

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

«Тасдиқлайман»
Ўқув ишлари бўйича проректор
Проф Баймурадов Ш.А.

«27» август 2023 й.

**2-СОНЛИ ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ,
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Фан: госпитал жаррохлик

«МЕХАНИК САРИҚЛИК. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИК СИНДРОМ»
мавзуси бўйича амалий машғулот
ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Ташкент 2023

Тузувчилар:

Кафедра мудири т.ф.д. профессор Акбаров М.М.

Доцент т.ф.д. Ирисов О.Т.

Ассистент, Отамирзаев К.А.

Методик қўлланма Тошкент тиббиёт академияси даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун тузилган.

Таълим технологияси ТТА 2-сонли факултет ва госпитал хирургия, трансплантология кафедраси йиғилишида тасдиқланган. 1-сонли баённомаси, «27» август 2023 й.

ТЕМА: «МЕХАНИК САРИҚЛИК. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИК СИНДРОМ»

1. Ўқиш машғулотида ўқитиш технологияси модели

Вақт – ишчи ўқув дастурига асосан		Талабалар сони: 8-10та.
Машғулот шакли	Амалий машғулотлар ўқув хоналарида интерактив ўқитиш усуллари ердамида ўтқазилади	
Машғулот ўтказиш жойи	Амалий машғулот 1 сонли факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ва ТТА кўп тармоқли клиникасида ўтқазилади (ўқув хоналари, палаталар, боғлов хоналари, поликлиника, стационар)	
Ўқув машғулотни структураси	1. Кириш қисми. 2. Амалий қисм: курация, амалий кўникмаларни бажариш, амалий қисмни таҳлил қилиш. 3. Теоретик қисм. 4. Баҳолаш. 5. Ўқитувчи томонидан дарсни тамомлаш.	
Машғулотнинг мақсади: Талабалар учун касб-хунар эга бўлишда таергарликни муҳимлигини ифодалаб мавзуни асослаш. Талабаларни тегишли жарроҳлик касалликлари билан, унинг ривожланиш сабаблари, клиник кечимини ўзига хос хусусиятлари, диагностикаси, дифференциал ташхислаш, оптимал даволаш усуллари, операциядан кейинги даврни бошқариш, беморларни реабилитация қилиш билан таништириш.		
Ўқитувчи вазифалари: - Талабаларнинг касалликнинг кечиши ва клиникаси ҳақида билимларини мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш. - Муҳокама қилинаётган патологиянинг клиник хусусиятлари ва мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш. - Бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика тамойилларини тушунтириш. - Касалларни ўз вақтида эрта аниқлаш ва жиддий асоратларни ривожланишидан олдин даволаш учун		Ўқув натижалари: Талаба билиши лозим: - диагностика ва дифференциал диагностика услублари; - ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш; - ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари; - оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, уларнинг ўзига хослигини билиш; - амалиёт даври ва ундан кейинги даврда асоратларни олдини олиш; - жарроҳлик касалликлари билан хасталанган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш; - махсус текширув усулларни ўрганиш. Талаба бажара олиши лозим:

ихтисослаштирилган муассасаларга юбориш кўникмаларини ривожлантириш. - Талабаларни даволашнинг янги усуллари ва профилактика чоралари билан таништириш.	- Амалий кўникмаларни бажара олиши – жаррохлик касалликлари билан хастланган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.
Ўқитиш техникаси ва усуллари	Таълим комплексининг барча таркибий қисмларидан фойдаланган ҳолда ўқитишнинг интерфаол усулларида фойдаланиш; MOODLE тизимидан фойдаланган ҳолда ўқитиш.
Ўқитиш жиҳозлари	Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, слайдлар, видео материаллар, электрон ва сканерланган дарсликлар, тиббий ҳужжатлар.
Ўқитиш шакллари	Индивидуал, гуруҳларда ва коллектив билан ишлаш
Ўқитиш шартлари	Ўқув хоналари, палаталар.
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув вазифаларни бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, езма назорат: тестлаш

2. Мотивация

Талабаларнинг муҳокама қилинадиган мавзуларга қизиқишини ошириш учун асоратларни ривожланишига қадар ўз вақтида адекват даволаниш зарурлигини ва улар пайдо бўлганда диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитациянинг энг информатив ва замонавий усуллари билан таништириш. Талабаларнинг клиник тафаккурини ривожлантириш. Жаҳон тиббиёти ва умумий амалиёт шифокори нуқтаи назаридан муаммонинг замонавий кўринишини ишлаб чиқиш.

3. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

4. Дарснинг мазмуни

МЕХАНИК САРИҚЛИК

Механик сариқлик синдроми - сафро йўлларида оқиб чиқадиган сафро оқимининг бузилиши натижасида пайдо бўлган, билирубинни ичакка чиқарилишига тўсқинлик қиладиган (жигар ости блок) мавжуд бўлган тўқималарда ортиқча билирубин тўпланиб қолиши натижасида терининг ва шиллиқ пардаларнинг сарғиш тусга бўялиши билан тавсифланадиган синдром.

Қонда билирубиннинг нормал миқдори: Умумий - 5,1-21,5 мкмол/л; билвосита (бириктирилмаган, боғланмаган) - 4-16 мкмол/л (умумий миқдорнинг 75-85%); тўғридан-тўғри (бириктирилган, боғланган) - 1-5 ммол/л (умумий миқдорнинг 15-25%).

Қонда умумий билирубин миқдорининг 27-34 мкмол/л дан ошиши (гипербилирубинемия)

унинг терининг эластик толалари билан боғланишига олиб келади, бу эса рангсизланиш (иктериклик) билан намоён бўлади.

Сафро чиқиши блокланиш жойига қараб қуйидаги даражалар фарқланади:

- Паст блок - умумий ўт йўлининг терминал қисми даражасида ёки катта дуоденал сўрғичнинг (КДС) обструкцияси. Ультратовуш текширувида гепатикохоledохнинг кенгайиши, кейинги даврларда эса ўт пуфаги ҳажмининг катталашиши билан интрагепатик каналларнинг кенгайиши кузатилади;

- Юқори блок - жигар ичи йўллари ва гепатикохоledохнинг бошланғич қисмидаги ўт йўлининг обструкцияси. Ультратовуш текшируви интрагепатик каналларнинг кенгайишини кўрсатади, стиркутардан пастда ут йўллари нормал ўлчамда, ўт пуфаги, одатда, бушаб қолган кўринади.

Этиологияси:

МС жигардан ўн икки бармоқли ичакка сафро оқишини бузилишидан келиб чиқади. Сафро чиқиб кетишининг бутун йўлида ичкаридан тикилиб қолиш ёки ташқи томондан сиқиш туфайли тўсиқ пайдо бўлиши мумкин. Обструктив сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабаби бу ўт йўлларидаги тошлар (45% гача), ўт қўллари, КДС ошқозон ости беши ва ўт пуфаги неоплазмалар (тахминан 40%). Обструктив сариқлик бошқа сабабларга кўра ҳам юзага келиши мумкин (15-20%): КДС стенози, йўлларнинг торайиши, ўт йўлларининг атрезияси, холангит, панкреатит, жигар ўсмалари.

Ҳозирги вақтда обструктив сариқликнинг сабаблари яхши ўрганилмоқда. Этиологик принципга кўра, уларни бир неча асосий гуруҳларга бирлаштириш мумкин:

Ривожланиш нуқсонлари:

- сафро йўлларининг атрезияси;
- ўт йўлларининг гипоплазияси;
- ўт йўлларининг кисталари;

КДС ёнида жойлашган ўн икки бармоқли ичак дивертикули.

Сафро йўлларининг яхши сифатли касалликлари:

- холангиолитиаз билан асоратланган ЎТК;
- КДСга тикилган тошлар;
- ўт йўлларининг торайиши;
- КДС стенози.

Яллиғланиш касалликлари:

- перипроцессли ўткир холецистит;
- холангит;
- панкреатит (ўткир ёки сурункали индуратив);
- ошқозон ости беши кистаси умумий ўт йўлини сиқиш билан;
- ўткир папиллит.

Ўсмалар:

- жигар
- ички ва экстрагепатик сафро йўллари;
- КДС;
- ошқозон ости беши боши;
- жигар дарвозасидаги метастазлар ва лимфомалар (умумий ўт йўлини ташқи томондан гепатодуоденал боғламнинг патологик ўзгарган лимфа тугунлари билан сиқиш);
- сафро йўлларининг папилломатози.

Жигар ва ўт йўлларининг паразитар касалликлари:

- жигар дарвозаси атрофидаги эхинококкоз ёки алвеококкоз, аскаридоз

Патогенез. Сафро чиқиб кетишига механик тўскинлик турғунликка (экстрагепатик иккиламчи холестаз) ва 270 мм сув устунидан юкори бўлган сафро босимининг ошишига, сафро капиллярларининг кенгайиши ва ёрилишига, сафро тўғридан-тўғри қонга ёки лимфа йўлига тушишига олиб келади. Қондаги сафро пайдо бўлиши тўғридан-тўғри гипербилирубинемия (конюгацияланган билирубин миқдорнинг кўпайиши), гиперхолестеролемиа, қондаги сафро кислоталарининг айланиши туфайли холемик синдромнинг ривожланиши, билирубинурия (сийдикнинг қуюқ ранги - "пиво ранги") ва сийдикда сафро кислоталари мавжудлиги. Сафро йўлидаги механик тўсиқ туфайли сафро ичакка оқиб чиқмаса, стеркобелин ҳосил бўлмайди ва шунинг учун нажас (рангсиз) ва сийдик билан чиқарилмайди.

Обструктив сарикликнинг дастлабки кунларида аминотрансфераза фаоллиги даражасининг ошиши кузатилади. Бу гепатоцит мембраналарининг ўтказувчанлигининг қисқа муддатли (3-5 кун) кўпайиши ва улардан индикатор ферментларининг чиқиши билан изоҳланади.

Обструктив сарикликдаги гипербилирубинемия, асосан, боғланган билирубиннинг қонда ва озроқ даражада боғланмаган билирубиннинг кўпайиши билан тавсифланади. Обструктив сариклик билан, ўт йўллари обструкцияси пайдо бўлганидан кейин, жигар функцияси бироз бузилганлиги сабабли, гепатоцитлар орқали сафро чиқиши давом этади. Сафро йўллари бўшлиғига тушадиган билирубин сафро билан бирга уларнинг деворлари орқали сўрилади ва сафро капиллярлари ичидаги алоқа орқали Диссе бўшлиғига киради. Диссе лимфа тизимидан бўшлиққа билирубин қонга утади. Сафро йўлларида босимнинг узоқ вақт юқорилиги жигар хужайраларининг дисфункциясига олиб келади ва парахолия (билирубиннинг гепатоцитдан қонга қайтиши) содир бўлади. Гепатоцитларнинг фаолияти ёмонлашгани сайин билирубинни бириктириб олиш функцияси ҳам сусаяди ва қондаги боғланмаган билирубин миқдори ортади. Ушбу даврда гепатоцитларнинг некрози кузатилиши мумкин ва шунинг учун қондаги аминотрансферазаларнинг фаоллиги яна ортади.

Клиникаси ва диагностикаси.

Асосий клиник синдромлар

Сариклик - бу аниқ клиник симптом бўлиб, шиллиқ пардалар, кўз склераси ва сийдикнинг сарғайиши билан намоён бўлади. Барча тўқималар, экссудат ва трансудатлар сарик рангга бўялган. Фақат тупук, кўз ёшлари ва меъда шираси рангини ўзгартирмайди. Сарик рангланиш терида, шиллиқ пардаларида ва бошқа тўқималарда билирубин пигментининг қондаги кўпайиши туфайли тўпланиши билан боғлиқ. Анемия ва терининг ранги оқиб бўлган беморларда сариклик илгари аниқланган, қорамтир тери ранги билан беморларда эса у узоқ вақт давомида эътиборга олинмайди. Текширув яхши ёритилган хонада ёки кундузи амалга оширилиши керак.

Холестаз - бу ўт суюқлигини ёки алоҳида таркибий қисмларнинг ичакга чиқарилишини тўхташи, уларнинг ўт йўлларда тўпланишини ва қонга тушиши билан тавсифланадиган синдром.

Холемиа - бу сафро кислоталарининг қон оқимида тушишидир. Клиник жиҳатдан холемиа сафро кислоталари рецепторлари ва вагус асабининг марказида, юрак ва қон томирларининг синус тугунида (АТФ синтезининг бузилиши ва мушакларнинг қисқариши) таъсир этганда брадикардия ва қон босимининг пасайиши билан тавсифланади. Сафро кислоталарининг марказий асаб тизимига токсик таъсири астеновегетатив касалликлар кўринишида намоён бўлади: асабийлашиш, ўзгарувчан депрессия, кун давомида уйқучанлик ва кечаси уйқусизлик, бош оғриғи ва чарчокнинг кучайиши. Терининг сезгир нерв учларини сафро кислоталари билан тирнаш хусусияти терининг кичишига олиб келади. Сийдикда сафро кислоталарининг пайдо бўлиши сирт таранглигининг пасайишига ва кўпикланишига олиб келади (пиво рангли сийдик). Қондаги сафро кислоталарининг кўпайиши эритроцитларнинг гемолизига олиб келиши мумкин, гемолитик сариклик эритроцитларнинг осмотик қаршилигининг бузилиши (пасайиши), лейкоцитоз, қон коагуляциясининг пасайиши, мембрана ўтказувчанлигининг ошиши ва яллиғланиш жараёнининг ривожланиши (жигар некрози, ўткир панкреатит).

Аҳолия - сафро йўллариининг обструкцияси пайтида сафро ичакка ўтмаслиги натижасида келиб чиққан синдром. Бундай ҳолда, ичакдаги овқат ҳазм қилиш бузилиши мавжуд. Ичакда сафро кислоталари йўқлиги сабабли липаза фаоллаштирилмайди, ёғлар эмулсификацияланмайди ва ўт кислоталарининг ёғ кислоталари билан бирикадиган

комплекслари ҳосил бўлмайди, шунинг учун ёғларнинг 60-70 фоизи ҳазм қилинмайди, сўрилмайди ва нажас билан бирга организмдан чиқарилади (стеаторрей). Озиқ-овқат болусига ферментларнинг кириб бориши ва оқсилларнинг ҳазм бўлиши бузилади, бу эса креатореяга олиб келади. Ёғда эрийдиган витаминларнинг (ретинол, токоферол) сўрилиши бузилади ва авитаминознинг ривожланишига олиб келади. Филокинонсиз (К1 витамини) протромбин ҳосил бўлмайди, қон ивиши камаёди, бу қон кетишини кучайтиради. Сафро бактерицид таъсирини йўқотади, бу эса дисбиозга олиб келади. Сафро кислоталарининг йўқлиги ичак ҳаракатининг бузилишига олиб келади: ичакнинг оҳанги ва ҳаракатланиши заифлашади, ич қотиши пайдо бўлади. Аммо иккинчисидан ичак ичидаги бузилиш ва ферментатив жараёнларнинг кучайиши ва сафро бактерицид хусусиятларининг пасайиши туфайли кўпинча диарея билан алмашинади. Нажас рангсизланади, чунки аҳолия билан стеркобелин ҳосил бўлмайди, бу ҳам сийдикдан йўқолади.

Дисхолия - бу сафро литоген хусусиятга айланадиган синдром.

Эндотоксемия синдроми. Жигарда таркибий бузилишлар ва холемия организмда токсик моддаларнинг пайдо бўлишига ва аммиак, феноллар, асетон, асетадегид, индол, скатол ва бошқаларнинг тўпланишига олиб келади. Жигарнинг антитоксик функцияси бузилган ва захарли моддалар барча органлар ва тизимларга зарарли таъсир кўрсатади, бу эндотоксемия синдромида намоён бўлади. Микроваскуляр тромбоз буйракларда резистив томирларнинг сиқилиши ва функционал бузилишларнинг кўпайиши билан ривожланади. Қонда карбамид ва креатинин даражаси ошади, жигарнинг антитоксик ва сафро энтерогепатик функциясини бузилиши ортади. Гепатоцитлар камаёди ва бузилади, жигар етишмовчилиги ривожланади.

Кўкрак беги саратонида жигар етишмовчилиги кўпинча жигар цирозида жигар етишмовчилигидан фарқли ўлароқ, яширин ва камдан-кам ҳолларда энсефалопатия белгилари билан бирга келади. Сут безининг узок муддатли мавжудлиги билан нефрон функцияси пасаяди ва буларнинг барчаси жигар-буйрак синдроминанинг ривожланишига олиб келади. Токсик моддалар қон мия тўсиғига киради, бу жигар энцефалопатияси билан намоён бўлади. Нерв толаларига тўғридан-тўғри токсик таъсирлар нерв-мушак ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади, бу эса брадикардияга олиб келади. Қон томир тўшагида тромбохеморрагик ўзгаришлар ривожланади - тарқалган томир ичи ивиш синдроми (ДВС синдроми).

Сафро кислоталари, сирт фаол моддалар сифатида, алвеолаларнинг ўтказувчанлигини бузадиган ўпка сирт фаол моддасини (субмикроскопик алвеоляр юза) ўзгартиради. Буларнинг барчаси кислород ташишнинг бузилишига, гипоксиянинг кўпайишига ва ўткир нафас етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Ўпка хўппозлари ва гангреналарининг клиник кўриниши турлича бўлиб, патогенезнинг хусусиятларига, ўпка некротик тўқималарининг ҳажмига, унинг парчаланиш табиати ва интенсивлигига, касалликнинг босқичига, юзага келадиган асоратларга, фон жараёнларига, бемор танасининг реактивлик ҳолатининг ўзгаришига боғлиқ.

Механик сариклик синдроминанинг клиник диагностикаси

Анамнез: ўнг қовурға остидаги оғриқлар, иситма ва титроқ, ўт йўлидаги олдинги операциялар, кичишиш, вазн йўқотиш, қарилик.

Физик текширув: юқори тана ҳарорати, қорин деворининг ўнг қовурға остидаги мушакларнинг кучланиши, қорин бўшлиғида пайпасланадиган масса, Курвуазье синдроми, операциядан кейинги чандиклар, сийдикнинг қорайиши, нажаснинг рангсизланиши.

Лаборатория маълумотлари:

Сариклик учун лаборатория тадқиқотлари биокимёвий қон тести ва сийдикни клиник таҳлилига асосланган бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

- тўғридан-тўғри билирубин ва гидроксиди фосфатазининг кўпайиши (АЛТ ва АСТ билан таққослаганда);

- нормал протромбин индекси ёки уни К витамини билан нормализация қилиш;

- билирубинурия (тўғридан-тўғри билирубин);

- сийдик ва нажасда уробилиногеннинг етишмаслиги.

Инструментал тадқиқотлар:

1) инвазив бўлмаган (трансабдоминал ултратовуш, ЭГДФС, эндоскопик ултратовуш, магнит-резонанс томография, магнит-резонансли холангиопанкреатография, спирал компьютер томографияси).

2) инвазив (эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография, перкутан транспепатик холангиография).

Трансабдоминал ултратовуш текшируви (ТАУТ): жигар ва жигар ости сариқликни дифференциал ташхислашда "скрининг" усули (скрининг омили) ролини ўйнайди ва биринчи навбатда инструментал тадқиқот усуллари бажариш керак. Жигарнинг диффуз шикастланиши ва ўт йўлларининг ўзгармаслиги аниқланганда, жигар саратони аниқланади, уларнинг сабаблари жигар биопсияси ёрдамида аниқланиши мумкин.

Усулнинг энг муҳим афзалликлари қуйидагилардир: инвазив бўлмаганлик ва асоратларнинг йўқлиги; беморнинг аҳволи ҳар қандай оғирликда ва ҳомиладорлик пайтида фойдаланиш қобилияти; бир вақтнинг ўзида ўт йўллари ва бошқа органларнинг ҳолатини баҳолаш (жигар, ошқозон ости беzi, қорин парда орти томирлари); сафро йўлларини декомпрессия қилиш усулини танлаш учун юқори маълумот; декомпрессия ва биопсия усуллари ёрдамида ултратовуш текширувини ўтказиш имконияти.

ТАУТ даги сариқликнинг обструктив характерини аниқлаш учун ултратовуш мезонлари:

- умумий сафро йўлларининг диаметрининг 8 мм дан ошиши ва ичи-ичак йўллари 4 мм дан ошиши (1, 2-расм);

- сафро йўлларининг деворларининг қалинлашиши ва унинг юзасидаги тикинлар (холангит);

- ўт пуфагининг катталашиши ва деформацияси, гетероген таркибли майда тошлар.

- ошқозон ости беzi бошининг патологиясини визуал равишда кўриш (3-расм);

Трансабдоминал ултратовуш 70-96% сезувчанликка эга, 80-85% ўзига хос хусусиятга эга.

Спирал компьютер томографияси (СТ) юқори аниқликка эга, бу каналларнинг кенгайиши ва уларнинг тўскинлик қилиш сабабларини аниқлаш билан бирга мақсадли биопсия ёки декомпрессия операциясини ўтказиш имконини беради. ТАУТ дан фаркли ўлароқ, усулнинг диагностика қобилияти яссилик, асцит, семириш билан камаймайди. Кўкрак беzi саратони билан касалланган СТ тадқиқотларининг камчиликлари: сканерлаш қатламларининг эксенел текислик бўйича ёъналишини чеклаш; юқори зичликдаги шаклланишлар ва инклюзивлардан олинган асарлар; беморга юқори нурланиш таъсири; холангиолитиазда пигмент ва холестерин калсийси келтириб чиқарадиган диагностика самарадорлигининг пастлиги (айниқса, ўн икки бармоқли ичакда газ ётқизилган терминал қисмида); тадқиқотнинг юқори қиймати. Мултисрисиали компьютер томографлари пайдо бўлиши билан, ушбу камчиликларнинг аксарияти текисланади.

Магнит-резонанс томография (МРИ) ва магнит-резонансли холангиопанкреатография (МРПХГ) қуйидагилар билан тавсифланади: обструкция даражаси, узунлиги ва сабабини аниқлашда юқори даражадаги ишончлилиқ; ўт йўлини 3 ўлчовли реконструкция қилиш ва портал-томир тизими билан ўзаро боғлиқлигини аниқлаш имконияти; беморга радиация таъсирининг камлиги ва кўкрак саратони учун контрастли воситалардан фойдаланиш зарурати. МРИ / МРПХГ камчиликлари орасида, энг муҳимлари, текширув пайтида ўт йўлларини пункция ва дренажлашнинг мумкин эмаслиги, шунингдек нафас олиш артефактларини йўқ қилишнинг қийинлиги. Усулни қўллаш юрак стимулятори ёки бошқа магнит материалларнинг мавжудлиги ва тадқиқотнинг юқори харажатлари билан чекланган.

Эндоскопик ултратовуш (Эндо-ультратовуш) - бу ошқозон ости безининг касалликларини ташхислаш учун жуда информацион усул. Ушбу усул эндоскопик ва ултратовуш текширувининг имкониятларини бирлаштиради. Эндоскоп ёрдамида юқори частотали ултрасоник трансдусерларнинг комбинациясидан фойдаланиш ўрганилаётган ҳудудда тузилмаларнинг юқори тафсилотларига эришишга имкон беради. Икки омилнинг комбинацияси - ултратовуш сенсори ўрганилаётган органларга яқинлиги ва сканерлашнинг юқори частоталаридан фойдаланиш - усулнинг юқори аниқлигини таъминлайди ва ўлчамлари 1 мм дан кам бўлган патологик ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Ушбу афзалликларга қарамай, Эндо-ультратовуш скрининг усули эмас ва қийин диагностик ҳолатларда панкреатобилиар зонанинг касалликларини аниқ ташхислаш / фарқлаш ва операциядан олдинги босқичда малигн касалликларнинг тарқалиш босқичини аниқлаш учун ишлатилади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография (ЭРПХГ) ва тери орқали жигар орқали холангиография (ТЖХ) ўт йўллари блок даражасини аниқлашнинг энг информацион усулидир. Касаллик даражасини аниқлашда диагностик аниқлик холедохолитиазда 100% га, ўт йўллари саратонида 95,6% га, ҚДС саратонида 97,4% га тўғри келади. Иккала усул ҳам ташхис қўйиш ва терапевтик минимал инвазив аралашувларни ўтказиш қобилиятини бирлаштиради. Шу билан бирга, ушбу усуллар патологик жараённинг табиати ва атрофдаги аъзолар / тўқималарга таъсирини баҳолашга имкон бермайди ва ўт йўлларида йирингли массалар ва детрит мавжуд бўлганида, контраст модда ва сафро кам аралашганида, умумий ўт йўлининг деворларида яллиғланиш ўзгариши (шиш) мавжуд бўлганда ўзининг махсуслигини йўқотади.

Механик сариклик (МС) синдромида жарроҳлик муолажалар

Механик сариклик - бу шошилиш жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган патологик ҳолат, яъни бемор касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб 48-72 соат ичида (диагностика чораларига ва операциядан олдинги тайёргарликка сарфланган вақтни ҳисобга олган ҳолда) бажарилиш талаб этилади.

МСни даволаш икки босқичли:

1) минимал инвазив технологиялар ёрдамида УЎЙ декомпрессиясини (дренажини) бажариш. МСсиндромини (гипербилирубинемия) аста-секин йўқ қилиш ва органлар ва тизимларнинг фаолиятини нормаллаштиришдан кейин

2) якуний (радикал) жарроҳлик аралашув.

Техник жиҳатдан, УЎЙ декомпрессияси қуйидагилар билан амалга оширилади:

- минимал инвазив аралашувлар - эндоскопик транспапилларли дренажлаш, тери ости-жигар орқали дренажлаш, комбинациялашган (тери орқали ва эндоскопик) дренажлаш;
- "очиқ" ва лапароскопик усуллардан фойдаланиш.

Сафро чиқаришнинг минимал инвазив усулини танлашда қуйидагиларни эътиборга олиш керак.

- ўт пуфаги обструкциясининг даражаси ва даражаси - проксимал (юқори блоки) ёки дистал (паст блоки);

- ўсимта шикастланишининг тарқалиши ва беморнинг юрак-қон томир, нафас олиш ва экскретор тизимларининг функционал ҳолати, яъни. сафро декомпрессиясидан кейин радикал аралашув режалаштирилганми ёки йўқми;

- ўт пуфаги чиқарилгандан кейин, агар радикал операция режалаштирилмаган бўлса, беморнинг тахмин қилинган умри;

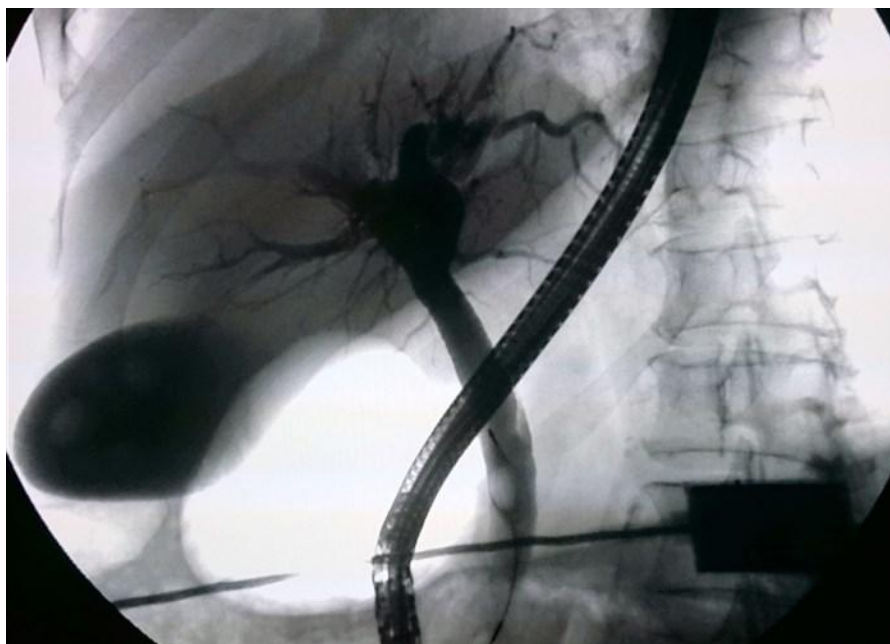
Асорат хавфи;

Касалхонанинг имкониятлари (техник жиҳозлар) ва мутахассисларнинг малакаси.

УЎЙни дренажлашнинг эндоскопик усуллари

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография - бу сувда эрийдиган радиopakция моддасини юбориш орқали сафро дарахти ва ошқозон ости беzi каналларини солиштириш учун ҚДС оғзига ингичка катетерни киритиш.

Эндоскопик папиллосфинктеротомия минимал инвазив аралашув бўлиб, панкреато-сафро йўлларида терапевтик ва диагностик манипуляцияларни ўтказиш учун папилла ампуласининг "томини" ажратишдан иборат. Бу холедохолитиаз туфайли келиб чиққан сут безларини, таъсирланган тош ҚДС, ҚДС -нинг циркуляр торайиши (стенозан папиллит) ни йўқ қилиш учун танлов усули. Шунингдек, ЭПСТ - бу холедохолитиаз ва сариклик фонида ривожланган йирингли холангитли беморлар учун танлов усули.

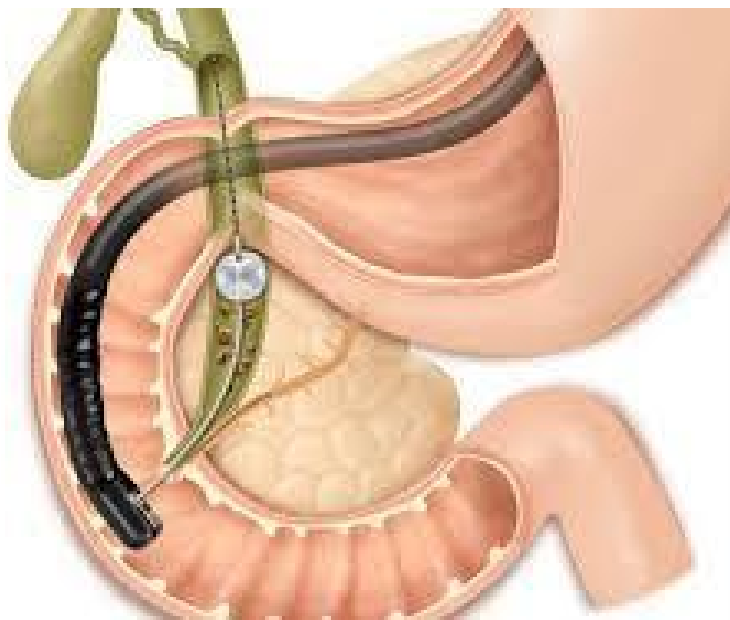


Расм. 1. ЭРПХГ

Механик литотрипсия - бу махсус мустаҳкамланган сават билан ҳисоб-китоб қилиш ва уни майда бўлақларга бўлиниб, кейин ўн икки бармоқли ичакка чиқариш учун майдалаш процедураси. Механик литотрипсиянинг самарадорлиги (умумий ўт йўлидаги тошларни йўқ қилиш) 80-90% га этади.

Механик литоэкстракция - Дормиа саватидан ёки шарли литоэкстрактор ёрдамида канал тизимидан тошни ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига механик ажратиб олиш.

Сафро йўлларининг **эндопротезлаш (стентлаш)** - ўн икки бармоқли ичакнинг дистал учи билан қўйилган найча дистал учи билан ўт йўлларига эндопротезни рентген-эндоскопик назорат остида ўрнатиш.



Расм.2. ЭРПХ ЭПСТ

Назобилляр дренаж - ўт йўлларида дренаж тизимини ўрнатиш, бурун йўлидан ташқарига чиқариш.

Тери орқали жигар орқали дренажлаш усуллари

Ўт оқимини ташқарига чиқариш антеград йўл билан амалга оширилади, шунда холецистостомия (ўт пуфагининг ташқи дренажланиши) ва холедохостомия / холангиостомия (умумий ўт йўлининг ташқи дренажланиши). Бунга мутлақ кўрсаткичи бўлиб, ўт йўлларининг дистал (паст) блоклари бўлиб хисобланади. Ўт суюқлигини микробиологик тадқиқотлар учун микробиологик препаратларга сезгирликни аниқлаш учун юбориш ушбу жарроҳлик аралашувнинг мажбурий қисмидир.

Ташқи ва ички дренажлаш - бу сафро чиқариш усули бўлиб, унда сафро ичакка ўтиши қисман ёки тўлиқ тикланади. Бунинг учун асосан ташқи-ички холедохостомия, умумий ўт йўлининг протезланиши, умумий ўт йўлининг стентланиши қўлланилади.



Расм 3. ТЖХГ ТЖХС

Ўт йўлларининг комбинациялашган, ташқи ва ички дренажлаш (перкутан ва эндоскопик) усуллари (рендезвоус технология). Ўт йўлларининг "юқори" блоки мавжуд бўлганда (ўсимта, торайиш) декомпрессиянинг ретроград эндоскопик усуллари билан биргаликда сафро йўлларининг антеград перкутан жигар орқали дренажи қўлланилади, сўнгра ташқи ёки ички дренажларга ўтказилади.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИК СИНДРОМ

«Post hoc non propter hoc» ("Бундан кейин дегани бу шундан келиб чиқти дегани эмас")

Постхолецистик синдром (ПХЭС) бу Холецистэктомиядан ёки асосан холелитиаз учун бажарилган бошқа кенгайтирилган сафро йўлларида ўтказилган операциялардан кейин юзага келадиган гепатопанкреатобилиар тизимнинг бир гуруҳ касалликлари.

ПХЭС таснифи (АҚШда О.С. Радбил томонидан тавсия этилган энг тўлиқ, батафсил тасниф, 2004й):

1. Сафро йўлларининг шикастланиши билан боғлиқ касалликлар.

А. Биляр дискинезия:

а) гипертоник дискинезия, сафро йўлларининг ҳаракатланиши ва сафро тез эвакуация қилиниши;

б) гипертоник дискинезия, сафро йўлларининг қисқариши, биринчи навбатда умумий ўт йўллари ва умумий ўт йўлининг сфинктерининг спазмлари (Одди сфинктерининг спазми);

- в) атоник дискинезия - умумий ўт йўлининг атонияси ва Одди сфинктерининг спазми;
- г) катта ўн икки бармоқли ичакнинг сфинктерининг хипермотор дискинези;
- д) сфинктер фалажи.

Б. Сафро йўлларида тошларнинг қайта шаклланиши - холедохолитиазнинг қайталаниши (чок материаллари атрофида тошларнинг пайдо бўлиши).

В. Операциянинг камчиликлари билан боғлиқ бузилишлар:

- а) операция пайтида жарроҳ томонидан сезилмайдиган тошлар (умумий ўт йўлларида кам учрайди, жигар ўт йўлларида - кўпинча);
- б) ўт йўлидаги чандикли ўзгаришлар (кўпинча унинг торайиши билан содир бўлади);
- в) тугалланмаган холецистэктомия (ўт пуфагининг қолдиқларини тошлар билан ёки тошсиз сақлаш ёки пуфак йўлининг узун бўлаги);
- г) чўзилган пуфак йўли - яллиғланган ёки таркибидаги тошлар;
- д) КДС стенози.

Г. Жигар ва ўт йўлларининг яллиғланишли шикастланишлари:

- а) сафро йўлларининг яллиғланишли шикастланиши (умумий ўт йўллари ва жигар йўллари);
- б) кўтарилган холангит;
- в) сурункали гепатит.

2. *Бошқа овқат ҳазм қилиш органларининг шикастланиши билан боғлиқ касалликлар.*

А. ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг касалликлари:

- а) ошқозоннинг секретор функциясини бузиш (кўпинча унинг секретор етишмовчилиги);
- б) ошқозон моторикасининг бузилиши (кўпинча ошқозон-ичак ҳаракатининг кучайиши);
- в) ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичакнинг ярали жаралари;
- г) дуоденит.

Б. Панкреатит:

- а) ўткир;
- б) сурункали.

Б. Ичак зарарланиши:

- а) ичакнинг яллиғланиш шикастланиши - энтерит (шу жумладан эюнит), энтероколит, колит;
- б) ичак дискинези;
- в) сфинктер фалажи, панкреатит ва ичакка сафро оқими билан боғлиқ диарея;
- г) перивисерит (перигастрит, перидуоденит, периепатит).

3. *ЎЙ функцияларининг йўқолиши:*

- а) концентрацияли;
- б) гормонал (гормонга ўхшаш модда секрециясининг етишмаслиги - холецизм);
- в) ичакдаги ёғларни ассимиляция қилиш шартлари ўзгариши билан боғлиқ касалликлар.

4. *Бошқа органлардаги ўзгаришлар:*

- а) рефлексор стенокардия;
- б) рефлексор нафас қисилиши.

5. *Витамин ва протеин алмашинувининг бузилиши:*

- а) витаминлар (айниқса ёғда эрийдиган А ва К) метаболик касалликлар;
- б) доимий чекланган овқатланиш билан боғлиқ витамин алмашинувининг бузилиши (барча витаминлар);
- в) оксил метаболизмининг бузилиши (жигар шикастланиши ва парҳезнинг нотўғри тузилиши туфайли);
- г) углевод алмашинувининг бузилиши (жигар шикастланиши ва диетанинг нотўғри тузилиши туфайли);
- д) ёғ алмашинувининг бузилиши;
- е) калций алмашинувининг бузилиши.

ПХЭС ривожланишига қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- 1) кеч операция (ўт йўлига тош қўчиши, ўткир холецистит, иккиламчи сафро цирози ва бошқалар);
- 2) операциядан олдин ва унинг давомида етарли даражада текширилмаганлик (ўт йўлининг тошлари ва торайишлари, папиллостеноз, операциянинг тўлиқ ҳажми);
- 3) техник хатолар (каналларни шикастланиши, тор холедоходуоденоанастомоз, найчаларни нотўғри ўрнатиш ва бошқалар);
- 4) ПХЭС профилактикаси бўйича тавсияларга риоя қилмаслик (ортиқча вазн, жисмоний фаоллик, нотўғри овқатланиш ва бошқалар);
- 5) аниқланмаган ёки ташхис қўйилган, аммо етарли даражада баҳоланмаган ва жарроҳлик пайтида жигар, ошқозон ости беши, ўн икки бармоқли ичак ва бошқа органлар ва тизимларнинг касалликлари ва патологик ҳолатлари ҳисобга олинмаган.



Расм. 4. ПХЭСда даволаш тактикаси алгоритми

Клиник белгилари

ПХЭСда қорин бўшлиғидаги ноқулайликнинг кўплаб клиник кўринишларини қуйидагилар билан изохлаш мумкин: маълумки, ўт пуфаги бир қатор функцияларни бажаради - депозит, эвакуация, концентрация, секретор, клапан, гормонал, билиопанкреатодуоденал зонанинг сфинктер аппарати фаолиятини синхронлашини таъминлайди. Ўт пуфагини олиб ташлаш билан боғлиқ ишлаётган органнинг функциясини йўқолиши организмнинг янги шароитларга мослашиши учун вақт талаб этади. Ўт пуфаги олиб ташланган беморларда клиник белгилар қуйидагиларга боғлиқ бўлиши мумкин.

- Жигарнинг сафро ва экзокрин функцияларини кимёвий таркибидаги ўзгаришлар: гепатоселлюлар дисхотия, сафро литогенлиги, паст холестерин коэффициенти;

- ўт пуфаги ва ўн икки бармоқли ичакнинг овқат ҳазм қилиш функцияси бузилишига олиб келадиган ўн икки бармоқли ичак, ичакнинг функционал ўн икки бармоқли ичакнинг, ўн икки бармоқли ичакнинг сафро йўллари орқали ўтиши бузилиши;

- Жигар коликасининг сабаби бўлган ўт йўлларида босимнинг ошишига олиб келадиган УЎЙ дискинезия.

Бундан ташқари, бир қатор беморларда бажарилган холецистэктомия билан боғлиқ сафро чиқиши учун органик тўсиқлар сақланиб қолиши ёки қайтадан ривожланиши мумкин. Холецистэктомиядан сўнг беморларда кузатиладиган патологик шароитларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Одди сфинктерининг функционал бузилишлари - ўт пуфагининг йўқолиши натижасида умумий ўт йўллари, ошқозон ости беши йўллари ёки оддий сфинктер сфинктери таранглини ошиши.

2. Сафро оқиши учун органик тўсиқлар мавжуд бўлган сафро гипертензияси, бунда беморларнинг 5–20% да такрорий ёки қолдиқ холедохолитиаз мавжуд, 11–14% катта ўн икки бармоқли ичакнинг стенозига эга, 6.5–20% эса ўт йўллари ва сафро ажратувчи анастомозларга эга, 0,1-1,9% да - пуфак йўлининг ортиқча қисми.

3. Операциядан олдин ёки кейин пайдо бўлган кўшимча касалликлар. Уларнинг асосийлари сурункали панкреатит, ўн икки бармоқли ичак дискинези, ичакнинг қўзғатадиган синдроми, дуоденит, ошқозон яраси касаллиги, гастроезофагеал рефлюкс касаллиги, диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси.

Ҳозирги вақтда "постхолецистик синдроми" атамаси Одди сфинктерининг дисфункциясини билдириш учун ишлатилади, унинг контрактил функцияси бузилган ва органик тўсиқлар бўлмаган тақдирда ўн икки бармоқли ичакда сафро ва ошқозон ости беши секретациясининг нормал чиқиши олдини олади. Олдиндан қабул қилинган "постхолецистик синдроми", "сафро дискинезияси" ва бошқалар ўрнига "Одди дисфункциясининг сфинктери" атамасини ишлатиш таклиф этилади.

Одди сфинктерининг дисфункциясининг клиник кўриниши, биринчи навбатда, у ёки бошқа тузилмалар жараёнга жалб қилинишига боғлиқ. Сфинктернинг изоляцияланган дисфункциясида билиар, панкреатик йўлни сфинктер жараёнига кўшилишида панкреатик, умумий сфинктер паталогиясида эса билиарнопанкреатик оғриқлар ривожланади. Одди сфинктерининг дисфункцияси 20 ой ёки ундан кўпроқ давом этадиган, 3 ой давомида такрорланадиган кучли ёки ўртача оғриқнинг такрорий хуружлари билан тавсифланади. Ўт йўлида оғриқ эпигастриумда ёки ўнг қовурға остида, орқа ва ўнг куракга тарқалади, ошқозон ости бешида - чап қовурға остида орқа тарафга тарқалиш билан, олдинга эгилганида камаяди, кўшма шаклда табиатда шилинади. Оғриқ куйидаги симптомлар билан бирлаштирилиши мумкин: а) овқатдан кейин бошланиш; б) тунда пайдо бўлиши; в) кўнгил айланиш ва / ёки қусиш.

Аммо ўт йўллариининг органик паталогиясини истисно қилиш учун фақат клиник белгиларнинг баҳоси етарли эмас. Шу мақсадда бир қатор скрининг ва аниқлаш усуллари қўлланилади. Одди сфинктерининг дисфункциясини кўрсатадиган инвазив бўлмаган усуллар орасида билирубин, гидроксиди фосфатаза, аминотрансферазалар, амилаза ва липазанинг қон даражаси киради.

Диагностика

Лаборатория ўз вақтида ёки оғриқли ҳужум тугаганидан кейин 6 соатдан кечиктирмасдан, шунингдек динамикада ўтказилиши керак. Одди сфинктерининг дисфункциясини тасдиқлашда камида 2 марта кетма-кет оғриқли хуруж пайтида жигар ёки ошқозон ости беши ферментлари микдорининг вақтинча 2 ёки ундан кўп марта кўпайиши муҳимдир.

Ультратовуш ёрдамида умумий ўт йўлининг ва асосий панкреатик каналнинг кенгайишига катта аҳамият берилади, бу эса Одди сфинктери даражасида ўт ва панкреатик секретация оқимининг бузилишини кўрсатади. Шу билан бирга, холецистэктомия ўтказган ва симптомлари бўлмаган беморларнинг 3-4 фоизиди умумий сафро йўллариининг кенгайиши кузатилади. Эндоген холецистокинин ишлаб чиқаришни рағбатлантирувчи ёғли нонушта ёрдамида умумий ўт йўлининг диаметрини ультратовуш текшируви алоҳида аҳамиятга эга. Синовли нонуштадан сўнг, умумий сафро йўлининг диаметри ҳар 15 дақиқада 1 соат давомида ўлчанади, унинг диаметри бошланғичга нисбатан 2 мм ёки ундан кўпроқ ошиши Одди сфинктерининг дисфункцияси натижасида ва ўт йўллариининг органик паталогияси туфайли умумий ўт йўлининг

тўлиқ тўлдирилмаганлигини англатади.

Ошқозон ости безининг ҳолатини баҳолаш учун 1 мг / кг дозада секретин киритилиши билан тест ўтказилади. Одатда, секретин билан ошқозон ости бези секрециясини қўзғатгандан сўнг, ультратовуш текширувида 30 минут ичида ошқозон ости безининг кенгайиши текширилиб, сўнгра унинг бошланғич даражасига камайдди. Агар канал 30 дақиқадан кўпроқ вақт давомида кенгайган бўлса, бу унинг патенти бузилишини англатади.

Билискинтиграфия билан Одди сфинктерининг дисфункциясининг мавжудлиги радиофармацевтикани жигар дарвозасидан ўн икки бармоқли ичакка ўтиш вақтининг кўпайиши билан тасдиқланади, шу билан бирга у Одди сфинктерининг базал босими даражасига мутаносибдир. Шу билан бирга, кенгайган сафро йўллари билан, ушбу тадқиқот Одди сфинктерининг функциясини баҳолаш учун жуда фойдали эмас.

Билвосита усул, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРП) Одди сфинктерининг функциясини баҳолаш учун инвазив усулдир. Одди сфинктерининг таранглигини оширувчи билвосита белгилар умумий ўт йўлининг диаметри 12 мм дан ошади, умумий ўт йўлида контрастнинг 45 дақиқадан кўпроқ кечикиши. Асосий панкреатик канал сфинктерининг дисфункцияси шундан далолат берадики, уларнинг катталашishi 5 мм дан ошади ва контрастнинг эвакуацияси секинлашади. Аммо шунга ўхшаш ўзгаришлар органик патология мавжудлигида ҳам кузатилиши мумкин.

Одди сфинктерининг дисфункциясини тасдиқлашнинг энг аниқ усули бу манометрия. Шу билан бирга, умумий сафро йўллари ва Вирсунг каналини уларнинг сфинктерлари манометрияси ёрдамида алоҳида-алоҳида олиб бориш мумкин, бу асосан сафро ёки панкреатик касалликларни ажратиш, шунингдек, холецистэктомия ва папиллотомия бажарилган беморларда такрорий панкреатитнинг этиологиясини аниқлаш имконини беради.

Манометрик текширувда Одди сфинктерининг дисфункциясининг белгилари: - сфинктерлар юзасида базал босимнинг ошиши; - фазаларнинг қисқариши амплитудаси ва частотасининг кўпайиши (тахиходия); - ретроград контракциялар частотасининг кўпайиши; - холецистокинин аналогларини қабул қилишга парадоксал жавоб. Одди сфинктерининг манометрияси ҳамма беморларга кўрсатилмайди. Ушбу текширувни танлаш клиник кўринишларнинг оғирлигини ва консерватив терапия самарадорлигини баҳолашга асосланган. Шундай қилиб, Одди сфинктерининг дисфункцияси ҳақида тахмин қилиш мумкин: - холецистэктомия ўтказган беморларда эпигастрал соҳада оғриқ бўлса, уларнинг келиб чиқишини тушунтирадиган бошқа сабаблар аниқланмаган ҳолларда (қўшма касалликлар, сафро ва ошқозон ости безидаги таркибий ўзгаришлар); - идиопатик такрорий панкреатитнинг мавжудлиги; - ўт пуфаги ва умумий ўт йўллариининг ўзгариши бўлмаган, ўт пуфагининг нормал таркиби бўлган беморларда такрорий ўт йўллари санчиғида.

Даволаш

Даволашнинг мақсади: сафро ва ошқозон ости бези каналларидан ўн икки бармоқли ичакка сафро ва панкреатик секрецияларнинг нормал оқимини тиклаш. Даволашнинг мақсадлари: ўтнинг кимёвий таркибини нормаллаштириш; Одди сфинктерининг ўтқазувчанлигини тиклаш; ичак микрофлорасининг нормал таркибини тиклаш; ўн икки бармоқли ичак гипертензияси профилактикаси учун овқат ҳазм қилиш жараёнлари ва ингичка ичак моторикасини нормаллаштириш.

Жигардан ташқари сафро тизимида сафро ёки тош пайдо бўлишининг олдини олиш учун қуйидагилар тавсия этилади:

- Холестерин (ҳайвонлардан олинган ёғлар) ва ёғ кислоталари (100 ° С дан юқори иссиқлик билан ишлов берилган ёғлар - қовурилган овқатлар) бўлган маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаш (лекин тўлиқ чиқариб ташламаслик);

- мунтазам равишда 4-6 марта овқатланиш;

- тана вазнининг секин пасайиши. Кам калория диетаси (қунига 2110 кЖ ва ундан паст), рўза тутиш, шунглаш амалиётларида қунига 10 мг/кг дозада урсодеоксиколлик кислотани кўшимча юбориш зарур;

- парҳезга ўсимлик таркибидаги ёки озиқ-овқат кўшимчалари (кепак ва бошқалар)

таркибидаги парҳез кўшиш. Бундан ташқари, сабзавот, мевалар, ўтлар иссиқлик билан ишлов берилгандан кейин (қайнатилган, пиширилган) энг яхши ишлатилади. Таёр овқат махсулотларидан (бўтқа, нон) нонуштада ишлатилиши мумкин;

- кунлик ич келишини таъминлаш.

Одди сфинктерининг дисфункциясини дори воситалари билан даволаш силлиқ мушакларнинг спазмини енгиллаштиришга қаратилган. Шу мақсадда спазмолитик таъсирга эга бўлган бир қатор дорилар қўлланилади. Нитратлар (нитроглицерин) оғрикни тезда енгиллаштириш учун ишлатилади, нитросорбитол - даволаш курси учун. Нитратларнинг таъсир этиш механизми силлиқ мушакларнинг бўшашишига олиб келадиган гуамилат циклазасини фаоллаштирадиган силлиқ мушакларда эркин нитрат оксиди (NO_2) радикаллари ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Бироқ, юрак-қон томирга таъсирлари, ёмон таъсири ва ўрганиб қолиш хусусияти ривожланиши уларни Одди дисфункциясининг сфинктерини узок муддатли даволаш учун қабул қилиб бўлмайдиган ҳолга келтиради. Антиколинергиклар мақсадли органларнинг постинаптик мембраналарида мускарин рецепторларини блокировка қилади. Натижада калций каналлари блокланади, калций ионларининг силлиқ мушак хужайралари цитоплазмасига кириб бориши тўхтади ва натижада мушакларнинг спазми енгиллашади. Спазмолитик сифатида иккала селектив бўлмаган (метацин, платифиллин, бускопан ва бошқалар) ва селектив М-антиколинергиклар (гастроцепин ва бошқалар) ишлатилади. Шу билан бирга, ушбу гуруҳнинг дориларини қабул қилишда жуда кўп ножуя таъсирлар кузатилиши мумкин: оғиз қуруши, сийдикни тутлиши, кўришнинг бузилиши, кўз ичи босими, тахикардия, ич қотиши ва уйқучанлик. Жуда паст самарадорликнинг кенг қўламли ён таъсири билан комбинацияси Одди сфинктерининг дисфункцияси учун ушбу гуруҳнинг дориларидан фойдаланишни чеклайди.

Калций канали блокаторлари - фенилалкиламинлар (верапамил, галлопамил), 1,4-дигидроперидинлар (нифедипин, амлодипин) ва бензотиазепинлар (дилтиазем ва бошқалар) хужайра мембраналарининг калций ("секин") каналларини ёпиб, силлиқ мушакларнинг цитоплазмасига калций ионларининг кириб боришини олдини олади. ва унинг бўшашишига олиб келади. Дори-дармонлар кўплаб юрак-қон томир таъсирига эга, биринчи навбатда вазодилататор, шунинг учун Одди дисфункциясининг сфинктерини даволашда кенг қўлланилмаган. Одди сфинктерининг дисфункцияси учун нифедипиндан фойдаланиш тўғрисида бир нечта нашрлар мавжуд ва улардан фойдаланиш мақсадга мувофиқлиги қўшимча ўрганишни талаб қилади. Миотропик спазмолитиклар, уларнинг таъсир этиш механизми фосфодиэстеразни ингиберилашига ёки аденилат циклазасининг фаоллашишига ёки аденозин рецепторларининг блокадасига олиб келади, бу силлиқ мушакларнинг таранглигини ва мотор функциясини фаоллигини пасайишига олиб келади. Ушбу дорилар гуруҳининг вакиллари - дротаверин (но-шпа, но-шпа форте), бенциклан (галидор), дицловин (триган-Д), алверин (метеоспазмил) ва бошқалар.

Юқоридаги барча гуруҳларнинг дориларининг асосий камчиликлари:

- Одди дисфункциясининг сфинктерини даволаш самарадорлигидаги ҳар бир алоҳида ҳолатда сезиларли фарқлар;

- Одди сфинктерига селектив таъсир етишмаслиги;

- томирларнинг силлиқ мушакларига, сийдик тизимига ва овқат ҳазм қилиш тизимининг барча қисмларига таъсир қилиши сабабли исталмаган таъсирларнинг мавжудлиги.

Бунга жавобан гимекромон (оDESTON) Одди сфинктерига ва ўт пуфагининг сфинктерига селектив антиспазмодик таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, препарат сафро йўлларидаги босимни оширмайди, ошқозон безларининг секретор функцияларига ва ичакнинг сўрилиши жараёнларига таъсир қилмайди.

Ўт пуфаги йўқ бўлганда сафро нормал чиқишини тиклашда Одди сфинктерининг ўтказувчанлиги билан бирга ўн икки бармоқли ичакдаги босим даражаси катта аҳамиятга эга. Агар у сафро ва ошқозон ости бези шарбатининг секретор босимидан ошса, улар тегишли оқибатларга олиб келадиган ўт ва ошқозон ости безининг каналларига йиғилади.

Шунга кўра, ўн икки бармоқли ичак гипертензиясини ҳал қилиш Одди сфинктерининг сфинктери дисфункцияси бўлган беморларни даволаш учун ажралмас шарт бўлиб ҳисобланади.

Даволаш стратегиясини танлашда шуни ёдда тутиш керакки, ўн икки бармоқли ичак гипертензияси ривожланишининг асосий патогенетик механизми микробларнинг ифлосланишидан келиб чиққан ферментатив жараёнлар натижасида ўн икки бармоқли ичак бўшлиғидаги суяқлик ва газнинг ортиқча микдоридир.

Ўн икки бармоқли ичакни зарарсизлантириш учун, кейинги даволаниш курсида препаратнинг ўзгариши билан 1-2 кунлик антибиотикли терапия ўтказилади. Танлаш учун дорилар: доксисиклин кунига 2 марта 0,1 г, тетрациклин кунига 0,25 г, кунига 4 марта, бисептол 960 мг дан кунига 2 марта, фуразолидон 0,1 г дан кунига 3 марта, эрсефурил 0,2 г кунига 4 марта, сипрофлоксацин 250 мг дан кунига 2 марта, метронидазол 0,25 г дан кунига 4 марта, интетрикс 1 капсуладан кунига 4 марта, камрок - левомицетин 0,25 г дан кунига 4 марта.

Дори-дармонларни танлаш, қоида тариқасида, эмпирик тарзда амалга оширилади. Диспепсиянинг оғир аломатлари билан бирданига иккита дори буюрилади, улардан биттаси асосан анаэроб микрофлорага таъсир қилиши керак (масалан, метронидазол). Айрим ҳолларда ичак антисептикларини қабул қилиш билан бир қаторда пребиотиклар буюрилади: диарея бўлса - ҳилак форте 1 томчи учун кунига 3 марта 60 томчи, 2 ҳафта давомида кунига 3 марта 30 томчи; ич қотиши кўп ҳолларда - лактулоза, 1-2 ош қошиқ, ич келиши нормаллашгунга қадар кунига 1 марта қошиқ.

Антибиотик терапияси тугагандан сўнг, пробиотиклар буюрилади (ичак флорасининг нормал штаммларини ўз ичига олган препаратлар). Пробиотиклар гуруҳининг таниқли вакилларида бири бифиформ бўлиб, у битта капсулада, ичаклар билан қопланган, энтерококklar 107, бифидумбактериялар 107 ва ингичка ичакда ўсишини таъминловчи озуқавий муҳит мавжуд. Препарат 2 ҳафта давомида кунига 2 марта 1 капсуладан буюрилади. Антибактериал воситалар билан биргаликда алюминий ўз ичига олган буфер антасидларни (алугастрин, алумаг, маалокс, фосфалугел, смекта ва бошқалар) буюриш керак. Дори воситаларининг ҳар бири нонушта, тушлик ва кечки овқатдан 1 соат кейин ва ётишдан олдин (ҳилак форте билан қўшилмайди) 1 дозадан қабул қилинади.

Даволашнинг давомийлиги 5-7 кун. Ушбу дориларни қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги қуйидаги қобилятларга боғлиқ:

- ичак таркибидаги осмоляриянинг пасайишига ва ичак бўшлиғига суяқлик оқшини тўхтатишга олиб келадиган органик кислоталарни боғлаш;
- нормал овқат ҳазм қилиш жараёнлари учун шароит яратадиган интрадуоденал рН даражасини ошириш;
- секретор диарея ва уларнинг шиллиқ қаватига зарар этказувчи таъсирини камайтирадиган сафро кислоталарини боғлаш;
- ичак юзасида уларнинг концентрациясини оширадиган ва антибактериал таъсирни кучайтирадиган, шунингдек, дори воситаларининг ножўя таъсирини камайтирадиган антибактериал препаратларнинг сўрилишини камайтириш.

Ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичак микрофлораси томонидан овқат ҳазм қилиш ферментларининг йўқ қилиниши, интрадуоденал рН даражасининг пасайиши ва нисбий фермент етишмовчилиги бўлган беморларнинг кўпчилигида фермент препаратларини тайинлаш учун асос ҳисобланади. Агар диарея мойиллиги бўлса, панкреатин препаратлари буюрилади: мезим форте, креон, ликрааз, панкитрат ва бошқалар, овқатланиш бошида кунига 2-3 марта 1 дозадан; кабізліга мойиллиги бор - панкреатин, сафро кислоталари, гемицелулоза ўз ичига олган аралаш воситалар: Фестал, энзистал, ошқозон 1 таблеткадан кунига 2-3 марта овқатдан кейин.

Даволашнинг давомийлиги индивидуалдир ва 10 кундан ошмайди. Шундай қилиб, холецистэктомиядан сўнг беморларда пайдо бўладиган клиник белгиларнинг ўз вақтида ва тўғри баҳоланиши етарли терапияни танлашга имкон беради ва натижада гепатобилиар тизим касалликлари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади.

5. Амалий қисм

5.1. Вазиятли масалалар.

1-топширик

Анамнездан бемор ўткир тошли холецистит билан оғриган, беморда холецистэктомия амалиёти ўтказилган. Хозирда обструктив сариклик белгилари ва оғриқ синдроми ривожланган.

- 1) Қандай асорат юзага келди?
- 2) Қандай текширув усулини ўтказиш мумкин?
- 3) Дифференциал ташхис?
- 4) Даволаш тактикаси?

2-топширик

Бемор 60 ёшда, 3 ой давомида овқатдан кейин ўнг қовурға остидаги оғриқнинг такрорий хуружлари бўлиб турибти. Хужумлар кўз склерасининг сарғайиши, сийдикнинг қорайиши билан бирга кечмоқда. Бемор 10 йил олдин сурункали тошли холецистит бўйича холецистэктомия амалиёти ўтказган.

- 1) Сизнинг дастлабки ташхисингиз қандай?
- 2) Текшириш усуллари?
- 3) Дифференциал ташхис?
- 4) УАШ тактикаси ва даволаш?

3-топширик

48 ёшли бемор терининг сарғайиши, иситма, титроққа шикоят қилиб келди. Беморга 2 ҳафта олдин, ўткир тошли холецистит бўйича холецистэктомия амалиёти бажарилган. Сариклик операциядан 2 кун ўтгач пайдо бўлди. Беморга инфузион терапия ўтказилди, ҳарорат кўтарилди, титроқ пайдо бўлди.

1. Тахминий ташхисингиз қандай?
2. Ташхисни аниқлаштириш учун зарурий текширувлар?
3. Дифференциал ташхис?
4. Даволаш?

5.2. Назорат учун саволлар.

1. Механик сариклик синдроми нима?
2. Механик сарикликда тўчиқ (блок) даражалари қандай?
3. Механик сарикликнинг этиологик омилларини айтинг?
4. Механик сариклик ривожланишининг патогенези нима?
5. Механик сариклик синдромининг клиник кўриниши?
6. Механик сариклик синдромида лаборатория маълумотлари?
7. Механик сарикликда инструментал текшириш усуллари?
8. Механик сарикликни текширишнинг инвазив бўлмаган усуллари?
9. Механик сарикликнинг инвазив тадқиқот усуллари?
10. Механик сариклик синдромини даволашнинг жарроҳлик усуллари?
11. Механик сарикликда эндоскопик аралашувлар.
12. Умумий ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренажлаш?
13. Механик сарикликни даволаш учун Рандеву технологияси?
14. Постхолецистэктомик синдроми нима?
15. ПХЭС таснифи?
16. ПХЭСнинг клиник кўриниши?
17. ПХЭС диагностикаси?
18. ПХЭС учун минимал инвазив муолажалар?
19. ПХЭСда очик жарроҳлик аралашувга кўрсатма?
20. ПХЭСнинг олдини олиш?

6. Билим, малака ва кўникмаларни назорат қилиш шакллари

1. Оғзаки суров.

2. Олинган амалий кўникмаларни намоёйиш қилиш.
3. Вазият муаммоларини ҳал қилиш.
4. Назорат учун саволларга жавоблар.
5. Тест назоратини баҳолаш.

7. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш, %	Баҳо	Талабани билим даражаси
1	96-100%	Аъло “5”	Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. Хулоса қилади ва қарор қабул қилади, ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндошилган, жавоб учун тўлиқ асосли. У интерфаол ўйинларда актив, ижодий равишда қатнашади, тўғри қарорларни чиқаради ва хулоса қилади, таҳлил қилади.
2	91-95%	Аъло “5”	Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. У ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндашув ва жавобни асослаш билан ҳал қилинади. Интерфаол ўйинларда актив, ижодий иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
3	86- 90%	Аъло “5”	Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо жавобларда 1-2 та ноаниқликлар мавжуд. Мустақил равишда таҳлил қилади. Вазият муаммоларини ҳал қилишда ноаниқликлар, аммо тўғри ёндашув билан. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
4	81-85%	Яхши “4”	Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо 2-3 та ноаниқликлар, хатолар мавжуд. У амалда қўлланилади, масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан айтади, аниқ фикрларга эга. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинган, аммо жавобни асослаш етарли эмас. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
5	76-80%	Яхши “4”	Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этиш. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади.
6	71-75%	Яхши “4”	Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гаплашади, фақат мавзунинг айрим мавзуларида аниқ вакиллар мавжуд. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинади, аммо жавоб учун асос йўқ.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У ноаниқлик билан гапиради, фақат мавзунинг аниқ бир қисми бўйича аниқ жавоб мавжуд. Вазиятли масалаларни ечишда хато қилади.

9	55-60%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмида хатолар билан жавоб. У ноаниқ гапиради, мавзу бўйича қисман тақдиротларга эга. Вазият муаммолари нотўғри ҳал қилинган.
10	50-54%	Қониқарсиз “2”	Берилган саволларнинг 1/3 қисмига тўғри жавоб. Вазиятли масалаларда нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади.
11	46-49%	Қониқарсиз “2”	Берилган саволларнинг 1/4 қисмига тўғри жавоб. Вазият муаммолари нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади.
12	41-45%	Қониқарсиз “2”	Белгиланган саволларнинг 1/5 қисмини хатолар билан ёритиш. Саволларга тўлиқ ёки қисман нотўғри жавоблар беради.
13	36-40%	Қониқарсиз “2”	Нотўғри ёндашув билан саволларнинг 1/10 қисмини ёритиш.
14	31-35%	Қониқарсиз “2”	Саволларга жавоб бермайди

Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (% ишчи ўқув дастур бўйича)
1	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5%
2	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялардан фойдаланган ҳолда талабаларнинг бошланғич билимларини баҳолаш	Сўров, тушунтириш	30%
3	Муҳокамани яққунлаш		10%
4	Талабаларни кўргазмали қуроллар билан таъминлаш ва уларга тушунтиришлар бериш		10%
5	Амалий кўникмаларни эгаллаш, беморларни текшириш ва назорат қилишда талабаларнинг мустақил иши		20%
6	Олинган назарий билимлар асосида ва амалий иш натижалари асосида ва гуруҳнинг ушбу баҳосини ҳисобга олган ҳолда дарс мақсадига эришиш даражасини ойдинлаштириш	Оғзаки сўров, ёзма сўров, тестлар, амалий иш натижаларини текшириш, муҳокама.	20%
7	Ушбу дарс бўйича ўқитувчининг фикри. Талаба билимини баҳолаш ва уни эълон қилиш.	Маълумот	5%

9. Тавсия этилган адабиётлар

1. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.

3. Chirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина. Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
11. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

II. Қўшимча:

12. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
13. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
14. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы. Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
15. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
16. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
17. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
18. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
19. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
20. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А.2000.
21. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
22. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
23. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г.
24. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г.
25. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г.
26. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г.