ХОЛЕЛИТИАЗДА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК КАТТА СЎРҒИЧИНИНГ АНАТОМИК МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Янгибаев Зариббай, Батиров Давронбек Юсупович, Янгибаев Отабек Зариббаевич, Умаров Зафарбек Зарипбоевич, Реимов Анвар Исмоилович, Исмоилов Камоладдин Раймович, Тиллаев Музаффар Тиллаевич, Шухратова Шоира Шухратовна

Урганч давлат тиббиёт институти, Урганч, Ўзбекистон

Аннотация. Холедохолитиаз ва катта дуоденал сўрғич стенози билан асоратланган холелитиазда сўрғичнинг анатомик-морфологик хусусиятлари ўрганилди. 216 беморда интраоперацион ўлчашлар бажарилди. 212 ҳолатда холедох ва асосий панкреатик йўл терминал қисмлари биргаликда очилган. Стеноз диаметри ва узунлигини ҳисобга олиш папиллосфинктеротомия ёки папиллосфинктеропластика ҳажмини асосли танлашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: холелитиаз, холедохолитиаз, катта дуоденал сўрғич, стеноз, папиллосфинктеротомия, папиллосфинктеропластика.

Аннотация. Изучены анатомо-морфологические особенности большого дуоденального сосочка при холелитиазе, осложненном холедохолитиазом и стенозом сосочка. Интраоперационные измерения выполнены у 216 пациентов. В 212 наблюдениях терминальные отделы холедоха и главного панкреатического протока открывались совместно. Учет диаметра и протяженности стеноза позволяет обоснованно выбирать объем папиллосфинктеротомии или папиллосфинктеропластики.

Ключевые слова: холелитиаз, холедохолитиаз, большой дуоденальный сосочек, стеноз, папиллосфинктеротомия, папиллосфинктеропластика.

Abstract. Anatomical and morphological features of the major duodenal papilla were studied in cholelithiasis complicated by choledocholithiasis and papillary stenosis. Intraoperative measurements were performed in 216 patients. The terminal common bile duct and main pancreatic duct opened jointly in 212 cases. Considering stenosis diameter and length supports a justified choice between papillosphincterotomy and papillosphincteroplasty.

Keywords: cholelithiasis, choledocholithiasis, major duodenal papilla, stenosis, papillosphincterotomy, papillosphincteroplasty.

Долзарблиги. Холедохолитиаз ва ўн икки бармоқ ичак катта сўрғичининг яхши сифатли стенозида операция натижаси кўп жиҳатдан билиопанкреатик йўлларнинг терминал қисмлари ўзаро муносабатига боғлиқ. Уларнинг биргаликда очилиши панкреатобилиар ёки билиопанкреатик рефлюкс, билиар панкреатит ва касалликнинг қайталаниши учун морфологик замин яратиши мумкин. Шунинг учун сўрғич канали ўлчамлари ва асосий панкреатик йўл оғзининг жойлашувини операция вақтида аниқ баҳолаш муҳим.

Тадқиқот мақсади. Холелитиаз, холедохолитиаз ва катта дуоденал сўрғич стенозида унинг анатомик-морфологик тузилишини ўрганиш ҳамда трансдуоденал папиллосфинктеротомия ва папиллосфинктеропластика ҳажмини танлаш мезонларини асослаш.

Материаллар ва усуллар. Холедохолитиаз ва катта дуоденал сўрғич стенози билан асоратланган холелитиаз туфайли операция қилинган 216 нафар беморда сўрғичнинг анатомик-морфологик кўрсаткичлари интраоперацион ўлчанди. 21 ҳолатда трансдуоденал папиллосфинктеротомия, 195 ҳолатда трансдуоденал папиллосфинктеропластика бажарилди. Холедох ва асосий панкреатик йўл терминал қисмларининг қуйилиш тури, панкреатик йўл оғзининг жойлашуви, стенозланган канал диаметри ҳамда стеноз узунлиги баҳоланди.

Натижалар. 216 операциянинг 212 тасида холедох терминал қисми ва асосий панкреатик йўл терминал қисми ўзаро қўшилиб, катта дуоденал сўрғич ампуласини ҳосил қилган ҳолда очилди; 4 ҳолатда асосий панкреатик йўл оғзи аниқланмади. Яхши шаклланган ампула кўпроқ унинг ичида тош бўлган беморларда кузатилди. Асосий панкреатик йўл оғзи 187 ҳолатда ампуланинг орқа ёки орқа-медиал деворида, ташқи оғиздан 2-7 мм масофада жойлашган. Стенозланган канал диаметри 156 ҳолатда 2 мм, 46 ҳолатда 3 мм гача, 14 ҳолатда 3-4 мм бўлди. Стеноз узунлиги 26 беморда 10 мм гача, 158 беморда 15 мм гача, 32 беморда 20-22 мм ни ташкил қилди. Стеноз 10 мм дан ошмаганида папиллосфинктеротомия етарли бўлди; узунроқ стенозда кенг папиллосфинктеротомиядан кейин папиллосфинктеропластика бажариш мақбул деб топилди.

Хулоса. Холелитиаз ва катта дуоденал сўрғич стенозида билиар ҳамда панкреатик йўллар деярли доимо биргаликда очилади. Сўрғич канали диаметри, стеноз узунлиги ва панкреатик йўл оғзининг жойлашувини ҳисобга олиш операция тури ва кесма ҳажмини тўғри

танлашга, панкреатик йўлни шикастлаш хавфини камайтиришга ҳамда аралашувнинг радикаллиги ва хавфсизлигини оширишга ёрдам беради.

Адабиётлар

1. Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Пантелеева И.С. и др. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014. № 7. С. 21-25.
2. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш. Ошибки и опасности в хирургии желчных путей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 272 с.
3. Aguirre-Olmedo I., Cuendis-Velázquez A., Morales-Chávez C.E. et al. Laparoscopic choledochoduodenostomy as a treatment of choledocholithiasis // Cirugía y Cirujanos. 2013. Vol. 81, No. 2. P. 118-124.
4. Senthilnathan P., Sharma D., Sabnis S.C. et al. Laparoscopic choledochoduodenostomy as a reliable rescue procedure for complicated bile duct stones // Surg Endosc. 2018. Vol. 32, No. 4. P. 1828-1833.