

ЎТ ЙЎЛЛАРИ ХАВФСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АЙРИМ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА ХИРУРГИК ТАКТИКАСИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

З.А. Джаматов^{1,2}, Ш.У. Ўктамova²

¹ Самарқанд вилояти Булунгур туман тиббиёт бирлашмаси марказий
шифохонаси, Самарқанд вилояти, Ўзбекистон Республикаси

² Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти,
Бухоро, Ўзбекистон Республикаси

Резюме.

Консерватив терапияга жавоб бермайдиган ўткир холецистит билан оғриган юқори жарроҳлик хавфи бўлган беморларни даволаш халқаро консенсус мавзуси бўлиб қолмоқда: Италия жарроҳлик ва шошилиш жарроҳлик жамиятлари томонидан ўтказилган Делфи консенсус тадқиқоти ўртача ва оғир ўткир холецистит билан оғриган юқори хавф остидаги беморларда тери орқали холестистостомия учун кўрсатмаларни аниқлади ва дренажлашдан кейинги кейинги бошқарув стратегияларини таклиф қилди - ҳам кечиктирилган операцияга қўприк, ҳам якуний даволаш усули сифатида. Ўт йўллари асоратланган касаллигининг нозологик шаклини ва операция вақтида тўқималарнинг ҳаётчанлигини баҳолаш натижаларини ҳисобга олувчи дифференциаллашган хирургик тактика минимал инвазив декомпрессион-тракцион усулларни танлаб ва асосланган ҳолда қўллаш имконини беради.

Калит сўзлар: Мириззи синдроми; механик сариклик; ўт пуфаги перфорацияси; холедохолитиаз; тери орқали холецистостомия; икки босқичли тактика; Rendezvous; дифференциаллашган алгоритм.

Кириш. Ўт йўллариининг асоратланган хавфсиз касалликлари клиник ва техник жиҳатдан турли хил ҳолатлар гуруҳини бирлаштиради, уларнинг ҳар бири жарроҳлик тактикасига ўзига хос талабларни қўяди. Ўт пуфаги бўйни ва гепатотсистик учбурчак соҳасида умумий жигар йўлининг тикилиб қолган тош билан эзилиши ёки емирилиши натижасида юзага келадиган зич яллиғланиш битишмаси билан тавсифланган Мириizzi синдроми техник жиҳатдан энг мураккаб вариантлардан бири бўлиб, унда стандарт диссекция усуллари магистраль ўт йўллариининг шикастланиш хавфи юқори бўлади; дастлабки дори-дармон терапиясига қарамай, шошилиш жарроҳлик амалиётини талаб қилган ўткир холангит ва ўт пуфаги тешилиши билан асоратланган I турдаги Мириizzi синдроми ҳолати тасвирланган [1, 2, 3].

Мақсад. Ягона минимал инвазив алгоритм доирасида дифференциаллашган хирургик тактикани асослаш.

Материаллар ва усуллар. Ўт йўллариининг асоратланган хавфсиз касалликлари бўлган 128 нафар беморда қўлланилган хирургик тактика клиник таҳлил қилинди. Беморлар нозологик шакллар бўйича қуйидаги гуруҳларга ажратилди: ўткир деструктив холецистит, механик сариклик/холедохолитиаз, Мириizzi синдроми ҳамда маҳаллий перитонит билан кечувчи ўт пуфаги перфорацияси. Дифференциаллашган алгоритм TG18, ASA, APACHE II ва Чарлсон коморбидлик индекси бўйича операциядан олдинги хавфни стратификация қилиш, шунингдек, операция вақтида ўт пуфаги ва гепатотсистик учбурчак ҳолатини баҳолаш асосида хирургик тактикани босқичма-босқич танлашни назарда тутди. Ҳамроҳ холедохолитиаз мавжуд бўлган ҳолатларда эндоскопик транспапилляр ва бир босқичли гибрид технологиялар, жумладан, Rendezvous усули қўлланилди.

Натижалар. Ўткир деструктив холецистит билан касалланган таққослаш гуруҳидаги 28 нафар беморда анъанавий тактикани қўллаш натижасида операцияни фақат 13 нафар (46,4%) беморда лапароскопик усулда яқунлаш мумкин бўлди, 10 нафар беморда очик/минилапаротомик операциялар бажарилди, 5 нафар беморда эса конверсияга эҳтиёж туғилди.

Асосий гуруҳда худди шундай беморлар контингентида дифференциаллашган алгоритмни қўллаш лапароскопик усулда муваффақиятли якунланган операциялар улушини сезиларли даражада оширди. Механик сариклик ва холедохолитиазда эндоскопик ретроград холангиопанкреатография катта дуоденал сўргични муваффақиятли канюляция қилиш имконини асосий гуруҳда 91,7%, таққослаш гуруҳида эса 84,6% ҳолатда таъминлади. Ўт йўллари тўлиқ санация қилиш мос равишда 91,7% ва 84,6% ҳолатда амалга оширилди. Манипуляциядан кейинги панкреатит частотаси ҳар икки гуруҳда паст ва ўзаро таққосланувчан бўлди - мос равишда 8,3% ва 7,7%. Мириззи синдромида ишлаб чиқилган усул чекланган ҳолларда ва фақат ўт пуфаги туби деворининг ҳаётчанлиги сақланганида қўлланилди; яққол чандикли-яллиғланиш ўзгаришлари мавжуд бўлганда субтотал холецистэктомияга устуворлик берилди. Ўт пуфаги деворининг ҳаётчанлиги сақланган нуқтасимон перфорация ҳолатларида усул нуқсондан четда девор бурмасини шакллантириш орқали қўлланилди. Кенг перфорация ёки ўт пуфаги деворининг тотал некрозида эса қорин бўшлиғини пухта санация қилиш ва дренажлаш амалга оширилди. Юқори хавф гуруҳидаги беморларда (ASA III–IV, TG18 Grade III) дастлаб тери орқали трансгепатик холецистостомия, кейинчалик эса кечиктирилган холецистэктомиyani ўз ичига олган икки босқичли тактика қўлланилди.

Хулосалар. Ўт йўллари асоратланган касаллигининг нозологик шаклини ва операция вақтида тўқималарнинг ҳаётчанлигини баҳолаш натижаларини ҳисобга олувчи дифференциаллашган хирургик тактика минимал инвазив декомпрессион-тракцион усулларни танлаб ва асосланган ҳолда қўллаш имконини беради. Бунда ҳар қандай ҳолатда ҳам минимал инвазивликка эришишга интилишдан кўра бемор хавфсизлиги мутлақ устувор аҳамиятга эга.

Адабиётлар.

1. Chen H., Siwo E.A., Khu M., Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome: A review of literature // *Medicine (Baltimore)*. – 2018. – Vol. 97, № 4. – Art. e9691. – DOI: 10.1097/MD.00000000000009691.
2. Miura F., Okamoto K., Takada T., Strasberg S.M., Asbun H.J., Pitt H.A., Gomi H., Solomkin J.S., Schlossberg D., Han H.S., Kim M.H., Hwang T.L., Chen M.F., Huang W.S.W., Kiriya S., Itoi T., Garden O.J., Liao K.H., Horiguchi A., Liu K.H., Su C.H., Gouma D.J., Belli G., Dervenis C., Jagannath P., Chan A.C.W., Lau W.Y., Endo I., Suzuki K., Yoon Y.S., de Santibañes E., Giménez M.E., Jonas E., Singh H., Honda G., Asai K., Mori Y., Wada K., Higuchi R., Watanabe M., Rikiyama T., Sata N., Kano N., Umezawa A., Mukai S., Tokumura H., Hata J., Kozaka K., Iwashita Y., Hibi T., Yokoe M., Kimura T., Kitano S., Inomata M., Hirata K., Sumiyama Y., Inui K., Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. – 2018. – Vol. 25, № 1. – P. 31–40. – DOI: 10.1002/jhbp.509.
3. Kiriya S., Kozaka K., Takada T., Strasberg S.M., Pitt H.A., Gabata T., Hata J., Liao K.H., Miura F., Horiguchi A., Liu K.H., Su C.H., Wada K., Jagannath P., Itoi T., Gouma D.J., Mori Y., Mukai S., Giménez M.E., Huang W.S.W., Kim M.H., Okamoto K., Belli G., Dervenis C., Chan A.C.W., Lau W.Y., Endo I., Gomi H., Yoshida M., Mayumi T., Baron T.H., de Santibañes E., Teoh A.Y.B., Hwang T.L., Ker C.G., Chen M.F., Han H.S., Yoon Y.S., Choi I.S., Yoon D.S., Higuchi R., Kitano S., Inomata M., Deziel D.J., Jonas E., Hirata K., Sumiyama Y., Inui K., Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos) // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. – 2018. – Vol. 25, № 1. – P. 17–30. – DOI: 10.1002/jhbp.512.