

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

***КУРБАНИЯЗОВ З.Б., АРЗИЕВ И.А., ҲАМДАМОВ Б.З.,
ДАВЛАТОВ С.С.***



**ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН
КЕЙИНГИ ЭРТА БИЛИАР АСОРАТЛАРНИНГ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ
МАҚБУЛЛАШТИРИШ**

Монография



Самарқанд - 2021

УЎК: 616-06:616.36-004.7

КБК: 54.13

X 71

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Ҳамдамов Б.З., Давлатов С.С.

Холецистэктомиа операциясидан кейинги эрта билиар асоратларнинг диагностикаси ва даволаш тактикасини мақбуллаштириш [Матн]: монография. Самарқанд: ТИВВИЙОТ КО'ЗГУСИ, 2021. - 120 б.

Тузувчилар:

Курбаниязов З.Б. – Самарқанд давлат медицина институти 1 сон хирургик касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

Арзиев И.А. – Самарқанд давлат медицина институти 1 сон хирургик касалликлар кафедраси ассистенти, т.ф.н.

Ҳамдамов Б.З. – Бухора давлат медицина институти факультет ва госпитал хирургия, урология кафедраси мудири, т.ф.д., доцент.

Давлатов С.С. – Бухора давлат медицина институти факультет ва госпитал хирургия, урология кафедраси доценти, т.ф.н.

Такризчилар:

Сафоев Б.Б. Бухоро давлат тиббиёт институти умумий хирургия кафедраси профессори, т.ф.д.

Карабаев Х.К. Самарқанд давлат тиббиёт институти 2 - сон хирургик касалликлар кафедраси профессори т.ф.д.

Холецистэктомиянинг турли усулларидаан кейинги эрта даврда ривожланган сафро оқиши даражаси, яллиғланиш жараёни босқичлари ҳамда операциянинг бажарилиш муддатлари аниқланган. Сафро оқишининг даражаси унинг сабабларига боғлиқлиги, I- ва II-даражали сафро оқиши сабаби ўт йўлларида “кичик” шикастланишлари, III-даражали сафро оқиши сабаби «катта» шикастланишлар гепатикохоледохнинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилиши эканлиги аниқланган. I- ва II-даражали сафро оқиши билан кузатиладиган “кичик” шикастланишларни замонавий нурли ва эндоскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда аниқлаш, жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш бўйича диагностика ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган, диапневтик, трансдуоденал эндоскопик ва лапароскопик даволаш усулларида юқори самарадорлиги исботланган. Магистрал ўт йўлларида реконструктив операциялар Ру бўйича юқори прецизион гепатикоеюноанастамоз шакллантириш ва Нерр-Сойнаид ҳамда Cattel усулларида фойдаланган ҳолда билиодегистив анастамоз яратишнинг тактик-техник жиҳатлари ишлаб чиқилган.

Монография хирурглар магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт институти талабалари учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-7387-4-4

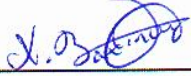
© Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Ҳамдамов Б.З., Давлатов С.С.. 2021-у.

© ТИВВИЙОТ КО'ЗГУСИ, 2021-у.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

«КЕЛИШИЛДИ»

Фан ва илмни ривожлантириш
бўлими бошлиғи, т.ф.д., доцент


Б.О.Худанов
«01» 11 2021 й.

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Фан ва таълим бошқармаси
бошлиғи, т.ф.д., доцент


А.Т. Махмудов
«01» 11 2021 й.

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Давлатов С.С., Ҳамдамов Б.З.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА БИЛИАР АСОРАТЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

(Монография)

«Тасдиқланди»

ЎзР Соғлиқни сақлаш
вазирлиги илмий фаолиятини
мувофиқлаштириш Бўлими

01. 11 2021 й.
№ 811-М/985

Тошкент-2021

МУҚАДДИМА

Ҳозирги кунда дунёда йилига 2,5 млн дан ортиқ холецистэктомия ўтказилади. Миниинвазив операциялар – лапароскопик (ЛХЭ) ёки очик усулда минилапаратом холецистэктомия (МЛХЭ) операциялари жарроҳликда “олтин стандарт”га айланиб бўлган ва бир-бирини изчил равишда тўлдириб боради. Шу билан бирга, ушбу операциялардан кейинги асоратлар учраш даражаси барқарор ошиб бормоқда ва турли муаллифларнинг маълумотларига кўра 1,5-6,8% ни ташкил қилади.

Ўт йўлларидаги аралашувлардан кейин асоратлар орасида етакчи ўринни операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши эгаллайди. Уни мустақил муаммо сифатида кўриб чиқиш лозим, чунки у жуда жиддий оқибатларга олиб келиши ва ҳаёт учун хавfli бўлиши мумкин. Турли усулларда бажарилган холецистэктомиялардан кейин сафро оқшининг учраш даражаси 0,53-6,3% ни ташкил қилади.

Бир қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, билиар тизим касалликларида ҳам анъанавий, ҳам эндоскопик усуллар билан ўтказилган операциялардан кейин энг кўп учрайдиган интраабдоминал асоратларга нафақат ташқи сафро оқиши, балки қорин бўшлиғига сафро оқиши, сафроли перитонит ҳам киради. Адабиётларда холецистэктомия билан боғлиқ бўлган билиар асоратлар муаммосига бағишланган кўп сонли илмий ишлар чоп этилган. Бундай асоратларнинг учраш даражаси бир қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, 1,2 дан 5,1% ни ташкил этади, айрим ҳолларда эса 24,5% гача етади.

Операциядан кейин сафро оқшининг асосий сабаблари “кичик” шикастланишлар – ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, ўт халта ётоғида аберрант ўт йўллари (Люшка йўллари), гепатикохоledохдан дренаж найнинг тушиши бўлганидек, “катта” шикастланишлар – магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари ҳам бўлиши мумкин.

Э.И. Галпериннинг таърифи бўйича сафро оқиши бу - ўт йўлларида ўтказилган операциялардан кейин вужудга келадиган билиар асорат бўлиб, бу ўт йўллари бутунлигининг ўзгариши ҳисобига унинг герметиклигининг бузилиши билан боғлиқ. Шу билан бирга, муаллифларнинг таъкидлашича “катта” шикастланишларга умумий ўт йўли, умумий жигар, жигар бўлаги йўллари кесилиши киради. ЛХЭ да жигардан ташқари ўт йўллари “катта” ва “кичик” шикастланишлар, жигардан ташқари ўт йўллари тангенциал жароҳатланиши (диаметрининг 50% дан кам қисми), ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, майда ўт йўллари шикастланиши (масалан Люшка йўли) нинг 5 хил варианты келтирилган.

Одатда, манбаъсига боғлиқ равишда сафро оқшининг тезлиги ва оғирлиги фарқланади. Сафронинг дренаж бўйлаб оқиши билиар асоратларни эрта диагностика қилишга имкон беради, лекин шу билан бирга, қорин бўшлиғига ҳаттоки кам миқдорда сафро оқиши ҳам оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Қорин бўшлиғидаги асоратларда кечиктириб диагноз қўйиш ҳолатлари клиник белгиларнинг яққол намоён бўлмаганлиги билан боғлиқ. Бу эса, кўпинча, консерватив давонинг чўзилишига, вақтнинг беҳуда йўқотилишига, ҳамда ўлим ҳолатларининг кўпайишига олиб келади. Шу билан бирга, қорин бўшлиғига қўйилган дренаж найдан кам миқдорда сафро оқиши кўпгина ҳолатларда жарроҳларни асосиз лапаротомия ўтказишга ундайди.

Ҳозирда эрта билиар асоратларни даволашнинг энг маъқул йўналиши бу “кичик” шикастланишлардаги сафро оқшини юқори технологияли миниинвазив усулларни қўллаш орқали коррекция қилиш ҳисобланади. Реллапароскопия, эндоскопик трансдуоденал амалиётлар, УТ назорати остида пункция қилиш усуллари ҳар жиҳатдан самарали миниинвазив усуллар бўлиб, анъанавий қайта жарроҳлик операциялари олдида сезиларли даражада устунликка эга. “Катта” шикастланишлар билан боғлиқ бўлган сафро оқиши магистрал ўт йўлларида реконструктив операциялар бажарилишини талаб қилади, даволаш натижалари эса, кўп жиҳатдан жароҳатнинг аниқланган муддатига, ГХ нинг шикастланиш даражаси ва

характерига боғлиқ. Замонавий жарроҳликнинг катта ютуқларига қарамасдан, холецистэктомиядан кейин сафро оқиш муаммоси энг қийин ҳал этиладиган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Айнан ушбу асорат оқибатида жарроҳлик даволаш натижалари қониқарсиз бўлиб, баъзан ўлим ҳолат билан яқунланади. Юқоридагиларнинг барчаси холецистэктомиядан кейин эрта билиар асоратларни ўз вақтида диагностика ва даволаш муаммосини илмий ва амалий жиҳатдан долзарблигини кўрсатади.

Холецистэктомиядан кейин сафро оқшининг патогенезида катта дуоденал сўрғич стриктураси, холедохолитиаз, ўткир панкреатит оқибатида бартараф этилмаган сафро гипертензияси муҳим рол ўйнайди. Тадқиқотлар шундан далолат берадики, сафро оқиш механизми сафро билиар тизимидаги функционал гипертензияга боғлиқ бўлиб, жигардаги яллиғланиш сабабли унинг функциясининг кучайиши натижасида содир бўлади. Шу аснода, холецистэктомияда жигар ўт халта ётоғидаги майда сафро йўллариининг озроқ шикастланиши ҳам қорин бўшлиғига операциядан кейинги даврда кучли сафро оқишига олиб келиши мумкин.

Мазкур муаммо билан шуғулланувчи етакчи клиникалар ўткир ва сурункали калкулёз холецистит туфайли беморларда операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган турли хилдаги холецистэктомияларнинг натижаларини баҳолаб чиқишди. Сафронинг ўт халта чўлтоғидан оқиши қуйидаги ҳолатларда кузатилиши мумкин: клипсанинг жойидан силжиши натижасида келиб чиқадиган чўлтоқ етишмовчилиги, ҳамда холедохнинг терминал қисмидаги ўтказувчанликнинг бузилиши натижасида билиар тизимдаги босимнинг тез ва юқори кўтарилиши ҳисобига бўлиши мумкин. Тўқималарда яллиғланиш ва инфилтрация жараёни бўлганда, шунингдек интраоперацион қон кетиш фонида ўт халта чўлтоғига ишлов беришда клипсанинг нотўғри қўйилиши сафро оқиш асоратига олиб келиши аниқланган. Ўт халта йўли кенгайиб кетганда унга ўлчами тўғри келмайдиган клипсалар қўйилиши ҳам шунга ўхшаш оқибатларга олиб келади. Холецистэктомиядан кейин сафро оқиш механизми билиар йўлларда босим градиентининг

ўзгаришига олиб келувчи катта дуоденал сўрғичнинг фаолияти билан боғлиқ. Ҳаттоки, Фатер сўрғичида патологик ўзгариш аниқланмаганда ҳам, Одди сфинктерининг физиологик таъсири ҳисобига сафронинг ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига тушишдан кўра, ўт йўлларида ташқарига ажралиши енгилроқ бўлишига олиб келади.

Операциядан кейинги перитонит ривожланишининг асосий сабаби сафронинг қорин бўшлиғига эркин ажралиши ҳисобланади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, сафроли перитонитнинг учраш частотаси сурункали холециститларда 0,4% дан 4% гача, ўткир холециститларда эса 10% гача етиши мумкин.

ХЭ дан кейин сафро оқишининг клиник кўриниши қуйидаги омиллар -сафро оқишининг тезлиги; - сафро манбаъсининг чегараланиш даражаси; -сафронинг инфекцияланиш даражаси; - дренаж найнингнинг бор ёки йўқлиги, ҳамда унинг қаерга ажралишига боғлиқ. Агар сафро дренаж ёки троакар киритилган жойлар орқали ташқарига оқса, сафроли оқма, агар қорин бўшлиғига оқса, у ҳолда билома, сафроли асцит, сафроли перитонит ривожланиш эҳтимоли мавжуд.

Қорин бўшлиғига сафро оқишининг эрта диагностикасидаги қийинчиликлар қайта жарроҳлик аралашувнинг кечиктирилиб бажарилишига ва бунинг оқибатида, даволашнинг салбий натижаларига олиб келади. Бошқа томондан, диагноз қўйишнинг мураккаблиги туфайли 0,6-17% беморларда асосиз релапаротомиялар бажарилади. Операциядан кейинги даврда ўтказиладиган интенсив терапия, антибиотиклар ҳамда замонавий оғриқсизлантириш усуллариининг қўлланилиши ривожланадиган асоратнинг клиник кўринишини сезиларли даражада ўзгартириб, қорин бўшлиғидаги ўткир жараён белгиларини йўқотади. Шунинг учун асоратларнинг анаъанавий клиник кўриниши камдан-кам ҳолатларда ва одатда кеч ривожланади, релапаротомиянинг ўтказилиши эса ўлим ҳолатини юқори бўлишига олиб келади. Шунинг учун, салбий натижа гумон қилинганда, актив динамик кузатув бошланиши билан аниқ мақсадга йўналтирилган бир қатор текширишларни ўтказиш зарур.

I - БОБ.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА МУДДАТЛАРДА САФРО ОҚИШИ. ТАШХИС ҚЎЙИШ ВА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ

Сўнгги чорак аср давомида жарроҳликда аҳамиятга молик янги ўзгаришлар жадаллик билан содир бўлди. Кенг доирадаги шифокорлар учун мавжуд янги, юқори самарали миниивазив, эндоскопик технологиялар пайдо бўлиб, жарроҳлик аралашувлар техникаси такомиллаштирилмоқда. Замонавий юқори технологик операцияларни қўллашнинг энг мақбул соҳаси - ўт тош касаллигининг жарроҳлиги ҳисобланади [4;с.73-78, 14;с.90-93, 18;с.362, 36;с.88, 49;р.491-498, 50;с.46-52]. Ҳозирги кунга келиб, бутун дунёда йилига 2,5 млн дан ортиқ холецистэктомия операцияси ўтказилади. Миниинвазив операциялар, яъни лапароскопик (ЛХЭ) ёки очиқ минилапаратом холецистэктомия (МЛХЭ) жарроҳликда “олтин стандарт”га айланган ва бир-бирини изчил равишда тўлдириб боради [9;с.18-21, 12;с.75-77, 16;с.25-26, 35;с.124, 37;с.110-113]. Сўнгги йилларда кузатилаётган холелитиаз сабабли оператив амалиётлар сонининг ортиши ҳам ўт тош касаллиги (ЎТК) билан касалланишнинг ортиши, ҳамда унга ташхис қўйиш усулларининг такомиллашиб бориши билан боғлиқ. Шу билан бирга, қорин бўшлиғи аъзоларида аралашувлар диапазони ва ҳажмининг кенгайиши операциядан кейинги асоратлар даражасининг кўпайишига олиб келди [2;с.7-10, 4;с.73-78, 40;с.55-60, 105;р.188].

Қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, ўт йўллари касалликларида ҳам анъанавий, ҳам эндоскопик усулда ўтказилган операциялардан кейинги энг кўп учрайдиган интраабдоминал асоратларга сафро оқиши ва сафро йиғилишининг юзага келиши киради. Адабиётларда холецистэктомия бажариш билан боғлиқ

бўлган билиар асоратлар муаммосига бағишланган кўп сонли ишлар чоп этилган [13;с.215, 30;с.14-22, 37;с.110-113, 41;с.366-373, 46;с.45-48]. Бундай асоратларнинг даражаси, қатор муаллифларнинг маълумотларига кўра, 1,2 дан 5,1% гача ташкил қилади, баъзи кузатувларда эса 24,5% га етади [13;с.215, 29;с.23-29, 39;с.36-40, 51;с.11-15, 59;с.88-89].

“Очиқ” холецистэктомия ва жигардан ташқари ўт йўлларида ўтказилган операциялардан кейин ривожланадиган асоратлар 0,7-4,6% кузатувларда такрорий оператив амалиётни талаб қилади, лапароскопик холецистэктомиядан (ЛХЭ) кейин асоратлар даражаси 1,0-5,1% ни ташкил қилади [3;с.21, 8;с.50-53, 19;с.46-51, 31;с.39-43, 56;с.121-122].

Билиар асоратлар деганда ўт йўлларининг бутунлиги бузилиши оқибатида уларнинг герметиклигининг йўқолиши тушунилади. Холецистэктомиядан кейин юзага келадиган билиар асоратлар орасида етакчи ўринни сафро оқиши (СО) эгаллайди. Сафро оқиши ўт йўлларида ўтказилган операциялардан кейинги ўзига хос билиар асорат ҳисобланади. Операциядан кейинги эрта даврда қорин бўшлиғидан ташқарига ёки қорин бўшлиғига сафро оқшини мустақил муаммо сифатида кўриб чиқиш лозим, чунки у жуда жиддий оқибатларга олиб келиши ва ҳаёт учун хавfli бўлиши мумкин [9;с.18-21, 12;с.75-77, 14;с.90-93, 66;с.64-67, 121;р.350-356].

Операциядан кейинги эрта даврда сафро оқшининг оқибати сафроли перитонит ёки асцит, дренаж най, ёки жароҳат орқали сафро ажралиши, сафронинг чекланган миқдорда тўпланиши (билома), кечки муддатларда эса – ташқи ёки ички сафроли оқмаларнинг шаклланиши бўлиши мумкин. Билома кўпинча, ўт йўлларининг жароҳати оқибатида билиар тизимдан ташқарида сафро тўпланишини ўзида намоён этади. Билома сафронинг кичик миқдорда, нисбатан узок вақт мобайнида қорин бўшлиғига тушиши натижасида вужудга келади, бу эса псевдокапсула шаклланишига имкон беради. Биломага очиқ холецистэктомиялар бажарилиш даврида таъриф берилган бўлсада, лапароскопик холецистэктомия

кенг тадбиқ қилинганидан сўнг унинг юзага келиш даражаси бирмунча ўсди [47;с.212-215, 52;с.95-100, 55;с.3].

Операциядан кейинги даврда ўтказиладиган интенсив даволаш, антибиотиклар ва замонавий оғриқсизлантириш усуллардан фойдаланиш ривожланаётган асорат манзарасини сезиларли даражада ўзгартиради, ўткир ҳолатларни яширади, қорин бўшлиғида фалокат белгиларини ўчиради. Шу сабабдан, асоратнинг клиник кўриниши камдан-кам ва одатда кеч ривожланади, релапаротомияларнинг бажарилиши ва ўлим ҳолатларининг кўпайиши кузатилади. Шунинг учун, салбий оқибатга бирмунча гумон бўлганда фаол, мақсадга мувофиқ динамик кузатув ва бир қатор текширишларни амалга ошириш зарур [4;с.73-78, 11;с.81-82, 34;с.20-29].

Ю.И. Галлингер ва ҳаммуал. (2002), Д.М. Красилников ва ҳаммуал. (2016), М.Е. Ничитайло ва ҳаммуал. (2012), А.Ц. Буткевич ва ҳаммуал. (2008) нинг фикрича сафро ажратувчи тизимдаги касалликларда ҳам анъанавий, ҳам эндоскопик усулларда ўтказилган операциялардан кейин сафро оқиши ва сафро йиғилишининг юзага келиши 0,9-5,73% ҳолатларда учрайди [13;с.215, 16;с.25-26, 37;с.110-113, 54;с.41-45].

Холецистэктомиядан кейин сафро оқишининг ривожланиш даражаси сабаблари ва хавф омиллари.

Замонавий жарроҳликдаги катта ютуқларга қарамадан, холецистэктомиядан кейин сафро оқиш муаммоси энг қийин ҳал этиладиган муаммо бўлиб қолмоқда. Жарроҳлик усулида даволашнинг салбий натижалари, баъзан эса ўлим билан тугаши айнан шу асоратнинг оқибатлари ҳисобланади.

Сафро йўллариининг шикастланишлари хусусиятлари ва оқибатлари бўйича турли-туман бўлиб, кам миқдорда сафро оқишидан бошлаб, то жигар ичи ўт йўлларида тузатиб бўлмас стриктураларгача бўлиши мумкин [1;с.44-49, 5;с.343, 38;с.3-7, 57;с.156-163,102;с.365-370]. ЛХЭ дан кейин “Катта” ва “кичик” шикастланишлар фарқланади, уларнинг ривожланиш даражаси

кичик шикастланишлар устунлик қилувчи очик жарроҳликдан фарқли равишда деярли бир хил бўлади.

“Катта” шикастланишларга умумий ўт йўли , умумий жигар йўли, жигар бўлаги йўллариининг кесилиши ёки ўт йўли диаметрининг 50% идан ортиқ кесилиши киради. ЛХЭдан кейин юзага келувчи “катта” шикастланишларнинг 5 тури таърифланган [6;с.78-86, 15;с.45-49, 20;с.5-10, 26;с.20, 84;p.83-88, 96;p.1-7].

“Кичик” шикастланишларга жигардан ташқари ўт йўллариининг тангенциал жароҳатланишлари (ГХ диаметрининг 50% дан кам кесилиши), ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, майда ўт йўллариининг шикастланиши (масалан Люшка йўли). [22;с.528, 51;с.11-15, 77;с.585-588, 140;p.165, 152;p.787-802].

Операциядан кейин юзага келадиган сафро оқшининг ҳақиқий даражасини белгилаш қийин, чунки у кўпинча клиник белгиларсиз кечади. Муаллифларнинг фикрига кўра, холецистэктомиядан кейин жигар ости соҳасидаги суюқликни 20-25% беморда аниқлаш мумкин. Аммо, сафронинг клиник жиҳатдан аҳамиятли оқиши 1% дан кам беморларда кузатилади [4;с.73-78, 30;с.14-22, 44;с.129, 92;p.778-784, 119;p.36-40, 143;p.516-522].

Операциядан кейин сафро оқшининг манбалари аберрант йўллар (Люшка йўллари, жигар квадрат бўлаги қўшимча йўли), ўт халта чўлтоғи, жигардан ташқари ўт йўллариининг нуқсонлари, билиобилиар ва билиодигестив анастомозларнинг етишмовчилиги бўлиши мумкин [9;с.18-21, 48;с.46-52, 61;с.257, 65;с.143-146, 150;p.787-802].

У.С. Катанов ва ҳаммуал. (2016) лар операциядан кейинги эрта даврда сафро оқшининг энг кўп учрайдиган сабабини ўт йўллариининг (ўт пуфаги ётоғи йўллари) ва ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги (75,7%) деб ҳисоблашади. Сафронинг ўт халта ётоғи, шунингдек, аберрант сафро йўлларида ажралиши қон томирлардан фарқли равишда қисқармайдиган, ҳамда шикастланиш жойининг тез ёпилишини таъминлай олмайдиган, юзаки жойлашган ўт йўллариининг механик шикастланиши билан боғлиқ. Магистрал ўт

йўлларининг тангенциал шикастланишида шунга ўхшаш ҳолат вужудга келади, сафро оқиш ҳажми эса нуқсоннинг катталигига боғлиқ. Бунда, шошилиш холецистэктомиядан кейин сафро оқиши даражаси режали операцияларга қараганда анча юқори бўлади: ўткир холецистит сабабли ўтказилган холецистэктомиядан кейин – 1,1%, режали холецистэктомиядан кейин эса – 0,48%. Бу бевосита тўқималар инфилтрацияси шароитида анатомик тузилмаларни, шу жумладан, аберрант ўт йўлларининг аниқлашни қийинлаштирувчи жигар тўқимаси диссекцияси билан боғлиқ.

Холецистэктомиядан кейинги сафро оқишининг патогенезида катта дуоденал сўрғич стриктураси, холедохолитиаз, ўткир панкреатит оқибатида бартараф этилмаган сафро гипертензияси муҳим рол ўйнайди [30;с.14-22, 69;с.25-27, 72;с.78-84, 95;р.3-39,128;р.509-511]. Тадқиқотлар шундан далолат берадики, сафро оқиш механизми сафро чиқарув тизимидаги функционал гипертензияга боғлиқ бўлиб, жигардаги яллиғланиш сабабли, унинг функциясининг ортиши натижасида содир бўлади. Шу аснода, холецистэктомия вақтида жигар ўт халта ётоғидаги майда ўт йўлларининг озроқ шикастланиши ҳам қорин бўшлиғига операциядан кейинги даврда кучли сафро оқишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, муаллифлар, режали холецистэктомиядан кейинги биринчи суткада сафро ажралишининг камайишини аниқлашди. Бу вақт ичида жароҳатдаги маҳаллий яллиғланиш реакцияси натижасида шикастланган майда сафро йўллари фибрин билан қопланади ва ўт халта ётоғига ён аъзолар келиб ёпишади, ҳамда жигар ётоғидаги ўт йўллари герметиклиги тикланади. Сафро оқиши бир неча суткадан кейин сафро синтезининг қайта тикланиши билан боғлиқ бўлиб, сафро ажратиш тизимидаги босимнинг ортиши оқибатида вужудга келиши мумкин [7;с.21-23, 42;с.22-31, 71;с.5-10, 131;р.3-39, 147;р.924-925].

Операциядан кейинги асоратлар орасида етакчи ўринлардан бирини магистрал ўт йўлларининг ятроген шикастланиши оқибатида сафро оқиши эгаллайди. Турли холецистэктомиялардан кейин сафро

оқиш даражаси 0,90-5,73% ни ташкил этади [10;с.49-50, 21;с.49-56, 60;с.20, 104;p.2987-2991, 151;p.89-96]. Операциядан кейин сафро оқишининг энг кўп учрайдиган манбаи магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари, ҳамда ўт халта ўрнидаги аберрант жигар-ўт халта йўллари ҳисобланади [17;с.54-57, 27;с.55-61, 53;с.71-76, 97;p.923-932, 134;p.490-499].

Назыров Ф.Г. ва ҳаммуал. (2019)лар кўшимча сафро йўллариининг турли вариантлари кузатилган 29 нафар беморни таҳлил қилиб, аберрант ўт йўллариининг шикастланиши лапароскопик холецистэктомиядаги ятрогениянинг энг кам учрайдиган турига кириб, турли интенсивлик даражасидаги сафро оқиши билан намоён бўлади, бунда 82,8% ҳолатда асорат йўлнинг ҳеч қандай анатом-функционал оқибатларсиз тўсатдан облитерацияси фонида мустақил регрессияланади ва фақат 17,2% беморларда чўлтоқни тикиш, ёки уни Т-симон дренажда қайта тиклаш учун такрорий аралашувни талаб этади деган хулосага келишди [51;с.11-15].

Операциядан кейинги даврда сафро оқиши жигардан ташқаридаги ўт йўлларидаги дренаж найнинг тушиши, ёки улар олиб ташланганидан кейин вужудга келиши мумкин. Турли муаллифларнинг фикрича, операциядан кейинги асоратлар ташқи сафро дренажининг мавжудлиги туфайли 11,8-28,6% кузатувларда учрайди. Шундай қилиб, гепатикохоледохдаги Т-симон дренаж олиб ташланганидан сўнг сафро перитонитининг ривожланиш даражаси 2,5-5,8% ни ташкил этади [24;с.115-116, 45;с.48-52, 86;p.576-583, 107;p.2512-2516, 115;p.303-312].

Лапароскопик холецистэктомия операциядан кейинги асоратларга алоҳида эътибор қаратилади, уларнинг учраш даражаси турли муаллифларнинг маълумотларига кўра 2,1-13,3% ни ташкил қилади [23;с.49-56, 43;с.59, 153;p.61-67]. Сафро оқишнинг улуши 0,5-1,05% кузатувларга тўғри келади [58;с.69-74, 94;p.89-94, 137;p.73-80], жигардан ташқари ўт йўллариининг шикастланиши каби

дахшатли асорат ЛХЭ да, “очик” холецистэктомияларга қараганда 5-10 марта кўпроқ учрайди [25;с.94-100, 68;с.203-207, 118;p.554-555].

Холецистэктомиянинг лапароскопик усулининг тадбиқ қилиниши ўт йўлларида шикастланишлар характерининг ўзгаришига ва жароҳатларнинг маълум механизмлари билан бир қаторда (кесилиш, нуқсонли кесилиши), даволашда бирмунча бошқача ёндашувларни талаб қилувчи ўт йўллари деворининг диатермик шикастланишлари пайдо бўлишига олиб келди [67;с.44-49, 75;с.80-87, 145;p.63-69].

А.А. Соколов ва ҳаммуал. (2009) лар 4856 нафар операция қилинган беморлар маълумотларини келтириб, операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши аниқланган, ўткир ва сурункали калкулёз холецистит билан касалланган беморларда холецистэктомиянинг турли усуллари натижаларини баҳолашди. Ўт халта чўлтоғидан сафро келиш сабаблари клипса силжиши оқибатида унинг етишмовчилиги, ҳамда холедох терминал қисмининг ўтказувчанлиги бузилиши оқибатида ўт йўлларидаги босимнинг тез ва сезиларли даражада ошиб кетиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Тўқималар яллиғланиши ва инфильтрация жараёнида, шунингдек, интраоперацион қон кетиш фонида ўт халта чўлтоғига ишлов бериш вақтида клипсанинг нотўғри қўйилиши сафро оқиш асоратига олиб келиши мумкин. Ўт халта йўли кенгайишида ўлчами мос бўлмаган клипсаларнинг қўйилиши ҳам шунга ўхшаш оқибатларга олиб келиши мумкин. Холецистэктомиядан кейин сафро оқиш механизми сафро чиқарув йўлларида босим градиентининг ўзгаришига олиб келувчи, катта дуаденал сўрғичнинг фаолияти билан боғлиқ. Ҳатто Фатер сўрғичи томонидан патология аниқланмаганда ҳам, Одди сфинктерининг физиологик хусусияти сафронинг ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига тушишидан кўра ўт йўлларида ташқарига ажралиши осон бўлишига олиб келади.[65;с.143-146, 124;p.61-67].

Операциядан кейинги перитонит ривожланишининг асосий сабаби қорин бўшлиғига сафронинг эркин оқиши ҳисобланади.

Бунда кўзгатувчи омил бартараф қилинмаган билиар гипертензияси ҳисобланади, бунинг сабаби эса, катта дуоденал сўрғичнинг (КДС) ёки ўт йўллариининг торайиши, холедохолитиаз бўлиши мумкин. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, сафроли перитонитнинг ривожланиш даражаси сурункали холециститларда 0,4% дан 4% гача бўлса, ўткир холециститда эса бу кўрсаткич 10% га етади ва сезиларли даражада фарқ қилади [28;с.120-123, 64;с.67-69, 112;p.1-12].

Анъанавий ва эндоскопик усулда ўтказилган холецистэктомиялардан кейин сафро оқиши кўринишидаги асоратлар ривожланишининг даражаси қуйидаги тарзда тақсимланади: 1) сафро оқиши ва сафронинг йиғилиши (билома) шаклланиши - 0,9-5,73% [32;с.20-27]; 2) дренаж бўйлаб ташқарига сафро оқиши (сафроли оқма) - 1,8-4,6% [63;с.56-58]; 3) сафроли перитонит - 0,3-1,32%) [78;с.571-574].

Муаллифлар жарроҳларни ўт йўллариини шикастлаш эҳтимолидан огоҳлантиради ва R.Martin эт R.Rossi [85;p.1-10] таснифи бўйича бу асоратнинг хавф омилларини келтириб ўтишади: хавфли анатомия, хавфли патологик ўзгаришлар ва хавфли жарроҳлик (етарли бўлмаган экспозиция, ўт халта тракциясининг нотўғри бажарилиши, электрокоагуляция туфайли шикастланишлар ва ҳоказолар).

Хавфли анатомия:

- ЖТЎЙ ривожланишининг анатомик турлари ва аномалиялари
- жигар дарвозасидаги ёғ тўқималар.

Хавфли патологик ўзгаришлар:

- ўткир холецистит
- ўткир холециститнинг хуружининг босилиши
- склероатрофик ўт халта
- Мириззи синдроми
- жигар ўсималари ва кисталари
- жигар циррози
- панкреатит ва ошқозон ости безининг ўсмалари

- ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги.

Хавфли жарроҳлик:

- нотўғри тракция
- маҳаллий қон кетиши ёки сафро оқиши
- ўт халта мобилизациясининг нотўғри кетма-кетлиги
- иссиқлик ва лазер шикастланишлари
- операция техникасининг ўрганиш ва ўзлаштириш босқичи
- холангиография ва холедохотомия.

Шундай қилиб, Н.А. Кузнецов ва ҳаммуал. (2011)ларнинг маълумотларига кўра, бундай хавфли асоратлар ривожланишининг асосий сабаблари операция соҳасида мануал ревизия қилишнинг имкони йўқлиги, уни бажарилишида умумий қоидаларининг бузилиши, анъанавий лапаротомияга ўтишни асоссиз равишда рад этиш ҳисобланади. Ўт йўлларида интраоперацион шикастланишларнинг даражаси ва оғирлигига жарроҳнинг тактик хатолари, биринчи навбатда, операция учун кўрсатмаларни нотўғри аниқлаш таъсир қилади. Аксарият муаллифлар ЛХЭ да ўт йўллариининг шикастланиш хавфи юқори бўлиши ўзлаштириш босқичида, бундай асоратларнинг 70-80% и 10-15 тадан кам операция тажрибасига эга жарроҳларга тўғри келади деб ҳисоблашади. “Ўрганиш эгри чизиқлари” билан боғлиқ бўлмаган, учинчи минг йиллик бошида ўт йўллари жароҳатлари даражасининг ўсиши билан тасдиқланадиган тескари фикр ҳам мавжуд [38;с.3-7, 74;с.12-15, 117;p.480-487].

Э.И. Галперин (2011) холецистэктомия вақтида ўт йўллариининг шикастланиш хавфи ҳамда унинг олдини олиш усулларига эътибор қаратади. Муаллиф холецистэктомия вақтида қийинчиликлар вужудга келганида биринчи навбатда жароҳатни кенгайтириш, ҳамда қисқични кўр-кўрона қўйилишига йўл қўймасдан, умумий ўт йўлини аниқ белгилаб олиш ҳисобига яхши экспозицияга эришишни тавсия қилади [22;с.528].

Ф.Г. Назыров (2018) нинг фикрига кўра, ўт йўлларида бажариладиган операциялардаги каби хавф кўплаб кутилмаган

ҳолатлар билан боғлиқ бошқа операцияларда бўлмаса керак [49;с.491-498]. Жарроҳнинг техник хатоси ва бир дақиқага эътиборсизлиги беморга умрининг охиригача бартараф этиб бўлмайдиган зарар етказиш мумкин. Бироқ, қатор техник ва тактик қоидаларга қатъий риоя қилинса, аксарият хатоликларнинг олдини олиш мумкин [40;с.55-60, 51;с.11-15, 73;с.112-114, 144;с.284-292]. Қўшимча тарзда, муаллифлар, ХЭ да ўт йўллариининг шикастланиш хавф омиллари бу умумий ва маҳаллий хавф омиллари ҳисобланади деб ҳисоблашади. Умумий хавф омилларига: 1) жарроҳнинг ўрганишидаги камчиликлар, тажрибаси, Кало учбурчагида манипуляция бажараётганида жарроҳ томонидан эҳтиётсизлик; 2) носоз мослама ёки ундан нотўғри фойдаланиш; 3) операция вақтида кўрсатма бўлганда холангиографияни бажаришдан асоссиз бош тортиш ёки унинг натижаларини нотўғри баҳолаш киради. Маҳаллий хавф омиллари: а) мураккаб анатомия, биринчи ўринда, ўт йўллари аномалиялари; б) сурункали яллиғланишлар билан тўқималарнинг зич шиши (инфилтрат); с) оператив аралашув соҳасида ёғ тўқимасининг кўп тўпланиши; д) ривожланган ўткир яллиғланишлар (панкреатит, холангит, эмпиема) ҳисобланади [16;с.25-26, 17;с.54-57, 50;с.46-52, 136;с.474-480].

Сафро оқиши ривожланиши нафақат операциянинг техник нуқсонлари (ўт халтани ўрnidан жароҳат бериб ажратиш, клипслаш, ўт халта йўлини боғлашдаги) билан, балки холедохолитиаз туфайли келиб чиққан сафро гипертензиясининг бартараф қилинмаслиги, катта дуоденал сўрғичнинг (КДС) стенози ёки аденомаси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу кузатувларда сафро оқиши операциядан кейин яқин соатларда эмас, балки 12-24 соат ўтганидан кейин вужудга келади [61;с.257]. Шундай қилиб, Д.М. Красилников ва ҳаммуал. (2016) лигатура ёки клипсаларнинг жойидан қўзғалишига олиб келувчи сафро гипертензиясининг оқибати, яъни холецистэктомиядан кейин сафро оқшининг сабабини 4 ҳолатда кузатишди [37;с.110-113].

Кўплаб муаллифлар [25;с.94-100, 67;с.44-49, 98;с.1393-1398] сафро оқишининг сабаби операция вақтида ўт йўллари кесилиши ҳисобланади, улар қисқаради ва операция вақтида сафро оқиши кузатилмайди деган фикрда. Операциядан кейин 1-2 сутка ўтиб, сафро ажралиши пайдо бўлади ва у ўт халта ётоғидан қорин бўшлиғига қуйилишни бошлайди [62;с.34-37].

Сафро оқишининг сабаби ва манбаъини текшириш комплекс ёндашувни талаб этади ва касалликнинг клиник намоён бўлиши, ҳамда қўшимча текшириш усуллари маълумотларига асосланади.

Холецистэктомиядан кейинги сафро оқишининг таснифи ва диагностикаси.

Жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишларининг характери S.M. Strasberg – Н. Bismuth (1995) таснифида жуда аниқ акс этган бўлиб, 5 турга ажратилади [144;с.284-292]:

А тур. Ўт халта ўрнидаги майда ўт йўллари (Люшко йўли), ўт халта йўлидан сафро оқиши.

Б тур. Умумий ўт йўлнинг қисман ёки тўлиқ окклюзияси (клипслайш). Шикастланишнинг бундай турида кўпинча ўнг бўлакнинг қўшимча йўли ҳам шикастланади.

С тур. Қўшимча бўйлама йўлларнинг биридан сафро оқиши. Кўпинча ўнг аберрант ўт йўлининг кесишилиши.

Д тур. Ўт йўлларининг ён (девор олди) шикастланиши. Бўлақлар йўллари, умумий жигар йўли (УЖЙ) ёки умумий ўт йўлининг (УЎЙ) шикастланиши.

Е-тур. УЖЙ ёки УЎЙ соҳасининг тўлиқ кесилиши ёки нуқсонли кесилиши.

Э1. УЖЙ чўлтоғининг 2 см дан ортиғи сақланиши билан пастки шикастланиш.

Е2. УЖЙ чўлтоғининг 2 см дан кам- шикастланишнинг ўрта даражаси Е3. Юқори (конфлюенс) шикастланиш, бўлақлар бўйлама йўллари кўшилиши сақланади.

Е4. 3-турдан фарқли равишда конfluence бузилган, бўйлама йўллар ажралган.

Е5. Е1 ва Е4 да келтирилган вариантлардан бири билан жигар ва ўнг абберант ёки бўйлама йўлларнинг комбинацияли шикастланиши.

Амстердам шаҳар (1996) Академик тиббиёт марказида ишлаб чиқилган тасниф кенг тарқалган, унга кўра шикастланиш характери билан бир қаторда, бирламчи шикастланиш даражаси ҳам эътиборга олинган бунга кўра шикастланишларнинг 4 тури ажратилди:

А тур – ўт халта йўли ёки периферик жигар тармоқларидан сафро оқиши.

Б тур – бирга кечувчи сафро стриктуралари билан ёки уларсиз (УЖЙ дан ёки жигар ўнг бўлаги йўли жигардан ташқари сегментар абберант тармоғидан) сафро оқиши билан ўт йўлларининг катта шикастланиши

С тур – сафро оқиши кузатилмай УЎЙ ўтказувчанлигининг бузилиши.

Д тур – парциал кесилиши билан ёки усиз УЎЙ нинг тўлиқ кесилиши.

Э.И. Галперин ва ҳаммуал. (2003) лар томонидан кўриниши ўзгартирилган таснифи даволашнинг кейинги жарроҳлик тактикасига йўналтирилган:

А. Сафро йўлларининг эрта “янги” шикастланишлари.

І. Шикастланиш оғирлиги ва сафро оқиш характери бўйича.

А тур – ўт халта йўлидан ёки периферик жигар тармоқларидан сафро оқиши.

Б тур – бирга кечувчи сафро стриктуралари билан ёки уларсиз (УЖЙ дан ёки жигар ўнг бўлаги йўли жигардан ташқари сегментар абберант тармоғидан) сафро оқиши билан ўт йўлларининг катта шикастланиши.

С тур УЖЙ ва жигар йўлларининг боғланиши ёки клипсланиши туфайли ўтказмаслиги.

Д тур – парциал кесиб олиш билан ёки у сиз УЖЙ тўлик нуқсонли кесилиши.

Е тур – ташқарига ва қорин бўшлиғига (перитонит) сафро ажралиши билан УЖЙ шикастланиши.

II. Шикастланишни аниқлаш вақти бўйича.

а) Операция вақтида аниқланган шикастланишлар.

б) Операциядан кейинги даврда аниқланган шикастланишлар.

Б. ўт йўллари стриктураларини операциядан кейинги чандиқларини таснифланиши.

Мазкур таснифлашда “янги” шикастланишлар ва уларнинг оқибатлари чекланади, топограф – анатомик белгилар бўйича тузилади, шикастланишлар характери акс эттирилади, бу охиروқибат даволаш тактикасини аниқлайди [22;с.528, 125;р.29-43].

ХЭ дан кейин сафро оқшининг клиник манзараси қуйидаги омилларга боғлиқ: 1. Сафро оқшининг тезлиги. 2. Сафро оқиш манбаининг чекланганлик даражаси. 3. Сафронинг инфекцияланиш даражаси. 4. Дренажнинг бор ёки йўқлиги . Сафро оқшининг клиник кўринишлари қаерга оқишига боғлиқ. Агар сафро дренаж ёки троакарлар киритилган нуқтадан ташқарига чиқса, унда сафро тешиги шаклланиши мумкин; агар ичкарига оқса, унда билома, сафро асцити, сафроли перитонит ривожланиш эҳтимоли мавжуд [47;с.212-215, 83;с.72-76].

ЛХЭ дан сўнг, жигар ости соҳасининг дренажланиши операциядан кейинги сафро оқиши кўринишидаги асоратни эрта диагностика қилишга шароит яратади [73;с.112-114].

Энг мураккаб ва қийин ҳолатлар сафронинг қорин бўшлиғига оқиши диагностика қилинганда вужудга келади [123;с.699-707]. Агар сафро эркин қорин бўшлиғига дренаж йўқлиги ёки унинг нотўғри дренажлаши оқибатида оқаётган бўлса холеперитонеумнинг клиникаси кам ривожланади ва операция соҳасидан ташқарида сезилмас оғриқ, ноаниқ перитонеал белгилар, субфебрил ҳарорат пайдо бўлишидан иборат бўлади. Бундан ташқари, баъзи муаллифлар дренажнинг ўтказувчанлиги

бузилишидан дарак берувчи белги, ажраладиган сафронинг тўсатдан тўхташи ёки сезиладиган даражада камайиши ҳисобланади [76;с.41-49].

L. Morgenstern (2006) таснифлаши бўйича сафро оқшининг уч оғирлик даражаси фаркланади: 1. Оққан сафро миқдори суткада 100 мл дан ошмайди. Одатда бундай сафро оқшининг манбаи – ўт халта ётоғи ёки магистрал йўлларнинг кичик нуқсони (ўт халта йўлининг тўлиқ клипсланмаслиги, УЖЙ тангенциал шикастланиши). 2. Сафро миқдори суткада 100 – 500 мл ни ташкил этади. Кўпинча сафро ажралишининг бундай тезлиги ўт халта чўлтоғининг етишмовчилигида ёки жигар бўлаги йўлининг шикастланишида кузатилади. 3. Сафро миқдори суткада 500 мл дан ортиқ. Бундай сафро оқиши магистрал ўт йўлининг кесилишидан дарак беради. Албатта бундай чеклов шартли ҳисобланади, бунинг устига, миқдор характеристикаларидан ташқари, вақт омилини ҳам эътиборга олиш лозим – ЛХЭ дан кейин қайси суткада сафронинг бундай миқдори ажралади. Келтирилган рақамлар операциядан кейинги биринчи-иккинчи суткаларга тегишли [129;р.432-438].

А.Г. Бебуришвили ва ҳаммуал. (2009) билиар тизимда ўтказилган операциядан кейин 97 нафар беморда сафро оқшини аниқлашган. Оғриқ синдромининг интенсивлиги ва сафро оқшининг ривожланиши ўртасида боғлиқлик аниқланмаган. Эркин бўшлиққа дренаж бўйлаб сафро ажралиши каби етакчи белги аниқ намоён бўлмади. Муаллифлар томонидан 75% кузатувларда операциядан кейин биринчи соатларда дренаж бўйича ажралиш кузатилган. Шунингдек, муаллифлар томонидан жигар ости абцессининг пункциясидан кейин 12 чи -суткада ва дренаж олинганидан кейин 22 чи -суткада сафро оқшининг кеч ривожланиши кузатилган [9;с.18-21].

Шуни айтиб ўтиш лозимки, муаллифлар сафро оқиш тезлиги унинг манбаига боғлиқлигини аниқлашган. Сафро оқшининг паст тезлиги нафақат ўт халта ётоғидаги манбага, балки кўшимча ўт йўллари, холедохдаги чоклар етишмовчилиги, ўт халта чўлтоғи,

жигар ичидаги ўт йўллари шикастланиши учун хос. Кўп миқдорда сафро оқиши билиодигестив анастомоздаги чокларидан, холедохдаги чокларнинг етишмовчилиги ёки Кера дренажи олиб ташлангандан кейинги гепатикохоледох нуқсонидан кузатилди [80;с.87-90, 81;с.300-305]. Сафро оқиши давомийлиги турли муддатларда 2 дан 15 суткагача ҳамда сафро оқиш манбаи ҳамда даволаш чораларининг характериغا боғлиқ бўлди.

Сафро оқиш манбаини текшириш, такрорий амалиётга кўрсатмаларни аниқлаш, ҳам бу асоратни коррекция қилиш усулини танлашга турли-туман, баъзан қарама-қарши ёндашувлар мавжуд [6;с.78-86, 50;с.46-52, 72;с.78-84, 137;с.73-80].

Ўт йўлларида шикастланишлар жарроҳлигида уларга ўз вақтида диагноз қўйиш алоҳида муҳим аҳамиятга эга [36;с.88]. Шундай қилиб Э. И. Галперин ва ҳаммуал. [23;с.49-56], жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишларнинг интра- ва операциядан кейинги диагностикасига муҳим аҳамият беришди.

ЖТЎЙ нинг лапароскопик интраоперацион шикастланиш белгилари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Сафро оқиш манбаи ноаниқ бўлганида операция майдони соҳасида сафро пайдо бўлиши;
2. Ўт халта “бўйинчаси” соҳасида қўшимча найли тузилмалар (2 тадан ортиқ) пайдо бўлиши;
3. Операция якунида ўт халтасининг тахмин қилинаётган чўлтоғининг кенгайиши;
4. Интраоперацион холангиография маълумотларига кўра ўт йўллари бутунлигининг бузилиши.

Сафро оқшининг операциядан кейинги диагностикаси клиник маълумотларга ҳамда қўшимча текшириш усулларнинг натижаларига асосланади [78;с.571-574].

Операциядан кейинги сафро оқшининг яширин клиник белгилари инструментал усуллардан фойдаланиш заруриятини аниқлайди. Асоратларга диагноз қўйиш учун энг катта аҳамият

ултрасонография [11;с.81-82] ва лапароскопияга [51;с.11-15] берилади.

Ҳозирги кунда операциядан кейинги сафро оқишини текшириш учун ултратовушли тадқиқот (УТТ) муваффақиятли қўлланилмоқда. Бу бевосита операция соҳасига кўшни аъзоларнинг ҳолати, қорин бўшлиғида турли суюқликлар йиғилиши мавжудлиги тўғрисида зарур ахборотни тез олиш, патологик жараён ўзгаришини баҳолаш имконини берувчи, бемор учун хавфсиз усул [9;с.18-21, 48;с.46-52, 71;с.5-10, 117;р.480-487].

Кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра, УТТ қорин бўшлиғида суюқликли ҳосилаларини диагностикасида энг ишончли усул ҳисобланади ва сафро оқишида тўғри жарроҳлик тактикасини танлашга шароит яратади [73;с.112-114], унинг аниқлиги 57-96%, таъсирчанлиги - 91,5% ни ташкил қилади [36;с.88, 42;с.22-31].

С.А. Быстров ва ҳаммуал. (2012), С.А. Колесников ва ҳаммуал. (2015) маълумотларига кўра, операциядан кейинги перитонитга диагноз қўйишда УТТ ахборотлилиги 88,7-90,1% ни ташкил этади [14;90-93, 31;с.39-43].

Қатор муаллифларнинг фикрича, операциядан кейинги сафроли перитонитда ва қорин бўшлиғидаги суюқлик сақловчи шишларда диагностик аниқлиги 82 – 100% ни ташкил этадиган компьютер томографияси УТТ олдида баъзи устунликларга эга [17;с.54-57, 29;с.23-29, 48;с.46-52, 114;р.14437-14440].

Гарчи КТ, УТТ га қараганда кўпроқ объектив характерга эга бўлиб, натижалари шифокорнинг субъектив баҳосига кам боғлиқ бўлсада, бу иккала метод ҳам умумий камчиликларга эга: - аниқланган суюқликнинг сифат таркибига нисбатан ихтисослашмаган; - суюқлик оқишининг манбаини аниқлаш имконини бермайди; - сафро оқиши давом этаяптими ёки йўқ деган саволга жавоб бермайди. Бу усулларнинг асосий устунлиги – ноинвазивлиги ҳисобланади, лекин якуний диагноз қўйиш учун қўшимча жараён – УТТ ёки КТ назорати остида суюқлик тўпланган жойни тери орқали пункция қилишни талаб этади. Диагностик

пункция суюқликнинг сифат таркибини аниқлаш, баъзи ҳолатларда эса бўшлиқнинг даволаш учун дренажлаш ўтказиш имконини беради [9;с.18-21].

Сўнгги вақтларда сафро оқишига диагноз қўйиш учун магнит-резонанс холангиография қўллашга тобора кўп эътибор берилмоқда. Тадқиқот ноинвазив бўлиб, нафақат сафронинг чегараланган миқдорда мавжудлигини аниқлаш, балки шунингдек манбанинг жойлашуви ва ўлчамларини баҳолаш имконини беради. усулнинг таъсирчанлиги 94-97,8% ни ташкил қилади [37;с.110-113, 41;с.366-373, 82;с.19-24, 139;с.22-28].

Операциядан кейинги сафро оқишини диагностика ва даволашда сезиларли ривожланиш эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (РПХГ) ни кенг амалиётга тадбиқ қилиниши билан боғлиқ. Холедох санациясини,ўт йўлларининг ўтказувчанлиги қайта тиклашга йўналтирилган эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва қатор даволашлар транспапилляр аралашувлар эса бу патологияни даволаш натижаларини анча яхшилаш имконини беради [19;с.46-51, 43;с.59, 52;с.95-100, 127;p.254-260].

Ҳозирги вақтда диагностик лапароскопия операциядан кейинги аксарият асоратларни аниқлашда энг кенг тарқалган усул ҳисобланади [6;с.78-86, 48;с.46-52, 77;с.585-588, 89;p.68-75, 103;p.829-832]. Анъанавий, ҳам миниинвазив аралашувлардан кейин эрта даврда эндовидеохирургик усулларни қўллаш имкониятига бугун ҳеч қандай шубҳа йўқ [6;с.78-86, 38;с.3-7, 49;с.491-498, 93;p.855-864]. Диагностика усули сифатида лапароскопиянинг муҳим устунлиги бир вақтнинг ўзида даволаш ва санация ўтказиш имкониятини бериш ҳисобланади.

Холецистэктомиядан кейин сафро оқишини даволаш принциплари.

“Кичик” шикастланишларни даволаш принциплари.

Сафро оқишида даволаш чоралари кўпинча диагностика босқичининг бевосита давоми ҳисобланади [90;p.17-25]. Шу

сабабдан даволашга бир нечта турли ёндашувлар таклиф қилинган: жарроҳлик, тери орқали, жигар орқали, эндоскопик ёки уларнинг уйғунлиги [109;р.4097-4104]. Э.И. Галперин ва ҳаммуал. [18;с.362] ўз қўлланмаларида сафро оқишини даволашнинг қуйидаги усуллари келтиришади: 1) эндоскопик трансдуоденал назобилиар дренажлаш; 2) жигар орқали дренажлаш; 3) лапаротомия ва 4) релапаротомия. Усулнинг танланиши сафро оқишининг жойи ва тезлиги билан аниқланади. Оққан сафронинг ҳажми ноинвазив текшириш усуллари асосида, ёки дренаж бўйлаб визуал аниқланади [9;с.18-21]. Муаллифлар дренаж бўйлаб сафронинг суткасига 100 мл кам миқдорда ажралишида ва беморнинг қониқарли ҳолатида кутиш тактикасининг эҳтимоли мавжуд деб ҳисоблайди. Бундай сафро йўқотилишининг манбаи, одатда, ўт халта ётоғи бўлади (Люшка йўллари). Сафро гипертензияси бўлмаса ўз-ўзидан тузалиш содир бўлади. Сафронинг суткасига 100 мл дан ортиқ дебитида РХПГ кўрсатма бўлади ва бундай сафро оқишининг асосий сабаблари, ўт халта йўли етишмовчилиги, ёки магистрал ўт йўлининг тангенциал шикастланиши бўлади. Даволаш ўт йўлини назобилиар дренажлашдан бошланади. III даражали сафро оқишида муаллифлар релапаротомия ўтказишни тавсия қилишади.

Е.Д. Хворостов ва ҳаммуал. (2014) назорат дренажи бўйлаб суткасига 200 мл дан ортиқ бўлмаган миқдорда сафро ажралиши камайишининг кузатилиши ҳамда қорин бўшлиғида сафро тўпланиши ва сафроли перитонит клиникаси бўлмаганда консерватив терапия ўтказиш билан чекланиш мумкин деб ҳисоблайди, суткасига 200 мл ортиқ сафро оқишида эса, магистрал ўт йўллариининг шикастланишини диагностикаси мақсадида эндоскопик ретроград холангиография ўтказиш зарур, гепатикохоледох жароҳати тасдиқланганида лапаротом йўл билан реконструктив операция кўрсатилган. Дренаж бўйлаб сафро оқиши, сафроли перитонит белгиларининг кузатилишида ёки гепатикохоледохда жароҳат бўлмай туриб, қорин бўшлиғида сафронинг кўп миқдорда тўпланишининг ўзи диагностика ва

даволаш мақсадида релапароскопия ўтказишни талаб қилади. Гепатикохоледох жароҳати бўлмаганида сафро перитонити белгиларининг ёки қорин бўшлиғида сафронинг кўп миқдорда тўпланиши билан кечадиган, дренаж бўйлаб сафро оқиши нафақат диагностик, балки даволашга қаратилган релапароскопияни бажаришини талаб қилади [73;с.112-114].

С.А. Быстров ва ҳаммуал. (2012) ЭПСТ нинг ўтказилиши ё билиодуоденал стентлаш, ёки назобилиар дренажлаш билан уйғунлиги, сафро оқишини тўхташини ва 50% беморларда такрорий жарроҳлик аралашувларни ўтказишдан бош тортишга олиб келади деб ҳисоблашади. Билиар тизим декомпрессиясининг эндоскопик усуллари бўлмаганида ёки самарасиз бўлганида лапароскопия (лапаротомия) ва сафро оқиш манбаини бартараф қилиш кўрсатилган, магистрал ўт йўлларининг ятроген шикастланишида эса реконструктив қайта тиклаш аралашувлари [14;с.90-93].

А.Г. Бебуришвили ва ҳаммуал (2009) сафро оқиш даражаси ва унинг манбаи ўртасида аҳамиятли статистик боғлиқлик мавжуд деб ҳисоблайди. I ва II даражали сафро оқишига мос равишда 53,3 ва 47,2% кузатувларда сафро ўт халта ўрнида аберрант ўт йўллар билан, III даражали сафро оқиши барча кузатувларда – ЖТЎЙ нинг жароҳати билан боғлиқ. УТТ операциядан кейинги сафро оқишига диагноз қўйишнинг бошланғич ҳисобланади. I даражали сафро оқишида, қорин бўшлиғида кўзғалиш белгилари ҳамда интоксикация аломатлари бўлмаганида актив динамик кузатув тактикасига риоя қилиш зарур. II-III даражали сафро оқишида такрорий амалиёт – лапароскопия, лапаротомия кўрсатилган [9;с.18-21].

Ю.А. Михеевнинг (2011) фикрича қорин бўшлиғида ҳар қандай суяқлик ҳосиласи ҳамда ўт йўлларида оператив аралашув ўтказилганлиги тўғрисида маълумотлар аниқланганида доим билома ривожланиш эҳтимоли ҳақида эслаш лозим. Биринчи босқичда мазкур патологияни даволаш усули УТТ назорати остида дренажлаш ҳисобланиши керак. Жигардан ташқари ўт йўлларида патологияни

бевосита ёки операция йўли билан тузатиш зарурияти бўлмаганида – биломани даволашда интервенцияли сонография якуний усул бўлиши мумкин [47;с.212-215].

Э.И. Галперин ва ҳаммуал. (2006) сафро оқишида диагностика ва даволаш ҳаракатларини бошлашдан аввал жарроҳ интраоперацион ҳолатни ретроселектив кескин баҳолашни ва агар, ўт йўлларида шикастланишнинг минимал эҳтимоли мавжуд бўлса, унда холангиография усулларида бошлаш зарурлигини тавсия этади [19;с.46-51]. Сафро оқиши патогенезида билиар гипертензия роли тўғрисидаги тасаввурлардан келиб чиқиб баъзи муаллифлар, барча ҳолатларда ўт йўлларида декомпрессиядан бошлаш зарур деб ҳисоблайди [142;р.1024-1028]. Бу ҳолатдаги вариант Одди сфинктерини [108;р.203-209] функциясини йўқотиш учун умумий ўт йўлига стент ўрнатиш, стент холедох нуқсонидан юқорида жойлашган бўлса сафро оқиш жойини тампонлаш эҳтимоли ҳисобланади [135;р.1389-1394]. Муаллифларнинг фикрига кўра, папиллотомиясиз ўрнатилган стент панкреонекроз, ретробулбар перфорация, қон кетишининг олдини олади. Катта диаметрли (оптимал 10 Fr) стентни ўрнатиш ўта мураккаблиги унинг етишмовчилиги тамони ҳисобланади [120;р.344-351]. Холедохолитиаз ёки билиар гипертензиянинг бошқа сабаби мавжуд бўлса назобилиар дренаж ўрнатиш йўли билан декомпрессияни амалга ошириш зарур [146;р.1060-1067]. Билиар гипертензия сабаби аниқланганда ва бартараф этилганда сафро оқиши яқин суткаларда тўхтайд.

Н.В. Ташкинов ва ҳаммуал. (2014) фикрига кўра ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги ҳамда Люшка йўллари мавжуд бўлган беморларда конкрементларни олиб ташлаш билан бирга эндоскопик папиллосфинктеротомия қўлланилиши барча беморларда 1 дан 15 кунгача ораликда сафро оқишини тўхтатишга эришиш имконини берди [66;с.64-67].

Консерватив терапияни аксарият муаллифлар диагностик кузатув билан параллел равишда сафро оқишининг биринчи 2-3

суткасида ўтказишади [141;p.1677-1680]. С.Г. Шаповалянц ва ҳаммуал. [79;c.10-18] сафро оқшининг консерватив терапиясини ўтказишда антибиотиклар, спазмолитиклар қўллашди, шунингдек сафро йўқотилишини тuzатилишни амалга оширишди. Қорин бўшлиғидан сафро оқшининг мустақил тўхташи 2 дан 8 суткагача (ўртача $5,8 \pm 1,9$ к/кун) муддатда 34 нафар беморда кузатилди. 22 нафар беморда паст ва 12 нафар беморда – сафро ажралишининг ўртача тезлиги белгиланди. Муаллифлар сафро оқшининг консерватив терапияси қуйидаги шартларига риоя қилинганда мақсадга мувофиқ деган хулосага келишди:

1. Сафро ажралишининг паст ёки ўртача тезлиги, суткасига 500 мл сафродан ошмайди;

2. Клиник-лаборатор ва ултрасонографик маълумотларга кўра билиар гипертензия мавжуд бўлмаса. Сафро гипертензиясининг камайиши динамик кузатувни давом эттиришигини кўрсатади. Аксинча, сафро гипертензиясининг сақланиши ёки ошиши актив жарроҳлик ҳаракатларини амалга оширишни талаб қилади;

3. Тўғри дренажлаш.

Қорин бўшлиғига сафро оқшини эрта диагностика қилиш мураккаблиги, кечиккан такрорий жарроҳлик аралашувига ва бунинг оқибатида даволашнинг салбий натижасига олиб келади [8;c.50-53, 48;c.46-52, 148;p.762-769]. Бошқа томондан, диагностиканинг мураккаблиги 0,6-17% беморларда асосиз релапаротомия бажарилишини тушунтиради [5;c.343, 8;c.50-53, 91;p.919-927, 101;p.399-405].

Д.М. Красилниковнинг фикрича кечиктириб бўлмайдиган релапаротомия тўғрисидаги масала [37;c.110-113, 88] операциядан кейинги биринчи суткада сафро ҳажми 100 мл дан ошган, ёки УТТ да қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқлаган ҳолатларда вужудга келади. Д.Ю. Семенов [64;c.67-69] ўт йўллариининг шикастланишларини истисно қилишда релапароскопияни, уни операциядан кейин 1 дан 4 сутка оралиғидаги муддатда 17 нафар беморда муваффақиятли амалга ошириб, жигар ости соҳасини қайта

дренажлаш, ҳамда қорин бўшлиғининг санациясини бажариш, сафро оқишини диагностика ва даволашда етакчи усул деб ҳисоблайди. Сафро оқишини даволашга ушбу ёндашув принципини қўллаб-қувватлаган бошқа муаллифлар (Шаповалянц С.Г., Курбонов К.М. ва ҳаммуал., М.Т. Перера ва ҳаммуал) [79;с.10-18, 41;с.366-373, 133;р.553-560]. ЛХЭ дан кейин сафро оқиши бўлган 15 нафар беморда реллапароскопиядан фойдаланишиб, қорин бўшлиғини қайта дренажлаш билан /ёки ўт халта чўлтоғини такроран клипслаб, тўпланган сафрони эвакуациясини амалга оширишди.

Реллапароскопия, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ҳамда пункция усуллариининг комплекс қўлланилиши ҳосил бўлган сафро оқишини тузатиш учун лапаротом операциялар сонини сезиларли даражада камайтириш имконини берди.

Магистрал сафро йўлларида шикастланишларни даволаш принциплари.

ЖТЎЙ шикастланиши билан асоратланган сафро оқишини даволаш усуларини танлаш катта қийинчиликларга олиб келади ва шикастланишларнинг характери, жойлашуви, даражаси ва бунда ривожланган иккиламчи асорат (перитонит) билан боғлиқ.

А.Ю. Чевокин ва ҳаммуал. (2003) Ўт йўллариининг жароҳатли шикастланишларида сафро оқишини даволаш усуллариини танлаш қатъий индивидуаллаштирилган ва энг аввало шикастланишларнинг кўриниши, унинг масштаби, беморнинг ҳолати ва ниҳоят, жарроҳнинг малакасига асосланиши лозим деб ҳисоблайди. Адабиётларда бу масалада катта тушунмовчиликлар мавжуд ва улар асосан икки масалага тегишли, қачон операция қилиш ва қандай операция бажариш. Даволаш-диагностика тактикаси, шикастланиш район марказий касалхонада ёки клиник касалхонада содир бўлган билан фарқ қилиши лозим [8;с.50-53, 39;с.36-40, 51;с.11-15, 67;с.44-49, 110;р.477-495].

Х.Ж. Zhou ва ҳаммуал. (2018) шикастланиш туфайли ўтказилган бирламчи операциядан кейин 72 соатдан кеч бўлмаган муддатда анастомоз қўйишни тавсия қилишади. Муаллифлар ўт йўл тизимини тўғри дренажлашда кутиш, яъни ўнг қовурға остида яллиғланиш

жараёни сўнганидан кейин анастомоз қўйиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблашади, бу 10-20 суткада содир бўлади, энг аввало иккиламчи асоратлар даволанади (перитонит, абсцесслар, сафро оқмалари) [106;p.255-264, 153;p.61-67].

С.А. Колесников ва ҳаммуал. (2015) қайта тикловчи операциялар «кичик» шикастланишлар ва улар эрта аниқланганда бажариш мумкин, қолган ҳолатларда жигардан ташқари ўт йўллари ташқи дренажланиш керак деган хулосага келишди. Фақат гепатикохоледохнинг қисқа стриктураларида (5 мм дан кичик) анастомоз, стентлаш ва папилосфинктеротомия билан гепатикохоледохни қайта тикловчи пластик операция бажарилади. Узоқ муддатларда жигардан ташқари ўт йўлларида қайта тиклаш амалиётлари мақсадга мувофиқ эмас, чунки 58-100% стриктуралар асоратланади. Реконструктив аралашувлар Ру бўйича – гепатикоеюностомияни ингичка ичакнинг кесилган қовузлоғида ўтказиш тавсия қилинади [31;p.39-43].

Э.И. Галперин ва ҳаммуал. [19;c.46-51] перитонитда, шароит бўлмаганида – 1,5-2 ойдан кейин реконструктив операция ўтказилиши билан икки босқичли даволаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблашади. Н. Bismuth нинг фикрига кўра вақт: шикастланишларнинг асоратларини даволаш б) структура ривожланиши натижасида, ўт йўлини кенгайтириш учун зарур. Муаллиф “бемор УТТ маълумотларига кўра ўт йўли 10 мм гача кенгайганда оператив даволанишга муҳтож. Ўт йўли чўлтоғини кенгайтириш учун зарур вақт одатда 2-3 ой, бунда жараён сафроли перитонитдан стриктурагача бўлган йўлни босиб ўтади.” деб ҳисоблайди. Э. И. Галперин ва ҳаммуал. [20;c.5-10] нинг фикрича 1,5-2 ой муддат сафро тешиги ва олдинги аралашувлар туфайли юзага чиққан маҳаллий яллиғланишнинг камайиши ва бу соҳада тўқималар диссекцияси имконияти бўлиши учун зарур.

А.М. Тищенко ва ҳаммуал. (2014) фикрича, ўт йўлларида “катта” шикастланишларида Ру бўйича гепатикоеюноанастомознинг бирламчи шаклланиши ўзини энг оқловчи йўл ҳисобланади, лекин, маълум ҳолатларда “учма-уч” усулда билиар анастомоз

шакллантириш тарафдорлари ҳам бор, бунда шиллик қаватларнинг аниқ бир-бирига қўйиш билан оғизнинг прецизион шаклланиши, шунингдек тикув материалнинг танловига алоҳида эътибор қаратиш зарур. Энг яхши натижалар шикастланишнинг интраоперация диагностикаси билан бир вақтда унинг малакали мутахассис томонидан бажарилиши ёки икки сутка давомида ихтисослаштирилган стационарга кўчирилишида олинган [67;с.44-49].

Аксарият жарроҳлар холедохнинг тўлиқ кесилиши, унинг юқорида жойлашиши реконструктив аралашув – Ру бўйича кесилган ичак қовузлоғи билан гепатикоеюноанастомия деб ҳисоблашади [42;с.22-31, 50;с.46-52, 132;р.220-223, 138;р.757-763]. Магистрал ўт йўллариининг шикастланишларида реллапароскопияга бўлган муносабат бир хил эмас. Баъзи муаллифлар [64;с.67-69, 87;р.109-111, 99;р.201-213] бу шикастланишларнинг лапароскопик диагностикани амалга ошириш ўзини оқлайди деб ҳисоблашади ва кўп ҳолатларда сафро туфайли операция соҳасида визуализация қилиш қийинлигини такидлашади. В. И. Федоров ва ҳаммуал. (2006) II - даражали сафро оқишида РХПГ ёки ЧЧХГ бажарилганидан кейин даволаш чораларини ўтказишади [35;с.124, 100;р.1-10].

Сўнгги йилларда магистрал ўт йўллариининг шикастланишлари ва сафро оқишида жарроҳлик усулларига алтернатив йўл сифатида билиодуоденал стентлашдан фойдаланилмоқда, айниқса холедохнинг тангенциал ва “кичик” шикастланишларида [116;р.6-10]. Бироқ бу усуллар ятроген жароҳатлардан кейин, стриктура узунлиги 1 см дан ортиқ бўлганида, шунингдек, унинг юқорида жойлашувида муваффақиятсизликка олиб келиши муқаррар.

Шундай қилиб, сафро жарроҳлигида операциядан кейин сафро оқишини даволаш тактикасини танлаш масаласига тегишли замонавий адабиёт шарҳи охиригача ҳал қилинмаган, асоратларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг алоҳида усулларига умумий қабул қилинган кўрсатмалар эса мунозараларга сабаб бўлиб келмоқда.

II-БОБ.

КЛИНИК КУЗАТУВЛАР ХАРАКТЕРИСТИКАСИ ВА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Беморларнинг умумий тафсифланиши

Иш Самарқанд давлат тиббиёт институти 1 - клиникаси жарроҳлик бўлимида, ўт тош касаллиги билан касалланган 5247 нафар беморларнинг текшириш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган, улардан 93 нафарда ХЭ операциясидан кейинги эрта даврда асорат, яъни сафро оқиши кузатилган.

2000-2019-йиллар давомида 2056 (39,2%) нафар бемор лапароскопик холецистэктомияни бошидан ўтказган, 2697 (51,4%) беморда – ХЭ минилапаратом йўл билан, 494 (9,4%) нафар беморда эса – кенг лапаротомия воситасида амалга оширилган.

ХЭ дан кейин сафро оқиши қорин бўшлиғидаги дренаж най орқали сафро ажралиши билан қайд қилинди. Бунда қорин бўшлиғидаги дренаж найдан ташқарига сафро оқиши операциядан кейинги биринчи сутка давомида 50 мл дан кам ва 1 – 2 суткада тўхтади. Бу эса беморларнинг умумий аҳволини ўзгартирмади ва беморларда бирон бир асоратлар кузатилмади. ХЭ дан кейин сафро оқиши белгиланиши учун жигар ости соҳасидаги назорат дренажи бўйлаб операциядан кейинги бир неча кун давомида, суткасига 50 мл дан ортиқ миқдорда сафро ажралиши лозим бўлди.

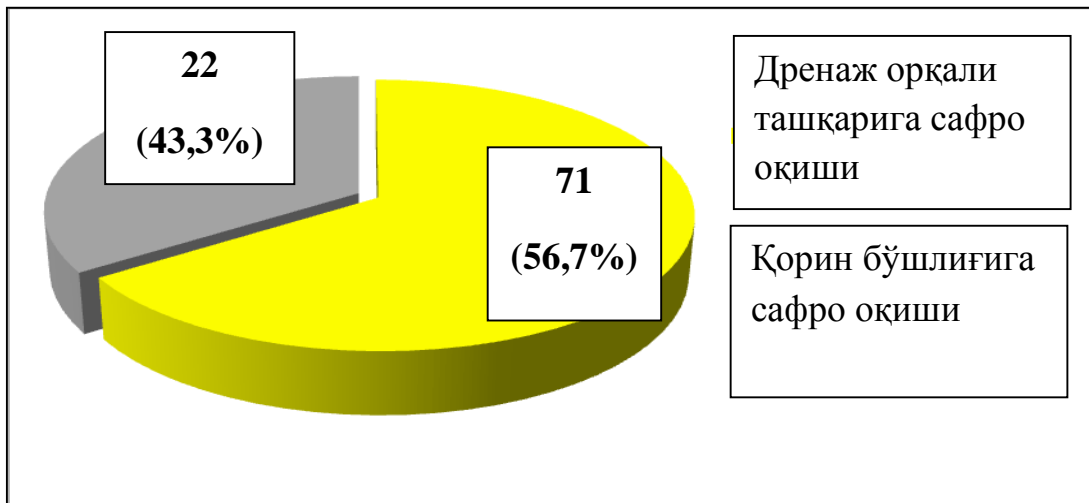
Билиар перитонит ёки билома белгиларининг, қориндаги оғриқ, қорин мушакларининг таранглашиши ва интоксикация каби клиник белгиларнинг яққол намоён бўлмаганлиги туфайли, қорин бўшлиғига сафро оқишини ташхислаш анча мураккаб бўлди.

Тадқиқотимизда 93 нафар бемордан 22 (23,6 %) нафарда сафро қорин бўшлиғига, 71 (76,3%) нафарда қорин бўшлиғига қўйилган дренаж най орқали (52) ёки кесилган гепатикохоledох проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж най орқали (19) қорин бўшлиғидан ташқарига оқиши кузатилди (1-жадвал, 1-расм).

1- жадвал. ХЭ операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши

Сафро оқишининг турлари	Беморлар сони	
	абс.	%
Ташқарига сафро оқиши	71	76,3%
Қорин бўшлиғидаги дренаж най орқали	62	66,6%
Гепатикохоледохдаги дренаж най орқали*	9	9,6%
Қорин бўшлиғига сафро оқиши	22	23,7%
Жами	93	100%

* эслатма: 9 нафар бемор кесилган гепатикохоледох проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж билан келишди



1- расм. Сафро оқишининг клиник намоён бўлиши.

Қорин бўшлиғига сафро оқиши, жигар ости соҳасида, ёки қорин бўшлиғининг бошқа мойил соҳаларида суюқлик тўпланишига кўра, ултратовуш текшируви ёрдамида аниқланди.

Операциядан кейинги сафро оқишининг ҳажмини баҳолаш учун L.Morgenstern (2006) таснифидан, сафро оқиш манбаини аниқлаш учун эса P.Neuhaus (2000) таснифидан фойдаланилди. Дренаж най орқали сафронинг суткалик дебити ёки УТТ маълумотлари бўйича қорин бўшлиғидаги сафро тўпланиш ҳажми эътиборга олинди.

12 та кузатувда операциядан кейинги сафро оқишининг манбаи ўт халта ётоғида қўшимча (аберрант) ўт йўллари (Люшка йўллари), 13 та кузатувда – клипсалар силжиши оқибатида ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги бўлди, 5 нафар беморда гепатикохоледохга ўрнатилган дренажнинг тушиб қолиши оқибатида гепатикохоледох деворидаги нуқсондан сафро оқиши, 31 та ҳолатда – магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланишлари аниқланди. 32 та кузатувда сафро оқишининг манбаи даволаш таъсирида сафро оқишининг ўз-ўзидан тўхташи ҳисобига идентификация қилинмади (2-расм).



2-расм. L.Morgenstern (2006) бўйича операциядан кейинги сафро оқиши даражасини баҳолаш

Операциядан кейин сафро оқиши 3 даражага ажратилди.

I даражали сафро оқиши – қорин бўшлиғига қўйилган дренаж най орқали суткасига 100 мл гача, ёки ўт халта ётоғида 100 мл дан кам ҳажмда суюқликнинг чегараланган тўпланиши - 33 нафар (35,4%) беморда аниқланди.

II даражали сафро оқиши – дренаж най орқали суткасига 500 мл гача, ёки жигар усти ва жигар ости соҳасида эркин суюқлик тўпланиши - 29 нафар (31,1%) беморда аниқланди.

III даражали сафро оқиши – дренаж най орқали суткада 500 мл ва ундан кўп, ёки қорин бўшлиғининг 3 ва ундан кўп соҳаларида эркин суюқлик тўпланиши - 31 нафар (33,3%) беморда кузатилди (2-расм).

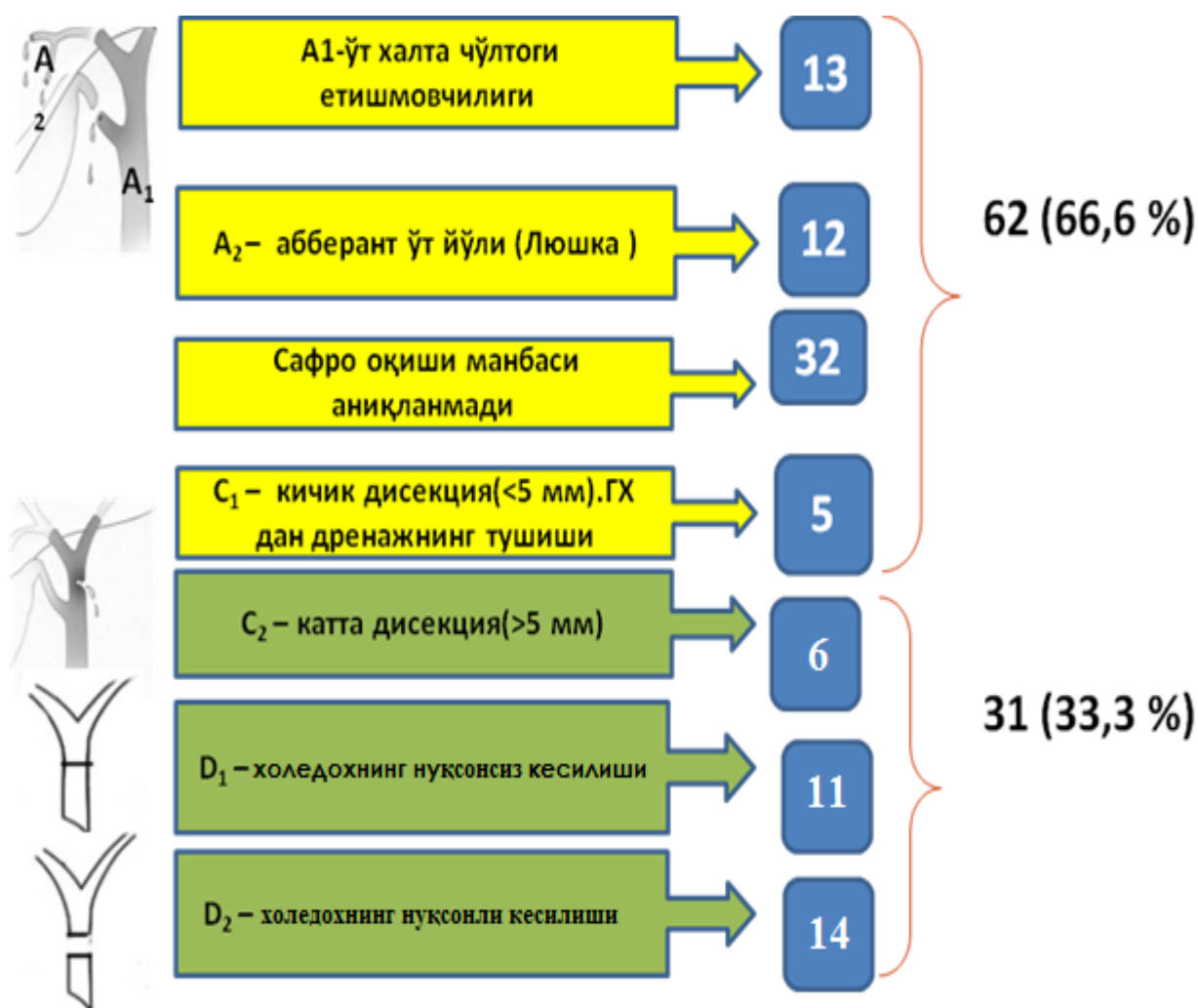
P. Neuhaus таснифига кўра 62 нафар (66,7%) беморда I ва II даражали сафро оқишининг сабаби “кичик” шикастланишлар (ўт халта ётоғидаги кўшимча ўт йўллариининг шикастланиши – 12, ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги– 13, гепатикохоледохга кўйилган дренаж найнинг тушиши – 5, сафро оқиш манбаси 32 нафар беморда идентификация қилинмади) ва III даражали сафро оқишининг сабаби 31 нафар беморда – “катта” шикастланишлар бўлди, бу магистрал сафро йўллариининг ятроген шикастланишлари (2-жадвал).

2- жадвал. Сафро оқиш даражасига боғлиқ равишда сафро оқишининг манбаи

Сафро оқиш манбаи	Сафро оқиш даражаси			Жами
	I	II	III	
Ўт халта ётоғидаги кўшимча (аберрант) йўл (Люшка йўллари)	1 (1,07%)	11 (11,8%)		12 (12,9%)
Ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	1 (1,07%)	12 (12,9%)		13 (13,9%)
Гепатикохоледохдаги дренажнинг тушиши	2 (2,1%)	3 (3,2%)		5 (5,3%)
Магистрал ўт йўллариининг ятроген шикастланиши			31 (33,3%)	31 (33,3%)
Манба идентификация қилинмади	29 (31,1%)	3 (3,2%)		32 (34,4%)
Жами	33 (35,4%)	29 (31,1%)	31 (33,3%)	93 (100%)

Кузатувларда ГХ нинг жароҳати оқибатида содир бўлган III даражали сафро оқиши билан асоратланган 31 нафар беморларнинг 6 нафарида ГХ нинг тангенциал жароҳатлари, 25 нафарида магистрал ўт йўллари оғир шикастланишлари - 11 нафар беморда тўлиқ нуқсонсиз кесилиши; - 14 нафар беморда ГХ нинг нуқсонли кесилиши кузатилди.

ЛХЭ дан кейин сафро оқиши – 2,1% (43), очик минилапаратом ХЭ дан кейин 1,1% (29), кенг лапаратом ХЭ дан кейин эса 2,4% (12 нафар) беморларда кузатилди. Мазкур асорат билан 9 нафар бемор бизга бошқа стационарлардан олиб келинди (3-расм).



3-расм. P. Neuhaus (2000) бўйича операциядан кейин сафро оқиш манбалари

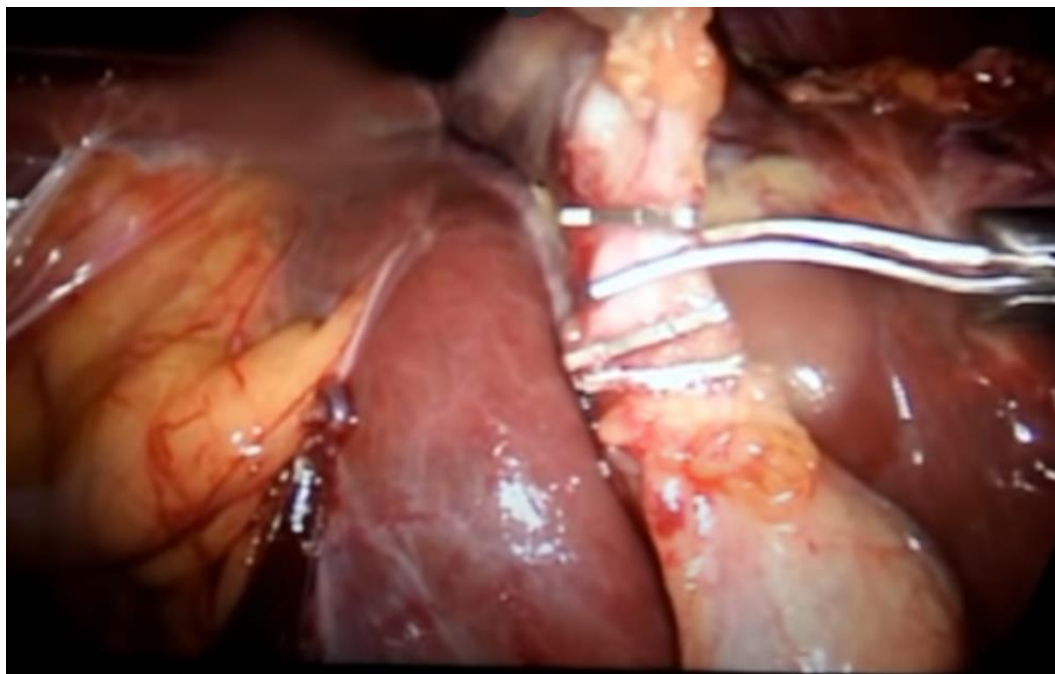
Лапароскопик ХЭ дан кейин сафро оқиш даражаси 2,1% ни ташкил этди ва 43 нафар беморда кузатилди. Шу билан бирга ЛХЭ

дан кейин 11 нафар беморда магистрал ўт йўллари шикастланиши билан боғлиқ III даражали сафро оқиши кузатилди (0,54%). “Кичик” шикастланишлар туфайли I-II даражали сафро оқиши 32 ҳолатда кузатилди (1,6%).

3 - жадвал. Холецистэктомия турли усулларда бажарилганидан кейин сафро оқшининг даражаси.

Холецистэктомия турлари	Операциялар сони	Операциядан кейин сафро оқиши кузатилган беморлар сони
ЛХЭ	2056 (39,2%)	43 (2,1%)
Минилапаратом ХЭ	2697 (51,4%)	29 (1,1%)
Лапаротом ХЭ	494 (9,4%)	12 (2,4%)
Жами	5247 (100%)	84 (1,6%)

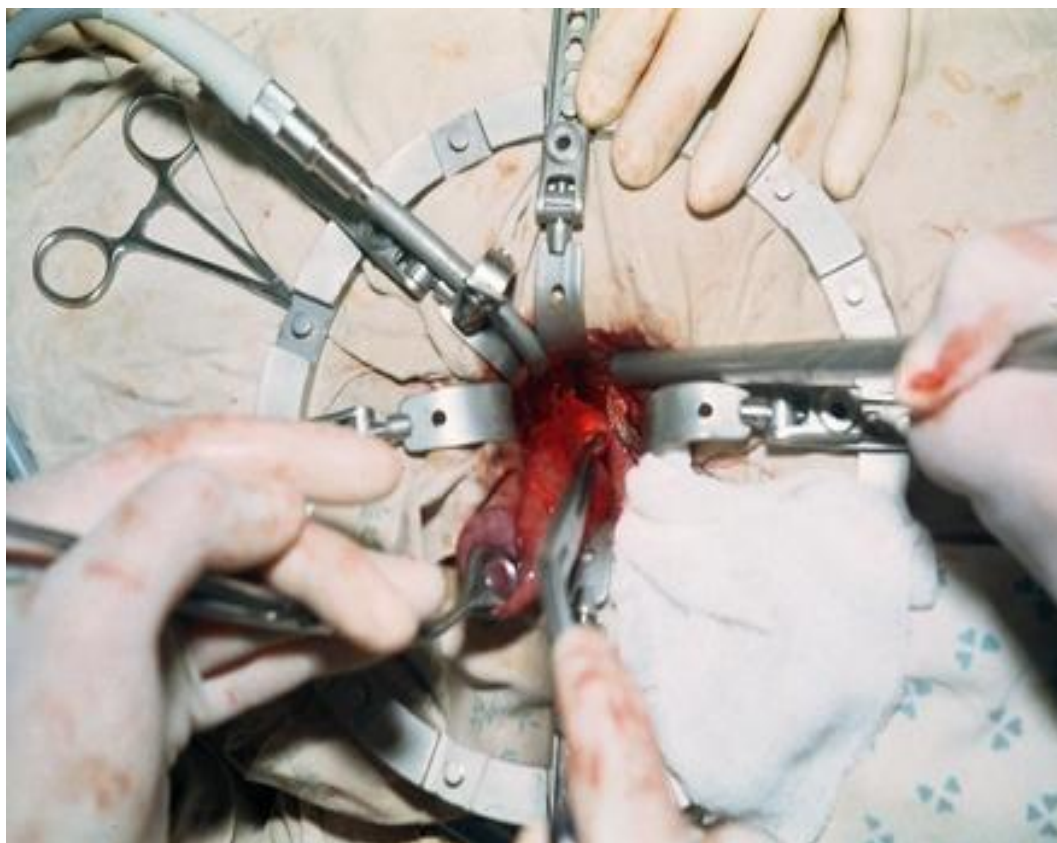
* Эслатма: операциядан кейин сафро оқишига эга 9 нафар бемор бошқа стационарлардан олиб келинган.



4 - расм. Лапароскопик холецистэктомия 2056 нафар беморда ўтказилган.

Очиқ минилапаратом ХЭ дан кейин сафро оқиш даражаси 1,1% ни (29 нафар бемор) ташкил қилди, яъни ЛХЭ дан кейинги

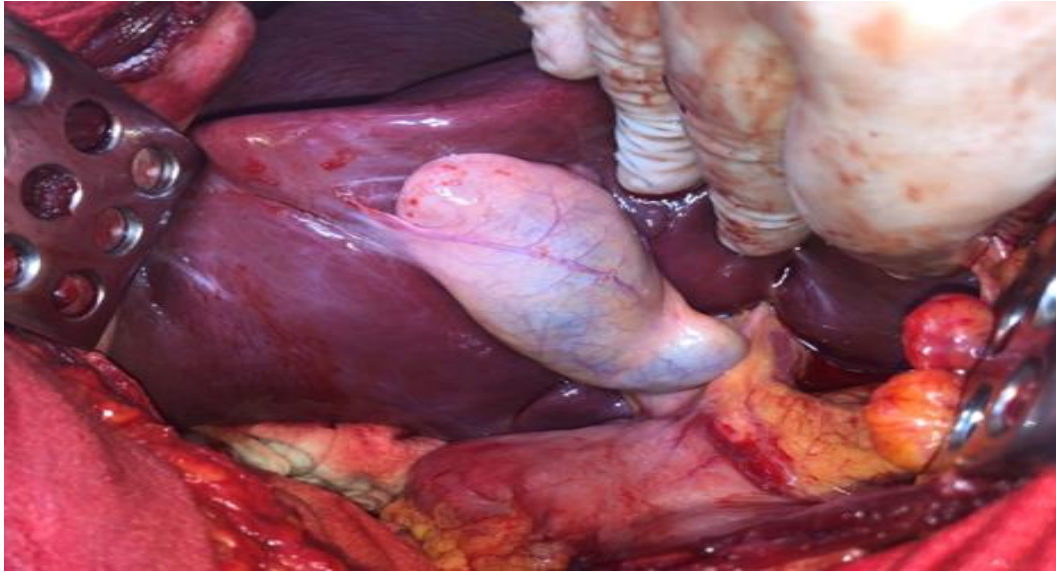
кўрсаткичга нисбатан 2 марта кам. Очик минилапаратом ХЭ дан кейин I-II даражали сафро оқиши анча кам кузатилди (n=4). Шунингдек III даражали сафро оқиши, яъни магистрал ўт йўлларининг шикастланиши 2 марта кам кузатилди.



5 - расм. Очик минилапаратом ХЭ, “миниассистент” ускуналар тўпламидан фойдаланган ҳолда 2697 нафар беморда ўтказилди

Кенг лапаротом усулда ўтказилган ХЭ да сафро оқиши 12 нафар беморда аниқланди (2,4%). Кичик шикастланишлар ва I-II даражали сафро оқишлари – 10, магистрал ўт йўлларининг шикастланишлари – 2 ҳолатда кузатилди. Кенг лапаротом усулда ўтказилган ХЭ дан кейин сафро оқиш даражасининг юқори бўлиши унинг ўткир холециститнинг деструктив шаклларида мажбурий ўтказилиши билан боғлаймиз.

Шундай қилиб, бизнинг клиникамиз маълумотларига кўра операциядан кейинги эрта даврда ХЭ дан кейин сафро оқиш даражаси 1,6% ни ташкил этди (5247 нафар операция қилинган бемордан 84 нафарида).



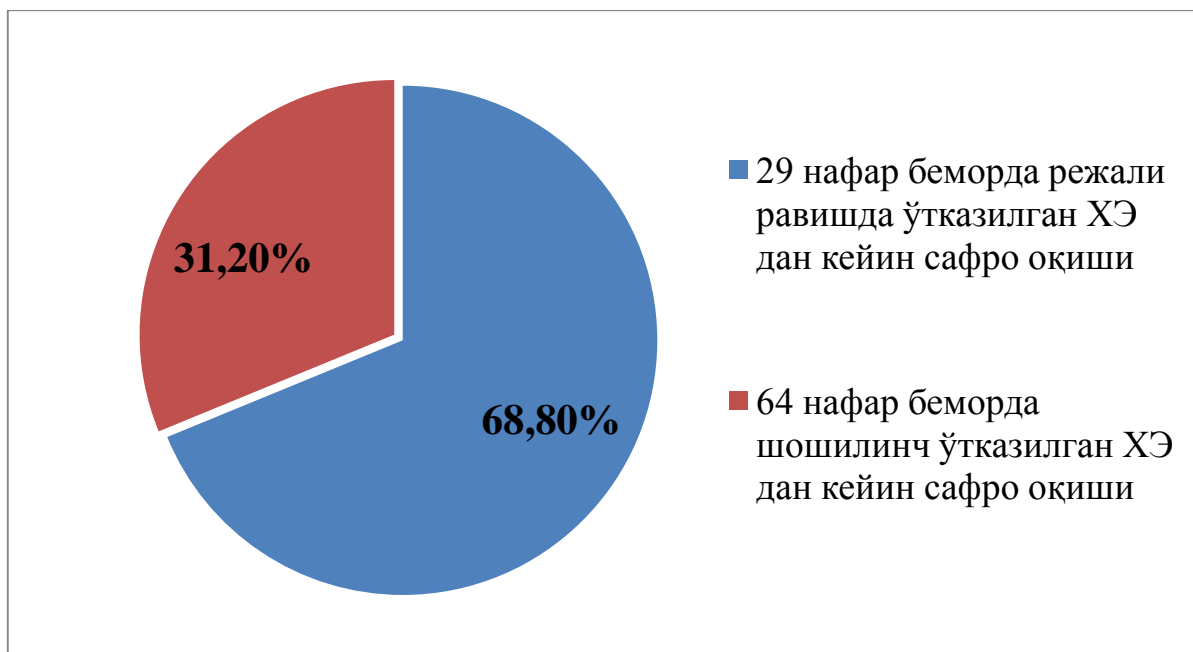
6 - расм. Кенг лапаротом ХЭ 494 нафар беморда ўтказилди.

ХЭ дан кейин сафро оқиши билан асоратланган беморларнинг ўртача ёши $49 \pm 5,1$, яъни энг меҳнатга лаёқатли ёшни ташкил қилди, эркаклар 23 нафар ва аёллар 70 нафар, яъни 1: 4 нисбатда, лекин ўт тош касаллиги бўлган беморларни операция қилишнинг гендер структурасида бу нисбат 1:6 га тенг бўлди (4-жадвал), буни эркак жинсли шахсларда ХЭ операциясини бажариш қийинлигини адабиётлардаги маълумотлар тасдиқлайди.

Сафро оқиши кузатилган 93 нафар бемордан 64 (68,8%) нафари ўткир деструктив холецистит сабабли ургент кўрсатмалар бўйича, 29 (31,1%) нафари эса сурункали калкулёз холецистит сабабли операция қилинган. Сафро оқиши режали операциялардан кўра шошилишч операциялардан кейин деярли 2 марта кўп кузатилган (7-расм).

4 - жадвал. Операциядан кейинги эрта даврда ХЭ дан кейин сафро оқиши билан асоратланган беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Ёш	Эркаклар	Аёллар	Жами
30 ёшгача	2 (2,1%)	6 (6,4%)	8 (8,6%)
31-40	4 (4,3%)	13 (13,9%)	17 (18,2%)
41-50	6 (6,4%)	18 (19,3%)	24 (25,8%)
51-60	5 (5,3%)	16 (17,2%)	21 (22,5%)
61 ва ундан катта	6 (6,4%)	17 (18,2%)	23 (24,7%)
Жами	23 (24,7%)	70 (75,2%)	93 (100%)



7 - расм. Шошилинч ва режали тартибда ўтказилган ХЭ дан кейин сафро оқиш даражасининг нисбати.

Шу билан бирга шошилинч ва режали ҳолатда бажарилган ХЭ дан кейин I-II даражали (ўт йўллари “кичик” шикастланишлари) сафро оқиши мос равишда 78% ва 22% ҳолатларда кузатилган бўлса, шошилинч ва режали ҳолатда бажарилган ХЭ дан кейин III даражали (ўт йўллари “катта” шикастланишлари) сафро оқиши даражаси мос равишда 53% ва 47% ҳолатларда кзатилди.

Тадқиқот усуллари.

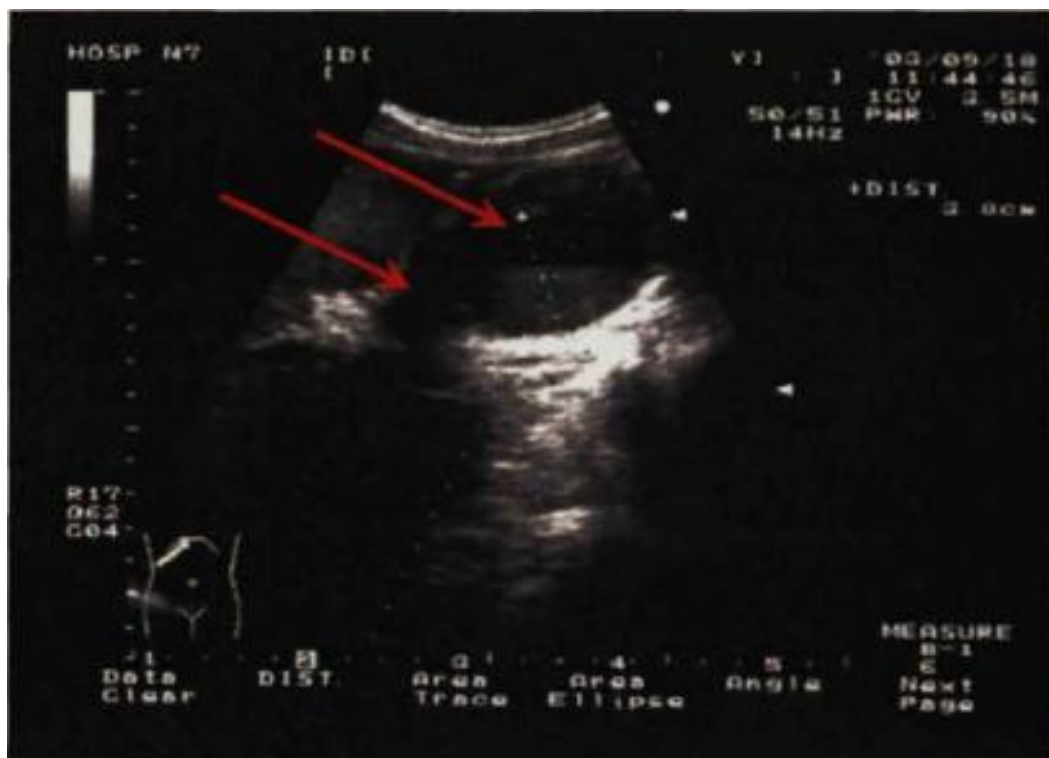
Барча беморларга ХЭ дан олдин стандарт бўйича умумий клиник текширув, УТТ, ЭГДС ўтказилди. Алоҳида ҳолатларда кўрсатмалар бўйича РПХГ ва МРПХГ бажарилди.

Операциядан кейинги эрта даврда ХЭ дан кейин сафро оқишида барча беморларга УТТ, кўрсатмалар бўйича РПХГ, фистулохолангиография, интраоперацион холангиография, МРПХГ, лапароскопия ўтказилди.

Ультратовуш текшируви.

Дренаж бўйлаб сафро оқишида барча беморларни инструментал текшириш қорин бўшлиғида эркин суюқликни ёки унинг чегараланиб тўпланганлигини аниқлаш учун УТТ дан

бошланди. Бундан ташқари, УТТ да сафро оқиши бузилишининг муҳим характеристикаларидан бири сифатида магистрал ўт йўллارининг диаметри баҳоланди (8-расм).



8 - расм. Бемор С. 54 ёшда, эхограмма. ЛХЭ операциясидан кейинги 4 - сутка. Жигар ости соҳасида билома.

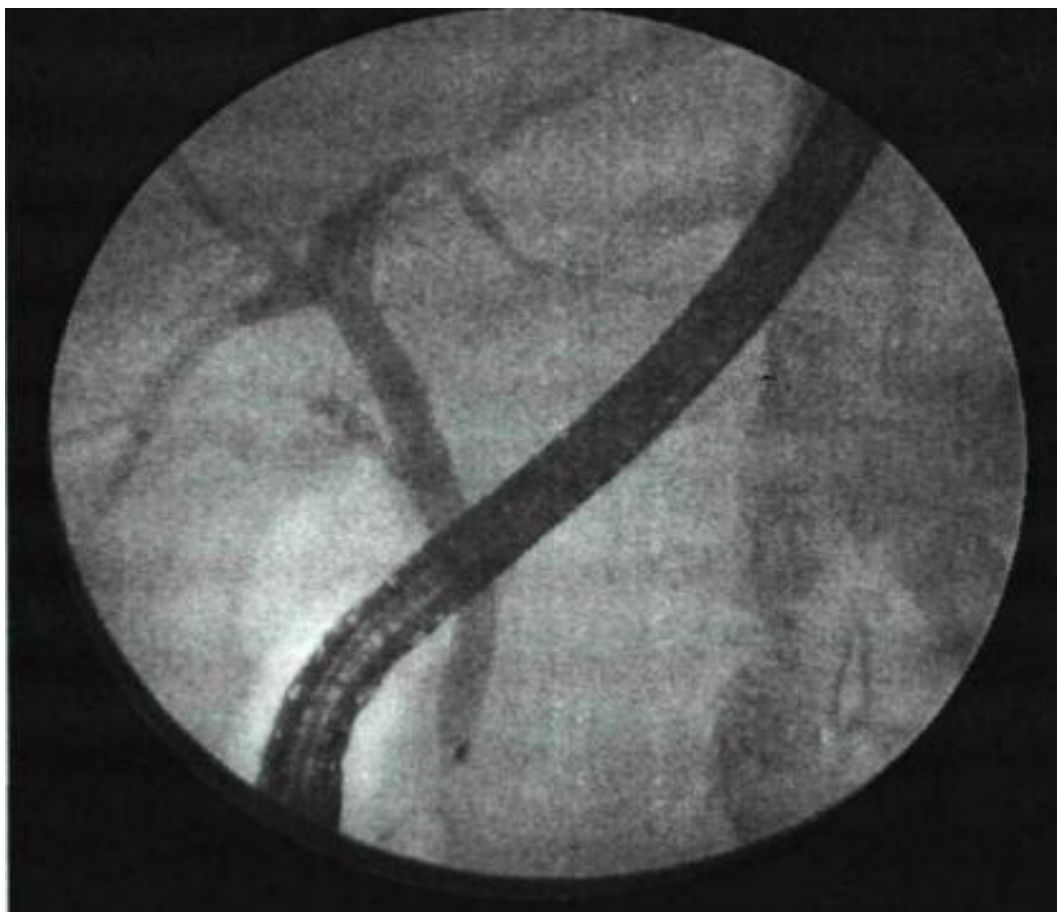
УТТ 93 нафар беморда "Hitachi EUB 6500", "Siemens G 60S Sono Line" рақамли сканерларда ўтказилди.

Холецистэктомиядан кейинги эрта даврда, айниқса операциядан кейинги биринчи суткада беморлар ҳолатининг оғирлиги ва диафрагма ҳаракатининг чекланганлиги туфайли қорин бўшлиғи ултратовуш текширувининг ўтказилиши бирмунча қийинлашди. Қорин бўшлиғини кўриш операциядан кейинги пневмоперитонеум, ичаклар парези, операциядан кейинги жароҳат ва қорин олдинги деворида дренаж найлар мавжудлиги оқибатида қийинлашади, бу ултратовушли манзарани шархлашни мураккаблаштиради. Оператив аралашув ўтказилган соҳанинг визуализацияси секторли узатгичидан фойдаланиб қовурғалар ораси орқали сканерланганда осонлашди. Операциядан кейинги даврда ўт

халта ётоғи ҳамда жигар ости соҳасида йиғилган суюқлик проекциясига алоҳида катта эътибор қаратилди. Жигар ости соҳасида суюқлик кўп миқдорда тўпланганида УТТ унинг хажмини аниқлаш, зарурият бўлганида эса диагноз қўйиш ва даволаш мақсадида УТ-назорати остида диагностик пункция ўтказиш имконини берди.

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография.

Жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларида, ҳамда ошқазон ости бези бош йўлида патологияларни аниқлашнинг асосий диагностик усули РХПГ бўлди. Бу усул билиар тракт ҳолатини баҳолаш учун энг информатив ва объектив ҳисобланади.



9 - расм. РПХГ. Бемор М. 48 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги 3-сутка.
Резидуал холедохолитиаз, билиар гипертензия.

РХПГ ўт йўллари ва ошқазон ости бези йўллари обструкциясининг сабаби, характери ва даражасини, ўт суюқлиги хусусиятининг ўзгаришларини аниқлаш имконини берди. РХПГ

эрта билиар асоратлари бўлган 24 нафар беморларда ўтказилди, ҳамда сафро оқиш генезини тўғри белгилаш, контраст модданинг ўт йўлларида ташқарида мавжудлиги ва жойлашувини аниқлаш имконини берди.

РХПГ диагностика муаммоларини ҳал қилиш ва холестаз белгиларини ҳал қилиш учун тўғри амалиётлар ўтказиш, ёки ўта муҳим ҳисобланган, ҳар бир ҳолатда тўғри ва аниқ даволаш усулини тавсия қилишга ёрдам беради.

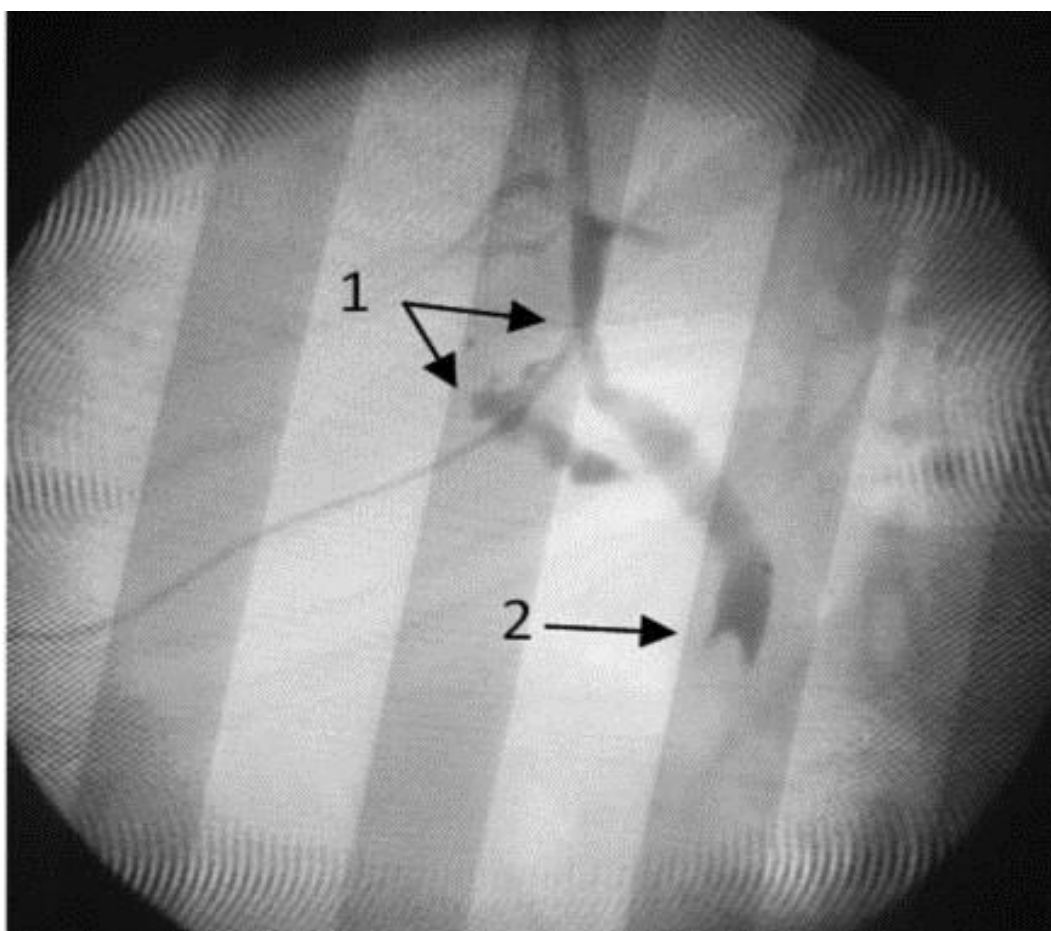
РХПГ электрооптик ўзгартиргичга эга «General Electric» фирмасининг С-ёйли рентген ускунасида, махсус рентгенология хонасида ўтказилди. Умумий қабул қилинган рентген суратларни плёнкаларда сақлашдан ташқари биз рентгенологик маълумотларни магнит ташувчилар ва шахсий компютернинг қаттиқ дискларида сақлашдан фойдаландик. Даволаш-диагностика комплексининг эндоскопик қисмини амалга ошириш учун эндоскопик мосламаларнинг турли моделларидан фойдаланилди. «Олимпус» япон фирмасининг эндоскоплари маъқул кўрилди, уларнинг мосламалари ҳаракатлар бажаришнинг оптимал шароитларини танлаш учун зарур бўлган, кўплаб модификацияларга эга ва фойдаланишда юқори ишончлилиқ ва қулайлиги билан фарқ қилади. Дуоденоскоплар асосий моделларининг диаметри 3,2 мм ускунавий каналга эга ЖФ – 1Т 40 серия эндоскоплари бўлди. Эндоскопларнинг бу моделлари кичик ташқи диаметр ва дистал учининг сезиларли оғишига эга, бу ўн икки бармоқли ичак нуқсонларида жуда манёврли бўлиш имконини беради. Транспапилляр даволаш амалиётларини амалга ошириш учун ускунавий каналнинг 4,2 мм га тенг катта тешигига эга дуоденоскоплардан фойдаланилди, бу амалиётларнинг турли босқичларида катта диаметрли ускуналарни қўллаш имконини берди.

Ўт йўлларида контрастлаш учун ион ва ноион контраст препаратлар - кичик зичликка эга конкрементларни “яшириш”

эфектига учрамаслик учун 25-30% концентрацияли урографин, тразограф, омнипак 300, ултравист 300 қўлланилди.

Фистулохолангиография

ФХГ ни биз 14 нафар беморда гепатикохоledoхдаги дренаж най орқали, ташқи сафро оқишида қўлладик. Бу тадқиқот ўт йўлларида шикастланишларни, унинг жойлашувини аниқлаш имконини берди. Фистулографияни бажариш техникаси куйидагича: бемор чалқанчасига ётади. Дренаж найга кичик босим остида 10-15 мл сувда эрийдиган контраст модда (омнипак) юборилади. Рентгенография бир неча проекцияларда амалга оширилади (10-расм).



10 - расм. Фистулохолангиограмма. Бемор А., 41 ёш. Контраст модданинг ўт йўлларида қорин бўшлиғига чиқиши аниқланади. 1 – гепатикохоledoхдаги дренаж; 2 – умумий ўт йўли дистал бўлимнинг конкременти.

Интраоперацион холангиография жигардан ташқари ўт йўллари шикастланишларини интраоперацион ташхислаш учун жуда зарур диагностика усули ҳисобланади (11-расм).

Интраоперацион холангиография



11 - расм. Интраоперацион холангиография. Бемор Д., 46 ёш. Жигар ичи ўт йўллари контрастланган. Гепатикохоледох дистал қисми контрастланмади.

Интраоперацион холангиографияни анатомик мураккаб ҳолатлар, ҳамда жигардан ташқари ўт йўлларининг интраоперацион шикастланишларига гумон қилинганида мутлоқ кўрсатма деб ҳисоблаймиз ва уни 14 нафар беморда ўтказдик. ИХГ га асосий кўрсатмалар сафро оқиш манбаъи аниқ бўлмаганда, маълум соҳада сафро пайдо бўлиши ёки ўт халта бўйинчаси соҳасида қўшимча майда ўт йўллари мавжудлиги бўлди. Интраоперацион холангиография ўт халта йўли орқали, ёки пункцион ўтказилди. Триобмраст, урографин 76% – 20 мл миқдорда юборилди.

Магнит-резонанс панкреатохолангиография (МРПХГ).

МРПХГ – энг кўп ахборот берувчи, диагностиканинг сканерлаш усули бўлиб, у 13 нафар беморда ўтказилди. Тадқиқот

«Philips Gyroscan Intera», 1,0 Т аппарати ёрдамида бажарилди. МРПХГ усули контраст модда киритмасдан ва билиар тизимга интервенция ўтказилмасдан жигар ичи ва ташқарисидаги ўт йўллари бевосита тўлиқ суратини олиш имконини берди. Суратни тадқиқот мақсадига боғлиқ равишда бир нечта проекцияларда олиш мумкин (горизонтал, фронтал, сагиттал). МРПХГ самарадорлиги билан фарқ қилади. МРПХГ ни операциягача, текширув босқичида қўлланилиши ноинвазив усулларга билиар гипертензиянинг ривожланиш даражасини баҳолаш, ўт йўллари дарахти анатомиясининг ўзига хосликларини аниқлаш ва шикастланиш даражасини баҳолаш имконини берди.

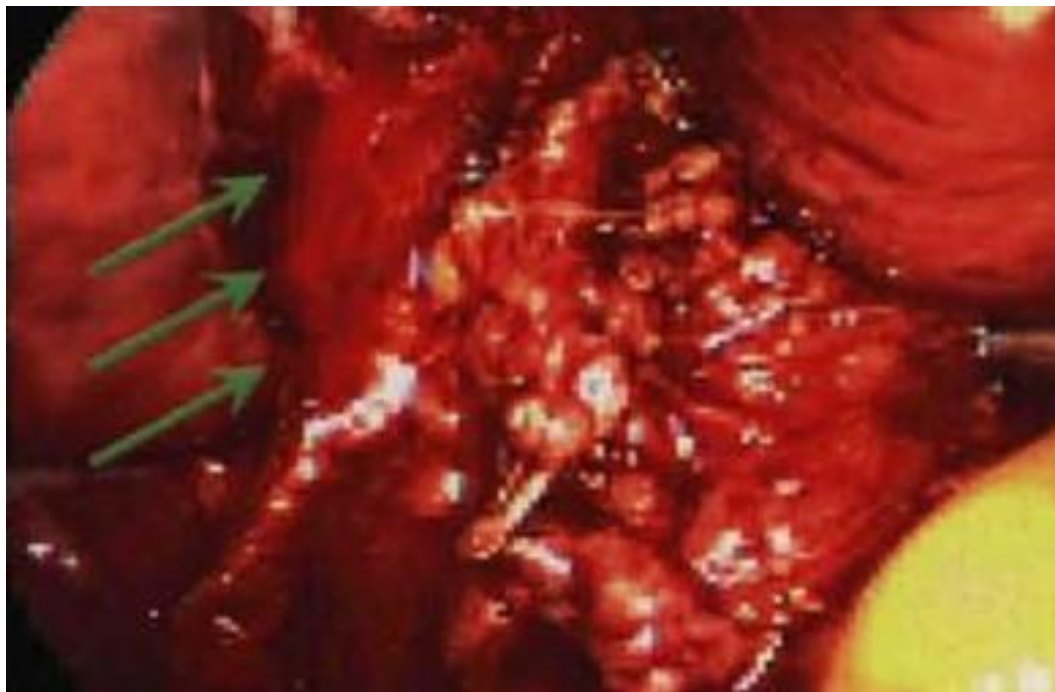


12- расм. МРПХГ. Бемор С., 54 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги ҳолат, 2-сутка. Жигар дарвозаси соҳасида гепатикохоledохнинг тўлиқ шикастланиши

Релапароскопия.

Тадқиқот 12 нафар беморга, умумий, вена ичи ёки интубацион оғриқсизлантириш остида ўтказилди. Анестезия усулининг танлови кўзда тутилаётган операция ҳажмини ҳисобга олган ҳолда, беморнинг соматик ва психологик ҳолатига боғлиқ. Қорин олд девори мушакларининг релаксацияси кўриш доирасини кенгайтирди ва жараённинг диагностик қийматини оширди.

Пневмоперитонеум маълум усуллардан бири орқали амалга оширилди. Лапароскоп диаметрига боғлиқ равишда 5 ёки 10 мм ли троакарлар киритилди. Диагностик лапароскопия видео тизимдан фойдаланиб ўтказилди (13-расм).



13 - расм. Реллапароскопия. Бемор Г., 39 ёш. ЛХЭ операциясидан кейинги 3-сутка. Қўшимча жигар-ўт халта йўллари (Люшка йўллари)дан сафро ажралиши кўринмокда.

Шундай қилиб, тадқиқот материали ХЭ операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган 93 нафар бемор учун тузилган, бунда бу билиар асоратнинг даражаси ХЭ дан сўнг 5247 нафар беморларнинг 1,6% ни, ЛХЭ дан кейин – 2,1% ни ташкил қилди. Сафро оқиши деструктив холецистит сабабли ўтказилган шошилинич операциялардан кейин 2 марта кўпроқ кузатилди.

71 нафар (76,3%) беморларда билиар асоратлар қорин бўшлиғидан дренаж бўйлаб сафронинг ташқарига оқиши билан, 22 нафар (23,7%) беморларда сафронинг қорин бўшлиғига оқиши сабабли перитонит клиникаси, ёки билома шаклланиши билан намоён бўлди.

62 нафар (66,7%) беморда сафро оқиш манбаъи I, II-даражали сафро оқиши билан кузатилган “кичик” шикастланишлар бўлди (ўт

пуфаги ўрни қўшимча ўт йўллариининг шикастланиши, ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, гепатикохоледодан дренаж найнинг тушиб қолиши). Шу билан бирга, 31 нафар (33,3%) беморда III даражали сафро оқшининг сабаби “катта” шикастланишлар, яъни гепатикохоледоднинг интраоперацион жароҳатлари бўлди (магистрал ўт йўлининг нуқсонли ва нуқсонсиз кесилиши).

Билиар тизим герметиклиги бузилишларининг хилма - хиллиги, даражаси ва клиник манзараси холецистэктомиядан кейинги эрта даврда диагностика ва даволаш тактикасини мақбуллаштиришни талаб қилди.

Тадқиқот вазифаларига мувофиқ беморлар қиёсланадиган тадқиқот гуруҳларга бўлинди: асосий гуруҳни 2010-2019-йиллар давомида операция қилинган, ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган 37 нафар бемор, таққослаш гуруҳини – 2000-2009-йиллар давомида операция қилинган 56 нафар бемор ташкил қилди. Бу беморларни жароҳлик йўли билан даволаш усуллари ва натижаларининг солиштирма таҳлили кейинги бобларда келтирилган.

III-БОБ.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ДАВРДА САФРО ОҚИШИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

*Таққослаш гуруҳидаги беморларда сафро оқишини жарроҳлик
йўли билан коррекция қилиш*

*Ўт йўлларидаги “кичик” шикастланишларни жарроҳлик йўли
билан даволаш*

Таққослаш гуруҳида I даражали сафро оқиши 19 нафар беморда кузатилди, 7 нафар беморда жигар ости соҳасида сафронинг чекланган тўпланиши, яъни билома шаклланишида жигар ости соҳасининг дренажланиши ва контраппертуранинг реканализацияси ўтказилди.

3 нафар беморга релапароскопия ўтказилиб, 1 ҳолатда сафро оқиш манбаъи сифатида аберрант ўт халта йўли аниқланган ва клипсланган. 2 кузатувда жигар ости соҳасида тўпланган сафро эвакуация қилинганидан сўнг сафро оқиш манбаи аниқланмади.

2 нафар беморга релапаротомия ўтказилган, бунда 1-кузатувда қорин бўшлиғига сафро оқишининг сабаби ўт халта чўлтоғидан дренаж найнинг тушиб қолиши бўлган ва у такроран ўрнатилган. Яна 1 кузатувда қорин бўшлиғи оққан сафро тозалангандан кейин сафро оқиш манбаи топилмади.

7 нафар беморда қорин бўшлиғига қўйилган дренаж найдан сафро оқиши операциядан кейинги 4-10 суткада ўз-ўзидан тўхтаган, шу сабабли махсус жарроҳлик усуллари ёрдамида коррекция қилиш талаб этилмади.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги I даражали сафро оқишида сафро оқиш манбаъи фақатгина 2 (10,5%) кузатувда аниқланди. Махсус жарроҳлик усулларида даволаш 12 нафар

(63,1%) беморга ўтказилди, консерватив даволаш натижасида 7 нафар (36,9%) беморда сафро оқиши ўз – ўзидан тўхтади (5 - жадвал).

5 - жадвал. Таққослаш гуруҳида “кичик” шикастланишларда I даражали сафро оқишини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=19).

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиётларнинг турлари	Беморлар сони
Периферик, кам сафро оқиши:	A ₁ - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	Релапаротомия, ўт халта чўлтоғининг такрорий дренажланиши	1
	A ₂ – аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт халта йўлининг клипсланиши, қорин бўшлиғининг санацияси, ўт халта ётоғининг дренажланиши	1
Сафро оқиш манбаи идентификация қилинмади	Контрапертуранинг реканализацияси ва жигар ости соҳаси дренажланиши		7
	Релапароскопия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланиши		2
	Релапаротомия, жигар ости соҳаси санацияси ва дренажланиши		1
	Сафро оқишининг ўз-ўзидан тўхташи		7
Жами			19

Таққослаш гуруҳида II даражали сафро оқиши 17 нафар беморда кузатилди. Мазкур асорат ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида 8 нафар беморда ривожланди. ЛХЭ дан кейин 3 нафар беморга релапароскопия, ўт халта йўлининг такрорий клипсланиши ўтказилди. 2 нафар беморда ўт халта чўлтоғи етишмовчилигининг сабаби резидуал холедохилитиаз ва билиар гипертензия бўлди. Ушбу беморларга релапаротомия, холедохолитотомия ва холедохни ташқи дренажлаш операцияси бажарилди. Ўт халта чўлтоғи етишмовчилиги оқибатида сафроли перитонит бўлган яна 3 нафар беморга ҳам релапаротомия, ўт халта чўлтоғини боғлаш ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилди.

Шунингдек ГХ дан дренаж найнинг ўз-ўзидан тушиб қолиши аниқланган 2 нафар беморга релапаротомия, умумий ўт йўлининг такроран дренажлаш бажарилди. Аберрант ўт йўллари, ўт халта ётоғидаги қўшимча ўт йўлларида сафро оқиши кузатилган 7 нафар бемордан 3 нафарида сафро оқиши релапароскопия вақтида, 4 нафарида эса, релапаротомия вақтида тўхтатилди.

II даражали сафро оқиши бўлган ушбу гуруҳдаги беморларда сафро оқиш манбаи барча 17 кузатувда аниқланди ва барча беморларга (100%) сафро оқини коррекция қилиш учун жарроҳлик амалиёти ўтказилди (6- жадвал).

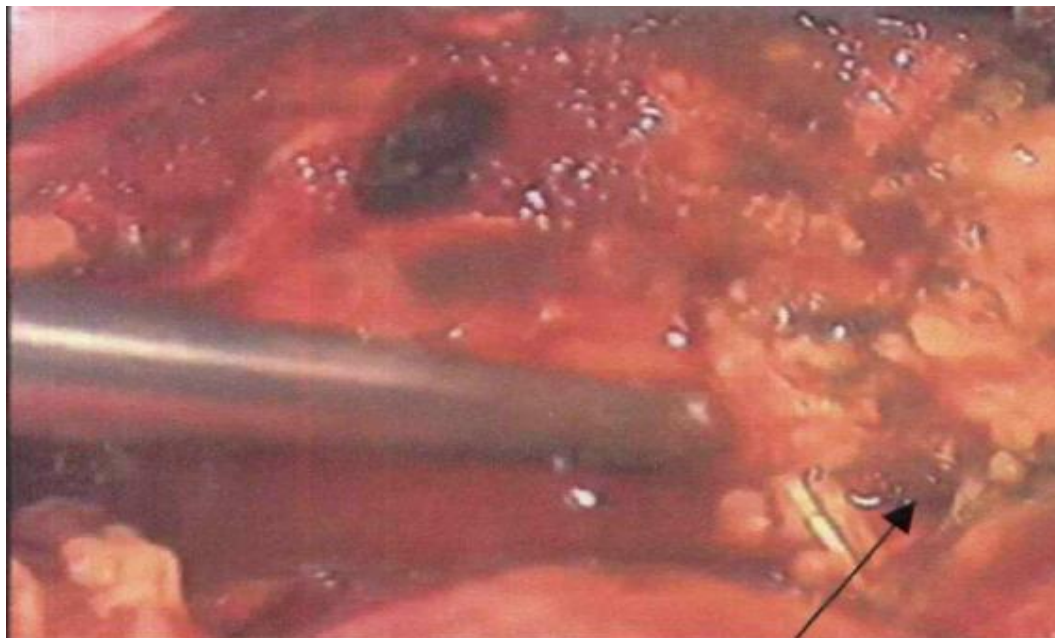
6- жадвал. Таққослаш гуруҳидаги “кичик” шикастланишларда II даражали сафро оқини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=17)

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиётларнинг турлари	Беморларнинг сони
Периферик, кам сафро оқиши:	A ₁ - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	Релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг такроран клипсланиши	3
		Релапаротомия, ўт халта чўлтоғининг такроран боғланиши	3
		Релапаратомия, холедохолитотомия, холедохнинг дренажланиши	2
	A ₂ - ўт пуфаги ётоғидаги аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт йўллариининг клипсланиши	3
		Релапаратомия, аберрант ўт йўллариининг боғланиши	4
	C ₁ – ГХ нуқсони (ГХ дан дренажнинг ўз-ўзидан тушиши)	Релапаротомия, гепатикохоледохнинг такроран дренажланиши	2
Жами			17

Клиник мисол.

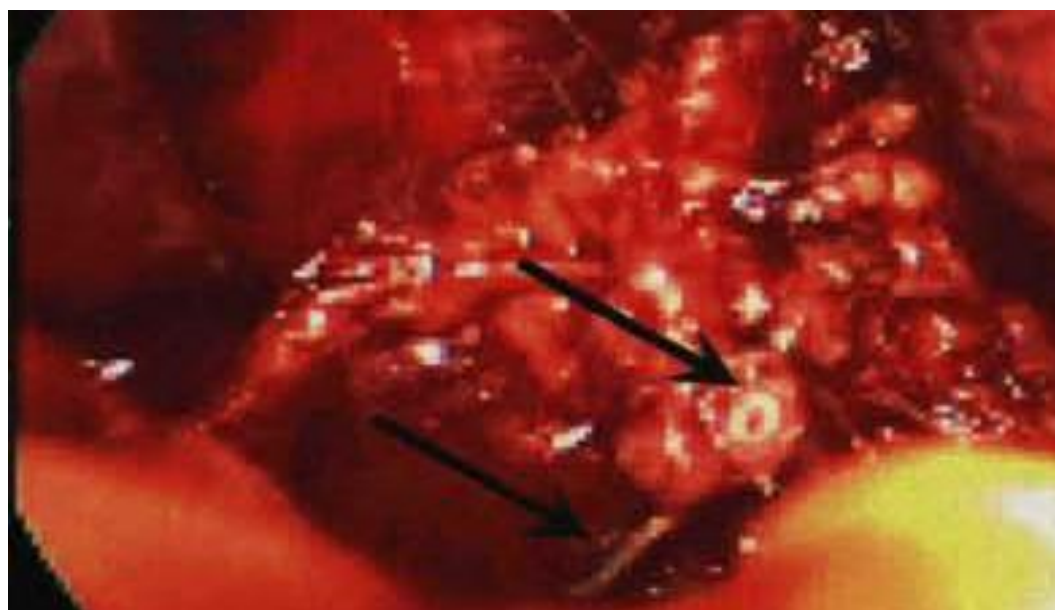
Бемор Р., 53 ёшда. КТ № 7351, 25.06.2008й. СамДТИ клиникаси жарроҳлик бўлимига сурункали калкулёз холецистит юзасидан текширувдан ўтиш ва режали оператив даволаниш учун келган. Ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқлар 2 йил давомида безовта қилган, сўнги 3 ойда бир неча бор ўнг қовурға ёйи остида ҳуружсимон оғриқлар кузатилди. Сўнги хуруж 7 кун олдин бўлган. УТТ да – ўт пуфагининг ўлчами 10.2×4.1см, девори 0.5 см, тубига яқин соҳа олд деворида инфилтрация бошланиш белгилари мавжуд, бўшлиғида – 2.0 см гача акустик соя берувчи ёрқин эхосигнал. Холедох ва жигар ичи ўт йўллари кенгаймаган. Хулоса: калкулёз холециститнинг эхографик манзараси. Қон ва сийдикнинг клиник таҳлиллари норма чегарасида. Обектив: умумий аҳволи қониқарли. Тери қопламалари одатий тусда, тана тузилиши нормостеник. 27.06.2008 йилда лапароскопик холецистэктомия ўтказилган. Операцияда: ўт пуфаги деворининг қалинлашганлиги, фибрин билан қопланганлиги аниқланади. Гепатодуоденал бойлам соҳасида перивезикал инфилтрат аниқланади. Холецистэктомия амалга оширилди. Жигар ости соҳасига дренаж най қўйилди. Операция вақти 65 дақиқа. 2-суткада 150,0 мл гача сафро аралаш ажралмалар чиқиши кузатилди. 30.06.2008 йилда релапароскопия ўтказилган. Жигар ости соҳаси текширилганда тўпланган сафро мавжуд, санациядан кейин жигар дарвозаси текширилган, инфилтрат туфайли гепатодуоденал бойлам элементларини идентификация қилиш имконсиз, сафро оқишининг манбаъи ўт халта чўлтги. Ўт халта чўлтогидан клипсаларнинг силжиши кузатилган. Ўт халта чўлтогининг узунлиги 0,5 см ни ташкил қилади, диаметри тахминан 0,7 см. Икки клипса билан ўт пуфаги чўлтогининг такрорий клипсланиши ўтказилган. Операциядан кейинги давр қониқарли кечди, беморга операциядан кейинги 10 - суткада УТТ да ижобий ўзгаришлар билан жавоб берилган. Кейинчалик шикоятлар бўлмади, назорат текширувларида патологиялар аниқланмаган. Мазкур кузатувни таҳлил қилиб операциядан кейинги даврда асоратларга олиб келган тактик ва диагностик камчиликларни белгилаб ўтиш лозим. ЛХЭ

ўтказилишида ўт пуфаги бўйинча соҳасида инфилтратив ўзгаришлар, ўткир флегмоноз холецистит аниқланган. Ушбу ҳолатда ўт пуфаги девори қалинлашган, ўт халтанинг қисқа чўлтоғида клипслар зич ёпишмайди. Ўт йўлларида гипертензиясида ўт халта чўлтоғидан клипсларнинг силжishi эҳтимоли юқори (14 ва 15 расм).



14 - расм. Бемор Р., 53 ёш. ЛХЭ дан кейинги ҳолат (3-сутка).

Релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида жигар ости соҳасида сафро тўпланиши.

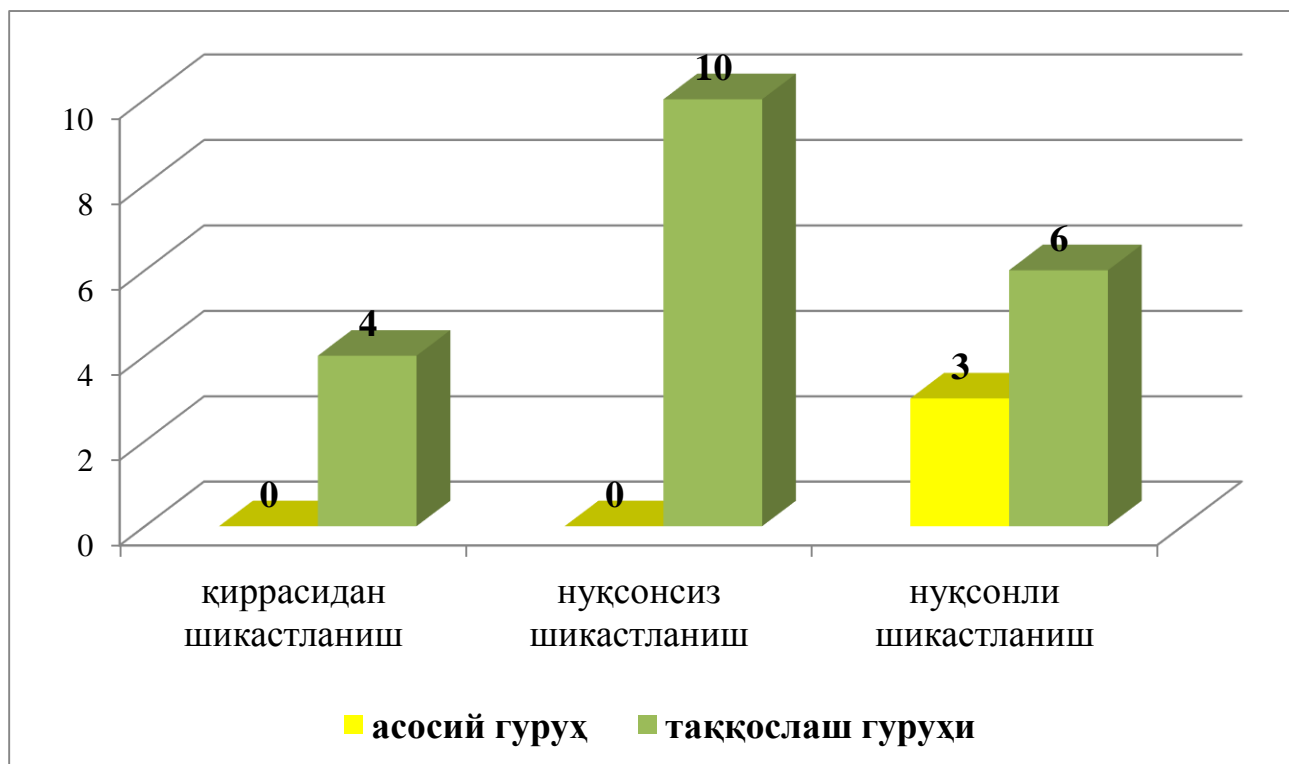


15 - расм. Бемор Р., 53 ёш. Релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг қўшимча клипсланиши.

Ўт йўллари “катта” шикастланишлари (гепатикохоледох жароҳатлари) ни жарроҳлик йўли билан даволаш.

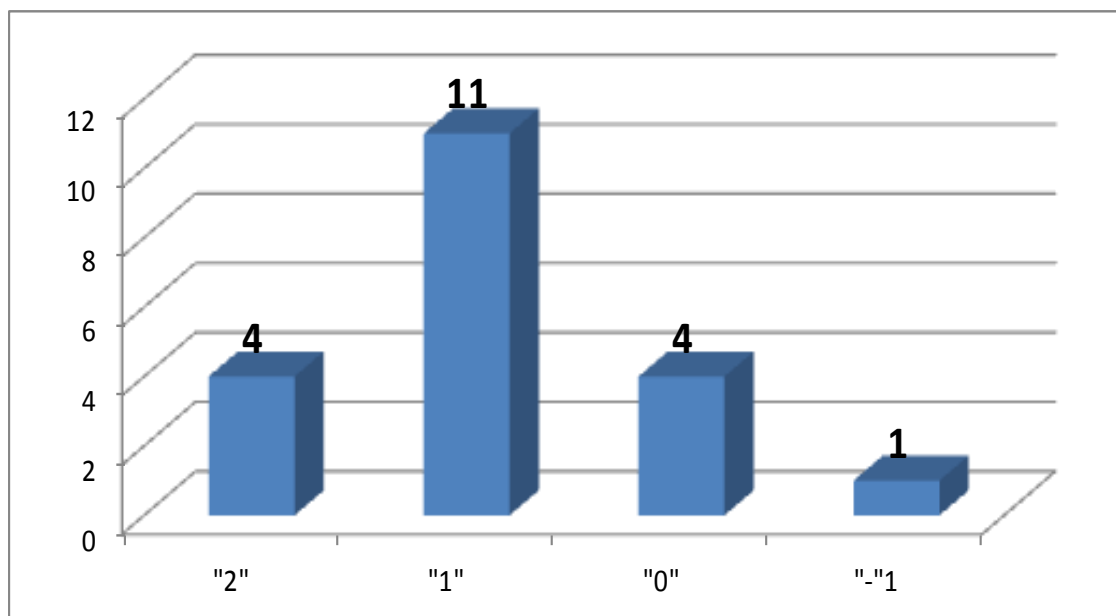
Магистрал ўт йўллариинг шикастланишлари таққослаш гуруҳидаги 20 нафар беморда III даражали сафро оқишининг сабаби бўлди, бунда уларнинг 5 нафари гепатикохоледох проксимал чўлтоғининг дренаж найи билан бошқа стационарлардан кўчирилган.

4 нафар беморда сафро оқишининг сабаби гепатикохоледохнинг тангенциал шикастланишлари аниқланган бўлса, 16 нафар беморда гепатикохоледохнинг тўлиқ нуқсонсиз кесилиши (10 нафар бемор) ва унинг нуқсонли кесилиши (6 нафар бемор) каби холецистэктомиянинг оғир асоратлари кузатилди (16 - расм).



16 - расм. Қиёслаш гуруҳлардаги гепатикохоледохнинг шикастланиш характери.

Шикастланиш даражасига кўра: “+2” вариант – 4 та кузатувда; “+1” вариант – 11 та кузатувда; “0” вариант, конfluence сакланиши билан - 4 та кузатувда; “-1” вариант – конfluence бузилиши билан 1 та кузатувда аниқланди (17 - расм).



17 - расм. Такқослаш гуруҳида гепатикохоledохнинг шикастланиш даражаси.

Қайта тиклаш операциялари 9 нафар беморда ўтказилган.

Улардан, гепатикохоledохнинг тангенциал шикастланишида 4 нафар беморга, Т-симон дренажда нуқсонни тикиш амалга оширилган.

Гепатикохоledохнинг тўлиқ нуқсонсиз кесилиши билан 5 нафар беморга билиобилиар анастомоз қўйилган.

11 нафар беморда реконструктив операциялар ўтказилди, уларнинг 3 нафарида гепатикодуоденоанастомоз, 8 нафарига эса, жигар орқали каркас дренаж найда гепатикоеюноанастомоз қўйилган. Ру бўйича ГЕА гепатикохоledохнинг тўлиқ кесилиши интраоперацион аниқланганида 2 нафар беморда ўтказилган. 6 нафар беморларга 1-босқичда гепатикохоledох проксимал чўлтоғининг ташқи дренажланиши амалга оширилган, 2-босқичда, ушбу беморларнинг барчасига Ру бўйича ГЕА ЖОКД да қўйилган (7 жадвал).

7 - жадвал. Такқослаш гуруҳидаги беморларда ГХ шикастланишларида ўтказилган реконструктив-қайта тиклаш операциялари.

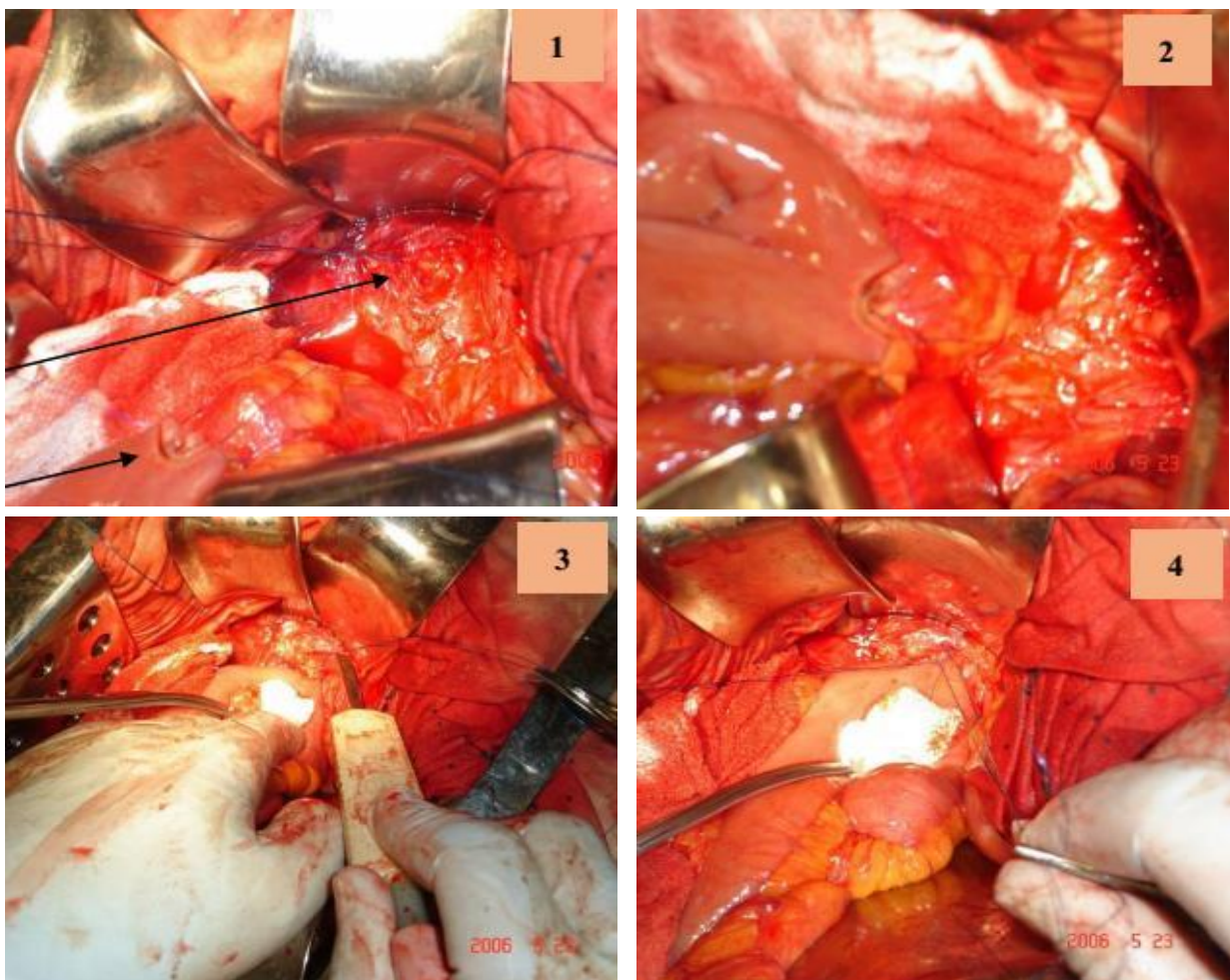
Шикастланиш даражаси	ГХ ни Дренажда тикилиши		Билио-билиар анастомоз		Гепатико-дуодено анастомоз		ЖОКД да гепатико-еюноанастомоз		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
«+2»; «+1» даража	4	20	5	25	3	15	3	15	15	75
«0» даража	-	-	-	-	-	-	4	20	4	20
«-1» даража;	-	-	-	-	-	-	1	5	1	5
Жами	4	20	5	25	3	15	8	40	20	100

Клиник мисол.

Бемор Л., 43 ёшда. КТ № 6351. 15.03.2006 й. куни СамДТИ клиникаси жарроҳлик бўлимига сурункали калкулёз холецистит юзасидан текширувдан ўтиш ва режали оператив даволаниш учун ётқизилган. Ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқлар 1,5 йил давомида безовта қилиб келган ва сўнгги 3 ойда доимий характерда бўлган. УТТ да – ўт пуфагининг ўлчами 8.1×3.1 см, девори 0,4 см, бўшлигида – акустик соя берувчи, 1,5 см гача бўлган эхосигнал, силжиш аломатлари йўқ (бўйинчага тиқилган тош). Холедох ва жигар ичи ўт йўллари кенгаймаган. Хулоса – калкулёз холециститнинг эхографик манзараси. Қон ва сийдик клиник таҳлиллари норма чегарасида. Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқларга шикаят қилади. Тери қопламалари одатий тусда, тана тузилиши нормостеник. 18.03.2006 й. куни лапароскопик холецистэктомия ўтказилган. Операцияда: ўт пуфаги девори қалинлашган, ўт пуфаги пункция қилинганда 50 мл “оқ” сафро олинган. Конкремент ўт пуфаги бўйинчасига тиқилган. Холецистэктомия амалга оширилган. Ўт пуфаги ётоғи

коагуляцияланган. Жигар ости соҳасига дренаж най қолдирилган. Операция давомийлиги 65 дақиқа. Дренаж най орқали, биринчи суткадан бошлаб, 500 мл гача сафро аралаш ажралма ажралиши кузатилган. Билирубин миқдорининг 23,7 ммол/л дан 37.0 ммол/л гача ортиши кузатилган. 22.03.2006 й. куни РХПГ ўтказилиб, унда контраст модданинг ўт йўллариининг проксимал бўлимларига тушиши аниқланмаган. Умумий ўт йўлининг жароҳатига гумон қилинган. 23.03.2006 й. куни гепатикохоledох проксимал чўлтогининг ташқи дренажланиши операцияси ўтказилган. Тафтиш вақтида жигар ости соҳаси ва кичик чаноқ бўшлигида сафро мавжудлиги аниқланган. Гепатодуоденал бойлам соҳасида инфилтрат, у ажратилганда умумий жигар йўлининг дистал ва проксимал бўлимлари кўринган, кесишган дистал яқунда клипсалар мавжуд, сафро йўлининг проксимал бўлимида клипсалар мавжуд эмас. Проксимал бўлим кенглиги 8 мм, бифуркациягача жигар йўли 10 мм узунликда. Инфилтратланган, сафро билан тўйинган тўқималар туфайли биринчи босқичда умумий жигар йўлининг ташқи дренажланиши ўтказилган. 4 ойдан кейин, 10.05.2006 й. куни бемор операциянинг иккинчи босқичи учун бемор шифохонага ётқизилган. Даврий равишда ваража қилиш, лоҳаслик юзага келганда, беморга бир неча бор инфузион терапия ўтказилган. МСКТ да жигар ичи ўт йўллариининг мўътадил кенгайиши аниқланган. Ташқи сафроли оқма ташихиси билан бемор 23.05.2006 й. куни операцияга олинган. Операцияда жигар ости соҳасида яққол ривожланган битишмали жараён аниқланган. Дренаж най бўйлаб ҳаракатланиб жигар дарвозасида гепатикохоledохнинг проксимал бўлими аниқланган, дренаж най олиб ташланган, шу билан бирга жигар йўлининг 5 мм гача торайиши аниқланган, ундан хира сафро келган. Жигар паренхимасидан ўнг ва чап жигар йўллариининг бифуркация соҳаси ажратилган, чап жигар йўли ён деворининг бўйлама кесилиши ҳисобига йўл кенгайтирилган. Трансжигар каркас дренажда Ру бўйича ҳалқада алоҳида тугунли провизор чоклар билан гепатикоеюноанастомоз қўйилган (3.5-расм). Операциядан кейинги давр ўзига хос хусусиятларсиз кечган, бемор операциядан кейин 14-

суткада жавоб берилган. Мазкур кузатувни таҳлил қилиб, интраоперацияли асоратларга олиб келган тактик ва диагностик камчиликларни айтиб ўтиш лозим. 1. ЛХЭ ўтказилишида ўт пуфаги бўйинчаси соҳасида қўпол патологик ўзгаришлар, Мириззи синдроми аниқланган. Мазкур шароитда Кало учбурчаги анатомик структуралари, гепатодуоденал бойлам ва жигар дарвозасининг нотўғри аниқланиши УЖЙ нинг қисман кесилиши билан шикастланишига олиб келган. 2. Ўт пуфаги бўйинчаси соҳасида инфилтрат шароитида конверсия зарур, у эса қўлланилмаган. Операция лапароскопик яқунланган.



18 - расм. Ру бўйича ГепЕАни Прадери- Смит бўйича ЖОКД да шакллантириш босқичлари:

- 1 – стрелка билан очилган ГХ ва ингичка ичакнинг “ажратилган” қовузлоғи кўрсатилган;
- 2 – ГепЕА орқа деворининг қўйилиши;
- 3 – анастомознинг шакллантирилган орқа лаби;
- 4 – ЖОКД да шакллантирилган гепатикоеюноанастомоз.

Асосий гуруҳдаги беморларда сафро оқишини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш.

Ўт йўлларидаги “кичик” шикастланишларни жарроҳлик усулида даволаш.

Холецистэктомия операциясидан кейинги эрта даврда қорин бўшлиғидан ташқарига ёки қорин бўшлиғига сафро оқиши юзага келган ўт тош касаллиги билан бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида биз юқори технологик кам инвазив жарроҳлик усуллари – реллапароскопия, трансдуоденал эндоскопик амалиётлар, УТ назорати остида пункцион усулларни қўллашга кўрсатмаларни мақбуллаштирдик.

I-даражали сафро оқишида асосий гуруҳдаги беморларда (14 нафар бемор) перитонит белгилари бўлмаганда, беморлар умумий аҳволи қониқарли бўлиб, қон таҳлилларида ўзгаришлар аниқланмаганда ултратовуш мониторинг ёрдамида динамик кузатув, ҳамда спазмолитиклар, инфузион ва антибактериал терапия воситасида консерватив даволаш ўтказилди. Ушбу беморларнинг 9 нафариди даволаш самарали бўлиб, дренаж бўйлаб сафро оқиши жадал камайди ва 3-7 кун давомида тўлиқ тўхтади. Шунинг учун бошқа диагностика ва даволаш муолажалари талаб қилинмади.

3 нафар беморга жигар ости соҳасида тўпланган сафрони эвакуация қилиш мақсадида УТ назорати остида билома пункцияси бажарилди, бунда 1 нафар беморда сафро оқишининг сабаби холедохдан дренаж найнинг тушиши бўлди.

Клиник мисол. Бемор К., 35 ёш, КТ № 3948, клиникага 12.03.2017 й. кунни ўткир калкулёз холецистит таъхис билан госпитализация қилинди. Консерватив терапия фониди оғриқ синдроми камайиб, яллиғланиш белгилари камайди. 14.03.2017 й. кунни беморга режали равишда техник қийинчиликларсиз минилапаротом усулда холецистэктомия ўтказилди. Операциядан кейинги давр, 2-суткада беморда ўнг қовурга ёйи остида оғриқ синдроми кузатилди. Жигар ости соҳасига қўйилган дренаж бўйича ажралмалар кузатилмади. Ултратовуш текширувида жигар ости

соҳасида 100 мл миқдорда суюқликнинг чекланган тўпланиши кузатилди. Перитонеал белгилар бўлмаганлигини инобатга олиб консерватив терапия ва динамик кузатувни давом эттиришга қарор қилинди. МЛХЭ дан кейинги 4-суткада беморнинг ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқлар кучайди, тана ҳарорати $37,9^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилди. Маҳаллий перитонеал белгилар пайдо бўлди. УТ-мониторингда ўнг қовурга ёйи остида суюқликнинг чегараланган тўпланиши аниқланди ва унинг 150 мл гача кўпайганлиги аниқланди (19-расм).

УТ назорат остида суюқликнинг чегараланиб тўпланишида пункция ўтказилди, бунда жигар ости соҳасидан 150 мл атрофида сафро ажратиб олинди (20-расм). Операциядан кейинги давр силлиқ кечди, яъни тана ҳарорати меъёрлашди, оғриқ ва перитонеал белгилар йўқолди. Дренаж най ултраатовуши текширишдан кейин 7-суткада олиб ташланди, бу вақтда жигар ости соҳасида суюқлик тўпланиши аниқланмади. Яранинг битиши бирламчи, бемор қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди.



19- расм. Эхограмма. Бемор К., 35 ёш, минилапаротом усулда ўтказилган ХЭ дан кейинги 4-сутка. Жигар ости соҳасида 150 мл гача суюқлик чегараланиб тўпланган.



20 - расм. Бемор К., 35 ёш. Минилапаротом усулда ўтказилган ХЭ дан кейинги 4-сутка. УТ назорати остида биллома пункцияси.

Яна 2 нафар беморда консерватив даволаш самарасиз бўлди, сафро оқиши суткасига 200-250 мл миқдорда ажралиши билан давом этди ва уларда РПХГ ва ЭПСТ ўтказилди (21-расм).



21 - расм. РПХГ. Бемор Ж., 61 ёш. ЛХЭ дан кейинги 3-сутка. Резидуал холедохолитиаз, ўт йўллари гипертензияси.

1 нафар беморда сафро оқшининг сабаби ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, яна 1 нафар беморда сафро оқиш манбаъи аниқланмади. Ўт йўллари эндоскопик дренажлангандан кейин бу беморларда сафро оқиши 2 ва 5 суткада тўхтади.

Ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги.

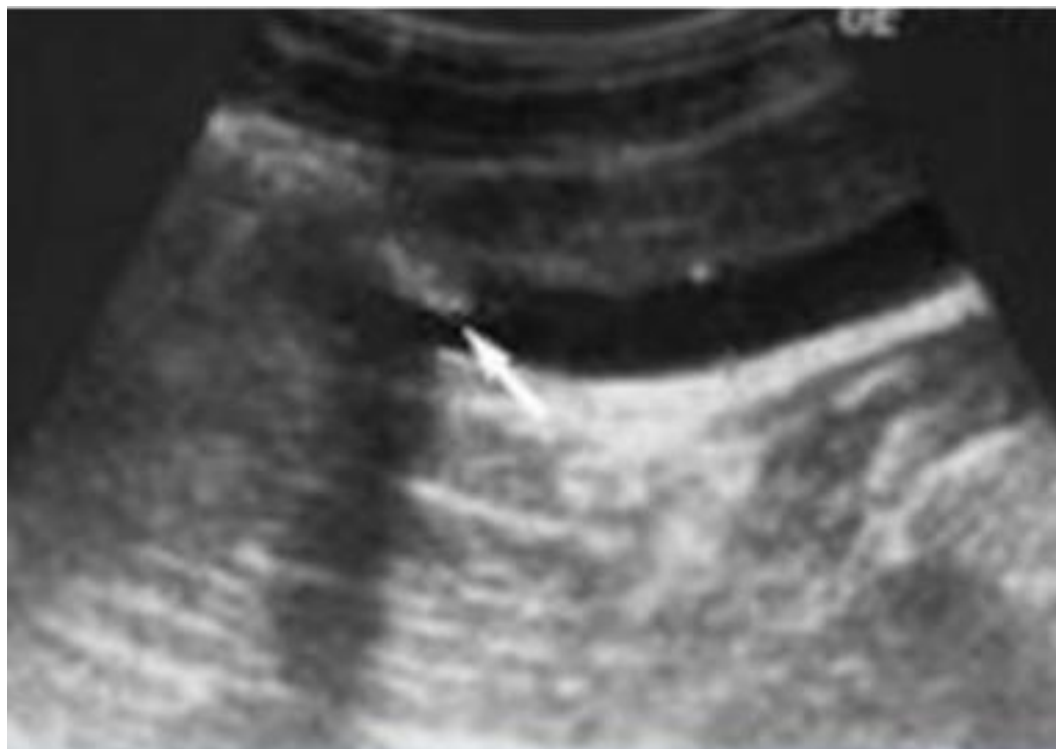
8-жадвал. Асосий гуруҳдаги “кичик” шикастланишларда I даражали сафро оқшини жарроҳлик усулида коррекция қилиш (n=14)

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Ўтказилган амалиётлар турлари	Беморлар сони
Периферик кам сафро оқиши:	A ₁ - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	РПХГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1
	C ₁ – ГХ нуқсони	УТТ назорати остида билома пункцияси	1
Сафро оқиш манбаъи аниқланмаган		Консерватив даволаш	9
		УТТ назорати остида билома пункцияси	2
		РХПГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1
Жами			14

Асосий гуруҳда II даражали сафро оқиши (n=12), холедохолитиаз ва билан билиар гипертензия ва ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида ташқи сафро оқиши сабабли РХПГ ва ЭПСТ, назобилиар дренажлаш 2 нафар беморда сафро оқшини тўхтатишнинг якуний усули бўлди. Гепатикохоледоҳдаги дренаж найнинг тушиб қолиши билан 1 нафар беморда эндоскопик трансдуоденал аралашув ўтказиш орқали сафро оқшини тўхтатишга эришилди. Яна 3 нафар беморга РПХГ да сафро оқиш манбаъини аниқлаш имкони бўлмади, бироқ назобилиар дренаж найнинг ўрнатилиши сафро оқшини тўхтатиш имконини берди.

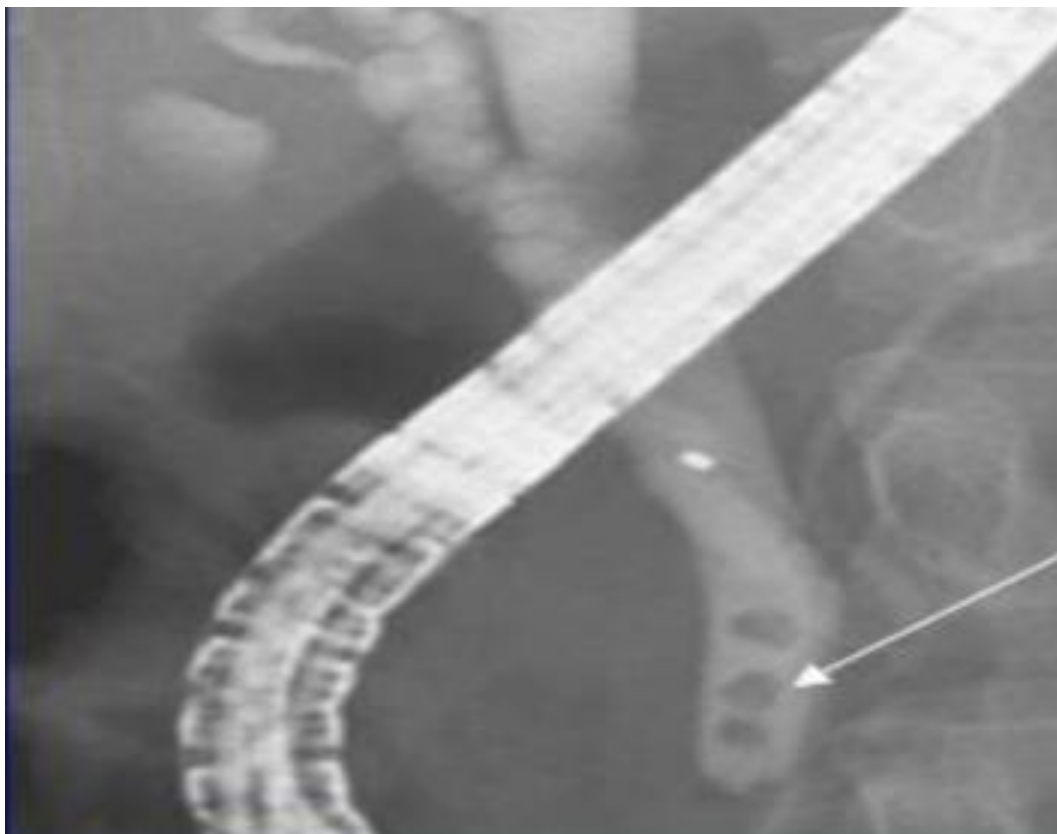
Клиник мисол.

Бемор С., 73 ёш, КТ № 1306. 02.02.2018 й. куни Ўтқир обтурацион калкулёз холецистит диагнози билан клиникага шошилишч ётқизилди. Консерватив даво самара бермади. 03.02.2018 й. куни бемор операция қилинди. Минилапаротом усулда холецистэктомия, жигар ости соҳасини дренажлаш бажарилди. Операциядан кейинги диагноз: Ўтқир обтурацион калкулёз флегмоноз холецистит. Операциядан кейинги даврда, 2-суткада дренаж най орқали 400 мл миқдорда сафро ажралиши кузатилди. Беморда ўнг қовурға ёйи остида бироз озриқ пайдо бўлди. УТ-мониторингда жигар ости соҳасида суюқликнинг кам миқдорда тўпланиши ва тўпланган жойда дренаж мавжудлиги аниқланди. Жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўллари кенгайган. Холедохнинг дистал бўлимида 0,8 см диаметрдаги 3 та конкремент аниқланади (22 - расм).



22 - расм. Эхограмма. Бемор С., 73 ёш. Минилапаротом усулда ўтказилган ХЭ дан кейинги 2-сутка. И даражали сафро оқиши. Холедохнинг дистал бўлимида конкрементлар ва жигар ости соҳасида суюқликнинг кам тўпланиши кузатилади.

РПХГ ўтказишига қарор қилинди. Катта дуоденал сўргич оғзи гиперемиялашган, кузатувда сафро ажралмайди. Бир неча уринишдан кейин катта дуоденал сўргичга канюла киритилди ва ўт йўллари тизими контрастланган. Холедох 1.5 см диаметрда, тешикда 0,8 см гача ўлчамли, доира шаклдаги конкрементлардан соя аниқланади (23 - расм).



23 - расм. РПХГ. Бемор С., 73 ёш. Холедох диаметри 1,5 см гача, сафро оқиш сабаби сифатида билиар гипертензия белгилари аниқланади. Бўшлиғида кўплаб конкрементлар.

Литоэкстракция мақсадида ЭПСТ ўтказишига қарор қилинди. Канюляция усулида 1,5 см гача узунликдаги папиллосфинктеротомия ўтказилди, папиллотом жароҳатдан қон кетиши кузатилмади. ЭПСТ дан кейин сафронинг кўп миқдорда тургун, сладж билан чиқиши аниқланган. Кесилган катта дуоденал сўргич орқали холедох тешигига Дормиа савати ўтказилиб, конкрементлар олиб ташланди. Назорат контрастлашида ўт йўллардан контраст эвакуацияси ўз вақтида. Папиллотом яра

орқали назабилиар дренаж ўрнатилди. Операциядан кейинги давр силлиқ кечди. Жигар ости соҳасида дренаж найорқали сафро ажраллиши 2-суткада тўхтади. Назорат УТ-диагностикасида кейин дренаж 3-суткада олиб ташланди. Назабиллар дренаж 5-суткада олиб ташланди. Бемор холецистэктомия ўтказилганидан кейин 10-суткада қониқарли ҳолатда уйига жавоб берилди.

1 кузатувда эндоскопик трансдуоденал аралашувдан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги кузатилган беморда сафро оқиши тўхтамади, беморда релапароскопия, ўт халта чўлтоғини клипслаш бажарилди.

Клиник мисол. Бемор К., 35 ёш, КТ № 3948, клиникага 12.03.2015 й. куни Ўткир калкулёз холецистопанкреатит диагнози билан мурожаат қилиб келган. Консерватив терапия фонида оғриқ синдроми бартараф қилинган, яллиғланиш жараёни камайди. 24.03.2015 й. куни беморга режали тартибда техник қийинчиликларсиз лапароскопик холецистэктомия операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги давр, 2-суткада жигар ости соҳасидаги дренаж бўйлаб 200 мл сафро келиши кузатилди. Ультратовуш текширувида жигар ости соҳасида эркин суюқлик борлиги аниқланди. Дренажнинг ишлаётганлиги, II даражали сафро оқишига мос келувчи сафро дебети, шунингдек, перитонеал белгилар йўқлигини эътиборга олиб, динамик кузатувни давом эттиришига қарор қилинди. ЛХЭ дан кейин 4-суткада дренаж бўйлаб 300 мл сафро ажралди, беморни ўнг қовурга ёйи ости соҳасида, ўнг мезогастрал соҳада оғриқлар безовта қила бошлади, тана ҳарорати 38,2 °С даражагача кўтарилди. УТ-мониторингда кичик чаноқ бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги белгиланди. Диагностик лапароскопия ўтказишига қарор қилинди. Қорин бўшлиғида, кўпроқ ўнг диафрагма ва жигар ости соҳаларида, шунингдек ўнг ён каналда 500 мл гача сафро аниқланиб, аспирация қилинди. Текширув давом эттирилганида жигар ости соҳасига катта чарвининг бир қисми келиб ёпишган ўрта даражали енгил битишмалли жараён кузатилди. Яққол инфилтрат мавжудлиги туфайли операция соҳаси ҳамда

гепатодуоденал бойламни батафсил кўриши имконсиз. Жигар ости соҳасида инфилтрат ажратилганида ва гепатодуоденал бойлам текширилганда, клипсалар ўт халта чўлтоғининг 2/3 қисмигагина қўйилганлиги белгиланди, чўлтоқдан эса сафро келиши аниқланади. Ўт халта чўлтоғи такрорий иккита клипси билан клипсланди. Операция жигар ости соҳаси ва ўнг ён канал яра орқали алоҳида – алоҳида дренаж ўрнатиши билан яқунланди. Операциядан кейинги давр силлиқ кечди. Дренажлар 5-суткада олиб ташланди. Беморга операциядан кейинги 15-суткада жавоб берилди.

9- жадвал. Асосий гуруҳдаги “кичик” шикастланишларда II даражали сафро оқишини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш (n=12)

ХЭ дан кейин сафро оқиш манбаи (P. Neuhaus бўйича)		Бажарилган амалиётларнинг турлари	Беморлар сони
Периферик кам сафро оқиши:	A ₁ - ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги	РХПГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	2
		Релапароскопия, ўт халтасининг такрорий клипсланиши	1
		Релапаратомия, ўт халта чўлтоғининг қайта боғланиши, холедохолитотомия холедохни ташқи дренажлаш	1
	A ₂ – ўт халта ётоғидаги аберрант ўт йўллари	Релапароскопия, аберрант ўт йўллари клипсланиши	3
		Релапаратомия, ўт халта чўлтоғининг қайта боғланиши	1
	C ₁ – ГХ нуксони	ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	1
Сафро оқиш манбаи аниқланмади		РХПГ + ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш	3
Жами			12

Шунингдек, 3 нафар бемордаги аберрант ўт йўлларида сафро оқишида релапароскопияда, перитонитга эга 1 нафар беморда эса релапаротомияда клипслаш амалга оширилди. Релапаротомия, холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш, қорин бўшлиғи санацияси сафроли перитонит аниқланган 1 нафар беморда ўтказилди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда II даражали сафро оқишида даволаш муолажалари комплексига эндоскопик трансдуоденал аралашувлар - РПХГ, ЭПСТ ва НБД нинг киритилиши 50% (6) беморларда сафро оқишининг бутунлай тўхтатиш имконини берди. Қорин бўшлиғида такрорий аралашув ўтказиш зарурияти туғилганида сафро оқиши 34,4% (4) беморда релапароскопия вақтида тўхтатилди. Релапаротомия бажариш даражаси 16,6% (2 нафар бемор) ни ташкил этди.

Ўт йўллари “катта” шикастланишларини жарроҳлик усулида даволаш

Магистрал ўт йўллари шикастланишлари сабабли III даражали сафро оқиши асосий гуруҳдаги 11 нафар беморда кузатилди, бунда 7 нафар беморда ГХ шикастланиши холецистэктомия операциясидан кейин юзага келди. 4 нафар бемор шикастланган гепатикохоледох проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж най билан бошқа стационарлардан келди.

3 нафар беморга ЖОКД билан Ру бўйича ГЕА ўрнатилди, 1 кузатувда эса каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА шакллантирилди.

Операция вақтида аниқланган ГХ тўлиқ кесилиши бўлган 2 нафар беморга ҳам Ру бўйича каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА ўрнатилган.

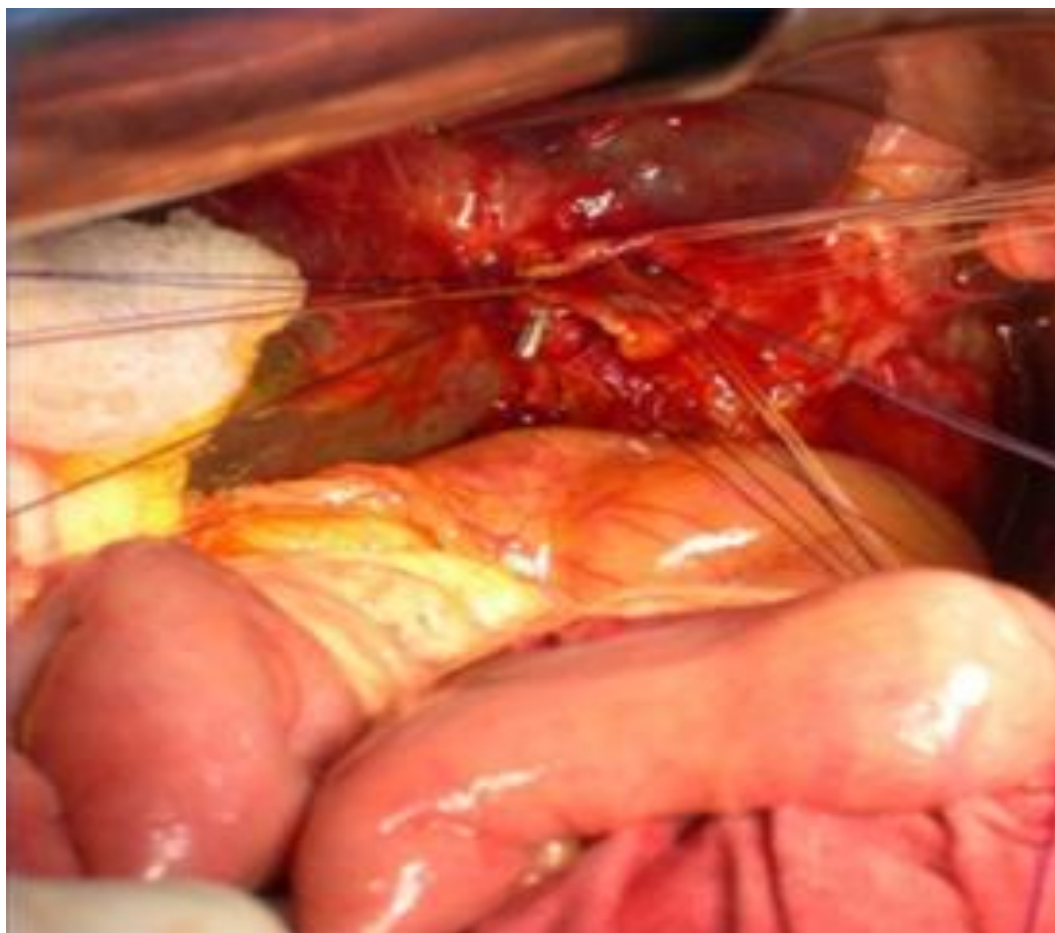
Сафроли перитонит бўлган 1 нафар беморда биринчи босқичда қорин бўшлиғи санацияси ва жигар йўли проксимал чўлтоғининг дренажланиши ўтказилди. Реконструктив операция - ЖОКД билан ГЕА 3 ойдан кейин ўтказилган.

Қайта тиклаш операциялари 3 нафар беморда ўтказилган: - 1 нафар ГХ кесилиши бўлган беморга ББА ўрнатилган; - 3 нафар ўт йўлининг ½ диаметридан ортиқ бўлмаган шикастланиши кузатилган беморнинг 2 нафарида ўт йўлининг тикилиши, бир нафарида РПХГ дан кейин стент қўйиш бажарилган (10-жадвал).

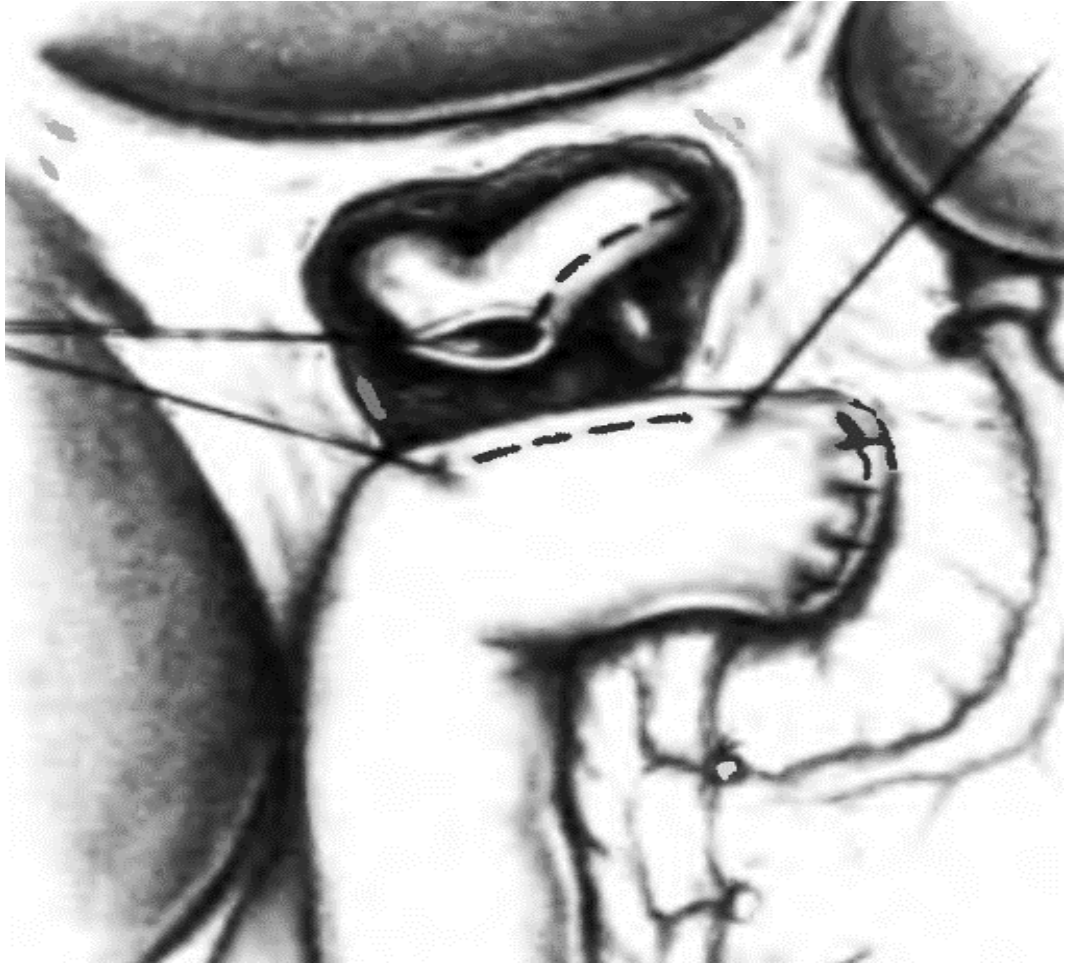
Сафро оқиши билан кузатилган ГХ шикастланишларини жарроҳлик йўли билан коррекция қилишнинг тактик-техник жиҳатларини жароҳатнинг тури ва даражасига боғлиқ равишда такомиллаштириш мақсадида биз: - «+1»вариант, «0»вариант даражадаги шикастланишларда анастомоз ўрнатиш учун жойни чап жигар йўлини кесиш ҳисобига ҳосил қилдик, бунда у хилиар пластинка остидан очилди (Нерр-Соиnaud методи) 24, 25 -расмлар).

10 - жадвал. Беморларни асосий гуруҳда реконструктив-қайта тиклаш операциялари

Шикастланиш даражаси	ГХни дренажда тикиш		ББА		Эндоскопик стентлаш		Каркасиз ГепЕА		ЖОКД да ГепЕА		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
+2; +1 даража	2	18,2										
0 даража	-	-										
- 1 даража;	-	-										
Жами	2	18,2										



24 - расм. Бемор Э. 49 ёш. ГХ шикастланишининг “0” даражаси, Нерр-Соліпауд методи бўйича ГЕА ўрнатиш босқичи, чап жигар йўли ажратилди ва кесилди, ГЕА нинг орқа лабига чоклар қўйилди.

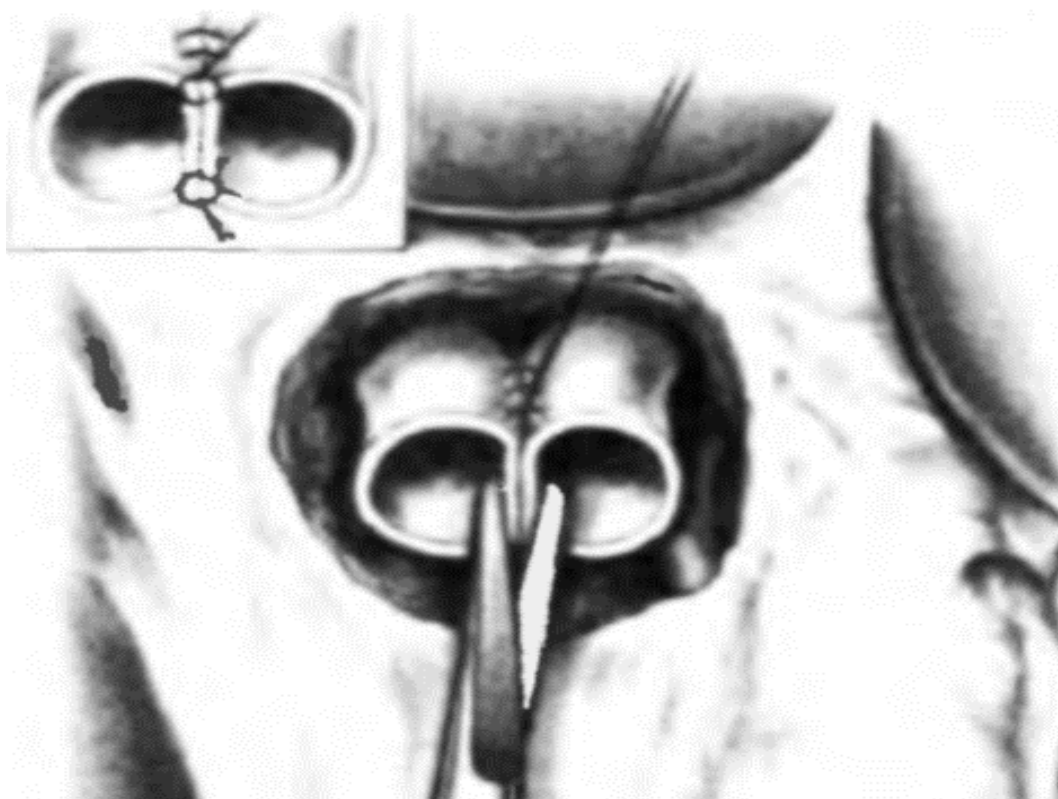


25 - расм. Анастомозга кенг оғиз ҳосил қилиш Нерр-Couinaud усулида гепатикоеюностомия қўйишнинг схематик тасвири.

Шикастланиш конфлюэнс бузилиши (“-1” даража) билан содир бўлган ҳолатларда оч ичак билан кенг анастомоз шакллантириш учун жой жигар бўлаклари медиал деворларини бўйлама тикиш улар орасидаги деворни кесиш ҳисобига ҳосил қилинди (Cattell metodi). Неоконфлюэнс шакллантирилганидан сўнг, иккала бўйлама йўл қўшимчасига кесилди, бу эса, бўлажак анастомоз диаметрини анча катталаштириш имконини берди (26, 27 - расмлар).



26 - расм. Бемор Ш., 41 ёш. ГХ шикастланишининг “-1” даражаси, ўнг ва чап жигар йўллари ажратилди ва ягона кенг анастомоз шакллантириш учун Cattel усули қўлланилди.

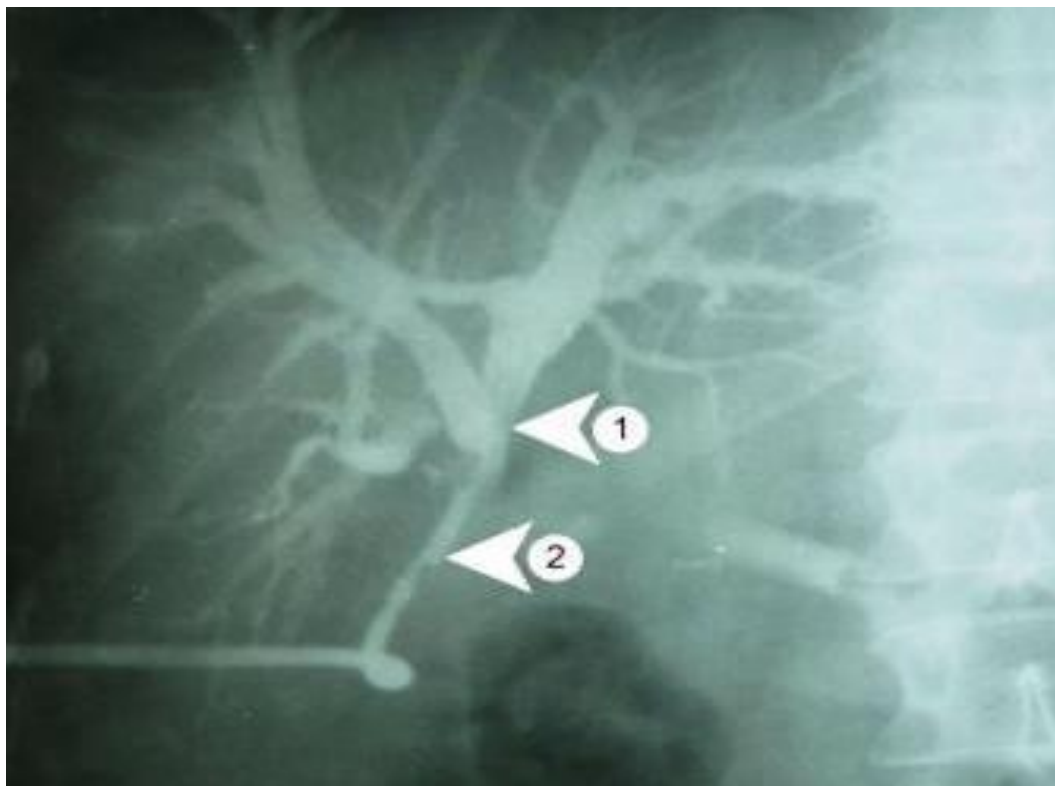


27 -расм. Cattel бўйича ягона кенг анастомоз яратиш учун гепатикоеюностомия қўйишнинг схематик тасвири

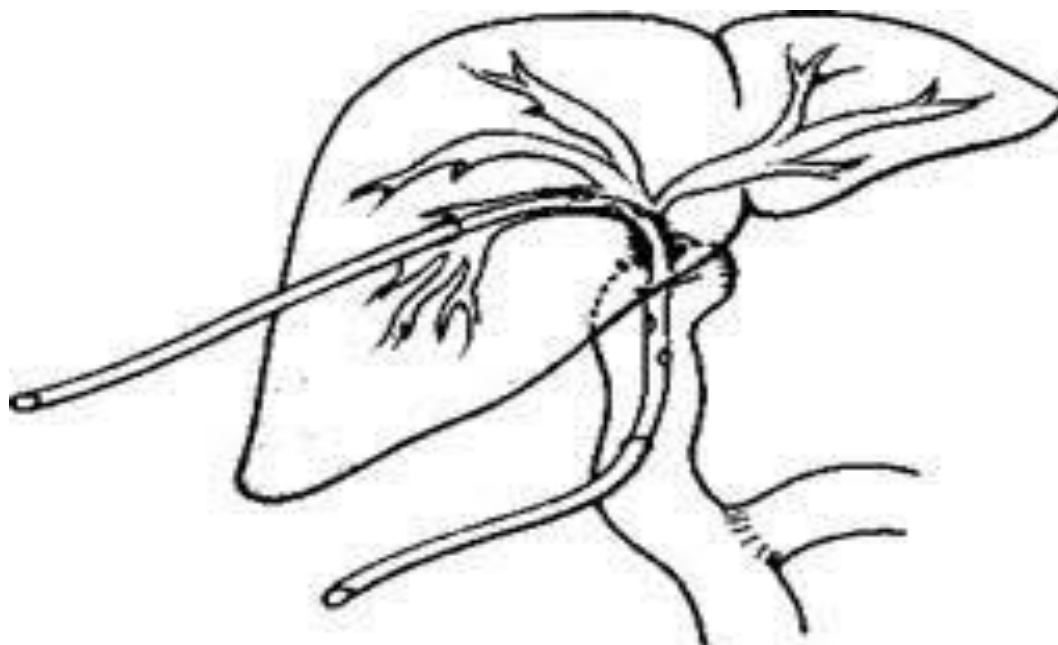
Клиник мисол: Бемор Н., 50 ёш. КТ № 7351, 18.05.2016 й. куни СамДТИ 1-клиникасига Дренаж най орқали кўп миқдорда сафро ажралашиши (1000 мл гача), оқ рангда ахлат бўлиши, умумий ҳолсизликка шикоятлар билан бошқа шифохонадан ўтказилган. Анамнездан: бемор 4 кун аввал ўткир холецистит диагнози билан операция қилинган. Операциядан кейин икки сутка ўтиб ГХ нинг ятроген шикастланиши, сафроли перитонит сабабли “Релапаротомия, холедох чўлтогининг ташиқи дренажлаши, қорин бўшлиғи санацияси, ўтказилган. Келганда беморнинг умумий аҳволи ўрта оғирликда, тери қопламалари оқимтир. Қорни одатий шаклда, нафас олиши актида иштирок этади, юшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ўнг қовурга ёйи ости соҳасида кўп миқдорда сафро ажраладиган дренаж най мавжуд. Ахлати аҳолик. Пешиб чиқиши эркин. Қон умумий таҳлили: Нв-86 г/л, эр.- $2,4 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,8, тромб-230, л.- $8,7 \times 10^9$ /мкл, ҚИВ-3 50”-4 00”, п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-20%, мон.-7, ЭЧТ-15 мм/соат. Қон биокимёвий таҳлили: бил.-19,0 мкмол/л, АЛТ-0,46 ммол/л, АСТ-1,16 ммол/л, тим.пр.-4, сийдик.-4,66 ммол/л, қолд.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмол/л, умумий оқсил-60,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенографияси патологиясиз. УТТ: жигар эхогенлигининг ортиши, жигар ичи ўт йўллари кенгайган. Гепатикохолдох 10 мм диаметрда. Дистал қисми кўринмайди. Дренаж най гепатикохоледоҳда жойлашган (28-расм).

Клиник диагноз: “ГХ нинг ятроген жароҳати: гепатикохоледох кесилиши, 0-тур. Ташиқи сафроли оқма. 23.05.2016 й. куни умумий эндотрахеал оғриқсизлантириши остида “Ру бўйича ГЕА “Seurol-Kirgan” бўйича жигар орқали каркас дренаж билан” операцияси ўтказилди. Федоров бўйича ўнг қовурга ёйига параллел равишда 18 см гача узунликда тери кесилди. Қорин бўшлиғи кесилганда жигар ўлчами катталашган. Дренаж най бўйлаб жигар йўллари идентификация қилиб олинди. Конфлюэнс даражасидаги магистрал ўт йўлининг кесилиши аниқланди. Ру бўйича ажратилган ингичка ичак қовузлогидида 4-0 пролен ити билан бир қатор провизор чокли ГепЕА қўйилди. Дренаж най ўнг жигар йўли орқали ўтказилиб,

жигарнинг VI сегменти орқали чиқарилди. Найнинг иккинчи учи ичакнинг ажратилган қовузлоғи орқали чиқарилди (Seypol-Kurian усули) (29 -расм).



28 - расм. Фистулохолангиография. Бемор Н., 50 ёшда. (2) ГХ проксимал чўлтоғига дренаж най ўрнатилган (1).



29 - расм. Бемор Н. 50 ёшда. Ўтказилган операция схемаси. Ру бўйича ГЕА ЖОҚД билан шакллантирилган.

Диафрагма ва жигар ости соҳалари дренажланди. Қорин бўшлиғи қуритилинди ва девори қаватма – қават тикилди. Операциядан кейинги давр силлиқ кечди, яранинг битиши бирламчи. Диафрагма ва жигар ости соҳасидаги дренажлар 5-6 суткада олиб ташланди. Бемор жигар орқали каркас дренажи билан қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди. Бемор икки йил давомида кузатувимиз остида бўлди. Ҳар 2-3 ойда ЖОКД алмаштирилди. 2 йилдан кейин дренаж най олиб ташланди. Натижа қониқарли.

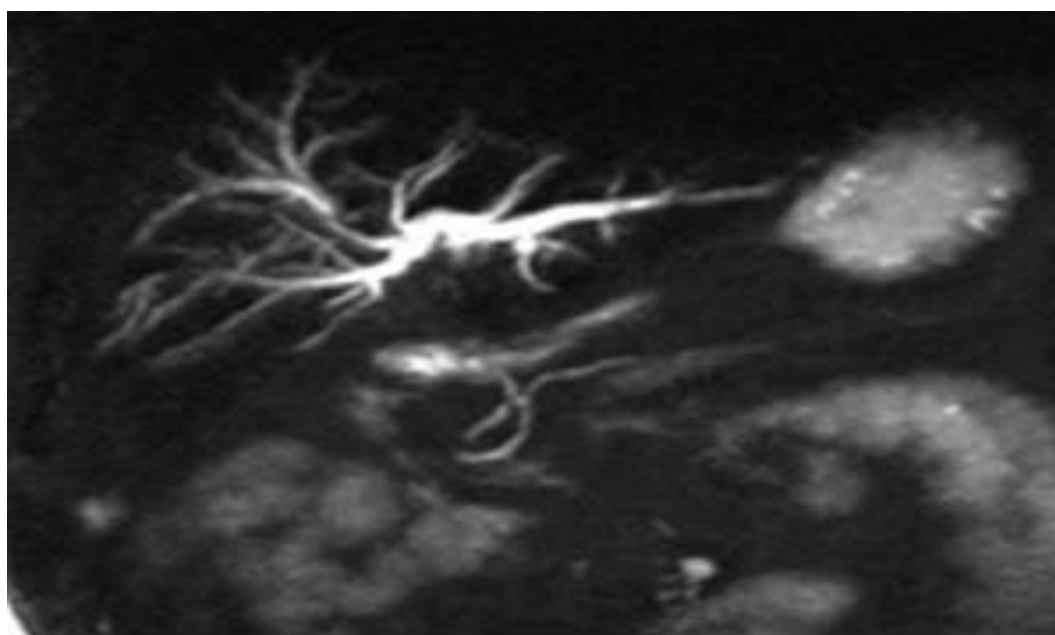
Ўт йўллари ятроген шикастланишлари бевосита диагностикасидан кейин оператив аралашув бажариш учун зарур шарт – шароитлар бўлмаганда, даволашнинг икки босқичли усули қўлланилади. Биринчи босқичда ўт йўлини ташқи дренажланиш, иккинчи босқичда – реконструктив ва/ёки қайта тикловчи оператив амалиётлар бажарилади.

Клиник мисол: Бемор С., 50 ёш, КТ № 9654. СамДТИ 1-клиникасига 21.09.2018 й. куни ўнг қовурга ёйи остида дренаж най мавжудлиги, найдан сафронинг кўп миқдорда ажралиши (1000 мл гача), ўнг қовурга ёйи ости соҳасида бироз оғриқ, рангсиз ахлат, умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди. Анамнездан 10 кун аввал яшаш жойидаги шифохонада ЛХЭ операциясини ўтказган. Келганда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламалари оқши. Аускультацияда ўпкасида иккала томонда везикуляр нафас эшитилади, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Тил нам, қорни одатий шаклда, нафас олиш актида иштирок этади, юмшоқ, палпацияда ўнг қовурга ёйи ости соҳасида оғриқ аниқланади. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Ўнг қовурга ёйи ости соҳасида кўп миқдорда сафро ажраладиган дренаж най мавжуд. Стул ахолик. Диурез эркин. Қон умумий таҳлили: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, РК-0,7, тромб- 2^{10} , л.- $9,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-2-30''-3-50'', п.-2%, с.-66%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, СОЭ-22 мм/соат. Қоннинг биокимёвий тадқиқоти: бил.-23,6 мкмол/л, АЛТ-0,78 ммол/л, АСТ-1,09 ммол/л, тим.пр.-4, мочев.-5,36 ммол/л, қолд.азот-16 г/л, креат.-79,2 мкмол/л, умумий оқсил-58,5 г/л. Кўкрак қафаси рентгенографияси

патологиясиз. УТГ жигар эхогенлигининг юқорилиги, жигар ости соҳасида суюқликнинг кам миқдорда тўпланиши, суюқлик тўпланган соҳада дренаж найни кўриш мумкин, жигар ичи сафро йўллари кенгаймаган (30-расм). МРПХГ: жигар дарвозаси соҳасида гепатикохоledохнинг тўлиқ шикастланиши (31-расм).



30 - расм. Эхограмма. Бемор С. Жигар ости соҳасида суюқлик тўпланиши, ва дренаж найни кўриш мумкин.



31- расм. МРПХГ. Бемор С. Жигар ичи сафро йўллари кўринади. Гепатикохоledох кўринмайди. ГХ нинг “0” даражали шикастланиши.

Клиник таъхис: ГХ нинг “0” даражали шикастланиши (нуқсонли кесилиш). Таъқи сафроли оқма. 25.09.2018 й. куни беморга умумий эндотрахеал оғриқсизлантириши остида “Ру бўйича ингичка ичакнинг “ажратилган” қовузлогида гепатикоеюноанастомоз қўйиш, диафрагма ва жигар ости соҳаларини дренажлаш” операцияси ўтказилди. Федоров бўйича ўнг қовурга ёйига параллел равишда 18 см гача узунликда тери кесилган. Қорин бўшлиғи очилганда жигар одатий ўлчамда, жигар дарвозаси соҳасида жигар йўллари ажратилган. Конлюэнс даражасида магистрал ўт йўлининг кесилиши аниқланган. ЖОҚД билан Ру бўйича ажратилган ингичка ичак қовузлогида ГЕА 4-0 пролен ипи билан, бир қатор прецизион чоклар ёрдамида қўйилди. Билиодигестив анастомоз қўйиш учун жой чап томон жигар йўлини хилиар пластинка остидан кесиб, очиш ҳисобига ҳосил қилинди (Нерр – Соинаид усули). Диафрагма ости ва жигар ости соҳалари дренажланди. Қорин бўшлиғи қуритилди ва девори қаватма - қават тикилди, асептик боғлам. Операциядан кейинги давр силлиқ кечди, яра битиши бирламчи. Дренаж найлар 5-6 суткада олиб ташланди. Бемор ЖОҚД билан қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди.

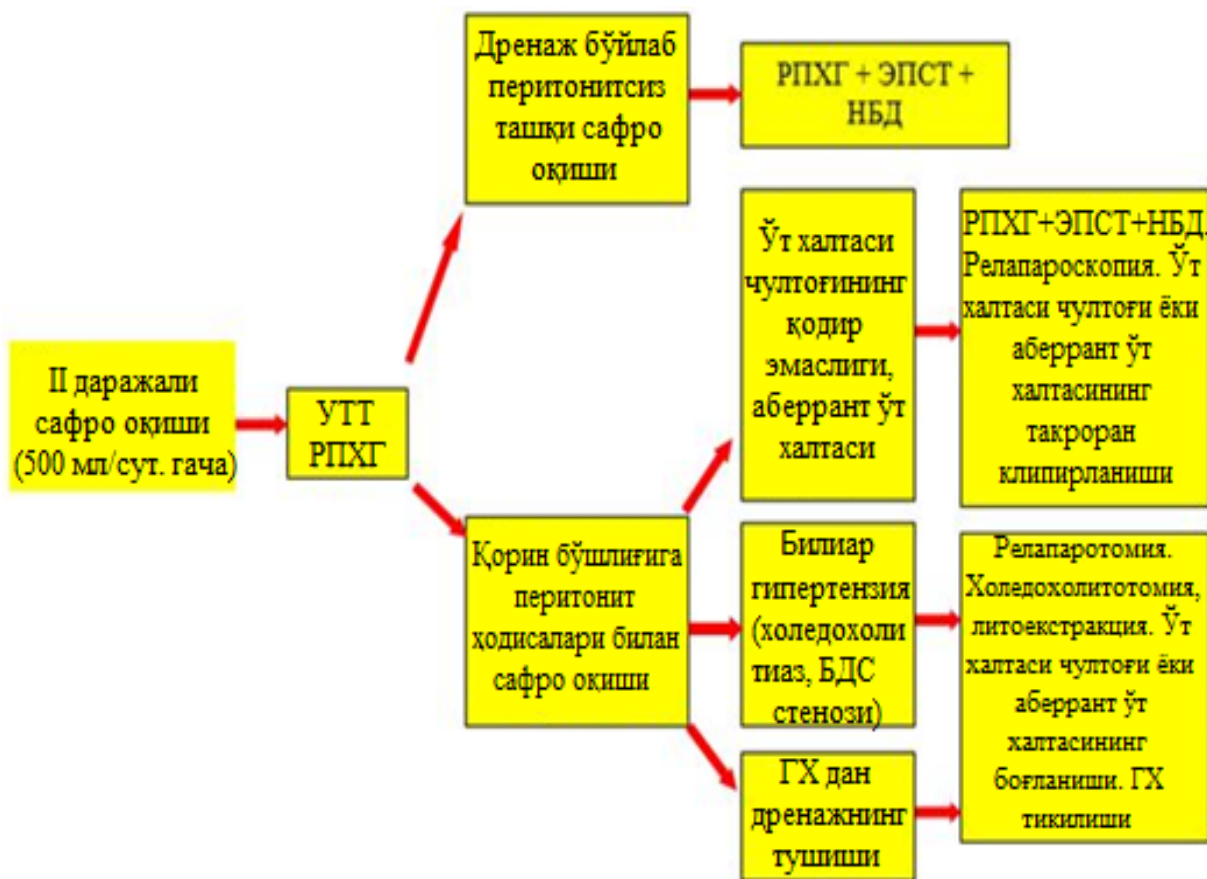
Клиник тадқиқотларнинг натижалари бўйича биз “Операциядан кейинги эрта даврда, сафро оқиши диагностика қилинганда жарроҳлик тактикасини танлаш дастури”ни ишлаб чиқдик, (DGU 07445 Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги томонидан 26.12.2019 йилда берилган гувоҳнома).

I даражали сафро оқишида (100-200 мл/суткада) даволаш диагностика алгоритми УТ кузатувни кўзда тутди. Перитонит клиникаси бўлмаган ҳолатда, дренаж бўйлаб ташқи сафро оқишида динамик кузатув ва консерватив даволаш тавсия қилинади. Қорин бўшлиғига сафро оқиши ва билома шаклланишида УТ назорати остида билома пункциясини тавсия қиламиз. Қорин бўшлиғига сафро оқиши перитонит белгилари билан юзага келганда реллапароскопия, ўт халта чўлтоғига, ёки аберрант ўт йўлларида клипса қўйиш, қорин бўшлиғи санацияси тавсия этилади (32-расм).



32-расм. I даражали сафро оқишида даволаш – диагностика алгоритми

II даражали сафро оқишида (суткада 500 мл/гача) диагностика алгоритми, УТТ билан бирга РПХГ ни ҳам ўз ичига олади. РПХГни дренаж бўйлаб ташқи сафро оқишининг перитонитсиз шаклида ЭПСТ ва НБД билан яқунлаймиз. Ўт халта чўлтоғи етишмовчилиги ёки аберрант ўт йўллари сабабли перитонит белгилари билан қорин бўшлиғига сафро оқишида кузатилганда релапароскопия, ўт халта чўлтоғи ёки аберрант ўт йўлларининг такрорий клипсланишини тавсия қиламиз. Холедохолитиаз ёки КДС стенози оқибатида билиар гипертензия кузатилганда релапароскопия билан бир қаторда ЭПСТ, литоэкстракция ва НБД ўтказилишини тавсия қиламиз. Перитонит ривожланиши билан қорин бўшлиғига сафро оқишига олиб келган резидуал холедохолитиаз ва билиар гипертензияни релапаротомия, холедохолитотомия бажариб коррекция қилиш мумкин (33-расм).

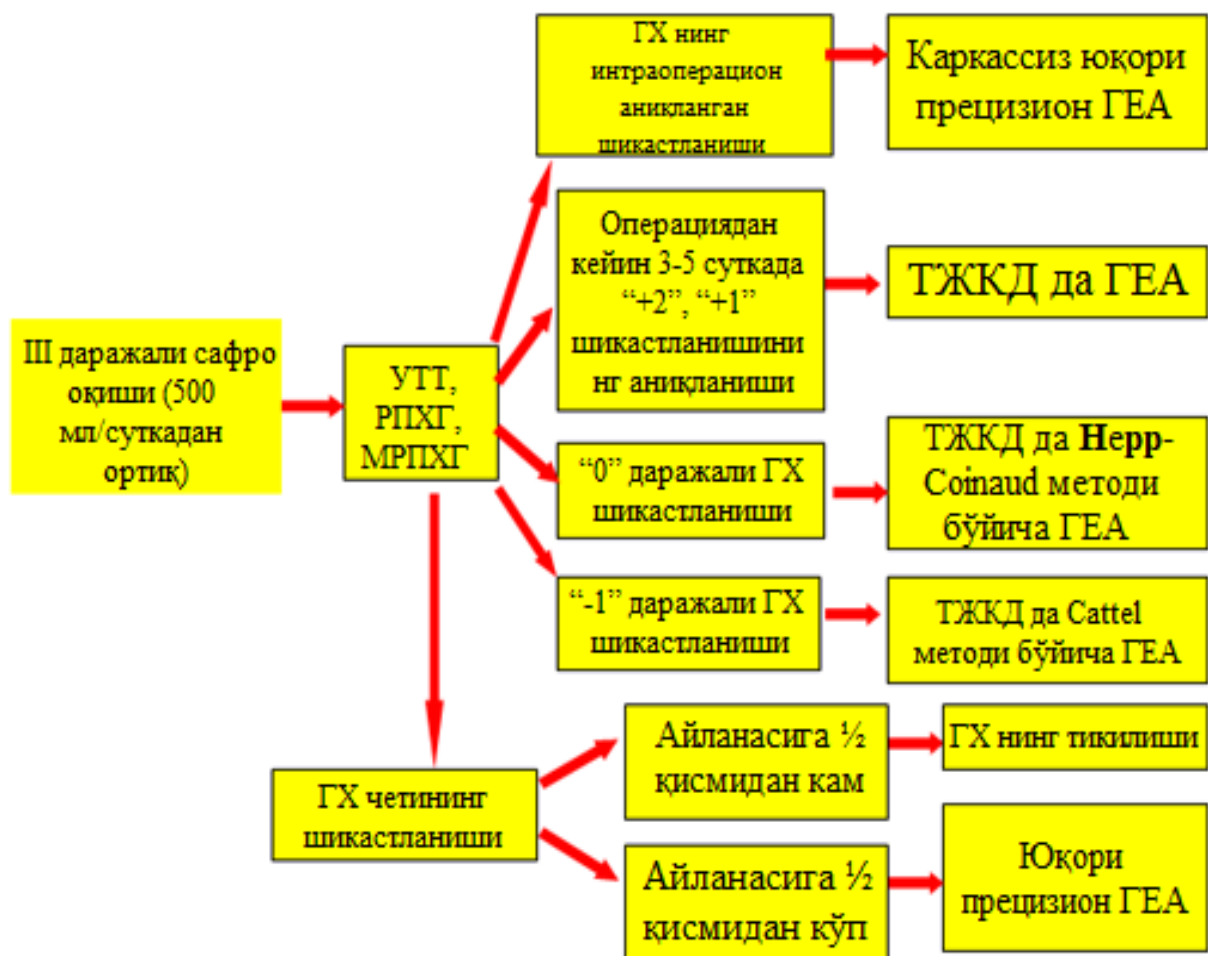


33-расм. II даражали сафро оқишида даволаш-диагностика алгоритми

III даражали сафро оқишида (суткада 500 мл/ дан ортиқ) РПХГ дан фарқли равишда магнит резонанс панкреатохолангиография кам инвазив ва кўпроқ ахборот берадиган усул ҳисобланади, у диагностика алгоритмга киритилиши лозим. «+2», «+1» даражали ГХ шикастланиши операция вақтида аниқланганда (ГХ нинг нуқсонсиз ва нуқсонли кесилиши) Ру бўйича юқори прецизион ГЕА каркас дренажсиз аралашувни тавсия этамиз. Операциядан кейинги даврда жигар дарвозаси соҳасида тўқималарнинг яллиғланиш инфилтрацияси билан бўлган ГХ шикастланиши аниқланганда Ру бўйича ГЕА ЖОҚД даги аралашувни тавсия этамиз. Конфлюэнс сақланиши билан ГХ гилюс шикастланишида (“0” даража) Нерр – Couinaud усули бўйича ЖОҚД да ГЕА қўйишни тавсия этамиз. Конфлюэнс бузилиши билан кечган юқори шикастланишларда Cattel усули бўйича ЖОҚД да ГЕА қўйиш тавсия этилади. Қайта тиклаш операцияси – ГХ шикастланган деворининг тикилишини унинг

диаметри $\frac{1}{2}$ дан кам қисми шикастланганда тавсия қилинади. ГХ диаметрининг $\frac{1}{2}$ дан ортиқ қисми шикастланганда юқори прецизион ГЕА тавсия қиламиз (34-расм).

Холецистэктомиядан кейин эрта билиар асоратларни тадқиқот гуруҳларида сафро оқишини даражасига боғлиқ равишда жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш натижаларининг қиёсий таҳлили кейинги бобда келтирилган.



34-расм. III даражали сафро оқишида даволаш-диагностика алгоритми

IV- БОБ.

ТАҚҚОСЛАШ ГУРУҲЛАРИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Тадқиқот гуруҳларида сафро оқиш даражасининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, 2010-2019-йиллар давомида ХЭ дан кейин билиар асоратлар кузатилган беморлар сони мутлоқ рақамларда сезиларли даражада 37 нафаргача қисқарган. 2000-2009-йиллар давомида эса (таққослаш гуруҳи) бу кўрсаткич 56 нафар беморни ташкил қилган эди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳида сафро оқиш даражаси 1,94% ни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 1,3% га тенг бўлди (5247 ХЭ га умумий кўрсаткич 1,6%) (11-жадвал).

11- жадвал. Таққосланаётган гуруҳларда ХЭ дан кейин сафро оқиш даражаси

Тадқиқот гуруҳлари	ХЭ сони	Сафро оқиши	
		абс.	%
Таққослаш гуруҳи (2000-2009 йй.)	2102	56	2,66%
Асосий гуруҳ (2010-2019 йй.)	3145	37	1,18%
Жами	5247	93	1,6%

Асоратлар қисқаришини ХЭ ни лапароскопик ва минилапаротом усулда ўтказаетган жарроҳларда тажриба ортиши билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз.

Шунингдек, конверсиялар – кўрсатмалар бўйича лапароскопик усулдан минилапаротом холецистэктомия усулига ўтишлар сонининг ортиши, сафро оқиш асорати кузатилган беморларни даволаш натижаларининг яхшиланишига олиб келди (12-жадвал).

12- жадвал. Тадқиқот гуруҳларида ХЭ да бажарилган конверсиялар сони.

Тадқиқот гуруҳлари	ЛХЭ сони	Минидоступдан ХЭ га конверсия	
		абс.	%
Таққослаш гуруҳи (2000-2009 йй.)	1366	68	4,98%
Асосий гуруҳ (2010-2019 йй.)	1887	126	6,68%
Жами	3253	194	5,96%

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ГХ нинг интраоперацион шикастланиши каби оғир асоратларнинг сезиларли даражада камайганлигини айтиб ўтиш лозим: - таққослаш гуруҳида 20 та (5 нафари бошқа стационарлардан келган); - асосий гуруҳда 11 та (4 нафари бошқа стационарлардан келган). Ўт йўлларида “катта” шикастланишлари – ГХ ятроген жароҳатининг даражаси 0,71% дан 0,22% гача камайди (13-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида ХЭ натижаларининг қиёсий таҳлили - ўт йўллари “кичик” шикастланишлари кузатилган беморлар сонининг мутлоқ рақамларда камайганлигини кўрсатди: - таққослаш гуруҳида 36 та; - асосий гуруҳда 26 та. Шу билан бирга, I, II даражали сафро оқиш даражаси таққослаш гуруҳида 1,7% ни, асосий гуруҳда 0,83% ни ташкил қилди (14-жадвал).

13 - жадвал. Тадқиқот гуруҳларида ХЭ вақтида ГХ шикастланиши частотаси

Тадқиқот гуруҳлари	ХЭ сони	ГХ шикастлан-ишлари бўлган беморлар сони	
		абс.	%
Таққослаш гуруҳи (2000-2009 йй.)	2102	15	0,71%
Асосий гуруҳ (2010-2019 йй.)	3145	7	0,22%
Жами	5247	22	0,42%

* эслатма: ГХ шикастланишларига эга 9 нафар бемор (таққослаш гуруҳида 5 нафар, асосий гуруҳда 4 нафар) бошқа стационарлардан келиб тушган.

14- жадвал. Тадқиқот гуруҳларида ХЭ дан кейинги ўт йўлларида
“кичик” шикастланишлар даражаси.

Тадқиқот гуруҳлари	ХЭ сони	“Кичик” шикастланишлар кузатилган беморлар сони	
		абс.	%
Таққослаш гуруҳи (2000-2009 йй.)	2102	36	1,7%
Асосий гуруҳ (2010-2019 йй.)	3145	26	0,83%
Жами	5247	62	1,18%

3 нафар беморга УТТ назорати остида билома пункцияси ва жигар ости соҳасидан сафронинг эвакуацияси талаб этилди.

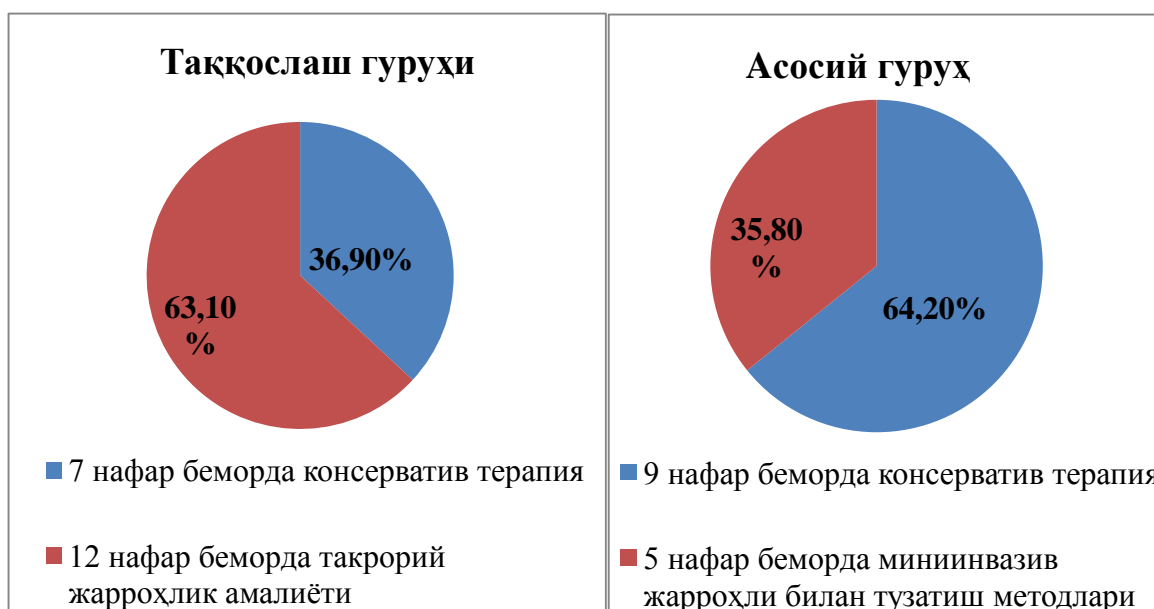
I даражали сафро оқиши кузатилган беморларнинг даволаш натижалари таҳлили таққослаш гуруҳида (n=19) махсус жарроҳлик йўли билан даволаш 63,1% беморда ўқтазилганлигини кўрсатди. Шундан 7 нафар беморга билома шаклланиши оқибатида жигар ости соҳасини дренажлаш ва контрапертура реканализацияси бажарилган бўлса, сафроли перитонит юзага келган 3 нафар беморга релапароскопия ва 2 нафар беморга релапаротомия ўтказилди. Консерватив даво 36,9% (7 нафар) беморларда самарали бўлди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг даволаш натижаларини таҳлил қилишда карама-қарши натижалар олинди (n=14). Консерватив даво 64,2% (9) беморларда самарали бўлди. Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб, перитонит клиникаси бўлмаганда ва қон таҳлилида ўзгаришлар кузатилмаганда мажбурий УТ мониторинг ёрдамида динамик кузатув ва консерватив даво - спазмолитиклар, инфузион ва антибактериал терапия ўтказилди. Ушбу 9 нафар беморда даволаш самарали бўлди. Дренаж бўйлаб сафро оқиши жадал камайди ва 3-7 кундан кейин бутунлай тўхтади. Шунинг учун бошқа диагностика ва даволаш жараёнлари талаб қилинмади.

3 нафар беморга УТ назорати остида жигар ости соҳасидаги сафрони эвакуация қилиш мақсадида биллома пункция қилинди.

Яна 2 нафар беморда консерватив терапия самарасиз бўлди ва уларда билиар йўлларида РПХГ, ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш бажарилди. Билиар тизим эндоскопик дренажлангандан кейин ушбу беморларда сафро оқиши 2 ва 5 суткада тўхтади.

Шундай қилиб, I даражали сафро оқиши кузатилган асосий гуруҳдаги беморларнинг 35,7% (5 нафар) ида миниинвазив эндоскопик ва диапевтик даволаш усуллари самарали бўлди (35-расм).



35 - расм. Тадқиқот гуруҳларида I даражали сафро оқишини коррекция қилиш усуллари

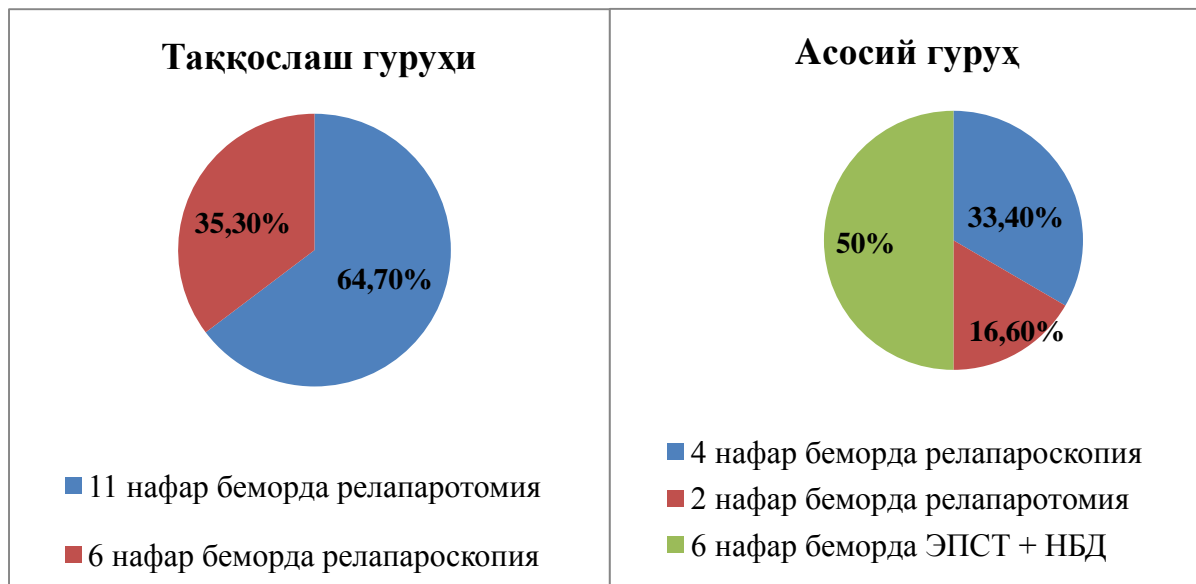
Таққослаш гуруҳида холецистэктомиядан кейин II даражали сафро оқиши (n=17) барча (100%) ҳолатларда такрорий жарроҳлик операциясини талаб қилди. ЛХЭ дан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги кузатилган 8 нафар беморнинг 3 нафарида релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг такрорий клипслаш бажарилди. ГХ даги дренажнинг тушиб қолиши кузатилган 2 нафар беморда релапаратомия, умумий ўт йўлини такрорий дренажлаш ўтказилди. Ўт халта ётоғидаги аберрант ўт йўлларида сафро оқиши бўлган 7 нафар беморнинг 3 нафарида сафро оқиши релапароскопия

вақтида, 4 нафариди эса релапаротомия вақтида тўхтатилди. 2 нафар беморда ўт халта чўлтоғи етишмовчилигининг сабаби холедохолитиаз ва билиар гипертензия бўлди, уларга релапаротомия, холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш бажарилди. Ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида сафроли перитонит юзага келган яна 3 нафар беморга ҳам релапаротомия, ўт халта чўлтоғини такрорий боғлаш ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилди.

Холедохолитиаз ва билиар гипертензия оқибатида ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги юзага келган асосий гуруҳдаги беморлардан (n=12) дренаж бўйлаб суткасига 500 мл. гача сафро ажралиши билан II даражали сафро оқиши аниқланган 2 нафар беморга РПХГ, ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш сафро оқишини тўхтатишнинг якуний усули бўлди. Эндоскопик трансдуоденал амалиёт гепатикохоледох дренажи тушган 1 нафар беморда сафро оқишини тўхтатди. РПХГ вақтида яна 3 нафар беморда сафро оқишининг манбаъи идентификация қилинмади, бироқ назобилиар дренаж найнинг ўрнатилиши сафро оқишини тўхтатиш имконини берди. 1 кузатувда эндоскопик трансдуоденал аралашувдан сўнг ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги бўлган беморда сафро оқиши тўхтамади, беморда релапароскопия, ўт халта чўлтоғини такрорий клипслаш амалга оширилди. Шунингдек, 3 нафар беморда аберрант ўт йўлларида сафро оқишида релапароскопия вақтида, сафроли перитонит бўлган 1 нафар беморга эса релапаротомия вақтида клипслаш амалга оширилди. Релапаротомия, холедохолитотомия, холедохни ташқи дренажлаш ва қорин бўшлиғи санацияси, сафроли перитонит бўлган 1 нафар беморда бажарилди.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида II даражали сафро оқишида 100% кузатувларда қорин бўшлиғида такрорий аралашувлар ўтказилган – 6 нафар беморда релапароскопия, 11 нафариди – релапаротомия, бунда релапаротомия даражаси 64,7% ни ташкил этди. Шу билан бирга, асосий гуруҳда 50% беморларда эндоскопик трансдуоденал амалиётлар сафро оқишини

тўхтатишнинг якуний усули бўлди. Қорин бўшлиғида такрорий аралашув бажаришни талаб қиладиган сафро оқиши 4 (34,4%) нафар беморда релапароскопия вақтида тўхтатилди. Релапаротомия даражаси 16,6% ни (2 нафар бемор) ташкил қилди (36-расм).



36 - расм. Тадқиқот гуруҳларида II даражали сафро оқишини коррекция қилиш усуллари

Магистрал ўт йўллари шикастланишлари таққослаш гуруҳининг 20 нафар беморида III даражали сафро оқишининг сабаби бўлди, бунда уларнинг 5 нафари жигар йўли проксимал чўлтоғининг дренажи билан бошқа стационарлардан ўтказилди. Қайта тикловчи операциялар 9 ҳолатда ўтказилди, улардан гепатикохоледох тангенциал шикастланишларида 4 нафар беморга нуқсоннинг Т-симон дренажда тикилиши амалга оширилди. Гепатикохоледох тўлиқ нуқсонсиз кесилишида билиобилиар анастомоз 5 нафар беморга қўйилди. 11 нафар беморда реконструктив операциялар ўтказилди: 3 нафар беморга гепатикодуоденоанастомоз, 8 нафар беморга эса жигар орқали каркас дренажда гепатикоеюноанастомоз ўрнатилди. Ру бўйича ГЕА гепатикохоледох тўлиқ кесилиши аниқланганда 2 нафар беморда ўтказилди. 6 та кузатувда беморларга 1-босқичда гепатикохоледохни ташқи дренажлаш, 2-босқичда ЖОҚД да Ру бўйича ГЕА қўйилган.

Магистрал ўт йўллари шикастланиши сабабли III даражали сафро оқиши асосий гуруҳдаги 11 нафар беморда кузатилди. Улардан 4 нафари бошқа стационарлардан шикастланган жигар йўли проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж билан келиб тушди. Улардан 3 нафарига ЖОКД билан Ру бўйича ГЕА қўйилди, 1 та кузатувда каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА ўтказилди. Бизнинг кузатувларимизда операция вақтида аниқланган ГХ нинг тўлиқ кесилишида, каркассиз Ру бўйича юқори прецизион ГЕА ўрнатилди. Сафроли перитонит бўлган 1 нафар беморда биринчи босқичда қорин бўшлиғи санацис ва жигар йўлини дренажлаш амалга оширилди. Реконструктив операция – ЖОКД билан ГЕА 3 ойдан кейин бажарилди. Қайта тиклаш операциялари 3 нафар беморда ўтказилди. ГХ кесилиши бўлган 1 нафар беморга БАА қўйилди. Ўт йўли диаметрининг $\frac{1}{2}$ дан ортиқ бўлмаган шикастланиши кузатилган 3 нафар беморнинг 2 нафарига сафро йўлининг тикилиши, бир нафарига РПХГ дан кейин ГХ ни стентлаш бажарилди.

Шундай қилиб, барча кузатувларда магистрал ўт йўллари шикастланиши билан боғлиқ бўлган III даражали сафро оқишида таққослаш гуруҳида (20 нафар бемор) 45% (9) ҳолатда қайта тикловчи операциялар, 55% кузатувларда (11) реконструктив операциялар ўтказилди, бунда 3 нафар беморга ГДА, 8 нафарига эса ГЕА қўйилди. Гепатикоеюностомия барча кузатувларда ЖОКД да бажарилди.

Асосий гуруҳда (11 нафар бемор) қайта тикловчи операциялар 27,3% (3) ҳолатда, реконструктив операциялар - 63,6% (7) ҳолатда ўтказилди. Реконструктив операциялар – Ру бўйича ГЕА 4 нафар беморда кўрсатма бўйича ЖОКД билан бажарилди. 3 ҳолатда прецизион техникадан фойдаланиш каркас дренажсиз юқори ГЕА ўрнатиш имконини берди. 1 нафар беморда шикастланган йўлга стент ўрнатилди.

Агар ГХ кесилишида ББА таққослаш гуруҳидаги 5 нафар беморда қўйилган бўлса (25%), асосий гуруҳда ушбу операция фақатгина 1 нафар беморга бажарилди (9%).

ГХ жароҳатида уни тикишга кўрсатмалар асосий гуруҳдаги беморларга фақат унинг диаметри $\frac{1}{2}$ қисмигача тангенциал шикастланишларида бажарилди ва жами 2 нафар беморда ўтказилди. Таққослаш гуруҳида ушбу қайта тиклаш операцияси 4 нафар беморда ўтказилди (20%).

Таққослаш гуруҳида реконструктив операциялар 11 нафар беморда ўтказилди, бунда 3 нафар беморга ГДА, 8 нафар беморга эса – ЖОКД да Ру бўйича ГЕА қўйилди.

Асосий гуруҳда реконструктив операциялар бажарилишида Ру бўйича ГЕА шакллантириш маъқул усул ҳисобланди (7 нафар беморда ўтказилди), бунда 3 нафарига каркас дренажсиз юқори прецизион ГЕА ўрнатилди. Бу беморларни операциядан кейин дренажнинг узок муддат туриши (2 йилгача) билан боғлиқ бўлган ноқулайликлардан холос қилди.

4 кузатувда «0» ва «-1» даражали юқори гилюс шикастланишларида кенг анастомоз ҳосил қилиш учун Нерр – Соинауд (3 нафар бемор) ва Саттел (1 нафар бемор) усулларидадан фойдаланилди.

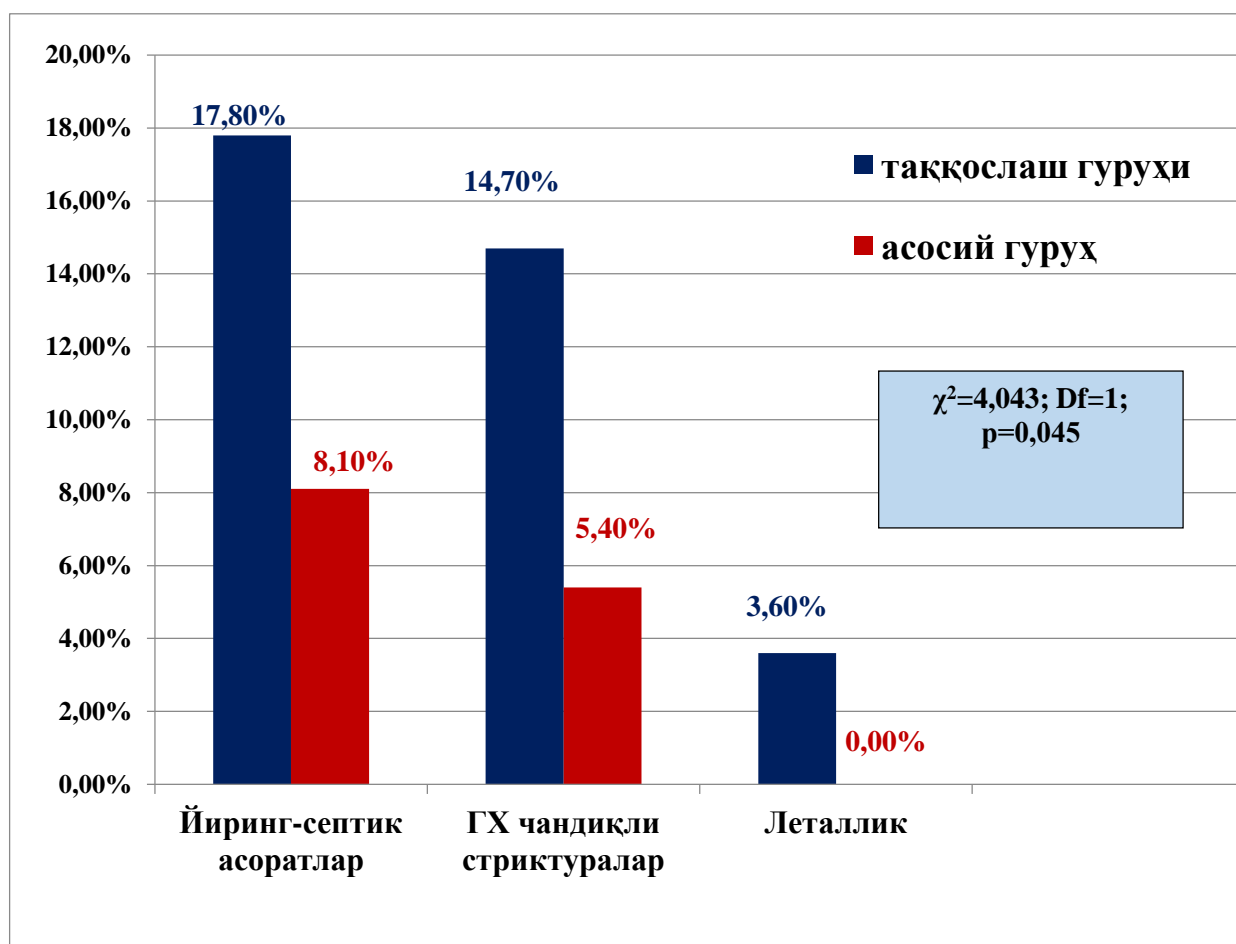
Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши сабабли такрорий аралашувлардан кейин йирингли-септик асоратлар 10 нафар (17,8%) беморда кузатилди. Уларнинг 3 нафарида сафроли перитонит, 3 нафарида диафрагма ва жигар ости соҳаси абсцесси, 4 нафарида эса операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилди. Ушбу беморларнинг 2 (3,6%) нафарида ўлим ҳолати қайд этилди. Иккала кузатувда ҳам ўлим сабаби септик ҳолат фонида ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги бўлди.

Асосий гуруҳда ХЭ дан кейин сафро оқишини жарроҳлик усулида даволашдан кейин юзага келган асоратлар 3 нафар беморда (8,1%) кузатилди. 2 кузатувда йирингли-септик асоратлар бўлиб, 1 ҳолатда – эндоскопик папиллосфинктеротомиядан кейин ўткир

панкреатит ривожланди. Асосий гуруҳдаги беморлар орасида ўлим ҳолати қайд этилмади.

Операциядан кейинги кечки муддатларда таққослаш гуруҳида 8 нафар беморда (14,7%) холангит клиникаси билан кузатилган ГХ ёки олдинроқ ўрнатилган БДА нинг чандиқли структуралари ривожланди. Бунда, улардан 3 нафарида такрорий операция – Ру бўйича ГЕА қўйиш бажарилди.

Асосий гуруҳда кечки муддатларда ГХ структураси 2 нафар (5,4%) беморда, 1 нафарида ББА дан кейин, яна 1 нафарида умумий жигар йўли жароҳатини Т-симон дренажда тикишдан кейин юзага келди. Иккала беморга реконструктив операциялар – Ру бўйича ГЕА қўйиш ўтказилди – (37-расм).



37- расм. Тадқиқот гуруҳларида ХЭ дан кейин эрта ва кечки муддатларда сафро оқиши кузатилган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижалари.

Сафро оқиши беморларни даволаш муддатларини сезиларли даражада узайтирганлигини айтиб ўтиш лозим. ХЭ дан кейин беморларнинг стационар даволашининг ўртача муддати 2-5 ($3,4 \pm 1,2$) суткани ташкил қилди. Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган беморларнинг шифохонада бўлиши $15,9 \pm 2,3$ суткани, асосий гуруҳда - $12,3 \pm 3,1$ суткани ташкил қилди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда миниинвазив эндоскопик трансдуоденал аралашувлар, диапевтик усуллар ва лапароскопия, шунингдек, фаол консерватив терапиянинг қўлланилиши I ва II даражали сафро оқиши (“кичик” шикастланишлар) кузатилган беморларнинг 92,4% ида релапаротомиянинг олдини олиш имконини берган. III даражали (“катта” шикастланишлар) сафро оқишида энг яхши натижалар Нерр Coinaud ва Cattel усулларини қўллаб, прецизион техникадан фойдаланган ҳолда Ру бўйича юқори ГЕА ўрнатилиши натижасида олинди.

ББА ва ГДА бажарилиши узоқ муддатларда анастомозлар стриктураси ҳосил бўлиши туфайли ўзини оқламади.

ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган беморларда диагностика -даволаш тактикасининг такомиллаштирилиши асосий гуруҳдаги беморларда даволаш натижаларини анча яхшилаш имконини берди. Операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 8,1% ни, кечки муддатларда – 5,4% ни ташкил қилди, ўлим ҳолатлари кузатилмади (таққослаш гуруҳида мос равишда – 17,8% ва 14,2%, ўлим – 3,6%).

ХОТИМА

Холецистэктомия операциясидан кейинги асоратлар ичида етакчи ўринни операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши эгаллайди ва унинг учраш даражаси 0,5-6,1% ни ташкил қилади. ХЭ дан кейин сафро оқшининг асосий манбаълари ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, ўт пуфаги ётоғидаги аберрант ўт йўллари (Люшка йўллари), гепатикохоледохга қўйилган дренаж найнинг тушиши ва магистрал ўт йўлларининг ятроген шикастланишлари бўлди.

Манбаига боғлиқ равишда сафро оқшининг тезлиги ва оғирлик даражаси фарқ қилди. Дренаж бўйлаб сафро оқиши билиар асоратнинг эрта ташхисланишига имкон беради. Шу билан бирга, қорин бўшлиғига ҳатто кам миқдордаги сафро оқишлари ҳам, оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Қорин бўшлиғидаги асоратларнинг кеч ташхисланиши клиник белгиларнинг яширинлиги билан боғлиқ. Бу, кўпинча, узоқ муддат консерватив давога вақтнинг беҳуда йўқотилишига ва ўлим даражасининг юқори бўлишига олиб келади. Шу билан бирга, дренаж най орқали кам миқдорда сафро оқиши, аксарият ҳолатларда жарроҳларни ўзини оқламайдиган лапаратомияни қўллашга мажбур қилади.

УТТ, эндоскопик трансдуоденал амалиётлар, лапароскопиянинг кенг қўлланилиши ХЭ операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган беморларда даволаш-диагностика тактикасини такомиллаштириш заруриятини вужудга келтиради.

Тадқиқотнинг мақсади операциядан кейин сафро оқиши кўринишидаги асоратлар ривожланган ўт тоши касаллиги билан беморларни замонавий, юқори технологик миниинвазив усуллардан фойдаланиб жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Самарқанд Давлат тиббиёт институти 1-клиникасининг жарроҳлик бўлимида 2000 йилдан 2019 йилгача операция қилинган,

ХЭ операциясидан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган 93 нафар беморларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинган.

Тадқиқот вазифаларига мувофиқ беморлар иккита таққосланадиган тадқиқот гуруҳларига ажратилди: асосий гуруҳни 2010-2019-йиллар давомида операция қилинган, ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган 37 нафар бемор, таққослаш гуруҳини – 2000-2009-йиллар давомида операция қилинган 56 нафар бемор ташкил қилди.

Шу ўрганилган давр давомида жами 5247 та ХЭ ўтказилган, операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши бизнинг клиникамизда 84 нафар беморда кузатилди (асоратлар частотаси – 1,6% ни ташкил қилди), мазкур асоратга эга 9 нафар бемор бошқа стационарлардан мурожаат қилиб келган. 2056 нафар (39,2%) беморга холецистэктомия лапароскопик усулда (ЛХЭ), 2697 нафарда (51,4%) минилапаратом усулда, 494 нафар беморда эса (9,4%) – кенг лапаратом усулда бажарилган.

ЛХЭ дан кейин сафро оқиши 2,1% (43) ҳолатда, минилапаратом усулдан кейин – 1,1% (29), лапаратом ХЭ дан кейин – 2,4% (12 нафар бемор) ҳолатларда кузатилди.

Ўткир холецистит сабабли шошилиш операция ўтказилганидан кейин сафро оқиши режали тартибда ўтказилган операциялар (1,4%) билан таққосланганда 2 марта кўпроқ (2,9%) кузатилди.

ХЭ дан кейин сафро оқиши юзага келган беморларнинг ўртача ёши $49 \pm 5,1$. Эркаклар 23 нафарни, аёллар эса 60 нафарни ташкил қилди, яъни нисбат 1:3. Бизнинг клиникамизда холелитиаз билан беморлар контингентида бу нисбат 1:6 ни ташкил қилди.

Барча беморларга операциядан олдин, стандарт бўйича умум клиник текширувлар, УТТ, ЭГДС ўтказилди. Алоҳида ҳолатларда, кўрсатмалар бўйича РПХГ ва МРПХГ бажарилди. Операциядан кейинги эрта даврда сафро оқиши кузатилган барча беморларга УТТ ўтказилиб, кўрсатма бўлганда РПХГ, МРПХГ, фистулохолангиография, интраоперацион холангиография, лапароскопия қўлланилди.

Операциядан кейинги сафро оқиш ҳажмини баҳолаш учун L.Morgenstern (2006) модификациялашган таснифидан, сафро оқиш манбаъини аниқлаш учун P.Neuhaus (2000) ва Э.И.Галперин (2002) таснифларидан фойдаланилди. Дренаж бўйлаб сафронинг суткалик дебети, УТТ бўйича қорин бўшлиғида тўпланган суюқлик ҳажми эътиборга олинди. Бизнинг тадқиқотимизда 93 нафар бемордан 32 нафариди (34,4%) сафро қорин бўшлиғига, 61 нафар (66,6%) беморда эса, қорин бўшлиғига ўрнатилган дренаж най ёки шикастланган гепатикохоledохнинг проксимал чўлтоғидаги дренаж най орқали ташқарига оқди.

Оққан сафро ҳажмига боғлиқ равишда операциядан кейинги сафро оқишининг уч даражаси ажратилди. I даражали сафро оқиши – қорин бўшлиғидаги дренаж бўйлаб суткасига 100 мл. гача ёки ўт пуфаги ётоғи соҳасида суюқликнинг 100 мл дан кам ҳажмда, чегараланган миқдорда тўпланиши 33 нафар беморда аниқланди (таққослаш гуруҳида 19 нафар беморда, асосий гуруҳда 14 нафар беморда).

II даражали сафро оқиши – дренаж бўйлаб суткасига 100-500 мл. миқдорда, ёки УТТ да жигар усти ва жигар ости соҳасида эркин суюқлик тўпланиши 29 нафар (таққослаш гуруҳида 17 нафар, асосий гуруҳда 12 нафар) беморда аниқланди.

III даражали сафро оқиши – дренаж бўйлаб суткасига 500 мл. дан ортиқ, ёки қорин бўшлиғининг 3 ёки ундан ортиқ соҳаларида эркин суюқлик 31 нафар беморда (таққослаш гуруҳи – 20, асосий гуруҳ – 11) аниқланди, бунда улардан 9 нафари (таққослаш гуруҳида – 5, асосий гуруҳда – 4) бошқа шифохоналардан мурожаат қилиб келган.

Таққослаш гуруҳидаги I даражали сафро оқиши билан (19 нафар бемор) 7 нафар беморга жигар ости соҳасининг дренажланиши ва контрапертуранинг реканализацияси амалга оширилди. 3 нафар беморга реллапароскопия бажарилди. 1 ҳолатда сафро оқиш манбаи сифатида ўт халта ётоғидаги аберрант ўт йўллари тан аниқланиб, клипсланган. 2 ҳолатда сафро оқиш манбаъи аниқланмади. 2 нафар беморга реллапаротомия ўтказилган, бунда

қорин бўшлиғига сафро оқшининг сабаби 1 кузатувда ўт халта чўлтоғидан дренажнинг тушиши, яна 1 кузатувда сафро оқиш манбаи аниқланмади. 7 нафар беморда сафро оқиши операциядан кейин 4-10 суткада ўз-ўзидан тўхтади.

Асосий гуруҳдаги беморларда (14 нафар бемор) перитонит белгилари бўлмаганда, беморларнинг ҳолати қониқарли бўлганда ва қон таҳлилида ўзгаришлар аниқланмаганда ултратовуш назорати остида динамик кузатув ва консерватив даволаш - спазмолитиклар, инфузион ва антибактериал терапия ўтказилди. 9 нафар беморда консерватив даво самарали бўлиб, дренаж бўйлаб сафро оқиши жадал камайди ва 5-7 кун давомида тўлиқ тўхтади, шунинг учун бошқа диагностика ва даволаш чоралари талаб этилмади. 3 нафар беморга жигар ости соҳасида тўпланган суюқликни эвакуация қилиш мақсадида УТТ назорати остида билома пункцияси талаб қилинди, бунда 1 нафар беморда сафро оқшининг сабаби холедохдан дренаж тушиши бўлди. Яна 2 нафар беморда консерватив даво самарасиз бўлди. Бу беморларга РПХГ ва ЭПСТ ўтказилди. 1 нафар беморда сафро оқшининг сабаби ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги бўлди, яна 1 нафар беморда сафро оқиш манбаи аниқланмади. Билиар тизим эндоскопик дренажланганидан кейин бу беморларда сафро оқиши 2 ва 5-суткада тўхтади.

Шундай қилиб, I даражали сафро оқишида манба фақат 4 (12,1%) кузатувда аниқланди. Таққослаш гуруҳида махсус жарроҳлик билан даволаш 63,1% (12) беморда ўтказилди, консерватив терапия – 36,9% (7) беморда. Асосий гуруҳда консерватив терапия 64,2% (9 нафар) беморда самарали бўлди, миниинвазив эндоскопик ва диапевтик даволаш методлари 5 нафар (35,7%) беморда самарали бўлди.

Таққослаш гуруҳида (17 нафар бемор) ЛХЭ дан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги сабабли II даражали сафро оқиши кузатилган 8 нафар бемордан 3 тасида релапароскопия, ўт халта чўлтоғини такрорий клипслаш ўтказилди. ГХ дренажининг тушиб қолиши аниқланган 2 нафар беморда релапаратомия, умумий ўт

йўлини такрорий дренажлаш ўтказилди. Ўт пуфаги ётоғидаги аберрант ўт йўлларида сафро оқиши кузатилган 7 нафар беморнинг 3 нафарида сафро оқиши релапароскопия вақтид, 4 нафарида эса релапаротомия вақтида тўхтатилди. 2 нафар беморда ўт халта чўлтоғи етишмовчилигининг сабаби холедохолитиаз ва билиар гипертензия бўлди, уларга релапаротомия, холедохолитотомия ва холедохни ташқи дренажлаш операцияси бажарилди. Ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги оқибатида сафроли перитонит аниқланган яна 3 нафар беморга релапаротомия, ўт халта чўлтоғини боғлаш ва қорин бўшлиғи санацияси ўтказилди.

Асосий гуруҳда (n=12) холедохолитиаз ва билиар гипертензия сабабли ўт халта чўлтоғининг етишмовчилигида ташқи сафро оқиши билан 2 нафар беморда РПХГ, ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш сафро оқишини тўхтатишнинг ягона усули бўлди. Эндоскопик трансдуоденал амалиёт орқали гепатикохоледох дренажининг тушиши сабабли сафро оқиш кузатилган 1 нафар беморда ҳам сафро оқиши тўхтатилди. Яна 3 нафар беморда РПХГ да сафро оқиш манбаини аниқлашнинг иложи бўлмади, лекин, назобилиар дренаж ўрнатилиши сафро оқишини тўхтатиш имконини берди. 1 кузатувда эндоскопик трансдуаденал амалиётдан кейин ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги кузатилган беморда сафро оқиши тўхтатилмади, беморга релапароскопия, ўт халта чўлтоғининг қайта клипсланиши ўтказилди. Шунингдек, 3 нафар беморда аберрант сафро йўлларида сафро оқишида уларни релапароскопияда клипслаш ўтказилди, 1 нафар беморда сафроли перитонит юзага келганлиги сабабли релапаротомия, холедохолитотомия холедохни ташқи дренажлаш ва қорин бўшлиғининг санацияси қўлланилди.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида II даражали сафро оқишида 100% кузатувларда қорин бўшлиғида такрорий амалиётлар ўтказилди – 6 нафар беморга релапароскопия, 11 – релапаротомия, бунда релапаротомиянинг частотаси 64,7% ни ташкил қилди. Шу билан бирга, асосий гуруҳда эндоскопик трансдуоденал амалиётлар 50% беморларда сафро оқишини тўхтатишнинг яқуний методи бўлди. Қорин бўшлиғида такрорий амалиёт талаб қилинганда

сафро оқиши 4 нафар (34,4%) беморда реллапароскопияда тўхтатилди. Реллапаротомия частотаси 16,6% (2 нафар бемор) ни ташкил қилди.

Магистрал сафро йўлларининг шикастланиши таққослаш гуруҳининг 20 нафар беморларида III даражали сафро оқшининг сабаби бўлди, бунда улардан 5 нафари жигар йўли проксимал чўлтоғида дренаж билан бошқа стационарлардан кўчирилди. Қайта тиклаш операциялари 9 ҳолатда ўтказилди, улардан гепатикохоледохнинг четки шикастланишида 4 нафар беморга Т-симон дренажда нуқсоннинг тикилиши ўтказилди. Гепатикохоледох тўлиқ кесишганда билиобилиар анастомоз 5 нафар беморга қўйилди. 11 нафар беморда реконструктив операциялари ўтказилди: 3 нафарига гепатикодуоденоанастомоз, 8 нафарига – трансжигар каркас дренажда гепатикоеюноанастомоз қўйилди. Ру бўйича ГЕА гепатикохоледох тўлиқ кесишуви аниқланганидан кейин 2 нафар беморда ўтказилди. 6 кузатувда беморларга 1-босқичда гепатикохоледохнинг ташқи дренажланиши ўтказилди, кейин 2-босқичда ТЖКД да Ру бўйича ГЕА қўйилди.

Магистрал сафро йўллари шикастланишида асосий гуруҳда III даражали сафро оқиши 11 нафар беморда кузатилди. Улардан 4 нафари шикастланган жигар йўли проксимал чўлтоғига дренаж ўрнатилган ҳолда бошқа стационарлардан келиб тушди. Улардан 3 нафарига ТЖКД да Ру бўйича ГЕА қўйилди, 1 кузатувда каркас дренажлашсиз юқори прецизион ГЕА ўтказилди. Бизнинг кузатувларда интраоперацион аниқланган ГХ нинг тўлиқ кесишувига эга 2 нафар беморга каркассиз Ру бўйича юқори ГЕА қўйилди. Сафроли перитонит юзага келган 1 нафар беморда биринчи босқичда қорин бўшлиғи санацияси ва жигар йўлининг дренажланиши ўтказилди. Реконструктив операция 3 ойдан кейин ўтказилди – ТЖКД билан ГЕА. ГХ кесишуви бўлган 1 нафар беморга БАА қўйилди. 3 нафар беморда йўл диаметрининг $\frac{1}{2}$ дан кам қисми четки шикастланишида 2 ҳолатда йўлнинг тикилиши амалга оширилди, бир кузатувда эса РПХГ дан кейин ГХ га стент ўрнатилди.

Шундай қилиб, барча ҳолатларда магистрал ўт йўллари шикастланиши туфайли келиб чиққан III даражали сафро оқишида таққослаш гуруҳида (20 нафар бемор) 45% (9) ҳолатда қайта тиклаш операциялари, 55% кузатувларда (11) реконструктив операциялари ўтказилди, бунда 3 нафар беморга ГДА, 8 нафарига – ГЕА қўйилди. Гепатикоеюностомия барча кузатувларда ТЖКД да ўтказилди.

Асосий гуруҳда (11 нафар бемор) қайта тиклаш операциялари 27,3% (3) ҳолатда, реконструктив операциялар – 63,6% (7) кузатувда ўтказилди. Реконструктив операциялар – Ру бўйича ГЕА 4 нафар беморда ТЖКД кўрсатмалари бўйича ўтказилди. 3 ҳолатда прецизион техникадан фойдаланиш каркас дренажсиз юқори ГЕА қўйиш имконини берди. 1 нафар беморда шикастланган йўлга стент ўрнатилди.

ХЭ дан кейин сафро оқиш частотаси 1,6% ни ташкил қилиши ва холелитиаз билан оғриган беморларда операциядан кейинги асоратлар тузилишида етакчи ўринни эгаллаши уни мустақил муаммо сифатида кўриб чиқиш лозимлигини талаб қилади, чунки у ўта жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин. Ўт тош касаллиги жарроҳлигида “олтин” стандарт деб тан олинган ЛХЭ дан кейин бу асорат 2.1% ҳолатда аниқланган. Ўт пуфагида ўткир яллиғланиш жараёни ва тўқималарда перивизикал инфилтрация бўлган беморларда ХЭ бажарилганда сафро оқиши 2 марта кўпроқ аниқланди. Сафро оқиши кузатилган беморларнинг гендер нисбати (эркаклар/аёллар) 1:3 ни ташкил қилди, лекин, холелитиазга эга беморларни операция қилиш тузилмасида бу нисбат 1:6 га тенг бўлди, бу эркак жинсли беморларда ХЭ операциясини бажаришдаги адабиётларда келтирилган мураккабликларни тасдиқлайди.

62 нафар (66,6%) беморда, яъни 2/3 кузатувда сафро оқшининг сабаби “кичик” шикастланишлари бўлди. Сафро оқиш манбаълари ўт пуфаги ётоғидаги аберрант жигар-ўт халта йўллари (Люшка йўллари) 12 нафар, ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги 13 нафар ва гепатикахоледох дренажининг тушиши 5 нафар беморларда аниқланди. Шу билан бирга, 62 нафар бемордан 32 нафарида (51,6%) сафро оқиш манбаъи аниқланмади.

Ҳар қандай ХЭ ни биз жигар ости соҳасини дренажлаш билан яқунладик, уни беморнинг ҳолати қониқарли бўлганда, дренаж най орқали ажралмалар кузатилмаганда, операциядан 1-2 сутка ўтиб олиб ташладик. Дренаж орқали, 1-2 суткада тўхтайдиган ва бемор ҳолатига таъсир қилмайдиган, кам миқдорда (10-20 мл) сафро ажралиши холецистэктомия асорати сифатидаги сафро оқиши деб қабул қилинмади. Холецистэктомиядан кейин билиар асорат сифатида сафро оқишига операциядан кейинги бир неча сутка давомида дренаждан 50 мл ва ундан ортиқ сафро ажралган беморлар киритилди. Билиар перитонит белгиларининг кам намоён бўлиши, аниқ клиник манзаранинг йўқлиги, қорин мушаклари таранглашиши ва интоксикация белгиларининг намоён бўлмаганлиги сабабли қорин бўшлиғига сафро оқишини ташхислаш мураккаб бўлди. Бу ўзини оқламайдиган консерватив терапиянинг чўзилиши ва вақт йўқотилишига олиб келди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳида натижаларнинг таҳлили хатто дренаждан кам миқдорда сафро ажралганда ҳам жарроҳлар доим ҳам ўзини оқламаган операциялар – контрапертуранинг реканализацияси, релапароскопия ва релапаротомияни ўтказганлигини тасдиқлади. Биринчи даражали сафро оқишида даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили буни 2/3 қисм кузатувларда беморларга такрорий жарроҳлик амалиётлари, консерватив терапия эса фақат 36,9% кузатувда ўтказилганлиги билан исботлайди. Тескари натижалар асосий гуруҳда олинди, бу ерда махсус эндоскопик ва диапевтик методлар 35,7% беморларда такрорий жарроҳлик операцияларини олдини олиш имконини берди, қолган 2/3 қисмда консерватив терапия самарали бўлди.

Таққослаш гуруҳида II (17 нафар бемор) даражали сафро оқишини коррекция қилиш 100% ҳолатларда такрорий жарроҳлик амалиёти релапаротомия (11) ва релапароскопия (6) воситасида ўтказилди. Асосий гуруҳда (12 нафар бемор) эндоскопик трансдуоденал амалиётлардан фойдаланган ҳолда беморларни ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш 6 нафар (50%) беморда ташқи сафро оқишини тўхтатиш имконини берди. Релапароскопия 4 кузатувда сафро оқиш сабабини бартараф қилиш

имконини берди. Фақат 2 нафар беморга (16,6%) релапаротомия талаб қилинди.

Шундай қилиб, трансдуоденал эндоскопик амалиёт сифатида сафро оқишини коррекция қилишнинг миниинвазив методлари, УТ назорати остида қорин бўшлиғи пункцияси, лапароскопия ва кунлик УТ мониторинг билан фаол консерватив даволашнинг жорий қилиниши сафро йўллариининг “кичик” шикастланишларига эга беморларда 92,4% ҳолатда такрорий лапаротомияни олдини олиш имконини берди. Релапаротомия фақат 2 нафар беморда ўтказилди.

Магистрал ўйўллари шикастланиши сабабли юзага келган III даражали сафро оқиши билан беморлар гуруҳида даволаш натижаларининг солиштирма таҳлили прецизион техникадан фойдаланиб, Ру бўйича юқори ГЕА самарадорлигини исботлади. 3 нафар беморнинг барчасида операциядан кейинги эрка ва кечки муддатларда яхши натижаларни берди. ТЖКД да ГЕА ўтказилиши (асосий гуруҳда 4 нафар ва таққослаш гуруҳида 8 нафар) йўл деворида инфилтратив бузилишлар шароитида ва юқори гилюс (0, - 1 даража) шикастланишларида шубҳасиз ўзини оқлайди. Алмаштириладиган трансжигар дренажи юқорида келтирилган ҳолатларда ўта зарур ва жарроҳнинг ишини енгиллаштиради. Бироқ, дренаж трубкалари билан узоқ вақт (2-йилгача) юриш билан боғлиқ бемор учун ноқулайликлар унинг меҳнатга лаёқатлилигини сезиларли даражада туширади ва ушбу даволаш усулининг қийматини пасайтиради. БАА (таққослаш гуруҳида 5 нафар беморда ва асосий гуруҳда 1 нафар беморда) ва ГДА (таққослаш гуруҳида 3 нафар беморда) барча ҳолатларда ГХ ва БДА структуралари билан яқунланди. Уларда такрорий реконструктив операциялар ўтказилди. ГХ нинг $\frac{1}{2}$ диаметридан кам қисмини эгаллайдиган шикастланишларни тикиш фақат прецизион техникадан фойдаланган ҳолда амалга оширилиши лозим.

Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши юзасидан такрорий амалиётлардан кейин йирингли-септик асоратлар 10 нафар (17,8%) беморда кузатилди. Улардан 3 нафарида сафроли перитонит, 3 нафарида жигар ости ва диафрагма ости абсцессасининг

шаклланиши, 4 нафар беморда эса операциядан кейин ярагинг йиринглаши аниқланди. Шундан 2 нафар (3,6%) беморда ўлим ҳолати кузатилди. Иккала кузатувда ҳам ўлим сабаби септик ҳолат фонида буйрак-жигарнинг ўткир етишмовчилги бўлди.

Асосий гуруҳда ХЭ дан кейинги сафро оқишини жарроҳлик усулида коррекция қилишдан кейинги асоратлар 3 нафар (8,1%) беморда кузатилди. 2 нафар кузатувда йирингли-септик асоратлар, 1 ҳолатда эндоскопик папиллосфинктеротомиядан кейин ўткир панкреатит юзага келди. Асосий гуруҳда ўлим ҳолатлари кузатилмади.

Операциядан кейинги кечки муддатларда таққослаш гуруҳининг 8 нафар (14,7%) беморида холангит клиникаси билан кузатиладиган ГХ ёки олдинроқ ўрнатилган БДА нинг чандикли структуралари ривожланди. Бунда, улардан 3 нафарига такрорий операция - Ру бўйича ГЕА қўйилди.

Асосий гуруҳда кечки муддатларда ГХ структураси 2 нафар (5,4%) беморда кузатилди. 1 ҳолатда ББА қўйилганидан кейин ва яна 1 ҳолатда Т-симон дренажда умумий жигар йўлининг жароҳати тикилганидан кейин кузатилди. Иккала беморда ҳам реконструктив операциялари – Ру бўйича ГЕА ўтказилди.

Сафро оқиши беморларни даволаш муддатларини сезиларли даражада узайтирганлигини айтиб ўтиш лозим. ХЭ дан кейин беморларни стационар даволашнинг ўртача муддатлари 2-7 ($3,4 \pm 1,2$) суткани ташкил қилди. Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатилган беморларнинг касалхонада бўлиши $15,9 \pm 2,3$ суткани, асосий гуруҳда - $12,3 \pm 3,1$ суткани ташкил қилди.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Абакумов М.М., Цурова Д.Х., Владимирова Е.С., Донова Л.В., Бармина Т.Г. Повреждение внутрипеченочных желчных протков при ранении и закры той травме живота. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2006;- №4,- С. 44-49.
2. Абжалов М.А., Юрченко В.В. Особенности эндобилиарного стентирования при холедохолитиазе. // *Кубанский научный медицинский вестник* -2016-№ 3 (158). С.7-10.
3. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2016. 21.
4. Алтыев Б.К., Рахимов О.У, Асамов Х.Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей. // *Вестник экстренной медицины*. -2012,- №4.- С. 73-78.
5. Артемьева Н.Н., Вишневский В.А., Коханенко Н.Ю. Повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков. // *Руководство для врачей*. Санкт-Петербург, 2018. 343.с
6. Аскарлов П.А. “Свежие” повреждения внепеченочных желчных протоков. // *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*. Тернопіль, 2018.-№ 1(81).-С. 78-86.
7. Баулина Е.А., Николашин В.А., Баулин А.А. и др. Повреждение внепеченочных желчных путей. // *Эндоскопическая хирургия*. -2013.- №2. -С. 21-23.
8. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х., Раимкулов А.Э., Ермаков Т.А. Результаты чрезкожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2006. -11(4):С 50-53.
9. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Акинчиц А.Н., Веденин Ю.И. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2009. Том14, № 3. С. 18-21.

10. Бебуришвили А.Г. Зюбина Е.Н. Строганова Е.П. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках. // *Анналы хирургической гепатологии.* -2005;-№10(2): с 49-50.

11. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Афанасенко В.П. и др. Варианты повреждений желчных протоков при холецистэктомии и их лечение. // *Анналы хирургической гепатологии.* -2003;-№8(2): с 81-82.

12. Бойко В.В., Тищенко А.М., Смачило Р.М., Малоштан А.В., Воробьев Ф.П., Брицкая Н.Н. Лечение желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии. // *Kharkiv surgical school.* - 2009, -№2.1 (33)- С. 75-77.

13. Буткевич А.Ц. Послеоперационные осложнения традиционных и миниинвазивных операций при желчнокаменной болезни. *Анналы хирургической гепатологии*-2008;-№ 13(3): - С.215.

14. Быстров С.А., Жуков Б.Н. Хирургическая тактика при желчеистечении после миниинвазивной холецистэктомии. // *Медицинский альманах*-2012- №1(20)- С. 90-93.

15. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Делибалтов К.И. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения «свежих» ятрогенных повреждений желчных протоков. *Мед. вестн. Северного-Кавказа*- 2012;-№ 3:- С. 45-49.

16. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Амелина У.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии. // *Эндоскопическая хирургия.*-2002; -№8(2):С 25-26.

17. Гадиев С.И., Курбанова Э.М. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // *Хирургия.* -2011;-№7:-С 54-57.

18. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар-М. 2006;-362 с.

19. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях // Хирургия. -2006; № 4: С 4651.

20. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. // Хирургия.-2010;№10: С. 5-10.

21. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. Анналы хирургической гепатологии.-2009,-Том 14, № 1.- С. 49-56.

22. Гальперин Э.И., Дюжева Т. Г., Ахаладзе Г. Г. // Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии: Видар. -2011; 528 с.

23. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. //Анналы хирургической гепатологии,-2009;- № 14(1): С.49-56.

24. Глухов А.А., Кошелев П.И., Лейбельс В.Н. Лечение «свежих» повреждений внепеченочных желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии.-2008; №3:- С.115-116.

25. Дюжева Т.Г., Савицкая Е.Е., Котовский А.Е. Биodeградируемые материалы и методы тканевой инженерии в хирургии желчных протоков.// //Анналы хирург, гепатологии.-2012; №17(1): С.94-100.

26. Делибатов К.И. Диагностика и хирургическое лечение ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ставрополь. -2011; 20 с.

27. Емельянов С.Л., Патенков Д.Н., Мамалыгина Л.А. и др. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков. // Анналы хирург гепатологии. - 2005; №10(3): С.55-61.

28. Иванов С.В., Голиков А.В., Заикина И.Д. Хирургическая тактика и лечение ятрогенных повреждений и стриктур

внепеченочных желчных протоков. // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2008; №3: С.120-123.

29. Каримов Ш.И., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Джафаров С.М. Антеградное эндобилиарное стентирование при опухолевой обструкции желчных путей. // *Вестник экстренной медицины*, -2017; №X(4) С.54-55.

30. Катанов Е.С., Аниоров С.А., Москвичев Е.В., Краснова А.В. Билиарные осложнения после холецистэктомии. // *Acta medica Eurasica.* -2016, -№1.- С. 14-22.

31. Колесников С.А., Пахлеванян В.Г., Копылов А.А., Жарко С.В., Захаров О.В., Чайкин Р.С. Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных и магистральных внутрипеченочных желчных протоков в результате малоинвазивных холецистэктомий. // *Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация.* -2015;- №10(207): С.39-43.

32. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. Возможности комбинированных методов малоинвазивного вмешательства при лечении повреждений и стриктур желчных протоков. // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* -2012;- №171(4): С. 20-27.

33. Королёв М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. Комбинированное анте- и ретроградное восстановление непрерывности общего печеночного протока после сочетанного ятрогенного повреждения. // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* - 2016; -№175(2): С.105-107.

34. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И.. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков. // *Практическая медицина.* -2010; №8 (47): С.20-29.

35. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Абдульянов А.В., Шигабутдинов Р.Р., Захарова А.В. Осложнения при

лапароскопической холецистэктомии. // Практическая медицина. - 2016, Том 1, №4. -С. 110-113.

36. Крапивин Б.В. Эндоскопические аспекты профилактики и лечения осложнений эндохирургических операций при желчнокаменной болезни. // Эндоскопическая хирургия. -2004; №1.- С.88.

37. Коханенко Н.Ю., Артемьев Н.Н. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. //Анналы хирург, гепатологии. -2008; №3.-С.124-124.

38. Кузнецов Н.А., Соколов А.А., Бронтвейн А.Т., Артемкин Э.Н. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии. // Хирургия.-2011, №3.- С. 3-7.

39. Куликовский В.Ф., Ярош А.Л., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Николаев С.Б., Битенская Е.П., Линьков Н.А., Гнашко А.В. Желчеистечение после холецистэктомии. Опыт применения малоинвазивных методов лечения. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2018;-№4: С.36-40.

40. Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Ярош А.Л., Николаев С.Б., Битенская Е.П., Линьков Н.А., Власюк Ю.Ю., Касьянов Б.В., Гнашко А.В. Эндоскопические рентгенэндобилиарные вмешательства при наружных желчных свищах и повреждениях желчных протоков. // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. -2016;-№12(233):-С.55-60.

41. Курбанов Д.М., Расулов Н.И., Ашуров А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // Новости хирургии. -2014. Том 22, №3. - С. 366-373.

42. Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Прядко А.С. и др. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2015; -№174(5): -С.22-31.

43. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // *Анналы хирург, гепатологии.* -2005; -№10(2):- С. 59.

44. Марков П.В., Оноприев В.И., Фоменко И.В., Григорьев С.П. Пластика внепеченочных желчных протоков трубчатым аутоотрансплантатом из тонкой кишки. // *Хирургия.* -2010; -№11: - С.48-52.

45. Мизуров Н.А., Дербенев А.Г., Ворончихин В.В. Ошибки и осложнения при операциях на желчевыводящих путях. // *Здравоохранение Чувашии.* -2010; -№1: -С.45-48.

46. Миронов В.И., Травматические повреждения магистральных желчных протоков в неотложной хирургии органов брюшной полости. // *Анналы хирург, гепатологии.* -2008; -№3: С.129.

47. Михеев Ю.А., Живица, С.Г., Ярешко Н.А., Перегуда Н.С. Клинико-сонографические «маски» биломы (собственные клинические наблюдения). // *Український Журнал Хірургії.* -2011, - № 5(14). -С. 212-215.

48. Мумладзе Р.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного перитонита и их решение в условиях современной клиники. // *Анналы хирургии,* -2008.- №5.- С. 46-52.

49. Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Asociados a las complicaciones y a la falla terapéutica en las reconstrucciones de lesiones de vía biliar secundarias a colecistectomía. // *Cir Cir* -2018;-№86(6):-С.491-498.

50. Назиров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Девятов А.В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. // *Хирургия.* -2006; -№4:-С. 46-52.

51. Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждение аберрантных желчных протоков при

лапароскопической холецистэктомии. // Вестник экстренной медицины. -2019, № XII(5). С.11-15.

52. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка.// Анналы хирургической гепатологии. -2006; -№11(4):-№ 95-100.

53. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. - 2008; - №3(3): -С.71-76.

54. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Шкарбан В.П. и др. Комбинированные повреждения желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии. // Вестн. хирург. им. И.И. Грекова. -2012;-№ 171(5):-С. 41-45.

55. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при открытой и лапароскопической холецистэктомиях и их последствия. // Киев. Макком.- 2006; -№343: С. 3.

56. Оморев Р.А., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Жумадылов К.С. Желчеистечение как внутрибрюшное осложнение после холецистэктомии. // Наука и новые технологии. -2010, -№5. С. 121-122.

57. Панченков Д.Н. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургическая тактика на современном этапе. // Анналы хирургической гепатологии. -2004; - №9(1):-С.156-163.

58. Прудков М.И., Титов К.В., Шушанов А.П. Хирургическое лечение больных с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока. // Анналы хирургической гепатологии. -2007; -№12(2): - С.69-74.

59. Прудков М.И., О.Г. Орлов, А.В. Кобернюк. // Мат. пленума правл. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ.- 2016; -С.88-89.

60. Пономаренко Е.А. Диагностика, хирургическое лечение и исходы при интраоперационных повреждениях внепеченочных желчных путей. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Барнаул. -2008; -С. 20.

61. Рахметов Н.Р. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений из мини-доступа. // Анналы хирургической гепатологии. -2008; -№13(3): -С. 257.

62. Рыбачков В.В., Раздрогоин В.А., Герасимовский Н.В. и др. К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей. // Вестн. экспериментальной и клинич. хирург. - 2012; -№5(4): -С.34-37.

63. Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С. и др. Роль гистологического исследования тканей желчных протоков в гепатобилиарной хирургии. // Практическая медицина. -2013; - №2(67): -С.56-58.

64. Семенов Д.Ю., Ребров А.А., Васильев В.В. и др. Антеградные эндобилиарные вмешательства под ультразвуковым и рентген-контролем при лечении больных со стриктурами желчных протоков. // Уч. зап. СПбГМУ им. акад. Павлова. -2009; -№16(3): - С.67-69.

65. Соколов А.А., Кузнецов Н.А., Артемкин Э.Н., Наджи Хусейн. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии. // Сибирский медицинский журнал. -2009, №6. С. 143-146.

66. Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И., Куликова Н.А., Ташкинов А.Н. Эндоскопические вмешательства при желчеистечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом. // Вопросы общей хирургии. -2013. С. 64-67.

67. Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция. // Хирургия Украины. -2014, №3. С. 44-49.

68. Токаенко Е.В. Проблемы хирургического лечения ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков. // Фундаментальные исследования. -2014;-№10:-С.203-207.

69. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия -2010;-№ 1:-С. 25-27.

70. Унгурян В.М., Гринёв М.В., Демко А.Е. и др. Ятрогении манипуляционного характера в абдоминальной хирургии. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. -2013; -№172(5): -С.46-50.

71. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий. // Вестник экстренной медицины. -2019, № XII (5). С. 5-10.

72. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях. // Вестник экстренной медицины. -2019, № XII (4). С. 78-84.

73. Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н. Эволюция хирургической тактики в коррекции желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий. // Kharkiv medical school.- 2014, №1(64). С. 112-114.

74. Хворостов Е.Д., Гринев Р.Н., Бычков С.А., Цивенко А.И., Шевченко Е.В., Стандартизация подходов к применению малоинвазивных методов в лечении желчеистечения после лапароскопических холецистэктомий Хирургическое лечение повреждений желчных протоков при холецистэктомии. //Актуальні проблеми сучасної медицини. -2018, Выпуск № I:-С. 12-15.

75. Чевокин А.Ю. Хирургическое лечение повреждений желчных протоков при холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. -2003, Том 8, №1. С. 80-87.

76. Чернышев В. Н., Романов В. Е., Сухоруков В. В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков.//*Хирургия*. -2004;-№ 11: -С.41-49.

77. Ходаков В.В., Забродин В.В., Поляков А.М., Валиев Э.Ф., Забродин Е.В. Редкое осложнение после лапароскопической холецистэктомии. // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. -2012, Том V, №3. С. 585-588.

78. Хоронько Ю.В., Ермолаев А.Н., Дмитриев А.В., Хоронько Е.Ю. Выбор билиодигестивной реконструкции при последствиях ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. // *Фундаментальные исследования*. -2014; -№10 (3):-С. 571-574;

79. Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д. и др. Эндоскопическое лечение послеоперационных рубцовых стриктур желчных протоков. // *Анналы хирург. гепатологии*. -2011; - №16(2.1.): -С. 10-18.

80. Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Пономаренко Е.А. и др. Интраоперационные повреждения желчных путей. // *Сибирский мед. журнал*.-2008;-№ 4(2): -С.87-90.

81. Abbasoğlu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: // *Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery*. -2016;- №32(4):С.300-305.

82. Abdel-Raouf A, Hamdy E, El-Hanafy E. et al. Endoscopic management of postoperative bile duct injuries: a single center experience. // *Saudi J. Gastr*. -2010;-№16: -P.19-24.

83. Angelou A., Damaskos C., Garmpis N., Margonis G.A.,Dimitroulis D., Antoniou E.A. An analysis of the iatrogenic biliary injury after robotic cholecystectomy. *Current data and future*

considerations. // Eur Rev Med Pharmacol Sci -2018; -№22(18): -P.6072-6076.

84. Barrett M, Asbun HJ, Chien HL, Brunt LM, Telem DA. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. // Surg Endosc. -2018; -№ 32(4): -P.1683-88.

85. Bektas H, Kleine M, Tamac A. et al. Clinical application of the Hanover classification for iatrogenic bile duct lesions. // HPB Surg. -2011; P.1–10.

86. Bobkiewicz A, Krokowicz Ł, Banasiewicz T, et al. Iatrogenic bile duct injury. A significant surgical problem. Assessment of treatment outcomes in the department's own material. // Pol Przegl Chir. -2019; -№86(12): -P 576-83.

87. Boldin BV, Ponomar SA, Revyakin VI, Khrustaleva MV. Successful endoscopic treatment of severe iatrogenic injury of common bile duct. Khirurgiia // (Mosk). -2018; -№6: -P.109-111.

88. Cannon RM, Brock G, Buell JF. A novel classification system to address financial impact and referral decisions for bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy // HPB Surg. -2011. 371245. doi: 10.1155/2011/371245.

89. Chang JH. Usefulness of the rendezvous technique for biliary stricture after adult right-lobe living-donor liver transplantation with duct-to-duct anastomosis. // Gut. Liver. -2010; -№4: -P.68–75.

90. Gluszek, et al. Iatrogenic bile duct injuries — clinical problems. // Polski Przegląd chirurgiczny. -2014; -№86(1): -P.17-25.

91. Dageforde LA, et al. Cost-Effectiveness Analysis of Early vs Late Reconstruction of Iatrogenic Bile Duct Injuries. J. Am. Coll. // Surg. -2012; №214(6): P.919-927.

92. Donatelli G. Intraoperative endoscopist-controlled guide wire cannulation technique sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy. // J. Laparoendosc. Adv. Surg. -2012; -№ 22: -P.778-784.

93. Donatelli G, Vergeau B, Derhy S, et al. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. // *Gastrointestinal endoscopy*. -2014; -№79(5):-P. 855-864.

94. Dominguez-Rosado I, et al. Quality of life in bile duct injury: 1-, 5-, and 10-year outcomes after surgical repair. // *J. Gastrointest. Surg.* -2014; -№18:-P. 2089-2094.

95. Eikermann M, et al. Prevention and treatment of bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: the clinical practice guidelines of the European // Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg. Endosc.* -2012;-№ 26:P.3003-3039.

96. Ekmekcigil E, Ünalp Ö, Uğuz A, et al. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. // *Turk J Surg.* -2018;-№ 28:-P.1-7.

97. Ejaz A, Ejaz A, Spolverato G, Kim Y, et al. Long-Term health-related quality of life after iatrogenic bile duct injury repair. // *J. Am. Coll. Surg.* -2014; №219(5):P. 923-932.

98. Fiocca F, Salvatori F, Fanelli F, et al. Complete transection of the main bile duct: minimally invasive treatment with a endoscopic-radiologic rendezvous // *Gastrointest. Endosc.* -2011;-№ 74:-P.1393-1398.

99. Fingerhut A, Dziri C, Garden OJ, et al. ATOM, the all-inclusive, nominal EAES classification of bile duct injuries during cholecystectomy. // *Surg. Endosc.* -2013;-№ 27(12):-P. 201-213.

100. Felekouras E, Petrou A, Neofytou K, et al. Early or delayed intervention for bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy? A dilemma looking for an answer. // *Gastroenterology Research and Practice*. -2015; Article ID 104235:-P. 1-10.

101. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. // *Biosci Trends*. -2017;-№ 11(4):-P. 399-405.

102.Fullum, TM, Downing SR, Ortega G, et al. Is Laparoscopy a Risk Factor for Bile Duct Injury During Cholecystectomy? J. // Soc.Laparoendosc. Surg. -2013; -№17(3):-P. 365-370.

103.Fischer J.E. Is damage to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy an inherent risk of the operation? // Ann. Surg. -2009;-№ 197(6):-P.829-832.

104.Flores-Rangel GA, Chapa-Azuela O, Rosales AJ, Roca-Vasquez C, Böhm-González ST. Quality of Life in Patients with Background of Iatrogenic Bile Duct Injury.// World J Surg. -2018;-№42(9):-P.2987-2991.

105.Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. // NICE Clinical Guidelines. -2014,№188;

106.Gianfranco D, Bertrand M, Serge D, et al. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. // Gastrointestinal endoscopy.- 2014;-№ 79(5):-P.855-264.

107.Harju J, Aspinen S, Juvonen P. et al. Ten-year outcome after minilaparotomy versus laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized trial. // Surg. Endosc. -2013;№27:-P.2512-2516.

108.Hirano S, Tanaka E, Tsuchikawa T, Matsumoto J, Shichinohe T, Kato K. Techniques of biliary reconstruction following bile duct resection (with video). // J Hepatobiliary Pancreat Sci. -2012;-№19(3):-P.203-9.

109.Jablonska B, Lampe P. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management. // World Journal of Gastroenterology : WJG. -2009;-№15(33):-P.4097-4104.

110.Jablonska B, Lampe P. Reconstructive biliary surgery in the treatment of iatrogenic bile duct injuries.// New Advances in the basic and clinical gastroenterology.- 2012;-P. 477-495.

111.Iwashita Y, Hibi T, Ohyama T. Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: an evolutionary cul-de-sac

or the birth pangs of a new technical framework? // J Hepatobiliary Pancreat Sci. -2017; -№24(11): -P.591-602. doi:-№10.1002/jhbp.503. Epub 2017 Oct 23.

112.Ibrahim Abdelkader Salama and others. Iatrogenic Biliary Injuries: Multidisciplinary Management in a Major Tertiary Referral Centre. // HPB Surgery. -2014(2014):-№1-12. <https://doi.org/10.1155/2014/575136>

113.Kook Hyun Kim, Tae Nyeun Kim. Endoscopic Management of Bile Leakage after Cholecystectomy: A Single-Centre Experience for 12 Years. // Clin Endosc. -2014;-№47:-P.248-253. <https://doi.org/10.5946/ce.2014.47.3.248>

114.Kulikovsky VF, Karpachev AA, Soloshenko AV, Yarosh AL, Nikolaev SB, Vlasyk YY, Kasyanov BV, Gnashko AV. Endoscopic biliary stenting for post-cholecystectomy bile leaks. International // Journal of Pharmacy and Technology. -2016;-№2(8):P.14437-14440.

115.Lo Nigr C, et al. Bile leaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single centre and brief literature review on current management. // Ann Ital Chir. -2012;-№83(4):-P.303-312.

116.Karvonen J, Salminen P, Gronroos JM. Bile duct injuries during open and laparoscopic cholecystectomy in the laparoscopic era: alarming trends. // Surg. Endosc. -2011;-№25:-P.2906-2910.

117.Kelley I, Chuang MD, Douglas Corley MD, et al. Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? // Am. J. Surg. -2012;-№203:-P.480-487.

118.Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. // ANZ J Surg -2019;-№89(11):E554-E555.

119.Kulikovsky VF, Yarosh AL, Karpachev AA, et al. Minimally invasive management of biliary leakage after cholecystectomy. // *Khirurgiia (Mosk)*. 2018; -№4:-P 36-40.

120.Li J, Frilling A, Nadalin S, et al. Surgical management of segmental and sectoral bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: a challenging situation. // *J. Gastrointest. Surg.* -2010;-№ 14:-P. 344-351.

121.Lim DZ, Wong E, Hassen S, Al-Habbal Y. Retroperitoneal bile leak after laparoscopic cholecystectomy. // *BMJ Case Rep.* -2018; pii: bcr-2017-222750. doi: 10.1136/bcr-2017-222750.

122.Limaylla-Vega H, Vega-Gonzales E. Iatrogenic lesions of the biliary tract.// *Rev Gastroenterol Peru.* -2017;-№ 37(4):-P. 350-356.

123.Lubikowski J, Post M, Białek A, Kordowski J, Milkiewicz P, Wójcicki M. Surgical management and outcome of bile duct injuries following cholecystectomy: a single-center experience. // *Langenbecks Arch Surg.* -2011;-№ 396(5):-P. 699-707.

124.Mangieri CW, Hendren BP, Strode MA, Bandera BC, Faler BJ. Bile duct injuries (BDI) in the advanced laparoscopic cholecystectomy era. // *Surg Endosc.* -2018 Jul 13. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7.

125.McPartland KJ, Pomposelli JJ. Iatrogenic biliary injuries: classification, identification, and management. // *Surg. Clin. North Am.* - 2008;-№88(6):-P.1329-43;

126.Mercado M.A. Prognostic implication of preserved bile duct confluence after iatrogenic injury.// *Hepatogastroenterol.* -2005;-№ 52(61):-P.40-44.

127.Mercado MA, Vilatoba M, Contreras A, et al. Iatrogenic bile duct injury with loss of confluence. // *World J Gastrointest Surg.*- 2015;-№7(10):-P.254-60.

128.Miller T, Singhal S, Neese P, et al. Non-operative repair of a transected bile duct using an endoscopic-radiologic rendezvous procedure.// *J. Dig. Dis.* -2013;-№ 14:-P.509–511.

129.Morgenstern, L., Berci, G. & Pasternak, E.H. Bile leakage after biliaru tract surgery. // Surg Endosc,-1993;-№ 7,-P. 432-438. <https://doi.org/10.1007/BF00311738>.

130.Nasr J.Y., Hashash J.G., Orons P., et al. Rendezvous procedure for the treatment of bile leaks and injury following segmental hepatectomy. // Dig. Liver Dis. -2013;-№ 45:-P.433-436.

131.Otto W, Sierdziński J, Smaga J, Dudek K, Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. // Medicine (Baltimore). -2018;-№ 97(41): e12684. doi: 10.1097/MD.00000000000012684.

132.Ozogul YB, et al. Spontaneous hepaticoduodenal fistula functioning like a bilioenteric anastomosis following bile duct injury: casereport.// Turk. J. Gastroenterol. -2009;-№20(3):-P. 220-223.

133.Perera MT, Silva MA, Hegab B, et al. Specialist early and immediate repair of post-laparoscopic cholecystectomy bile duct injuries is associated with an improved long-term outcome. // Ann Surg. -2011;-P.253: 553-560.

134.Pitt H., Sherman S., Johnson M.S. et al. Improved outcomes of bile duct injuries in the 21st century. // Ann. Surg.- 2013;-P.258: 490-499.

135.Pottakkat B, Vijayahari R, Prakash A, et al. Factors predicting failure following high bilio-enteric anastomosis for post-cholecystectomy benign biliary strictures.// J Gastrointest Surg. -2010; -№14:-P.1389-1394.

136.Rainio M, Lindström O, Udd M, et al. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy.// Dig Dis Sci. -2018; №63(2): -P.474-480.

137.Rystedt J. Bile duct injuries associated with 55134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. // World. J. Surg. -2016;-№ 40(1): -P.73-80.

138.Sahajpal A.K., Sahajpal A.K., Chow S.C., Dixon E. et al. Bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: timing of repair and long-term outcomes. // Arch. Surg.-2010;-№145: -P.757-763.

139.Sikora, S.S. Management of post-cholecystectomy benign bile duct strictures: review. // Indian J. Surg. -2012; -№74(1):-P.22-28.

140.Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. // Korean J Intern Med. -2017;-№32:-P.79-84. <https://doi.org/10.3904/kjim.2015.165>.

141.Song S., Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. // Clin Case Rep - 2018;-№6(9):-P.1677-1680.

142.Spence LH, Schwartz S, Kaji AH, Plurad D, Kim D. Concurrent Biliary Disease Increases the Risk for Conversion and Bile Duct Injury in Laparoscopic Cholecystectomy: A Retrospective Analysis at a County Teaching Hospital.// Am Surg. -2017; -№83(10): -P.1024-1028.

143.Stewart L. Way L.W. Laparoscopic bile duct injuries: timing of surgical repair does not influence success rate. A multivariate analysis of factors influencing surgical outcomes. // HPB. -2009; -№11: -P.516-522.

144.Strasberg SM. Error traps and vasculo-biliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy. // J Hepatobiliary Pancreat Surg. -2008;-№15:-P.284-292.

145.Thomson BN, Parks RW, Madhavan KK, Garden OJ. Liver resection and transplantation in the management of iatrogenic biliary injury. // World J Surg. -2007;-№31:-P.2363–2369.

146.Tornqvist B, Waage A, Zheng Z, Ye W, Nilsson M. Severity of Acute Cholecystitis and Risk of Iatrogenic Bile Duct Injury During Cholecystectomy, a Population-Based Case-Control Study. // World J Surg. -2016;-№40(5):-P.1060-7.

147. Vitale GC, Tran TC, Davis BR, Vitale M, Vitale D, Larson G. Endoscopic management of postcholecystectomy bile duct strictures. // *J Am Coll Surg.*- 2008;-№206:-P.918–923; discussion 924-925.

148. Weber A, et al. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after cholecystectomy. // *J. Gastroenterol. Hepatol.* -2009; -№24: -P.762-769.

149. Wang L., Zhou D., Hou H., Wu C., Geng X. Application of “three lines and one plane” as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile duct stones. // *Medicine (Baltimore)*- 2018;-№ 97(16):e0155.

150. Yuhsin V, David W, Linehan C. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. // *Surg. Clin. N. Am.* -2010; -№90:-P. 787-802.

151. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.*- 2013;-P. 20: 89-96.

152. Yuhsin V, et al. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. // *Surg. Clin. N. Am.*- 2010;-№ 90:P.787-802.

153. Zhou XJ, Dong Q, Zhu CZ, et al. The role and significance of digital reconstruction technique in liver segments based on portal vein structure. // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* -2018 -Jan -1;-№56(1):-P.61-67.

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ

ББА	Билиобилиар анастомоз
ГепЕА	Гепатикоеюноанастомоз
ГепДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикохоледох
ИОХГ	Интраоперацион холангиография
СО	Сафро оқиши
ЛХЭ	Лапароскопик холецистэктомия
МЎЙ	Магистрал ўт йўллари
МЛХЭ	Минилапаротом холецистэктомия
МРТ	Магнит – резонанс томография
МРПХГ	Магнит – резонанс панкреатохолангиография
МСКТ	Мултиспирал компьютер томография
НБД	Назобилиар дренажлаш
УЖЙ	Умумий жигар йўли
УЎЙ	Умумий ўт йўли
ЖОКД	жигар орқали каркас дренаж
УТТ	Ультратовуш текшириш
ФХГ	Фистулохолангиография
ХЭ	Холецистэктомия
ЭПСТ	Эндоскопик папиллосфинктеротомия
РПХГ	Ретроград панкреатохолангиография

МУНДАРИЖА

МУҚАДДИМА	3
I - БОБ. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ЭРТА МУДДАТЛАРДА САФРО ОҚИШИ. ТАШХИС ҚЎЙИШ ВА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ	8
II-БОБ. КЛИНИК КУЗАТУВЛАР ХАРАКТЕРИСТИКАСИ ВА ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ.....	32
Беморларнинг умумий тафсифланиши	32
Тадқиқот усуллари.	40
III-БОБ. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ДАВРДА САФРО ОҚИШИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ.....	49
Таққослаш гуруҳидаги беморларда сафро оқишини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш.....	49
Ўт йўлларидаги “кичик” шикастланишларни жарроҳлик йўли билан даволаш.....	49
Ўт йўллари “катта” шикастланишлари (гепатикохоледох жароҳатлари) ни жарроҳлик йўли билан даволаш.	54
Асосий гуруҳидаги беморларда сафро оқишини жарроҳлик йўли билан коррекция қилиш.....	59
Ўт йўлларидаги “кичик” шикастланишларни жарроҳлик усулида даволаш.....	59
Ўт йўллари “катта” шикастланишларини жарроҳлик усулида даволаш.....	67
IV- БОБ. ТАҚҚОСЛАШ ГУРУҲЛАРИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	80
ХОТИМА	90
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:	100
ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ.....	118

**КУРБАНИЯЗОВ З.Б., АРЗИЕВ И.А., ҲАМДАМОВ Б.З.,
ДАВЛАТОВ С.С.**

**ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ
ЭРТА БИЛИАР АСОРАТЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ**

Монография

“ТИББИҲОТ КО'ЗГУСИ” НАШРИЁТИ

Масъул муҳаррир — Дилдора ТУРДИЕВА

Мусаҳҳиҳ — Олим РАХИМОВ

Техник муҳаррир — Акмал КЕЛДИЯРОВ

Дизайнер ва саҳифаловчи — Олима ЗОҲИДОВА

“ТИББИҲОТ КО'ЗГУСИ” босмаҳонасида чоп этилди.

Почта индекси 140100. Самарқанд шаҳар,

Амир Темур кўчаси, 18-уй.

Босишга 31.03.2021 руҳсат этилди. Баённома рақами: 8

Бичими 60x84^{1/16}. “Times New Roman” гарнитураси. 6.98 босма табок.

Адади: 500 нусха. Буюртма рақами: 390 / 17.11.2021

Тел/факс: 0(366)2335415, e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz