



ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

№4 (88)

2020

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

Илмий-амалий журнал
1999 йилда ташкил этилган

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 1999 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Назирова Ф.Г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Акилов Х.А.	Зуфаров М.М.	Каримов Ш.И.	Собиров Д.М.
Алиев М.М.	Икрамов А.И.	Лигай Р.Е.	Турсунов Б.З.
Алимов А.В.	Исмаилов С.И.	Наврузов С.Н.	Хаджибаев А.М.
Девятков А.В.	Кариев Г.М.	Низамходжаев З.М.	Шадманов А.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Акбаров М.М.	(Ташкент)	Порханов В.А.	(Краснодар)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)	Рамазанов М.Е.	(Алматы)
Ахмедов Ю.М.	(Самарканд)	Ревшвили А.Ш.	(Москва)
Байбеков И.М.	(Ташкент)	Салимов Ш.Т.	(Ташкент)
Баймаханов Б.Б.	(Алматы)	Стилиди И.С.	(Москва)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)	Хакимов М.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)	Ходжиев Д.Ш.	(Нукус)
Готье С.В.	(Москва)	Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Давыдов М.И.	(Москва)	Шарапов Н.У.	(Ташкент)
Ирисметов М.Э.	(Ташкент)	Шевченко Ю.Л.	(Москва)
Назирова Л.А.	(Ташкент)	Эргашев Б.Б.	(Ташкент)

Заведующий редакцией - Алимов А.Б.

УЧРЕДИТЕЛЬ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В.Вахидова»

AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№4 (88) 2020

ASOSIY O'QUV ZALI

UZBEKISTON RESPUBLIKASI
SAQLASH VAZIRLIGI

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Тешаев О.Р., Шагазатова Б.Х., Рузиев У.С., Кудратова Н.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, АССОЦИИРОВАННОГО ОЖИРЕНИЕМ.....4

Абдуллажанов Б.Р., Ибадов Р.А., Садыков Р.А., Рахманов Б.Б.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ.....13

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Салиев С.М.
ОБЗОР ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ И ЛАБРУМА.....21

Мучиашвили О.Р., Матанов Р.М., Алиев Ш.М.
РАЗРАБОТКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....26

ОБМЕН ОПЫТОМ

Эшонов О.Ш.
КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....34

Расулов Ж.Д., Каюмходжаев А.А., Буря Б.П., Гуламов А.Б., Аълоханов Л.Б., Абабакиров Д.М.
ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ УШНОЙ РАКОВИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОРЕБЕРНОГО ХРЯЩА.....38

Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Мардонов Б.А.
ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ.....44

Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Асанов Б.П.
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....53

Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Ешмуратов А.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..58

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Холиков А.М., Шамшиметов Д.Ф.,
 Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Тожинаязаров М.Б., Фозилов Х.Т.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....64

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....68

Джурраев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ.....75

Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б., Носиров М.М.
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....82

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б.
МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....88

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Салиев И.Ф., Назарова Г.К., Захидов А.Б., Мухамедова Н.И.
БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ТРИФОКАЛЬНОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ ЭКТОПИИ ХРУСТАЛИКА У ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МАРФАНА.....92

Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К., Худоёров С.С., Эгамбердиев Д.М.,
 Мирзараимова С.С., Досчанов М.Т., Мадалиев А.А.
ЦЕНТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ.....96

УДК 616.36-008.8-08-06

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Беркинов У.Б. Маткулиев У.И., Асанов Б.П.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Беркинов У.Б. Маткулиев У.И., Асанов Б.П.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Проведен анализ результатов лечения 530 больных с желчнокаменной болезнью, у которых выполнены 778 ретроградных транспапиллярных вмешательств. После этих вмешательств в 40 (5,1%) случаях развились различные осложнения, которые в 3 (0,4%) случаях привели к летальному исходу. Для оценки эффективности внедренных лечебных и профилактических мероприятий при выполнении транспапиллярных вмешательств выбраны 2 этапа деятельности: 1 этап - с 2010 по 2015 годы; 2 этап - с 2015 по 2019 годы. Разработанные мероприятия во 2 этапе деятельности позволили снизить количество осложнений с 6,9% до 3,6%. Среди этих мероприятий, кроме опыта врача, были внедрение МРТ-холангиографии, стентирования общего желчного протока и протока поджелудочной железы, этапное выполнение вмешательства.

Ключевые слова: ретроградные транспапиллярные вмешательства, осложнения.

РЕТРОГРАД ЭНДОБИЛИАР АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КАМАЙТИРИШ ЙУЛЛАРИ

Беркинов У.Б. Маткулиев У.И., Асанов Б.П.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Узбекистон.

778та ретроград транспапилляр амалиётлари бажарилган 530 ўт тош касаллиги билан беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ушбу амалиётлардан кейин 40 (5,1%) ҳолатда турли хил асоратлар ривожланиб улар 3 (0,4%) ҳолатда ўлимга олиб келган. Транспапилляр амалиётларни бажаришда киритилган даволаш ва профилактик тадбирларни самарадорлигини баҳолаш учун фаолият давримизни 2 босқичга бўлдик: 1 босқич - 2010 йилдан 2015 йилгача; 2-босқич - 2015 йилдан 2019 йилгача. Фаолиятнинг 2-босқичида ишлаб чиқилган чора-тадбирлар асоратларни 6,9% дан 3,6% гача камайтиришга имкон берди. Ушбу чора-тадбирлар орасида, шифокорнинг тажрибасидан ташқари, МРТ-холангиографияни киритиш, умумий ўт йўлини ва ошқозон ости беши йўлини стентлаш, амалиётни босқичма-босқич амалга ошириш киради.

Калит сўзлар: ретроград транспапилляр амалиётлар, асоратлар.

WAYS OF REDUCING COMPLICATIONS AFTER RETROGRADE ENDOBILIARY INTERVENTIONS

Berkinov U.B. Matkuliev U.I., Asanov B.P.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

The analysis of the treatment results of 530 patients with gallstone disease, in whom 778 retrograde transpapillary interventions were performed. After these interventions, in 40 (5.1%) cases, various complications developed, which led to death in 3 (0.4%) cases. To assess the effectiveness of the implemented therapeutic and prophylactic measures when performing transpapillary interventions, 2 stages of activity were selected: 1 stage - from 2010 to 2015; 2 stage - from 2015 to 2019. The measures developed in the 2nd stage of activity allowed to reduce the number of complications from 6.9% to 3.6%. Among these measures, in addition to the doctor's experience, were the introduction of MRI-cholangiography, stenting of the common bile duct and pancreatic duct, and staged implementation of the intervention.

Key words: retrograde transpapillary interventions, complications.

Долзарблиги

1968 йилда биринчи марта W.S. McCune томонидан ўтказилган эндоскопик ретроград холангиопанкреатикографиядан (ЭРХПГ) ва 1973 йилда M. Classen, L. Demling (Германия) ва K. Kawai (Япония) томонларидан ўтказилган биринчи эндоскопик папиллосфинктеротомиядан (ЭПСТ) кейин, ушбу турдаги операцияларнинг кенг тарқалиши ва кўпайиб бориши туфайли, транспапилляр амалиётларнинг асоратини олдини олиш муаммоси ҳозирги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Этиб ўтиш керакки, бундай амалиётларни тажрибали мутахассислар бажаришига қарамай, асоратларни тўлиқ олдини олиш имконияти бўлмапти. Дуоденоскоплар ва асбобларнинг янги моделлари жорий қилинишига қарамай, асоратларнинг учраш частотаси барқарор бўлиб 0,8-20% ва ўлим даражаси 1,5-2% ташкил қилиб қолмоқда [1, 10, 11].

Постманипуляцион асоратлар ҳаёт учун хавфли

ҳолатларни, ҳатто, ўлимни, беморлар ногиронлигини, узоқ муддат касалхонада даволанишини ва шу сабабли катта моддий харажатларни келтириб чиқариши юқори бўлганлиги сабабли, улар катта эътиборга эгадир.

Кўпчилик тадқиқотчилар маълумотларига кўра, транспапилляр амалиётларда энг кўп учрайдиган асоратлар бу панкреатит, қон кетиш, ўн икки бармоқли ичакнинг деворини тешилиши, умумий ўт йўлига эндоскоп саватчасини тикилиб қолиши, холангитдир [2, 4, 5, 7].

ЭРХПГ кўзгатадиган панкреатит биринчи ўринда туриб, постманипуляцион асоратлар ичида 0,8 дан 40% гача, одатда 5%, ҳолатларда учрайди [3, 9, 12]. Эндоскопик транспапилляр амалиётлардан кейинги иккинчи энг кўп учрайдиган асорат - папиллотом ярадан қон кетишдир. У 0,6-14,5% ҳолатларда учрайди, ўлим даражаси эса 0,03%ни ташкил қилади [6].

Транспапилляр амалиётларда кам учрайдиган, аммо хавфли асоратларидан бири бу ретродуоденал тешилишдир. Ретродуоденал деворнинг тешилиш улуши, адабиётга кўра, 1,3% ташкил қилиб, ўлим даражаси эса 0,1-18% гача етади [1, 5, 6]. Ретродуоденал тешилиш, кесишни муҳим анатомик белгидан - биринчи кўндаланг бурмадан давом этганда, шунингдек, папиллотомнинг кесма найининг 2/3 қисми умумий ўт йўлида, айниқса, узунасига қатламларни юқори частотали диатермокоагуляция қилиш пайтида жойлашган бўлса кузатилади.

Яна бир асорат тўғрисида алоҳида таъкидлаб ўтишимиз керак - бу кўп нашрларда эндоскопик литоэкстракциянинг асоратлари деб ҳисобланган ва 5-20% ҳолатларда учраб очик жарроҳлик амалиётинини талаб қиладиган умумий ўт йўлига саватча тикилиб қолишидир [3, 4, 8].

Тез учраб турадиган асоратлар гуруҳини холангит яқунлайди. У 1-3% ҳолатларда учраб, жигар ичи абсцессларга ва сепсиснинг ривожланишига олиб келади. Ўт йўлларида бундай яллиғланиш жараёнини ривожланиш сабаблари бу ўт йўллари, айниқса механик сариклик фониди, тўлик тозаланмаслик, эндоскоп ва асбобларга нотўғри ишлов беришдир. Холангитнинг клиник белгилари амалиётдан кейинги дастлабки 24 соат ичида ривожланади [5, 10].

Постманипуляцион асоратларни олдини олиш ва камайтиришнинг асосий йўналишлари бу, хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда, ЭРХПГнинг оқилона усулини ишлаб чиқиш, амалиётдан сўнг беморнинг ҳолатини фаол мониторинг қилиш ва комплекс медикаментоз профилактика киради.

Ишнинг мақсади: постманипуляцион асоратларни, профилактика ва даволаш чораларни жорий этилганлигини ҳисобга олган ҳолда, таҳлил қилишдир.

Материал ва усуллар

Тошкент тиббиёт академиясининг иккинчи клиникасида 2010-2019 йилларда 778 ретроград транспапилляр амалиётларини (папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция, умумий ўт ва ошқозон ости беши йўллари стентлаш, вирсунготомия, миграция қилган стентларни олиб ташлаш) ўтказган 19 ёшдан 79 ёшгача бўлган 530 ўт тош касаллиги билан бемор (157 (29,6%) эркак ва 373 (70,4%) аёл) таҳлил қилинди. Уларнинг 380 (71,6%) тасида касаллик механик сариклик билан асоратланган.

Транспапилляр амалиётларнинг турли асоратларини қиёсий таҳлил қилиш учун биз фаолият давримизни 2 даврга бўлдик: биринчиси (бошланғич) - 2010 йилдан 2015 йилгача (ушбу даврда 359 та

амалиёт бажарилган); иккинчи давр - 2015 йилдан 2019 йилгача (ушбу давр ичида 419 та амалиёт бажарилган). Даврларни ажратишнинг асосий мезони, бу транспапилляр асоратларни камайтиришга қаратилган профилактик ва даволаш чораларини баҳолашдир. Такқосланаётган даврларда механик сариклик бир хил частотада учраган.

Транспапилляр амалиётларни амалга оширишдан олдин беморларга қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовуш текшируви, эзофагогастроуденоскопия, ЭРПХГ, магнит резонанс томографияли (МРТ) холангиография, электрокардиография, кўкрак қафаси рентгенограммаси, умумий қон ва сийдик таҳлиллари, коагулограмма, жигарнинг функционал текширувлари бажарилган.

Транспапилляр амалиётларни амалга ошириш учун инструментал каналини диаметри 4,2 мм тенг бўлган Pentax дуоденоскопи билан фойдаланилган.

МРТ-холангиография асосан иккинчи босқичдаги беморларга General Electric (AQSh)/Optima MR450w ускунасида бажарилган.

Натижалар

778 транспапилляр амалиётлардан кейин постманипуляцион асоратлар 40 (5,1%) ҳолатда кузатилиб, улардан 3 (0,4%) таси ўлимга сабаб бўлган. Постманипуляцион асоратлар сони ва турлари 1 жадвалда келтирилган. Кўриниб турганидек, энг кўп учрайдиган постманипуляцион асорат бу ўткир панкреатитдир. 18 (2,3%) та юзага келган ўткир панкреатит 3(0,4%) та ҳолатда панкреонекрозга олиб келган.

Биринчи даврда постманипуляцион асоратлар сони 25 (6,9%) ни ташкил қилган бўлса, иккинчи даврда улар 15 (3,6%) ҳолатда учраган (2 жадвал).

Шундай қилиб, фаолиятнинг турли даврларида постманипуляцион асоратлар таҳлил этилганда, қон кетиш, ўткир панкреатит, холангит каби асоратларнинг биринчи даврга нисбатан ўртача 2 баробар пасайиши қайд этилди. Салбий динамикага эга бўлган ягона кўрсаткич бу стентнинг умумий ўт йўлига кўчишидир (миграцияси). Бу, биринчи навбатда, ўт йўллари биринчи босқичда стентлаш деярли бажарилмаганлиги ва фаолиятнинг иккинчи даврида унга кўрсатмаларни кенгайтирганимиз билан боғлиқдир. Бир нарсани этиб ўтишимиз керакки, умумий ўт йўлига стент қўйиш тажрибамиз ортгач бундай асоратлар, охириги вақтда, деярли учрамапти.

Фаолиятнинг биринчи даврида юзага келган асоратларни таҳлил қилганда куйидагилар уларга сабабчи бўлган десак бўлади:

- диагностик усулларни юқори маълумот -

Жадвал 1

Постманипуляцион асоратлар сони ва турлари

Турлари	Сони (%)
Қон кетиш	14 (1,8%)
Ўткир панкреатит шу ичида панкреонекроз	18 (2,3%) 3 (0,4%)
12 бармоқли ичакнинг орқа деворини перфорацияси	1 (0,1%)
Холангит	4 (0,5%)
Стентни миграцияси	3 (0,4%)
ЖАМИ	40 (5,1%)

ли аниқлаштирувчи турлари йўқлиги сабабли (МРТ-холангиография) ўт йўллари катта дуоденал сўргич (КДС) ампуласи орқали таҳлилсиз кўп мартаба контрастлаш;

- аспирация тестини ва кейинги профилактика чораларини кўрмасдан канюля ёки папиллотомни меъда ости безининг асосий йўлига тез-тез кириштиш;

- биринчи ва иккинчи даражали қон кетишда асосиз агрессив бўлган инфилтратсион гемостаз ёки қон кетаётган томирларни коагуляцияси каби усулларни ишлатилиш;

- КДС ампуласини бир неча бор муваффақиятсиз канюляция қилиб, кечиктирилган атипик папиллотомия бажариш. Бу эса ўн икки бармоқли ичакнинг КДСни жароҳатига ва шу орқали ўзига ҳос асоратларга олиб келган.

Фаолиятнинг ушбу даврида меъда ости безининг энзиматик фаоллигини камайтириш ва ичакни етарли даражада бўшаштириш учун операциядан олдинги тайёргарлик тўлиқ кўрилмаган. ЭРПХГни албатта бажариш мақсади қўйилгани ҳисобидан, амалиёт давомийлиги ўртача $56 \pm 8,5$ мин ташкил этган. Ундан ташқари папиллотомия кесмаси узунлигининг ошиши билан обструктив сарикликнинг клиник кўринишини бир босқичли ҳал этиш ис-

таги қайд этилган, бу эса ўз навбатида қон кетиш ва холангит каби асоратлар сонини янада ошириб юборган. Ушбу даврда қайт этилган ўлимларни сабабидан бири қон кетиш бўлган бўлса, иккинчисиники - панкреонекроздир.

Иккинчи даврда (2015-2019) постманипуляцион асоратлар сонининг камайишига МРТ-холангиографиянинг клиник амалиётга киритилиши катта ҳисса қўшди, у дуоденоскопия билан биргаликда панкреатобилиар патологияси бўлган беморларни операциядан олдинги ташхислаш учун стандарт алгоритмга айланди. Ушбу турдаги тадқиқотлар учун эндоскопик жарроҳлик даволашни амалга оширишдан олдин куйидаги вазифалар қўйилди:

- ошқозон ости беги, жигар ички ва ташқи ўт йўлларидаги ўзгаришларига ва хусусиятларига баҳо бериш;

- жарроҳлик ишлов бериладиган соҳанининг анатомио-топографик хусусиятларини аниқлаш.

МРТ-холангиографияни амалиётга кенг киритилиши биринчи навбатда диагностик мақсадда бажариладиган ЭРПХГларни бажармасликка ва улар орқали келиб чиқадиган асоратларни камайтиришга олиб келди. Ундан ташқари у орқали амалиётдан аввал бор муаммони аниқлаш имкониятимиз бўлгани учун ўт йўллари кераксиз

Жадвал 2

Турли даврларда постманипуляцион асоратларнинг қиёсий таҳлили

Асоратлар турлари	1 давр	2 давр	ЖАМИ
Қон кетиш	10	4	14
Ўткир панкреатит шу ичида панкреонекроз	12 2	6 1	18 3
12 бармоқли ичакнинг орқа деворини перфорацияси	1	0	1
Холангит	3	1	4
Стентни миграцияси	0	3	3

контраст юбормасликка имкон яратилди. Аммо шуни таъкидлаш керакки, МРТ-холангиография - бу диагностика усулининг мураккаб усули бўлиб, ундаги топилмаларни малакали изохлаш учун махсус шифокорни талаб қилади.

Ушбу усул орқали, биз холедохолитиазга гумон бўлган 5 нафар беморда шишли панкреатит борлигини аниқлаб даво тактикамизни ўзгартириб ижобий натижа олдик.

2015-2019 йилларда биз ўт йўллари стентлаш амалиётига, айниқса уларни кануляция қилишда қийналишлар бўлган ҳолатларда (Бильрот II бўйича меъда резекциясидан сўнг, КДСнинг дивертикул ичи жойлашувида), кўрсатмаларни кенгайтирдик. Ўт йўллари стентлаши 90,7% ҳолларда постманипуляцион панкреатит клиникаси ривожланишининг олдини олишга имкон берди.

Худди шу даврда 8 нафар ўт тош касаллиги ва 3чи даражали папиллостенози бор беморда комплекс даволаш усули жорий этилди ва муваффақиятли яқунланди. Уларга ўт йўллари антеград (тери орқали жигар орқали) усули орқали дренажлаиб 5та беморда баллон ёрдамида кенгайтирилиб бор стеноз бартараф этилди. Қолган 3тасида антеград ўрнатилган катетер орқали контраст юборилиб ретроград усули орқали стеноз бартараф этилди. Уларга кейинчалик муваффақиятли лапароскопик холецистэктомия бажарилди.

Биринчи ва иккинчи даражали папиллотом кесмаларидан қон кетиш бўлганида муносабат ҳам ўзгарган. Бундай ҳолатларда 4,0 мл дицинонни мушак ичига юбориш ва яранинг юқори қирраларини совуқ физиологик эритма билан ювиб 15 минут давомида экспозиция қилиш амалга киритилди. 90% ҳолларда, кутиш тактикаси оқланди ва у амалиётни давом эттиришга имкон берди. Қон кетиш давом етиб КДС соҳасида гемотампонада ҳосил бўлса, шиллик остига вазоконстрикторлар билан инфильтрация қилиш ва ўт йўллари стентлаш ва қон лаҳталари олиб ташлаш амалга оширилган. Ундан ташқари, механик сариклик билан беморларда қон кетишининг олдини олиш учун қон ивиш тизи мидаги ўзгаришларини олдиндан аниқлаб ва улар мавжуд бўлганида амалиётдан олдинги гемостатик терапия бажариш амалиётга киритилди.

Йирингли холангит бўлган беморларда транспилляр амалиётларни бажармасликка ҳаракат

қилдик. Бундай ҳолатларда ўт йўллари антеград усули орқали дренажлаб узоқ муддатли санация бажарганмиз.

Ўткир постманипуляцион панкреатит клиникасида амалиётни 2-кунидан асосий панкреатик йўлини шошилиш стентлаш амалга ошириш йўлга қўйилди. Бу, бизни фикримизча, 5 беморда панкреонекроз ривожланишининг олдини олишга имкон берди. Кечиктириб қўйилган бир беморда постманипуляцион панкреонекроз юзага келиб ўлимга сабаб бўлди.

20% ҳолларда фаол равишда олиб борилган асосий панкреатик каналнинг стентлаши, иккинчи босқичда профилактика чораси бўлиб, ўткир панкреатит сонини 50% гача камайтиришга имкон берди. Охириги вақтда асосий ошқозон ости беги йўлини стентлаш барча асоратлар хавфи юқори бўлган ҳолларда амалга оширилади. Бундай ҳолатлар қуйидагилардир:

- канюля ёки папиллотом асосий ошқозон ости йўлига кириб оғриқ синдроми ривожланиши бўлганда, айниқса, аёлларда, папиллостеноз белгилари бўлганда, КДСнинг дивертик ичида жойлашганда, ЭРХПГ орқали кўзғатилган панкреатитда;

- умумий ўт йўли ва ва меъда ости беги йўли орасидаги тўсиқ юпқа бўлганда.

Катта тошлар мавжуд бўлганда (диаметри 15 дан 30 мм гача) биз амалиётга лапароскопик холецистэктомия бажариш вақтида холедохолитотомия амалиётини киритдик. Амалиёт бажаришдан аввал иложи бўлса папиллосфинктеротомия ва ўт йўллари антеград дренажлаш усуллари амалга оширишга ҳаракат қилганмиз. Ушбу амалиёт 12 беморда муваффақиятли амалга оширилди. Бирон бир марта очик усулга ўтилмаган.

Айтиб ўтишимиз керакки, охириги вақтларда, постманипуляцион асоратларни бартараф қилиш учун ҳеч бир ҳолда очик жарроҳлик талаб қилинмади. Миграцияга учраган стентлар ҳаммаси эндоскопик йўл орқали олиб ташланган.

Хулоса

Фаолият даврларига ҳос бўлган постманипуляцион асоратларнинг таҳлили уларни пасайиш динамикасини кўрсатади. Таҳлилимиз транспилляр амалиётларнинг хавфсизлигини таъминлаш учун профилактика ва даволаш чораларини албатта бажариш лозимлигини кўрсатиб берди.

Адабиёт рўйхати

1. Дерябина Е.А., Братникова Г.И., Васильев А.В. Повышение безопасности лечебных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий у больных с доброкачественными obstructивными заболеваниями желчевыводящих путей // Мед. визуализация. 2010. № 2. С. 73-80.
2. Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Дынько В.Ю., Гольфанд В.В. Эндоскопические чреспиллярные вмешательства в диагностике и лечении больных с заболеваниями органов панкреа-

- тобилиарной зоны. Хирургия. 2015;1:30-34.
3. Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Будзинский С.А., Котиева А.Ю. Стентирование протока поджелудочной железы в лечении острого панкреатита после эндоскопических транспапиллярных вмешательств. *Анналы хирургической гепатологии*. 2014;19(1):17-28.
 4. Anderson M.A., Fisher L., Jain R. et al. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee // *Gastrointest. Endosc.* 2012. Vol. 75, N 3. P. 467-473.
 5. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(8):1781-1788.
 6. Barkay O, Khashab M, Al-Haddad M, Fogel EL. Minimizing complications in pancreaticobiliary endoscopy. *Curr Gastroenterol Rep*. 2009;11(2):134-141.
 7. Colton JB, Curran CC. Quality indicators, including complications, of ERCP in a community setting: a prospective study. *Gastrointest Endosc.* 2009;70(3):457-467.
 8. Complications of ERCP (The Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy). *Gastrointest Endosc.* 2012; 75(3):467-473.
 9. Dumonceau JM, Andriulli A, Deviere J. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*. 2010;42(6):503-515.
 10. Kapral C, Duller C, Wewalka F. Case volume and outcome of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: results of a nationwide Austrian benchmarking project. *Endoscopy*. 2008;40(8):625-630.
 11. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications // *Clin. Endosc.* 2012. Vol. 45. P. 305-312.
 12. Saritas U, Ustundag Y, Baron TH, Turk. J, Saritas U Prevention of post-ERCP pancreatitis. *Gastroenterology*. 2011;22(5):449-463.