbamid, shakar, ALT, ACT, LDH);

Pankreatit sarum amilaza ko'payishi bilan tavsiflanadi, giperglikemiya.

Devitalizatsiya qilingan to'qimalarning hajmi bilvosita xarakterlanadi hujayra ichidagi ferment darajasi - LDH. Boshqa biokimyoviy belgilar organlar disfunktsiyasining mavjudligini va zo'ravonligini tavsiflaydi.

- elektrolitlar (K, Na, Ca); Qo'shimcha diagnostika usullari.

Laboratoriya protokoli:

- qonni to'liq hisoblash (eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit, leykotsitlar, leykotsitlar formulasi);

Gemokonsentratsiya, tizimli namoyon bo'lish bilan tavsiflanadi yallig'lanish

reaktsiyasi.

- siydikni umumiy tahlili;

Siydikning yuqori zichligi, bir xil elementlarning paydo bo'lishi, silindruriya

- biokimyoviy qon tekshiruvi (amilaza, bilirubin, karbamid, shakar, ALT, ACT, LDH);

Pankreatit sarum amilaza ko'payishi bilan tavsiflanadi, giperglikemiya.

Devitalizatsiya qilingan to'qimalarning hajmi bilvosita xarakterlanadi hujayra ichidagi ferment darajasi - LDH.

Boshqa biokimyoviy belgilar organlar disfunktsiyasining mavjudligini va zo'ravonligini tavsiflaydi.

- elektrolitlar (K, Na, Ca);

Instrumental tadqiqot protokoli:

1. ultratovush

axborot tarkibi - 40-86%. Har doim ishonchli tekshirishga yordam bermaydi o'tkir pankreatit shakli, retroperitoneal holatini tavsiflaydi tola.

2. Diagnostik laparoskopiya. metodning axborot tarkibi 70-90% ni tashkil qiladi.

An'anaviy laparoskopiya imkon bermaydi to'g'ridan-o'g'ri oshqozon osti bezi, retroperitoneal to'qimalarni tekshiring, o'lchovni baholang va oshqozon osti bezi va retroperitoneal bo'shliqning mag'lubiyatining tabiati.

Davolovchi va diagnostik laparoskopiyaga ko'rsatmalar:

1. Uning shaklini tekshirish uchun klinik tashxis qo'yilgan me'da osti bezi nekrozi va fermentativ peritonit bilan qorin bo'shlig'ini drenajlash.

2. Turli xil etiologiyali peritonitning differentsial diagnostikasi shoshilinch jarrohlik aralashuvlar.

3. Bilier bilan laparoskopik xoletsistostomiya qilish gipertoniya.

Laparoskopiya paytida pankreatonekrozning mutlaq belgilari:

- plakatlar steatonekroz,

oshqozonning ligamentoz apparati, retroperitonealni gemorragik singdirish tola,

- yuqori ac bilan gemorragik eksudat amilaza faolligi.

Bilvosita belgilar:

- ligamentlar va retroperitoneal to'qimalarning shishishi,
- ingichka ichakning paretik qovuzloqlari,
- o't pufagi devorining seroz "emdirilishi",
- qorin bo'shlig'ida seroz ekssudat mavjudligi.

3. Kompyuter tomografiyasi (KT).

Usulning axborotlilik 71-100% ni tashkil qiladi. Hamma tomonidan bajarilishi kerak 3 kundan 10 kungacha bo'lgan davrda pankreatik nekroz tashxisi qo'yilgan bemorlar kasallikning boshlanishi. Tadqiqot natijalari bo'lishi kerak

Ranson-Baltazar mezonlariga muvofiq ob'ektivlashtirildi (qarang ilovalar).

Pankreatik nekrozda KTning maqsadlari:

- klinik ma'lumot etarli bo'lmagan taqdirda tashxisni aniqlashtirish; laboratoriya va instrumental ma'lumotlar; oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarga zarar etkazish ko'lami va xarakterini baholash; asoratlarni diagnostikasi;
- operativ kirish va jarrohlik aralashuv hajmini aniqlash.

Диагностика инфекционных осложнений:

1. Dinamicheskoe KT i UZI

2. Tonkoigolnaya punksiya s aspiratsiey ekssudata dlya bakteriologicheskogo issledovaniya

3. Prokalsitoninovy test.

Тяжелое состояние больного панкреонекрозом должно быть оценено по критериям Ranson с указанием балла в диагнозе (см. приложение).

Больные с диагностированным панкреонекрозом должны быть осмотрены реаниматологом.

YUqumli asoratlarni diagnostikasi:

1. Dinamik KT va ultratovush tekshiruvi

2. Bakteriologik uchun ekssudatning aspiratsiyasi bilan ingichka igna ponksiyon tadqiqot

3. Prokalsitonin testi.

Pankreatik nekroz bilan bemorning ahvoli og'irligini baholash kerak Ranson mezonlari, tashxisdagi balni ko'rsatmoqda (ilovaga qarang). Pankreatik nekroz tashxisi qo'yilgan bemorlarni tekshirish kerak reanimatolog.

Diagnoz.

Formulirovka diagnoza doljna vklyuchat sleduyushie razdelы:

1. Forma ostrogo pankreatita, pri pankreonekroze - s ukazaniem balla po shkale Ranson.

2. Oslojneniya (mestnye i sistemnye).

O'tkir pankreatitda shifokor harakatlarining algoritmi.

1. O'tkir pankreatitga shubha qilingan barcha bemorlar shoshilinch ravishda jarrohlik kasalxonasiga yotqizilgan.

2. Birlamchi klinik va laboratoriya tekshiruvining vazifasi edematik pankreatit va oshqozon osti bezi nekrozining farqlanishi. Klinik shakl va mumkin bo'lgan asoratlarni ko'rsatadigan tashxis qo'yish kerak bemorning kasalxonada bo'lishining dastlabki 2 soatida.

3. O'tkir edematik pankreatitni davolashning asosiy tamoyillari:

O'tkir shish pankreatitini davolash faqat dori vositasidir. Gidropik o'tkir pankreatit operatsiya uchun ko'rsatma emas.

oshqozon osti bezi ustida.

Dori terapiyasining tarkibiy qismlari:

1. Ochlik.

2. Nazogastrik drenaj.

3. Mahalliy gipotermiya.

4. M-antikolinerjiklar.

5. Sekretarlarga qarshi terapiya

6. Narkotik bo'lmagan analjeziklar.

7. Miotrop antispazmodikalar.

8. Infuzion terapiya:

- hajmi - 25-30 ml / kg. vazn;
- tarkibi - kristalloidlar;

Giyohvand moddalarni davolash samaradorligi mezonlari:

- 48 soat ichida klinik simptomlarning regressiyasi;
- klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarni normallashtirish.

Ilgari shishgan pankreatit bilan og'riqan bemorlar davolanadi ambulatoriya terapevtining nazorati. Muvofiqlik tavsiya etiladi parhez va parhez.

Safro tosh kasalligiga chalingan bemorlarga elektif xoletsistektomiya tayinlanishi kerak.

4. Pankreatik nekroz bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosiy tamoyillari

Intensiv terapiya uchun tashxis qo'yilgan pankreatik nekrozi bo'lgan bemorlar RAO kasalxonasiga yotqizilgan. Vaziyatning og'irligini baholash kerak integral tarozi yordamida (APACHE, Ranson). Jarrohlik taktikasi jarayonning bosqichi bilan belgilanadi. Giyohvand moddalarni davolashning tarkibiy qismlarishqozon osti bezi nekrozi:

1. Ochlik.
2. Nazogastrik drenaj.
3. Mahalliy gipotermiya.
4. M-antikolinerjiklar.
5. Analjeziklar.

Morfin va uning analoglaridan (omnupon) foydalanish istisno qilinadi

1. Miotrop antispazmodikalar.
2. Infuzion terapiya. Hajmi 40-50 ml / kg. tana vaznining nisbati kolloid va kristalloid eritmalar - 1: 4.
3. Oshqozon osti bezi sekretor funksiyasining blokadasini.

Tanlangan dorilar somatostatinning sintetik analoglari (sandostatin, oktreotid), proton nasos blokerlari. Oktreotidning dozasi – YomkhhZr teri ostiga (kuniga 1200 mkg gacha), nazorat qilish – kuniga 40 mg. balki sitostatikani qo'llash (5-ftorurasil – kuniga 10 mg / kgvazn) yoki dalargin (vena ichiga har 6 soatda 1-2 mg)

4. Antibakterial terapiya.

Tanlash uchun dorilar:

- sefalosporinlar III (sefoperazon va sefotaksim) yoki IV (sefepim)

avlodlar + metronidazol;

- ftorxinolonlar (siprofloksatsin, ofloksatsin, pefloksatsin) + metronidazol;

- karbapenemalar (meropenem, imipenem / silastatin).

5. Oziqlanishni qo'llab-quvvatlash.

Bemorning ahvoli og'irligi uchun ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash ko'rsatiladi
pankreatit Ranson shkalasi bo'yicha > 2 ball, APACHE II shkalasi bo'yicha > 9 ball

Yuqoriga

amilaza darajasini normallashtirish, ichak parezining rezolyutsiyasi ko'rsatilgan
parenteral ovqatlanish. Keyinchalik, bemorni enteralga o'tkazish distal joylashtirilgan
nasojejunal prob orqali ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash Treits ligamentlari endoskopik
usulda.

6. Organ etishmovchiligini tuzatish.

7. Ekstrakorporeal detoksifikatsiya.

Gemo- va limfosorbtsiya, gemo- va plazma filtratsiyasi, plazmaferez,
entero sorbsiyasi.

Dori terapiyasining samarasini har kuni baholash kerak

bemorning ahvoli og'irligini integral baholash tizimlariga muvofiq

(Ranson, APACHE II). Jarrohlik taktikasi

bemorni qabul qilishdan boshlab 12-24 soat ichida

Laboratoriya tekshiruvlarida o'tkir pankreatit proteolitik fermentlar ko'rsatkichi-
ning oshishi (amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza) xarakterli xisoblanadi. O'tkir
pankreatitda qonda va siydikda diastaza miqdori xamavakt oshavermaydi. Amilaza
miqdori birdaniga oshishi (512-1024 TB dan ortiq) pankreatitdan dalolat beradi, biroq
amilaza darajasining normalligi bu kasallikni istisno qilmaydi. Bez katta o'zgarishlarga
uchraganda qonda va siydikda diastaza miqdori sezilarli o'zgarmaydi yoki xatto
pasayadi.

Tripsin miqdori ancha oshishi xam o'tkir pankreatit uchun patognomonikdir.
Tripsin va uning ingibitorlari miqdori erta oshadi, lipaza konsentratsiyasi oshishi
birmuncha kech muddatlarda (kasallik boshlanishining 3-4-sutkalarida) sodir bo'ladi.

Giperglikemiya va glyukozuriya patologik jarayonga bez orolsimon apparatining tortilishi to'g'risida dalolat beradi. Gipokalsiemiya o'tkir pankreatitning destruktiv formalari uchun patognomonik bo'ladi. U odatda kasallikning 4- va 10-kunlari orasida, ya'ni yog' nekrozlari eng rivojlangan davrda paydo bo'ladi. Kalsiyning 4 mkvql dan pasayib ketishi prognoz jihatidan yomon belgi xisoblanadi.

Siydikda, me'da osti bezi fermentlari miqdori oshishidan tashqari, oqsil, eritrotsitlar, silindrlar paydo bo'ladi. Og'ir xollarda buyrakning toksik-infeksion zararlanishi o'tkir buyrak etishmovchiligiga olib keladi, bu oliguriya yoki anuriya, qonda azotli shlaklar yig'ilishida yuzaga chiqadi.

Me'da osti bezi to'qima fermentlarini tekshirish muayyan diagnostik ahamiyatga ega. Elastaza fermenta aktivligi odatda Keller va Mandl bo'yicha (1971), transaminaza aktivligi esa Bregmayer bo'yicha (1970) aniqlanadi. Kasallikning xamma formalarida bu fermentlarning aktivlik darajasi nisbatan yuqori bo'lishi aniqlangan. Sog'lom odamlar qonida elastaza va transaminaza aktivligi aniqlanmaydi. O'tkir pankreatitli bemorlarda qonda elastaza aktivligi minutiga 4,3 dan 5 l mkmolqmin atrofida bo'ladi. Transaminaza aktivligi 2,29 dan 4,29 mk molqmin gacha o'zgarib turadi.

qon zardobida to'qima fermentlari paydo bo'lishi me'da osti bezi xujayralari destruksiyasidan dalolat beradi va bir nomdagi patobioximiyaviy sindrom tushunchasini tashkil qiladi.

O'tkir pankreatitning asosiy asoratlari: erta asoratlari - shok va o'tkir yurak etishmovchiligi, peritonit; bir muncha kech asoratlari - me'da osti bezi absessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasi, diafragma osti, ichaklararo, charvi xaltasi, arrosion qon ketishlar, nekrozga uchragan to'qima ko'chishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, keyinchalik me'da osti bezining soxta kistalari va oqmalari, ichak oqmalari, qandli diabet kabilar paydo bo'lishi extimol.

Differensial diagnostikasi.

O'tkir pankreatitam birinchi navbatda me'da va o'n ikki barmoq ichakning teshilgan yarasi bilan differensial diagnostika qilish kerak. Teshilgan yara uchun bemorning navqiron yoshi, yarali anamnez, «xanjar bilan urgandek» og'riq, qusishning yo'qligi, «taxtasimon» qorin. Perkussiya qilganda jigar tumtoqligi yo'qolishi va diafragma gumbazi ostida rentgenda tekshirishda aniqlanadigan o'roqsimon xavo yo'li borligi xos. O'tkir pankreatit o't-tosh kasalligi bo'lgan va yog' almashuvi buzilgan yoshi ulg'aygan odamlarda uchraydi. O'tkir pankreatit uchun og'riqning g'ir aylanib tutishi, irradiatsiyasi, qayta-qayta qusish, «mushak ximoyasi» simptomi yo'qligi, qorin kepchishi, leykotsitoz, giperezemimiya va diastazuriya xos.

O'tkir xoletsistit va o't sanchig'i xurujlari o'tkir pankreatit bilan bir qator umumiy simptomlarga ega (to'satdan boshlanishi, o'tkir og'riq, og'riq irradiatsiyasi, peristaltika susayishi va b.) Biroq, o'tkir xoletsistit uchun og'riqning o'ng qovurg'alar ostida joylashuvi, mushak ximoyasi simptomi paypaslash vaqtida kattalashgan va og'riydigan o't pufagi yoki o'ng qovurg'alar ostida infiltrat aniqlanadi, qon va siydikda diastaza ko'rsatkichlari normal. Ko'pincha o'tkir pankreatit o't-tosh kasalligi zaminida rivojlanadi (xoletsistopankreatit).

O'tkir pankreatit bilan o'tkir mexanik ichak tutilib qolishi o'rtasida differensial diagnoz quyidagi belgilar asosida o'tkaziladi: o'tkir pankreatitda og'riq doimiy bo'ladi va peristaltikaning susayishi yoki butunlay yo'qolishi bilan o'tadi, og'riq qorinning yuqori va o'rta qismlarida bo'ladi. Aksincha, ichakning o'tkir tutilib qolishida og'riqlar qorinning xamma joyida to'lqinsimon bo'ladi; kasallikning dastlabki davrida peristaltika kuchli. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlari miqdorining yuqoriligi o'tkir pankreatit diagnozini tasdiqlaydi.

O'tkir appenditsit xam, o'tkir pankreatit kabi, aksariyat epigastral sohada og'riqdan boshlanadi. Biroq appenditsitda epigastral sohada og'riq qisqa fursat bo'ladi, 3-4 soat o'tgach og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi, qorin devorining taranglashuvi va rivojlanayotgan mahalliy peritonitning boshqa simptomlari bilan birga uchraydi. Siydik

va qondagi diastazani tekshirish bu ikkala kasallik o'rtasida uzil-kesil differensial diaqnoz o'tkazishga imkon beradi.

Diagnostikasi. O'tkir pankreatit diaqnozini qo'yishda anamnez ma'lumotlari (ko'p ovqat eyish va ichkilik ichish, shikastlar va boshqalar), qorinning yuqori bo'limida ko'pincha og'ir aylanib tutadigan kuchli og'riq, uning taxikardiya va arterial bosimning pasayishi bilan o'tishi asos bo'lib xizmat qiladi. Peritonit rivojlangunga qadar qorin yumshoqligicha qoladi, biroq ko'tarilgan bo'ladi, peristaltika bo'lmaydi. Ba'zan Mayo - Robson musbat simptomi bo'ladi.

O'tkir pankreatitda laparoskopik tekshiruvlar bu kasallikni oshig'ich diaqnostika qilishning eng qimmatli metodlaridan biri xisoblanadi. O'tkir pankreatitda laparoskopiya o'tkir pankreatit formasini aniqlashda, pankreonekrozning patobioximiyaviy turini bilishda yordam beradi, pankreatogen peritonit, qushilib keladigan kasalliklar (destruktiv xoletsistit) ni aniqlashga imkon beradi.

Laparoskopik tekshirishga kursatmalar quyidagicha: klinik manzaraning noaniqligi, pankreatit va qorin bushlig'ining boshqa o'tkir kasalliklari o'rtasida differensial diaqnostika qilish zarurligidir. O'tkir pankreatitning klinik belgilari aniq bo'lganda laparoskopiya kasallikning formasini aniqlash va davo muolajalarini bajarish uchun qilinadi.

Laparoskopiyani ilgari qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan, shuningdek katta ventral churrallari bo'lgan bemorlarda qo'llanish mumkin emas.

So'nggi yillarda kompyuterli tomografiya va ultratovush bilan tekshirish eng ko'p axborot beradigan usullar bo'lib qoldi, ular me'da osti bezi o'lchamlarini, strukturasiqning bir xil emasligini aniqlab beradi.

Qorin aortasi tarmoqlarini selektiv va superselektiv angiografiya qilish metodlarini klinikaga joriy qilish me'da osti bezi kasalliklarining diaqnostikasini birmuncha yaypiladi. Angiografik tekshirish o'tkir pankreatitda paydo bo'ladigan me'da osti bezi angioarxitektonikasiga hos o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi.

O'tkir pankreatitning xamma angiografik simptomlarini uch guruxga bo'lish mumkin: 1) me'da osti bezi arterial o'zanidagi o'zgarishlar; 2) me'da osti bezidagi gemotsirkulyasiya buzilishi; 3) me'da osti bezini o'rab turgan tomirlardagi va qorin stvoli xavzasi tomirlaridagi o'zgarishlar.

O'tkir pankreatitda me'da osti bezi arterial o'uzanidagi o'zgarishlar arteriya bo'shlig'i kengayishi, surilishi, o'zayishi va to'g'rilanishi, konturlarining noaniqligi, chaplashib ketganligi, shakli o'zgarishi va torayishi, betartib joylashuvi, ayrim tomirlarning uzilishi, shuningdek tomir devoridagi nuqsonlardan iborat.

Rentgenologik tekshiruvda o'tkir pankreatitning bilvosita belgilari aniqlanadi. Obzor rentgenogrammada me'daning kengayganligi, unda suyuqlik borligi aniqlanadi. O'n ikki barmoq ichak qovuzlog'i («takasi») kengaygan, parez xolatida.

Ba'zan o'tkir pankreatit belgilari qorin bo'shlig'idan transparietal punksiya yordamida ekssudat olish, me'da osti bezini instrumentlar bilan paypaslash, o't pufagini transparietal punksiya va drenaj qilish kabi maxsus diagnostik muolajalar vositasida aniqlanishi mumkin.

Davolash.

O'kir pankreatitni patogenetik davolash, ya'ni asosiy davo tadbirlari patogenez konsepsiyasiga muvofiq kelishi kerak.

Ferment toksemiyaga qarshi kurashish uchun quyidagilardan foydalaniladi:

1) me'da suyuqligini aspiratsiya qilish va me'dani sodali sovuq eritma bilan yuvish (me'da suyuqligidagi xlorid kislotasi pankreatik sekretsia stimulyatori xisoblanadi). Oddiy sfinkteridagi spazmni yo'qotish uchun atropin yuborish, me'da osti bezi gipotermiyasi, 4-5 kungacha sitostatiklar yuborish (5-ftoruratsil, ftorafur va boshqa pankreatik fermentlar ishlanishini to'xtatadi) bez tashqi sekreter funksiyasini pasaytiradi; 2) spazmolitiklar yuborib ishlab chiqarilgan fermentlarning normal evakuatsiyasini ta'minlash; 3) qon o'zaniga yoki qorin bo'shlig'iga tushgan fermentlarni yo'qotish; ko'krak limfatik yo'lini limfosorbsiya bilan drenaj qilish, diurez

stimulyasiyasi; qorin bo'shlig'ini drenajlash; 4) fermentlarni proteazlar ingibitorlari bilan (kontrikal, gordoks, salol va boshqa) aktivsizlantirish.

Og'riqni yo'qotish yoki kamaytirish uchun analgetiklar va spazmolitiklar (noshpa, papaverin, platifillin) qo'llanish zarur. Peridural blokada (orqa miya peridural bo'shlig'ini anestetiklar yuborib kateterlash) yaxshi samara beradi.

Suv-elektrolit balansini idora qilish, yurak faoliyatini normaga solish va toksikozni pasaytirish maqsadida 5-10% li glyukoza eritmaları, poliion eritmalar, poliglyukin plazmasi, gemodez qo'llanish tayinlanadi. Kaliy preparatlari, yurak glikozidlari ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanadi.

Antiferment terapiya. Proteazalar ingibitorlari bilan davolash. 1953 yilda Frea o'tkir pankreatitni davolash uchun birinchi marta kallikrein inaktivatori - trasilol qo'llagan. Xozirgi vaqtda boshqa ingibitorlar: kontrikal, gordoks, pantripin, iniprol, zimofen va boshqalar keng qo'llanilyapti. Ingibitorlar ko'p yil qo'llanilishiga qaramay, ularning ta'sir mexanizmi, fazalari, qo'shimcha ta'siri turrisida yagona fikr yo'q. Ko'p sonli tekshirishlarda proteazalarning ingibitorlari pankreonekrozda ro'y-rost terapevtik samara berishi, zarbali dozalari bilan qo'shma davolash esa pankreatogen toksemik asoratlardan o'limni birmuncha pasaytirishi aniqlangan. Preparatni oddiy usullarda (mushak orasiga va venaga) yuborish me'da osti bezida va qorin bo'shlig'ida antiferment preparatlarning yuqori konsentratsiyasini ta'minlay olmaydi. Bunga preparatlarni qo'shma usulda: venaga, regionar - arteriyaga, qorin pardasi ichiga, qorin pardasi orqasiga yuborilganda muvaffak bo'linadi. Proteaza ingibitorlarining yuqori mahaliy konsentratsiyasi aktiv tripsinogenni bloklab qo'yish, periatsinar bo'shliqda tripsinning aktivsizlanishi va proteoliz regionar jaraenlarini to'xtatib qo'yishni, kininogenez va fibrinolizni ta'minlaydi.

Sitostatiklar bilan davolash. Oqsil sinteziga atsinoz xujayralari bilan ta'sir qilib sitostatiklar (5-ftoruratsil, ftorafur) me'da osti bezi ekzokrin funksiyasini to'xtatish 70-yillarning II yarmida pankreonekrozda qo'lanilgan. 5-ftoruratsil 500 ml fiziologik eritmada suyultirilib, sutkasiga bir marta 2-3 kun mobaynida 250-300 mg dozada

yuboriladi. Preparat qorin aortasi stvoliga selektiv yuborilganda davolash eng ta'sirchan bo'ladi. Kasallikning kechikkan muddatlarida sitostatiklarning davolash ta'sirchanligi juda ozligini ta'kidlab o'tish zarur.

Detoksikatsiya. Pankreatogen toksemiya kasallikning birinchi davrida rivojlanadi. Agar bu davrda detoksikatsiya o'tkazilmasa, ahvol jiddiylashadi, ingibitor to'siq mexanizmlar izdan chiqadi, mahalliy patologik jarayon buziladi va uning avj olishi mikrotsirkulyasiya buzilishi va tomir ichida qon ivishi sindromi ta'siri ostida sodir bo'ladi. O'z vaqtida o'tkazilgan detoksikatsion davolashgina patologik jarayonning bundan keyingi rivojini to'xtatadi.

Detoksikatsiyaning ta'sirchan metodlaridan biri infuzion terapiyani organizmni suyuqlik bilan to'yintirish (gemodilyusiya) va diurezni kuchaytirish bilan qo'shib olib borishdan iborat. Gemodilyusiya va kuchaytirilgan diurez prinsiplari oddiy, hamma e'tirof qilgan prinsipdir. Diurez soatiga 25 ml dan pasayib ketganda kuchaytirilgan diurez tayinlanadi.

Ko'krak limfatik yo'lini tashqi drenaj qilish. O'tkir pankreatitni davolash uchun bu metodni qo'llanish patogenetik asoslangan. Pankreonekrozda jigar interstitsial bo'shliqlari shishi va kompressiyasi, shuningdek mikrotsirkulyator buzilishlar sababli limfaga me'da osti bezi fermentlari va autoliz mahsulotlari ko'p o'ta boshlaydi, bunda uning toksinligi keskin ortadi. Limfaning toksinligi darajasi me'da osti bezi zararlanishining og'ir-engilligiga bog'liq. Limfaning tashqariga chiqarilishi jarayonida, asosan dastlabki 2-3 sutka ichida uning toksinligi kamayadi. Bu davrda limfa bilan birga autoagressiv fermentlarning kattagina miqdori - lipaza va tripsin chiqariladi. YOg'li nekrozda tashqi limfa drenaji Ayniqsa ro'y-rost detoksikatsion natija beradi. Limfa bilan birga oqsillar, elektrolitlar yuqotilishi limfa oqib ketishining salbiy tomoni xisoblanadi.

So'nggi yillarda klinik amaliyotga aktiv detoksikatsiya metodlari: limfosorbsiya (R. Panchenko, 1982) va gemosorbsiya (YU. M. Lopuxin, 1975) jadallik bilan joriy qilindi.

Sorbentlar bilan tozalangan limfa reinfuziyasi tashqi drenajlar metodining keyingi rivoji bo‘lib xisoblanadi. Limfosorbsiyaga amalda monelik qiladgan dollar yo‘q, biroq uni qo‘llanish limforeya yuqori bo‘lganda yaxshi natija beradi.

Pankreonekrozda gemosorbsiya og‘ir endotoksikozda, pankreogen shok hodisalarida va jigar-buyrak etishmovchiligida rivojlanadigan intoksikatsion psixozlarda qo‘llanilishi kerak.

Og‘ir pankreatik endotoksikozda plazmoferez o‘tqazishda yuqori davo natijasi olingan (A. M. Sazonov, 1984). Bu metodda vatanimizda ishlab chiqariladigan asbob yordamida limfa xaydalib (1-1,5 l gacha) donor plazmasi va albumin bilan aralashtiriladi. Plazmoferezning davo ta’siri plazma bilan birga ekzogen va endogen toksinlarni chiqarishdan iborat.

Laparoskopik drenajlash va qorin bo‘shliq perfuziyasi. Pankreatogen peritonit jadal kechadi, tez oshib boradigan intoksikatsiya, parenximatoz organlar distrofiyasi, gemodinamikaning og‘ir buzilishini keltirib chiqaradi. Peritonitga qarshi kurashning ta’sirchan chorasi ekssudatni aktiv xaydash, qorin bo‘shlig‘iga antiferment preparatlar, antibiotiklar yuborish xisoblanadi. SHu maqsadda pankreonekrozni eng ta’sirchan va bezarar davolash metodi qorin bo‘shlig‘ini laparoskopik drenajlash, ayni vaqtda ekssudatni peritoneal dializ tipi bo‘yicha evakuatsiya qilish hisoblanadi.

Pankreatogen peritonitni laparoskopiya metodi bilan davolash ikki bosqichdan - diagnostik va davolash bosqichidan iborat bo‘ladi. Diagnostik bosqichda pankreatit shakli, peritonit hodisalari bor-yo‘qligi aniqlanadi. Gemorragik ekssudat, steatonekroz dog‘lari va aseptik pankreatogen peritonit belgilari ikkinchi bosqich - qorin bo‘shlig‘ini qorin ichi perfuziyasi yoki infuziyasi o‘tqazish maqsadida drenajlash uchun asosiy ko‘rsatma hisoblanadi.

O'tkir pankreatitni laparoskopik davolash

O'tkir pankreatit jarrohliligini tashxislash va davolash muammosi o'limning yuqori darajasi va septik asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarbligicha qolmoqda. Biz o'tkir pankreatit uchun laparoskopik jarrohlik usulini qo'lladik. U quyidagilardan iborat: diagnostik laparoskopiya bosqichida oshqozon osti bezining vayron bo'lish darajasi, peritonitning tarqalishi, retroperitoneal flegmonaning mavjudligi va o't yo'lining gipertoniya darajasi ko'rsatiladi. Biz quyidagi endoskopik manipulyatsiyalarni bosqichma -bosqich bajaramiz: qorin bo'shlig'ini yuvish va eksudatni olib tashlash; 5 - 6 smli deraza shakllanishi bilan birinchi qisqa arteriyadan gastro -kolik ligamentni safarbar qilish; oshqozon osti bezi va omental bursa bo'shlig'ini endoskissor yordamida gastro-pankreatik ligamentni ajratish va elektrokoagulyatsiyasi bilan tekshirish, omental bursa bo'shlig'ini yuvish. Operatsiyaning laparoskopik bosqichi qovuq bo'shlig'idagi drenaj trubasini devoriga mahkamlaydigan intrakorporeal qo'lda choklar yordamida xoletsistostomiya qo'yish bilan yakunlanadi. Qorin bo'shlig'i 3 va 6 -portlar yordamida drenajlanadi. Agar kerak bo'lsa, biz chap yonbosh sohasidagi ponksiyon orqali tutqich ildiziga qo'shimcha drenaj olib kelamiz. O'tkir pankreatit va pankreatik fokal nekrozning shish shaklida operatsiya laparoskopik usulda bursa bo'shlig'ini drenajlash yo'li bilan, ikki oynali vinilxlorid trubkasi bilan, oyna hosil bo'lgandan keyin 2 va 4-portlardan o'tadi. kamroq omentum. Keng tarqalgan peritonit bo'lsa, biz operatsiyadan keyingi davrda yangi dinamik laparoskopiya uchun qoldiramiz. Oshqozon osti bezi, parapankreatik va retroperitoneal flegmonada katta nekroz o'choqlari bo'lsa, biz operatsiyaning ochiq bosqichiga o'tamiz - bursopankreatostomiya, qorin bezi, retroperitoneal flegmonaning ochilishi. Buning uchun biz chap gipoxondriyumda kosta kamariga parallel ravishda 5-6 sm uzunlikdagi laparotomiya qilamiz, qorin bo'shlig'i to'g'ri mushakining qisman kesishishi bilan o'rta chiziqdan 6 sm uzoqlashamiz. Qorin pardasi teriga tikiladi. Oshqozon va yo'g'on ichak devorining yaraga tushishining oldini olish uchun oshqozon-ichak yo'lining derazasi yaraning perimetri bo'ylab, uning chetidan 3 sm masofada qorin pardasiga tikiladi. Shunday qilib, erkin qorin bo'shlig'idan to'liq ajratilgan bursopankreatostomiya hosil bo'ladi. Yaratilgan stoma orqali biz

parapankreatik flegmonaning ochilishi bilan oshqozon osti bezining dumidan tortib noaniq jarayongacha qorin bo'shlig'ini o'tkazamiz. Erkin yotgan sekvestrlar, nekrotik to'qimalar, deuterit ham bezning o'zidan, ham parapanreatik to'qimalardan chiqariladi. O'ng va (yoki) chap lateral kanallar bo'ylab yoyilgan retroperitoneal flegmon bo'lsa, biz mos keladigan tomondan 8 sm uzunlikdagi lumbotomiya qilamiz, retroperitoneal flegmonani ochamiz, retroperitoneal bo'shliqni ikki lumenli vinilxlorid bilan drenajlaymiz. quvurlar va qo'lqopli drenaj. Bunday holda, laparoskopik nazorat qorin bo'shlig'i tomondan amalga oshiriladi. Lumbotomiya yaralari to'g'ri chiqib ketishini ta'minlash uchun 5 sm gacha tikiladi. Omental bursa bo'shlig'i, parapankreatik to'qimalar operatsiyadan keyingi doimiy aspiratsiyali me'da osti bezi ostiga va ostiga o'rnatilgan ikkita lümenli PVX quvurli ikkita drenaj bilan drenajlanadi. Birinchi rejalashtirilgan qorin bo'shlig'i, omental bursa va retroperitoneal to'qimalarning sanitariyasi operatsiyadan keyingi ikkinchi kuni, so'ngra oshqozon osti bezi va parapankreatik to'qimalarning shikastlanish darajasiga qarab amalga oshiriladi. Bu usulda jami oshqozon osti bezi nekrozi va retroperitoneal flegmonasi, diffuz peritoniti va pankreatik pankreatik nekrozi bo'lgan 6 bemor operatsiya qilindi. Bir laparoskopik dinamik rejali qorin sanitariyasi bajarildi, 4 dan 8 gacha omental bursa bo'shlig'i va retroperitoneal to'qimalarni sanitarizatsiya qilindi. Yiringli-yallig'lanish jarayoni susaygach, lumbotomiya va bursopankreatostomiya drenaj bo'ylab ikkinchi darajali niyat bilan davolanadi. Eroziv qon ketish va ovqat hazm qilish oqmalarining shakllanishi kuzatilmagan. Bir bemor, 68 yoshda, ikkinchi organning progressiv etishmovchiligi, pankreatogen shokdan vafot etdi.

Arteriya ichi regional infuzion terapiya (RIT). Bu usulni o'tkazishga asosiy ko'rsatma pankreonekroz kechishining avj olishi, peritonit va toksemik asoratlardir. RITni o'tkazish uchun ishlatiladigan davo aralashmasi tarkibi: kontrikal - 60000 TB, geparin -2000 TB, reopoliglyukin - 400 mg, nikotinat kislota - 20 ml, novokain -2,5 g, izotonik natriy xlorid eritmasi yoki Ringer - Lokk eritmasi -1000 ml umumiy xajmgacha. Kateter rentgen televizion moslama nazorati ostida o'rnatiladi. RIT ning asosiy davo vazifasi proteoliz va kininogenez jarayonlarini to'xtatish, qon

mikrotsirkulyasiyasining lokal va sistem buzilishlarini davolash, shuningdek markaziy gemodinamika buzilishlarini bartaraf qilishdan iborat. SHunga ko'ra RIT pankreatogen shokni davolashda, pankreonekroz va fermentativ peritonit rivojlanishining oldini olishda birdan-bir usul xisoblanadi.

Me'da osti bezining lokal gipotermiyasi. O'tkir pankreatitni davolash bo'yicha tadbirlar kompleksiga me'da osti bezini qorin devori, me'da, yo'g'on ichak orqali sovutish yo'li bilan gipotermiyani kiritadilar. Bunda haroratni anchagina pasaytirish bez to'qimasida modda almashinuvi jarayonlarini susaytiradi, uning fermentativ funksiyasini va proteolitik fermentlar aktivligini kamaytiradi.

Bevosita lokal gipotermiyani operatsiyadan keyingi davrda, me'da osti beziga operatsiya vaqtida kiritilgan maxsus zond yordamida bajariladi. Bezda operatsiya o'tkazilgandan keyin (drenaj, omentopeksiya, abdominizatsiya va b.) unga ikki bo'shliqli naycha bilan ulangan maxsus tayyorlangan lateks ballon qo'yiladi, uni chap qovur-alar ostidagi kesma orqali tashqariga chiqariladi. Me'da osti bezini 2-4 soatdan kuniga 3 marta muntazam sovutiladi. Ko'pgina olimlar aytib o'tilgan usulning afzalligi me'da osti bezini umumiy gipotermiya qilmay turib lokal sovutishdan iborat deb xisoblaydilar. Biroq, ular gipotermiyani amalga oshirish uchun maxsus xirurgik operatsiya o'tqazishni tavsiya qilmaydilar.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolash. O'tkir pankreatit quyidagicha xirurgik davolash qilinadi: 1) o'tkir pankreatit, uning destruktiv formalari; xoletsistit bilan birga uchraganda; 2) 36-48 soat mobaynida konservativ davolash naf bermaganda; 3) qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenaj qilib bo'lmaydigan pankreatogen peritonitda; 4) o'tkir pankreatit asoratlarida; charvi xaltasi absessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasida. O'tkir pankreatitning destruktiv formalarini aniqlashda va davolashda laparoskopiyaning ahamiyati katta, o'ning yordamida diagnozni aniqlash, o't chiqaruv yo'llari gipertenziyasini aniqlash va laparoskop nazorati ostida teri orqali xoletsistostomiya o'tqazish, biroq eng muximi - qorin bo'shlig'ini suyuqlik aspiratsiyasi uchun drenajlash (ferment toksemiyani kamaytirish), qorin bo'shlig'ini antibiotiklar va proteaza ingibitorlari bilan yuvish mumkin.

O‘tkir pankreatitni davolash kasallikning davriga asoslanadi.

Kasallikning fermentativ davrida bemorlarga bazis, antisekretor, detoksikatsion, immunostimullash, antibakterial davolash olib boriladi (1 jadval).

Oshqozon osti bezidagi destruktiv jarayonga nisbatan kasallikning fermentativ davrida davolash o‘ziga xos xususiyatlariga egadir.

O‘tkir shishli pankreatitda davolash bazis va antisekretor terapiyadan iborat.

Kichiko‘choqli pankreonekrozda konservativ terapiya quydagilardan iborat:

1. Oshqozon osti bezi faoliyatini bosish (ochlik, maxaliy gipotermiya, oshqozon zondlash va doimiy aspiratsiya, antisekretor terapiya – oktreetid, sandostatin).
2. Detoksikatsiya (plazmaferez; ko‘rsatmalarga asosan qorin bo‘shlig‘ini laparoskopik drenajlash; vena ichiga infuziya va forsirlangan diurez).
3. Antiferment terapiya – kontrikal, gordoks, trasilol.
4. Og‘riqni oldini olish (spazmolitiklar, analgetiklar, novokain blokadalar).

Kattao‘choqli pankreonekrozda bemorlarga antisekretor, detoksikatsion, antioksidant, antigipoksant, antiferment terapiya o‘tqiziladi. Agar bemor kech murojaat qilsa, kattao‘choqli pankreonekrozda antisekretor terapiya o‘tqazilmaydi, chunki pankreonekroz rivojlanib bo‘lgan va bu xolatda oshqozon osti bezi faoliyatini bosishdan foyda yo‘q.

O‘tkir destruktiv pankreatitni reaktiv davrida davolash quydagilardan iborat: enteral zondli oziqlantirish, yuqorikaloriylik dieta; ichak normal florasi tiklash; yirringli asoratlarni oldini olish (antibiotiklar, immunokorreksiya); antioksidant va antigipoksantlar.

O‘tkir destruktiv pankreatit septik turida bemorlarga operativ davolanish ko‘rsatilgan.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolashda operatsiyalarning quyidagi tiplari qullaniladi: 1) charvi xaltasini drenajlash, 2) me'da osti bezi dumi va tanasini rezeksiya qilish, 3) pankreatektomiya.

Bizning mamlakatimizda yopik, operatsiyalar - charvi xaltasini drenaj qilib, peritoneal perfuziya, omentopankreatopeksiya, me'da osti bezi oldingi yuzasini katta charvi to'plami bilan o'rash eng ko'p tarqalgan. Omentopankreatopeksiya jarayoning chegaralanishiga, me'da osti bezida qon ta'minoti yaxshilanishiga imkon beradi, nekroz bo'lgan qismlarning bitishini tezlashtiradi. Bu usul yog'li pankreonekrozning mayda va yirik o'choqli yakka formalarida qo'llanilishi kerak.

Katta va total nekrozlarda yiringli-septik asoratlarning oldini olish uchun erta o'tqaziladigan radikal operatsiyalar: sekvestrektomiya, nekrektomiya, bez rezeksiyasi, pankreatektomiya eng istiqbolli xisoblanadi. Keyingi ikkita operatsiyani aktiv kompleks davolash natija bermagan, nekrotik jarayon esa tez avj olib borayotgan bemorlarda o'tkazilgani yaxshi.

Sekvestrektomiya - nekrozlangan bez qismini jonsizlangan to'qima chegarasida olib tashlash-o'tmas yo'l, digitoklaziya bilan bajarilishi mumkin va bunda qon oqmaydi.

Nekrektomiya-nekrozlangan bez qismini qon bilan ta'minlanadigan to'qimalar chegarasida olib tashlash-o'tkir yo'l bilan bajariladi; bez to'qimalari nekroz chegarasi bo'ylab kesiladi va qonab turgan tomirlar qunt bilan tikiladi.

Me'da osti bezi rezeksiyasi-organning bir qismini bezning o'zgarmagan to'qimalari chegarasida ko'ndalangiga kesib olib tashlash splenektomiya bilan o'tishi yoki o'tmasligi mumkin. Ko'pincha me'da osti bezining korporokaudal rezeksiyasi taloqni olib tashlash bilan birga bajariladi, chunki odatda qorin pardasi ortidagi infiltratsiya bilan o'tadigan pankreonekrozda taloq venasi trombozi bo'ladi. Bundan tashqari, taloqni saqlab qolish uning tomirli oyog'ini bez to'qimasidan ajratish qiyinligidan operatsiyani mushkullashtiradi.

Radikal operatsiyalarda me'da osti bezi yuzasini va qorin bo'shlig'i bo'limlarini drenaj qilish aloxida ahamiyatga ega. Ko'pgina olimlarning tajribasi shuni ko'rsatadiki, operatsiya natijasi ko'p jixatdan eksudatni yaxshi evakuatsiya qilishga va operatsiya qilingan joyni doimiy yuvib turishga bog'liq. Me'da osti bezi rezeksiyasidan keyin qorin bo'shlig'ida drenajlarni eng qulay joylashtirishni V. S. Zemskov taklif etgan.

Pankreonekrozda pankreatoduodenal rezeksiya nixoyatda kam qo'llaniladi. Uni Sovet Ittifoqida A.A. SHalimov (1979) o'n ikki barmoq ichak devori destruksiyasi bilan o'tgan total pankreonekrozli bemorlarda birinchi marta muvaffaqiyatli qo'llagan.

SURUNKALI PANKREATIT

Surunkali pankreatit mustaqil kasallik xisoblanmay, balki o'tkir pankreatitning davomi va natijasi bo'lgan faza xolati hisoblanadi, xolos.

Klassifikatsiyasi: Surunkali pankreatitning xar hil klinik kechishi bilan farq qiladigan quyidagi formalari tafovut qilinadi (M.I. Kuzin va muallifdoshlari).

1. Surunkali qaytalanadigan pankreatit.
2. Surunkali og'riqli pankreatit.
3. Surunkali pankreatitning latent (og'riqsiz) formasi.
4. Soxta tumoroz pankreatit.
5. Surunkali kalkulyoz pankreatit.
6. Surunkali soxta kistali pankreatit.

Etiologiyasi. Surunkali pankreatitning etiologik omillari qatoriga me'da osti bezi bilan anatomik va fiziologik jixatdan bog'langan organlarning (o't pufagi, o't yo'llari, jigar, me'da, o'n ikki barmoq ichak) xar xil zararlanishlarini, alkogolizm, oriqlab ketish, turli dori-darmonlar va ximiyaviy omillar ta'siri, me'da osti bezi shikastlari, o'tkir va surunkali infeksiyalar, intoksikatsiya, bez yo'li sistemasi, me'da osti bezidagi o'zgarishlar (birlamchi o'smalar)ni kiritish mumkin.

Patogenezi. Surunkali pankreatitning o'tkir pankreatit patogenezi bilan ko'p o'xshash tomonlari bor. Kasallik qaytalanishi jarayonga me'da osti bezining yangi-yangi bo'limlari tortilishiga olib keladi, bu vaqti kelganda funksional parenximaning chandiqli biriktiruvchi to'qima bilan almashinuviga sabab bo'ladi, bez yo'llarida va paravazal kletchatkadagi sklerotik o'zgarishlarga olib keladi.

Patologik anatomiyasi. O'tkir va surunkali pankreatit me'da osti bezi atsinoz xujayralarining o'z-o'zini hazm qilishi, yallig'lanish reaksiyasi rivojlanishi, jonsizlangan parenxima o'rnida biriktiruvchi to'qima o'sib kalinlashishi, jarayon avj olganda esa organ sklerozi bilan o'tadigan nekrozi bilan xarakterlanadi. Biriktiruvchi to'qima jadal rivojlanishi natijasida bez zichlashadi va aksariyat xajmi o'zgaradi. Mikroskopik tekshirishda to'qima fibrozi bilan bir vaqtda uning yallig'li infiltratsiyasi, lipomatoz, bez yo'llari devorida yallig'lanish o'zgarishlari kuzatiladi. Ba'zan bez yo'li bo'shlig'i obliteratsiyasi: bez to'qimasiga tuzlar va kalsiy yig'ilishi natijasida ko'p sonli mayda kistalar topiladi.

Klinikasi. Surunkali pankreatitning asosiy klinik belgilari og'riq sindromi; me'da osti bezi tashqi sekreter etishmovchiligi avj olishiga aloqador xazmning buzilishi; insulyar apparat funksiyasi buzilishining klinik simptomlari; biliar (o't) gipertenziyasi sindromi (mexanik sariqlik, xolangit, ikkilamchi xoletsistit); me'da osti bezi kistalari va oqmalari kabi pankreatit asorati simptomlari, segmentar portal gipertenziya, duodenal staz va boshqalar.

qorinning yuqori yarmidagi og'riq bemorni tibbiy yordamga murojaat qilishga majbur etgan eng muxim va ilk simptomlardan biri xisoblanadi. Og'rik g'ir atrofni o'rab oladi, orqaga kurak orasi soxasiga, o'ng qovurg'alar ostiga beriladi. Og'riq doimiy yoki xurujsimon bo'ladi. Og'riq xurujlari bir necha soatdan 4-6 sutkagacha davom qiladi. Ko'pincha bunga parhezning buzilishi sabab bo'ladi.

Dispeptik buzilishlar, ko'ungil aynishi, qusish, so'lak oqishi, ich buzilib turishi (qabziyat ich ketishi bilan almashinib turadi) doimiy bo'ladi, yoki faqat qo'zish davrida kuzatiladi.

Diareya alkogolli pankreatitli bemorlar uchun ayniqsa xos. SHuningdek kreatoreya (xazm bo'lmay qolgan mushak tolalari) va steatoreya (xazm bo'lmagan yog'lar) xam bo'ladi. Surunkali pankreatit uchun axlat massalari xajmi ko'payishi ayniqsa xarakterli.

Me'da osti bezining ichki sekreter funksiyasi buzilishlarining klinik belgilari surunkali pankreatitning nisbatan kechikkan simptomlaridan bo'lsada, birmuncha ko'p uchrab turadi, ular kandli diabet, kamroq gipoglikemiya avj olishi bilan xarakterlanadi.

Biliar gipertenziya sindromi, ya'ni mexanik sariqlik surunkali pankreatitning eng muxim asoratlaridan biri xisoblanadi. U remittirlovchi va doimiy xarakterda bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda sariqlik axoliya bilan birga uchraydi, me'da osti bezi boshchasining shishi, indurativ pankreatit oqibatida o't chiqaruv yo'llarining; bosilishi bez yo'llarida va Oddi sfinkterida chandiqli va yallig'lanish o'zgarishlari, katta duodenal so'rg'ich ampulasidagi tosh natijasi xisoblanadi.

Bemor ba'zan xaddan tashqari oriqlab ketadi. Buning sabablari: pankreatik fermentlarning etarlicha ishlanmasligi va o'n ikki barmoq, ichakka tushmasligi, parhezga rioya qilmaslik, og'riqning zurligidan ovqat eyishdan qo'rqish. Ko'pgina bemorlarda og'riq xurujlari shira xaydovchi xossalari bo'lmagan hatto oz miqdorda suyuq ovqat ichilgandan keyin xam paydo bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda mustaqil og'riqlar bilan birga surunkali pankreatit diagnostikasida qorin va orqani paypaslaganda og'riq, borligini aniqlash ham katta ahamiyatga ega. Surunkali pankreatiti bor bemorlarning taxminan 1q4 qismida kattalashgan va og'riydigan me'da ostini paypaslab ko'rishga muvaffak bo'linadi. qorin devorida bir qancha punktlar borki, ular paypaslab ko'rilganda og'riq bo'lishi, me'da osti bezi, ayniqsa dum qismi zararlanishiga xos bo'ladi. Mey-Robson nuqtasi (kindikni chap qovurg'a ravog'ining o'rta qismi bilan tutashtirib turadigan tashqi va o'rta chiziq, chegarasida); Kach nuqtasi (kindikdan 5 sm yuqorida chap to'g'ri mushak proeksiyasida); Malle-Gi nuqtasi (chap to'g'ri mushak tashqi chekkasi bo'ylab qovurg'a ravog'ining naq pastida) shunday nuqtalar jumlasiga kiradi.

Oshqozon osti bezi palpatsiyasi Grot usulida bajariladi. Bu usul 3 bosqichdan iborat. Grot bo'yicha oshqozon osti bezini palpatsiyasidagi birinchi bosqisi. Bemor chalkancha etgan xolda oeqqlari tizza soxasida bukilgan va beliga qo'lini musht qilib qo'ygan. SHifokor qo'l barmoqlarini kindik va chap qovurg'a osti orasiga kiritib bezni palpatsiya qiladi. Grot bo'yicha oshqozon osti bezini palpatsiyasidagi ikkinchi bosqichi. Bemor tanasini bir oz oldinga tashlagan xolda turadi. SHifokor chap qo'li bilan bemorni belini 12 qovurg'a soxasida ushlab turadi, o'ng qo'li bilan esa kindik va chap qovurg'a osti orasini palpatsiya qiladi. Grot bo'yicha oshqozon osti bezini palpatsiyasidagi uchinchi bosqisi. Bemor o'ng enboshida, oeqqlarini bir oz tizza soxasida bukib, o'ng qulini bosh orqasiga qo'ygan xolatda etadi. SHifokor qo'l barmoqlarini kindik va chap qovurg'a osti orasiga kiritib bezni palpatsiya qiladi.

Diagnostikasi. Surunkali pankreatit diagnostikasi kasallikning sub'ektiv klinik simptomlari, laboratoriya analizlari ma'lumotlari va maxsus tekshirish metodlari natijalari asosida o'tkaziladi.

Jarayon avj olgan davrda laboratoriya tekshirishlaridan fermentlar - amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza ko'rsatkichining oshishiga ahamiyat beriladi. Xurujlararo davrda u normal bo'ladi.

Koprologik tekshirishlar ko'p miqdorda hazm bo'lmagan mushak tolalari (kreatoreya) va neytral yog' tomchilari (steatoreya) borligini ko'rsatadi.

Maxsus tekshirish metodlari. Rentgenologik tekshirishlar. Rentgenologik metod surunkali pankreatitli bemorlarni tekshirishda asosiy usullardan biri xisoblanadi. Nahorga o'tqaziladigan rentgenologik tekshirish uchun maxsus tayyorgarlikning hojati yo'q. Tekshirish qorin bo'shliqlarini ikki proeksiyada obzor rentgenografiya qilishdan boshlanadi. Bu bez parenximasidagi oxaklanish yoki uning yo'llaridagi konkrementlarni aniqlash uchun zarur, ular rentgenogrammalarda topiladi. Me'da osti bezida kalsifikatsiya topilishi surunkali pankreatitning ishonchli rentgenologik simptomi xisoblanadi.

Surunkali pankreatitda ultratovush bilan tekshirish va kompyuter tomografiya butun bezning yoki faqat boshchasining kattalashganini (soxta tumoroz pankreatit), bez bag'ridagi kistoz o'zgarishlarni topishga imkon beradi. Bir muncha hollarda umurtqa pog'onasidan o'ng va chap tomonda II-III bel umurtqalari satxida joylashgan, bez yo'li bo'shlig'ida toshlar yoki bez bag'ri parenximasida kalsinatlar borligiga bog'liq zich exostrukturalar aniqlanadi.

Bez radioizotop skanirlanganda surunkali pankreatitning eng tipik belgilariga yalliglanishning ilk bosqichlarida ssintigrafik tasvirning kuchayishi, izotop yig'ilishi nuqsonlari kiradi, bular me'da osti bezining kistali o'zgarishlari yoki parenximasining oxaqlanganidan dalolat beradi.

Surunkali pankreatit diagnostikasida o't chikaruv sistemasini retrograd kontrastlash imkoniyati xam katta ahamiyatga ega, bu usul ikkilamchi pankreatitga sabab bo'lgan o't yo'llaridagi toshlarni aniqlashga, shuningdek birlamchi pankreatitda umumiy o't yo'lining tubulyar stenozini diagnostika qilishga imkon beradi.

Fibroduodenoskopiya surunkali pankreatitning bilvosita belgilarini aniqlashda va uni me'da osti bezi o'smalaridan farq qilishda ko'p axborot beradi. Ayni vaqtda u shikast etqazmaydi va etarli darajada xavfsiz. Biroq, o't va pankreatik yo'llarni retrograd kontrastlash o'tkir pankreatit va xolangit xurujlari tutishiga, pankreanekroz rivojlanishiga, bosh pankreatik yo'l yopilishiga va boshqalarning paydo bo'lishi imkoniyatini oshiradi.

Klinik pankreatitning ilk bosqichlarida angiografik tekshirishlar (seliako-va mezenterikografiya) gipervaskulyarizatsiya zapasini, so'ngi bosqichlarda esa tomir rasmining tarqoq fibrozodiffuz qashshoqlanishi, arxitektonikasining o'uzgarishi, jigar kistalari rivojlanayotganda tomirlarining so'rilishi yoki qisilishini ko'rsatadi. Differensial diagnostikasi. Faqat umum klinik va laboratoriya tekshiruvining o'ziga asoslanib, me'da osti bezi zararlanishini aniqlash va surunkali pankreatit diagnozini ishonch bilan qo'yish mumkin emas. SHuning uchun qorin bo'shliqning xar xil kasalliklari bilan differensial diagnostika o'tkazish zarur: 1) kalkulyoz xoletsistit va

xoledolitiyaz, 2) me'da osti bezi turli bo'limlari, periampulyar zona, me'da, yo'g'on ichak o'smalari, 3) penetratsiyalovchi gastroduodenal yaralar, 4) aorta anevrizmasi, 5) qorin stvoli va yuqori ichak tutqich arteriyaning aterosklerotik zararlanishlari, 6) toj arteriyalarning stenokardiya xodisalari bo'lgan aterosklerozi va boshqa.

Davolash. Xuruji davrida yog'lik, o'tkir, qovurilgan ovqatlar istisno qilingan maxsus parhez ovqatdan iborat. Ayni vaqtda parhez yuqori kaloriyali va oson xazm bo'ladigan oqsillarni etarli miqdorda saqlagan bo'lishi kerak. Xazmni yaxshilash uchun bemorlarga me'da osti bezi fermentlarini o'zida saqlagan (pankreatin, festal, panzinorm) preparatlarni berish tavsiya etiladi.

Surunkali pankreatitning xar bir qo'zishini o'tkir pankreatit xuruji sifatida ko'zdan kechirmok lozim. qo'zish davrida davolash xuddi o'tkir pankreatitni davolash prinsiplari bo'yicha o'tqaziladi.

Asoratlanmagan surunkali pankreatitni davolashning asosiy metodi konservativ usul xisoblanadi: 1) surunkali pankreatitni kasallik fazasiga ko'ra davolash, 2) me'da osti bezi funksional etishmovchiligini bartaraf etish, 3) bosqich bilan davolash va profilaktikasi. Qo'zish fazasida davolash: a) og'riqqa qarshi kurash, b) antiferment terapiya.

Surunkali fazada davolash: a) me'da osti bezi sekretor etishmovchiligini bartaraf qilish, b) vitaminlar bilan davolash, v) me'da osti bezi inkretor etishmovchiligini bartaraf qilish.

Surunkali pankreatitning aksariyat qo'shni organlar kasalliklari zaminida paydo bo'lishini nazarda tutish lozim, shunga ko'ra qo'shni organlarni xirurgik davolash surunkali pankreatit kechishini yaxshilaydi. Me'da, o'n ikki barmoq ichak, o't yo'llarida patologiya bo'lmaganda me'da osti bezining o'zida operatsiya o'tqazish masalasi paydo bo'lishi mumkin. Bu xolda qo'yidagilar operatsiyaga ko'rsatma bo'la oladi: bez yo'llarida tosh borligi, bez yo'lidagi chandiqli striktura, og'riq beradigan pankreatitning og'ir formalari. Xirurgik davolashning asosiy maqsadi - pankreatit shiraning me'da-ichak yo'llariga oqib tushishi uchun optimal sharoitlar yaratishdan iborat.

Operatsiya vaktida me'da osti bezi, o't chiqaruvchi yo'llar va o'n ikki barmoq ichakni qunt bilan intraoperatsion taftish (reviziya) qilish zarur. SHu maqsadda intraoperatsion xolegrafiya, exografiya va o't pufagini tekshirish amalga oshiriladi. Operatsiya vaqtida bez yo'lga duodenal so'rg'ich orqali kanyulya qo'yish yordamida retrograd pankretografiya yoki bez yo'lining kengaygan distal qismini bez to'qimasi orqali punksiya qilinadi.

Pankreatik yo'l oxirgi qismining unchalik katta bo'lmagan strikturalarida transduodenal papillosfinkterotomiya bilan me'da osti bezi yo'lini transpapillyar drenajlash tavsiya qilinadi. Pankreatik yo'lda katta strikturalar bo'lganda bunday operatsiyani qilib bo'lmaydi, bunda bez bag'ri orqali uzunasiga kesilgan pankreatik yo'l bilan Ru bo'yicha uzib qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz qo'yish - bo'ylama pankreatoeyunostomiya operatsiyasi eng maqsadga muvofiq, bo'ladi.

Bez yo'li boshchasi va tanasi soxasi anchagina torayganda bezning distal qismini rezeksiya qilish va uni Ru bo'yicha uzib qo'yilgan och ichakka tikish lozim. Bunday operatsiyadan maqsad pankreatik shirani retrograd yo'nalishda oqib ketishiga sharoit yaratib berishdan iborat. Bezning katta qismidagi faoliyat ko'rsatib turgan parenxima patologik jarayon oqibatida badar xalok bo'lganda, bez yo'li sistemasida diffuz sklerotik o'zgarishlar yuzaga kelganda va surunkali pankreatitning asosiy simptomlari keskin yuzaga chiqqan va konservativ davu usullari kor qilmaydigan xollarda me'da osti bezi (dumi, tanasi va pankreattektomiya) rezeksiya qilinadi.

Me'da osti bezi kistalari bezning o'zida hamda uni o'rab turgan to'qimalarda kapsula bilan chegaralangan suyuqlik yig'ilgan bo'shliqdardan iborat. Kasallik turli yoshga oid guruxlarda, erkaklar va ayollar o'rtasida bir xilda uchraydi.

Kelib chiqishiga ko'ra kistalarni quyidagi 5 ta turga bo'lish mumkin: 1) embrional davrdagi rivojlanish negizida kelib chiqqan kistalar (bularga dermoid kistalar, oddiy kistalar, bezdagi fibroz-kistoz o'zgarishlar va bezning polikistoz buyrak yoki jigar tipi bo'yicha polikistoz o'zgarishlari kiradi); 2) yallig'lanish jarayoni sababli kelib chiqqan kistalar (bez bo'laklarining chiqaruv yo'li bekilib qolishidan paydo bo'lgan soxta, ko'p

kamerali, retension kistalar); 3) shikastdan keyin yuzaga kelgan kistalar; 4) o'sma-kistalar (sistadenoma, sistadenokarsinoma, teratoma); 5) parazitlar kistalar (exinokokk).

Patologik anatomiyasi. Kistalarning hosil bo'lish sababi va mexanizmlariga, devorlarining tuzilish xususiyatlariga ko'ra me'da osti bezining shuningdek chin va soxta kistalarini farq qilish lozim.

CHin kistalarga tug'ma bezning tug'ma dizontogenetik kistalari, orttirilgan retension kistalar, sistadenomalar va sistadenokarsinomalar kiradi. CHin kista ichki yuzasida epitelial qavat borligi uning nisbiy xususiyati xisoblanadi. CHin kistalar bez kistalarining 20 foizini tashkil qiladi. perednim spleteniem, raspolojen

Umumiy qoidalar. Ratsion davomiyligi.

Tez ovqatlanishning kaliti - to'g'ri ovqatlanish. Bu parhez bilan siz asoratlar ehtimolini istisno qilish uchun muayyan qoidalarga amal qilishingiz kerak.

Umumiy ovqatlanish qoidalari:

Ortiqcha ovqatlanishni oldini olish kerak

Ovqat qismlarga bo'linishi kerak, kuniga kamida 5-6 marta

Taom iliq bo'lishi kerak. Issiq va sovuq ovqatlardan butunlay voz kechish kerak.

Ratsiondan xom sabzavotlar, meva va tolaga boy ovqatlar chiqarib tashlansin.

Pishirish faqat tavsiya etilgan usullar yordamida amalga oshirilishi kerak.

O'tkir pankreatit uchun ovqatlanish:

Agar pankreatit kuchaygan bo'lsa, bir necha kun davomida har qanday ovqatni iste'mol qilishni istisno qilish kerak. Ro'za paytida tozalangan gazzsiz suv ichish ko'rsatiladi. Kundalik suv miqdori 1,5-1,7 litrdan oshmasligi kerak. Og'riq va alomatlar yo'qolgandan so'ng, dietaga oz miqdordagi kaloriyali ovqatlarni qo'shish mumkin (suyuq don, sabzavotli sho'rvalar, bug'langan baliq yoki tovuq go'shti).

Agar rioya qilmasangiz. o'tkir pankreatitda ovqatlanish tezda surunkali bo'lib qolishi mumkin.

Diqqat! O'tkir davrda kurortda davolanish kontrendikedir: shifoxonaga borgan ma'qul.

Agar sizda surunkali shakl bo'lsa, siz muntazam ravishda profilaktik davolanishni o'tkazishingiz kerak.

Surunkali pankreatitning oziqlanishi:

Surunkali pankreatit ovqatlanish uchun pedantik yondashuvni talab qiladi. To'g'ri ovqatlanish, buzilishlarsiz, alevlenmalarni oldini oladi. Har bir kuchayish bezning ishdan chiqishiga olib keladi.

Surunkali pankreatitda siz 5 -raqamli parhezga rioya qilishingiz kerak.

Fraksiyonel ovqat kuniga 6 martagacha

Tuz miqdori 6 grammdan oshmaydi

Qaynatilgan pyuresi yoki maydalangan shaklidagi taomlar

Protein miqdori yuqori bo'lgan taomlar

Ruxsat berilgan mahsulotlar ro'yxati:

Yormalar (grechka, jo'xori uni, guruch, irmik)

Schwachman-Diamond sindromi-kamdan-kam uchraydigan irsiy kasallik bo'lib, autosomal retsessiv meros usuli mavjud. Kasallikning klinik ko'rinishi neonatal davrda kuzatiladi va oshqozon -ichak trakti, suyak skeleti va qon tizimining shikastlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi. Hayotning birinchi yilida klinik rasmda ekzokrin oshqozon osti bezi etishmovchiligiga asoslangan malasimilyatsiya sindromi ustunlik qiladi. Yoshi bilan, kechiktirilgan psixomotor rivojlanish rivojlanadi. Kardiyomiyopatiya kam uchraydi. Kechiktirilgan balog'atga etishish xarakterlidir. Qon tizimi: mutlaq neytropeniya, neytrofil xemotaksisining pasayishi, normorxrom, normo yoki makrositik anemiya, ko'pincha trombotsitopeniya, leykemianing miyeloblastik shakllari. Yoshi bilan mahalliy va tizimli infeksiyalarning chastotasi va zo'ravonligi oshadi. Bundan tashqari, fagotsitoz patologiyasidan tashqari, hujayra va humoral immunitetning etishmasligi muhim ahamiyatga ega. Suyak skeletining tizimli shikastlanishi, osteoporoz turli ortopedik patologiyalar paydo bo'lishiga olib keladi. Shwachman-Diamond sindromini davolash sindromli hisoblanadi. Malasimilyatsiya sindromi: parhez, kist fibrozidagi kabi fermentlarni almashtirish terapiyasi.

Neutropeniya: Davolash uchun granulotsit-koloniyani ogohlantiruvchi omil preparatlari qo'llaniladi. Ko'rsatmalarga ko'ra - antiviral, mikroblarga qarshi dorilar. Miyelosupressiyaga olib keladigan antibiotiklar kontrendikedir. Probiyotiklar og'ir neutropeniya kontrendikedir. Suyak iligi ildiz hujayralarini transplantatsiya qilish muammosi munozarali.

VIPoma (Verner-Morrison sindromi)

Minhhuyen Nguyen, MD, Fox Chase saraton markazi, Temple universiteti

Tarkibi oxirgi marta 2019 yil iyun oyida o'zgartirilgan

QAYD: {{1 }} Vipoma-bu oshqozon osti bezining vazoaktiv ichak peptidini (VIP) chiqaradigan beta-hujayrali bo'lmagan o'smasi, suvli diareya, gipokaliemiya va axlorgidriya (WDHA sindromi) bilan namoyon bo'ladi. Tashxis sarum VIP tarkibini aniqlashga asoslangan. O'simta lokalizatsiyasi KT va endoskopik ultratovush yordamida aniqlanadi. Davolash rezektsiyani o'z ichiga oladi.

Vipoma - oshqozon osti bezining adacik hujayralaridan kelib chiqadigan endokrin o'smasining bir turi. VIPlarning 50-75 foizi xatarli; tashxis qo'yish vaqtida ba'zilari ancha katta (7 sm) ga etishi mumkin. 6% hollarda vipoma ko'p sonli endokrin neoplaziya doirasida rivojlanadi.

(Shuningdek, oshqozon osti bezining endokrin o'smalarining umumiy ko'rinishiga qarang).

Klinik ko'rinishlar {{ 1 }} Vipomaning asosiy ko'rinishlari uzoq davom etadigan suvli diareya (ro'za tutish paytida najas miqdori > 750-1000 ml / kun, oziq -ovqat iste'moli > 3000 ml / kun) va gipokaliemiya, metabolik atsidoz va suvsizlanish belgilari. Bemorlarning yarmida diareya doimiy bo'ladi; qolganlari uchun vaqt o'tishi bilan uning zo'ravonligi o'zgaradi. To'g'ri tashxis qo'yilmaguncha, bemorlarning 33% ga yaqini 1 yildan, 25% i 5 yildan ortiq diareya bilan og'riydi.

Letargiya, mushaklarning kuchsizligi, ko'ngil aynishi, qusish va qorin qisilishi tez - tez rivojlanadi

Diareya xurujlari bilan og'rigan bemorlarning 20% da, karsinoid sindromi kabi issiq chaqnashlar paydo bo'lishi mumkin.

Tashxis Sekretor diareyani tasdiqlash

Sarumning vazoaktiv ichak peptidi (VIP) darajasi

Endoskopik ultratovush, pozitron emissiya tomografiyasi (PET) yoki sintigrafiya o'simta lokalizatsiyasini aniqlashga yordam bering

Vipoma tashxisini qo'yish uchun sekretor diareya borligini tasdiqlash kerak (axlatning osmolyarligi plazma osmolyarligiga yaqin, najasdagi natriy va kaliy konsentratsiyasining ikki barobar miqdori najasning umumiy osmolyarligiga deyarli teng). Sekretor diareyaning boshqa sabablarini va ayniqsa, laksatiflarning haddan tashqari dozasini istisno qilish kerak (diareyani tekshirish bo'limiga qarang). Bunday hollarda qon zardobidagi VIP tarkibini tekshirish kerak (eng maqbul - diareya kuchayganda). Uning darajasining sezilarli darajada oshishi tashxisni tasdiqlaydi, qisqa ichak sindromi va yallig'lanish kasalliklarida engil o'sish kuzatilishi mumkin. VIP tarkibi yuqori bo'lgan bemorlar metastazlarni vizualizatsiya qilish uchun endoskopik ultratovush, PET, shuningdek oktreotidli sintigrafiya yoki arteriografiya kabi o'simta o'sishining markazini aniqlash bo'yicha tadqiqotlar uchun ko'rsatiladi.

Bu To'liq qon tekshiruvi va elektrolitlar darajasini tekshirish uchun zarur. 50% hollarda giperglikemiya va glyukoza bardoshligining buzilishi qayd etiladi. Giperkalsemiya bemorlarning 50 foizida uchraydi.

Davolash

Suyuqlik va elektrolitlar almashinuvi

Oktreotid

Mahalliy jarohatni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash

Dastlab. suv-tuz almashinuvining buzilishini tuzatish uchun kerak. Uning yo'qolishini najas bilan almashtirish va atsidozning oldini olish uchun bikarbonatning kiritilishi ko'rsatilgan. Najasda suyuqlik va elektrolitlar yo'qotilishi ko'payganligi sababli, regidratatsiyaga erishilganda, tomir ichiga doimiy ravishda almashtirish qiyin bo'lishi mumkin.

Oktreotid ko'p hollarda diareyani ketkazishda samarali bo'ladi, lekin katta dozalar talab qilinishi mumkin. Oktreotidning yaxshi ta'siri bilan oyiga bir marta mushak ichiga 20-30 mg dozada uzoq ta'sir etuvchi preparatni buyurish maqsadga muvofiqdir.

Bemorlar oktreotiddan foydalansalar, qo'shimcha ravishda pankreatin fermentlarini qabul qilish kerak bo'ladi, chunki oktreotid ularning sekretsiyasini bostiradi.

Mahalliy rivojlangan o'smani rezektsiya qilish 50% hollarda davolanishga olib keladi. Metastatik o'smalarda barcha aniqlangan shikastlanishlarni rezektsiya qilish simptomlarni vaqtincha yo'qotishiga olib kelishi mumkin. Streptozotsin va doksorubitsin kombinatsiyasi bilan davolash, agar ob'ektiv javob tasdiqlansa (50-60% hollarda), diareya va o'simta hajmini kamaytirishga yordam beradi. Zamonaviy kimyoterapiya rejimlarining, shu jumladan everolimus, temozolomid yoki sunitinibga asoslangan preparatlarning VIPomaga ta'siri o'rganilmoqda. Kimyoterapiya to'liq davolanishga olib kelmaydi.

Oshqozon osti bezi qorin pardasida joylashgan va umurtqa pog'onasi, mushaklar va boshqa organlar bilan himoyalangan oshqozon osti bezi kamdan -kam hollarda shikastlanadi.

Oshqozon osti bezi shikastlanishining ko'p qismi kiruvchi jarohatlar. ammo, oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishi yoki yorilishi ham to'mtoq jismlar yordamida sodir bo'lishi mumkin.

Oshqozon osti bezi shikastlanishining xususiyatlari

Oshqozon osti bezining shikastlanishi rivojlanish mexanizmi bilan aniqlanadigan ochiq va yopiq bo'linadi. Shikastlanish darajasiga qarab, ular ajratiladi:

bez to'qimalariga qon ketishi bilan kontuziya;

kapsula yorilishi va bez parenximasi bilan yuzaki shikastlanish;

parenximaning yorilishi, chuqur shikastlanishi bilan bez kanalining shikastlanishi;

kanalning shikastlanishi bilan oshqozon osti bezining yorilishi.

Bemorlarning aksariyati og'ir ahvolda, qon bosimi sezilarli darajada pasayadi, puls tezlashadi va nafas olish zaiflashadi. Epigastral mintaqada va chap gipoxondriumda o'tkir og'riq paydo bo'lishi qayd etilgan. Og'riqli hislar chap yelka kamari, chap yelka pichog'i, pastki orqa sohasiga tarqalishi mumkin. Qon bo'laklari bilan takroriy qusish paydo bo'lishi mumkin. Palpatsiya paytida qorin bo'shlig'idagi kuchlanish va og'riq aniqlanadi, bu asosan chap gipoxondrium va epigastriumda seziladi.

Shok, og'ir qon yo'qotish, peritonit va travmadan keyingi pankreatitning mavjudligi bemorda kuzatiladi. zararning tabiati va ularning zo'ravonlik darajasi bilan.

Bez shikastlanishini tashxislash usullari:

Mavjud jarohatlarni tasdiqlash uchun klinikamiz mutaxassislari eng yangi asbob - uskunalardan foydalangan holda va zamonaviy texnologiyalarni qo'llagan holda quyidagi tekshiruvlarni o'tkazadilar:

Oshqozon osti bezining ultratovush tekshiruvi;

kompyuter tomografiyasi;

laparotsentez va laparoskopiya;

qorin parda va ko'krak qafasining fluoroskopiyasi;

qon va siydik sinovlari. Oshqozon osti bezi yorilganda

qanday davolash o'tkaziladi Bemorlarning oshqozon osti bezining barcha jarohatlari faqat jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Klinikamizda shifokorlar, birinchi navbatda, qorin pardasi va uning orqasidagi joyni tekshirib, shikastlangan organlarni tekshiradi va dezinfektsiyalaydi.

Oshqozon osti bezi shikastlangan bo'lsa, kapsulasi buzilmagan, anestetik va antiseptik. parapankreatik bo'shliqqa tayyorgarlik - bu drenaj. Operatsiyadan keyin bezning shishib ketishining oldini olish uchun o't yo'lini drenajlash amalga oshiriladi.

Agar bez yorilib ketgan bo'lsa, u tikiladi va drenaj va tamponlar beriladi.

Tana va oshqozon osti bezining dumi shikastlanganda, shifokorlar quyidagi operatsiyalarni bajaradilar:

bez drenaj joylashgan joyga tikiladi; oshqozon osti bezini olib tashlash.

Bizning jarrohlarimiz, agar organning dumi va tanasi bo'linib, ezilib ketsa, oshqozon osti bezini olib tashlashadi. Oshqozon osti bezi boshining shikastlanishi uchun pankreatoduodenal rezektsiya majburiydir.

Operatsiyadan keyingi davrda travmadan keyingi pankreatitning oldini olish uchun murakkab konservativ davo o'tkaziladi. Operatsiyadan so'ng, bemorga travmadan keyingi pankreatitning oldini oladigan davolanish buyuriladi, bu ko'p hollarda operatsiyadan keyingi asorat sifatida yuzaga keladi.

Fistulalar paydo bo'lishi, peritonit, bezning yiringli yallig'lanishi. Shifokorlar operatsiyani tegishli usul bilan yo'q qilishadi. Zamonaviy asbob -uskunalar bilan jihozlangan va yuqori malakali mutaxassislar bilan ta'minlangan klinikamiz oshqozon osti bezi kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga, eng yuqori darajadagi tibbiy yordam ko'rsatilishini kafolatlaydi.

OSHQOZON OSTI BEZI KISTALARI

Odatda oshqozon osti bezi sekretsiyasini o'z ichiga olgan bo'shliqlar bezning ichida yoki tashqarisida joylashgan. Haqiqiy kistalar va psevdokistlarni ajrating.

1. Haqiqiy kistalar - devori epiteliy bilan qoplangan:

1) turg'un kistalar (tutilish) - oshqozon osti bezi kanalining obstruksiya tufayli kengayishi natijasida (ko'pincha KP bilan); { {1} }

2) o'simta kistalari (me'da osti bezi kistalarining $\approx 50\%$) - musinli pufakli o'smalar (MCT; malign o'sishning katta xavfi); Seroz sistadenomalar (SCA; deyarli har doim yaxshi) intraduktal papiller musinli o'smalar (IPMO; invaziv saratonga aylanish xavfi pastki turga bog'liq: asosiy pankreatik kanaldan kelib chiqadigan IPMO bilan pastroq, yon novdadan chiqqan IPMO bilan pastroq, shuningdek aralash shakllar bilan); { {1} }

3) parazitlar kistalar - echinokok, odam dumaloq qurti va shistosomiyoz infeksiyasi natijasida hosil bo'ladi;

4) dermoid kistalar (tug'ma) va teratomalar.

2. Yallig'lanishdan keyingi kistalar (psevdokistlar)-OPning oqibatlarini (\rightarrow 5.1-bo'lim).

KLINIKA RASMLARI VA TABIIYATI

Joriy OP yoki CP (yoki paydo bo'lish xavfi omillari) tarixida, travma. Alomatlar: qorin bo'shlig'ida noqulaylik hissi, mo'tadil, ba'zida o'tkir og'riq, ba'zida ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi, asta -sekin vazn yo'qotish, isitma. Qorinning yuqori yoki o'rta qismida kuchlanish sezilishi mumkin. Birinchi alomatlar asorat \rightarrow natijasi bo'lishi mumkin. Kichik kistalar odatda asemptomatikdir. 6-12 hafta ichida. OP hujumidan yallig'lanishdan keyingi suyuqlik to'planishining 80% gacha o'z-o'zidan hal

qilinadi; rezorbsiya ehtimoli oshqozon osti bezi dumida joylashgan, devorlari qalin, oshqozon osti bezi kanaliga ulangan, kuzatuv paytida ortib boradigan, bir vaqtning o'zida torayishi bilan birga katta (≥ 4 sm) bo'laklarda kamayadi. oshqozon osti bezi proksimal kanali, yoki safro yoki operatsiyadan keyingi OP dan kelib chiqadi

Qo'shimcha tadqiqot usullari

1. Laboratoriya tadqiqot usullari: yallig'lanishdan keyingi kistalarda (ko'pincha vaqti-vaqti bilan), qon zardobida va siydikda a-amilaza faolligining oshishi, shuningdek, qon zardobida lipaz faolligi, leykotsitoz va kontsentratsiyaning oshishi. qon zardobida CRP; jigar tashqarisidagi o't yo'llarida siqilish holatida ALP faolligi va giperbilirubinemiya.

2. Vizual tadqiqotlar: ultratovush va EUS - cheklangan suyuqlik to'planishi, odatda lümen ichida giperekoik tuzilmalarni o'z ichiga oladi; kist lümeninde qattiq tuzilmalar mavjudligi malign shishani ko'rsatishi mumkin. EUS - bu oshqozon osti bezi boshidagi kichik o'zgarishlarni eng batafsil baholaydigan usul; kistning tuzilishini sinchkovlik bilan baholashga, shuningdek tadqiqot uchun kontent olish uchun uni teshishga imkon beradi. KT - tekis devorli, dumaloq past zichlikdagi dumaloq gipodensiya markazini ingl. kistning aniq joylashuvini aniqlaydi, lekin ushlab turuvchi kist va psevdokistni farq qilmaydi. MRCP - kistning oshqozon osti bezi kanali bilan aloqasini tekshirishning eng yaxshi usuli. Agar endoskopik davolash rejalashtirilgan bo'lsa (masalan, oshqozon osti bezi kanaliga stent implantatsiyasi), ERCP o'tkaziladi. Tanlangan visseral angiografiya - psevdonevrizma gumon qilinsa, embolizatsiyani bajarish mumkin.

3. Kistadan suyuqlikni o'rganish: suyuqlik tiniq, och, sariq yoki jigarrang bo'lishi mumkin, ko'pincha a-amilaza va lipazaning yuqori faolligini o'z ichiga oladi, bu qon zardobidagilardan sezilarli darajada oshadi; mikrobiologik tadqiqotlar; agar o'simta kistasida shubha bo'lsa → CEA, shilimshiq borligi uchun bo'yash, sitologik tekshiruv.

Differentsial tashxis

Birinchiidan, o'simta kistasi → yorliq 5.3-1. Kistning mumkin bo'lgan turini aniqlash (ko'pincha EUSni o'z ichiga olgan tasvirlash tadqiqotlari natijalariga asoslangan) va shuning uchun malignizatsiya xavfi davolash algoritmini tanlashda kalit

hisoblanadi. MCO va IPMO ning xatarli tabiati shundan dalolat beradi: kistaning qalin devorlari va ularning qalinligidagi tugunlar, kist diametri ≥ 3 sm va kist lümenidagi zich tuzilmalar (qo'shilishlar). IPMO bilan, oshqozon osti bezi kanalining > 10 mm dan oshishi, malignizatsiyaning yuqori xavfini ko'rsatadi. Agar ≥ 2 malignite xavfining yuqori belgilari mavjud bo'lsa, TAB bilan EUS qilish kerak. Yakuniy tashxis odatda olib tashlangan kistaning gistologik tekshiruvi asosida mumkin bo'ladi.

1. Drenaj: faqat yallig'lanishdan keyingi kistalar uchun, siqilish belgilari aniqlanganda ishlatiladi (o'simta kistasida kontrendikedir). Usullari:

1) ultratovush yordamida ponksiyon;

2) doimiy teri osti drenaji (2-3 hafta);

3) endoskopik ichki drenaj (eng yaxshi natijalar; me'da osti bezi kanaliga endoskopik stent kiritish, agar uning yaxlitligi uzoq segmentda yoki to'g'ridan -to'g'ri oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak orqali kist bo'shlig'iga tushgan bo'lsa). Oshqozon osti bezi kanallari bilan bog'liq doimiy kistalar uchun endoskopik drenajdan oldin yoki me'da osti bezi suyuqligi sekretsiyasini kamaytirish uchun har 8-12 soatda 100-250 mg sakkiz oktreotidni qo'llang.

2. Jarrohlik davolash:

1) o'simta kistalari - kistani to'liq olib tashlash (sistektomiya); asosiy me'da osti bezi kanalidan MCO va IPMO uchun ko'rsatiladi. IPMO ning yon tarmog'idan va aralash shakllaridan IPMO holatida jarrohlik ko'rsatmalari noaniq; odatda quyidagilarni e'tiborga oling: kist diametri ≥ 3 sm, kist lümenidagi zich qo'shilishlar, kist devoridagi tugunlar yoki klinik ko'rinish. SCA, ularning xavfli bo'lish ehtimoli pastligi sababli, faqat klinik ko'rinishga olib kelganida operatsiya qilinadi.

2) Yallig'lanishdan keyingi kistalar - simptomatik, doimiy psevdokistlarni (> 12 hafta) hisobga olmaganda. endoskopik davolash. Usullari:

a) kistani to'liq olib tashlash (ko'pincha oshqozon osti bezi dumida joylashgan kist bo'lsa - oshqozon osti bezi dumining to'qimasi bilan kistni olib tashlash, taloqni saqlab qolish);

b) ichki jarrohlik drenaji (ya'ni, oshqozon -ichak trakti lümeni bo'lgan kist anastomozi - pankreatotsistogastrostomiya, pankreatotsistoduodenostomiya yoki pankreatotsistojeunostomiya; to'liq tiklanish 70-80% da amalga oshiriladi. holatlar);

c) tashqi jarrohlik drenaj (eng kam foydali, ko'pincha oshqozon osti bezining tashqi oqmalariga olib keladi).

1. Kistning qorin bo'shlig'iga yorilishi: qorin parda va astsit.

2. Ekstrahepatik xolestaz yoki o'n ikki barmoqli ichak tutilishiga tashqi kist bosimi sabab bo'ladi; xolestaz holatida MRCP va ehtimol ERCPni o't yo'llari protezlari bilan bajaring (agar endoskopik davolash ko'rsatilsa).

3. Oshqozon yoki qizilo'ngach fundusining varikoz tomirlaridan qon ketishi kistning taloq yoki darvoza tomiriga bosilishi natijasida kelib chiqadi: Doppler ultratovush tekshiruvi kist devorining siqilishini aniqlaydi.

4 . Parapancreatik tomirlardan kistaga qon ketish: ultratovush tekshiruvida kistaning giperekoik tarkibining ko'rinishi.

5. Psevdoanevrizma: parapancreatik arteriyalarning shikastlanishi natijasida hosil bo'ladi (taloq, gastroduodenal, pankreatoduodenal, jigar) va arteriya bilan kist lümeni orasidagi o'tkazuvchanlikni saqlaydi. Doppler tekshiruvi kist ichidagi qon oqimini tasavvur qilishi mumkin. Psevdoanevrizma yorilishi qorin bo'shlig'iga yoki retroperitoneal bo'shliqqa (joylashuviga qarab) qon ketishiga olib kelishi mumkin; Anevrizmaning kam uchraydigan asoratlari - oshqozon osti bezi kanali orqali o'n ikki barmoqli ichakka qon ketishi.

MAVZU BO‘YICHA AMALIY KO‘NIKMALARNI BAJARISH TEXNIKASI.

Me‘dani zondlash

Kerakli anjomlar: steril ingichka me‘da zondi, shprits-Jane, lotok, steril salftkalar, rezina perchatkalar, dezeritma, vazilin.

Bajariladigan boskichlar:

№	Boskichlar	Bajarmadi	To‘liq tugri 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
	Ja‘mi	0	100

O'tkir pankreatitda - Kerte sipmtomini aniqlash.

Maqsad: Me'da osti bezi o'tkir xirurgik patologiyasini aniqlash.

Ko'rsatma: O'tkir pankreatitda epigastral soxadagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar: yorug' xona, kushetka.

Bajariladigan boskichlar:

№	Boskichlar	Bajarmadi	To'liq tugri bajardi
1	Bemor xolati. O'tkir pankreatitda - Kerte sipmtomi bemor orqasiga yotqazilib aniqlanadi.	0	15
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiriladi.	0	20
3	Epigastral soxada vrach barmoqlarini qo'yish .	0	20
4	Epigastral soxada palpator xarakatlarni o'tkazish.	0	20
5	Kerte belgisini baxolash.	0	25
	Jami	0	100

O'tkir pankreatitda - Meyo-Robsona sipmtomini aniqlash.

Maqsad: Me'da osti bezi o'tkir xirurgik patologiyasini aniqlash.

Ko'rsatma: O'tkir pankreatitda epigastral soxadagi og'riqlar.

Kerakli anjomlar: yorug' xona, kushetka.

Bajariladigan boskichlar:

№	Boskichlar	Bajarmadi	To'liq tugri bajardi
1	Bemor xolati. O'tkir pankreatitda - Meyo-Robson sipmtomi bemor orqasiga yotqazilib aniqlanadi.	0	15
2	Vrach bemor o'ng tomonidan borib o'tiriladi.	0	20
3	Qovurg'a-umurtqa burchagi soxada vrach barmoqlarini qo'yish .	0	20
4	Qovurg'a-umurtqa burchagi soxada palpator xarakatlarni o'tkazish.	0	20
5	Meyo-Robson belgisini baxolash.	0	25
	Ja'mi	0	100

Paranefral blokada

Maqsad: qorin bo'shlig'i a'zolari va qon tomirlarini sezuvchi va vegetativ innervatsiyasini kamaytirish

Ko'rsatma: obliteratsiyalovchi endarteriitni boshlang'ich bosqichida, dinamik ichak tutilishida, jigar va buyrak sanchig'ida, pankreatitda, oyoqlar travmasi sabali shok xolatida.

Anjomlar: shprits, 0,25% novokain eritmasi 100 ml miqdorda

Bajariladigan bosqichlar:

№	Bosqichlar	Bajarmadi	To'liq to'g'ri bajardi
1	Bemor yonboshlab oyoqlari tizza bo'g'imida bukilib qoringa keltirilgan xolatda		10
2	Punksiya soxasi spirt bilan ishlov beriladi		10
3	Paypaslanadi va punksiya soxasi aniqlanadi – belni to'g'irlovchi muskulning tashqi qirg'og'i bilan 12 qovurg'a orasidagi burchak		15
4	SHpritsning uzun ignasi tanaga perpendikulyar ravishda belning to'g'irlovchi muskulning tashqi qirg'og'i bilan 12 qovurg'a orasidagi burchakka kiritiladi		15
5	Doimiy 0,25% novokain eritmasi yuborilgan xolda, ignani ichkariga yuboriladi. YUborish chuqurligi ignani bo'shliqga tushish xissisigacha kiritiladi		15
6	Igna buyrak atrofidagi kletchatgaga tushganligi tekshiriladi – yuborilgan suyuqlik orqaga qaytib chiqmaydi		10
7	Buyrak atrofidagi kletchatgaga taxminan 60-80 ml 0,25% novokain eritmasi yuboriladi		15
8	SHprits olib tashlanadi		5
9	In'eksiya qilingan soxa antiseptik eritmasi bilan ishlov beriladi		5
	Jami		100

Bog‘lamni almashtirish va operatsiyadan keyingi davrda bemorlar parvarishi.

Maqsad: Bog‘lamni almashtirish operatsiyadan keyingi davrda jarohatning birlamchi bitishi uchun qo‘llaniladi.

Ko‘rsatma: operatsiyadan keyingi davr va operatsiyadan keyingi davrda bemorlar parvarishi.

Kerakli anjomlar: kushetka, steril pinset, rezinali perchatkalar, steril salfetaklar, maska, yod, spirt, lotok.

Bajariladigan boskichlar:

№	boskichlar	Bajarmadi	To‘liq tugri bajardi
1	Bemor xolati. bog‘lam almashtirish bemor yotgan xolatda o‘tkaziladi.	0	15
2	Pinset bilan bog‘lam olinadi	0	15
3	Jaroxat birlamchi ko‘rilib choklar atrofii spirt bilan ishlov beriladi.	0	15
4	Jaroxat ajralmalari olib tashlanadi. (qon laxtalari, yot jismlar), jaroxat qayta ko‘rigi.	0	20
5	Operatsiyadan keyingi jaroxatni zondlash.	0	15
6	Jaroxat atrofidagi teriga yod bilan ishlov beri shva bog‘lam qo‘yish.	0	20
	Jami	0	100

Qorin bo'lig'i lavajini o'tkazish.

Maqsad: Qorin bo'lig'idan eksudat, yiring, qon laxtalarini va fibninoz pardalarni yuvib chiqarib tashlash. Qorin bo'lig'iga antibiotiklarni kiritish.

Ko'rsatma: Xar xil etiologiyali tarqalgan yiringli peritonit.

Kerakli anjomlar: Xarakatlanuvchi krovat, antiseptik suyuqlik, steril pinset, rezinali perchatkalar, novakain eritmasi, zajimlar.

Bajariladigan boskichlar:

№	Boskichlar	Bajarmadi	To'liq tugri bajardi
1	Bemor xolati. Qorin bo'shlig'i lavaji bemor yotgan xolatda o'tkaziladi.	0	15
2	Bemorni novakain eritmasi yordamida og'riqsizlantirish.	0	20
3	Qorin bo'shlig'i yuqori drenajlariga sistemali naychalarniulash.	0	15
4	Qorin bo'shlig'iga antiseptik suyuqliklarni kiritish.	0	20
5	Qorin bo'shlig'i lavaji o'tkazilish paytida xarakatlanuvchi krovat xolatini o'zgartirish.	0	15
6	Qorin bo'shlig'idan antiseptik suyuqlikni chiqarish va keyinchalik antibiotik kiritish.	0	15
	Jami	0	100

TEST SAVOLLARI

1. O'tkir pankreatit bilan ko'pincha ayollar ogriydi, chunki ularda Kaysi xastaliklar sabab buladi:

a) o't-tosh xastaligi

b) ateroskleroz

v) qandli diabet

g) revmatizm

d) gepertoniya

2. O'tkir pankreatitni paydo bo'lishida qaysi omillar keltirib chikaruvchi omi millarga kirmaydi.

a) o'ta tuyib ovqatlanish

b) me'da osti bezi shikastlanish

v) sharob iste'mol qilish

g) katta duodenal so'rgich travmasi

d) xolinolitiklarni in'eksiya kilish.

3. Me'da osti bezi yuzasida palpalyasiya kilgandagi ogrik kaysi simptomga mansub.

a) Kerti

b) Voskresenskiy

v) Meyo-Robson

g) Grekova-Ortnera

d) Kulen

4. O'tkir pankreatitga xos bulmagan belgini kursating.
- a) axlatni suyukligi
 - b) ogrikni korinni yukori kismida bulishi
 - v) kungil aynish, kup marotaba kayt kilish
 - g) korinni shishi
 - d) taxikardiya
5. Laboratoriya tekshiruvlarida utkir pankreatitga kaysi biri xos emas.
- a) anemiya
 - b) giperamilazaemiya va giperamilazauriya
 - v) giperqlikemiya- giperglyukozoriya
 - g) giperkalsemiya
 - d) giperlipozimiya
6. Gemorragik pankreanekrozda tanani suvsizlanishiga kaysi bir omil sabab bula olmaydi.
- a) Qorin bushligida suyuklik tuplanib kolishi
 - b) Qayt kilish natijasida
 - v) Qorin pardasini suyuklikni surish xususiyatini yukolishida
 - g) Oliguriya
 - d) Nefrozni rivojlanishi

7. Pankreatik shok bilan xasta xonaga keltirilgan bemorga kelinmaydigan muolajani kursatining.
- a) fermenga karshi dorilar
 - b) antibiotiklar
 - v) desensibilazatsiya kiluvchi dorilar
 - g) ogrikni koldiruvchi dorilar
 - d) surchi dorilar
8. O'tkir pankreatit bilan xastalangan bemorda terisi va ko'z pardasini o'rta darajada sargayishi boshlanadi, unga qaysi bir faktor sabab bo'la olmaydi?
- a) pankreatogen gepatit
 - b) xoledoxni me'da osti bezi bilan ezilib kolishi
 - v) duodenostaz
 - g) Vateron surgichida tosh kisilishi
 - d) umumiy o't yo'liga tosh tikilib qolishi
9. O'tkir pankreatit xastaligida qo'llanilishi mumkin bo'lmagan dorini ayting?
- a) morfin
 - b) atropin
 - v) kontrikol
 - g) novokain
 - d) reopoliklyukin

10. O‘tkir pankreatit xastaligida me‘daga zond quyishida qaysi bir muolaja maksadga muvofiq emas.

a) zond orqali ovqatlanishi

b) me‘dani yuvish va joyli gipotermiya

v) me‘da suyuqligini domiy aspiratsiya qilish

g) chikayotgan suyuqliqni kontrol qilish (qon, axlat, o‘t suyuqliklari)

d) zondan dorilar yuborish

11. O‘tkir pankreatitlarda fermentlarga qarshi bo‘lgan dorilarni aniqlang.

a) spazmolitikalar

b) kontrikal

v) ribonukleaz

g) intralipidlar (lipofundin)

d) sitostatiklar

12. O‘tkir pankreatit xastaligi asorati chavri xaltasi absessida bajariladigan tashrixni toping.

a) laparotomiya, me‘da osti bezi rezeksiyasi

b) absessni teri orkali punksiya kilish

v) laparotomiya, absessni ochish, drenaj kuyish

13. O‘tkir pankreatitda og‘riqni xarakteri qanday bo‘ladi.

a) tutib-tutib ogrish

b) sust ogrik

v) vakti-vakti bilan

g) doimiy kuchayib boruvchi ogrik

d) kamarsimon

14. Utkir pankreatiga xos bulgan kayt kilish ni kursating.

a) bir marotaba

b) uch marotaba

v) tuxtovsiz

g) vakti-vakti bilan

d) ikki marotaba

15. Utkir pankreatitda kon analizi tekshirilganda kaysi bioximiyaviy analizoshganligi kuzatiladi.

a) bilirubin

b) ishkorli (fashotaza)

v) amilaza

g) oksil

d) kaliy

16. Utkir pankreatitda siydik analizida kaysi element ortib ketadi.

a) oksil

b) leykotsitlar

v) eritrotsitlar

g) diastaza

d) silindrlar

17. Utkir pankreatitda bemorni kanday xolatida ogrik kuchayadi.

a) chapga yonboshlaganda

b) unga yonboshlaganda

v) tizza-tirsak xolatida

g) chalkancha yotganda

d) utirgan xolat

18. Utkir pankreatit bilan ogrigan bemorga kanday majburiy xolat xos.

a) chalkanchasiga yotish

b) tizzalab yotish

v) utirib olish

g) ung yonboshga

d) chap yonboshga

19. Oshkozon sti bezini yulini kursating.

a) Virsungon

b) Fateron

v) Xoledox

g) Baugin

d) Oddi

20. Oshkozon osti bezi yuli kaerga ochiladi?

a) ingichka ichakka

b) 12 barmokli ichakka

v) yonbosh ichakka

g) ut pufakka

d) jigar ut yuliga

21. Utkir pankreatitda kanday parxez stol tavsiya kilinadi ?

a) stol № 1

b) stol № 5

v) stol № 10

g) stol № 9

d) stol № 15

22. Surunkali pankreatitda kanday parxez stol tavsiya kilinadi.

a) stol № 5

b) stol № 1

v) stol № 10

g) stol № 7

d) stol № 15

23. Kaysi tekshiruv usuli pankreatitda axamiyatga ega emas.

a) UZI

b) laparaskopiya

v) konli bioximiyaviy analiz

g) axlatni tekshirish

d) irrigoskopiya

24. Laparotomiya kilinganda korin bushligidagi kaysi bir belgi utkir pankreatit borligini kursatadi?
- a) kon
 - b) yiring
 - v) ut suyukligi
 - g) stearin blyashkalari
 - d) axlat
25. Kaysi dastlabki laboratoriyaviy belgi kaprologik tekshirilganda oshkozon osti bezi etishmovchiligini kursatadi ?
- a) steotoriya
 - b) shillik borligi
 - v) kon borligi
 - g) kreotoriya
 - d) ut suyukligi borligi
26. Kaysi kechki laboratoriyaviy belgi kaprologik tekshirilganda oshkozon osti bezi etishmovchiligini kursatadi ?
- a) shillik borligi
 - b) steatoriya
 - v) kon borligi
 - g) kreotoriya
 - d) ut suyukligini borligi

27. Kursatilgan dorilardan kaysi biri oshkozon osti bezi fermentlari ingibitori emas ?

a) kontrikal

b) trasilol

v) Gordoks

g) Dinol

d) promedol

28. Utkir pankreatitga kaysi simptom xos emas?

a) Voskresenskiy

b) Kerte

v) Meyo-Robsona

g) SHetkina -Blyumberga

d) Kurnuaze

29. Oshkozon osti bezi kattalashuvi korin aortasini ezib koladi va kalpatsiyada kindik tepasida pulsatsiya aniklanmaydi. SHu simptom kanday nomlanadi ?

a) SHetkin-Blyumberg

b) Voskrsenskiy

v)Meyo-Robsona

g) Merfi

d) Grekol-Ortner

30. Oshkozon osti bezi proeksiyasida, kindikdan 6-7 sm. yukorida palpatsiyada kundalang ogrik va rezissetstlik aniklandi. SHu simptom kanday nomladi?

a) Mey-Robsona

v) SHetkin-Blyumberg

g) Voskresenskiy

d) Sitnonskiy

31. utkir pankreatitda chap kovurga, umurtka burchagida ogrik bulishi kanday simptom deb ataladi.

A) Kerte

b) SHetkina -Blumberga

v) Kurguaze

g) Voskresenskiy

d) Meyo-Robsona

32. Utkir pankreatitga xos bulmagan davolash muolajasini kursating

a) paranefral blokada

b) insulinni in'eksiya kilish

v) antiferment terapiya

g) oshkozoni doimiy asperatsiyasi

d) sifonli klizma

33. kaysi bir fermentni oshkazon osti bezi ishlab chikarmaydi

a) Tripsin

b) xolinektereza

v) linaza

g) α -amilaza

d) nukleaza

34. oshqozon osti bezining kaysi xujayralari insulin ishlab chikaradi.

A) a-xujayralar

b) -xujayralar

v) -xujayralar

g) stroma xujayralar

d) a va -xujayralar

35. pankreonekrozda xirurg taktikasi

a) dinamikada kuzatish

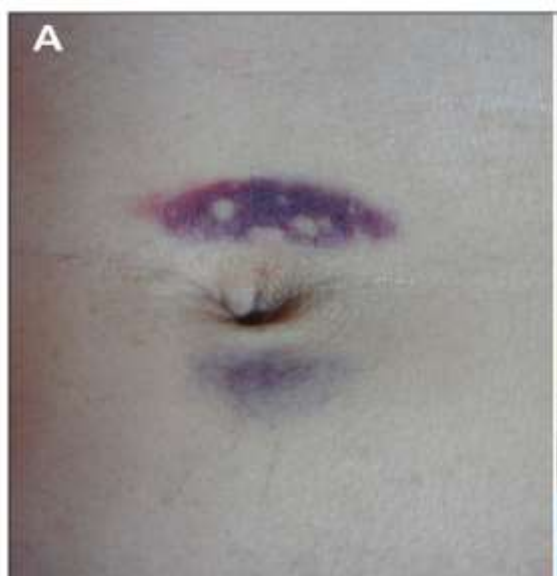
b) rejali operatsiya

v) shoshilinch operatsiya

g) konservativ davolash

g) simptomatik davolash

MAVZU BO'YICHA ILYUSTRATSIYA



1. Расм. Ўткир панкреатитда Куллен симптоми



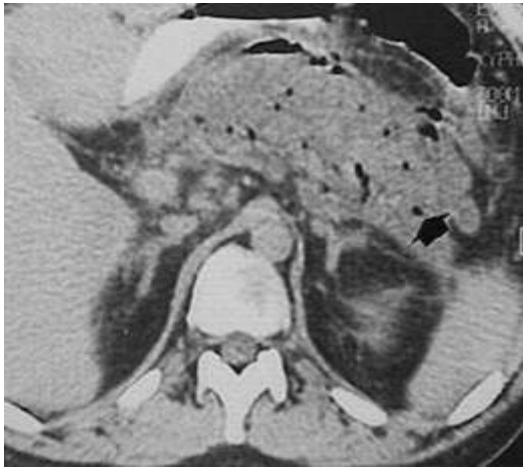
2. Расм. Ўткир панкреатитда Грея Турнер симптоми



3. Расм. Ўткир панкреатитни УТТ картинаси



4. Расм. Ўткир панкреатитни УТТ картинаси



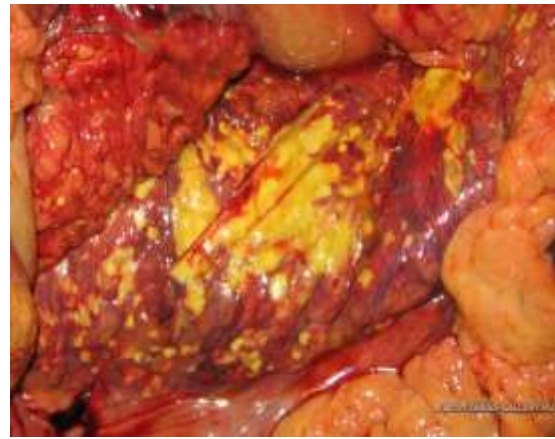
5. Расм. Ұтқир панкреатитни МСКТ картинаси



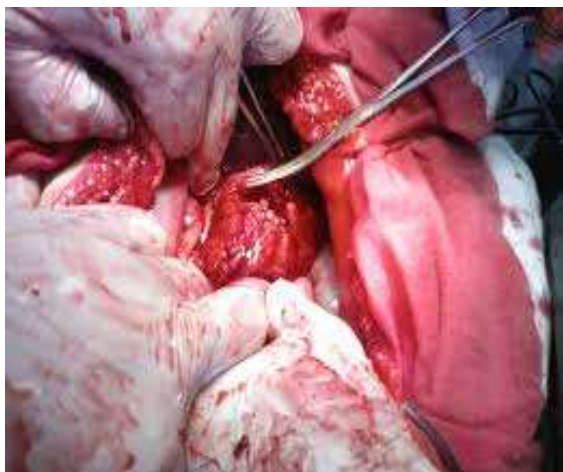
6. Расм. Ұтқир панкреатитни МРТ картинаси



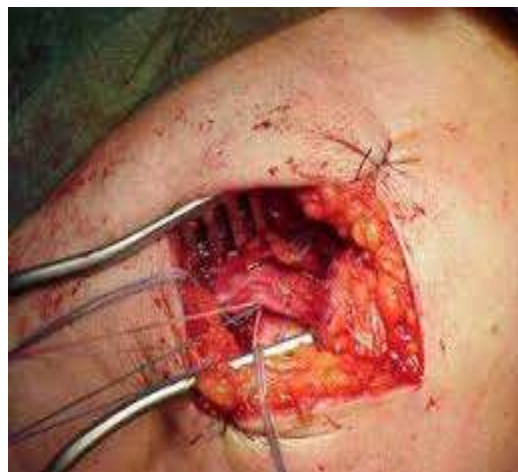
7. Расм. Геморагшиқ панкреонекроз



8. Расм. Ёғли панкреонекроз



9. Расм. Ўткир панкреатитда Чарви халтасини очиш



10. Расм. Ўткир панкреатитда Люмбал дренажлаш



11. Расм. Ўткир панкреатитда Лапароскопик некрэктомия



12. Расм. Ўткир панкреатитда Классик некрэктомия

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

I. Asosiy:

1. Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, Toshkent, 2005.
2. Xirurgicheskie bolezni. SH.I. Karimov, Tashkent, 2005.
3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Xirurgik kasaliklar. SH.I.Karimov, N.X.SHamirzaev, Toshkent, 1995.
5. Xirurgicheskie bolezni. Pod red.M.I.Kuzina., Meditsina, 2002.
6. Metodicheskoe posobie po gospitalnoy xirurgii. Nazыrov F.G. s soav.Tashkent 2004g.
7. Klinicheskaya xirurgiya. Pod red. Pansыreva YU.M. M. «Meditsina», 1988
8. Vorobev A Spravochnik prakticheskogo vracha v 3x tomax. 1990
9. Konden R., Neyxus L. Klinicheskaya xirurgiya Moskva. Praktika 1998
10. Nazirov F.G., Denisov I.I., Ulugbekov E.G. Spravochnik-putevoditel praktikuyushchego vracha. Moskva, 2000.
11. Petrovskiy B.V. red. Rukovodstvo po xirurgii (v 12 tomax) M.Meditsina 1959-1966.

II. Qo‘shimcha:

12. Astapenko V.G. Prakticheskoe rukovodstvo po xirurgicheskim boleznyam. Minsk, 2004.
13. Eroxin I.A., Gelfand B.R., SHlyapnikov S.A. Xirurgicheskie infekcii. Sankt-Peterburg, 2003.
14. Savelev V.S. 50 leksii po xirurgii. Moskva 2004.
15. Основы оперативной xirurgii. Pod red. S.A.Simbirseva, 2002.

16. Prikladnaya laparoskopicheskaya anatomiya: bryushnaya polost i malyy taz. Vind G. Dj. 1999 god
17. Diagnosticheskiy spravochnik xirurga – Astafurov V.N. 2003.
18. Atlas drenirovaniya v xirurgii – Gulman M.I. 2004.
19. Laparoskopicheskaya i torakoskopicheskaya xirurgiya – Konstantin Frantzaydes. 2000.
20. Rukovodstvo po xirurgii jelchnykh putey – Galperin E.I.2009g
21. Osnovy krioxirurgii pecheni i podjeludochnoy jelezы. Alperovich B.I.2006g
22. Neotlojnaya pankreatologiya – Kostyuchenko A.L.2000g
23. Zdravyy smysl v neotlojnoy abdominalnoy xirurgii – Moshe SHayn.2003g
24. Neotlojnaya abdominalnaya xirurgiya – Maystrenko N.A.2002g
25. Abdominalnaya xirurgiya – Grigoryan R.A. V 2-x tomax.2006g
26. Xirurgicheskaya operatsiya. Rasstroystvo gomeostaza, predoperats. podgot. - I.YA.Makshanov. 2002 g.

MUNDARIJA

№		
1.	Pankreatobiliar sistema anatomiyasi va fiziologiyasi.	3
2.	Me'da osti bezining strukturasi	6
3.	Me'da osti bezining endokrin faoliyati.	9
4.	Biliar pankreatit rivojlanish mexanizmlari	12
5.	O'tkir biliar pankreatit	30
6.	O'tkir pankreatit tasnifi.	35
7.	Steril pankreatik nekrozning klinik mezonlari:	10
8.	Differensial diagnostikasi.	45
9.	O'tkir pankreatitni laparoskopik davolash	59
10.	Surunkali pankreatit	65
11.	Umumiy qoidalar. Ratsion davomiyligi.	80
12.	Mavzu bo'yicha amaliy ko'nikmalarni bajarish texnikasi.	86
13.	Test savollari	90
14.	Mavzu bo'yicha ilyustratsiya	95
15.	Foydalanilgan adabiyotlar	98

1	Anatomy and physiology of the pancreato-biliary system	3
2	Structure of the pancreas	6
3	endocrine function of the pancreas	9
4	The mechanism of development of biliary pancreatitis	12
5	Acute biliary pancreatitis	30
6	Classification of pancreatitis	35
7	Clinical criteria for sterile pancreatic necrosis	10
8	Differential Diagnosis	45
9	Laparoscopic treatment of acute pancreatitis	59
10	Chronic pancreatitis	65
11	General rules in the treatment of pancreatitis	80
12	Technique implementation of practical skills by topic	86
13	Tests	90

14	Illustration	95
15	Literature	98

СОДЕРЖАНИЕ

1	Анатомия и физиология панкреато-билиарной системы	3
2	Структура поджелудочной железы	6
3	Эндокринная функция поджелудочной железы	9
4	Механизм развития билиарного панкреатита	12
5	Острый билиарный панкреатит	30
6	Классификация панкреатитов	35
7	Клинические критерии стерильного панкреонекроза	10
8	Дифференциальная диагностика	45
9	Лапороскопическое лечение острого панкреатита	59
10	Хронический панкреатит	65
11	Общие правила в лечение панкреатита	80
12	Техника выполнение практических навыков по темам	86
13	Тесты	90
14	Иллюстрация	95
15	Литература	98