

**Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**



**HOCA AHMET YESEVI
ULUSLARARASI
TURK-KAZAK UNIVERSITESI**

Медицина факультеті «Жалпы хирургия» кафедрасы



**Тақырып: ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ
ХИРУРГИЯСЫ.**

**Қабылдаған: Оразбаков Ж.
Тобы: ЖМ – 410х
Орындаған: Есенов А.**

Туркестан -2018



ЖОСПАРЫ:

Кіріспе.

Негізгі бөлім.

- ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬДІ ЛАПОРОСКОПИЯЛЫҚ РЕЗЕКЦИЯНЫҢ НЕГІЗГІ ТЕХНИКАСЫ.
- ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЖАЛҒАН КИСТАСЫН ІШТЕН ДРЕНИРЛЕУ.
- ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ КИСТОЗДЫ ІСІКТЕРІ МЕНКИСТАСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ОПЕРАТИВТІ ТЕХНИКАСЫ.

Қорытынды.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

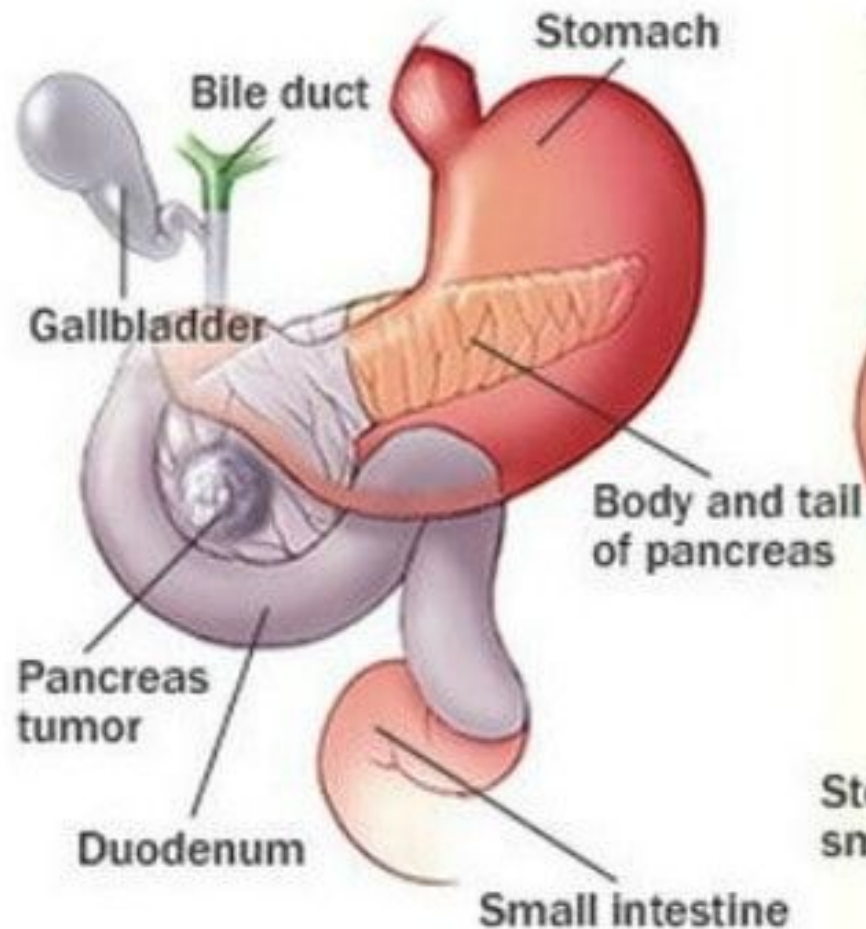
Кіріспе

Ұйқы безінің патологиясы кезіндегі барлық лапароскопиялық хирургияны 3 бағыт бойынша бөліп қарастыруға болады: ұйқы безінің резекциясы, ұйқы безінің қатерлі ісігі кезінде биллиоэнтеро немесе гастроэнтероанастомоз қою және ұйқы безінің кисталарын құрғату.

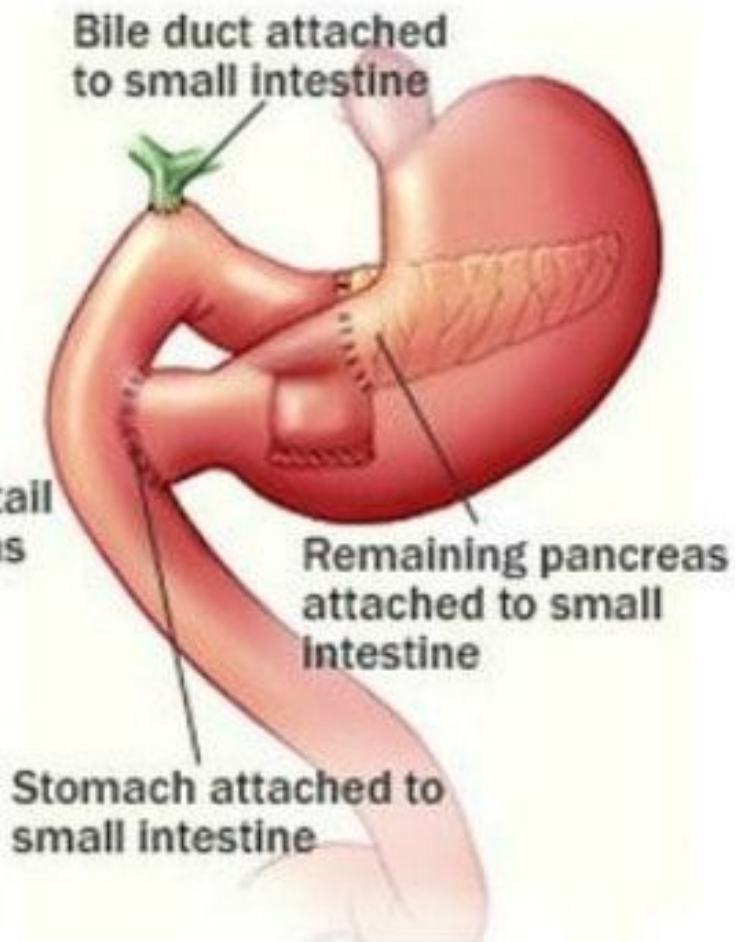
Ұйқы безіне лапароскопты енгізгенде бірден көрінбейді. Бірақ науқастың қалпын өзгертіп ұйқы безінің құйрығын анық байқауға болады. Ол үшін кіндік арқылы енгізілетін 30 градус немесе 45 градус бұрыштық лапароскоп қолданылады. Жақсы көріну үшін пациентті операциялық столда басын жоғары көтеріп жартылай отырғызу керек. Асқазан-ішек байламын ажырататын кезде моно-немесе биополярлы электрокоагуляцияны қолданады. Осылайша он екі елі ішекке Кохер бойынша мобилизация жасауға болады, ішастарды дуоденумге латеральды бөліп, он екі елі ішектің артқы бөлігін босату арқылы жедел диссекция комбинациясын орындайды.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬДІ ЛАПОРОСКОПИЯЛЫҚ РЕЗЕКЦИЯНЫҢ НЕГІЗГІ ТЕХНИКАСЫ.

Before surgery



After surgery



Бұл операция кезінде 3 негізгі этапқа бөлінеді: дайындық, резекция және реконструкция. Операцияның техникасы Longmire және Traverso Модификациясымен ұқсас болып келеді.

Дайындық .

Науқас операциялық столда арқасымен шалқайған күйде, тренделенбург қалпында аяқтарын алшақтатылған жағдайда жатады. Хирург науқастың аяқтарының арасында, ал көмекшілері науқастың екі жағында орналасады. Вереш инесімен умбликальді аймақтан, стандартты методикамен пневмоперитонеум орналастырады, 15 мм.с.б. дейін умбликальды аймаққа 10 мм трокар енгізіп, сосын 10 мм лапараскопты 30 бағытта енгізеді. Құрсақта және бауырда көрінетін метастаз жоқтығын қадағалып, екінші 10 мм трокарды енгізеді, және оң және сол парамедиальді трокарлар енгізеді. Эпигастральды порт арқылы асқазанды үлкен иілімінен Беккок қысқышымен көтереді. Лалараскоп оң парамедиальды трокармен араласып, осы жағдайда хирург 2 қолымен де умбликальді және сол трокарды игереді.

Екі инструментті де асқазан шеңбер байламы Диссенциясына төмен W. Gastroepiploici - ді және без қалтасына кіру үшін қолданылады. 10 смлік қалыптастыруды жүзеге асырғаннан кейін ұйқы безін қарау оңай болады. Және де без қалтасының жоғарғы бөлігін қарап, кірісу бағытын анықтауға болады. 12 елі ішектің мобилизациясын Кохер әдісі бойынша іске асыру. Бебкок қысқыштары мен жоғары көтеріп, науқасты басына бағытталады. Сосын диссекцияны ығыстырып, 12 елі ішекті көлденең тоқ ішектен және венатин ажыратады. Бұл дуоденальды аркаданы және ұйқы без басының артқы бөлігін ілмек тәрізді өсімдіден ажыратады. Кез келген күдікті түзілістер лалораскопиялық қысқыспен биол-сияна алынады. өт жолы мен жалпы бауыр түтігі анықталғанда, өзектердің топографиясы жақсы анықталу үшін тері арқылы холангиографияны тікелей алдыңғы түтік қабырғасы арқылы металл 22 ші калибрлі жұлын ми инесін қолданып орындалады. Кейде проксимальді түтікте холедохилитиаз немесе ісіктің ажырауы байқалады.өт қабы толған кезде бауыр ретрандтысына қолданылуы керек, себебі бауыр қақпасын резекция кезінде экспонирлейді.

Резекция

Жалпы өт түтігі алдынан және латеральды бағытта қауіпсіз, қақпа венасын және бауыр артериясын диссенцияны сақтай отырып ашылады. Мықты айналдырылған инені қолданып, оң қабырға астынан өт түтігі арқылы «ұстағыш» әкеледі. Өт түтігінде 2 см ұйқы безі тұсынан немесе жоғары бағытта тілік жасалады, лапораскопиялық қайшыларды қолдана отырып атқарылады. Давленимен келген өт қосылыстары сорылады да, флораға жіберіледі. Осыдан кейін «ұстағыш» жіпті алып тастайды. Келесі ажыратылатын структура бұл 12 ішектің біріншілік порциясы, 1 см пилорустан дистальді шетінен алынады. Привратник Мейа венасын астынан қарағанда оны дифференциаланады. Кез келген күдік туғанда интраоперацияны гастроскопия жасалып және пилорус транилиюминация шығарылады. Асқазан шеңбер байламын ашқаннан кейін гастродуоденальды тамырларға кіретін асқазан без тамырлары екеулік титан клипсамен қиынды түрде кеседі. Сосын пилорус астынан тікбұрышты Диссектор әкеледі. Бұл пилорусқа эндоскопиялық сызықтық тігуші апарат енгізуге мүмкіндік береді.

ЭЛСА60 ммлық Элса қолданылуына байланысты, 10мм умбиликальді тракарды 18мм троакарға 10мм Пластик редукторына алмастырады. Ары қарай операция кезінде 18мм ден 10 ммге дейін және 18мм ден 5ммге дейінгі редукторларды қолданады. Осы тәрізді Элса аппаратын тамырлы скобкамен қолдануға да болады. Ұйқы безін қайшымен шаж венасы мен қақпа венасы үстімен төменнен жоғары өтеді. Ұйқы безінің төмен және жоғарғы тамырлы аркадалары коагуляциямен және клипировка мен қосарласа жасалады.Экранда үлкейтілген панкретикалық түтік оңай визуализацияланады, ол сол жақтан жасалады және балалар заңды мен 5 – F 2мм катетеризициялануы мүмкін. Гемостазға жеткенен кейін, ілмек тәрізді өсіндіні резециялайды,шажырқай тамырлардан 10см алшақтап және Элса аппаратын 260мм катридж қолданып жасалады. Резезияланған бөлігін жабылатын үлкен контейнерге енгізіп және құрсақ қуысына төменгі квадрантқа кейін жоғалып кету үшін түсіріледі. Созылмалы нисетті жіп қатерлі жасушалардың диссеминациясынан немесе асқазан ішек секретінің құрсақ қуысына түсуінің алдын алады.

РЕКОНСТРУКЦИЯ.

Үш анастамоз салынуы қажет, сол үшін бұл жерде интракорпоральды қалыптастыру және түйінді байлау үшін өте жақсы дағдылану екі қолмен жылдам жасалады.

Бұл мақсатта жіңішке ішектің проксимальды бөлігін Трейц байламы жасалады, бірнеше тамырларды коагуляциямен және металл клипсамен өңдейді. Жіңішке ішек пассажы үшін жұмсақ ішектік қысқыштар қолданылады.

Реконструкция некіелі ішек жұмысын пилороеюнальды анастамозды соңын бүйіріне және гепатико-еюнальды анастамозды соңын бүйіріне салуға мүмкіндік береді. Бірақ бірінші болып панкреатикалық анастомоз салынады. Прецизонды тігіс салу қажеттілігіне байланысты, оны жіңішке ішектің бос аймағына салу оңай болады. Панкреатикалы анастомозға дренаж салынады. Анастомоз 4-0 с жартыбұрыш сорылмалы инесін қолданумен жасалады, тігісті жіңішке ішектің шажырқай жағына қарама қарсы, барлық қабырғалардан өтіп, 4-6 түрлі бөлек бөлек тігіс артқы жағынан бастап салынады.

Тігіс салынғаннан кейін панкреатикалық және өттік анастомоздар фибринді клеймен бекітіледі. Бауырлық еюностомияны осы тәсілмен интракорпоральды жіппен артынан бастап тігеді. Бұл кезде дренаж қойылмайды, бірақ 6-10 түрлі тігіс салынады. Әр анастомоз арақашықтығы 10 см жуық болуы керек. Жіңішке ішектің проксимальды аймақтағы артық бөлігін резецирлейді және 3-0 с монофиламентті инемен пилоро-еюноанастомоз салынады. Қорытынды сатысында өт қапшығы холецистэктомиясын 18 мм умбликалды троакар арқылы алып тастайды. Анастомоздың артқы және алдыңғы бөлігінен Джексон-Праттың екі дренажы орнатылады және оң қабырға асты және оң парамедиальды аймақтан троакар арқылы шығарылады. Жіңішке ішек аймағының іс астарға қарама қарсы бетіндегі гепатоеюнальді анастомоздан 30 см-дей дистальді сол парамедиальді тесік арқылы әкелуші еюностома орналасады. Назогастральді зонд орнында қалдырады. Барлық фасциальді жараларды сорылатын жіптермен тігеді.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЖАЛҒАН КИСТАСЫН ІШТЕН ДРЕНИРЛЕУ.

Ұйқы безінің жалған кисталарына консервативті терапияның әсері болмайды, әдетте асқазанды іштен дренирлеу арқылы емделеді. Яғни кистаның орналасуына байланысты. Көбіне асқазан арқылы дренирлеуді УДЗ көмегімен немесе рентгендік бақылаумен жүргізіледі. Әдебиеттерде осы әдісті қолданғандардың 60-80 пайызы қалыпты көрсеткішке ие болған, бірақ осы әдіспен кистаны толық емдеуге 4 аптадан 12 аптаға дейін созылған.

Ұйқы безінің жалған кистасын іштен лапароскопиялық дренаждаудың артықшылығы толық анастомоз кезінде травманың жоқ болуы және сыртқы дренирлеуді қажет етпейді.

Бірінші лапароскопиялық кистагастростомияны J. Petelin 1991 жылы жасаған. Кистагастростомияның ең жиі қолданылатын техникасын L. Way ұсынған. Бұл методика бойынша назогастральды зонд арқылы асқазанға көмірқышқыл газ

жіберіледі, содан кейін троакар енгізеді, үрілген асқазанды қызметтік қуыс ретінде операцияға қолданған.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ КИСТОЗДЫ ІСІКТЕРІ МЕН КИСТАСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ОПЕРАТИВТІ ТЕХНИКАСЫ.

Ұйқы безінің дистальды резекциясының техникасы.

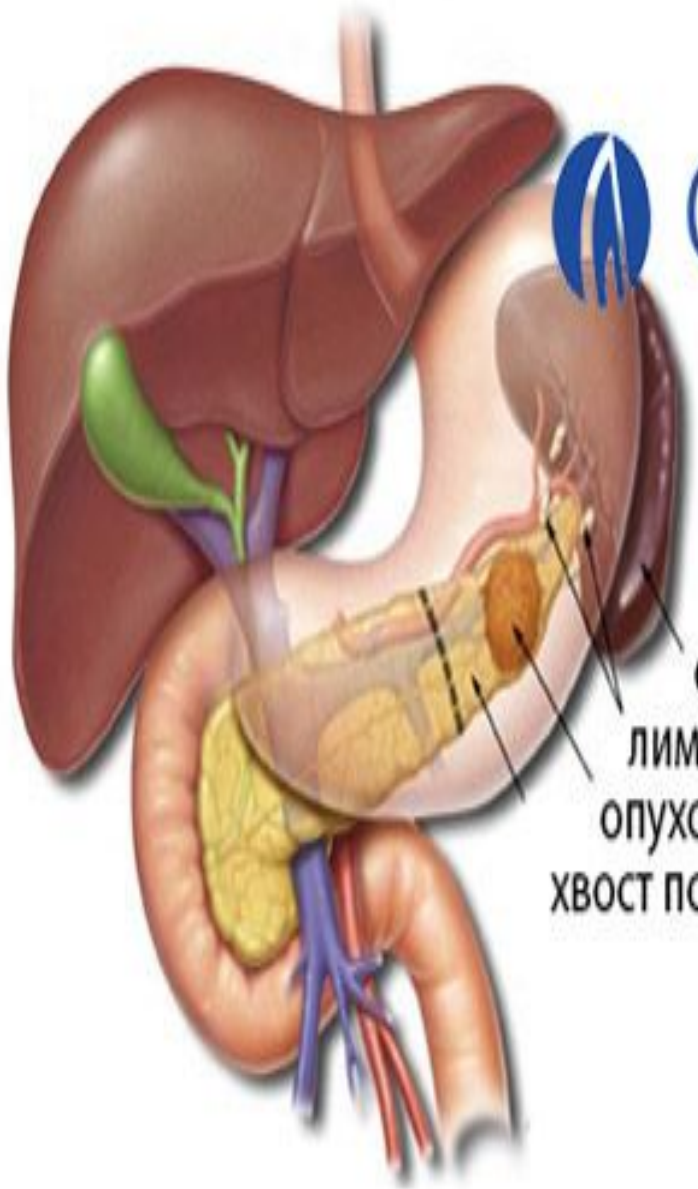
Науқас операциялық столда оң жағымен жатады.Вереш инесімен сол жақтан қабырға доғасынан 2 см төмен пневмоперитонеум орналастырады.Сол жақтан құрсақ қабырғасынан 4-11 мм троакар енгізеді.

Лапароскопиялық визуалды бақылау жүргізе отырып гистологиялық зеттеуге кистаның пункциясын алады.Кистааденоматозды ісік көрініс беруі мүмкін.Диагностикалық бақылау жүргізіп болғанна кейін 30 гр лапароскоппен ретрогастральды аймақты қарайды.Бабкокк қысқыштарын енгізеді.Асқазанды үлкен иілімінің төменгі жағынан көтеріп ,науқастың бас жағына әкетеді.Асқазан-шеңбер байламды диссктормен және қайшымен ашып,тамырлы құрылымдар титанды клипсалармен қиылысады.

Ұйқы безінің денесі мен құйрығын зерттеу үшін 8-10 см қуыс жасалады.Резекцияны кистаның орналасу аймағына байланысты жасайды.



Операция.info



селезенка
лимфатические узлы
опухоль
хвост поджелудочной железы



Ашуды Ұйқы безінің төменгі жағынан көкбауыр артериясы және венасы орналасқан аймақтан бастайды. Көлденең панкреатикалық тамырларды диссекциялау үшін иілген бұранданы қайшыларды қолданған ыңғайлы. Көкбауыр тамырларынан қан кеткенде оларды лигирлеу қажет.

Ұйқы безі 30 мм ЭЛСА аппаратымен немесе 60 мм қиылысады. Осы шарамен панкреатикалық түтік сенімді жабылады. Бірақ ЭЛСА-ны қолдану жоғары панкреатикалық тамырлардан қан кетуге әкеледі, осыған орай тамырларды біртіндеп лигирлеу керек. Мүшенің резоцирленген бөлігін 10x10 см контейнерге енгізіп, керілген троакарлық тілік арқылы шығарылады. Ұйқы безіне резекция орнына дренаж қалдырылады.

Ұйқы безінің дистальді резекциясынан кейін энтеральді тамақтандыру ПДР-ден кейінгіге қарағанда сәйкесінше ерте басталады. Назогастральды зондты операция жасалған күннің ертесіне алып тастайды. Су ішуге және күнделікті қалыптағыдай тамақтануға рұқсат етіледі. Операциядан кейінгі екінші күннен бастап жүріп қимылдауға рұқсат етіледі.

Лапароскопиялық трансгастральды кистогастростомия.

Бұл операцияның 2 әдісі бар. Біріншісі умбликалды жол арқылы диагностикалық лапароскопиядан басталады. Ультрагастральды аймаққа экспозиция үшін қосымша 2 троакар енгізеді. ЭГДС-ты интраоперационды орындайды. Асқазанның артқы қабырғасы көрінбеген жағдайда дренаж қоюға болады. Лапароскопиялық бақылау асқазанның артқы қабырғасы мен кистаның алдыңғы қабырғасы арасындағы анастомозды жасау мен псевдокистадан ажыратуға мүмкіндік береді.

Екінші әдіс трансгастральді кистогастростомия кеңейтуші манжетасы бар арнайы троакар арқылы ішкі қуыстық жолмен жасалады. Бұл троакарлар соңғы жағында арнайы үрілетін баллонды болады, ол асқазанда фиксация жасау арқылы ішқуыстық операцияны 2 қосымша троакармен жасауға мүмкіндік береді. Қолданылатын троакарлар диаметрі 5-7 мм болады, сондықтан ол клипсті аппликаторды немесе ЭЛСА-ны қолдануға мүмкіндік бермейде. Бұндай диаметрі кіші құралдан асқазан қабырғасына жасалған тесік үлкен болмайды және

оларды бір тігіспен тігіледі.

Операционды үстелде науқас арқасымен жатады. Пневмоперитонеумды жабады. үш троакар енгізіледі. Умбликалды аймаққа, сол жаққа. Бірінші ішкі қуыстық троакарды іш құрсақ жанынан псевдокистадан жоғары эпигастральды аймаққа және асқазанның алдыңғы қабырғасына енгізіледі. Стилетті алғаннан кейін троакар манжеті үріліп, осылайша асқазан қабырғасындағы құралды фиксациялап, оның қуысында қымтау қасиетін тудырады. Гастроскопты интраоперационды енгізу, назогастральды зондты қоюға және операция бойы асқазанға газдық инсуфляциясын жүргізуді қамтамасыз етеді. Асқазанның артқы қабырғасын көру үшін 5 мм тік лапароскоп енгізіледі. Екінші ішкі жағында троакарды иррагационды-жуатын жүйенің орнына 8 см солға немесе оңға орнатылады. Киста асқазанның алдыңғы қабырғасының тері арқылы енгізілген ұзын инемен теңестіріледі және кистаның орналасқан орнында асқазанның артқы қабырғасы лапароскопиялық қуысшілік бақылаумен фиксацияланады.

Кистаның құрамындағы заттардың аспирациялануы инструменттің дұрыс орналасқандығын және қан тамырдың зақымданбағандығының белгісі. Ұзындығы 4-5 см гастростомияны асқазанның артқы қабырғасы арқылы ұстағыштардың көмегімен жасалынады. Кистаденоматозды ісікті жоққа шығару үшін киста қабырғасының биопсиясын жасайды.

Назогастральды зондты асқазанда қалдырып, троокарлы баллондарды инструменттерді шығарады. Асқазандағы тесіктерді 20-интракорпоральды бөлек жібімен жабады. 24-48 с. Анастамоз аймағына Джексон-Пратт дренажы салынады. Операциядан кейін 2 тәуліктен соң сұйықтық энтеральды беріледі. Осы кезде анастомоз жағдайын – сұйық контраст гастрографиямен тексеріледі. Пациентті 5-ші тәулікте шығаруға болады.

Қорытынды

Бүгінгі таңда ұйқы безіне лапароскопиялық операция жасауда тәжірбие жеткіліксіздігін атап өткен жөн. Осыған орай алдағы уақыттарда эндохирургиялық технологтар ұйқы безінің ауруларын диагностикалау және емдеу шарасында алға қадам басуда. Әсіресе бұл ұйқы безі ісігінің терминалды сатысындағы поллиативті анастамоз салуға қатысты. Минимальді инвазивті псевдокитті емдеу методикасы дәрігерлерді ғана емес науқастардың да көңілін аударуда.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі.

1. <http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/laparoskopicheskaya-xirurgiya-podzheludochnoj-zhelezy.html>
2. <http://www.websurg.ru/laparoskopicheskaya-pankreatektomiya>
3. <http://www.websurg.ru/laparoskopicheskaya-pankreatektomiya>
4. <http://pishchevarenie.ru/pancreas/bolezni/laparoskopiya-podzheludochnoj-zhelezy.html>
5. <https://diabetik.guru/info/laparoskopiya-podzheludochnoj-zhel-ezy.html>
6. Руководство С.Е.Емельянова Москва – 2004ж





**НАЗАР САЛЫШ
ТЫҢДАҒАНДАРҒЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!**