

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

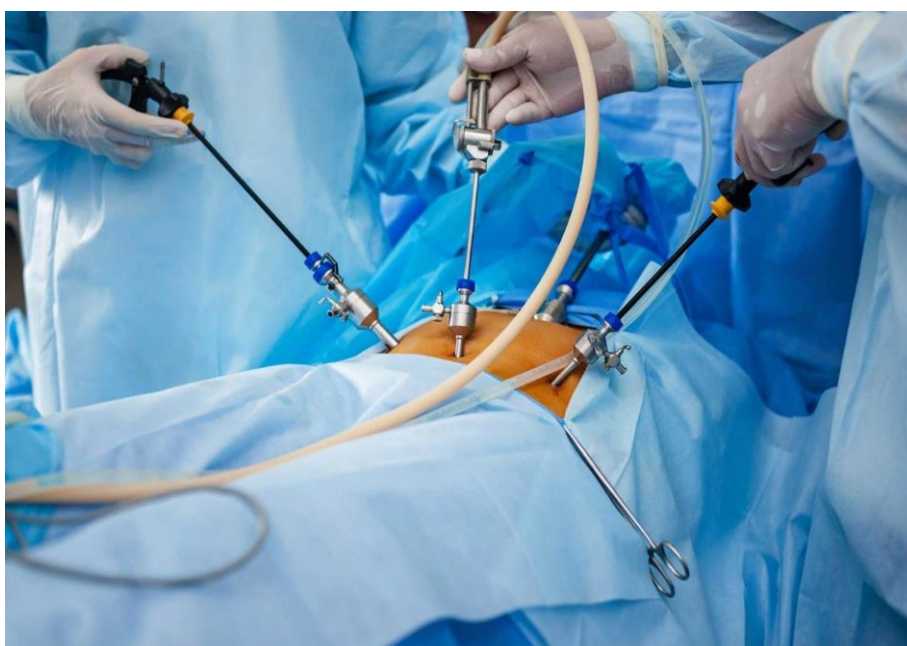
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

XODJIMATOV GULOMIDIN MINXODJIEVICH

**O‘TKIR XOLESISTIT,
MEXANIK SARIQLIK VA
O‘TKIR PANKREATIT**

MONOGRAFIYA



**KAFOLAT TAFAKKUR
ANDIJON-2024**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

Ekspert kengashi raisi

professor

M.M. Madazimov

2024 y.



Xodjimatomov Gulomidin Minxodjievich

**“O’TKIR XOLESISTIT, MEXANIK SARIQLIK VA
O’TKIR PANKREATIT”**

Monografiya



ANDIJON-2024

UO‘K: 616.411-089

KBK: 54.57

X69

MUALLIF:

Xodjimatov G.M. - Tibbiyot fanlari doktori, professor, vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti umumiy xirurgiya, anesteziologiya-reanimatologiya va otorinolaringologiya kafedrası mudiri

TAQRIZCHILAR:

Rayimov G.N. - Tibbiyot fanlari doktori, Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti fakulteti va gospital jarrohlik kafedrası professori

Kasimov A. L. - Tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, umumiy jarrohlik va transplantologiya kafedrası professori

Monografiyada o‘tkir xolesistit, mexanik sariqlik va o‘tkir pankreatit kasalliklarini bir-biriga bog‘liqligina, erta diagnostikasi va unda kaminvaziv usullarni qo‘llash, asoratlarini erta tashhishlash yoritilgan. O‘tkir xolesistit, mexanik sariqlik va o‘tkir pankreatit kasalliklarini alohida-alohida klinikasiga to‘xtalib o‘tilgan. O‘t tosh kasalligi va uning mexanik sariqlik va pankreatit asoratlarida operatsiyadan oldingi, operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi biliar asoratlari diagnostikasi, xirurgik davolash usullari va ularning profilaktikasi yoritilgan. Muallif tomonidan ishlab chiqilgan xolesistektomiyadan keyingi safro oqishini oldini olish orqali xirurgik operatsiyalar natijalarini yaxshilash va takroriy laparotomiyalar sonini kamaytirish, transduodenal endoskopik aralashuvlar va ultratovush nazoratida punksiya usullariga ko‘rsatmalarni qo‘llash texnikasini maqbullashtirgan

Monografiya xirurg-kursantlar, magistrlar va tibbiyot instituti yuqori kurs talabalari uchun mo‘jallangan.

Monografiya Andijon davlat tibbiyot instituti Ekspert kengashi tomonidan 2024- yil 26-martda 6i-22/m-son bayon bilan tasdiqlangan va nashrga tavsiya etilgan.

ADTI Ekspert kengashi kotibi

t.f.n., dotsent:

G.N.Mamatxujaeva

ISBN: 978-9910-711-06-0



8930

© “G.M. XODJIMATOV”, - 2024

© “KAFOLAT TAFAKKUR”, - 2024

MUNDARIJA

	QISQARTMA SO‘ZLAR RO‘YXATI	6
I BOB	O‘TKIR XOLETSISTIT	7
	1.1 O‘tkir xoletsistitni tasniflanishi	10
	1.2 O‘tkir xoletsistit klinikasi	11
	1.3 O‘tkir xolesistning davolash taktikasi	19
II BOB	MEXANIK SARIQLIK	41
	2.1 Mexanik sariqlikning ta’rifi, tasnifi	42
	2.2 Organizmdagi bilirubin almashinuvi	43
	2.3. Mexanik sariqlik etiologiyasi	44
	2.4. Mexanik sariqlik patogenezi	45
	2.5 Mexanik sariqlik diagnostikasi	48
	2.6 Mexanik sariqlikni differensial diagnostikasi	61
	2.7 Mexanik sariqlikni davolash	65
III BOB	O‘TKIR PANKREATIT	77
	3.1 Me’da osti bezi anatomiyasi va fiziologiyasi	78
	3.2 O‘tkir pankreatitning tarqalishi va etiologiyasi	81
	3.3 O‘tkir pankreatitning patomorfologiyasi	83
	3.4. O‘tkir pankreatitning patogenezi	86
	3.5 O‘tkir pankreatitning tasniflanishi	89
	3.6 O‘tkir pankreatitning klinikasi	93
	3.7 O‘tkir pankreatitni tashxislash	96
	3.8 O‘tkir pankreatitda instrumental tekshiruvlari	99
	3.9 O‘tkir pankreatitda klinik differentsial tashxislash	108
	3.10 O‘tkir pankreatit davolash usullari	114
	FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	133

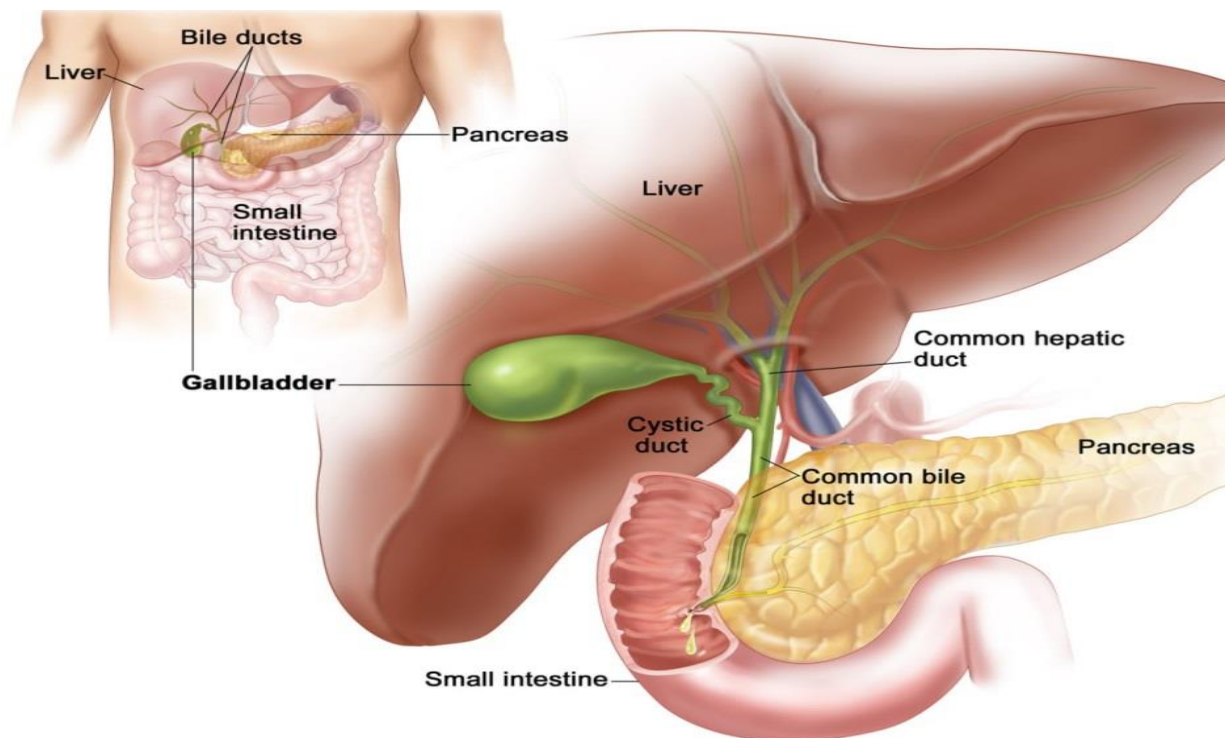
QISQARTMA SO‘ZLAR RO‘YXATI

AKTG - adrenokortikotrop gormon
OIV - Odam immun tanqisligi virusi
IJI - Ikkilamchi jarrohlik ishlovi
IGK- intoksikatsiyaning gematologik ko‘rsatkichi
DIC sindromi - tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiya sindromi
DNK - deoksiribonuklein kislotasi
O‘SV- o‘pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
KT - kompyuter tomografiyasi
ILI - intoksikatsiyaning leykotsitlar indeksi
JT- jismoniy terapiya
QDH - Qonning daqiqali hajmi
MRT - magnit-rezonans tomografiya
O‘B - o‘sma belgilari
UPQ - umumiy periferik qarshilik
QAH -qon aylanma hajmi
PAH - plazma aylanma hajmi
EAH–eritrotsitlar aylanma hajmi
YE - yuvilgan eritrotsitlar
YMP- yangi muzlatilgan plazma
PSS - tetanozga qarshi sarum
PSHI - antitetanus inson immunoglobulini
BJI - birlamchi jarrohlik ishlovi
SDS - uzoq muddatli kompartment sindromi
EChT - eritrotsitlarning cho‘kish tezligi
OITS - orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
TYJS - tizimli yallig‘lanish javob sindromi
UYCh - ultra yuqori chastota
UTT - ultratovush tekshiruvi
YZH- yurakning zarba hajmi
UBN - ultrabinafsha nurlanish
MVB - markaziy venoz bosim
TOMI - Travmatologiya va ortopediya markaziy instituti
MNS - markaziy nervsistemi
NOT - nafas olish tezligi

I BOB
O‘TKIR XOLESISTIT

O'TKIR XOLETSISTIT

O'tkir xoletsistit- qorin bo'shlig'i organlarining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biridir. So'nggi yigirma yil ichida diagnostika va davolash usullarini takomillashtirishda sezilarli yutuqlarga erishildi, bu esa o'lim darajasini 2,5% ga qisqartirdi. Shu bilan birga, qari va keksa bemorlarda u yuqori darajada qolmoqda, bu esa bu muammoni nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy ahamiyatga ega



qiladi.

Etiologiyasi va patogenezini

O'tkir xoletsistitning paydo bo'lishi bir nechta etiologik omillarning ta'siri bilan bog'liq. Uning rivojlanishida yetakchi rolni infeksiya va safro turg'unligi (biliar gipertenziya) o'ynaydi. Faqat ular mavjud bo'lsa, o't pufagida yallig'lanish jarayonining rivojlanishi uchun zarur sharoitlar yaratiladi.

Infeksiya o't pufagiga uchta yo'l bilan kiradi, deb ishoniladi - gematogen, limfogen va enterogen. Ko'pgina hollarda o't pufagining infeksiyasi umumiy jigar arteriyasi tizimi orqali umumiy qon aylanishidan yoki oshqozon-ichak traktidan darvoza venasi orqali gematogen tarzda sodir bo'ladi. Jigarning retikuloendotelial tizimining fagotsitar faolligi pasayganda mikroblar hujayra membranalarini orqali o't kapillyarlariga o'tadi va o't oqimi bilan o't pufagiga kiradi. Odatda ular o't pufagining devorida, Lyushka o'tish joylarida "uya" qilishadi, shuning uchun o't pufagi safroida mikroblar florasi aniqlanmasligi mumkin.

O'tkir xoletsistitning bakteriologik asosi turli mikroorganizmlar va ularning uyushmalaridir. Ularning orasida asosiy ahamiyat gramm-manfiy bakteriyalarga

tegishli - bular enterobakteriyalar (*Escherichia coli*, *Klebsiella*) va psevdomonadalar. O'tkir xoletsistitni keltirib chiqaradigan mikroorganizmlar (spora hosil qilmaydigan anaeroblar - bakteroidlar va anaerob kokklar) taxminan uchdan bir qismini tashkil qiladi va deyarli har doim gramm-manfiy aerob bakteriyalar bilan bog'liqdir.

O'tkir xoletsistit rivojlanishining ikkinchi hal qiluvchi omili intravezikal bosimning oshishi hisoblanadi. Ko'pincha uning paydo bo'lishining sababi siydik pufagi bo'yni yoki kist kanalining tosh bilan to'sqinlik qilishidir. Kamroq, o't pufagidagi bosimning keskin oshishi kanalning shilliq bo'lak bilan tiqilib qolishi, uning torayishi va burmalari, shuningdek, o't yo'llarining disfunktsiyasi - Oddi sfinkterining spazmi tufayli yuzaga keladi. Faqatgina intravezikaliliar gipertenziya boshlangan paytdan boshlab infeksiyaning rivojlanishi va o't pufagi devoridagi destruktiv o'zgarishlar uchun qulay sharoitlar paydo bo'ladi. O'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarning taxminan 70 foizida o't pufagida safro turg'unligining sababi toshlardir. Ushbu faktga asoslanib, ba'zi mualliflar bunday xoletsistitni "Mexanik" deb atashadi.

O't pufagi devoridagi yallig'lanish jarayonining patogenezida lizolitsetin muhim ahamiyatga ega. Safrodagi lizolitsetinning yuqori konsentratsiyasi o't pufagi bloklanganda paydo bo'ladi, bu uning shilliq qavatining shikastlanishi va fosfolipaza A2 ning chiqishi bilan birga keladi. Ushbu to'qima fermenti o't lesitinini lizolitsetinga aylantiradi, u o't tuzlari bilan birgalikda o't pufagining shilliq qavatiga zararli ta'sir ko'rsatadi, hujayra membranalarining o'tkazuvchanligini buzadi va safroning kolloid holatini o'zgartiradi. Ushbu to'qimalarning shikastlanishining natijasi o't pufagi devorining aseptik yallig'lanishidir. Safro gipertenziyasi va o't pufagining kengayishi sharoitida tomirlarning mexanik siqilishi paydo bo'ladi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi paydo bo'ladi. Bu kapillyarlarda ham, venulalar va arteriolalarda ham qon oqimining sekinlashishi va turg'unlik bilan namoyon bo'ladi. O't pufagi devoridagi qon tomirlarining buzilishi darajasi to'g'ridan-to'g'riiliar gipertenziyaning kattaligiga bog'liq ekanligi aniqlandi. Agar bosimning oshishi uzoq vaqt davom etsa, u holda o't pufagi devorining gemoperfuziyasi va ishemiyasining pasayishi, shuningdek safroning sifat tarkibining o'zgarishi tufayli endogen infeksiya virulent bo'ladi. Yallig'lanish jarayonida yuzaga keladigan o't pufagining lümenine ekssudatsiya intravezikal gipertenziyaning yanada kuchayishiga va shilliq qavatning shikastlanishining kuchayishiga olib keladi. Bunday holda, biz o't pufagi devoridagi yallig'lanish jarayonining rivojlanishidagi asosiy bo'g'in o'tkiriliar gipertenziya, ikkinchi darajali bo'g'in esa infeksiya bo'lgan patofiziologik buzuvchi doiraning shakllanishi haqida gapirishimiz mumkin.

Ma'lumki, o't pufagidagi yallig'lanish jarayonining rivojlanish vaqtida va zo'ravonligi ko'p jihatdan uning devoridagi qon tomir o'zgarishlariga bog'liq. Ularning oqibati nekroz o'choqlari va siydik pufagi devorining teshilishi bo'lib, ular ko'pincha pastki yoki bo'yin hududida paydo bo'ladi. Keksa bemorlarda

ateroskleroz va gipertenziya bilan bog‘liq qon tomir kasalliklari, ayniqsa, ko‘pincha o‘tkir xoletsistitning halokatli shakllarini rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Kistik arteriyaning aterotrombozi yoki emboliyasi natijasida ular o‘t pufagining birlamchi gangrenasiga ega bo‘lishi mumkin.

O‘tkir xoletsistitni tasniflanishi

O‘tkir xoletsistitni tasniflash masalasi nafaqat nazariy, balki katta amaliy ahamiyatga ega. Ratsional ravishda tuzilgan tasnif jarrohga klinik holatga mos keladigan davolash taktikasini tanlash kalitini beradi.

Turli mualliflar tomonidan yaratilgan o‘tkir xoletsistitning mavjud ko‘plab tasniflari ushbu kasallikning turli tomonlarini talqin qilishda hali ham birlik yo‘qligini ko‘rsatadi. Kundalik amaliyotda biz, bizning nuqtai nazarimizdan, zamonaviy diagnostika algoritmiga va davolash usulini tanlashga mos keladigan tasnifdan foydalanamiz. Bu juda oddiy va klinik foydalanish uchun qulay.

U klinik va morfologik prinsipga asoslanadi - kasallikning klinik ko‘rinishining o‘t pufagi, jigardan tashqari o‘t yo‘llari va qorin bo‘shlig‘idagi patomorfologik o‘zgarishlarga bog‘liqligi. Ushbu tasnif o‘tkir xoletsistitning ikki guruhini aniqlaydi: asoratlanmagan va murakkab.

O‘tkir xoletsistitning klinik va morfologik tasnifi

Asoratsiz	Asoratli
(kalkulyoz,toshsiz)Kataral Flegmonoz Gangrenoz	Peri-vesikal infiltrat Teshilish Peritonit XolangitTashqi yoki ichki biliar oqma

Asoratlanmagan o‘tkir xoletsistitga o‘t pufagi yallig‘lanishining barcha patomorfologik shakllari kiradi, ular klinik amaliyotda muntazam ravishda uchraydi. Ushbu shakllarning har biri yallig‘lanish jarayonining tabiiy rivojlanishi sifatida qaralishi kerak: kataral yallig‘lanishdan gangrenaga bosqichma-bosqich o‘tish. Ushbu naqshdan istisno birlamchi gangrenoz xoletsistitdir, chunki uning rivojlanishi kist arteriyaning birlamchi tromboziga (emboliyasi) asoslangan. O‘t pufagining o‘tkir yallig‘lanishi uning lümeninde toshlar bilan yoki bo‘lmasdan sodir bo‘lishi mumkin. Qabul qilingan o‘tkir xoletsistitni hisob-kitob va kalkulyozga bo‘lish juda o‘zboshimchalik bilan amalga oshiriladi, chunki toshlar mavjudligi yoki yo‘qligidan qat‘iy nazar,kasallikning klinik ko‘rinishi va shoshilinch vaziyatda davolash taktikasi deyarli bir xil bo‘ladi. Biz o‘tkir "Mexanik" xoletsistitni ajratib ko‘rsatishni to‘g‘ri deb hisoblamaymiz, chunki ko‘p hollarda o‘tkir xoletsistitning rivojlanishi o‘t pufagining bo‘yin yoki kanalining tosh obstruksiyasiga asoslanadi. Murakkabliklar guruhi o‘t pufagining yallig‘lanishi va uning chegaralaridan tashqarida infeksiyaning tarqalishi bilan bevosita bog‘liq bo‘lgan patologik jarayonlardan, shuningdek, xolelitiyoz va uning oqibatlaridan kelib chiqadigan jarayonlardan iborat.

O'TKIR XOLETSISTIT KLINIKASI

O'tkir xoletsistit barcha yoshdagi odamlarda uchraydi, lekin ko'pincha 50 yoshdan oshgan odamlarga ta'sir qiladi. Keksa (60-74 yosh) va keksa (75-89 yosh) bemorlar umumiy holatlarning 50% ni tashkil qiladi. Ular orasida erkaklar va ayollar nisbati 1:5 ni tashkil qiladi.

O'tkir xoletsistitning klinik ko'rinishi o't pufagi yallig'lanishining patomorfologik rasmiga, peritonitning mavjudligi va tarqalishiga, shuningdek, o't yo'llarida birga keladigan o'zgarishlarga bog'liq. Kasallikning klinik ko'rinishining xilma-xilligi tufayli diagnostika qiyinchiliklari va xatolar mumkin.

O'tkir xoletsistit odatda to'satdan boshlanadi. O't pufagida o'tkir yallig'lanish hodisalarining rivojlanishi ko'pincha o't pufagi yoki pufak yo'lining bo'ynini tosh bilan tiqilib qolishi natijasida kelib chiqqan biliar kolik hujumidan oldin bo'ladi. O'tkir og'riqli hujum o'z-o'zidan yoki antispazmodik preparatlarni qo'llashdan keyin bartaraf etiladi. Kolik hujumi susayganidan bir necha soat o'tgach, o'tkir xoletsistitning klinik belgilari paydo bo'ladi. O'tkir xoletsistitning yetakchi alomati qattiq va doimiy qorin og'rig'i bo'lib, kasallikning kuchayishi bilan uning intensivligi ortadi. Uning o'ziga xos xususiyati - o'ng supraklavikulyar mintaqaga, yelkaga yoki skapulaga nurlanish bilan o'ng hipokondriumda lokalizatsiyasi. Ba'zida og'riq yurak sohasiga tarqaladi, bu angina xuruji (S.P.Botkinning xoletsistokoronar sindromi) sifatida baholanishi mumkin.

O'tkir xoletsistitning doimiy belgilari ko'ngil aynish va takroriy qusish bo'lib, bemorga yengillik keltirmaydi. Kasallikning birinchi kunlaridan boshlab tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Uning tabiati ko'p jihatdan o't pufagidagi patomorfologik o'zgarishlarning chuqurligiga bog'liq.

Bemorning holati kasallikning shakliga qarab boshqacha bo'lishi mumkin. Teri odatda normal rangga ega. Skleraning o'rtacha sariqligi gepatikokoledoxda safro turg'unligi bilan yuzaga keladigan mahalliy hepatit va perixoledoxeal limfadenit holatlarida o'zini namoyon qilishi mumkin. Teri va skleraning yorqin sariqligining ko'rinishi ekstrahepatik xolestazning mexanik xususiyatini ko'rsatadi, bu o't yo'llarining litiazisi yoki katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining (MDP) strukturasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Pulsning tezligi daqiqada 80 dan 120 gacha va undan yuqori. Tez yurak urishi o't pufagi va qorin bo'shlig'ida kuchli yallig'lanish o'zgarishlarini ko'rsatadigan dahshatli alomatdir.

O'tkir xoletsistitning o'ziga xos belgilari tavsiflanadi: Ortner simptomi - qo'lning qirrasini bilan o'ng qovurg'a yoyiga urilganda og'riq; Ker simptomi - nafas olish balandligida palpatsiya paytida o't pufagining qorin old devoriga proyeksiyasi sohasidagi og'riq; Merfi simptomi - bu hududni paypaslaganda nafas olayotganda nafasni beixtiyor ushlab turish; Mussi-Georgievskiy (phrenicus simptomi) - sternokleidomastoid mushakning oyoqlari orasidagi o'ng supraklavikulyar chuqurchaga barmoq bilan bosilganda og'riq. Ro'yxatda keltirilgan simptomlarni aniqlash chastotasi bir xil emas, bu o't pufagidagi

morfologik o'zgarishlarning tabiatiga va yallig'lanishning parietal peritonga o'tishi mumkinligiga bog'liq. O'tkir xoletsistit va uning asoratlarida jigarda sezilarli tarkibiy o'zgarishlar ro'y beradi. Ular o't pufagiga ulashgan jigar segmentining yallig'lanish jarayonida ishtirok etishi va gepatotsitlarning toksik shikastlanishining natijasidir. Ushbu o'zgarishlarning darajasi kasallikning davomiyligi va yallig'lanish jarayonining og'irligi bilan chambarchas bog'liq. Ularning chuqurligiga qarab, bemorning qonida fermentlarning ko'payishi aniqlanishi mumkin: aminotransferaza, aldolaza, gidroksidi fosfataza, laktat dehidrolaza, g-glutamil transferaza. Jigar fermentlarining faolligini, shuningdek bilirubin va uning fraksiyalarini aniqlash bemorda gepatotsellyulyar yoki Mexanik xarakterga ega bo'lishi mumkin bo'lgan sariqlik aniqlanganda muhimdir.

O'tkir xoletsistitda qon va gemostatik tizimning reologik holatida sezilarli o'zgarishlar ro'y beradi: qonning yopishqoqligi, eritrotsitlar va trombositlarning agregatsiya qobiliyati va qon ivish faolligi. Gemorheologiya va gemostazning buzilishi jigar va buyraklardagi mikrosirkulyatsiya va to'qimalar almashinuvining buzilishiga olib kelishi mumkin, bu o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi uchun old shartlarni yaratadi, shuningdek tromboembolik asoratlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Kataral xoletsistit kasallikning eng yengil shakli bo'lib, o'ng hipokondriumda o'rtacha intensivlikdagi og'riqlar, ko'ngil aynishi va bir yoki ikkita qusish bilan tavsiflanadi. Bemorning umumiy ahvoli ozgina azoblanadi. Pulsning tezligi daqiqada 90 martagacha oshishi mumkin. Til nam. Qorin palpatsiyasida o'ng hipokondriumda mahalliy og'riqlar qayd etiladi. O't pufagining o'tkir yallig'lanishining muhim belgilari - Ortner, Kehr, Merfi va Mussi-Georgievskiy belgilari - yengil yoki yo'q; Shchetkin-Blumberg simptomi aniqlanmagan. O't pufagi paypaslanmaydi, lekin uning proeksiyalari maydoni biroz og'riqli. Qonda leykotsitlar soni 9-11·10⁹/l gacha ortadi. Kataral xoletsistitning yengil klinik ko'rinishi ko'pincha noto'g'ri ravishda bilial kolikaning hal qilingan hujumi sifatida qabul qilinadi. Katar bilan kasallik to'liq klinik tiklanishga olib kelishi mumkin. Dori-darmonlarni faol davolash bilan o't pufagidagi yallig'lanish hodisalari kasallikning boshlanishidan 6-8 kungacha to'xtaydi. Agar yallig'lanish jarayoni susaygandan so'ng, pufak yo'lining tosh bilan tiqilib qolishi qolsa, o't pufagining gidroseliyasi hosil bo'ladi. Bunday holda, qabariq uning bo'shlig'ida rangsiz, shilliqqa o'xshash steril suyuqlik ("oq safro") to'planishi tufayli katta hajmga etadi. Elastik va og'riqsiz shakllanish sifatida palpatsiya qilinadi. O't pufagining gidroseliyasi uzoq vaqt davomida mavjud bo'lishi mumkin va hech qanday azob-uqubatlarga olib kelmaydi. Biroq, o't pufagining empiema rivojlanishi bilan murakkablashishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarga elektiv jarrohlik ko'rsatiladi. Flegmonoz xoletsistit o'ng yelka yoki o'ng supraklavikulyar mintaqaga tipik nurlanish bilan doimiy kuchli qorin og'rig'i bilan tavsiflanadi. Bemorlar ko'ngil aynishi va takroriy qayt qilishdan xavotirda, bu esa yengillik keltirmaydi. Zaiflik va bezovtalik aniqlanadi, titroq bo'lishi mumkin. Tana harorati 37,8-38,0 ° S va undan yuqori ko'tariladi va bir

necha kun davom etadi. Bemorning ahvoli odatda o'rtacha og'irlikda. Puls tezlashadi, daqiqada 90-100 zarba. Til quruq. Qorin shishgan, o'ng hipokondriyumda va ko'pincha epigastral mintaqada sezilarli darajada og'riqli. Deyarli har doim mahalliy peritonitning hodisalari mavjud: qorin bo'shlig'i mushaklarining kuchlanishi va Shchetkin-Blumberg simptomi o'ng hipokondriyumda aniqlanadi. Qorin devoridagi yengil kuchlanish bilan kengaygan va og'riqli o't pufagini palpatsiya qilish mumkin. Qoida tariqasida, o'tkir xoletsistitning "belgisi" belgilari ijobiydir. Qonda leykotsitlar soni 12-15·10⁹/l ga yetadi, qonning leykotsit formulasida neytrofillar siljishi kuzatiladi. O't pufagining flegmonoz yallig'lanishi bilan kasallikning turli natijalari mumkin. Bemorni o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish va faol konservativ terapiya bilan klinik tiklanish kuzatiladi. Yallig'lanishni bartaraf etish

O't pufagi va qorin bo'shlig'i devoridagi bu jarayon o't pufagi empiemasining shakllanishiga olib kelishi mumkin. Ushbu patologik holatda o't pufagi zich va o'rtacha og'riqli shakllanish shaklida palpatsiya qilinadi, peritoneal tirnash xususiyati belgilari aniqlanmaydi. "Nogiron" o't pufagida yiringli ekssudatning to'planishi natijasida bemorda vaqti-vaqti bilan titroq va yuqori isitma paydo bo'ladi. Isitma paytida olingan qonda tarmoqli siljishi bilan yuqori leykotsitoz aniqlanadi. Flegmonoz xoletsistit bilan yallig'lanish jarayoni o't pufagidan tashqariga chiqadi va parietal peritonga va qo'shni organlarga, shu jumladan gepatoduodenal ligamentga tarqaladi. Yallig'lanish jarayonining o't pufagini o'rab turgan organlar va to'qimalarga o'tishi ularning zich yopishishiga va yallig'lanish infiltratining shakllanishiga olib keladi. Peri-vesikal infiltrat kasallikning 4-6 kunida aniqlanadi. Klinik jihatdan, u o'ng hipokondriyumda zich, og'riqli va harakatsiz shakllanish mavjudligi bilan tavsiflanadi. Yallig'lanish jarayonining susayishi va yallig'lanish infiltratining yo'qolishi tendentsiyasi bilan qorin og'rig'i kamayadi, peritoneal simptomlar yo'qoladi, leykotsitoz kamayadi va harorat normallashadi. Dori terapiyasi bilan infiltrat 1,5-2 haftadan so'ng sezilmaydi, ammo yallig'lanish jarayonining to'liq susayishi uchun kamida 1,5-2 oy kerak bo'ladi.

O't pufagi va uning atrofidagi organlar (ko'ndalang yo'g'on ichak, katta omentum, oshqozon) o'rtasida qattiq yopishqoqlik tufayli yallig'lanish jarayonining ishonchli cheklovi bo'lmasa, infeksiyaning ushbu markazdan tashqariga tarqalishi peritonitning rivojlanishiga olib keladi. O'tkir xoletsistitda yallig'lanish jarayonining tarqalishi asosan o'ng lateral kanal bo'ylab va qorin bo'shlig'ining o'ng yarmining boshqa qismlarida sodir bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, o't pufagining halokatli shikastlanishi bilan keng tarqalgan peritonit tez-tez kuzatilmaydi. Bu yallig'lanish o'chog'ini atrofdagi organlarga cheklash, ularni o't pufagi bilan birlashtirishning odatiy reaksiyasi bilan bog'liq. Gangrenli xoletsistit. Xoletsistitning ushbu shaklining rivojlanish mexanizmiga qarab, uning klinik ko'rinishi asta-sekin yoki to'satdan paydo bo'ladi. Kasallikning klinik belgilarining bosqichma-bosqich namoyon bo'lishi xoletsistitning flegmonoz

shaklidan gangrenoz shaklga (ikkinchi darajali gangrenoz xoletsistit) o'tish davrida kuzatiladi. O't pufagi devorining nekrozining rivojlanishi bilan kasallikning klinik ko'rinishida intoksikatsiya hodisalari birinchi o'ringa chiqadi, og'riq sindromi esa yengil ifodalanishi mumkin. Bemorlar inhibe qilinadi, adinamik yoki aksincha, hayajonlanadi. Puls tezlashadi, daqiqada 110-120 zarba. Til quruq. Qorin bo'shlig'i shishiradi, ichak parezlari kuchayadi. Palpatsiya orqali o'ng hipokondriumda og'riqning biroz kamayishi va qorin bo'shlig'i mushaklaridagi kuchlanish darajasini qayd etish mumkin. Tana harorati pasayadi va normal bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, leykotsitlar soni ortadi va qonning leykotsitlar formulasi chapga siljiydi. Jiddiy intoksikatsiya, an'anaviy haroratda taxikardiya paydo bo'lishi ("toksik qaychi" belgisi) va tarmoqli neytrofillar sonining ko'payishi bilan leykotsitoz nekroz yoki uning umumiy gangrenasining rivojlanishi bilan o't pufagida chuqur morfologik o'zgarishlarni ko'rsatadi.

Kistik arteriya trombozi natijasida yuzaga keladigan birlamchi gangrenoz xoletsistit kasallikning dastlabki soatlaridan boshlab tez o'tishi bilan tavsiflanadi. Bu og'ir intoksikatsiya va tez rivojlanayotgan peritonit belgilari bilan namoyon bo'ladi. Perforatsiyalangan xoletsistit kasallikning gangrenoz shakli bilan og'riqan bemorlarda, agar ularga jarrohlik yordami ko'rsatilmasa yoki o't pufagi devorining o't pufagidagi tosh bilan bosimli yarasi tufayli rivojlanadi. Birinchi holda, teshilish ko'pincha o't pufagining pastki qismida, ikkinchisida - bo'yin hududida sodir bo'ladi. Kasallikning aniq klinik ko'rinishi o't pufagi erkin qorin bo'shlig'iga teshilganida kuzatiladi, bu uning barcha qismlari bo'ylab yiringli kistli safro to'kilishiga olib keladi. Klinik jihatdan teshilish momenti kuchli qorin og'rig'i va takroriy qusish bilan namoyon bo'ladi. Bemor sovuq ter bilan qoplanadi, teri rangi oqarib ketadi. Birinchi daqiqalarda yurak urish tezligining pasayishi va gipotenziya kuzatiladi. Keyinchalik qon bosimi barqarorlashadi va peritonit rivojlanishi bilan yurak urishi keskin ortadi. Qorin bo'shlig'ini tekshirishda keng tarqalgan peritonitning rasmi aniqlanadi. O't pufagining erkin qorin bo'shlig'iga teshilishi o'tkir xoletsistitning 1-3% hollarda rivojlanadi. Yallig'lanish infiltrat bilan chegaralangan o't pufagi teshilganida kamroq aniq klinik ko'rinish kuzatiladi. Teshilish vaqtida yiringli safro subhepatik bo'shliqqa kiradi, bu o'ng gipoxondriyadagi og'riqning kuchayishi va yiringli intoksikatsiya belgilarining bosqichma-bosqich kuchayishi (quruq til, taxikardiya, leykotsitlar formulasining chapga siljishi bilan leykotsitoz) bilan birga keladi. . Peritoneal tirnash xususiyati belgilari bo'lmasligi mumkin. Yallig'lanish infiltratida infeksiyalangan safro to'planishi bilan o't pufagining teshilishi uni chegaralovchi tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi rivojlanishi bilan subhepatik absess shakllanishiga olib keladi.

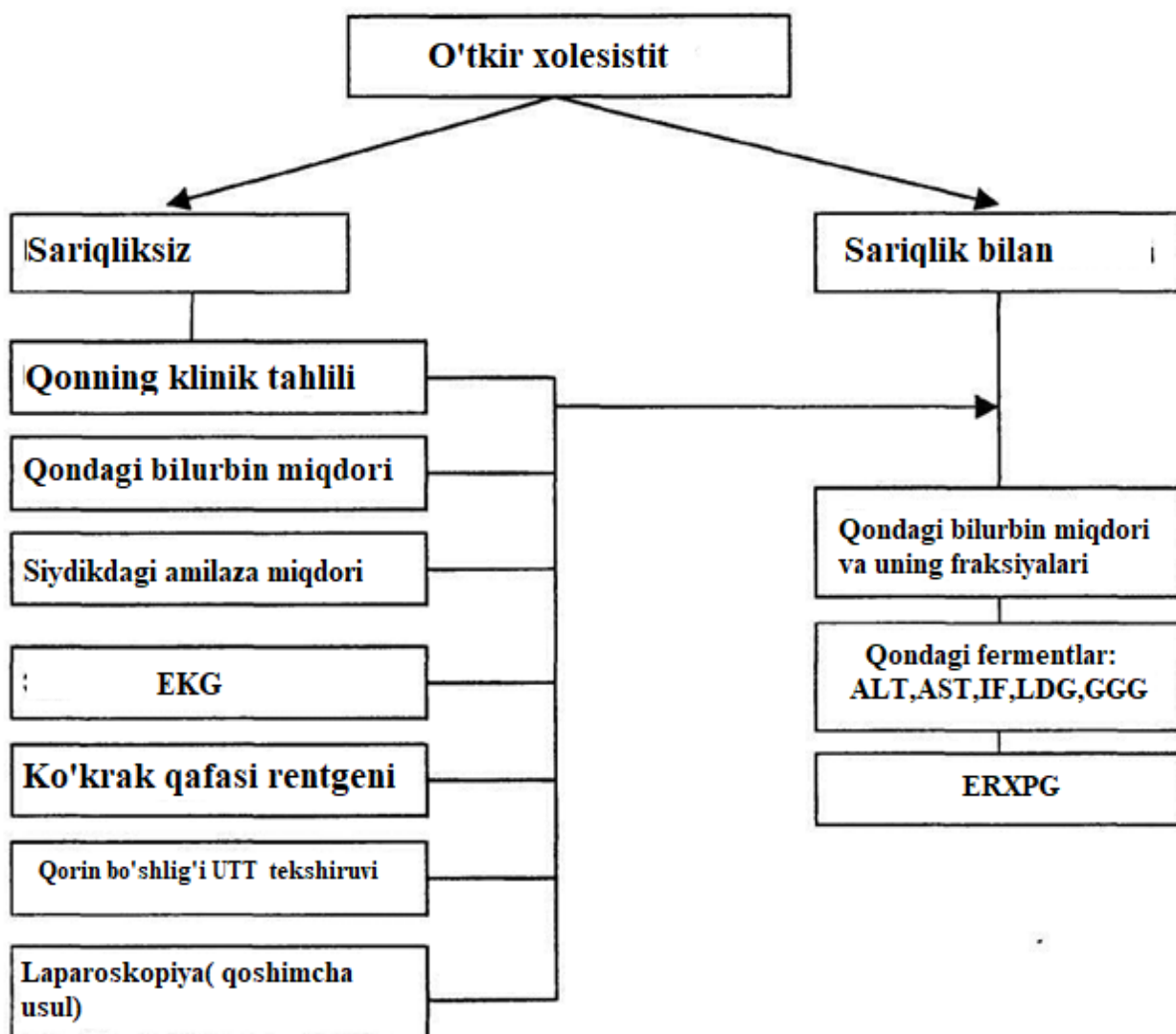
O'tkir xoletsistitning kechishini murakkablashtiradigan yiringli xolangit yallig'lanish jarayonining o't pufagidan jigardan tashqari o't yo'llariga to'g'ridan-to'g'ri o'tishi natijasida rivojlanishi mumkin. Bu ularning devorlarining qalinlashishi va lümenning torayishi bilan birga keladi, bu esa, o'z navbatida, ichaklarga safro chiqishining buzilishiga olib keladi. Ammo ko'p hollarda yiringli

xolangit o't yo'llarida toshlar va katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining strikturasi mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Mexanik xolangit doimiy safro turg'unligi va infeksiyaning intrahepatik o't yo'llariga tez tarqalishi tufayli eng og'ir hisoblanadi. Yiringli Mexanik xolangit xolangiogen jigar absesslari va o't yo'llari sepsisiga olib kelishi mumkin. Yiringli xolangitning klinik belgilari darhol paydo bo'lmaydi, lekin hujum boshlanganidan 3-4 kun o'tgach, ba'zan esa keyinroq paydo bo'ladi. U uchta klinik belgilar bilan tavsiflanadi (Charcot triadasi): terining va skleraning ikterik rangsizlanishi, yuqori harorat 38-39 ° S gacha, titroq va o'ng hipokondriyumda og'riq bilan birga keladi. Bemorning ahvoli og'ir, ongni chalkashtirib yuborish mumkin; Taxikardiya va gipotenziyaga moyillik diqqatga sazovordir. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda, o'tkir xoletsistit belgilari bilan birga, jigar va taloq hajmining oshishi aniqlanishi mumkin. Qon testida leykotsitlar formulasining chapga siljishi, ECHTning keskin o'sishi, giperbilirubinemiya, shuningdek transaminaza, gidroksidi fosfataza va gamma-glutamyltransferaza darajasining oshishi bilan yuqori leykotsitoz aniqlanadi. Yiringli xolangitning progressiv kursi bilan jigar-buyrak yetishmovchiligi va tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya belgilari paydo bo'ladi. O'tkir xoletsistit kursini murakkablashtiradigan yiringli Mexanik xolangit yuqori (40% gacha) o'lim darajasi bilan birga keladi.

Laboratoriya va instrumental diagnostika

O'tkir xoletsistit va uning asoratlarini to'g'ri va o'z vaqtida tashxislash davolash natijalarini yaxshilashning kalitidir. Favqulodda vaziyat bilan bog'liq holda, u bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 24 soat ichida amalga oshirilishi kerak bo'lgan laboratoriya va instrumental usullarning optimal to'plamidan foydalanishni o'z ichiga oladi .

Ushbu yondashuv to'g'ri tashxis qo'yish va adekvat davolash taktikasini ishlab chiqish imkonini beradi. Rasmda bizning nuqtai nazarimizdan o'tkir xoletsistit va uning asoratlarini tashxislash uchun standart bo'lgan laboratoriya va instrumental tadqiqotlar ro'yxati ko'rsatilgan.



1-rasm. O'tkir xolelstitit va uning asoratlari diagnostikasi algoritmi.

O'tkir xolelstititning turli shakllari bilan og'riqan bemorlarda periferik qon tarkibini o'rganishda oq qonda sezilarli o'zgarishlar aniqlanadi. Formulaning chapga siljishi bilan leykotsitlar sonining ko'payishi (neytrofillar tasmasi tufayli) siydik pufagi devoridagi halokatli jarayonni ko'rsatadi. O't pufagi va qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayoni qanchalik og'ir bo'lsa, bu o'zgarishlar shunchalik aniq bo'ladi. Shu bilan birga, zaiflashgan va keksa bemorlarda o't pufagidagi o'zgarishlarning og'irligi va qondagi leykotsitlar soni o'rtasidagi aniq naqsh kuzatilmayishi mumkin. O'tkir xolelstitit bilan og'riqan bemorlarda qondagi bilirubin darajasini aniqlash majburiy tadqiqot bo'lib, bu kasallikning dastlabki bosqichlarida kolelstititni aniqlash imkonini beradi.

O'tkir xolelstitit bilan og'riqan bemorlarda qondagi bilirubin miqdorining o'rtacha ko'tarilishi (25-40 mkmol / l) kuzatiladi. Yengil giperbilirubinemiya intrahepatik kolelstitit bilan birga keladigan toksik gepatit rivojlanishi bilan izohlanadi. Ammo giperbilirubinemiyaning bu darajasi ham o't pufagidagi aniq halokatli o'zgarishlarni yoki litiyoz yoki Mexanik tizimning tuzilishi tufayli

ekstrahepatik kolestazni ko'rsatadigan tashvishli moment sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Giperbilirubinemiyaning sababini aniqlash uchun batafsil biokimyoviy qon testini o'tkazish kerak va shoshilinch jarrohlik bo'lsa, o't yo'llarining holatini baholash uchun intraoperativ xolangiografiyadan foydalaning. O'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorning standart diagnostik tekshiruv siydikdagi amilaza darajasini o'rganishni o'z ichiga oladi.

Siydikdagi amilaza miqdorining o'rtacha ko'tarilishi 128-256 birlikgacha. Wolgemutning so'zlariga ko'ra, o'tkir xoletsistit tez-tez qayd etiladi, bu, ehtimol, oshqozon-ichak traktining disfunksiyasi va fermentning qonga tushishidan qochishdir. Yuqori daraja (512 birlik va undan yuqori) amilazuriya sababini aniqlashni talab qiladi, chunki bu o'tkir xoletsistit uchun xos emas. Shuning uchun bunday hollarda o'tkir xoletsistit niqobi ostida yuzaga keladigan va diagnostika xatosini keltirib chiqaradigan o'tkir pankreatitning mavjudligini istisno qilish yoki tasdiqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar (qon amilazasini aniqlash, ultratovush, laparoskopiya) o'tkazish kerak. Tajriba shuni ko'rsatadiki, o'tkir pankreatitda o'tkir xoletsistit ko'pincha noto'g'ri tashxis qilinadi. O'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorda majburiy tadqiqotlar ro'yxati EKG va ko'krak qafasi rentgenogrammasini o'z ichiga olishi kerak. Ushbu tadqiqotlar natijalari bemorning jismoniy holatini har tomonlama baholash uchun juda muhimdir, bu o'tkir miokard infarkti va o'ng tomonlama plevropnevmoniyani istisno qiladi, bu o'tkir qorin bo'shlig'i belgilariga taqlid qilishi va diagnostika xatolariga olib kelishi mumkin. O'tkir xoletsistitni tashxislash uchun maxsus instrumental usullar orasida ultratovush tekshiruv markaziy o'rinni egallaydi.

Ultratovush tekshiruvining ahamiyati oshqozon osti bezi-gepatobiliar tizim kasalliklari uchun usulning yuqori informativligi, uning invaziv bo'lmaganligi, tadqiqotni ko'p marta takrorlash va uning nazorati ostida davolash muolajalarini o'tkazish imkoniyati bilan belgilanadi. Ko'pgina tibbiyot muassasalari uchun ultratovush usulining mavjudligi va yuqori diagnostika aniqligi (98%) o'tkir xoletsistit uchun ushbu tadqiqot standartini ko'rib chiqishga imkon beradi. Kechirimsiz diagnostika xatolariga yo'l qo'ymaslik uchun ultratovush tekshiruv klinik belgilarning og'irligidan qat'i nazar, ushbu kasallikdan shubhalangan holda barcha bemorlarda o'tkazilishi kerak. Ultratovush belgilariga asoslanib, o'tkir xoletsistitning morfologik shaklini aniqlash kerak, chunki davolash taktikasini tanlash bunga bog'liq.

Kataral xoletsistitning ultratovush belgilari - o't pufagining kattalashishi, uning devorlarining 4-5 mm gacha qalinlashishi, ular bo'ylab silliq, aniq konturlarga ega. Bundan tashqari, o't pufagiga qo'shni to'qimalarda strukturaviy o'zgarishlar yo'q. Vayron qiluvchi xoletsistitning ishonchli belgilari o't pufagining kattalashishi (90,0 x 30,0 mm dan ortiq), devorlarning sezilarli qalinlashishi (6 mm va undan ko'p), devorning ikki baravar ko'payishi (stratifikatsiyasi), notekis konturlar va to'xtatib qo'yilgan o'lchamlarning mavjudligi. akustiksiz kichik giperstrukturalar - o't pufagi (yiring) bo'shlig'ida bir oz soya (10.2-rasm). Bundan

tashqari, suyuqlik subhepatik bo'shliqda va atrofdagi to'qimalarning ortib borayotgan ekojenikligi zonalarida aniqlanadi - yallig'lanish infiltratsiyasi belgilari. O't pufagiga tutashgan turli shakl va kenglikdagi aks sado-salbiy tasma (rim) belgisini aniqlash perivezikal absess shakllanishini ko'rsatishi mumkin. Ko'pincha o'tkir xoletsistitda toshlar siydik pufagining bo'shlig'ida joylashgan: aks-sado beruvchi giperekoik tuzilmalar. O't pufagi bo'yni hududida akustik soyali qo'zg'almas ekostrukturani aniqlash ta'sirlangan toshning belgisidir. O'tkir xoletsistitning qo'shimcha belgisi ultratovushning ijobiy belgisidir Murphy belgisi - ultratovush tekshiruvi ostida ilhomlanish paytida o't pufagi hududida og'riq kuchayadi. Ultratovush tekshiruvi natijalarini baholashda ekstrahepatik safro yo'llarining holatiga e'tibor qaratiladi: odatda, jigar kanalining kengligi 8 mm dan oshmaydi. Gepatikopedox diametrining 9 mm yoki undan ko'proq oshishi tosh yoki strikturadan kelib chiqqan biliar gipertenziyani ko'rsatishi mumkin. Afsuski, ultratovush yordamida o't yo'llarida toshlar kamdan-kam hollarda aniqlanadi, chunki ular odatda umumiy o't yo'lining retroduodenal qismida joylashgan bo'lib, ultratovush tekshiruvi uchun kirish imkoni yo'q.



2-rasm. O't pufagining ultratovush exogrammasi.

Agar dastlabki ultratovush tekshiruvi paytida o't pufagi va o't yo'llarining holati to'g'risida ma'lumot olishning iloji bo'lmasa, bemorni tegishli tayyorgarlikdan so'ng ertasi kuni takrorlash kerak (faollashtirilgan ko'mir yoki espumizan qabul qilish, tozalovchi ho'qna). Agar bemorda o't pufagining kataral yallig'lanishi belgilari bo'lsa va konservativ davo qilinsa, takroriy tekshiruv (24-48 soatdan keyin) ham zarur. Bemorni kuzatishda ultratovush tekshiruvi konservativ terapiya samaradorligini baholash va o't pufagi devorining progressiv yallig'lanishi va uning yo'q qilinishi belgilarini aniqlash imkonini beradi. Ultratovush tekshiruvining yuqori diagnostik aniqligi, tadqiqotning soddaligi va zararsizligi, uni kunning istalgan vaqtida o'tkazish imkoniyati ultratovushni o'tkir xoletsistit tashxisining asosiy usuli sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

Laparoskopiya— o'tkir xoletsistitni tashxislashning aniq va informatsion usuli hisoblanadi. Ilgari ushbu kasallikni tashxislash uchun keng qo'llanilgan, bu esa diagnostika xatolaridan qochish imkonini berdi. Hozirgi vaqtda ultratovush

tekshiruvining kundalik amaliyotga kiritilishi tufayli o'tkir xoletsistitga shubha qilingan hollarda laparoskopiyadan foydalanish ko'rsatmalari sezilarli darajada cheklangan. Bizning fikrimizcha, o'tkir xoletsistitning klinik ko'rinishi aniq bo'lmaganligi va boshqa (invaziv bo'lmagan) diagnostika usullaridan foydalangan holda o'tkir qorinning sababini aniqlashning iloji yo'qligi sababli tashxis noaniq bo'lganda ko'rsatiladi.

Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG) Mexanik sariqlik va Mexanik xolangit holatlarida o'tkir xoletsistitda qo'llaniladi. Bunday holatlarda operatsiyadan oldin o't yo'llarining obstruksiyasining tabiati va darajasi haqida aniq ma'lumotga ega bo'lish juda muhimdir. Agar rentgen kontrastli tadqiqot muvaffaqiyatli o'tkazilsa, shifokor safro yo'llarining toshlarini aniqlay oladi, ularning joylashishini va kanalning tiqilib qolish darajasini aniqlaydi, shuningdek, stenozning mavjudligini va uning darajasini aniqlaydi. X-nurli endoskopik usul yordamida safro yo'llarida patologiyani xarakterini aniqlash davolash taktikasi masalalarini to'g'ri hal qilish imkonini beradi. Agar qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonining og'irligi shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qilmasa va endoskopik tekshiruv endoskopik papillotomiya va nasobilotomiya bilan yakunlanishi mumkin bo'lsa, ekstrahepatik xolestazning aniq hodisalari bilan kechadigan o'tkir xoletsistitning har bir holatida ERXPG o'tkazilishi kerak. biliar stazni bartaraf etish uchun drenaj. Qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonining og'irligi sababli keyingi 12-24 soat ichida operatsiya qilinishi kerak bo'lgan bemorlar guruhida ERXPG ni o'tkazishdan saqlanish kerak, shuningdek, agar buning iloji bo'lmasa. terapevtik tadbirlarni amalga oshirish orqali endoskopik tekshiruvning diagnostika bosqichini yakunlash. Bunday hollarda o't yo'llarining holatini baholash va patologiyani xarakterini aniqlash uchun intraoperativ xolangiografiya o'tkaziladi.

O'tkir xoletsistitning davolash taktikasi

Tibbiy matbuot sahifalarida o'tkir xoletsistit uchun terapevtik taktika masalasi doimiy muhokama qilinishiga qaramay, bu masala bo'yicha hali ham yagona fikr mavjud emas. Ba'zi jarrohlar davolashning sof konservativ usulini qo'llab-quvvatlash, boshqalari faol kutish va ko'rish taktikasi pozitsiyasini egallaydi. Ushbu pozitsiyalarning muvaffaqiyatsizligi davolanishning bevosita natijalariga ta'sir qiladi, afsuski, uni qulay deb hisoblash mumkin emas.

Anesteziologiyani zamonaviy yutuqlari va yangi tibbiy texnologiyalarning rivojlanishi asoratlanmagan o'tkir xoletsistitni ham, uning murakkab shakllarini ham davolashning mavjud taktikasini tubdan qayta ko'rib chiqish imkonini beradi. O'tkir xoletsistit uchun jarrohning taktikasi faol bo'lishi kerak. Asosiy tamoyillar quyidagilardan iborat:

1. Uning kechishining turli xil variantlari bilan destruktiv xoletsistit jarrohlik aralashuvga ko'rsatma bo'lib, bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab

24-48 soat ichida amalga oshirilishi kerak bo'lgan xoletsistektomiya yoki xoletsistotomiya.

2. Faqat kataral xoletsistit sof konservativ davoga duchor bo'ladi, bunda u, qoida tariqasida, yallig'lanish jarayonini to'xtatishga imkon beruvchi muvaffaqiyatli bo'lib chiqadi. Ushbu bemorlarga jarrohlik aralashuvi keng qamrovli tekshiruvdan so'ng rejalashtirilgan tarzda amalga oshiriladi, bu esa jarrohlik va anestetik xavf darajasini baholash imkonini beradi. Yallig'lanishning kuchayishi va o't pufagida destruktiv o'zgarishlar rivojlanishi (dinamik klinik kuzatish va ultratovush tekshiruvi paytida aniqlanadi) faol jarrohlik taktikasi qo'llaniladi. Ushbu yondashuv bilan, peritonit belgilari bilan ham, belgilarisiz ham yuzaga keladigan o'tkir destruktiv xoletsistitning yakuniy tashxisi qo'yilganda jarrohlik zarurati haqidagi savol darhol hal qilinadi. Ushbu davolash taktikasining o'ziga xos xususiyati operatsiya vaqtidir. Bunga qarab, operatsiya favqulodda yoki shoshilinch bo'lishi mumkin.

Favqulodda operatsiya bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab keyingi 4-6 soat ichida amalga oshiriladi. Unga ko'rsatmalar buzg'unchi xoletsistitning barcha shakllari - flegmonoz, gangrenoz yoki teshilgan, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, mahalliy yoki diffuz peritonit belgilari bilan yuzaga keladi. Bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab dastlabki 12-48 soat ichida amalga oshiriladigan shoshilinch jarrohlik uchun ko'rsatmalar mahalliy peritonit belgilari bilan ham, bo'lmagan holda ham flegmonoz xoletsistitdir. Operatsiya vaqti bemorni qaror qabul qilish uchun kuzatish zarurati bilan belgilanmaydi: operatsiya qilish yoki qilmaslik. Ular bemorning ahvoli, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik zarurati va uning jismoniy holatining og'irligini baholash uchun minimal tadqiqotlar to'plami bilan belgilanadi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ko'pincha o'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda uchraydigan metabolik kasalliklar va yurak-qon tomir va o'pka tizimlarining buzilishlarini tuzatishga qaratilgan bo'lishi kerak. Quyidagi sabablarga ko'ra faol davolash taktikasini qo'llash va o'tkir destruktiv xoletsistitni konservativ davolashdan bosh tortish tavsiya etiladi. Birinchidan, konservativ terapiya bilan bemorlarning taxminan 50 foizida kasallikning klinik ko'rinishlari susayadi, qolganlarida kasallikning belgilari uzoq vaqt davom etadi yoki davom etadi, bu ularning tiklanishini kechiktiradi. Ikkinchidan, qariva keksa bemorlarda o'tkir xoletsistitni konservativ davo ko'pincha o't pufagidagi destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishiga to'sqinlik qilmasdan klinik simptomlarni yashiradi. Uchinchidan, erta operatsiyalarda operatsiyadan keyingi o'lim keyingi davrda amalga oshirilgan aralashuvlarga qaraganda ancha past. Sanab o'tilgan omillarga asoslanib, biz yana bir bor ta'kidlaymizki, o'tkir destruktiv xoletsistitning klinik ko'rinishining barcha variantlari uchun bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab birinchi 12-48 soat ichida amalga oshirilishi kerak bo'lgan jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

O‘tkir xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarning jismoniy holatining og‘irligini baholash shkalasi.

№	Xavf omillari	Ball reytingi
1.	60-70 yosh	2
2.	70-80 yosh	3
3.	80-90 yosh	4
4.	90 yoshdan yuqori	5
5.	I-II daraja Semizlik	1
6.	II-III daraja Semizlik	2
7.	III-IV daraja Semizlik	3
8.	Kuniga 5 tagacha xuruj bilan HIHD	3
9.	Kuniga 5 dan ortiq xuruj bilan HIHD	4
10.	O‘tkir miokard infarkti (2 haftagacha)	5
11.	Oxirgi 6 oy ichida miokard infarkti	4
12.	Uzoq muddatli miyokard infarkti	3
13.	Takroriy miyokard infarkti	4
14.	Gipertenziya (tizimli qon bosimi 180 mm Hg dan yuqori)	3
15.	Gipotenziya (tizimdagi qon bosimi 100 mmHg dan past)	4
16.	taxikardiya daqiqada 120 martadan ortiq	3
17.	Bradikardiya daqiqada 60 martadan kam.	3
18.	Yurak ritmining buzilishi (miltillash, ekstrasistol)	3
19.	O‘tkazuvchanlikning buzilishi (AV blokadasi, Gis sinus blokadasi)	3
20.	Og‘ir koronar-kardioskleohe (EKG diagnostikasi)	3
21.	I-II darajali NC ning mavjudligi	3
22.	III darajali NC ning mavjudligi	3
23.	Yurak nuqsonlari mavjudligi	3
24.	CVP 14 sm suvdan yuqori. Art. (III-V toifadagi bemorlarda o‘lchanadi)	3
25.	CVP 2 sm suv ostida. Art. -"-"-"-"-"-"-"-"-	3
26.	Sun'iy yurak stimulyatori (PAC)	3
27.	Varikoz tomirlari, pastki ekstremitalarning PTB	2
28.	Taxipnea daqiqada 30 dan ortiq nafas olish	10
29.	Barbell testi 15 soniyadan kamroq, Soobraze testi <10 s.	9
30.	Rentgen nurlari pnevmoskleroz, amfizemni ko‘rsatadi	2
31.	KOAH (surunkali bronxit, pnevmoniya, bronxoektaziya, bronxial astma) va o‘tkir o‘pka kasalliklari	6
32.	Pulmonektomiya	6
33.	Gemoglobin 160 g/l dan yuqori	4
34.	Gemoglobin 80 g/l dan past	5
35.	Gematokrit 55% dan yuqori	5

36.	Gematokrit 25% dan past	3
37.	Umumiy protein 55 g / l dan kam.	3
38.	Jigar kattalashishi +4 sm	3
39.	Takroriy qusish	6
40.	Chanqoqlik	5
41.	Sariqlik	6
42.	Harorat 38,5 ° C dan yuqori	5
43.	Bir soatlik siydik miqdori 30 ml / soatdan kam	3
44.	Qandli diabet	3
45.	Buzilgan ong	8
46.	O'tkir serebrovaskulyar avariya	4

O'tkir xoletsistit bilan og'riqan bemorlarni faol davolash taktikasi bilan operatsiya muddati va turini tanlash nafaqat o't pufagidagi yallig'lanish jarayonining tabiatiga, balki bemorning jismoniy holatining og'irligiga ham bog'liq. Operatsiya natijalarini obyektiv baholash va bashorat qilish uchun turli xil prognostik tizimlar taklif qilingan. Ularning ko'pchiligidan foydalanish qiyin, zamonaviy texnik yordam talab qiladi va universal emas, shuning uchun shoshilinch jarrohlikda foydalanish mumkin emas. nomidagi fakultet jarrohlik klinikasida. So'nggi o'n yil ichida S.I. Spasokukotskiy nomidagi Rossiya davlat tibbiyot universitetida o'tkir xoletsistit bilan og'riqan bemorlarning jismoniy holatining og'irligini baholash uchun yaxshi tasdiqlangan shkala mavjud bo'lib, u mamlakatning ko'plab etakchi jarrohlari tomonidan tekshirilgan va tasdiqlangan. U 46 ta xavf omillarini o'z ichiga oladi, ularning har biri ball bilan baholanadi (10.1-jadval).

Ballar yig'indisiga qarab, bemorlarning jismoniy holatining og'irligining 5 toifasi aniqlanadi (10.2-jadval), bu o'tkir xoletsistit bilan og'riqan bemorlarda operatsiyadan keyingi davrning borishi va natijalarini taxmin qilish imkonini beradi.

2-Jadval.

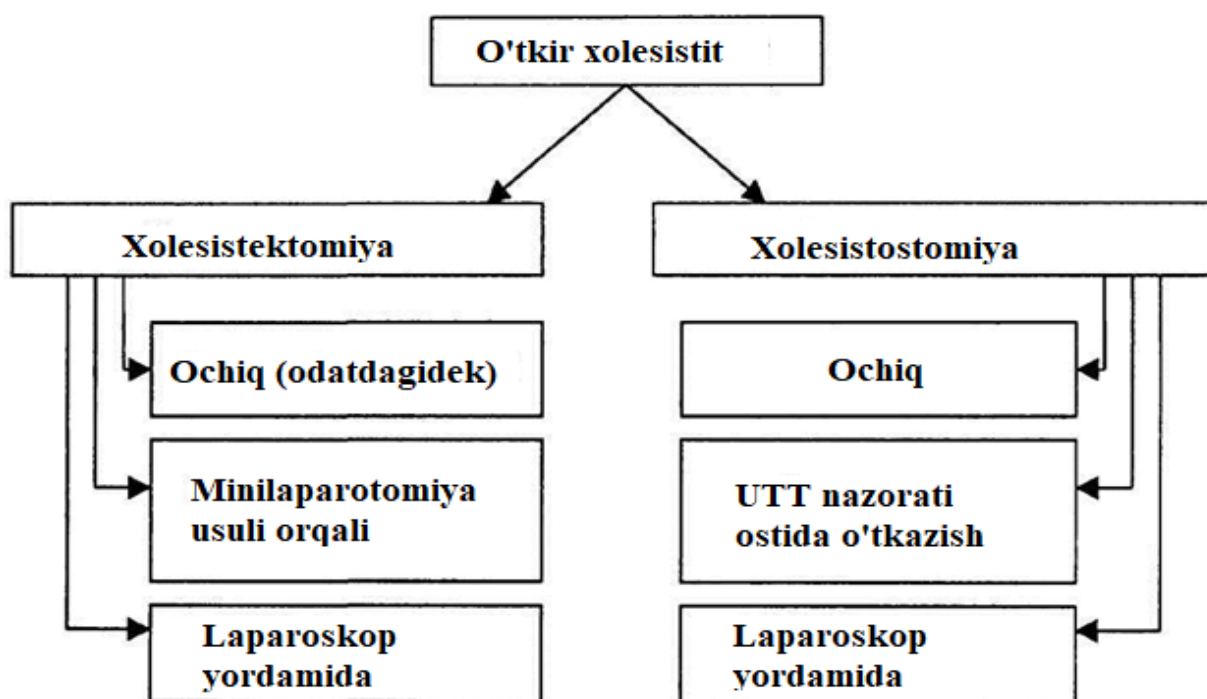
Bemorning jismoniy holatining og'irligi toifalarini baholash

Ballar yig'indisi	Jiddiylik toifalari
2-19	I
20-35	II
36-49	III
50-59	IV
60 yoki undan yuqori	V

Jismoniy holatning og'irligi I, II va III toifali bemorlar operatsiyadan keying davrda asoratlar kam uchraydigan va o'limga olib keladigan natijalar bo'lmasligi kerak bo'lgan nisbatan past operatsion xavf guruhiga kiradi. IV va V

toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan guruh bo'lib, ular orasida operatsiyadan keying o'limning maksimal darajasi mumkin (50% dan ortiq).

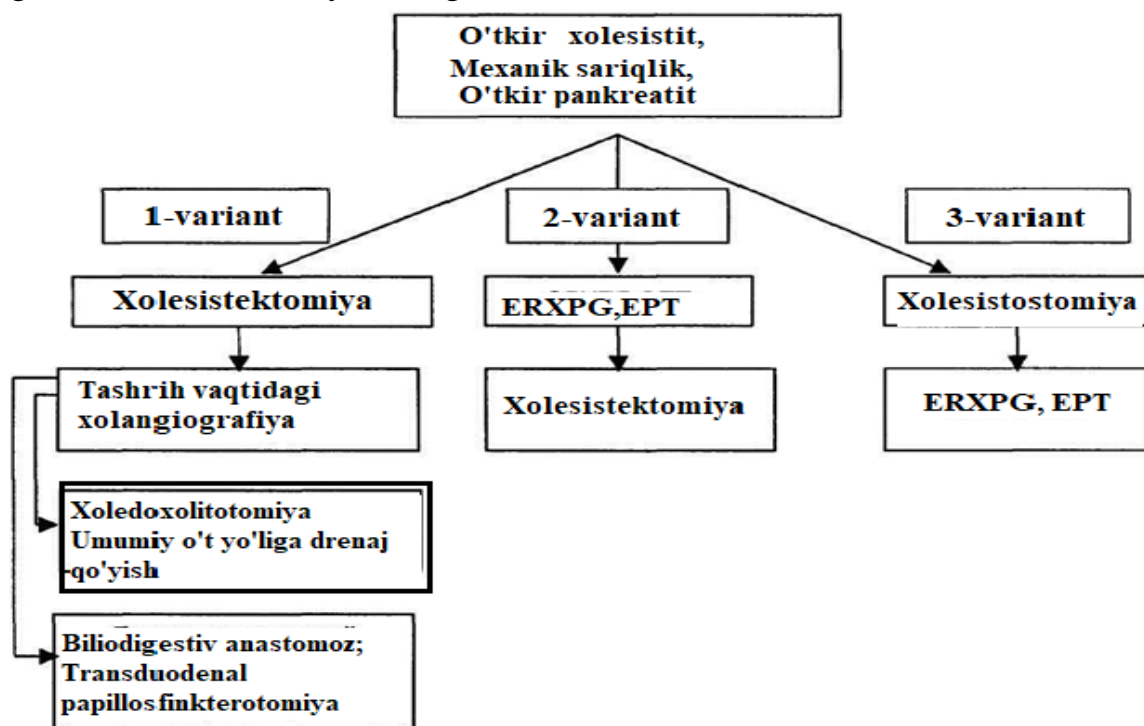
Jismoniy holatning og'irligi toifasini va operatsiya natijasining prognozini hisobga olgan holda, biz operatsiyadan oldingi tayyorgarlik vaqtini va jarrohlik aralashuvining xarakterini tanlashni aniqladik. Operatsiyadan oldingi uzoq muddatli tayyorgarlikni talab qilmaydigan (6-12 soatdan ko'p bo'lmagan) I va II toifadagi o'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorlarga xoletsistektomiya qilish tavsiya etiladi, aga kerak bo'lsa, o't yo'llariga aralashuv bilan birlashtiriladi. III toifadagi bemorlar jarrohlik xavfi darajasini pasaytirishga qaratilgan operatsiyadan oldingi uzoqroq tayyorgarlikni talab qiladi (12-24 soat). Bemorlarning ushbu guruhi kasallikning tabiatiga mos keladigan radikal jarrohlik uchun ham ko'rsatiladi. IV va V toifadagi bemorlar kamida 24-48 soat davomida operatsiyadan oldingi intensiv tayyorgarlikdan o'tishlari kerak. Shu bilan birga, tajriba shuni ko'rsatadiki, ushbu guruhlarda aniq birga keladigan kasalliklar tufayli kamdan-kam hollarda jismoniy holatning og'irligi toifasini kamaytirish mumkin. Juda yuqori jarrohlik xavfi tufayli bunday bemorlarga mavjud usullardan biri yordamida amalga oshirilishi mumkin bo'lgan xoletsistostomiya ko'rinishidagi kam shikastli va minimal jarrohlik amaliyoti ko'rsatiladi (10.3-rasm).



3-rasm. O'tkir xoletsistitni jarrohlik yo'li bilan davolash usullari.

Kundalik amaliyotda ushbu shkaladan foydalanish o'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorning ahvolini obyektiv baholash va jarrohlik usulini tanlashni (xoletsistektomiya yoki xoletsistostomiya) farqlash imkonini beradi. Bu jarrohning qo'lida muhim vosita bo'lib, operatsiyadan oldingi zaruriy tayyorgarlik vaqtini ob'ektiv ravishda aniqlash va operatsiyaning tegishli xarakterini tanlash imkonini beradi.

O'tkir xoletsistit Mexanik sariqlik yoki Mexanik xolangit bilan murakkablashganda, davolash taktikasi nafaqat jismoniy holatning og'irligiga, balki o't pufagi va qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonining og'irligiga ham bog'liq (10.4-rasm). Shoshilinch jarrohlik uchun ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, Mexanik sariqlikning sababi intraoperativ xolangiografiya yordamida operatsiya vaqtida aniqlanadi va aniqlangan patologiyaga qarab, o't yo'llariga (*birinchi variant*) adekvat aralashuv amalga oshiriladi. Favqulodda jarrohlik amaliyotiga muhtoj bo'lmagan jismoniy holatining og'irligi I, II va III toifali bemorlarda ekstrahepatik xolestaz va xolangitning sabablarini bartaraf etish uchun dastlab endoskopik papillotomiya (litoekstraksiya yoki nazobiliar drenaj bilan birgalikda) amalga oshiriladi. Ikkinchi bosqichda endoskopik aralashuvdan 24-48 soat o'tgach, xoletsistektomiya amalga oshiriladi (*ikkinchi variant*).



4-rasm. Mexanik sariqlik va yoki xolangit bilan asoratlangan o'tkir xoletsistitni davolash taktikasi variantlari.

O'tkir xoletsistit bilan og'rikan Mexanik sariqlik yoki jarrohlik xavfi juda yuqori bo'lgan xolangit bilan og'rikan bemorlarni ikki bosqichli davolash (*uchinchi variant*) jarrohlik aralashuvi hajmini va operatsiyadan keyingi og'ir asoratlar xavfini kamaytirishga imkon beradi, bu esa davolash natijalarini yaxshilaydi. Ularni davolash taktikasi dastlab xoletsistostomiyani amalga oshirishdan iborat bo'lishi kerak, bu intoksikatsiyani va, ehtimol, ekstrahepatik kolestazni kamaytirishga yordam beradi. 24-48 soatdan keyin safro yo'llarida terapevtik endoskopik aralashuv amalga oshiriladi. Minimal hajmli va kam shikastli aralashuvlarni o'z ichiga olgan ushbu yondashuv eng og'ir kasallar guruhida o'limni kamaytirishga qaratilgan.

O'tkir xoletsistitni faol davolash taktikasi dasturida konservativ terapiya muhim o'rin tutadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida uni to'liq o'tkazish o'tkir xoletsistitning kataral shaklida yallig'lanish jarayonini to'xtatishga imkon beradi va halokatli xoletsistit bilan og'rikan bemorlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik rolini o'ynaydi. Bemor tanasining turli tizimlarining funksiyalarini normallashtirish yoki yaxshilash imkonini beruvchi to'g'ri ishlab chiqilgan infuzion va dori terapiyasi dasturi jarrohlik va operatsiyadan keyingi davrlarning qulay kursini ta'minlaydi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik zarurati suv va elektrolitlar muvozanatining, oqsil almashinuvining va gomeostaz tizimining boshqa qismlarining paydo bo'ladigan buzilishlari bilan bog'liq.

O'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorlarda, ayniqsa keksalar va keksalarda yurak-qon tomir tizimi, o'pka, buyraklar va endokrin organlarning kasalliklari mavjudligi sababli bu buzilishlar kuchayadi. O'tkir xoletsistitni kompleks konservativ davolash o't yo'llarida gipertenziyani bartaraf etish yoki oldini olishga, gipovolemiyani, suv-elektrolitlar va oqsil buzilishlarini bartaraf etishga, qonning reologik xususiyatlarini yaxshilashga va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini minimallashtirishga, gipoksemiya va og'riqlarga qarshi kurashishga, gipoksemiya va og'riqni oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak. Kasalliklar yallig'lanish jarayoni.

Patogenetik tamoyillarga asoslangan bunday kompleksda quyidagi terapevtik tadbirlarni kiritish kerak: 1) ochlik (qusish bo'lmasa, bemorga ichishga ruxsat beriladi); 2) mahalliy gipotermiya (o'ng hipokondriyum sohasidagi muz); 3) suv-elektrolitlar balansini tuzatishga qaratilgan infuzion terapiya - izotonik eritmalar, kaliy xlorid preparatlari, 5% glyukoza eritmasi (kamida 2,0-2,5 l hajmda); 4) mikrosirkulyatsiya va qon reologiyasini yaxshilash uchun reopoliglyuksinni yuborish; 5) ko'rsatmalar bo'yicha yurak glikozidlari, vazopressorlar, bronxodilatatorlarni qo'llash; 6) giyohvand bo'lmagan og'riq qoldiruvchi vositalarni (analgin, maxigan) va spazmolitiklarni (no-shpa, baralgin, duspatalin, platifillin) buyurish; 7) antibakterial preparatlarni yuborish. 1 kg tana vazniga 30-50 ml miqdorida yuboriladigan infuzion vositalarning etarli hajmining mezoni qon hajmini, gematokritni va markaziy venoz bosimni normallashtirishdir. O'tkir xoletsistit Mexanik sariqlik yoki Mexanik xolangit bilan murakkablashganda, endogen intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun infuzion-preparat terapiyasini kuchaytirish kerak, shu jumladan gemodez eritmaları, aminokislotalar, yangi muzlatilgan plazma, C vitaminlari va B guruhi (B1 va B6). O'tkir xoletsistitni konservativ davolashda biz samarasiz va xavfsiz bo'lmagan davolash usullari sifatida novokain blokadalaridan (perinefrik, jigarning yumaloq ligamentidan) voz kechdik.

O'tkir xoletsistitni konservativ davolashning muhim tarkibiy qismi bo'lishi kerak, antibakterial dorilarning retseptini ko'rib chiqing. Antimikrobiyal vositalardan foydalanishning asosiy maqsadi qorin bo'shlig'i infeksiyasining umumlashtirilishini oldini olishdir. Afsuski, antibiotiklar o't pufagidagi vayron

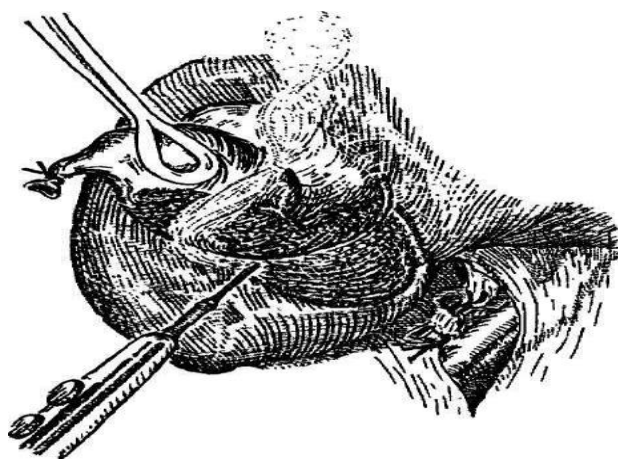
qiluvchi jarayonni cheklay olmaydi, chunki qon tomirlarining buzilishi tufayli siydik pufagi devorida ham, siydik pufagi yoki pufak yo'lining bo'ynidagi tosh obstruksiyasi tufayli safroda to'planishi keskin kamayadi. Ammo ular infeksiyaning tarqalishini va tizimli yallig'lanish reaksiyasini rivojlanishini blokirovka qilish orqali muhim rol o'ynaydi. Bundan tashqari, operatsiyadan oldingi davrda jarrohlik taktikasiga ta'sir qilmasdan antibiotiklarni buyurish operatsiyadan keyingi yiringli asoratlarni oldini olish vositasidir. Vayron qiluvchi xoletsistitning asoratlanmagan shakli bo'lgan bemorlarda shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi, antibiotiklar operatsiya boshlanishidan 30-40 minut oldin maksimal bir martalik dozada tomir ichiga yuboriladi. 2 soatdan ortiq davom etadigan operatsiya paytida to'qimalarda preparatning samarali darajasini saqlab qolish uchun ushbu antibakterial vositaning bitta dozasining 1/2 qismini qayta yuborish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda, agar bemorda yiringli-septik asoratlarni rivojlanishi uchun xavf omillari mavjud bo'lsa, antibiotiklardan foydalanish davom ettirilishi kerak. Vayron qiluvchi xoletsistitning murakkab shakllari bo'lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi davrda va operatsiyadan keyin 5-7 kun davomida antibiotiklardan foydalanish ko'rsatiladi. Ushbu bemorlarda ham profilaktik, ham terapevtik foydalanish uchun tanlangan dorilar metronidazol bilan birgalikda sefalosporinlardir (anaeroblarni nishonga olish uchun); ftorxinolonlar + metronidazol yoki karbapenemlar. Muqobil rejim gentamitsin yoki tobramitsin kuniga 3 mkg / kg yoki + ampitsillin 4 g / kun + metronidazol 1,5 + 2 g / kun bo'lishi mumkin. Ushbu dorilar mikroblarga qarshi faollikning keng spektri va qorin bo'shlig'i infeksiyalarining patogenlariga qarshi yuqori samaradorlik bilan ajralib turadi. Gentamitsindan tashqari, bu dorilar gepato- yoki nefrotoksik ta'sirga ega emas.

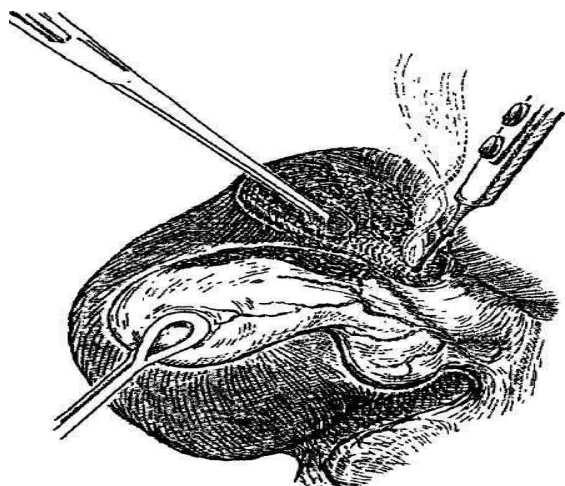
Xirurgik davolash

Anesteziya. Zamonaviy sharoitda o'tkir xoletsistit va uning asoratlari uchun operatsiyalar paytida og'riqni yo'qotishning asosiy turi ko'p komponentli endotrakeal behushlikdir. To'liq umumiy behushlik sharoitida operatsiya davomiyligi qisqartiriladi, ekstrahepatik o't yo'llarida manipulyatsiyalar osonlashtiriladi va intraoperativ asoratlarning oldini olish ta'minlanadi. Lokal behushlik faqat xoletsistotomiyani amalga oshirishda qo'llaniladi. Asoratlanmagan o'tkir xoletsistit uchun jarrohlikning asosiy turlari xoletsistektomiya hisoblanadi. O'tkir xoletsistit jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishi (toshlar, striktura) bilan murakkablashganda, xoletsistektomiya xoledoxotomiya va boshqa turdagi operatsiyalar bilan birlashtiriladi. Xoletsistektomiya bemorning to'liq tiklanishiga olib keladigan radikal aralashuvdir. Uni amalga oshirishning uchta usuli bor: an'anaviy yondashuvlar yordamida amalga oshiriladigan ochiq operatsiya; minilaparotomiyadan va nihoyat, operatsiyaning video laparoskopik versiyasidan. O't pufagini olib tashlashning ushbu usullarining har biri o'zining ijobiy va salbiy

tomonlariga, o'ziga xos ko'rsatmalariga va kontrendikatsiyasiga ega. Ochiq xoletsistektomiya. Uni amalga oshirish uchun an'anaviy Kocher va Fedorov yondashuvlari, transrektal kesma va yuqori o'rta chiziq laparotomiyasi qo'llaniladi. Optimal kesmalar Kocher va Fedorovga ko'ra o'ng hipokondriyumda. Ular nafaqat o't pufagi va jigardan tashqari o't yo'llariga keng kirishni ta'minlaydi, balki o'n ikki barmoqli ichak va oshqozon osti bezida jarrohlik aralashuvi uchun qulaylik yaratadi. Ushbu jarrohlik usullarining jiddiy kamchiliklari qorin devorining jiddiy shikastlanishi bo'lib, ichak parezlariga, tashqi nafas olishning buzilishiga, bemorning jismoniy faolligini cheklashga, operatsiyadan keyingi uzoq muddatli reabilitatsiya va nogironlikka olib keladi. Transrektal kesma va yuqori o'rta bo'lmagan laparotomiya kamroq shikastlidir. Shu bilan birga, transrektal kirish asosiy o't yo'llariga aralashuvning qulayligini cheklaydi. Semirib ketgan bemorlarda yuqori o'rta chiziqli laparotomiyadan xoletsistektomiya qilish (bu qoida istisno emas) operatsiyadan keyingi churra rivojlanishi bilan to'la bo'lgan yarani haddan tashqari cho'zishni talab qiladi. Shuning uchun uni operatsiyadan oldin tashxis to'liq aniq bo'lmagan va oshqozon osti bezi nekrozi yoki teshilgan oshqozon yarasini istisno qilib bo'lmaydigan hollarda qo'llash tavsiya etiladi.



5-rasm. Serviksdan xoletsistektomiya. Kistik arteriya bog'lanadi va bo'linadi. Mukovis yo'li umumiy o't yo'lga qo'shilish joyida kesib o'tadi.

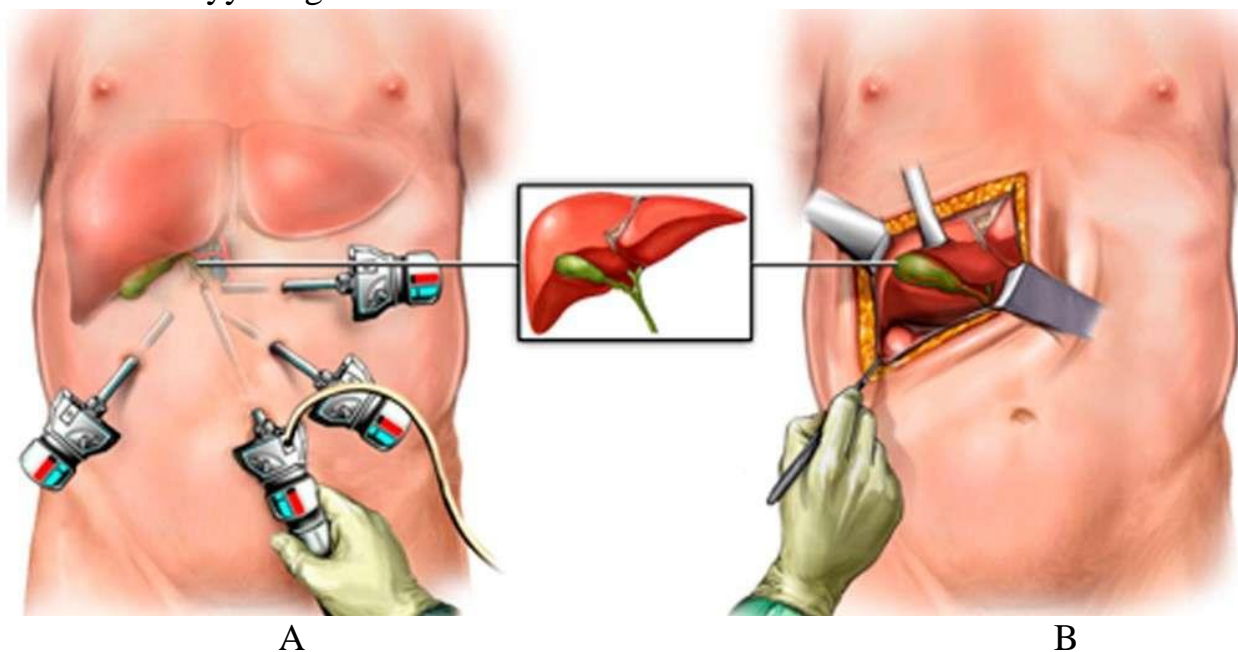


6-rasm. Fundusdan xoletsistektomiya. O't pufagini izolyatsiya qilish va yotoqni elektrokoagulyatsiya bilan davolash.

O't pufagi ikki usul yordamida chiqariladi - bo'yin va fundusdan. Serviksdan xoletsistektomiya usuli shubhasiz afzalliklarga ega (5-rasm). Bunday holda, o't pufagining jigar to'shagidan izolyatsiyasi kist arteriyasi va kist

kanalining izolyatsiyasi, kesishishi va bog‘lanishidan keyin boshlanadi. O‘t pufagini o‘t yo‘llaridan ajratish toshlarning kanallarga ko‘chishining oldini olish chorasi bo‘lib xizmat qiladi va arteriyani oldindan bog‘lash siydik pufagini qonsiz olib tashlashni ta‘minlaydi. Quviq bo‘yni va gepatoduodenal ligament sohasida zich yallig‘lanishli infiltrat mavjud bo‘lsa, o‘t pufagini pastki qismdan olib tashlash (6-rasm) qo‘llaniladi.

Mukovistsidozni arteriya va undan pufak kanalini ajratishga urinayotganda, gepatoduodenal ligament elementlarining shikastlanishi xavfi mavjud. O‘t pufagining pastki qismidan izolyatsiyasi pufak yo‘li va arteriyaning joylashishini aniqlashga, ularning gepatoduodenal ligament elementlariga topografik-anatomik aloqasini o‘rnatishga imkon beradi. Ayniqsa qiyin vaziyatlarda, uni fundusda ochib, yiringli tarkibni evakuatsiya qilgandan so‘ng, jarroh o‘t pufagiga barmoqni kiritishi va organi uning bo‘ylab harakatlanishi mumkin. Uzunligi 1 santimetrdan oshmasligi kerak bo‘lgan mukovistsidozni davolash siydik pufagi chiqarilgandan so‘ng darhol amalga oshirilmaydi, faqat intraoperativ xolangiografiya va o‘t yo‘llarini tekshirishdan keyin (ko‘rsatilgandek). Kanal dumini ikki marta va bir marta tikuv bilan bog‘lash kerak. O‘t pufagi ajratilganda, jigardan qon ketish odatda elektrokoagulyatsiya bilan to‘xtatiladi. Agar gemostaz yaxshi bo‘lsa, jigarda siydik pufagini tikish talab qilinmaydi. Minilaparotomiyadan xoletsistektomiya. Ushbu usul qorin devoridagi kichik kesma va maxsus ilgaklar-oy-nalar yordamida tegishli tekshiruv va kerakli manipulyatsiyalar uchun etarli bo‘lgan yarani yaratish printsipligiga asoslanadi. Operatsiyaning texnik ko‘rsatkichlari halqa shaklidagi yara retraktoridan, turli uzunlikdagi almashtiriladigan ilgaklar-oy-nalar to‘plamidan, yoritish tizimidan va maxsus jarrohlik asboblaridan iborat "mini-yordamchi" asboblar to‘plami yordamida mumkin. muayyan egrilik.



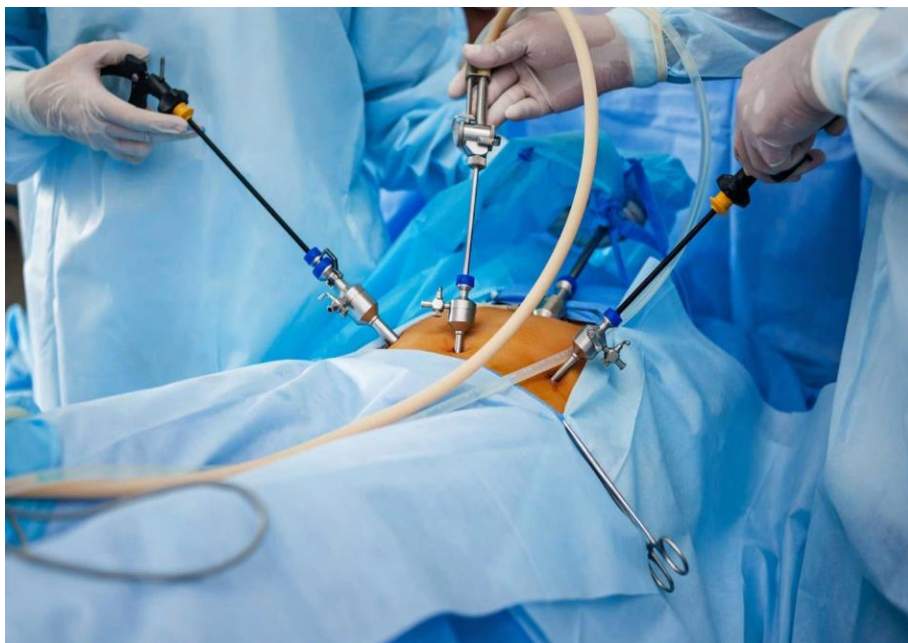
7-rasm. Xoletsistektomiya (A) Laparoskopik. B) Oddiy uslubda

Ushbu operatsiyani bajarish uchun 4-5 sm uzunlikdagi transrektal kesma qoʻllaniladi, u oʻrta chiziqdan oʻng tomonga 2 koʻndalang barmoq bilan qovurgʻa yoyidan boshlab amalga oshiriladi. Teri, teri osti toʻqimasi, qorinning toʻgʻri qinining tashqi va ichki devorlari kesiladi va mushakning oʻzi kesma oʻqi boʻylab ajratiladi. Qorin pardasi toʻgʻri ichakning orqa devori bilan birga kesilishi kerak. Manipulyatsiya qulayligi uchun ular teri yarasining chetlariga tikiladi. Jigarning dumaloq ligamentining oʻng tomonida qorin boʻshligʻini ochish muhimdir. Operatsiyaning asosiy bosqichi - oʻt pufagi va oʻt yoʻllarini tekshirish va manipulyatsiya qilish uchun etarli boʻlgan subhepatik boʻshliqqa kirishni taʼminlaydigan tarzda ilgaklar-oyna va yoritish tizimini oʻrnatish. Agar u toʻgʻri bajarilgan boʻlsa, jigarning oʻng boʻlagining pastki yuzasi, oʻt pufagi, Gartman sumkasi orqasiga tortilganda, gepatoduodenal ligament va oʻn ikki barmoqli ichakni ochadigan aniq koʻrinishi kerak. Minilaparotomiya usulidan xoletsistektomiyaning oʻziga xos xususiyati - jarrohning qoʻllarini qorin boʻshligʻiga kiritishning mumkin emasligi. Qorin boʻshligʻidagi barcha manipulyatsiyalar kengaytirilgan asboblar yordamida masofadan turib amalga oshiriladi. Oʻtkir xoletsistitda xoletsistektomiyaning muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun oʻt pufagini fundusda teshish va uning tarkibini evakuatsiya qilish kerak, shunda u qulab tushadi. Shundan soʻng, siydik pufagi boʻyni hududida seroz kesiladi va Calot uchburchagining elementlari ajratiladi. Jarroh kist yoʻlini bogʻlashdan oldin umumiy oʻt yoʻlining devorini koʻrishi kerak. Mukovistsidozni arteriya va pufak kanalini ajratib olib, ular bogʻlanadi va kesib oʻtadi. Tugunni bogʻlash Vinogradov tayoqchasi yordamida, birinchi navbatda qorin boʻshligʻidan tashqarida tugun hosil qilgandan soʻng amalga oshiriladi. Oʻt pufagini jigardan ajratish odatda boʻyin va fundusdan navbat bilan amalga oshiriladi. Ishonchli gemostaza yotoqning elektrokoagulyatsiyasi orqali erishiladi. Agar oʻt pufagini yalligʻlanish infiltratidan ajratishga urinish boshlanganidan keyin 30 minut ichida gepatoduodenal ligament elementlarining anatomik munosabatlarini aniqlashning iloji boʻlmasa, anʼanaviy xoletsistektomiyaga oʻtish tavsiya etiladi.

Oʻtkir xoletsistit uchun mini-kirishdan operatsiya qilish kasallik 72 soatdan ortiq davom etmasa, subhepatik boʻshliqda zich yalligʻlanish infiltrati hali shakllanmagan boʻlsa koʻrsatiladi. Qorin boʻshligʻi va oʻt yoʻllariga adekvat aralashuv uchun keng laparotomiya zarur boʻlganda, keng tarqalgan peritonit, Mexanik sariqlik va Mexanik xolangit bilan kechadigan oʻtkir xoletsistitning murakkab shakllari, usulni qoʻllashga qarshi koʻrsatmalar sifatida qaralishi kerak. Mini-accessdan xoletsistektomiyaning afzalliklari past kasallanish, erta va kech asoratlarning pastligi, nafas olish disfunktsiyasi va ichak parezlarining yoʻqligi, bemorning erta motor faolligi va uning mehnat qobiliyatini tezda tiklash imkoniyatini oʻz ichiga oladi. Ushbu afzalliklarni hisobga olgan holda, ushbu operatsiya hozirda tobora koʻproq foydalanilmoqda. Videolaparoskopik xoletsistektomiya oʻtgan asrning 80-yillarida amalga oshirila boshlandi. Oʻshandan beri laparoskopik xoletsistektomiya xolelitiyozni davolashda etakchi usulga

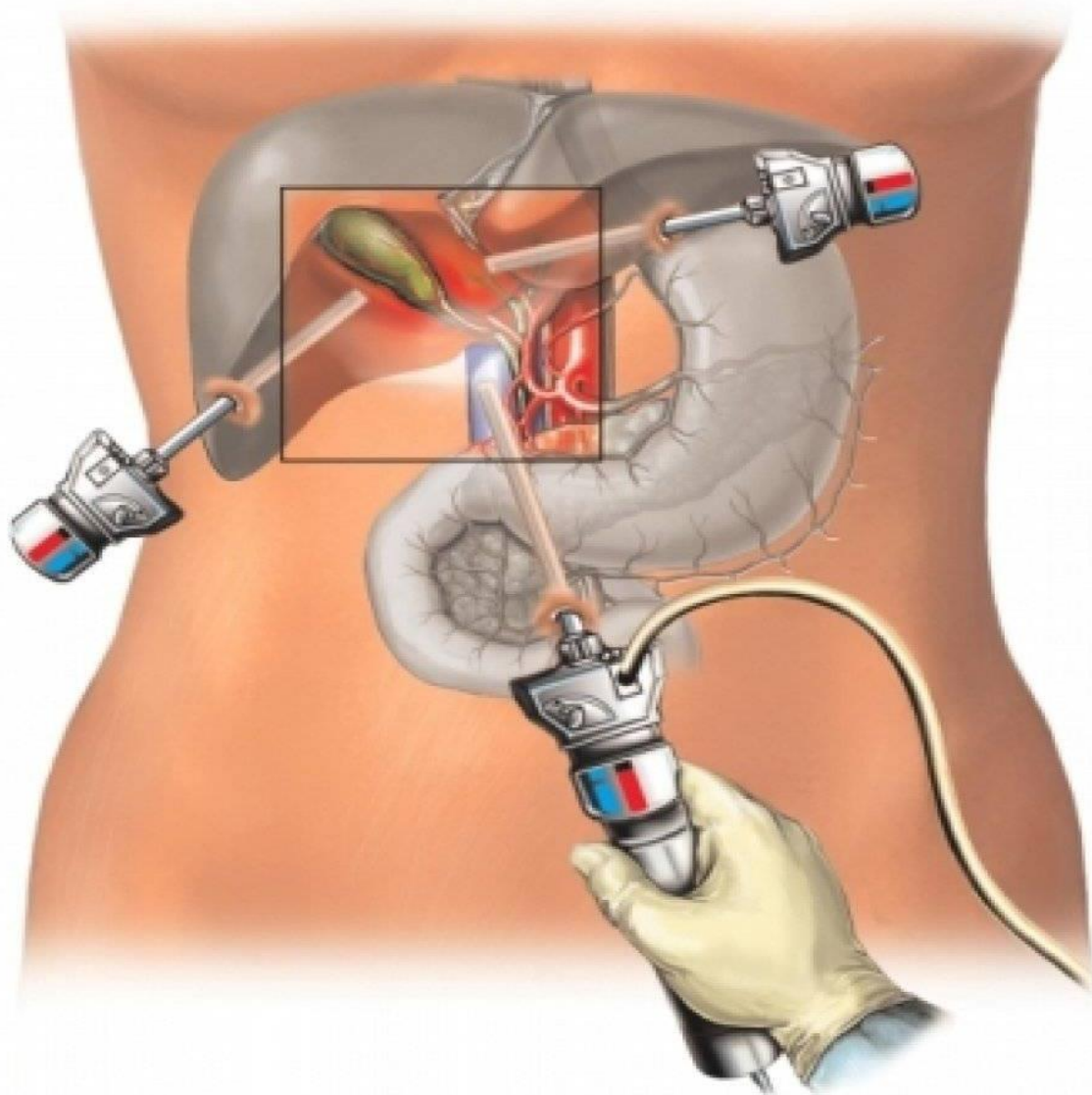
aylandi. To'g'ridan-to'g'ri operatsiyalardan farqi shundaki, u kamroq shikastlidir, yaxshi kosmetik ta'sir ko'rsatadi, shuningdek, bemorning kasalxonada qisqa muddati (2-5 kun) va vaqtinchalik nogironlik (4-7 kun). Ushbu operatsiyani bajarish uchun zamonaviy, qimmatbaho video uskunalar, jarroh va butun operatsiya guruhining maxsus tayyorgarligi talab qilinadi. O'tkir xoletsistit uchun laparoskopik xoletsistektomiya usulidan foydalanish kasallikning 48-72 soat davom etishi uchun ko'rsatiladi.

Kasallikning uzoq davom etishi bilan endoskopik jarrohlik ko'pincha yallig'lanish infiltratining mavjudligi, anatomik tuzilmalarni izolyatsiya qilish va vizualizatsiya qilish qiyinligi tufayli muvaffaqiyatsizlikka uchraydi, bu esa intraoperativ asoratlarni xavfini tug'diradi. Laparoskopik jarrohlikdan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar orasida o'tkir xoletsistitning murakkab shakllari - keng tarqalgan peritonit, Mexanik sariqlik va Mexanik xolangit, shuningdek, og'ir yurak-o'pka kasalliklari, IV bosqich semirish, kech homiladorlik kiradi. O'tkir xoletsistit uchun laparoskopik aralashuvga nisbatan nisbiy kontrendikatsiya - o't pufagining qalin devori (8 mm va undan ortiq). Endoskopik jarrohlik paytida yuzaga keladigan qiyinchiliklar va ular bilan bog'liq bo'lgan muhim anatomik tuzilmalarga (safro yo'llari, jigar arteriyasi) zarar etkazish xavfi, shuningdek, yuzaga keladigan asoratlarni (kistik arteriyadan qon ketish, ichi bo'sh organning teshilishi va boshqalar) o'tishni talab qiladi. (konvertatsiya) an'anaviy operatsiyaga. O'tkir xoletsistitda konversiya darajasi 20% ga etadi. O'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorlarda konversiya sonini kamaytirish va yatrogen jarrohlik jarohatlari xavfini kamaytirish uchun kasallikning aniq vaqtini aniqlash, o't pufagi devorining qalinligi va yallig'lanish infiltratsiyasi darajasini to'g'ri ultratovush baholash mumkin.



8-rasm. Laparoskopik xoletsistektomiya. Standart to'rt portli qoplama nuqtalari. Laparoskop kindik porti orqali kiritiladi. Yanal port orqali o't pufagining pastki qismi endoklamp bilan ushlanadi.

Laparoskopik xoletsistektomiya muvaffaqiyatining muhim tarkibiy qismi bu mushaklarning yaxshi gevşemesini, analjeziyaning to‘g‘ri darajasini, diafragma va ichak peristaltikasining faol harakatlarining yo‘qligini ta‘minlashi kerak bo‘lgan etarli behushlikdir. Ushbu shartlarning etarli darajada baholanmaganligi aralashuv hududida vizual nazoratni murakkablashtiradi va qorin bo‘shlig‘i organlariga jiddiy zarar etkazishi mumkin. Laparoskopik operatsiyaning asosiy bosqichlari - bu pnevmoperitoneumni yaratish va qorin bo‘shlig‘iga troakarlarni qorin devorining 4 ta kichik kesmasidan (paraumbilikal mintaqada - kindikdan yuqorida yoki pastda; epigastriumda 2-3 sm pastda) qorin bo‘shlig‘iga kiritish. xiphoid jarayoni va ikkita o‘ng hipokondriyumda oldingi aksillar va o‘rta klavikulyar chiziqlar bo‘ylab.



9-rasm. Laparoskopik xoletsistektomiya. Kistik kanal va kist arteriyasi alohida-alohida kliplar qo‘llanilgandan so‘ng ajratiladi va bo‘linadi.

Qorin bo‘shlig‘ining holatini va subhepatik bo‘shliqdagi anatomik vaziyatni vizual baholashdan so‘ng, o‘t pufagining tarkibi teshiladi va aspiratsiya qilinadi va atrofdagi organlardan ajratiladi. Keyin mukovuz kanali va mukovistsidoz arteriyasi aniqlanadi, ular navbatma-navbat kesiladi va kesishadi (10.9-rasm). Qorin

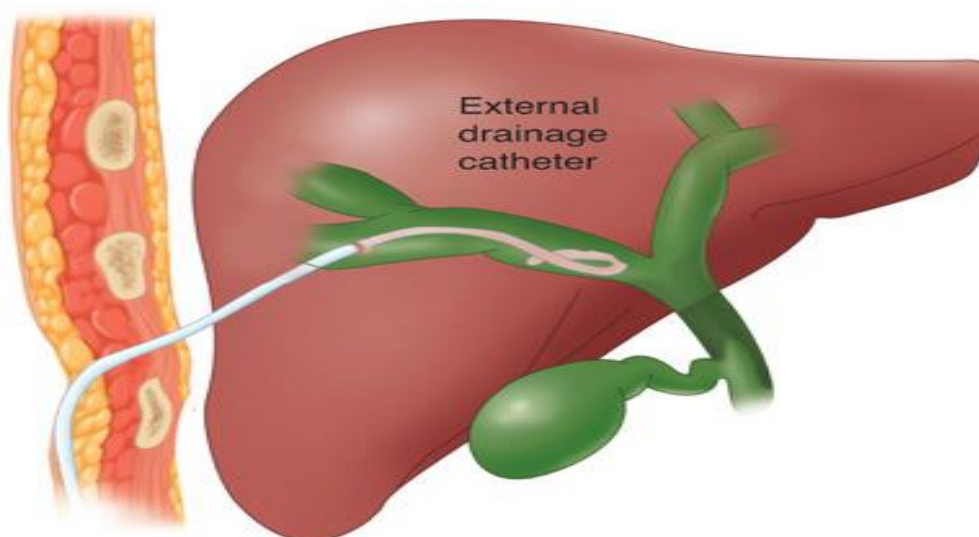
bo'shlig'ining infeksiyasini oldini olish uchun qorin bo'shlig'idan toshlar bilan yallig'langan o't pufagini olib tashlash afzaldir.

Endoskopik xoletsistektomiya minimal invaziv va samarali jarrohlik aralashuvlardan biridir. Biroq, bu asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin, ular o'tkir xoletsistitda ko'proq uchraydigan jarrohlik operatsiyasiga qaraganda. Shuning uchun o'tkir xoletsistitda o't pufagini olib tashlashning endoskopik usulini tanlashda uning ko'rsatmalari va kontrendikatsiyasini qat'iy hisobga olish kerak. Operatsiyani o't pufagi va o't yo'llarida ochiq operatsiyalarda tajribaga ega bo'lgan, rejalashtirilgan laparoskopik xoletsistektomiyani o'zlashtirgan malakali jarroh amalga oshirishi kerak.

Xoletsistotomiya. So'nggi o'n yillikda ushbu operatsiyaga munosabat keskin o'zgardi va jarrohlar uni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar berishni boshladilar. Xoletsistostomiyaning ma'lum bir "uyg'onishi" zamonaviy tibbiy texnologiyalarning amaliyotga joriy etilishi bilan bog'liq bo'lib, bu ijobiy terapevtik samaraga erishish va minimal jarrohlik jarohati bilan o'limni kamaytirish imkonini beradi. Ushbu operatsiyani o'tkir xoletsistit bilan og'riqan bemorlarni jarrohlik davolash standarti deb hisoblash kerak, ularda xoletsistektomiya xavfi haddan tashqari yuqori (IV-V toifadagi og'irlik).

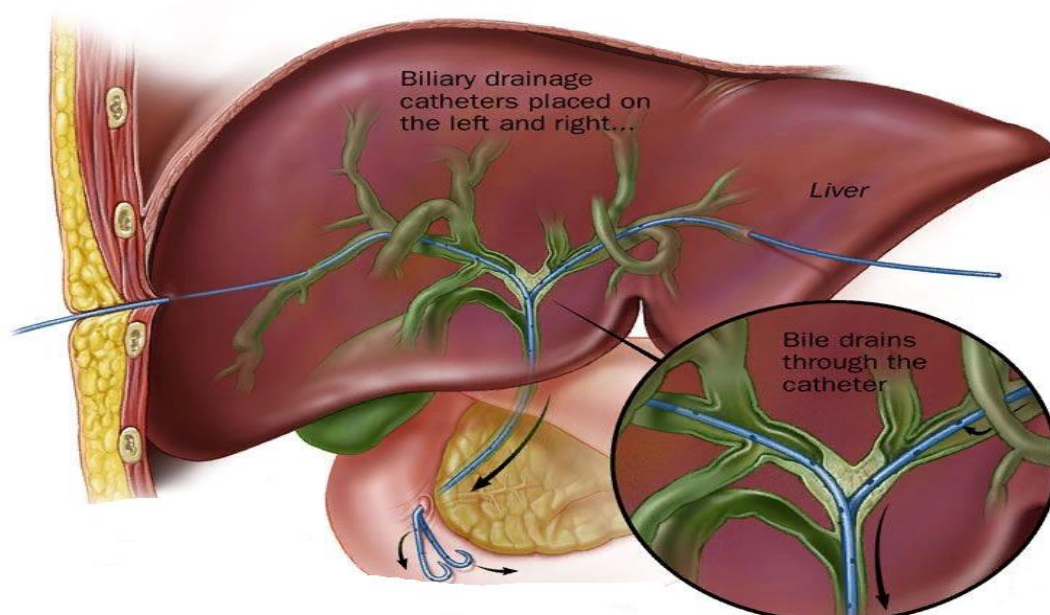
Xoletsistostomiyani amalga oshirish maqsadga muvofiqligining patogenetik asosi o't pufagidagi gipertenziyani bartaraf etish va infeksiyalangan safroni to'kib tashlashdir, bu uning devoridagi qon oqimining buzilishini bartaraf qiladi va shu bilan buzg'unchi o'zgarishlarning keyingi rivojlanishini oldini oladi. O't pufagining dekompressiyasi o't pufagida yallig'lanish jarayonlarini to'xtatish uchun zaruriy shartdir. Xoletsistostomiya uchta usulda amalga oshirilishi mumkin: ultratovush tekshiruvi ostida o't pufagining transkutan drenaji, laparoskopiya va ochiq laparotomiya. Xoletsistostomiya anesteziologning majburiy ishtirokida lokal behushlik yordamida yaratiladi. Eng yumshoq usul sanab o'tilganlardan birinchisi bo'lib, unda o't pufagining ponksiyonu va keyingi drenaji teri orqali va transhepatik ravishda majburiy ultratovush nazorati ostida amalga oshiriladi (10.10-rasm). O't pufagining bo'shlig'iga ichki diametri 5 mm bo'lgan kavisli drenaj o'rnatilgan bo'lib, bu yiringli safroni to'kib tashlash va uning faol sanitariyasini amalga oshirish imkonini beradi. Ushbu usuldan foydalanishning majburiy shartlari o't pufagiga yaxshi akustik kirish va ponksiyon sohasidagi jigar parenximasining qalinligi kamida 20 mm.

Usulni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar keng tarqalgan peritonit, gangrenoz xoletsistit (bunda xoletsistostomiyani boshqa yo'llar bilan yaratish kerak) va butunlay toshlar bilan to'ldirilgan bo'shliq bilan "chinni" o't pufagi deb ataladi.



10-rasm. Teri orqali xoletsistostomiya. Ultratovush tekshiruvi ostida o‘t pufagi bo‘shlig‘iga kateter kiritish.

Xoletsistostomiyaning bu usuli kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin: xoletsistitning gangrenoz shaklida kuzatiladigan o‘t pufagining teshilishi, jigar ponksiyon joyidan qon ketishi va unda gematoma shakllanishi. Ba’zida o‘t pufagining lümeninden drenaj yo‘qoladi.



11-rasm. Teri orqali xoletsistostomiya.

Laparoskopik xoletsistostomiya subhepatik bo‘shliqda yallig‘lanish jarayonining tabiatini vizual baholashdan so‘ng videoendoskopiya nazorati ostida amalga oshiriladi. Uni amalga oshirish uchun zaruriy shart - bu o‘t pufagining pastki qismi yopishqoqliksiz va unda nekroz zonalarining yo‘qligi. Ushbu usulning ko‘plab modifikatsiyalari ichida o‘t pufagini uning bo‘shlig‘ida qoldirilgan Ingam

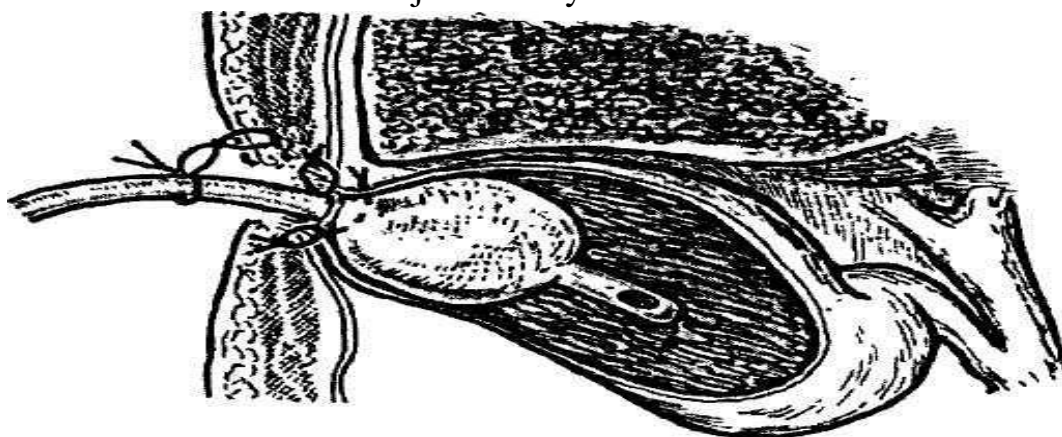
yoki Foley tipidagi balon kateteri bilan troakar kateteri bilan to'g'ridan-to'g'ri ponksiyon qilish usuli o'zini eng yaxshi deb ko'rsatdi. Ushbu turdagi kateterlarni tanlash quyidagilarga bog'liq: "suspensiya" xoletsistotomiyasini amalga oshirish imkoniyati; ularning yaxshi drenaj funksiyasi; stomaning mahkamligini ta'minlaydigan balon mavjudligi tufayli o't pufagining lümeninde ishonchli mahkamlash; operatsiyadan keyingi davrda xoletsistostokopiya uchun bepul kirish. O't pufagi bo'shlig'iga kirish o'rnatilgandan so'ng, litotripsiyaning turli usullarini qo'llash va tosh bo'laklarini olish mumkin. Sanitariya tadbirlarining samaradorligi xoletsistostokopiya bilan nazorat qilinadi. O't pufagi bo'shlig'idan barcha toshlarni olib tashlash va pufak yo'lining o'tkazuvchanligini tiklash (buni fistuloxoletsistografiya bilan tasdiqlash mumkin) ma'lum darajada o'tkir xoletsistitning qaytalanishini oldini oladigan choradir.

Laparoskopik xoletsistostomiyaning minimal invaziv xususiyati, samaradorligi va boshqa qator afzalliklariga qaramay, so'nggi yillarda biz endoskopik usulni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalarni keskin cheklab qo'ydik. Buning asosi bemorning allaqachon og'ir ahvolini og'irlashtiradigan pnevmoperitoneumni yaratish zarurati edi.

Ochiq xoletsistostomiya lokal behushlik ostida o'ng hipokondriyumda laparotomiya orqali amalga oshiriladi. Xoletsistostomiya o't pufagining pastki qismini parietal qorin pardasiga tikish yoki o't pufagi gangrenoz yoki intrahepatik joylashganda chegaralovchi tamponlarni joylashtirish bilan "birgalikda" hosil bo'ladi (10.11-rasm). Ochiq xoletsistostomiyaning ijobiy jihatlaridan biri zamonaviy jarrohlik va endoskopik texnologiyalardan foydalangan holda o't pufagining pufak yo'lining ochiqligini tiklash bilan to'liq sanitariya holatiga erishish qobiliyatidir, bu o'tkir xoletsistitning qaytalanishining oldini olishda juda muhimdir. O't pufagini drenajlashning bu usuli qorin devoridagi kesma zarurati bilan bog'liq bo'lgan katta travma tufayli boshqalardan kam. O'tkir xoletsistitda o't pufagini drenajlash usulini tanlash ko'p holatlarga bog'liq, ammo boshqa hamma narsa bir xil bo'lsa, ultratovush nazorati ostida drenajlashning transkutan usuliga ustunlik berish kerak, eng yumshoq va agar imkon bo'lmasa, undan foydalaning, ochiq xoletsistostomiyaga murojaat qilish kerak.

O't pufagining tashqi drenajlanishi o'tkir destruktiv xoletsistit bilan og'rigan bemorlarning aksariyatida (ammo hammasi emas!) yallig'lanish jarayonini va uning klinik ko'rinishini to'xtatishga imkon beradi. Yallig'lanish jarayoni susaygandan so'ng ularning holati sezilarli darajada yaxshilanmagan jismoniy holatning yuqori toifali bemorlar guruhida xoletsistostomiya davolashning asosiy va yakuniy usuli hisoblanadi. Umumiy holat yaxshilanganda va o't pufagini tashqi drenajlash orqali erishilgan radikal jarrohlik xavfi kamayganida, bemorlar jarrohlik davolashning ikkinchi bosqichi - radikal xoletsistektomiyadan o'tadilar, bu esa qulayroq davrda va ular uchun kamroq xavf bilan amalga oshiriladi. U minilaparotomiya orqali yoki video laparotomiya nusxasi yordamida amalga oshirilishi mumkin. Operatsiya xavfi yuqori bo'lgan

bemorlarda bosqichma-bosqich jarrohlik davolash usulidan foydalanish o'tkir xoletsistitda o'limni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin.



12-rasm. Ochiq xoletsistostomiya. O't pufagining bo'shlig'iga balonli kateter o'rnatiladi; qovuqning pastki qismi parietal qorin pardasiga tikiladi.

Jigardan tashqari o't yo'llarida operatsiyalar

O'tkir xoletsistitda ekstrahepatik safro yo'llariga turli xil aralashuvlarni o'z ichiga olgan jarrohlik taktikasi yuqorida tavsiflangan. Keling, endoskopik papillosfinkterotomiya va nazobiliar drenajni qo'llashning afzalliklarini yana bir bor ta'kidlaymiz. Ushbu turdagi operatsiya afzalroqdir. Agar uni qo'llash imkoniyati bo'lmasa, o'tkir xoletsistitning murakkab shakllari bo'lgan bemorlarga shoshilinch jarrohlik ko'rsatiladi. Bunday holatda jarrohlik aralashuv doirasini kengaytirish, shu jumladan umumiy o't yo'lini ochish talab etiladi.

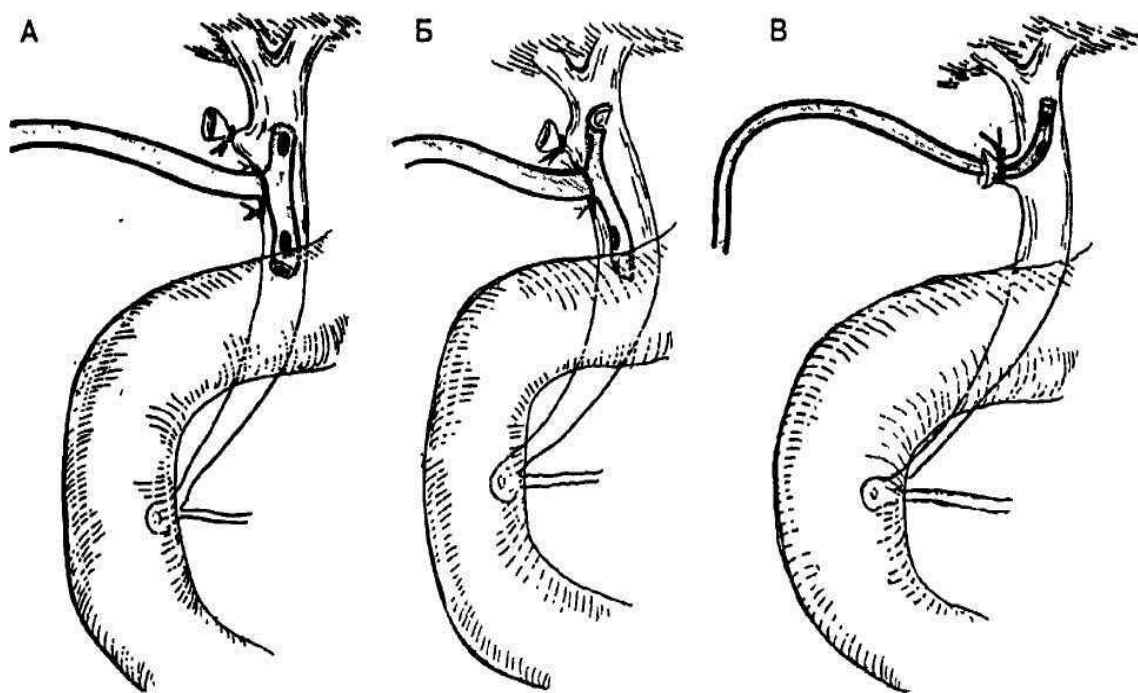
Xoledoxotomiyaga ko'rsatmalar: 1) qabul qilinganda va operatsiya vaqtida Mexanik sariqlik; 2) yiringli xolangit; 3) jigardan tashqari o't yo'llarining kengayishi; 4) palpatsiya va intraoperativ xolangiogrammalarda aniqlangan o't yo'llarida toshlar; 5) katta duodenal papillaning strikturasi. Jigardan tashqari o't yo'llarining zararlanishining bilvosita belgilari operatsiyadan oldin ultratovush yordamida aniqlanishi mumkin, ammo ularning holatini va patologiyaning xarakterini ob'ektiv baholash uchun intraoperativ xolangiografiya qilish kerak. Intraoperativ xolangiografiya natijalariga ko'ra, jarrohlik aralashuvining hajmini aniqlash mumkin. Umumiy o't yo'lining ochilishi uning supraduodenal qismida, o'n ikki barmoqli ichakka yaqinroq bo'ylab uzunlamasına amalga oshiriladi. Agar o't yo'llarida toshlar topilsa, ular olib tashlanadi, kanallar novokain eritmasi bilan yuviladi, shundan so'ng umumiy o't yo'lining terminal qismini va toshlar ko'pincha joylashgan o't yo'lini tekshirish kerak. ko'rinadigan." KDS ampulasida strangulyatsiya qilingan va suzuvchi toshlarni aniqlash uchun Kocher bo'yicha o'n ikki barmoqli ichakni mobilizatsiya qilish va papillani zondda paypaslash kerak. BJ stenozini istisno qilish uchun uning ochiqligi 3-4 mm diametrli zondlar bilan tekshiriladi. Stenoz bo'lmasa, prob ichak lümenine erkin o'tadi va uning devori orqali osongina palpatsiya qilinadi.

Xoledoxotomiyaning yakuniy bosqichi bo'lishi mumkin: 1) xoledoxotomiya yarasini mahkam tikish; 2) o't yo'llarining tashqi drenaji; 3) o't-ichak

anastomozini yaratish; 4) transduodenal papillo-sfinkterotomiya qilish. Xoledoxotomiyani yakunlash usulini tanlash, asosan, ekstrahepatik o't yo'llarining patologiyasining tabiatiga bog'liq. O'tkir xoletsistitda umumiy o't yo'lining yarasini mahkam yopishtirish mumkin emas deb hisoblaymiz, chunki yallig'lanishli infiltratsiya va birga keladigan biliar gipertenziya sharoitida tikuvlarni kesish va kanal choklari orqali safro oqishi mumkin. Bundan tashqari, umumiy o't yo'lining ko'r-ko'rona tikuvi bilan operatsiyadan keyingi davrda nazorat fistuloxolangiografiyasini o'tkazish imkoniyati istisno qilinadi, bu esa kanallarda qolgan toshlarni va BJ stenozini aniqlash imkonini beradi. O'tkir xoletsistitda o't yo'llarining tashqi drenaji diagnostik yoki terapevtik maqsadlarda amalga oshirilgan har bir xoledoxotomiyadan so'ng, agar ular erkin patlatilsa, amalga oshirilishi kerak. O't yo'llarining tashqi drenaji quyidagi yo'llar bilan amalga oshiriladi: Halsted bo'yicha - polietilen kateter bilan kist yo'lining po'stlog'i orqali kiritiladi; Keru bo'yicha - T shaklidagi drenaj bilan va A.V.Vishnevskiyga ko'ra - sifonli drenaj bilan (10.12-rasm). Umumiy o't yo'llarining drenajini tanlash kanallardagi patologiyaga va jarrohlik aralashuvining tabiatiga asoslanadi.

Halstead bo'yicha o't yo'llarini drenajlash quyidagi hollarda ko'rsatiladi: diagnostik xoledoxotomiya va o't yo'llarini instrumental qayta ko'rib chiqishdan keyin; kanallardan toshlarni olib tashlash va papillaning transduodenal diseksiyasidan keyin; o'tkir pankreatit bilan birga, bu ichakka safro oqimini buzadi. Xalstead drenaji orqali safroning tashqariga burilishi safro gipertenziyasini va umumiy o't yo'lining tikuvlari orqali o'tning oqishini, shuningdek, operatsiyadan keyingi pankreatit rivojlanishi bilan safroning oshqozon osti bezi yo'lga teskari oqimini yo'q qiladi.

Umumiy o't yo'lini kist kanalining dumidan o'tkazish uchun ichki diametri 3-4 mm bo'lgan polietilen kateterlar va uning uchida yon teshiklari ishlatiladi. Kateter kista kanalining dumini so'rilishi mumkin bo'lgan ip bilan bog'lash orqali o'rnatiladi. Mukovistsidozning dumg'azasini drenajlashda umumiy o't yo'lining yarasi atravmatik igna ustida so'rilishi mumkin bo'lgan ip (No4-5) yordamida uzluksiz tikuv bilan mahkam tikiladi. Drenaj 5-7-kunlarda, o't yo'llarida bosim va ichaklarga o't oqimi normallashtirishda olib tashlanadi.



13-rasm. Jigardan tashqari o't yo'llarining tashqi drenajlash usullari:
 T-shaklidagi drenaj (Keru bo'yicha) (A);
 T-shaklidagi split drenaj (Vishnevskiyga ko'ra) (B); kista kanalining dumi orqali (Xalsteadga ko'ra) (B).

O't yo'llarining yiringli yallig'lanishi va ularda safro "shlaksi" paydo bo'lganda, xoledoxotomiya Ker yoki A.V.Vishnevskiy. usuli bo'yicha kanallarni tashqi drenajlash bilan yakunlanadi. Yiringli xolantit uchun bu drenajlar infektsiyalangan safroni to'kib tashlash va o't yo'llarini antiseptik eritmalar bilan yuvish orqali tozalash uchun ishlatiladi.

A.V Vishnevskiy usuli bo'yicha drenajlash ko'pincha o'tning drenajdan o'tib ketishi va uning kanaldan o'z-o'zidan yo'qolishi bilan murakkablashadi, bu safro peritonit yoki subhepatik absessning rivojlanishiga olib keladi. Ishonchli va samarali elastik Kera drenaji bo'lib, u o't yo'lga oddiygina o'rnatiladi va vertikal shoxchaga xoledoxotomiya teshigini tikish orqali osongina o'rnatiladi. Drenaj qorin devorining yarasi yoki qarama-qarshi teshik orqali chiqariladi, qo'shimcha ravishda teri tikuvi bilan mahkamlanadi. Safro yo'llarining tashqi drenajlash usulini tanlashda, o't yo'lida uzoq vaqt qolishi mumkin bo'lgan va kamdan-kam hollarda qorin bo'shlig'ida asoratlarni keltirib chiqaradigan Kera drenajiga ustunlik berish kerak.

Yiringli xolangit bilan o't yo'llarida yallig'lanish hodisalari operatsiyadan 10-12 kun o'tgach pasayadi. Buning dalili - drenaj orqali toza va shaffof o'tning chiqishi, o't ekish paytida mikroflora o'sishining yo'qligi, shuningdek, umumiy o't yo'lining terminal qismining normal o'tkazuvchanligi operatsiyadan keyingi fistuloxolangiografiya bilan tasdiqlangan.

Biliodegestiv anastomozlar. O'tkir xoletsistitda transduodenal papillosfinkterotomiya (TD PST) yoki supraduodenal xoledoxoduodenostomiya

(SD CDS) ko‘rinishidagi o‘t yo‘llarini ichki drenajlash operatsiyalari qat‘iy ko‘rsatmalarga muvofiq qo‘llanilishi kerak: KDSning strukturasi va strangulyatsiyasi bilan, shuningdek toshli toshlar bilan. va umumiy o‘t yo‘lining distal qismining kengaytirilgan strikturasi. O‘t yo‘llarining ichki drenajlash usulini tanlashda qorin bo‘shlig‘idagi yallig‘lanish jarayonining og‘irligini va gepatoduodenal ligamentning yallig‘lanish infiltratsiyasini, gepatikokoledox va o‘n ikki barmoqli ichak devorining holatini hisobga olish kerak. Siydik chiqarish yo‘llarining stenozi va strangulyatsiyalangan toshida safroning ichakka normal chiqishini tiklashning optimal varianti transduodenal papillosfinkterotomiya hisoblanadi. Papillaga to‘g‘ridan-to‘g‘ri aralashuv yordamida biliar stazning sababini bartaraf etish va shu bilan birga safro chiqishining fiziologik yo‘lini saqlab qolish mumkin ko‘rinadi. Gepatoduodenal ligament va o‘n ikki barmoqli ichak hududida aniq yallig‘lanish infiltratsiyasi bo‘lmasa, o‘tkir xoletsistitda ushbu operatsiyani bajarish texnik jihatdan qiyin emas.

Transduodenal papillosfinkterotomiya operatsiyaning barcha bosqichlarini ehtiyotkorlik bilan bajarishni talab qiladi: 1) Kocher bo‘yicha o‘n ikki barmoqli ichakning yaxshi mobilizatsiyasi; 2) papilla proektsiyasidan 1,5-2,0 sm uzunlikdagi ko‘ndalang duodenotomiya; 3) o‘n ikki barmoqli ichak papillasiga zaytun shaklidagi zondni shikastsiz kiritish; 4) striktura uzunligiga mos keladigan va strangulyatsiya qilingan toshni olib tashlash uchun etarli bo‘lgan uzunlikdagi papillada soat 11 yo‘nalishi bo‘yicha kesma qilish; 5) ajratilgan umumiy o‘t yo‘lining chetlarini ichak shilliq qavatidan tikish; 6) Halstead bo‘yicha kanallarni tashqi drenajlash bilan aralashuvni yakunlash va yiringli xolangit mavjud bo‘lganda - Keru bo‘yicha.

Transduodenal papillosfinkterotomiya operatsiyasi operatsiyadan keyingi davrda o‘tkir pankreatitning rivojlanishi va o‘n ikki barmoqli ichak choklarining ajralishi bilan murakkablashishi mumkin. Ushbu asoratlarning oldini olish choralari: ko‘ndalang yo‘g‘on ichak tutqichining ildiziga 100-120 ml miqdorida novokainning 0,25% eritmasini yuborish orqali oshqozon osti bezini blokirovka qilish; operatsiyadan keyin 2-3 kun davomida nazogastrik naycha bilan oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning dekompressiyasi; kuniga uch marta oktreotid asetat yoki sandostatinni teri ostiga yuborish, kamida 3 kun davomida 100 mg; qorin bo‘shlig‘iga serukal va ubretidni, shuningdek Bernard oqimlarini buyurish orqali oshqozon-ichak traktining harakatchanligini tiklash.

Xoledoxoduodenoanastomozni qo‘llash umumiy o‘t yo‘lining distal qismining kengaytirilgan tuzilishi (2 sm dan ortiq) va jigardan tashqari va intrahepatik o‘t yo‘llarining ko‘p litiazisi, kanallarda tosh qolib ketish xavfi mavjud bo‘lganda tavsiya etiladi. . Ushbu operatsiyani bajarish paytida safroning erkin chiqishi va ichaklarga "unutilgan" toshlarning chiqishini ta'minlaydigan keng safro-ichak anastomozi hosil bo‘ladi. Shuni esda tutish kerakki, xoledoxoduodenoanastomoz paydo bo‘lgandan so‘ng, o‘n ikki barmoqli ichak tarkibining o‘t yo‘llariga qaytarilishi muqarrar ravishda yuzaga keladi, bu esa

takroriy ko'tarilgan xolangit va jigar sirroziga olib kelishi mumkin. Operatsiyadan keyingi uzoq muddatli davrda anastomoz stenoz bo'lsa, bu xavf ayniqsa katta.

Xoledoxoduodenoanastomozni shakllantirish uchun Yurash, Flerken va Finsterer usullari eng keng tarqalgan. Ularning asosiy farqi umumiy o't yo'llari va o'n ikki barmoqli ichakni kesish yo'nalishini tanlashda yotadi. Biz Yurash usuliga ustunlik beramiz, bunda umumiy o't yo'li uzunlamasına va o'n ikki barmoqli ichak ko'ndalang ochiladi. Anastomozning kengligi kamida 2 sm bo'lishi kerak, chunki operatsiyadan keyingi davrda tsicatrissial torayish asl qiymatining 1/2 qismiga to'g'ri keladi. Atravmatik igna ustida so'rilishi mumkin bo'lgan iplar (Vicryl, Dacson, Polysorb, Maxon va boshqalar) yordamida ikki qatorli uzilgan tikuv bilan anastomoz hosil qilish.

O'tkir xoletsistit va uning asoratlari uchun o't pufagi va o't yo'llari bo'yicha operatsiyalar qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan yakunlanishi kerak. Buning sababi, o't pufagini olib tashlash va o't yo'llariga aralashuvdan so'ng, qovuq to'shagidan va kist arteriyasining dumidan qon ketishi, o't pufagining qo'shimcha yo'llaridan va o't pufagining tikuvlari orqali oqishi mumkin. xoledoxotomiya yarasi. Ba'zi hollarda, ligaturaning muddatidan oldin rad etilishi tufayli kista kanalining dumidan safro oqishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda ushbu asoratlarni erta tashxislash va peritonit yoki subhepatik absess rivojlanishining oldini olish uchun Spasokukotskiy bo'yicha qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan har qanday operatsiyani bajarish kerak. Diametri 6-8 mm bo'lgan va oxirida yon teshiklari bo'lgan silikon drenaj omental bursaga kiraverishdagi subhepatik bo'shliqqa o'rnatiladi va qarshi teshik orqali chiqariladi. Drenaj orqali oqindi bo'lmasa, u 3-kuni olib tashlanadi. Tashqi yoki ichki drenaj bilan yakunlangan xoledoxotomiya bilan o't yo'llariga aralashuv bo'lsa,

Selikonli drenaji operatsiyadan 7-8 kun o'tgach olib tashlanadi. O'tkir xoletsistitda qorin bo'shlig'i tamponadasi uchun ko'rsatmalar juda kam uchraydi. Perivesikal absess va jigardan qon ketishni to'xtata olmaydigan hollarda qovuq to'shagida tamponlar kiritilishi kerak. Absess bo'lsa, tampon 4-5 kun davomida tortiladi va 9-kuni chiqariladi. Qon ketishida qon to'xtatuvchi maqsadlarda qovuq to'shagiga tampon qo'yiladi, operatsiyadan 4-5 kun o'tgach olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyingi davr

Operatsiyadan keyingi davrda buzilgan metabolik jarayonlarni tuzatishga va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olishga qaratilgan intensiv terapiyani davom ettirish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda terapevtik tadbirlarning asosi infuzion terapiya bo'lib, uning tarkibiy qismlari kolloid va kristalloid eritmalar, kaliy xlorid, shuningdek, aminokislotalar va vitaminlardir. Kuniga 2,0-2,5 litr suyuqlik hajmida infuzion terapiya 3-4 kun davomida amalga oshirilishi kerak. Operatsiya stolidagi boshlangan antimikrobiyal terapiya operatsiyadan keyin 5-7 kun davom etishi kerak. Jarrohlik yarasi va qorin bo'shlig'ida yiringli-septik asoratlarni oldini olish

uchun amalga oshiriladi. Operatsiyadan so'ng, Spasokukotskiy drenaji orqali oqishni kuzatish va umumiy o't yo'llarining drenaji orqali safro chiqarish hajmini qat'iy hisobga olish kerak. Subhepatik bo'shliqda rivojlanayotgan absess yoki suyuqlik shakllanishiga shubha bo'lsa, o'z vaqtida ultratovush tekshiruvini o'tkazish muhimdir. Agar suyuqlikning sezilarli darajada to'planishi bo'lsa, teri orqali punksiyon amalga oshiriladi va tarkibi ultratovush ostida evakuatsiya qilinadi.

Qariva keksa odamlarda venoz tromboz va tromboembolik asoratlarning oldini olish choralari ko'riladi, bu ko'pincha o'limga olib keladi. Shu maqsadda operatsiyadan keyingi birinchi kundan boshlab bemorni faollashtirish, terapevtik mashqlarni bajarish, pastki oyoq-qo'llarni elastik bandajlar bilan bog'lash muhimdir. Ko'rsatkichlarga ko'ra (III bobga qarang) antikoagulyantlarning profilaktik dozalari buyuriladi. Past molekulyar og'irlikdagi geparinlarga (klexane, fraxiparine, fragmin va boshqalar) ustunlik berish kerak. O'tkir xoletsistit va uning asoratlari bo'yicha operatsiyalarning ijobiy natijalarida metabolik kasalliklarni tuzatishga va yiringli-septik asoratlarning antibiotikli profilaktikasiga qaratilgan operatsiyadan oldingi va keyingi davrda oqilona va adekvat terapiyani o'tkazish muhim rol o'ynaydi.

II BOB

MEXANIK SARIQLIK

MEXANIK SARIQLIK

Safro tizimi va oshqozon osti bezi kasalliklarining katta guruhi o't yo'llarining mexanik obstruktsiyasining rivojlanishi bilan birga keladi, bu bemorning terisi va sklerasining ikterik rangi o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi, bu noto'g'ri barcha bu kasalliklarni bitta kasallikka birlashtirishga olib keldi. "Mexanik sariqlik" nomi bilan klinik amaliyotga kirgan. Hozirgi vaqtda sariqlik faqat kasallikning alomati ekanligi aniqlandi, garchi o't yo'llarining uzoq vaqt davomida hal etilmagan mexanik obstruktsiyasi, qoida tariqasida, sariqlikning kasallik sifatida sariqlikka aylanishiga olib keladi. Buning sababi kolestaz natijasida rivojlanadigan organlardagi o'zgarishlardir. So'nggi paytlarda asosiy o't yo'llari va oshqozon osti bezi kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning soni sezilarli darajada oshdi. Patologik jarayonning tabiati qanchalik tez aniqlansa va jigardan safro chiqishini tiklash uchun oqilona choralar ko'rilsa, bemorni davolashning natijasi shunchalik yaxshi bo'ladi.

MEXANIK SARIQLIKNING TA'RIFI, TASNIFI

Sariqlik - qon zardobida, shuningdek, tananing boshqa suyuqliklari va to'qimalarida bilirubinning ko'payishi natijasida yuzaga keladigan teri, shilliq pardalar va skleraning ikterik bo'yalishi bilan tavsiflangan sindrom. Sariqlikni aniqlash qiyin emas, chunki Bu nafaqat tibbiyot xodimlarining, balki bemorning o'zi va uning atrofida gilarining e'tiborini tortadigan aniq ko'rinadigan belgidir. Buning sababini aniqlash har doim ham qiyinroq, chunki... sariqlik ko'plab yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarda kuzatiladi. Ko'pincha Mexanik sariqlik bilan og'rikan bemorlar noto'g'ri yuqumli kasalliklar shifoxonasida yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi, bu esa kechiktirilgan tashxis va optimal aralashuv uchun vaqtni yo'qotishiga olib keladi.

Sariqlikning rivojlanishiga olib keladigan patologik jarayonning birlamchi lokalizatsiyasiga va paydo bo'lish mexanizmiga qarab, sariqlikning quyidagi turlari ajratiladi:

- **Jigardan oldingi yoki gemolitik sariqlik** - asosan qizil qon tanachalari parchalanishining kuchayishi natijasida bilirubin ishlab chiqarishning ko'payishi va kamroq tez-tez bilirubinning plazma tashilishining buzilishi tufayli yuzaga keladi. Bu gemolitik sariqlikning har xil turlarini o'z ichiga oladi - eritrotsitlarning tug'ma nuqsonlari, B12 (foliy kislotasi) tanqisligi kamqonligi bilan bog'liq otoimmün gemolitik sariqlik, massiv gematomalarni, yurak xurujlarini, turli xil intoksikatsiyani, zaharlanishni hal qilish. Gemolizning kuchayishi, uning etiologiyasidan qat'i nazar, har doim xarakterli klinik triadaga olib keladi: anemiya, limonli sariqlik, splenomegali.

- **Jigar yoki parenximal sariqlik** - gepatotsitlar yoki xolangiollarning shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. Yetakchi mexanizmga ko'ra, jigar sariqligining bir nechta variantlarini ajratish mumkin. Bu bilirubinning chiqarilishi

va qabul qilinishining buzilishi, bilirubinning regurgitatsiyasi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Bu o‘tkir va surunkali gepatit, gepatoz, jigar sirrozida (gepatotsellyulyar sariqlik) kuzatiladi. Boshqa hollarda bilirubinning chiqishi va regurgitatsiyasi buziladi. Shunga o‘xshash tur xolestatik gepatit, birlamchi biliar siroz, idiopatik yaxshi xulqli takroriy xolestaz va hepatotsellyulyar lezyonlarda (xolestatik jigar sariqligi) kuzatiladi. Sariqlik bilirubinning konjugatsiya va so‘rilishining buzilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bu Gilbert va Crigler-Najjar sindromlarida enzimopatik sariqlikda kuzatiladi. Jigardagi sariqlik bilirubin ajralishining buzilishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, masalan, Dubin-Jonson va Rotor sindromlarida.

• **Mexanik yoki Mexanik sariqlik** - o‘t yo‘llarining turli darajadagi safro chiqishini buzadigan patologik jarayonlarning asoratlari.

ORGANIZMDAGI BILIRUBIN ALMASHINUVI

Bilirubinning asosiy manbai gemoglobindir. U retikulohistotsitar sistema hujayralarida, asosan, jigar, taloq va suyak iligida bilirubinga aylanadi. Kun davomida qizil qon hujayralarining taxminan 1% parchalanadi va ularning gemoglobinidan 10-300 mg bilirubin hosil bo‘ladi. Bilirubinning taxminan 20% yetuk qizil qon hujayralari gemoglobinidan emas, balki boshqa gem o‘z ichiga olgan moddalardan hosil bo‘ladi, bu bilirubin shunt yoki erta bilirubin deb ataladi. U suyak iligida parchalanadigan eritroblastlarning gemoglobinidan, yetilmagan retikulotsitlardan, miyoglobindan va boshqalardan hosil bo‘ladi.

Qizil qon hujayralari vayron bo‘lganda, gemoglobin globin, temir o‘z ichiga olgan gemosiderin va temirsiz gematoidinga bo‘linadi. Globin aminokislotalarga parchalanadi va tanadagi oqsillarni qurishga qaytadi. Temir oksidlanishdan o‘tadi va yana organizm tomonidan ferritin shaklida ishlatiladi. Gematoidin (porfirin halqasi) biliverdin bosqichida bilirubinga aylanadi olingan bilirubin qonga kiradi.

Qonning fiziologik pH darajasida suvda erimaydigan bo‘lgani uchun u qonda tashish uchun tashuvchi, asosan albumin bilan bog‘lanadi.

Jigar bilirubin almashinuvida uchta muhim funktsiyani bajaradi: qondan hepatotsitlar tomonidan so‘rilishi, bilirubinning glyukuron kislotasi bilan bog‘lanishi va hepatotsitlardan konjugatsiyalangan (konjugatsiyalangan) bilirubinning o‘t kapillyarlariga chiqishi. Bilirubinning plazmadan hepatotsitga o‘tishi jigar sinusoidlarida sodir bo‘ladi. Erkin (bilvosita, konjugatsiyalanmagan) bilirubin sitoplazmatik membranada albumindan ajralib chiqadi, hepatotsitning hujayra ichidagi oqsillari bilirubinni ushlaydi va uning hepatotsitga o‘tishini tezlashtiradi.

Gepatotsitga kirib, bilvosita (konjugatsiyalanmagan) bilirubin endoplazmatik retikulumning membranalariga o‘tadi, u erda glyukuroniltransferaza fermenti ta'sirida glyukuron kislotasi bilan bog‘lanadi. Bilirubinning glyukuron kislotasi bilan birikmasi uni suvda eriydi, bu esa uni safroga o‘tkazish, buyraklarda filtrlash va diazoreagent (to‘g‘ridan-to‘g‘ri, konjugatsiyalangan, bog‘langan bilirubin) bilan tez (to‘g‘ridan-to‘g‘ri) reaksiyani ta'minlash imkonini beradi.

Keyin bilirubin jigardan safroga chiqariladi. Bilirubinning gepatotsitdan safroga chiqarilishi gipofiz va qalqonsimon bez gormonlari tomonidan nazorat qilinadi. Safrodagi bilirubin xolesterin, fosfolipidlar, o't kislotalari va oz miqdordagi oqsildan tashkil topgan makromolekulyar agregatlarning (mitsellalar) bir qismidir.

Safro bosim gradiyenti bo'yicha oqadi: jigar 300-350 mmH₂O bosimida o't chiqaradi, so'ngra u siydik pufagida to'planadi, u qisqarganda 200-250 mmH₂O bosim hosil qiladi, bu safroning erkin oqimi uchun etarli. Oddi sfinkteri bo'shshganda o'n ikki barmoqli ichakka.

Bilirubin ichakka kiradi va bakterial dehidrogenazlar ta'sirida mezobilinogen va urobilinogen jismlarga aylanadi: urobilinogen va sterkobilinogen. Ichakdan urobilinogenning asosiy miqdori najas bilan sterkobilinogen (kuniga 60-80 mg) shaklida chiqariladi, u havoda sterkobilinga aylanadi, bu esa najasni jigarrang rangga aylantiradi. Urobilinogenning bir qismi ichak devori orqali so'riladi va portal venaga, so'ngra jigarga kiradi va u erda parchalanadi. Sog'lom jigar urobilinni butunlay parchalaydi, shuning uchun u odatda siydikda aniqlanmaydi.

Sterkobilinogenning bir qismi gemorroyoid tomirlar tizimi orqali umumiy qon oqimiga kiradi va buyraklar tomonidan chiqariladi (kuniga taxminan 4 mg), siydikga oddiy somon-sariq rang beradi.

Qondagi bilirubinning normal darajasi:

Umumiy: 5,1–21,5 mkmol/l;

bilvosita (konjugatsiyalanmagan, erkin): 4–16 mkmol/l (jami 75–85%);

to'g'ridan-to'g'ri (konjugatsiyalangan, bog'langan): 1-5 mkmol / l (jami 15-25%).

Qondagi umumiy bilirubin darajasining (giperbilirubinemiya) 27-34 mkmol / l dan oshishi uning teri va kon'yunktivaning elastik tolalari bilan bog'lanishiga olib keladi, bu ikterik bo'yash bilan namoyon bo'ladi. Sariqlikning og'irligi odatda bilirubinemiya darajasiga to'g'ri keladi (engil shakli - 85 mkmol/l gacha, o'rtacha - 86-169 mkmol/l, og'ir shakli - 170 mkmol/l dan yuqori). O't yo'llarining to'liq blokirovkasi bilan bilirubin darajasi har kuni 30-40 mkmol / soat ga ko'tariladi (150 mkmol / l gacha, keyin esa tezligi pasayadi).

Sariqlikning intensivligi organ yoki to'qimalarning qon bilan ta'minlanishiga bog'liq. Birinchidan, teridan biroz kechroq skleraning sariq rangi aniqlanadi. Teri va shilliq pardalarda to'plangan bilirubin, boshqa pigmentlar bilan birgalikda, ularni qizil rang bilan och sariq rangga bo'yaydi. Keyinchalik, bilirubin biliverdinga oksidlanadi va sariqlik yashil rangga ega bo'ladi. Sariqlikning uzoq davom etishi bilan teri qora-bronza rangga ega bo'ladi. Shunday qilib, bemorni tekshirish bizga sariqlikning davomiyligi masalasini hal qilish imkonini beradi.

MEXANIK SARIQLIK ETIOLOGIYASI

Mexanik sariqlik o'tning jigardan o'n ikki barmoqli ichakka chiqishi buzilishidan kelib chiqadi. Safro chiqishining butun yo'lida ichkaridan tiqilib

qolish yoki tashqaridan siqish tufayli to'siq paydo bo'lishi mumkin. Mexanik sariqlikning eng ko'p uchraydigan sabablari o't yo'llarida toshlar (50%) va yo'llardagi neoplazmalar (40%), katta o'n ikki barmoqli ichak papillasi, oshqozon osti bezi va o't pufagi. Mexanik sariqlik boshqa sabablarga ko'ra (10%) paydo bo'lishi mumkin: katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining stenoz (MDS), yo'llarning strikturasi, o't yo'llarining atreziyasi, xolangit, pankreatit, jigar o'smalari.

Hozirgi vaqtda Mexanik sariqlikning sabablari juda yaxshi o'rganilgan. Etiologik printsipga ko'ra ularni bir nechta asosiy guruhlariga birlashtirish mumkin:

1. Rivojlanish nuqsonlari:

- o't yo'llarining atreziyasi;
- o't yo'llarining gipoplaziyasi;
- umumiy o't yo'llarining kistalari;
- KDS yaqinida joylashgan o'n ikki barmoqli ichak divertikullari.

2. O't yo'llarining yaxshi xulqli kasalliklari:

- xolangiolitiaz bilan asoratlangan xolelitiyoz;
- gijgijlash toshlari KDS;
- o't yo'llarining strikturalari;
- qorin devorining stenoz.

3. Yallig'lanish kasalliklari:

- periprotsessli o'tkir xoletsistit;
- xolangit;
- pankreatit (o'tkir yoki surunkali indurativ);
- umumiy o't yo'lining siqilishi bilan oshqozon osti bezi boshining kistasi;
- o'tkir papillit.

4. Shishlar:

- jigar va umumiy o't yo'llarining saratoni;
- KDS saratoni;
- oshqozon osti bezi boshining saratoni;
- porta gepatisdagi metastazlar va limfomalar;
- o't yo'llarining papillomatozi.

5. Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari.

- porta gepatis sohasida exinokokkoz yoki alveokokkoz.

MEXANIK SARIQLIK PATOGENEZI

Safro chiqishi uchun mexanik to'siq turg'unlikka (ekstrahepatik ikkilamchi kolestaz) va o't bosimining 270 mm.suv.ust. dan oshishiga, o't kapillyarlarining kengayishiga va yorilishiga va o'tning qonga yoki limfa yo'llari orqali kirishiga olib keladi. Qonda safro paydo bo'lishi to'g'ridan-to'g'ri giperbilirubinemiya (konjugatsiyalangan bilirubin miqdori ko'payishi), giperkolesterolemiya, qonda o't kislotalarining aylanishi tufayli xolemik sindromning rivojlanishi, bilirubinuriya (siydik rangi - "pivo rangi") va mavjudligini keltirib chiqaradi. siydikda safro

kislotalari. Safro yo'llarining mexanik obstruksiyasi tufayli ichakka kirmasligi sterkobilinning hosil bo'lmasligiga va shuning uchun najas bilan chiqarilmasligiga olib keladi (rangi o'zgargan, axolik najas).

Mexanik sariqlik boshlanishining birinchi kunlarida aminotransferaza faolligi darajasining oshishi kuzatiladi. Bu gepatotsitlar membranalarining o'tkazuvchanligining qisqa muddatli (3-5 kun) oshishi va ulardan indikator fermentlarining chiqishi bilan izohlanadi.

Mexanik sariqlikdagi giperbilirubinemiya qonda asosan konjugatsiyalangan bilirubin va kamroq darajada konjugatsiyalanmagan bilirubinning ko'payishi bilan tavsiflanadi. Mexanik sariqlikda birinchi marta o't yo'llarining obstruksiyasi paydo bo'lganligi sababli, jigar funktsiyasi biroz buziladi, gepatotsitlar tomonidan safro chiqishi davom etadi. O't yo'llarining lümenine safro bilan birga chiqarilgan bilirubin ularning devori orqali so'riladi va o't kapillyarlaridagi aloqa orqali Disse bo'shliqlariga kiradi. Disse bo'shlig'idan bilirubin limfa tizimi orqali qonga kiradi. Safro yo'llarida bosimning uzoqroq oshishi jigar hujayralarining disfunktsiyasiga olib keladi va paracholiya paydo bo'ladi (gepatotsitdan bilirubinning qonga qaytishi). Gepatotsitlar faoliyati yomonlashganda, bilirubinni qabul qilish funktsiyasi ham yomonlashadi va qonda konjugatsiyalanmagan bilirubin miqdori ortadi. Bu davrda gepatotsitlarning nekrozi kuzatilishi mumkin va shuning uchun qonda aminotransferazalarning faolligi yana ortadi.

Asosiy klinik sindromlar

1. Sariqlik- aniq klinik alomat bo'lib, siydik, shilliq pardalar va ko'z skleralarining sarg'ayishi bilan namoyon bo'ladi. Barcha to'qimalar, ekssudatlar va transudatlar sariq rangga bo'yalgan. Faqat tupurik, ko'z yoshlari va me'da shirasining rangi o'zgarmaydi. Sariq rang bilirubin pigmentining qonda ko'payishi tufayli teri, shilliq pardalar va boshqa to'qimalarda to'planishi bilan bog'liq. Anemiya va ochiq teri bilan og'rigan bemorlarda sariqlik avvalroq aniqlanadi, qora tanli bemorlarda esa uzoqroq davom etadi. Tekshiruv yaxshi yoritilgan xonada, tercihen kunduzi yorug'likda o'tkazilishi kerak.

2. Xolestaz - safroning barcha yoki alohida tarkibiy qismlarining ichakka chiqishi, ularning kanallarda to'planishi va qonga chiqishi mumkin bo'lgan buzilishi yoki to'liq to'xtashi bilan tavsiflangan sindrom. Xolestaz, xolemiya va akoliya sindromlarining biokimyoviy belgilari bilan namoyon bo'ladi.

1) Xolestazning biokimyoviy belgilari: qonda to'g'ridan-to'g'ri bilirubin, xolesterin, lipoproteinlar, fosfolipidlar, xolatlar darajasining oshishi, shuningdek, ekskretor fermentlarning faolligi oshishi: ishqoriy fosfataza, gamma-glutamil transpeptidaza, leysin aminopeptidaza, 5-nukleotaz.

2) Safro kislotalari qonga kirganda xolemiya paydo bo'ladi. O't kislotalarining retseptorlari va vagus nervi markaziga, yurakning sinus tuguniga va qon tomirlariga ta'siri tufayli bradikardiya va qon bosimining pasayishi bilan tavsiflanadi (ATF sintezining buzilishi va mushaklarning qisqarishi). Safro

kislotalarining markaziy asab tizimiga toksik ta'siri astenovegetativ buzilishlar shaklida namoyon bo'ladi: asabiylashish, keyin tushkunlik, kunduzi uyquchanlik va kechasi uyqusizlik, bosh og'rig'i va charchoqning kuchayishi. Terining sezgir nerv uchlarini safro kislotalari bilan tirnash xususiyati terining qichishiga olib keladi. Siydikdagi safro kislotalarining paydo bo'lishi sirt tarangligi va ko'pikning pasayishiga olib keladi (pivo siydigi). Qonda o't kislotalari miqdorining ko'payishi eritrotsitlar gemoliziga olib kelishi mumkin, gemolitik sariqlik eritrotsitlarning osmotik barqarorligining buzilishi (pasayishi), leykotsitolizi, qon ivishining pasayishi, membrana o'tkazuvchanligining oshishi va yallig'lanish jarayonining rivojlanishi bilan bog'liq. (jigar nekrozi, o'tkir pankreatit).

3) **Axoliya** - o't yo'llarining obstruksiyasi tufayli ichakka safro tushmasligi natijasida yuzaga keladigan sindrom. Bunday holda, ichakda ovqat hazm qilish buzilishi kuzatiladi. Ichakda o't kislotalari yo'qligi sababli lipaza faollashtirilmaydi, yog'lar emulsiyalanmaydi, o't kislotalarining yog' kislotalari bilan eruvchan komplekslari hosil bo'lmaydi va shuning uchun yog'larning 60-70% hazm bo'lmaydi, so'rilmaydi va chiqariladi. najas bilan birga tanadan (steatoreya). Oziq-ovqat bolusiga fermentlarning kirib borishi va oqsillarning hazm bo'lishi buziladi, bu esa kreatoriyaga olib keladi. Yog'da eriydigan vitaminlar (retinol, tokoferol, filoxinon) ning so'rilishi buziladi va vitamin etishmasligining rivojlanishiga olib keladi. Filloquinon (K1 vitamini) bo'lmasa, protrombin hosil bo'lmaydi, qon ivishi kamayadi, bu qon ketishining kuchayishiga olib keladi. Safroning bakteritsid ta'siri yo'qoladi, bu esa disbakteriozga olib keladi. Safro kislotalarining etishmasligi ichak motorikasining buzilishiga olib keladi: ichak tonusi va peristaltikasi zaiflashadi, ich qotishi paydo bo'ladi. Biroq, ikkinchisi ko'pincha ichaklarda chirish va fermentativ jarayonlarning kuchayishi va safroning bakteritsid xususiyatlarining pasayishi tufayli diareya bilan almashtiriladi. Najas rangi o'zgarib ketgan, chunki... acholia bilan sterkobelin hosil bo'lmaydi, u ham siydikdan yo'qoladi.

3. Disxoliya - safro litogen xususiyatga ega bo'lgan sindrom.

Mexanik sariqlikning asoratlari

Jigar va xolemiyadagi tuzilish buzilishlari organizmda zaharli moddalarning paydo bo'lishiga va ammiak, fenollar, atseton, atsetaldegid, indol, skatol va boshqalarning to'planishiga olib keladi. Jigarning antitoksik funktsiyasi buziladi va zaharli moddalar o'zining zararli ta'sirini ko'rsatadi. endotoksemiya sindromida ifodalangan barcha organlar va tizimlar tizimida. Mikrovaskulyar tromboz buyraklarda ularning rezistiv tomirlarining siqilishi va funktsional buzilishlarning kuchayishi bilan rivojlanadi. Qonda karbamid va kreatinin darajasi oshadi, jigarning antitoksik funktsiyasi va safroning enterohepatik aylanishining buzilishi kuchayadi. Gepatotsitlar charchaydi va tanazzulga yuz tutadi.

Nefron funktsiyasi pasayadi va bularning barchasi Mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda hepatorenal sindromning rivojlanishiga olib keladi. Toksik

moddalar qon-miya to'sig'iga kirib boradi, bu esa jigar ensefalopatiyasi bilan namoyon bo'ladi. Nerv tolalariga to'g'ridan-to'g'ri toksik ta'sir nerv-mushak o'tkazuvchanligining buzilishiga olib keladi, bu esa bradikardiyaga olib keladi. Trombogemorragik o'zgarishlar tomir ichidagi koagulyatsiya - tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya sindromi (**DIC sindromi**) bilan bog'liq holda rivojlanadi.

Safro kislotalari, sirt faol moddalar sifatida, alveolalarning o'tkazuvchanligini buzadigan o'pka sirt faol moddasini (alveolalarning submikroskopik qoplamasi) o'zgartiradi. Bularning barchasi kislorod tashishning buzilishiga va gipoksiyaning kuchayishiga olib keladi.

Sariqlik holatida uzoq vaqt qolish a'zolar va tizimlarda shunday o'zgarishlarga olib keladiki, jarrohlik yo'li bilan safroning normal chiqishini tiklash bu toifadagi o'limning eng keng tarqalgan sababi bo'lgan jigar-buyrak yetishmovchiligining yomon doirasini va rivojlanishini to'xtata olmaydi.

MEXANIK SARIQLIK DIAGNOSTIKASI

Mexanik sariqlikning diagnostikasi 2 ta asosiy nuqtani o'z ichiga oladi: sariqlikning Mexanik xususiyatini tasdiqlash va o't yo'llari obstruksiyasining o'ziga xos sababini aniqlash.

Mexanik sariqlikning diagnostikasi anamnez, klinik ko'rinish va instrumental tekshirish usullariga asoslanadi.

ULTRATOVUSH TADQIQOT USULLARI

Klassik transabdominal ultratovush.

Jigar va subhepatik sariqlikning differentsial diagnostikasida ultratovush skrining usuli (eliminatsiya omili) rolini o'ynaydi va birinchi navbatda instrumental tadqiqot usullaridan o'tkazilishi kerak. Agar diffuz jigar shikastlanishi va o'zgarmagan o't yo'llari ko'rsatilsa, jigar sariqligi katta ehtimollik bilan, uning sabablari jigar biopsiyasi yordamida aniqlanishi mumkin.

Usulning eng muhim afzalliklari:

- Skrining xarakteri, noinvazivlik, asoratlarning yo'qligi;
- Bemorning har qanday og'irligi va homiladorlik davrida foydalanish imkoniyati;
- o't yo'llari va boshqa anatomik tuzilmalar (jigar, oshqozon osti bezi, retroperitoneal bo'shliq) holatini bir vaqtda baholash;
- Dekompressiya va biopsiyaning ponksiyon usullari uchun ultratovush yordamida yo'l-yo'riq ko'rsatish imkoniyati;
- O't yo'llarini dekompressiya qilish usulini ob'ektiv tanlash.

Sariqlikning Mexanik tabiatining ultratovush mezonlari:

- Umumiy o't yo'li diametrining o'sishi 8 mm dan, intrahepatik yo'llarning diametri 4 mm dan ortiq;
- Umumiy o't yo'li devorining qalinlashishi va uning bo'shlig'ida suspenziya (xolangit);

- o't pufagining kengayishi va deformatsiyasi, heterojen tarkibi, kichik toshlar, kanaldagi toshning ingl.
- oshqozon osti bezi boshining patologiyasini vizualizatsiya qilish;
- KDS patologiyasini vizualizatsiya qilish qiyin.

An'anaviy ultratovush tekshiruvi Mexanik sariqlikning sababini 75% dan ko'p bo'lmagan hollarda aniqlay oladi.



14 – rasm. Klassik ultratovush (umumiy o't yo'lining kengayishi va uning distal qismidagi ikkita toshni ko'rish)

Endosonografiya

Hozirgi vaqtda oshqozon osti bezi-atobiliar zonani o'rganishda eng informatsion endoskopik usullardan biri bo'lgan endoskopik ultratovushografiya ishlab chiqilgan. Ushbu tadqiqot distal o't yo'llari va oshqozon osti bezi boshini ko'rishning eng aniq usuli hisoblanadi. Biroq, maxsus jihozlar talab qilinadi va tadqiqot juda ko'p vaqtni oladi.

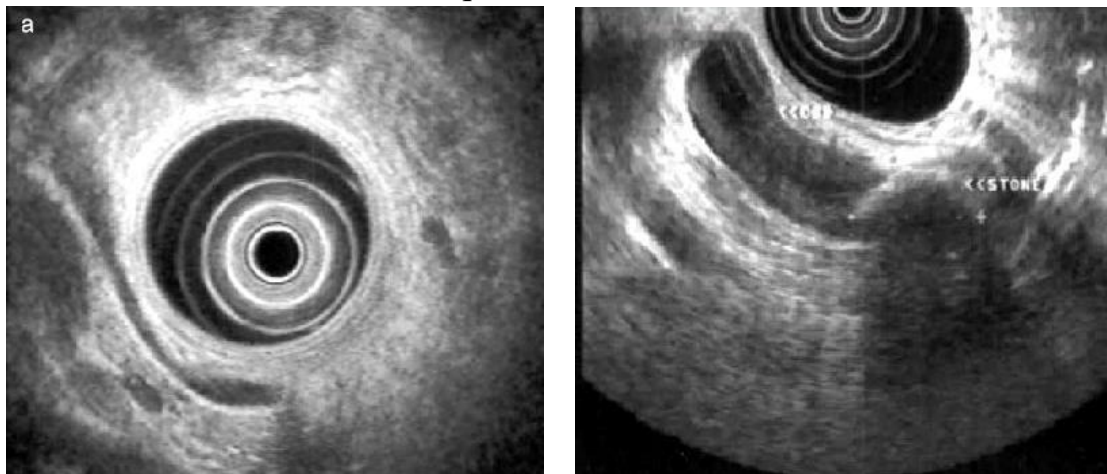
Mexanik sariqlik uchun endosonografiya imkoniyatlari:

- An'anaviy ultratovush tekshiruvi natijalari salbiy bo'lgan bemorlarda xoledoxolitiazni aniq tashxislash (o't yo'llari kengaymagan, lümenda toshlar yo'q), shuningdek, o't yo'llarida tosh borligi haqidagi taxminni asosli ravishda rad etish. Bu sizga keraksiz, qimmat ERXPGdan qochish yoki aksincha, endosonografik tashxis qo'yilgan kasalliklar uchun o't yo'llariga minimal invaziv endoskopik aralashuvlarni oqilona amalga oshirish imkonini beradi.

- Surunkali pankreatitda oshqozon osti bezidagi patologik o'zgarishlarni kistalar (ayniqsa, 3 sm dan kam), oshqozon osti bezi yo'llarida toshlar, me'da osti bezi yo'lining kengayishi, radiokonstrastli tekshirish usullariga (KT va ERXPG) qo'llamasdan to'g'ri tashxis qo'yish va shunga mos ravishda o'rinli shakllantirilishi. oshqozon osti bezi bo'yicha endoskopik yoki jarrohlik

aralashuvlar uchun ko'rsatmalar yoki faqat konservativ davolash zarurligini aniqlash.

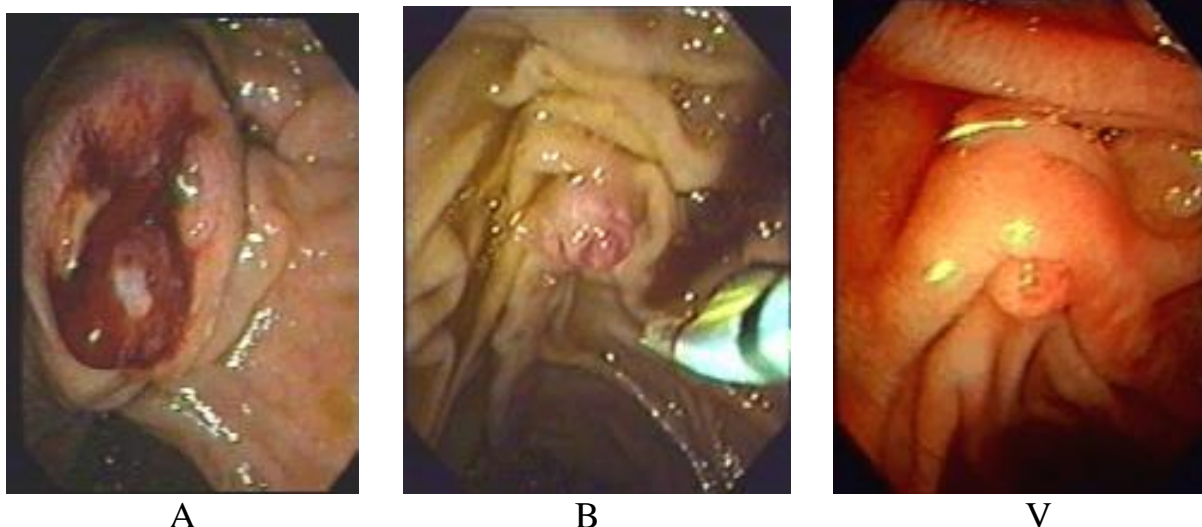
- Ampulaning intraampulyar benign va xavfli o'smalarini noinvaziv diagnostika qilish va kasallikning dastlabki bosqichlarida radikal jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlash.



15-rasm. Endosonografiya: A – normal, B – Xoledoxolitiyaz: keskin kengaygan umumiy o't yo'li, hisob-kitoblar ingl

Tadqiqotlarning endoskopik usullari

Sariqlikni tushuntiruvchi muhim sabablar bo'lmasa yoki o't yo'llari kengayganida, ultratovush tekshiruvidan keyin fibroesofagogastroduodenoskopiya (FGDS) amalga oshiriladi. Uning yordami bilan yuqori oshqozon-ichak traktining patologiyasi aniqlanadi: qizilo'ngachning varikoz tomirlari, oshqozon o'smalari, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining patologiyasi (MDP), oshqozon, o'n ikki barmoqli ichakning tashqi tomondan siqilish tufayli deformatsiyalari. Bunday holda, saraton uchun shubhali hududning biopsiyasini o'tkazish mumkin. Bundan tashqari, ERXPG ni bajarishning texnik imkoniyatlari baholanadi.



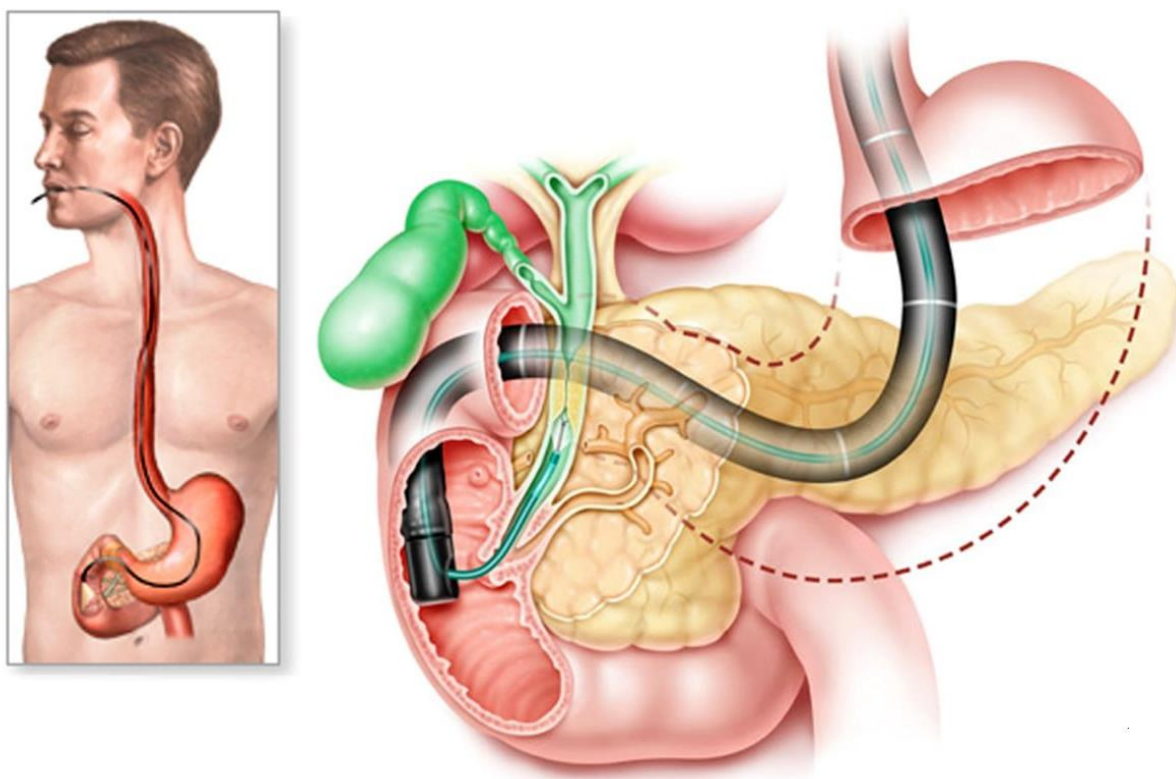
16 – Chizma.rasadxonani tekshirish bilan FGDS: A – oddiy rasadxona; B – KDSga haydalgan tosh; B - KDS saratoni.

Rentgenkontrastli usullari

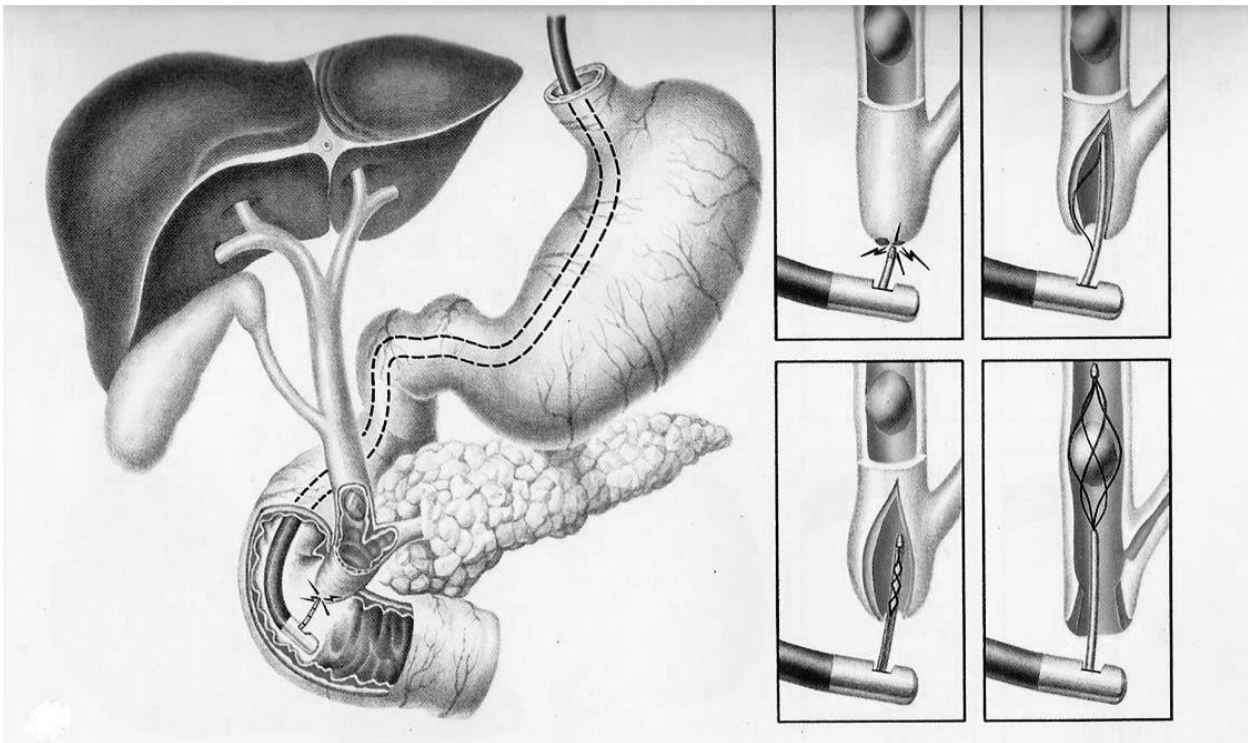
O't yo'llarini ularning kontrasti yordamida vizualizatsiya qilish imkonini beruvchi usullar. Bularga ikkita asosiy usul kiradi: endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG) va Teri orqali jigar orqali xolangiografiya (TJXG)

Endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG).

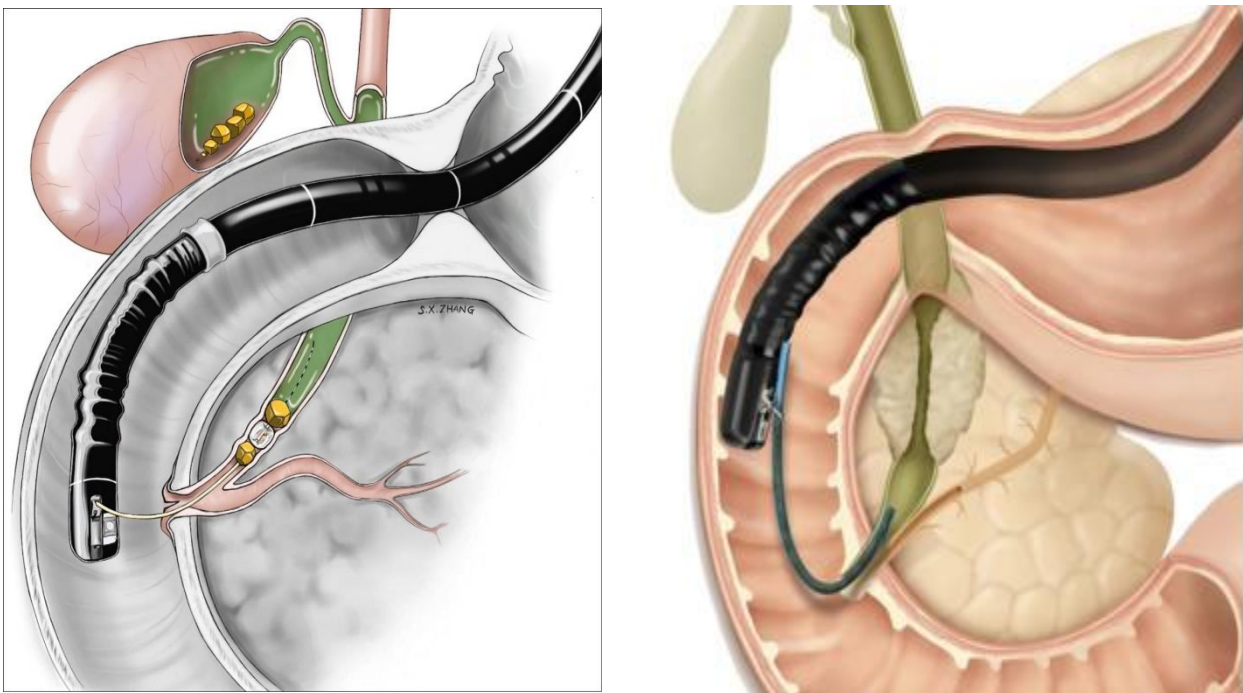
Diagnostik ERXPG - o't yo'llari va oshqozon osti bezi yo'llarining retrograd kontrastli tadqiqoti, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasi (yoki ba'zan kichik o'n ikki barmoqli ichak papillasi orqali) orqali amalga oshiriladi. O't yo'llarini kontrast qilish imkoniyati bilan bir qatorda, usul sizga oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning holatini, katta o'n ikki barmoqli ichak papillasi va periampulyar hududni vizual baholashga, shuningdek, ichak lümenine safro oqimi faktini aniqlashga imkon beradi. Bundan tashqari, ERXPGni o'tkazishda patologik o'zgargan o'n ikki barmoqli ichak papillasidan va o't yo'llarining stenoz joylaridan biopsiya uchun material olish, shuningdek, sitologik tekshirish uchun shilliq qavatni qirib tashlash mumkin. O't yo'llarining to'g'ridan-to'g'ri yoki retrograd kontrasti bilan bog'liq bo'lgan invaziv tadqiqot usullari obstruksiya darajasini aniqlashga imkon beradi, ammo atrofdagi a'zolar va to'qimalarga patologik jarayonning tabiati va darajasini baholashga imkon bermaydi, bu ayniqsa bemorlarda juda muhimdir. shubhali o'sma obstruksiyasi.



17-rasm. Endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG) texnikasi



18-rasm. Endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG) texnikasi



19-rasm. Endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG) texnikasi

Endoskopik retrogradat xolangiopankreatografiya (ERXPG) texnikasi

ERXPGni amalga oshirish uchun duodenoskop kerak bo'ladi - KDSni manipulyatsiya qilish uchun maqbul sharoitlarni yaratish uchun lateral optika bilan jihozlangan endoskop (tushuvchi o'n ikki barmoqli ichakning ichki devorida

joylashgan, shuning uchun endoskoplar yordamida ko‘rish qiyin) va kontrastni kiritish uchun kanül. KDS safro va oshqozon osti bezi yo‘llariga kiradi.

ERXPG murakkab, invaziv protsedura bo‘lib, endoskopistning maxsus mahoratini talab qiladi, uzoq vaqt talab qilishi mumkin va ko‘pincha bemorlar tomonidan yomon muhosaba qilinadi. Shuning uchun, ERXPG dan o‘tishdan oldin, bemorlar dori-darmonlarni tayyorlashlari kerak, bu tadqiqotning muvaffaqiyati ko‘p jihatdan bog‘liq. Premedikatsiyaning maqsadi og‘riqni kamaytirish, sekretsiyani kamaytirish, Oddi sfinkterini bo‘shatish va o‘n ikki barmoqli ichakning gipotenziyasini yaratishdir. Shu maqsadda giyohvand (promedol), antispazmodik va antisekretor (atropin, metatsin), sedativ (seduksen, relanium) preparatlari qo‘llaniladi. So‘nggi paytlarda ichak va o‘t yo‘llarining silliq mushak hujayralarida kaltsiy kanallarini tanlab blokirovka qiluvchi **Dicetel** preparatini qo‘llash haqida ma'lumotlar paydo bo‘ldi. Bu murakkab ta'sirga ega: spazmlarni engillashtiradi, vosita faolligini pasaytiradi, analjezik ta'sirga ega va Oddi sfinkterini tanlab bo‘shashtiradi.

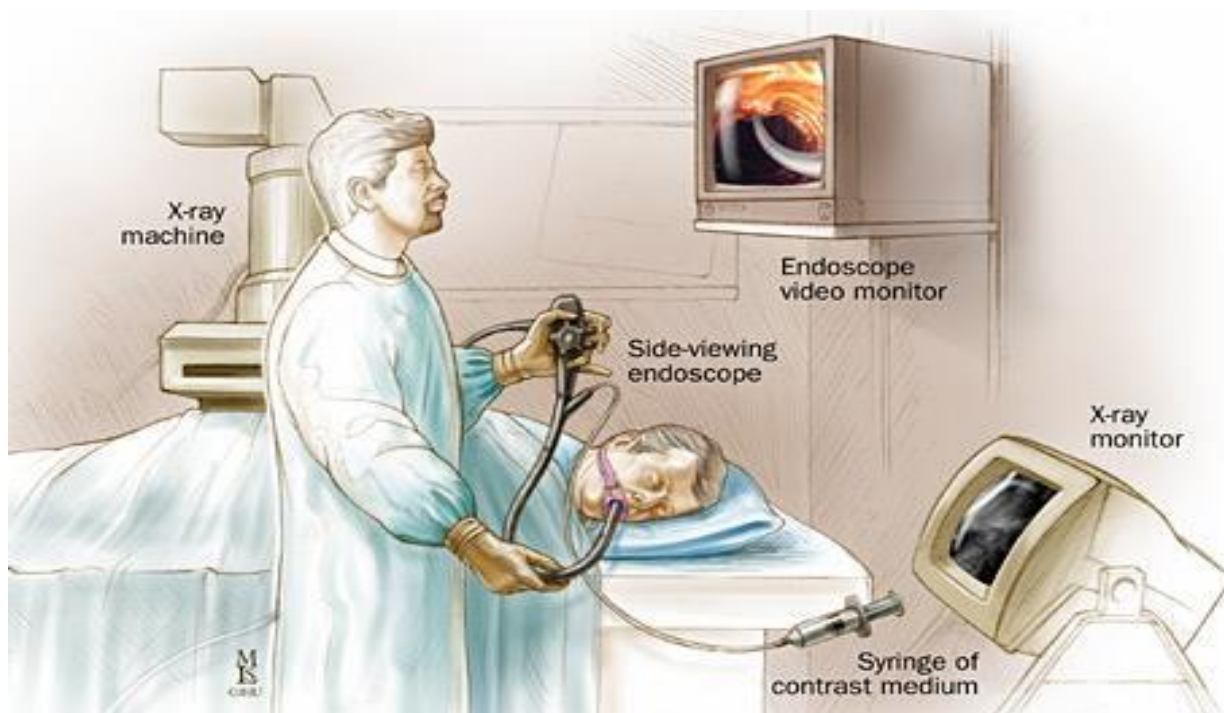
ERXPG rentgen xonasida amalga oshiriladi. Shifokor duodenoskopni o‘n ikki barmoqli ichakka kiritadi va KDSni ingl. Shundan so‘ng, KDS kanalizatsiya qilinadi va kanallarga radiopaq modda kiritiladi. Bunday holda, floroskopiya va elektron-optik konvertorning ekranidagi kontrastli kanallarning holatini vizualizatsiya qilish amalga oshirilad

Qo‘llash mumkin bo‘lmagan holatlar va cheklovlar

ERXPG quyidagi hollarda kontrendikedir:

- 1) o‘tkir pankreatit;
- 2) o‘tkir miokard infarkti, insult, gipertonik inqiroz, qon aylanish etishmovchiligi va boshqa og‘ir bemorlar;
- 3) yod preparatlariga nisbatan murosasizlik.

ERXPG dan foydalanish oldingi oshqozon jarrohligidan so‘ng, katta o‘n ikki barmoqli ichak papillasi (MDP) endoskopik manipulyatsiya uchun mavjud bo‘lmaganda, MDPning katta divertikullar bo‘shlig‘ida joylashishi yoki umumiy o‘t yo‘lining chiqishidagi texnik jihatdan engib bo‘lmaydigan to‘siq bo‘lganda cheklangan. (striktura, tosh, o‘simta). Umuman olganda, xoledoxolitiazli bemorlarning 10-15 foizida ERXPG paytida o‘t yo‘llarining holati haqida ma'lumot olish mumkin emas, bu boshqa diagnostika usullaridan foydalanishni talab qiladi.



20 – rasm . ERXPG ni o‘tkazish



A



B

21 – rasm. A – duodenoskop; B - KDSning kanulyatsiyasi



A

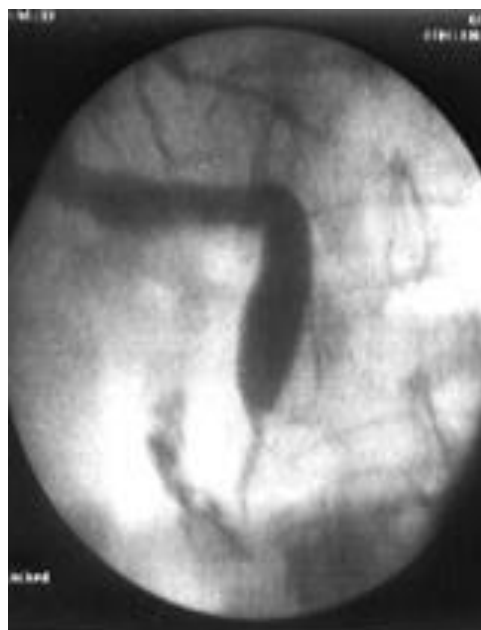


B

22 – rasm .ERXPG: A – kanal patologiyasi bo‘lmagan o‘t pufagidagi toshlar; B - xoledoxolitiazning rasmi (xoledox kengaygan, toshlar ingl.)



A



B

23– rasm. ERXPG: A – xoledoxolitiaz, litoekstraksiya uchun Dormia savati kiritildi; B - prestenoz kengayish bilan distal umumiy o‘t yo‘lining strikturasi

ERXPGning asoratlari

O‘t yo‘llarining kontrasti bilan bog‘liq bo‘lgan invaziv diagnostika usullari operatsiya xavfiga ega va 3-10% hollarda yuzaga keladigan asoratlarni rivojlanishi nuqtai nazaridan xavflidir. Diagnostik va terapevtik ERXPGning eng ko‘p uchraydigan asoratlari o‘tkir pankreatit (2-7%) va xolangit (1-2%) rivojlanishidir. Qon ketishi va o‘n ikki barmoqli ichakning teshilishi diagnostik ERXPG paytida kamdan-kam uchraydi, ammo papillotomiya paytida terapevtik ERXPG paytida tez-tez uchraydi (taxminan 1%).

2) Teri orqali jigar orqali xolangiografiya (TJXG)

Intrahepatik o‘t yo‘llarini ponksiyon qilish uchun maxsus nozik ignalar qo‘llaniladi, ularning dizayni ushbu tadqiqotga xos bo‘lgan asoratlarni oldini olishga imkon beradi (qorin bo‘shlig‘iga qon va safro oqishi). Agar bemorda intrahepatik o‘t yo‘llari kengaygan bo‘lsa, perkutan transhepatik xolangiografiya 90% dan ko‘prog‘ida ularning holati haqida ma‘lumot olishga imkon beradi, 60% hollarda kengayish bo‘lmasa.

TJXG yordamida safro yo‘llari ERXPGdan farqli o‘laroq, o‘tning fiziologik oqimi yo‘nalishi bo‘yicha aniqlanadi, shuning uchun obstruksiyaning lokalizatsiyasi va darajasi ko‘rinadi. Diametri 0,7 mm bo‘lgan ingichka Chiba ignasidan foydalanish kengaygan jigar yo‘llarini teshishga va invaziv bo‘lmagan usullar aniq diagnostika mezonlarini ta‘minlamasa, jigardan tashqari va intrahepatik o‘t yo‘llarining holati haqida ma‘lumot olishga imkon beradi. Ba‘zida TJXG ERXPGni to‘ldiradi.

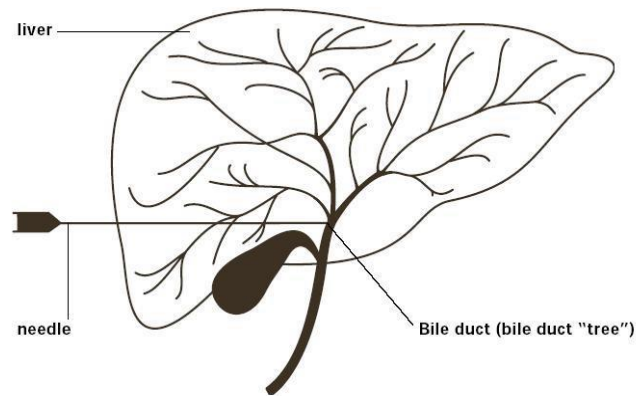
Teshilish uchun optimal nuqta o‘rta aksillar chiziq bo‘ylab 8-9-chi interkostal bo‘shliqdir. Terini davolash va qorin devoriga novokain bilan infiltratsiya qilingandan so‘ng, nafasni ushlab turgan holda, igna XI-XII ko‘krak

umurtqalari tomon 10-12 sm chuqurlikda kiritiladi. Ignaning yoʻnalishi va zarbasi televizor ekranida boshqariladi. Inyeksiya paytida ignaning holati gorizontaldir. Igna uchini umurtqa pogʻonasidan taxminan 2 sm oʻngga qoʻygandan soʻng, igna asta-sekin chiqariladi. Shprits yordamida salbiy bosim hosil boʻladi. Safro paydo boʻlganda, igna uchi oʻt yoʻlining lümeninde boʻladi. Dekompressiyadan soʻng, safro daraxti suvda eruvchan kontrast modda (40-60 ml) bilan toʻldiriladi va floroskopiya amalga oshiriladi.

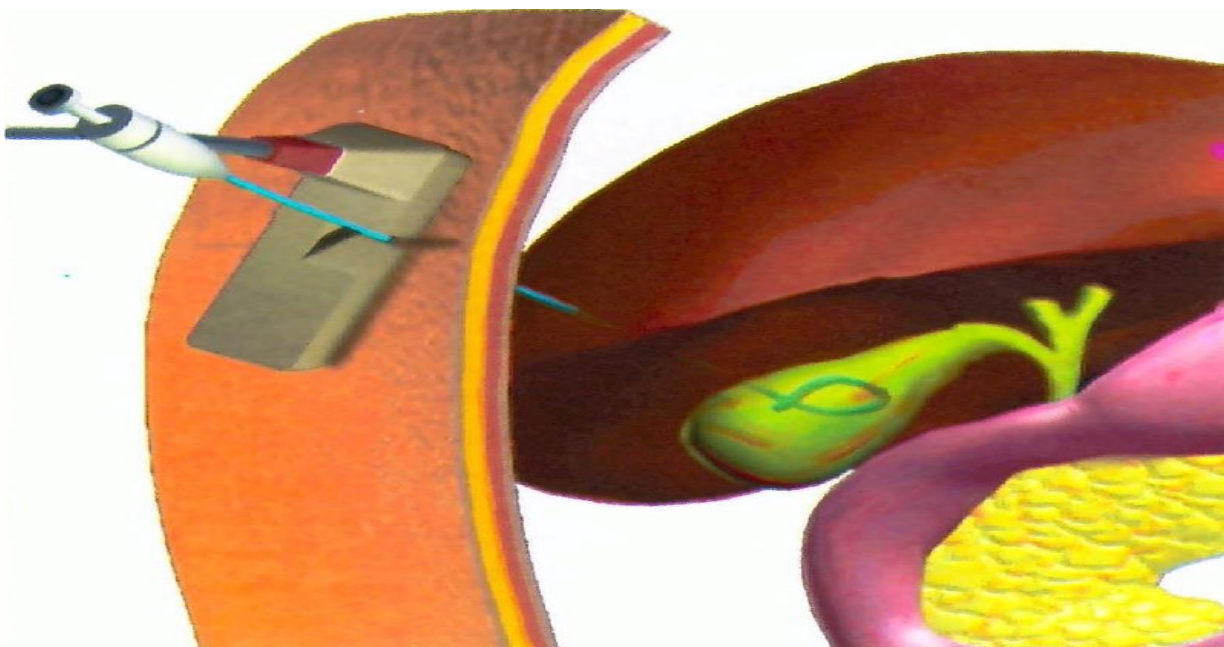
Xavfsizroq usul - ultratovush tekshiruvi ostida, ayniqsa real vaqtda uch oʻlchovli rekonstruksiya qilishda (4D ultratovush) safro yoʻllarini teshilish.



A



B



24 - rasm. A - TJXGuchun maxsus "Chiba" ignasi; B - TJXG oʻtkazish sxemasi

TJXG uchun ko'rsatmalar:

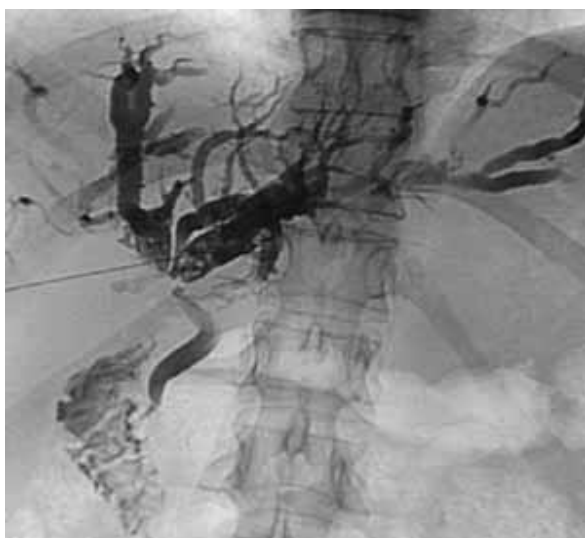
- kengaygan o't yo'llari va samarasiz ERXPG (ko'pincha umumiy o't yo'lining "past" blokirovkasi bilan) bilan xolestazning differentsial diagnostikasi;
- Bolalikda o't yo'llarining anomaliyasiga shubha qilish;
- Biliodigestiv anastomozlar bilan jigardan tashqari xolestaz.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar:

- Kontrastli vositalarga allergiya;
- Umumiy og'ir ahvol;
- Koagulyatsion tizimning buzilishi (PTI 50% dan kam, trombositlar $50 \times 10^9/l$ dan kam);
- Jigar-buyrak etishmovchiligi, astsit;
- Jigarning o'ng bo'laki gemangiomalari;
- Ichakning jigar va qorin old devori orasidagi interpozitsiyasi.

Asoratlari:

- Biliar peritonit;
- Qorin bo'shlig'iga qon ketishi;
- Gemobiliya - qonning o't yo'llariga bosim gradienti bo'ylab kirib borishi (o'ng hipokondriyumdagi og'riqlar, Mexanik sariqlik belgilari va oshqozon-ichak traktining yuqori qismidan qon ketishi bilan namoyon bo'ladi);
- O't yo'llari va jigar tomirlari o'rtasida o't yo'llari tizimidan bakteriyalarning qon oqimiga kirib borishi va septitsemiya rivojlanishi bilan oqma hosil bo'lishi.



A



B

25 – rasm.TJXG: A – Xolangiolitiyoz (aniq, tekis konturli plomba nuqsonining mavjudligi, kanallarning kengayishi);B - KDS saratoni: umumiy o't yo'lining terminal qismining "sigara" kabi torayishi.

O't pufagi orqali kontrast (fistuloxolesistoxolangiografiya).

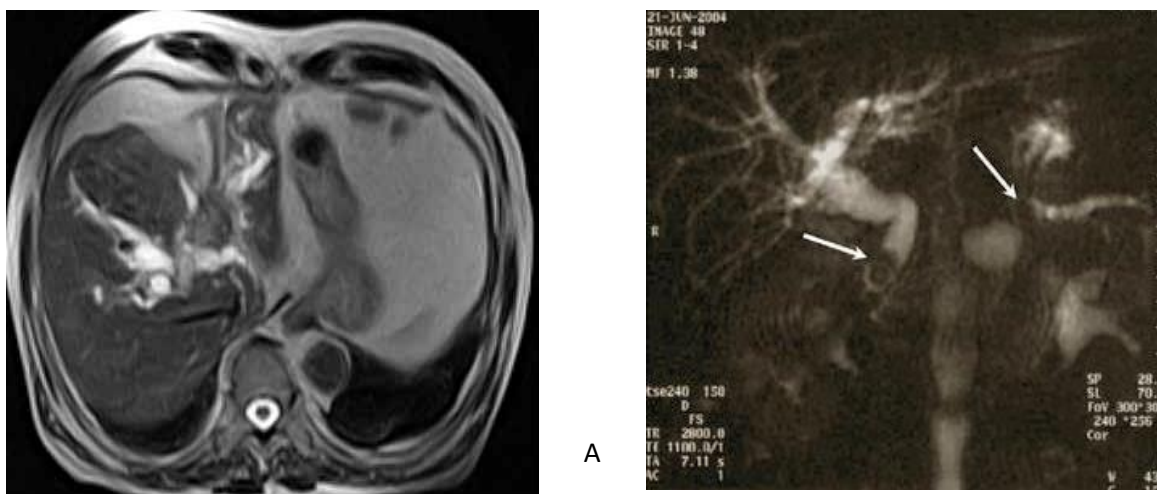
Biliar daraxtni kontrastlashning keng tarqalgan usullaridan biri to'g'ridan-to'g'ri (jarrohlik) yoki ultratovush yoki laparoskopiya nazorati ostida ponksiyon

orqali qo'llaniladigan xoletsistotomiyadan foydalanishdir. Bunday tadqiqotni o'tkazish uchun zaruriy shart - bu kist oqimining o'tkazuvchanligi. Bu odatda drenaj orqali oqadigan safro bilan tasdiqlanadi. Ko'pincha o't pufagini tashqi drenajlash zarurati Mexanik sariqlik o'tkir destruktiv xoletsistit yoki oshqozon osti bezi boshining o'smalari (distal kanallar) bilan birlashganda, bemorning o'ta og'ir ahvoli palliativ yoki radikal aralashuvga imkon bermasa paydo bo'ladi. an'anaviy tarzda amalga oshirilishi kerak.

Kompyuter tomografiyasi (kt) va magnet-rezonans tomografiya (mrt)

Agar oshqozon osti bezi saratoniga asosli shubha mavjud bo'lsa, kontrastli KT tekshiruvini o'tkaziladi. KT katta ahamiyatga ega, chunki u kanallarning kengayishi va ularning obstruksiya sababini aniqlash bilan bir qatorda maqsadli biopsiya yoki dekompressiya aralashuvini amalga oshirishga imkon beradi. Ultratovushdan farqli o'laroq, usulning diagnostika qobiliyati meteorizm, astsit yoki semirish bilan kamaymaydi.

So'nggi yillarda Mexanik sariqlikning sabablarini diagnostika qilishda, ayniqsa, o't yo'llari strikturalari, shuningdek, intraduktal shakllanishlarning tabiati va darajasini baholashda yuqori aniqlikka ega bo'lgan *magnitrezonans xolangiopankreatografiya (MRXPG)* keng tarqaldi. Biroq, bu usulda ponksiyon drenajining terapevtik imkoniyatlari yo'q.



26-rasm - A - xolangiokarsinomaning KT tasviri; B - xoledoxolitiyazning MRT tasviri

Radioizotopik sintigrafiya

- jigar tuzilishini baholash uchun tanlab so'rilgan radionuklidlarning tarqalishini o'rganish usuli. Skanerlar jigar ichidagi saqlash nuqsonlarini aniqlashi mumkin.

Jigar ichidagi saqlash nuqsonlari sabablari:

- Yaxshi va yomon xulqli o'smalar (birlamchi, metastatik);
- absesslar (yiringli, amyoba, tuberkulyoz);

- Kistlar (solitar, polikistik, exinokokkoz);
- Boshqa sabablar (tsirroz, o‘choqli tugunli giperplaziya, o‘tkir gepatit, amiloidoz).

Sintigrammalarda radionuklidlar to‘planishining keskin kamayishi zonalarida ko‘rinishida turli xil fokal lezyonlar aniqlanadi, ular oq-qora ssintigrammalarda notekis konturli, siyrak yoki soyasiz o‘choqlar yoki keskin o‘zgarishlar joylari sifatida ko‘rinadi. zarbalarning rangi.

Laparoskopiya

Agar kerak bo‘lsa, maqsadli biopsiya bilan laparoskopiya, agar sanab o‘tilgan diagnostika choralari tashxis qo‘yish uchun etarli bo‘lmasa, asosan gepatoduodenal sohada o‘sma jarayonini (birlamchi yoki metastatik) tasdiqlash uchun qo‘llaniladi. Tadqiqotning maqsadi - malign o‘simta va maqsadli biopsiyaning ishlashini aniqlash.

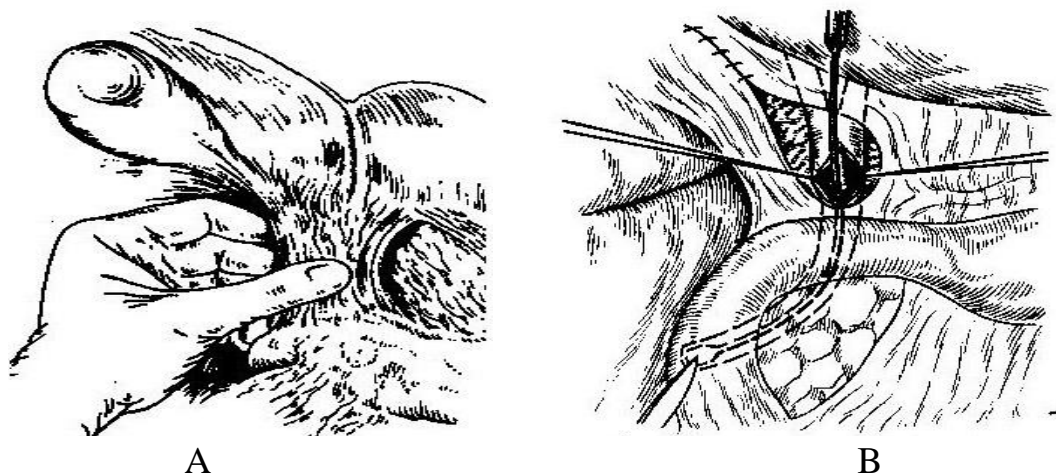
Qorin bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish kasalliklarini differensial diagnostika qilish maqsadida amalga oshiriladigan laparoskopiya paytida xolestsistolangiografiya, intraoperativ xolangiografiya bilan xoledoxotomiya va keyinchalik o‘t yo‘llarini litoekstraksiya va tashqi drenaj bilan dekompressiya qilish, stentlash amalga oshirilishi mumkin.

O‘t yo‘llarini intraoperativ o‘rganish

Ko‘pincha, bunga ehtiyoj ERXPG vaTJXGni amalga oshirishning iloji bo‘lmaganda xoledoxolitiazning yuqori ehtimoli bo‘lgan bemorlarda o‘t pufagiga shoshilinch va shoshilinch jarrohlik aralashuvlar (kamroq rejalashtirilgan) paytida paydo bo‘ladi. Bu guruhga ultratovush yordamida aniqlangan o‘t yo‘llari kengaygan yoki siydik pufagida bir nechta mayda toshlar bo‘lgan, o‘ng hipokondriyunda o‘tkir og‘riqlar xuruji yoki sariqlikning klinik belgilari bo‘lmagan xolestazning biokimyoviy belgilaridan keyin hatto qisqa muddatli sariqlik tarixi bo‘lgan bemorlar kiradi.

O‘t yo‘llarini intraoperativ tekshirish usullariga quyidagilar kiradi:

- gepatoduodenal ligament sohasida umumiy o‘t yo‘lini paypaslash, umumiy o‘t yo‘lining diametrini o‘lchash;
- xoledoxotomiya teshigidan plastik, metall va boshqa zondlar yordamida zondlash;

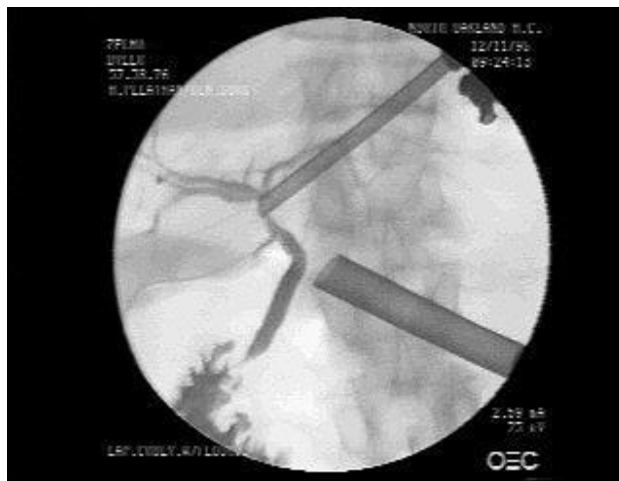
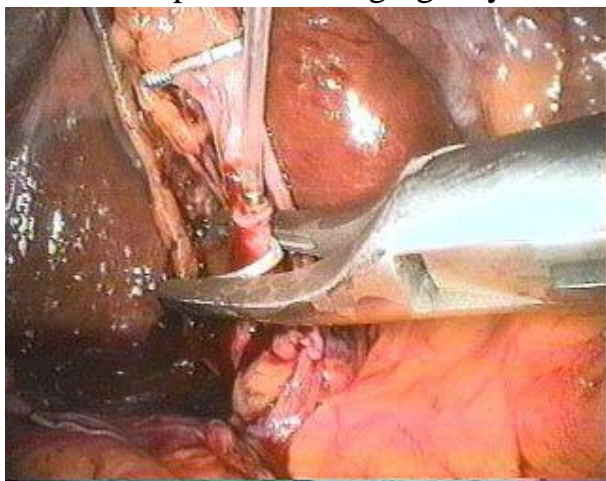


A

B

27-rasm - O't yo'llarining intraoperativ tekshiruvi: A - umumiy o't yo'llarining palpatsiyasi; B - umumiy o't yo'lini tekshirish.

- mukovistsidozni yo'l dumi yoki xoledoxotomiya teshigi orqali kontrastni kiritish bilan intraoperativ xolangiografiya;



28-rasm. Intraoperativ xolangiografiya (laparoskopik xoletsistektomiya paytida kista kanalini izolyatsiya qilish, uning lümenini ochish, kanulyatsiya va kontrastli in'ektsiya).

- xoledoxoskopiya (maxsus miniatyurali endoskoplar yordamida tekshirish);
- operatsiya vaqtidagi ultratovush;
- transilluminatsiya (maxsus lampalar yordamida umumiy o't yo'lining transilluminatsiyasi) - kamdan-kam hollarda.

MEXANIK SARIQLIKNI DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Avvalo, Mexanik sariqlikni boshqa etiologiyali sariqlikdan ajratish kerak (gemolitik va parenximal.) Bunga klinik, instrumental va laboratoriya usullari yordam beradi.

2-jadval

Sariqlikning differensial diagnostikasi

Ko'rsatkichlar	Gemolitik	Parenximatoz	Mexanik
Anamnez	Bolalikda sariqlikning paydo bo'lishi, qarindoshlarda shunga o'xshash kasalliklar, sovuqqa ta'sir qilgandan keyin sariqlik kuchaygan.	Zaharli moddalar bilan aloqa qilish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, sariqlik, yuqumli kasalliklar (mononukleoz), in'ektsiya, qon quyish bilan og'riqan bemorlar bilan aloqa qilish.	O'ng hipokondriumda og'riqli hujumlar, ko'pincha sariqlik, o't yo'llaridagi operatsiyalar, vazn yo'qotish bilan birga keladi.
Rivojlanish turi	Tez, kamqonlik bilan, ba'zida isitma, titroq.	Ko'ngil aynishi va ishtahani yo'qotish davridan keyin asta-sekin boshlanadi	Tosh obstruksiyasi tufayli og'riq xurujidan keyin tez o'sish. Neoplazma davrida bosqichma-bosqich rivojlanish.
Terini bo'yash	Limon rangi bilan och sariq	To'q sariq, sariq	Sariqlik yashil, sariq-kulrang
Sariqlikning intensivligi	Kichik	O'rtacha ifodalangan	O'rtacha darajadan og'irgacha
Teri qichishishi	Yo'q	Beqaror	Barqaror
Jigar sohasida og'irlik	Yo'q	Ko'pincha kasallikning dastlabki bosqichlarida	Kamdan kam hollarda, o'tkir xoletsistit bundan mustasno
Jigar o'lchami	Oddiy, o'rtacha o'sish bo'lishi mumkin	Ko'tarilgan, normal yoki kamaygan	Oddiy yoki ko'tarilgan
Jigar hududida og'riq, o'ng hipokondrium	Yo'q	Kamdan-kam hollarda	Ko'pincha

Taloq o'lchamlari	Oshgan	Ko'pincha kattalashgan	Maxsus
Siydik rangi	Oddiy. Yuqori urobilirubinuriya bilan qorong'i bo'lishi mumkin	To'q (bog'langan biliruby mavjudligi)	Qorong'i (bog'langan bilirubin mavjudligi)
Siydikdagi urobilin miqdori	Keskin ortdi	Qisqa vaqt davomida yo'q bo'lishi mumkin, keyin haddan tashqari yoki o'rtacha darajada ko'tariladi	To'liq obturatsiya bilan yo'q
Najas rangi	Oddiy yoki qorong'i (sterkobilin miqdori oshishi)	Oqargan (sterkobilin kamayishi, yog 'miqdorining ko'payishi)	Axolik (sterkobilin yo'q, yog' miqdori ko'payadi)
Jigar funktsiyasi testlari	Qonda erkin bilirubinning ko'payishi, cho'kindi testlar salbiy, ishqoriy fosfataza faolligi o'zgarmaydi.	Bog'langan va erkin bi-lirubinning ko'payishi. Aktivlar Ishqoriy fosfataza faolligi ba'zan kuchayadi, transaminazalarning faolligi ortadi. Cho'kma namunalari ijobiydir. Qon zardobidagi temir/mis nisbati oshdi.	Qonda bog'langan bi-lirubinning yuqori miqdori. Aktivlarni ko'paytirish ishqoriy fosfataza xossalari. Ijobiy Irgl testi, salbiy cho'kindi namunalari
Maxsus testlar	Gemoliz testlari ijobiy. Kumbs reaktsiyasi. Eritrotsitlar qarshiligini aniqlash. Sarumda issiq va sovuq antikorlarni aniqlash. Gaptoglobinni aniqlash. Gemoglobin elektroforezi.	Jigar biopsiyasi, laparoskopiya. Bengal atirgul yoki kolloid oltin bilan radioizotop tadqiqot, brom-sulfalein testi.	Oshqozon-ichak trakti va o't yo'llarining rentgenologik tekshiruvi. Laparoskopiya. Jigar biopsiyasi. FGDS, ERXPG, TJXG Jigarni skanerlash. Qonda va siydikda fermentlarni (amilaza) aniqlash

Ayrim kasalliklarda klinik ko‘rinishning xususiyatlari.

1. Rivojlanish nuqsonlari: bolalik davrida paydo bo‘ladi, tug‘ilishdan sariqlik, jarrohlik davolash bo‘lmasa, ular jigarning biliar sirrozidan vafot etadi.

2. O‘TX - xoledoxolitiaz: anamnez - o‘t pufagida toshning topilganligi, o‘t sanchig‘i xurujlari. Sariqlik rivojlanishidan oldin - tipik nurlanish bilan o‘ng hipokondriumda og‘riq, dispepsiya, siydikning qorayishi, axlatning engillashishi, terining qichishi paydo bo‘lishi. Tez-tez relapslar. Safro gipertenziyasining ultratovush belgilari, toshlarni aniqlash. ERXPG - umumiy o‘t yo‘lida yoki KDS og‘zida toshni aniqlash. O‘t pufagida yallig‘lanish o‘zgarishlari yo‘q.

3. Yallig‘lanish kasalliklari: dietada xatolik bilan o‘tkir boshlanish, tipik lokalizatsiya va nurlanish bilan kuchli qorin og‘rig‘i (pankreatit, xoletsistit), isitma, o‘t pufagi yoki oshqozon osti bezining yallig‘lanish shikastlanishi belgilari (klinik, laboratoriya va instrumental).

Parazitar kistalar (intrahepatik Mexanik sariqlik) bilan sariqlikdan oldin kistaning o‘sishi uzoq, ko‘pincha ko‘p yillar davom etadi. Faqat juda kamdan-kam hollarda, tugun porta gepatis yaqinida joylashganida, sariqlik kasallikning birinchi belgisi bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha kasallikning belgilari o‘ng hipokondriumda zerikarli og‘riq va begona jismning hissiyotidir, ayniqsa egilganda.

4. O‘sma kasalliklari: og‘riqsiz sariqlikning asta-sekin o‘sib borishi, terining kuchli qichishi bilan namoyon bo‘lishi, davolash qiyin, saraton intoksikatsiyasi belgilari, og‘riqsiz o‘t pufagining kengaygan kengayishi (Kurvuazyte simptomi), qorinning yuqori qismida surunkali og‘riq, oshqozon osti bezi o‘simtasining ultratovush belgilari. , ERXPG - o‘sma lezyonlarini vizualizatsiya qilish, KT, MRT, laparoskopiya. KDS saratoni bo‘lsa, oshqozon-ichakdan qon ketishining klinik ko‘rinishi bo‘lishi mumkin

5. Operatsiyadan keyingi strikturalar: biliopankreatik zonada oldingi operatsiyani ko‘rsatish.

Bundan tashqari, terining va tananing boshqa to‘qimalarining sariq rangi normal sharoitda, masalan, sabzi (karotin) yoki ba'zi dori-darmonlarni (akrikin) o‘z ichiga olgan oziq-ovqat mahsulotlarini ko‘p iste‘mol qilish bilan sodir bo‘lishi mumkinligini esga olish kerak. Shu bilan birga, sklera sarg‘aymaydi.

Sariqlikning differentsial diagnostikasida tug‘ma enzimopatiya va bilirubin almashinuvi jarayonining buzilishi bilan bog‘liq holda rivojlanadigan funktsional giperbilirubinemiya haqida eslash kerak, bu qonda bog‘lanmagan bilirubin darajasining doimiy oshishiga olib keladi, bu ma‘lum. Gilbert, Crigler sindromlari kabi - Nayyar, Dabin-Jonson.

Operatsiyadan keyingi davrda rivojlangan sariqlikning sababini aniqlash qiyin.

Operatsiyadan keyingi sariqlik ko‘plab sabablar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin:

1. Jarrohlik xatolari: operatsiya vaqtida umumiy o't yo'lidagi toshlar, umumiy o't yo'lining distal qismidagi shish yoki striktura, umumiy o't yo'lining tasodifiy bog'lanishi aniqlanmagan.

2. O'tkir pankreatit (oshqozon osti bezi boshining shishishi umumiy o't yo'lining siqilishiga olib kelishi mumkin).

3. Sun'iy qopqoqni implantatsiya qilish bilan yurak jarrohligi (gemolitik sariqlikning rivojlanishi mumkin).

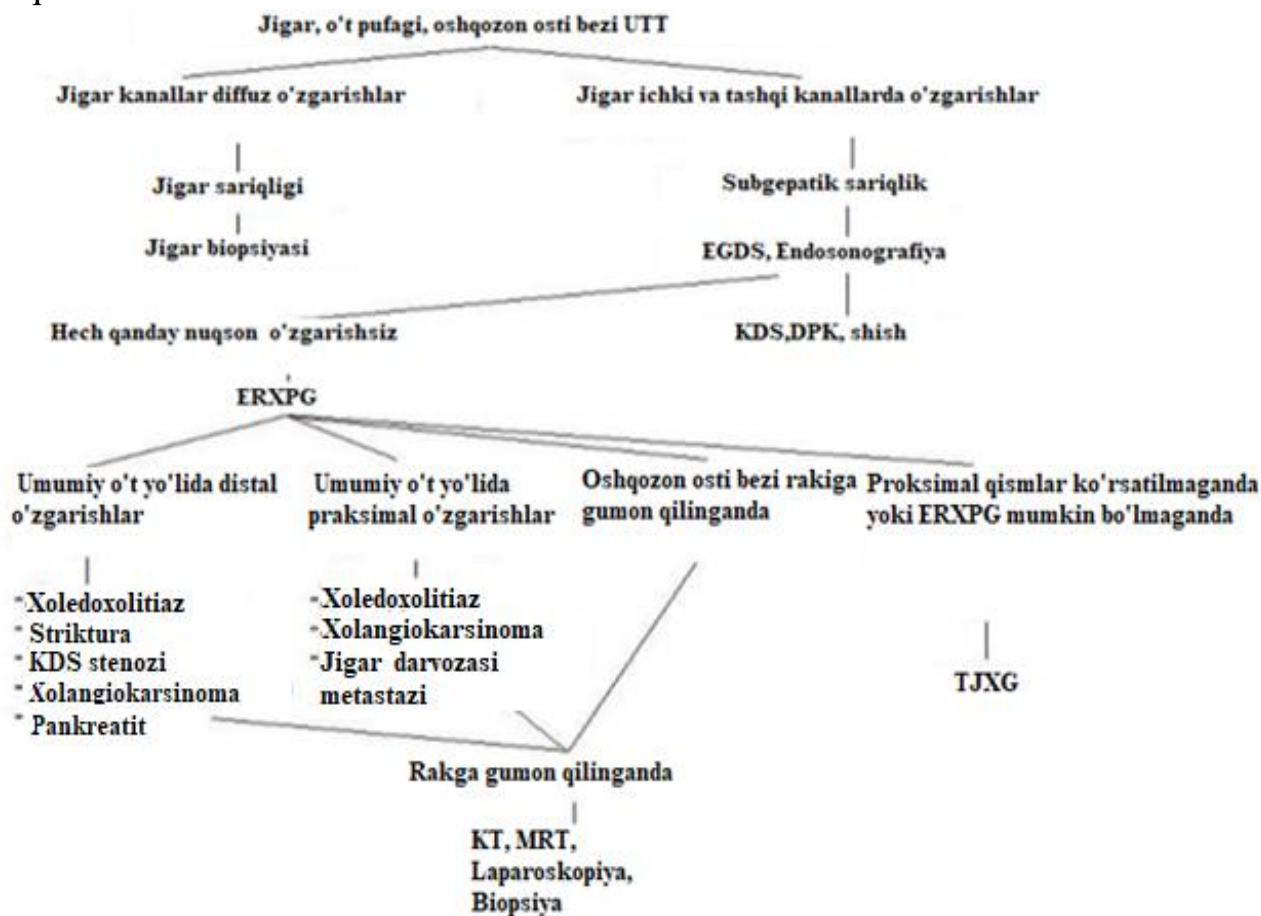
4. Katta gematomalarning rezorbsiyasi, ammo sariqlik faqat bilirubin almashinuvining birgalikdagi buzilishi, masalan, Gilbert sindromi mavjud bo'lganda paydo bo'ladi.

5. Gepatit B yoki C virusini o'z ichiga olgan qonni quyish natijasida rivojlanayotgan hepatit.

6. Dori-darmonlar, ayniqsa, halotan va uning analoglarini og'riq qoldiruvchi vositalar sifatida qo'llash bilan bog'liq.

7. Operatsiyadan oldingi davrda tan olinmagan jigar patologiyasi, shu jumladan, operatsiya tufayli dekompensatsiyalangan latent jigar sirrozi.

Shunday qilib, sariqlikning differentsial diagnostikasi algoritmi quyidagicha taqdim etilishi mumkin.



29-rasm – Sariqlikning differentsial diagnostikasi algoritmi

MEXANIK SARIQLIKNI DAVOLASH

Davolashning asosiy maqsadlari:

- 1) xolestazni bartaraf etish;
- 2) Jigar va buyrak yetishmovchiligining oldini olish va davolash.

Sariqlik bilan operatsiyalar paytida o‘limning yuqori darajasini hisobga olgan holda, davolanishni bosqichma-bosqich amalga oshirish tavsiya etiladi.

Birinchi bosqich: murakkab konservativ terapiya bilan birgalikda xolestazni bartaraf etishga qaratilgan minimal invaziv usullar. Agar ta'sir bo‘lmasa va sariqlik kuchaysa, kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2-3 kun ichida shoshilinch dekompressiya aralashuvini amalga oshirish kerak.

Ikkinchi bosqich: sariqlik yanada qulay sharoitlarda bartaraf etilganda, agar minimal invaziv aralashuvlar davolashning yakuniy usuli bo‘lmasa, radikal jarrohlik operatsiyalari amalga oshiriladi.

1. Konservativ davo

Mexanik sariqlik bilan og‘rigan bemorlarning klinik kursi va davolash taktikasini baholashda eng muhim fakt - jigar yetishmovchiligi darajasi. Klinik va laboratoriya ko‘rsatkichlariga ko‘ra, uning zo‘ravonligining 3-darajasi ajratiladi.

3-jadval

Jigar etishmovchiligining og‘irligini baholash mezonlari

Mezonlar	Jigar yetishmovchiligi darajalari		
	I- Yengil	II-O‘rta	III- Og‘ir
Sariqlik davomiyligi	7 kungacha	7-14 kun	14kundan ortiq
Ensefalopatiya	Yo‘q	Ishtahaning pasayishi, adinamiya, uyqusizlik	Ishtahaning yo‘qligi,adinamiya, uyqu inversiyasi, eyforiya
Gemodinamika	Barqaror	Barqaror	Arterial gipertenziya
Diurez	Yetarli	Yetarli	Kamaygan
Bilirubin konsentratsiyasi mkmol/l	100 gacha	100-200	200 dan ortiq
Mochavina konsentratsiyasi	O‘zgarmagan	O‘zgarmagan	Ko‘tarilgan
Albumin-globulin yangi koeffitsienti	1,2 dan ortiq	1,2-0,9	0,9 dan kam
Absorbsiyaning Buzilishi Gepatotsitlar(radio gepatografiya, T _{max} , min)	50 gacha	50-60	60 dan ortiq

Norma-25 gacha			
Jigar faoliyatini pasayishi	25-30% gacha	30-50% gacha	50% dan yuqori

Jigarning jiddiy etishmovchiligida davolash kompleksi intensiv terapiya bo'limida amalga oshiriladi. Massiv infuzion terapiya (glyukozani insulin, fiziologik eritmalar, gemodez, reo-poliglyuksin, oqsil preparatlari, qon o'rnini bosuvchi moddalar bilan quyish) va majburiy diurez o'tkaziladi. Konservativ terapiya shuningdek, kompleks vitaminli terapiya va jigar faoliyatini yaxshilaydigan dorilarni (kokarboksilaza, sirepar, essensiya-ale) o'z ichiga oladi. Aminokislotalar (glutamik kislota, metionin), metabolik stimulyatorlar (metiluratsil, pentoksil) va anabolik gormonlar ham buyuriladi. Ukol gormonlarini (prednisolon) buyurish tavsiya etiladi. Davolashning muhim komponenti oshqozon-ichak traktining eroziyalari va o'tkir yaralarini oldini olishdir. Shu maqsadda oshqozon sekretsiasining blokerlari (quamatel, omeprazol, pariet), antasidlar va oshqozon shilliq qavatini qoplaydigan dorilar parenteral tarzda buyuriladi.

Og'ir endotoksemiya holatlarida ekstrakorporeal detoksifikatsiya usullari (plazmaferez, gemodializ, gemosorbsiya) qo'llaniladi. Mexanik sariqlik bilan og'irgan bemorlarni davolashda muhim vazifa o'tkir xolangit, o't yo'llarining obstruksiyasining yuqumli va yallig'lanish asorati bo'lib, bu og'ir yallig'lanish reaksiyasini, intrahepatik absesslarni, o'tkir gepatoserebral va buyrak etishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin. Safroga kirib boradigan zamonaviy keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi (3-4 avlod sefalosporinlar, karbapenemlar va boshqalar).

2. Davolashning jarrohlik usullari.

Birinchi bosqichda o't yo'llarining dekompressiyasi (drenaji) minimal invaziv texnologiyalar (perkutan, endoskopik) yordamida amalga oshiriladi. Mexanik sariqlikni asta-sekin yo'q qilish, intoksikatsiyani bartaraf etish va jigar holatini yaxshilashdan so'ng ular yakuniy davolanishning bir yoki boshqa turiga o'tadilar.

O't yo'llarini dekompressiya qilishning ikkita asosiy usuli mavjud: biliodigestiv tizimga minimal invaziv instrumental va bevosita jarrohlik aralashuvlar.

Minimal invaziv instrumental usullarga quyidagilar kiradi:

- *Endoskopik usullar* (endoskopik papillosfinkterotomiya (ERXPG) bilan terapevtik ERXPG), litotripsiya, litoekstraksiya, bugienaj, kanal drenaji);
- Tashqi yoki tashqi ichki drenaj bilan perkutan Teri orqali jigar orqalixolangiografiya (TJXG).

To'g'ridan-to'g'ri jarrohlik aralashuvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Xoletsistostomiya teshigi orqali drenajlash;

- Umumiy o't yo'lini laparoskopik drenajlash
- O't yo'llarida rekonstruktiv operatsiyalar va biliodigestive anastomozlarni qo'llash (odatda birinchi bosqichda qo'llanilmaydi).

Mexanik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarni aniq davolash quyidagi usullar yordamida amalga oshiriladi:

- Palliativ aralashuvlar sifatida kanallarni stentlash (ERXPGyoki TJXG bilan endoskopik);
- o't yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan radikal jarrohlik operatsiyalari;
- Bypass biliodigestiv anastomozlarni qo'llash.

Minimal invaziv instrumental usullar.

Minimal invaziv (yumshoq) jarrohlik texnologiyalarining muhim afzalligi: yuqori diagnostika va terapevtik samaradorlikning past kasallanish bilan kombinatsiyasi. O't yo'llarini dekompressiyalashning ma'lum bir usulini qo'llash uchun ko'rsatmalar klinik holatga, obstruksiyaning tabiati, darajasi va darajasiga, shifoxonaning mavjudligiga va mutaxassislarning malakasiga qarab individual ravishda belgilanishi kerak.

1) Endoskopik usullar (terapevtik ERXPG).

a) Endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST) va litoekstraksiya.

EPST xoledoxolitiaz, qorin bo'g'imining ta'sirlangan toshlari, qorin bo'shlig'i bo'g'imlarining torayishi (stenozlovchi papillit) tufayli kelib chiqqan sariqlikni yo'q qilish uchun tanlangan usuldir. Shuningdek, EPST xoledoxolitiaz va Mexanik sariqlik fonida rivojlangan yiringli xolangit bilan og'rikan bemorlar uchun tanlov usuli hisoblanadi va o't yo'llariga har qanday aralashuvning birinchi bosqichi hisoblanadi. Ushbu protsedura hatto og'ir kasalliklarga chalingan katta yoshdagi bemorlarda ham mumkin.

Usulni bajarish va uning samaradorligini bashorat qilish uchun ko'rsatmalar safro oqimiga to'sqinlik qiluvchi tabiatni (toshlarning kattaligi, ularning joylashishi, miqdori, umumiy o't yo'li og'zining holati) to'g'ri tushunishga asoslanadi. Agar toshlarning kattaligi umumiy jigar kanalining diametridan oshmasa, ular ushbu endoskopik manipulyatsiya yordamida olib tashlanishi va shu bilan o'n ikki barmoqli ichakka safro o'tishini tiklashi mumkin. Bu holat taxminan 90% hollarda yuzaga keladi, bu esa ko'pchilik bemorlarda EPST yordamida o't yo'llarining muvaffaqiyatli sanitariyasini ta'minlaydi.

Operatsiyaning mohiyati: safro chiqishini normallashtirish yoki o't yo'llaridan toshni olib tashlash uchun katta o'n ikki barmoqli ichak papillasi bilan ifodalangan umumiy o't yo'lining chiqish qismini kengaytirish kerak. Bunga elektr toki ta'sirida (endoskopning instrumental kanali orqali kiritilgan) maxsus ip yoki papillotoma ignasi bilan uni uzunlamasına burma bo'ylab (umumiy o't yo'lining intramural qismi, 1,5 sm gacha) yuqoriga qarab kesish orqali erishiladi. Agar toshning diametri kichik bo'lsa, u holda EPSTdan keyin u o'z-o'zidan chiqadi. Toshlarning kattaligi o't yo'llarining pastki qismlarining lümeninin diametridan

oshib ketgan hollarda, EPSTdan keyin toshlarning o'z-o'zidan o'tishi sodir bo'lmaydi. Keyin ularni maxsus Dormia savati (litoekstraksiya) yordamida majburan chiqarib olish kerak.

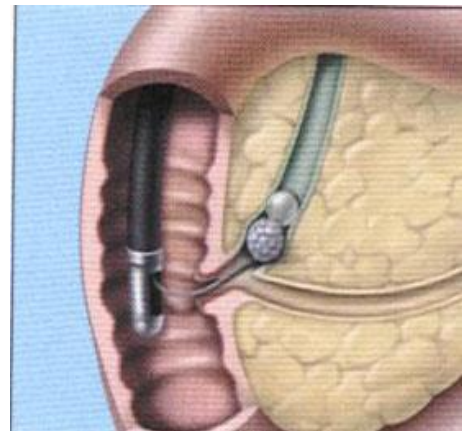


30 – rasm. A – papillotomiya halqasi; B – EPST

Litoekstraksiya bilan mahalliy litotripsiya.

Umumiy o't yo'lida (10 mm dan ortiq) katta toshlar mavjud bo'lsa, ularni olib tashlashdan oldin parchalanishi kerak. Mexanik litotripsi (o't yo'lidagi toshlarni yo'q qilish) samaradorligi 80-90% ga etadi. Litoekstraksiya uchun zamonaviy asboblarning arsenali qattiq va yumshoq Dormia savatlari va balon kateterlaridan iborat. Toshning diametri umumiy o't yo'lining terminal qismining diametri bilan taqqoslanadigan hollarda qattiq savat afzalroqdir. Balonli kateterlar va yumshoq savatlarni kichik toshlar uchun, ayniqsa suzuvchi toshlar uchun ishlatish tavsiya etiladi. Litoekstraksiya murakkab kasallik tarixi bo'lgan bemorlarga, takroriy nazorat tadqiqotlari kerak bo'lmaganda, o'z-o'zidan o'tib ketganda umumiy o't yo'llarining terminal qismiga ta'sir qilish xavfi mavjud bo'lganda, xoledoxolitiaz va xolangitning kombinatsiyasi mavjud bo'lganda ko'rsatiladi. va bir nechta kichik toshlar mavjud bo'lganda. Litoekstraksiya tosh yoki bo'lakning diametri umumiy o't yo'lining terminal qismining diametridan va papillotomiya ochilishining o'lchamidan oshib ketgan hollarda kontrendikedir.

Klinik amaliyotda mexanik litotripsiyaning turli usullari keng tarqaldi. Mexanik litotripsi uchun ko'rsatmalar diametri 10 mm dan ortiq bo'lgan bitta toshlar, umumiy o't yo'lining tor terminal qismi bo'lgan diametri 10 mm gacha bo'lgan toshlar, gepatikokoledox lümenini to'ldiradigan va bir-biriga yaqin joylashgan bir nechta toshlardir. , ligatur toshlar, yiringli xolangit va mexanik sariqlik bilan birgalikda ko'p xoledoxolitiaz, yosh bemorlarda xoledoxolitiazda KDS sfinkter apparatini saqlab qolish istagi. Ushbu usulni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar - bu kanalning devorlariga yaqin joylashgan zich, ko'chmas toshlar, intrahepatik kanallarda joylashgan toshlar, ekstrahepatik kanallarning sezilarli darajada kengayishi. Mexanik litotripsiya bir vaqtning o'zida yoki toshlarning kattaligi va soniga va ushbu manipulyatsiyaning texnik xususiyatlariga qarab bir necha bosqichda amalga oshirilishi mumkin.



A

B

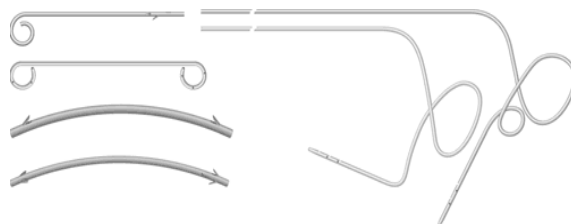
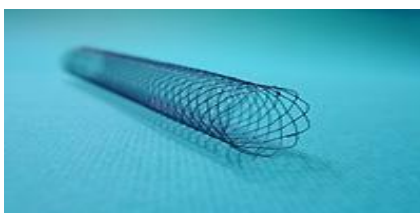
31 - rasm. A - Dormia savatlari (mexanik litotripsi uchun qattiq versiyalar qo‘llaniladi); B - Balonli litoekstraksiya

O‘t yo‘llarini endoprotezlash (bougienaj va stentlash)

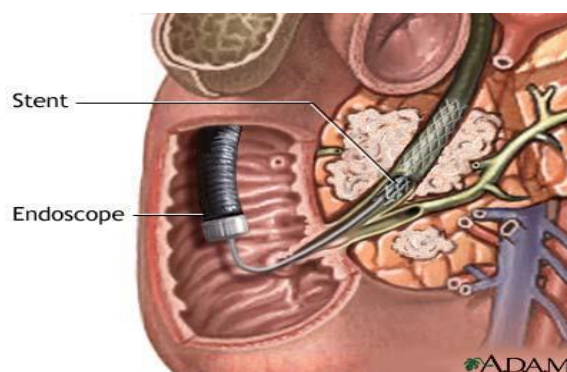
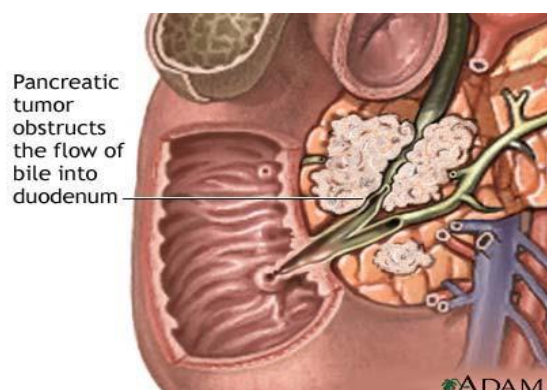
Pankreatobiliar zonaning inoperabl o‘smalari uchun palliativ aralashuv sifatida ishlatiladi.

Bugienaj (fransuzcha bougie - zond, buji) - diagnostika yoki davolash maqsadida ba'zi quvurli organlarga maxsus asboblar (bougie) kiritish. Bougie - bu quvurli organlar yoki yo‘llarni tekshirish yoki kengaytirish uchun qattiq yoki egiluvchan tayoq. Stent - bu ichi bo‘sh quvurli strukturaning o‘tkazuvchanligini saqlash uchun ramka bo‘lib, uni teri orqali yoki endoskopik usulda o‘rnatish mumkin.

Endoskopik stent implantatsiyasi kamroq shikastlidir. O‘t yo‘llari uchun birinchi stentlar teflondan qilingan, chunki... bu material juda qattiq edi va ichki drenajni to‘xtatmasdan o‘simta o‘shini to‘xtatishi mumkin edi. So‘nggi yillarda stentlar uchun yumshoqroq materiallar (polietilen, poliuretan) keng qo‘llanilmoqda. Etkazib berish tizimida siqilgan holatda joylashtirilgan "o‘ralgan naycha-tsilindr" tipidagi o‘z-o‘zidan kengayadigan metall (nitinol) biliar stent juda samarali. O‘t yo‘llarining tiqilib qolishi uchun plastik stentlar metalldan ko‘ra afzalroqdir, chunki stentda shish paydo bo‘lmaydi va Mexanik sariqlikning qaytalanishi kamroq uchraydi. Biroq, plastik stentlar safro tuzlari bilan qoplanishiga ko‘proq moyil bo‘lib, bu ularning obstruksiyasiga olib keladi, shuningdek, metallga qaraganda ko‘proq ko‘chib ketish tendentsiyasiga ega. Stentlash xolangiodrenajning nisbatan xavfsiz va samarali turi bo‘lib, bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.



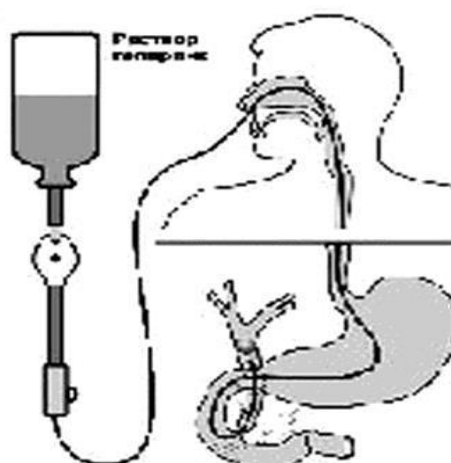
32 – rasm. Biliar stentlar: metall va plastmassa



33-rasm - Mexanik sariqlik bilan oshqozon osti bezi boshining saratoni uchun biliar metall stentni endoskopik implantatsiya qilish sxemasi

Nazobiliar drenaj

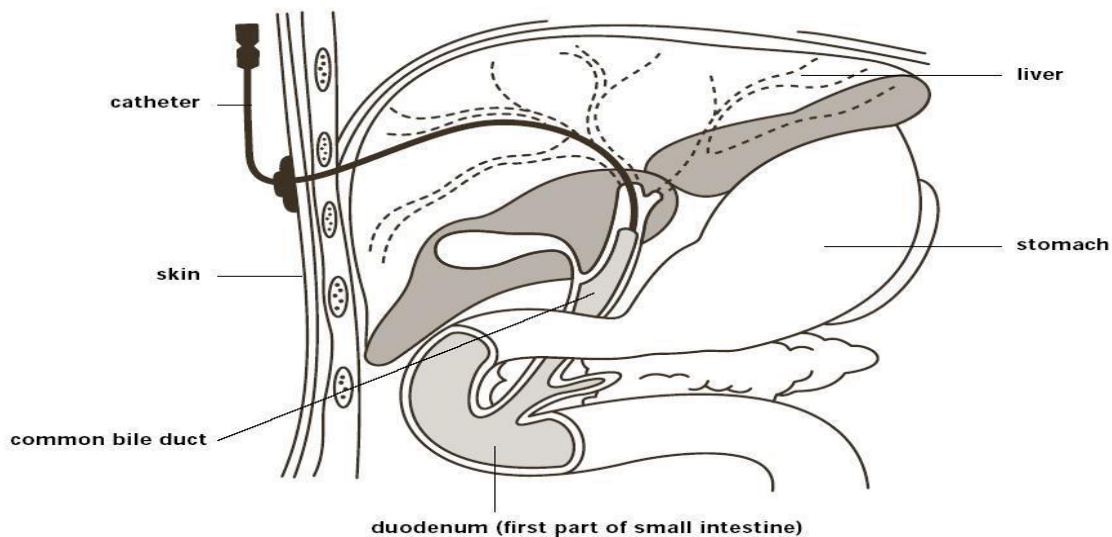
Xolestaz xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda toshni olib tashlashdan keyin yoki ularni endoskopik yo'l bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, o't yo'llarini dekompressiyalash va sanitarizatsiya qilish uchun nazobiliar drenaj o'tkaziladi.



34-rasm - Nazobiliar drenaj va drenaj sxemasi

Perkutan transgepatik xolangiostomiya (PTGXS)

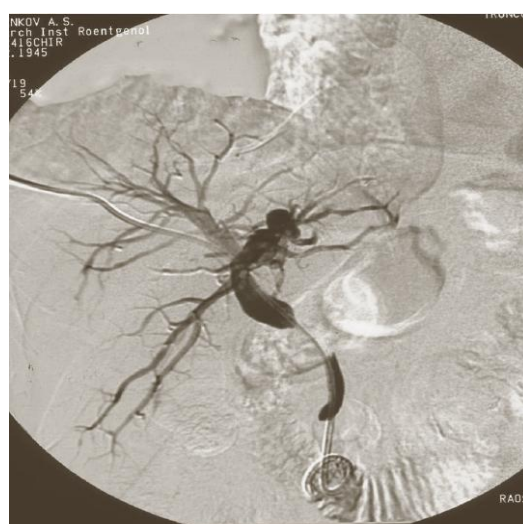
O't yo'llarining "yuqori" blokirovkasi (o'simta, striktura, kamdan-kam hollarda tosh) mavjud bo'lganda, retrograd endoskopik dekompressiya usullari bilan bir qatorda o't yo'llarining antegrad teri orqali transhepatik drenajidan foydalanish mumkin, keyin tashqi, tashqi ichki (drenajni obstruksiya joyidan pastda o'tkazish mumkin bo'lsa) o't yo'llari yo'llarini drenajlash. Ko'p metastatik lezyonlarda, uch yoki undan ortiq intrahepatik kanallar ajratilganda drenajlash va endoprotezni almashtirishga urinishlar noto'g'ri, chunki transhepatik aralashuv hajmi, uning travmatik tabiati va xavfi mumkin bo'lgan terapeutik ta'sirdan sezilarli darajada oshadi.



35 –rasm- TJXG sxemasi



A



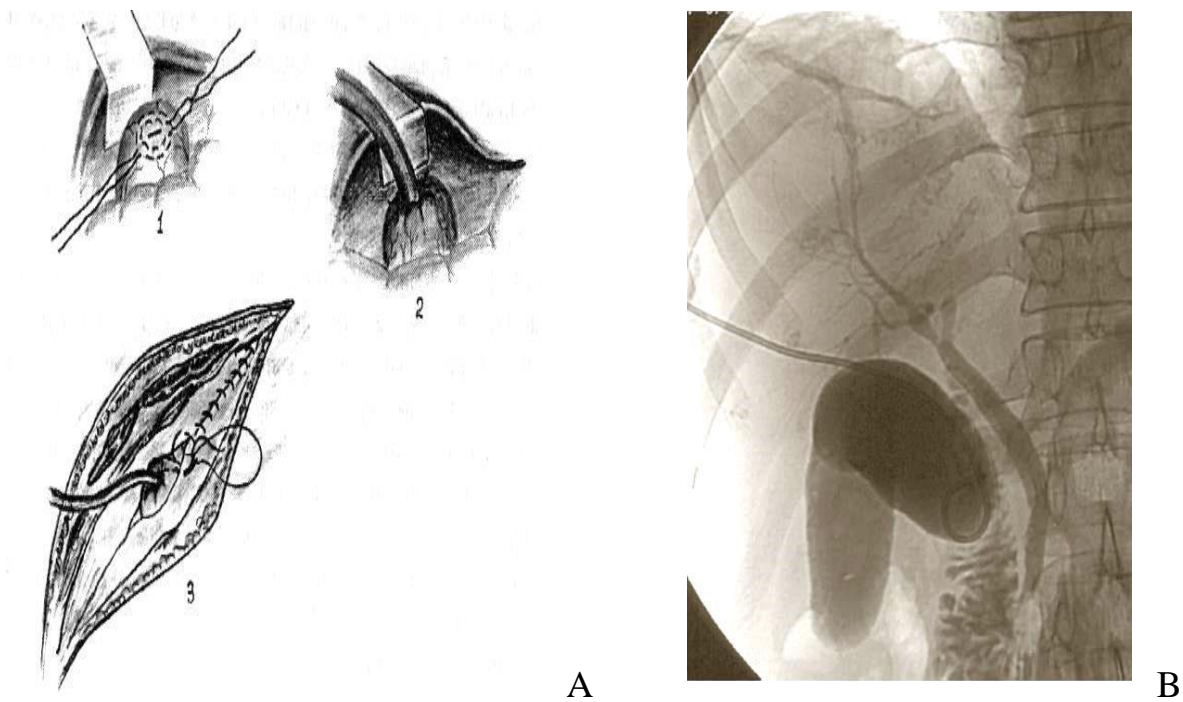
B

36-rasm - A - tashqi drenaj; B - tashqi-ichki drenaj

To‘g‘ridan-to‘g‘ri jarrohlik aralashuvlar

Tashqi drenaj bilan xoletsistostomiya.

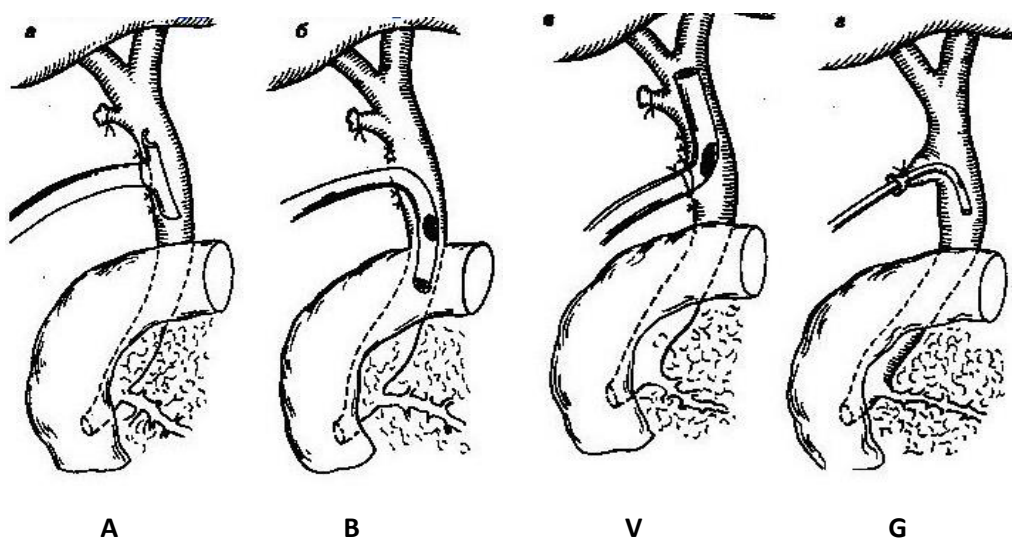
Mexanik sariqlik bilan asoratlangan o‘tkir pankreatitni kompleks davolashda tashqi xoletsistostomiya eng mos keladi. Uni amalga oshirish faqat kist kanali ochiq bo‘lsa mumkin. Xoletsistostomiya ochiq, laparoskopik yoki ultratovush tekshiruvi ostida o‘t pufagini ponksiyon qilish orqali amalga oshirilishi mumkin. Ultratovush tekshiruvi ostida xoletsistostomiya qilish nisbatan oson, xavfsiz va yuqori samarali hisoblanadi.



37-rasm – A – Ochiq xoletsistostomiya sxemasi (1 – hamyon ipini qo‘yish, 2 – trubka kiritish va hamyon ipini mahkamlash; 3 – o‘t pufagini qorin devoriga mahkamlash); B - fistuloxolsistoxolangiografiya o‘tkazildi).

Laparoskopik xoledoxotomiya.

O‘t yo‘llarini dekompressiya qilish usuli sifatida sariqlikning differentsial tashxisi yoki qorin bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanish jarayonini tashxislash maqsadida diagnostik laparoskopiya zarur bo‘lgan hollarda qo‘llanilishi mumkin. Bunday holda, o‘t pufagi o‘chirilganda (kistik yo‘lning obstruksiyasi operativ xoletsistoxolangiografiya bilan tasdiqlanadi), xoledoxotomiya yoki uning tashqi drenaji bilan umumiy o‘t yo‘lini ponksiyon qilish mumkin.



38-rasm - umumiy o‘t yo‘lining tashqi drenaj turlari:

a - Keru bo‘yicha; b - Kert bo‘yicha; v - Vishnevskiyga ko‘ra; g - Halstedga ko‘ra

O't yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan jarrohlik operatsiyalari.

Ushbu operatsiyalar, qoida tariqasida, Mexanik sariqlik bartaraf etilgandan va bemorning ahvoli barqarorlashgandan so'ng ikkinchi bosqichda yoki sariqlik balandligidagi hayotiy ko'rsatkichlarga ko'ra (perforatsiya va peritonit bilan asoratlangan destruktiv xoletsistit, ERXPGni rad etish, TJXG, ruhiy kasallik, katta tosh, bachadon bo'yni hududida fiksatsiyalangan, ammo umumiy o't yo'li tiqilib qolgan). Jarrohlik usulini tanlash operatsiyadan oldingi diagnostika natijalari va bemorning umumiy holatini hisobga olgan holda kanallarni intraoperativ tekshirish ma'lumotlariga asoslanadi. Odatda xoledoxotomiya va litoekstraksiyaning turli xil variantlari xoledoxolitiaz bilan asoratlangan xolelitiyozda, shuningdek, pankreatikobiliar zonaning o'smalari uchun biliodigestiv anastomozlarni qo'llash bilan rezeksiya qilishda qo'llaniladi.

Xoledoxotomiya va litoekstraksiya.

U klassik ochiq usul yordamida, mini-bosqich yoki video-laparoskopik usul yordamida amalga oshirilishi mumkin. O't yo'llaridagi operatsiyalarda eng keng tarqalgani o'ng hipokondriumda (Kocher, Fedorovga ko'ra) qiyshiq kesmalardir. Yuqori o'rta chiziq usuli kamroq qo'llaniladi. Xolelitiyozli bemorlarda o't yo'llariga aralashuvlar odatda xoletsistektomiyadan keyin amalga oshiriladi. Xoledoxotomiya umumiy o't yo'lining supraduodenal qismida imkon qadar distalda va pufak yo'li ostida (iloji bo'lsa, tosh ustida) amalga oshiriladi. Bu asboblarni kiritish kanalini qisqartirish va anastomoz shakllanishi uchun qulay shart-sharoitlarni yaratish uchun kerak. Old devor 10-20 mm uzunlikda kesiladi, so'ngra toshlarni olib tashlash uchun ishlatiladigan fenestratlangan cimbizlar, qoshiqlar yoki cimbizlar yordamida kanal tekshiriladi. Balonli kateterlar, ayniqsa, jigar kanallariga ko'chib o'tgan toshlarni olib tashlash uchun ham qo'llaniladi. Toshni olib tashlashdan so'ng, zondlash, jarrohlik xolangiografiya yoki xoledoxoskopiya orqali kanallarning o'tkazuvchanligini ta'minlash kerak. Operatsiya umumiy o't yo'lining ko'r-ko'rona choklarini qo'llash bilan tugaydi, agar barcha toshlar olib tashlanganligi aniq bo'lsa va xolangit belgilari bo'lmasa. Boshqa hollarda, tashqi drenaj tavsiya etiladi. Xoledoxoduodenostomiya yoki xoledoxoenterostomiya umumiy o't yo'lining distal qismida endoskopik papillosfinkterotomiya bilan bartaraf etilmaydigan qaytarilmas obstruksiyalar uchun qo'llaniladi (kengaytirilgan sikatrisial stenoz, indurativ pankretit, perivertikallarning "noqulay" joylashishi).

Laparoskopik xoledoxotomiya va litoekstraksiya.

Xoledoxolitiaz bilan asoratlangan xolelitiyozli bemorlarda rejalashtirilgan laparoskopik xoletsistektomiyalar paytida (Mexanik sariqlik bo'lmasa yoki uni minimal invaziv usullar bilan bartaraf etishda) amalga oshiriladi. Xoledoxotomiya umumiy o't yo'lining supraduodenal qismida amalga oshiriladi. Gepatikoledoxning lümeninde toshlar aniq konturlangan hollarda, xoledoxotomiya to'g'ridan-to'g'ri tosh ustida amalga oshiriladi. Xoledoxotomiya

ochilishining uzunligi toshlarning kattaligi bilan belgilanadi, lekin kamida 5 mm. Tosh ustida xoledoxotomiya qilingan hollarda toshlar disektor yoki qisqich bilan chiqariladi yoki "dekantatsiya" usuli qo'llaniladi - ya'ni. xoledoxotomiya teshigiga disektor yordamida toshni siqish. Toshlarni olib tashlangandan so'ng xoledoxoskopiya o'tkaziladi, o't yo'llarining distal va proksimal qismlari tekshiriladi, yo'llarning shilliq qavatining holati, toshlarning mavjudligi, katta o'n ikki barmoqli ichakning holati va uning o'tkazuvchanligi baholanadi.

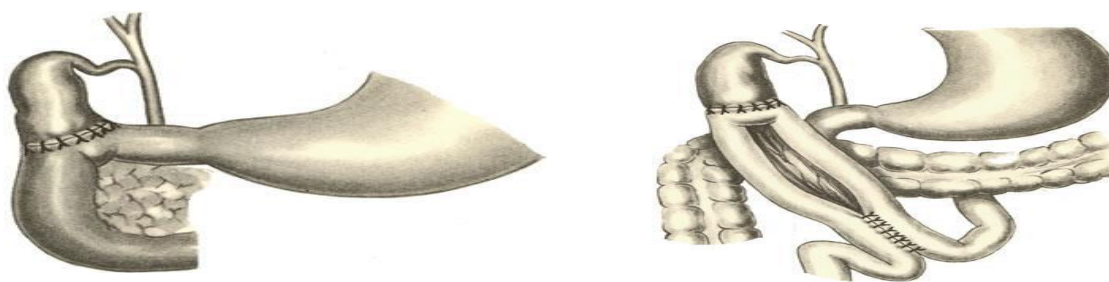
Kichik va o'rta diametrli bir nechta kanalli toshlar bilan ularni olib tashlash qiyinroq vazifadir. Bunday hollarda toshlarni olib tashlashning bir necha usullari qo'llaniladi. Eng oqilona usul xoledokoskop nazorati ostida Fogarty kateteri yordamida kichik toshlarni olib tashlashdir.

Bypass biliodigestiv anastomozlarni qo'llash.

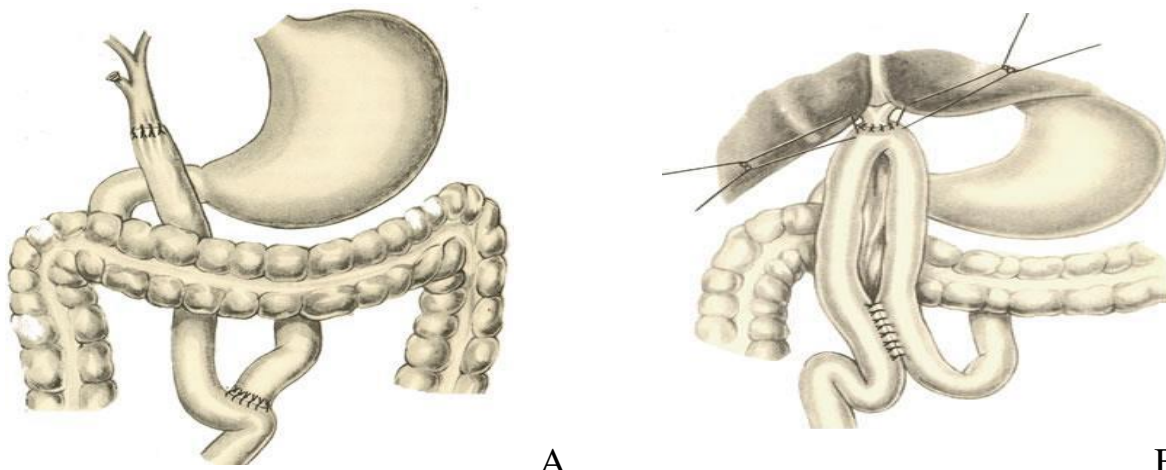
Odatda pankreatikoduodenal zonaning o'smali lezyonlari yoki kanallarning kengaytirilgan tsicatricial torayishi uchun ishlatiladi.

O't yo'llarining yuqori sikatrik strukturalari bo'lsa, safro chiqishini tiklashga qaratilgan murakkab rekonstruktiv operatsiyalar amalga oshiriladi. Ular orasida eng keng tarqalgani o't yo'llarining turli darajalarida Rux bo'yicha ingichka ichak halqasi o'chirilgan (xoledoxojejunostomiya) biliodigestiv ostiumlardir.

O'simta lezyonlari uchun sariqlikni bartaraf etgandan so'ng, minimal invaziv usul yordamida radikal yoki palliativ jarrohlik amalga oshiriladi. Bunday bemorlarda radikal jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkoniyati 15-20% dan ko'p bo'lmagan hollarda qayd etiladi. Radikal operatsiyalar gepatikojejunostomiya shakllanishi bilan o'simta jarayoni (xoledox, pankreatoduodenal rezeksiya) ta'sirlangan hududni rezeksiya qilishni o'z ichiga oladi. Palliativ operatsiyalar bypass biliodigestiv anastomozlarni yaratishga qaratilgan. Oshqozon osti bezi boshining saratoni bo'lsa, Mikulichning fikriga ko'ra, tanlov operatsiyasi xoletsistoenterostomiya hisoblanadi. Ushbu operatsiya davomida o't yo'llarining muvaffaqiyatli dekompressiyasining sharti - bu kist kanalining ochiqligi. Boshqa o'sma lokalizatsiyalarida biliodigestiv anastomozlar hosil bo'ladi (gepatikojejunostomiya, qanchalik yuqori bo'lsa, shuncha yaxshi) yoki endoprostetik usullardan biri qo'llaniladi. Roux tomonidan aniqlangan jejunum halqasida gepatikojejunostomiyaning shakllanishi operatsiyadan keyingi kechki davrda Mexanik sariqlik va yiringli xolangitning takrorlanishini deyarli yo'q qiladi.



39 –rasm. A – xoletsistoduodenostomiya;
xoletsistojejunostomiya Braunga ko'ra ichki ichak anastomози bilan



40 – rasm. A – Rouxga ko‘ra o‘chirilgan halqadagi xoledoxostomiya;
B - hepatikojejunostomiya

Shunday qilib, Mexanik sariqlikni davolash taktikasi quyidagilardan iborat: birinchi bosqichda sariqlik balandligida jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirishda intraoperativ asoratlarning va o‘lim xavfi yuqori bo‘lganligi sababli xolestazni bartaraf etishga qaratilgan kompleks konservativ terapiya va minimal invaziv usullar qo‘llaniladi. Sariqlik hal etilmagan yoki kuchaygan taqdirda, kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2-3 kun ichida dekompressiya aralashuvi shoshilinch ravishda amalga oshirilishi kerak. Bunday holda turli xil endoskopik usullar qo‘llaniladi (EPST, litoekstraksiya, nazobiliar drenaj yoki TJXG). Ba’zi hollarda (xoledoxolitiaz) minimal invaziv usullar nafaqat o‘t yo‘llarini tushirishni emas, balki Mexanik sariqlikni to‘liq yo‘q qilishga olib kelishi mumkin (ERXPG paytida litoekstraksiya, tashqi drenaj orqali).

Agar minimal invaziv aralashuvlar davolashning yakuniy usuliga aylanmagan bo‘lsa, ikkinchi bosqichda sariqlik yanada qulay sharoitlarda yo‘qolganda, jarrohlik davolash amalga oshiriladi (toshlarni yakuniy olib tashlash, o‘smalarni rezektsiya qilish, biliodigestiv anastomozlarni qo‘llash).

Hayotiy ko‘rsatkichlarga ko‘ra, jarrohlik aralashuvlar sariqlikning balandligida amalga oshirilishi mumkin, keyin safro yo‘llarining o‘tkazuvchanligini tiklashning an’anaviy usullari qo‘llaniladi.

Turli kasalliklarda Mexanik sariqlikni davolash uchun optimal sxemalar (jarrohlik taktikasi variantlari)

Xoledoxolitiaz:

- ERXPG – EPST – litostripsiya, litoekstraksiya, drenaj – rejalashtirilgan xoletsistektomiya.
- Kamdan kam hollarda, PCCG – TJXG – tashqi drenaj orqali litoekstraksiya – xoletsistektomiya.
- Agar ERXPG samarasiz bo‘lsa va asoratlarning xavfi yuqori bo‘lsa (cho‘zilgan strikturalar, katta toshlar): PCCG - TJXG - sariqlikni bartaraf etish - kanallarga laparoskopik yoki ochiq aralashuv (litoekstraksiya, anastomozlar).

Kanal tuzilishlari:

- ERXPG – bougienage – stentlash (uzunligi 2 sm dan kam – cheklangan)
- TJXG – TJXS – stentlash (uzunligi 2 sm dan kam – cheklangan)
- TJXG – TJXS – anastomoz (uzunligi 2 sm dan ortiq – quvurli)

Sariqlik bilan kechadigan yallig‘lanish kasalligi (pankreatit, xoletsistit):

- ERXPG – EPST – drenaj – yallig‘lanishni davolash
- TJXG – TJXS – drenajlash – yallig‘lanishni davolash

Shish:

- ERXPG – EPST – stentlash – o‘smi davolash
- TJXG – TJXS – anastomoz

III BOB

O‘TKIR PANKREATIT

O‘TKIR PANKREATIT

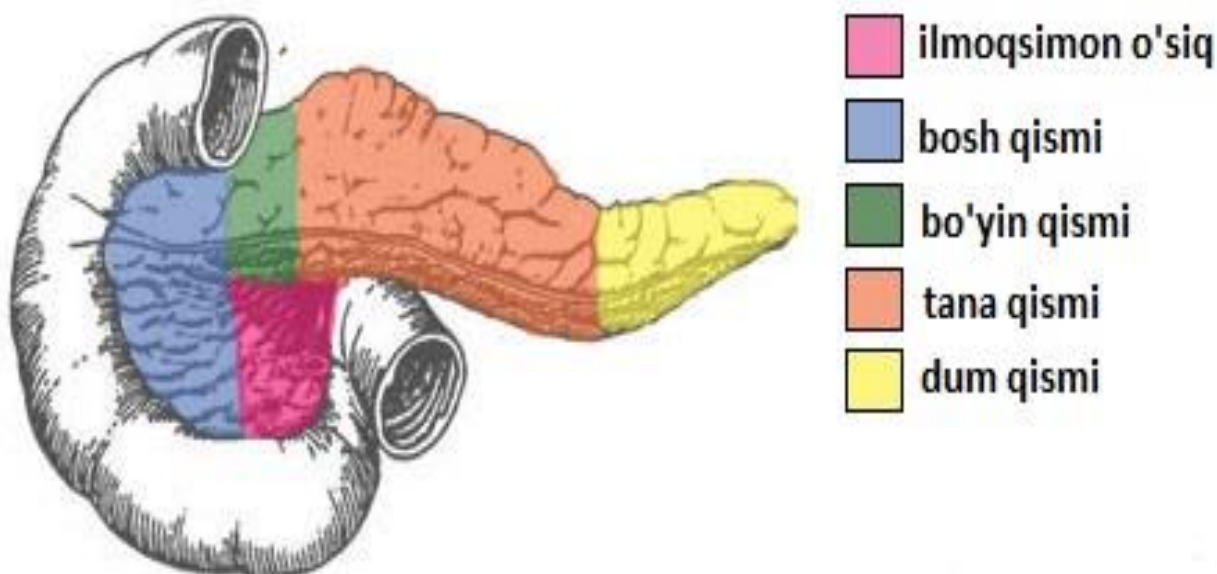
O‘tkir pankreatit eng keng tarqalgan jarrohlik kasalliklaridan biridir. Qorin bo‘shlig‘i organlarining shoshilinch patologiyasining 5-10% ni tashkil qiladi. Ammo tashvishga soladigan narsa nafaqat ko‘tarilgan kasalliklar. Har to‘rtinchi bemorda nekrotizan pankreatit rivojlanadi, bunda hatto butun dunyo bo‘ylab ixtisoslashgan klinikalarda ham umumiy o‘lim ko‘rsatkichlari (10-15%) doimiy ravishda yuqori bo‘lib qolmoqda. Ushbu holatni belgilovchi muhim omillar kech yoki noto‘g‘ri tashxis, bemorning ahvolining og‘irligini yetarlicha baholamaslik va shunga mos ravishda kerakli konservativ va jarrohlik choralarini tanlamaslikdir.

Statistika. Moskvadagi jarrohlik shifoxonalarining asosiy nozologik shakllari tarkibida o‘tkir pankreatit bilan og‘rigan bemorlar an‘anaviy ravishda o‘tkir xoletsistit (28%) va o‘tkir appenditsit (26%)dan keyin uchinchi (25%) o‘rinni egallaydi. Kasallikning o‘shish sur‘ati bo‘yicha o‘tkir pankreatit qorin bo‘shlig‘i organlarining boshqa barcha shoshilinch kasalliklaridan oldinda. Ushbu tendensiya o‘tkir pankreatitning asosiy sabablari sifatida xolelitiyoz va alkogolizmning tez-tez paydo bo‘lishi bilan bog‘liq. Bu qisman diagnostika sifati yaxshilangani bilan bog‘liq. Ushbu kasallikning klinik va morfologik shakllari tarkibida pankreatik nekrozga uchragan bemorlar 25% ni tashkil qiladi. Aynan shu bemorlarning nisbatan kichik qismi yuqori umumiy va operatsiyadan keyingi o‘limni ta‘minlaydi. Agar interstitsial (shishgan) pankreatitning o‘limga olib keladigan natijasi kasuistri kabi ko‘rinsa, nekrotizan pankreatit bilan bu tabiiydir. O‘tkir pankreatit bo‘yicha xalqaro simpozium (1992) va IX Butunrossiya jarrohlar kongressi (2000) mutaxassislarining ta‘rifiga ko‘ra, o‘tkir pankreatit oshqozon osti bezining o‘tkir aseptik yallig‘lanishi bo‘lib, uning asosini autoenzimatik nekrobioz jarayonlari tashkil etadi. , jarayonda retroperitoneal bo‘shliq, qorin bo‘shlig‘i va ekstraperitoneal lokalizatsiya organ tizimlari kompleksida atrofdagi to‘qimalarni o‘z ichiga olgan nekroz va endogen infeksiya.

ME‘DA OSTI BEZI ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Me‘da osti bezi (MOB) – ogirliqi 50-100gr keladigan ko‘p bo‘lakli a‘zo bo‘lib, oshqozon ostidagi qorin parda orti soxasida, umurtqa pog‘onasining I-II-bel umurtqalariga tug‘ri kelib, qorinni o‘rta chizig‘i bo‘yicha chap tomonda joylashadi. Old tomonidan charvi xaltasining orqa devorini xosil qiluvchi qorin pardaning parietal varag‘i ko‘plab turadi. MOB uzunligi 16-17 sm, kengligi bosh soxasida 5 sm, tanasida 3,5 sm va dum qismida 0,3-3,4 sm; yo‘g‘onligi bosh soxasida 1,3-3,4 sm, tanasida 1,0-2,8 sm va dum qismida 0,6-2 sm ni tashkil qiladi. Bu bez kattaligi jixatidan jigardan so‘ng ikkinchi o‘rinda turadi. U yumshoq pushti kulrang bulib, juda ko‘p bo‘laklardan iborat. MOB bosh (caput), tana (corpus) va dum (cauda) qismlariga bo‘linadi. Bosh qismi 12 barmoqli ichak xosil qilgan ravog‘ida joyilashadi. Old tarafidan oshqozon va ingichka ichak qovuzloqlari bilan o‘ralib turadi, orqadan pastki kovak venasi, aorta va quyosh chigaliga tegib turadi.

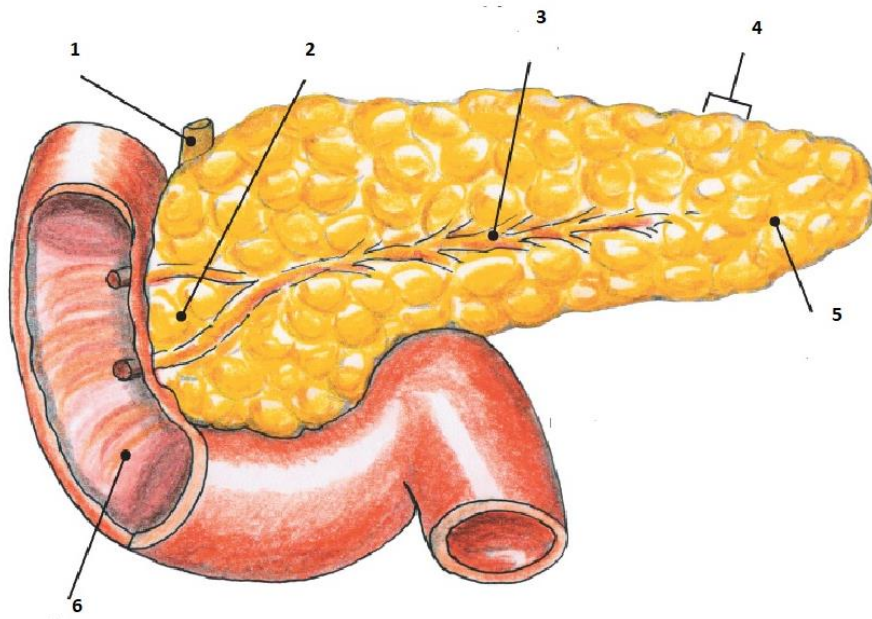
Pastki qismi o'n ikki barmokli ichakning pastki gorizontaal qismiga tegib turadi. Bezning bosh qismidan ilmoqsimon o'sik (processus uncinatus) chiqadi, undan yuqori charvi qontomirlari o'tadi (1.1-rasm).



41-rasm. Me'da osti bezi qismlarga bo'linishi

MOB tanasi uchburchak prizma shakliga ega bo'lib, unda uchta yuza (oldingi, pastki, orqa) va uchta qirg'oqlari tafovut kilinadi. Oldingi yuza - *facies anterior* bir oz botiq bo'lib, me'daning orqa devoriga tegib turadi. Me'daning orqa yuzasi - *facies posterior* qorining orqa devoriga qaragan bo'lib, qorin o'rtasiga, pastki kovak venaga va aortaga tegib turadi. Pastki yuzasi- *facies inferior* bezning bir oz oldinga qarab turgan kambar kismi bo'lib, o'n ikki barmoqli ichakning och ichakka o'tish joyidagi och ichak qovuzloglariga va ko'ndalang chambar ichakning uchiga tegib turadi. Bu aytib o'tilgan yuzalar bir-biridan uchta chekkalar (qirg'oqlar) vositasida ajralib turadi. Olingi qirg'oq - *margo anterior*, yuqori qirg'oq- *margo superior* va pastki qirg'oq - *margo inferior* deb ataladi.

MOB ning orqasida bosh qismini tana qismiga o'tish joyida yuqori mezenterial tomirlar o'tadi. Yuqori mezenterial vena, taloq venasi bilan qo'shilishib *v.portae* ning asosiy tarmog'ini xosil kiladi. MOB dumi tanasiga nisbatan kichik o'lchamdadir. U me'da tubi va yo'g'on ichakni pastga tushgan qismi bilan yonma- yon yotadi, taloq darvozasi yonidagi medial yuzasini, chap buyrakni, buyrak tomirlarini qisman va to'liq o'rab turadi.



42-rasm.Me'da osti bezi anatomiyasi.

1-Umumiy o't yo'li.2- Me'da osti bezi bosh qismi. 3- Me'da osti bezi yo'li
4-Bo'laklari.5- Dum qismi. 6-O'n ikki barmoqli ichak (duodenum)

Bezning dumi tanasining bevosita davomi bo'lib, sekin-asta ingichkalashib taloq darvozasigacha yetadi va o'zi bilan taloq arteriyasini olib keladi. MOB ning mayda naychalari bir-biri bilan qo'shilib, yirikroq yo'llarni xosil kiladi, ular esa asosiy yo'l – *ductus pancreaticus (Wirsungi)* ga quyiladi. Uning uzunligi 9-23 sm, diametri 2-8 mm dir. Bezning bosh qismida asosiy yo'l qo'shimcha yo'l bilan birikadi - *ductus accessorius(Santorini)* va umumiy o't yo'lga duodenal surg'ich orqali ochiladi(1.2-rasm).

MOBning qon bilan ta'minlanishi uchta arteriya tarmoqlari orqali amalga oshiriladi:

1. Jigar arteriyasi (*a.hepatica*) – bez boshchasining ko'p qismini.
2. Yuqori tutqich arteriyasi (*a.mesenterica superior*) – bezning bosh va tana qismlarini.
3. Taloq arteriyasi (*a.lienalis*) - bezning tana va dum qismlarini qon bilan ta'minlaydi.

MOBning vena qon tomirlari shu nomli arteriyalar bilan birga borib yuqori tutqich venasiga (*v.mesenterica superior*)va taloq(*v.lienalis*) venasiga quyiladi.

MOBning innervatsiyasi qorin, jigar, buyrak va yuqori tutqich chigallari orkali amalga oshiriladi. Shu chigallardan bezga simpatik va parasimpatik nerv tolalari qon tomirlari bilan birgalikda bo'lakchalariga kirib boradi. Simpatik nerv sistemasi qon tomirlar tonusini boshqarsa, parasimpatik nerv sistemasi esa MOBning ekzokrin faoliyatini nazorat kiladi.

MOBning parenximasi ikki xil to'qimadan iborat bo'lib ichki va tashki fiziologik funksiyalarni boshqaradi. Ekzokrin qismi xujayralari pankreotsitlar va atsinuslar xosil qiluvchi epitelial xujayralardan iborat chiqaruv yo'llaridan tashkil topgan. Endokrin kismi xujayralari esa Langergans orolchalarida joylashib, «alfa»,

«beta» va «gamma» xujayralardan iborat. MOBning xususiy kapsulasi kollagen va elastik tolalardan iborat boʻlib, sekretlovchi xujayralar boʻlaklariga zich birikadi xamda toʻxtovsiz aʼzo ichiga davom etib ketadi. Sekretlovchi xujayralarning umumiy maydoni 10-12 m² ni tashkil kiladi. Bir sutkada bez 1000-1500 ml pankreatik shira ishlab chiqaradi.

Oʻtkir pankreatitning tarqalishi va etiologiyasi

Oʻtkir pankreatit bilan ogʻrigan bemorlar soni yildan yilga oshib bormoqda, oxirgi maʼlumotlarga koʻra har 100000 axoliga 38 ta bemor toʻgʻri keladi. Kasallanish tendensiyasida xech qanday pasayish amalda kuzatilmayabdi. Oʻtkir pankreatit bilan kasallanish tarkibida, uning asoratlangan destruktiv shakllarining soni oshib bormoqdaki, bu xolatlarda oʻlim kursatkichi 30% dan 70% gacha oʻzgarib turmoqda.

Oʻtkir pankreatit (OʻP) bu ayollarning 80,4 foizida va erkaklarning 19,6 foizida uchraydi va 40 yoshgacha boʻlgan erkaklar pankreatitdan ayollarga qaraganda 2 baravar koʻproq aziyat chekadi, buning asosiy sabablari sifatida spirtli ichimliklarni isteʼmol qilish va chekuvchilarni koʻp sonini tashkil qilishi nazarda tutiladi. Pankreonekrozga uchragan erkaklar va ayollar nisbati 1: 1 ni tashkil qiladi. OʻP har qanday yoshda uchraydi, ammo bemorlarning koʻpchiligi (taxminan 70%) mehnatga layoqatli yoshdagi odamlardir. Shunday qilib, eng yuqori kasallanish darajasi 30-50 yosh oraligʻiga toʻgʻri keladi, bu muammoning ijtimoiy ahamiyatini taʼkidlaydi.

Oʻtkir pankreatit polietiologik kasallikdir. Statistik maʼlumotlarga koʻra, uning rivojlanishining sababi bemorlarning 75-80 foizida aniq tekshirilishi mumkin, qolganlarida esa aniqlanmagan. Ushbu kasallikning 140 ta sababi maʼlum. Ulardan eng keng tarqalganlari 11.1-jadvalda keltirilgan.

4-Jadval.

Oʻtkir pankreatitning etiologik omillari

Etiologik omil	Xarakteristikasi
I. Oʻt yoʻllarining patologiyasi:	1. Xoledoxolitiaz 2. Oʻn ikki barmoqli ichakning katta papillasining patalogiyasi, divertikuli yoki stenozi. 3. Oʻt yoʻllarining tugʻma anomaliyalari
II. Toksik holatlar:	1. Spirtli ichimliklar 2. Fosfat tutuvchi organik brikmalar 3. Tetrabor kislotaning tuzlari
III. Shikastlanishlar:	1. Qorin boʻshligʻi shikastlanishlari 2. Operatsiyadan keyingi, shu jumladan, endobiliar tashrixlardan keyin
IV. Oshqozon-ichak yoʻllari kasalliklari:	1. Oʻn ikki barmoqli ichakning oʻsib kiruvchi yarasi 2. Oshqozon osti bezining oʻsmalari. 3. Oʻn ikki barmoqli ichak tutilishi

V. Metabolik buzilishlar:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Giperlipidemiya 2. Qandli diabet 3. Giperkaltsiyemiya 4. Giperparatiroidizm
---------------------------	---

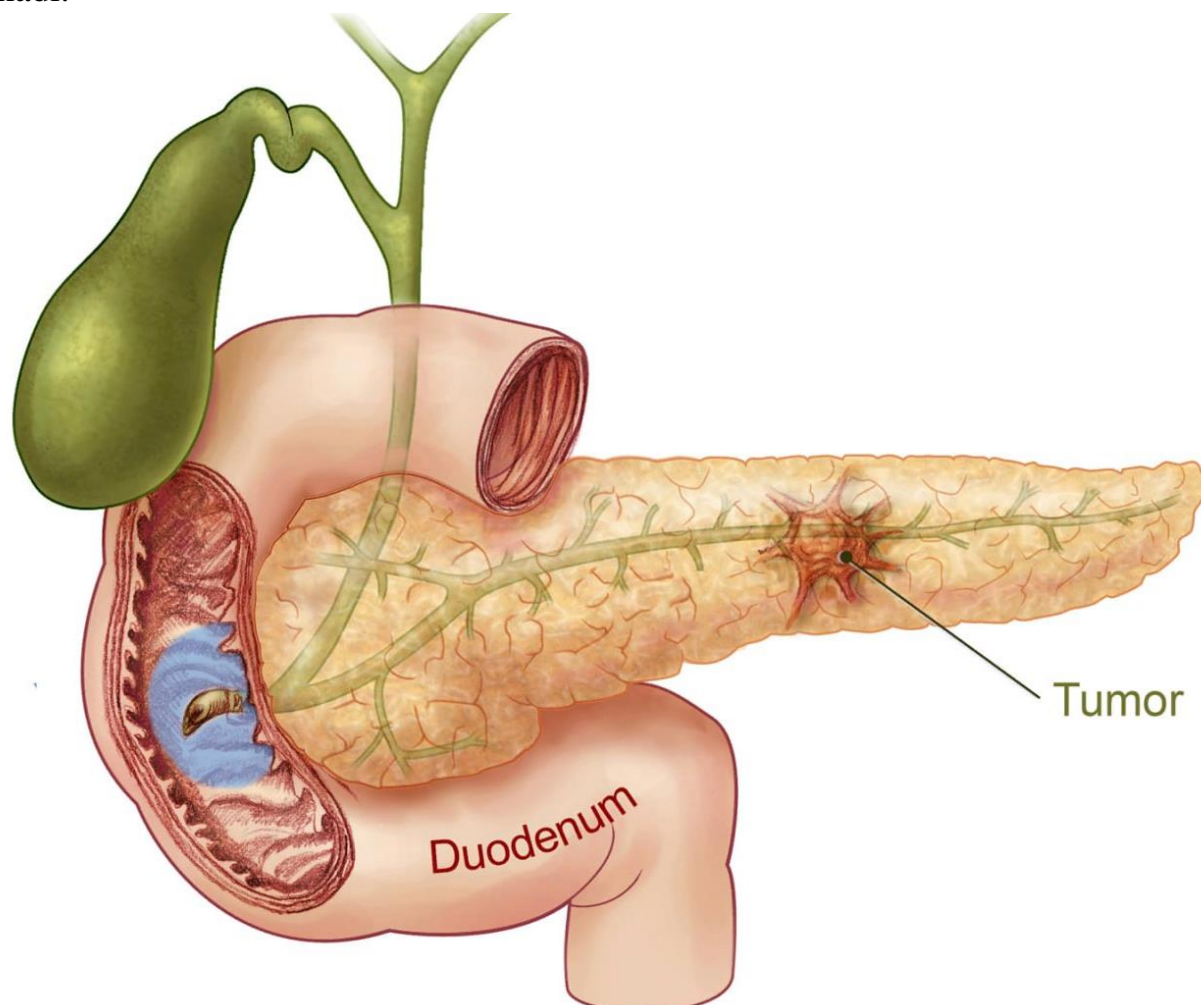
Pankreatit rivojlanishining sabablari orasida zarar yetkazuvchi omillarning bir-biri bilan chambarchas bog‘liq bo‘lgan uchta guruhi ajratiladi: 1) mexanik (oshqozon osti bezi kanallari tizimi orqali oshqozon osti bezi sekretsiasini evakuatsiya qilishning buzilishi); 2) neyroxumoral (turli etiologiyali oshqozon osti bezi va jigarning innervatsiyasi va metabolik funksiyalarining buzilishi); 3) toksik (turli tabiatdagi ekzo- va endogen toksik metabolitlarning mavjudligi).

O‘tkir pankreatit rivojlanishining asosiy etiologik omili ekstrahepatik o‘t yo‘llarining kasalliklari hisoblanadi. Ular kuzatuvlarning 45% ni tashkil qiladi. Pankreatobiliar tizimning anatomik va funksional o‘xshashligi o‘tkir pankreatitning tez-tez rivojlanishini aniqlaydi xolelitiyoz, xoledoxolitiaz, striktura, spazm yoki katta o‘n ikki barmoqli ichak papillasining yallig‘lanishi, o‘t yo‘llarining o‘sma bilan siqilishi, turli tabiatdagi o‘t yo‘llari diskinezi. Bunday sharoitda "biliar" pankreatit hosil bo‘lib, patogenezing etakchi omillari: jigardan tashqari o‘t yo‘llari va oshqozon osti bezining kanal tizimi orqali oshqozon osti bezi sekretsiasining chiqishini buzish; safro-pankreatik yoki o‘n ikki barmoqli ichak-oshqozon osti bezi refluksining paydo bo‘lishi; intraduktal gipertenziya rivojlanishi.

O‘tkir pankreatit rivojlanishining ikkinchi eng keng tarqalgan (35%) sharti surunkali alkogolizm, spirtli ichimliklarni haddan tashqari oshirib yuborish yoki spirtli ichimliklarni almashtiruvchi vositalardan foydalanishdir. Bu omillar oshqozon osti bezi va o‘t yo‘llarining drenaj funksiyasining buzilishiga olib keladi, chunki alkogol bilan ogohlantirilgan sekretsia oshqozon osti bezi sekretsiasining viskozitesini oshirishga va intraduktal bosimning oshishiga olib keladi. Alkogolizm oshqozon osti bezining toksik shikastlanishi, oshqozon osti bezi fermentlari sintezining buzilishi va jigarning metabolik funksiyasining buzilishi bilan bog‘liq.

Qorin bo‘shlig‘ining to‘mtoq travmasi, jarrohlik aralashuvi yoki endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya, papillotomiya, endobiliar stentlash, protezlash va o‘t yo‘llari strikturasini kengaytirish natijasida oshqozon osti bezining shikastlanishi o‘tkir pankreatit rivojlanishining muhim sababidir. Operatsiyadan keyingi pankreatit, gepatopankreatoduodenal zonaning organlariga va oshqozon osti bezi bilan qo‘shni hududlarga aralashuvdan so‘ng rivojlanadi, aksariyat hollarda eng og‘ir kurs bilan tavsiflanadi. Bunday sharoitlarda asosiy patogenetik mexanizm kanallarga to‘g‘ridan-to‘g‘ri zarar etkazishdir yoki u intraduktal gipertenziya shakllanishi bilan bog‘liq. O‘tkir pankreatitning rivojlanishida o‘n ikki barmoqli ichak kasalliklarida, o‘n ikki barmoqli ichak yarasi (oshqozon osti bezi boshiga yaraning kirib borishi), duodenostaz, o‘n ikki barmoqli ichak

divertikullari, papillitli duodenit muhim ahamiyatga ega. Ushbu kasalliklarda o‘n ikki barmoqli ichakdan evakuatsiyaning buzilishi, intrakavitar bosimning oshishi va sfinkter apparatining diskinezi o‘n ikki barmoqli ichak-me‘da osti bezi refluyuksi va intraduktal gipertenziya rivojlanishining asosiy qo‘zg‘atuvchi omillari hisoblanadi.



43-rasm - O‘tkir pankreatit asorati

Giperlipidemiya, qandli diabet, virusli gepatit, OITS, turli etiologiyali vaskulitlar, jigar kasalliklari, paratiroid bezlari va turli xil shoklarda o‘tkir pankreatitning rivojlanishi neyrogumoral va visseral munosabatlar va tizimli metabolizmning buzilishi bilan bog‘liq. O‘tkir pankreatitning etiologik omili bo‘lgan kimyoviy birikmalarning keng doirasi orasida klinik amaliyotda keng qo‘llaniladigan dori-darmonlarni - omnopon, furosemid, indometazin, ranitidin, salitsilatlar va quyidagi guruhlarining antibakterial agentlarini: eritromitsin, metronidazol, tetratsiklinni ta‘kidlash kerak.

O‘tkir pankreatitning patomorfologiyasi

O‘tkir pankreatitning patomorfologiyasi har doim turli anatomik zonalarda yallig‘lanish, nekrobioz, nekroz va infeksiya jarayonlarining ketma-ket va sinxron o‘zgarishiga asoslanadi. Ko‘pincha oshqozon osti bezining alohida qismlarining

estrodinol lezyonlari mavjud. Morfogenez variantlari mikroskopik aniqlangan steatonekroz va oshqozon osti bezining interstitsial shishi o'choqlaridan tortib, retroperitoneal (parapankreatik, parakolar, perinefrik, qorin bo'shlig'i) to'qimalarini o'z ichiga olgan yog'li va yoki gemorragik pankreatik nekrozining vizual qayd etilgan joylarigacha o'zgaradi.

Kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida progressiv o'tkir pankreatit bilan oshqozon osti bezida, retroperitoneal to'qimalarning turli qismlarida, qorin bo'shlig'ida (enzimatik peritonit), katta va kichik omentumda (omentit), omental bursada (omentobursit) yallig'lanish va nekrotik o'zgarishlar aniqlanadi. , o't pufagi (enzimatik xoletsistit) . Asinar sekretsiyadagi fermentlarning dominant spektriga qarab, oshqozon osti bezi to'qimalarining proteolizi (ho'l, suyultirish yoki gemorragik nekroz) va yoki lipoliz (quruq, koagulyatsiya yoki yog 'nekrozi) va retroperitning yog to'qimalari. bo'shliq rivojlanadi, yoki bir vaqtning o'zida Nekrotik jarayonning aniq ikkala turi (aralash pankreatik nekrozlar).

Shishgan (interstitsial) pankreatit morfologik va gistologik jihatdan me'da osti bezi to'qimalarining o'rtacha shishishi, uning siqilishi va yog'nekrozining alohida mikro-sohalari bilan tavsiflanadi. Organning lobulatsiyasi saqlanib qolgan, qorin bo'shlig'iga gemorragik imbibitsiya va sezilarli ekssudatsiya joylari yo'q. Parapankreatik to'qimalarda steatonekroz o'choqlari aniqlanishi mumkin. Yog' pankreatik nekrozi oshqozon osti bezi hajmining oshishi, uning lobulyar tuzilishining yo'qolishi bilan o'tkir shish, qon ketish joylari mavjudligi, oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarda, tutqichlar, teri osti to'qimalari va mediastinada steatonekroz dog'lari bilan tavsiflanadi. Qorin bo'shlig'ida seroz shaffof ekssudat mavjud. Mikroskopda shish, qon ketish va yog 'nekrozi, leykotsitlar infiltratsiyasi va tomir mikrotrombozining almashinadigan joylari aniqlanadi. Gemorragik pankreatik nekroz eng yorqin namoyonlarga ega. Oshqozon osti bezi va uning atrofidagi to'qimalarda keng qon ketish joylari, gemorragik imbibitsiya, qora va kulrang nekroz zonalari mavjud. Ushbu o'zgarishlar yog'li steatonekrozning "blyashka" mavjudligi bilan birlashtiriladi.

Qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda gemorragik efüzyon mavjud bo'lib, fermentlar va toksik moddalarning yuqori faolligi mavjud. Kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida oshqozon osti bezi va retroperitoneal bo'shliqning turli qismlarida nekrotik jarayonning tarqalishiga qarab, pankreatik nekrozning keng tarqalgan va cheklangan shakllari farqlanadi. Keng tarqalgan me'da osti bezi nekrozi bilan, parapankreatik to'qimalar va retroperitoneal (parakol, perinefrik, tos) bo'shliqning boshqa joylarining patologik jarayonida majburiy ishtiroki bilan oshqozon osti bezining bir nechta qismining nekrozi mavjud. Cheklangan pankreatik nekroz bilan oshqozon osti bezida kichik (1 sm gacha) va yoki katta (1 sm dan ortiq) nekroz o'choqlari aniqlanadi, bu bilan faqat oshqozon osti bezining har qanday bo'limida va tegishli sohada nekrotik destrukttsiya rivojlanishi mumkin. parapankreatik to'qima. Nekrotizan pankreatit me'da osti bezi va retroperitoneal to'qimalarning patomorfologiyasi turlicha bo'lgan nekrobioz va nekrozga uchragan

hududlarning uzoq muddatli o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Agar infeksiya sodir bo'lmasa, unda post-nekrotik asoratlarning quyidagi turlari rivojlanishi mumkin.

Oshqozon osti bezi va yoki retroperitoneal to'qimalarning biron bir qismida lokalizatsiya qilingan steril nekroz zonalari atrofida infiltrat hosil bo'ladi, uning tuzilishi yaqin atrofdagi organlarning devorlarini (oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak), yo'g'on va ingichka ichak tutqichlarini o'z ichiga oladi. Pankreatik zonada parapankreatik infiltrat, parakolar va paranefrik zonalarda va tos to'qimalarida nekroz va nekrobioz o'choqlari atrofida to'qimalarning yallig'lanish infiltratsiyasi rivojlanadi, bu tegishli hujayra bo'shliqlarining aseptik nekrotik flegmonasi rivojlanishiga mos keladi. Pankreatik parenximaning kengaytirilgan va yoki chuqur nekrozi bilan organning kanal tizimi vayron bo'ladi, bu esa uning "depressurizatsiyasiga" olib keladi. Kuchli proteo- va lipolitik potentsialga ega bo'lgan oshqozon osti bezi sekretsiyasi o'zining nekrozining rivojlanishi bilan retroperitoneal bo'shliqda to'qimalarning turli joylarini singdiradi va/yoki qo'shni organlar bilan chegaralangan suyuqlik shakllanishi (omentobursit) bilan ma'lum anatomik joylarda to'planadi. Patomorfologiyaning ushbu variantlaridan biri, yo'q qilish o'chog'ining suyuq komponenti (yashirin, yallig'lanish ekssudati) retroperitoneal bo'shliqda lokalizatsiya bilan uning nekrotik elementi ustidan hukmronlik qilganda, psevdokistadan farqli o'laroq, "hajmli suyuqlik shakllanishi" ning umumiy ta'rifini oldi. , zich va qalin biriktiruvchi to'qima devorlariga ega emas. Davolash paytida retroperitoneal lokalizatsiyaning volumetrik suyuqlik to'planishining 30 dan 50% gacha. Ushbu shakllanishlar katta me'da osti bezi kanali bilan aloqa qilganda va jarayon abakterial sharoitda yanada rivojlansa, bir oy yoki undan ko'proq vaqt o'tgach, pankreatik nekrozning "kech" asorati - psevdokist hosil bo'ladi. Mikroorganizmlar ishtirokisiz nekroz o'choqlarining patomorfologik evolyutsiyasi variantlaridan biri bu retroperitoneal bo'shliqda erkin yotadigan turli o'lchamdagi sekvestrlar hosil bo'lgan o'lik to'qimalarni rad etishdir. Keyinchalik abakterial muhitda kichik nekroz va sekvestrlanish o'choqlari erib, makrofaglar ta'sirida parchalanadi va tartibga solinadi. O'z navbatida, nekroz va sekvestrning katta va keng hududlari liziz va rezorbsiyadan ko'ra infeksiyaga ko'proq moyil bo'lib, bu pankreatogen infeksiyaning turli patomorfologik shakllarining shakllanishiga olib keladi.

Pankreatogen infeksiyaning patomorfologik shakllari orasida: 1) infeksiyalangan pankreatik nekrozlar; 2) pankreatogen absess bilan birgalikda infeksiyalangan pankreatik nekroz; 3) pankreatogen absess. Kasallikning birinchi haftasida bir qator bemorlarda rivojlanadigan infeksiyalangan pankreatik nekrozlar bilan uning asosiy patomorfologik belgilari: kulrang-qora rangdagi nekroz zonalarining mavjudligi, oshqozon osti bezi, parapankreatik to'qimalarda shlakli konsistensiya, ko'ndalang yo'g'on ichak tutqichi; parapankreatik to'qimalarga va retroperitoneal bo'shliqning boshqa qismlariga diffuz tarzda ("asal qo'ziqorini" shaklida) o'tadigan "go'sht qiyshagi" yoki yiringli tarkibga o'xshash bulutli ekssudat mavjudligi; retroperitoneal bo'shliqning nekrotik

flegmonasi rivojlanishi (tolali parakolon, paranefrium va tos). Shikastlanishning ushbu variantida oshqozon osti bezi va yoki retroperitoneal to'qimalarda lokalizatsiya qilingan nekrotik massalarning umumiy miqdori yiringli-nekrotik fokusning suyuq komponentida ustunlik qiladi, bu esa yanada keng sekvestratsiyani nazarda tutadi.

Bir qator holatlarda, odatda kasallikning ikkinchi yoki uchinchi haftalarida, oshqozon osti bezi va parapankreatik to'qimalarning bir yoki ikki qismida lokalizatsiya qilingan nekroz va sekvestr zonalari fonida, omental bursaning absessi hosil bo'ladi. detritus va kremsi yiring. Ushbu patomorfologik rasm pankreatogen absess bilan birgalikda keng tarqalgan infektsiyalangan pankreatik nekrozning rivojlanishiga mos keladi. Pankreatogen infektsiyaning ushbu shaklida yiringli-nekrotik o'choqning zich (nekroz va yoki sekvestr) komponenti uning patomorfologik elementining suyuqligi (yiring, ekssudat) bilan deyarli taqqoslanadi. Kichkina yoki katta o'choqli pankreatik nekrozga moyil bo'lib, kasallikning yuqumli bosqichida pankreatogen absessga aylanadi (oshqozon osti bezi absessi, omental bursa absessi, retroperitoneal to'qimalarning bir qismidagi absess). Kasallikning uchinchi yoki to'rtinchi haftasida va undan keyin paydo bo'ladigan pankreatogen xo'ppoz uchun tashxisning yetakchi patologik ko'rinishi yiringni o'z ichiga olgan va minimal nekroz zonalari bilan yaqin atrofdagi organlarning oshqozon osti bezi va parapankreatik soxada sekvestratsiyasining birgalikda infiltratsiyalangan devorlari bilan chegaralangan bo'shliq shakllanishining mavjudligi hisoblanadi.

O'tkir pankreatitning patogenezi

O'tkir pankreatit patogenezining asosini turli tabiatdagi pankreatik fermentlar va sitokinlarning mahalliy va tizimli ta'siri jarayonlari tashkil etadi. O'tkir pankreatitning polietiologiyasi doirasida bir nechta qo'zg'atuvchi omillarning kombinatsiyasi proteolitik fermentlarning intraatsinar faollashuvi va oshqozon osti bezining avtokatalitik hazm bo'lishining asosiy nuqtasi bo'lib xizmat qiladi. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, tripsin og'ir patobiokimyoviy reaksiyalar kaskadining asosiy faollashtiruvchisi bo'lib, patologik reaksiyalarning zo'ravonligi oshqozon osti bezining barcha ferment tizimlarining (tripsin, kimotripsin, lipaza, fosfolipaz A2, elastaz, karboksipeptidaza, kollagenaza va boshqalar). d.). Faollashgan oshqozon osti bezi fermentlari agressiyaning asosiy omillari bo'lib, mahalliy va umumiy ta'sirga ega bo'lib, retroperitoneal bo'shliqqa, qorin bo'shlig'iga, darvoza venasi orqali jigarga, limfa kollektorlari orqali tizimli qon oqimiga kiradi. Fosfolipaza A2 hujayra membranalarini yo'q qiladi, lipaz hujayra ichidagi triglitseridlarni yog' kislotalariga gidrolizlaydi, ular kaltsiy bilan birlashganda oshqozon osti bezi, retroperitoneal to'qimalar va qorin pardada yog'li (lipolitik) nekroz strukturasi elementlarini hosil qiladi. Tripsin va ximotripsin to'qima oqsillarining proteolizini amalga oshiradi, elastaz tomir devorini va oraliq biriktiruvchi to'qima tuzilmalarini buzadi, bu esa gemorragik (proteolitik)

nekrozning rivojlanishiga olib keladi. Me'da osti bezi va retroperitoneal to'qimalarda yallig'lanishning perifokal demarkatsiya zonasi bo'lgan nekrobioz, nekroz o'choqlarini shakllantirish birinchi navbatda aseptikdir.

O'tkir pankreatit patogenezida muhim bo'g'in ikkilamchi tajovuzkor omillar - bradikinin, gistamin, serotonin shakllanishi bilan kallikrein-kinin tizimining tripsin tomonidan faollashishi hisoblanadi. Bu qon tomirlari o'tkazuvchanligining oshishi, mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, oshqozon osti bezi va retroperitoneal bo'shliqda shish paydo bo'lishi va qorin bo'shlig'iga ekssudatsiyaning kuchayishi bilan birga bo'lgan kininlarning faollashishi. Mahalliy va tizimli yallig'lanish reaksiyasi, mikrosirkulyatsiya va tizimli gemodinamik buzilishlar, miokard va nafas olish etishmovchiligi patogenezida ishtirok etadigan uchinchi darajali tajovuzkor omillar mononuklear hujayralar, makrofaglar va neyetrofillar tomonidan turli xil yallig'lanish mediatorlari (sitokinlar) sintezini o'z ichiga oladi: interleykinlar -8, 11.6, . 10,11; o'simta-nekrotik omil, trombotsitlarni faollashtiruvchi omil, fosfolipaza A2 ning pankreatik bo'lmagan shakli, prostaglandinlar, tromboksanlar, leykotrienlar. Yallig'lanishga qarshi sitokinlarga o'simta-nekrotik omil, 1b va 6 interleykinlar, yallig'lanishga qarshi sitokinlarga esa 1 va 10 interleykinlar kiradi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida barcha yallig'lanish vositachilarining konsentratsiyasi oshqozon osti bezi, jigar, o'pkada keskin ortadi. va taloq va tizimli qon aylanishi, bu mahalliy, organ va tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanish mexanizmlarini tushuntiradi. O'tkir pankreatitda oshqozon osti bezi, retroperitoneum, qorin bo'shlig'i va oshqozon-ichak traktining bo'shlig'ida hosil bo'lgan turli tabiatdagi fermentlar, sitokinlar va metabolitlar tezda portal qon oqimiga va ko'krak limfa yo'li orqali pankreatogenning rivojlanishi bilan tizimli qon aylanishiga kiradi. toksinemiya. Retroperitoneal bo'shliqdan qorin bo'shlig'idan tashqari organlarga o'tish yo'lidagi birinchi maqsadli organlar jigar va o'pka, yurak, miya va buyraklardir. Kasallikning boshlanishining dastlabki bosqichlarida ushbu biokimyoviy birikmalarning kuchli sitotoksik ta'siri natijasi pankreatogen shokning rivojlanishi va o'tkir pankreatit bilan bemorning ahvolidagi og'irligini aniqlaydigan ko'plab organlarning buzilishidir. Tizimli kasalliklar patogenezida, hatto yiringli asoratlar rivojlanishidan oldin, bakterial tabiatning toksinemiya va birinchi navbatda, oshqozon-ichak traktining lümeninde ishlab chiqarilgan gramm-manfiy bakteriyalarning hujayra devorining lipopolisaxaridlari muhim rol o'ynaydi. endogen ichak mikroflorasi tomonidan. O'tkir pankreatitda gram-manfiy ichak bakteriyalaridan endogen mikroflora va endotoksinning ko'chirilishi oshqozon-ichak trakti, jigar va o'pkaning retikuloendotelial tizimining metabolik va to'siq funksiyasining funksional (kamroq morfologik) yetishmovchiligining o'xshash sharoitlarida sodir bo'ladi. Endogen mikrofloraning oshqozon-ichak traktidan oshqozon osti bezi va retroperitoneum to'qimalariga ko'chishi vayron qiluvchi pankreatit patogenezining asosiy bo'g'inidir. U o'tkir pankreatitning dastlabki "erta" (infektsiyadan oldingi) va keyingi "kech" (yuqumli) bosqichlari o'rtasida

o'ziga xos "bog'lanish" ni tashkil qiladi. Kasallikning rivojlanishiga ko'ra, o'tkir pankreatitning patogenezida kasallikning ikkita asosiy bosqichi ajratiladi.

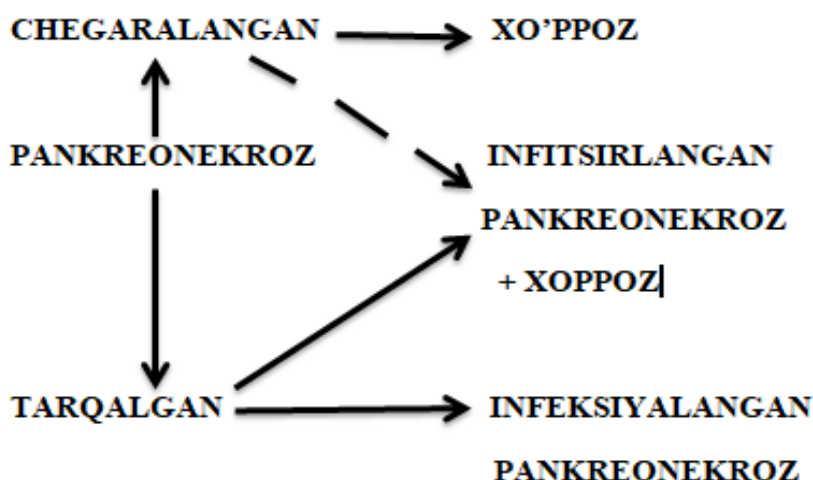
O'tkir pankreatit rivojlanishining birinchi bosqichi kasallikning boshlanishidan boshlab birinchi kun davomida tizimli yallig'lanish reaksiyasining shakllanishi bilan bog'liq bo'lib, oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarning avtoliz, nekrobioz va nekrozi abakterial xarakterga ega. Bunday sharoitda kasallikning birinchi haftasida, patomorfologik buzilishlarning og'irligiga qarab, o'tkir pankreatitning quyidagi shakllari shakllanishi mumkin: 1) nekrobioz elementlari, yallig'lanish va jarayonning chegaralanishi bilan, o'tkir interstitsial pankreatit rivojlanadi. (shishgan pankreatit); 2) yog'li yoki gemorragik nekroz bilan-steril pankreatik nekrozi (nekrotizan pankreatit). O'tkir pankreatit bilan bemorning ahvolidagi og'irligi pankreatogen toksinemiyaning og'irligi, pankreatogen shokning rivojlanishi va turli darajadagi shakllanishning ko'p a'zolar yetishmovchiligi bilan bog'liq. O'z vaqtida terapevtik choralar ta'siri ostida patologik jarayon interstitsial pankreatit bosqichida muvaffaqiyatli to'xtatilishi mumkin, aksincha vaziyatda u pankreatik nekrozga aylanadi. Steril pankreatik nekrozga uchragan bemorlarda kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida rivojlanayotgan kasalliklar majmuasi o'lim darajasining keng o'zgaruvchanligini tushuntiradi - 11 dan 30% gacha.

Kasallikning kuchayishi va pankreatik nekrozning natijasi bilan patologik jarayonning o'tkir pankreatitning ikkinchi bosqichiga o'tishi, bu turli lokalizatsiya nekroz sohalarida "kech" post-nekrotik yiringli asoratlarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi; tabiiydir. Bunday sharoitda birinchi fazaga o'xshash yallig'lanish vositachilarining qayta faollashishi va ko'payishi sodir bo'ladi, ularning qo'zg'atuvchisi nekroz zonalarini kolonizatsiya qiluvchi mikroorganizmlarning toksinlari hisoblanadi. Kasallikning yuqumli bosqichida patologik reaksiyalarning shafqatsiz doirasi oshqozon osti bezi nekrozining turli infeksiyalangan shakllari va septik (infektsion-toksik) shok va septik ko'p a'zolar etishmovchiligi ko'rinishidagi tizimli yallig'lanish reaksiyasining shakllanishida sifat jihatidan yangi bosqichni tashkil qiladi. . Pankreatik nekrozning turli infeksiyalangan shakllari bilan o'lim uning steril shakllariga nisbatan 2-3 baravar (40 dan 60% gacha) ortadi.

Pankreatik nekrozda infeksiyaning o'rtacha darajasi 40-70% ni tashkil qiladi, bu patologik jarayonning tarqalishi, kasallikning boshlanishidan boshlab vaqt davri, konservativ terapiyaning tabiati va jarrohlik davolash taktikasi bilan belgilanadi. Pankreatik nekroz davrida infeksiyaning rivojlanishi patomorfologik o'zgarishlar evolyutsiyasining muhim bosqichi sifatida ko'rib chiqilishi kerak.

Nekrotik lezyonlar darajasi va infeksiya ehtimoli o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud. Cheklangan me'da osti bezi nekrozi va infeksiya qo'shilishi bilan absess rivojlanadi, keng tarqalgan nekrotik jarayon bilan keng tarqalgan infeksiyalangan pankreatik nekroz shakllanadi, bu bir qator hollarda absess bilan birlashadi (1-sxema).

1-sxema. Pankreatik nekrozning turli shakllarining evolyutsiyasi



Nekrozning yuqtirilgan shakllari aniqlanadi: kasallikning birinchi haftasida har to‘rtinchi bemorda; ikkinchi haftada azob chekayotgan bemorlarning deyarli yarmida; kasallikning boshlanishidan uchinchi va to‘rtinchi haftalar davrida halokatli pankreatit bilan og‘rigan har uchinchi bemor. Jarrohlik paytida olib tashlangan krotik bo‘lmagan to‘qimalarda aniqlangan bakteriyalarning aksariyati gram-manfiydir. Pankreatogen infeksiyaning eng keng tarqalgan qo‘zg‘atuvchisi: ichak tayoqchasi (26%), Pseudomonas aeruginosa (16%), stafilokokklar (15%), Klebsiella (10%), streptokokklar (4%), Enterobacter (3%) va anaeroblar. Qoida tariqasida, qo‘ziqorin infeksiyasi kasallikning boshlanishidan 2 hafta yoki undan ko‘proq vaqt davomida rivojlanadi, bu avvalgi antibakterial terapiyaning davomiyligi bilan bog‘liq.

Pankreatik nekrozning dastlabki steril joylarini infeksiyasi endogen (ichak) va ekzogen (operatsiya qilingan bemorda drenajlar va tamponlar yordamida) kelib chiqadigan opportunistik mikrofloralar bilan ifloslanish natijasida yuzaga keladi.

O‘tkir pankreatitning tasniflanishi

O‘tkir pankreatitning klinik va morfologik tasnifining asosi oshqozon osti bezi va retroperitoneal to‘qimalarning turli qismlarining nekrotik lezyonlarining tarqalishini, yallig‘lanishning bosqichma-bosqich rivojlanishini hisobga olgan holda kasallikning shakllari, qorin bo‘shlig‘i va tizimli asoratlari hisoblanadi. - bakteriyadan infeksiyaga qadar nekrotik jarayon.

Kasallik shakllari

I. Shish (interstitsial) pankreatit.

II. Steril pankreonekroz.

- zararlanishni tarqalishiga ko‘ra: chegaralangan va tarqalgan.

- zararlanishning tabiatiga ko'ra: yog'li, gemorragik, aralash.

III. Infeksiyalangan pankreonekrozlar.

Maxalliy asoratlar

Infeksiyalangacha bo'lgan mahalliy asoratlar:

1. Parapancreatik infiltrat (omentobursit, retroperitoneal joylashgan hajimli suyuqliklar).
2. Retroperitoneal to'qimalarning nekrotik (aseptik) flegmonasi (parapancreatik, pararenal, tos va boshqalar)
3. Peritonit: fermentativ (abakterial).
4. Pseudokista (steril).
5. Arroziv qon ketish (qorin ichidagi va oshqozon-ichak traktida)

Infeksiyalanish bosqichida:

1. Retroperitoneal to'qimalarning septik flegmonasi: parapancreatik, pararenal, tos bo'shlig'ida.
2. Pankreatogen xo'ppoz (retroperitoneal bo'shliqlar yoki qorin bo'shlig'i)
3. Fibrinoz-yiringli peritonit (mahalliy, keng tarqalgan).
4. Pseudokista infeksiyalangan.
5. Ichki va tashqi oshqozon osti bezi, oshqozon va ichak oqmalar.
6. Arroziv qon ketish (qorin bo'shlig'ida va oshqozon-ichak traktida)

Tizimli asoratlar

1. Steril pankreonekrozga va uning qorin bo'shlig'ida asoratlarida uchrovchi pankreatogen shok.
2. Infeksiyalangan pankreonekroz va uning qorin bo'shlig'idagi asoratlaridagi septik (infeksion-toksik) shok.
3. Steril pankreonekroz va oshqozon osti bezi nekrozi va ularning asoratlarida kuzatiluvchi poliorganyetishmovchiligi

Taqdim etilgan tasnif o'tkir pankreatit bo'yicha xalqaro konferensiya (1992) va IX Butunrossiya jarrohlar kongressi (2000) tavsiyalariga asoslangan yallig'lanish-nekrotik jarayonni rivojlantirish variantlari haqidagi zamonaviy g'oyalarni birlashtiradi. dinamikasi, eng aniq klinik usullarning qat'iy belgilangan to'plamidan foydalanish - laboratoriya va vizual diagnostika, real vaqt rejimida kasallikning shaklini va uning asoratlarini aniq tekshirishga va kompleks davolash taktikalarida differentsial yondashuvdan foydalanishga imkon beradi.

Klinik amaliyot nuqtai nazaridan, o'tkir pankreatit bo'yicha xalqaro konferensiya (1992) mutaxassislari pankreatitni og'ir va o'rtacha zo'ravonlik bilan ajratishni tavsiya qiladilar. "Og'ir" o'tkir pankreatit uchun etakchi omil ko'plab organlarning buzilishi va yoki mahalliy shakllar (steril va infeksiyalangan pankreatik nekrozlar, absess, psevdokist) rivojlanishi hisoblanadi. O'z navbatida, kasallikning "o'rtacha" (engil) kursi o'tkir shish (interstitsial) pankreatitning rivojlanishi uchun xos bo'lgan minimal organ buzilishlari bilan tavsiflanadi.

O'tkir pankreatitning tasnifi Atlanta-92 tasnifini va uning 2011- yilda Kochinda taklif qilingan modifikatsiyasi (Xalqaro Pankreatologlar uyushmasi, International Association of Pancreatology) va 2012-dagi o'tkir pankreatit tasnifi bo'yicha xalqaro ishchi guruhi (Acute Pancreatitis Classification Working Group) tasniflari Rossiya jaroxlari tomonidan ishlab chiqilgan tasnif.

O'tkir pankreatit yengil turi. Bu turdagi o'tkir pankreatitda organ yetishmovchiligi va pankreonekroz shakllanmaydi. Makroskopik va morfologik o'zgarishlar- interstitsial shish, ba'zan - mikroskopik nekrozlar.

O'tkir pankreatit o'rta og'ir turi. Kasallikning quyidagi mahalliy ko'rinishlaridan kamida bittasi mavjudligi bilan tavsiflanadi: peripankreatik infiltrat, psevdokista, chegaralangan infeksiyalangan pankreonekrozlar (xo'ppoz) - yoki va vaqtinchalik shakldagi organ yetishmovchiligining umumiy ko'rinishlarning rivojlanishi (48 soatdan ortiq bo'lmagan).

O'tkir pankreatit og'ir turi. Infeksiyalangan chegaralanmagan pankreonekroz (yiringli-nekrotik parapankreatit) mavjudligi yoki va doimiy organ yetishmovchiligining rivojlanishi (48 soatdan ortiq) bilan tavsiflanadi.

O'tkir suyuqlik to'plamlari - og'ir va o'rta og'irlikdagi o'tkir pankreatit bilan og'irgan bemorlarningda 30-50% uchraydigan erta vaqtlarda (birinchi 2 hafta kasallik) sodir bo'ladi. Suyuqlik to'planish o'choqlaribez ichkarida joylashgan bo'ladi yoki uning atrof to'qimalarida to'planadi, ularning aniq devori mavjud emas. Ko'p hollarda to'plangan suyuqlik o'z-o'zidan regressiyaga uchraydi, lekin ba'zida ular psevdokista yoki xo'ppoz rivojlanishining boshlang'ich bosqichiga aylanishi mumkin.

Pankreatik nekrozi va yoki pankreonekroz (PN) - og'ir va o'rta og'ir pankreatit uchun asosiy substrat hisoblanadi, erta (birinchi 2 kun ichida) va diffuz yoki oshqozon osti bezi parenximasining fokal bakteriya zonasi, odatda peripankreonekrozi bilan bog'liq bo'lgan bez to'qimasida rivojlanadi. Bez to'qimalariga yoki uning atrofidagi to'qimalarga qon quyilishlari kuzatilishi mumkin.

Retroperitoneonekroz - retroperitoneal to'qimalarning nekrozi bilan birgalikda bezining atrofdagi yog'larpatologik jarayonga qo'shilishi xisobiga oshqozon osti bezining kanal tizimining destruksiyasi kuzatiladi. Erta davrlarda, toksemiya paydo bo'ladi. Retroperitoneal to'qimalarning nekrozi yuzaki yoki chuqur, chegaralangan yoki keng tarqalgan bo'lishi mumkin.

Infeksiyalangan pankreonekrozlar - me'da osti bezi va/yoki peripankreatik yog' to'qimalarning diffuz nekrotik bakterial yallig'lanishi bo'lib,

ko'pincha retroperitoneal bo'shliqqa chuqur tarqalgan hech qanday qobiq mavjud bo'lmagan mahalliy yiringning to'plamlarini tashkil etadi. Ko'p holatlar destruktiv bosqichlarida - 2-3-haftada rivojlanadi, ammo ko'p holatlarda massiv zararlanishlarga kasallikning dastlabki bosqichlarida aniqlash mumkin.

Pankreatogen xo'ppoz - og'ir va o'rta og'irlikdagi o'tkir pankreatitning kech asoratlari sifatida yuzaga keladi, odatda kasallikning 4-6 haftalaridan oldin boshlanishi mumkin emas. Ko'pincha, jarayon nekroz o'choqlarining erishi va ulardagi suyuqlikning infeksiyasi natijasida ikkilamchi shakllanishi bilan hosil bo'ladi.

Absess - yiringli to'plamni yuzaga keltirib bu oz miqdordagi nekrotik to'qimalarni o'z ichiga oladi. Bez va retroperitoneal to'qimalarda nekrotik o'zgarishlar juda oz miqdorda bo'ladi.

O'tkir psevdokista - O'tkir pankreatitning (O'P) og'ir kechki asorat sifatida yuzaga keladi, odatda boshlanganidan 4-6 hafta oldin bo'lmagan muddatlarda rivojlanadi. Bu pankreatik fermentga boy suyuqlik bo'lib oshqozon osti bezi kanalining strukturasi buzilishi tufayli yuzaga keladi. O'tkir psevdokistalar devorini epiteliy bo'lmagan tolali qavati mavjud bo'lib va aniq chegarasi bo'ladi. Oshqozon osti bezi asosiy kanali bilan bog'liq yoki bo'lmasligi mumkin. Nekrotik to'qimalarni (sekvestrlarni) o'z ichiga olishi mumkin.

Infeksiyalangan psevdokista - kech asorat sifatida yuzaga keladi, odatda kasallikning boshlanishidan 4-6 hafta oldin emas. Bu oshqozon osti bezi soxasida infeksiyalangan suyuqlikning mahalliy to'planishi. Ba'zan infeksiyalangan kista sekvestrlarni o'z ichiga oladi, xo'ppozga o'xshash bo'ladi ammo undan granulyatsiya belgisini yo'qligi bilan farq qiladi.

Yiringli asoratlar (me'da osti bezi xo'ppoz yoki yiringli-nekrotik parapankreatit) quyidagi belgilarning kamida bittasi mavjud bo'ladi:

Kompyuter tomografiyasida oshqozon osti bezi nekrozi hududida havo pufakchalari aniqlanadi.

Nozik igna bilan olingan biopsiyada ijobiy bakteriologik ekmalar aspirati bo'ladi.

Sanitsiya paytida olingan substratda ijobiy bakteriologik ekmalarning mavjudligi.

Organ yetishmovchiligida quyidagi 3 ta organ tizimidan birida (yurak-qon tomir, buyrak va nafas olish) eng yomon ko'rsatkichlari aniqlanadi.

Baxolash SOFA (Sepsis bilan bog'liq organlar yetishmovchiligini baholash) shkalasining tegishli ko'rsatkichlari bo'yicha amalga oshiriladi. 2 ball chegarasidan oshib ketish organ yetishmovchiligini tashxislash uchun asos bo'ladi:

Yurak-qon tomir yetishmovchiligi: inotrop dorilar foydalanish zarurati.

Buyrak yetishmovchiligi: kreatinin >171 $\mu\text{mol/L}$ ($>2,0$ mg/dL).

Nafas olish yetishmovchiligi: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg (< 40 kPa).

Tranzitor organ yetishmovchiligi - bu biror bir organ tizimi 48 soatdan kamroq vaqt davomida yetishmovchiligi

Doimiy organ yetishmovchiligi - Bitta organ tizimi ning 48 soat yoki undan ko'proq vaqt davomida yetishmovchiligi.

Poliorgan yetishmovchiligi - bu ikki yoki undan ko'progantizimlari yetishmovchiligi.

Ushbu tasnif hozirgikunga kelib yuqori ahamiyatga ega tasnif bo'lib? O'tkir pankreatitning klinik va morfologik

O'TKIR PANKREATITNING KLINIKASI

O'tkir pankreatitning asosiy belgilari og'riq, qusish va meteorizmdir (Mondor triadasi). Og'riq odatda to'satdan paydo bo'ladi, ko'pincha kechqurun yoki kechasi, dietada xatolik yuz bergandan so'ng (qovurilgan yoki yog'li ovqatlar, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish). Qoida tariqasida, ular yorug'lik oraliqlarisiz intensiv xarakterga ega. Ba'zida bemorlar hatto ongni yo'qotadilar. Uning eng tipik lokalizatsiyasi oshqozon osti bezining anatomik holatiga mos keladigan kindik ustidagi epigastral mintaqadir. Og'riq epitsentri o'rta chiziqda seziladi, lekin asosan uning o'ng yoki chap tomonida joylashgan bo'lishi va hatto butun qorin bo'shlig'iga tarqalishi mumkin. Odatda og'riq kosta qirrasi bo'ylab orqa tomonga, ba'zan pastki orqa, ko'krak va elkaga, chap kostovertebral burchakka tarqaladi. Ko'pincha ular tabiatni o'rab olishadi va siqilgan kamar yoki halqa taassurotini yaratadilar. Agar oshqozon osti bezi boshi asosan ta'sirlangan bo'lsa, og'riqning lokalizatsiyasi o'tkir xoletsistitga o'xshash bo'lishi mumkin, agar uning tanasi ta'sirlangan bo'lsa - oshqozon kasalligi va quyruq ta'sirlangan bo'lsa - yurak va buyrak kasalliklari. Bir qator holatlarda o'tkir og'riq sindromi kollaps va shok belgilariga olib kelishi mumkin: ko'p ter, qon bosimining pasayishi, pulsning zaiflashishi bilan taxikardiya.

Og'riq bilan deyarli bir vaqtning o'zida takroriy, og'riqli va yengilliksiz qusish paydo bo'ladi. Bu ovqatlanish yoki suv ichish orqali qo'zg'atiladi. Kusishning takroriy tabiatiga qaramasdan, qusish hech qachon turg'un (fekal) xususiyatga ega emas. Bir qator hollarda og'ir ekzokrin pankreatik etishmovchilik bilan bog'liq diareya mavjud. Kasallikning boshlanishida tana harorati ko'pincha subfebril bo'ladi. Pankreatitning umumiy steril va turli infektsiyalangan shakllari rivojlanishi bilan gektik isitma qayd etiladi. Shu munosabat bilan shuni ta'kidlash kerakki, tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilarining og'irligiga asoslanib, destruktiv pankreatitning tabiati va tarqalishini faqat shartli ravishda baholash mumkin. Bemorlarning xatti-harakati odatiy - ular bezovtalanib, og'riq qoldiruvchi vositalarni so'rashadi. O'tkir pankreatitning muhim va erta diagnostik belgisi yuz va ekstremitalarning siyanozidir. Yuzdagi binafsha rangli dog'lar ko'rinishidagi siyanoz Mondor simptomi, qorinning yon devorlarida siyanoz dog'lari ("kindik atrofi ekximozi") - Grey-Tyorner simptomi sifatida, kindik atrofi siyanози - Grunvald kasalligi sifatida tanilgan. simptom. Kasallikning keyingi bosqichlarida yuzning siyanози terining yorqin giperemiyasi bilan almashtirilishi mumkin, ayniqsa yuz - "Kalli-Krein yuzi". Ro'yxatda keltirilgan belgilar tez rivojlanayotgan gemodinamik va mikrosirkulyatsiya buzilishlariga, giperenzimemiyaga asoslangan.

Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, uning shishishi, asosan, yuqori bo'limlarda qayd etiladi. Og'ir holatlarda qorin bir tekis shishiradi va hatto yuzaki palpatsiyada

ham og'riqli bo'ladi. Chuqur palpatsiya bilan og'riq keskin kuchayadi, ba'zida chidab bo'lmas holga keladi. Lomber mintaqani, ayniqsa chap kostovertebral burchakni paypaslaganda kuchli og'riq paydo bo'ladi (Mayo-Robson simptomi). Yuzaki palpatsiya bilan aniqlangan sezuvchanlikning ortishi sohasida qorin old devori mushaklarining qattiqligi aniqlanadi. Qoida tariqasida, mushaklarning kuchlanishi fermentlarga boy pankreatogen efüzyon va pankreatogen peritonit hodisalari mavjudligini ko'rsatadi. Oshqozon osti bezining proeksiyasida qorin old devorining ko'ndalang og'riqli qarshiligi (Kerthe simptomi) juda tez-tez kuzatiladi.

O'tkir pankreatitning belgilaridan biri oshqozon osti bezi hajmining oshishi va retroperitoneal to'qimalarning shishishi tufayli qorin aortasining pulsatsiyasining yo'qligi fenomeni - Voskresenskiy simptomidir.

Jarayon omental bursada lokalizatsiya qilingan hollarda mushaklarning kuchlanishi asosan epigastral zonada aniqlanadi; jarayon o'z chegaralaridan tashqariga chiqqanda - parakolon va tos to'qimalari, shuningdek qorin pardaga, mushaklarning aniq kuchlanishi va Shchetkin-Blumbergning ijobiy belgisi paydo bo'ladi. Shuni esda tutish kerakki, nekrotik jarayon oshqozon osti bezining kaudal qismida lokalizatsiya qilingan bo'lsa, qorin pardaning tirnash xususiyati belgilari engil bo'lishi mumkin, bu jarayonning asosan retroperitoneal lokalizatsiyasi va peritonitning yo'qligi bilan bog'liq. Bosh ta'sirlanganda, eng tipik sariqlik va gastroduodenal parezning tez rivojlanishi hisoblanadi.

O'tkir pankreatitning og'ir shakllarida qorin bo'shlig'ining **eğimli** joylarida xiralik aniqlanishi mumkin, bu qorin bo'shlig'ida efüzyon mavjudligini ko'rsatadi. Qorin auskultatsiyasida dinamik paralitik ichak tutilishi va pankreatogen peritonit rivojlanishi tufayli ichak tovushlarining zaiflashishi yoki yo'qligi aniqlanadi. Keling, kasallikning turli bosqichlarida pankreatik nekrozning ayrim patomorfologik shakllarining klinik ko'rinishlarining xususiyatlariga to'xtalib o'tamiz.

Parapancreatik infiltrat (omentobursit) retroperitoneal to'qimalarda patomorfologik jarayon evolyutsiyasining oraliq variantlaridan biridir. Klinik rasm uzoq davom etadigan og'riq sindromi, 37,5-38,0 ° S gacha bo'lgan subfebril harorat, qorin bo'shlig'ining yuqori qismida palpatsiya qilingan og'riqli infiltrat va gastroduodenal obstruksiya belgilari bilan ifodalanadi.

Retroperitoneal to'qimalarning nekrotik flegmonasi pankreatik nekrozning umumiy steril va infeksiyalangan shakllariga hamroh bo'ladi. Pankreatik nekrozning bu asorati aniq tizimli yallig'lanish reaksiyasi, peritoneal simptomlarning paydo bo'lishi, doimiy ichak parezlari, pankreatogen yoki yuqumli-toksik shok va ko'p a'zolar etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Nekrotik to'qimalar infeksiyalanganda, retroperitoneal to'qimalarning septik flegmonasi hosil bo'ladi. Bu og'ir isitma, lomber mintaqada shish va og'riq, dinamik ichak tutilishi belgilari va jiddiy metabolik kasalliklarga mos keladi.

Ko'p hollarda keng tarqalgan infeksiyalangan pankreatik nekrozlar kasallikning dastlabki (1-2 hafta) bosqichlarida shakllanadi. Kasallikning bu shakli

pankreatik nekrozning klinik va laboratoriya belgilari fonida, aniq tizimli yallig'lanish reaksiyasi (gektik harorat, titroq, gipotenziya) va poliorganik buzilishlarning davom etishi yoki paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Og'ir kasallik bilan og'rikan bemorlarda septik shokning rivojlanishi pankreatik nekrozga uchragan bemorning ahvoli og'irligining kritik darajasi sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Bunday vaziyatda kasallikning patognomonik ko'rinishlari quyidagilardir: akrosiyanoz, terining "marmar" rangi, teridagi "ferment dog'lari", giperhidroz, kardiopulmoner, jigar-buyrak etishmovchiligi. Nafas qisilishi va taxikardiya, 90 mm Hg dan past tizimli gipotenziya bilan tavsiflanadi. Art., vazopressor qo'llab-quvvatlash talab, oligoisostenuria, gematuriya, proteinuriya, ruhiy kasalliklar.

Kasallik boshlanganidan 2-3 hafta o'tgach, rivojlanayotgan yiringli-nekrotik o'choqning nekrotik komponenti ahamiyatsiz ustunlik qilganda yoki uning suyuq elementi bilan solishtirish mumkin bo'lsa, murakkab intensiv terapiya fonida bemorning ahvoli barqaror bo'lib qoladi yoki yaxshilanish tendentsiyasiga ega. , pankreatogen infeksiyaning quyidagi shakli shakllanishi mumkin - pankreatogen absess bilan birgalikda yuqumli ko'rsatilgan pankreatik nekrozlar. Kasallikning ushbu shaklining klinik ko'rinishining o'ziga xos xususiyati bemorning ahvolining barqaror og'irligi, isitma, titroq va o'rtacha taxikardiyaning davom etishidir. Parapankreatik infiltratning shakllanishi xarakterlidir, u qorinning yuqori qismida va mezogastrik sohalarda paypaslanadi.

Pankreatogen absess (oshqozon osti bezi absessi, omental bursa absessi, retroperitoneal to'qimalar absessi) kasallikning 3-4 xaftaligida va keyinroq shakllanadigan cheklangan pankreatik nekrozning tipik "kech" asoratidir. Buning oldidan parapankreatik infiltratning klinik ko'rinishi, bemorning nisbatan qoniqarli holati bilan yuzaga keladigan "xayoliy farovonlik" davri bo'lishi mumkin. Kasallikning belgilangan davrida qizg'in isitma, titroq va palpatsiya qilinadigan og'riqli infiltrat paydo bo'ladi, bu pasayishga moyil emas. Infeksiyalangan pankreatik nekrozga o'xshab, ko'p a'zolarining jiddiy buzilishlari va septik shokning rivojlanishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Absess oshqozon osti bezining boshida lokalizatsiya qilinganida, gastroduodenal parez rivojlanadi, bu qusish bilan namoyon bo'ladi. Organning tanasida va dumida lokalizatsiya qilinganida, pastki orqa qismida og'riqni lokalizatsiya qilish, ko'krakning chap yarmiga og'riqni tarqatish va chap tomonlama plevrit rivojlanishi mumkin.

Pankreatik psevdokista pankreatik nekrozga uchragan bemorlarda kasallik boshlanganidan bir oy o'tgach, aseptik sharoitda yuzaga keladigan sekvestr natijasida hosil bo'ladi. Morfologik nuqtai nazardan, kist oshqozon osti bezi proektsiyasida oshqozon osti bezi sekretsiasining to'planishi bo'lib, u yaqin atrofdagi organlar tomonidan kapsula-devor shaklida chegaralanadi. Suyuq hajmli shakllanishlar kasallikning dastlabki bosqichlarida bemorlarning 30-50% da shakllanadi. Klinik jihatdan psevdokist epigastriumda uzoq muddatli og'riqlar, o'n ikki barmoqli ichak tutilishi belgilari va qorinning yuqori qismida katta hajmli,

paypaslangan, yumaloq, zich elastik shakllanishning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.

O'tkir pankreatitni tashxislash uchun bir qator klinik simptomlar qo'llaniladi.

Mondor simptomi- yuz vabadanda binafsha rangli dog'lar (kasallikning destruktiv shakllarida kuzatiladi).

Grey Tyorner simptomi - qorinning lateral devorlarining siyanozi.

Gryunvald simptomi - kindik atrofini siyanozi.

Kullen simptomi – kindik atrofi terisining sarg'ayishi.

Kerte simptomi - epigastral soxada, kindikdan 6-7 sm balandlikda ko'ndalang chiziq shaklida og'riqli qarshilik (bemolarning 60-80% da kuzatiladi).

Voskresenskiy simptomi - epigastral soxada qorin aortasining pulsatsiyasining yo'qligi (bemolarning 60-70 foizida kuzatiladi).

Lagerlofsimptomi - yuzning aniq siyanozi.

Holsted simptomi qorin terisining siyanozi hisoblanadi.

Mayo-Robson simptomi - chap qovurg'a-umurtqa burchagini barmoqlar bilan bosilganda og'riq hissi (bemolarning 40-50% da kuzatiladi).

Razdolskiy simptomi - oshqozon osti bezi ustida perkussiyada og'riq kuzatilishi.

O'TKIR PANKREATITNI TASHXISLASH

Laboratoriya diagnostikasi

O'tkir pankreatitning asosiy ko'rinishi oshqozon osti bezining funksional buzilishlari, xususan, giperfermentemiya fenomenidir. O'tkir pankreatit patogenezining bu xususiyati diagnostika standarti bo'lgan qon plazmasidagi oshqozon osti bezi fermentlarining (amilaza, lipaza, tripsin, elastaz) faolligini aniqlash orqali kasallik diagnostikasida qo'llaniladi. An'anaga ko'ra, barcha oshqozon osti bezi fermentlari indikator (amilaza, transamidinaz) va patogenetik (lipaza, tripsin) ga bo'linadi.

Klinik amaliyotda eng keng tarqalgani qondagi alfa-amilaza va lipaz faolligini aniqlashdir. Umumiy va pankreatik amilaza faolligining zardob darajasining me'yorning yuqori chegarasiga nisbatan 3 baravar va lipazning 2 baravar oshishi pankreaostazni ko'rsatadi, bu kasallikning klinik belgilari bilan birgalikda o'tkir pankreatit tashxisini tasdiqlaydi. Sarum amilaza faolligining maksimal qiymatlari kasallikning boshlanishidan boshlab birinchi kun davomida kuzatiladi, bu o'tkir pankreatit bilan og'riq bemolarning ko'pchiligida kasalxonaga yotqizish davriga to'g'ri keladi. Shu bilan birga, kasallikning boshlanishidan keyingi davrda qondagi lipaza darajasini aniqlash muhimroq diagnostik testdir, chunki o'tkir pankreatit bilan og'riq bemorning qonida uning faolligi ko'proq vaqt davom etadi. amilazemiya qiymatlari. Bu pozitsiya amilaza testiga nisbatan lipaz testining yuqori sezuvchanligi va o'ziga xosligini aniqlaydi.

Qondagi umumiy amilaza faolligi darajasini aniqlash uchun testning past o'ziga xosligi qorin bo'shlig'i organlarining ko'plab shoshilinch kasalliklarida giperamilazemiya aniqlanganligi bilan bog'liq. Shu munosabat bilan, o'tkir pankreatitni boshqa kasalliklar bilan differentsial tashxislashda bemorning qonida pankreatik (P-tipli izoenzim) amilazasini aniqlash uchun testdan foydalanish aniqroqdir. Shuni esda tutish kerakki, P-tipli izoamilaza darajasining oshishi diabetik ketoatsidozda aniqlanishi mumkin.

Kasallikning dinamikasida qondagi tripsin va elastaz darajasini aniqlashning nisbatan yuqori sezuvchanligiga qaramay, o'tkir pankreatit diagnostikasida, ushbu oshqozon osti bezi fermentlarining faolligini aniqlash juda ko'p mehnat talab qiladigan va qimmat bo'lganligi sababli kamroq klinik qo'llaniladi. usullari.

Klinik amaliyotda an'anaviy ravishda siydikda amilaza miqdorini aniqlash qo'llaniladi. Qo'shimcha tekshiruv sifatida laparoskopiya paytida peritoneal eksudatda amilaza aniqlanadi. Wolgemut usuli (siydikning umumiy amilolitik faolligini aniqlash), unga ko'ra siydikdagi amilazaning normal darajasi 16-64 birlik, uning ko'payishining turli darajalarini - 128 dan 1024 birlikgacha aniqlash imkonini beradi. va boshqalar. Ushbu test pankreatik alfa-amilaza haqida etarli ma'lumotga ega emas, chunki u tadqiqot uchun yuborilgan biologik muhitda mavjud bo'lgan glikolitik fermentlarning umumiy tabiatini aks ettiradi.

Ko'pgina tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, amilazemiya darajasi (amylazuriya), oshqozon osti bezi shikastlanishining tarqalishi va shakli (interstitsial, yog'li, gemorragik) o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik yo'q. Kasallikning dinamikasida giperamilazemiya (uriya) kasallikning birinchi kunlarida interstitsial pankreatit yoki o'choqli pankreatik nekrozga xos bo'lgan pankreatik ostaz sharoitida bezning saqlanib qolgan funksiyasini ko'rsatadi. Disfermentemiya (qondagi amilaza va lipaza nisbatining buzilishi) pankreatik nekrobiozni ko'rsatadi. Qondagi amilazaning normal darajasi va gipoamilazemiya (hatto afermentemiya) pankreatik nekrozga xos bo'lib, oshqozon osti bezining yo'q qilinishining keng tarqalgan xususiyatini va uning chiqarish funksiyasini yo'qotishini ko'rsatadi. Shuni esda tutish kerakki, o'tkir pankreatitning o'ziga xos ferment laboratoriya diagnostikasining barcha ko'rib chiqilgan ko'rsatkichlari (amilaza, lipaza, elastaz, tripsin) bemorning ahvolidan og'irligiga bog'liq emas va shuning uchun klinik va morfologik shakllarni farqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega emas.

Kasalliklar, xususan, interstitsial (shishgan shakl) pankreatit va pankreatik nekrozlar. Qonning ferment spektrini o'rganish natijalari har doim o'tkir pankreatit bilan og'rikan bemorni tekshirishning boshqa klinik, laboratoriya va instrumental usullaridan olingan ma'lumotlar bilan birgalikda ko'rib chiqilishi kerak. O'tkir pankreatitning og'irligini tavsiflovchi boshqa biokimyoviy belgilar qatorida, laboratoriya diagnostikasining istiqbolli yo'nalishi fosfolipaza A2, tripsin bilan faollashtirilgan peptidlar, interleykinlar 6 va 8, o'simta-nekrotik omil va neytrofil elastaning katalitik faolligini aniqlashdir. Pankreatik nekrozga uchragan bemorlarning qonida ushbu biokimyoviy moddalarning darajasi kasallikning

boshlanishidan boshlab qisqa vaqt ichida (24-48 soat) keskin oshishiga qaramay, klinik amaliyotda ushbu markerlardan foydalanish cheklangan. texnikaning yuqori narxi, minimal chegara darajasini ishonchli aniqlashning yo'qligi.

O'tkir pankreatitda umumiy qon testidagi o'zgarishlar qat'iy o'ziga xoslikka ega emas. Shu munosabat bilan, oshqozon osti bezi nekrozining aseptik keng tarqalgan va infeksiyalangan shakllarini laboratoriya differensial tashxislashda sezilarli qiyinchiliklar yuzaga keladi. Kuzatish va davolash dinamikasida qon leykotsitlari darajasining oshishi infeksiyalangan pankreatik nekroz foydasiga dalolat beradi. Ko'pincha leykotsitoz $12-15 \times 10^9 / l$ da qayd etiladi, ammo keng pankreatik nekroz bilan, ayniqsa septik asoratlarda rivojlanishi bilan, segmentlangan neytrofillar va tayoq shakllari va intoksikatsiyaning hisoblangan leykotsitlar indeksining oshishi tufayli sezilarli leykotsitoz kuzatilishi mumkin. Infeksiyaning bilvosita belgilaridan biri trombositopeniya, anemiya va atsidozdir. Ushbu faktlar klinik va instrumental ma'lumotlarning yig'indisida hisobga olinishi kerak.

O'tkir pankreatitning destruktiv shakllari uchun gemokonsentratsiya eng xosdir; bemorni kasalxonaga yotqizish paytida gematokrit darajasi 47% dan yuqori va intensiv terapiyadan keyin 24 soat ichida uning kamaymasligi oshqozon osti bezi nekrozining rivojlanishidan dalolat beradi. Biokimyoviy qon testida qayd etilgan o'zgarishlar giper- va dismetabolizm sindromining rivojlanishini ko'rsatadi, bu pankreatitning halokatli shakllarida eng aniq namoyon bo'ladi. Bunday holatlarda qonning biokimyoviy spektridagi eng muhim o'zgarishlar: disproteinemiya, gipoproteinemiya va gipoalbuminemiya, giperazotemiya va giperglikemiya. Qon lipid spektrida gipertrigliseridemiya, gipoxolesterinemiya, yuqori zichlikdagi lipoproteinlar etishmovchiligi va yog 'kislotalari kontsentratsiyasining ortishi qayd etiladi. Doimiy giperglikemiya oshqozon osti bezining keng nekrozini ko'rsatadi va uning darajasi $125 \text{ mg} / \text{dl}$ ($6,9 \text{ mmol} / l$) dan yuqori bo'lsa, noqulay prognostik omil hisoblanadi.

O'tkir pankreatit bilan og'riqan bemorlarda jigar fermentlari spektrini o'rganish, oshqozon osti bezi nekroziga eng xos bo'lgan gepatotsellyulyar etishmovchiligining rivojlanishi bilan murakkablashganda, alanin (AlAt) va aspartik (AsAt) aminotransferazalarning yuqori miqdori aniqlanadi. Laktat dehidrogenaza (LDG) kontsentratsiyasining sezilarli o'sishi oshqozon osti bezi hujayralarining keng miqyosli shikastlanishini ko'rsatadi. Shuni esda tutish kerakki, shunga o'xshash laboratoriya o'zgarishlari o'tkir miokard infarkti, keng tarqalgan ichak infarkti va turli xil etiologiyali gepatitlarga xosdir.

Xoledoxolitiyaz tufayli o't yo'llari pankreatitida, shuningdek, oshqozon osti bezi boshining ustun shikastlanishi rivojlanishida xolestaz sindromining shakllanishi xarakterlidir, bu to'g'ridan-to'g'ri (bog'langan) bilirubin fraktsiyasi, yuqori faollik ustunligi bilan giperbilirubinemiya namoyon bo'ladi. aspartat amin transferaza va ishqoriy fosfataza.

Suv-elektrolitlar balansidagi aniq o'zgarishlar gemokonsentratsiya, kaliy, natriy, kalsiy yetishmovchiligi bilan ko'rsatiladi. Pankreatik nekrozning keng

shakllarida qon plazmasidagi kaltsiy konsentratsiyasining pasayishi uning steatonekroz o'choqlarida safro tuzlari shaklida cho'kishi bilan bog'liq.

O'tkir pankreatit bilan og'riqan bemorlarda kompleks diagnostika dasturida qo'llaniladigan qo'shimcha laboratoriya usullari qonda C-reaktiv oqsil va prokalsitonin konsentratsiyasini aniqlashdir. C-reaktiv oqsil haptoglobin va alfa-1-antitripsin bilan birga yallig'lanishning o'tkir fazasi oqsilidir. O'tkir pankreatitda uning qondagi konsentratsiyasi yallig'lanish va nekrotik jarayonning og'irligini aks ettiradi, bu bir tomondan, shishgan pankreatit va oshqozon osti bezi nekrozini, boshqa tomondan, bu ko'rsatkichni diagnostik test sifatida ishlatishga imkon beradi. steril va infeksiyalangan pankreatik nekrozlar. Shunday qilib, 120 mg / l dan yuqori C-reaktiv oqsil darajasi oshqozon osti bezining nekrotik lezyonlari foydasiga ko'rsatadi, shu bilan birga uning konsentratsiyasining kasallikning dinamikasida boshlang'ich darajadan 30% dan ko'proqqa oshishi, boshqa klinik ko'rsatkichlar bilan bir qatorda. va laboratoriya ma'lumotlari pankreatogen infeksiyaning rivojlanishini ishonchli tasdiqlaydi.

Yallig'lanishning o'tkir bosqichining boshqa reaktivlari orasida alfa-1-antitripsin konsentratsiyasi 4,5 g / l dan va alfa-2-makroglobulin 1,3 g / l dan ortiq nekrotizan pankreatitning laboratoriya mezoni hisoblanadi.

So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ketma-ket ikki tadqiqotda qonda prokalsitonin (kalsitoninning kashshofi) konsentratsiyasining 1,8 ng / ml dan oshishi nekrotik yo'q qilish o'choqlarining bakterial infeksiyasining muhim laboratoriya belgisi hisoblanadi. Uning darajasi o'tkir pankreatitning og'irligi va ko'p organ kasalliklarining og'irligi bilan bog'liqligi haqida dalillar mavjud. Ushbu laboratoriya testining afzalligi shundaki, uning konsentratsiyasini deyarli har kuni yarim miqdoriy tezkor usul yordamida aniqlash, natijani bir soat ichida olish mumkin. Hozirgi vaqtda o'tkir pankreatit bilan og'riqan bemorning qonida C-reaktiv oqsil, alfa-1-antitripsin va alfa-2-makroglobulin konsentratsiyasini aniqlaydigan prokalsitonin testidan klinik foydalanish laboratoriya tekshiruvlarining yuqori narxi bilan cheklangan.

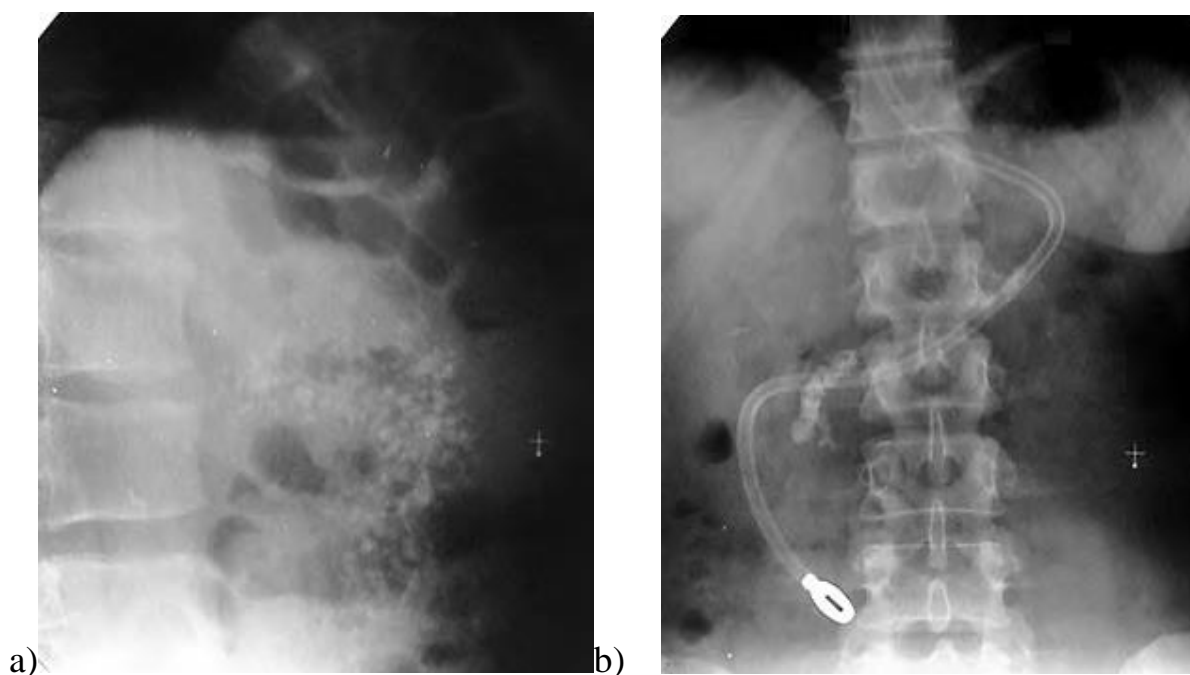
O'tkir pankreatitda instrumental tekshiruvlari

Jarrohlikda tasvirlash usullarini rivojlantirishning hozirgi bosqichida o'tkir pankreatit va uning turli shakllari diagnostikasini takomillashtirish uchun ultratovush ma'lumotlari (ultratovush), laparoskopiya, kompyuter tomografiyasi (KT), transkutanoz natijalarini o'z ichiga olgan instrumental usullar majmuasi qo'llaniladi. ultratovush va KT nazorati ostida turli joylarda nekroz zonalarining ponksiyonlari, endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya. Ushbu tekshirish usullarining natijalariga ko'ra kasallik va davolash dinamikasida o'tkir pankreatitning klinik va morfologik shakllarini aniq tekshirishga erishiladi.

O'tkir pankreatitning rentgenologik tekshiruvi. Ko'krak va qorin bo'shlig'ini rentgenologik tekshirish diafragmaning chegaralangan harakatchanligi,

plevra bo'shlig'ida erkin suyuqlikning mavjudligi, atelektaz, pnevmonit, o'n ikki barmoqli ichakdagi suyuqlik darajasi, oshqozon va ko'ndalang chamber ichak orasidagi masofaning oshishi, qorin bo'shlig'ining yuqori yarmining soyalanishi, oshqozondagi gazlarning oldinga siljishi, kabi belgilarni aniqlashga imkon beradi, ammo bu belgilarning barchasi O'P va me'da osti bezi nekrozining bilvosita belgilaridir (44-rasm).

Rentgen diagnostika usullari o'tkir pankreatit bilan og'riqan bemorlarni tekshirish usullari majmuasida, birinchi navbatda, o'tkir pankreatitni bo'shliq organning teshilishi va mexanik ichak tutilishidan differentsial tashxislashda o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyasida o'tkir pankreatitning spetsifik bo'lmagan belgilariga quyidagilar kiradi: ko'ndalang chamber ichakning shishganligi, ingichka ichakda oz miqdordagi suyuqlik mavjudligi Ko'krak qafasi rentgenogrammasida plevral suyuqlik va bazal atelektaz, diafragma gumbazining ko'tarilishi aniqlanadi, ko'pincha retroperitoneal to'qimalarning tegishli sohasi shikastlanishi bilan sinxronlanadi.



44-rasm. A-Qorinning o'ng yonbosh tomonidan rentgenogrammasi. Qorin orti bo'shlig'i L2-L3 soxada, ko'p sonli zichlashgan soya - oshqozon osti bezi kalsifikatsiyasi aniqlangan. B- Qorin bo'shlig'ini to'g'ridan obzor rentgenogrammasi. O'n ikki barmoqli ichakda zond. Oshqozon osti bezi asosiy yo'lida katta toshlarning zanjiri

O'tkir pankreatitning ultratovush tekshiruvi. Hozirgi vaqtda o'tkir pankreatitda eng samarali skrining usullaridan biri bu- ultratovush tekshiruvi bo'lib, u oshqozon osti bezi parenximasi, parapankreatik va qorin orti devorining holatini aniqlash imkonini beradi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ultratovushning aniqligi 40-85% dan 55-96% gacha o'zgarib turadi. Ultratovush tekshiruvi

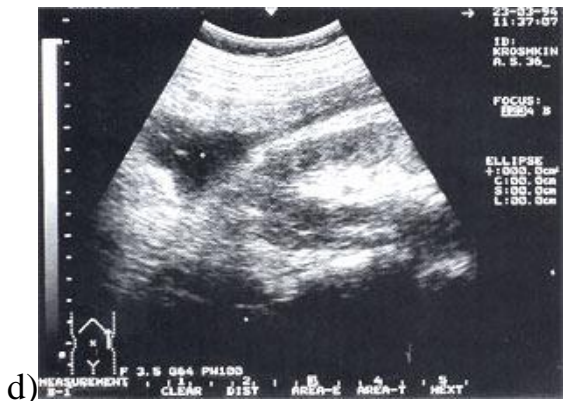
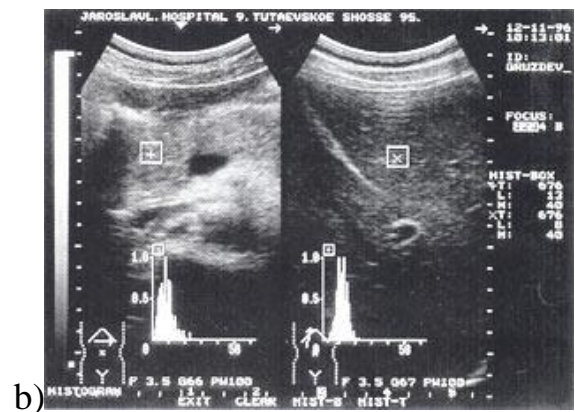
oshqozon osti bezi hajmining oshishi, konturlarning o'zgarishi, diffuz yoki mahalliy exogenlikning pasayishi, parenximaning geterogenligi kabi belgilarni aniqlashga imkon beradi, shuningdek, oshqozon osti bezi kanallarining holatini, toshlar mavjudligini baholashga imkon beradi (45-rasm).

UTT noinvaziv tekshiruv afzalliklariga ega bo'lib, bu bez to'qimalari va uning atrofidagi to'qimalardagi o'zgarishlarni dinamikada kuzatish imkonini beradi (sekvestrlarning shakllanishini, qorin bo'shlig'i asoratlarning paydo bo'lishini, peripankreatik infiltratlar, parapancreatik suyuqlikda to'planishini kuzatish, qorin orti devoir to'qimalar, paranefrit, parakolit, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligi, gastrostaz, toksik gepatit belgilari, ingichka ichak tutqichlari ishtrok etuvchi ichak parezlari rivojlanishi jarayonlarini). Ushbu tekshirish usulining kamchiliklari shundaki, ichak pnevmatozi paydo bo'lganda va bemorlarda ortiqcha vazn bilan bog'liq holatlarda, teri osti yog 'qatlami qalin bo'lganda qiyinchiliklar kelib chiqadi. Ko'pgina hollarda, faqat 5-7 kunlarda nekrotik o'choqlarni ultratovush tekshiruvida exogenligi kuchaygan yoki kamaygan zonalar shaklida aniqlashi mumkin va 13-14 kunlarda nekrotik o'choqlar gipoexogen tuzilishga ega bo'ladi.

Ultratovush tekshiruvi boshqa instrumental usullarga nisbatan arzon vanoinvaziv vizual diagnostika usuli bo'lib, uni o'tkir pankreatitga shubha qilingan skrining usuli sifatida tavsiya qilish imkonini beradi. Ultratovush tekshiruvi oshqozon osti bezi, safro tizimi, qorin bo'shlig'i va plevra bo'shliqlarining holatini baholash imkonini beradi. O'tkir pankreatitda ultratovush tekshiruvi 40-86% hollarda aniq tashxis qo'yish imkonini beradi, lekin har doim ham o'tkir pankreatitning klinik va morfologik shaklini ishonchli tekshirishga, retroperitoneal to'qimalarning holatini tavsiflashga yordam bermaydi. Usulning kamchiliklari o'tkir pankreatitning 25-30% holatlarida kuzatiladigan oshqozon-ichak traktining parezlari rivojlanishida kam ma'lumotli hisoblanadi.

O'tkir pankreatitdamuhim va xos ultratovush belgilari quyidagilar: oshqozon osti bezining boshi, tanasi va dumi hajmining kattalashishi, uning exostrukturasining geterogenligi va notekis konturlari, parapancreatik soxada va qorin bo'shlig'ida turli o'lchamdagi suyuqlik hosil bo'lishini ko'rishdir.

Vistseral tomirlar gemodinamik parametrlarni, oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarning zichligini o'lchash texnikasidan foydalanish orqalipankreonekrozda ultratovushning o'ziga xosligini, sezgirligini va aniqligini oshirishi mumkin.



45-rasm.A)-O‘tkir pankreatit, destruktiv shakli. Oshqozon osti bezi hajmining oshishi, konturlarning xiralashishi, oshqozon orqa devori va oshqozon osti bezi orasidagi masofaning oshishi. **B)**- O‘tkir pankreatit, oshqozon osti bezining exogenligining oshishi (jigarning exogenikligiga nisbatan)**C)**-O‘tkir pankreatitda me‘da osti bezi psevdokistasi, anexogen tuzilishga ega konturli aniq chegaralangan, giperexogen ko‘rinishli -me‘da osti bezi detritlari.**D)**-Chap tomonlama qorin orti flegmonasi - anexogen xosila bilan noto‘g‘ri shakldagi konturlar xiralashgan. Tekshiruv chap bel soxasidan amalga oshirilgan.

Pankreonekroz shakllarini tekshirishda ushbu usulning diagnostik ahamiyati, xo‘ppozlarning qorin orti devorijoylashishlarida va psevdokistalarning shakllanishida sezilarli darajada yuqori. Interstitsial pankreatit vapankreonekrozni farqlashda ultratovushning diagnostik qiymati KTga qaraganda ancha past. Oshqozon osti bezi nekrozining tashxisini tasdiqlashda ultratovush diagnostikasining aniqligi qorin bo‘shlig‘ining cho‘ntaklarida, plevra bo‘shliqlarida katta miqdordagi suyuqlikni aniqlashni imkonini beradi. Aorta anevrizmasi va siydik yo‘llari kasalliklari, asoratlangan o‘tkir xoletsistit bilan o‘tkir pankreatitning differentsial diagnostikasida bu usulning qiymatini ortiqcha baholash qiyin.Ultratovush tekshiruvi O‘P diagnostikasi uchun sub‘ektiv usul hisoblanadi va ko‘p jihatdan mutaxassisning professionalligiga va qurilmaning o‘zi bog‘liq bo‘ladi.

So‘nggi yillarda klinik amaliyotga endo-ultratovush tekshiruvi usuli joriy etildi. Oshqozon osti bezi va xoledoxni o‘rganish sifati sezilarli darajada oshadi, bu

kasallikning bilial tabiatida periampylar soxaning mikrolitiaz va patologiyalarini aniqlash imkonini beradi.

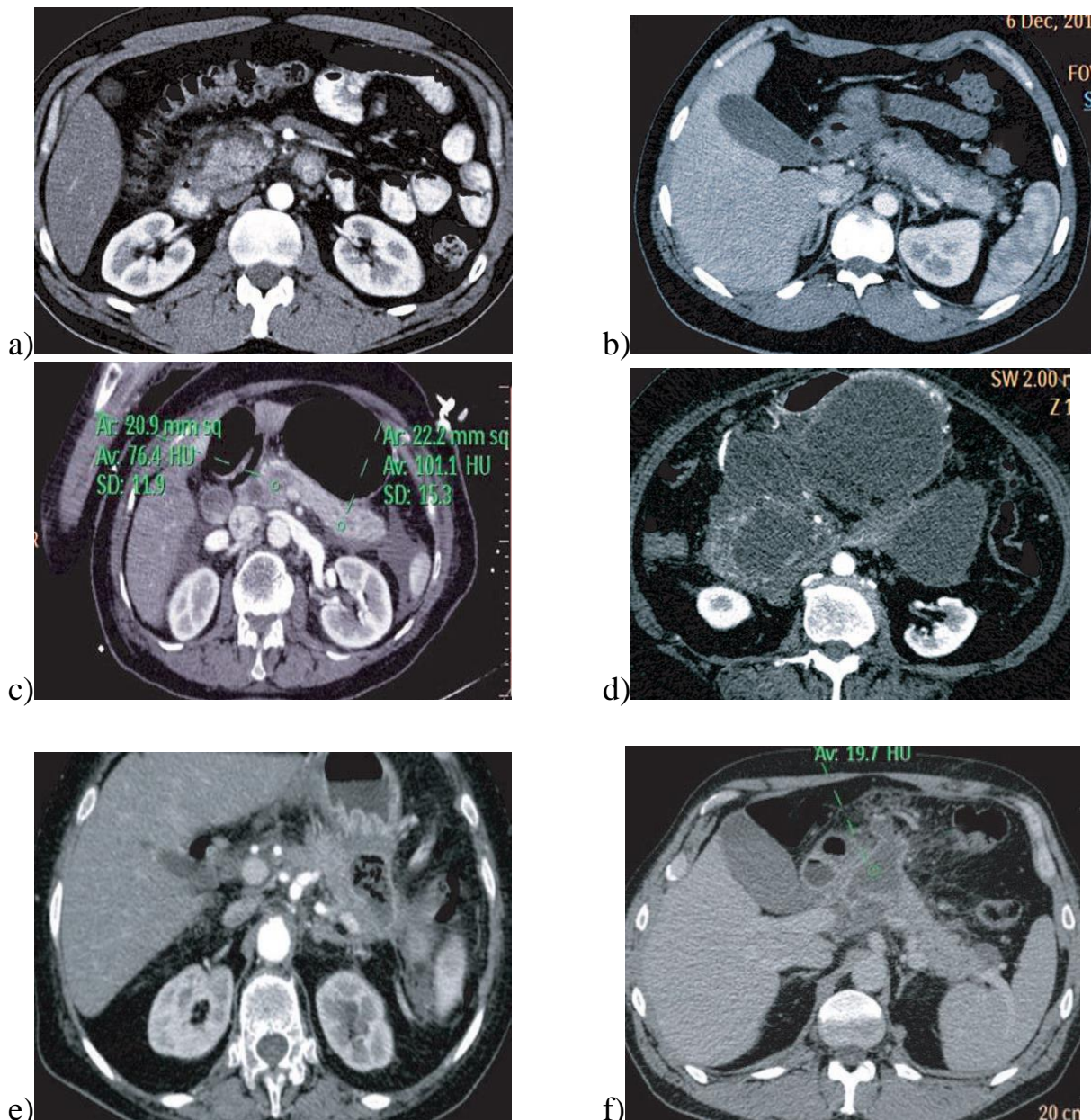
Adabiyotlarga ko'ra, ultratovush tekshiruvi yordamida kam invaziv tashrixlar keng tarqalgan bo'lib, psevdokistalar va parapankreatik soxaga yig'ilgan suyuqliklar punksiion aspiratsiyasi va drenaji, shuningdek teri orqali transgepatik xoletsisto- va xolangiostomiya amalga oshiriladi.

O'tkir pankreatitning kompyuter tomografiyasi tekshiruvi. Xozirgi kunga kelib o'tkir pankreatit va uning asoratlarini aniqlashda va tashxislashda eng keng tarqalgan tekshirish usullaridan biri bu-komyuter tomografiyasi (KT) bo'lib, sezgirligi 75-100% va o'ziga xosligi 92-96%ni tashkil etadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida kontrastli KT dan foydalanish O'P va uning yiringli asoratlari diagnostikasida eng ko'p ma'lumotli hisoblanadi, ayniqsa, chegaralangan destruksiyalio'choqlari yoki demarkatsiya chizig'i mavjud bo'lgan hollarda juda xam samarali bo'ladi. KT oshqozon osti bezining aniq batafsil tasvirini olish, uning shakli, hajmi, tuzilishi, atrofdagi to'qimalar va organlar bilan aloqasini baholash imkonini beradi. KT ning ustun tomonlari - bu noinvazivlik, bemor uchun minimal xavf, keng qo'llanilishi va diagnostikaning yuqori aniqligi. Yuqoridagi ma'lumotlarga ko'ra, KT ma'lumotlariga asoslanib, O'Pni quyidagi toifalarga bo'lish mumkin: A toifasi - normal oshqozon osti bezi. B toifasi - bezning fokal yoki diffuz kengayishi, yengil parenximal geterogenlik, kichik (3 sm dan kam) intrapancreatik suyuqlik to'planishi. C -toifasi B bilan bir xil, ammo parapankreatik to'qimalarda kichik yallig'lanish o'zgarishlari mavjud. D toifasi - C bilan bir xil, ammo aniqroq peripankreatik yallig'lanish o'zgarishlari (suyuqlikning bir joyda to'planishi). E toifasi - ko'p va keng tarqalgan peripankreatik suyuqlik to'planishi yoki xo'ppozlar. E.J.Balthazar KT ma'lumotlariga asoslanib, bezning shikastlanish sohasi quyidagicha baholaydi: nekrozning yo'qligi - 0 ball, oshqozon osti bezi hududining nekroz <30% - 2 ball, nekroz 30 dan 50% gacha - 4 ball, nekroz > 50% - 6 ball. Ammo bu ma'lumotlar kasallikning prognozini aniqlash uchun etarli emas, O'Pning og'irligini baholash uchun ishlatiladigan boshqa prognostik mezonlar va markerlar bilan keng qamrovli baholashni o'tkazish kerak (46--rasm).

Pankreonekrozga tashxis qo'yishda KTdan kontrastli foydalanish ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra oltin standart hisoblanib, oshqozon osti bezi parenximasining nekrozi bor-yo'qligini baholashga, parapankreatik suyuqlikning va nekrotik to'qimalarning sekvestrlaning to'planishiga, oshqozon osti bezi va parapankreatik xo'ppozlarni, o't yo'llari, qon tomir tuzilmalari va oshqozon-ichak yo'llaridagi destruktiv jarayonlarini aniqlashda muxim o'rin tutadi. Kontrastli KT ning katta kamchiliklari shundaki, uni buyrak yetishmovchiligi, mikrosirkulyatsiya buzilgan va yod preparatlariga yuqori sezuvchanligi bo'lgan bemorlarda o'tkazish mumkin emas.

Bugungi kunda kompyuter tomografiyasi (KT) oshqozon osti bezi holati va retroperitoneal bo'shliqning turli sohalari haqida ko'p qirrali ma'lumot beruvchi vizual tekshirishning eng nozik usuli (pankreatologiyada "oltin diagnostika standarti") bo'lib ko'rinadi.

Vizual diagnostikaning qiyosiy aspektida KT, ultratovushdan farqli o'laroq, zich nekrotik massalarni (nekrotik flegmona) turli soxada joylashgan suyuq shakllanishlardan (xo'ppoz, psevdokista) aniq ajratish, ularning o'zaro joylashishi, o't yo'llarining yallig'lanish-nekrotik ishtiroki haqida ma'lumot beradi jarayoni, qon tomir tuzilmalari va oshqozon-ichak traktining bo'limlarini taqdim etadi.



46-rasm.a) Shishgan pankreatit. Kontrastni kuchaytirishning arterial bosqichi (KK). Oshqozon osti bezining boshi atrofida shish hisobiga zichlashgan yog' to'qimasi aniqlanmoqda Oshqozon osti bezining boshi qismi kattalashmagan, kontrastli vosita bilan bir tekis bo'yalgan. **b)** Shishgan pankreatit. KK arterial fazasi.oshqozon osti bezi tana va dum qismi atrofida plashga o'xshash suyuqlik to'planish aniqlanadi - "sayoz qirg'oq chizig'i" belgisi (strelkalar).Bez parenximasida destruktiv o'zgarishlar aniqlanmagan.**c)**shishgan pankreatit. KK arterial fazasi.oshqozon osti bezi dum qismi atrofidasuyuqlikning to'plangan. Bez strukturasi kontrast moddaning kam to'planishi hisobiga yengil geterogenlik o'chog'i aniqlanmoqda , baholash mumkin emas - "noaniq rasm"**d)** Psevdokistalar hosil bo'lishi bilan asoratlangan shish pankreatit.KK arterial fazasi.Oshqozon osti bezi atrofida kista suyuqligining to'planishi.Shunisi e'tiborga loyiqki,

ularning kapsula kontrast moddani to'plamaydi (strelka.)e) Oshqozon osti bezining xo'ppozi. Gaz hosil qiluvchi infeksiyalarning rivojlanishi. Oshqozon osti bezining tanasi va dum qismi chegarasida xo'ppoz aniqlanadi. Xo'ppoz kapsulasi bo'yalgan (strelka), tarkibi yiring va qorin orti bo'shliqning yog'li to'qimalarida yagona gaz pufakchalari aniqlanadi.f) Xo'ppoz bilan asoratlangan destruktiv pankreatit. Belgilangan densitometrik indeksi 7,6 birlik bo'lgan suyuqlikning to'planishi. H.U. 7 kundan keyin nazorat tadqiqotida suyuqlik to'planadi yaxshi bo'yalgan kapsula bilan chegaralangan (strelka), va kontent densitometrik indeksi 19,7 birlik HU gacha ortadi.

Diagnostika bo'limida KT usuli tegishli tashkil etilishi bilan kasallikning dinamikasi va davolashda retroperitoneal bo'shliqning holatini vizual baholash, shu jumladan oqilona jarrohlik yondashuvni aniqlash, jarrohlik aralashuvlar ko'lamini rejalashtirish, nekrotik to'qimalarning diagnostik punksiyonlari va suyuq shakllanishlar, ularning infeksiyasiga shubha qilingan taqdirda, oshqozon osti bezi nekrozining turli shakllari va uning asoratlarida transkutan drenaj operatsiyalari uchun jarrohlik aralashuvini amalga oshirish uchun qayta-qayta ishlatilishi mumkin.

Yuqoridagi barcha holatlarni hisobga olgan holda, patologik jarayonning tarqalishi va uning murakkab shakllarining rivojlanishi haqida kerakli ma'lumotlarni olish uchun pankreonekrozga uchragan bemorni davolash dinamikasida KT o'tkazilishi kerak.

Oshqozon osti bezi zararlanishini baholashda eng informatsion va yuqori sezgir usuli bu- KTning tomir ichiga kontrastni kuchaytirish hisoblanadi. Usul 3-4 ml/sek tezlikda infuzion nasos yordamida 100-120 ml yodda eriydigan kontrast moddani tomir ichiga yuborishga asoslangan. Oshqozon osti bezining ma'lum qismlarida kontrast to'planmasligi uning nekrotik zararlanishni ko'rsatadi, bu pankreatonekrozning darajasi va chuqurligini va uning joylashgan joyini yuqori aniqlik bilan tekshirishga imkon beradi. KT natijalariga ko'ra pankreonekrozda infeksiyaning yagona patognomonik alomati nekrotik massalar tuzilishidagi gazning vizualizatsiyasi yoki suyuqlikning chegaralangan to'planishi hisoblanadi. Buyrak yetishmovchiligi va kontrastga allergik reaksiyasi bo'lgan bemorlarda bu usul qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

KT va ultratovush tekshiruvi suyuq xosilalar va zich yallig'lanish-nekrotik massalardan ajratish imkonini beradi, ammo jarayonning steril va infeksiyalangan tabiati o'rtasidagi farqni ta'minlamaydi. Shu munosabat bilan, infeksiyalangan postnekrotik asoratlarni erta va maxsus tashxislash usullari ultratovush yoki KT nazorati ostida nekroz zonalarini transkutan punksiya qilish, so'ngra olingan materialni bakteriologik tekshirish, shu jumladan zudlik bilan Gram bo'yash, mikroorganizmlarning turini aniqlash uchun bakteriologik tabiati va ularning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash zarur.

Kontrastli MSKT oltin standart deb hisoblansada, aseptik shakl (destruktiv o'choqlarining mavjudligi) va infeksiyalangan (gaz pufakchalari) o'rtasidagi farqning aniq mezonlari yo'q. Ko'pgina tadqiqotchilarning fikricha kontrastli KT o'tkir destruktiv pankreatit va uning asoratlarini tashxislashning eng informatsion instrumental usuli bo'lib qolmoqda.

Pankreonekrozga tashxis qo'yish uchun kontrastsiz MRT o'tkazish kamma'lumotli tekshiruv usuli hisoblanadi, uning sezuvchanlik 55% dan oshmaydi. MRTni KT bilan birgalikda qo'llash nekrozning mavjudligi va maydonini aniqlashga imkon beradi, suyuqlik to'planishini ko'rsatadi va to'qimalarning sekvestrini aniqlaydi.

So'nggi yillarda pankreatologiyada magnit-rezonans tomografiya (MRT) usulijadal rivojlanmoqda. O'tkir pankreatitda MRTning KTga nisbatan afzalliklari oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarda joylashgan qattiq va suyuq shakllanishlarni yaxshiroq farqlash va tibbiyot xodimlari uchun kamroq radiatsiya ta'siriga egaligidir. Shuningdek, diagnostik tekshiruvning barcha afzalliklari bilan birgalikda og'ir bemorlarni tashish qiyinligi va tekshiruvning yuqori narxi jarrohlik shifoxonalari va intensiv terapiya bo'limlari amaliyotida KT va MRTning keng qo'llanilishini cheklaydi.

Ezofagogastroduodenoskopiya (EGDS). O'tkir pankreatit va uning asoratlarini tashxislashda muhim o'rin tutadi.

O'tkir pankreatit umumiy diagnostika majmuasida EGDS qo'shimcha usul sifatida ko'rib chiqilishi va faqat kasallikning belgilarikuchayishida (og'riq sindromi, umumiy holatning og'irligida, fermentemiyaning yuqori darajasi va boshqalar) va sariqlikning birgalikda kelishida amalga oshirilishi kerak degan noto'g'ri fikr mavjud. Shu munosabat bilan o'tkir pankreatit tashxisida endoskopiyaga tegishli e'tibor berilmaydi. Shu bilan birga, o'tkir pankreatit bilan og'rikan bemorlarda endoskopiya differentsial tashxis qo'yish va ba'zi hollarda bezning shish va nekrozining bilvosita belgilarini aniqlash imkonini beradi.

O'tkir pankreatit bilan og'rikan barcha bemorlarga EGDS majburiy ravishda kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48 soat ichida va keyinchalik kasallikning kechishidagi asoratlarni aniqlash va davolash samarasini baholash uchun ko'rsatiladi.

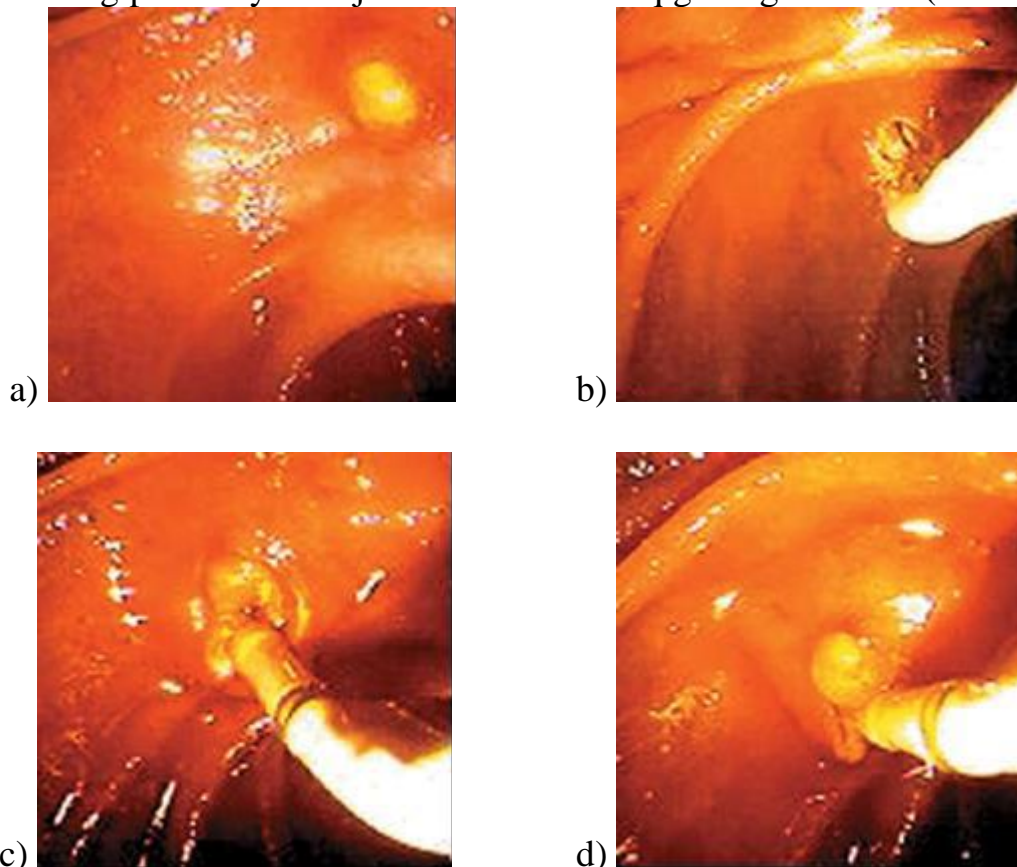
EGDS quyidagi o'zgarishlarni aniqlaydi: oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning qizilo'ngachning o'tkir eroziyalari va yaralari, o'tkir yaralar va eroziyalardan qon ketishi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning infiltrat bilan tashqaridan siqilishi, kistasi, oshqozon osti bezi boshining kattalashishi va boshqalar.

Biliar pankreatit tashxisida endoskopiya alohida ahamiyatga ega. Endoskopiya paytida katta duodenal so'rg'ich (KDS) zonasini ko'rish kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48 soat ichida o'tkir pankreatit bilan og'rikan barcha bemorlar uchun ko'rsatiladi. KDS zonasini tizimli tekshirish o't yo'llari pankreatitining quyidagi asosiy sabablarini aniqlaydi: KDSning og'zida toshning tiqilishi; o'tkir papillit; o'n ikki barmoqli ichakning bo'ylama burmasining bo'rtib chiqishi; o'n ikki barmoqli ichakning peripapiller divertikullari; KDS polioplari; oshqozon osti bezi bosh qismi va KDS saratoni.

Xolelitiyoz, obstruktiv sariqlik va o'tkir xolangit belgilari bilan o'tkir pankreatit bilan og'rikan bemorlarga alohida e'tibor berish kerak. KDS ning drenaj funksiyasining buzilishining endoskopik belgilari o'n ikki barmoqli ichakning bo'ylama burmasining kengayishi, safro oqimining yo'qligi, toshlar bo'shatilgandan keyin yorilishdir.

KDSda toshlarning "qisilgani" hisobiga safro va oshqozon osti bezi yo‘llarida gipertenziya kuchayishi o‘tkir pankreatitning rivojlanishiga olib keladi va shoshilinch papillotomiya zarur, chunki kasallikning prognozi xurujning boshlangan vaqtiga bog‘liq.

O‘tkir pankreatit o‘tkir papillit natijasida o‘zining belgilarini namoyon qilmasligi mumkin, bu ko‘pincha dietani buzganligi sababli surunkali kasallik fonida yuzaga keladi, bu organing sekretor faolligining keskin oshishi va kanallarichi gipertenziya rivojlanishi bilan bir vaqtga to‘g‘ri keladi. (47-rasm).



47-rasm. Biliopankreatik blokning endoskopik yo‘l bilan bartaraf etish:

a –KDSning qisilgan konkrementi;

b, c - ignasimon elektrod bilan KDS darvozasinikesib ochish;

d –konkrementniolib tashlash

O‘n ikki barmoqli ichakning peripapillyar divertikullari o‘tkir pankreatitning sababi bo‘lishi yaqin vaqtgachakazuistika hisoblangan,hozirda duodenoskopiyadan muntazam foydalanish tufaylitez-tez aniqlana boshladi.

O‘tkir pankreatitda EGDS, shuningdek, davolovchi chora sifatida, oshqozon-ichakdan qon ketishini endoskopik ravishda to‘xtatish, ichakni yuvish va enteral oziqlantirish uchun, Treitz boylamining orqasida zondni o‘tkazish, suyuq hosilalarda (xo‘ppoz, psevdokista) endoskopik aralashuv uchun ko‘rsatiladi. oshqozon, o‘n ikki barmoqli ichak bo‘shlig‘ining shishli bo‘kishida (endoskopik sistogastro- va sistoduodenoanastomoz)

Bir qator mualliflarning fikriga ko‘ra, **endoskopikretrogradpankreato-xoledoxografiya** (ERPXG) o‘tkir pankreatitning tashxisida ham muhim rol

o'ynaydi. Faqatgina ERXG o'tkir jarayon to'xtatilgandan keyin o'tkazish mumkin va uni amalga oshirish uchun ko'rsatma 48 soat ichida konservativ davo ta'sirining yo'qligi va sariqlik va xolangit belgilarining paydo bo'lishidir. Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya va endoskopik papillotomiya diametrdagi kengaygan umumiy o't yo'lini ultratovush vizualizatsiyasini hisobga olgan holda obstruktiv sariqlik va yoki xolangit sindromi bilan o'tkir pankreatit uchun ko'rsatiladi.

O'tkir pankreatitda klinik differentsial tashxislash

O'tkir pankreatitning differentsial diagnostikasi murakkab klinik vazifadir, chunki destruktiv shakllarning rivojlanishi davrida kasallikning asosiy ko'rinishlari tabiatda plurivisseraldir. Qorin bo'shlig'ining epigastral soxasidagi og'riqning joylashishiga ko'ra, o'tkir pankreatitni quyidagi kasalliklar bilan ajratish kerak:

Ko'pincha

- Teshilgan va penetratsion gastroduodenal yara.
- O'tkir xoletsistit.
- O'tkir ichak tutilishi.
- Qorin aortasi anevrizmasining yorilishi
- Taloq infarkti.
- Ichakning o'tkir qon tomir yetishmovchiligi.

Ba'zi hollarda

- Zotiljam.
- Miyokard infarkti.
- O'tkir appenditsit.
- Ovqatdan zaharlanish.

Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi, o'tkir pankreatitdan farqli o'laroq, "xanjar" og'rig'ining to'satdan paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bunday holatda bemorlar tinch yotishga harakat qilishadi va pankreatit bilan bemorlar odatda bezovta bo'lishadi. Pankreatitdan farqli o'laroq, teshilish bilan qusish xarakterli alomat emas. Qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenografiyasini o'tkazishda diafragma gumbazi ostidagi erkin gazni aniqlash orqali diagnostik shubhalarni hal qilish mumkin. O'tkir pankreatitni oshqozonning orqa devorining teshilgan yarasidan ajratish qiyin, oshqozon tarkibidagi moddalar omental bursaga tushganda yoki kichik egrilikdagi yaralar kichik omentum qalinligida teshilgan hollarda. Shuni ta'kidlash kerakki, qon yoki siydik amilazasini aniqlash teshilgan yarada sezilarli darajada farq qilmaydi, chunki u qorin

bo'shlig'iga o'n ikki barmoqli ichakning tarkibi bilan ortiqcha kiradi va keyin qonga so'riladi. Tashxisni ultratovush va laparoskopiya yordamida aniq tekshirish mumkin.

O'tkir pankreatitning rasmi oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakning penetratsion yarasinig kuchayishini taqlid qilishi mumkin. Bunday hollarda, oshqozon yarasi kasalligining kuchayishi belgilariga doimo tegishli ahamiyat berish kerak. Ammo qon yoki siydikda amilaza darajasining oshishi va o'tkir pankreatit belgilari bilan uni istisno qilish deyarli mumkin emas.

O'tkir pankreatit kabi o'tkir ichak tutilishi o'tkir boshlanish, kuchli og'riq va takroriy qusish bilan tavsiflanadi. O'tkir pankreatitda (me'da osti bezi nekrozi) jarayonda ingichka ichak tutqichi va ko'ndalang yo'g'on ichak ishtirok etganda, klinik belgilari mexanik ichak tutilishi rivojlanishi bilan bir xil bo'ladi. Biroq, pankreatitdan farqli o'laroq, o'tkir ichak tutilishida og'riq asosan krampli xarakterga ega bo'lib, qorin old devorida ko'rinadigan ichak peristaltikasi bilan birga baland va rezonansli xarakterga ega (pankreatit peristaltikaning yo'qolishi bilan birga keladi). Biroq, ichak tutilishi bilan amilazuriya kuzatilishi mumkin, shuning uchun bu laboratoriya tekshiruvini hal qiluvchi emas. Yakuniy qaror qorin bo'shlig'i organlarining rentgenogrammasini o'tkazish orqali mumkin (obstruksiya tufayli ichakdagi suyuqlikning ko'p darajasini aniqlash). O'tkir pankreatit yo'g'on ichakning pnevmatizatsiyasi va "Kloiber kosachalari" ning yo'qligi bilan tavsiflanadi.

Ma'lumki, o'tkir pankreatit (shishgan shakl) va o'tkir appenditsitni differentsial tashxislashda eng qiyin vaqt kasallikning dastlabki bosqichlari bo'lib, kasallik belgilari hali etarlicha ifodalanmagan yoki appendiks orqada joylashgan. - lomber mintaqada yoki o't pufagi yaqinida. Bunday vaziyatlarda differentsial diagnostikaning asosiy nuqtalari fermentlarni laboratoriya diagnostikasi, ultratovush va laparoskopiya hisoblanadi.

O'tkir xoletsistit, keng tarqalgan peritonit belgilari paydo bo'lganda, o'tkir pankreatit bilan differentsial tashxis qo'yishda jiddiy muammolarni keltirib chiqaradi. Qoida tariqasida, bu keksa va keksa odamlardir. Bunday holatda o'tkir destruktiv xoletsistit, birinchi navbatda, o'ng hipokondriumda og'riqning lokalizatsiyasi, o'ng yelka pichog'i vayelkasiga nurlanish bilan, og'riqli kengaygan o't pufagi palpatsiya qilinadi, og'riq deyarli chapda lokalizatsiya qilinmaydi, yo'q. ularning atrofdagi xarakterini ko'rsatadi. Shu bilan birga, pankreatik nekrozga o'tkir enzimatik xoletsistit rivojlanishi hamroh bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak. Diagnostika muammolari ferment diagnostikasi, ultratovush va laparoskopiya yordamida hal qilinadi.

Distal umumiy o't yo'lida tosh tosh bo'g'ilib qolganda, klinik ko'rinish o'tkir xoletsistopankreatitning rasmiga to'g'ri keladi ("papilla qichqirig'i"): bemor shoshiladi va og'riqdan ingradi, "o'ziga joy topa olmaydi", og'riq. qorinning yuqori qismida to'satdan paydo bo'lib, kuchli va o'rab turgan xarakterga ega bo'lib, takroriy qusish, titroq, sariqlik sindromining rivojlanishi, xolangit va

dinamik ichak tutilishi bilan birga keladi. Bunday holda, mushaklarning kuchlanishi va qorinning yuqori qismidagi Brush-on-Blumberg simptomi aniqlanadi. Differensial diagnostika uchun optimal algoritim - fermentativ diagnostika, bilirubin va uning fraktsiyalari darajasini aniqlash, gidroksidi fosfataza, AlAT, AST, qondagi ultratovush, endoskopik retrograd xolangiografiya, toshni olib tashlash bilan papillotomiya qilish.

O'tkir pankreatitdan farqli o'laroq, tutqich tomirlarining o'tkir okklyuziyasi (tromboz, emboliya) ko'pincha yurak-qon tomir kasalliklari va atriyal fibrilatsiyadan aziyat chekadigan keksa bemorlarda uchraydi. Bunday holda, qorin og'rig'i gastroduodenal yaraning teshilishi kabi tez kuchayadi. Qorin old devorining mushaklaridagi og'riq va kuchlanish diffuz bo'lishi mumkin. Leykotsitoz xarakterlidir, 20-30 x 10⁹/l ga etadi. Ba'zida qonli axlat kuzatiladi. Differensial diagnostika maqsadida amilazuriya va LDH faolligining oshishi nisbiy ahamiyatga ega, chunki ular ichak nekrozi bilan kuchayadi. Diagnostik shubhalar laparoskopik yoki angiografik tekshiruv orqali hal qilinadi.

Qorin bo'shlig'i aorta anevrizmasining yorilishi (diseksiyasi), o'tkir pankreatitdan farqli o'laroq, kasallikning o'tkir boshlanishi bilan xarakterlanadi, qorin bo'shlig'i qon ketishi va gemorragik shok belgilari bilan birga keladi: ongni yo'qotish, bosh aylanishi, doimiy gipotenziya, o'tkir gipotenziya. Qorin bo'shlig'ida katta pulsatsiyalanuvchi shakllanish paypaslanadi, uning ustida sistolik shovqin eshitiladi. Femoral arteriyalarda shunga o'xshash xususiyatlarga ega shovqinlar eshitiladi. Diagnostik shubhalar aorta va qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi, laparoskopiya va angiografik tekshiruvni o'tkazish orqali hal qilinadi.

Miokard infarkti va o'tkir pankreatitning (pankreatik nekroz) differensial diagnostikasi EKG tahlili, o'tkir miokard shikastlanishining biokimyoviy belgilarini (kreatinin fosfokinaz), qon va siydikdagi amilaza darajasini, qon lipazini tekshirishga asoslanadi. Shuni esda tutish kerakki, oshqozon osti bezi nekrozining og'ir shakllarida yurak mushaklaridagi funktsional o'zgarishlarni aks ettiruvchi EKGda o'zgarishlar kuzatilishi mumkin (II va III yo'nalishlarda T segmentining tushkunligi, I va III yo'nalishlarda ikki fazali T to'lqini). Agar diagnostik shubhalar bartaraf etilmasa, ultratovush va laparoskopiyaga murojaat qilish tavsiya etiladi.

O'tkir gastroenterokolit belgilari bilan tavsiflangan oziq-ovqat zaharlanishidan farqli o'laroq, aniq intoksikatsiya, ichak parezlari, gipotenziya va ensefalopatiya belgilari paydo bo'lishi pankreatik nekrozning rivojlanishiga shubha qilish imkonini beradi. Qiyin holatlarda to'liq ferment diagnostikasi, ultratovush va laparoskopiya o'tkazish hal qiluvchi hisoblanadi.

O'tkir pankreatitning og'irligini baholash usullari

O'tkir pankreatit bilan og'riq bemorning ahvolidan og'irligini obyektiv baholash davolash taktikasini to'g'ri tanlash uchun kasalxonaga yotqizilgan

birinchi kundan boshlab barcha bemorlarda amalga oshirilishi kerak. O'tkir pankreatitning og'irligini dastlabki baholash qorin bo'shlig'ini fizik tekshiruvdan o'tkazish ma'lumotlari va ularning mavjud bo'lgan ko'p a'zolar kasalliklariga (kardiopulmoner, gepatorenal, miya) muvofiqlik darajasiga asoslanib, kasallikning shish shaklini pankreatik nekrozdan klinik jihatdan farqlashni nazarda tutadi. , metabolik yetishmovchilik).

O'tkir pankreatitning asoratlanmagan (abortiv) kursi uning evolyutsiyasining bir variantiga mos keladi, bu aniq tizimli yallig'lanish reaksiyasi yoki tizimli gemodinamik buzilishlar belgilari bilan tavsiflanmaydi; Organlar va tizimlarning minimal disfunktsiyalari mavjud bo'lib, bemorning ahvolini murakkab konservativ terapiya bilan yaxshilash 12-24 soat ichida sodir bo'ladi. Aksariyat hollarda asosiy patologik shakl oshqozon osti bezining interstitsial shishidir. Pankreatitning shish shakli peritonit belgilari bilan tavsiflanmaydi, gastroduodenal parez belgilari bemorlarning yarmidan ko'pida uchraydi. Pankreatitning shishishi kuchli og'riq sindromi va engil tizimli kasalliklar (kichik taxikardiya, normotensiya, normal umumiy qon soni va giperamilaza va lipazemiya uchun biokimyoviy qon testi, diastasuriya) o'rtasidagi sezilarli tafovut bilan ko'rsatiladi. Shuni esda tutish kerakki, bir qator kuzatuvlarda butun parapankreatik to'qimalarga ta'sir qilmaydigan cheklangan (kichik yoki katta fokal) pankreatik nekrozlar interstitsial pankreatitga o'xshash klinik ko'rinishga ega. Boshqa hollarda, uzoq muddatli alkogolli zaharlanish yoki surunkali gepatitning dekompensatsiyalangan shakllari, jigar sirrozi, diabetes mellitus, yurak etishmovchiligi fonida rivojlangan o'tkir interstitsial pankreatit kuchli og'riq va tez rivojlanayotgan ko'p a'zolar etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. jarrohni asossiz shoshilinch operatsiyaga moyil qiladigan diagnostika xatolarining sababi.

Me'da osti bezi nekrozi bemorning ahvolidan og'ir yoki o'rtacha og'irligi, aniq tizimli yallig'lanish, volemik, gemodinamik va ko'p organli buzilishlar bilan birga "o'tkir qorin" ning mahalliy belgilari: keng tarqalgan peritonit, oshqozon-ichak traktining doimiy parezi bilan tavsiflanadi. Quyidagi alomatlar o'ziga xosdir: chalkashlik, eyforiya, deliryum, yuzning qizarishi, terining va shilliq pardalarning quruqligining kuchayishi, nafas olish tezligi daqiqada 20 dan ortiq nafas qisilishi, yurak urish tezligi daqiqada 90 dan ortiq (odatda yurak urish tezligi). Haroratni daqiqada 20-30 zarbaga "etaklaydi"), 37,8 ° C dan yuqori yoki 36 ° C dan past gipertermiya, gipotenziya, oligo- yoki anuriya, laboratoriya tekshiruvlarining barcha diapazonida patologik o'zgarishlar. Gomeostazdagi chuqur o'zgarishlar va shunga mos ravishda o'tkir pankreatit bilan bemorning ahvolidan og'irligi sindromlar shaklida namoyon bo'ladigan quyidagi klinik ko'rsatkichlar bilan namoyon bo'ladi:

1. Nafas olish: nafas olish tezligi daqiqada 26 dan ortiq; PaO₂ 65 mm Hg dan kam; Katta yoshdagi respirator distress sindromi ("o'pka shoki") va ekssudativ pankreatogen plevritning rentgenologik belgilari.

2. Gemodinamik: yurak qisqarishlar soni YQS ko‘proq. min; sistolik qon bosimi 90 mm Hg dan kam, vazopressorlardan foydalanishni talab qiladi; AQH ning 1,5 litrdan ko‘proq pasayishi (normal 4-4,5 litr); qondagi gemoglobining 150 g / l dan oshishi va gematokritning 50% dan oshishi (normal 45%).

3. Dinamik ichak tutilishi: ko‘p marotabalik takroriy qusish, ichak shovqinining zaiflashishi (yo‘qligi); ko‘ndalang chamber ichakning shish rentgenologik belgilari va diafragmaning chegralangan harakatchanligi.

4. Peritoneal: qorin old devoini mushaklarining rigidligi va qattiqligi; fermentativ (yoki yiringli) peritonit va / yoki laparoskopiya bo‘yicha retroperitoneal to‘qimalarning gemorragik imbibisiyasi.

5. Septik: leykotsitoz $16 \times 10^9/l$ dan ortiq; $38^\circ C$ dan yuqori gipertermiya; tayoqcha yadroli leykositlarning chapga siljishi 10% dan ortiq.

6. Giper- yoki disfermentemiya: giperamilaza-/lipazaemiya.

7. Jigar: LDG, AsAt va Alat, umumiy bilirubin, gipoproteinemiya darajasining oshishi.

8. Metabolik: gipokalsemiya; asossiz metabolik atsidoz.

9. Buyrak: oligoanuriya; azotemiya, giperkreatininemiya.

10. Gemokoagulyatsiya: giper-/gipokoagulyatsiya, DVS-sindromi.

Pankreatik nekrozning muhim klinik belgilari orasida ko‘plab organlarning buzilishi sindromi, pankreatogen shok, peritonit va dinamik ichak tutilishi, dis- va afermentemiya, giperqlikemiya, gipokalsemiya va gemokonsentratsiyani ajratib ko‘rsatish kerak. Kasallikning og‘irligini chuqur baholashning ikkinchi bosqichi bemorning o‘tkir fiziologik holatining parametrlarini baholash uchun integral shkalalar tuzilishini tashkil etuvchi ma‘lum bir klinik va laboratoriya mezonlarini tahlil qilishga asoslanadi. pankreatit. O‘tkir pankreatit bilan og‘rigan bemorning ahvolining og‘irligini tavsiflashda eng katta aniqlik ko‘plab laboratoriya mezonlarini birlashtirgan ball tizimlaridan foydalanish hisoblanadi. Eng keng tarqalgan tizimlar Ranson va IMRTe, Glasgow tarozilari (5. va 6. jadvallar) va APACHE II (intensiv terapiya bo‘limiga qarang).

5-jadval.

O‘tkir pankreatit bilan og‘rigan bemorning og‘irligini baholash uchun Ranson shkalasi (1974).

Qabul qilingandan keyin	48 soatdan so‘ng
Yoshi > 55 yil.	Gematokritning 10% dan ortiq pasayishi
Qon glyukozasi > 11 mmol / l	Kaltsiy miqdori 2 mmol/l dan kam.
Leykotsitoz > $16 \times 10^9/l$.	Asos tanqisligi 4 mekv/l dan ortiq.
LDG > 350 IU/l.	Azotining konsentratsiyasining 1,8 mmol / l dan oshishi.

ASAT > 250 IU/l.	Suyuqlikni ushlab turish > 6 l.
	PaO ₂ 60 mm Hg. ust dan past.

Eslatma: IU xalqaro birliklardir.

Ranson va Imri shkalalarida 3 yoki undan ortiq nuqtaning mavjudligi pankreatik nekrozga eng xosdir. Ushbu tizimlar pankreatologiyada qo'llaniladigan standartlashtirilgan tarozilar bo'lishiga qaramay, ular biokimyoviy tadqiqotlarning mashaqqatliliigi va bemorni kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48 soatdan keyin foydalanish mumkin emasligi sababli cheklangan klinik foydalanishga ega. O'z navbatida, APACHE II shkalasi, o'zining og'irligiga qaramay, uning aniqligi va yuqori prognostik ahamiyati tufayli ortib borayotgan klinik foydalanishni topmoqda. APACHE II ning 6 balldan yuqori ko'rsatkichlari o'tkir pankreatitning og'ir shaklini (pankreatik nekroz) ko'rsatadi va ularning 13 balldan ortiq qiymati kasallikning halokatli rivojlanishini ko'rsatadi. Ushbu tarozilardan foydalanish O'tkir pankreatit bo'yicha xalqaro simpoziumning (1992) yetakchi mutaxassislari tomonidan o'tkir pankreatit bilan og'rgan bemorning ahvolidan og'irligini ob'ektiv baholashning asosiy tizimlari sifatida qat'iy tavsiya etiladi.

6-jadval.

O'tkir pankreatit bilan og'rgan bemorning og'irligini baholash uchun Imrie (Glazgo) shkalasi (1984).

Mezonlar	Indeks
Yosh	> 55 yosh
Leykotsitoz	>15x10 ⁹ /l.
Qonda glyukoza	> 10 mmol/l.
Qonda machavina	>16 mmol/l.
PaO ₂	< 60 mm Hg.
Kaltsiy	< 2 mmol/l.
LDG	> 600 IU/l.
AsAT/AlAT	>100 IU/l.
Albumin	< 32 g/l.

Kasallikning og'irligini tavsiflovchi eng aniq biokimyoviy belgilar: bemorning qonida C-reaktiv oqsil, laktat dehidrogenaza va prokalsitonin konsentratsiyasi. Uchinchi bosqichda kasallikning og'irligini batafsil baholash me'da osti bezi nekrozida oshqozon osti bezi, retroperitoneal to'qimalar va qorin bo'shlig'i shikastlanishining tarqalish darajasini (cheklangan, keng tarqalgan) va tabiatini (steril, infeksiyalangan) aniqlashga asoslanadi. ko'rish natijalarini tahlil qilish (ultratovush, laparoskopiya, KT, MRT) va transkutan (ultratovush yoki KT ostida) instrumental diagnostika usullari. Ko'pgina hollarda, steril va infeksiyalangan pankreatik nekrozlar o'rtasidagi klinik chegaralar (ayniqsa, oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarga zarar etkazishning keng tarqalgan tabiati bilan) loyqa bo'lib, bu har doim ham "erta", oldingi davrda

jarrohlik aralashuvni oqlamasligi uchun sababdir. kasallikning yuqumli bosqichi yoki aksincha, o'z vaqtida tashxis qo'yilmagan pankreatogen infeksiya bo'lsa, operatsiyani kechiktirishga olib keladi. Shu munosabat bilan, infeksiya faktini tekshirishning eng to'g'ri usuli - ultratovush yoki KT nazorati ostida retroperitoneal lokalizatsiya suyuq shakllanishlarining ponksiyon biopsiyasi materialning mikroskopik (tezkor) va bakteriologik (kechiktirilgan) tekshiruvidir. Ultratovush nazorati ostida ponksiyon diagnostik aralashuvlar usulining sezgirligi va o'ziga xosligi mos ravishda 88% va 90% ni tashkil qiladi. Bu minimal invaziv va xavfsiz (asoratlar soni minimal).

O'TKIR PANKREATIT DAVOLASH USULLARI

O'tkir pankreatit bilan og'rgan bemorlarni davolash taktikasi yallig'lanish va nekrotik jarayonning rivojlanish bosqichiga va bemorning ahvolining og'irligiga qarab kasallikning klinik va morfologik shakliga qarab belgilanadi.

O'tkir interstitsial pankreatit patologik jarayonning abortiv shakli bo'lib, jarrohlik davolashni talab qilmaydi. Kasallik evolyutsiyasining infeksiyadan oldingi bosqichida interstitsial pankreatit va steril pankreatik nekrozni davolash intensiv konservativ terapiyaning umumiy tamoyillariga asoslanadi, shu jumladan quyidagi asosiy nuqtalar: 1) oshqozon osti bezi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak sekretsiyasini bostirish. ; 2) ferment toksinemiyasining kamayishi; 3) gipovolemiya, suv-elektrolitlar va metabolik kasalliklarni bartaraf etish; 4) o't yo'llari va oshqozon osti bezi yo'llarida gipertoniyani bartaraf etish; 5) qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini minimallashtirish; 6) gipoksemiyaga qarshi kurash; 7) oshqozon-ichak trakti parezini davolash; 8) og'riq sindromini bartaraf etish.

Oshqozon osti bezi nekrozi bilan og'rgan bemorlarning aniq tizimli yallig'lanish reaksiyasi va ko'p a'zolar etishmovchiligi tufayli yuzaga kelgan ahvolining og'irligini, shuningdek dinamik klinik va laboratoriya monitoringi zarurligini hisobga olgan holda, destruktiv pankreatit bilan og'rgan bemorlarga kompleks terapiya quyidagi holatlarda amalga oshiriladi: intensiv terapiya va reanimatsiya bo'limi.

Davolash suv-elektrolitlar balansini tuzatish bilan boshlanadi, shu jumladan izotonik eritmalar, gipokalemiya uchun kaliy xlorid preparatlari quyish. Detoksifikatsiya qilish maqsadida infuzion terapiya majburiy diurez rejimida amalga oshiriladi. O'tkir pankreatitda qonning plazma qismini yo'qotish tufayli aylanma qon hajmi (AQH) etishmovchiligi mavjud bo'lganligi sababli, mahalliy oqsillarni (yangi muzlatilgan plazma, albumin preparatlari) yuborish kerak. Infuzion muhitning etarli hajmining mezoni AQH va gematokritning normal darajasini to'ldirish va markaziy venoz bosim darajasini normallashtirishdir. Mikrosirkulyatsiya va qon reologiyasini tiklashga reopoliglyuksinni trental bilan buyurish orqali erishiladi.

Bunga parallel ravishda, davolash oshqozon osti bezining funktsiyasini bostirishga qaratilgan bo'lib, bu birinchi navbatda 5-7 kun davomida oziq-ovqat iste'mol qilishni qat'iy cheklash orqali "fiziologik dam olish" ni yaratish orqali erishiladi. Oshqozon osti bezi sekretsiasining samarali pasayishiga oshqozon tarkibini nazogastral naycha orqali aspiratsiya qilish va oshqozonni sovuq suv bilan yuvish (mahalliy gipotermiya) orqali erishiladi. Oshqozon sekretsiasining kislotaliligini kamaytirish uchun gidroksidi ichish va oshqozon sekretsiasining H₂-blokerlari (famotidin, ranitidin) yoki omeprozol preparatlari buyuriladi. Oshqozon pankreatoduodenal zonasi organlarining sekretor faolligini bostirish uchun somatostatinning sintetik analogi - me'da osti bezi, oshqozon va ingichka ichakning bazal va stimulyatsiya qilingan sekretsiasining eng kuchli inhibitori, regulyatori bo'lgan oktreotid asetat qo'llaniladi. sitokinez va splanxnik qon oqimi jarayonlari, bu preparatning sitoprotektiv ta'siri bilan birga pankreatik nekrozi bo'lgan bemorlarni davolashda uning patogenetik qo'llanilishini aniqlaydi. Oktreotid asetat kuniga 300-600 mkg dozada uchta teri ostiga yoki tomir ichiga yuborish bilan qo'llaniladi. Terapiya davomiyligi 5-7 kun, bu faol giperenzimemiya davomiyligiga to'g'ri keladi.

Faol giperfermentemiyaning dastlabki 5-7 kunida ferment toksinemiyasini bartaraf etish uchun proteaz ingibitorlari qo'llaniladi: aprotinin (Kontrikal) tomir ichiga tomchilatib yuboriladi: boshlang'ich dozasi 350 000 ATP (tripsinning inaktivatsiya birligi), keyin har 4 soatda 140 000 ATP; Aprotinin (Gordox) tomir ichiga tomchilatib yuboriladi: boshlang'ich dozasi 500 000 IU 50 000 IU, keyin har soatda qo'shimcha 50 000 IU. Bemorning ahvoli 3 kundan keyin yaxshilanganda, sutkalik doza 300 000-500 000 IU ni tashkil qiladi. Tizimli detoksikasiya qilish uchun ekstrakorporal usullardan: plazmaferez, qon ultrafiltratsiyasi foydalanish tavsiya etiladi.

Kasallik rivojlanishining kech bosqichida pankreatik nekrozning infeksiyalangan asoratlari yuqori o'limning asosiy sabablari bo'lib qolmoqda. Shuning uchun pankreatogen infeksiyalar uchun oqilona antibakterial profilaktika va terapiyani o'tkazish etakchi patogenetik ahamiyatga ega. Paralitik ichak tutilishiga qarshi samarali kurash (nazogastral aspiratsiya, dori va ichak motorikasini elektr stimulyatsiyasi) ularning an'anaviy oldini olish choralaridan biridir, ammo asosiy ahamiyatga ega antibakterial preparatni to'g'ri tanlash va uni qo'llash usuli. Mikrobiologik tadqiqotlar ma'lumotlari pankreatik nekrozga qarshi antibakterial dorilarni tanlash uchun asos bo'lib, ularning ta'sir doirasi gramm-manfiy va gramm-musbat aerob va anaerob mikroorganizmlarni - pankreatogen infeksiyaning qo'zg'atuvchilarini qamrab olishi kerak. Bu pankreatik nekrozga qarshi antibakterial profilaktika va terapiyaning empirik rejimini tanlashga mos keladi. Antibiotiklar samaradorligini belgilovchi eng muhim omil bu ularning me'da osti bezi to'qimalariga qon-me'da osti bezi to'sig'i orqali tanlab kirib borish qobiliyatidir. Pankreatik nekrozga tashxis qo'yish uchun barcha etiologik ahamiyatga ega patogenlarga qarshi ta'sir spektri bilan ta'sirlangan hududda

samarali bakteritsid kontsentratsiyasini yaratadigan antibakterial preparatlarni buyurish kerak.

Shishgan pankreatit uchun antibakterial profilaktika ko'rsatilmaydi. Profilaktik va terapevtik foydalanish uchun tanlangan dorilar quyidagi mikroblarga qarshi vositalardir: karbapenemlar, uchinchi va to'rtinchi avlod sefalosporinlari + metronidazol; ftorxinolonlar + metronidazol; ingibitorlar bilan himoyalangan penitsillinlar (piperatsillin/tazobak-tam, tikarsillin/klavulanat). Antimikrobiyal terapiya rejimiga oshqozon-ichak traktini tanlab zararsizlantirish rejimini (ftorxinolonlarni, aminoglikozidlarni polimiksin M bilan birgalikda og'iz orqali yuborish) va antifungal vositalarni (flukonazol) kiritish maqsadga muvofiqdir. Nekrotik jarayon dinamikasining bir tomonlama xususiyatini sterildan infeksiyalanganga va jarrohlik aralashuvlarning ko'pincha ko'p bosqichli xususiyatini hisobga olgan holda, samarali antibakterial profilaktika va terapiya uchun yuqorida keltirilgan antibakterial preparatlarni o'zgartirish imkoniyatini ta'minlash kerak. profilaktika va terapiya (batafsilroq: antibakterial profilaktika va davolash rejimlari IV bobda keltirilgan). Metabolik distress sindromi va gipermetabolik reaksiyalarning rivojlanishi uzoq muddatli to'liq parenteral ovqatlanish (glyukoza eritmalari, aminokislotalar) uchun asosdir. Oshqozon osti bezi nekrozi bilan og'rikan bemorlarda oshqozon-ichak traktining faoliyatini tiklashda endoskopik yoki jarrohlik paytida Treitz ligamentining distalida o'rnatilgan nazojekunal trubka orqali amalga oshiriladigan enteral ovqatlanishni (oziqlantiruvchi aralashmalar) o'tkazish tavsiya etiladi.

Pankreatik nekrozni jarrohlik yo'li bilan davolash

Pankreatik nekrozga uchragan bemorlarni jarrohlik davolash tamoyillari kasallikning rivojlanish bosqichiga, uning klinik va morfologik shakliga, bemorning ahvolidan og'irligiga va kasallikning vaqtiga qarab jarrohlik aralashuvni tanlashga differensial yondashuvga asoslanadi. Oshqozon osti bezi va retroperitoneal to'qimalarning turli qismlarining nekrotik lezyonlari tarqalishining turli darajalari, shuningdek, ularning infeksiyasi fakti jarrohlik taktikasining turli xil variantlarini aniqlaydi (11.4 va 11.5-jadvallar). Bu jarrohlik ko'rsatmalari, jarrohlik aralashuvi vaqti, transkutan va laparotomiya usullarini qo'llash ketma-ketligi, jarrohlik yondashuvlari, oshqozon osti bezi va o't yo'llari tizimidagi operatsiyalar turlari, retroperitoneal bo'shliq va qorin bo'shlig'ini drenajlash usullari va takroriy nekroz usullariga tegishli. - va sekvestrektomiyalar.

7-jadval.

Pankreatik nekrozning steril shakllari uchun jarrohlik taktikasi

Jarrohlik taktikasi	Chegaralangan	Tarqalgan	
	Suyuq shaklanmalar		
	Qorin bo'shlig'ida	Qorin orti bo'shlig'ida	Kasallikning 1 xaftasida
Laparoskopiya	+	±	
Qorin bo'shlig'ining sanitariyasi	+	±	

Qorin bo'shlig'ini drenajlash	+	±	
Ultratovush nazorati ostida retroperitoneal shakllanishlarni ponksiyasi va / drenajlash	-	+	
Kasallikning 1 yoki 2 xaftasida laparotomiya	Agar poliorgan yetishmovchiligi belgilari saqlanib qolsa, transkutan va endoskopik sanatsiya aralashuvlarining samarasizligi		kasallikning 2 haftasi
Kirish	O'rta laparotomiya	Bisubkostal yoki o'rta laparotomiya	
Nekrosekestrektomiya	±	+	
Qorin orti bo'shlig'ini drenajlash	"yopiq" usul	"ochiq", ba'zan "yarim ochiq" usul	
Qayta aralashuvning optimal rejimi	"Talab bo'yicha"	"Dasturga muvofiq"	

Pankreatik nekrozning yuqtirilgan shakllari (infeksiyalangan pankreatik nekroz, panreatogen absess yoki ularning kombinatsiyasi, retroperitoneal hujayraning septik flegmonasi, yiringli peritonit, infeksiyalangan psevdokist), ko'p organlarning buzilish darajasidan qat'i nazar, jarrohlik davolashni talab qiladi. Aks holda, kasallikning halokatli oqibati muqarrar. Steril pankreatik nekrozga, ayniqsa cheklangan bo'lsa, murakkab konservativ chora-tadbirlarning butun detoksifikatsiya potentsiali tugagach, jarrohlik zarur chora hisoblanadi. Shuning uchun, steril pankreatik nekrozni konservativ va jarrohlik davolash taktikasining asosini tashkil etishi kerak bo'lgan asosiy printsip "ko'rish va kutish" pozitsiyasidir. Steril (cheklangan va keng tarqalgan) pankreatik nekrozga qarshi operatsiyaga ko'rsatmalar murakkab konservativ davo fonida poliorgan etishmovchiligining davom etishi yoki rivojlanishi holatlari bilan, shu jumladan qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash va / yoki retroperitning lokalizatsiyasi suyuq tuzilmalarini transkutan drenajlash bilan cheklangan. Ultratovush yoki KT nazorati ostida.

8-jadval.

Pankreatik nekrozning infeksiyalangan shakllari uchun jarrohlik taktikasi

Yiringli-nekrotik o'chog'ning tabiati	Klinik va morfologik shakl		
	Infeksiyalangan pankreonekrozi	Infeksiyalangan pankreonekroz xo'ppoz	+ Xo'ppoz yoki infeksiyalangan psevdokista
	Nekrotik massa ekssudativ komponentdan ustun turganda	Nekrotik massa ekssudativ massaga mos kelganda	Eksudativ komponent nekrotik yoki ikkinchisida ustunlik qiladi
Kasallikning davomiyligi	1-2 hafta	2-3 hafta	3-4 hafta yoki undan ko'p

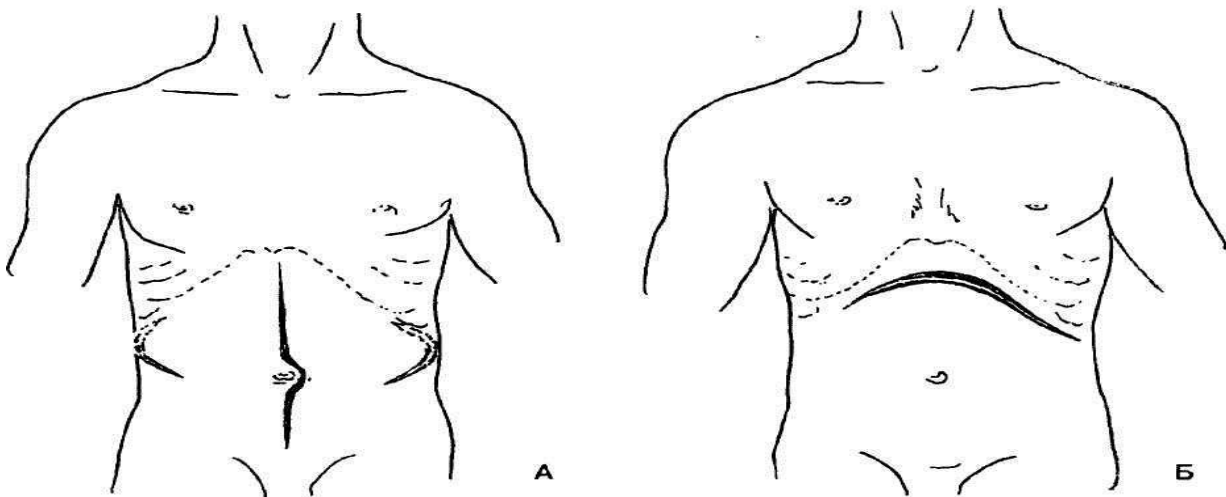
Jarrohlik taktikasi variantlari			
I bosqich	Laparotomiya	Ultratovush yoki KT nazorati ostida transkutan drenajlash	Ultratovush yoki KT nazorati ostida transkutan drenajlash
II bosqich		Transkutan usullarning samarasizligi bilan - laparotomiya	
III bosqich	ultratovush va KT nazorati ostida qoldiq o'chog'larni transkutan drenajlash		
Kirish	Bisubkostal yoki o'rta chiziqli laparotomiya ±sinxron lumbotomiya	Bir va/yoki ikki tomonlama subkostal laparotomiya	Ekstraperitoneal (lumbotomiya) yoki subkostal laparotomiya
Qorinorti bo'shliqni drenajlash	"Ochiq", ba'zan "yarim ochiq" usullar		"Yopiq", ba'zan "yarim ochiq" usullar
Nekrosekestrektomiya uchun optimal rejimlar	"Dasturga muvofiq" 24-72 soatdan keyin	"Dastur bo'yicha" 48-72 soatdan keyin	"Talab bo'yicha"

O'tkir interstitsial pankreatit va enzimatik peritonit rivojlanishi bilan murakkablashgan pankreatik nekrozning steril shakllari qorin bo'shlig'ini laparoskopik sanitariya va drenajlash uchun ko'rsatma hisoblanadi. Kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida fermentativ peritonit uchun shoshilinch ravishda amalga oshirilgan laparotomiya jarrohlik aralashuvi asossiz terapevtik chora sifatida ko'rib chiqilishi kerak.

Jarrohlik uchun ko'rsatmalarni muhokama qilishda kasallikning dinamikasi va konservativ davo bo'yicha klinik, laboratoriya va ayniqsa instrumental ko'rish (ultratovush, KT, laparoskopiya) ma'lumotlarining butun majmuasiga amal qilish kerak. Bunday sharoitda bemorning ahvolining og'irligini prognoz jihatdan eng aniq va individual baholash uchun asos integratsiyalashgan o'lchov tizimlari (xususan, APACHE II) bo'lishi kerak. Optimal jarrohlik taktikasini tanlashga bunday yondashuv pankreatik nekrozning klinik va morfologik shakli, nekrotik yoki yiringli o'choqning topografiyasi, bemorning ahvolining og'irligi to'g'risida eng to'liq va ishonchli ma'lumotlarni olishni ta'minlaydi, bu esa differensial foydalanishga imkon beradi. Teri osti, laparoskopik va an'anaviy usullarni davolashning ma'lum bir bosqichida jarrohlik davolash, optimal jarrohlik yondashuvni tanlash, intraoperativ manipulyatsiyalar ketma-ketligini va yaqinlashib kelayotgan jarrohlik aralashuvning oqilona hajmini rejalashtirish. Operatsiyadan oldingi klinik ma'lumotlar va operatsiya davomida olingan ma'lumotlarni "taqqoslash" amaliyoti, ma'lum ma'noda, pankreatik nekrozga uchragan bemorni bosqichma-bosqich jarrohlik davolash dasturini standartlashtirishga imkon beradi, bu butun davolash choralari kompleksining samaradorligini belgilaydi.

Infeksiyalangan pankreatik nekroz rivojlanishi bilan, ultratovush va yoki KT natijalariga ko'ra, lezyonning nekrotik komponenti uning suyuq elementidan sezilarli darajada ustun ekanligi aniqlanganda (yoki ikkinchisi butunlay yo'q) va integral zo'ravonlik. bemorning ahvoli yaxshilanishga moyil emas, transkutan drenaj usullaridan foydalanish noto'g'ri. O'z navbatida, absess bilan birgalikda infeksiyalangan pankreatik nekroz paydo bo'lganda, retroperitoneal bo'shliqda yo'q qilish maydoni yiringli-nekrotik o'choqning suyuq tarkibiy qismiga mutanosib bo'lganda, transfüzyon ko'rinishidagi minimal invaziv texnologiyalar qo'llanilishi mumkin.jarrohlik davolashning birinchi bosqichida qo'llaniladi.Ultratovush yoki KT nazorati ostida yiringli-nekrotik lezyonni chok drenajlash. Ushbu taktika nekroz, sekvestr va yashovchan to'qimalar zonalarini chegaralash uchun maqbul sharoitlar yaratilganda (kasallikning 2-3 xaftasida va hatto undan keyin) kechiktirilgan tarzda laparotomiya aralashuvini amalga oshirishga imkon beradi. Bunday sharoitlarda amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuv sezilarli afzalliklarga ega: 1) bir vaqtda va samarali nekro- va sekvestrektomiya qilish imkoniyatlari kengaytiriladi; 2) ko'p sonli bosqichli remediatsiya operatsiyalarini bajarishga hojat yo'q; 3) aroziv qon ketishining rivojlanish xavfi kamayadi; 4) yashovchan oshqozon osti bezining ko'p qismini va keyinchalik organning ekzo- va endokrin funksiyasini saqlab qolish ehtimoli ortadi.

Retroperitoneal bo'shliqning turli joylarida joylashgan pankreatogen absesslarni teri osti drenaji nekroz hajmi minimal yoki to'liq yo'q bo'lgan va absess bo'shlig'ida doimiy obstruksiyani keltirib chiqaradigan shlakli detritlar bo'lmagan hollarda ularni jarrohlik davolashning optimal usuli bo'lib tuyuladi. drenajlardan. Minimal invaziv jarrohlik aralashuv usullari, shuningdek, laparotomiya operatsiyalaridan so'ng turli vaqtlarda, ayniqsa takroriy sanitariya aralashuvlaridan so'ng cheklangan suyuqlik hosilalari hosil bo'lgan hollarda shubhasiz afzalliklarga ega. Shu bilan birga, uzoq muddatli va keng qamrovli sekvestr mavjud bo'lganda, infeksiyalangan pankreatik nekrozining shakllarini davolashning asosiy usuli sifatida transkutan drenaj aralashuvining ahamiyatini oshirib yuborishdan ogohlantirish zarur deb hisoblaymiz. Bunday holatlarda terapevtik ta'sirga erishish uchun laparotomiya aralashuvi foydasiga suyanish kerak.



48-rasm. Destruktiv pankreatit uchun jarrohlik yondashuvlar: median laparotomiya (A) sinxron lumbotomiya bilan; bisubkostal laparotomiya (B).

Jarrohlik usulini tanlash oshqozon osti bezi va retroperitoneal to‘qimalarning turli qismlariga zarar yetkazishning lokalizatsiyasi va darajasi (ya‘ni, oxir-oqibat, diagnostika usullarini tasvirlash sifati) bilan belgilanadi. Zamonaviy sharoitda asosiy jarrohlik yondashuvlar (11.1-rasm): 1) median laparotomiya; 2) ikki-subkostal yondashuv; 3) lumbotomiya.

Ikki subkostal yondashuv keng tarqalgan steril yoki infeksiyalangan pankreatik nekrozlar uchun keng mobilizatsiya, dekompressiya va parapankreatik va ikkala parakolar sohalardan nekro va sekvestrektomiya talab qilinganda, keng sekvestratsiyani va shunga mos ravishda retroperitoneal bo‘shliqda ko‘p bosqichli aralashuvni o‘z ichiga olgan holda qo‘llaniladi. Ushbu kirish nekrotik (yoki infeksiyalangan) perikolik flegmona bo‘lsa, yo‘g‘on ichakning taloq va jigar egilishlarini, parakol retroperitoneal sohasini eng kam shikastli va keng mobilizatsiya qilish uchun maqbul sharoitlarni ta‘minlaydi, qorin bo‘shlig‘ining erkin chegaralarini chegaralash qonunlariga rioya qilishga imkon beradi. retroperitoneal bo‘shliqdan.

Lumbotomiya faqat retroperitoneal bo‘shliqning ma‘lum bir qismiga (boshga - oshqozon osti bezining o‘ng tomonida yoki dumida - chapda), perirenal yog‘ga (o‘ngda va chapda), qisman parakol bo‘shlig‘i zonasiga ekstraperitoneal kirishni ta‘minlaydi. tegishli lokalizatsiya). Bunday hollarda faol va keng ko‘lamli sekvestratsiyani o‘z ichiga olgan retroperitoneal to‘qimalarning ma‘lum bir zonasi bilan chegaralangan infeksiyalangan shakllanishlar (absesslar) shakllanishida izolyatsiya qilingan lumbotomiya (laparotomiyasiz) qo‘llaniladi. Ushbu yondashuvning afzalligi jarrohlik maydonini erkin qorin bo‘shlig‘idan izolyatsiya qilishdir. Lumbotomiya retroperitoneal hududlarni (parakolon, paranefriya) gravitatsiyaviy drenajlash uchun optimal sharoitlarni yaratish va retroperitoneal bo‘shliqning bu joylarini erkin qorin bo‘shlig‘idan chegaralash uchun laparotomiya usulida amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuvga muhim qo‘shimcha bo‘lishi mumkin. Oshqozon osti bezi va retroperitoneal bo‘shliqning boshqa qismlari

(ultratovush yoki KT ma'lumotlariga ko'ra) holati haqida to'liq ma'lumot bo'lmasa, o'rta chiziq yoki bisubkostal laparotomiyaga murojaat qilish kerak.

Laparotomiyadan so'ng asosiy e'tibor oshqozon osti bezi, retroperitoneal to'qimalarning barcha qismlari va qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanish darajasi va xarakterini baholashga qaratilishi kerak. Vayron qiluvchi pankreatitning mutlaq belgisi parietal va visseral qorin parda, katta va kichik omentumda eritilgan sham tomchilariga o'xshash sariq yoki oq rangli steatonekroz dog'larining mavjudligi. Peritonitning tarqalishi efüzyonning tabiati, uning miqdori va joylashuvi bilan baholanadi. Kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida seroz, sarg'ish va shaffof ekssudat birinchi navbatda yog'li pankreatik nekrozga xos bo'lsa, qorin bo'shlig'ida boy gemorragik efüzyon gemorragik yoki aralash pankreatik nekrozni ko'rsatadi. Tarqalishi (mahalliy yoki diffuz) va tabiati (bakterial yoki infeksiyalangan) bo'yicha pankreatogen peritonit XIII bobda muhokama qilingan mezonlarga muvofiq tasniflanadi.

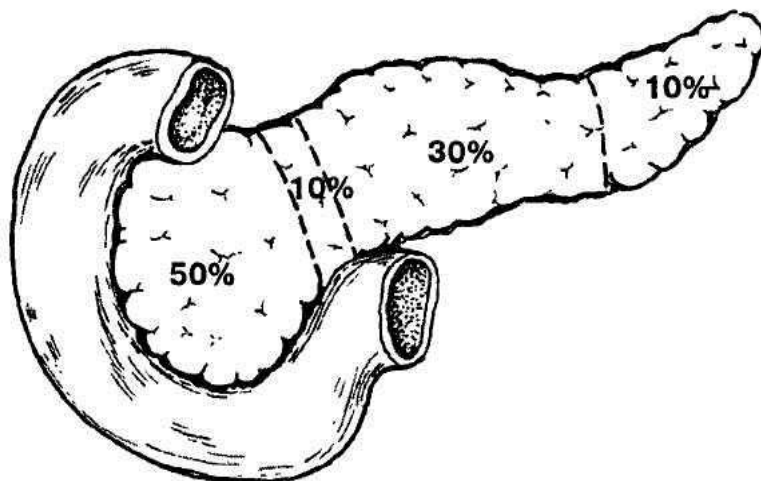
Kasallikning patomorfologiyasi to'g'risida eng to'liq tushunchaga faqat oshqozon osti bezi, parapankreatik, parakolar (o'ng va chap) va tos to'qimalari, ingichka va yo'g'on ichak tutqichlari, o't pufagi, shuningdek, to'liq tekshirilgandan so'ng erishish mumkin. qorin bo'shlig'i ekssudatini mikrobiologik va fermentativ o'rganish natijalari asosida. Retroperitoneal to'qimalarda nekrozning tarqalishini tavsiflash uchun infiltratsiya, imbibitsiya, kichik va ko'ndalang yo'g'on ichak tutqichi ildizining nekrotik shikastlanishiga, chap va o'ng lateral kanallar bo'ylab retroperitoneal to'qimalarga, har ikki tomonda paranefrizmaga alohida e'tibor berish kerak, tos suyagi tolasigacha.

Omental bursa bo'shlig'iga oqilona kirish - bu oshqozonning katta egri chizig'i bo'ylab taloqning pastki qutbi darajasiga qadar gastrokolik ligamentning keng diseksiyasi (og'ir omentobursit va og'ir omentobursit tufayli omental bursaning yallig'lanish obliteratsiyasida). parapankreatit, oshqozon devoriga, ko'ndalang yo'g'on ichakka, uning tutqich va tomirlariga, xususan, o'rta yo'g'on ichak arteriyasiga zarar bermaslik uchun ehtiyot bo'lish kerak). Agar ko'ndalang yo'g'on ichak tutqichi nekrotik va yallig'lanish jarayonida ishtirok etsa, u oshqozon osti bezining tanasi va boshiga yaqin joylashgan. Bunday hollarda, infiltratsiyalangan tutqichning yaxlitligini buzmaslik uchun oshqozon osti bezining pastki chetini mezokolondan mobilizatsiya qilishda juda ehtiyot bo'lish va ketma-ket bo'lish kerak. Ko'ndalang yo'g'on ichak tutqichi orqali omental bursaga kirishdan foydalanmaslik kerak, chunki bu retroperitoneal bo'shliqning depressurizatsiyasiga olib keladi, bu yiringli peritonitning rivojlanishi va mezokolon tomirlarining shikastlanishiga olib keladi.

Cheklangan pankreatik nekrozlar oshqozon osti bezining bir qismida nekroz o'choqlari (kichik yoki katta) mavjudligi, parapankreatik mintaqaning qo'shni qismida infiltratsiya va bir xil nekroz o'choqlari mavjudligi bilan ko'rsatiladi. Kasallikning bu shaklida nekrotik jarayon, qoida tariqasida, parakolon va paranefriyaga ta'sir qilmaydi. Oshqozon osti bezi va parapankreatik hudud

lezyonining fokusli tabiati tufayli keng sekvestr potensial kutilmaydi va infeksiyalangan asoratlar bosqichida infeksiyaning cheklangan shakllari - pankreatogen absess rivojlanishi ehtimoli katta.

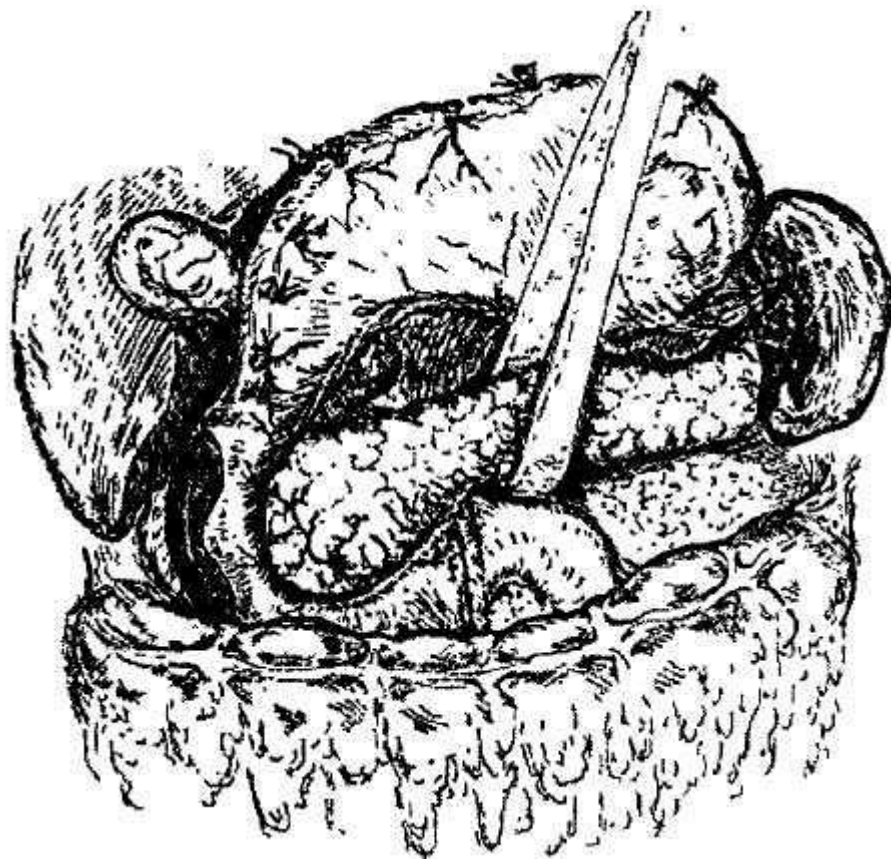
Oʻz navbatida, oshqozon osti bezining bir nechta qismining nekrotik shikastlanishi bilan retroperitoneal toʻqimalarda destruksiya keng tarqalgan: "chap", "markaziy" yoki "oʻng" turga koʻra, mos keladigan nekrotik (aseptik) flegmonaning shakllanishi bilan. Kasallikning infeksiyadan oldingi bosqichida va tabiatda septik joylarda - post-nekrotik yuqumli asoratlar bosqichida.



49-rasm. Nekrotik pankreatitda oshqozon osti bezining zararlanish darajasi.

Retroperitoneal boʻshliqning nekrotik toʻqimalarining infeksiyasini koʻrsatadigan belgilar: yiringli, loyqa ("goʻsht boʻshligʻi" kabi) efüzyonning oʻtkir hidli boʻlishi, u ogʻiz boʻshligʻida, jigar osti va diaframatik boʻshliqda erkin joylashgan yoki boʻshliqqa oʻtadi. zonalar nekroz oshqozon osti bezi, parapankreatik, parakolar, perinefrik hujayrali boʻshliqlar. Nekrotik toʻqimalar qora, kulrang yoki yashil rangga ega, teginish uchun xiralashgan, "pergament" kabi yupqalashgan, fibrin bilan qoplangan. Kasallikning boshlanishidan uzoq muddatda (2-3 hafta), nekrotik toʻqimalar erib ketganda, ular plastilinga oʻxshash massalarga oʻxshaydi va yopishqoq mustahkamlikka ega; ajratilgan va bosilganda, bu zonalarda bulutli eksudat chiqariladi va koʻpincha koʻplab "asal qoliplari" koʻrinishidagi mikroabstsesslar ochiladi. Pankreatik nekrozda oshqozon osti bezining zararlanish darajasini baholashni standartlashtirish uchun Mayo klinikasida (1998) ishlab chiqilgan quyidagi sxemadan foydalanish mumkin, bu sizga uning zarari hajmini foiz sifatida koʻrsatishga imkon beradi (11.2-rasm).

Keng tarqalgan pankreatik nekrozning "markaziy" versiyasida (tananing nekrozi, istmus, qisman bosh va quyruq) parapankreatik zonaning, koʻndalang yoʻgʻon ichak tutqichining ustun shikastlanishi aniqlanadi. Parapankreatik zonani qayta koʻrib chiqish va dekompressiya qilish uchun qorin pardaning diseksiyasi oshqozon osti bezining pastki va yuqori konturlari boʻylab tananing va qisman dumning orqa yuzasi boʻylab raqamli mobilizatsiyasi bilan amalga oshiriladi (11.3-rasm).



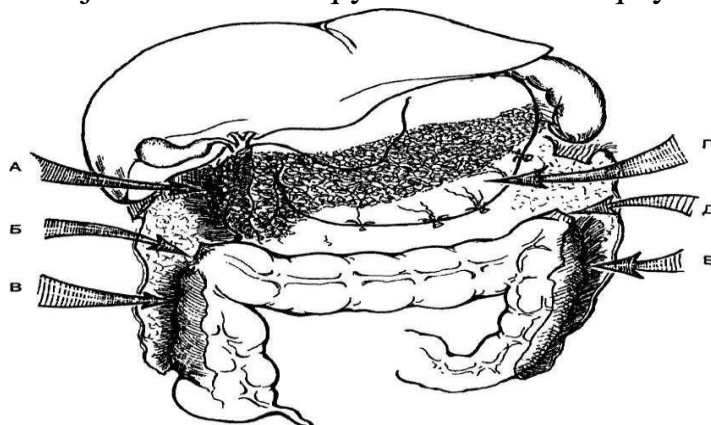
50-rasm. Tana va quyruq sohasidagi oshqozon osti bezining qorin bo‘shlig‘i (mobilizatsiya qilingan oshqozon osti bezi)

Ideal holda, oshqozon osti bezi bu sohalarda yuqori va pastki konturlar bo‘ylab "chamadon tutqichi" uslubida mobilizatsiya qilinishi kerak. Nekrotik to‘qimalarning mavjudligida asosan oshqozon osti bezining boshi va tanasida (retroperitoneal to‘qimalarning shikastlanishining "o‘ng" versiyasi), oshqozon, o‘n ikki barmoqli ichak chiqishi deformatsiyasi, paraduodenal zonaning infiltratsiyasi, gepatoduodenal ligament, bo‘yin. o‘t pufagi va jigar tutqichining o‘ng yon kanali bo‘ylab joylashgan nekroz o‘choqlari bilan birgalikda yo‘g‘on ichak burchagi kuzatiladi. Bunday holda, retroperitoneal bo‘shliqning ushbu sohasini yetarli darajada qayta ko‘rib chiqish va dekompressiya qilishning muhim usuli - bu Kocherga ko‘ra o‘n ikki barmoqli ichakning mobilizatsiyasi, yo‘g‘on ichakning jigar egiluvchanligi, qorin pardaning o‘ng lateral kanal bo‘ylab kesilishigacha. (11.4-rasm - A, B, C).

Parakolik va perinefrik yog 'to‘qimalarining chap qismlari nekrotik jarayonda ishtirok etgan holda keng tarqalgan pankreatik nekroz rivojlanishining "chap tomonlama" (tananing bir qismi, quyruq) varianti bo‘lsa, retroperitoneal bo‘shliqqa kirish mumkin. ko‘ndalang yo‘g‘on ichakning taloq burchagini to‘liq mobilizatsiya qilish bilan pastga tushuvchi yo‘g‘on ichakdan tashqariga qarab chap lateral kanalning splenokolik, yo‘g‘on ichak-diafragma ligamentlari va parietal qorin pardasini kesish orqali kengaytiriladi. Bunday hollarda retroperitoneal bo‘shliqning ushbu zonalariga keng kirish oshqozon osti bezining tanasi va dumi,

perinefrik zonadagi parapankreatik to‘qimalarni to‘liq dekompressiya qilish, nekro va sekvestrektomiya qilish uchun qulay shart-sharoitlarni yaratadi, bu esa oshqozon osti bezining etarli darajada joylashishiga imkon beradi. drenaj tuzilmalari gravitatsion drenaj qoidalariga muvofiq, yo‘g‘on ichakning orqasida va keyinchalik bosqichma-bosqich qayta ko‘rib chiqish va ushbu hududni sanitariya qilish, drenajlarni almashtirish (11.4-rasm - D, E, F).

Jarrohlik aralashuvining hajmini tanlashda shuni yodda tutish kerakki, intraoperativ ma'lumotlardan foydalangan holda, oshqozon osti bezi nekrozining chuqurligi va darajasini obyektiv baholash va oshqozon osti bezi va uning turli qismlarida nekrotik va yashovchan to‘qimalarni ishonchli ajratish qiyin. retroperitoneal to‘qima. Tajriba shuni ko‘rsatadiki, demarkatsiya chizig‘i kasallikning 2-3 xaftaligida aniq bo‘ladi va oshqozon osti bezini rezektsiya qilish uchun ko‘rsatmalarning asossiz ravishda kengayishi muqarrar ravishda og‘ir diabetes mellitus va ekzokrin etishmovchilikning rivojlanishiga olib keladi. Bu holatlar me‘da osti bezi nekrozining turli shakllari uchun me‘da osti bezi jarrohlikning yetarli hajmini tanlashda qiyinchiliklarni aniqlaydi.



51-rasm. Pankreatik nekroz davrida retroperitoneal bo‘shliqning dekompressiya zonallari: oshqozon osti bezi boshining orqasida (A); yo‘g‘on ichakning jigar egiluvchanligi maydoni (B); o‘ng parakollar mintaqasi (B); oshqozon osti bezi dumining mintaqasi (D); yo‘g‘on ichakning taloq egilish maydoni (D); chap parakolar mintaqasi (E).

Oshqozon osti bezi nekroziga olib boriladigan jarrohlik aralashuvlarning xarakteriga qarab, rezeksiya (nekrotik oshqozon osti bezining bir qismini olib tashlash) va organlarni saqlaydigan (oshqozon osti bezining abdominatsiyasi, nekroz va sekvestrektomiya) operatsiyalar turlari mavjud.

Pankreatik nekroz uchun oshqozon osti bezining rezeksiyasi qat‘iy ko‘rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi. To‘liq (organning butun qalinligi bo‘ylab) oshqozon osti bezi dumi va yoki tanasi sohasida nekrozga uchragan taqdirda, bemorning barqaror holatida, oshqozon osti bezining taloq bilan birga korpuskaudal rezeksiyasi. (yoki uning saqlanishi bilan) mutlaqo ko‘rsatilgan. Yana bir bor ta’kidlash kerakki, bosqichma-bosqich dasturlashtirilgan aralashuvlar

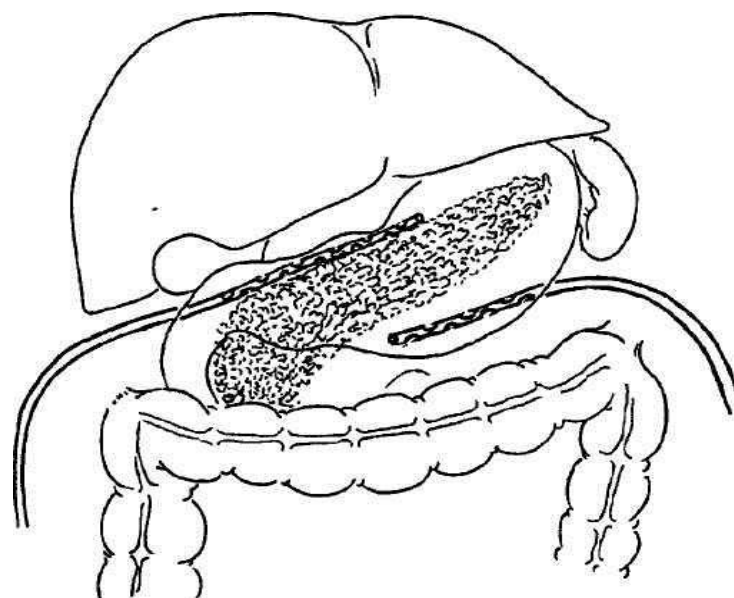
sharoitida, faqat 3-4 bosqichli operatsiya vaqtida demarkatsiya chegarasi aniq ko‘rinadi, bu esa oshqozon osti bezining atipik rezektsiyasini chegaralar ichida amalga oshirishga imkon beradi. uning hayotiy emasligi va bir qator holatlarda organning muhim qismini saqlab qolgan holda nekro va sekvestrektomiyani to‘liq cheklash.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida (infeksiyadan oldingi bosqich), shuningdek, umumiy pankreatik nekrozga pankreatoduodenal rezektsiya qilish juda ko‘p asoratlar va o‘lim darajasi tufayli tavsiya etilmaydi. Steril pankreatik nekrozga uchragan bemorlarda kasallikning dastlabki bosqichlarida o‘tkaziladigan jarrohlik aralashuvlarning eng muhim bosqichi safro yo‘llari patologiyasini bartaraf etishdir. Vayron qiluvchi xoletsistitda xoletsistektomiya, safro gipertenziyasi belgilari bo‘lsa, dekompressiya xoletsistostomiya bilan amalga oshiriladi. Ba’zi hollarda xoletsistotomiya ultratovush tekshiruvi ostida laparoskopiya yoki transkutan usulda amalga oshirilishi mumkin. Yiringli asoratlar bosqichida o‘t pufagining dekompressiyasi, qoida tariqasida, amalga oshirilmaydi. Oshqozon osti bezining abdominatsiyasi ketma-ket amalga oshiriladi, qorin pardani tananing tanasi va dumi sohasida pastki va yuqori qirralari bo‘ylab ajratadi, bezni retroperitoneal parapankreatik to‘qimalardan to‘g‘ridan-to‘g‘ri ajratadi va shu bilan oshqozon osti bezini retroperitonealdan "harakat qiladi". qorin bo‘shlig‘iga bo‘sh joy. Operatsiyaning ushbu bosqichi parapankreatik to‘qimalarni dekompressiyalashga, pankreatogen va / yoki infeksiyalangan yuqori toksik efüzyonni etarli darajada evakuatsiya qilishga qaratilgan. Keng tarqalgan me‘da osti bezi nekrozi va kelajakda rejalashtirilgan nekro va sekvestrektomiyalarning bosqichma-bosqich holatlarida oshqozon osti bezi orqasidagi pedikulaga omentum qo‘yish tavsiya etilmaydi.

Nekrektomiya (organ parenximasi bilan bog‘liq bo‘lgan qon ta‘minoti zonalaridagi nekrotik to‘qimalarni olib tashlash) yoki sekestrektomiya (o‘lik to‘qimalarda bo‘shashgan nekrotik to‘qimalarni olib tashlash) arteriya va tomirlardan aroziv qon ketishining rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun ehtiyotkorlik bilan va dozalangan digitoklaziya bilan amalga oshiriladi. katta qon yo‘qotish va yuqori o‘lim bilan bog‘liq bo‘lgan tutqich havzasining. Shu munosabat bilan vakuumli aspiratorlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Arroziv qon ketishining eng ko‘p uchraydigan sababi taloq arteriyalari va tomirlarining nekrozi va / yoki shikastlanishi, yuqori tutqich venasi oshqozonning taloq venalari bilan qo‘shilish joyidagi va ko‘ndalang ichak tutqichi tomirlari. Asosiy tomirlardan qon ketishi tomirni sintetik ip bilan tikuv bilan bog‘lash orqali to‘xtatiladi. Qattiq doka tamponadasi yordamida infiltratsiyalangan va nekrotik joylarda diffuz to‘qimalardan qon ketishini bartaraf etish maqsadga muvofiqdir. Nekro- va sekvestrektomiya bosqichini o‘tkazgandan so‘ng, retroperitoneal lokalizatsiyaning barcha zonalarini yuvish 3% vodorod periks eritmasi qo‘shilishi bilan tuz eritmasi bilan amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'i sho'r eritma bilan yuviladi. Drenaj tuzilmalarini retroperitoneal bo'shliqda yetarli darajada joylashtirishga kelsak, shuni aytilish kerakki, ularning joylashishini va oshqozon-ichak traktining katta tomir magistrallari va devorlari yaqinida olib tashlanishini oldini olish kerak. Silikon drenajlardan foydalanish tavsiya etiladi, ular lomber-lateral sohalarda ularni tanqidiy egilish va sindirishga olib kelmaslik va gravitatsiyaviy drenaj qoidasiga rioya qilish uchun joylashtirilishi kerak. Yallig'lanish va nekrozga duchor bo'lgan to'qimalarning keng ekssudatsiyasi va qon ketishi ko'p kanalli (faol) drenaj tizimlaridan foydalanishni talab qiladi. Penrose drenajlari lateks qoplamasiga ega bo'lishi kerak ("sigaret" drenaji), ayniqsa ular ichi bo'sh organning devori bilan aloqa qiladigan joylarda.

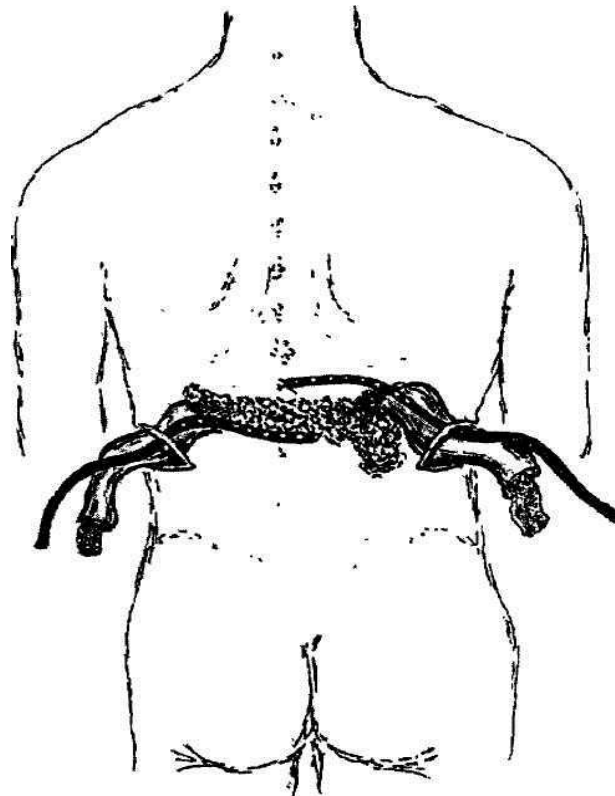
Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, oshqozon osti bezi, retroperitoneal to'qimalar va qorin bo'shlig'i shikastlanishining tarqalishi va tabiatiga qarab, retroperitoneal bo'shliq va qorin bo'shlig'ining barcha ta'sirlangan qismlarini etarli darajada drenajlash uchun shart-sharoitlarni ta'minlaydigan pankreatik nekrozga qarshi drenaj operatsiyalarining bir nechta usullari mavjud. bo'shliq. Drenaj operatsiyalari usullari takroriy nekro va sekvestrektomiyaning muayyan taktik usullarini tanlashni o'z ichiga oladi: 1) dasturlashtirilgan rejimda ("dastur bo'yicha") amalga oshiriladigan retroperitoneal bo'shliqni bosqichma-bosqich qayta ko'rib chiqish va sanitariya (nekr- va sekvestrektomiya); 2) retroperitoneum, oshqozon osti bezi va qorin bo'shlig'i organlarida rivojlanayotgan asoratlar tufayli shoshilinch va majburiy relaparotomiyalar ("ko'rsatmalar bo'yicha", "talab bo'yicha"). Pankreatik nekrozga qarshi retroperitoneal bo'shliqni drenajlash usullari quyidagilarga bo'linadi: "yopiq", "yarim ochiq" va "ochiq". Drenaj operatsiyalarining "yopiq" usullari qattiq tikilgan laparotomiya yarasi sharoitida retroperitoneal to'qimalarni va / yoki qorin bo'shlig'ini ko'p kanalli quvurli drenajlar bilan faol drenajlashni o'z ichiga oladi (11.5-rasm). Ular uzoq va keng ko'lamlilik sekvestrni o'z ichiga olmaydi, steril pankreatik nekrozning cheklangan (kichik va katta fokal) shakllari uchun ko'rsatiladi. Xuddi shu sabablarga ko'ra, ultratovush va KT nazorati ostida drenajlashning "yopiq" usuli retroperitoneal to'qimalarga minimal zarar etkazadigan pankreatogen absesslar uchun ham qo'llaniladi. Operatsiyadan keyingi davrda vayronagarchilik va infeksiya joyini yuvish antiseptik eritmalar yordamida drenaj tizimlari orqali amalga oshiriladi. Drenaj fokusining holatini "yopiq" usul bilan kuzatish operatsiyadan keyingi davr dinamikasida ultratovush, KT va fistulografiya natijalariga ko'ra amalga oshiriladi. Agar asoratlar paydo bo'lsa (absess shakllanishi, drenajning yetarli emasligi), relaparotomiya ("ko'rsatmalar bo'yicha") yoki minimal invaziv transkutan aralashuvlar ko'rsatiladi.



52-rasm. Pankreatik nekroz uchun drenaj operatsiyalarining "yopiq" usuli: parapankreatik sohada quvurli drenajlar oʻrnatiladi.

Pankreatik nekrozning keng tarqalgan steril va infeksiyalangan shakllarida retroperitoneal boʻshliq toʻqimalarini sekvestr qilish, tozalash va tashkil etish jarayonlari, qoida tariqasida, kasallikning boshlanishidan boshlab 2 dan 8 haftagacha uzaytiriladi va rad etish bilan tavsiflanadi. aniq tizimli yalligʻlanish reaksiyasi va koʻp organli buzilishlar rivojlanishi bilan koʻp miqdorda nekrotik toʻqimalar. Bunday klinik-pato-morfologik sharoitlarda, yiringli-yalligʻlanish oʻchogʻining nekrotik komponenti uning suyuq elementidan sezilarli darajada ustunlik qilganda, retroperitoneal boʻshliqni drenajlashning "yopiq" usuli samarali emas. Shuning uchun keng tarqalgan pankreatik nekrozi boʻlgan bemorlarni jarrohlik davolash dasturining oqilona komponenti takroriy nekro va sekvestrektomiyalar bilan retroperitoneal toʻqimalarni "yarim ochiq" va "ochiq" drenajlash usullaridan foydalanish hisoblanadi.

Pankreatik nekrozda retroperitoneal toʻqimalarni drenajlashning "yarim ochiq" usuli (11.6-rasm) rezina gazli "sigara, passiv" Penrose drenajlari (maishiy sharoitda) bilan birgalikda quvurli koʻp kanalli (faol) drenaj tuzilmalarini oʻrnatishni oʻz ichiga oladi. bozor) nekroz va infeksiya joylarida - adabiyotda ular koʻpincha rezina-doka tamponlar deb ataladi). Bunday sharoitda laparotomiya yarasi mahkam tikiladi va "qattiq" (quvursimon) va "yumshoq" (Penrose) drenajlarining birlashtirilgan dizayni bel-lateral sohalarda yoki lumbotomiya yaralarida keng qarama-qarshi ochilish orqali chiqariladi.



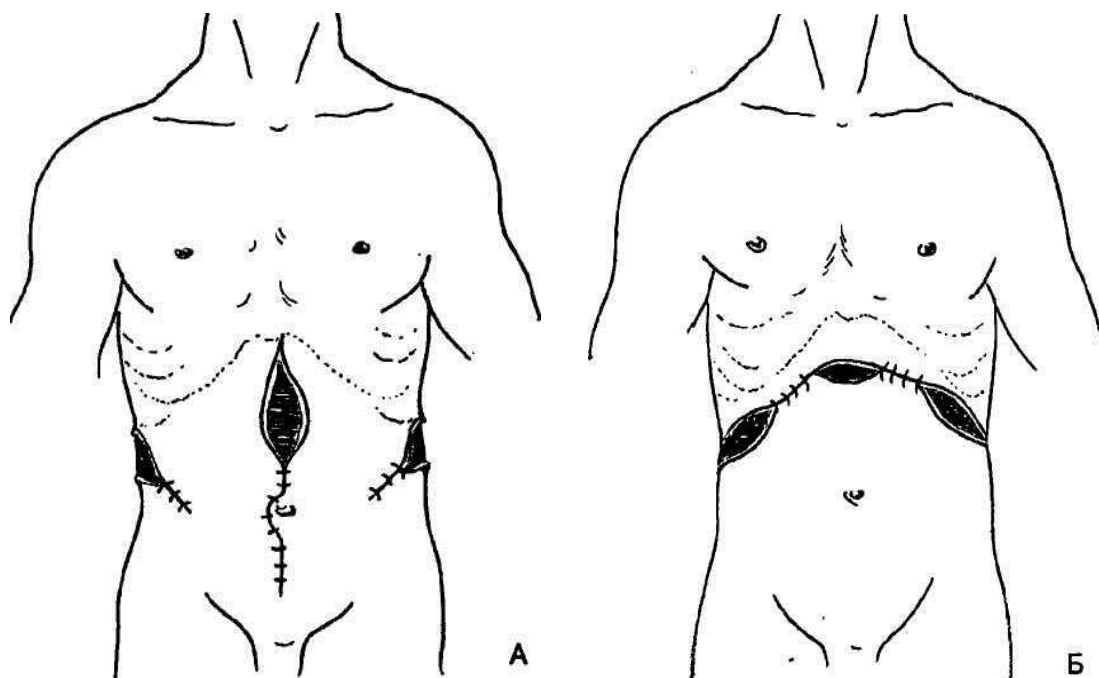
53-rasm. "Yarim ochiq" usul, parapankreatik hududni drenajlash: quvurli va qo'ldop-doka

Keng tarqalgan pankreatik nekrozni davolashning "yarim ochiq" va "ochiq" usuli sharoitida kauchuk-doka drenaj inshootlari quyidagi asosiy funktsiyalarni bajaradi: 1. Qisqa muddatli drenaj funksiyasi. 24 soatdan so'ng, Penrose drenaji drenaj qobiliyatini butunlay yo'qotadi, bu uning quvurli ko'p lümenli drenaj bilan majburiy sinxron joylashishini belgilaydi. 2. Retroperitoneal to'qimalarning barcha bo'shliqlari va cho'ntaklarini Levomekol malhamiga namlangan katta doka salfetkalari bilan to'ldirish orqali erishiladigan davomli ramka funksiyasi. Jarrohlik yarasini "ochiq" davolash sharoitida ular dasturlashtirilgan nekrektomiya va sekvestrektomiya yoki behushlik ostida bog'lashda har 24-72 soatda almashtiriladi. "Yarim ochiq" usul bilan Penrose drenajlari operatsiyadan 3-4 kun o'tgach, har kuni mahkamlanib, qismlarga bo'linadi. Ular butunlay olib tashlangan vaqtga kelib (6-7 kundan keyin) keng yara kanallari hosil bo'lib, bosqichma-bosqich bog'lash paytida yangi hosil bo'lgan sekvestr va detritlarni evakuatsiya qilishga imkon beradi. Ushbu "yarim ochiq" tashqi drenaj davrlarida hosil bo'lgan kanalga boshqa quvurli drenajlar o'rnatilishi mumkin, bu yiringli-nekrotik o'choqni drenajlash samaradorligini sezilarli darajada oshiradi. 3. Kichik diametrli tomirlardan parenximal diffuz qon ketishida gemostatik funktsiya. Retroperitoneal to'qimalarni drenajlashning "yarim ochiq" va ayniqsa "ochiq" usullari steril va infeksiyalangan keng tarqalgan pankreatik nekrozlar, retroperitoneal to'qimalarning parapankreatik, parakolar, perinefrik va tos bo'shlig'ining "aseptik" va septik flegmonasi uchun mutlaqo ko'rsatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, pankreatik nekrozning keng tarqalgan shakllari uchun drenaj operatsiyalarining "yarim ochiq"

usullari "ochiq" drenaj operatsiyalariga qaraganda nisbatan past drenaj samaradorligiga ega, chunki ular etarli jarrohlikning asosiy prinsipiga javob bermaydi.

Oshqozon osti bezi. keng me'da osti bezi nekrozini davolash - yiringli-nekrotik o'choqlarni faol kunlik monitoringi. Murakkab topografiyaga ega kanallarning "tamponlar yordamida" shakllanishi, ularning nekrotik yoki yiringli fokusning barcha zonalarini ko'rsatmasdan bosqichma-bosqich almashtirilishi detritus va yiringni ushlab turishi bilan to'la bo'ladi va shu bilan tizimli yallig'lanish reaksiyasini qo'llab-quvvatlaydi. Amaliyot shuni ko'rsatadiki, keng tarqalgan pankreatik nekroz uchun "yarim ochiq" usulning drenajlash potentsialining samaradorligini sezilarli darajada oshirishga video-optik texnologiya va endoskopik asboblardan foydalangan holda bosqichma-bosqich dasturlashtirilgan nekroz va sekestrektomiyalarga murojaat qilish orqali erishish mumkin. Pankreatik nekroz uchun tashqi drenajlashning "yarim ochiq" usuli sharoitida tegishli jarrohlik taktikasini amalga oshirish faqat jarrohlik aralashuvning dasturlashtirilgan rejimidan foydalangan holda amalga oshiriladi. "Talab bo'yicha" rejimi bu holatda samarali emas, u na nazariy, na amaliy asosga ega.

Faqat keng tarqalgan pankreatik nekrozi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolashda qo'llaniladigan drenaj operatsiyalarining "ochiq" usullari "ko'milgan" va "yarim ochiq" usullarning kamchiliklariga ega emas. "Ochiq" drenajli jarrohlik aralashuvlar taktik va shunga mos ravishda texnik yechimlarning ikkita asosiy variantini o'z ichiga oladi: 1) pankreatomentobursostomiya + lumbotomiya; 2) laparostomiya. Lumbotomiya bilan birgalikda pankreatikomentobursostomiya (11.7-rasm) retroperitoneostomiya tamoyilining texnik echimlaridan biridir. Pankreatomentobursostomiya disseksiya qilingan gastrokolik ligamentning bo'laklarini butun perimetri bo'ylab parietal peritonga (yoki pankreatik psevdokistaning marsupializatsiyasi operatsiyasiga o'xshash) pankreato-rotomiya yarasining yuqori uchdan bir qismiga mahkamlash orqali hosil bo'ladi. Levomekol malhami bilan singdirilgan Penrose drenajlarini omental bursa bo'shlig'iga, mobilizatsiyalangan parapankreatik yog 'to'qimalari joylariga o'rnatish keyingi bosqichli qayta ko'rib chiqishlarda ushbu joylarga to'siqsiz kirishni ta'minlaydi. Nekrektomiya va sekestrektomiya har 48-72 soatda intubatsiya yoki intravenöz behushlik ostida dasturlashtirilgan rejimda amalga oshiriladi. Sanitariya tadbirlari orasidagi intervalning davomiyligi va ularning chastotasi vayron qilingan joyda yiringli-yallig'lanish jarayonining faolligi va bemorning ahvolining og'irligi bilan belgilanadi. Parakolar to'qimalarining tos aperturasigacha nekrotik shikastlanishi bo'lsa, pankreatikomentoburostomiya sinxron lumbotomiya bilan to'ldiriladi, bu orqali Penrose drenajlari va eksudatning faol aspiratsiyasi uchun "orqali" yoki ikki lümenli silikon drenajlar ham chiqariladi. Bunday aralashuvning optimal texnik varianti bisubkostal laparotomiyaning afzalliklaridan foydalanish kabi ko'rinadi.



54-rasm. Retroperitoneal bo'shliqni "ochiq" drenajlash variantlari: median laparotomiya bilan, sinxron lumbotomiya (A) bilan to'ldirilgan; bisubkostal laparotomiya bilan (B).

Silikon ko'p lumenli yoki "faol" drenajlar orqali "yumshoq" Penrose drenajlari parapankreatik mintaqada - oshqozon osti bezining yuqori, pastki chetida yoki retropankreatik bo'shliqda o'rnatiladi. Qorin bo'shlig'i (subhepatik, subdiafragmatik bo'shliq, tos bo'shlig'i, lateral kanallar) gravitatsiya yoki "faol" silikon drenajlar bilan drenajlanadi, ular alohida qarama-qarshi teshiklar orqali chiqariladi.

Bosqichli dasturlashtirilgan nekroz va sekestrektomiya operatsiya xonasida umumiy behushlik ostida retroperitoneal hujayraning barcha qismlari nekroz va detritdan to'liq tozalanmaguncha amalga oshiriladi, bu granulyatsiya to'qimalarining paydo bo'lishidan dalolat beradi. Qoidaga ko'ra, 3-4 bosqichli nekro va sekestrektomiya bilan yara yuzalarining aniq chegaralanishi va tozalanishi belgilari paydo bo'ladi, granulyatsiya to'qimalarining rivojlanishi kuzatiladi, bu esa dasturlashtirilgan aralashuvlarni kichikroq hajmda amalga oshirishga imkon beradi (shaklida). kiyinish) vena ichiga behushlik ostida, operatsiyalar orasidagi interval 3-4 kungacha ko'tariladi. Birinchi aralashuvdan boshlab, bu davrda yaxshi shakllangan keng kanallar Penrose drenajlarini har kuni o'zgartirish va intensiv terapiya bo'limida quvurli tuzilmalar faoliyatini kuzatish imkonini beradi. Bemorni davolashning ushbu bosqichida optimal variant "yopiq" drenaj variantiga o'tishdir. Buning uchun sanitarizatsiyaning oxirgi bosqichida jarrohlik yarasini jarrohlik yo'li bilan davolash uning chetlarini kesish bilan amalga oshiriladi va jarohatlarga "orqali" yoki ko'p kanalli ("faol") silikon drenajlar o'rnatiladi, ular orqali chiqariladi. qarama-qarshi teshiklar, laparotomiya va lumbotomiya yaralari qatlamlarga mahkam yopishtirilgan. Dasturlashtirilgan

aralashuvlarning yakuniy bosqichidagi ushbu texnik yechim operatsiyadan keyingi katta qorincha churralari shakllanishining oldini olishga imkon beradi. Yiringli-nekrotik lezyon holatining dinamikasiga qarab, bosqichma-bosqich sanitariya choralari soni har bir bemor uchun 2 dan 10 gacha o'zgarishi mumkin.

Keng tarqalgan (diffuz yoki diffuz) fibrinoz-yiringli peritonit rivojlanishi bilan asoratlangan pankreatik nekrozga duchor bo'lsa, ular "ochiq" drenajning ikkinchi variantiga - laparostomiyaga murojaat qilishadi. Bunday holatda drenaj nafaqat retroperitoneal bo'shliqning yuqori qavatida, shu jumladan parakolar va yoki paranefral zonalarda, balki qorin bo'shlig'ining barcha e'gimli joylarida ham amalga oshiriladi. Bunday holda, bir nechta Penrose drenajlari lumbotomiya va yoki laparotomiya yaralari orqali chiqariladi. Laparotomiya yarasining chetlari peritoneal ekssudatning etarli darajada chiqib ketishini ta'minlash va qorin bo'shlig'idagi yuqori bosimni pasaytirish uchun ma'lum diastazli barcha qatlamlar orqali lavsan ligaturalari bilan birlashtiriladi (laparotomiyaning texnik imkoniyatlari va keng tarqalgan peritonit bilan og'rikan bemorlarni davolash xususiyatlari). "Ochiq qorin" qo'llanmaning tegishli bobida tasvirlangan). Peritonitning regressiyasi va retroperitoneal to'qimalar laparostomiyadan tozalanishi bilan ular pankreatikomentobursostomiya variantiga, keyin esa "yopiq" drenajga o'tadi.

So'nggi yillarda laparoskopik pankreato-omentobursoskopiya va omental bursani sanitariya qilish usullari qo'llanildi. Endoskopik texnologiyadan foydalangan holda jarrohlr laparoskopiya, o't pufagining dekompressiyasi, qorin bo'shlig'ini sanitariya va drenajlashni amalga oshiradilar, so'ngra minilaparotomiyadan maxsus mo'ljallangan asboblarda yordamida oshqozon osti bezini, uning qorin bo'shlig'ini, nekro- va sekvestratsiyasini tekshiradilar. pankreatomentobursostomiya va/yoki lumbostomiya. Keyinchalik, bosqichma-bosqich sanitariya ishlari amalga oshiriladi va operatsiyalar orasida drenajlar orqali omental bursa bo'shlig'ini oqimli yoki fraksiyonel yuvish amalga oshiriladi. Pankreatik nekrozga uchragan bemorlarni jarrohlik davolashda taqdim etilgan taktik yondashuvlar, shu jumladan an'anaviy laparotomiya, endoskopik va transkutan texnologiyalar, qat'iy farqlangan ko'rsatmalarga muvofiq qo'llanilishi kerak.

Jarrohlik (laparotomiya) operatsiyalarining an'anaviy usullarini takomillashtirish, klinik amaliyotga minimal invaziv texnologiyalarni joriy etish ularning raqobatbardosh emasligini ko'rsatdi, chunki ular yagona maqsadga - nekrotik yoki yiringli kasalliklarni yo'q qilish uchun yetarli shart-sharoitlarni ta'minlashga bo'ysunadi. diqqat markazida bo'lishi va aniq klinik vaziyatga qarab ularning oqilona kombinatsiyasida ishlatilishi kerak.

Hozirgi vaqtda qo'llaniladigan jarrohlik davolash usullarining rivojlanishi ko'p jihatdan nekroz va sekvestrektomiya bosqichlarining etarfiligi va keyinchalik nekroz va infektsiyaning qoldiq va takroriy o'choqlarini yo'q qilish bilan belgilanadi, bu amalda nafaqat ma'lum bir usulning texnik echimiga bog'liq.

retroperitoneal bo'shliqda drenaj jarrohligi, shuningdek, anesteziologik va reanimatsiya yordami imkoniyatlarini oshiradi. Turli taktik yondashuvlar uchun kasalxonaga yotqizishning o'rtacha davomiyligi (60 kun) va intensiv terapiya bo'limida bo'lish muddati (30 kun) teng ekanligi tasodif emas.

Jarrohlik davolashning ko'rsatilgan tamoyillari tizimli adabiy tahlil ma'lumotlari bilan tasdiqlangan, bu shuni ko'rsatdiki, pankreatik nekrozning infeksiyalangan shakllarini jarrohlik davolashning "an'anaviy" usullaridan foydalanganda o'lim darajasi maksimal, "ochiq / yarim ochiq" drenaj bilan retroperitoneal bo'shliq va dasturlashtirilgan nekro- va sekestrektomiyalarning taktikasi va "yopiq" drenaj operatsiyalaridan foydalanish, u sezilarli darajada past bo'ladi.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir pankreatit va ayniqsa, steril va infeksiyalangan pankreatik nekrozga uchragan bemorlarni davolash muvaffaqiyatining tarkibiy qismlari ushbu holatlarning ajralmas patogen mohiyati haqidagi zamonaviy g'oyalarni o'z ichiga olishi kerak, bu esa topikal diagnostika va taktika strategiyasini belgilaydi. shoshilinch pankreatologiyada kompleks davolash. Pankreatik nekrozga uchragan bemorlarning ma'lum tajribaga, malakali mutaxassislarga va tegishli jihozlarga ega bo'lgan bir nechta jarrohlik markazlarida konsentratsiyasi o'tkir pankreatitni davolash natijalarini tubdan yaxshilaydi, degan asosli fikr mavjud.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Abdullayev E.G., Fedenko V.V., Babyshii V.V. va boshqalar.. O‘n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasini birgalikda tikish usuli // Endoskop, jarrohlik. - 2000. - T. 6. - No 6. - B. 53.
2. Abdullayev E.G., Fedenko V.V., Aleksandrov A.I. va boshqalar.Teshilgan gastroduodenal yaralarni davolashda endovideojarrohlik va minimal invaziv usullardan foydalanish // Endoskop, jarrohlik. 2001. - T.7. -3-son.-S. 8-10.
3. Abdullayev E.G., Fedenko V.V., Xodas G.V. va boshqalar.Teshilgan gastroduodenal yaralar uchun endovideojarrohlik va minimal invaziv usullardan foydalanish imkoniyatlari to‘g‘risida // Endoskop, jarrohlik. - 2002. - T. 8. -No 5. B. 55 -58.
4. Abdullin S.G. Ichak tutilishining borishini bashorat qilish usuli // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 63 - 66.
6. Aliyev M.A., Doskaliev J.A., Seisembaev M.A. O‘tkir xoletsistitni davolashda endovideoxirurgiya // Endoskop, jarrohlik. 1997. - No 4. - B. 2225.
5. Andreyev A.S. Teshilgan gastroduodenal yaralar // Gastroenterologiyaning dolzarb muammolari: oshqozon yarasi kasalligi, hal qilingan va hal qilinmagan muammolar. Mintaqaviy ilmiy-amaliy konferensiya. - Onega, 2000. - B. 7 -9.
6. Atajanov Sh.K., Xojiboyev A.M., Asomov X.X. O‘tkir appenditsitni tashxislash va davolashda laparoskopiyaning roli // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. -T. 5. -3-son. - 13-14-betlar.
7. Afendulov S.A., Nazola V.A., Krasnolutskiy N.A. va boshqalar Laparoskopik appendektomiya natijalari // Endoskop, jarrohlik. 2000. - No 6. - B. 2 -5.
8. Afendulov S.A., Smirnov A.D., Juravlev G.Yu. va boshqalar.O‘n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi tikilganidan keyin bemorlarni reabilitatsiya qilish // Jarrohlik. - 2002. No 4. - B. 48-51.
9. Bagnenko S.F., Simenchenko P.I., Dubikaitis P.A. va boshqalar.O‘tkir appenditsit bilan og‘riq bemorlarni davolashda diagnostik laparoskopiyaning roli va o‘rni // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 15-16.
10. Barayev T.M. Oddiy appenditsit haqida munozaralar // Jarrohlik. 2000.- No 4. B. 19-21.
11. Barayev T.M. O‘tkir appenditsit uchun kechiktirilgan taktikani amalga oshirishda laparoskopiyaning roli // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 3. - B. 8 - 10.
12. Berezin A.B. Arxangelsk viloyatida qishloq sog‘liqni saqlash resurslari tanqisligi sharoitida yarali gastroduodenal qon ketishini davolashni optimallashtirish. Dissertatsiya konspekti. Ph.D. tibbiyot fanlari Arxangelsk, 2002 yil.

13. Berelavichus S.B. O'tkir yopishqoq ichak tutilishining laparoskopik diagnostikasi va davolashi // Endoskop, jarrohlik. - 2002. - T. 8. - No 5.-S. 47-50.
14. Bogdanova V.A., Andreev Yu.A., Mezhenin A.M. O'tkir appenditsitning shubhali holatlarida kutish-operativ taktika natijalari // Tibbiy akademik jurnal. 2002. - T. 2. - No 2. - B. 6 - 7.
15. Borisov A.E., Zemlyanoy A.G., Levin L.A. va boshqalar.O'tkir xoletsistitni davolash muammosining hozirgi holati // Vestn.khirurgii im. I. I. Grekova 2001. - T. 160. - No 6. - B. 92-95.
16. Borisov A.E., Mitin S.E., Peshexonov V.B. va boshqalar.Teshilgan gastroduodenal yaralarni laparoskopik tikish // Endoskop, jarrohlik. 2000. - No 2. - B. 12.
17. Borisov A.E., Levin L.A. Strangulyatsiyalangan churralar uchun endovideojarrohlik texnologiyasining imkoniyatlari // Vestn.khirurgii im. I. I. Grekova -2004 yil. -№ 1.-S. 47-50.
18. Brexov E.I., Mironov N.P., Repin I.G. va boshqalar.O'tkir appenditsit tashxisida noinvaziv usullarning o'rni va o'rni // Shoshilinch tibbiy yordam. - 2004.-T. 5.-No Z.-S. 16-17.
19. Brontvein A.T., Egorov V.I., Vitko N.K. va boshqalar.O'tkir appenditsitning radiatsion diagnostikasi // Jarrohlik. 2002. - No 12. - B. 13 - 16.
20. Bulatov N.X. Yo'g'on ichakning o'tkir Mexanik obstruksiyasining radiatsiya diagnostikasi // Jarrohlik yilnomalari. 2002. - No 4. - B. 67 - 77.
21. Bykov A.B., Oreshkin A.Yu., Saidshax A.S. Diagnostik laparoskopiya natijalariga ko'ra shoshilinch appendektomiyadan voz kechish // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 18.
22. Bychikhin N.P. Shimoldagi keksa odamlarda jarrohlik kasalliklari. L.: Tibbiyot, 1980. - 224 p.
23. Vasilev A.A. O'tkir xoletsistitli bemorlarni jarrohlik davolashning minimal invaziv usullarining samaradorligini baholash // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 2. - B. 16 - 17.
24. Vasilev I.T., Mumladze R.B., Seltsovskiy A.P. va boshqalar Funktsional ichak tutilishini patogenetik davolash // Jarrohlik yilnomalari. 2000. - No 2. - B. 59 - 65.
25. Vinokurov M.M. O'tkir xoletsistit: jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash yo'llari // Fan va ta'lim. 2001. - No 4. - B. 102 - 106.
26. Vinokurov M.M., Gogolev N.M., Pavlov A.A. va boshqalar.O'tkir ichak tutilishida jarrohning taktikasi // Shoshilinch tibbiy yordam. - 2004. - No 3. - B. 74-75.
27. Volkov Yu.M., Veselov S.N., Tixonov A.Yu. va boshqalar.O'tkir appenditsit uchun diagnostik laparoskopiya // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 22-23.
28. Gain Yu.M. O'tkir qorinni tashxislashda xatolar. Ma'ruzalar. - MN.: MGMI, 2001. -25 b.

29. Galashev V.I. Keksa va keksa odamlarda mini-access xoletsistektomiyasi. Dissertatsiya konspekti. Ph.D. tibbiyot fanlari Arxangelsk, 2003. - 21 p.
30. Gostishchev V.K., Evseev M.A. Keksa bemorlarda o'tkir xoletsistit uchun jarrohlik taktikasining xususiyatlari // Jarrohlik. 2001. - 9-son. 30-34-betlar.
31. Grigovich I.N., Derbenev V.V. 21-asrda o'tkir oddiy appenditsit muammosi bilan // I. I. Grekov nomidagi jarrohlik byulleteni 2000. - T. 159. - Z.-S. 97-99.
32. Grinev M.V., Karachun R.V., Batkov O.V. Kolorektal saratonni davolashga zamonaviy yondashuvlar // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 79.
33. Gurevich A.F., Markevich Yu.V., Bykov N.M. va boshqalar. O'tkir appenditsitni tashxislash va davolashda endovideojarrohlikning imkoniyatlari va istiqbollari // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 23 - 24.
34. Danilov K.Yu. Turli bosqichlarda dinamik ichak tutilishining ultratovushli echosemiotikasi // Ross.med. jurnal - 2003. No Z.-S. 16-19.
35. Datsenko B.M., Tamm T.I. O'simta genezisining ichak tutilishining kompleks diagnostikasida ultratovush tekshiruvi // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 82.
36. Demidov V.M., Torbinskiy A.M., Demidov S.M. va boshqalar O'tkir ichak tutilishini davolash va oldini olishda yangi // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 83 - 84.
37. Dzikovich V. Teshilgan gastroduodenal yara bilan og'rigan bemorlarni davolash // Jarrohlik. 1990. - No 7. - B. 25 - 27.
38. Dmitriev M.O., Sotnichenko B.A., Dmitriev O.N. O'simta tabiatining yo'g'on ichak tutilishini davolash natijalari // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - T. 5. - No z. 86-87-betlar.
39. Dronov A.F., Kotlovskiy V.I., Podzubny I.V. Laparoskopik appendektomiya: adabiyotlarni ko'rib chiqish // Endoskop, jarrohlik. - 2000.-№3.-S. 16-20.
40. Dudanov I.P., Sobolev V.E. O'tkir ichak tutilishini tashxislash va davolashda laparoskopiya // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 87 -88.
41. Egorov V.I., Brontwein A.T., Vitko N.K. va boshqalar. O'tkir appenditsitning qiyin holatlarini tashxislashda kompyuter tomografiyasi // Jarrohlik yilnomalari. -2000.-T. 1.- № 4.-S. 467.
42. Emelyanov S.I., Fedenko V.V., Barsechan A.A. O'tkir xoletsistit uchun laparoskopik xoletsistektomiya // Jarrohlik gepatologiyasi yilnomalari. 2001. - No 2. - B. 72 - 82.
43. Ermolov A.S., Abdraimov T.D., Adambekov D.A. O'tkir xoletsistit kursini bashorat qilishda immunologik usullar // Ross.med. jurnal - 1999. - 5-son. - S. 17-19.

44. Eryuxin I.A. Yiringli peritonit uchun jarrohlik. Jarrohlik bo'yicha 50 ta ma'ruzalar / Ed. Miloddan avvalgi Savelyeva. "Media Medica", 2003. - B. 320 - 326.
45. Efimenko N.A., Peregudov S.I., Suxorukov A.L. va boshqalar. Teshilgan gastroduodenal yaralarni endovideoxirurgiyasiga zamonaviy yondashuvlar // Jarrohlik. 2000. - No 10. - B. 60 - 62.
46. Jolobov V.E. O'tkir appenditsitni tashxislash va davolashda endovideojarrohlik texnologiyalari // Endoskop, jarrohlik. 2002. - T. 8. - No 5. - B. 17-22.
47. Zavyalova N.G., Zavadovskaya V.D., Osina I.I. va boshqalar Ichak tutilishi uchun ultratovush tekshiruvini // Ekografiya: Ross, ultratovush jurnali. 2001. - T. 2. - No 3. - B. 323.
48. Ivanov S.B., Golikov A.B., Belchenkov A.B. va boshqalar. Destruktiv appenditsitni davolashdagi tajribamiz // Shoshilinch tibbiy yordam. - 2004. T. 5. - No Z.-S. 29-30.
49. Kadyshv Yu.G. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yaralarini diagnostikasi va jarrohlik davolash // Vestn.khirurgii im. I.I. Grekova. - 2001.-T. 160.- No 3.-S. 89.
50. Kalish Yu.I., Xan G.V., Mirzaxmedov B.M. O'tkir appenditsit jarrohligida ortiqcha diagnostika // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. - No 3. - B. 31 - 32.
51. Karimov Sh.N., Dusboev A., Karimov U.Sh. O'tkir ichak tutilishining standart diagnostikasi va davolash // Shoshilinch tibbiy yordam. 2004. -T. 5. -No Z.-S. 88-89.
52. Kasumyan S.A., Nekrasov A.Yu., Pokusaev B.A. va boshqalar Teshilgan yaralarni davolashda video laparoskopiya imkoniyatlari // Endoskop, jarrohlik. - 2002.-№2.-S. o'ttiz.
53. Klinik immunologiya va allergologiya. Darslik / Ed. A.B. Karaulova. M.: Tibbiy axborot agentligi, 2002. -651 b.
54. Kondratenko P.G., Vasilyev A.A., Elin A.F. va boshqalar Jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan o'tkir xoletsistitli bemorlarni ikki bosqichli jarrohlik davolash usuli // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 2. - S.
55. Korepanova M.V. O'tkir appenditsitda intraoperativ monitoring // Yangi tibbiy texnologiyalar byulleteni. 2000. - T. 7. - No 2. - B. 90 - 92.
56. Korolev M.P., Boyko D.N., Makarova O.J1. va boshqalar. O'tkir appenditsit - bu jarrohlik yoki ijtimoiy muammo // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. - 2004. - T. 5.-№3.-S. 32-33.
57. Korymasov E.A. Differensial diagnostika tamoyillari va o'tkir ichak tutilishining taktikasi // Vestn. jarrohlik, ular. I.I. Grekova. 2003.-№3.-S. 101 - 106.

58. Korymasov E.A., Gorbunov Yu.V. Ichak tutilishi uchun operatsiya ko‘rsatilganda // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - No 3. - B. 91-92.
59. Koshelev P.I., Gluxov A.A., Karpuxin G.N. O‘tkir appenditsit uchun minimal invaziv jarrohlik aralashuvlardan foydalanish // Favqulodda tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - T. 5.-No 3.-S. 34-35.
60. Krestin G.P., Chayka P.L. O‘tkir qorin: vizual diagnostika usullari. Per. ingliz tilidan /Tad. akademik RAMS N.N. Denisova. M.: GEOTAR-MED, 2001.-352 b.
61. Krieger A.G., Shurkalin B.K., Shogenov A.A. va boshqalar.O‘tkir appenditsit tashxisida laparoskopiya // Jarrohlik. 2000. - No 8. - B. 14-19.
62. Krieger A.G., Fedorov A.B., Voskresenskiy P.K. O‘tkir appenditsitning laparoskopik diagnostikasi // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 7. - No 2. -S. 90-92.
63. Krieger A.G., Andreytsev I.L., Gorskiy V.A. O‘tkir yopishqoq ichak tutilishining diagnostikasi va davolashi // Jarrohlik. 2001. - No 7. - B. 25 -29.
64. Krieger A.G., Andreytsev I.L., Voskresenskiy P.K. O‘tkir ichak tutilishi: laparoskopik usul yordamida diagnostika va davolash imkoniyatlari // Endoskop, jarrohlik. 2002. - T. 8. - No 1. - B. 41 - 45.
65. Krieger A.G., Fedorov A.B., Voskresenskiy P.K. va boshqalar o‘tkir appenditsit. M.: Medpraktika - M, 2002. - 244 b.
66. Kuzin N.M., Dadvansh S.S., Vetshev P.S. va boshqalar Laparoskopik va an'anaviy xoletsistektomiya: tezkor natijalarni taqqoslash // Jarrohlik, 2000. № 2. - B. 25 - 27.
67. Kuznetsov N.A., Aronov L.S., Xaritonov S.B. va boshqalar.O‘tkir appenditsit tashxisida ultratovush tadqiqot usuli // Jarrohlik yilnomalari. - 2002.-№6.-S. 50-55.
68. Qurbonov K.M. Yo‘g‘on ichakning Mexanik obstruktsiyasini tashxislash va davolash uchun zamonaviy texnologiyalarni qo‘llash // Shoshilinch tibbiy yordam xizmati. Yordam bering. 2004. - No 3. - B. 96 - 97.
69. Qurbonov K.M., Gulov M.K. O‘tkir yopishqoq ingichka ichak tutilishini erta tashxislash va jarrohlik davolashni optimallashtirish // Tez yordam med. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 98 - 99.
70. Ladeishikov V.M., Rekin M.V. O‘tkir ichak tutilishini davolash natijalari // Tez yordam med. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 99 - 100.
71. Legostayeva T.B., Kirillova N.Yu. Yopishqoq ingichka ichak tutilishining strangulyatsiya va obstruktsiya shakllarini differentsial tashxislashda sonografiyaning imkoniyatlari // Vestn. radiologiya va radiologiya. 2001. - No 1. - B. 37 - 42.
72. Maistrenko N.A., Movchan K.N., Volkov V.G. Shoshilinch qorin bo‘shlig‘i jarrohligi: ustaxona. Sankt-Peterburg: Pyotr, 2002. - 304 p.

73. Malkov I.S., Shaymardanov F.Sh., Tagirov M.R. va boshqalar. Oʻn ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasini davolashning laparoskopik usuli // Endoskop, jarrohlik. 2001. - T. 7. - No 6. - B. 40 - 43.

74. Malyarchuk V.I., Klimov R.V., Tedoradze P.B. Oʻtkir xoletsistit uchun laparoskopik xoletsistektomiya jarrohlik texnikasining xususiyatlari // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 2. - B. 41.

75. Maskin S.S., Shamaev Z.N., Shvartsman I.M. va boshqalar Yoʻgʻon ichak tutilishini davolash taktikasini tanlashda ultratovush diagnostikasi // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 106 - 107.

76. Mashkovskiy M.D. Dorilar: 2 jildda - 1-jild. 14-nashr. qayta ishlangan korr. va qoʻshimcha - M.: "Novaya Zemlya" nashriyoti MChJ, 2000. - 540 b.

77. Medlenko V.I., Smolkina A.B., Basov V.A. va boshqalar. Oʻtkir ichak tutilishini davolash // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 107-108.

78. Mixaylyants G.S., Panin Yu.P., Podolskiy Yu.A. va boshqalar Keksa va keksa bemorlarda oʻtkir xoletsistitni davolash taktikasi // Klinik gerontologiya. 2001. - T. 7. - No 8. - B. 70 - 71.

79. Mixaylov A.P., Strizheletskiy V.V. Qorin devorining strangulyatsiyalangan churrasi boʻlgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash yoʻllari // Ambulator jarrohlik. 2002. - No 1. - b. 42 - 44.

80. Myasnikov A.D., Bejin A.I., Bondarev A.A. va boshqalar. Oʻtkir xoletsistitli bemorlarni davolashda laparoskopik xoletsistektomiya // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 6. - B. 20 - 24.

81. Shoshilinch qorin boʻshligʻi jarrohligi (shifokorlar uchun ma'lumotnoma) / Ed. A.A. Grinberg. M.: Triad - X, 2000. - 496 p.

82. Nesterenko Yu.A., Grinberg A.A., Prikazchikov A.B. Strangulyatsiyalangan churra: davolash natijalarini yaxshilash yoʻllari // Ros. asal. jurnal - 2004. - No 4. - S. 17-21.

83. Nishonov F.N., Tojiboev Sh.A., Raxmanov B.A. Laparoskopik xoletsistektomiya boʻyicha tajribamiz // Endoskop, jarrohlik. - 2001. No 1. - B. 21 - 23.

84. Novikov M.A., Stefanshin S.N. Oʻtkir xoletsistitni davolashda laparoskopik xoletsistektomiya tajribasi // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 2. - B. 47 - 48.

85. Oganezova I.A. Ekstremal muhit sharoitida oshqozon yarasi kasalligining klinik va psixofiziologik jihatlari. Muallifning qisqacha mazmuni. diss. dok. asal. Sci. Arxangelsk, 2005. - 35 p.

86. Ozerov V.F., Negrey V.A. Oʻtkir appenditsitdagi oʻlimni tahlil qilish // Tez yordam med. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 44 - 45.

87. Panov V.A., Beznosov A.I., Markov A.I. Oʻtkir yopishqoq ingichka ichak tutilishi boʻlgan bemorlarni jarrohlik davolash // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - №3, - S. 114-115.

88. Plevokas P., Aseev V., Rimantas A. O‘tkir ichak tutilishining diagnostikasi va davolashi // Shoshilinch tibbiy yordam xizmati. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 118-119.

89. Plyuvak V.N., Pyak S.N., Gryaznov B.S. va boshqalar. O‘tkir appenditsitni davolashda laparoskopik texnologiyalar // Tinch okeani, Med. jurnal - 2000.-№5.-S. 24-26.

90. Podshivalov V.Yu. Teshilgan yaralarni davolashning yangi imkoniyatlari // Tez yordam, asal. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. - B. 240 - 241.

91. Tikuvchi JI.H. Yo‘g‘on ichak tutilishi tashxisida ultratovush tekshiruvi // Vestn. radiologiya va radiologiya. 2001.- No 6. B. 19-28.

92. Prazdnikov E.N., Sorokin M.V., Semenov M.V. va boshqalar. O‘tkir yopishqoq ichak tutilishida laparoskopik aralashuvlar tajribasi // Endoskop, jarrohlik. 2000. - T. 6. - No 2. - B. 53 - 54.

93. Prudkov M.I., Piskunov S.B., Nikiforov A.I. O‘tkir appenditsit. Klinika. Diagnostika. An'anaviy va minimal invaziv jarrohlik davolash. Ekaterinburg, 2001. - 136 p.

94. Rexachev V.P. O‘tkir oshqozon. Arxangelsk: SSMU nashriyot markazi, 2003.- 179 p.

95. Rekhachev V.P., Dynkov S.M., Sovershaev A.P. va boshqalar. O‘tkir appenditsit tashxisida laparoskopiya // Shoshilinch tibbiy yordam. Yordam bering. 2004. - T. 5. - No 3. -S. 48-49.

96. Rozanov E.V., Efimenko N.A., Romanovskiy V.G. va boshqalar. Teshilgan gastroduodenal yaralarni endovideoxirurgiyasiga zamonaviy yondashuvlar // Jarrohlik. 2000. - No 10. - B. 60 -62.

MONOGRAFIYA

G.M.XODJIMATOV

“O‘TKIR XOLESISTIT, MEXANIK SARIQLIK VA O‘TKIR PANKREATIT”

Muharrir: Maxmudov A.

Korrektor va dizayn: Maxmudov T.

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.

Bosishga 2024 yil “26-mart” ruxsat berildi.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

[Ochiq internet manbalari](#)

Shartli bosma tabog‘i 7.67., 140 sahifa, Adadi 10 dona, Buyurtma №48

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +99897 580-64-54

e-mail: **kafolattafakkur@gmail.com**

