

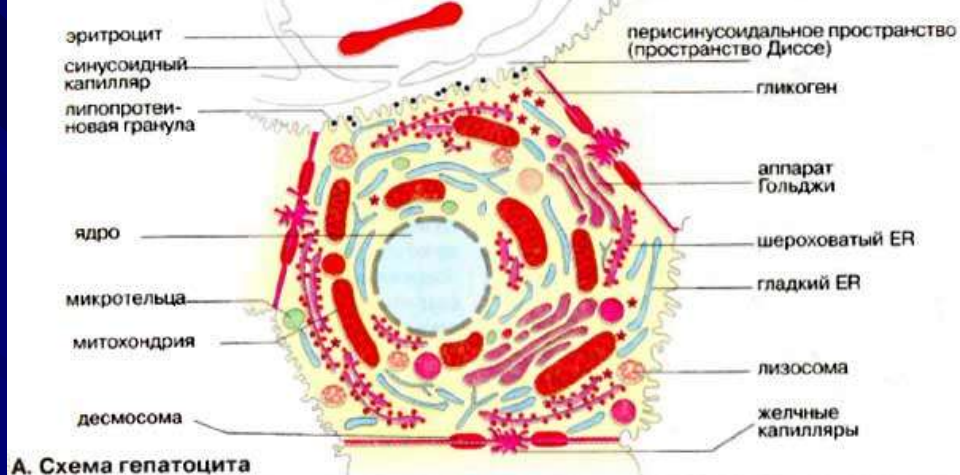
Маъруза № 11

**ЖИГАР, БИЛИАР ТИЗИМ ва
ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ
ЖАРРОҲЛИК АНАТОМИЯСИ.**

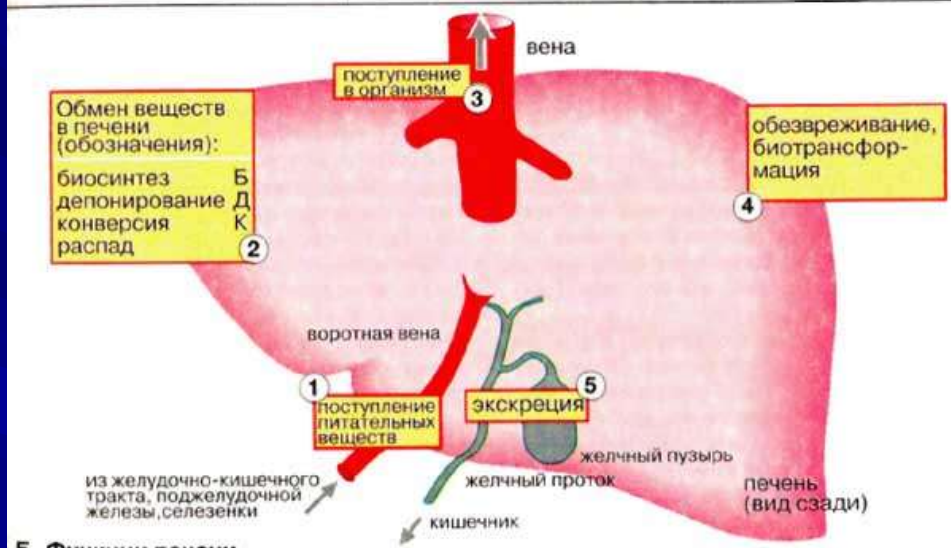
**ЖИГАР, ЎТ ЙЎЛЛАРИДА ва
ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ
ПАТОЛОГИЯЛАРИДА
Қўлланиладиган ОПЕРАЦИЯЛАР.**

Маърузачи: Гульманов И.Д.

Жигар - организмдаги асосий лаборатория, гемодинамиканинг муҳим бошқарувчиси ҳисобланади ва антитоксик филътр вазифасини ўтайди. Жигарнинг гемодинамика ва модда алмашинувида ролини шундан билиш мумкинки, у ўзи орқали 1 дақиқада 1500 мл қонни, яъни аортага чиқувчи дақиқалик қон ҳажмининг 1/3 ини ўтказади.



A. Схема гепатоцита



B. Функции печени

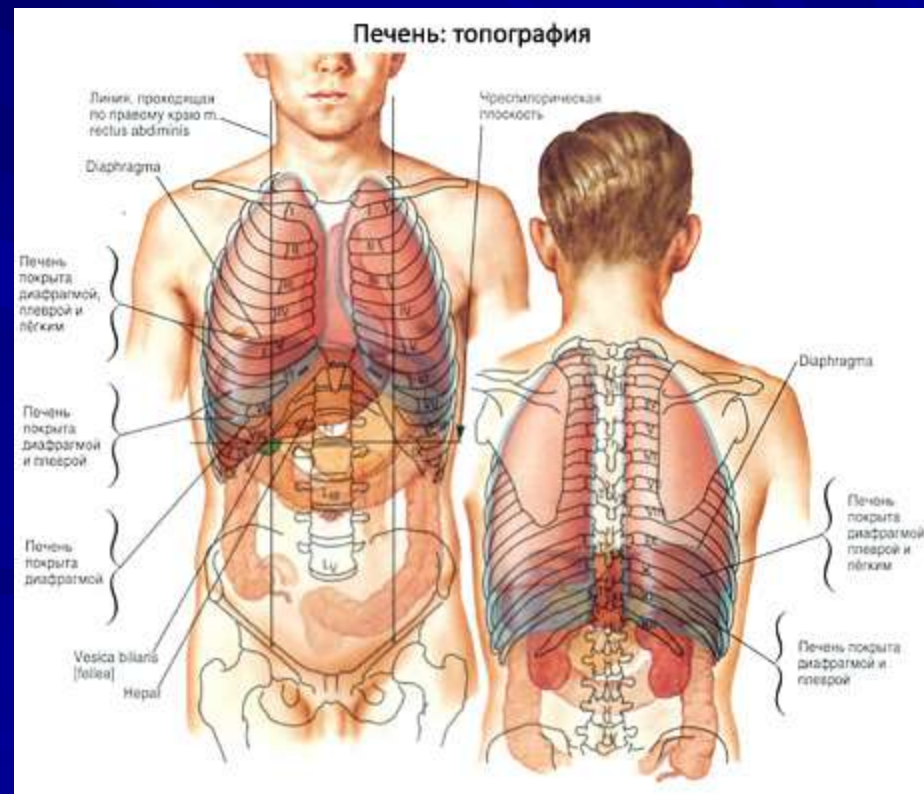
Метаболизм углеводов	Метаболизм липидов	Метаболизм аминокислот	Биотрансформация
глюкоза БДК	жирные кислоты БК	аминокислоты БК	стероидные гормоны КЭ
галактоза К	жиры БК	мочевина Б	желчные пигменты КЭ
фруктоза К	кетоновые тела Б		этанол К
манноза К	холестерин БКЭ		лекарственные вещества КЭ
пентозы БК	желчные кислоты БЭ		
лактат К	витамины ДК		
глицерин БК			
гликоген БДК			
		Метаболизм белков плазмы крови	
		липопротеины БК	
		альбумин БК	
		факторы коагуляции БК	
		гормоны БК	
		ферменты БК	

B. Обмен веществ в печени

Обозначения:
 Б биосинтез
 Д депонирование
 К конверсия
 Э экскреция

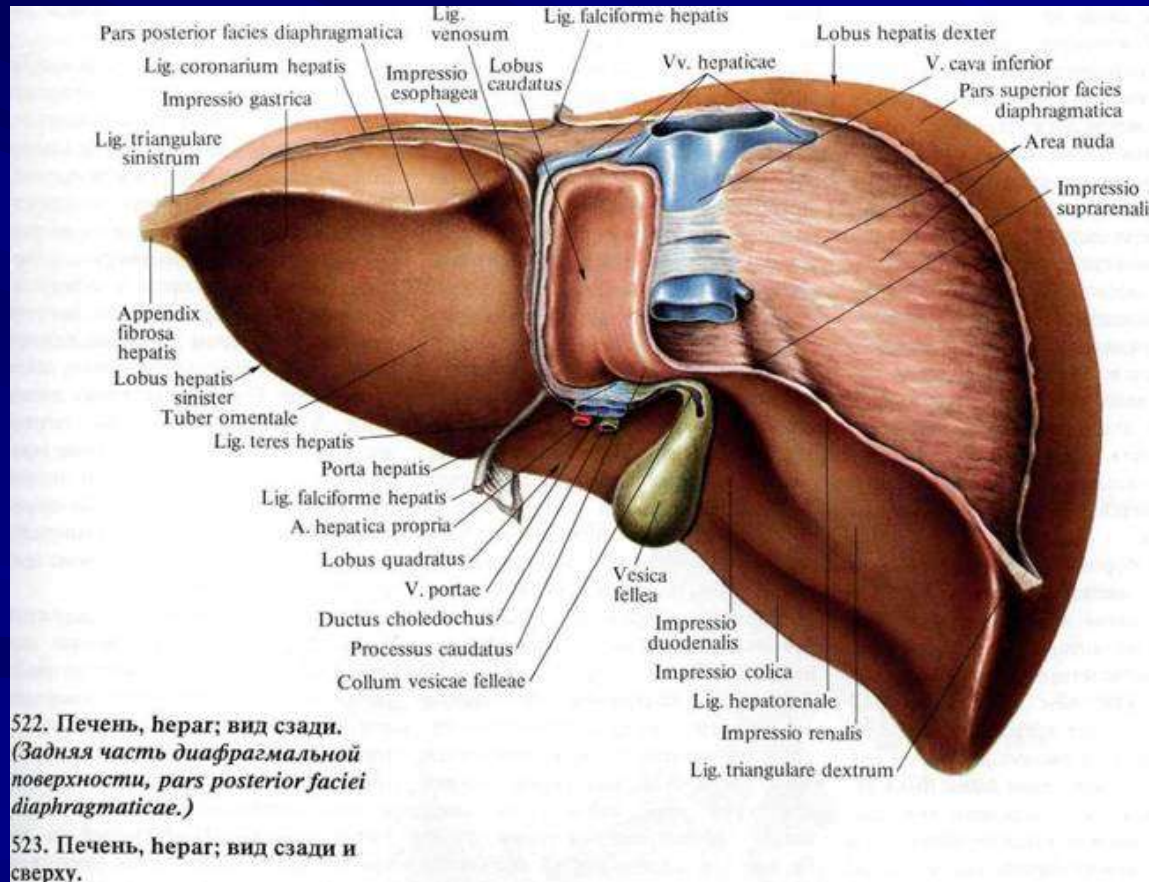
Чақалоқларда жигар қорин бұшлиғининг $\frac{1}{2}$ ини, яъни тана вазнининг $\frac{1}{16}$ ини ташкил қилади (катталарда $\frac{1}{40}$).

Жигарнинг катта қисми **ўнг диафрагма ости** бұшлиғида, кичикроқ қисми **чапга** ўтиб, ошқозон ва диафрагма гумбази орасида жойлашади.



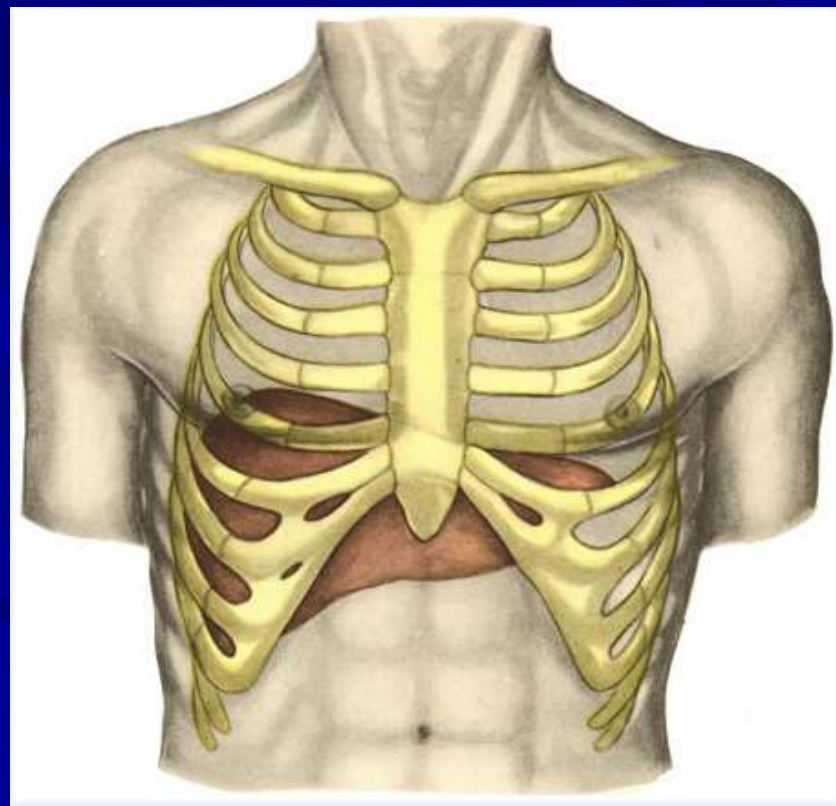
Жигар синтопияси ва унинг қоринпардага алоқаси.

Жигар **мезоперитонеал** жойлашиб,
унинг орқа диафрагма юзаси
қоринпарда билан қопланмаган.

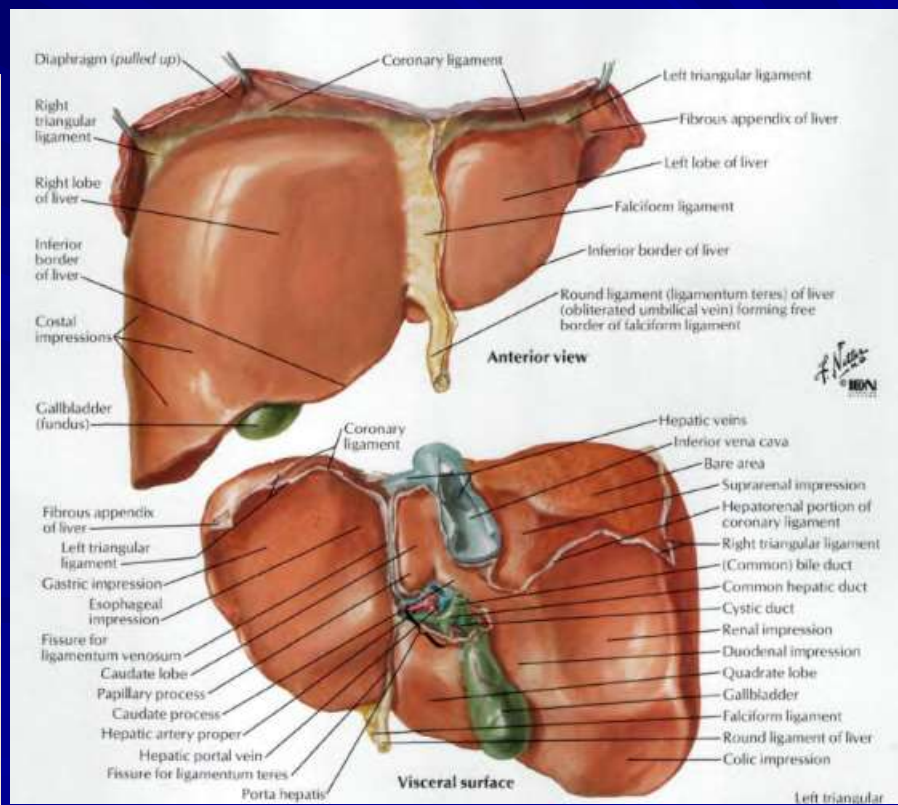
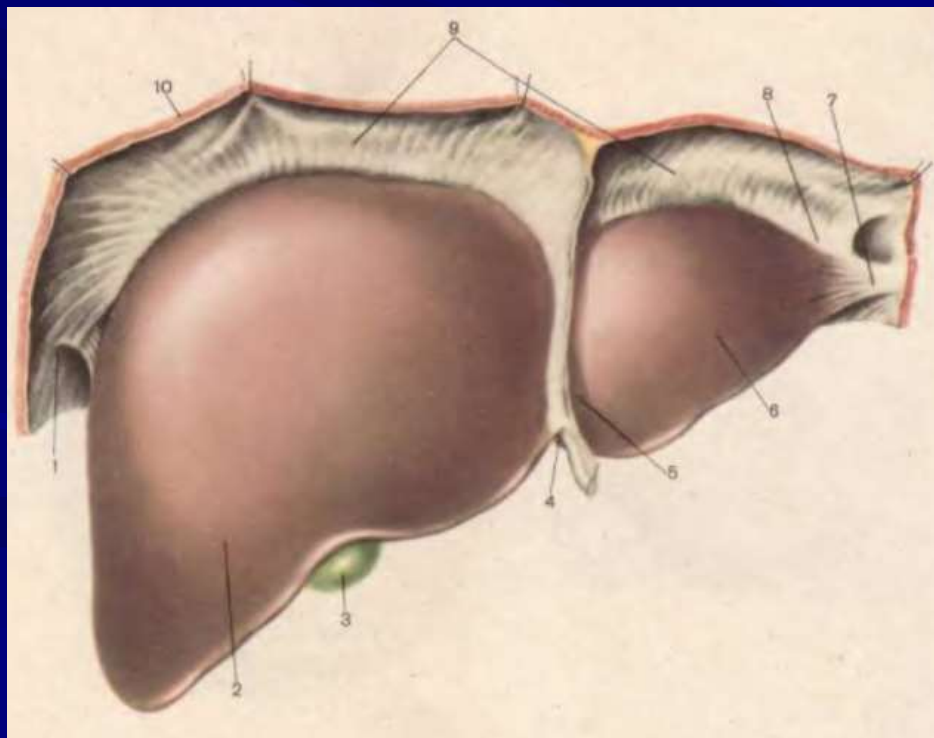


Скелетотопияси

Долихоморф жуссада жигар қовурға равоғидан **4-5 см** юқориқда ретрокостал ҳолатда жойлашади.
Брахиморфда – қовурға равоғидан **2-3 см** пастроқда пайпасланади.

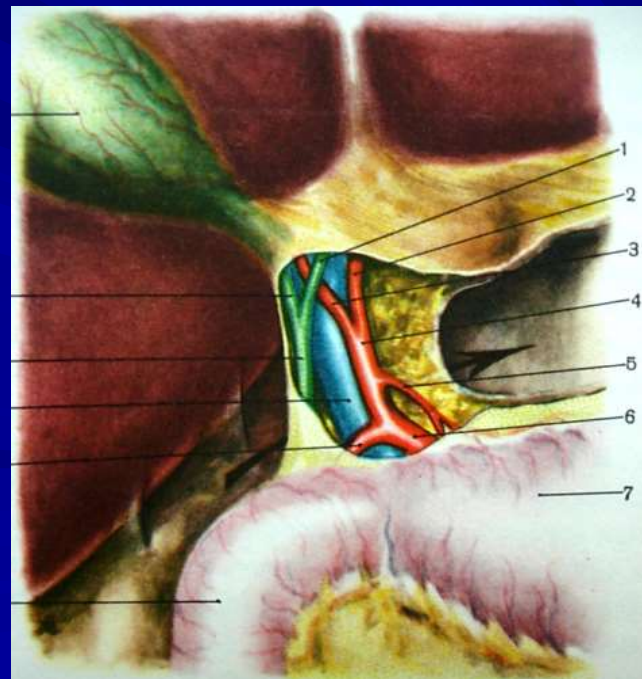
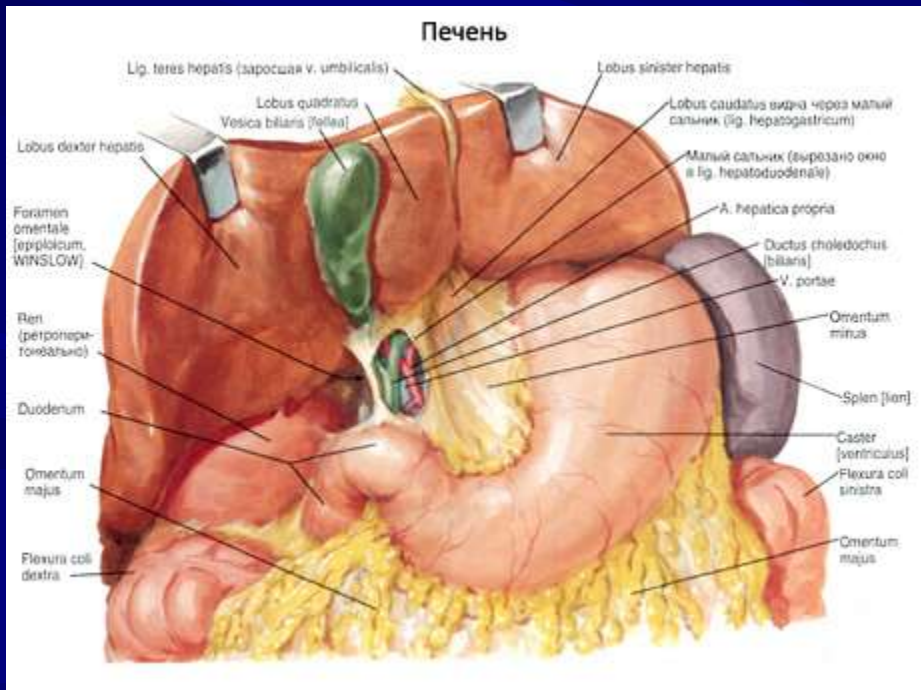


Тож бойлам қорингарданинг жигардан диафрагмага фронтал текислик буйлаб ўтиши натижасида ҳосил бўлади, сагиттал текислик буйлаб ўрта чизиқ буйича ўроқсимон бойлам жойлашиб, диафрагма ости бўшлиғини иккита халтага – ўнгда - *bursa hepatica* ва чапда - *bursa praegastrica* – га ажратади.



Жигар дарвозаси

➤ Жигар-ўн икки бармоқ бойлами билан қопланган кўндаланг ва чап бўйлама эгатлар **жигар дарвозаси** ҳисобланади. Ушбу бойлам ичида **дарвоза венаси, жигар артерияси** ва **ўт йўллари** жойлашган.

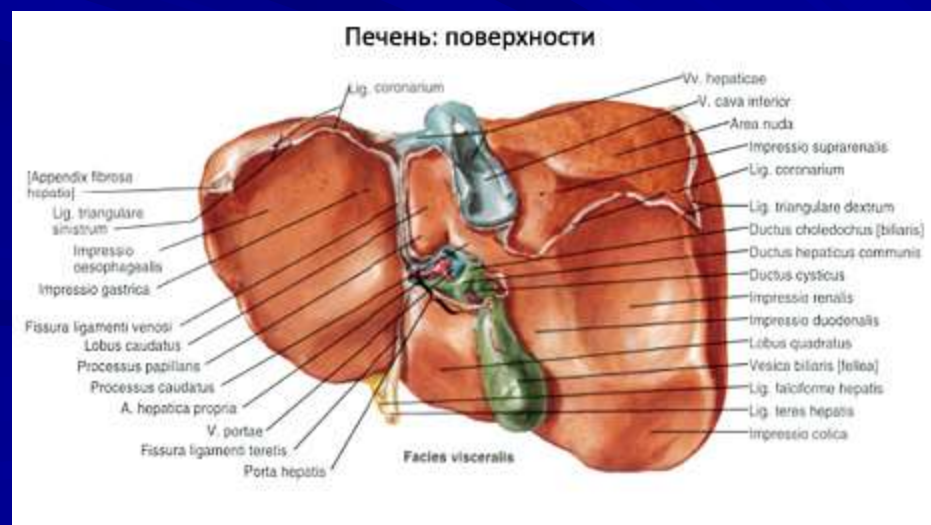
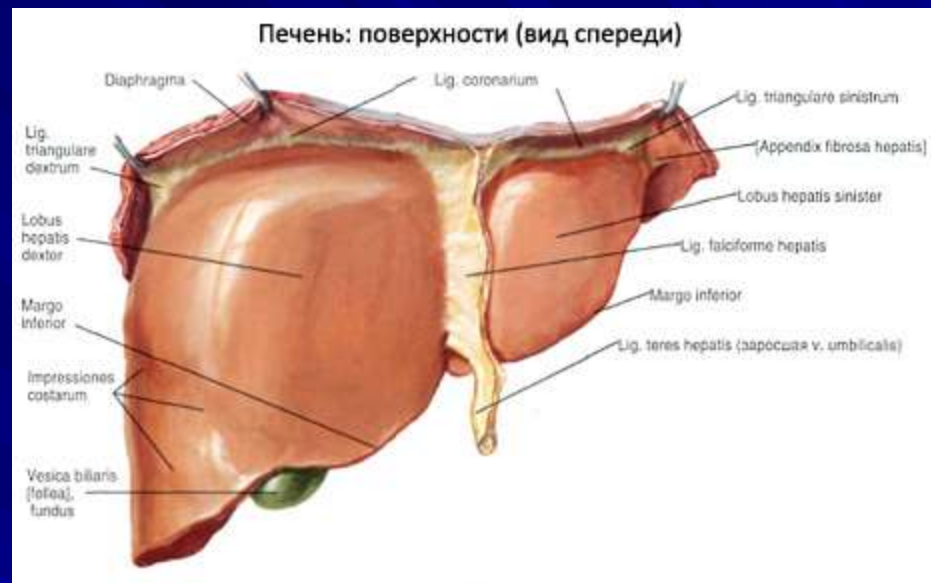


Жигарнинг бўлак, сектор ва сегментларга бўлиниши

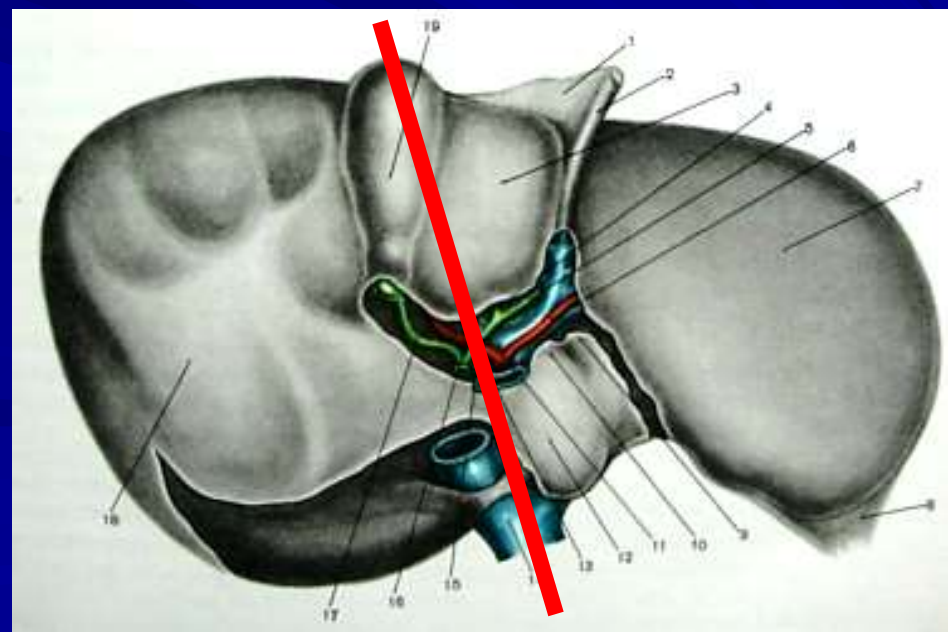
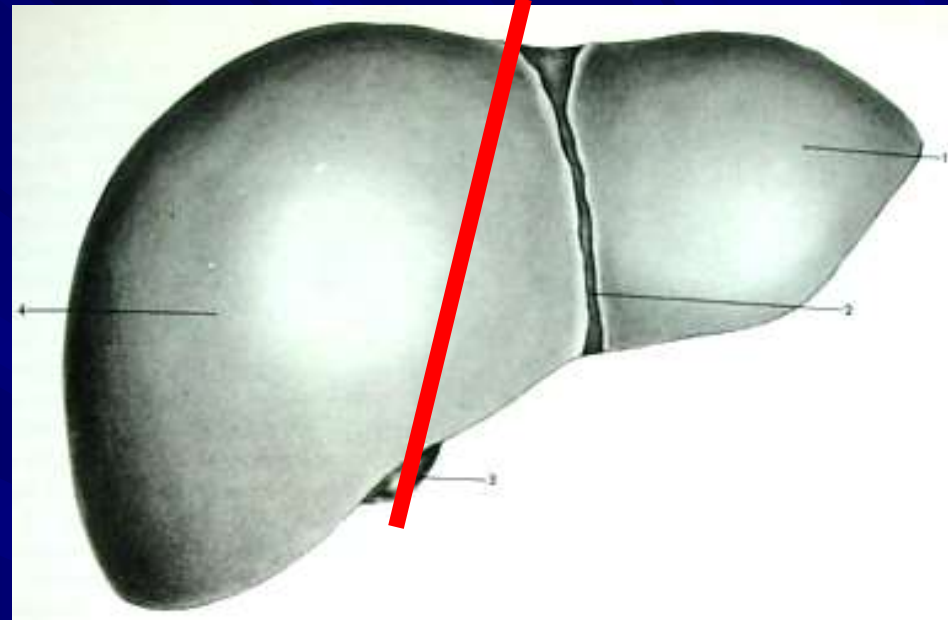
Анатомик жиҳатдан диафрагма юзасида ўроқсимон бойлам, висцерал юзасида чап бўйлама ёриқ орқали жигарни 2 та :

ўнг ва чап бўлақларга ажратиш мумкин.

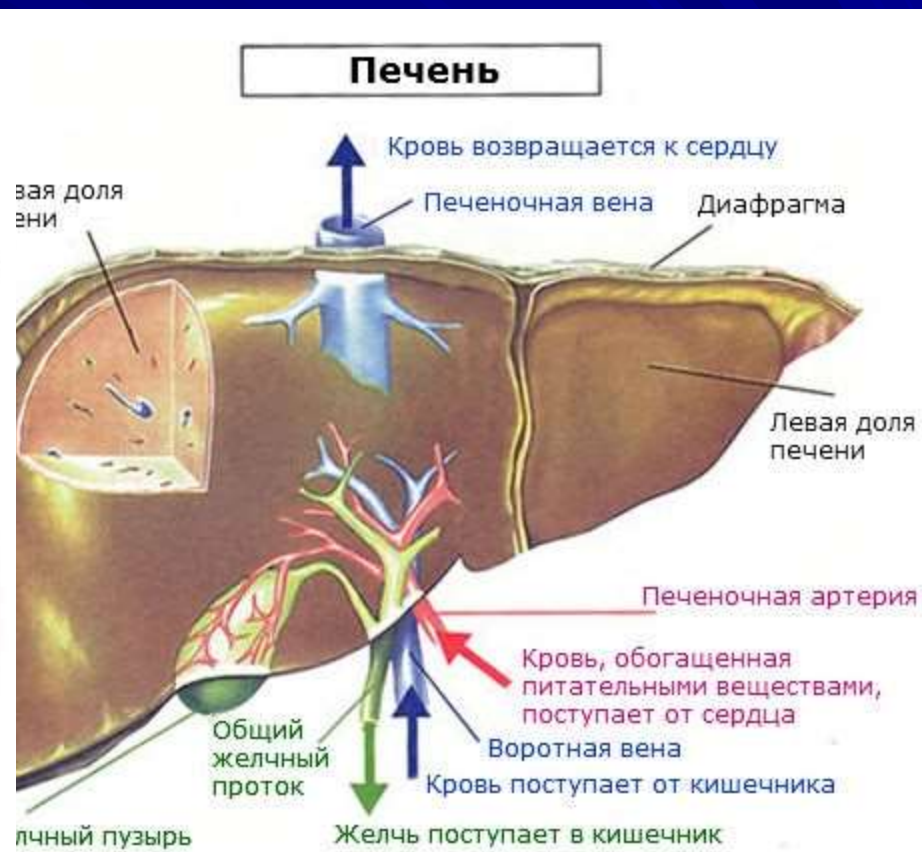
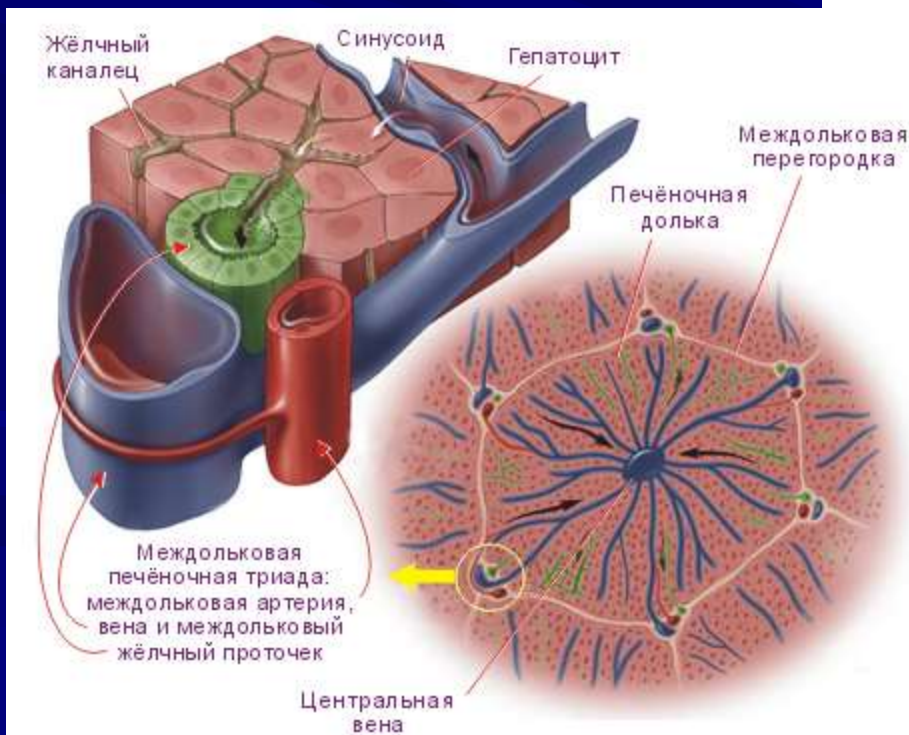
Ўнг бўлақда *квадрат ва думли* бўлақлар ҳам фарқланади



Аъзо ички
структурасига кўра
жигарни иккита
деярли тенг
бўлакка ажратиш
мумкин, бу чегара
ўт пуфаги ўрнини
пастки кавак
венанинг чап чети
билан
туташтирувчи
чизиққа мос
келади.

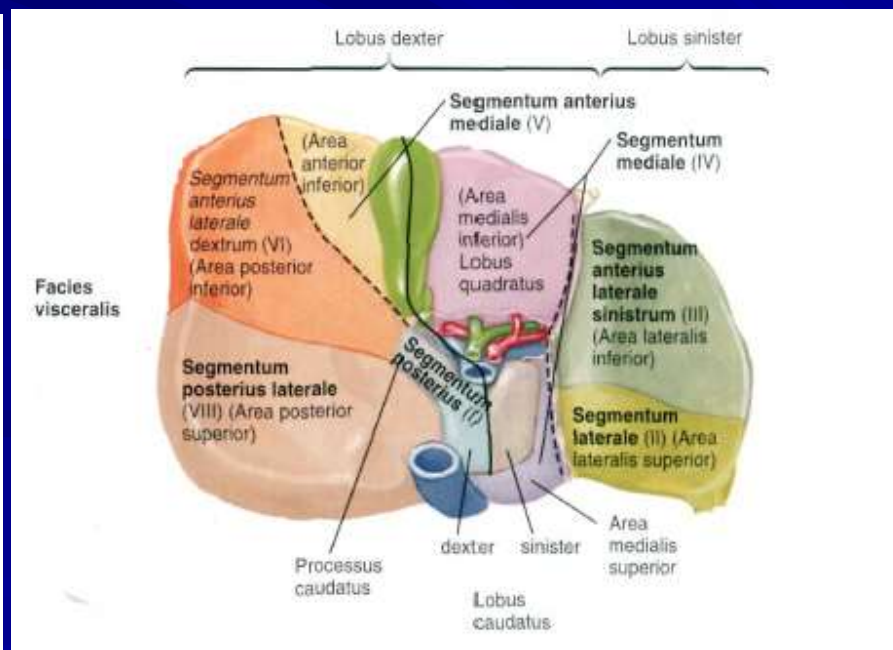
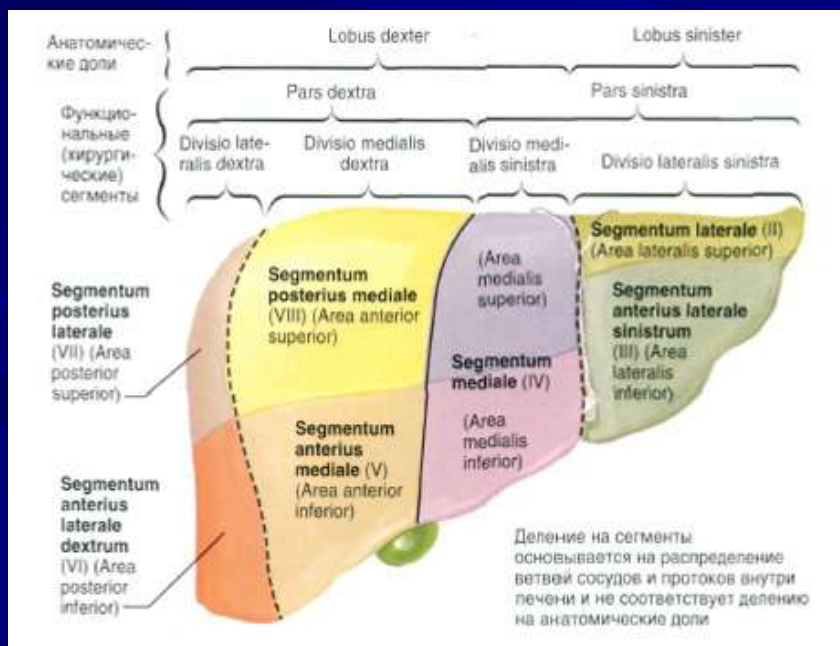


Бўлакнинг қон томир ва ўт йўллари **секторап** ва **сегментар** шохларга ажралади. Дарвоза венаси, жигар артерияси ва ўт йўлларининг (**Глиссон учлиги**) аъзо ичида шохланиши ўзига хос қонуният асосида боради. Бу триада инглиз анатоми **Глиссон (Glisson)** томонидан 1654 й. да таърифланган.



Жигарда **5 секторда жойлашган 8 та сегмент** фарқланади, уларнинг ўлчами жигарнинг шаклига қараб ўзгариб туради. Сегмент оёқчаларини боғлаш операцияларда қон йўқотилишини анча пасайтиради.

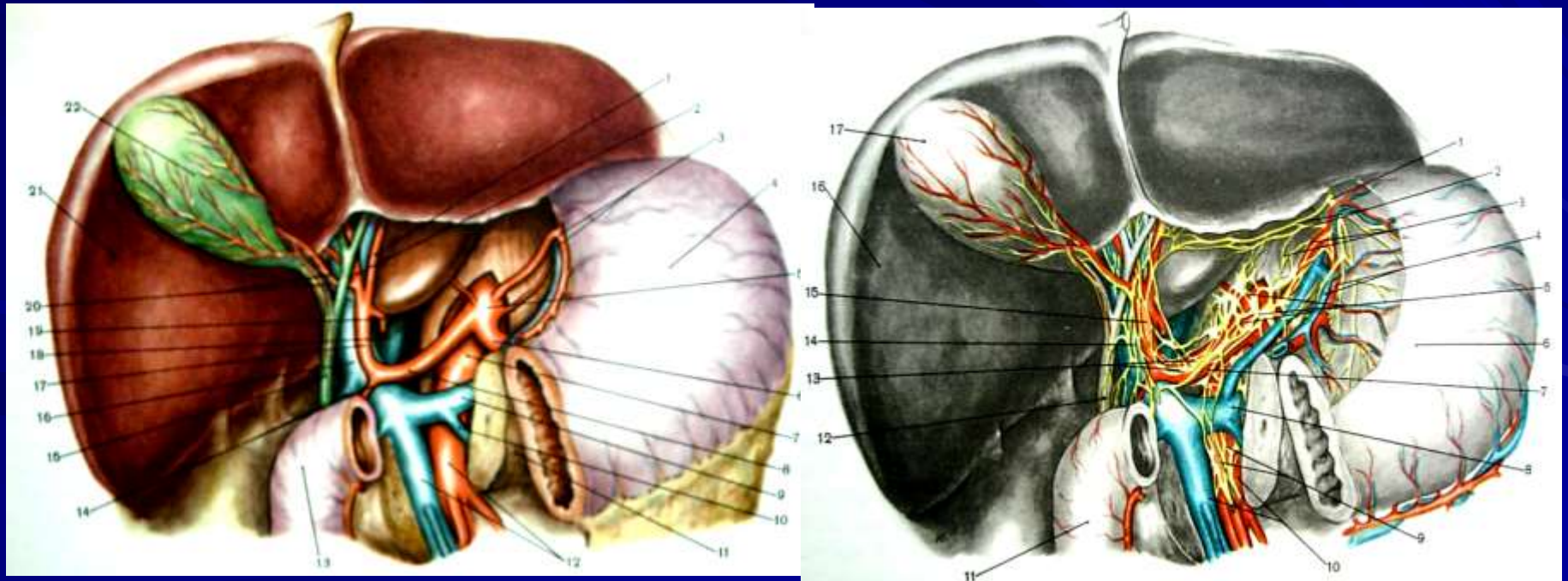
Бўлак	Сектор	Сегмент
Чап	Чап дорсал	I (CI)
	Чап латерал	II (CII)
	Чап парамедиан	Ш (CII) IV (CIV)
Ўнг	Ўнг парамедиан	V(CV), VIII (CVIII)
	Ўнг латерал	VI (CVI), VII (CVII)



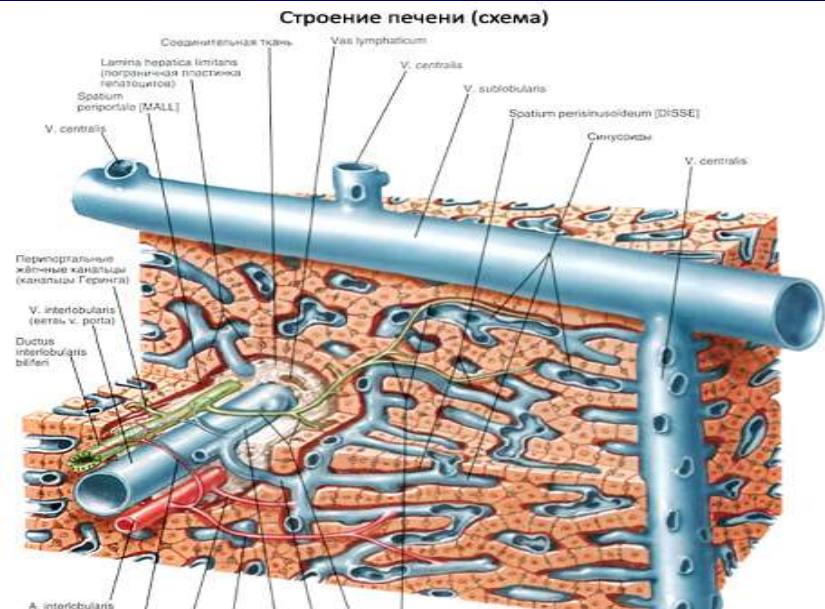
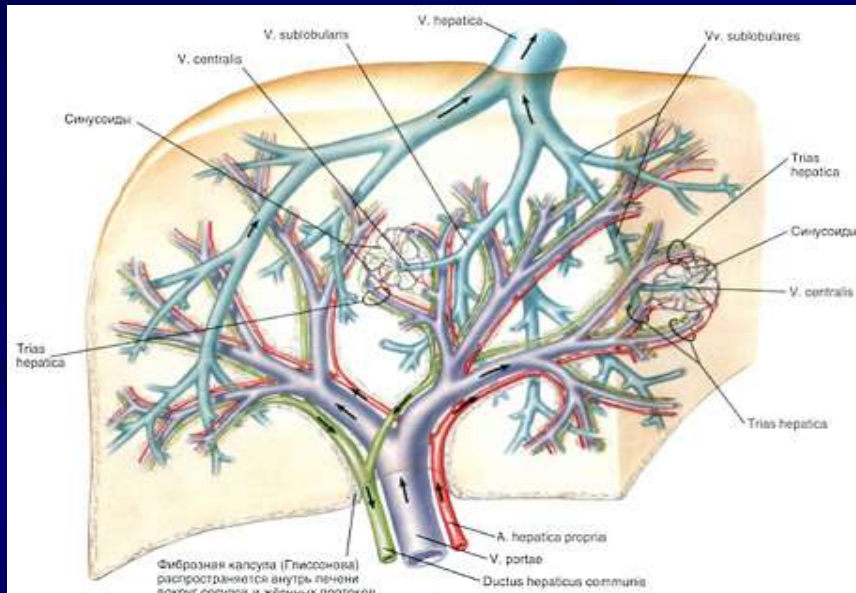
Қон билан таъминланиши ва иннервацияси

Умумий жигар артерияси – хусусий жигар артерияси – ўнг ва чап жигар артериялари.

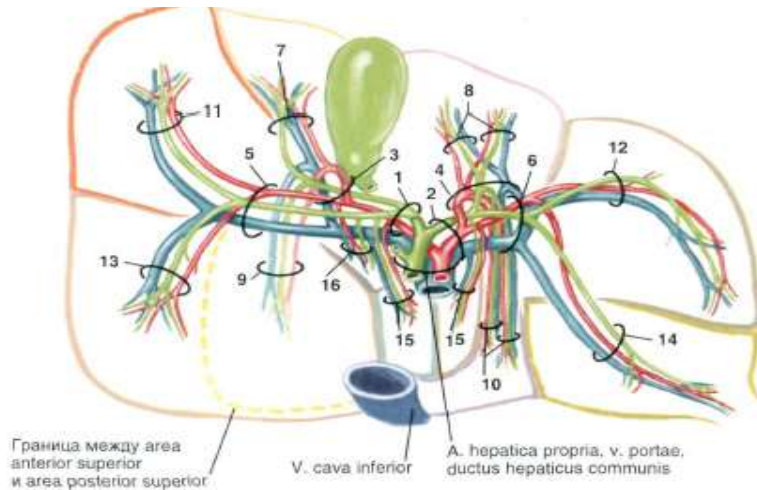
Ўт пуфаги артерияси (ўнг жигар артерияси тармоғи). **Қало учбурчаги.**
Адашган нервлар, қуёш чигали, жигар чигали.



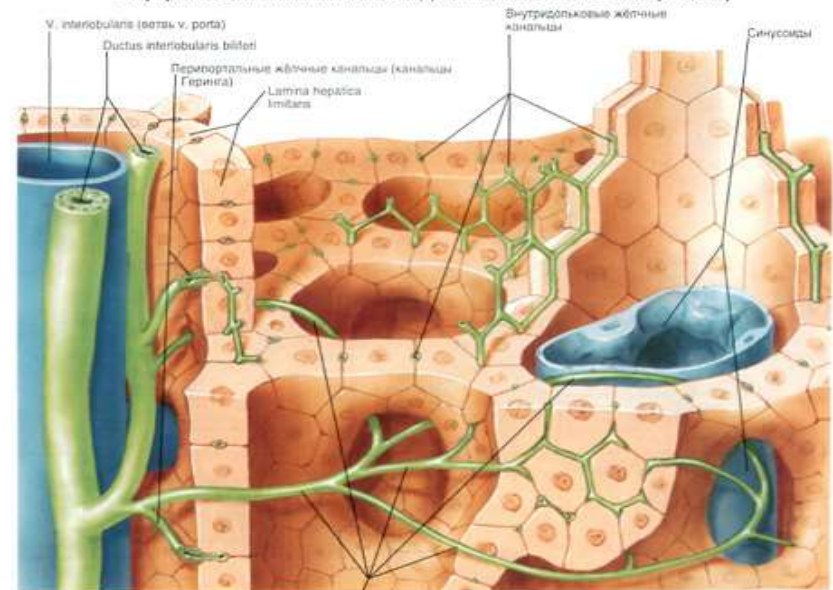
Жигар ва жигар билиар тизими: ўт қопи ва ўт йўллари.



Внутрипеченочная желчевыделительная система (схема)

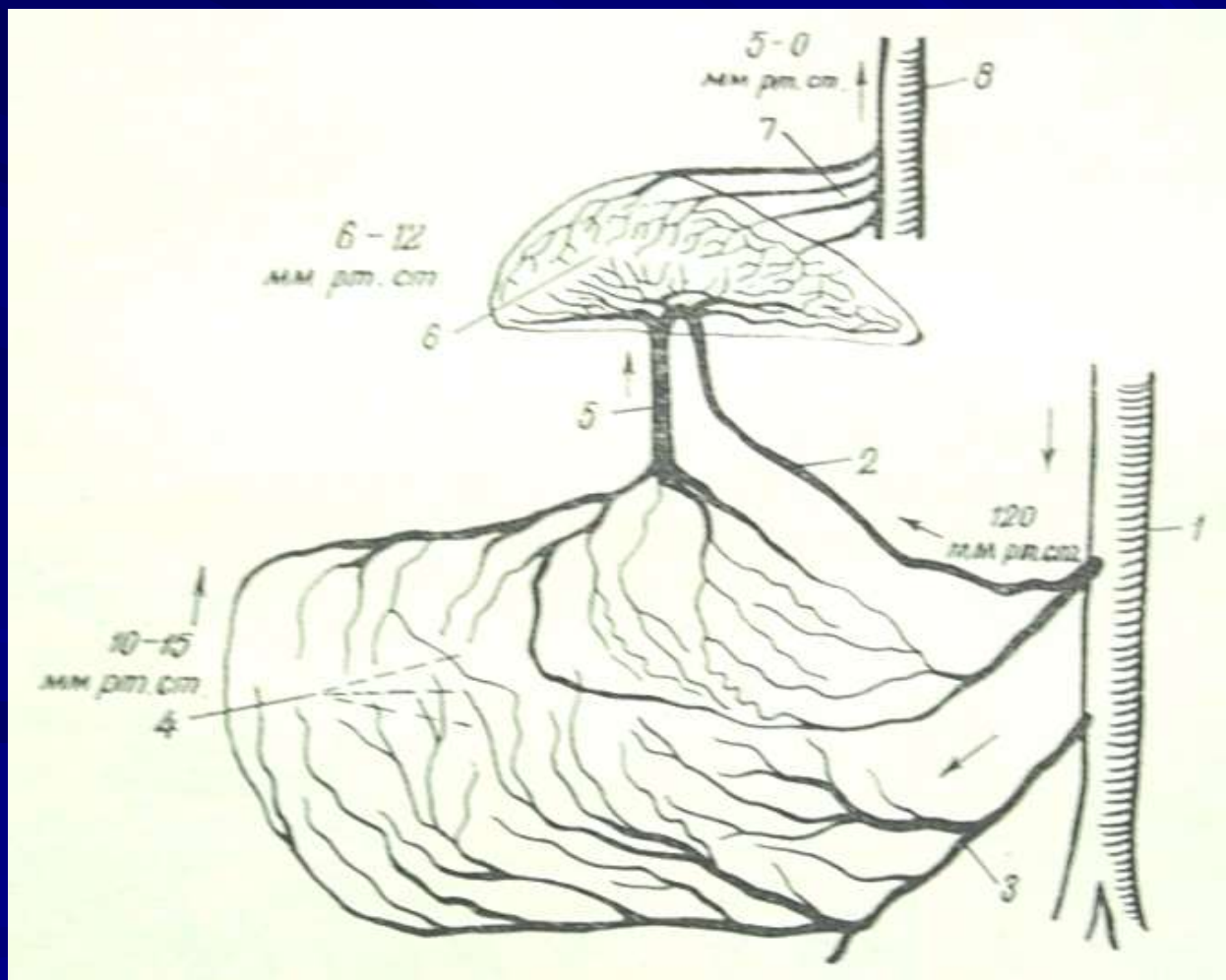


- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1 lobares dextri | 9 anterior superior |
| 2 lobares sinistri | 10 medialis superior |
| 3 segmentales anteriores | 11 posterior inferior |
| 4 segmentales mediales | 12 lateralis inferior |
| 5 segmentales posteriores | 13 posterior superior |
| 6 segmentales laterales | 14 lateralis superior |
| 7 anterior inferior | 15 lobi caudati (dextri/sinistri) |
| 8 medialis inferior | 16 processus caudatus |



Внутридольковые желчные каналы

Портал қон айланиши моҳияти шундаки, ундаги қон босими аста-секин пасайиб бораверади. Бу қон оқимининг секинлашиши ва қоннинг жигарда катта миқдорда деполанишига олиб келиб, дарвоза венаси орқали келувчи озиқ моддаларнинг ассимиляциясига сабаб бўлади.



Портал қон айланишининг бузилиши

Биринчи навбатда жигарнинг модда алмашинув ва гемодинамика функциялари издан чиқади.

Портал гипертензия сабаблари:

- 1) **жигар олди тўсиғи** (дарвоза венасининг ўсма билан эзилиши - ошқозон ости бези бошчаси ўсмаси),
- 2) **жигар тўсиғи** (жигар циррозларида),
- 3) **жигар орти тўсиғи** (Бадди-Киари синдроми, юрак касалликлари).



Порто-кавал анастомозлар

Улар орқали портал системадаги қоннинг бир қисми кавал системага ўтади.

Порто-кавал анастомозлар қизилўнғач веналари ва ошқозон тож венаси орасида; қорин олд девори веналари ва киндик венаси орасида, *v.mesenterica inferior* ва *plexus venosus rectalis* орасида амалга оширилади.

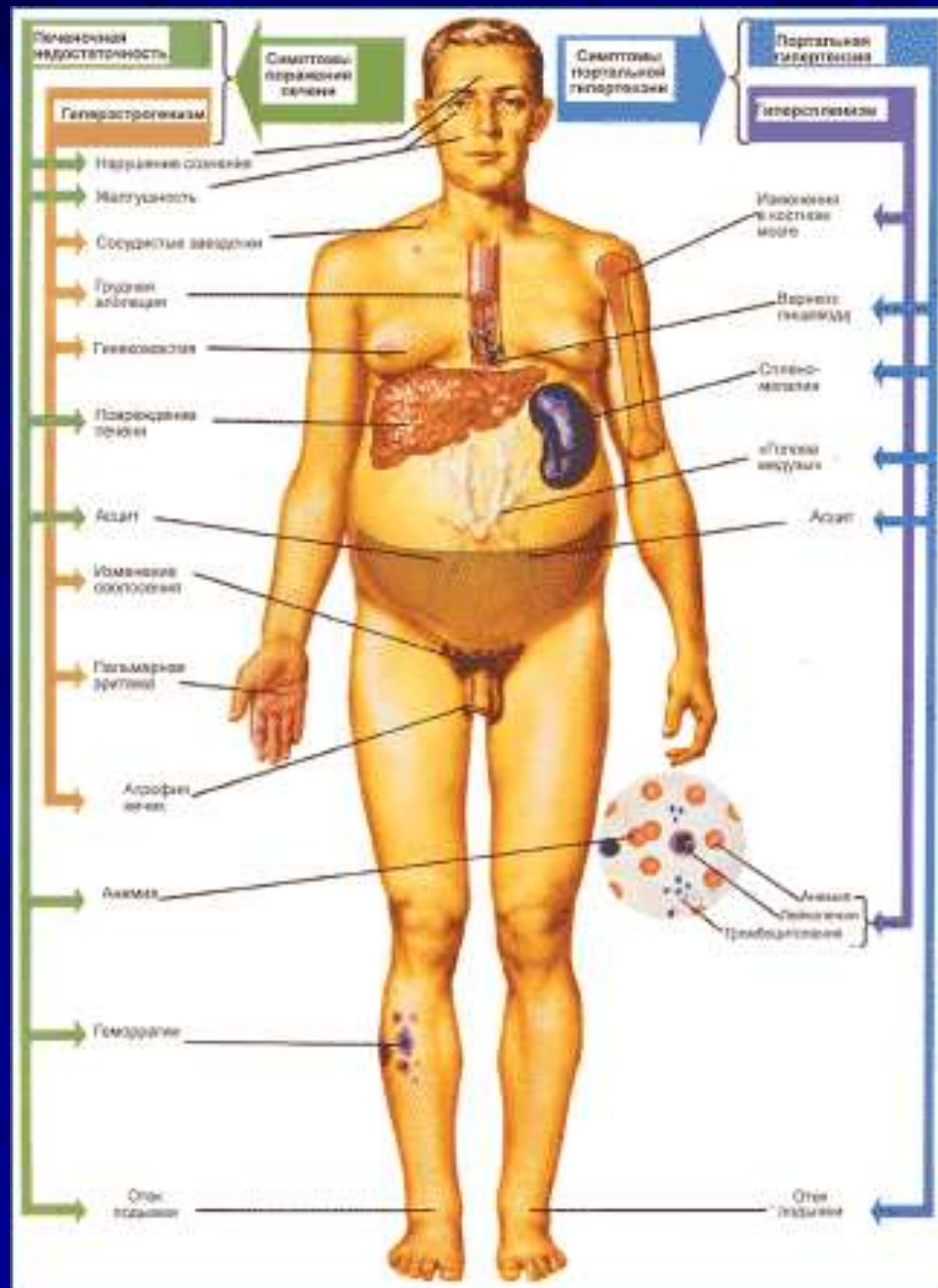
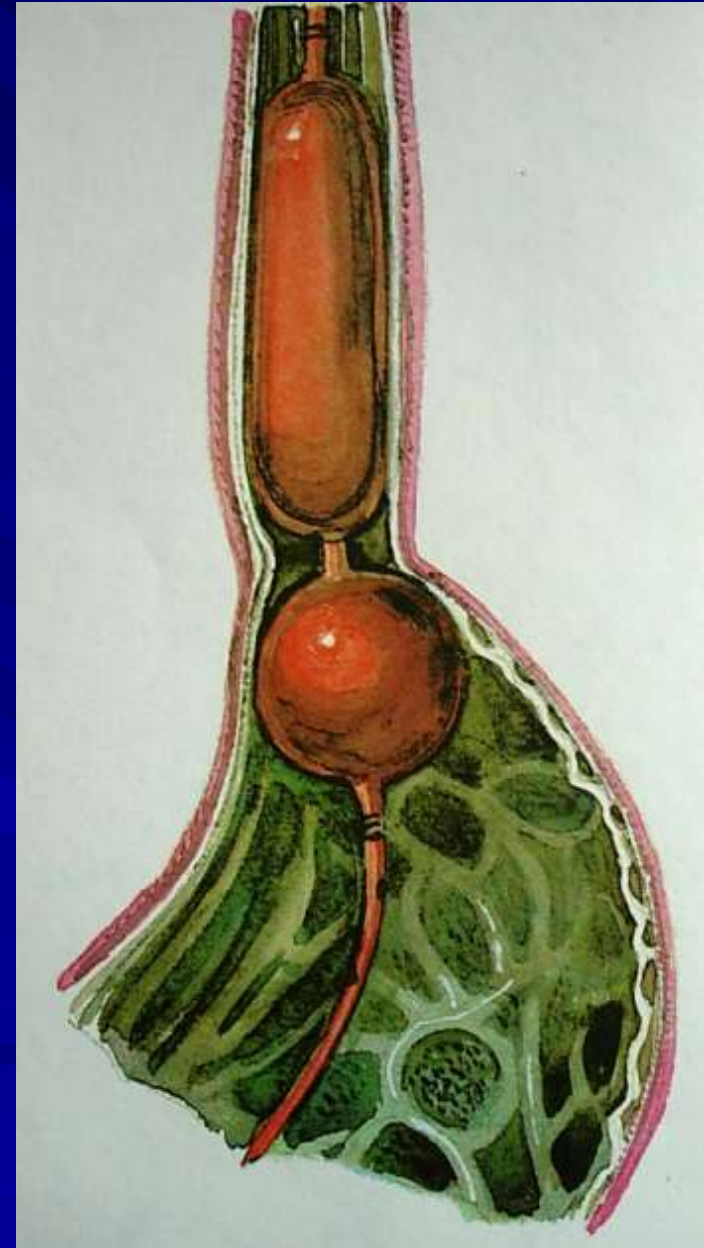
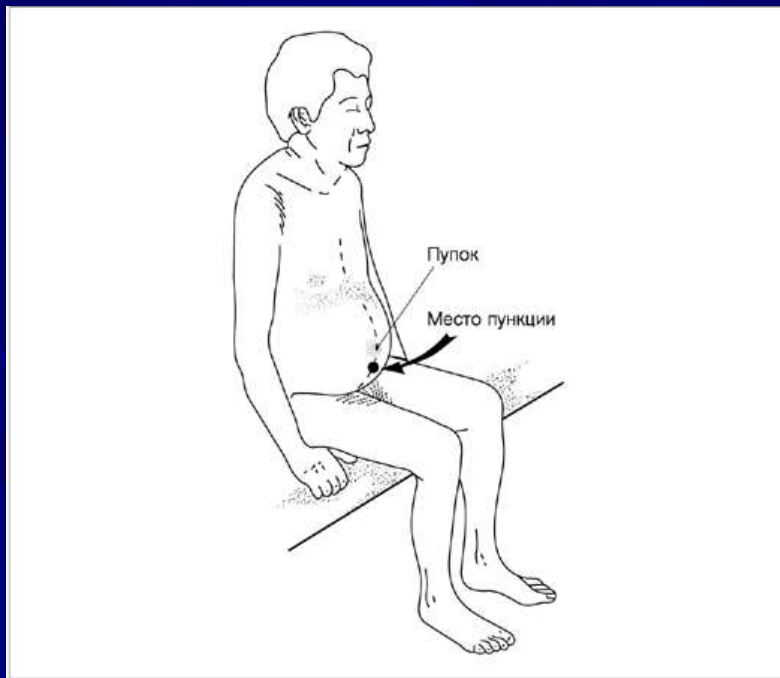


Рисунок 1. Признаки портальной гипертензии у больного циррозом печени

Қизилўнғачдан қон кетиши

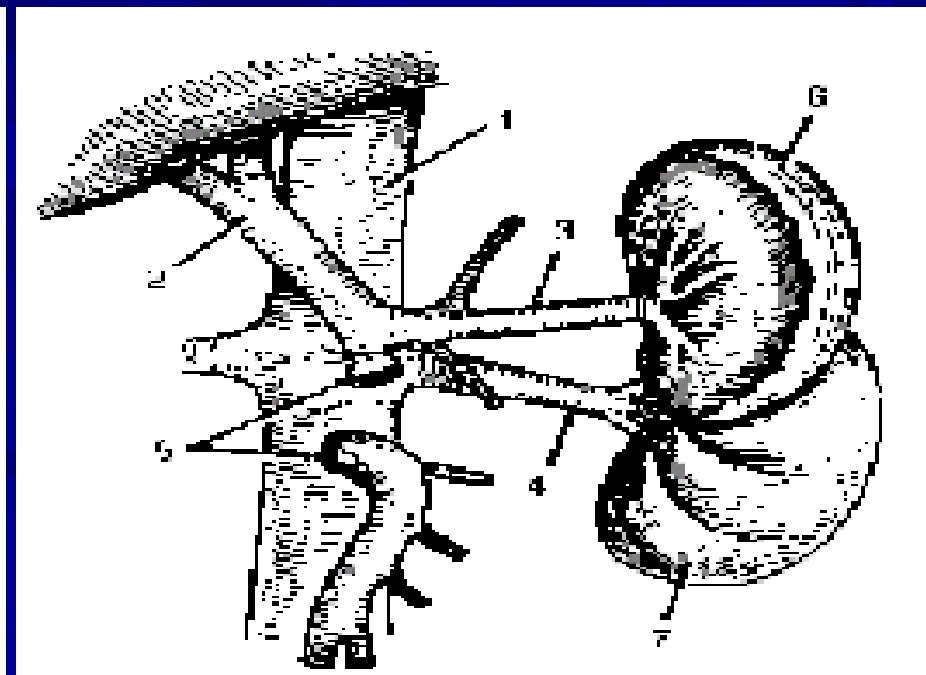
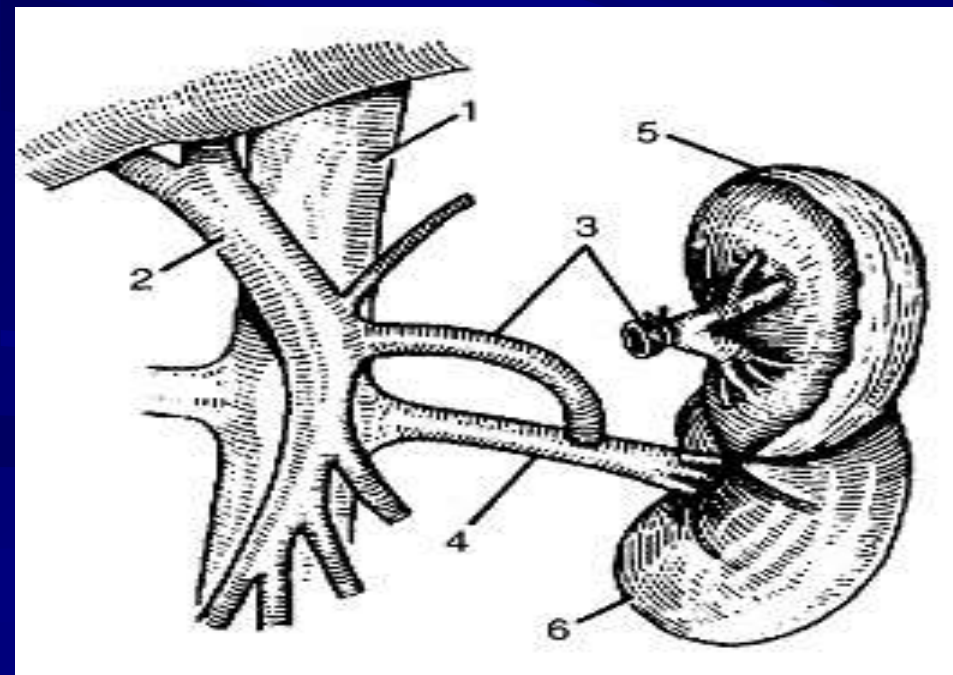
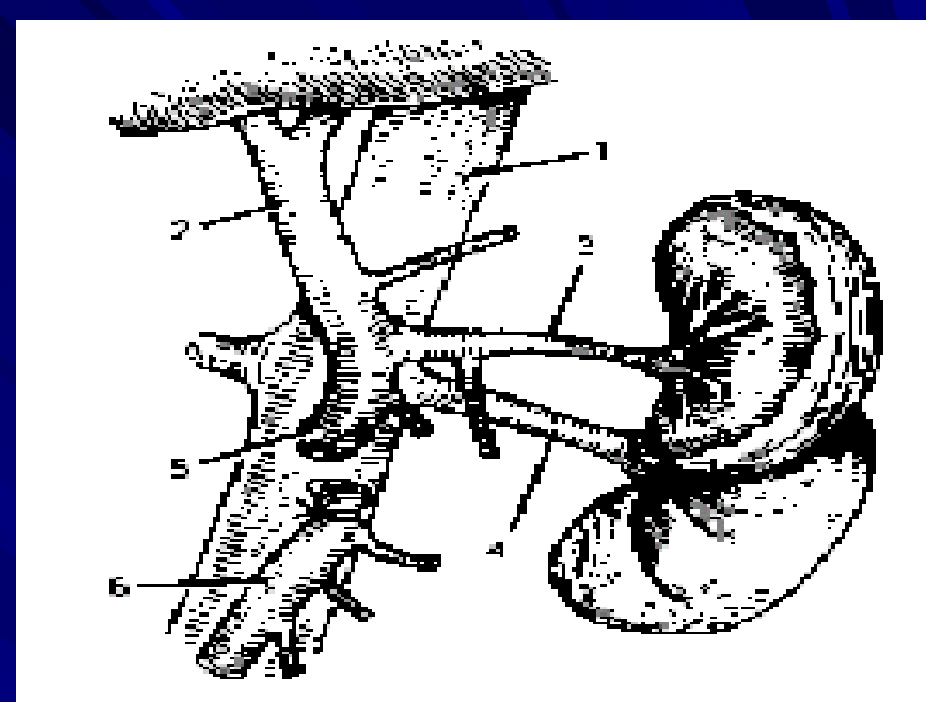
Қизилўнғач ва ошқозон кардиал қисмидаги варикоз кенгайган веналардан қон кетишида **Сенгстейкин-Блекмор** зонди ишлатилади.

Асцитда қорин пункцияси амалга оширилади.



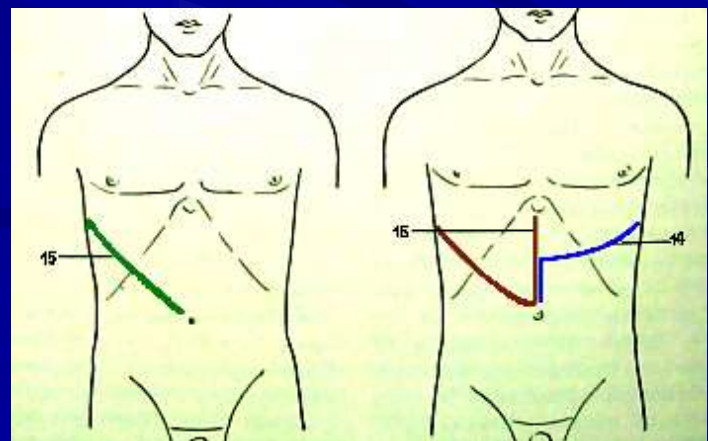
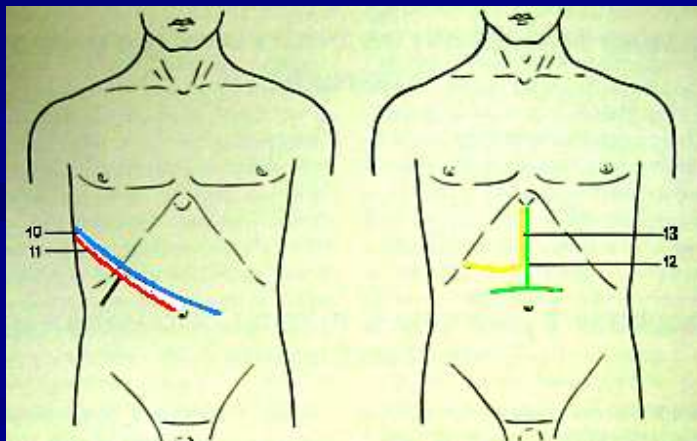
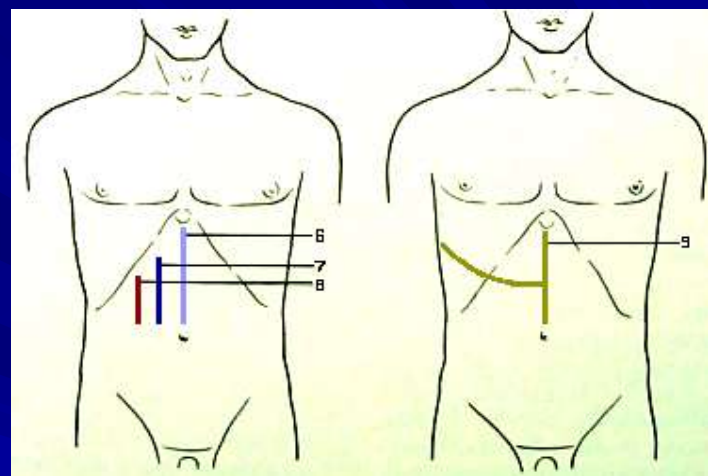
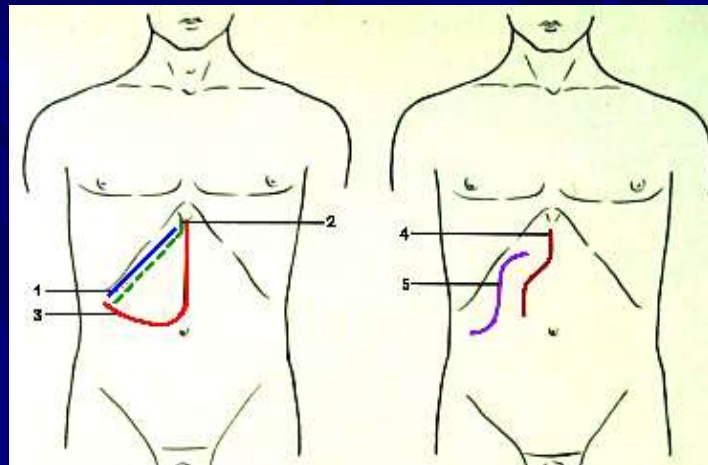
Портал гипертензияда операциялар

- Портокавал анастомоз.
- Мезентерикокавал шунтлаш.
- Спленоренал анастомоз.



Оператив очиб кириш йўллари

1. Қийшиқ кесим (Кохер, Фёдоров);
2. Бурчакли кесим (С.П. Федоров);
3. Бурчакли кесим (Рио-Бранко);
4. Тўлқинсимон кесим (Кер);
5. Тўлқинсимон кесим (Бивен);
6. Юқори ўрта кесим;
7. Трансректал кесим;
8. Параректал кесим;
9. Торакоабдоминал кесим (Райфершайд);
10. Торакоабдоминал кесим (Ф.Г. Углов);
11. Торакоабдоминал кесим (Кюнео);
12. Лахтакли кесим (Бруншвиг);
13. Бурчакли кесим (Черни);
14. Торакоабдоминал кесим (Райфершайд);
15. Торакоабдоминал кесим (Киршнер).

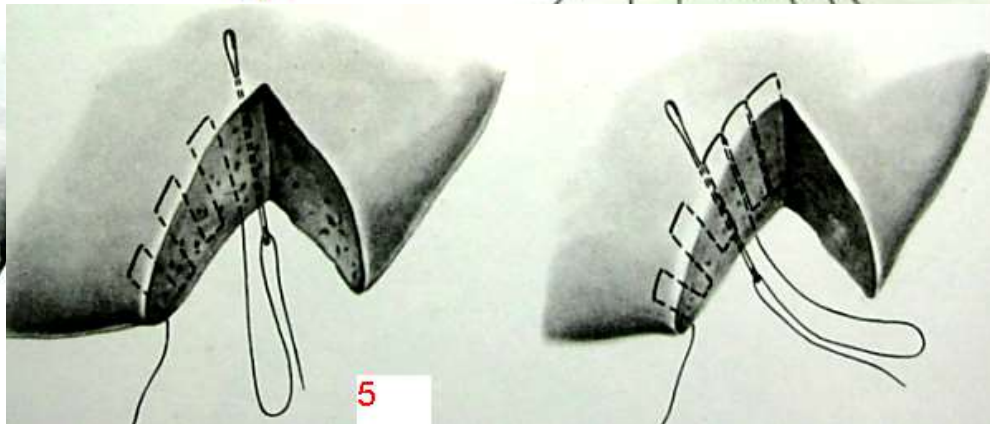
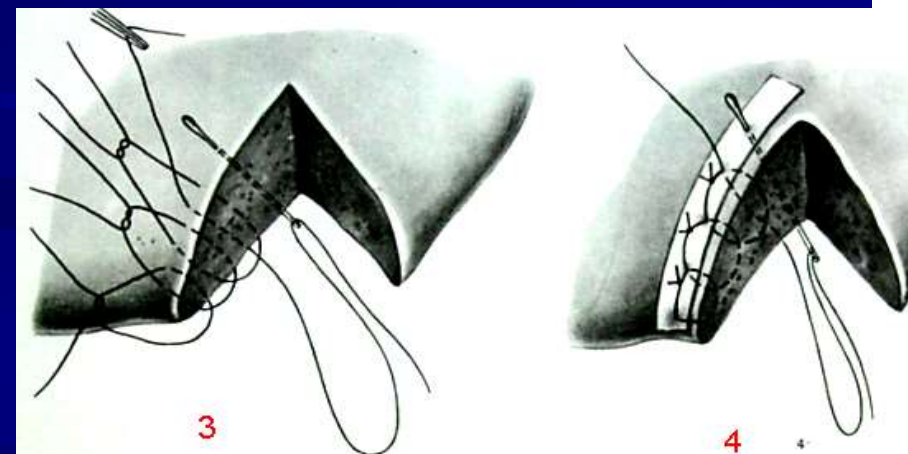
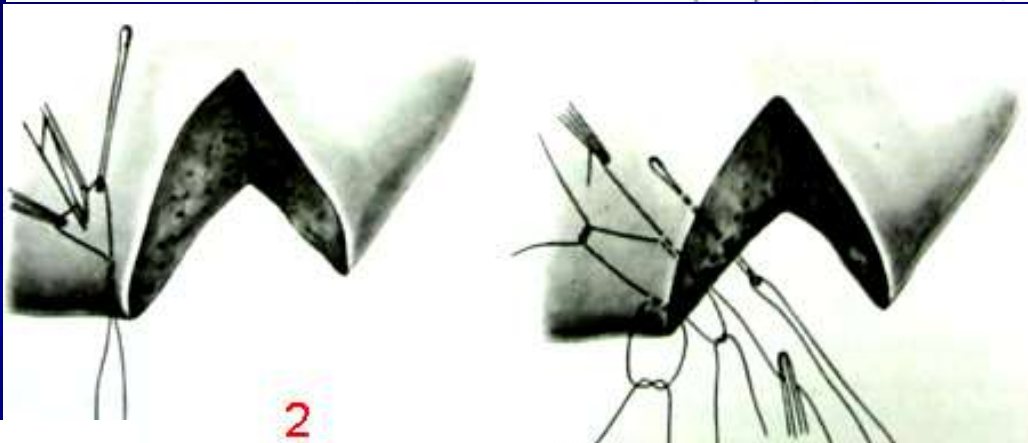
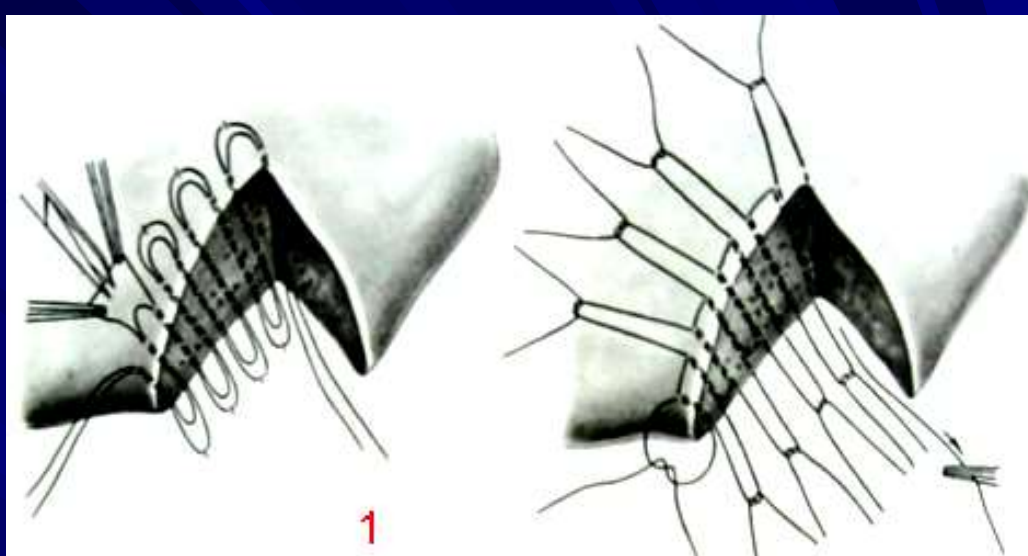


Жигар ва ўт йўлларидаги операцияларнинг асосий тамойиллари

Жигар паренхимасининг ўзига хослиги ва фиброз капсуласининг мустаҳкам эмаслиги операциялар пайтида қонни кўп миқдорда йўқотишга сабабчи бўлиб, уни тикишни қийинлаштиради.

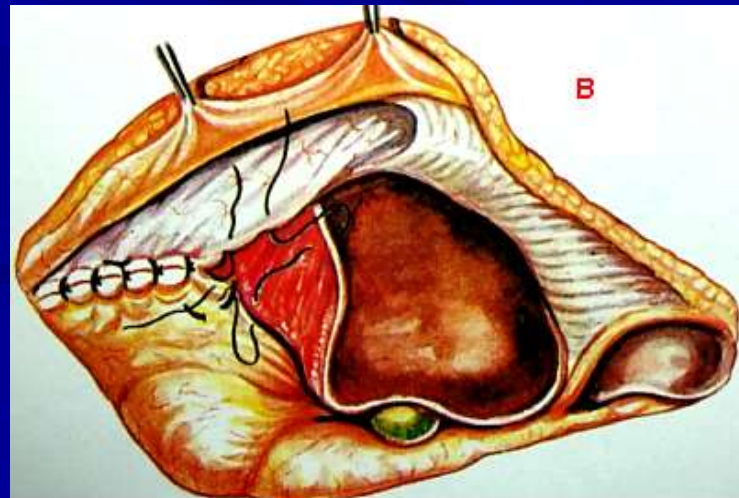
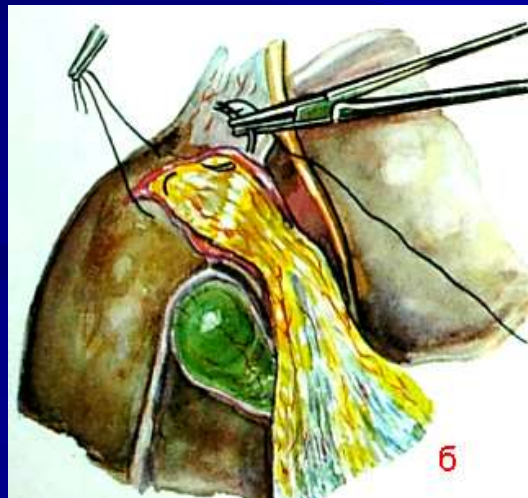
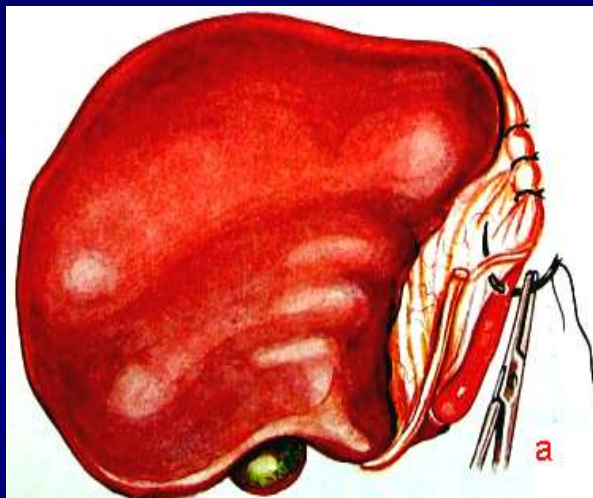
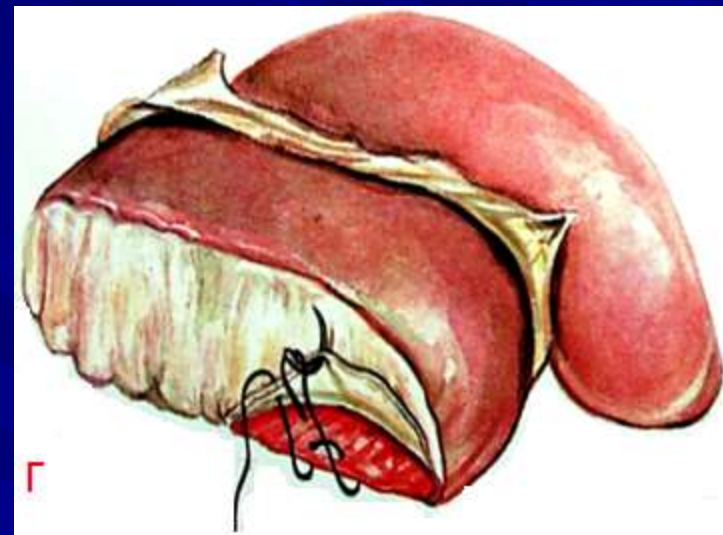
Жигар чоки

1. Кузнецов-Пенский чоки (1894 й);
2. Джиордано чоки.
3. В.А. Оппель чоки;
4. Чоклар ситилишининг олдини олиш учун тагига мато тўшалган чок;
5. Н.А. Рубанова чоки.



Жигар чоки қўйилгач, геморрагия ва қорин бўшлиғига инфицирланган ўт суюқлиги тушишини бартараф этиш учун жароҳатни қўшимча герметизациялаш лозим.

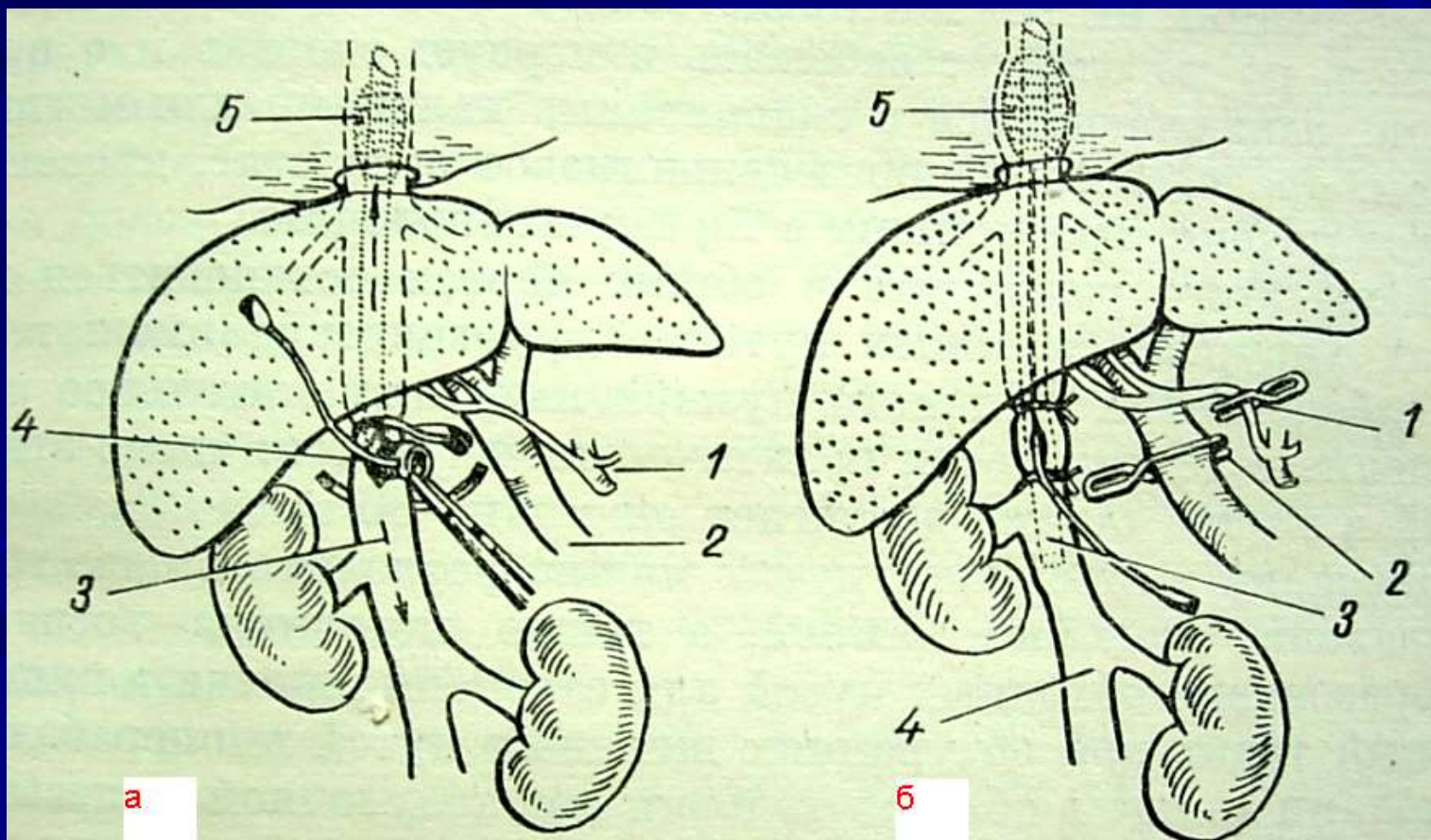
- а) жароҳатни ўроқсимон бойлам билан ёпиш;
- б) жигар жароҳатини чарви билан тампонлаш;
- в) жароҳатни В.С. Шапкин усулида бекитиш;
- г) жигар жароҳатини глиссон капсула билан бекитиш.



Жигар жароҳатидан қон кетишини жигар-ўн икки бармоқ бойламидан ўтувчи қон томирларни бармоқ билан сиқиш орқали вақтинчалик тўхтатиш



Америкалик жарроҳлар Шаве-Пеон (Chaver-Peon) ва Гонзалес (Gonzales, 1970) пастки кавак венага манжеткали шунт киритиш (эндокавал шунтлаш) орқали жигарни қон айланишидан **20 мин** четлатиш операция моделини ишлаб чиқишган. Бунда жигар орқали ҳаво эмболияси хавфининг олди олинади.



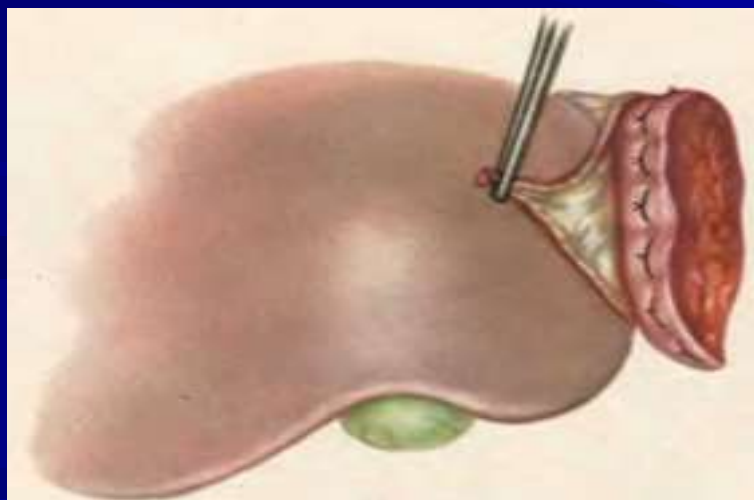
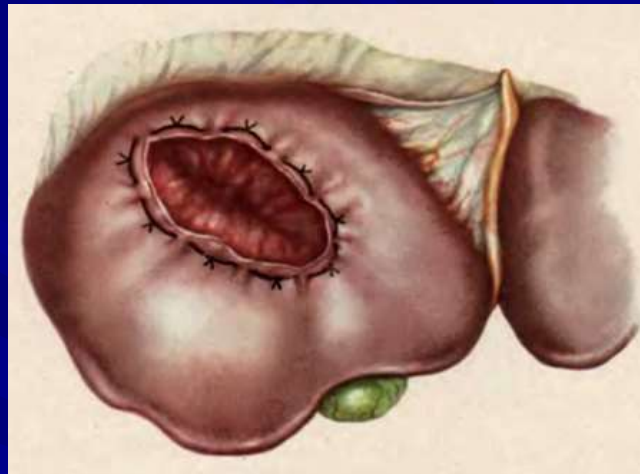
Жигар резекцияси

а) **атипик резекция** – аъзонинг бир қисми соғ тўқималар доирасида кесиб ташланади;

б) **анатомик резекция**, кам томирли оралиқлар бўйлаб, олиб ташланиши лозим бўлган сегмент ёки бўлакка кирувчи қон томир ва ўт йўллари аввалдан бойлаб қўйиш орқали бажарилади.

Атипик резекция

- понасимон,
- текислик буйича,
- чекка,
- кўндаланг.



Атипик резекцияларда хавфли зоналар

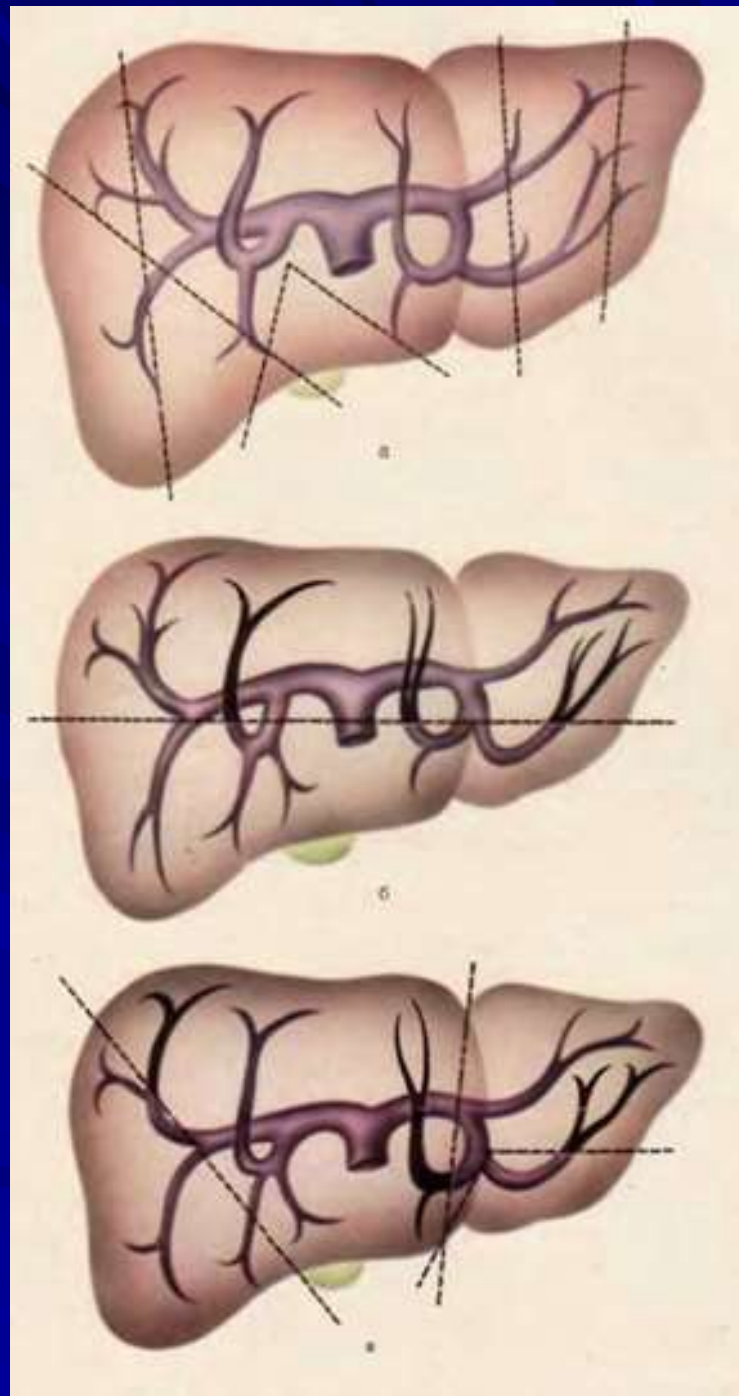
а) жигар ўнг бурчаги понасимон резекциясида ўнг латерал шохнинг VI и VII сегмент шохларига бўлиниш жойи шикастланиши мумкин;

б) ўт қопи чуқурчаси соҳаси резекциясида ўнг парамедиан сегментнинг томир-секретор оёқчаси шикастланиш хавфи;

в) юмалоқ бойлам эгати соҳасидаги понасимон резекцияда чап парамедиан ва латерал бўлақлар томир-секретор тутами шикастланиши мумкин.

А - резекция бажаришнинг тўғри вариантлари;

Б ва В – жигарни кесишнинг нотўғри вариантлари.



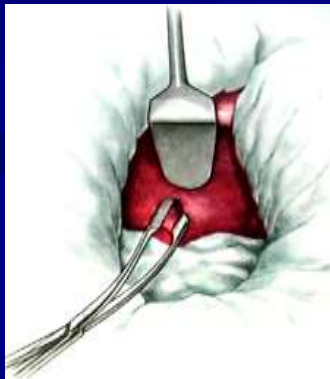
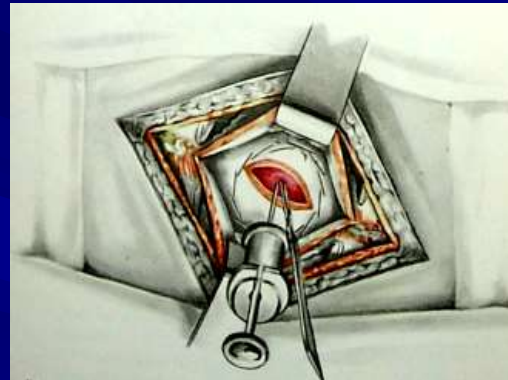
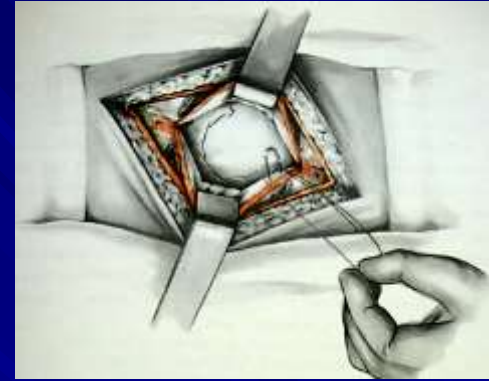
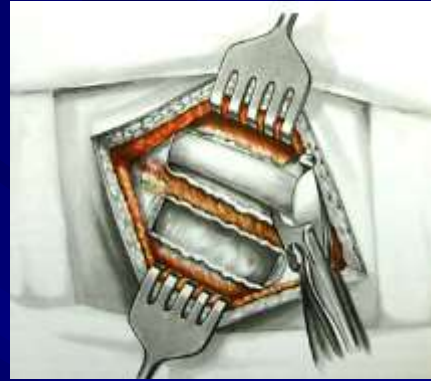
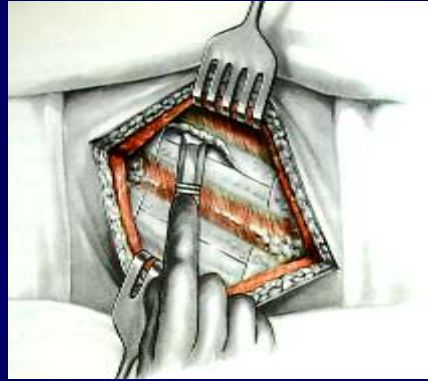
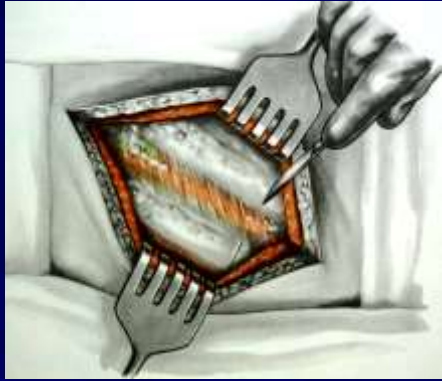
Анатомик (типик) резекция

- Чап томонлама гемигепатэктомия.
- Чап томонлама парамедиан резекция.
- Ўнг томонлама гемигепатэктомия.
- Ўнг томонлама парамедиан резекция.
- Сегментэктомия.



Жигар абсцесси

Фолькман-Израэл усули (плевра орқали)



Қорин бўшлиғи
орқали очиш

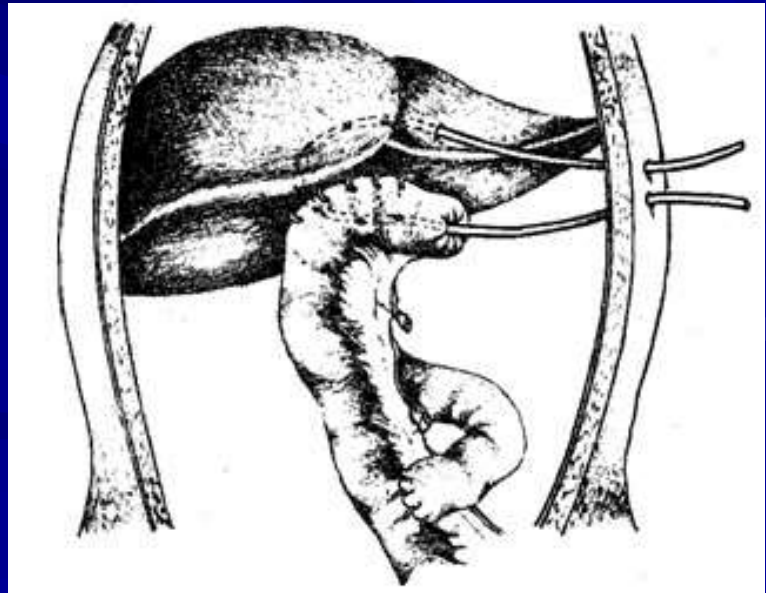
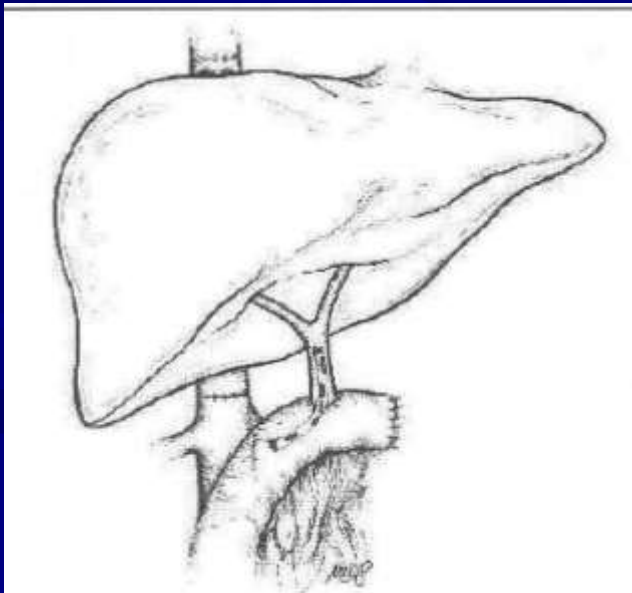
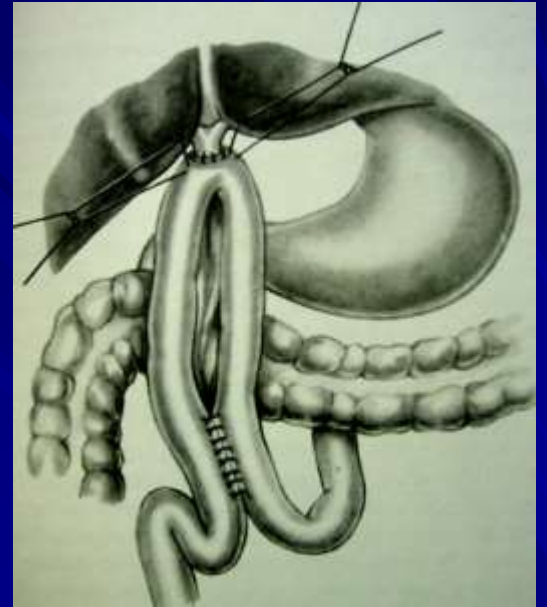
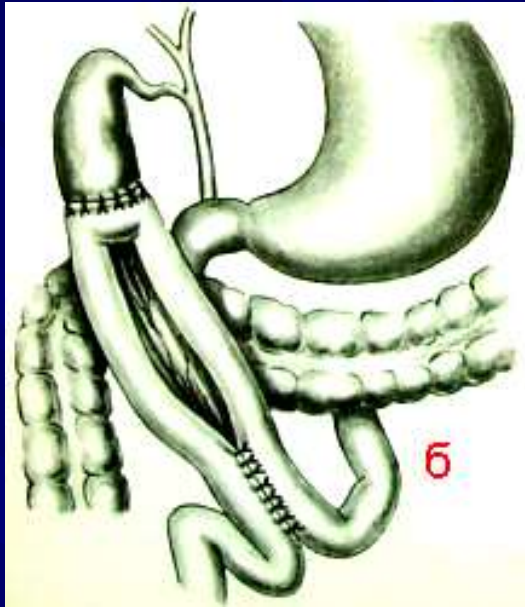
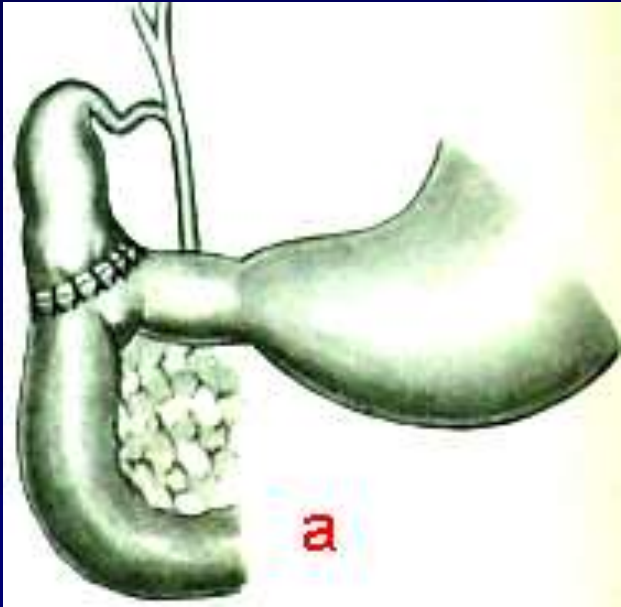
Ўт йўлларидаги операцияларни 2 гуруҳга ажратиш мумкин:

1. Ўт тошларини олиб ташлаш ҳамда яллиғланиш манбаини бартараф этиш:

- холецистотомия,
- холецистостомия,
- холецистэктомия (тубидан, бўйинчасидан),
- холедохотомия ва холедохостомия.

2. Ўт йўллари обтурациясида ўт суюқлигини ҳазм трактига айланма йўл билан чиқариш (билиодигестив анастомоз):

- гепатикоеюностомия,
- холецистогастростомия,
- холецистодуоденостомия,
- холецистоеюностомия,
- холедохогастростомия, холедохоеюностомия,
- холедоходуоденал анастомоз (супрадуоденал, ретродуоденал).



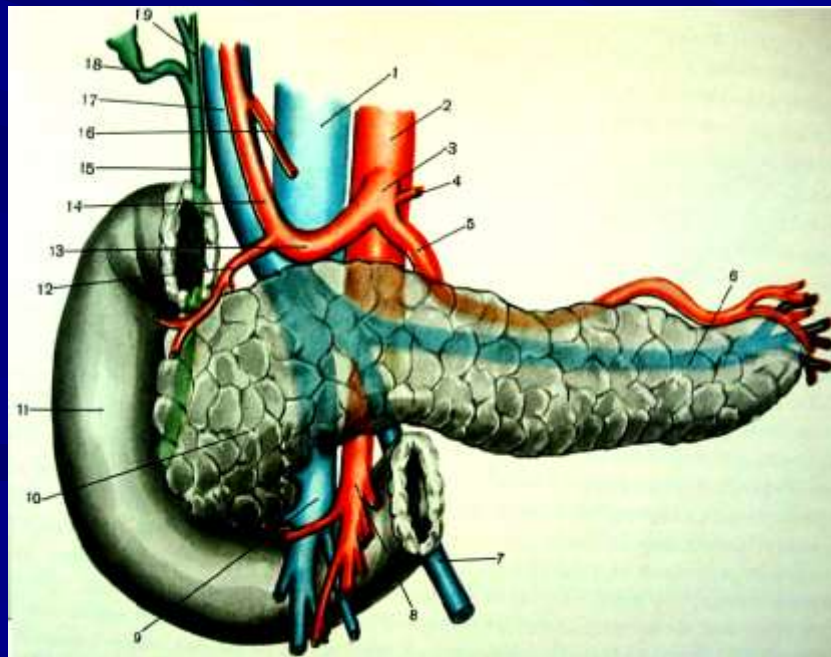
Ошқозон ости бези касалликларини даволаш услубларининг етарлича самарали бўлмаслигининг сабаблари жуда ҳам кўп.

Асосий сабаблардан бири сифатида *ошқозон ости бези яллиғланишли-дегенератив касалликларини дифференциал ташхисотининг мураккаблиги* ҳисобланади. Бунда ўн икки бармоқ ичак ва ўт йўллари функцияси бузилиши белгилари кўпроқ аниқланади, бу ўз навбатида панкреатитларни кеч ташхисланишига олиб келади.

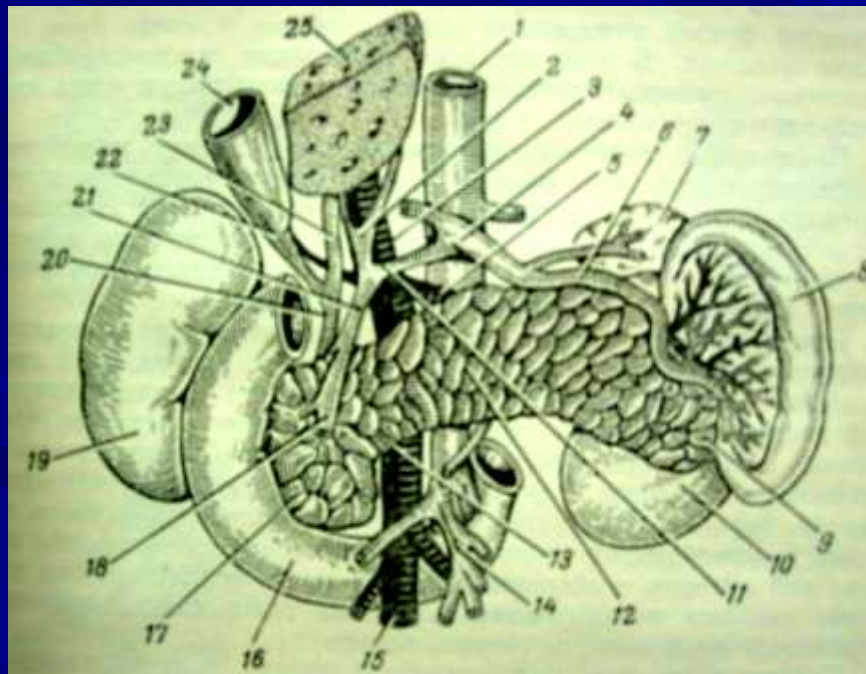
Ошқозон ости бези хавфли ўсмаси ҳам кеч ташхисланади, бу беморларнинг операция қилиб бўлмайдиган ҳолатда хирургик стационарга келишига сабаб бўлади.

■ Гепатопанкреатик комплекснинг анатомик ва функционал жиҳатдан мураккаблиги ҳатто замонавий мукамал текширув услублари мавжудлигида ҳам ошқозон ости безининг ҳар қандай касалликларини ташхислашни қийинлаштиради.

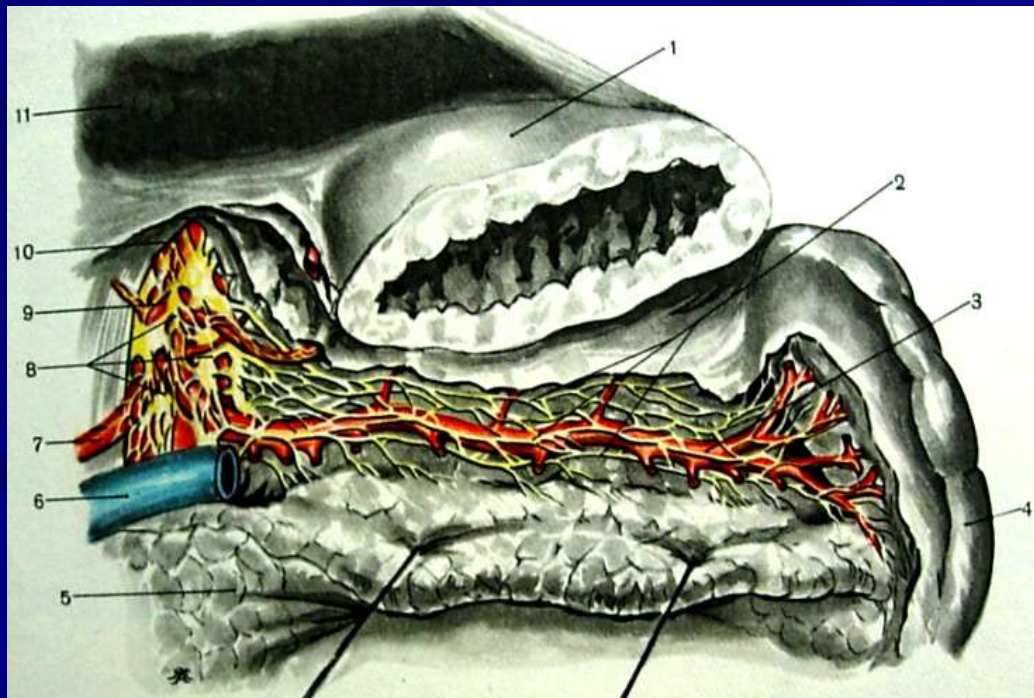
Ошқозон ости беzi синтопиясининг мураккаблиги (йирик қон томирларнинг яқин жойлашиши) ва аъзонинг қорин парда орти бўшлиғида чуқур жойлашиши кўп вақтгача жарроҳлик даволаш услубларини қўллашга қийинчилик туғдирди, натижада, фақат охирги йиллардагина аъзо ўсма касалликларида ва панкреатитларида радикал оператив услублар кенг қўлланила бошланди.



Ошқозон ости безининг функционал ва топографик анатомик хусусиятлари унда кечаётган патологик жараёнларга, уларни консерватив ва оператив даволаш натижаларига ўз таъсирини кўрсатади. **Гепатопанкреатодуоденал** комплексига тааллуқли аъзолар орасидаги анатомик ва функционал боғлиқлик касаллик белгиларининг генерализациясига яхшигина шароит яратади.



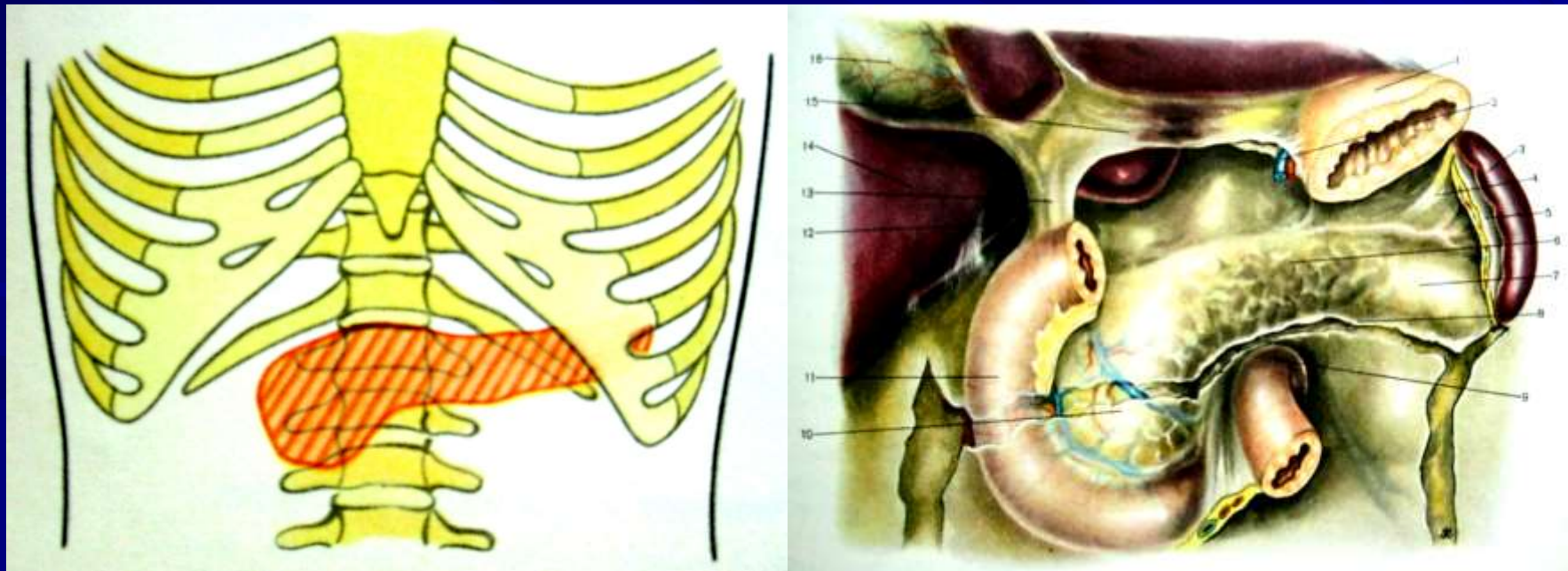
Кўпчилик ҳолларда, *умумий ўт йўли сиқилиши* натижасида жигарнинг экскретор функцияси фаолияти бузилади. Ривожланаётган шиш ва ўткир панкреатитда аутолизнинг токсик маҳсулотлари пайдо бўлиши, ошқозон ости безининг юқори, пастки четлари, орқа юзасига яқин жойлашган йирик қон томирлар (*дарвоза венаси, қорин пояси, аорта, юқори тутқич артерияси*) бўйлаб ўрнашган симпатик нерв тизими чигалларининг сиқилиши ва зарарланишига олиб келади. Ошқозон ости бези шишиши натижасида симпатик нервларнинг сиқилишини ва интоксикациясини ўткир панкреатитда юзага келадиган шокнинг сабабчиси сифатида қараш мумкин.



Гепатопанкреатодуоденал
комплекс аъзоларининг патологик
жараёнга биргаликда жавоб
бериши жигар, ошқозон ости бези
ва ўн икки бармоқ ичак
эмбриогенезининг умумийлиги
билан тушунтириш мумкин.

Ошқозон ости бези **I бел умуртқаси** сатҳида, қорин парда орти клетчаткасида талоқ дарвозасидан ўн икки бармоқ ичаккача кўндаланг ҳолда жойлашади.

Pancreas бошчаси **II бел умуртқасига** тўғри келади, танаси **I бел умуртқасига**, дум қисми эса **XI-XII қовурғаларга** мос келади.



Голотопияси.

а) юқори сезувчанлик зоналари:

1. Без бошчаси зарарланганда;
2. Без танаси зарарланганда;
3. Без думининг юқори қисми зарарланганда;
4. Без думининг пастки қисми зарарланганда;

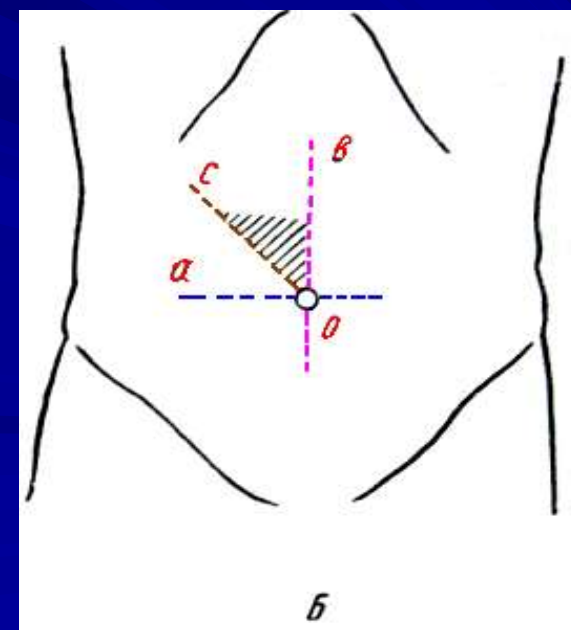
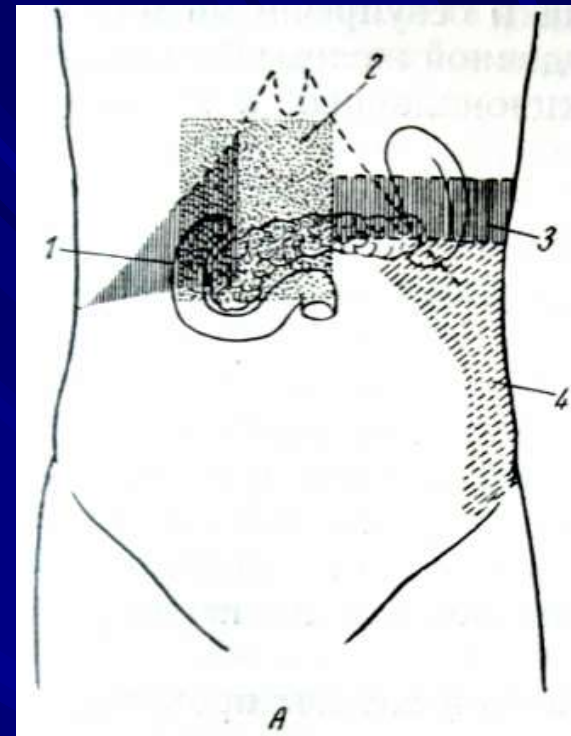
б) Шоффар учбурчаги:

A0 – киндик орқали ўтказилган горизонтал;

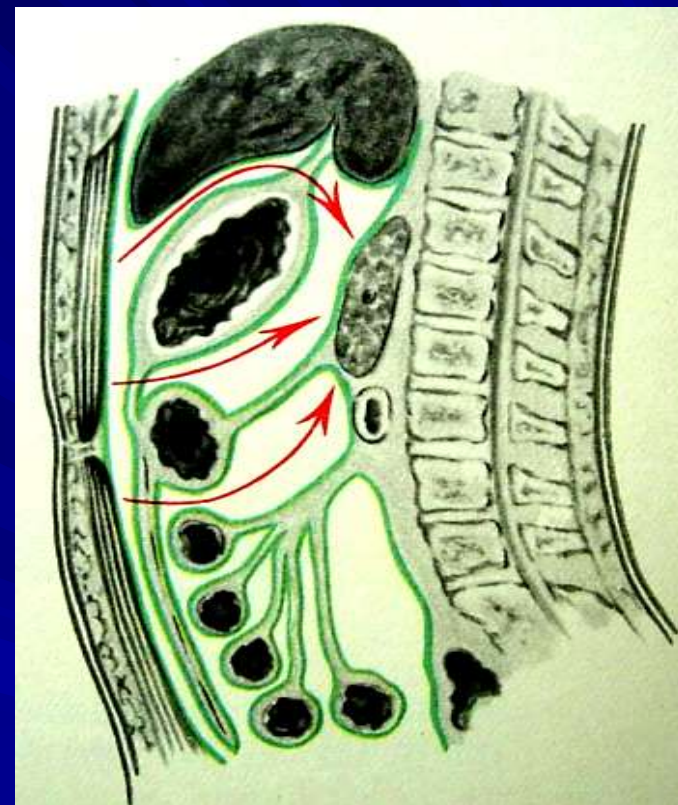
B0 – киндик орқали ўтказилган вертикал;

C0 – учбурчакни ярмидан бўлувчи чизиқ;

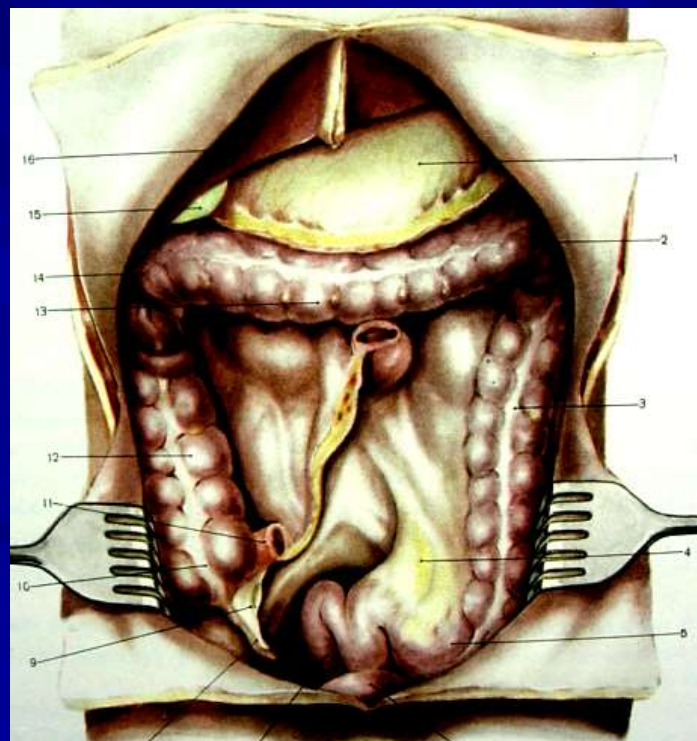
C0B **учбурчаги** – ошқозон ости беши бошчаси ёки ўт йўлининг пастки бўлимидаги патологик жараёнда юқори палпатор сезувчанлик зонаси.



Ошқозон ости бези қорин олд деворида эпигастрал ва чап қовурға ости соҳаларида проекцияланади, лекин пайпаслаб аниқлаш мушкул. Лапаротомиядан кейин ҳам ошқозон ости безини текшириш қийин (катта ўсма ва кисталари бундан мустасно). Безни олдиндан қорин парда бўшлиғи аъзолари **чарви халтаси** (*bursa omentalis*) чегаралаб туради. Шунинг учун бу аъзони **foramen epiploicum** ёки кесилган **lig.gastrocolicum** орқали текшириш мумкин.



Чарви халтаси очилганидан сўнг қорин парданинг дорсал варағи билан қопланган ошқозон ости безининг олдинги юзаси кўринади. Бездан олдинда ошқозоннинг орқа юзаси жойлашади. Ошқозон ости безининг **чарви тепалиғи** (**tuber omentale**) ўннга ва юқорига чиқиб, жигарнинг пастки юзасига тегиб туради. Ошқозон ости бези танасидан олдинда ва пастда **flexura duodenojejunalis** ўрин олган. Безнинг дум қисмига чамбар ичакнинг талоқ бурилмаси яқин жойлашади, дум қисми талоқ дарвозасигача етиб боради.



Ошқозон ости безининг **орқа-пастки** чети бўйлаб йирик қон томирлар ва нерв чигаллари ўрин олган.

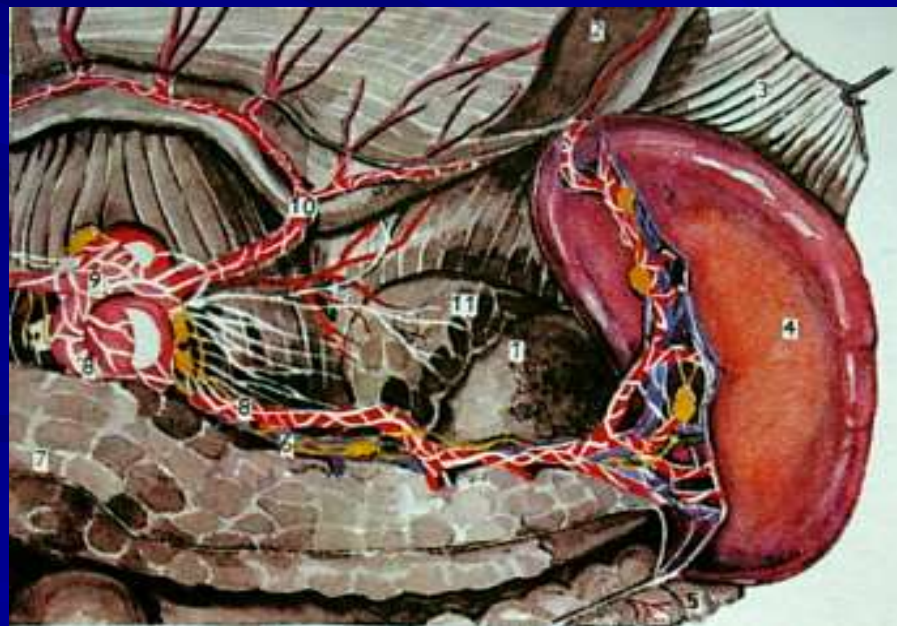
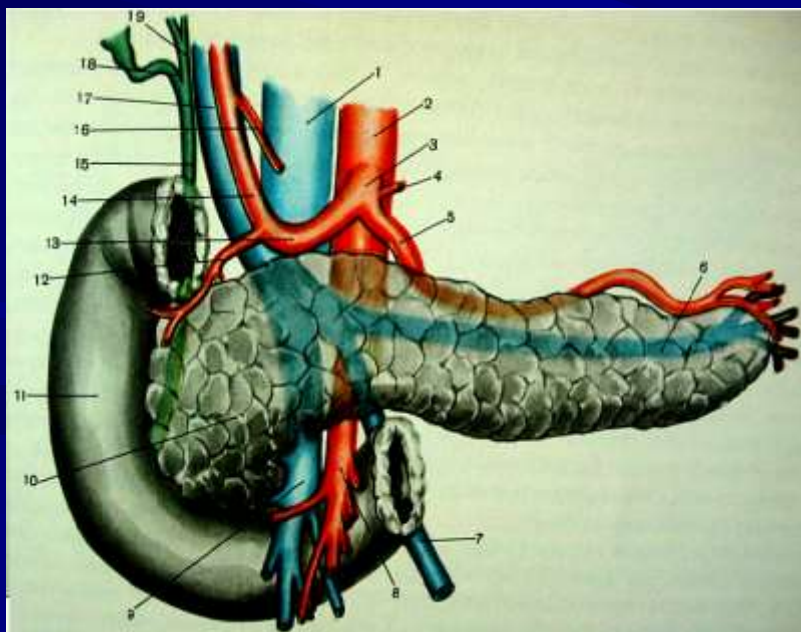
Без бошчаси ортида **пастки кавак вена**, ундан чапроқда - **аорта**, пастки кавак венадан олдинда эса – **умумий ўт йўлининг бир қисми ва дарвоза венасининг бошланиш қисми**;

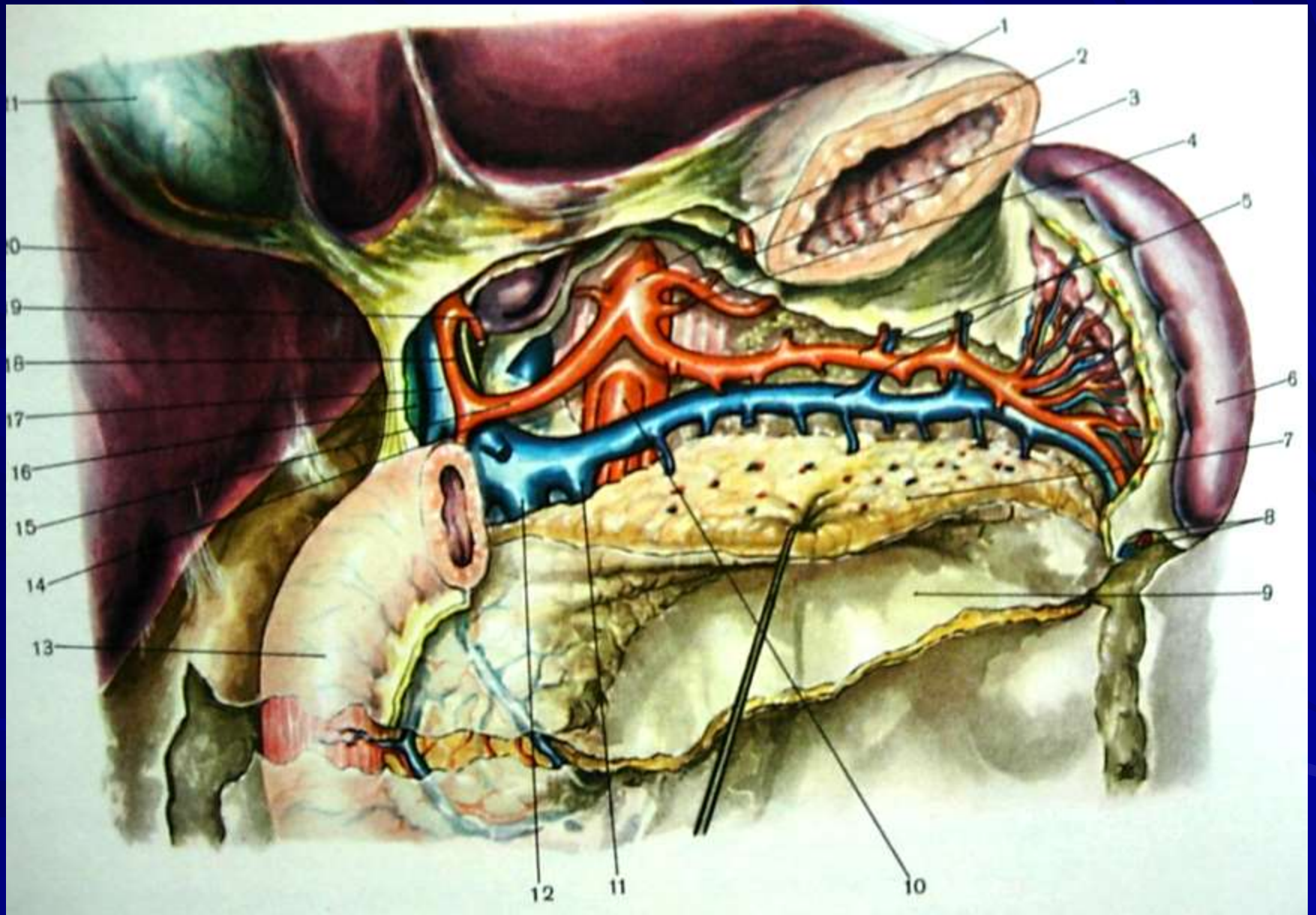
Безнинг **юқори-орқа** чети бўйлаб **талоқ томирлари** ўтади;

Безнинг бўйинчаси устида **қорин пояси ва қорин чигали**;

Бўйинчадан орқада – **юқори тутқич томирлари ва тутқич нерв чигалининг бир қисми**;

Без думи соҳасида **чап буйрак ва буйрак оёқчаси томирлари** жойлашади.

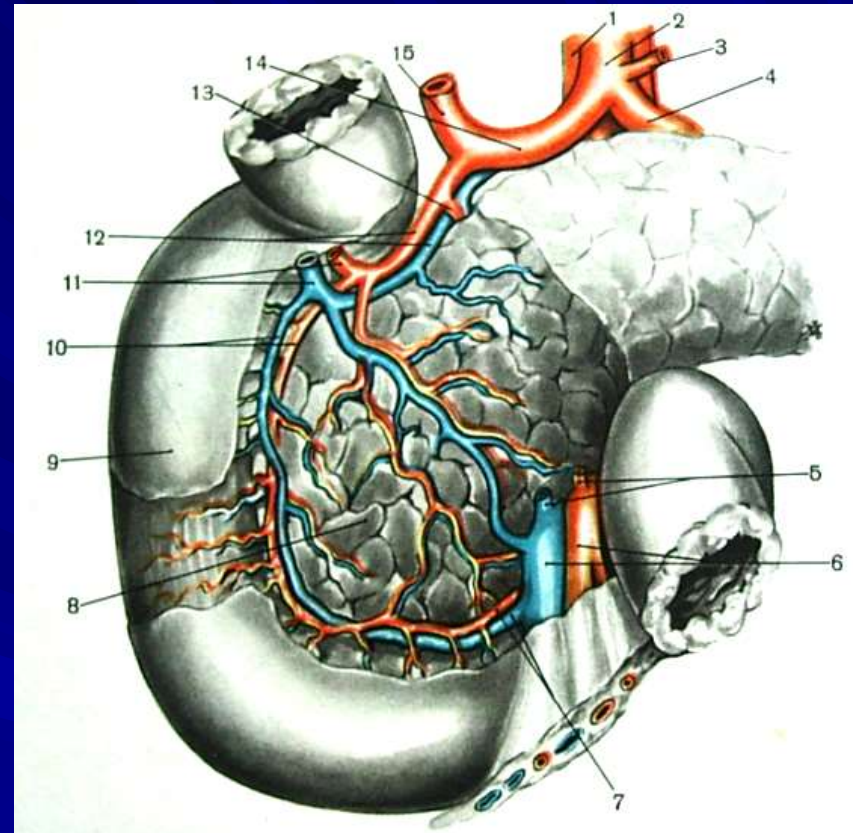




Юқори тутқич томирлари —

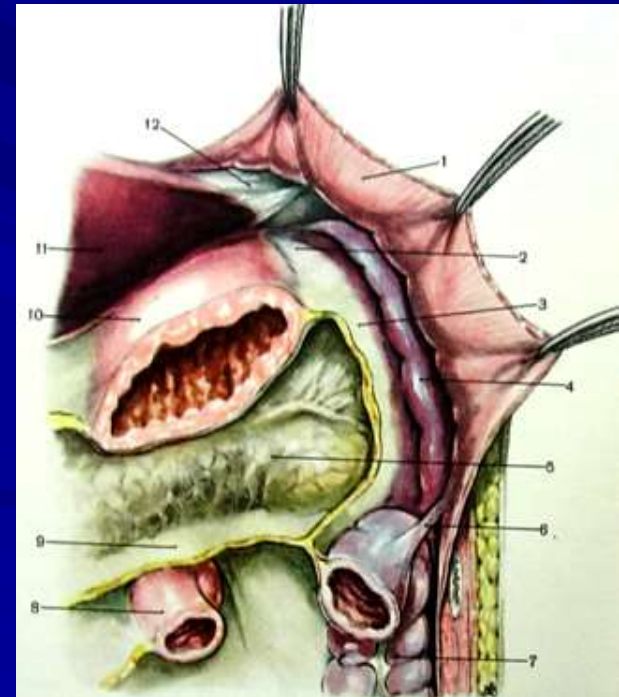
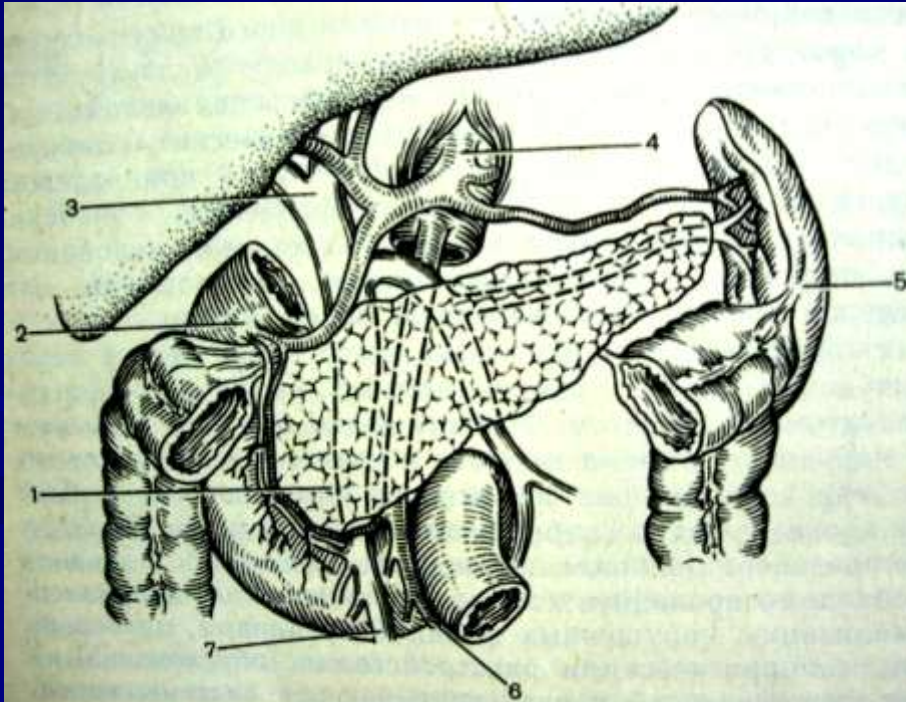
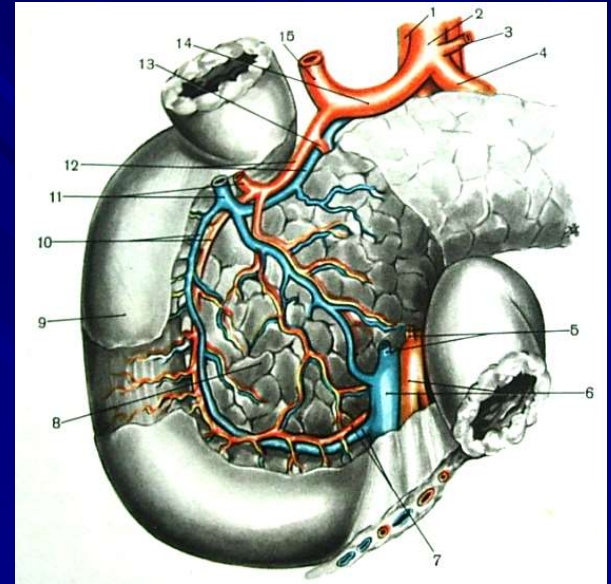
a. mesenterica superior

— безнинг орқа юзасини юқоридан пастга қараб кесиб ўтиб, унинг пастки четидан чиқади ва ўн икки бармоқ ичакнинг кўтарилувчи қисми олдинги юзасига жойлашиб ичак тутқичига киради.



Ошқозон ости безида учта бўлим:
бошчаси, танаси ва думи фарқланади.
Бошчаси ва танаси орасида баъзида
бўйинчаси яхши ифодаланган бўлади,
бўйинчанинг тарновида орқа томондан
тутқич томирлари ўтади.

Бўйинчанинг мавжуд бўлиши ошқозон ости
бези бошчасини резекция қилиш ва
панкреатодуоденал анастомозларни
шакллантиришни енгиллаштиради.



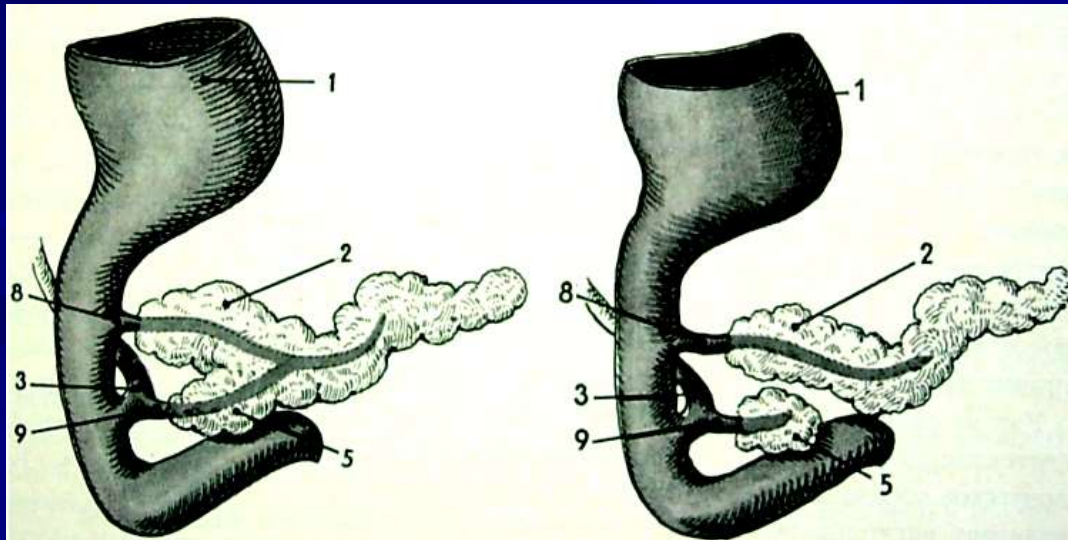
Ошқозон ости безининг анатомик тузилишида кўпгина вариантлар бўлиши мумкин:

Қўшимча безлар,

Дум қисмининг яхши ривожланмаганлиги ва бошқ.

Баъзида безнинг бошчаси ўн икки бармоқ ичакни ҳалқа кўринишида ўраб олади, бу ичакнинг сиқилишига ва сафро оқшининг қийинлашишига олиб келиши мумкин.

Жуда кам ҳолларда ошқозон ости бези иккита айрим қисмлардан ташкил топиши мумкин: бошчаси ўзининг найи билан ва тана ҳамда думи хусусий найи билан.

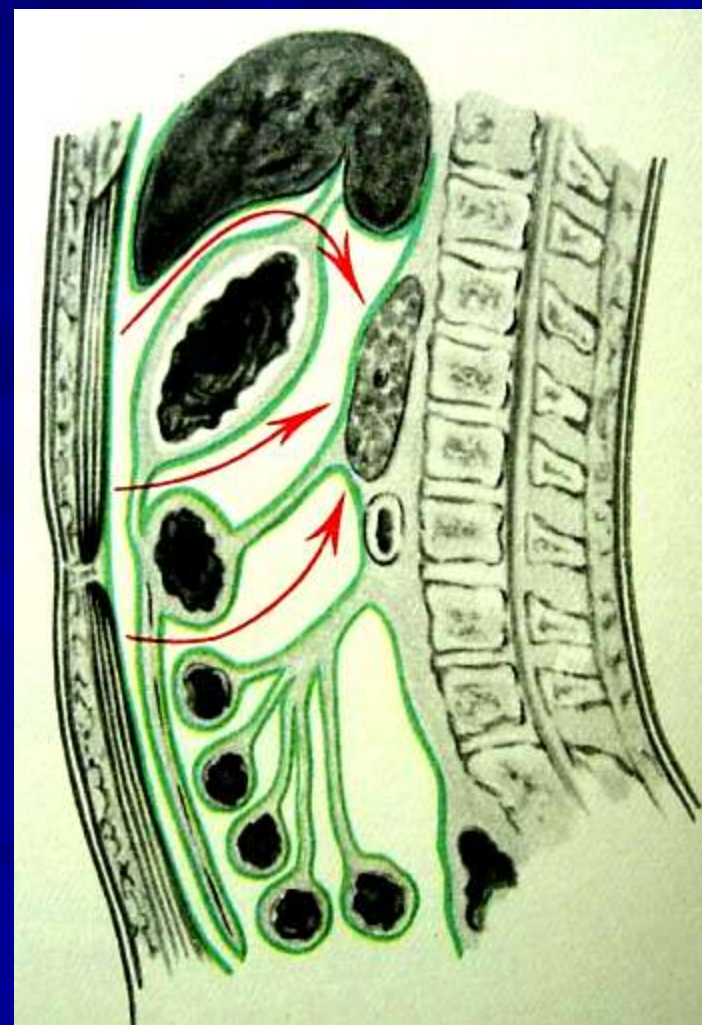


Ошқозон ости безининг олдинги юзаси кўндаланг чамбар ичак тутқичи илдизидан юқорида жойлашади, демак без танасининг пастки четига кириб боришни кўндаланг чамбар ичак тутқичи асоси томонидан бажариш мумкин.

Лекин ошқозон ости бези танасига чарви халтаси (**bursa omentalis**) орқали кириб бориш энг асосланган ҳисобланади.

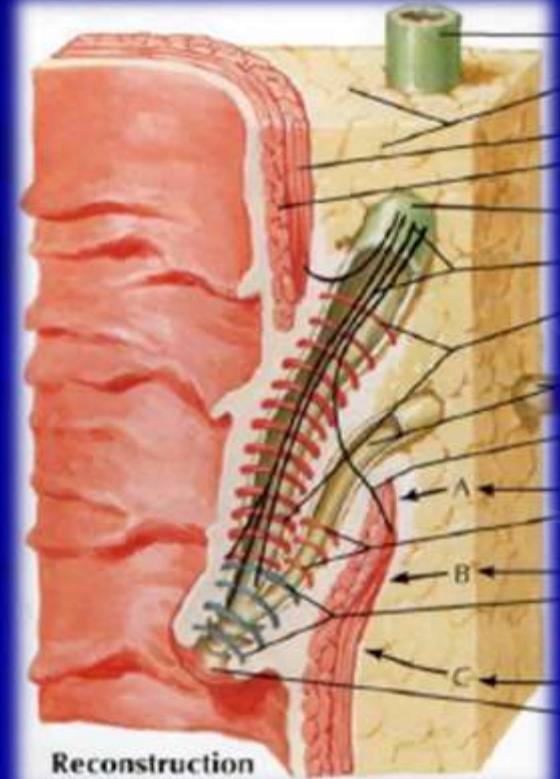
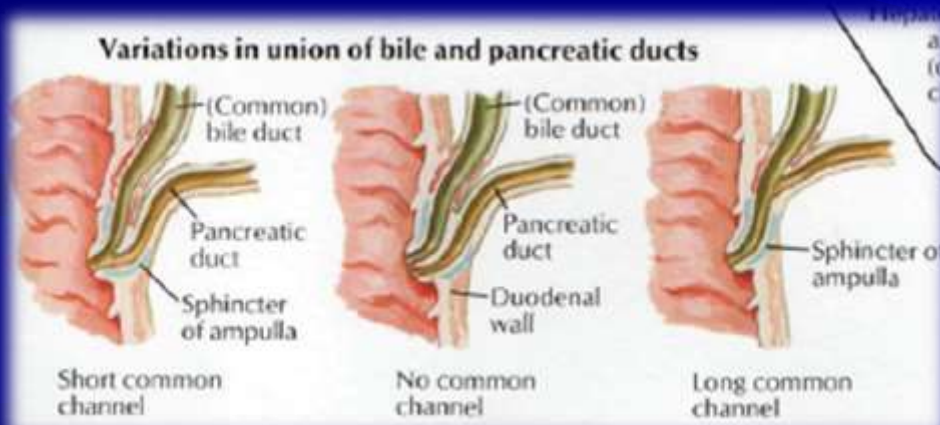
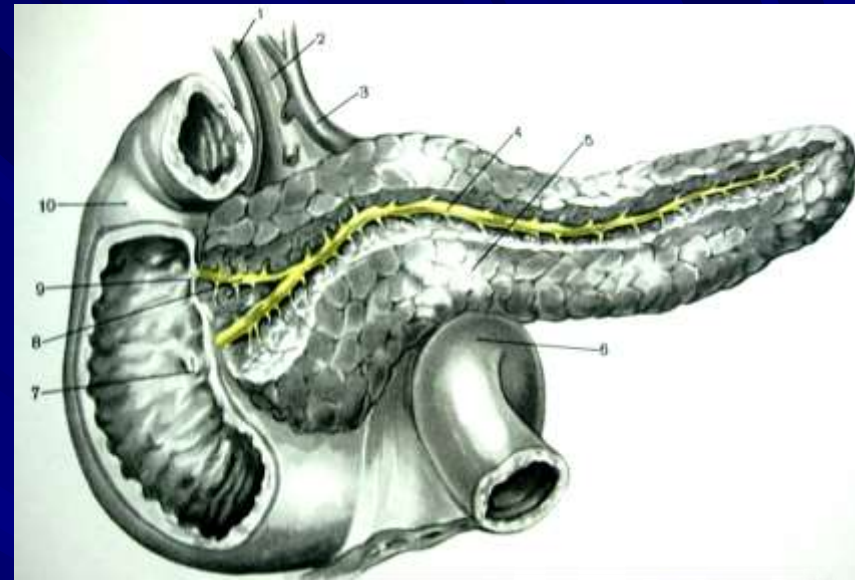
Ошқозон ости безида операция бажариш вақтида шуни эсда тутиш керакки, без йирик қон томирлар билан чамбарчас боғлиқдир.

*Ошқозон ости
безига оператив
кириш йўллари.*



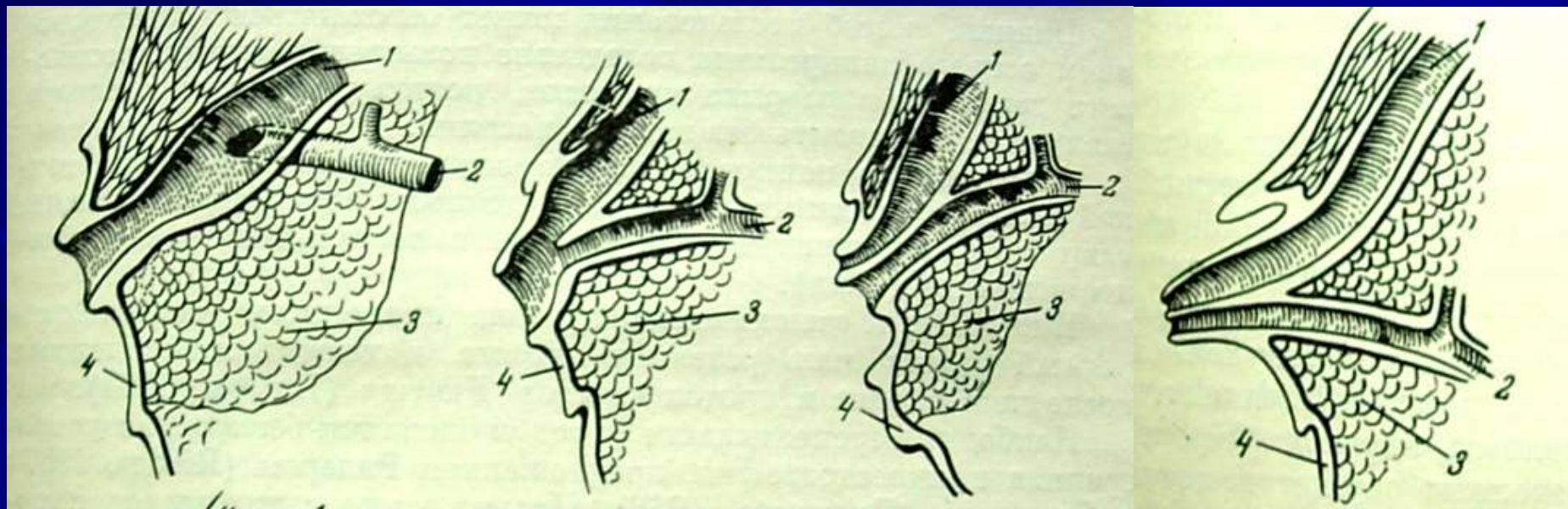
Ошқозон ости бези чиқарув найлари.

Бош панкреатик (вирсунгов) найи (*ductus pancreaticus*) аъзо ичида унинг орқа юзасига яқин жойда безнинг бутун узунлиги бўйлаб ўтади. Най узунлиги ўртача **20 см**, диаметри **0,5 мм** дан **3,5 мм** гача. Най дум ва тана қисмларининг маркази бўйлаб ўтади ва без бошчасида йўналишини ўзгартириб умумий ўт йўли охириги қисми билан қўшилади ва ўн икки бармоқ ичакка қуйилади. Баъзида без бошчаси соҳасида **қўшимча (санториний) най** бўлади, у асосий найдан **2 см** юқорида 12 бармоқ ичакка қуйилади.



Ошқозон ости беци найи ва умумий ўт йўли қўшилиш жойида **ўн икки бармоқ ичак катта сўрғичи ампуласи** ҳосил бўлади. Найларнинг қўшилишида бир нечта вариантлар мавжуд, улар панкреатит патогенезида маълум рол ўйнайди.

Умумий ўт йўли ва панкреатик найнинг ўн икки бармоқ ичакка қўшилиш вариантлари:



■ **Робсон (Robson)** умумий ўт йўли ва панкреатик найнинг ўн икки бармоқ ичакка қуйилишини 4 та типга ажратади.

I типда иккала най ампула ҳосил қилиб ичакка биргаликда қуйилади; Одди сфинктери иккала найни ҳам ўраб туради ва қисқарганда уларни тўла ёпади. Бу тип 55% ҳолларда учрайди.

II типда умумий ампула йўқ ва найларнинг қуйилиш жойлари ўн икки бармоқ ичак сўрғичи (**papilla Vateri**) соҳасида қўшилади. Бу тип 33,6% ҳолларда учрайди.

III типда иккала най ўн икки бармоқ ичакка бир-биридан 3-4 мм масофада алоҳида ҳолда қуйилади. Бу тип камроқ – 4% да учрайди.

IV типда иккала най ҳам бир-бири билан қўшилиб ўн икки бармоқ ичакка узун сўрғич кўринишида очилади.

Найларнинг **II ва IV тип** кўринишидаги қуйилиши вирсунгов найининг ўт тоши билан, ва аксинча – панкреатик найдаги тош билан умумий ўт йўлининг сиқилишига олиб келади.

Ошқозон ости беги чиқарув найларининг ҳолати (улар бўшлиғи, тошлар борлиги ёки йўқлиги ва ҳақозо) ҳақида **панкреатография** орқали баҳолаш мумкин, бунда панкреатик най контраст модда билан тўлдирилиб кейин рентген ёрдамида текширилади.

Афсуски бу услуб фақатгина операция пайтида амалга оширилади холос.

Клиник амалиётда иккита услуб: ретро- ва антеград панкреатография қўлланилади.

**Ретроград
панкреатография** –
дуоденал сўрғич соҳасида
ўн икки бармоқ ичак девори
кесилади (3 см ўлчамда).
Фатер сўрғичи орқали
панкреатик найга ингичка
полиэтилен катетер
киритилади ва 1-2 мл
рентгеноконтраст модданинг
судаги эритмаси
юборилади.



Антеград панкреатография

Ошқозон ости безининг дум қисмида ингичка игна киритилиб панкреатик най топилади ва унга контраст модда юборилади (2 мл). Баъзида найни топиш учун кўндаланг кесим ёки дум қисмини резекция қилиш зарур бўлади, шундан кейингина найга Дювал (Du Val 1954) катетери киритилади.

Дубиле (Dubilet, 1951) бевосита

панкреатографияни тақдим қилди, унга биноан катта дуоденал сўрғич орқали панкреатик найга диодоннинг **2 мл 50%** эритмаси киритилади.

Камчиликлари: юқори самарали эмас, без найларида босим ошиши билан боғлиқ асоратлар мавжуд.

Ошқозон ости беши касалликларини ташхислашда, асосан ўсма ва кисталарини, ангиография (**рентгеновазография**) кенг қўлланилади, бунда без қон томирлари архитектураси бузилишлари аниқланиш имкони мавжуд.

Қон билан таъминланиши

TRUNCUS COELIACUS

a.hepatica communis

a.lienalis

a.gastroduodenalis

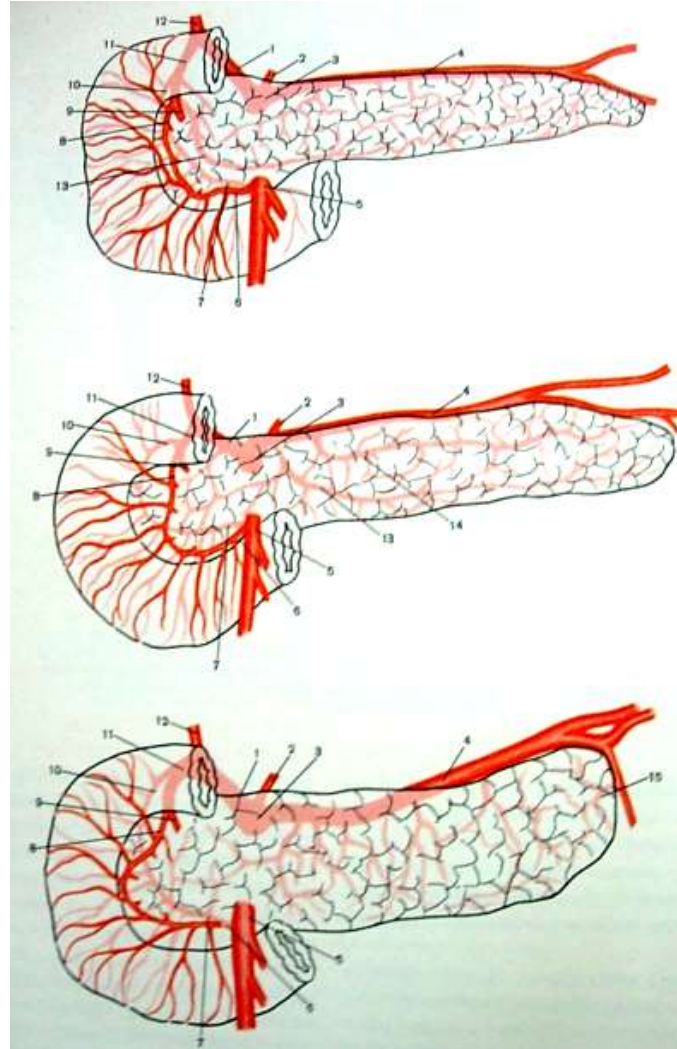
a.pancreaticoduodenalis superior,

A.MESENTERICUS SUPERIOR

a.pancreaticoduodenalis inferior

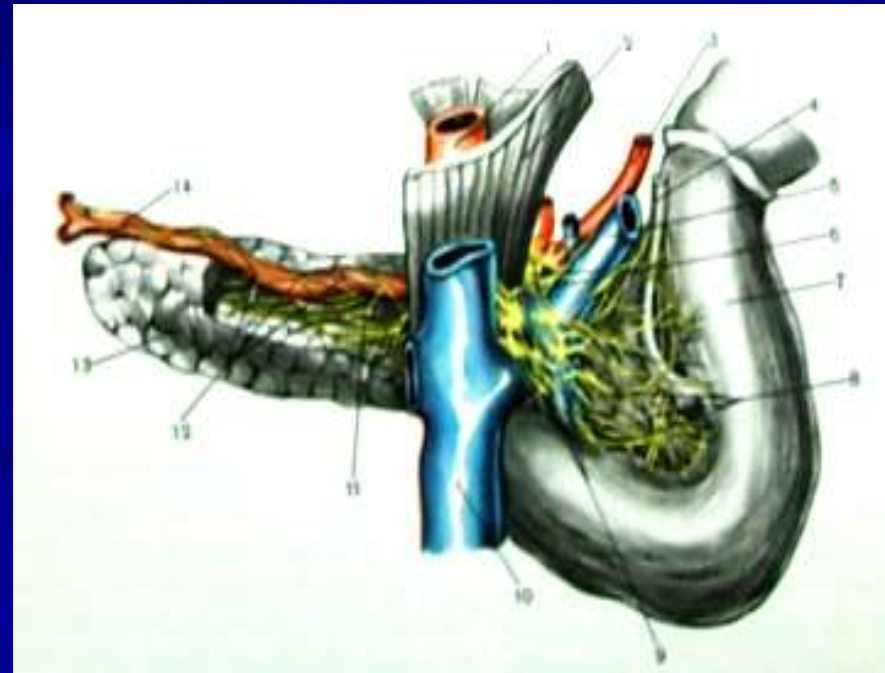
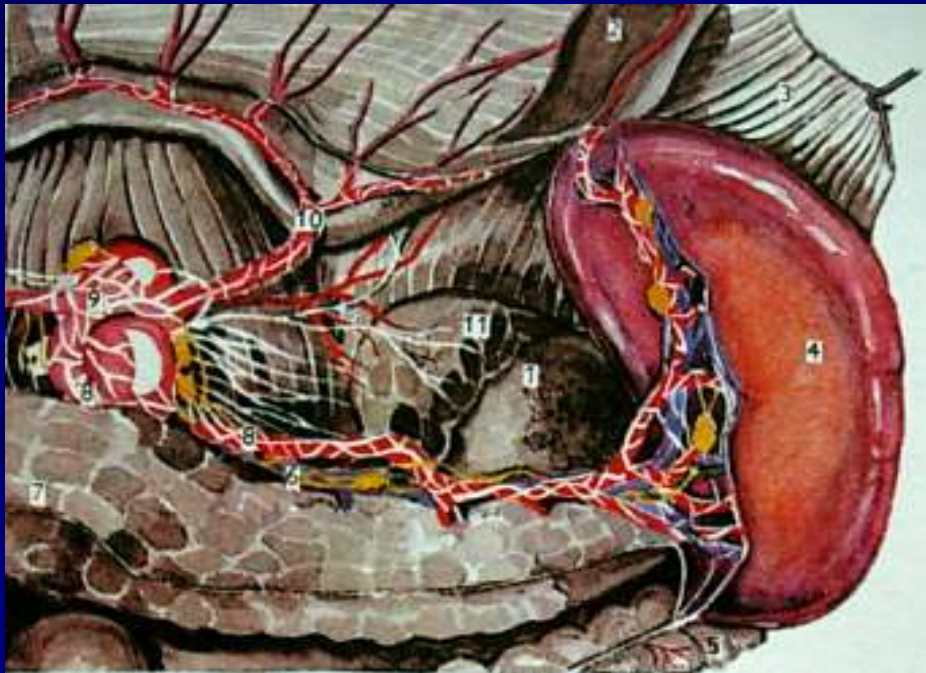


Ошқозон ости бези артерияларининг вариантлари.

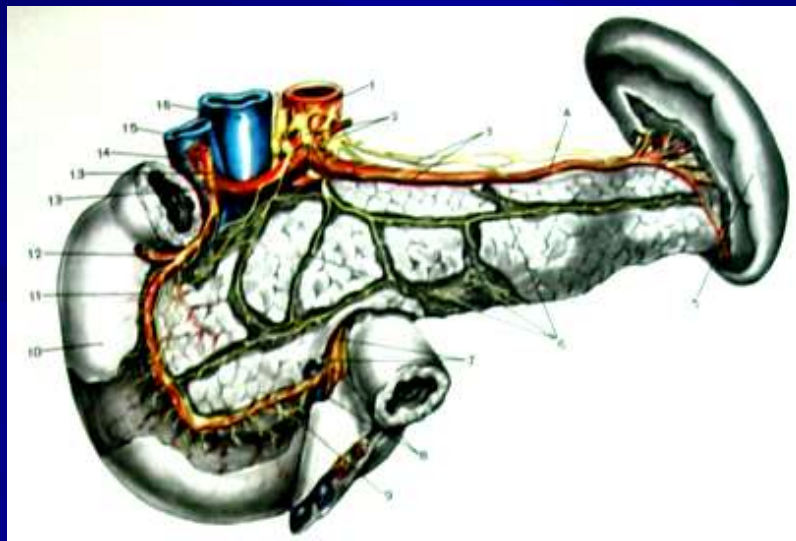


Иннервацияси: симпатик нерв чигаллари ва адашган нервлар.

- ✓ Сезувчи иннервация – ўнг ва чап қорин нервлари (*nn.splanchnisi*).
- ✓ Симпатик иннервацияси қорин нервларидан **plexus coeliacus** орқали жигар, юқори тутқич ва талоқ чигаллари ёрдамида.
- ✓ Парасимпатик иннервацияси адашган нервлар (асосан ўнг *n.vagus*) толалари орқали.



✓ Ошқозон ости беzi **нерв тизими** ўн икки бармоқ ичак ва жигар нерв тизими билан чамбарчас боғлиқ. Интоксикацияларда (**панкреонекроз**) ушбу аъзолар функциясининг оғир бузилишлари бир вақтнинг ўзида содир бўлади, сабаби токсинлар жуда катта ҳажмдаги симпатик ва парасимпатик нерв тизимига таъсир қилади. Шунинг учун бундай ўзгаришлар ва шокнинг олдини олиш учун ошқозон ости беzi зонасида нерв блокадасини амалга ошириш зарур. Бу ганглиоблокаторларни қорин парда орти бўшлиғига юбориш ва ошқозон ости беzi капсуласини кесиш билан амалга оширилади.



Ошқозон ости беги кунига 2 л гача миқдордаги оқсилга бой ва трипсиноген тутувчи секрет ажратади. Шунинг учун панкреатик най окклюзиясида аъзо учун хавфли иккита омил ривожланади:

- ❖ тўқима ичи босим ошиши;
- ❖ без тўқимасига ферментларнинг аутоагрессив таъсири, натижада аъзо дегенерацияси ёки некрози юзага келади.

Оператив жарроҳлик

Юқорида келтирилган қисқагина ошқозон ости безининг топографик-анатомик хусусиятлари ушбу аъзода бажариладиган оператив аралашувларнинг нақадар мураккаблигини тасдиқлайди, асосан ўсмаларда, яъни радикал операция ҳажми **ошқозон ости беzi, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни** олиб ташлаш (панкреатогастродуоденал резекция) билан яқунланадиган ҳолатларда.

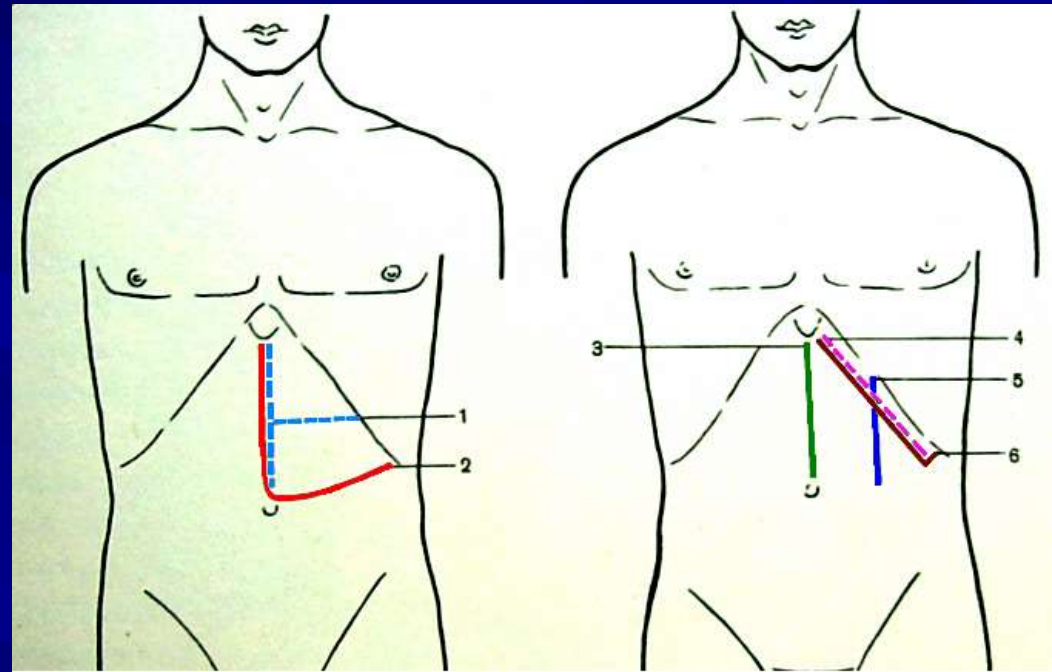
Бунда алоҳида қийинчиликлар **юқори тутқич артерияларини** ва **қорин поясини** ажратиш билан боғлиқ. Жуда кам ҳолатларда **умумий жигар артерияси** (***a.hepatica communis***) ошқозон ости беzi бошчасининг олдинги юзасида жойлашиши мумкин. Бундай ҳолатни ошқозон ости беzi бошчасини резекция қилишда эсда тутиш керак, сабаби ушбу томирни боғлаш ва кесиш оғир оқибатларга (***жигар некрози***) олиб келади.

Ошқозон ости безига оператив очиб киришни икки босқичга бўлиш мумкин:

- 1.** Аъзонинг қорин олд деворидаги акс тасвирига яқин лапаротомия;
- 2.** Олдиндан кавак аъзолар ва париетал қорин парданинг орқа варағи билан қопланган безга бевосита кириб бориш.

Ошқозон ости бези ва талоқда бажариладиган операцияларда қўлланиладиган лапаротомиялар.

1. Т-симон кесим;
2. Бурчаксимон кесим;
3. Юқори ўрта кесим;
4. Қийшиқ кесим (Черни, Кер);
5. Параректал кесим;
6. Қийшиқ кесим (Шпренгель).



Операцияларга асосий кўрсатмалар.

- ❖ Ошқозон ости бези шикастланиши;
- ❖ Перитонит билан кечувчи ўткир панкреатит;
- ❖ Ошқозон ости бези ўсмалари ва кисталари;
- ❖ Лангерганс оролчалари аденомалари ва бошқ.

Ошқозон ости беши касалликларида бажариладиган операцияларни қуйидаги гуруҳларга ажратиш мумкин:

1. Паллиатив операциялар –

- ❖ билиодигестив анастомозлар;
- ❖ Ички дренаж қўйиш;
- ❖ Капсулани кесиш ва чарви халтасини дренажлаш.

2. Ярим радикал операциялар –

- ошқозон ости безининг ён резекциялари;
- трансдуоденал резекция (катта сўрғич ракида).

3. Радикал операциялар –

- ✓ панкреато-дуоденал резекция;
- ✓ Безнинг танаси ва дум қисмини олиб ташлаш;
- ✓ кисталар ва Лангерганс оролчалари аденомаларини олиб ташлаш.

Хирурглар томонидан биринчи марта **Одди сфинктерини кесиш** амалга оширилган.

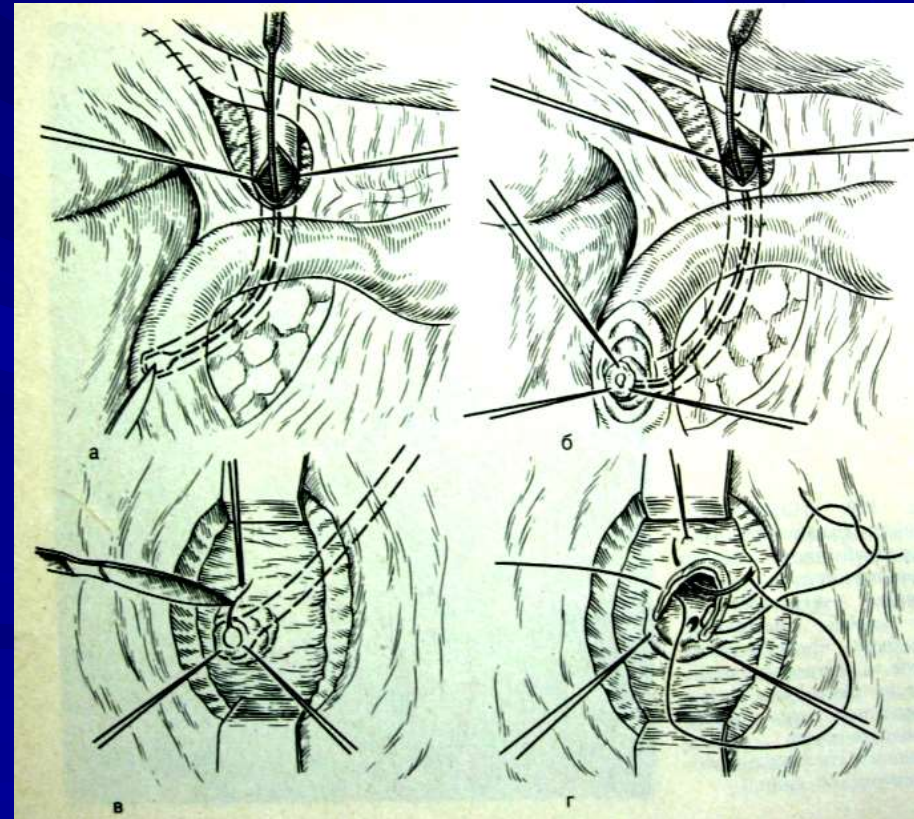
Папиллосфинктеропластика:

а) холедохотомия, зондни умумий ўт йўлига киритиш;

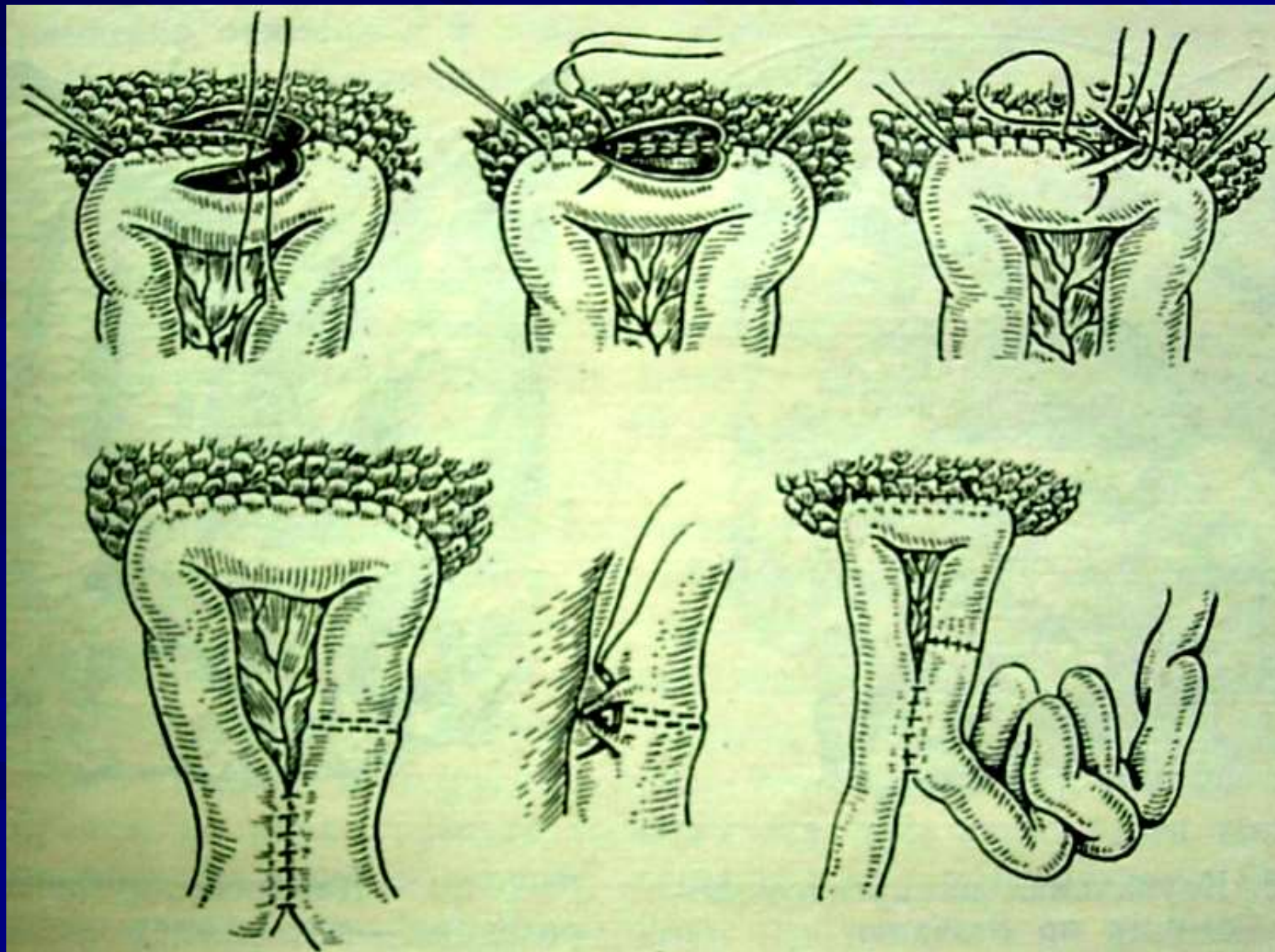
б) 12 бармоқ ичак девори катта сўрғич устида кесилади;

в) катта сўрғичнинг юқори девори кесилади;

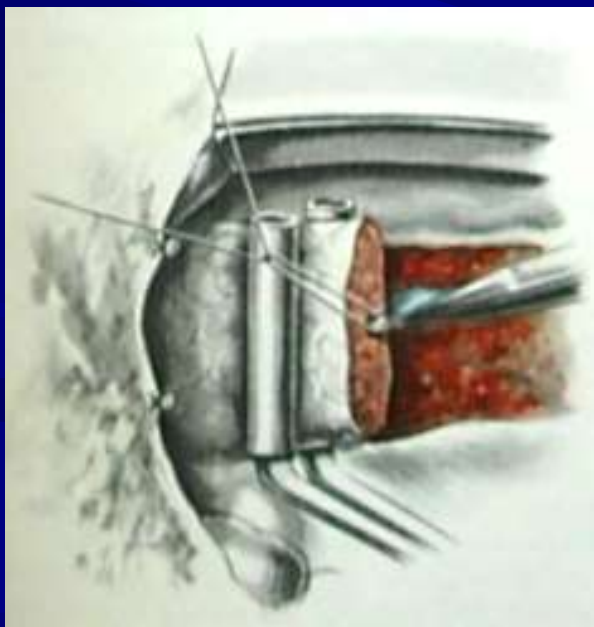
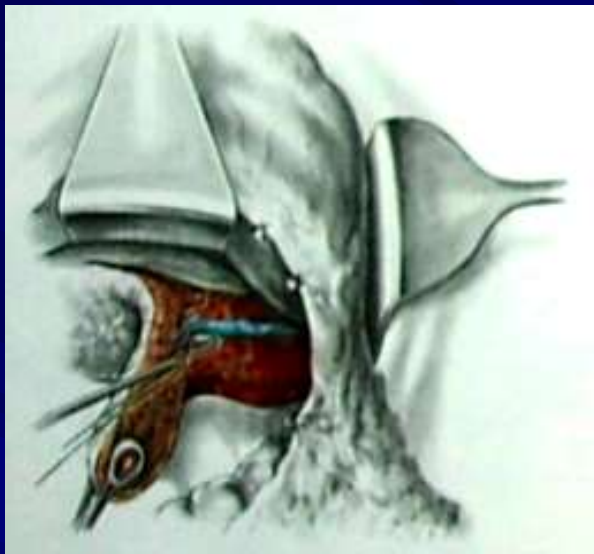
г) умумий ўт йўли ва 12 бармоқ ичак шиллик қавати тикилади.



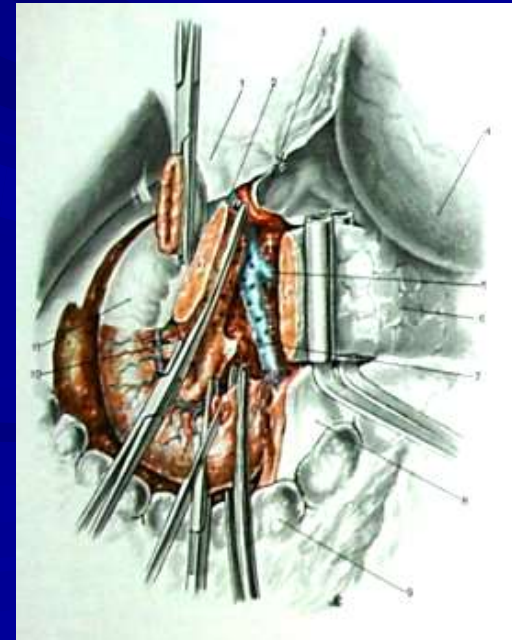
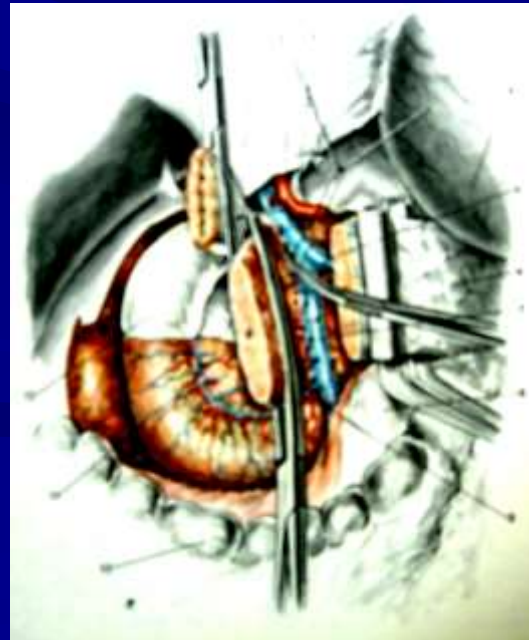
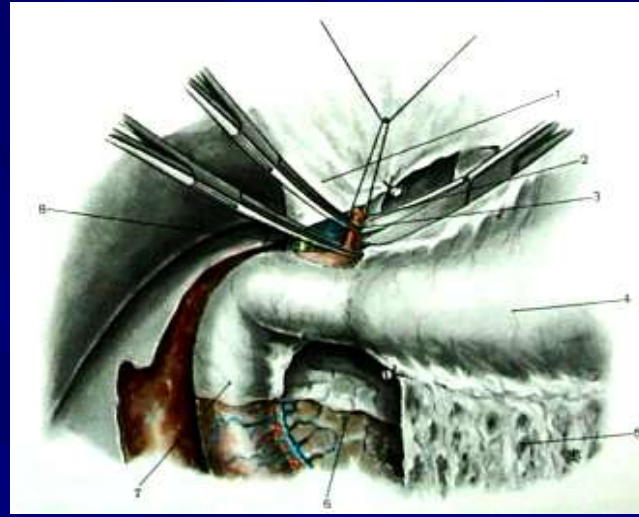
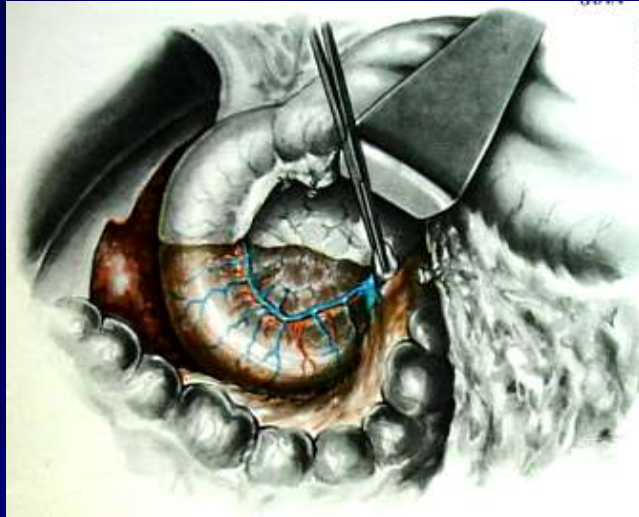
Шалимов буйича ён панкреатоеюностомия.



Ошқозон ости беzi тана ва дум қисмларини резекция қилиш.



Панкреатодуоденал резекция.

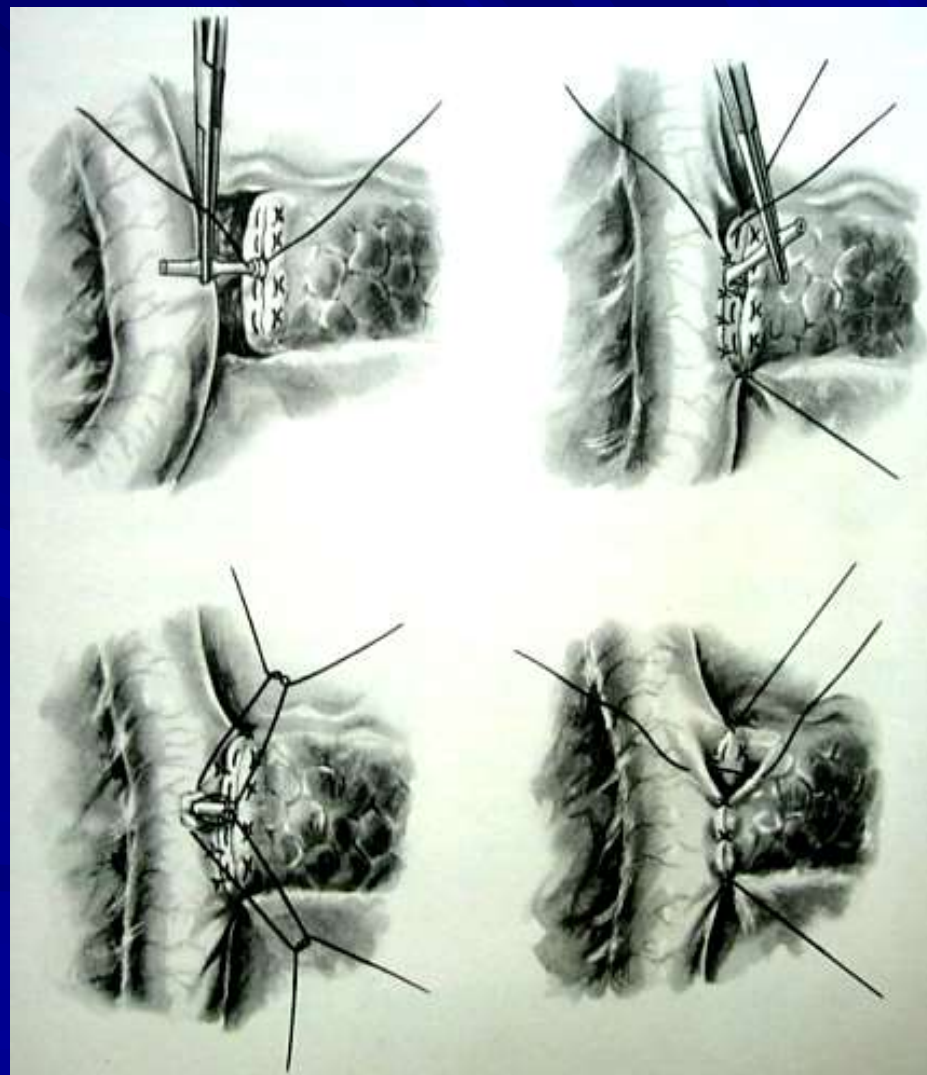


Панкреато-дуоденал резекциядан сўнг жарроҳ қуйидагиларни амалга ошириши керак:

- ❖ **гастроэнтероанастомозни қўйиш;**
- ❖ **ошқозон ости бези чўлтоғини ингичка ичак қовузлоғи бўшлиғига тикиш;**
- ❖ **ушбу анастомоздан 12-15 см пастроқда ичакка умумий ўт йўлини тикиш.**

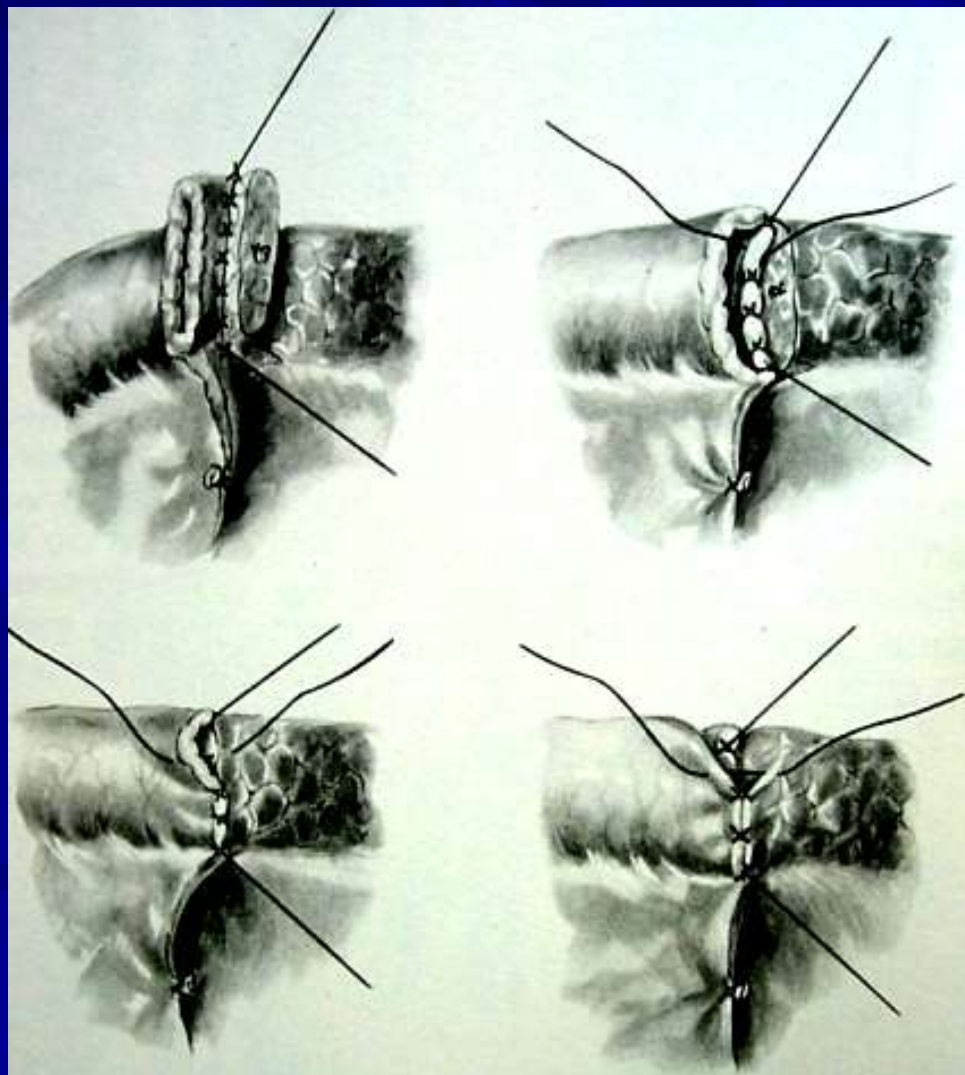
Панкреатодуоденал резекция.

Ошқозон ости бези
найини ингичка
ичак деворига
Уайпл буйича
қўшиш.



Панкреатодуоденал резекция.

Без чўлтоғи ва
ингичка ичак
орасида *охирга-
охир* типдаги
анастомоз
шакллантириш.



Панкреатодуоденал анастомозлар

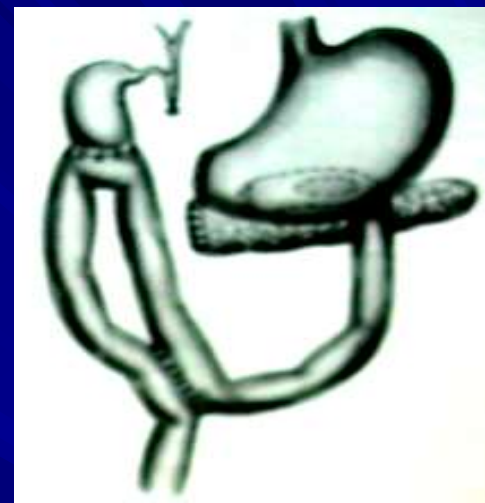
➔ Вариант

I



➔ Вариант

III



➔ Вариант

II



➔ Вариант

IV



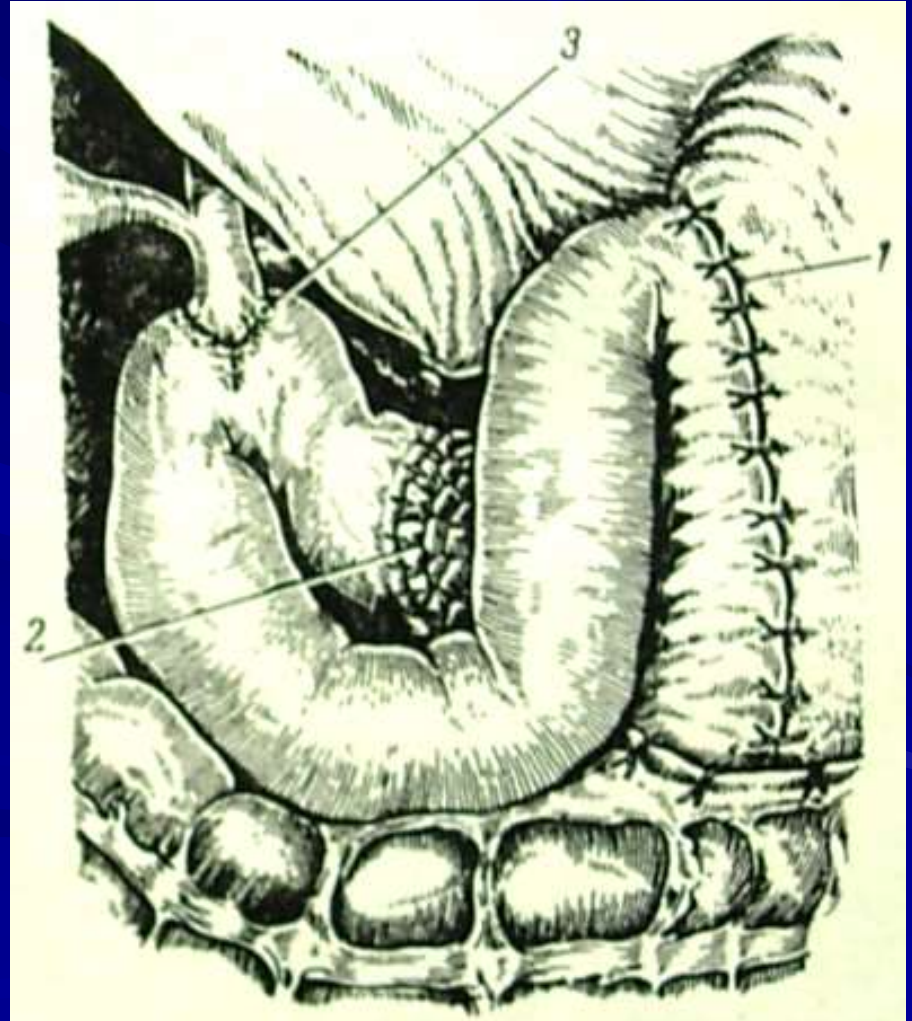
Торайган панкреатодуоденал най бўлганида ён анастомозни бажаришнинг мураккаблиги сабаб, **Дюваль каудал панкреатоеюностомияни** таклиф қилди. Ичак бутунлигини тиклаш учун **энтероэнтероанастомоз** шакллантирилади.

Ичак бутунлигини тиклаш учун **энтероэнтероанастомоз** шакллантирилади.



Панкреатодуоденал резекция – Шалимов **услуги операцияси схемаси**

1. Гастроэнтероанастомоз чизиғи;
2. Панкреатоеюноанастомоз;
3. Холедохоеюноанастомоз.

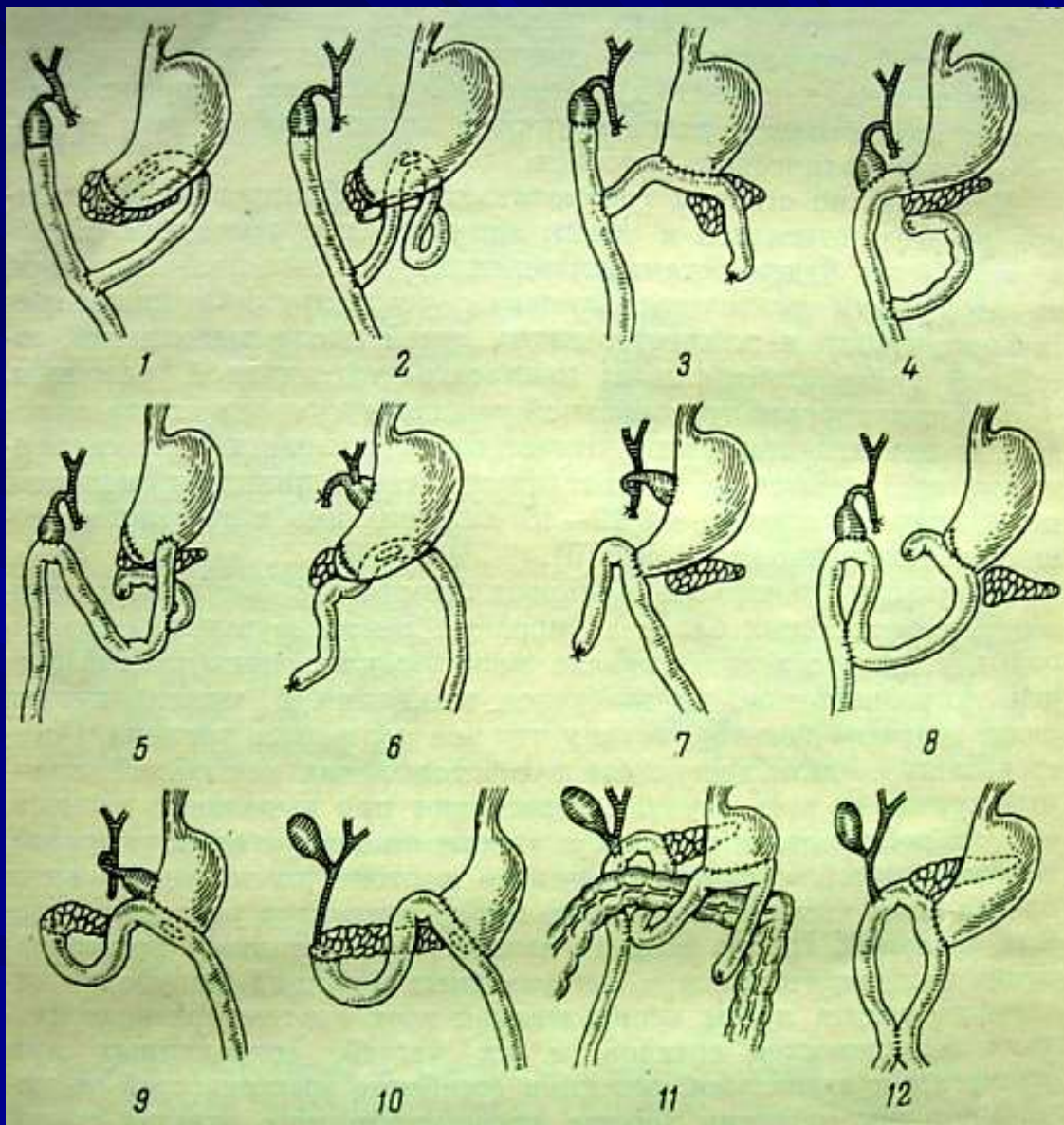


Панкреатодуоденал резекциянинг охирги кўриниши.



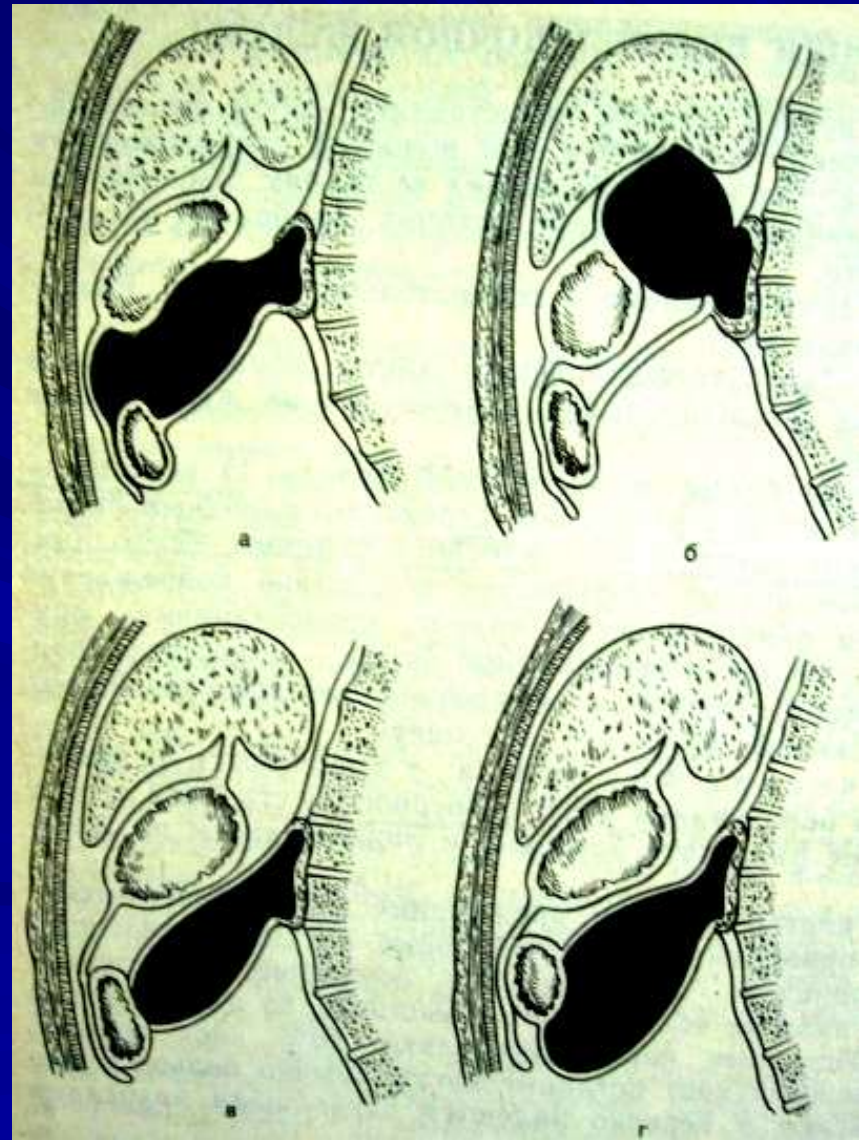
Реконструктив операциялар турлари

1. Moreland и Freeman (1941);
2. Stevens (1945);
3. Walson (1944);
4. Cadvilla (1898);
5. Quenu (1948);
6. Introzzi (1945);
7. Ceccarelli (1948);
8. -10. З.И. Карташев (1950);
11. Н.И. Махов (1951);
12. П.В. Кравченко (1951).



Ошқозон ости бези псевдокисталарининг синтопияси:

- а) кистанинг ошқозон ва кўндаланг чамбар ичак орасидаги жойлашиши;
- б) чарви халтасидаги псевдокиста;
- в) кўндаланг чамбар ичак тутқичи варақалари орасидаги псевдокиста;
- г) псевдокистанинг кўндаланг чамбар ичак тутқичи остига тарқалиши.

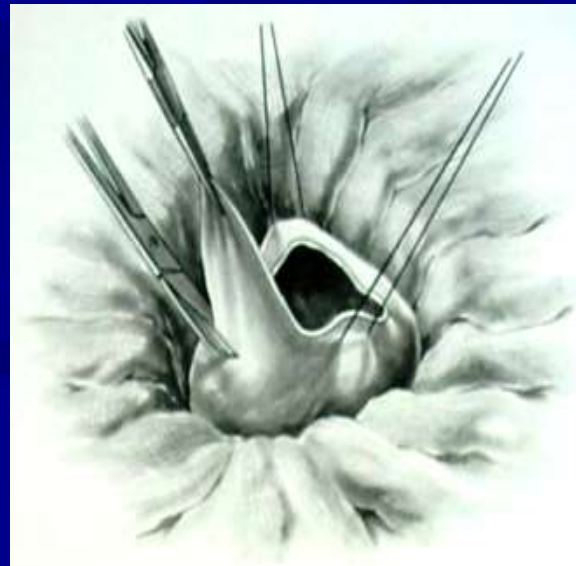


Ошқозон ости бези кистасини очиш ва тикиш.

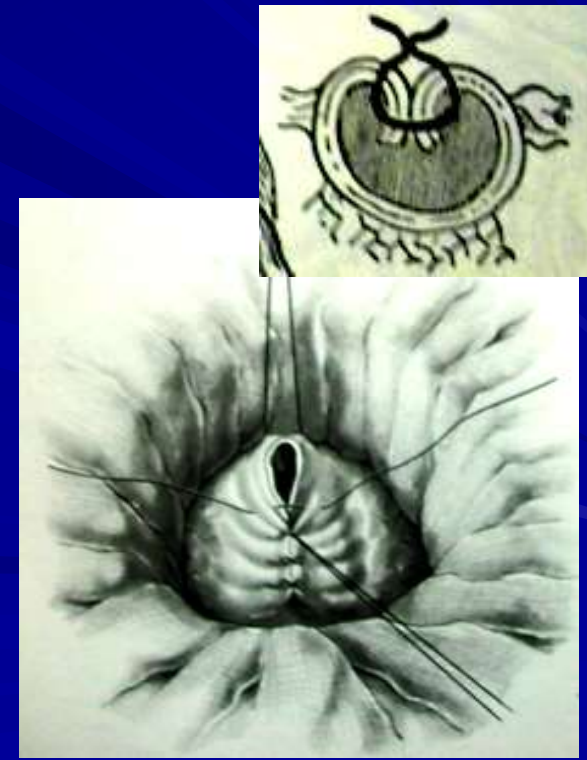
■ Кистани
пункция
қилиш.



■ Киста
деворини қисман
кесиб олиб
ташлаш

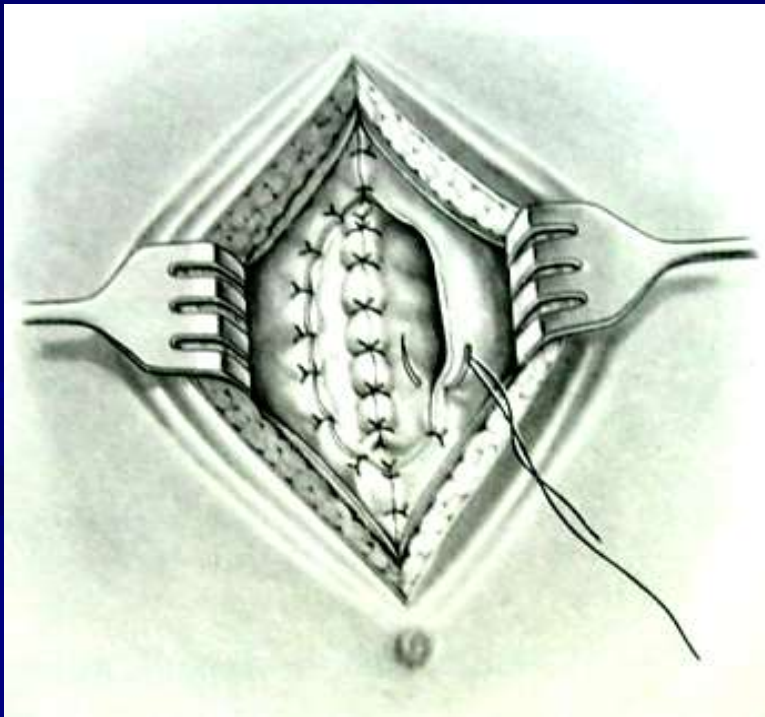


■ Ичкарига
қайирувчи чоклар
билан тикиш

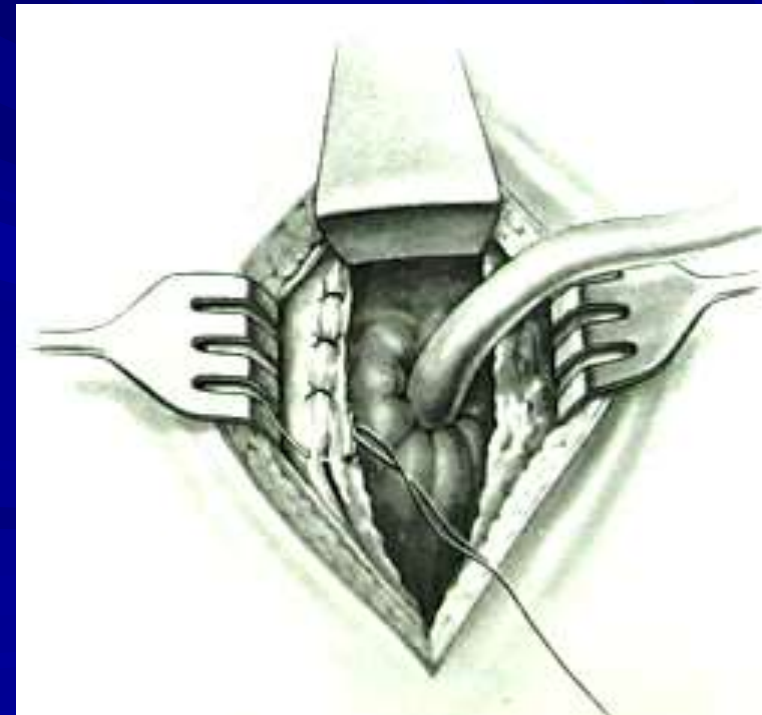


Ошқозон ости бези кистасини очиш ва тикиш.

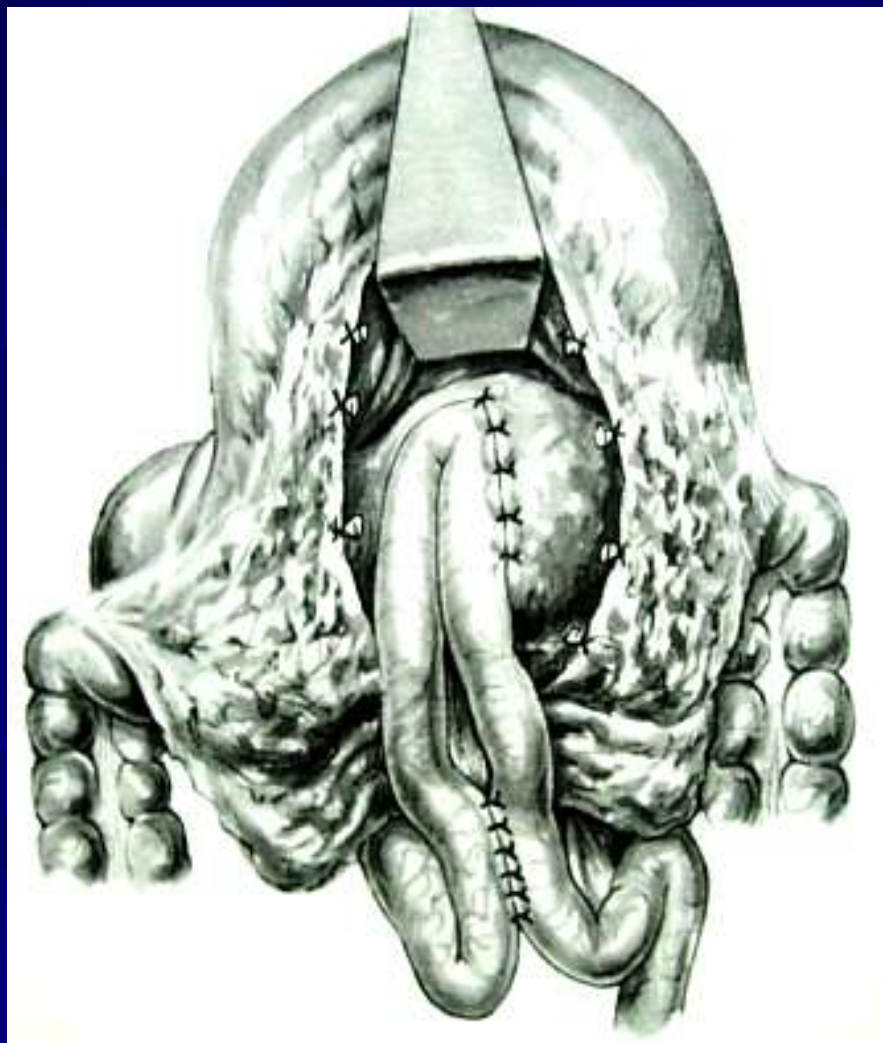
■ Париетал қорин пардани
киста деворига тикиш



■ Киста деворини париетал
қорин пардага ва
апоневрозга тикиш



Ошқозон ости бези кистасининг ички дренажи.



■ Цистоэнтеростомия

ЭЪТИБОРИНГИЗ УЧУН
РАХМАТ!