

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Қўлёзма ҳуқукида

УДК: 616.36-008.5-07-089

Нурбобоев Адҳамбек Уйғун ўғли

«Механик сариқликни комплекс даволашда миниинвазив ёндашув»

5A510112-умумий хирургия

Магистр академик даражасини

олиш учун ёзилган диссертация

Илмий рахбар:

т.ф.н. Абидов У.О.

Бухоро 2021

Мундарижа

Кискартмалар руйхати.....	5
----------------------------------	----------

Кириш.....	5
-------------------	----------

I боб (Адабиётлар шархи).....	9
--------------------------------------	----------

Механик сариқлик билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволаш. Муаммонинг ҳозирги ҳолати.

II боб Тадқиқот материаллари ва усуллари.....	23
--	-----------

2.1 Тадқиқот материалнинг умумий хусусиятлари.....	23
--	----

2.2 Беморларни даволаш хусусиятлари.....	28
--	----

2.3 Диагностика қилиш усуллари.....	31
-------------------------------------	----

2.4 Даволаш усуллари.....	32
---------------------------	----

2.4.1. Эндоскопик усуллар	
---------------------------	--

2.4.2. Перкутан усуллар	
-------------------------	--

2.4.3 Минилапаротомик усуллар	
-------------------------------	--

III боб Механик сариқлик билан касалланган беморларни диагностик тадқиқот усуллари.....	36
--	-----------

3.1 Диагностик тадқиқот усуллари натижалари	
---	--

3.2 Диагностик тадқиқот усуллари натижаларини муҳокама қилиш ва уларни қўллаш алгоритмини оптималлаштириш.....	40
---	----

IV боб Натижалар ва муҳокама.....	45
--	-----------

4.1 Холедохолитиаздан кейинги механик сариқлик билан касалланган беморларни даволаш натижалари	
---	--

4.1.1 I- гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари.....	45
---	----

4.1.2 Механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни даволаш натижаларини муҳокама қилиш.....	53
--	----

4.2 Ўсма этиологияли механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни миниинвазив декомпрессия даволаш натижалари.....	60
4.2.1 БПДС нинг нооперабел ўсмалари бўлган беморларни даволаш натижалари.....	60
4.2.2 БПДС ўсма этиологияли механик сариқлиги бўлган беморларни даволаш натижаларини муҳокама қилиш.....	61
Хулоса.....	65
Амалий тавсиялар.....	67
Адабиётлар.....	69

ФОЙДАЛАНИЛГАН КИСҚАРТМА СЎЗЛАР

АПСТ	антеград папиллосфинктеротомия
БДА	билиодигестив анастомоз
ЎБИКС	ўн икки бармоқли ичак катта сўргичи
БПДС	билиопанкреатодуоденал зонаси
ЖТЎЙ	жигардан ташқари ўт йўллари
ГЕА	гепатикоеюноанастомоз
ДЛ	диагностик лапаротомия
ЎТК	ўт тош касаллиги
ИОФҲС	интраоператив фиброколангиёскопия
КТ	компьютер томографияси
ЛС	лапароскопияси
ЛХЭ	лапароскопик холецистектомия
ЛЭ	литозэкстракция
МС	механик сариқлик
МЛХЭ	минилапаротомик холецистектомия
МРХПГ	магнит-резонансли холангиопанкреатография
ПАБ	пункцион-аспирацион биопсия
ЖЕ	жигар этишмовчилиги
ЖБЕ	жигар буйрак этишмовчилиги
ПРФҲС	перорал ретроград фиброхолангиоскопия
УТТ	ультратовуш текширув
ХДА	хоledоходуоденоанастомоз
ХЕА	холецистоеюноанастомоз
ТЖОХГ	тери жигар орқали холангиография
ТЖОХГС	тери жигар орқали холангиостомия
ТЖОХС	тери жигар орқали холецистостомия
ЭПСТ	эндоскопик папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ	эндоскопик ретроград холангиопанкреатография

Кириш (магистрлик диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Механик сариқликка сабаб бўлувчи гепатобилиопанкреатодуоденал соха патологияларининг ўсиб бораётганлиги тадқиқотимизнинг асосий муаммоси ҳисобланади. Бугунги кунга қадар унинг давоси абдоминал хирургиянинг охиригача ҳал этилмаган масалаларидан бири бўлиб қолмоқда¹.

Механик сариқлик билан беморларни даволашдаги қийинчилик, муурожаат даврдаёқ оғир асоралар ривожланганлиги сабабли мураккаб ҳисобланади. Маълумки, тез ўсиб боровчи холестаза, ўт йўллариининг гипертензияси, аҳолия жигарда жиддий функционал ва морфологик ўзгаришларга сабаб бўлади ва ўткир жигар етишмовчилигига олиб келади².

Охириги ун йиллик давомида жаррохлар механик сариқликни даволашдаги энг замонавий усуллар, янги технологияларнинг пайдо бўлаётганлиги, ҳамда жаррохларнинг бу оғир контингент беморларга эффектив ёрдам бераётганлигига қарамай, ўлим курсаткичлари ханузгача юқорилигича қолмоқда. Операциядан кейинги ўлим ҳолатлари ўсма бўлмаган генезли сариқликда 5,6 - 6,3%, ўсма генезли сариқликда 30,3 - 35% ни ташкил қилади.

Ўсма этиологияли механик сариқликни даволаш энг замонавий усуллар кулланилишига қарамай, беморлар сони ошиб бораётганлиги долзарблигича қолмоқда . Механик сариқликка сабаблардан бири бу ошқозон ости беи бошчаси ўсмаси ҳисобланади (54-72%).

¹Гаврилин А.В., Саидов С.С. Чрескожные декомпрессивные вмешательства в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза //Материалы I съезда онкологов стран СНГ. - Москва, 1996. - С. 332 – 333.

²Авалиани М.В., Капранов С.А., ВасиленкоЮ.В. и др. Компрессионные билиодигестивные анастомозы с использованием магнитных элементов припаллиативном лечении механической желтухи опухолевой этиологии //Тезисы докладов IV конференции хирургов- гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. Т.1, - С. 75.

Ўсма этиологияли механик сарикликларда операциядан кейинги ўлим ҳолатлари ва огир асоратларнинг ривожланиши ханузгача муаммолигича қолмоқда (60%)³.

Ўт-тош касаллиги ҳар 10 йилда икки барабар ошиб бормоқда. Шу билан биргаликда асоратлари ҳам кўпаймоқда.

Ўт-тош касалликларида механик сариклик 10,5 дан 79,8% гача учрайди. Холидохолитиаз механик сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабидир: 48,8 дан 91% гача ⁴.

Жаррохлик амалиёти ривожланишига карамай калкулёз этиологияли механик сарикликдаги ўлим кўрсаткичи юқорилигича қолмоқда (7,6% дан 36% гача). Ўлимнинг асосий сабабларидан бири операциядан кейинги жигар етишмовчилигидир.

Муаллифлар берган малумотиға кўра Ўзбекистон Республикасида турли этиологияли механик сариклик билан касалланган беморлар сони 10 йилда 20% га ошди.Кўплаб тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, механик сариклик учун жаррохлик тактикаси жуда кўп ўзгарувчан бўлиб даволанишга янги ёндашувларни талаб қилади. Механик сариклик хирургик муолажаси муаммосининг долзарблигини ҳисобга олиб, тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларини аниқладик.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишлари доирасида бажарилган. Дунё бўйича ўт тош касаллиги ва билиопанкреатодуоденал соханинг нооперабил ўсмаларидан кейин келадиган механик сариклик синдроми билан касалланган беморлар сони йилдан йилга ошиб бориши ва операциядан кейинги асоратларнинг кўпайиши ҳозирги кунда ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

³ Борисов А.Е., Мосягин В.Б., Земляной В.П. и др. Использование малоинвазивной хирургии в лечении больных с осложненными формами желчнокаменной болезни //Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл.VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. –Том 3,- № 3.- С.39- 40.

⁴ Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. - Минск, Харвест, 2000. - С. 22,56,66.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Илмий маълумотларга кўра, ўт йўллари касалликлари дунёда кейинги 15 йил ичида 30-50% кўпаяди, бу овқатланишнинг турмуш тарзи ва табиати, ирсий омиллар билан изоҳланади. МС синдроми билан касалланган беморларнинг контингентини "ёшариши" умумий жараёни мавжуд. Бугунги кунга келиб, меҳнатга лаёқатли одамлар орасида МС синдроми ошиб бормокда.

Механик сариклик ва холангит билан асоратланган панкреатобилиодуоденал соҳа хавфли ўсмалари бўлган беморларнинг 80% дан ортиғини радикал жарроҳлик операциясига олиб бўлмайди. Бу беморлар кафолатланган паст ўлим курстагичига олиб келадиган ва тез бажариладиган ердамга мухтож. Беморларнинг 90% дан ортиғи шошилиш тиббий ёрдамга касалликнинг сўнгги босқичида, оғир ахволда мурожаат қилишади. Хорижий адабиётларни таҳлил материаллари шуни кўрсатадики, дунё бўйича ўт тош касаллиги ва билиопанкреатодуоденал соҳа ўсмаларидан кейинги механик сариклик синдроми билан касалланган беморлар орасида эркаклар касалланиш кўрсаткичи аёлларга қараганда кўпчиликти ташкил қилади.

Механик сариклик синдромида ташхис қўйиш ва даволашда эришилган ютуқларга қарамай, операциядан олдин аниқ ташхис қўйиш, механик сарикликнинг дифференциал диагностикаси, жарроҳлик кўрсатмаларини тўғри аниқлаш ҳамон долзарб ва муҳим бўлиб қолмоқда.

Билиопанкреатодуоденал зона (БПДС) ўсмаларига шубҳа қилинган тақдирда операциядан олдин диагностиканинг асосий вазифалари қуйидагича бўлиши керак: 1) ташхис қўйиш эҳтимоли юқори бўлган; 2) TNM таснифига мувофиқ ўсма радикал ёки паллиатив жарроҳлик имкониятини таклиф қилиш. Ушбу вазифалар бир - биридан ажралмас, аммо ҳозирги пайтда клиник ва инструментал текшириш усуллариининг деярли ҳеч бири бу саволларни тўлиқ ҳал қила олмайди. Диагностика усуллариининг мақбул тўплами зарур. Ушбу позициялардан клиник ва инструментал текширувларнинг индивидуал усуллариининг ахамиятини эмас, балки

уларнинг мақбул комбинацияси ва қўлланилиш тартибини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга⁵.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти, Бухоро давлат тиббиёт институти «хирургик касалликлар ва реанимация» кафедраси ходимлари ва РШТЕИМ Бухоро филиали жаррохлик булими ва эндоскопик кабинет ходимлари томонидан олиб борилаётган шошилиш жаррохликнинг оғир муаммоларидан бири “Механик сариклик синдромини даволаш ва ташхисот усулларини такомиллаштириш” мавзуси доирасида олиб борилган.

Тадқиқот мақсади: миниинвазив усуллардан комплекс фойдаланишни оптималлаштириш йўли билан механик сариклик синдроми бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот вазифалари:

механик сариклик синдромининг келиб чиқиш сабабига қараб миниинвазив усулларнинг самарадорлигини қиёсий баҳолаш;

ўт тош касаллиги сабабли ривожланган механик сариклик синдромини даволашда икки этаплик усулнинг самарадорлигини баҳолаш;

БПДС ўсмалари сабабли механик сариклик синдроми ривожланган нооперабил беморларда, ўсманинг жойлашишувига кўра оптимал миниинвазив декомпрессия усули эффективлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти: Биз 2018-2020 йиллар мобайнида ўсма ва ўсма бўлмаган генездеги механик сариклик касаллиги бўлган 66 беморлар текширилди.

⁵Корымасов Е.А., Богданов В.Е., Суслин Ю.В. Рентген эндобилиарные технологии при опухолях гепатобилиопанкреатической зоны. Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы: Материалы научной конференции с участием специалистов стран ближнего и дальнего зарубежья 8- 10 июня 2005г. - Санкт- Петербург, 2005. - С.94- 95.

Тадқиқотнинг предмети сифатида беморларнинг ўртача ёши, этиологик турига қараб тарқалиши, биокимёвий ўзгаришлар, ўрганилаётган беморлар билан йўлдош касалликларнинг бирга келиши, сариклик синдромида миниинвазив усуллардан фойдаланиш самараси, радикал ва паллиатив усулларни қўллаш материаллар олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда замонавий интервенцион – радиологик ва эндоскопик йўллар орқали миниинвазив декомпрессия усулларида ҳамда статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ушбу магистрлик диссертацияда ўт тош касаллиги сабабли механик сарикликда икки босқичли тактика баҳоланади;

БПДС нинг нооперабил усмаларида миниинвазив декомпрессия усулини оптималлаштириш;

РШТЎИМ Бухоро филиалида механик сариклик синдроми билан касалланган беморларда миниинвазив усулларнинг қўлланилиши ва кетма-кетлиги, шунингдек уларнинг бирлаштирилган ҳолда қўллаш самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бу мавзунинг амалий аҳамияти шундан иборатки, РШТЎИМ Бухоро филиалига МС синдроми билан мурожаат қилиб келган оғир беморларнинг таъхисот алгоритми ва даволашда миниинвазив усуллардан кенгрок фойдаланиш кераклиги курсатилган;

ўт тош касаллиги сабабли ривожланган механик сариклик синдромини даволашда икки этаплик усулининг эффективлиги аниқланди;

дистал жойлашган БПДС ўсмаларида эндоскопик (ретроград) стентлаш юқори эффективлиги курсатилган, проксимал жойлашган усмаларда (Клацкин усмаларида) эндоскопик (ретроград) Fr10-12 ва узунлиги 15 см ли стентлардан фойдаланиб, миниинвазив декомпрессия натижаларининг таҳлилари курсатилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган клиник тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, интервенцион – радиологик ва эндоскопик йуллар орқали миниинвазив декомпрессия усулларида ҳамда статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Натижалар РШТЁИМ Бухоро филиалининг I ва II шошилишч хирургия бўлимларида механик сариқлиги бор бўлган беморларни даволашда кенг ишлатилмоқда.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та республика илмий-амалий анжуманида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Олинган натижалар РШТЁИМ Бухоро филиали ишига тадбиқ этилди. Олинган натижалар асосида 2 та мақола ва 1 та тезис чоп этилди.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертациянинг структураси ва ҳажми 80 бет Times New Roman шрифтда № 14 чоп этилди ва қўйидаги боблардан иборат: Кириш, 4та боб, Хотима, Хулоса, Амалий кўрсатмалар ва ишлатилган адабиётлардан фойдаланилган руйхатидан иборат. Диссертацияда 4 та таблица ва 4 та диаграмма бор. Қўлланилган адабиётлар сони 93та.

I БОБ. Адабиётлар шархи

Механик сариқлик билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволаш (Муаммонинг ҳозирги ҳолатини таҳлил қилиш).

1.1. Механик сариқликнинг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.

Бугунги кунгача жарроҳлик асосий ва ҳал қилиш қилиш кийин бўлган муаммолардан механик сариқлик синдроми (МС) ташхислаш ва даволаш ҳисобланади. Сўнгги йилларда МС билан касалланган беморлар сонини кўпайиш тенденцияси кузатилмоқда, бу бутун дунё бўйлаб муҳим тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда.

МС сабабини ўз вақтида тугри аниклаш, беморни даволаш эффектив даволаш натижаларига катта аҳамиятга эга.

Ушбу патологияга чалинган беморларнинг барқарор ўсиши кузатилмоқда (кексалар, болалар ва ҳомиладор аёллар). Учрайдиган диагностик хатолар жигар етишмовчилиги ва бошқа жиддий асоратлар (жигар ва буйрак етишмовчили, тромбогеморрагик асоратлар, ошқозон-ичак қонаши, йирингли холангит, жигар абсцесслари, сепсис) га олиб келади, бу 14-27% ҳолларда ўлимга олиб келади.

Илмий прогнозга кўра, билиар тизим аъзоларининг касалланиш даражаси дунёда кейинги 15 йил ичида 30-50% га ошади, бу ҳаёт тарзи ва овқатланиш характери, ирсий омиллар билан изоҳланади.

Бу контингент беморларнинг 90% дан ортиги касалликнинг кеч босқичларида шошилиш ҳолатда мурожаат килади. Ўтган 10 йил давомида, механик сариқлик сабаблари таркибида ўзгаришлар бор: УТК холедохолитиаз ва холедохолитиазсиз, БПДС усма касалликлари сабаблари ҳисобидан ошди.

Механик сариқлик синдромида ташхис қўйиш ва даволашда эришилган ютуқларга қарамай, операциядан олдин аниқ ташхис қўйиш, механик сариқликнинг дифференциал диагностикаси, жарроҳлик

кўрсатмаларини тўғри аниқлаш ҳамон долзарб ва муҳим бўлиб қолмоқда. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун битта клиник лаборатория комплексида фойдаланиш етарли эмас. Ҳозирга пайтда ушбу йўналишдаги етакчи урин махсус инструментал тадқиқот усуллари таянмоқда.

Ўт тутилишининг даражаси ва сабабларини аниқлашда ушбу усулларнинг юқори маълумотли таркибига қарамай, операциядан олдин ўсмани босқичма- босқичга ўтказиш ва шу кунгача унинг резекционлигини аниқлаш ҳали ҳам энг қийин вазифа [4,33,11,41,29,82,61,54].

Шуни такидлаш керакки, ушбу ҳолатлар асосан ўсма этиологияли механик сарикликда радикал операцияларнинг нисбатан паст тарқалишини аниқлайди. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра операциядан олдин текширишни такомиллаштириш ва стадияларини аниқлан принципида риоя қилиш [64,61,84] ошқозн ости беги бошининг ўсма касаллигида резекция тезлигини оширишга имкон беради. манинг босқичини аниқлаш ва таклиф қилиш; 3) ўсманинг резекционлиги, В.А. Кубишкин ва бошқаларнинг фикрига кўра (2003), билиопанкреатодуоденал зона (БПДС) ўсмаларига шубҳа қилинган тақдирда операциядан олдин диагностиканинг асосий вазифалари қуйидагича бўлиши керак: 1) таъхис кўйиш эҳтимоли юқори бўлган; 2) TNM таснифига мувофиқ ўсрадикал ёки паллиатив жаррохлик имкониятини таклиф қилиш. Ушбу вазифалар бир - биридан ажралмас, аммо Ҳозирги пайтда клиник ва инструментал текшириш усуллариининг деярли ҳеч бири бу саволларни тўлиқ ҳал қила олмайди. Диагностика усуллариининг мақбул тўплами зарур. Ушбу позитциялардан клиник ва инструментал текширувларнинг индивидуал усуллариининг аҳамиятини эмас, балки уларнинг мақбул комбинацияси ва қўлланилиш тартибини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга [75,60,82,81].

Механик сариклик диагностикасида ултратовуш (УЗИ) текширув усули етакчи ҳисобланади. Ушбу усул 70-йилларда клиник амалиётга киритилган, ускунани такомиллаштириш туфайли тез ривожланди ва Ҳозирги кунда БПДС касалликларини бирламчи диагностикасида энг қулай ва юқори сезгир

бўлиб қолмоқда. Механик сарикликдаги обструкция даражасини аниқлашда ултратовушнинг диагностик аниқлиги 73% дан 86% гача, обструкция хусусиятини аниқлашда 33% дан 84% гача [4,48,47,41,60]. Эндоскопик текширув каби ултратовуш текширувининг замонавий турларидан фойдаланиш, блокнинг хусусиятини аниқлашда усулнинг диагностик аниқлиги 97% га, касалликнинг Т ва N босқичларини аниқлашда эса мос равишда 72% ва 85 % га оширди. Ушбу ултратовуш усулларида фойдаланган ҳолда ўлчамлари 2 мм гача бўлган тошларга ташхис қўйиш мумкин, бошқа тадқиқот усуллари билан деярли аниқланмаган [60,83].

Катта томирларда ўсма жараёнининг тарқалишини ултратовуш билан текшириш бу- амалий аҳамиятга эга. Рангли доплер текшируви усулнинг аниқлиги, ўсимта билан қон томир инвазиясини аниқлашда 73,7% дан 84,1% гача, эндоскопик ултратовуш билан – 96% гача, бу бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра [64,84,61,60] ангиография натижаларига яқинлашиш.

Ўсма этиологияли механик сарикликни диагностикасида компьютер томография олтин стандартга айланди. Вена ичига юборилган контрастни кўллаган ҳолда МСКТ (мултиспирал компьютер томография) усулнинг диагностик самарадорлигини оширади ва томирларнинг ўсма жараёнига кўшилишини аниқлайди. Обструкция даражасини аниқлашда усулнинг диагностик аниқлиги 86% ва обструкция хусусиятини аниқлашда 81% ва шу каби ултратовуш кўрсаткичлари билан солиштириш мумкин [6,60,48]. Компьютер томография ўсманинг резекционлигини тахмин қилишда информатив қиймати ва бу борада усулнинг диагностик аниқлиги, турли муаллифларнинг фикрига кўра [24,64,61,84] 37-88% ни ташкил қилади. Шу билан бирга, бир қатор муаллифлар холедохолитиазни аниқлашда 2 смдан кичик ўлчамли, қорин парда бўйлаб кичик метастазлар ва қон томир инвазиясининг дастлабки кўринишини аниқлашда усулнинг паст сезгирлигини қайд этадилар [48,60].

Магнит-резонанс томография (МРТ) БПДС касалликларида КТга альтернатив сифатида тобора кўпроқ фойдаланилмоқда. Усулнинг афзалликлари инвазив бўлмаганлиги, юқори малумотга эга ва аксарият ҳолларда ўрганилаётган органларни қарама-қарши кўйишга ҳожат йўқ. Магнит-резонансли холангиопанкреатография (МРХПГ) кўпинча дифференциал диагностика мақсадида қўлланилади. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра [24,11,60] обструкция даражаси ва характерини аниқлашда диагностик аниқлик 92-97% ни ташкил қилади. Дистал холедохолитиазни аниқлашда МРХПГ ултратовушга нисбатан анча устун туради [16,14]. К. Хаканссон ва бошқ. (2002) 60та касалдан 22 тасида МРХПГ билан холангит белгиларини, масалан, ўт йўллари деворининг шиши ва қатламланишини аниқлашган.

МРТнинг чекловлари – бу нафас олиш артефактларининг тасвир сифатига тасири, аорта пулсацияси ва ичак ҳаракатланишидаги артефактлар ва контрастнинг чекланганлиги. Кўп ҳолларда КТ ва МРТдан биргаликда фойдаланиш операциядан олдин БПДС ўсмаларининг резекционлигини баҳолашга имкон беради [24,61,60].

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) механик сариқликни ташхислашни бевосита усули эмас, фақат ўн икки бармоқли ичак катта сўргичи ўсмаларидан ташқари. Аммо у ошқозон ости беши ва жигардан ташқари ўт йўллариининг дистал зарарланиши ҳақида қимматли билвосита малумотларни тақдим этиши мумкин [91,75]. Уларнинг тўлиқ блокадаси ўн икки бармоқли ичакда ўт суюқлиги йўқлиги билан белгиланади. Ошқозон ости беши бошча қисми ўсма касаллиги билан ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг бошланғич қисмида шилиқ қаватдаги яллиғлиниш ўзгаришлари, шиш ва эрозия, уларнинг деворлари деформация шаклида аниқланади. Ўн икки бармоқли ичак найчасининг кескин катталашган, таранглашган, зич бўлганлиги сиқилган тош борлигини билдиради. Ўн икки бармоқли ичак катта сўргичи стенозининг билвосита белгилари- бу ўн икки бармоқли ичакка ўт суюқлиги тушиши ва ичак шилиқ қаватидан аниқ яллиғланишли

ўзгариши. Қизилўнгач ёки ошқозон веналарининг варикоз кенгайиши стеноздан ташқари дарвоза ва талоқ веналарининг окклюзиясидан дарак беради.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ) ва тери жигар орқали холангиография (ТЖОХГ) бу-ўт йўллариининг ўтказувчанлигини контраст орқали аниқлаш усули. Усулларининг диагностик аниқлиги 89-98%ни ташкил қилади [6,63,54,48,47,29]. Ушбу тадқиқот усуллари лапаротомия қилишдан олдин ўт чиқиши бузилганлигини топиқал ва этиологик диагностикасини аниқлашга имкон беради, аммо патологик жараённинг атрофдаги органлар ва тўқималарда, қон-томир тузулмаларда тарқалиш хусусиятини баҳолашга имкон бермайди. Бу айниқса механик сарикликнинг ўсма этиологияли беморларда муҳим аҳамиятга эгадир.

Ушбу усуллар операцион хавфга эга ва асоратларни ривожланиш нуқтаи назаридан хавфли, масалан, ўткир панкреатит, септик холангит, ўн икки бармоқли ичак девори ёки умумий ўт йўлининг тешилиши. Турли муаллифларнинг фикрига кўра [48,40,43,54,23,47], асоратлар 3-11% ҳолларда учрайди ва асоратлардан ўлим 0,8-15,5%ни ташкил қилади.

Сўнгги йилларда МРХПГнинг юқори маълумотли ва инвазив бўлмаганлигини ҳисобга олиб, бир қатор муаллифлар [89,14,12] ултратовушли маълумот бўлмаганида операциядан олдин диагностика қилишнинг ушбу усулига устунлик берилади, бу эса ЭРХПГ ва ТЖОХГни диққатини фақат диагностикага эмас, балки даволашга ҳам қаратилади. Ушбу диагностика усуллариининг афзаллиги цитологик ва гистологик текширувлар учун материал олиш ва уларнинг назорати остида ҳар хил минимал инвазив аралашувларни амалга ошириш қобилиятидир [13,9,45].

Механик сариклик билан касалланган беморларда қўлланиладиган операциядан олдинги инструментал диагностика усуллари қаторида лапароскопияни ҳам такидлаш лозим. Узоқ вақт давомида ушбу беморларда, айниқса БПДС ўсмалари билан лапароскопиянинг аҳамияти жуда чекланган

ва қуйидагича камайган: ўт пуфагини дренажлаш, операция хавфи юқори бўлган беморларни контрастли текшириш; сариқлик табиатининг дифференциал диагностикасини ўтказиш; ўсманинг билвосита белгиларини аниқлаш, қорин пардада ўсма касаллигининг умумийлашишини тасдиқлаш ёки рад этиш; жигарда субкапсуляр метастазларни аниқлаш ва гистологик текшириш учун материал олиш [60,82,50].

Замонавий кўриш усуллариининг кенг қўлланилишига қарамай, механик сариқлик диагностикасида лапароскопиянинг замонавий ролини аниқлаш ўзига хос ултратовуш текшируви йўқлиги билан осонлашади, Шу нуқтаи назардан ўсма этиологияли механик сариқликни диагностик лапаротомиялар билан ҳам касалланиш даражасини юқори даражада (85%) аниқлаш мумкин [60].

Сўнгги йилларда вазият тубдан ўзгарди. Шундай қилиб, сўнгги йилларда миниинвазив технологияларнинг ривожланиши БПДС азолари касалликларини ташхислашда комплекс лапароскопик текшириш учун янги имкониятлар пайдо бўлишига олиб келди. Замонавий комплекс лапароскопик текширув бир қатор муҳим диагностика муаммоларини хал қилишга қаратилган, қорин бўшлиғи органларини инструментал қайта кўриб чиқишнинг турли усуллариини биргаликда қўллаш туфайли унинг доираси сезиларли даражада кенгайган, шунингдек, янги усул – лапароскопик ултратовуш текширувини (ЛУТТ) ишлаб чиқиш.

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра [60,84] ЛУТТ ёрдамида диагностик лапароскопия кўрсаткичлари: касалликнинг моҳиятини аниқлаштириш; бошқа инвазив бўлмаган тадқиқот усуллариининг информацион бўлмаган тақдирда ўсманинг резекционлигини баҳолаш; ўт пуфаги касаллиги учун лапароскопик аралашувлар пайтида ўт йўллари санациясини етарлилигини аниқлаш; гистологик текшириш учун материал олиш ва ҳар хил турдаги (пункцион, чимчилаш) биопсиянинг ишлашини кузатиш.

Шу муаллифларнинг айтишича лапароскопик ревизион имкониятлар “очиқ” операцияга қараганда анча юқори. УТТ орқали лапароскопик диагностика қилиш БПДС нинг зарарланган ўчоқларини аниқлашда замонавий ишончли диагностика усули ҳисобланади.

Дуплексли сканерлаш, ЛУТТ, КТ ва МРТнинг кенг қўлланилиши ва юқори маълумотли таркиби туфайли БПДС ўсмалари бўлган беморларда ангиографик тадқиқотга бўлган эҳтиёж, шубҳасиз, ўсма жараёнининг қонтомир инвазиясини баҳолаш учун ўзининг муҳим аҳамиятини йўқотмоқда.

Бир қатор муаллифлар фикрига кўра [43,34] жигар етишмовчилигини олдини олиш мақсадида операциядан олдин резекция қобилятини тўлиқ баҳолаш мақсадида жигар артериясини ва портал венасини контрастли ўрганиш тавсия этилади.

1.2. Механик сариклик синдроми билан касалланган беморларнинг даволаш тактикаси

Ўсма этиологияли механик сариклик билан касалланган беморларни жарроҳлик даволаш тактикаси саволлари ҳозирги пайтда ўз аҳамиятини йўқотмаган. Шунини таъкидлаш керакки, беморларнинг 80% га яқини 60 ёшдан катта бўлган беморлар. Ушбу ёшдаги, беморларда купинча оғир йилдош касалликлари мавжуд бўлиб, улар бизни жарроҳлик даволаш тактикасига ўзгартиришлар киритишга мажбур қилади [6,16,13,84,59,45,29]. Ушбу беморларни даволашга бўлган қизиқишнинг ортиши нафақат уларнинг сонининг сезиларли даражада кўпайиши билан, балки операциядан кейинги ўлим курсаткичларининг юқорилиги ва даволаниш тактикасининг турли хиллиги билан эътиборни тортади. Узок давом этган сариклик синдромида, сарикликнинг юқори даражаларида операция қилинган ёши катта ва кекса ёшдаги беморларда операциядан кейинги ўлим курсаткичлари, ёш беморларга нисбаттан 3-10 баравар юқорилиги билан ажралиб туради. 10 кунгача давом этган механик сарикликда операциядан кейин ўлим кўрсаткичи 13,3% ни, икки ҳафтадан кўпроқ давом этганда 21,1-32,3% га етади [43,22,74,16,36]. Агар механик

сариклик икки ҳафтадан кўпроқ давом этса, ҳатто кичик ҳажмли жарроҳлик амалиёти ҳам травма, жигар этишмовчилиги (ЖЕ), қон кетиш каби кўплаб асоратларни ривожланишига олиб келади.

Механик сарикликни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси ҳақида гапирганда, унинг холестаз патогенези ҳақидаги билимлар билан узвий боғлиқлигини таъкидлаш лозим. Механик характердаги холестаз билан жигарда деструктив ўзгаришларнинг ривожланиши ўт кислоталарининг энтерогепатик айланишини бузилиши, турғун ўт таркибий қисмларининг гепатоцитларига токсик таъсири ва уларнинг умумий қон оқимида кириб бориши билан боғлиқ. Қонда боғланган ва боғланмаган ўт таркибий қисмларининг ҳаддан ташқари кўплиги тўқималарнинг нафас олишининг қийинлашувига, оксидланиш-қайтарилиш жараёнларининг бузилишига, хужайралар ва хужайралар ичи тузилмаларининг, липид мембраналарини бузилишига ва жигар хужайраларининг деструкциячига олиб келади. Жигар хужайраларишикастланишининг биокимёвий намоёниши бу диспротеинемия, ёғ ва углевод алмашинувининг бузилиши, кислота-асос ва электролитлар мувозанатининг силжиши ва қонда эндоген интоксикациянинг ривожланиши учун жавоб берадиган кўплаб токсик метабolik маҳсулотларнинг тўпланиши билан кечади.

Иммунологик, гематологик ва неврологик асоратлар мажмуаси “ўртача” деб номланган организмда тўпланиши билан боғлиқ молекулалар, яъни молекуляр оғирлиги 500 дан 10000 дальтонгача бўлган пептид табиатидаги моддалар, уларнинг таркибидаги қон РН билан ортиб боради. Ушбу моддалар микроциркуляцияда бузилишларни келтириб чиқаради, хужайра мембраналарининг ўтказувчанлигини ўзгартиради ва неврологик симптомларни келтириб чиқаради, уларнинг оғирлиги холестаз давомийлигига боғлиқ [21,18,74]. МС иккиламчи иммунитет танқислиги билан бирга келади. А.В. Шабунин ва бошқ. (1998) декомпрессия усули ва давомийлигига қараб жигар функционал ҳолатидаги ўзгаришларни ва организмнинг иммунореактивлигини таҳлил қилиб, узоқ вақт давомида

механик сариқлик билан касалланган ва холангит аломатлари бор беморлар учун иммунокорректив терапия кўрсатилади, бу эса беморларни радикал жарроҳлик даволашга тайёрлаш вақтини қисқартиришга имкон беради. Шунинг учун жигар ва тана функциялари бузилишининг доимий равишда кўпайиши бизни механик сариқлик билан касалланганларни шошилиш ёрдамга муҳтож деб ҳисоблашга мажбур қилади, бу эса тегишли жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқишни тақозо этади.

Замонавий даволаш тактикаси бўлиб, унда биринчи босқичда ўт йўллариининг декомпрессияси эндоскопик ва перкутан усуллар билан амалга оширилади, бу эса беморларни иккинчи- радикал жарроҳлик даволанишга тайёрлашга имкон беради, бу эса кам ўлим ва яхши натижаларга олиб келади [5, 14, 63, 36, 20, 68]. Декомпрессиянинг асосан 3 усули мавжуд: ташқи, ташқи-ички ва ички. Ташқи декомпрессияга тери жигар орқали холецистостомия (ТЖОХС), тери жигар орқали холангиостомия (ТЖОХГС) ва лапароскопик холецистостомия киради. Ички декомпрессия таркибига ЭПСТ ва жигардан ташқари ўт йўллари (ЖТЎЙ) нинг транспапилляр дренажи киради. Фатерсўрғичига тикилиб қолган тоши ёки ўсмадан кейинги стеноз туфайли келиб чиққан механик сариқликда баъзи муаллифлар [88,81,31] ички декомпрессиянинг бир варианты сифатида эндоскопик парапепилляр холедоходуоденостомияни амалга оширадilar. Агар каналларни бирламчи дренажлаш пайтида йўриқнома ва дренаж катетерини окклюзия жойига этказиш мумкин бўлса, у ҳолда ташқи ва ички декомпрессия амалга оширилади.

Шу билан бирга, ўт йўллариининг декомпрессияси давомийлиги ва радикал операциянинг мақбул вақти ҳақида савол мунозарали бўлиб қолмоқда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра [60,43,69], бу даврлар декомпрессиядан 1-2 ҳафта ўтгач, билирубин даражасини нормаллаштиргандан кейин 4-6 ҳафмага қадар ўзгариб туради. Бундай қарама-қарши фикрларнинг мавжудлиги, механик сариқликда биокимёвий

параметрларнинг катта ўзгарувчанлиги, жигарнинг функционал ҳолатини индивидуал параметрлар бўйича баҳолашни қийинлаштириши билан боғлиқ. Шунинг учун унинг шикастланиш даражасининг миқдорини баҳолаш учун ажралмас кўрсаткични ишлаб чиқишга уринишлар мавжуд[74]. Бир қатор тадқиқотчиларнинг фикрига кўра [63,45,74,43], механик сариқлик билан касалланган беморларда жигар етишмовчилиги (ЖЕ) ривожланишининг сабаби ўт йўллариининг ташқарига ёки ичак трактига тез декомпрессиясидир. Э.Г. Мачулин (2000й) ва бошқ., Экспериментда декомпрессия ставкасининг жигарнинг функционал ҳолатига таъсирини ўрганиб, узок муддатли ўт суюқлиги билан тез декомпрессия гепатоцитларнинг шишини камайтиришга ва уларнинг микроселлар сиқилишини камайтиришга ёрдам беради. Бу ўз навбатида хужайра депосидан Ўрта массали молекула (ЎММ) нинг чиқиши ва уларнинг қонга киришига олиб келади, бу эса жигарда некробиотик жараённинг тарқалишини кучайтиради ва ЖЕ ривожланишига олиб келади. Шунинг учун сариқлик қанча узок бўлса, ўт йўллариининг декомпрессияси шунчалик секин ва дозаланган бўлиши керак.

1.3. Ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик синдромида даволаш

Турли муаллифларнинг фикрига кўра [2,48,13,12,57], ўт йўлидаги оддий тошлар беморларнинг 12,7-26,7 % да тошли холециститнинг ўтишини мураккаблаштиради. Ҳозирги вақтда унинг частотасини ошириш тенденцияси мавжуд бўлиб, бу кекса ва кекса ёшдаги беморлар сонининг сезиларли даражада ошиши билан боғлиқ. Холедоҳолитиаз - беморларнинг 50-70%да ўсма этиологиясиз механик сариқликка сабаб бўлади [64,55,48 ,93,91,85]. Механик сариқликнинг йирингли холангит билан бирга келиши беморларнинг 18-40,4 % да учрайди [4,58,81]. Беморларнинг 40-45 % да ўт йўлларидаги тошлар ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи (ЎБИКС) стенози ёки умумий ўт йўлининг терминал қисми стенози билан

бирга келади [9,51,39,56,29,49,82]. Ўт тош касаллиги туфайли механик сариқликка чалинган беморларни жарроҳлик даволаш муаммоси ҳанузгача долзарб бўлиб қолмоқда. Ўт йўллари тизимидаги жарроҳлик операцияларида маълум ютуқларга қарамай, операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлиб қолмоқда ва турли муаллифларнинг фикрига кўра 4,3 дан 13,6% гача, ўртача 6,0% ни ташкил этади [84,93,80].

Кўп сонли информатсион диагностика усулларида олдин ва операциядан олдин фойдаланишга қарамай, ўт йўлларида жарроҳлик аралашувлардан сўнг қониқарсиз натижалар сони анча юқори ва операциядан кейинги холедохолитиаз касаллиги 2,8-7,5%ни ташкил этади [41,48]. Амалиёт пайтида ҳам қийин бўлган ҳолатларда ЖТЎЙни тўлиқ санитария қилиш ҳар доим ҳам мумкин эмас, бу ташхис қўйиш ва олинган маълумотларни нотўғри талқин қилиш, операция доирасини кенгайтириш ва унинг давомийлигини оширишга имкон бермайдиган, ўт йўллари касаллиги билан боғлиқ касалликлар ва асоратларнинг мавжудлиги туфайли беморларнинг оғир аҳволи билан изоҳланади. Эришилган ютуқларга қарамай, ўт тош касаллиги билан бирга келадиган холедохолитиазни хирургик даволаш тактикасини танлаш ҳанузгача долзарб бўлиб, ҳозирча тўлиқ аниқланмаган. Ушбу тоифадаги беморларни даволашга ёндашувларни ривожлантиришнинг ҳозирги тенденцияси минимал жарроҳлик травмаси билан яхши натижага эришишга имкон берадиган усулларни кенгроқ қўллашга интилишдир. Лапаротомия ёрдамида ўт йўлларининг барча патологиясини анъанавий равишда бир босқичли тузатиш ҳозирги кунда кўплаб беморларда икки ёки уч босқичли операциялар билан алмаштирилди. Бу инвазивликни пасайтиради ва даволаниш вақтини қисқартиради [12,47,59,19,32,66].

Ҳозирги вақтда холецистохоледохолитиаз билан касалланган беморларни даволашда жарроҳларнинг аксарияти босқичли даволаш тактикасини тан олган. Биринчи босқич - транспапилляр эндобилиер аралашувлар билан ЭПСТ (экстракорпорал зарба тўлқини

литотрипсия, электрогидравлик литотрипсия, механик литотрипсия ва бошқалар), иккинчи босқич эса лапароскопик холецистектомия (ЛХЭ) [29,25,27,16,35]. Узоқ муддатли механик сариклик ва оғир жигар-буйрак этишмовчилиги (ЖБЕ) бўлса, аввал гепатикохоledох ёки ТЖОХГС нинг эндоскопик назобилар дренажи амалга оширилади. Ўткир холангит сусайиб, сариклик пасайгандан сўнг, транспилляр эндобилиер аралашувлар билан ЭПСТ ўтказилади. Охириги - учинчи босқичда ЛХЭ амалга оширилади. Т.А. Жаркенов ва бошқ. (2004), ўт тош касаллиги билан асоратланган механик сариклик билан касалланган 116 беморни даволаш тажрибасини ўрганиб, ушбу тактиканинг беморларнинг 26,7 фоизда муваффақиятли эканлигини қайд этди. М.Э. Нечитайло ва бошқ. (2004), 728 беморни даволаш тажрибаси бўйича ушбу тактиканинг муваффақияти 63,9% ҳолларда кузатилган ва Ш.И. Каримов ва бошқ. (2001) 294 беморни даволаш тажрибаси бўйича - 54,4%.

Баъзи мутахассислар [80,83] холедохолитиаз билан касалланган беморларда литоэкстракция билан Одди сфинктерининг балон дилатациясининг юқори самарадорлиги ҳақида хабар беришади. Ю.М. Панцырев ва бошқалар (2001) ушбу усулдан 15 беморда ўт йўллариининг тўлиқ санациясида фойдаланилганлиги ҳақида хабар берилган. Ж. Гарциа-Сано Лизсано ва бошқ. (2002) ушбу усулни 100 беморда ЭПСТ билан биргаликда қўллаган ва Дормия саватидан фойдаланган беморларнинг 73 фоизда литоэкстракция ўтказишга муваффақ бўлган. Олиб ташланган тошларнинг ўлчами ўртача $9,4 \pm 3,8$ мм. Санациянинг тўлиқлиги ЭРХПГ ва эндоскопик ультратовуш (ЭУТТ) томонидан тасдиқланган. Шу билан бирга, муаллифларнинг таъкидлашича, усул самарадорлигини яқиний баҳолаш учун кўпроқ миқдордаги кузатувлар, шу жумладан, Одди сфинктерининг функционал ҳолатини аралашувдан кейин яқин ва узоқ муддатда ўрганиш керак. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра [77,71,37,84], афзалликларга эга бўлган икки босқичли усулнинг камчиликлари ҳам бор. Шундай қилиб, фақат ЭПСТ қилинган 7-10%

беморларда асоратлар ривожланиши билан бирга ўлим даражаси 1% гача келади. Иккинчи муҳим камчилиги ЎБΙΚС вазифасининг функцияси бузилиши. Кейинчалик, ўт йўллارининг ўн икки бармоқли ичак рефлюси, беморларнинг 12,3-24 %да узок муддатли даврда асоратларни келтириб чиқаради [23,8,3,28]. Шунинг учун муаллифлар Одди сфинктрининг функцияси, анотомиясини сақлаб қолишга ва эндоскопик транспапилляр аралашувлар билан боғлиқ асоратлар сонини камайитиришга қаратилган ўт тош касаллигини даволашнинг муқобил усулини таклиф қилишди. Холецистэктомия ва жигардан ташқари ўт йўллари операцияси бир вақтнинг ўзида миниинвазив технологиялар - лапароскопик ёки минилапаротомия ёрдамида амалга оширилади. Бундан ташқари, холецистэктомияни ўтказгандан сўнг, холедохолитиаз Одди сфинктерини бузмасдан мустақил канал орқали ёки холедохотомия йўли билан бартараф этилади. ЭПСТ фақат антитрад усули билан биргаликда папиллостеноз аниқланганда амалга оширилади. Агар операция пайтида уни техник сабабларга кўра бажариш имконсиз бўлса, уни кейинчалик бир неча кун ичида ретроград усулида бажариш мумкин. Агар холедох терминал қисми (ХТҚ)да стеноз аниқланса, аралашувкўпинча холедоходуоденоанастомоз қўйиш билан яқунланади. Антеград папиллосфинктеротомия (АПСТ) вазифалари ЎБΙΚС ва ХТҚ даражасида ўт чиқиши органик бузилишларини бартараф этишдан иборат. Худди шу муаллифларнинг фикрига кўра, ушбу техникани қўллаш ЭРХПГ ва ЭПСТ босқичини истисно қилишга имкон беради, бу эса бемор учун қийин ва жарроҳ учун машаққатлидир.

Г.А. Клименконинг сўзларига кўра (2000), ушбу алгоритмнинг зарарли томони шундаки, агар гепатикохоледохни лапароскопик кириш йўли билан тўлиқ санация қилишнинг иложи бўлмаса, сўнгра холецистэктомиядан сўнг ретроград литэкстракция билан ЭПСТ бўлса, бемор қорин бўшлиғига такрорий аралашув зарурлигига маҳкумдир.

Ҳозирги вақтда, айниқса Россияда, тобора кўпроқ мутахассислар [47,16,39,7,55,67] М.И. Прудков усули бўйича минилапаротомия усули билан киришни афзал кўришмоқда. Ушбу ёндашувнинг травмаси лапароскопик билан солиштириш мумкин. Минилапаротомик ёндашувлар тўғридан-тўғри визуал назорат остида амалга оширилади ва лапароскопикка қараганда техник жihatдан содда, карбонат ангидрид билан таранглашган қоринга эҳтиёж йўқ. Асбоблар тўпламининг нархи видео-лапароскопик комплекс ва лапароскопик операцияларни бажариш асбоблари билан таққосланмайди. Киришнинг асосий камчиликлари - бу қорин бўшлиғи органларини тўлиқ қайта кўриб чиқиш ва санитария қилишнинг мумкин эмаслигидир.

Холедохолитиаз туфайли келиб чиққан механик сарикликда ўт йўллари операция қилишнинг муҳим муаммоларидан бири бу операцияни якунлаш усулини аниқлашдир. Г.А. Клименко нинг сўзларига кўра. (2000), замонавий техник назорат ва қайта кўриб чиқиш воситаларидан фойдаланишга қарамай, холедохотомиядан кейин қолган тошларнинг частотаси ўртача 7% ни ташкил қилади. Шунинг учун холедохолитотомияни якунлашнинг стандарт усули - бу ўт йўллари декомпрессиялаш, қолдиқ тошларни эрта аниқлаш ва шунингдек, агар улар топилган бўлса, уларни олиб ташлаш имкониятини таъминлаш учун дренажни қолдириш деб ҳисобланади. Аксарият жарроҳлар Кер [48,15,6,75,78] усулида умумий ўт йўлини дренажлашни афзал кўришади.

ХДА мавжуд салбий жihatларга қарамай, ҳозирги вақтда кекса ёшдаги ва кекса ёшдаги беморларда умумий ўт йўлининг диаметри 2 см дан ошганлиги, дистал умумий ўт йўлининг стенози 2 см дан ошганлиги, катталашган умумий ўт йўлидаги бир нечта майда тошлар ва уларни тўлиқ олиб ташлашда ноаниқлик, шунингдек ЭПСТ самарасиз бўлганда оддий операция сифатида тавсия этилади. Умумий ўт йўлининг тошлари билан холедохоеюностомия техник қийинчиликлар туфайли кенг

тарқалмаган. Агар ХДА- ни қўллашнинг иложи бўлмаса, аксарият жарроҳлар Ру анастомозини еюнумнинг ажратилган цикли билан афзал қўришади, бу холангитнинг олдини олиш учун янада ишончли операция. ЭПСТнинг кенг қўлланилиши холедохолитиаз учун трансдуоденал жарроҳлик операцияларни деярли бутунлай тўхтатиб қўйди ва ЎБИКС ва ХТҚнинг структуралари билан ХДА таъсирини кескин камайтирди. Умумий ўт йўлини икки марта дренажлаш, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилайдди.

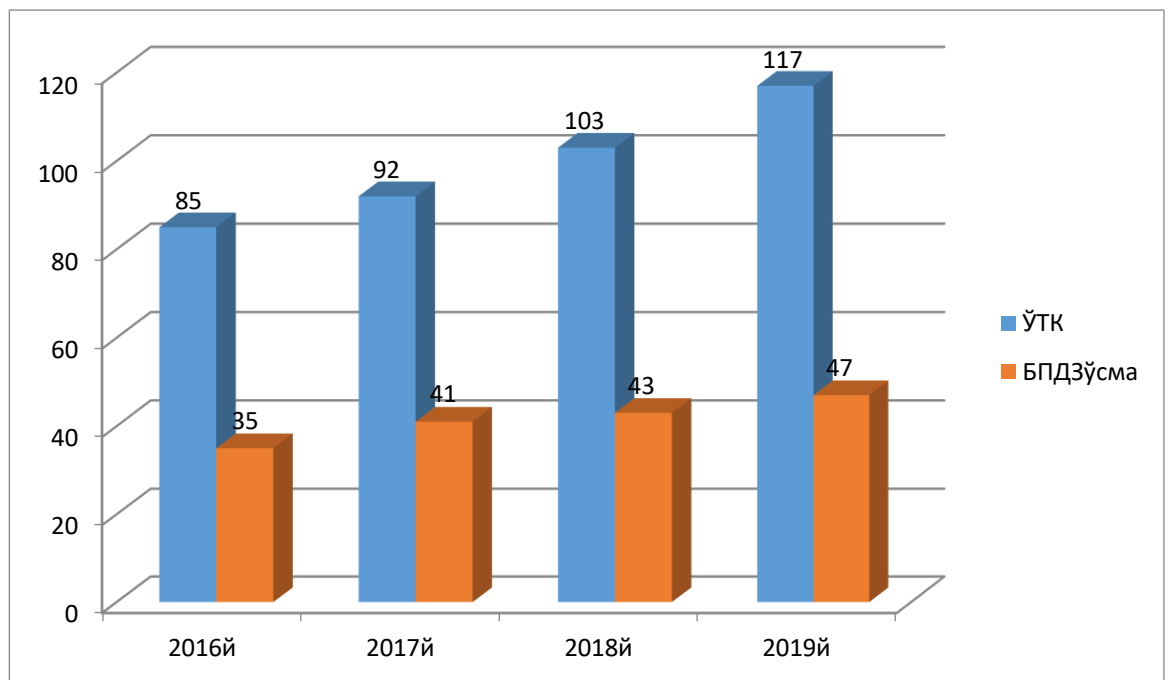
Адабиёт маълумотларини кўриб чиқишни якунлар экан, шунинг таъкидлаш керакки, минимал инвазив жарроҳликнинг турли усуллари комплекс қўллаш ва ушбу технологияни ишлаб чиқишда сезиларли ютуқлар механик сариқликга чалинган беморларни даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаган. Аммо ўт тош касаллигида операциядан олдинги диагностика ва БПДС ўсмалари бўлган беморларда даволашнинг оптимал тактикасини танлаш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда. Мавжуд адабиётларда, ўт йўлларида турли радикал усулларида сўнг БПДС да ўсма касаллиги бор беморларнинг ижтимоий мослашуви билан боғлиқ муаммолар этарли даражада ёритилмаган. Кўриб чиқиладиган муаммонинг санаб ўтилган томонлари ушбу тадқиқотни ўтказиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

II-БОБ

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1 Тадқиқот материалининг умумий хусусиятлари.

РШТЕИМ Бухоро филиали шошилишч хирургия бўлимларида 2018-2020 йиллар давомида 220 (71%) та УТК касаллиги сабабли механик сариклик билан, БПДС сабабли 90 (29%) та бемор (шундан 58 таси ошқозон ости беши боши соҳаси ўсмалари) мурожаат қилган. Ретроспектив анализ қилинганида 2016 – 2017 йиллар 177 (70%) та УТК сабабли механик сариклик билан, БПДС сабабли механик сариклик билан 76 (30%) та бемор шундан 40 бемор ошқозон ости беши боши ўсмалари) мурожаат қилганлиги аниқланди.



Механик сариклик синдроми билан касалланган беморларни йиллик ошиш кўрсаткичлари (2016-2019й) кўрсаткичлари(Диаграмма 1)

Ушбу ишда 2018 йилдан 2020 йиллардаги бўлган даврлар ичида ўт тош касаллиги ва БПДС ўсмаларидан кейинги механик сариклик билан касалланган 66 нафар беморнинг диагностикаси ва даволашини таҳлил қилиш учун олинган. Тақдим этилган ишлар Бухоро тиббиёт институти

«Хирургик касалликлар ва реанимация» кафедраси жойлашган, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида олиб борилган.

Беморларнинг 66 тасидан 43 (65%) та беморда ўт тош касаллиги асорати механик сариклик билан, 100% холедохолитиазли касаллар, 23 (35%) та беморда механик сариклик БПДС ўсмалари сабаб бўлган. БПДС ўсмалари бўлган беморларнинг нозологик шакллар бўйича тақсимланиши жадвалда келтирилган. (жадвал № 1).

1-жадвал

БПДС ўсмалари бўлган беморларнинг нозологик шакллар бўйича тақсимлаш

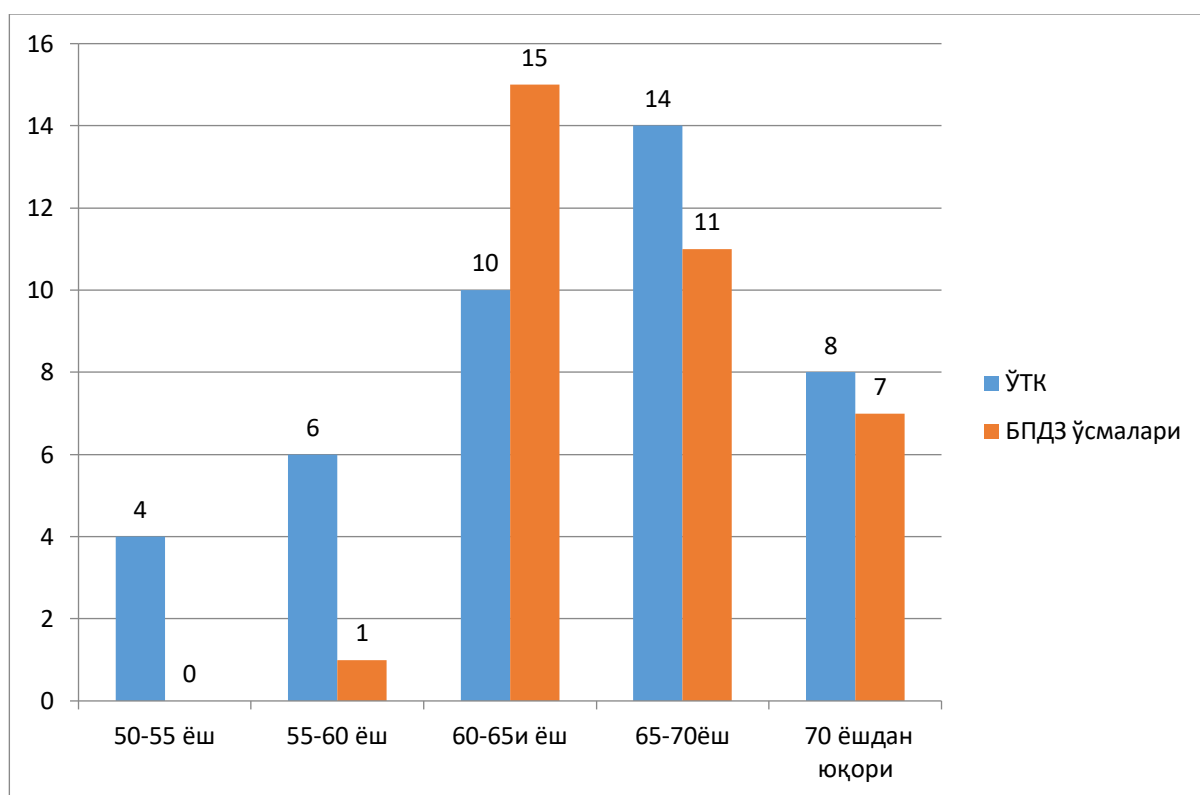
Ўсмалар локализацияси	Нозология	Беморларнинг сони	
		Абс	%
Проксимал ўсмалар №=7	Жигар дарвозаси ўсмалари (Клацкин усмаси).	7	30,4%
Дистал ўсмалар № = 16	Ошқозон ости беши бош қисми ўсмалари	13	56,5 %
	Катта дуоденал сўргич ўсмалари	3	13,1%
Жами		23	100%

Тақдим этилган натижалардан кўриниб турибдики, ҳам ўт тош касаллиги асорати механик сариклик билан, ҳам БПДС ўсмалари механик сариклик синдроми билан касалланганлар сонининг кўпайиш тенденцияси мавжуд. Шундай қилиб, кузатув даврида ўт тош касаллиги билан касалланган беморларнинг ўртача фарқи 20% ни, БПДС ўсмалари билан эса 16% ни ташкил этди.

Касалликнинг сезиларли ва барқарор ўсиши ошқозон ости беши боши ўсмалари бўлган беморларда кузатилган ва ўртача 32% ни ташкил этган. Йиллар давомида яхши сифатли ва ёмон сифатли генезли механик сариклик

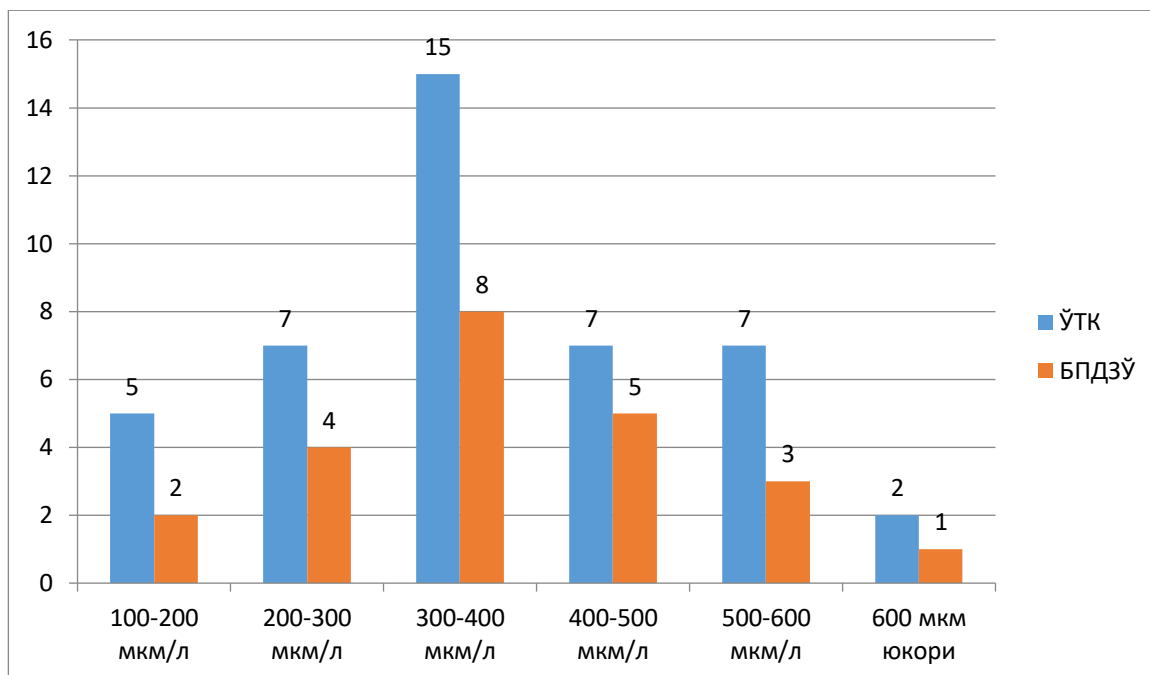
синдромининг хажмининг ошиши, нафақат беморларнинг абсолют сон жихатдан ошиши балки уларнинг аниқлашдаги замонавий текшириш диагностик усулларнинг такомиллашишига ҳам боғлиқлик бор.

Бизнинг текширишимиз учун ўт тош касаллиги холедохолитиаз асорати механик сариклик синдроми билан касалланган 43 та бемор танлаб олинди. Беморларнинг ўртача ёши 65 ± 6 ташкил қилди (расм 2). Шундан эркаклар 20 (46,5%) та, аёллар 23(53,5%) тани ташкил қилди. Олинган беморларнинг қон зардобидаги умумий билирубин даражаси 220 мкмол/л дан 560 мкмол/л гача бўлган.



Механик сариклик синдромининг ёшга хос хусусиятлари(диаграмма 2)

БПДС ўсмалари бўлган беморларда 14 эркак (60%) ва 9 аёл (40%) бўлган. Эркаклар ва аёлларнинг нисбати 1,5: 1 ўртача ёши эса $64,7 \pm 5,3$ ёшни ташкил этди. Шу беморларнинг қон зардобидаги умумий билирубин даражаси 310 мкмол/л дан 620 мкмол/л гача бўлган.



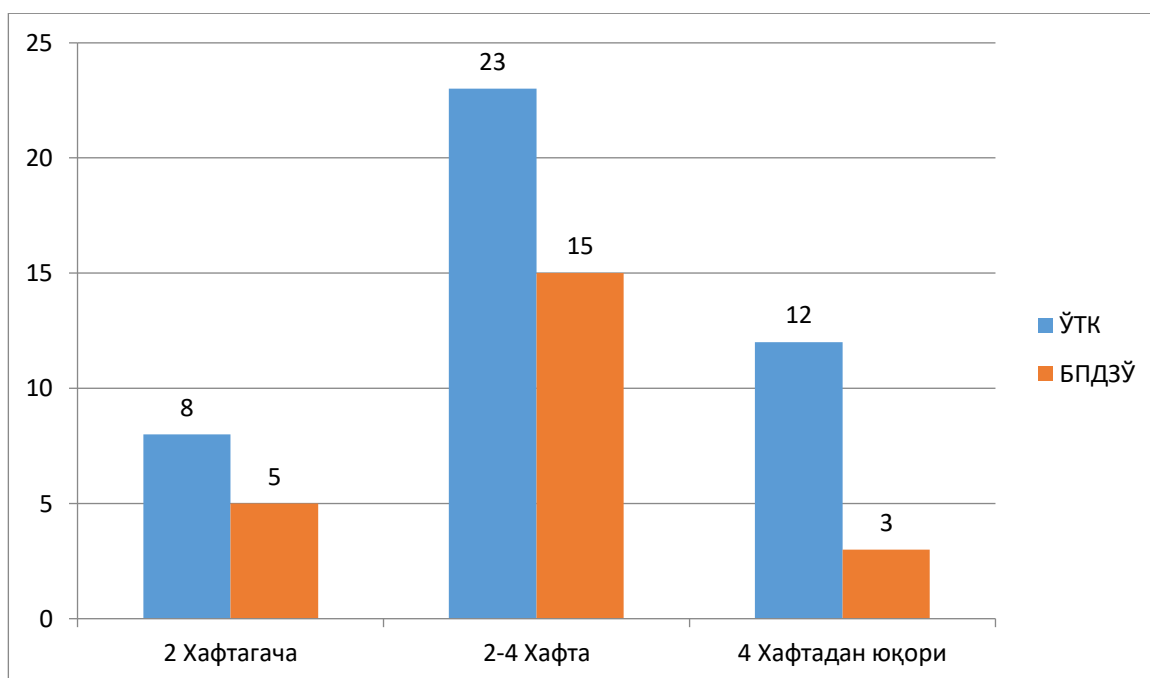
Механик сариқлик синдроми билан келган беморларнинг бошланғич билирубин кўрсаткичлари(диаграмма 3)

Жигар дарвозаси ўсмалари (Клацкин усмаси) бўлган беморларда 5 эркак (71,4%) ва 2 аёл (28,6%) бўлган. Эркаклар ва аёлларнинг нисбати 2,5: 1 ўртача ёши эса 61 ± 6 ёшни ташкил этди.

Ошқозон ости беши боши ўсмалари билан касалланган беморларда 8 эркак (61,5%), аёллар 5 (38,5%) бўлган. Эркаклар ва аёллар нисбати 1:1,6 беморларнинг ўртача ёши 62 ± 5 ёшни ташкил этади.

Катта дуоденал сўргич ўсмалари билан касалланган беморларда 1 эркак (33,3%), аёллар 2 (66,7%) бўлган. Эркаклар ва аёллар нисбати 1:2 беморларнинг ўртача ёши эса $72,6 \pm 9,8$ ёшни ташкил этди.

Бир қатор муаллифлар статистика маълумотларига кўра ўт тош касалликлари 74,7% ҳолларда асорат беради. [63]. БПДС ўсмалари бўлган беморларнинг 70% 60 ёшдан юкори бўлганлар. Ўт тош касаллиги билан касалланган беморларда механик сариқликнинг ўртача пайдо бўлиши $16,2 \pm 4,3$ кунни, БПДС ўсмалари билан биргаликда кузатилса $21,3 \pm 8,2$ кунни ташкил этди (расм 4).



Механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларда сариқликнинг пайдо бўлиш давомийлиги (диаграмма 4)

Холедохолитиаз билан касалланган беморларнинг кўпчилигида сариқликнинг пайдо бўлиши 2 ҳафтадан сунг, бу кўпинча умумий ут йулининг дистал кисмининг блокадаси натижасида касалликнинг характерли бошланиши билан боғлиқ. БПДС ўсмалари бўлган беморларнинг 16(70%) фоизида сариқлик давомийлиги 2 дан 4 ҳафтагача бўлган.

Кўриниб турибдики, қабул қилинган беморларнинг тахминан ярмида билирубин даражаси 265- 350 мкмол/л гача бўлган. Холедохолитиаз 100% холларда ўткир ва сурункали холецистит билан бирга келди. Холедохолитиаз билан касалланган 6 (13,9%) беморда ва БПДС ўсмалари билан касалланган 7 (30,4%) беморларда йирингли холангит асорат берган. Механик сариқлиги бор беморларнинг 45 (68%) нафарида кўшимча касаллик аниқланди. Шу билан бирга, биз асосан уларнинг ҳаётий органларга зарар этказишини кўрсатадиган, асосий касалликнинг оғирлигини кучайтирадиган, операция хавфини оширадиган ва операциядан кейинги даврни ҳисобга оламиз (2-жадвал). Бу жадвалдан кўриниб турибдики

механик сариклиги бор беморларда хамрох касаллик сифатида юрак-қон томир тизими (ЮИК, гипертония, аритмиялар, ва с бошқ.) касалликлари кўп учрайди. Икки ва ундан ортиқ касалликларнинг комбинацияси 7 (10,6%) беморда содир бўлган.

2-жадвал

Ўрганилаётган беморларда механик сариклик синдроми билан йўлдош касалликларнинг бирга келиши

Қўшимча касалликлар	Микдор, %	
	ЎТК (№ = 30)	БПДС ўсмалари (№ = 15)
ЮИК	9 (30%)	3 (21%)
Юрак ритмининг бузилиши	2 (6,6%)	1 (6,6%)
Гипертония касаллиги	5 (16,7%)	2 (13,3%)
Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси	3 (10%)	2 (13,3%)
Қандли диабет	2 (6,6%)	2 (13,3%)
Анамнездан бош миёда қон айланиш ўткир бузилиши бор беморлар	2 (6,6%)	1 (6,6%)
Икки ёки ундан ортиқ касалликларнинг комбинацияси	4 (13,3%)	3 (21%)
Бошқалар	3 (10%)	1 (6,6%)

2.2. Беморларни жарроҳлик усули билан даволаш хусусиятлари.

Биз механик сариқликка чалинган беморларни даволашда босқичма-босқич тактикалардан фойдаландик. Биринчи босқич жигардан ташқари ўт йўллари (ЖТЎЙ) декомпрессияси бўлиб, сариқликни камайтириш ва беморларни иккинчи босқичга - радикал ёки поллиатив даволашга тайёрлашга имкон берди. Ўт декомпрессиясининг турлари 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Сабабига қараб билиар декомпрессия турлари

Сариқлик сабаби	Ички дренаж			Ташқи дренаж	
	ЭПСТ +ЛЭ	ЭПСТ+МЛТ+ЛЭ	ЭСПХДС	ЭПСТ+ Стентлаш	ТЖОХС
ЎТК	36 (83,7%)	5(11,6%)	2 (4,7%)	–	–
БПДС ўсмалари	-	-	-	20 (87%)	3 (13%)
Жами	43 (65%)			23 (35%)	
Жами	66 (100%)				

Ўт тош касаллигида механик сариқлик билан асоратланган беморларда операциядан олдин 43 (65%) та беморда декомпрессия йўли билан сариқлик бартарафт этилди. Бу беморларнинг 36(83,7%) тасида эндоскопик папилласфенктротомия+литоекстракция (ЭПСТ+ЛЭ) амалиёти ўтказилди. Ўт тош касаллигида механик сариқлик билан асоратланган беморларнинг 5 (11,6%) тасида ЭПСТ ва ўт йуллари контрастлашда хажми 2 смдан катта булган тошлар сабабли (MTV WESEL германия фирмаси) механик литотриптор (ЭПСТ+МЛТ+ЛЭ) билан тошлар фрагментлаштирилди, кейинчалик литоекстракция амалиёти бажарилди. ЭПСТ амалиёти 2 (4,7 %) та беморда бажарилиши имконияти булмаганлиги сабабли (парапапиляр

дивертикуллар), беморларга эндоскопик супрапапилляр холедохотомия (ЭСПХДС) беморда ўтказилди. БПДС соҳаси касаллиги бор 23 (35%) та беморнинг 20 (87%) тасида ЭПСТ+Стентлаш амалиёти ўтказилди, колган 3 (13%) та (Жигар дарвозаси ўсмалари) беморда бу амалиётни бажариб бўлмагани учун уларда ТЖОХС қилинди.

Жиддий соматик патологияга эга бўлган ва ножўя таъсири хавф омили ўта юқори бўлган 2 (4,7%) беморларни даволашдаги якуний усул ЭСПХДС қилиш ва ананавий усул билан умумий ўт йўлига аралашувдир. Беморларни даволаш тактикаси икки босқичга бўлинган (4-жадвал).

4-жадвал

Ўт тош касаллигидан кейин келиб чиқадиган механик сарикликни хирургик даволаш усули билан тақсимлаш (№=43)

Гуруҳ	Миниинвазив усуллар	
1 гуруҳ Холецистохоледохолитиаз (даволашнинг биринчи босқичида холедохолитиаз бартараф қилинди) (№ = 41)	1.1	ЭПСТ+ЛЭ + ЛХЭ (N = 36)
	1.2.	ЭПСТ+МЛТ+ЛЭ+МЛХЭ(N = 5)
2-гуруҳ Холецистохоледохолитиаз (даволашнинг биринчи босқичида холедохолитиаз бартараф қилинмади) (№ = 2)	2.1.	ТХЭ + Умумий ўт йўлига аралашув (N = 2)

1-борсқич 43 (65%) та беморлардан иборат бўлиб, улар даволашнинг биринчи босқичида ЎБИКС орқали эндоскопик аралашувлар ёрдамида 41(95,3%) та беморда холедохолитиазни бартараф қилишга муваффақ бўлинди. Холедохолитиаз, сариклик

ва холангитни бартараф этилгандан сўнг, беморларга даволанишнинг иккинчи босқичи - холецистэктомия ўтказилди.

Даволашнинг 2-босқичида холецистэктомия усулига қараб, беморлар 3 кичик гуруҳга бўлинди.

2.1 кичик гуруҳи (асосий)- иккинчи босқичда лапароскопик холецистэктомия қилинган 36 (83,7%) бемор;

2.2 кичик гуруҳ - мирилапаротомик ёндашувдан холецистэктомия қилинган 5 (11,6%) бемор;

2.3 кичик гуруҳи – биринчи босқичда холедохолитиаз бартараф этилмаган 2 (4,7%) та беморда анъанавий усулда холецистэктомия ва умумий ўт йўлига аралашув бажарилди.

БПДС ўсмаларида ўт йўллари декомпрессияси 23 (35%) беморда ўтказилди (3-жадвалга қаранг). Уларнинг 20 (87%)таси, шундан жигар дарвозаси ўсмалари 4 (17,4%) та, ошқозон ости беи боши ўсмалари 13 (56,6%) та, катта дуоденал сўргич ўсмалари 3 (13%) таси ЭПСТ+Стентлаш ва 3 (13%) та жигар дарвозаси ўсмаси бор беморлар ТЖОХС амалиёти ўтказилди.

2.3. Диагностика усуллари

Механик сариқликни ташхислашда биз беморларни комплекс текшириш схемасидан фойдаландик, бу бизга ўт йўллари тизимидаги блокраниш даражаси ва характери, БПДС ўсмаларидаги жараённинг тарқалишини, жигар функционал ҳолатини, қон ивиш тизимидаги ўзгаришларни баҳолашга имкон беради. Тўлиқ қон текшируви “Sysmex” томонидан ишлаб чиқарилган SE-9000 автоматик гематологик анализаторида ўтказилди. Биёкимёвий қон таҳлили “Hospitex diagnostics“ анализаторларида ўтказилди. Эндоген интоксикацияни баҳолаш учун стандарт кўрсаткичлардан ташқари қон плазмасининг оксил фракциялари, ўрта масса молекулалари (ЎММ) текширилди. Клиник ва лаборатория текшируви билан бир қаторда қуйидаги инструментал тадқиқот усуллари қўлланилган.

Қурилмаларда ультратовуш текшируви ўтказилди: “MyLabx6” нинг Аспен (Италия) конвекс датчиклари билан: Л7,5 МГц ва қисқа туташув, 5 МГц; Қаварик датчикларга эга СДУ-400. Тадқиқот Т1 ва Т2 режимларида ўтказилди.

ЭФГДС ва ЎБΙΚСга эндоскопик аралашувлар пайтида биз «Олимпус» Япония компаниясининг ГХФ-Қ30, ЭФ-Қ30, ТЖФ-М20 мосламаларини қўлладик.

ЭРХПГ (эндоскопик ретроград холангиопанкреатография) янги тадқиқот усулларида бири бўлиб, махсус Олимпус фиброэндоскоплар тўплами ёрдамида амалга оширилади. Биринчиси сифатида 4,8 мм дан ортик инструментал канали бўлган дуоденоскоп, иккинчиси сифатида Олимпус япон томонидан ишлаб чиқарилган дистал қисмининг ташқи диаметри 2,4 мм бўлган ГХФ ПФ24 эндоскопи ишлатилган. Ушбу усуллар япония фирмасининг FUJIFILM русмли видеодуоденоскопи билан бажарилган.

2.4. Даволаш усуллари

2.4.1. Эндоскопик усуллар.

ЭПСТ учун Слассен-Демлинг ва игна турига мувофиқ КД-16Қ папиллотомлари ишлатилган. Папиллосфинктеротомиянинг турли хил усуллари (конюляция, конюляция бўлмаган, аралаш) ишлатилган. Супрапапилляр холедоходуоденостомия (ЭСПХДС) аралаш усулнинг бир тури сифатида холедохолитиазда бажарилди. Жараёнлар бир ёки бир неча босқичда амалга оширилди.

Ўт йўллари ташқи дренажлаш билан операциядан кейин ЭПСТни ўтказишда биз клиникада такомиллаштирилган техникани амалга оширдик, бу ЭРХПГ ни чиқариб ташлашга имкон беради, шунингдек процедурага жалб қилинган тиббий ходимлар сонини ва ралиация юқини камайтиради. Ушбу усул ёрдамида гепатикохоледоха папиллотомнинг тўғри ўрнатилишини назорат қилиш учун, папиллотом канали орқали 5-10 мл стерил сувли метилен кўк эритмаси юборилди. Агар папиллотом умумий ўт

йўлининг дистал қисмида жойлашган бўлса, юборилган эритма ташқарига ўт йиғиш учун дренаж трубкаси орқали идишга ажралади. Дренаж найчасига тайёр эритма киритилгандан сўнг, у шаффоф тўқиш кўринишда папиллотомда топилади. Кейин папиллотом керакли жойга жойлаштирилади ва ПСТ бажарилади.

Литоэкстракция Дормиа сават ёрдамида амалга оширилади. ЛХЭ умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилди. Вериша игнаси ёрдамида қорин бўшлиғида пневмоперитонеум яратилгандан ва қорин олд деворидаги типик нуқталарда троакарларни киритгандан сўнг, тадқиқот лапароскопияси ўтказилади. Агар керак бўлса, ўт пуфаги атрофдаги органлар ва тўқималар билан зич ва бўшашган чандиқлардан ажратиб турилади. Шундан сўнг, ўт йўли ва пуфак артерияси, гепатикохоledох ва ўн икки бармоқли ичакҳолатини баҳоланади, ажратиб олинади. Ўт қопи элементларини клипсаларга олиш ва кесишиш амалга оширилади. Ўт пуфаги электр илгаги билан ажратилади. Ўт пуфаги қатламини коагуляция қилиш, гемостазни назорат қилиш ва қорин бўшлиғини санитария қилиш. Ўт пуфаги қорин бўшлиғидан махсус полиэтилен идишда параумбиликал минтақадаги троакар орқали чиқарилади. Жигар ости бўшлиқни дренажлаш кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади. Лапароскопик холецистектомияни бажаришда “Олимпус”Япония видео тизими ишлатилган.

2.4.2. Перкутан усуллар.

Ўт йўллариининг ташқи декомпрессияси ультратовуш ва рентген телевизион назорати остида ТЖОХС ёки ТЖОХГС ёрдамида, стилет катетерлари ва пол шаклланишини дренажлаш мосламаси (УДПО) ёрдамида, “эркин қўл“ усулидан фойдаланилган. Ушбу усулнинг афзаллиги шундаки, зонд ва игна алоҳида жойлашган. Бу пунксияннинг бурчаги ва йўналишини ўзгартириб, игнани эркин бошқаришга имкон беради.

Биз асосан Россия ишлаб чиқарувчиларининг катетерлари ва дренаж тизимлари, хусусан МИТ ЛТД « Балтон» (Полша) дренаж тизимларидан

Ички ўт диверсияси Г.В. Ившин усули бўйича амалга оширилди. Бу ташқи диаметри 12Фр бўлган Россияда ишлаб чиқарилган нитилон радиопақ эндопротезларини имплантация қилиш ва махсус асбоблар тўплами ёрдамида бажарилди.



Минилапаротомик ёндашувдаги аралашувлар М.И.Прудков. услубига кўра “Мини-Ассистант“ асбоблари тўплами ёрдамида амалга оширилди. Қорин олд деворининг кесилиши 4-5 см узунликда бажарилиб, қорин бўшлиғига жигарнинг думалоқ лигаментидан ўнг томонга кирди. Холецистэктомиядан сўнг, агар керак бўлса, тўпламга киритилган махсус асбоблар ва шунингдек, “Дормиа“ савати ёрдамида холедохолитоэкстракцияси ўтказилди. Санацияда жигардан

ташқари ўт йўллари самарадорлигини назорат қилиш ва шикастланишлари диагностикаси калибрланган пробалар ва фиброхолангиоскопия тўплами ёрдамида амалга оширилди. Амалиёт Кер бўйича умумий ўт йўлини дренажлаш билан якунланди.

Таққосланган гуруҳлар ва кичик гуруҳлардаги клиник параметрларнинг фарқлари аҳамиятсиз эди ва статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади, бу эса турли хил даволаш усуллари самарадорлигини қиёсий таҳлилини ўтказишга имкон берди.

III БОБ

МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ДИАГНОСТИК ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

3.1. Диагностик тадқиқот усуллари натижалари.

Механик сариқлик синдромида беморларни диагностикаси, дифференциал диагностикаси муаммоси шу кунгача жуда қийин бўлиб қолмоқда. Операциядан олдинги диагностикани такомиллаштириш жарроҳлик кўрсаткичларини аниқлаш учун ҳам, механик сариқлик сабабини ҳисобга олган ҳолда унинг етарли танлови, ҳажми ва усули учун ҳам муҳимдир. Тўғри диагностика маълумотлари янги жарроҳлик технологияларини фаол равишда қўллашга, жарроҳлик аралашувларнинг шикастланишини камайтиришга ва операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиришга имкон беради. Ушбу вазифалар бир-биридан ажралмас ва ўзлари томонидан алоҳида олинган усулларнинг деярли ҳеч бири бу муаммоларни тўлиқ ҳал қила олмайди. Шу муносабат билан, бизнинг фикримизча, механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни операциядан олдин текширишнинг асосий диагностик вазифалари қуйидагилардан иборат:

1 вазифа - жигардан ташқари ўт йўллари обструкция даражасини аниқлаш;

2 вазифа - Жигардан ташқари ўт йўлларининг обструкция хусусиятини аниқлаш;

3 вазифа - ўсма жараёнининг тарқалишини аниқлаш;

4 вазифа - ўсманинг морфологик тузилишини аниқлаш;

5 вазифа - жигарнинг функционал ҳолатини аниқлаш.

Ушбу муаммоларни ҳал қилиш учун клиник ва лаборатория текшируви билан бир қаторда ҳар бир инструментал диагностика усулининг маълумот таркибини баҳолаш керак. Биз ушбу ёки бошқа инструментал диагностика усули маълумотларини иш тарихидаги хулосалар асосида баҳоладик.

Барча 66 (100%) беморда ультратовуш текшируви ўтказилди. Барча беморларда билиар гипертензия белгилари аниқланди. Холедохолитиазнинг тўғридан-тўғри санографик белгиси бу характерли акустик соя билан ўт йўлларида гиперэхоген қўшилишнинг мавжудлиги. Ультратовуш билан БПДС ўсмалари фокал (кўпинча гипоэхоген) шаклланиш сифатида намоён бўлади. Шу билан бирга, таъсирланган ҳудуддаги таркибий ўзгаришлар эхо сигналларининг акс этиши интенсивлигининг ўзгаришига олиб келади. Бундай ҳолда, ўсма тўқималарининг эхогенлиги кўпайиши ёки аралашиши мумкин.

Холедохолитиаз билан касалланган беморларда ультратовуш текшируви натижаларининг блок даражасини аниқлашдаги комплекс текширув натижаларига тўғри келиши 40 (93,0%) ҳолатларда, блокнинг табиати эса 36 (83,7%) ҳолатларда қайд этилган. БПДС ўсмаларида текширув натижаларига тўғри келиш 20 (87,0%), блок табиатини 19 (82,6%) аниқлай олди.

Яллиғланиш жараёнининг тарқалишини баҳолаш атрофдаги органларга ўсманинг кириб бориши, регионар лимфа тугунларининг ҳолати ва узоқ метастазларнинг мавжудлиги каби белгиларга караб баҳоланди.

Жигардан ташқари ўт йўллари, умумий ўт йўлининг ретродуоденал ва ошқозон ости бези қисмларида тошларнинг жойлашиши, гепатодуоденал бойламдаги яллиғланиш ўзгаришлари, ультратовуш билан текширувда камроқ маълумотга эга бўлди. Олинган маълумотларни талқин қилишдаги қийинчиликлар асосан сурункали панкреатитда ошқозон ости бези бошида яллиғланиш ўчоғи бўлган беморларда пайдо бўлди.

Холедохолитиаз туфайли келиб чиқадиган механик сариқлик синдромида 43 та беморда МРХПГни ўтказдик. Ушбу тадқиқотда МР сигналининг юқори интенсивлиги ўт йўлларида холедохолитиазнинг бевосита мавжудлигидир. Блок даражаси ва хусусиятини аниқлашда ахборот 100% ни ташкил этди.

БПДС ўсмалари учун МРХПГ 23 беморда ўтказилди. Ушбу тадқиқотда ўсмаларда некроз зоналари бўлса паст интенсивлик зонаси ҳолатида кўринди, шиш бўлса юқори сигнал интенсивлиги зонаси сифатида курилиши мумкин.

Беморларнинг аксарият қисмида МСКТ текшируви ўтказилди. Механик сариқлиги бор беморларни контрастли МСКТ билан текширишда аниқланадиган билвосита белгиларига: сафро гипертензияси; ошқозон ости бези каналининг кенгайиши, ошқозон ости бези бошидаги ўсмаларининг некроз натижасида унинг паренхимасидаги атрофия ва интрапанкреатик суюқлик йиғилиши билан баҳоланди.

Блок даражасини аниқлашда КТ текшируви натижаларининг кенг қамровли текширув натижалари билан мос келиши 21 (91%) ҳолатда, блокнинг хусусиятини аниқлашда эса 19 та (82,6%) ҳолатда кузатилди.

КТ текшируви натижаларининг ўсма жараёнининг босқичини аниқлашда кенг қамровли текширув натижаларига тўғри келиши қайд этилган. Блок даражасини аниқлашда усулнинг ахборотлилиги 100% ни, блокнинг хусусиятини аниқлашда эса 86,9% ни ташкил этди.

Холедохолитиаз билан 43 беморда ЭРПХГ ўтказдик. Блокнинг даражасини ва хусусиятини аниқлашда тадқиқот натижаларининг кенг қамровли текшириш натижалари билан мос келиши 42 (97,6%) қайд этилди. БПДС ўсмалари бўлган беморларда блокланиш даражаси ва характерини аниқлашда усулнинг информацион қиймати 92,6% ни ташкил этди. Холедохолитиаз билан касалланган 43 та ва БПДС ўсмалари бўлган 23 та беморда ЭФГДС ўтказилди. Ушбу тадқиқот БПДС ўсмаларидан ташқари, механик сариқлик синдроми учун ҳам тўғридан-тўғри диагностика усули була олмайди. Механик тусик соҳасини аниқлаш учун блокнинг табиати, шунингдек ЭФГДСда ўсма жараёнининг тарқалиши билвосита белгилар билан баҳоланди, масалан: Ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи қисилган тош ҳисобига катталашган ва зичлашган; бундан ташқари қизилўнгачнинг варикоз веналарининг кенгайиши ҳам

ўсманинг катта томирларга кириб боргалиги ва портал гипертензия ҳолатини олиб келиши га караб баҳоланиши мумкин. Тадқиқот натижаларининг 1 ва 2-вазифаларни ечишда холедохолитиазли беморларда комплекс текширув натижаларига тўғри келиши 8 (18,6%) ҳолатларда, БПДС ўсмалари билан эса 4 та (17,4%) ҳолатларда содир бўлди. Шишнинг морфологик тузилишини аниқлашда ахборот қиймати 4,3% ни ташкил этди (БПДС ўсмалари бўлган беморлар).

3.2. Диагностик тадқиқот усуллари натижаларини муҳокама қилиш ва уларни қўллаш алгоритмининг оптималлаштириш.

Ультратовуш диагностикаси усуллари ҳозирги кунда механик сариқликнинг асосий диагностикасида энг қулай ва асосий бўлиб қолмоқда. Ушбу усуллар тобора кўпайиб бораётган БПДСдаги ўзгаришларни тўлиқ баҳолашга имкон беради ва беморларни текшириш учун алгоритмни белгилайди.

Кўриб турганимиздек, холедохолитиаз билан касалланган беморларда дастлабки иккита вазифада ультратовуш ва МРХПГнинг маълумот таркиби деярли бир хил бўлиб, бу ушбу тадқиқот усуллариининг юқори диагностик қийматидан далолат беради. МРХПГ ёрдамида биринчи вазифани ҳал қилишда ультратовушга нисбатан диагностика сифатининг 7,6% га, иккинчи вазифани эса 14,2% га яхшиланиши кузатилмоқда. БПДС ўсмалари бўлган беморларда МРХПГ текшириш усули ультратовуш текшир билан солиштирганда биринчи вазифани 4,1% га, иккинчи вазифани 4,2% га, МСКТ билан таққослаганда 1,3% ва 3,3% га нисбатан аниқроқ маълумот берган. Бироқ, ушбу кўрсаткичларнинг барчаси статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади ($P > 0,05$).

МРХПГ нинг ижобий томонлари - бу инвазив бўлмаган, юқори даражада маълумотга эга ва ўрганилаётган органларни фарклашда енгиллик тугдиради. Ушбу тадқиқотнинг энг юқори маълумот даражаси холедохолитиаз ҳолатларида қайд этилган.

ЭРХПГ ва ТЖОХГ, шубҳасиз, механик сариқликда операциядан олдин ташхислашнинг энг маълумотли усули ҳисобланади. ТЖОХГнинг информацион қиймати биринчи вазифани ҳал қилишда холедохолитиаз билан касалланган беморларда ультратовуш текширувидан 7,7% га, иккинчисини эса 12,8% га оширади. БПДС ўсмалари бўлган беморларда мос равишда 11,8% ва 11,0%га оширади. Ушбу муаммоларни ҳал қилишда ТЖОХГ, МСКТдан мос равишда 9,0% ва 10,0% дан ошади.

Шуни таъкидлаш керакки, ушбу усуллар инвазив, нурланиш таъсирида, асоратлар эҳтимоллиги (қон кетиши, ўт кислотасининг оқиши, умумий ўт йўли ёки ўн икки бармоқли ичак деворининг тешилиши, септик холангит, ўткир панкреатит ва бошқалар) ва летал ҳолатларга олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, ўт йўллари, парапапилларар дивертикуллар ривожланишида аномалиялар, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак операциялари олдидан, ЖТЎЙ тадқиқотда қийинчилик туғдиради. Шундай қилиб, ЭРХПГ сўнг қон ва сийдикдаги ошқозон ости беzi ферментларининг фаоллиги ошган ҳолда ўткир панкреатит ривожланган 5 (7,5%) беморда билан асоратларни кузатдик. Асоратларни етарли даражада консерватив даво билан бартараф этилди.

ЭРХПГ ва ТЖОХГ нинг ижобий жиҳатларидан бири диагностика процедурасини самарали даволаш аралашувга айлантиришдир. Ушбу комбинация кўп ҳолатларда тадқиқот усулларига хос бўлган асоратларни камайтириш ёки олдини олишга имкон беради. Клиникада 2016-йилдан буен операциядан олдин механик сариқлик диагностикасида, хусусан, холедохолитиазда МРХПГ жуда информацион усул сифатида кенг қўлланилади. Бу механик сариқликнинг операциядан олдинги диагностикасида ЭРХПГ миқдорини камайтиришга имкон берди. Шунинг учун биз ЭРХПГни фақат даволаш ва диагностик мақсадларда ёки диагностика алгоритмининг охирида бошқа тадқиқот усуллари информацион бўлмаса амалга оширамиз.

ЭФГДС нинг маълумот таркиби, биз кўриб турганимиздек, дастлабки иккита диагностика вазифасини ҳал қилишда юқорида кўрсатилган тадқиқот усуллари (ЎБΙΚС ракидан ташқари) сезиларли даражада орқада қолади. Ушбу маълумотлар беморни комплекс даволашда ва касаллик прогнозида муҳим роль ўйнайди.

Ушбу усулларнинг ҳар бири ўз имкониятларига эга. Барча тадқиқот усуллари истисносиз ишлатиш нафақат кераксиз, балки баъзида ҳатто зарарли бўлиб, уларнинг баъзилари потенциал инвазив ва асоратлар билан кечади. Ушбу позициялардан келиб чикиб индивидуал текшириш усуллари эмас, балки белгиланган диагностика вазифаларини ҳал қилишда уларни муайян беморда қўллаш алгоритмининг ролини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Инструментал диагностика усуллари қўлашда биз қуйидаги қоидаларга амал қиламиз:

- қўшимча тадқиқот усулларидан фойдаланиш;
- ишончсизроқдан ишончлироқга;
- инвазив бўлмаган ҳолатдан инвазивгача;
- қарама-қарши бўлмаган, аниқ даволаш тактикасини белгилайдиган усулдан;

Операциядан олдин мажбурий диагностика усуллари механик сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларини аниқлаш нуқтаи назардан БПДС органларининг ҳолати тўғрисида бирламчи маълумот олишга имкон берадиган усуллар ва биринчи босқич натижаларига қараб қисман ёки тўлиқ бажариладиган қўшимча усуллар фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Стандарт лаборатория синовларидан ташқари биз ультратовуш текшируви ва ЭФГДС ни мажбурий текширув доирасига киритамиз, бу бизга механик сарикликнинг асосий, кенг тарқалган сабабларини ва БПДС аъзоларининг функционал ўзгаришини аниқлашга имкон беради. Текшириш усуллари керакли текширув доирасида фойдаланиш кўп ҳолларда, биринчи босқичда, тўғри ташхис қўйиш ва сарикликнинг механик генезини аниқлаб беради. Бу эса сариклик билан касалланган беморларни олиб боришнинг оқилона тактикасини танлашга имкон беради.

Қўшимча усулларга МРХПГ, МСКТ, ЭРХПГ, ТЖОХГ, киради. Бизнинг фикримизча, ушбу тадқиқот усуллариининг кўрсаткичлари:

Тақдим этилган усулларни қиёсий таҳлил қилиш, бизнинг фикримизча, механик сариклик диагностикаси алгоритмини таклиф қилишга имкон беради. Ушбу алгоритмнинг асоси, авваламбор, сарикликнинг келиб чиқишига клиник шубҳа ва тадқиқот усуллари янада ишончли бўлганидан, инвазив бўлмаганидан инвазивгача куллаш мақсадга мувофиқ.

Ультратовуш, ЭФГДС ва МРХПГ дан кетма-кет фойдаланиш мос равишда 96,2% ва 92,6% ҳолларда механик сарикликнинг даражаси ва характерини аниқлаш учун этарли. Ушбу босқичда холедохолитиаз билан касалланган беморларда 97,8% ҳолларда тўғри ташхис қўйиш мумкин. Агар ушбу босқичда БПДС нинг локал узгаришлар аниқланмаса ва механик сариклик сабаби аниқ бўлиб қолмаса, ЭРХПГ кўрсатилади.

Агар БПДС да локал узгаришлар аниқланса, ташхисни тасдиқлаш ва ўсма жараёнининг резекционлигини аниқлаш учун контрастли МСКТни бажариш керак. Панкреаснинг локал узгаришлар мавжуд бўлганда, СА 19-9 ни аниқлаш керак, агар СА 19-9 нинг салбий натижаси бўлса ва ошқозон ости беи бошида локал узгаришлар бўлса, ПАБни бажариш мақсадга мувофиқдир. ТЖОХГ усули диагностик мақсадда, ташқи декомпрессия билан биргаликда бажарилиши керак, агар уни амалга ошириш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, шунингдек юқорида келтирилган тадқиқот усуллари аниқ маълумот бермаганда қилинади. Агар ушбу босқичда ўсма жараёнининг резектабеллиги аниқланса, лапароскопияга мурожаат қилмасдан онкомарказлар шароитида радикал операция кўрсатилади. Хосилаларнинг резектабеллигига шубҳали бўлса, диагностик лапароскопия кўрсатилади. Агар юқоридаги усуллар билан ўсма жараёнининг резектабеллиги, шунингдек БПДС нинг фокал яллиғланишининг хусусиятини аниқлашнинг иложи бўлмаса, диагностик лапаротомия кўрсатилади. Бизнинг фикримизча, беморларни энг мақбул инструментал текшириш алгоритми келтирилган.

IV БОБ

НАТИЖАЛАР ВА МУХОКАМА

Миниинвазив ва анъанавий даволаш усуллари натижаларини қиёсий баҳолаш қуйидаги умумий қабул қилинган мезонлар асосида амалга оширилди: даволаш самарадорлиги; конверсия қилиш; асоратларнинг фоиз даражаси; стационар даволаниш муддати. Ташхисот ва даволаш алгоритми тактикаси самарадорлигини баҳолашда, холедохолитиазни миниинвазив усуллардан фойдаланган ҳолда бартараф этиш, иккинчи этап сифатида холецистэктомияни бажариш ва шу билан механик сарикликни бартараф қилиш тушунилади.

4.1. Холедохолитиаздан кейинги механик сариклик билан касалланган беморларни даволаш натижалари.

4.1.1. I-гурухдаги беморларда даволаниш натижалари.

Ушбу гуруҳ холедохолитиаз билан касалланган 43 беморни ўз ичига олган бўлиб, биз бу гуруҳни 2 та гуруҳга бўлдик. 1 - гуруҳимизда жами касалларимиз 41 тани ташкил этади. Уларда даволанишнинг биринчи босқичида ЎБИКС га эндоскопик йўл билан ретроград холангиопанкреатография усули ҳам ташхисот ва ҳам даволаш аралашуви сифатида ишлатилди. I этапда миниинвазив аралашув сифатида ретроград йўл танланиб, ЭРПХГ, ЭПСТ ва литоэкстракция йўли билан умумий ўт йўли тўсиғи бартараф қилинди. Холедохолитиаз бартараф этилгандан сўнг иккинчи босқичда холецистэктомия операцияси ўтказилди.

Биринчи катта гуруҳимизни иккита кичик гуруҳга бўлиб олдик.

1.1 кичик гуруҳи 35 касалдан иборат эди. Бу касалларда холедохолитиаз даволашни биринчи босқичида ЭРПХГ, ЭПСТ ва литоэкстракция амалиёти ёрдамда тусик бартараф этилган. Кейинчалик механик сариклик белгилари ва кон биохимик кўрсаткичлари пасайганда сўнг II этап лапароскопик холецистэктомия амалиёти муваффақиятли бажарилди.

Ушбу кичик гуруҳдаги асоратлар 6% беморларда ривожланган. Кўпгина беморларда асоратлар транспилляр аралашувлар натижасида юзага келди. ЭПСТ дан 2-3 кун ўтгач, 2 (5,7%) беморда характерли клиник кўриниш ва а-амилаза қондаги миқдорининг ошиши билан ўткир панкреатит ривожланди. Ўз вақтида бошланган консерватив даво асоратни тўхтатишга имкон берди. Папиллотом ярасидан қон кетиш 1 (2,8%) ҳолатда қайд этилган ва консерватив йўл билан тўхтатилди.

Операциядан кейинги ётиш куни ўртача $3 \pm 1,2$ кунни ташкил этди.

Стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $8 \pm 2,7$ кунни ташкил этди.

1.2 кичик гуруҳида барча 6 та беморларда холедохолитиазни даволашда биринчи босқичда миниинвазив аралашув сифатида ретроград йўл танланиб, ЭРПХГ, ЭПСТ амалиёти бажарилганда бир қатор муаммолар юзага келди. Бунда, холедох ичидаги тошлар 2-2,5 см ва ундан катта хажмда бўлиб папиллотом кесмасидан литоэкстракция қилишнинг иложи бўлмади. Шу сабабли эндоскопик ретроград йўл билан умумий ўт йўли ичига WETSEL русумли механик литотриптор ёрдамида катта хажмдаги тошлар фрагментацияланиб (майдаланиб) кейинчалик литоэкстракция қилинди. Кейинчалик механик сариклиқ белгилари ва кон биохимик кўрсаткичлари пасайганда сўнг II этап лапароскопик холецистэктомия амалиёти муваффақиятли бажарилди. Ушбу беморлар ичида II этап лапароскопик холецистэктомия даврида Кало учбурчаги элементлари идентификация қилишнинг иложи бўлмаганлиги сабабли, конверсия усулига яни минилапаротомик холецистэктомия усулига ўтилди.

Беморларнинг ушбу кичик гуруҳида ўтқир холецистит билан холедохолитиазнинг бирга келиши 2 (40%) беморда содир бўлган.

Даволашнинг биринчи босқичида 1 (20%) беморда асоратлар кузатилди. 1 бемор (20%) да транспилляр аралашувлардан сўнг ўтқир панкреатит ривожланиб, консерватив чоралар билан тўхтатилди.

Операциядан кейинги ётиш куни ўртача $3 \pm 1,4$ кунни, стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги эса $8 \pm 4,7$ кунни ташкил этди.

Биз ўт тош касаллигини икки босқичли даволашдан муваффақиятли фойдаланиш бўйича клиник кузатувни тақдим этамиз .

Бемор Р.М, 52 ёшда, КТ№25331, 17.11.18й соат: 9:35да РШТЁИМ БФ га ётқизилган. Шикояти: ўнг қовурға ёйи остида ва эпигастрал сохада оғриқ, кўнгил айниш, ўт билан қусиш, иситма. Рациондаги хатолардан сўнг у ётишдан 3 кун олдин касал бўлиб қолди. Касалликдан кейинги иккинчи куни у ҳароратнинг $38,5^{\circ}\text{C}$ га кўтарилишини, титроқ, склера ва терининг

сарғайишини қайд этди. Уйда ношпа, баралгин олган, оғриқлар бироз камайган. Мурожаат қилишдан бир кун олдин, ахвол яна ёмонлашди, оғриқ кучайиб кетган, у сариқликнинг кўпайишини таъкидлади. Тез ёрдам бригадаси томонидан касалхонага етказилган. Анамнезда таъкидланишича, бемор бир неча йилдан бери ўт тош касаллиги билан даволаниб юрган.

Беморни умумий ахволи ўртача оғирликда, эс-хуши аниқ. Склера ва тери сарғайган. Тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. Нафас олиши эркин. Аускултацияда ўпкаларида хар иккала томонлама везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ. А/Д 120/80мм.сим.уст. Пулс ритмик, 1 минутда 88 та. Тили куруқ оқ караш билан қопланган. Қорни одатдаги шаклда, нафас актида иштирок этади. Палпацияда қорни дам, ўнг қовурға ёйи ости ва эпигастрал сохада мушаклар таранглашган ва оғриқли. Ортнер, Мерфе, Керте симптомлари мусбат. Перитонеал белгилар манфий. Жигар ва талоғи пайпасланмайди. Аускултацияда ичаклар перисталтика шовқини эшитилади. Тахорати регуляр.

Лаборатор текшириш натижалари: Қон тахлили: Нв - 113 г/л; лей- 11,5; эрит-3,6; мон-3, ЭЧТ-10мм/соат. Биокимёвий тахлил: Умумий билирубин- 204 мкмол/л,(прям-156), умумий оксил – 71,7 г/л; мочевиная-7,6 ммол / л; глюкоза - 4,6 г/ л; АЛБТ-286 ед/л. Сийдик тахлили: ранги тўқ сариқ, зичлик- 1015, оксил-0,165, эпит-10, лей-5, эрит-4.

Инструментал текшириш натижалари: УТТ хулосаси: УТК. Ўткир тошли холецистит. Билиар гипертензия, холедохолитиаз белгилари мавжуд. ЭКГ- миокардда дистрофик ўзгаришлар.

Ташхис: Ўт тош касаллиги. Ўткир тошли холецистит. Холедохолитиаз.

Асорати: Механик сариқлик.

6-8 соат давомида оғриқ қолдирувчи, дезинтоксикацион каби консерватив муолажалар амалга оширилади. Қорин бўшлиғини назорат ультратовуш текширувига кўра, ўт пуфаги томондан ижобий динамика бўлмаган. Шу туфайли бемордаги консерватив даво самарасизлиги ҳисобга олиб, кейинги босқичда эндоскопик

аралашув тақдим этилди . 17.11.18 йилда ЭРПХГ+ ЭПСТ+ЛЭ ўтказилди, ҳеч қандай асоратлар кузатилмади. Терапия фонида беморнинг аҳволи яхшиланди, сариқлик ҳал қилинди. Динамикада билирубин миқдори (умум-20,5, боғ-10,8) га тушди.

20.11.18й. беморга минилапаротомик ёндашувдан холецистектомия қилинган. Операция жараёнида ўт пуфаги атрофидаги органлар билан чандик ҳосил қилиб ёпишгани аниқлади. Чандиклар ўткир ва тўмтоқ йўллар билан ажратилди. Ўт пуфаги қалин деворли, унинг девори шишган ва бўйин ҳудудида яллиғланишли инфилтрат аниқланган. Гепатикохоledох диаметри 12 мм гача кенгайтирилган, пальпация пайтида конкрементлар мавжуд эмас. Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди. Динамикада қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви билан қўрилганда, эркин суюқлик ва қорин бўшлиғида инфилтрат аниқланмади. 29.11.18й. бемор қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилди.

Олинган ўт пуфагининг морфологик текшируви натижаси ўткир флегмоноз холециститдир.

Бемор Х.Д, 64 ёшда, КТ№4266, 21.02.19й соат: 16:40да РШТЁИМ БФ га ётқизилган. Шикояти: ўнг қовурға ёйи остида ва эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айниш, қусиш, тери ва склеранинг сарғайишига. Бемор анамнезидадан ўзини 7 кундан буён касал ҳисоблайди. Касаллигини сабабини аниқ билмайди. Беморда сорғайиш келиб чикгач ва юқоридаги шикоятлар билан қариндошлари томонидан марказга олиб келинган. Биргаликда учрайдиган касалликлардан қандли диабет II тип, ўрта оғир кечиши, ГК II АГ I хавф II қайд этилади.

Беморни умумий аҳволи ўртача оғирликда. Тери қопламалари сарғимтир рангда. Тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. Нафас олиши эркин. Аускултацияда ўпкаларида ҳар иккала томонлама везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ. А/Д 120/80мм.сим.уст. Пулс ритмик, 1 минутда 80 та. Тили қуруқ оқ қараш билан қопланган. Қорни одатдаги шаклда, нафас актида иштирок этади. Палпацияда қорни дам, ўнг қовурға

ёйи ости ва эпигастрал сохада мушаклар таранглашган ва оғриқли. Ортнер-Греков, Мерфе симптомлари мусбат. Перитонеал белгилар манфий. Жигар ва талоғи пайпасланмайди. Аускултацияда ичаклар перисталтика шовқини эшитилади. Тахорати регуляр.

Лаборатор тадқиқотда: Нв – 98,4 г/л; лей- 9,1; эрит-3,4; мон-5, ЭЧТ-32мм/соат. Биокимёвий таҳлил: Умумий билирубин- 114 мкмол/л,(прям-64,9), АСТ – 0,39 ед/л, АЛТ-0,56 ед/л.

Инструментал текшириш натижалари: Узи хулосаси: ЎТК. Ўткир тошли холецистит. Холедохолитиаз. ЭКГ- чсс 101 та, синусли тахикардия. Чап қоринча гипертрофияси. Миокардда дистрофик ўзгаришлар аниқланади.

Ташхис: Асосий: ЎТ тош касаллиги. Ўткир тошли холецистит. Холедохолитиаз.

Асорати: Механик сариклик.

Йўлдош касаллиги: қандли диабет II тип, ўрта оғир кечиши, ГК II АГ I хавф II

10-12 соат давомида оғриқ қолдирувчи, дезинтоксикацион каби консерватив муолажалар амалга оширилади. Динамикада ультратовуш текширувига кўра, ўт пуфаги томондан ижобий динамика бўлмаган. Шу туфайли бемордаги даво самарасизлиги ва хамрох касалликларини ҳисобга олиб эндоскопик аралашув тақдим этилди. 22.02.19 йилда ЭРПХГ+ ЭПСТ+ЛЭ амалиёти ўтказилди. Беморда ўтказилган амалиётдан сўнг ҳеч қандай асоратлар бўлмаган. Динамикада беморнинг аҳволи яхшиланди, сариклик бартараф қилинди.

24.02.19й. беморга лапароскопик холецистектомия операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди. Динамикада қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви билан кўрилганда, эркин суюқлик ва қорин бўшлиғида инфилтрат аниқланмади. 01.03.19й. бемор қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилди.

Бемор С.С, 52 ёшда, КТ№2874, 04.02.19й соат: 13:20да РШТЁИМ БФ га ётқизилган. Шикояти: ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ бўлиши, кўнгил

айниб қусишга, тана хароратининг кўтарилиши, терисининг сарғайишига, умумий холсизликка. Бемор ўзини 7 суткадан буё касал ҳисоблайди. Касаллиги сабабини аниқ билмайди. Уйда аналгетик ва спазмолитиклар қабул қилган. Оғриқлари қолмагач марказга мурожаат қилиб келган.

Беморни умумий ахволи ўртача оғирликда, эс-хуши аниқ. Склера ва тери сарғайган. Тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. Нафас олиши эркин. Аускултацияда ўпкаларида ҳар иккала томонлама везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ. А/Д 130/90мм.сим.уст. Пулс ритмик, 1 минутда 88 та. Тили қуруқ оқ қараш билан қопланган. Қорни одатдаги шаклда, нафас актида иштирок этади. Палпацияда қорни дам, ўнг қовурға ёйи ости ва эпигастрал соҳада мушаклар таранглашган ва оғриқли. Ортнер, Мерфе, Керте симптомлари мусбат. Перитонеал белгилар манфий. Жигар ва талоғи пайпасланмайди. Аускултацияда ичаклар перисталтика шовқини эшитилади. Ич ўтиш эркин, ахлати оқимтир рангда.

Лаборатор текшириш натижалари: Қон тахлили: Нв - 100 г/л; лей- 6,0; эрит-3,4; мон-6, ЭЧТ-25мм/соат. Биокимёвий тахлил: Умумий билирубин- 22,8 мкмол/л,(прям-8,5), умумий оқсил – 78 г/л; мочевино-6,0 ммол/л; АЛБТ- 0,72 ед/л.

Инструментал текшириш натижалари: УТТ ҳулосаси: УТК. Ўткир тошли холецистит. Билиар гипертензия, холедохолитиаз. Холедох 9 ммгача кенгайган. ЭКГ- патология аниқланмади.

Ташхис: Ўт тош касаллиги. Ўткир тошли холецистит. Холедохолитиаз.

Асорати: Механик сариклик.

7-10 соат давомида оғриқ қолдирувчи, дезинтоксикацион каби консерватив муолажалар амалга оширилади. Қорин бўшлиғини назорат ультратовуш текширувига кўра, ўт пуфаги томондан ижобий динамика бўлмаган. Шу туфайли бемордаги консерватив даво самарасизлиги ҳисобга олиб, кейинги босқичда эндоскопик аралашув тақдим этилди . 05.02.19 йилда ЭРПХГ+ ЭПСТ ўтказилди, холедох

3 смгача кенгайган. Йирик тошлари 1,0-0,8 смли 3та тош, 0,3 смли тошлар олинди. Кузатувда беморнинг аҳволи яхшиланди, сариклик ҳал қилинди.

07.02.19й. беморга минилапаротомик ёндашувдан холецистектомия қилинган. Операция жараёнида ўт пуфаги атрофидаги органлар билан чандик ҳосил қилиб ёпишгани аниқлади. Чандиклар ўткир ва тўмтоқ йўллар билан ажратилди. Ўт пуфаги қалин деворли, унинг девори шишган ва бўйин худудида яллиғланишли инфилтрат аниқланган. Гепатикохоledохда пальпация пайтида конкрементлар мавжуд эмас. Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди. Динамикада қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви билан кўрилганда, эркин суюқлик ва қорин бўшлиғида инфилтрат аниқланмади. 13.02.19й. бемор қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилди. Олинган ўт пуфагининг морфологик текшируви натижаси ўткир флегмоноз холециститдир.

2.1 кичик гуруҳига 2 та бемор кирган бўлиб, I этапда миниинвазив аралашув сифатида ретроград йўл танланиб, ЭРПХГ ва ЭПСТ йўли билан умумий ўт йўли тўсиғи бартараф қилишни иложи бўлмади. Бунинг асосий сабаблари дуоденал сўргичда парапапиллар дивертикул бўлиши ва холедох терминал қисмининг 2 смдан узун бўлган стенозланиши сабаб бўлди. Бу беморларда анъанавий лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия ва холедохни Кер бўйича Т-симон дренажлаш операцияси бажарилди.

Бемор И, 71 ёш, ИБ № 43059, 10.12.18й. 17.15 да клиникага ётқизилган. Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Ўнг қовурға ёйи остида оғриқ, сариклик шикоятлари билан келган. Қабул қилишдан 11 кун олдин у касал бўлиб қолган, қачонки ёғли овқат истеъмол қилингандан сўнг, ўнг қовурға ёйи остида оғриқлар пайдо бўлди. Спазмолитиклар киритилгандан сўнг оғриқ сусаяди. Касаллик пайтидан бошлаб учинчи куни сариклик пайдо бўлиб, аста-секин кучайиб борди. 08.12.18й да. тез тиббий ёрдам гуруҳи вирусли гепатитга шубҳа билан юқумли касалликлар бўлимига этказилди. Ультратовуш орқали билиар гипертензия белгилари аниқланди. Механик сарикликга шубҳа билан бемор 10/12/18

йилда бемор РШТЎИМ Бухоро филиалининг хирургия бўлимига ўтказилди. Анамнездан шуни таъкидлаш керакки, бемор тахминан 7 йил давомида ўт тош касаллиги билан касалланган. Биргаликда учрайдиган касалликлардан юрак ишемик касаллиги, гипертония қайд этилади. Беморни умумий ахволи ўртача оғирликда. Склера ва териси сариқ. Пальпация пайтида қорин юмшоқ, ўнг қовурға ости соҳаси озгина оғриқли. Ўт пуфагининг пастки қисми сезилмайди. Ультратовуш билан ўт пуфагининг ўлчамлари 87х32 мм, девор қалинлиги 1,5 мм, бўшлиқда диаметри 0,7 дан 17 мм гача бўлган кўплаб тошлар мавжуд. Жигар ичи ва жигар ташқарисидаги ўт йўллари кенгайган, умумий ўт йўлининг диаметри 19 мм. Умумий ўт йўлининг терминал қисмида диаметри 14 мм гача бўлган акустик соя билан гиперехоген кўриниш бор.

Лаборатория тадқиқотларида: Нв - 138 г / л; Лей- 9,7х10⁹ - 4, с/л - 63, эоз- 3, мон- 5, ЭЧТ- 9 мм / соат. Умумий билирубин- 142 мкмол / л (тўғридан-тўғри - 76); умумий оқсил - 76 г / л; мочевино - 12,8 ммол / л; глюкоза 5,6 ммол / л; АСТ- 356 бирлик / л; АЛТ- 384 бирлик / л; ГТГП - 625 бирлик/л. Ташхис: ЎТК. Ўткир тошли холецистит, холедохолитиаз. Асорати: Механик сариқлик. 11.12.18 йилда ЭРПХГ, ЭПСТ йўли билан умумий ўт йўли тўсиғи бартараф қилишни иложи бўлмади. Бунинг асосий сабаби холедох терминал қисмининг 2 смдан узун бўлган стенозланиши сабаб бўлди. Шу сабабли бу беморда анъанавий лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия ва холедохни Кер бўйича Т-симон дренажлаш операцияси бажарилди. Операциядан кейин беморнинг ахволи динамикада яхшиланди. Даволашда кўшимча консерватив муолажалардан фойдаланиб қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилди.

4.1.2. Холедохолитиаз сабабли механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни даволаш натижаларини муҳокама қилиш.

Механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволаш масалаларининг долзарблиги нафақат ушбу патологияга чалинган беморлар сонининг кўпайиши, балки тобора кенг

тарқалиб бораётган янги минимал инвазив технологиялар билан ҳам боғлиқ. Холедохолитиазни ташхислаш ва даволаш ҳозирги кунда ҳам асосий муаммо бўлиб қолмоқда. Бу, биринчи навбатда, беморнинг аҳволи оғирлиги ва қоникарсиз даволаниш натижалари билан боғлиқ. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг босқичма-босқич усулини кенг жорий этиш асоратлар ва ўлим сонини камайтиришга, операция хавфи юқори бўлган беморлар гуруҳида тактик ёндашувларни қатъий индивидуализация қилишга имкон берди. Ушбу мураккаб беморлар гуруҳини даволашда минимал инвазив ва эндоскопик усуллар “олтин стандарт” га айланди. Холедохолитиазни даволашда ЭПСТ ва кейинги ЛХЭ билан ўт йўллари саниация қилиш усуллари танланади. Даволашнинг биринчи босқичида ЎБИКС га эндоскопик аралашув ёрдамида биз 41 беморда холедохолитиазни бартараф қилишга муваффақ бўлдик. Улар, қоида тариқасида, беморлар касалхонага ётқизилганидан кейинги биринчи кунда қилинган. 6 (13,9%) беморда эндоскопик аралашувлардан сўнг асоратларни кузатдик. 2 (4,8%) ҳолатда ЭПСТ папиллотом ярасидан қон кетиш билан мураккаблашди. Қон қуйилиши қон ивиши билан тўхтатилди. 3 (7,3%) беморда характерли клиник кўриниш ва қондаги альфа-амилаза даражасининг ошиши билан ўткир панкреатит ривожланди. Ўз вақтида бошланган комплекс консерватив терапия ўткир панкреатитни тўхтатиш имконини берди.

Даволашнинг биринчи босқичида ўтказилган эндоскопик аралашувлар ўт пуфагидаги яллиғланишни тўхтатишга, беморларнинг аҳволини барқарорлаштиришга ва операцияни янада қулай шароитларда ўтказишга имкон берди. Ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёнининг динамикасини биз клиник, лабораторияда ва назорат ультратовуш ёрдамида баҳоладик. Ўт пуфагининг яллиғланиш жараёнини енгиллаштириш одатда 5-6 кун содир бўлди. Яллиғланиш жараёни ва сариклик бартараф этилгандан сўнг ЛХЭ ва МЛХЭ ўтказилди. Сўнгги йилларда лапароскопик операциялар билан бир қаторда

махсус асбоблар тўплами ёрдамида кичик ёндашувлардан очиқ эндохирургик аралашувларнинг янги технологиялари пайдо бўлди. Бу методлардан бири минилапаротомик ёндашувдан холецистэктомия қилиш ҳисобланади. Бу усул ёрдамида ЛХЭ қилиш қийинчилик туғдирган 8 (18,6%) та беморда ўтказилди. Анъанавий холецистэктомия 2 беморда ўтказилди. Шунитаякдлаш керакки, холедохолитиаз билан касалланган беморларни даволашда миниинвазив жарроҳлик усуллари, айниқса ЛХЭК усулини 2 этапда кенг қўллаш билан боғлиқ. 1.1 ва 1.2 кичик гуруҳларида холедохолитиаз билан касалланган беморларни босқичма-босқич даволаш натижаларини таҳлил қилиб, биз индексларда статистик жиҳатдан сезиларли фарқни сезмадик. Лапароскопик ва минилапаротомик холецистэктомияларни қиёсий таҳлилида асоратлар сони ва операциядан кейинги даволаниш давомийлиги бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади. Операциядан кейинги даврда ЛХЭ дан кейин асоратлар 1 (3%) ҳолатда юзага келди. МЛХЭдан кейин биз асоратларни кузатмадик. Операциядан кейинги ётиш куни ўртача $3 \pm 1,2$ кунни ташкил этди.

Даволаш натижаларидан кўриниб турибдики, холедохолитиазни босқичма босқич даволашнинг иккала усули, шу жумладан биринчи босқичда ЭПСТ, иккинчисида ЛХЭ ёки МЛХЭ, паст шикастли, самарали ва бир хил даражада муваффақиятли қўлланилиши мумкин. Анъанавий холецистэктомия натижаларини минимал инвазив усуллар билан таққослаш таҳлилида операциядан кейинги дастлабки даврларда асоратлар ЛХЭ ва МЛХЭга нисбатан мос равишда 7,1% ва 8,6% га ошганлиги қайд этилди. Минимал инвазив усулларни қўллаган холецистэктомия учун операциядан кейинги ётиш куни анъанавий холецистэктомияга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада кам бўлиб, бу касалхонада ётиш вақтининг ЛХЭ дан кейин 23,0% га ва МЛХЭ дан кейин 17,3% га камайишига олиб келди.

Шундай қилиб, 1-гурухда 35 та бемор икки босқичда даволанган, шу жумладан ЎБΙΚС орқали эндоскопик аралашув ва холецистэктомия ўтказилган. Ўткир холецистит клиникаси бўлган холедохолитиаз билан касалланган 6 беморда икки босқичли даволаш методи қўлланилган. У ЎБΙΚСга эндоскопик аралашув ва минилапаратомикхолецистэктомияни ўз ичига олади. Ҳозирги вақтда холедохолитиазни даволаш учун ЭПСТ ва ўт йўллари тозалаш керак. Шу билан бирга, эндоскопик транспилляр аралашувлар ёрдамида холедохолитиазни бартараф қилиш ҳар доим ҳам амалга ошириб бўлмайди. 2- гуруҳдаги беморларда холедохолитиязни бартараф қилиш учун ЎБΙΚСга эндоскопик аралашувларнинг самарасизлигининг асосий сабаблари тош катталиги ва ХТҚ қисмининг диаметри, ЎБΙΚС нинг катта дивертикулалар бўшлиғида жойлашиши ва холедохолитиязнинг ХТҚ стенози билан бирга келишидир. Бу тахмин мумкин механик литотрипсис ёки замонавий яна бир усули фойдаланиш билан литотрипсиси ёрдам тошлардан каналларни тозалаш, шундай қилиб, эндоскопик даволаш самарадорлигини ошириш. Бироқ, асоратлар сони бир вақтнинг ўзида кўпайиши мумкин. Агар эндоскопик аралашувлар самарасиз бўлса, биз операция олдида декомпрессияни механик сарикликнинг оғир даражаси бўлган беморларда ўт йўллариининг ташқи дренажи тавсия этилади. Бундай ҳолда биз ТЖОХСга устунлик берамиз. ТЖОХС ўткир холецистит билан касалланган ва тез-тез техник қийинчиликлар ва асоратлар билан боғлиқ бўлган жигар найчали тузилмаларининг анатомик интерпозицияси туфайли холангиостомия қўйиш мумкин эмаслигида амалга оширилди. Енгил сариклик, холангитнинг йўқлиги ва беморларнинг аҳволи қониқарли бўлса, операция олдида декомпрессиясиз операция ўтказилди. Сариклик, холангит ва ҳолат яхшиланганидан сўнг, 2 беморда холецистэктомия ва умумий ўт йўлларига аралашуш анъанавий усул билан, 6 беморда эса минилапаратомик усул билан амалга оширилди.

Операция давомида аниқланган ЎБΙΚС стенозини тузатиш усулини танлашнинг асосий мезонлари беморнинг соматик ҳолатидир. Юрак-қон томир ва нафас олиш тизимининг оғир қўшма касалликлари бўлмаганида, ЎБΙΚС стенозини тузатиш операция давомида АПСТ ёрдамида амалга оширилди ва оғир соматик патология ва операцион ва беҳушлик хавфи юқори бўлганида - операциядан кейинги 3-5-кунда ЭПСТ амалиёти бажарилди. Кичик киришлардан операцияларнинг афзалликлари қуйидагилардир:

- ташқи нафас олиш функциясини тезда тиклаш;
- операциядан кейинги даврда наркотик аналгетикларига бўлган эҳтиёжни камайтириш;
- ошқозон-ичак тракти мотор фаоллиятини эрта тиклаш;
- операциядан кейинги даврда беморларнинг эрта фаоллашиши;
- операциядан кейинги асоратлар камроқ.

Шундай қилиб, эндоскопик усуллар амалиётга тадбиқ этилиши билан механиксариқлик билан мураккаблашган холелитиазли беморларни даволашнинг янги имкониятлари пайдо бўлди. Даволаш натижаларини таҳлил қилганда, миниинвазив аралашувлардан сўнг операциядан кейинги стационар даволаниш муддати 20,6% га камайиши қайд этилди. Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш бўйича индивидуал ёндашувнинг амалга оширилган тактикаси, сариқлик, қўшма касалликлар, шунингдек босқичли даволаш усуллари ҳисобга олган ҳолда, операциядан кейинги ўлимни 3,4% гача, операциядан кейинги асоратлар сонини эса 14,1% гача камайтиришга имкон берди.

Олинган натижаларга асосланиб, механик сариқлик синдроми билан асоратланган беморларни даволаш тактик режимини таклиф қиламиз.

Бемор Ш.Г, 56 ёшда, КТ№190, 03.01.19й соат: 11:20да РШТЁИМ БФ га ётқизилган. Шикояти: ўнг қовурға ёйи остида ва эпигастрал сохада кучли оғриққа, кўнгил айниш, оғиз қуриши, тери ва кўз склераси сарғайишига, умумий холсизликка. Бемор ўзини бир неча кундан буён касал ҳисоблайди.

Касаллиги сабабини аниқ билмайди. Бир кун олдин оғриклари кучайиб уйида спазмолитиклар қабул қилган. Оғриклари қолмагач марказга мурожат қилиб келган.

Беморни умумий ахволи ўртача оғирликда, эс-хуши аниқ. Тери қопламалари сарғимтир рангда. Тери ости ёғ қавати ўртача ривожланган. Нафас олиши эркин. Аускултацияда ўпкаларида ҳар иккала томонлама везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ. А/Д 110/70мм.сим.уст. Пулс ритмик, 1 минутда 80 та. Тили қуруқ оқ қараш билан қопланган. Қорни одатдаги шаклда, нафас актида иштирок этади. Палпацияда қорни дам, ўнг қовурға ёйи ости ва эпигастрал соҳада мушаклар таранглашган ва оғриқли. Ортнер, Мерфе, Керте симптомлари мусбат. Перитонеал белгилар манфий. Жигар ва талоғи пайпасланмайди. Аускултацияда ичаклар перисталтика шовқини эшитилади. Тахорати регуляр.

Лаборатор текшириш натижалари: Қон тахлили: Нв - 112 г/л; лей- 7,3; эрит-3,5; мон-5, ЭЧТ-10мм/соат. Биокимёвий тахлил: Умумий билирубин- 143,8 мкмол/л,(прям-80,6), умумий оқсил – 67,6 г/л; мочевино-3,6 ммол/л; АЛЪТ-190 ед/л. Сийдик тахлили: патологиясиз.

Инструментал текшириш натижалари: УТТ ҳулосаси: УТК. Ўткир тошли холецистит. Билиар гипертензия, холедохолитиаз белгилари мавжуд. ЭКГ- ҳсс 101та, синусли тахикардия. Чап қоринча гипертрофияси. Миокардда метаболик ўзгаришлар аниқланади.

Ташхис: Ўт тош касаллиги. Ўткир тошли холецистит. Холедохолитиаз.

Асорати: Механик сариқлик.

7-8 соат давомида оғриқ қолдирувчи, дезинтоксикацион каби консерватив муолажалар амалга оширилади. Қорин бўшлиғини назорат ультратовуш текширувига кўра, ўт пуфаги томондан ижобий динамика бўлмаган. Шу туфайли бемордаги консерватив даво самарасизлиги ҳисобга олиб, кейинги босқичда эндоскопик аралашув тақдим этилди. 04.01.19 йилда ЭРПХГ+ ЭПСТ амалиёти

ўтказилди, ҳеч қандай асоратлар кузатилмади. Динамикада беморнинг аҳволи ижобий томонга ўзгарди, сариқлик бартараф этилди.

Беморга ўтказилган амалиётдан оператив муолажа тавсия қилинди ва 06.01.19й. беморда лапароскопик холецистектомия операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги давр асоратларсиз кечди. Динамикада қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви билан қўрилганда, эркин суюқлик ва қорин бўшлиғида инфилтрат аниқланмади. 12.01.19й. бемор қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилди.

4.2. Ўсма этиологияли механик сариқлик синдроми билан касалланган беморларни даволаш натижалари.

4.2.1. Билипанкреатодуоденал соҳанинг нооперабил ўсмалари бўлган беморларни даволаш натижалари.

БПДС ўсмалари бўлган беморлар жуда оғир беморлар гуруҳига кириб, купгина ҳолатларда нооперабел ҳолатда мурожаат қилишади. Касалларнинг 60-80% III-IV стадияда келиб, 1 йиллик яшаш 68% ташкил қилади. Беморларга ташхис қуйилган вақтида 85-90% ҳолатларда радикал операция қилиб бўлмайдиган ҳолатда мурожаат қилишади. Нооперабиллик критерийлари: жигардаги куплаб метастазлар, усманинг катта магистрал томирларга ушиб кириши ва беморларнинг катта ёши ва соматик статуси. Ушбу гуруҳ операция қилинмайдиган БПДС ўсмалари бўлган 23 бемордан иборат эди. Жигар дарвозаси ўсмалари (Клацкин ўсмалари) 7 (30,4%) та; ошқозон ости беши бўши ўсмалари 13 (56,5%)та; катта дуоденал сўрғич ўсмалари 3 (13,1%)та). Ўртача беморларнинг ёши 55-76 ёшда. Билирубиннинг ўртача кўрсаткичлари 320 мкмол/л, сариқлик давомийлиги 2 ҳафтадан 1-1,5 ойгача бўлган беморлар ташкил этади. Бу ҳолатда асосий вазифамиз миниинвазив йул билан ут гипертензиясини бартараф қилишга қаратилади. Барча беморларда Olympus видеодуоденоскопи (канал диаметри 48 мм) ёрдамида эндоскопик ретроградпанкреатохолангиография амалиёти ўтказилди. Амалиёт давомида диаметри 8,5; 10Fr, узунлиги 12 ва 15 смли пластик стентлардан фойдаланилди. БПДС ўсмалари бўлган 23 касалдан 20

та ҳолатда пластик стент ўрнатишга муваффақ бўлинди, 3 та ҳолатда стентлаш амалиётини бажариб бўлмади. Диаметри 10 Fr ва узунлиги 12 см бўлган стентлар ўт йўллариининг дистал қисмига 16 та беморга ўрнатилди, 10,0 Fr ва узунлиги 15 см бўлган стентлар ўт йўллариининг проксимал қисмида жойлашаган усмаларига 4 беморга ўрнатилди. Қолган 3 та касалларда ўсма жойлашган сохадан стентлаш амалиётини ўтказиб бўлмагани сабаб интервенцион радиологик усулда тери оркали жигар оркали холангиография ва декомпрессия амалиёти бажарилди.

Бажарилган амалиётлардан сўнг папиллатом кесмаси 1 ҳолатда кон кетиш кузатилди ва бу ҳолат консерватив усулда бартараф этилди. Бир ҳолатда стент миграцияси кузатилди, ўлим ҳолати кузатилмади. Ретроградпанкреатохолангиография амалиётидан сунг беморларни касалхонада ўртача ётиш куни 6 кунга тенг бўлди. Касалхонадан чиқарилган беморларнинг 2 ойдан сўнг қайта текширувда 18 (90%) та беморларда стент нормал ишлаётгани аниқланди. 2 (10%) та ҳолатда диаметри 8,5 Fr бўлган стентлар обтурацияси аниқланди ва бу ҳолатларда стент фаолияти қайта тикланди.

4.2.2 БПДС ўсма этиологияли механик сариклиги бўлган беморларни даволаш натижаларини муҳокама қилиш.

Ушбу тоифадаги беморларга радикал ва паллиатив жарроҳлик аралашувлар сезиларли техник қийинчиликлар билан боғлиқ. Бу ҳолатда асоратлар ва операциядан кейинги юқори ўлим билан бирга келади. Сўнгги ўн йилликларда операциядан кейинги ўлимнинг ҳам, ҳар қандай жарроҳлик аралашув пайтида юзага келадиган операциядан кейинги ўзига хос ва тизимли асоратлар сонининг пасайиши тенденцияси кузатилмоқда. Бу нафақат мураккаб аралашувларни амалга оширишнинг операцион жиҳатлари, балки даволаш тактикасини такомиллаштириш ва операциядан кейинги беморларни реабилитация қилиш имкониятлари билан ҳам боғлиқ. Операциядан олдин тайёргарлик кўриш учун ҳам, бу беморларда паллиатив даволашнинг якуний усули учун минимал инвазив

даволаш усуллари кенг қўллаш ўлимни ва операциядан кейинги асоратлар сонини камайитиришда муҳим роль ўйнади.

Шундай қилиб умумий ўт йўлини диаметри 8,5; 10,0 Fr ва узунлиги 12 ва 15 смли пластик стентлар БПДС ўсмалари бўлган касалларда қўлланилди. Эндоскопик ретроград йул орқали 87% ҳолатда сариклик бартараф этилди. Қолган 13% ҳолатда ретроград йул билан сарикликни бартараф этишни иложи бўлмади ва бу ҳолатда беморларда антеград усулда ТЖОХС амалиёти ўтказилди. Механик сариклик синдромида дистал жойлашган усмаларида барча ҳолатларда эндоскопик ретроград йул билан сариклик бартараф этилди, булар 13(65%) таси ошқозон ости беши бошча қисми ўсмалари, 3(15%) таси катта дуоденал сўрғич ўсмаларига тугри келади. Механик сариклик синдромида проксимал жойлашган усмаларида (Клацкин) усмаларида 7 бемордан 4 (60%) тасида ретроград усулда декомпрессия қилишга эришилди, фактгина жигар дарвозаси ўсмалари бўлган 3 (40%) та беморда стентлаш амалиёти ижобий яқунланмади ва бу беморларга тери жигар орқали холангиостомия амалиёти бажарилиб сариклик бартараф этилди.

БПДС усмаларида операциясида паллиатив операциялар ҳали ҳам муҳим ўрин тутаяди, улар касалларда кечадиган оғир ҳолатларни сезиларли даражада енгиллаштираяди ва умр кўриш давомийлигини ошираяди. Кўпинча, паллиатив жарроҳликнинг мақсади механик сарикликни бартараф қилиш ва ўтнинг ошқозон-ичак трактига чиқишини таъминлашдир.

Ретроград эндоскопик йўл билан декомпрессия амалиёти бажарилганда организм учун муҳим бўлган микроэлимент ва витаминларга бой ўт суюқлиги ичак бўшлиғига тушиши таминланади. ТЖОХС қилинганда биринчидан косметик ноқулай ва энг асосийси кўп миқдорда ўт суюқлиги йўқотилаяди. Ўт суюқлиги организм учун муҳим аҳамиятга эга. 1 литр ўт суюқлигида 12г/л ўт суюқлиги бўлиб ушбу қимматбаҳо суюқликни йўқотишга ҳаққимиз йўқ. Ичакка тушган ўт суюқлигининг 80 %и энтергепатик йўл орқали жигарга қайтиб боради ва қайта ўт суюқлиги

синтезланади. Шуларни инобатга олиб ўт суюқлигининг ташқарига чиқарилиши оғир ўт суюқлиги етишмовчилиги ривожланишига ва шубҳасиз беморнинг ахволини янада оғирлаштиради.

Ушбу тоифадаги беморларга радикал жарроҳлик аралашувлар, айниқса ўт йўллариининг проксимал соҳа ўсмалари бўлган беморларда сезиларли техник қийинчиликлар билан бирга асоратлар ва операциядан кейин ўлим ҳолатларининг юқори даражада бўлиши билан ажралиб туради. Минимал инвазив эндоскопик ва перкутан рентген эндобилиар технологияларни татбиқ этиш ҳисобига ўт йўлларидаги тўсиқларни тузатиш имкониятлари сезиларли даражада кенгайди, бу эса очик жарроҳлик аралашувлар сонини сезиларли даражада камайтирди.

Шундай қилиб, ўсма этиологияли механик сариқлиги бор бўлган беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилишда минимал инвазив усулларнинг ананавий усулларга нисбатан анча юқори клиник самарадорлиги аниқланди.

Касалликнинг тобора кўпайиб бориши, даволанишнинг қоникарсиз натижалари, анъанавий даволаш усулларида кейин кўплаб асоратлар - буларнинг барчаси бизни ушбу патологияга чалинган беморларни даволашда янги усулларни излашга мажбур қилади. БПДС ўсмаларида резекция даражаси пастлиги, аксарият ҳолларда симптоматик маънога эга бўлган ва беморларни яхши ҳис қиладиган паллиатив аралашувлардан фойдаланишн и деярли муқаррар қилади. Ҳеч шубҳа йўқки, минимал инвазив жарроҳлик механик сариқлик билан касалланган беморларни даволашда кучли тараққиёт воситасидир. Замонавий эндоскопик ва рентгенэндобилиар аралашувлар ут йўллари жарроҳлигида қўлланиладиган тактикани сифат жихатидан ўзгартирди. Муаммони узоқ муддатли ўрганишга қарамай, сариқликнинг дифференциал диагностикаси, операциядан олдинги тайёргарлик, даволашнинг оқилона тактикаси ва турли усулларини танлаш каби масалалар долзарб бўлиб қолмоқда.

Холедохолитиаз билан касалланган беморларда МРПХГнинг информатив қиймати ўт йўлларида обструкция даражасини аниқлашда 100%ни, обструкция хусусиятини аниқлашда эса 97,7%ни ташкил этди. БПДС ўсмалари бўлган беморларда кўрсаткичлар мос равишда 92,3% ва 87,4% ни ташкил этди.

Ҳозирги вақтда операциядан олдинги даврда билиар гипертензияни йўқ қилиш зарурати шубҳасиздир. Бироқ, дренаж усулини танлаш ва унинг давомийлиги, операция муддати мунозарали бўлиб қолмоқда. Бундан ташқари, механик сарикликнинг оғирлигини баҳолаш учун умумий қабул қилинган мезон мавжуд эмас, бу касалликнинг ривожланиш прогнозини баҳолашни жуда қийинлаштиради.

Тадқиқотимиз натижаларини таҳлил қилиш ўсма этиологияли механик сариклик билан касалланган беморларни даволаш борасида муайян ҳулосалар чиқаришга имкон беради, шунингдек баъзи амалий тавсиялар беради.

ХУЛОСА

1. Механик сариклик билан касалланган беморларда операциядан олдин диагностика усулларида оптимал комбинацияси ультратовуш, ЭФГДС, МРХПГ ва МСКТни кетма-кет қўллаш ҳисобланади. Ўт йўллари обструкциясининг даражаси ва хусусиятини аниқлашнинг энг маълумотли усули бу МРХПГ. Шундай қилиб, у инвазив диагностик усуллари (ЭРХПГ ва ТЖОХГ) алмаштириши мумкин.

2. Босқичли жарроҳлик усуллари, шу жумладан биринчи босқичда ЭПСТ+ЛЭ, иккинчисида ЛХЭ ёки МЛХЭ, паст травматик, самарали ва холедохолитиаз билан касалланган беморларни даволашда бир хил даражада муваффақиятли қўлланилиши мумкин.

3. Холецистохоледохолитиаз билан касалланган беморларда ананавий жарроҳлик даволаш усули билан таққослаганда мирилапаротомик усулда бажариладиган операциялар стационар даволаниш муддатини 20,9% га камайтириши мумкин.

4. Билиопанкреатодуоденал зонанинг ўсмаларини даволашда миниинвазив усуллардан ретроград ёки антеград усуллардан фойдаланамиз. Ретроград усулларнинг афзаллиги асорати нисбатан камлиги, стентлаш учун ишлатиладиган материалларнинг арзонлиги, бемор турмуш тарзининг сифати яхшиланиши ва организм учун жуда муҳим булган ут суюқлигининг қайта ичкага тушишини таъминлайдиган бўлса, антеград усулларининг ноқулайлиги амалиёт вақтида асоратлар кўплиги, қўйилган дренажнинг дислокацияси, косметик жихатдан ноқулайлиги ва турмуш тарзининг сифати пасайишидадир.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Агар механик сариқлик билан касалланган беморларда операциядан олдинги даврда ўт йўллариининг обструкцияси даражаси ва хусусиятини аниқлаш учун ультратовуш маълумотга эга бўлмаса, МРХПГ ни танлаш усули деб ҳисоблаш керак.

2. Билиопанкреатодуоденал зонанинг ўсмалари бўлган беморларда тери жигар орқали ўт диверсияси усулларида яқуний паллиатив даволашнинг самарали усуллари сифатида фойдаланиш тавсия этилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Авалиани М.В., Капранов С.А., Василенко Ю.В. и др. Компрессионные билиодигестивные анастомозы с использованием магнитных элементов при паллиативном лечении механической желтухи опухолевой этиологии // Тезисы докладов IV конференции хирургов-гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. Т.1, - С. 75.
2. Андреев А.Л., Учваткин В.Г., Седлецкий В.В. и др. Лечение холедохолитиаза. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке и способы их завершения // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №5. - С. 13- 14.
3. Артемьева Н.Н., Пузань М.В. Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке // Вестник хирургии. - 1996. - № 6. - С. 72- 75.
4. Ахаладзе Г.Г., Насиров Ф.Н., Блюх Ж.Л., Гальперин Э.И. Современные способы инструментальной диагностики механической

желтухи //Тезисы докладов. I Московского международного конгресса хирургов. - Москва,1995.- С. 303- 304.

5. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения //Consilium medicum. - 2003. - №1. - С. 3- 8.

6. Ашрафов А.А., Гадиев СИ. Современные принципы диагностики и хирургического лечения механической желтухи // Тезисы докл. I Московского международного конгресса хирургов. - Москва, 1995. -С . 312-313.

7. Бабышин В.В., Зезин В.П. Хирургия из минилапаротомного доступа //Хирургия. - 1997. - №12. - С. 28- 29.

8. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - М.: Има-пресс.- 1996. - 144 с.

9. Балалыкин А.С, Оноприев А.В., Балалыкин В.А. и др.Эндоскопические принципы лечения сочетанных доброкачественных заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков //Эндоскопическая хирургия. - 1998. - №1. - С 23

10. Басси С, Баттурины Д., Сальвиа Р. и др. Что делать спериампулярными образованиями // Анналы хирургической гепатологии. - 2003.- Т.8,№ 1.- С. 99- 102.

11.П.БахтиозинР.Ф., ДжорджикияР.К., ЧугуновА.Н. и др. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография в диагностике билиарной и панкреатической гипертензии // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998.- Т.3,- № 3.- С.35.

12. Бондаренко В.А., Таранов И.И., Ситников В.Н. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у лиц пожилого и старческого возраста / Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. - Москва. - 2005.Эндоскопическая хирургия. - №1, - С. 96.

13. Борисов А.Е., Мосягин В.Б., Земляной В.П. и др. Использование малоинвазивной хирургии в лечении больных с осложненными формами желчнокаменной болезни // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). - 1998. - Том 3, - № 3. - С. 39- 40.

14. Борисова Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи // Автореферат дис. ... д.м.н. Санкт-Петербург, 1996.

15. Бородач В.А., Бородач А.В., Шкуратова Н.И. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография в диагностике холедохолитиаза // Вестник хирургии. - 2000. - № 6. - С. 20- 24.

16. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктов П.В. и др. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Том 3, № 2. - С. 42- 43.

17. Вахидов А.В., Шамирзаев Б.Н., Струцкий Л.П. и др. Эндоскопическая хирургия - метод альтернативного лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой // Новые технологии в хирургической гепатологии: Материалы 3-й конф. хирургов-гепатологов. - СПб., 1995. - С. 221- 222

18. Вишневский В.А., Шадин И.М., Бруслик В.Г. Профилактика и лечение печеночной недостаточности у больных с механической желтухой // Тезисы докл. I Московского международного конгресса хирургов. - Москва. - 1995. - С. 250- 251.

19. Войновский Е.А., Колаевич М.Е., Манышев В.Г., Стариков В.Л. Комбинированные эндоскопические способы лечения желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (1-ая Российская гастро-энтерологическая неделя). - 1995. - № 3. - С. 52.

20. Гаврилин А.В., Саидов С.С. Чрескожные декомпрессивные вмешательства в лечении больных механической желтухой

опухолевого генеза //Материалы I съезда онкологов стран СНГ. - Москва, 1996. - С. 332 - 333.

21. Гарелик П.В., Цыркунов В.М., Фомин К.А., Бородавко И.Г. Оценка биохимических методов исследования в диагностике синдрома холестаза //Клиническая медицина. - 1991. - №2. - С. 75- 77.

22. Гарипов Р.М. Оптимизация новых технологий малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. - Автореф. дисс.... доктора мед. наук. - Уфа, 1997. - 45 с.

23. Гостищев В.К., Меграбян Р.А., Мисник В.И. Профилактика осложнений при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном соске // Тезисы докл. IV конференции хирургов- гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. - Т.1, - С. 82.

24. Гранов А.М., Тютин Л.А. Современные технологии лучевой диагностики опухолей печени и поджелудочной железы / Материалы научной конференции «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». Санкт- Петербург. - 2005. - С.20.

25. Грязнов В.И., Сивоконь Н.И., Перфильев В.В., Петриченко А.В. Лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). -1998. - Т.3, - №3 . - С. 49- 50.

26. Гринцов А.Г., Хацко В.В., Зубов А.Д. и др. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия в предоперационной подготовке и лечении больных с обтурационной желтухой // Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы 4- й конференции хирургов-гепатологов. - Тула, 1996.-С . 82- 83.

27. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Герасимов Д.В. и др. Лапароскопические операции у больных с холедохолитиазом // Анналы

хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, №3. - С. 49- 50.

28. Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В. и др. Эффективность эндоскопических и чрескожных вмешательств при стриктурах желчных путей /Материалы X Юбилейной международной конференции хирургов гепатологов России и стран СНГ. - Москва. Анналы хирургической гепатологии. - 2003. -Том 8,- № 2.- С . 88- 89.

29. Гульмурадов Т.Г., Саидов С.К., Негматов А.А., Мирзоев А.Ф. Эндоскопическая диагностика и лечение больных холелитиазом, осложненного механической желтухой // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3.-№ 3. -С . 53- 54.

30. Данилов М.В., Глобай В.П., Кустов А.Е. и др. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // Анналы хирургической гепатологии. - 1997. - Т.2, - №1. - С. 110- 116.

31. Демидов Д.А., Соломенцев Я.В., Ивлев В.П. Эндоскопическая парапапиллярная дуоденохоледохотомия как вариант декомпрессии желчных путей при механической желтухе, обусловленной стенозирующей опухолью Vaterова соска// Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №1. - С.

32. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В. и др. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холангитом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2004. - № 3. - С.13- 17.

33. Долгушин Б.И., Патютко Ю.И. Рентгенэндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. - Москва, 1996. - С. 336.

34. Дондеро Ф., Маеда А., Киаманеш Р. Лечение холангиокарциномы // Анналы хирургической гепатологии. - 2003. - Том 8, - № 1. - С. 47- 51.

35. Доскалий Ж.А., Сексенбаев Б.Д., Адылханов С.А. и др. Возможности эндоскопической техники при лечении осложнённых форм желчнокаменной болезни // Тезисы докл. IV конференции хирургов-гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996, - Т.1. - С. 85.
36. Дундаров З.А., Рагунович И.М., Немтин А.З., Горностаев П.В. Малоинвазивные вмешательства при лечении желчнокаменной болезни в сочетании с холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, № 3. - С. 59.
37. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Мешков В.М. К выбору тактики лечения холедохолитиаза // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №6. - С. 51- 52.
38. Емельянов СИ., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. и др. Технические аспекты лапароскопических вмешательств на холедохе // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, №3. - С. 59- 60.
39. Ермаков Е.А. Лечение малоинвазивными методами ЖКБ, осложненной нарушенной непроницаемостью магистральных желчевыводящих протоков. Автореферат дисс.... канд. мед. наук. - Краснодар, 2003.
40. Ермашов А.Г., Заривчацкий М.Ф., Колыванова М.В. и др. Эндоскопические методы в диагностике и лечении заболеваний желчных протоков // Тезисы докл. IV конференции хирургов-гепатологов «Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. Т.1. - С. 86.
41. Ермаков А.С., Жарахович И.А., Гукаян А.А. и др. Отдаленные результаты лечения больных с острым холециститом с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии // Хирургия им Н.И. Пирогова. - 1991. - № 1. - С. 34- 38.

42. Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия им. Н.И. Пирогова.- 2004. -№ 5. - С. 4 - 9.

43. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. - Тула, 2000. - С. 70,74,99,158,169,173.

44. Капранов С.А., Авалиани М.В., Кузнецов В.Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при стриктурах желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии, 1997. Т.2. - № 1. - С. 123-131.

45. Каримов Ш.И. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства как альтернатива традиционному методу лечения больных механической желтухой с высоким операционным риском // Современные проблемы хирургической гепатологии: Тезисы докладов IV конференции хирургов-гепатологов. - Тула, 1996. - Т.1. - С.9- 94.

46. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни // Хирургия. - 2000. - № 10. - С.24- 27.

47. Качанов В.А. Диагностика и малоинвазивное лечение осложненного холедохолитиаза. Автореферат дисс.... канд. мед. наук. - Самара, 2001.

48. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. - М., 2000. - С. 123,171,184.

49. Климов П.Г. Трансхоледоховая папиллосфинктеротомия из минидоступа при стенозе большого дуоденального сосочка // Современные проблемы хирургической гепатологии: Тезисы докладов IV конференции хирургов-гепатологов. - Тула, 1996. Т.1. - С. 93- 94.

50. Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е., Элин А.Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства в хирургическом лечении больных с острым холециститом и холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии (

Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, - №3. - С. 73.

51. Корабельников А.И., Тажиев Е.Б., Хилай В.А. Комбинированные операции и минилапаротомия в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Современные проблемы хирургической гепатологии: Тезисы докл. IV конференции хирургов- гепатологов. - . Тула, 1996. Т.1. -С . 50- 51.

52. Коротков Н.И., Темникова Т.А. ЭРХПГ в диагностике патологии внепеченочных желчевыводящих путей // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии (1- ая Российская гастроэнтерологическая неделя). - 1995. - № 3. - С.120.

53. Корымасов Е.А., Богданов В.Е., Суслин Ю.В. Рентгенэндобилиарные технологии при опухолях гепатобилиопанкреатической зоны Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы: Материалы научной конференции с участием специалистов стран ближнего и дальнего зарубежья 8- 10 июня 2005г. - Санкт- Петербург, 2005. - С.94- 95.

54. Котовский А.Е., Поздеева И.В., Тупикин Л.В. и др. Эндоскопические вмешательства при холедохолитиазе и папиллостенозе // Современные проблемы хирургической гепатологии: Тезисы докладов. IV конференции хирургов- гепатологов. - Тула, 1996. - Т.1. - С. 94.

55. Кочуков В.П., Коняев В.Н. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой // Тезисы докладов I Московского международного конгресса хирургов. - Москва, 1995. - С. 368- 369.

56. Крендаль А.П., Ерамишанцев А.К. Хирургическая эндоскопия в лечении механической желтухи и холангита // Тезисы докладов I Московского международного конгресса хирургов. - Москва, 1995. - С. 259- 261.

57. Кригер А.Г., Майорова Е.В., Череватенко А.М. К вопросу о выборе метода эндоскопического лечения холедохолитиаза // Анналы хирургической

гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, - №3. - С.76- 77.

58. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. - Москва, Медпрактика- М, 2003. - С. 30,109,154,250.

59. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Кочаткова А.В. и соавт. Предоперационная оценка резектабельности рака головки поджелудочной железы при компьютерной томографии / Материалы научной конференции «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». Санкт- Петербург. - 2005. - С.34 - 35.

60. Кузин Н.М., Шкроб О.С., Дадванин С.А. и др. Малоинвазивные технологии в лечении механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, - №3. - С. 77.

61. Кунда М.А. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства при желтухе опухолевой этиологии под санорентгеновским контролем. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 1999.

62. Кунцевич Г.И., Гаврилин А.В., Журенкова Т.В. Оценка состояния сосудистого русла у больных раком поджелудочной железы, по данным дуплексного сканирования и трехмерной реконструкции / Материалы научной конференции «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». Санкт- Петербург. - 2005. - С.35 - 36.

63. Лагода А.Е., Павличенко С.А., Лагода Е.Ф. и др. Эндохирургическое лечение механической желтухи, вызванной холедохолитиазом // Тезисы докл. IV конференции хирургов- гепатологов

«Современные проблемы хирургической гепатологии». - Тула, 1996. Т.1. - С. 97

64. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. Новые подходы к лечению холедохолитиаза / Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. - Москва. - 2005. Эндоскопическая хирургия. - №1. - С. 75.

65. Лобаков А.И., Портной Л.М., Бирюшев В.И. и др. Минимально инвазивные операции на, внепеченочных желчных протоках // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т.7, - № 2. - С. 58- 63.

66. Лотов А.Н., Дадвани С.А., Шкроб О.С. и др. Малоинвазивные технологии при синдроме механической желтухи // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1999. - №2. С. 44 - 49.

67. Лукичев О.Д., Гаврилов В.В., Марийко В.А. 15- летний опыт применения эндохирургических операций при холедохолитиазе // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №6. - С.

68. Лукичев О.Д., Капранов С.А., Кузнецова В.Ф. Чреспеченочные эндобилиарные операции при злокачественных стриктурах желчных протоков // Анналы хирургии. - 2003. - Т. - № 1. - С.

69. Луцевич Э.В., Уханов А.П., Мешков В.М. и др. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №4. - С. 86- 105.

70. Майорова Е.В., Шуркалин Б.К., Горский В.А. и др. Тактика эндоскопического лечения холедохолитиаза // Эндоскопическая хирургия. - 1998. - № 1. - С. 29.

71. Малахова М.Я. Методы биохимической регистрации эндогенной интоксикации // Эфферентная терапия. - 1995. - №1. - С. 61 - 64.

72. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. - Минск, Харвест, 2000. - С. 22,56,66.

73. Мелконян Г.Г. Выбор метода дренирования желчных протоков примеханической желтухе, обусловленной холедохолитиазом. Автореферат дисс. ...канд. мед. наук. - Москва, 2003.

74. Милица Н.Н., Торопов Ю.Д., Кащенко- Боган В.Г. и др. Хирургическое лечение холедохолитиаза и стенозирующего папиллита // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3. - № . - С. 84-85.

77. Мирозоев А.Ф. Эндоскопическая антеградная папиллосфинктеротомия при стенозе большого дуоденального сосочка // Анналы хирургической гепатологии (Тезисы докл. VI международной конференции хирургов- гепатологов стран СНГ). - 1998. - Т.3, - №3. - С. 85.

78. Мовчун А.А., Колосс О.Е., Оппель Т.А. и др. Хирургическое лечение хронического калькулёзного холецистита и его осложнений // Хирургия. - 1998.- № 1.- С . 8- 10.

79. Мосягин В.Б., Карпова Е.А. Лечение холедохолитиаза и механической желтухи с помощью эндовидеохирургии // Эндоскопическая хирургия. - 1998. - № 1. - С. 31.

80. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Селцовский А.П. и др. Эндоскопия желчных протоков // Анналы хирургии. - 1999. - № 2. - С. 46.

81. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. и соавт. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2004. - №5. - С.65- 67.

82. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Якушин В.И. и др. Современные аспекты диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны и лечения больных с этой патологией // Российские медицинские вести. - 2005. Т.Х. - №4. - С. 25- 29.

83. Нестеренко Ю.А., Михайлузов СВ., Бурова В.А. и др. Лечение калькулёзного холецистита и его осложнений // Хирургия им. Н.И Пирогова. - 2003.- № 10.- С. 41 - 44.

84. Нехаев А.Н., Рычагов Г.П., Литвинов СВ. Влияние малоинвазивных технологий на частоту послеоперационных осложнений у больных калькулезным холециститом /Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. - Москва. - 2005. - С. 96.

85. Garcia- Cano Lizcano J., Gonzalez Martin J.A., Perez Sola A. et. al.Success rate of complete extraction of common bile duct stones at first endoscopyattempt // Rev Esp Enferm Dig. - 2002. - Vol. 94, N 6. - P. 340- 350.

86. Garg PK, Tandon RK, Ahuja V. et. al. Predictors of unsuccessfulmechanical lithotripsy and endoscopic clearance of large bile duct stones //Gastrointest Endosc. - 2004. - Vol. 59, N 6. - P. 601- 605.

87. Giorgio P.D., Luca L.D. Comparison of treatment World. Outcomesbetween biliary plastic stent placements with and without endoscopic sphincterotomyfor inoperable malignant common bile duct obstruction // World J Gastroenterol. -2004. - Vol. 10 - 15, N 8. - P. 1212- 1214.

88. Giovannini M., Moutardier V., Pesenti C. et. al. Endoscopic ultrasound-guided bilioduodenal anastomosis: a new technique for biliary drainage // Endoscopy.- 2001. - Vol. 33, N 10. - P. 898- 900.

89. Graham A., Sabharwal T., Adam A. et. al. The use of smarter stents inpatients with biliary obstruction // Clin. Radiol. - 2004. - Vol. 59. N 3. - P. 288- 291.

90. Graham A., Sabharwal T., Adam A. The use of Smarter stents in patientswith biliary obstruction // Clin. Radiol. - 2004. - Vol. 59, N 3. - P. 288- 291.

91. Hakansson K., Ekberg O., Hakansson H.O. MR characteristics of acutechoolangitis // Acta Radiol. - 2002. - Vol. 43, N 2. - P. 175- 179.

92. Han Y.M., Jin G.Y., Lee S.O. et. al. Flared polyurethane-covered self-expandable nitinol stent for malignant biliary obstruction // J. Vase. Interv. Radiol.- 2003.- Vol. 14, N 10. -P . 1291- 1301.

93. Hunerbein M., Stroszczyński C, Ulmer C et. al. Prospective comparison of transcutaneous 3- dimensional US cholangiography, magnetic resonance cholangiography, and direct cholangiography in the evaluation of malignant biliary obstruction // Gastrointest. Endosc. - 2003. - Vol. 58, N 6. - P. 853- 858.