

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI**

Mamarasulova D.Z., Xasanov D.SH.

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash

**ONKOLOGIYA VA BOLALAR ONKOLOGIYASIDA ZAMONAVIY
DAVO USULLARI
fanidan**

**ONKOLOGIK OPERATSIYALAR UMUMIY PRINSIPLARI
VA TEXNIKASI
o'quv qo'llanmasi**

Magistraturaning Umumiy onkologiya – 5A 510110

mutaxassisligi uchun

Андижон - 2020

Kirish

Qo'llanmada neoplazmani davolashning zamonaviy usullari haqida ma'lumotlar keltirilgan, uning asosida mualliflar saraton operatsiyalari xususiyatlarini hisobga olishadi. Qo'llanmada o'smalarni davolash bilan bog'liq jarrohlik doktrinasining umumiy masalalariga bag'ishlangan boblar mavjud, chunki bu umumiy jarrohlar va onkolog jarrohlar o'rtasida eng katta kelishmovchilikni keltirib chiqaradigan masaladir.

Mualliflar tushunarli shaklda havfli o'simtalarning eng ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi uchun eng keng tarqalgan, bir turdagi jarrohlik aralashuv turlarini izohlab beradilar. Nashrning hajmi cheklanganligi sababli biz eng ko'p bajariladigan jarrohlik aralashuvlarning texnikasi haqida batafsil ma'lumot beriidi. Murakkab operatsiyalar (pankreatoduodenal rezektsiya) sxematik tarzda tasvirlangan. Har bir operatsiyani tavsiflashda takrorlanishni oldini olish istagini hisobga olib, biz bir xil manipulyatsiyalarga to'xtatmaldik. Shuningdek, jarrohlik muolajalar turlariga alohida e'tibor qaratilmadi, ularning batafsil tavsifi ma'lum bir joyda joylashgan o'simtalarni jarrohlik davolashning ayrim masalalariga bag'ishlangan monografiyalarda mavjud.

Ushbu qo'llanma saraton xirurgiyasida diagnostika va davolash usulini tanlash uchun asosdir. Ko'p uchraydigan saraton kasalliglarini davolashda eng keng tarqalgan jarrohlik aralashuvlarning tasnifi, printsiplari va texnikasi berilgan. Kamdan uchraydigan va murakkab operatsiyalar turlari sxematik tarzda taqdim etilgan. Onkologik jarrohlikda minimal invaziv va organ saqlaydigan operatsiyalardan foydalanish alohida ta'kidlangan.

1-QISM

XAVFLI O'SMALARNI JARROHLIK USULIDA DAVOLASH PRINSIPLARI.

O'smalarni davolashning asosiy usullari.

Xavfli o'smalarni davolashda asosiy strategik yo'nalish - bu tanadagi o'sma to'qimalari va hujayralarni to'liq yo'q qilish.

Xavfli o'smalarni davolashda 3usul qabul qilingan: jarrohlik, nur va kimyokimyo. So'nggi paytlarda boshqa usullar (immunokimyo, fotodinamik terapiya va boshqalar) ham qo'llanilmoqda. Ular bir vaqtning o'zida yoki asosiylari bilan boshqa ketma-ketlikda qo'llanilishi mumkin. Xavfli o'smalarni davolashning hozirgi holati barcha asosiy usullarni birlashtirish istagi bilan tavsiflanadi. Birgalikda foydalanishda maqsad boshqasining kamchiliklarini qoplash uchun ishlatiladigan har bir davolash usulidan foydalanishdir. Jarrohlik va radiatsiya mahalliy xususiyatga ega va mahalliy usullarga bog'liq. Kimyokimyo usuli tanadagi saraton hujayralarini yo'q qilishga qaratilgan, kimyoterapevtik preparatlarni tanlab qo'llash bilan ham, tizimli yoki umumiy usul sifatida tavsiflanadi. So'nggi yillarda o'smaning xavfli hujayralariga va uning metastazlariga zarar etkazish uchun operatsiyadan oldin kimyoterapiya o'tkazilmoqda, bu davo natijasini yaxshilaydi. Ushbu turdagi kimyoterapiya neoadjuvant deb ataladi. Mintaqaviy limfa tugunlari zararlangan bemorlarda operatsiyadan keyingi kimyoterapiya o'tkaziladi.

Ikki mahalliy usulni qo'llash kombinatsiyalangan davolash, agar ikkitasi mahalliy va umumiy bo'lsa, kompleks davolash deb ataladi.

Onkologik bemoriarni davolash usulini tanlash jarroh, radiolog va kimyoterapevtning konsiliumi tomonidan belgilanadi.

Davolashni rejalashtirishda omillar kombinatsiyasio'sma jarayonining tarqalishi va uning biologik xususiyatlari, bemorning umumiy jismoniy holati hisobga olinadi (jarrohlik davolashda "funktional imkoniyat" atamasi qo'llaniladi). Shu bilan birga, yurak-qon tomir tizimi, o'pka va buyraklar

funktsiyalarining holati baholanadi, metabolik parametrlar, suv-elektrolitlar muvozanati aniqlanadi, Hamroh kasalliklar va bemorning yoshi hisobga olinadi.

Bemorning ijtimoiy va oilaviy ahvolini e'tiborsiz qoldirib bo'lmaydi, chunki davolashdan keyin hayot sifatiga ta'sir qiladi. Bemorning davolanishning muayyan turiga rozi bo'lishi masalasi kardinal emas, ammo bu muhimdir va unga kasallikning mohiyati, davolanishni rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlari va uning natijalari to'g'risida to'liq ma'lumot berilishi kerak (masalan, gastrostoma qo'yish, g'ayritabiiy anusni yaratish va boshqala va boshqalar).

Yuqoridagi omillar asosida davolashning maqbul rejasi aniqlanadi. Davolashning bir necha turlari mavjud: radikal, palliativ va simptomatik.

Radikal davolash o'simta rivojlanishining barcha o'choqlarini to'liq yo'q qilishga qaratilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, radikalizm ma'lum darajada shartli hisoblanadi, chunki o'simta hujayralarini tanadan butunlay yo'q qilish to'g'risida hukm chiqarishga imkon beradigan tadqiqot usullari mavjud emas. Shuning uchun, radikal davolanishdan keyin biz faqat klinik davolanish haqida gapirishimiz mumkin, chunki subklinik metastaz deb nomlanadigan omil har doim mavjud bo'lishi mumkin.

Palliativ davo davolash aniq imkonsiz bo'lgan hollarda o'sma massasini kamaytirishga qaratilgan. Bunday davolanish ko'pincha bemorning umrini uzaytiradi va uning sifatini yaxshilaydi.

Semptomatik davolash og'riqli alomatlar yoki asoratlarni bartaraf etishga qaratilgan.

Jarrohlik usuli mavjud usullarning eng qadimgisi hisoblanadi. U eng katta radikalizm bilan tavsiflanadigan asosiy,eng muhim usul bo'lib, ma'lum mahalliyashtirish sharoitida yagona bo'lib qoladi.

Jarrohlik davolash deyarli barcha o'sma lokalizatsiyasida ishlatilishi mumkin. Bu o'sma massasini skalpel, elektr pichoq, lazer nurlari yoki kriyoterapiya va boshqalar yordamida olib tashlashga qaratilgan.

Onkologik operatsiyalarning asosiy printsiplari.

Onkologik jarrohlikda jarrohlikaralashuvning asosiy onkologik tamoyillariga qat'iy rioya qilish kerak.

Ablastika - bu operatsiya paytida o'sma hujayralarining tarqalishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui. Buning uchun o'smadan shunchalik masofada joylashgan a'zo yoki to'qima zararlangan qismini operatsiya davomida eksiziya qilish sog'lom to'qimalarda kesma qilinishini kafolatlaydi. Bunday holda, o'sma o'sishi tabiati hisobga olinadi (masalan, ekzofit o'sishida o'simtaning ko'rinadigan chegaralaridan 4-6 sm, infiltrativo'sishida 8-10 sm uzoqlashadi). Amaliyot paytida o'sma to'qimalariga mexanik shikast etkazmaslik va shu bilan o'sma hujayralarining qon tomirga ajralib chiqishining oldini oladi. Imkon qadar tezroq tomirlarni bog'lab qo'yish kerak. Bo'shliq organ o'smalarining tepasida va pastida ligura bilan bog'lanib, hujayra ko'chishini oldini oladi.

O'sma olib tashlanishi regional limfa tugunlari bilan bitta bo'lakda amalga oshiriladi, chunki qismlarga ajratish o'simta embolini limfa va qon tomirlariga kirishiga hissa qo'shishi mumkin.

Antiblastika - jarrohlik yara sohasidagi o'sma hujayralarini yo'q qilishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui. O'sma hujayralari yaraning devorlarida, bo'shliqda (qorin, ko'krak qafasi) qolishi keyinchalik kasallik qaytalanishiga olib kelishi mumkin. Antiblastik chora-tadbirlar operatsiyadan oldingi tayyorgarlik paytida, jarrohlik paytida va operatsiyadan keyingi dastlabki davrda amalga oshirilishi kerak. Antiblastikada ishlatiladigan usullarni shartli ravishda fizik, kimyoviy va aralash turlarga bo'lish mumkin.

Jarrohlik operatsiyasidan oldin va operatsiyadan keyingi dastlabki davrda elektrojarrohlik eksizyadan foydalanish, lazer yoki plazma skalpeldan foydalanish, o'smalarni kriozurgik olib tashlash va o'simtani nurlantirish fizik antiblastikaga taalluqlidir.

Kimyoviy antiblastika o'simtani olib tashlangandan so'ng yara yuzasini 96% etanol yoki aseton bilan ishlov berishni, shuningdek, operatsiya vaqtiida dorilarni to'g'ridan-to'g'ri bo'shliqqa, tomir ichiga yoki mintaqaviy perfuziya bilan kiritishni o'z ichiga oladi.

Zonalashtirish printsiplari o'smaning o'zi bilan birga olib tashlashdir. Zonaga o'simta yaqinidagi to'qimalar, shuningdek atrofdagi limfa tomirlari va tugunlari kiradi. Zonaning chegaralari o'simta o'sishi tabiatiga ta'sir qiladi. Shunday qilib, ekzofit o'sishda o'smaning ko'rinadigan chegaralaridan 4-6 sm orqaga chekinish tavsiya etiladi, infiltrativ o'sishda - 8-10 sm. Bu holatda limfa to'planadigan barcha limfa tomirlari va tugunlari ushbu zonadan chiqariladi. Rayonlashtirish tamoyillariga muvofiq operatsiyalar, qoida tariqasida, barcha regionar limfa tomirlari va tugunlari bilan bir qatorda o'simta ta'sirlangan organi subtotal rezektsiya qilish yoki olib tashlashga olib kelishini tushunish oson.

Futlyrlik printsiplari shikastlangan organ bilan birgalikda butun fastsiyani olib tashlashga asoslangan. Bunday holda, maqsad limfa tomirlari va hujayralararo bo'shliqlarda joylashgan o'sma hujayralarini olib tashlashdir. Biroq limfa tizimi to'liq olib tashlash faqat to'qima sumkasi, fasyasini anatomik ravishda ajratish bilan bir qatorda olib tashlangan taqdirdagina mumkin.

Davo dasturi bo'yicha operatsion aralashuvlar tasnifi.

Davolash davomida operatsiyasining o'sma jarayoniga ta'sir qilish uchun radikal, superradikal, palliativ va simptomatik aralashuvlar haqida gapiriladi.

Normal radikal operatsiya deganda, havfli o'sma ko'pincha o'zi kelib chiqadigan organ bilan, regional limfa tugun, oqim yo'llaribilan birgalikda butunlay olib tashlashigatushuniladi. Tanada makroskopik ravishda aniqlangan o'simta qoldiqlari yo'q. Shuningdek kengaytirilgan va kombinatsiyalangan radikal operatsiyalar farqlanadi.

Kengaytirilgan radikal operatsiyalar bilan qo'shimcha ravishda uzoqroq limfa kollektorlari olib tashlanadi. Kombinatsiyalangan operatsiyalar shundan iboratki, bitta kasallikni davolashda aralashuv ikki yoki undan ko'p a'zolarida o'tkaziladi. Kombinatsiyalangan operatsiyalar bir yoki bir nechta qo'shni organlar yoki anatomik tuzilmalar (ko'krak yoki qorin devori, ingichka yoki yo'g'on ichakning bo'lagi, taloq va boshqalar) bilan o'smalarni tubdan olib tashlashni o'z ichiga oladi. Ayrim hollarda, organga o'sma jarayoni ta'sir etmagan bo'lishi mumkin, masalan, gormonal holatni tiklash uchun ko'krak saratonidagi tuxumdonni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash. Shuni ta'kidlash kerakki, o'smaning shikastlangan a'zo bilan chegaralangan organlar va tuzilmalarni olib tashlash, ularning operatsiya paytida jarohati tufayli (masalan, taloqning yo'qolishi), qo'shni organ operatsiyaning onkologik printsiplari sababli olib tashlaniishi mumkin. Qon ta'minoti sababli organni olib tashlaniishi (misol, yonbosh ichak terminal qismini o'ng tomonlama gemikolektomiyada olib tashlash).

Asosiy onkologik printsiplarga muvofiq amalga oshiriladigan radikal jarrohlik aralashuvlar murakkabligi, katta hajmi va jarohatlari bilan ajralib turadi. Radikal jarrohlik davolanishning onkologik kontrendikatsiyasi o'sma hujayralarining tarqalishi va uzoq metastazlarning paydo bo'lishi bo'lib, ularni operativ ravishda olib tashlash imkonibo'lmaydi.

Yuqori radikal jarrohlik tananing muhim qismini olib tashlashni o'z ichiga oladi, u faqat metastaz ehtimoli kam bo'lgan mahalliy o'smalarda amalga oshiriladi. Bu juda kam hollarda o'limning katta foizi va uzoq muddatli natijalarni yo'qligi

tufayli amalga oshiriladi. Hozirgi vaqtda ushbu operatsiyalarni onkologik va insonparvarlik nuqtai nazaridan bajarish maqsadga muvofiqligi masalasi muhokama qilinmoqda. Bunga tos bo'shlig'ini evestratsiya qilish (to'g'ri ichak, bachadon, siydik pufagi, barcha tos limfa tugunlari va tolalari) va gemikorektorektomiya kiradi. Jarrohlik hajmini tanlash har doim operatsion xavf darajasi va o'sma biologiyasini hisobga olgan holda individual bo'lishi kerak.

Adabiyotlarda shartli radikal operatsiya atamasi ham uchraydi. Shartli radikal operatsiyalar guruhiga limfa tugunlari yoki uzoq metastazlarning olib tashlanmasdan asosiy o'sma fokusining to'liq olib tashlanishi, kasallikning qaytalanish ehtimoli yuqori bo'lishi kiradi. Shuningdek, olib tashlangan preparatni gistologik tekshirish paytida rezektsiya chegarasida (qizilo'ngach, bronx va boshqalar) saraton hujayralari aniqlangan, ammo umumiy somatik yoki anatomik holat tufayli ikkinchi operatsiya qilish imkonibo'lmaydi. Bunday holda, o'sma hajmining kamayishi tufayli kimyoviy va radiatsion davolash uchun qulay sharoit yaratiladi.

Palliativ davo asoratlarni rivojlanishiga to'sqinlik qiladi, umumiy holatni yaxshilaydi va bemorlarning umrini uzaytiradi. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, jarrohlik aralashuvi, profilaktika asosida, rejali ravishda amalga oshirilsa, shoshilinch operatsiyaga majbur qiladigan stenoz va teshilish, qon ketish va boshqalar kabi asoratlarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Palliativ operatsiyaga misol oshqozon saratonida sifatida uzoqdagi Shnitsler metastazi aniqlangan oshqozonni subtotal rezektsiya qilish mumkin.

Palliativ operatsiyalarni o'tkazilganda kimyo va radiatsion terapiya uchun qulay sharoitlar yaratiladi. Nazariy jihatdan, yaqin kelajakda bemorga yordam beradigan yangi usullarning paydo bo'lishi ehtimoli mavjud.

Klinik va operatsion ma'lumotlarning izohlashida ham, morfologik tekshiruvda ham (reaktiv limfadenit, yallig'lanish va boshqalar holatida) har doim xato qilish ehtimoli bor, shuning uchun onkologik holat bo'yicha palliativ operatsiya bemorni davolashga olib kelishi mumkin.

Simptomatik operatsiyalar bemorning ahvolini yaxshilashga emas, balki rivojlangan simptomlarni yoki asoratlarni, shu jumladan og'riqni yo'q qilishga

qaratilgan. Bunday holatda rezeksiya usullari qoidalariga amal gilinmaydi va operatsiya asoratlarni bartaraf etishdan iborat (masalan, traxeostomiya, gastrostomiya, kolostoma, sistostomiya va boshqalar).

Mini invaziv va organ saqlovchi operatsiyalarni onkologik jarrohlikda qo'llash.

Jarrohlikning asosiy printsiplari shundaki, jarrohlik xavfi patologiya xavfidan oshmasligi kerak. Saraton kasalligida jarrohlik davolashdan bosh tortish bemorning tez o'limga olib kelishim mumkin. Buni so'nggi yillarda tizimli va radiatsion davolashning muvaffaqiyati tufayli qayta ko'rib chiqish kerak. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, oddiy onkologik aralashuvlar, ularning katta hajmi va ular bilan bog'liq bo'lgan shikastlanishlar, hatto patologiyani hisobga olmasdan ham, asoratlarni rivojlanishiga, hatto o'limga olib kelishi mumkin. Shuning uchun jarrohlik davolashning sodda va kamroq invaziv alternativ usullarini izlash maqsadga muvofiqdir. So'nggi o'n yilliklarning voqealari, yangi jarrohlik texnologiyalarining yutuqlari, umumiy jarrohlik jarohatlarini kamayishiga olib keldi, Shunday qilib, bugungi kunda o't pufagi kasalligida 90% xolestsistektomiya endoskopik bajariladi.

Yana bir dalil sifatida Billrot tomonidan oshqozon yarasi bilan kurashish uchun klassik tarzda oshqozon rezeksiyasi qilingan bo'lsa (turli xil o'zgarishlarda). Oshqozon kislotasini tartibga solish va yangi yaralarga qarshi dorilarning yangi guruhlarini kashf etish natijasida organlarni saqlovchi operatsiyalarning ulushi sezilarli darajada oshdi. Mantiqiy savol tug'iladi: onkologiyada bu usul mumkinmi?

Diagnostika sohasida laparoskopik aralashuvlardan keng foydalanish sinov laparotomiyasi sonini kamaytirishi va morfologik tekshirish foizini ko'paytirishi kerak. Laparoskopik aralashuvoperatsiya xavfini keskin kamaytiradi, chunki sinov laparotomiyasi ham o'limga olib kelishi mumkin. Ammo saraton radikalizmi nuqtai nazaridan zamonaviy texnologiyalar operatsiyalarni etarli hajmda bajarishga imkon bermaydi.

Minimal invaziv usullardan foydalanish operatsiyaning har qanday bosqichida ham samara berishi mumkin. Bunga misol qilib, to'g'ri ichak oldingi rezektsiya paytida to'g'ri ichakni mobilizatsiya qilib, anastomozni apparat usuli bilan qo'yishni keltirish mumkin.

Onkologiyada organlarni saqlab qolish operatsiyalaridan foydalanish cheklangan. Shunday qilib, minimal invaziv va organlarni saqlab qolish usullari qabul qilishni zamonaviy saraton xirurgiyasida bir muncha barvaqtdir, ammo, ehtimol, bu saraton jarrohligi rivojlanishining yo'nalishidir.

II QISM.

XAVFLI O'SMALARNI STANDART JARROXLIK TEXNIKASI BOSH VA BO'YIN XAVFLI O'SMALARI OPERATSIYALARI

Pastki labning o'sma bilan kvadrat rezektsiyasi

Anesteziya - mahalliy yoki transnazal intubatsiya bilan umumiy endotraxeal narkoz.

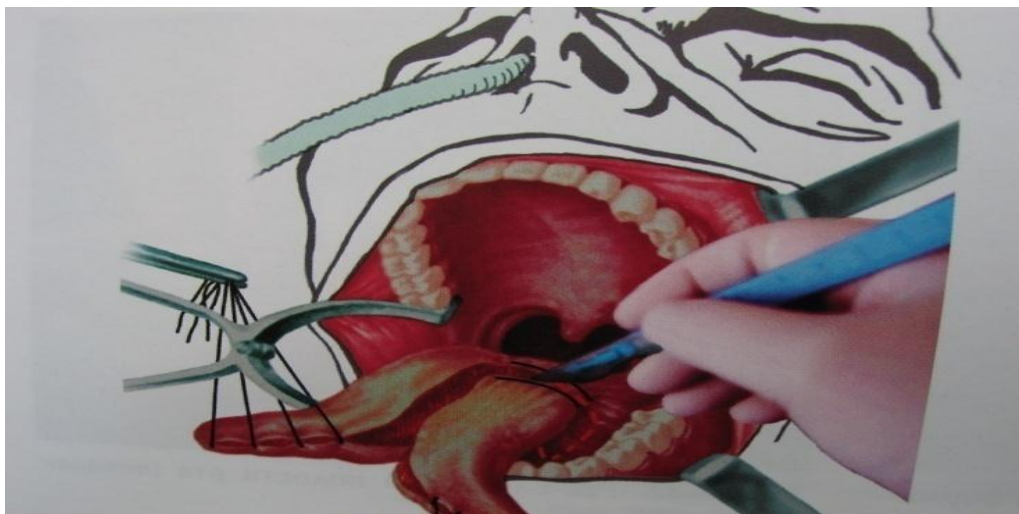
Jarrohlik maydonini qayta ishlashdan so'ng, yordamchi bemorning labini biroz teskari holatiga keltiradi. Kesish labning butun qalinligi bo'ylab, qizil chegaraga perpendikulyar holda o'sma infiltratsiyasi chetidan 1,5-2 sm masofadaolib boriladi. Dudoqning bir qismi kvadrat shaklida kesiladi. Preparat olib tashlanganidan so'ng, lab arteriyasi va uning shoxlari, shuningdek bir xil vena yara yuzalarining yon qismidan bog'lanadi. Kosmetik effekt uchun birlamchi plastic amalga oshiriladi. Bitta variant - pastki labning lateral qismlarini siljitish orqali plastika qilish. Pastki chetiga qarab ikkita kesish amalga oshiriladi. Ushbu kesmalar ikkita yoriqni harakatga keltirishga imkon beradi. Mobilizatsiya qilingandan so'ng, parchalar bir-biri bilan ehtiyotkorlik bilan tekislanadi. Teri va shilliq qavatga kosmetik chok qo'llaniladi.

Tilning gemi rezektsiyasi

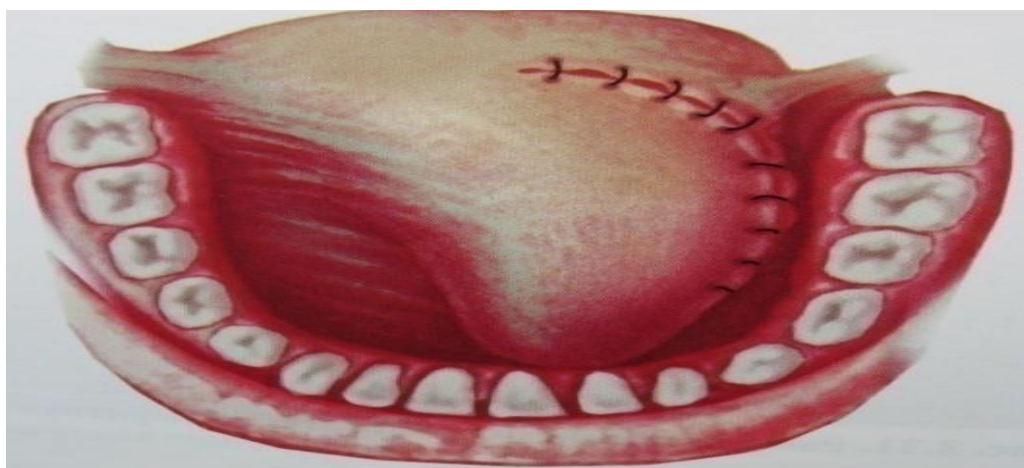
Anesteziya -transnazal intubatsiya bilan endotraxeal narkozkeng tarqalgan.

Tilning sog'lom yarmining uchdan bir qismidan ipak bog'ich olinib, so'ngra iloji boricha eng oxirgi orqasidan tortib olinadi va til to'g'ri holatda chiqariladi. Til o'smasini olib tashlash osonlashtiriradi. Yordamchi ilgak bilan yonoqni teskari yo'nalishda tortadi. Operatsiyadan keyingi qon yo'qotilishini kamaytirish uchun, til ildizi to'qimalarining butun qalinligi bo'ylab, ketgut yoki ipak bilan ko'ndalang ko'ndalang chokni iloji boricha o'smaning orqa chetidan orqaga chekinib qo'yishtavsiya etiladi. Karsinoma til uchining lateral yuzasida lokalizatsiya qilinganida, kesma tilning ildizidan tortib bo'lmaydigan tomonning oldingi uchigacha qiyshaygan holda amalga oshiriladi. Dissektsiya qilinganida, gemostatik qisqich bilan yordamchi tilning ajratilgan to'qimasini yon tomonga olib tashlaydi. Tilning ildizi sohasida kesma ko'ndalang yo'nalishda uzatiladi va

ligatatsiya oldidan kesiladi. To'liq gemostaz amalga oshiriladi. Elektr pichog'i yordamida rezektsiya qilish tavsiya etiladi. Tilning yuqori va pastki yuzalarining shilliq qavatining qirralari tikiladi. Ildiz sohasida og'iz bo'shlig'ining shilliq pardalari qirralari bir-biriga keltiriladi.



1-rasm. Tilninghemirezektsiyasi.



1-rasm. Operatsiyadan keying holat.

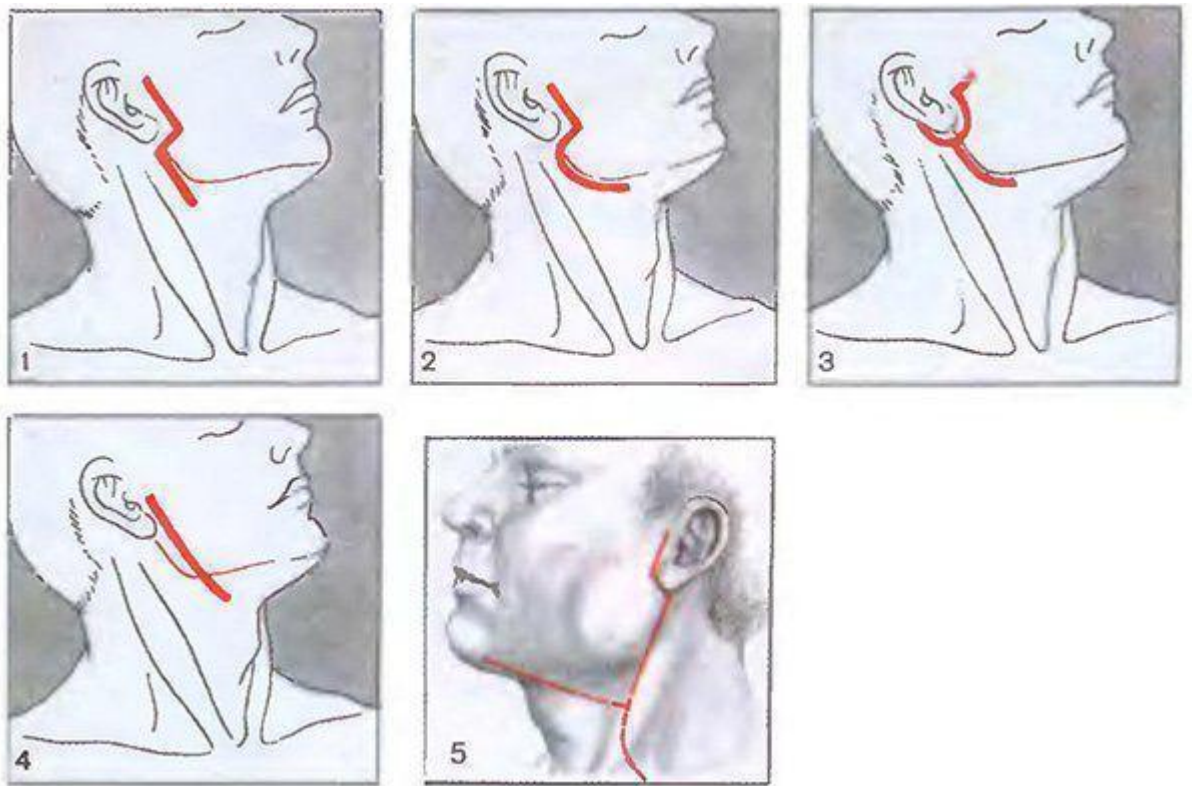


Схема 3. Operatsion kirishning sxematik ko'rinishi

Redon bo'yicha fasial nerv tolalari tekisligidaparotidektomiya

Bemor orqa tomonga yotgan holatda, elkalari ostidaga taglik qo'yilib boshi lezyon va aralashuvga qarama-qarshi tomonga buriladi. Kesma qulog'ining yumshoq qismidan boshlanib, so'ngra sternokleidoemasteodeaning ichki chetigacha (Redon-Kovtunovichning bo'yicha), submandibulyar sohagasha kesiladi, birinchi kesma bilan qo'shimcha ravishda perpendikulyar kesiladi, bu to'liq tekshiruv va ishlov berishni ta'minlaydi. Kesima loblarni mobilizatsiya qilgandan so'ng parotit bezining yuzasi ochiladi. Achchiq zond yordamida parotid fastsiya bezning pastki orqa tomonida ajralib chiqadi. Bezning orqa chetini mobilizatsiya qilgandan so'ng, sternokleidomastoid mushakning oldingi qismi vaqtinchalik suyakning mastoid jarayoniga ulanish joyida ochiladi. Qon tomir ligasyonini o'tkazish, mushak tolalarini mastoid jarayonining tepasidan 1 sm pastga va ichkariga qarab tortish orqali yuz nervining asosiy magistrallari aniqlanadi va ta'sirlanadi. Ko'rish nazorati ostida, chivin yordamida va ehtiyotkorlik bilan gemostaz fonida, yuz nervi shoxlari ajratilib, o'simta joylashgan. Nerv shoxlari ostida qo'lqop kauchukdan tayyorlangan ushlagichlar mavjud. Nervning so'nggi shoxlarini ushlab turish bilan bezni rezektsiya qilish o'sma bilan birga bitta to'qima bloki yordamida amalga oshiriladi. Preparat olib tashlanganidan so'ng, yakuniy gemostaz amalga oshiriladi, bezlar to'shagi parotid fastsiya bilan qoplanadi, so'ngra katgut choklari bilan tikiladi. Ajralgan teri-moyli qopqoqni joyiga qo'ying va operatsiyadan keyingi jarohatni tikib qo'ying, teri osti to'qimasida kauchuk bitiruvchini qoldiring.

4-rasm. **Redon bo'yicha yuz nervlari shoxlari tekisligida parotidektomiya**

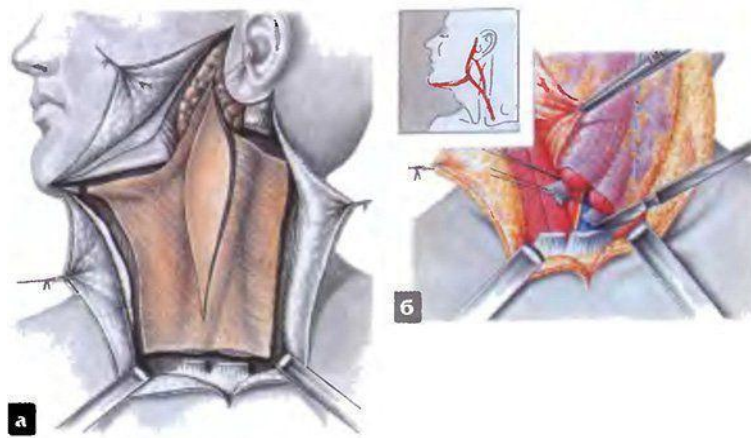


A.I. Paches bo'yicha radikal parotidektomiya.

Bemorning orqa tomonidagi holati, elkalari ostidagi rolik bilan boshi lezyon va aralashuvga qarama-qarshi tomonga buriladi.

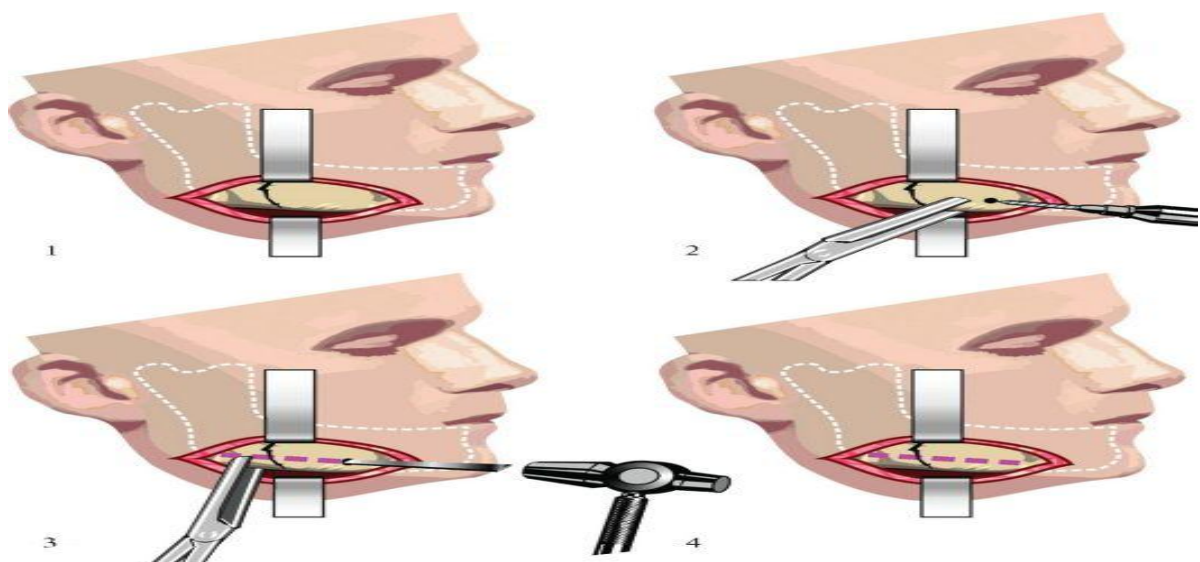
Aurikulaning oldida quloq pardasini kesib, klavikulaning o'rtasiga qadar teri kesmasi. Shu bilan birga, tashqi jagulyar venaning proektsiyasida terining joyi kesiladi, bu erda teri ostidagi tomir bo'ylab mintaqaviy limfa tugunlari joylashgan. Ushbu kesma pastki jag'ning chetidan 2 sm pastda joylashgan submandibulyar mintaqada kesma bilan to'ldiriladi.

Rasm 5. A.I. Paches bo'yicha radikal parotidektomiya.



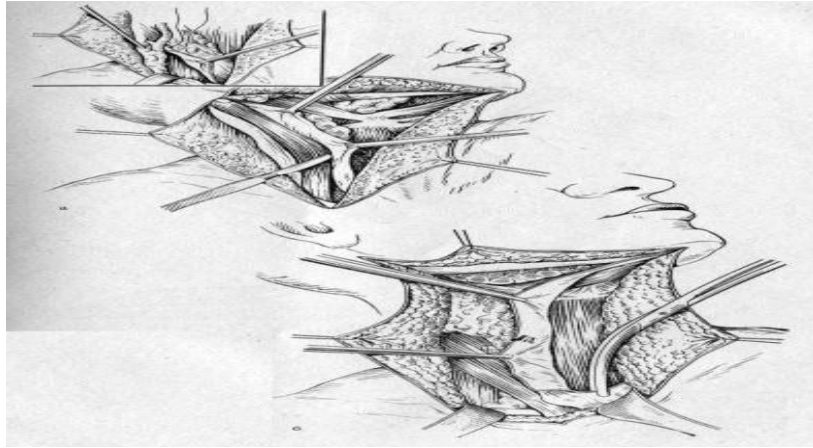
Olib tashlangan blokda submaxillary mintaqada terisining kesilgan joyi, yog 'to'qimasi, tashqi jagulyar tomirni atrof to'qimalar va limfa tugunlari, yuz nervlarining shoxlari bilan, yuqori fasyal eksizyon turiga ko'ra bog'lanish kiradi. Teri-yog 'qopqalarini ajratgandan so'ng, bezning fasyasi ajratiladi, ikkinchisi tikiladi va atrofdagi to'qimalar bilan bir blokda submandibular mintaqaning to'qimalari va bo'yinning lateral yuzasi bilan birga chiqariladi. Operatsiya paytida ichki tomirlar venasi va tashqi karotis arteriya bandaji va kesishishi. Servikal tolalar radikal servikal limfadenektomiya usuli bilan chiqariladi. Preparat olib tashlanganidan so'ng, gemostaz kuzatiladi va terining yog'li qopqoqlari joyiga qo'yilgandan so'ng yaralar ustiga tikuvlar yotqiziladi.

Shakl 6. Parotidektomiyaning sxematik ko'rinishi.



Bo'yin yog klechatkasi yuqori fassial-futlyar olib tashlash

Ushbu operatsiyani birinchi bo'lib R.X. 1911 yildagi Banach subklavian va iyyak sohalarini, submandibulyar tuprik bezlari to'qimalari va bitta tolali va limfa tugunlari blokini olib tashlashdan iborat. Zamonaviy versiyada operatsiya ko'lamli safro tarmog'ining orqa qorinidan skapulyar-gipoid mushak tendonining yuqori chetiga qadar joylashgan sohadagi yuqori chuqur servikal limfa tugunlari olib tashlanganligi sababli kengaymoqda.



7-rasm. **Bo'yin yog klechatkasi yqori fassial-futlyar olib tashlash/**

Bemorning orqa tomonidagi holati, boshning ostiga rulon qo'yilib, bosh orqaga tashlanadi. T-shaklidagi kesma qilingan bo'lib, uning yuqori qismida bo'yinning ikkala tomonida ham amalga oshiriladi. Jag'dan boshlab gorizontal kesma pastki jag'ning chetidan unga trapezius mushakining old chetiga parallel ravishda 2 sm pastroqda amalga oshiriladi. Vertikal kesma sternokleidomastoid mushakning gorizontal kesmasi bilan kesishgan joydan boshlanadi va qalqonsimon xaftaning pastki chetiga tushadi. Ushbu kesma chuqur limfa tugunlariga qulay yondashuvni ta'minlaydi. Quyidagi chegaralarni hisobga olgan holda alohida teri qopqalari: oldingi ajratish bo'yinning o'rta chizig'iga, iyagida qarama-qarshi biseps mushaklarining oldingi qorinigacha, sternokleidomastoid mushakning orqa chetiga, qalqonsimon pastki chetigacha. xaftaga va pastki jag'ning chetidan 1,0-1,5 sm gacha. Bunday holda, to'qimalarni ajratish jarrohlik yaraning pastki qismi bo'lgan bismmatizmdan oldin amalga oshiriladi.

Yaraning chetida bo'ynining yuzaki fasyasi bo'lgan teri osti mushagi ajralib chiqadi, yaraning pastki tashqi burchagida tashqi jag 'venasi kesib o'tadi va

bog'lanadi. Sternokleidomastoid mushakning orqa chetida bo'yinning o'ziga xos fastsiyasi ajratiladi, mushak fastsiya qobig'idan ajratilib, Farabeff ilgaklari yordamida tashqi tomonga tortiladi.

Ichki jagulyar venaning skapulyar-gipoid mushaklari bilan kesishish darajasida bo'yinning ikkinchi fastsiyasining ichki barglari ochiladi va chuqur to'qima yuqoridan pastgacha sekretiya qilinadi. Elyafni yaxshiroq safarbar qilish uchun ichki jag' venasi fastsial qobiqdan ozod qilinadi.

Bo'yinning chuqur to'qimasini olib tashlash, prevertebral fastsiya bilan birgalikda bo'yinning yuqori uchdan bir qismigacha amalga oshiriladi. Keyingi bosqichda parotit tuprik bezining pastki qutbini ajratib bo'lgach, u rezektsiya qilinadi va orqa va yuzning orqa quloq venalari kesib o'tib, bandajlanadi. Parotit parenximasida yara tikilgan. Bo'yinning teri osti mushaklari pastki jag'ning chetidan iyagidan uning burchagigacha ochiladi. Pastki jag'ning chetidan 1,5 sm bandaj bilan bog'lang va yuz arteriyasi va old yuz venasini kesib o'ting. Bunday holda, mandibulyar limfa tugunining mumkin bo'lgan shikastlanishi haqida eslash kerak. Submandibular quti pastki jag'ning periosteumidan ajralib, pastga siljiydi. Operatsiyaning keyingi yo'nalishi yaraning yuqori tashqi burchagiga o'tadi. Parotit tuprik bezining pastki qutbini kesib o'tgandan so'ng, to'g'ridan-to'g'ri uning orqasida, ikki barmoqli mushakning orqa qismining orqa qismi tiklanadi, Farabeff ilgagi yordamida oxirigacha ko'tariladi va sternokleidomastoid mushak tashqi tomonga chiqariladi. Shundan so'ng, yuqoridan pastga va old tomondan orqa tomonga egilib, qo'shimcha nerv chiqadi. Izolyatsiyadan so'ng asab ushlagichga olinadi va chuqurroq yotgan tolalar chiqariladi va asabga lateral. Ushbu sohaning mobilizatsiya qilingan tolasi bo'yinning oldingi orqa qismiga chiqariladigan chuqur to'qima blokiga kiradi va bo'yinning beshinchi fastsiyasi bilan qoplanadi. So'ngra, butun jag' venasi fastsial korpusdan butun uzunligi bo'ylab ozod qilinadi, yo'l bo'ylab qalqonsimon va keng tarqalgan yuz tomirlarini bog'lab, kesib o'tadi.

Tsellyuloza karotid arterning bifurkatsiyasi sohasida, shu jumladan, olib tashlangan to'qimalarning umumiy blokida izolyatsiya qilingan. Bir vaqtning o'zida karotid arteriyaning vilkasini orqa tomondan oldinga kesib o'tib, hipoid asabga tegmaslik kerak.

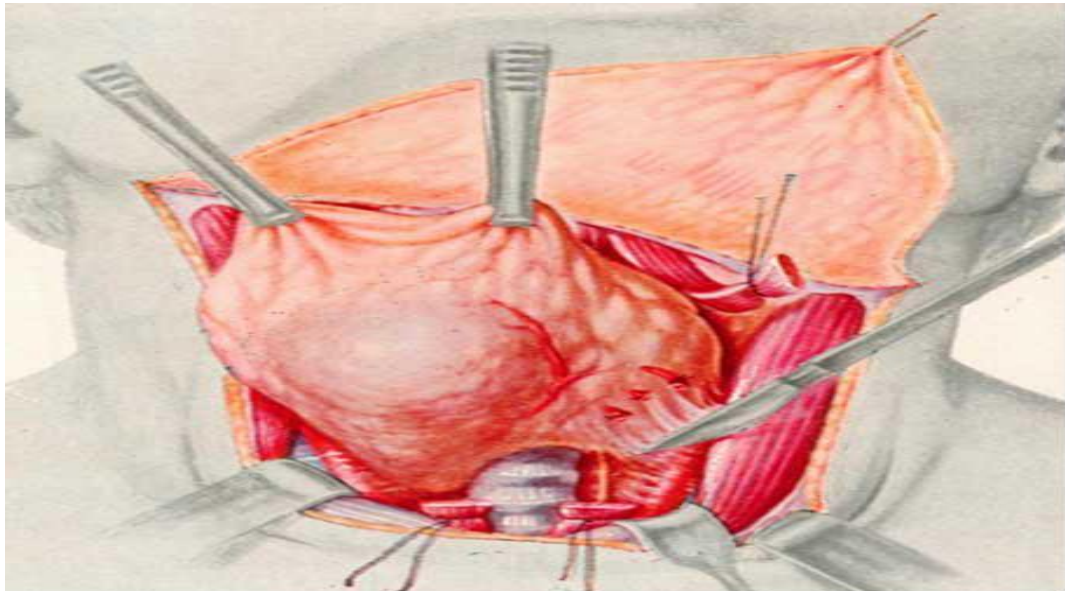
Biceps mushaklarining orqa qorinlari, o'g'irlash paytida, kesib o'tilgan va yuz arteriyasi ta'sirlanadi. submandibular korpusga kirishdan oldin bandajlangan. Bo'yinning ikkinchi fastsiyasining chuqur barglari bilan birgalikda submandibulyar qopqoq jag'-gipoid mushakdan harakatlanadi va baraban ipi til asabidan submandibular tuprik beziga kesiladi. Maksiller gipoid mushak yuqoriga ko'tarilib, meditsina bilan kesilgan va til osti ostidagi submandibular tuprik bezining kanalini va oldingi jarayonini bog'lab turadi. Qorin bo'shlig'i mushaklarining old qismini ajratib oling. Oxirgi bosqichda submental hududning tolasini olib tashlang. Ehtiyotkorlik bilan gemostaz. Sternokleidomastoid mushakning ostiga kauchuk bitiruvchi kiritiladi. Sternokleidomastoid va sternum-gipoid mushaklarining chekkalarini bir-biriga birlashtirib oling. Bo'yinning qarama-qarshi tomonidagi operatsiya o'xshashdir. Bo'yinning qarama-qarshi tomonlarini iyak korpusi bilan bog'langan va kelebek shakliga ega dori bitta blokda chiqariladi.

Bo'yin yog klechatkasi fassial-futlyar olib tashlash

Bo'yin ustidagi bo'yinbog 'bo'y'lab chuqurlikda T shaklidagi kesma o'tkazish

Bo'yinning yuzaki fasyasi, sternokleidomniyaning ichki qirrasi oldingi va o'rtasidan uchinchi chegarasida joylashgan kavikulagacha proektsiyalangan gorizontaal qismning pastki chetidan vertikal ravishda gorizontaal qismning tashqi chetigacha gorizontaal qism.

Quyidagi chegaralarga e'tibor qaratib, teri qopqog'ini ajratishga o'ting: yuqoriga - pastki jag'ning chetiga, medial - bo'yinning o'rta chizig'iga, lateral - trapezius mushaklarining old chetiga, klavikulagacha. Yaraning pastki chetidagi teri qopqoqlari jarrohlik maydonini cheklaydigan jarrohlik ichki kiyimlari bilan tikilgan. Bunday holda, yara trapezoidal shaklga ega bo'ladi, bu bo'yinning lateral uchburchagiga kengroq kirishni ta'minlaydi.



8-rasm. Servikal to'qimaning fasial-kesma diseksiyonu

Yelka suyagi ustida bo'yinning fastsiyasi, teri osti mushaklari va bo'yinning ikkinchi fastsiyasi joylashgan. Sternokleidomastoid mushakning orqa chetida, mastoid jarayonidan to klavikulagacha, yuqoridagi fastsiya va mushak ajralib chiqadi. Neyrovaskulyar bog'ichning vaginasi aniq stratifikatsiya qilingan, ichki tomirlar venasi bo'shatilgan va ipak bog'ichlar bilan bog'langan, shundan so'ng kesib o'tadi. Sternokleidomastoid mushaklari fastsial qobiqdan ozod qilinadi va oldingi Farabef ilgagi bilan chiqariladi.

To'qimalar trapezius mushaklarining chetida, darajasida esa ajratiladi

uning o'rta qismi qo'shimcha asabni siqib chiqaradi. Bo'yinning lateral uchburchagining orqa qismida tolalar safarbar qilinadi va oldingi joydan siljiydi, bo'ynining yuzaki arteriyasi va tomirlari ajralib chiqadi, so'ngra ular kesib o'tishadi. Skapular-gipoid mushakni kesib o'tgandan so'ng, to'qimalar klavikula darajasida ketma-ket safarbar qilinadi, tashqi jugul venasi esa subklavian ichiga kirganda yana kesib o'tadi. Safarlangan to'qima bloki oldingi tomonga siljiydi va sternokleidomastoid mushaklari ostiga keltiriladi, shu bilan birga mushak maksimal darajada orqaga tortiladi.

Bo'yinning o'rta chizig'ida, sternoklavikulyar bo'g'imdan goidoid suyagiga qadar fastsiya ajratiladi, ular oldingi jag 'venasi bilan birga harakatlanib, bo'yinning neyrovaskulyar to'plamiga o'tadi. Klavikula darajasida bo'yinning uchinchi va to'rtinchi fastsiyasi jagulyar venadan yuqorida ko'ndalang yo'nalishda kesiladi.

Ular yuzaki arteriya va bo'yinning tomirlarini kesib o'tib, tomir orqasida joylashgan tolani klavikula darajasida harakatlantiradilar. Elyaf o'chirilgan to'qima blokiga kiritilgan. Chap tomonda - torakal limfa yo'lidir, uni chiqarganda eslash kerak. Tiz ketma-ket ajralib, ichki jag' venasi fastsial niqobdan pastdan yuqoriga qarab ajratiladi.

Parotit tupurik bezining pastki qutbini ajratib bo'lgach, u rezektsiya qilinadi. Biceps mushakining orqa qismi qorin bo'shlig'iga tushadi, u maksimal darajada tortiladi. Sternokleidomastoid mushaklari tashqi tomondan tortib olinadi, jarohatlarning orqa yuqori burchagida yuqoridan pastga va old tomondan orqa tomonga egilib, qo'shimcha nervlar chiqariladi. Izolyatsiyadan so'ng asab ushlagichga ko'tariladi, shundan keyin asabga chuqurroq va lateral yotgan tolalar chiqariladi. Ushbu sohadagi tolalar olib tashlangan to'qimalar blokiga kiritilgan bo'lib, ular karotis arteriyasini bifurkatsiyaguncha ajralib chiqadi. Ichki jag' venasi fastsial qobiqdan ajratilgan. Pastki jag'ning chetidan iyagidan burchakgacha kesma ochiladi

bo'yinning teri osti mushaklari. Pastki jag'ning chetidan 1-1,5 sm bandaj oling va yuz arteriyasi va venasini kesib o'ting. Fasial asabning marjinal tarmog'i yuqoriga qarab ushlab turiladi va ko'chiriladi. Ichki jag' venasi fastsial qopchadan chiqarilganda, qalqonsimon va keng tarqalgan yuz tomirlari kesilib, bog'lanadi. Karotid arterning bifurkatsiyasi ta'sirlanganidan so'ng, biceps mushakining orqa qorinlari, gipoid asab ustiga chiqariladi.

Gipoid suyagi yonidagi skapulyar-gipoid mushakni kesib o'tgandan so'ng, submandibular uchburchakning to'qimalari chiqariladi. Biceps mushakining orqa qorinini tortib olinadi va bandaj qilinadi va yuz arteriyasi orqali o'tadi. Keyinchalik, submandibular mintaqaning ajratilgan tolasi submandibular tuprik bezi bilan. Bog'lamadan keyin oshqozon osti bezi va oshqozon osti bezining kesishishi.

To'qimalar bloki iyak mintaqasiga ko'chiriladi, bu erda jag'ning to'qimalari qarama-qarshi tomondan bibdomus mushaklarining oldingi qoriniga chiqariladi. Gemostazdan keyin immersiya choklari qo'llaniladi. Terining ajratilgan joylari

qo'yiladi va operatsiyadan keyingi yaraga ipak choklar qo'yiladi va tikuvlar orasidagi kauchuk tugunlari qoldiriladi.

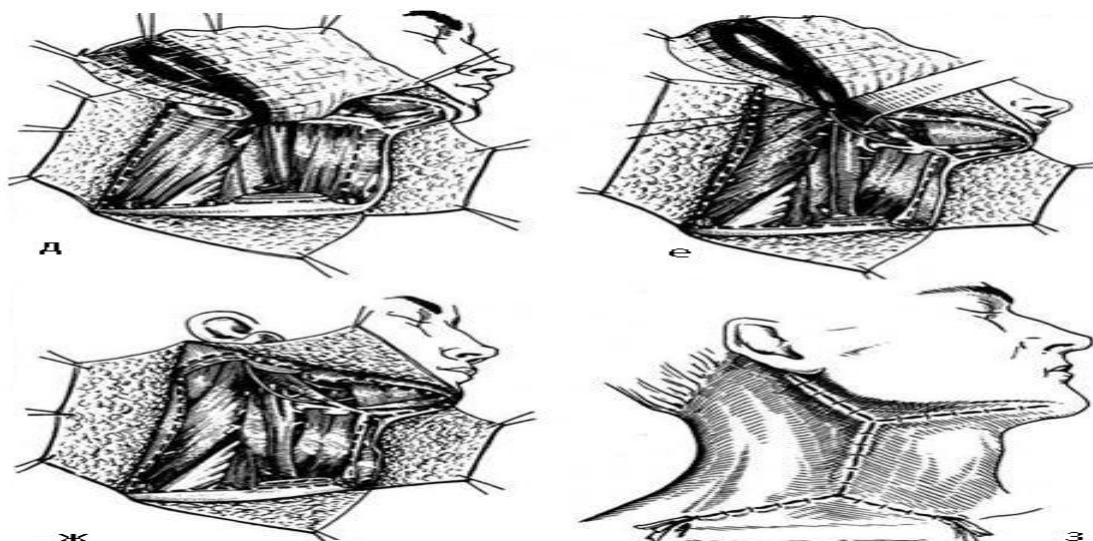
Krayl operatsiyasi

Operatsiya bo'ynining yarmida joylashgan barcha yuzaki va chuqur limfa tugunlarining bitta blokini atrofdagi tola, sternokleidomastoid mushak, ichki tomirlar venasi va submandibulyar tuprik bezidan olib tashlashdan iborat.

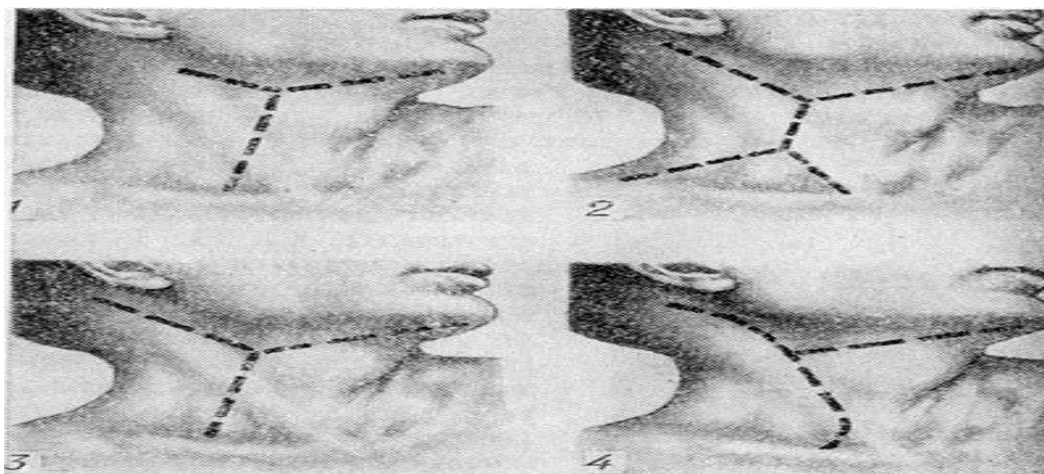
Bemorning orqa tomonidagi holati, boshini orqaga tashlab, qarama-qarshi tomonga buriladi. Martinga ko'ra eng amaliy kesma (rasm).1) bo'yinbog'ning ustiga qo'shimcha kesma bilan to'rtta qopqoqni kesib oling. Sternumning oldingi chekkasi bo'ylab gipoid suyagi darajasida

Klavikulyar mastoid mushak - bu yuqori ikki qism ulanadigan nuqta. Nishon nuqtaga birinchi kesma pastga va oldinga, mastoid jarayonining old qismiga, ikkinchisi - pastki va pastki jag'ning ostidan pastki ostibulyar mintaqani kesib o'tadi. Ikkinchi nuqta sternokleidomastoid mushakning orqa tomoni bo'ylab krikoid xaftaga yoki qalqonsimon bezning isthmus darajasida o'rnatiladi. Ikkita pastki kesish shu nuqtadan boshlanadi. Ulardan biri pastki va oldingi tomonda, suprasternal fossa mintaqasiga, ikkinchisi - pastga va orqaga - lateral uchburchakning pastki tashqi burchagiga tortiladi. Vertikal kesma, sternokleidomastoid mushakdan pastga o'tib, ikkala nuqta bir-biriga ulanadi. Teri qopqoqlari yuqoriga - pastki jag'ning chetiga, medial - bo'yinning o'rta chizig'iga, lateral - trapezius mushaklarining old chetiga, pastga - klavikulaga. Teri osti va yuzaki fasyasi klavikulaga parallel va uning chetidan 1,5-2 sm balandlikda kesilgan. Ta'sir qilingan sternokleidomastoid mushak kesib o'tiladi, shundan so'ng pastki uchi qin bilan birgalikda yuqoriga siljiydi va zambil chok shaklida tikilgan ipak bog'ich yordamida. Neyrovaskulyar bog'ichning vaginasi ahmoqona stratifikatsiya qilingan, ichki jag 'venasi bo'shatilgan va ipak ligatuarlari bilan bog'langan, shundan so'ng kesib o'tadi.

9-rasm. Crailning ishlashini sxematik tasvirlash



10-rasm. Krail operatsiyasining sxematik qismi



Fasya vertikal kesmalar bilan yaraning medial chekkasida gipoid suyagiga, trapezius mushaklari bo'ylab lateral qirraga kesib o'tiladi, preparat yuqoridan pastgacha keskin sekretlanadi. Scapular-hyoid mushaklari kesishadi. Butun umr davomida umumiy karotis arteriya ta'sir qiladi. Oddiy joyda tashqi karotis arteriya ochiladi va bog'lanadi, yuzning umumiy venasi ham bog'lanadi. Keyin ular submandibulyar tuprik bezlari bilan birga sublingual mintaqaning to'qimalarini eksizlashni boshlaydilar.

Martin kesmasi

Bezning fasyasi ajratiladi, ikkinchisi tikiladi va atrofdagi to'qimalar bilan bir blokda submandibulyar mintaqaning to'qimalari va bo'yinning lateral yuzasi bilan birga chiqariladi.

11-rasm. Martin kesmasi



Operatsiyaning keyingi yo'nalishi shilliq qavatdagi tayyorgarlikni o'z ichiga oladi. Suyak suyagi yonida joylashgan sublingual va ikki barmoqli mushaklar kesishadi, bu parotit tupurik bezining pastki qutbiga va uning atrofidagi tolaga yaxshiroq yondashuvni ta'minlaydi. Mastoid jarayoniga yaqin joyda sternokleidomastoid mushak kesilib, bosh suyagining tagida ichki jag' venasi bog'lanadi va kesiladi. Parotit tuprik bezining pastki qutisini ajratib bo'lgach, u rezektsiya qilinadi va bu tanlangan barcha dorilarni chiqarib tashlaydi. Agar konglomeratda vagus asab limfa tugunlari ishtirok etsa, asabiy proainning blokirovkasidan so'ng o'tkir skalpel bilan rezektsiya qilinadi. Gemostazdan keyin choklar qo'yiladi. Terining ajratilgan joylari joyiga qo'yiladi, operatsiyadan keyingi yaraga tikuvlar qo'yiladi va ular orasida kauchuk bitiruvchilari qoldiriladi.

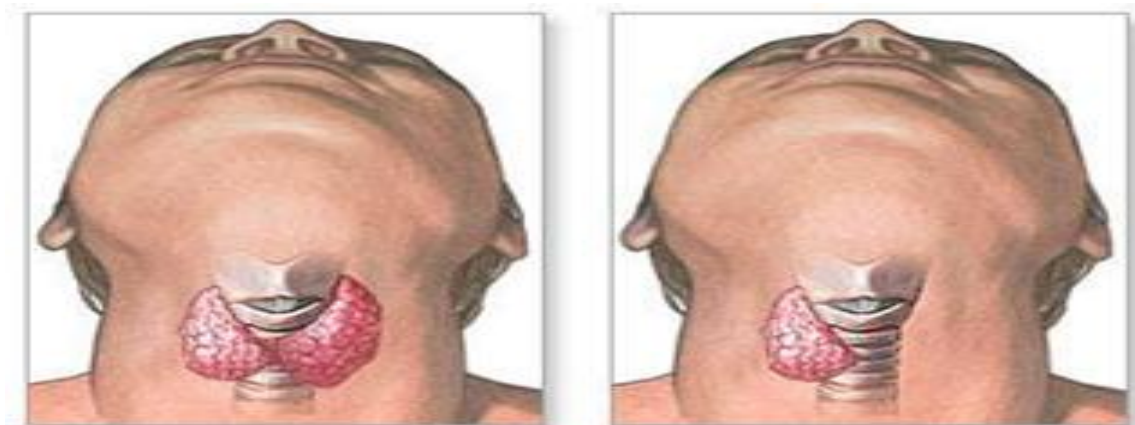
Ekstrakapsulyarhemitroidektomiyatimusniolibtashlashbilan

Bemorning orqa tomoni, elkalari ostidagi rolik va boshi ko'tarilgan ("donut shaklidagi" yostiq). Kesma sternokleidomastoid mushakning tashqi chetidan sternokleidomastoidning tashqi chetigacha bo'lgan teshikdan 3 sm balandroqdir.

ikkinchi qo'lning mushaklari, operatsiya hajmini kengaytirganda, kesma rezektsiya tomonida yuqoriga cho'ziladi. Fastsiya ajratiladi, yuzaki tomirlar bog'lab,

transplantatsiya qilinadi, sternum-goid va sternum-qalqonsimon mushaklar kesilib, katgut bilan tikiladi.

12-rasm. Ithmusni olib tashlash bilan gemitiroidektomiya



Qalqonsimon bezning ta'sirlanishidan so'ng, yuqori qutbdan boshlab, o'simta jarayoniga ta'sirlangan qism ajratiladi. Chiqib ketganda yuqori qalqonsimon arter ta'sirlanib, bog'lab qo'yilgan yuqori qutb va kesishgan. Pastki qutbni ta'kidlashda preparat tarkibiga paratracheal tolalar kiritilgan. Ikkinchisi, qalqonsimon bezning ulushini oldingi va tibbiy jihatdan olib qo'yish orqali chiqariladi. Ushbu manipulyatsiya bilan takroriy asab ta'sirlanadi. Ikkinchisini shikastlanishdan qo'rqib, ular pastki tiroid arteriyasini bog'lab, kesib o'tishadi. Qopqoq venalarni bog'lab qo'ygandan so'ng, olib tashlangan lob yaraga joylashadi va ishemiyani ajratib, uni traxeyadan keskin ajratib turadi. Itthusning chap ulushiga yaqin bo'lgan isthusga qisqichni qo'llaganingizdan keyin ular kesib o'tishadi va preparat olib tashlanadi. Gemostaz Kauchuk bitiruvchisi temir lobning lobini olib kelmoqda. Bo'yin mushaklarini qatlamlarga tikib qo'ying. Terini tikib qo'ying.

Qalqonsimon bez rezeksiya qilish vatiroidektomiya

Bemorning orqa tomonidagi holati, elkalari ostidagi rolikli va ko'tarilgan bosh ("donut shaklidagi" yostiqa). Kesish bir tomonning sternokleidomastoid mushakining tashqi chetidan, ikkinchi tomonning sternokleidomastoid mushakining tashqi chetidan 3 sm balandlikda amalga oshiriladi. Fastsiya ajratiladi, yuzaki tomirlar bog'lab, transplantatsiya qilinadi,

sternum-goid va sternum-qalqonsimon mushaklar kesilib, katgut bilan tikiladi. Qalqonsimon bezning oldingi yuzasi ta'sirlangandan so'ng, u zararlangan lobdan boshlab chiqariladi.

Shakl 13. Tiroidektomiya



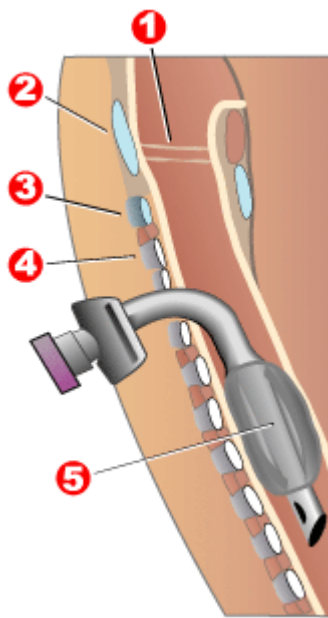
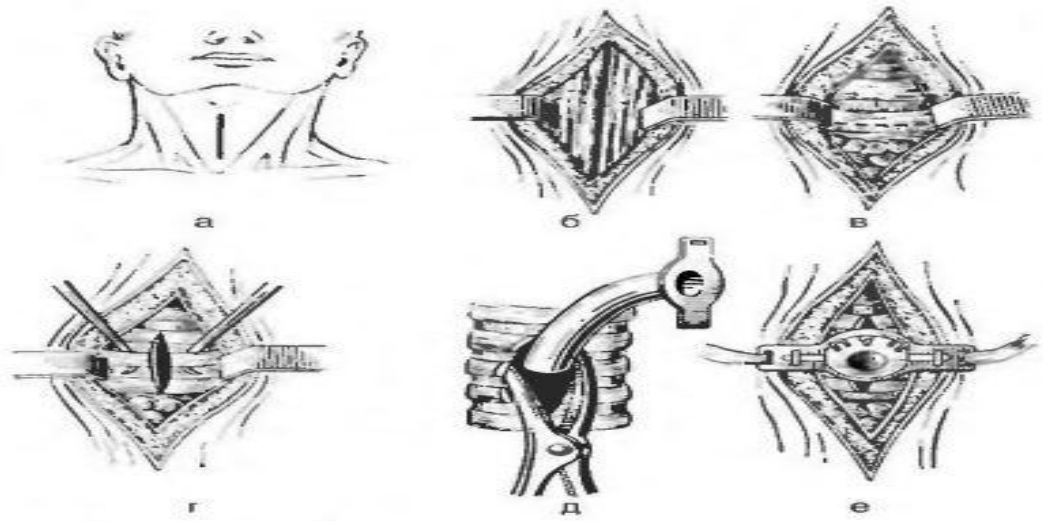
Ushbu bosqichda operatsiya jarayoni yuqorida tavsiflanganidan farq qilmaydi. Ithmus xavfsiz holatga keltirilgandan so'ng, manipulyatsiya kursi bezning qarama-qarshi lobida davom etadi. Boshqa lobning yuqori qutblari xavfsiz holatga keltiriladi, tekshirish paytida neoplastik jarayonga ta'sir qilmaydigan qism qoldiriladi. Qalqonsimon yuqori arteriyani transfüzyon va kesishish va lobni ajratib olishdan so'ng, qolgan paratracheal to'qima yaraga chiqariladi, pastki tiroid arteriyasi va tomirlari o'zaro bog'lanadi. O'zgarmagan to'qimalarning bir qismi (taxminan 1,5-2 sm³) qisqichlar orasidagi to'qimalarni qoldirib ketadi. Tiroidektomiya hajmining kengayishi bilan, ikkinchi qismi to'liq ekstrapapsular tarzda olib tashlanadi. O'smaning oldingi mushaklarga mahalliy tarqalishi bilan ular qalqonsimon bez bilan bir xil blokda chiqariladi. Preparat chiqariladi. Gemostaz Bezning to'shagiga kauchuk bitiruvchisi keltiriladi. Bo'yin mushaklarini qatlamlarga tikib qo'ying. Terini tikib qo'ying.

Traxeostomiya

Traxeostomiya laringeal saraton uchun simptomatik operatsiya. Anesteziya - lokal behushlik.

Qalqonsimon bezning ismusiga nisbatan yuqori, o'rta va pastki traxeostomiya ajralib turadi.

14-rasm. Traxeostomiya



15-rasm. **Amalga oshirilgan traxeostomiya:** 1 - Vokal kordonlar 2 - Tiroid xaftasi 3 - Krikoid xaftaga 4 - Traxeya xaftasi 5 - Balon manjeti.

Bemor operatsiya stoliga yelkalari ostidagi rolik bilan joylashtirilgan, bosh iloji boricha orqaga tashlanadi, bu esa traxeyani oldinga yo'naltirishga imkon beradi.

Yuqori traxeostomiya. 5-6 sm uzunlikdagi kesma qalqonsimon xaftaga pastki chetidan bo'yinning o'rta chizig'iga yo'naltiriladi. Teri, teri osti to'qimalari va yuzaki fasyani kesib oling. Stero-gipoid mushaklari bo'yinning oq chizig'idan lateral yo'nalishda ajralib chiqadi va joyidan siljiydi. Qalqonsimon bezning pastki qismi va qalqonsimon bezining ismusi ta'sirlanadi. Ithmusni krikoid xaftaga mahkamlaydigan ligament ko'ndalang yo'nalishda ajratiladi va isthmus to'mtoq

kanca bilan pastga siljiydi. Traxeyaning yuqori halqalarini tanlayotganda, ular o'tkir ikki tishli kancalar bilan ushlanadi. Pichoqning bir qismini uzunligi (traxeyaning orqa devoriga shikast etkazmaslik uchun) qoldirish uchun dokaning bir qismi skalpelga o'raladi, shundan so'ng 2-3 traxeyal halqalar shilliq qavat bilan birga vertikal kesma bilan kesiladi. Shu bilan birga, "traxeya tupurishi" deb ataladigan traxeyadan shilliq bo'shatiladi. Oxirgi oldini olish uchun traxeyaga 5-6 ml 10% lidokain eritmasi yuboriladi. Traxeya ochilgandan so'ng, jarohat ekspander yordamida ochiladi va traxeyaga ikki tomonlama traxeostomiya kanülü qo'yiladi. Doimiy traxeostomiya qo'llanilganda, traxeya halqalari tashqi kanulaning diametriga o'lchanadi. Traxeya qismi kattaligi traxeostomiya trubasining o'lchamiga mutlaqo mos kelishi kerak. Ish paytida ehtiyotkorlik bilan ko'priklar. Yara konus shaklidagi ikki-uchta choklar bilan tikilgan. Traxeostomiya kanalining tashqi naychasi bo'yin atrofidagi doka chiziqlar bilan o'rnatiladi.

O'rta traxeostomiya. Traxeostomiyaning barcha turlaridan qalqonsimon bezning qimirlamaydigan katta miqdordagi ismi bo'lsa, juda kamdan-kam hollarda bajariladi.

Operatsiyaning boshlang'ich kursi yuqori traxeostomiya kabi. Qalqonsimon bez to'qimasining old yuzasi ochilganda, isthmus ajralib turadi va qisqichlar bilan kesishadi. Gemostaz uchun qismning qirralari tikilgan. Bunday holda, traxeya halqalari 3-5 darajasida joylashadi, ikkala halqalar kesishadi va operatsiyaning keyingi yo'nalishi yuqori traxeostomiyadan farq qilmaydi.

Pastki traxeostomiya. Qalqonsimon bezning osti osti qismida bajariladi. Bu traxeyaga kirishning eng oson yo'li, ammo traxeyaning o'zi chuqurroq bo'lib, suprasternal to'qima bilan qoplangan, shuning uchun kesma tekisligini ozgina siljitish bilan bog'liq ba'zi qiyinchiliklar bo'lishi mumkin. Kesilgan chegaralar krikoid xaftadan tortib, mayoqsimon pog'onagacha vertikaldir. Teri, teri osti to'qimasini va o'ziga xos fasyani kesib oling. Keyin suprasternal to'qima ajralib chiqadi, venoz tomirlar ahmoqona yuqoridan pastga siljiydi. Traxeyaning pastki halqalari, ular

o'tkir ikki tishli ilgaklar bilan ushlangan. Uzuklarning ikkitasi kesishadi va operatsiyaning keyingi yo'nalishi yuqori traxeostomiyadan farq qilmaydi. Jarrohlik paytida gemostaz.

Laringektomiya

Operatsiyaning birinchi bosqichida yuqori traxeostomiya 0,25-0,5% novokainning mahalliy infiltratsion anesteziyasi ostida yotadi.

Keyin, traxeostomiya orqali intubatsiya amalga oshiriladi, so'ngra operatsiya endotraxal behushlik ostida amalga oshiriladi. Ikki ipak choklari bilan traxeyaning kesma pastki chetiga jag' suyagi terisiga mahkamlanadi. Asboblari va qo'lqoplarni almashtiring.

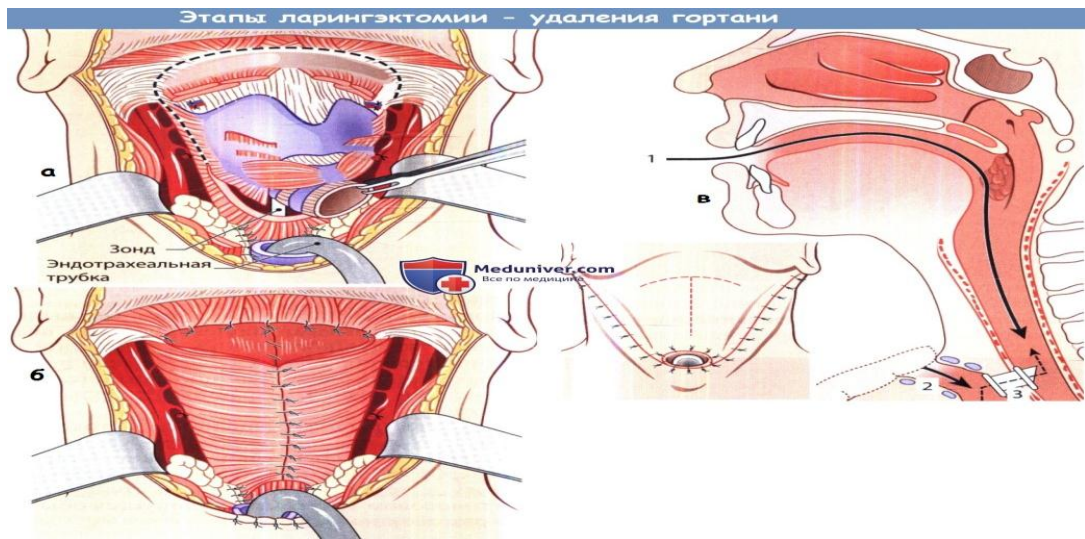
16-rasm. Laringektomiya



Eng keng tarqalgan kirish - bu bo'yin ustidagi T shaklidagi teri kesmasi old tomonida gidoid suyagi proektsiyasida gorizontaal qism bilan va vertikal - bo'yinning o'rta chizig'ini sternumning jagulyar belgi tomon proektsiyasi bo'ylab. Teri qopqoqlari sternokleidomastoid mushaklariga bo'linadi. To'g'ridan-to'g'ri sternum, sternum-goid va sternum-qalqonsimon mushaklarning ikkala tomoni kesib o'tiladi, ular olib tashlangan preparatga kiritiladi. Qalqonsimon loblarni mobilizatsiya qilgandan so'ng, rezektsiya va paratracheal to'qimalardan so'ng qalqonsimon bezga kiritilgan.

Qovoqning lateral devorlari atrofdagi to'qimalardan ajralib chiqadi. Yuqori darajadagi laringeal arteriyalar ajratilib, bog'lanishdan keyin kesishadi. Ko'krak qafasi orqa tomondan yuqoriga yo'nalishda, traxeyaning ikkita yuqori halqasi bilan kesiladi.

17-rasm. Laringektomiya bosqichlari



Gırtlakning lümeni ulanadi va tikiladi. Badanni qizilo'ngach va farenksdan keskin ajratib, pastki qismdan yuqoriga qarab ajratish. Gyoid suyagi darajasida jag-hyoid, chin-hyoid va stiloidoid mushaklari kesishadi. Qovoqning old devori ta'sirlanadi. Izolyatsiyadan so'ng, oldingi shoxlarning yuqori qirralarida joylashgan til arteriyalari va gipoid nervlarini boshqaradigan gipoid suyakning katta shoxlarini tishlang.

Barmoqlar va og'iz bo'shlig'ining yuvilishi antiseptik eritmalar yordamida amalga oshiriladi (anestezist tomonidan bajariladi), og'iz orqali zond kiritiladi. Shundan so'ng, laringks ajralishni davom ettiradi, nok shaklidagi sinuslarning devorlarini ajratib turadi va ta'sirlanmagan tomondan farenksning tomoqlari ochiladi. Ular o'simtaning tarqalishini baholaydilar va o'sma epiglottisdan taxminan 1 sm orqada joylashgan holda, farenksni yuqoriga va boshqa tomonga kesib tashlaydilar. Keyin epiglottis asbob bilan ushlanib, pastga tortilib, hiqildoqning to'liq eksiziyasini yakunlanadi.

Farinit, og'iz va burun bo'shlig'ining yaralangan yuzasining hojatxonasi shilliq qavatni antiseptik bilan davolash bilan amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda prob-ovqatlanish uchun nazo-ezofagial zond kiritildi. Tomoq nuqsoni katgut bilan tikiladi, so'ngra ikkinchi qator choklar qo'yiladi va keyin farenks mushaklariga choklar qo'yiladi.

Ipak choklari traxeyaning terisi va devoriga traxeostomiya hosil qilish uchun joylashtiriladi. Teri yarasi tikilgan. Endotraxeal naychani traxeostomiyaga

o'zgartiring. Guvohlarga ko'ra (mintaqaviy metastazlarning mavjudligi), Crail operatsiyasi yoki bo'yin to'qimasini fastsiya-g'ilof eksizatsiyasining larinks varianti amalga oshiriladi.

SUT BEZISARATONIXIRURGIKDAVOLASH

Ratsionaldavlalashrejimivajarrohlikyordamturinitanlashuchunko'krakbezisara toninikompleksdavlalashdajarrohlikdavlalashnirejalashtirishdakasallikningbosqichiv ao'simtaninggistologiktuzilishihisobgaolinadi.

Kvadrantektomiya

Sut bezlarini sektorial rezektsiyasi lumpektomiya deb ataladi va atrofdagi ajratilgan to'qima hajmini kvadrant hajmigacha kengayishiga quadrantektomiya deyiladi.

18-rasm. Ko'krakning kvadrantektomiyasi



Operatsiya umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi.

Sut bezining areol chetidan tashqi chegarasigacha patologik jihatdan o'zgargan sut bezlari ikkita radial kesma bilan chiqariladi, paypaslanadigan muhrning chetidan 3-4 sm orqaga chekinmoqda. Olib tashlangan preparat teri bilan birga to'qimaning butun qalinligi bo'ylab pektoralisning asosiy mushaklarini qoplagan fastsiyaga qadar chiqariladi. Yordamchi gemostazni amalga oshirayotganda, operatsion jarroh rezektsiya qilingan to'qimani makroskopik tekshiradi, shundan so'ng shoshilinch gistologik tekshiruvga yuboriladi. Yaraning yuzasi antibiotik eritmalari bilan sug'oriladi. Katgut choklari jarohatlar fonusini

tortib, rezina bitiruvchini qoldirib qo'llaniladi. Operatsiya sochilgan terining chetlarini tikish bilan yakunlanadi. Bu har doim kosmetik jihatlarni hisobga oladi. Shoshilinch gistologik tekshiruvdan so'ng, saraton kasalligi borligi to'g'risida ma'lumot olayotganda, radikal mastektomiya turlaridan biri amalga oshiriladi.

N.N.ga ko'ra radikal ko'krak rezektsiyasi. Bloxin yuqori tashqi kvadrantlarda yoki markaziy zonalarda lokalizatsiya qilingan karsinomalarning nodüler shakllari uchun T1-2N0M0 cheklangan ko'rsatkichlariga ega.

Operatsiya umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi.

Areola chetidan sut bezining tashqi chegaralarigacha ikkita yarim oval kesma terini sut bezining patologik o'zgargan qismi orqali yon tomonlarga terini ajratib turadi, paypaslanadigan muhrning chetidan 3-4 sm.

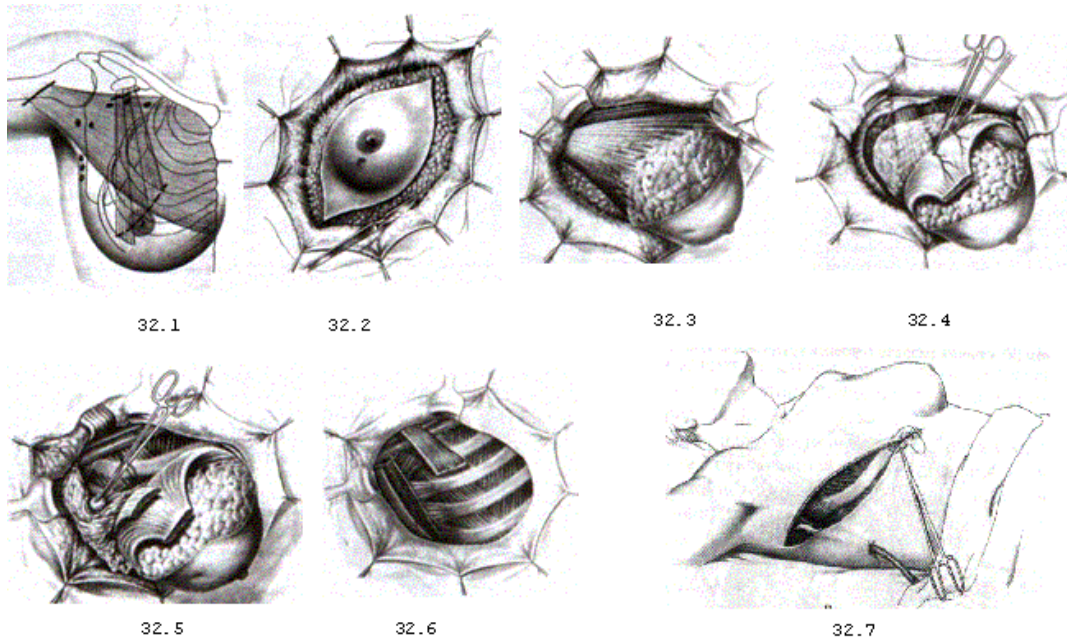
Ko'krak to'qimasidan, shu jumladan karsinomadan va har tomondan yo'nalishda palpatsiya qilinadigan o'simtaning chetidan 3-5 sm masofada aniq ko'rinmagan to'qimalar chiqariladi. Sektor nafaqat glandular to'qimalarni, balki fastsiyani ham o'z ichiga oladi, bu esa olib tashlangan sektor bilan aloqa qilish sohasidagi pektoralisning asosiy mushaklarini qamrab oladi.

Teri kesmasi pektoralis asosiy mushakning axillaga qadar tashqi chekkasida davom ettiriladi. Mushakning chekkasi ochilib, katta pektoral mushaklar oldingi va medial jihatdan to'mtoq ilmoq bilan tortib olinadi. Tolalar neyrovaskulyar to'plam bo'ylab pektoralisning kichik mushaklarini ajratmasdan ajratiladi. Shu bilan birga, ikkinchisi fastsial korpusdan ajratilgan va tashqi tomondan va medial zonaning tolasi bilan bog'langan. Olib tashlangan to'qima blokiga sut bezlari sektori bilan birga subklavian, aksillar va subkapulyar to'qimalar kiradi. Preparat olib tashlanganidan keyin gemostazni yaxshilab bajarish amalga oshiriladi. Yarani kesish joyidan pastga va pastga kontrapertuar orqali bitta naycha orqali drenajlash kerak. Drenaj ipak ligaturasi bilan teriga o'rnatiladi. Yarani havo o'tkazmaydigan qilib tikib qo'ying.

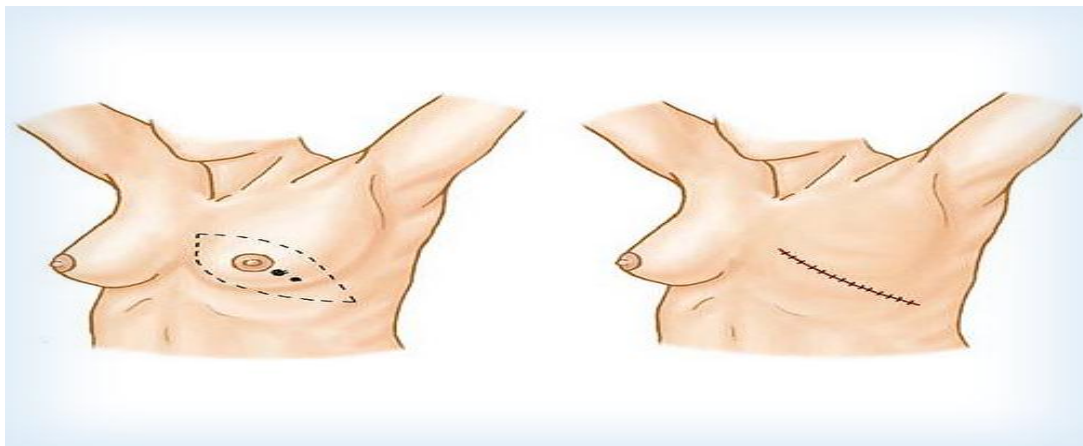
Radikal mastektomiya (Halstead-Maeroperatsiyasi)

Bemorningorqatomonidagioperatsiyastolidagiholati, elkama-
elkaostidagirolik, lezyonningyuqoriqismiynonvayuqoriga qo'yiladi,

pektoralisning asosiy mushaklaritendoniesaelkama-elkaatrofidajoylashgan. Teri kesmalarining chiziqlari ilgari aytib o'tilgan. Rasm 1



9. Radikal mastektomiya (Xolsted-Mayer operatsiyasi)



O'simta joylashgan joyga qarab tanlangan ko'plab kesmalar taklif qilingan. Eng keng tarqalgan - oval kesma. Kesma chiziqlari quyidagi talablarni hisobga olgan holda rejalashtirilgan: sut bezining butun terisini olib tashlash kerak, o'smaning paypaslanadigan chegaralari 6 sm masofada bo'lishi kerak, o'sma teriga o'sganda - 8-10 sm. Terkizning terisi chuqurlikda amalga oshiriladi. yuzaki fassiya (Tomson). So'ngra minimal tolalar qatlami bo'lgan terini medial yo'nalishda sternum o'rtasiga, kavikulagacha ajratib, keyinchalik orqa chiqariladi, orqa orqa mushakning chetidan 3 sm va kostyum kamaridan 4 sm pastga siljiydi. Keyin ajratiladigan teri qopqog'i yelkan shaklida ikkita jarrohlik cimbizla ko'tariladi.

Ushbu bosqichda sut kesilgan chiziqdan teskari yo'nalishda qo'l bilan tortib olinadi. Fastsiya ajratiladi, pektoralisning asosiy mushaklari ochiladi, bu klavikulaning akromial jarayonida kesishadi. So'ngra pektoralisning asosiy mushaklari fastsiya joyini almashtirgandan so'ng klavikulada kesib o'tiladi, sternokostal qismlar ajratilib, elkaga maksimal darajada yaqinlashib, skalpel bilan tolaga yo'naltirilgan yo'nalishda kesiladi.

Pektoralis asosiy mushaklarining kesilgan qismidan oldinga yo'nalishda sternoklavikulyar fastsiya ochiladi. Mushak venasi davomida fastsiya ajralib chiqadi, bunda mayda pektoral mushaklar ochiladi. Barmoq ikkinchi qo'l ostiga qo'yilib, orqa yuzani harakatga keltiradi, mushak esa skapulaning korakoid jarayoni bilan bog'liq bo'lgan tomirni qon tomir to'plamini keyinchalik qoplash uchun qoldirib ketish uchun qovurg'alar orasiga o'rnatiladi. Ushbu bosqichda intersternal arteriyalar va tomirlar ketma-ket bog'lanadi. Kesilgan katta va mayda pektoral mushaklar olib tashlangan sut bezlariga ko'chiriladi.

Tsellyuloza subklavian venaning klavikula bilan kesishgan joyidan neyrovaskulyar to'plam bo'ylab boshlanadi. Aniq va o'tkir tarzda, subklavikulyar venaning old va pastki yuzalarida tolalar chiqariladi, shu bilan birga asablarni shikastlamaslik tavsiya etiladi. Subklavian venaga oqib chiqadigan mayda novdalar va bandaj.

Shunday qilib, ular tomir bo'ylab tolalarni ajratib, keng mushakning chetiga suriladi. Subcapularis mushaklari ta'sirlangandan so'ng, uni doka to'pi bilan qoplagan tolalar ahmoqlik bilan pastga siljiydi, shu jumladan umumiy blokda. Interkostal brakiyal asab sekretiya qilinadi va uchinchi interkostal bo'shliqda (chiqish joyida) va elkaning yuzasida kesishadi. Nervda metastazlar bo'lmasa va subkapulyar tomirlarga tushadigan uzun pektoral asab mavjud bo'lsa, oldingi dentat mushaklarining denervatsiyasi va pterygo-skapulyar simptomning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun ular kesishmaydi. Shunday qilib, subklavian va aksillar tomirlari ular bo'ylab ta'sirlanadi.

Kelepçeler orasida skalene mushaklarini qoplaydigan fasyani kesib o'tadi va medial yo'nalish skalpel bilan mushakning tishidan kesiladi. Rektus abdominis mushaklarining supravaginal fasyasi olib tashlangan dori blokiga kiritiladi.

Ko'krak to'qimasi, pektoralisli katta va kichik muskullar, aksillar, subklavian, subkapulyar to'qima, gemostazli o'simtani o'z ichiga olgan blokni olib tashlangandan so'ng. Antiblastiklar uchun yara yuzasi 96% etanol bilan ishlov beriladi.

Operatsiya ko'plab mayda limfa tomirlari va jarohat yuzasining katta qismini kesishishni o'z ichiga oladi, bu ehtiyotkorlik bilan drenajlashni talab qiladi. Faol drenaj tizimini ishlatib, drenaj trubkasi orqali faol aspiratsiyaga murojaat qilish tavsiya etiladi. Yarani kesish joyidan pastga va pastga kontrapertuar orqali bitta naycha orqali drenajlash kerak. Drenaj ipak ligaturasi bilan teriga o'rnatiladi. Yaralar ustiga tikuvlar havo o'tkazmaydigan qilib joylashtiriladi.

Modifikatsiyalanganradikalmastektomiya (Peyte-Daysenoperatsiyasi)

Patei-

DysonjarrohligivaXolstadmastektomiyasiningtubfarqibupektoralisningasosiy mushaklaridanvozkechish, engmaqbulfunksionalvoplastiknatijalarbo'lib, bemorlarning 5 yillikhayotinitaqqoslashmumkin. Aralashuvning dastlabki kursi Halstead operatsiyasidan farq qilmaydi. Teri parchalanishidan so'ng sut bezlari fastsiya bilan bir qatorda pektoralisning asosiy mushaklaridan posterolateral chegara m ga qadar aniq ajralib chiqadi. pektoralis major. Pektoralisning asosiy mushaklari medial va old tomondan egilgan. Qo'l bilan jarroh tomir po'stini shikastlamaslikka harakat qilib, pektoralisning mayda mushaklarini tanlaydi. Korakoid jarayonida skapula tanlangan pektoralisning kichik mushaklarini kesib o'tadi, uni qovurg'a qafasi bilan tutashgan joyga mahkamlang, kesib oling va olib tashlangan blokga o'tkazing. Bunday holda qon tomir-neyrovaskulyar to'plamni o'rab turgan tolalar paydo bo'ladi.

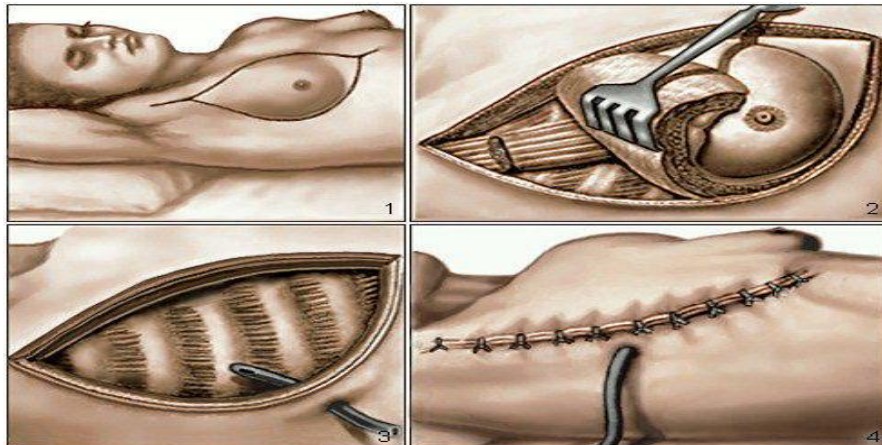
Tsellyuloza subklavian venaning klavikula bilan kesishgan joyidan neyrovaskulyar to'plam bo'ylab boshlanadi. Zerikarli va o'tkir tarzda, subklavikulyar va keyin aksillalar venalarning old va pastki yuzalarida tolalar chiqariladi, shu bilan birga asab tomirlarini shikastlamaslik tavsiya etiladi. Aksillar tomiriga oqib chiqadigan mayda novdalar va

bandaj bilan bog'lang. Shu tarzda ular tomir bo'ylab tolalarni ajratib, keng orqa mushak chetiga suriladi. Subcapularis mushaklari ta'sirlangandan so'ng, uni qoplaydigan tolalar keskin va aniq ravishda pastga, shu jumladan umumiy blokka siljiydi. Interkostal brakiyal asab sekretiya qilinadi va uchinchi interkostal bo'shliqda (chiqish joyida) va elkaning yuzasida kesishadi. Yuqorida tavsiflangan usul bilan ajratilgan blok o'chirildi. Amaliyotning yakuniy bosqichi Halstaddagi operatsiyadan farq qilmaydi.

Modifikatsiyalangan radikal mastektomiya (Maden operatsiya)

Uning yuqorida tavsiflangan radikal operatsiyalardan tubdan farqi bu ikkala pektoral mushaklarning saqlanib qolishi. Olib tashlangan preparat sut bezlarini aksillar, subklavian va subkapulyar to'qima va limfa tugunlari bilan bezashni o'z ichiga oladi.

20-rasm. **Radikal mastektomiya (Maden operatsiyasi)**



Ta'sir qilingan sut bezlari bilan chegaralangan ikkita qismning yo'nalishi o'simtaning joylashgan joyini va lezyon hajmini hisobga olgan holda tanlanadi. Teri yog'li qopqoqlari kesilgan chiziqdan 3-5 sm masofada joylashgan. Pektoralisning asosiy mushaklarini sternumdan bu mushakning tashqi chetiga qadar qamrab olgan fastsiya ajratilgan teri-yog 'qoplamalari bo'ylab ajratiladi. Sut bezlari lateral yo'nalishda pektoralis asosiy mushaklaridan ajralib chiqadi. Mushak old va meditsina tomon siljiydi

Farabef kancasidan foydalanib. Pektoralisning mayda mushaklari eksiziyasiz, tolalar nerv-tomir to'plami bo'ylab chiqariladi. Elyafni yaxshiroq ajratish uchun pektoralisning mayda mushaklari fasyal g'ilofdan ajratilib, tashqariga bog'langan, medullariya to'qimasi esa ajratilgan. Subklavian to'qima olib tashlanganidan keyin operatsiya Patty operatsiyasi bilan bir xil ketma-ketlikda davom etadi.

Mastektomiyadankeyingirekonstruktivoperatsiyalarhaqidaumumiyma'lumot.

Sutbezlaridaplastikjarrohlikaralashuvnitugatgandanso'ngikkinchibosqichnio'tkazishtavsiyaetiladi. Muskulokutan avtograflar, shuningdek endoprotezlar qo'llaniladi. Ikkinchisi silikon gel, gidrojel bilan to'ldiriladi. Bo'shliqli poliuretandan yasalgan implantatlar ham mavjud, ular ichiga fiziologik tuz eritmasi yordamida yuboriladi.

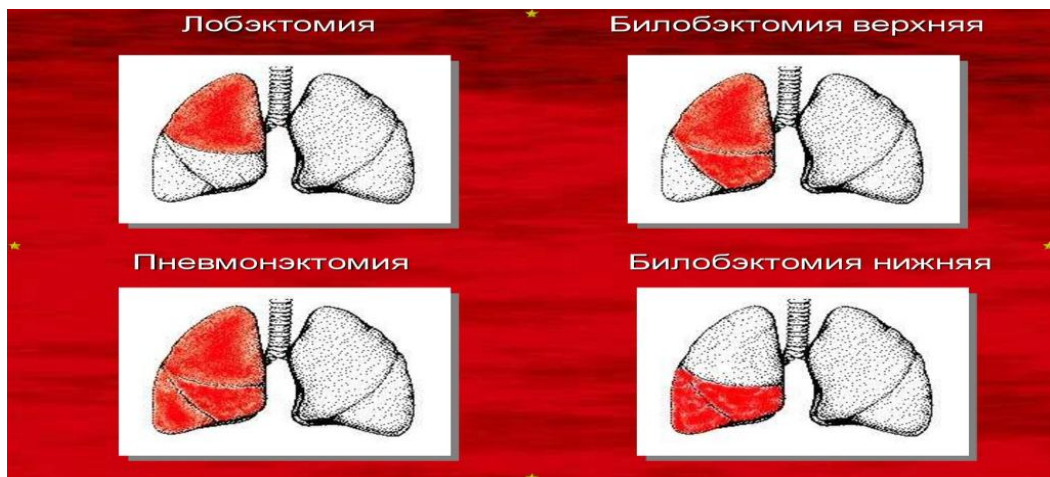
Endoprotezlar saqlanib qolgan xususiyatlarga ega va terini va yumshoq to'qimalarni etarli miqdorda etkazib beradi. Agar pektoralisning asosiy mushaklari saqlanib qolsa, protez uning ostiga qo'yiladi. Yumshoq to'qimalarning cheklangan soni bilan to'qimalarni cho'zish qo'llaniladi. Ushbu maqsadlar uchun sut bezlarini shakllantirishda to'qima kengaytirgichlari qo'llaniladi. Ikkinchisi valf bilan jihozlangan ikki kamerali rezervuarga ulangan silikon yoki lateks kameradir. Rezervuar asta-sekin sho'r suv bilan to'ldiriladi. Istalgan effektni olgandan so'ng, ekspander endoprotez bilan almashtiriladi. Radikal mastektomiyadan so'ng yumshoq to'qimalarda tsikratrik o'zgarishlar yuz bergan taqdirda, latissimus dorsi, rektus yoki qorin bo'shlig'ining lateral mushaklaridan teri va mushaklarning parchalanishi qo'llaniladi, mushaklar qopqog'i ostidagi endoprotez ham mumkin. Qorin old devorining mushaklaridan yoki gluteus maximus mushaklaridan bo'shashishni ishlatadigan usullar mavjud.

Qayta tiklashning yakuniy bosqichida nipel va areola plastik jarrohligi amalga oshiriladi. Nipel mahalliy to'qimalardan modellashtirilgan, areola terining melanin o'z ichiga olgan joylaridan (qarama-qarshi areola, katta uyatsiz lab, perianal mintaqa) bepul terilar yordamida tiklanadi.

O'PKASARATONIOPERATSIYALARI

O'pka saratoni bo'yicha operatsiyalar uchta asosiy yondashuv yordamida amalga oshiriladi: posterolateral, anterolateral va lateral.

21-rasm. O'pka saratoni uchun operatsiya turlari



Posterolateral kirish kamdan-kam hollarda qo'llaniladi: agar traxeyaning pastki qismini va uning bifurkatsiyasini, shuningdek, qarama-qarshi asosiy bronxni keng safarbar qilish kerak bo'lsa, pnevmonektomiya bilan traxeya bifurkatsiyasini dairesel rezektsiya qilish, ayniqsa bronxni alohida intubatsiya qilishning iloji bo'lmaganda, shuningdek, o'simtaning parchalanishi yoki atelektazaning xo'ppozlanishi bilan, asosiy bronxni iloji boricha tezroq davolash kerak bo'lganda.

Bemor oshqozoniga yotqizilgan. Naycha skapula va umurtqa pog'onasi o'rtasida trapezoid va ikkala romboid orqali

mushaklar skapula burchagi atrofida o'rta aksillar chizig'iga egilib, pektoral mushakning chetiga etadi. VI qovurg'aning subperiosteal rezektsiyasi va V va VII qovurg'alarining bo'ynida kesishadi.

Anterolateral kirish o'pkaning oldingi yuzasi va katta tomirlarini keng ochadi, o'ng va chap tomonli pnevmonektomiya, o'ng o'pkaning yuqori va o'rta loblarini olib tashlash uchun qulaydir. Ushbu kirishning afzalliklari: past invazivlik, behushlik va jarrohlik uchun qulay pozitsiya, bronxial tarkibni qarama-qarshi o'pka va qolgan loblarga oqishini oldini olish, asosiy bronxni ajratish va

yuqori va pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial tugunlarni olib tashlash. Biroq, ushbu kirish bilan faqat oldingi mediastinani osonlikcha olish mumkin, ko'krak bo'shlig'ini mahkam yopish qiyin, bronxda rekonstruktiv plastik operatsiyalarni bajarish qiyinroq. Bunday imkoniyat bilan bemor orqa tomonida biroz ko'tarilgan tomoni bilan yotadi, u orqali torakotomiya qilinadi. Tirsak qo'shilishida egilgan tegishli qo'l ko'tarilib, bemorning boshi ustiga o'rnatiladi. Kesish sternumdan IV qovurg'a bo'ylab o'rta aksillar chizig'igacha. Latissimus dorsi mushaklari tashqi tomonga yo'naltiriladi. Plevra bo'shlig'i to'rtinchi to'rtinchi interkostal bo'shliqda ochiladi. Interkostal mushaklar qovurg'alar boshiga 3-4 sm ga etmasdan ajratiladi.

Yon tomondagi kirish sizga plevra bo'shlig'i va mediastinning har qanday tarkibiy shakllanishiga yaqinlashish, turli xil operatsiyalarni amalga oshirish imkonini beradi. O'simta joylashgan joydan qat'i nazar, o'pka operatsiyasining hajmi. Kirish kam shikastlangan, bu tizma va segmental qon tomir tarmoqlarini bog'lash, bronxlarni rezektsiya qilish va hatto traxeyani bifurkatsiyalash, traxeobronxial va interbronxial anastomozlar yordamida asosiy interlobar sulkada faol harakat qilish imkonini beradi. Mediastinal, paratrachealning asosiy guruhlarini olib tashlash imkoniyatini cheklamaydi.

Yuqori traxeobronxial, bifurkatsiya va peresofagial limfa tugunlari, shuningdek, o'pka tomir tomirlarini intraperikardial davolash. Shu munosabat bilan, oldingi va orqa devorlarning afzalliklarini birlashtirgan lateral kirish eng maqbuldir va torakal saraton jarrohligida keng tarqalgan.

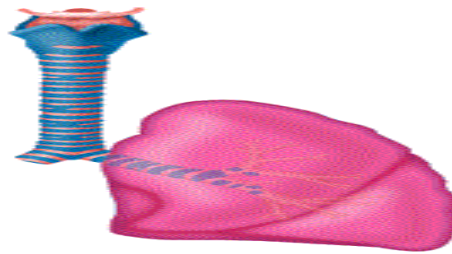
Bemor operatsiya stolining ko'tarilgan rolikida «sog'lom» tomonda yotadi. Operatsiyaning yon tomonida, tirsak qo'shilishida egilgan qo'l bemorning boshi tepasidagi operatsiya stolining yoyiga o'rnatiladi. Abortdan keyin bel bog'lab qo'yilgan. Teri kesmasi V interkostal bo'shliq bo'ylab orqa aksillalar chiziqdan, erkaklardagi nipeldan pastki va 2-3 sm ichkarida, ayollarda sut bezlari atrofida esa o'rta klavikulyar chiziqgacha bajariladi. Skapula burchagiga bog'langan mushaklar ajralmaydi. Latissimus mushagi faqat 3-4 sm ga kesiladi, oldingi dentat mushaklarining mushak tolalari to'la stratifikatsiyalanadi. Interkostal mushaklar dastlab (odatda oldingi aksillar chizig'i darajasida) ajratilgan, so'ngra o'ng qo'lning barmoqlari bilan sternum va qovurg'a chetiga qadar yo'q

qilingan. Keyin plevra orqali elektr pichoq yoki skalpel kesiladi. Bundan tashqari, agar harakatlanish mavjud bo'lsa, o'pka parenximasiga zarar etkazish xavfi mavjud.

Pnevmonektomiya

Odatda pnevmonektomiya yuqori kesishgan asosiy bronx va uning atrofidagi bitta o'pka blokini olib tashlashni o'z ichiga oladi.

mintaqaviy limfa tugunlarini o'z ichiga olgan tola.



22-rasm. Pnevmonektomiya

O'n tomonlama pnevmonektomiya beshinchi interkostal kosmosdagi lateral kirishdan amalga oshiriladi. Mediastinal plevra disektsiyasidan so'ng mediastinal to'qima ajralib chiqadi, frenik asab va o'pkaning ildizi o'rtasida limfa tugunlari bilan, uning ildizining oldingi yuzasi bo'ylab u perikarddan keskin va beparvo ajralib chiqadi. Dissektor yordamida yuqori pulmoner vena izolyatsiya qilinadi, chap qo'lning barmoqlari bilan uning shoxlari holatini doimiy ravishda kuzatib boradi va tomir ostida ligatura qo'yiladi. Uni o'pib, tomirni pastga tushiring, o'ng o'pka arteriyasining old devorini oldingi va qovurg'alararo tanaga chiqaring. Bunday holda, ustun vena kava maksimal darajada medikal ravishda orqaga qaytariladi. Perikardial-bronxial va perikardial-arterial ligamentlar ajralib chiqadi, bu perikardni medikal ravishda siljitish, o'pka arteriyasining asosiy tarmog'ini ajratish va uning ostidagi ligurani ajratish imkonini beradi.

O'pka bog'lanishi ajratiladi, xuddi shu nomdagi limfa tugunlari bilan birgalikda ular o'pkaga ko'chiriladi va shu bilan pastki o'pka venasining pastki chetini bo'shatiladi. Yuqori o'pka venasi tortib olinadi va o'pka venasi dissektor tomonidan chetlab o'tadi. Ko'pincha, ikkala o'pka tomirlarida bitta

ekstraperikardial trunk mavjud. Oxirgi qon tomir ligatsiyasidan oldin o'pka, o'simta va mintaqaviy limfa tugunlarining yakuniy tekshiruvi o'tkazilishi kerak.

Tomirlar ikki ligatura bilan bosqichma-bosqich amalga oshiriladi, iloji boricha olib tashlanadi

ularni bir-biridan ajratib turing, shundan so'ng kema proksimal ligaga yaqinroq bo'lib, ikkala tomonga bog'lab qo'yiladi. So'ngra, sud pirsing va distal ligatuarlarni kesadi.

O'pka tomirining tomirlarini qayta ishlashning qo'shimcha usuli ham mavjud. Tomirlar ketma-ket ravishda apparatning (UO-40) ikki qatorli tantal tikuvi bilan tikiladi. Apparatlardan uzoqda joylashgan tomirlar ipak yoki kapron ligati bilan bog'langan. Apparat shoxlariga yaqin bo'lgan tomirlarni kesib o'tgandan so'ng, qo'shimcha dumaloq ligatura qo'yiladi, bu asbob olib tashlanganda siqiladi.

Bronxni UO-40 stapler yordamida qayta ishlash mumkin .. Traxeya bifurkatsiyasi nayzasidan 0,5-1 sm masofada bronxni ochiq apparati shoxlari orasiga o'rnatiladi, ular asta-sekin vintni belgiga mahkam bog'lab turadi. Yonib ketganidan keyin bronxni asbobning tashqi yuzasi bo'ylab skalpel bilan kesib o'tadi, kesishish antiseptik eritma bilan ishlov beriladi. Uskunalarga ishlov berish jarayonida bronxlar choklari qo'shimcha ravishda atratikatik igna bilan kesilgan yoki sakkizta shaklli (4-6) sun'iy toladan tikilgan.

Bronxni qayta ishlashning qo'lda usuli va dolzarbligi yo'qolmadi. Bronxlar bir (birinchi) xaftaga tushadigan yarim halqalarni qoldirib, interkondral ligament bo'ylab skalpel bilan kesishadi. Birinchidan, asosiy bronxning tomirining lümeni uning membranali qismini tikish orqali torayadi, distal yo'nalishda in'ektsiya va ponksiyon orasidagi masofani oshiradi, ya'ni ular membrana devoridan dublyaj hosil qiladi. Keyin bronxning tomirlari atratikatik ignalar bilan tuguncha choklari bilan tikiladi, shunda ichki devordagi ponksiyon traxeyaning bifurkatsiyasidan o'tib, tashqi devor bo'ylab oxirgi traxeya va birinchi bronxial xaftaga orasidagi halqalar, ya'ni traxeobronxial burchak orqali o'tadi.

Tugunli bo'g'inlarni siqishda, traxeya bifurkatsiyasining uchi qo'shilib ketadi

tracheobronchial burchak, bu cho'ntagining shakllanishini va kultdagi o'lik bo'shliqni yaratishni istisno qiladi. Tugunlarni bog'lab qo'yishdan oldin, asosiy bronxning qolgan birinchi xaftaga tushadigan yarim halqasi old devor bo'ylab kesib o'tiladi, bu esa kuchlanishni kamaytiradi va yaxshi moslashishga yordam beradi.

O'pka bitta blokda o'pka ildizining limfa tugunlari bilan chiqariladi. Bronxning germetik tekshiruvi. Buning uchun plevralda

bo'shliqqa furatsillin eritmasi yoki fiziologik eritma bilan yuboriladi va behushlik apparatida bosimni ilhom bilan oshiradi. Siqilish bo'lmasa, bronxlar tomiridagi nuqsonning joylashganligini ko'rsatadigan gaz pufakchalari chiqariladi.

Bronxning tomirini parietal plevra barglari bilan, perikardning orqa varag'i bilan, ehtimol uning oldindan bog'lab qo'yilgan ven ark bilan yopib qo'yish majburiy deb hisoblaymiz. Plastik material peribronxial to'qimaga bir nechta kesilgan choklar bilan o'rnatiladi. Katta plevral nuqson bilan plevrani posterior perikard bilan tikib, bronxning qobig'ini yashirish mumkin. Plevra bo'shlig'ini drenajlashni amalga oshirganingizga ishonch hosil qiling; gemostazni nazorat qilish uchun ko'proq kerak. Drenaj diafragmaning orqasida aksillar chizig'i bo'ylab bitta qovurg'a bilan o'rnatiladi. Oxirgi gemostazdan so'ng plevra bo'shlig'i antiseptik eritma bilan yuviladi va jarrohlik kesma qatlamlarga qatlam bilan tikiladi. Qovurg'alar ikkita ipak choklar bilan, mushaklar uzluksiz katgut choklari bilan, so'ngra tugun choklari teri osti yog'iga surtiladi, shundan so'ng teriga tikiladi.

Drenaj 1-2 kundan keyin chiqariladi. Drenaj chiqarilgandan so'ng plevra bo'shlig'i teshilib, havo va suyuqlik salbiy bosim hosil bo'lguncha evakuatsiya qilinadi, bu esa mediatsiyaning sog'lom tomonga o'tishiga to'sqinlik qiladi. Plevral ponksiyon ko'proq II dan oldin amalga oshiriladi

subkapular sohada va orqada joylashgan. Har bir ponksiyon oxirida antibiotiklar yoki antiseptiklar intrapula shaklida buyuriladi.

Chap tarafdagi pnevmonektomiya o'ngdagi pnevmonektomiyadan farq qiladi. Amaliyotning anatomik xususiyatlari shundaki, asosiy bronx, o'pka arteriyasi va takroriy asabning aorta ark ostida joylashganligi, arterial ligamentning

mavjudligi, qisqa magistral va yuqori pulmoner venaning tarqaladigan turi, uni yurak va qizilo'ngach bronxning orqa devoriga yopishgan.

Beshinchi interkostal fazoda yon tomonlarga kirish. Mediastinal plevra orqa tomondan o'pka ildizidan va orqa tomondan o'pka ildizidan pastki o'pka venasi darajasidan plevra gumbazigacha ajratiladi, aorta kamariga ko'ra kesmani aylana shaklida davom ettiradi, so'ngra aortaning pastki qismidan orqa tomonda. Bu o'pkaning ildizini va aorta oynasining maydonini keng ochishga imkon beradi. O'pka ildizi tomirlarini qoplab turadigan tolalar ajratib olinadi va o'pkaga o'raladi, o'pka tomirini va undan keyin o'pka arteriyasini fosh qiladi. Ikkinchisi odatda limfa tugunlari bilan qoplanadi.

Qon tomirni davolash ustun o'pka tomiridan boshlanadi. Ligatsiya va kesishishdan keyin pulmoner arter izolyatsiya qilinadi. O'pka arteriyasini erkin ajratish uchun perikardial-pulmoner-arterial ligamentni, uning ustidagi zich fasyal bargni, shuningdek o'pkaga boradigan vagus va simpatik nervlarning shoxlarini kesib o'tish kerak. O'pka arteriyasi asosiy bronxdan barmoq bilan ehtiyotkorlik bilan ajratiladi va tomirga o'xshash tarzda davolanadi.

Manipulyatsiya uchun o'pka bog'lanishi pastki o'pka venasida diafragmaning tepasida ajratiladi va bog'lanadi va tolalar va limfa tugunlari bilan birgalikda o'pkaga chiqariladi. Tomir izolyatsiya qilinganidan keyin u ikki marta bog'lab qo'yiladi (bittasi)

ligature tikilgan va keyin kesib o'ting.

Chapdagi asosiy bronxlar aorta oynasi mintaqasining limfa tugunlari bilan, yuqori va pastki traxeobronxial, o'pkaga tushadigan vagus asabining shoxlarini kesib o'tib, takroriy asabni qaytarish joyidan pastga safarbar qilinadi. Asosiy bronxlar iloji boricha tortiladi va tortiladi. Pastki traxeobronxial tugunlarni qoplab, interbronxial ligamentni ajratib oling. Ushbu nuqtada siz ehtimol haqida eslashingiz kerak

bronxial arteriyalarning shikastlanishi, bu ular aortadan ajralganda ayniqsa xavflidir. Bunday hollarda qon ketishini to'xtatish qiyin bo'ladi, bu esa aorta devoriga tikuvni talab qiladi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun bronx arteriyalarini ehtiyotkorlik bilan ajratib, ularni alohida-alohida bandaj qilish kerak.

Bronxni harakatga keltirgandan so'ng uning ostiga tikuv apparati (U0-40) keltiriladi, bronxlar tikiladi, kesib o'tiladi va uzunligi 1 sm uzunlikdagi tomirni qoldiradi. Mexanik tikuv chizig'i ipak choklar bilan qo'shimcha ravishda mustahkamlanadi. Texnik qiyinchiliklar bilan bronxni qo'lda qayta ishlash sizga bronxning qisqargan qismini qoldirishga imkon beradi. Limfa tugunlari bilan birga o'pka chiqariladi.

Amaliyotning individual bosqichlari ketma-ketligi ma'lum xususiyatlarga qarab o'zgarishi mumkin. Xususan, pastki o'pka venasi mintaqasida katta shish bo'lsa, u asosiy bronxni kesib o'tganidan keyin oxirgi marta davolanadi.

Gemostaz va zichlik sinovidan so'ng, bronxlar tomirlari stapler bilan davolashda qo'shimcha ravishda sakkizta 3-4 choklar bilan tikiladi. Ko'krak qafasi yarasi qatlam bilan tikilgan, plevra bo'shlig'ida 1-2 kun drenajlangan.

Kengaytirilgan pnevmonektomiya old va / yoki orqa mediastinning limfa tugunlarining metastazlari, shu jumladan paratracheal va paraesophageal bilan amalga oshiriladi.

O'ng tarafdin mediastinal plevra gumbazidan o'pka ildizidan oldingi vena kava oldigacha ajratiladi, so'ngra ular o'pka ildizining old va orqa qismida joylashgan. Ligatsiyadan so'ng, ochilmagan tomirning archasi kesiladi. Old va orqa mediastinumning yog'li to'qimalari paratracheal va pretracheal limfa tugunlari bilan birgalikda plevra gumbazidan tepadan pastga, traxeobronxial burchakka aniq va keskin ravishda harakatlanadi. Diafragma va vagus nervlarining metastazlari rivojlanish bilan

ularning rezektsiyasini bajarish. Old qizilo'ngach va pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial limfa tugunlari safarbar qilinadi va atrofdagi tola bilan birgalikda olib tashlangan o'pkaga ko'chiriladi. O'pka tomirining tomirlari odatdagi pnevmonektomiya kabi davolanadi. Metastatik ravishda o'zgartirilgan traxeobronxial limfa tugunlari bilan pulmoner arteriyaning germinatsiyasi intrakardikardial davolanishga ehtiyojni aniqlashi mumkin. Bronxlar ilgari tavsiflangan usul bo'yicha davolanadi.

O'pka mediastinada, yalang'och traxeyada, yuqori vena kavasi ochilmagan tomirning tomirida, o'ng asosiy bronxning tomirida, chap asosiy bronxning

boshlang'ich qismida, qizilo'ngachda va o'pka ildizi tomirlarining tomirida ko'rinadi.

Chap tomonda bajariladigan operatsiyaning xususiyatlari shundaki, aorta arkasidan plevra gumbazigacha bo'lgan keng mediastinotomiya zarur. Limfa tugunlari bilan hujayrali safarbarlik braxiosefalik venaning pastki devoridan boshlanadi, tsellyuloza ajratiladi va chap subklavian arteriyadan vagus asab bo'ylab va timus bezining medial qismida joylashgan. Aorta kamarining pastki qismida takroriy asab ta'sirlanib, yuqoriga ko'tariladi. Keyin arterial ligament ochiladi, limfa tugunlari bilan tolalar o'pkaga olinadi.

Arterial ligamentning aorta va o'pka arteriyasiga bog'langanidan keyin kesishishi limfa tugunlarini to'liq olib tashlashga imkon beradi traxeobronxial guruh. Buning uchun aorta kamarining ostidagi barmoq chap traxeobronxial burchakka va traxeyaning pastki qismiga kirib, asosiy bronx bo'ylab traxeyobronxial limfa tugunlarini harakatga keltiradi va olib tashlaydi. Parafiz to'qimasini limfa tugunlari bilan olib tashlash xususiyatlari o'ngga qaraganda tez-tez uchraydi, qizilo'ngachning mushak devorining o'sishi va pasayishi

aorta qismlari. Ushbu xususiyatni bilish va operatsiya vaqtida ushbu ehtiyotkorlik ushbu organlarga shikast etkazmaslik uchun yordam beradi. Bronxni tikish va boshqa manipulyatsiyalar odatdagi pnevmonektomiya bilan bir xil.

Kombinatsiyalangan pnevmonektomiya mediastinum yoki ko'krak qafasining o'sma infiltratsiyasi holatida qo'llaniladi. Biron bir a'zoni alohida rezektsiya qilish kamdan-kam hollarda mumkin. Kombinatsiyalangan pnevmonektomiya odatda limfa tizimiga aralashuvning kengayishi bilan birga keladi. Bunday holda, uni maxsus rezektsiya qilingan organ bilan birgalikda kengaytirilgan pnevmonektomiya sifatida tayinlash tavsiya etiladi.

Perikardni rezektsiya qilish bilan birgalikda pnevmonektomiya o'pka ildizi va perikardning asosiy tomirlariga o'simta infiltratsiyasi (birlamchi o'simta yoki metastaz) bilan amalga oshiriladi. O'pka va tolaning limfa tugunlari bilan kirish, safarbar qilish odatdagi pnevmonektomiya bilan bir xil. Perikard ikkita tishli qisqich bilan ko'tariladi va ularning orasidagi qaychi bilan kesiladi. Perikardni ochganda oz miqdordagi aniq suyuqlik chiqariladi. Kesish oldingi yoki undan

oldingi frenik asabga parallel ravishda amalga oshiriladi. Yuqori qismida kesma o'pka arteriyasi bilan chegaralanadi, pastki qismida u pastki o'pka venasi atrofida egilib, undan oldinga o'tadi. Asosiy tomirlar yuqori va pastki vena kava bilan bog'langan, takroriy perikard bilan o'ralgan. Perikardning ichki qismidagi sakrashlar. Intraperikardial tomirlarni qayta ishlash ilgari tasvirlangan usullardan biri bilan amalga oshiriladi.

Perikardni dumaloq rezektsiya qilish uni davolash qilingan tomirlar yonidan o'tish orqali yakunlanadi. Asosiy bronxnini kesib o'tgandan so'ng, limfa tugunlari bo'lgan o'pka chiqariladi. Perikardial nuqson kamdan-kam choklar bilan tikilgan, bu hududda taxminan 1 sm diametrli qo'shimcha kontrapertura yaratiladi.

yurak tepalari. Keyinchalik sezilarli nuqson bo'lsa, oyog'idagi parietal (kostyum) plevra bilan perikardning plastik yopilishi yoki sintetik mash yordamida yopiladi. Perikardning katta nuqsonlari, atriya quloq yoki yurakning yo'qolishi va buzilishi ehtimoli chiqarib tashlansa, siz chok qo'yolmaysiz. Bunday holda, perikard yurakning apeks darajasiga qadar kengroq tarqaladi. Yurak qulog'i tushishi mumkin bo'lgan perikarddagi kichik nuqsonlar xavflidir. Ikkinchisini buzgan holda yurak refleksini ushlab turish mumkin.

Atriumning marjinal rezektsiyasi bilan birgalikda pnevmonektomiya perikard ichidagi o'pka tomirlarining o'sma infiltratsiyasi uchun ko'rsatiladi, o'simta atriumga o'tadi. Aslida tugallangan qirralarning rezektsiyasi U0-60 yoki U0-40 apparatlari yordamida amalga oshiriladi. Mexanik tikuv odatda mustahkamlanmaydi. Atriumga apparatni joylashtirishdan oldin majburiy qadam bu ta'sirlangan o'pka venasi va atriumni "paypaslash" bo'lib, atriya bo'shliqqa chiqib turadigan tomir ichidagi trombnini aniqlashdir: rezektsiyalangan atriya maydonning hajmi nafaqat o'simtaning shikastlanish darajasiga, balki uning darajasiga ham bog'liq. o'pka tomirlari oqimining anatomik xususiyatlaridan - bitta magistral yoki alohida.

Ushbu usulning kamchiliklari shtapeldan foydalanishdir, chunki ba'zida zimbalayıcılar ishlamaydi, shtapellar yonmaydi va mashina olib tashlanganida juda ko'p qon ketishi sodir bo'ladi. Ba'zida staplerlar oddiygina mavjud emas. Bundan tashqari, atriya to'qimasida apparatlar shoxlari tomonidan travma mavjud.

Zımbalayıcılar bilan rezektsiya qilish har doim atriumning to'liq yonmasligi xavfini tug'diradi, bu halokatli oqibatlarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun bizning klinikamiz patent oldi (V.I. Starikov, K.Yu. Mayboroda, GV Trunov) va atriyani rezektsiyalashda yangi usul qo'llaniladi. (Patent № 20424A. Ukraina. 1998 y.).

Buqa № 1). Rezektsiya usuli quyidagicha (2-5-rasm). Satinskiy qisqichi atriumga infiltratsiyaning ko'rinadigan chetidan kamida 1,5-2 sm masofada qo'llaniladi. Siqish ostida 4-5 U-shaklidagi choklar atratsional igna bilan qo'llaniladi va ular bog'lanadi. Shundan so'ng atrium jag'ga distal ravishda o'tkaziladi va preparat yaradan chiqariladi. Qopqoqni olib tashlamasdan, atriyal chokning ko'ndalang yo'nalishi bo'yicha atratikatik igna bilan qo'shimcha 5-6 kesilgan choklarning ikkinchi qatori qo'yiladi. Shundan so'ng, qisqichni echib oling va tugunlangan tikuvlarni bog'lang.

Agar gistologik tekshiruv paytida preparatda yurak mushaklari topilsa, atriyal rezektsiyani to'g'ri deb hisoblash mumkin. Radikallik atriyal rezektsiya chizig'i bo'ylab gistologik tekshiruv bilan aniqlanadi - mushak tolalari orasida o'sma elementlarining yo'qligi.

23-rasm. O'pka jarrohligining turlari



Traxeya bifurkatsiyasini rezektsiya qilish bilan birgalikda pnevmonektomiya o'pkaning markaziy saratoni butun boshga tarqalganda amalga oshiriladi.

bronx, traxeobronxial burchakka, bifurkatsiyaning cho'qqisiga, shuningdek metastazlar bilan ularni urish paytida. Optimal kirishlar - to'rtinchi interkostal kosmosdagi posterior yoki lateral.

24-rasm. O'pka rezektsiyasi turlari.



Ikkala variant eng keng tarqalgan:

- 1) o'pka olib tashlangan holda traxeya yon devorining xanjar shaklida yoki marjinal rezektsiyasi va traxeya bifurkatsiyasi spuri;
- 2) o'pka bilan birga traxeya bifurkatsiyasini dairesel rezektsiya qilish va traxeobronxial anastomozni qo'llash.

O'pka va limfa tugunlari tomirlarini mobilizatsiya qilish odatdagi pnevmonektomiya bilan bir xil.

O'ng tarafdagi pnevmonektomiya bilan traxeyaning lateral devorini qanotli rezektsiya qilish va traxeya bifurkatsiyasining nayzasi bilan tugun choklari sintetik ip bilan bir-biridan 3 mm masofada chap asosiy bronx va traxeyaning medial devorining barcha qatlamlari orqali o'rnatiladi. Chok maydoni mediastinal plevra bilan qoplangan. Shamollatish o'pkaning saqlangan joyi bilan ta'minlanadi. Endotraxeal naycha torakal yara orqali kiritiladi.

Traxeya bifurkatsiyasining dumaloq rezektsiyasi bilan o'ng tomonli pnevmonektomiya qilingan taqdirda, bog'langandan so'ng, ochilmagan venaning tomiridan o'tish tavsiya etiladi. Kauchuk ushlagichlarda traxeya va ikkala asosiy bronxning bifurkatsiya qismi olinadi. Chap o'pkaning ventilyatsiyasi uchun chap asosiy bronxning membranali devorining ochilishi orqali intubatsion naycha

kiritiladi. Shundan so'ng traxeya kesib o'tadi, preparat olib tashlanadi va davom etadi

traxeobronxial anastomozni qo'yish. Sintetik iplarni va atromatik ignani qo'llang. Tugunlar 3 mm masofada bir-biriga yopishadi va tashqi tomondan bog'lanadi. Chap devordan tikuvlar qo'llanila boshlaydi. Traxeyaning lümeninin diametri bronxdan kattaroq ekanligini hisobga olib, traxeya chetlarini chap asosiy bronxning lümeni bilan yaxshi moslashishiga traxeya oxirida tikuvlar orasidagi masofa kattaroq bo'lganligi yoki uning membranali devoridan xanjarni kesib tashlash yoki undan dublyaj hosil bo'lishi natijasida yoki chap tomonda joylashganligi sabab bo'ladi. asosiy bronxni obli yo'nalishda. Shilliq qavatining qirralarini yaxshi moslashishi va traxeya va bronxning uchlarini mahkam yopish muhimdir. Endotraxeal naycha chap asosiy bronxdan chiqariladi, shunda uning distal uchi anastomozdan yuqori bo'ladi, bronxning membranali devoridagi teshik tikilgan va anastomoz muhrlangan. Ikkinchisi butun aylana bo'ylab suyak plevrasi bilan qoplangan va bir nechta choklar bilan mahkamlangan.

Lobektomiya va bilobektomiya

O'pka lobini limfogen metastazisiz, uning chegaralari bilan cheklangan o'simta ichida olib tashlash, pnevmonektomiyadan ham radikal operatsiya emas. Lobektomiya jarayonida biz manipulyatsiyadan oldin o'pka ildizining asosiy tomirlarini ajratib olib, vaziyatni ushlab turadigan bemorlarga olib borish kerak deb ishonamiz. Agar operatsiya paytida qon tomirlari shikastlangan bo'lsa, qon tomirining sababini tushunish uchun asosiy tomirning o'tishi qon yo'qotilishini minimal darajaga tushiradi. Shu bilan birga, tomir devorini tikib, qon ketishini yo'q qilish mumkin va operatsiya hajmini pnevmonektomiyaga kengaytirmaslik kerak.

25-rasm. Lobektomiya



O'ng tarafdagi yuqori lobektomiya, o'ng o'pkaning yuqori lobini olib tashlashni o'z ichiga oladi, bunda bronxopulmoner va traxeobronxial limfa tugunlari va bo'shatish joyidan kesib o'tgan bronxlar joylashgan.

To'rtinchi yoki beshinchi interkostal kosmosda lateral kirish. Barcha loblarni tekshirish uchun o'pka butun sirt bo'ylab chiqariladi. Yuqori qismi katta tomirlarga (braxiosefalik magistral) shikast etkazmaslik uchun ehtiyotkorlik bilan tanlangan. Mediastinotomiya qiling va o'pkaning ildizidan yuqori limfa tugunlari o'pkaning eshigi oldiga o'tkaziladi. Bog'lanmagan tomirni bog'lash va kesishishning hojati yo'q, ammo safarbar qilinganidan so'ng traxeobronxial va paratracheal limfa tugunlari o'pkaga osongina ko'chirilishi mumkin.

1, 2 va 3-segmental venalarning qo'shilishidan hosil bo'lgan yuqori lobdan venoz magistral ajratib oling. Yuqori o'pka tomirini olib tashlangandan so'ng, pulmoner arteriyaning asosiy tarmog'i, uning oldingi va interlobar magistrallari meditsina ta'siriga uchraydi. Old magistral (AI va A1P) dissektor tomonidan ajratilgan, bandajlangan, tikilgan va kesilgan. Yuqori lobning har uch segmentidan kelib chiqqan venoz magistral, shuningdek, o'rta lobning tomirlarini qoldirib, bog'lanadi, tikiladi va kesiladi. O'pka arteriyasining interlobar magistral qismi orqa (orqa) segmentar arteriyasining shu darajasida ta'sir qilish va bog'lanish uchun o'rta tashqi arteriya bo'shatilishi darajasiga qadar yuqori tashqi devor bo'ylab tufak bilan tozalanadi. Bu interlobar pulmoner magistralni harakatlantirishga imkon beradi arteriyalar ichidagi va bronxopulmoner limfa tugunlari bilan oraliq va yuqori lobar bronxlar o'rtasida joylashgan tolalarni mobilizatsiya qiladi. Keyin yuqori traxeobronxial limfa tugunlari ajratilib, yuqori lobning ildiziga ko'chiriladi.

Mediastinal plevra o'pkaning ildizidan orqada ajratiladi va pastki traxeobronxial (bifurkatsiya) limfa tugunlari safarbar qilinadi. Bo'sh interlobar yoriqlar bilan bronxlar kesilib, loblar olib tashlanadi.

Periferik saraton kasalligida bronxni mexanik choklar bilan (U0-40 moslamasi) qo'shimcha sakkiz shaklli atratik igna bilan tikish mumkin. Markaziy saraton kasalligi bilan bronxni og'iz darajasida kesib o'tganidan keyin, ya'ni asosiy bronxdan bo'shatish joyida, yaxshisi asosiy va oraliq bronxlarni xanjar shaklida rezektsiyalash va keyinchalik sintetik ip bilan individual choklarni qo'yish kerak. bronxning uzunligi. Shuni ta'kidlash kerakki, yuqori tizma bronxining birinchi xaftaga tushadigan yarim doira anatomik ravishda uchburchakni ifodalaydi, uning uchi asosiy va oraliq bronxlar bilan bog'langan.

Interlobar termoyadroviy bilan yoki bronxni kesib va tikib qo'ygandan keyin interlobar yorilish bo'lmasa, pastki va o'rta loblar shishiriladi. Ajratish o'pka to'qimasini mexanik choklar bilan (U0-60 yoki U0-40 apparati) yondirgandan so'ng havo va havo o'tkazmaydigan to'qima chegarasi bo'ylab amalga oshiriladi, shundan so'ng ssilkaga o'xshash tikuvlar qo'shimcha shtapelning barcha qatori bo'ylab qo'llaniladi.

Yuqori lobli bronxni mobilizatsiya qilishdan oldin orqa segmental arteriyani bog'lab qo'yishning iloji bo'lmasa, o'pka ko'prigining mexanik miltillashi yordamida avval yuqori va o'rta lobni yoki yuqori lobning orqa qismini va pastki qovoqning apikal qismini ajratish kerak. Ajratish

Ushbu aktsiyalar o'pka arteriyasining interlobar magistralini ajratib olish va ikkinchi segmental arteriyani va ko'pincha qo'shimcha deb ataladigan qo'shimcha arteriyani bog'lash imkonini beradi. II segmentning arteriyasi ba'zan bandajlanadi va yuqori lob bronxini davolashdan keyin kesiladi. Ketish variantini yodda tuting

1-chi va 6-chi segmentar arteriyalar bitta tomir shaklida.

Pulmoner ligamentni kesib, qolgan loblarni to'g'rilang. Harakatlanuvchi o'rta bo'lak bilan interlobar yoriqning old qismidan pastki qismga ligatura bilan o'rnatiladi.

Plevra bo'shlig'i ikkinchi kavakulyar bo'shliqda o'rta kavikulyar bo'ylab va to'qqizinchi interkostal bo'shliqda orqa aksillar chizig'i bo'ylab drenajlanadi.

Plevra bo'shlig'ida salbiy bosim hosil qiling. Asosiy va oraliq bronxlarni dumaloq rezektsiya qilish bilan o'ngdagi yuqori lobektomiya yuqori lobni rezektsiya qilingan asosiy va oraliq bronxlarning halqasi bilan bronxopulmoner, bazal, ustki va pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial tugunlarni olib tashlash va interbronxial anastomozni qo'llash bilan yakunlanadi. Bog'lanmagan tomirning yoyi bog'langan, tikilgan va kesilgan, ammo tomir qoldirilishi mumkin. Shoxlarni o'pkaga o'tkazgandan so'ng, vagus asab asosiy bronxdan ajralib, yon tomonga olib boriladi. Qizilo'ngach asosiy bronxdan ahmoqona eksfoliatsiya qilingan, posterior va medial jihatdan boshqa joyga ko'chirilgan. O'pka ildizi va mediastinumning yog 'to'qimalari limfa tugunlari bilan olib tashlangan lobga qarab siljiydi.

Tomirlarni mobilizatsiya qilish va ligatsiyalashdan so'ng, odatdagi lobektomiyada bo'lgani kabi, asosiy va oraliq bronxlar rezina ushlagichlarga olinadi, ikkita chok ushlagichlari bronxning kesishish chizig'idan ehtiyotkorlik bilan va aql bilan qo'llaniladi. Asosiy bronxlar skalpel bilan birga ajralib chiqadi

interkondral bo'shliq traxeyaning bifurkatsiyasiga imkon qadar yaqinroq, membranali qismi qaychi bilan ajratilgan. Shundan so'ng, traxeyaning bifurkatsiya zonasining limfa tugunlari to'liq ochiladi, ular yuqori lobga yo'naltiriladi. Keyin o'rta lob bronxining og'ziga 3-5 mm oraliq bronxni kesib o'tadi. Yuqori lob, rezektsiyalangan bronxning halqasi, tolasi va safarbar qilingan limfa tugunlari bilan birgalikda chiqariladi. Interbronxial anastomoz qo'llanilishidan oldin bronxning rezektsiyalangan segmentining qirralari shoshilinch morfologik tekshiruvdan o'tkaziladi.

Asosiy bronxning lümeni uning membranali qismini tikish orqali torayadi, drenajlash va drenajning distal tomonidagi ponksiyon orasidagi masofani oshiradi, ya'ni ular saqlanib qolgan membrana devoridan dublyaj hosil qiladi. O'rnatilgan bronxlar yorug'ligini moslashtirishga asosiy bronxning tomirining membranali devoridan xanjarni ajratib olish va keyinchalik chok qo'yish yoki uning bo'shashishini oshirish uchun oraliq bronxni bosib o'tish orqali erishish mumkin. Katta diametrdagi bronxlarning lümenini toraytirish va tikilgan bronxlarning chekkalarini moslashtirishning boshqa usullari mavjud.

Interbronxial anastomozning shakllanishi bronxning ichki devorlarini alohida iplar bilan tikishdan boshlanadi. Birinchi tikuv xaftaga tushadigan va membranali qismlar chegarasida qo'llaniladi. Amalga oshirilgandan so'ng, orqa va old devorlarga tikuvlar darhol bog'lanadi. Bronxning yon devorlariga tikuvlarni proizvizornye shaklida qo'yish va tashqi tomondan bog'lash tavsiya etiladi. Choklar orasidagi masofa 3 mm. Dikişlarning soni 16 dan 25 gacha. Interbronxial anastomoz va o'pka to'qimalarining mahkamligini tekshirgandan so'ng, anastomoz peribronxial to'qimalarga 4-5 choklar bilan qo'shilib, oyoq ustidagi kostyum yoki mediastinal plevra bilan tikuv chizig'i bo'ylab dumaloq tarzda plevrlanadi. Ikkisi plevra bo'shlig'iga kiritiladi drenajlash.

O'rta lobektomiya bronxopulmoner, pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial limfa tugunlari va bronxni olib tashlashni o'z ichiga oladi, ular bo'shatish joyidan chiqib ketadi.

Yuqori o'pka tomirini safarbar qiling. Ular asosan ikkita shoxchadan iborat bo'lgan o'rta lobni ajratib, bog'lab, tikib, kesib o'tadilar. O'rta lob bronxlari orqa va tashqi o'rta lob va pastki lob arteriyalaridan dissektor tomonidan ajratiladi. Bronxopulmoner limfa tugunlari olib tashlangan lobga qarab siljiydi. Bronxga U0-40 moslamasi bilan uriladi, u kesib o'tiladi, mexanik chokning chizig'i alohida tugunli bo'g'inlar bilan mustahkamlanadi. Keyin o'pka arteriyasining interlobar magistralini va bog'lab qo'yilgan, tikilgan va kesishgan oldingi yuzasidan chiqadigan midlobar arteriyasi keyinchalik dissektor tomonidan ajratiladi. Interlobar gorizontal bo'shliq bo'lmaganda, U0-40 yoki U0-60 moslamasi bilan yonib, o'rta lob yuqori tomondan ajratiladi.

Belgilangan interlobar bo'shliqlarda yoki loblar orasida oson ajratib turadigan yapışmalar bo'lsa, o'rta lob birinchi navbatda pastki qismdan oblik bo'ylab va yuqori qismdan - gorizontal bo'shliq bo'ylab ajratiladi. Interlobar o'pka arteriyasi aniqlanadi. Median lob arteriyasi izolyatsiya qilingan, bog'langan va kesilgan. Shunga o'xshash usul limfa tugunlarini o'rta lobga ham, o'rta lobga ham oraliq bronxda yo'naltirishga imkon beradi. Operatsiya o'rta lob bronxining kesishishi va tikilishi bilan yakunlanadi.

O'rta lob bronxlari bo'lgan o'simta ta'sirlanganida, oraliq va pastki bronx bronxlarida dairesel rezektsiya amalga oshiriladi. Mediastinotomiya o'pkaning ildizidan pastda amalga oshiriladi, pastki traxeobronxial limfa tugunlarini harakatga keltiradi, ro'yxatga olingan bronxlarni ajratadi va

ularni pulmoner arteriyadan ajratib oling. O'rta lob bronxining og'zidan 1 sm oraliq bronxni kesib, anatomik sharoitlarni hisobga olgan holda pastki lobning apikal segmentining segmental bronxlari og'zidan 2-3 mm pastroqda joylashgan pastki bronxni kesib o'ting. Anastomoz yuqorida tavsiflangan usul bo'yicha shakllanadi.

O'ngdagi pastki lobektomiya, o'ng o'pkaning pastki bo'lagini o'rta bo'lakning og'zidan pastki bronx bronxlari bilan kesishishi va pulmoner ligamentda joylashgan bazal, bronkopulmoner va paratracheal limfa tugunlarini olib tashlashni o'z ichiga oladi.

O'pka bog'lanishi diafragmadan pastki o'pka venasiga ajratiladi va ichiga o'ralgan limfa tugunlari bilan birga o'pkaga ko'chiriladi. O'pka ildizidan oldingi va orqa tomondan mediastinal plevra ochilmagan tomir darajasidan pastki o'pka venasiga bo'linadi. Ikkinchisi nayzalangan, tikilgan va kesilgan. Oblm interlobar yorilishi kengayadi, pastki lob o'rta va yuqori qismdan ajratiladi, ko'pincha o'pka to'qimasini mexanik choklar bilan tikadi. Interlobar sulkusga orqa loblar pastki lob bronxlardan orqa va orqa tomondan kiritiladi. Uning yuqori bo'linishi bilan segmental shoxchalar ajralib turadi va deyarli o'rta lob darajasida joylashgan apikal segmental arteriya alohida bog'lanadi. Ehtiyotkorlik bilan bandaj qiling va pastki lob arteriyasining bazal qismini kesib o'ting. O'rta lob yuqoriga ko'tariladi, o'rta lob va pastki lob bronxlari o'rtasida joylashgan bronxopulmoner limfa tugunlari ta'sirlanib, pastki lobga olib boriladi.

Pastki lob bronxlari boshlang'ich qismda kesib o'tiladi, mintaqaviy limfa tugunlari bilan birgalikda ulush olib tashlanadi. Bronxlar tavsiflangan usul bo'yicha tikiladi. Agar apikal segmental bronx (S6) o'rta lob yoki uning tepasida bir xil darajada bo'lsa, uni alohida qayta ishlash kerak. Bronxlarni ajratish uchun ushbu usul bilan pastki lobektomiya qilish kerak, bunda arterial va o'rta bo'lak bronxlarni xanjar shaklida rezektsiya qilib, so'ngra tugun choklari qo'yiladi.

Oblm interlobar yorilishida yaqqol yopishgan holda, birinchi navbatda pastki bronx bronxlari davolanadi. O'pka ildizidan oldingi mediastinotomiyadan so'ng bifurkatsiya limfa tugunlari mobilizatsiya qilinadi va pastki lobga ko'chiriladi. Asosiy, oraliq va pastki lobar bronxlarning orqa yuzasini bo'shating. Ikkinchisini disseksioner ushlab turadi, kesib o'tadi va uning dastasi tikilgan. Keyin bandaj qiling va pastki bo'lak arteriyasini kesib o'ting. Operatsiya plevra bo'shlig'ini drenajlash bilan yakunlanadi.

Yuqori bilobektomiya bronxopulmoner, bazal, yuqori va pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial limfa tugunlari bilan birga o'ng o'pkaning yuqori va o'rta loblarini bir vaqtning o'zida olib tashlashni o'z ichiga oladi. To'rtinchi yoki beshinchi interkostal kosmosda lateral kirish. O'pka tuzilishining konstitutsiyaviy xususiyatlariga qarab, operatsiya qilishning ikkita varianti mumkin.

Birinchi variantda, mediastinotomiyadan so'ng, ochilmagan tomirning pastki qismidan orqa va oldingi tomondan o'pka ildizidan pastki o'pka venasiga, traxeobronxial, bazal va bifural zonalarning tolasi va limfa tugunlari harakatga keltirilib, o'pka arteriyasi va pastki o'pka venalari ushlab turiladi. Shu bilan birga, perikardial-arterial-o'pka va perikardial-o'pka-bronxial birikmalar kesishadi. Ular ikki marotaba o'ralgan, tikilgan va kesilgan ustun o'pka tomirini olib tashlashadi. O'pka arteriyasining oldingi magistralini ajratuvchi, bog'lab qo'yilgan, tikilgan va kesib o'tgan. O'pka arteriyasi ichkariga va pastga siljiydi, shu bilan birga bazal va traxeobronxial to'qimalarni safarbar qilishni davom ettiradi. Dissektor yordamida yuqori bo'lak bronxlar chiqariladi, apparatlar bilan kesishadi mexanik tikuv, chok qo'shimcha ravishda tikiladi. O'pka arteriyasining interlobar magistrali ochilib, ekstruded va tashqi devori bo'ylab bog'lab qo'yilgan va ajratilgan posterior segmentar arteriya (A II) joylashgan. O'rta lob arteriyasini uzoqroq qayta ishlang.

Tupfer bronxopulmoner limfa tugunlari oraliq bronxdan o'rta lobning ildiziga ko'chiriladi. O'rta lob bronxlari yuqori lobga o'xshash tarzda kesiladi va davolanadi. Interlobar yorilishiga ko'ra, ikkala lob ham yuqori qismdan ajratilgan va chiqariladi.

Agar o'pka arteriyasining oldingi magistralini va o'pkaning yuqori venasini bog'lab qo'ygandan so'ng, interlobar magistralga zarar etkazish xavfisiz o'rta lob va

A II arteriyalariga yaqinlashish imkoni bo'lmasa, operatsiyani teskari tartibda bajarish mumkin. O'blm interlobar yorilishi kengayadi, medial qismida bronxning o'rta bo'laklarini ochib, uni qo'shni limfa tugunlari, tikuv va xoch bilan harakatlantiradi. Pastki lob arteriyasi xavfsiz holatga keltirilib, markaziy yo'nalishda o'pka ichi bo'shlig'ini unga yaqin bo'lgan o'rta bo'lakdan bo'shatib, o'rta lob arteriyasi dissektsiyalanadi va bog'lanadi va kesiladi. Yuqorida, o'pka arteriyasining interlobar magistralining tashqi devori bo'ylab, A II ko'tarilib, kesib o'ting. Pastki lobning apeksiyasi yuqori lobning orqa qismidan ajratilgan. O'pka arteriyasining asosiy magistralini medial orqaga tortib olishadi, oraliq va asosiy bronxlarga tutashgan limfa tugunlari ochilib, olib tashlangan lobga suriladi. Traxeobronxial va bronxopulmoner limfa tugunlarini safarbar qiling va ularni distal qismga yo'naltiring. Dissektor yordamida yuqori ustunli bronxlar ajratilib, mexanik chok apparati yordamida tikiladi va kesishadi. Bronxial chok qo'shimcha ravishda tikiladi. Pulmoner ligament bog'lab qo'yilgan va diafragmadan pastki o'pka venasiga kesishgan. Pastki lob maksimal darajada tekislanadi. Plevra bo'shlig'iga ikkita naycha kiritiladi. Ko'krak qafasi qatlam bilan qatlamli choklar.

Pastki bilobektomiya yuqori o'pka bronxining og'zidan pastda joylashgan oraliq bronx, bronxopulmoner, bazal, traxeobronxial va peresofageal limfa tugunlari bilan o'ng o'pkaning pastki va o'rta loblarini olib tashlashdan iborat.

O'pka zanjiri diafragmadan pastki o'pka venasiga, mediastinal plevra - ochilmagan arkadan o'pka tomirining oldingi va orqa qismigacha ajratiladi. Yuqori va o'rta, yuqori va pastki loblar orasidagi oblique va gorizontal interlobar bo'shliqlarni ajrating. Agar loblar o'rtasida aniq chegaralar bo'lmasa, ular mexanik tikuv qo'llanilgandan keyin ajratiladi. Perikardial-bronxial ligamentni ajratib oling. Dissektor o'rta lobni venasini, bandajni va xochni ajratadi. Keyin o'pka arteriyasining interlobar magistral qismi orqa segmental arteriya joylashgan joydan ajratiladi, bog'lanadi, tikiladi va kesib o'tadi. Agar yuqori lobning orqa qismidagi arteriya o'rta lob arteriyasi yoki distal darajasida bo'lsa, u holda avval o'rta lob arteriyasi, so'ngra pastki lob arteriyasi bog'lanadi. Shundan so'ng, pastki o'pka venasi mobilizatsiya qilinadi, bog'lanadi va kesib o'tadi.

Pastki o'pka tomirlari va perikard tomirlari medial ravishda tortib olinadi, yuqori o'pka venasi ko'tariladi. Asosiy bronxlar orasidagi fastsiyani ajratgandan so'ng, pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial limfa tugunlari safarbar qilinadi, ular atrofdagi to'qima bilan birga distansiyalangan va oraliq bronxda limfa tugunlari va pastki bronxopulmoner limfa tugunlari biriktirilgan. Oraliq bronxlar tikiladi va yuqori usteniya ostidan o'tadi va limfa tugunlari bilan birga o'pkaning ikkala lobini ham chiqaradi. Bronxial toshma tasvirlangan texnikaga muvofiq davolanadi. Qolgan yuqori lob tekislanadi. Plevra bo'shlig'iga ikkita naycha kiritiladi. Yuqori chap lobektomiya

limfa tugunlari - bronxopulmoner, aorta oynasi mintaqasi, yuqori va pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial bilan birga asosiy lobdan chiqib ketadigan joy bilan yuqori lobni olib tashlashdan iborat.

To'rtinchi yoki beshinchi interkostal kosmosda lateral kirish.

Pastki o'pka venasidan aorta arkigacha medastinotomiya qiling, so'ngra pastki qovoqning apeksiyasi va yuqori lobning orqa segmenti orasidagi interlobar yorilish darajasiga ko'tariladi. O'pka arteriyasini qoplaydigan yog 'to'qimalari va limfa tugunlari (aorta oynasining joylari) o'pka tomon qaytarilib turuvchi asabni shikastlamasdan ajratiladi va bu erda aorta ark atrofida egiladi. Yuqori o'pka venasi xavfsiz holatga keltirilib, ikki marta bandajlanadi va kesiladi. Perikardial-pulmoner arterial ligament ajralib chiqadi, chap o'pka arteriyasining asosiy tarmog'ining tolali vaginasi ochilib, u apikal segmentar arteriya undan chiqib ketadigan joyga qadar maksimal darajada mahkamlanadi. Ikkinchisi bog'lab qo'yilgan, tikilgan va kesilgan. Biroz masofada ular oldingi segment, bandaj va xochning segmentar arteriyasini bog'laydilar. Agar bu ikkita arteriya bir-biriga ulansa, ular umumiy magistralni (old qismi) bo'shatish joyiga bog'lab qo'yadilar, tomirlarning periferik qismlari esa alohida bog'lab qo'yiladi. Vagus nervining shoxlari o'pkadan o'tib, kesishadi. Pastki lobning apikal segmenti yuqori lobning orqa qismidan ajralib chiqadi va o'pka arteriyasiga interlobar bo'shliq chuqurligiga kiradi. Pastki lobning apikal segmentiga boradigan arteriya ajratilgan va uning darajasida bog'lab qo'yilgan, tikilgan va kesilgan yuqori lobning orqa segmentigacha. Keyin o'pka arteriyasining interlobar qismi distillangan va qamish

segmentlarining bir yoki ikkita arteriyalari aniqlanadi, ular bog'lanadi va kesishadi. Arteriya bo'ylab joylashgan interlobar sulkusdagi limfa tugunlari olib tashlanadi ulush. Qamish segmentlari pastki lobdan ajralib chiqadi, yuqoriga ko'tariladi, pastki bronx bronxini ochadi va tizza bronxlari o'rtasida joylashgan bronxopulmoner limfa tugunlarini, shuningdek pastki traxeobronxial (bifurkatsiya) harakatlantiradi. O'pka arteriyasi chiqariladi, yuqori traxeobronxial va bronxopulmoner limfa tugunlari yuqori lob bronxining yuqori devoriga safarbar qilinadi. Shunday qilib, U0-40 apparati bilan yonib, yuqori lob bronxini mobilizatsiya qilish mumkin.

Mexanik tikuvning chizig'i alohida kesilgan choklar bilan mustahkamlanadi. Plevra bo'shlig'iga ikkita naycha kiritiladi.

Asosiy va pastki lobar bronxlarning dairesel rezektsiyasi bilan yuqori chap lobektomiya yuqori lobni rezektsiyalangan bronxial halqali (asosiy va pastki lob) mintaqaviy limfa tugunlari bilan birga olib tashlash va interbronxial anastomozni oxiriga etkazishdan iborat.

O'pkaga kirish, uni chiqarib yuborish, uning ildizi va limfa tugunlarini mobilizatsiya qilish, yuqori lobning tomirlarini davolash odatdagi yuqori lobektomiya kabi amalga oshiriladi. Vagus nervi asosiy bronxning membranali qismidan ajralib chiqadi va tortib olinadi. Traxeyani bifurkatsiyadan oldin asosiy bronxni to'liq ajratish uchun arterial ligamentni kesib o'tish va o'pka arteriyasining asosiy qismini tashqi va pastga siljitish kerak. Taxmin qilinadigan kesishish chizig'ining ikkala tomonidagi asosiy va pastki bronxlarda bronxlar joylashadi. Yuqori lob bronxining og'zidan 2 sm yuqorida joylashgan asosiy bronxlar xaftaga tushadigan bo'shliq bo'ylab skalpel bilan, membranali qismida esa qaychi bilan kesishadi. Keyin pastki lobning apikal bronxlari og'zidan 3-5 mm proksimal pastki qovuzloq bronxlarini kesib o'tadi. Preparat olib tashlanadi. Bronx arteriyasining qon ketadigan uchlari bog'lanadi. Interbronxial anastomozni yaratish ilgari tavsiflangan usullardan biriga muvofiq amalga oshiriladi.

Chapdagi pastki lobektomiya chap o'pkaning pastki lobini limfa tugunlari bilan olib tashlashni o'z ichiga oladi (bronxopulmoner, pastki traxeobronxial,

pesofagial va o'pka ligamentida joylashgan) va pastki chap bronxning bazasida kesib o'tgan.

Beshinchi interkostal fazoda yon tomonlarga kirish. O'pka bog'lamasini, o'pkaning tomiridan oldingi va orqada mediastinal plevrani pastki pulmoner venadan o'pka arteriyasiga ajratib oling. Pastki o'pka venasi chiqarilib, apparat bilan yorilib, transplantatsiya qilinadi va qo'shimcha ravishda bog'lanadi. Interlobar yorilishi kengayadi, o'pka arteriyasi va undan pastki pastki qovoqning apikal segmentining arteriyasi ochilib, bog'lanadi va kesiladi. O'pka arteriyasi bo'ylab limfa tugunlari ajratilib, olib tashlangan lobga chiqariladi. Umumiy bazal arter bog'lab qo'yilgan, tikilgan va qamish segmentar arteriyalarning zaryadsizlanishidan pastda joylashgan. Bronxlararo fasyal plastinka ajratilib, pastki (bifurkatsiya) traxeobronxial limfa tugunlari ajralib turadi, ular asosiy bronxdan ajralib, pastki lobgacha qisqaradi. Pastki bo'lak bronxlari poydevor orqali kesib o'tiladi, dumg'aza choklari choklarga qo'llaniladi. Limfa tugunlari bilan ulush olib tashlanadi.

Agar o'simta yuqori lob bronxining og'ziga ta'sir qilsa, asosiy va yuqori lob bronxlarining uchi shaklidagi yoki dumaloq rezektsiya amalga oshiriladi. Birinchi holda, nodal choklar yuqori lob bronxlarning asosiy va pastki devorlarining ichki devorlari orasiga, ikkinchisida - asosiy va yuqori lobli bronxlarning tomirlari o'rtasida anastomoz hosil qiladi. Asosiy bronxlar oldingi yuqori lob bronxlariga qaraganda 1-2 sm balandlikda kesishadi va oxirgisi og'izdan bir necha millimetr masofada joylashgan. Qolgan yuqori lob maksimal darajada tekislanadi, plevra bo'shlig'iga ikkita naycha kiritiladi.

O'pkaning segmental va sfenoid rezektsiyasi tashxisni rad etib bo'lmaydigan o'pka periferik saratoni uchun ishlatiladi.

Operatsiyadan oldingi tadqiqotlar va torakotomiya natijasi tashxisning oxirgi bosqichidir. "To'liq biopsiya" turiga ko'ra plazma rezektsiyasi, agar iloji bo'lsa, segmentda UO-40 yoki UO-60 apparatlarini 2-3 marta superpozitsiyadan iborat. To'qimalarni ajratish chizig'i o'simtaning chetidan 3 sm dan kam bo'lmasligi kerak. Tantal choklari atratikatik ignalardagi kesilgan yoki sakkiz

shaklli choklar bilan mustahkamlanadi. Atratikatik ignalar ustiga sun'iy tolali iplardan foydalanish eng maqbuldir.

O'pka qisman rezektsiya qilingandan so'ng, bitta lobni boshqasidan ajratish yoki saqlanib qolgan lobning qisman rezektsiyasidan so'ng yuzaga keladigan o'pka to'qimasining yara yuzasiga ehtiyotkorlik bilan tikuv ko'rsatiladi. Ushbu pozitsiyani fundamental deb hisoblash kerak, chunki operatsiyadan keyingi asoratlarning rivojlanishi o'pkaning lobining to'liq kengaymaganligi bilan bog'liq, bu ko'pincha qo'shimcha nurlanish yoki antitümörlü dorilarni davolashni istisno qiladi.

O'pka operatsiyasining yakuniy bosqichi nafaqat o'pka to'qimasini, balki ko'krak qafasini tomirlari tufayli ham yaxshilab gemostaz bilan birga bo'lishi kerak. Buning uchun barcha ishonchli usullarni, shu jumladan diatermokoagulyatsiyani qo'llang. Ish paytida va u tugagach, plevra bo'shlig'i antiseptik eritma bilan yuviladi. "Qoldiq bo'shlig'i" deb ataladigan kasallikning oldini olish uchun o'pkaning qolgan qismini kengaytirish va uni butun plevra bo'shlig'iga to'ldirish kerak.

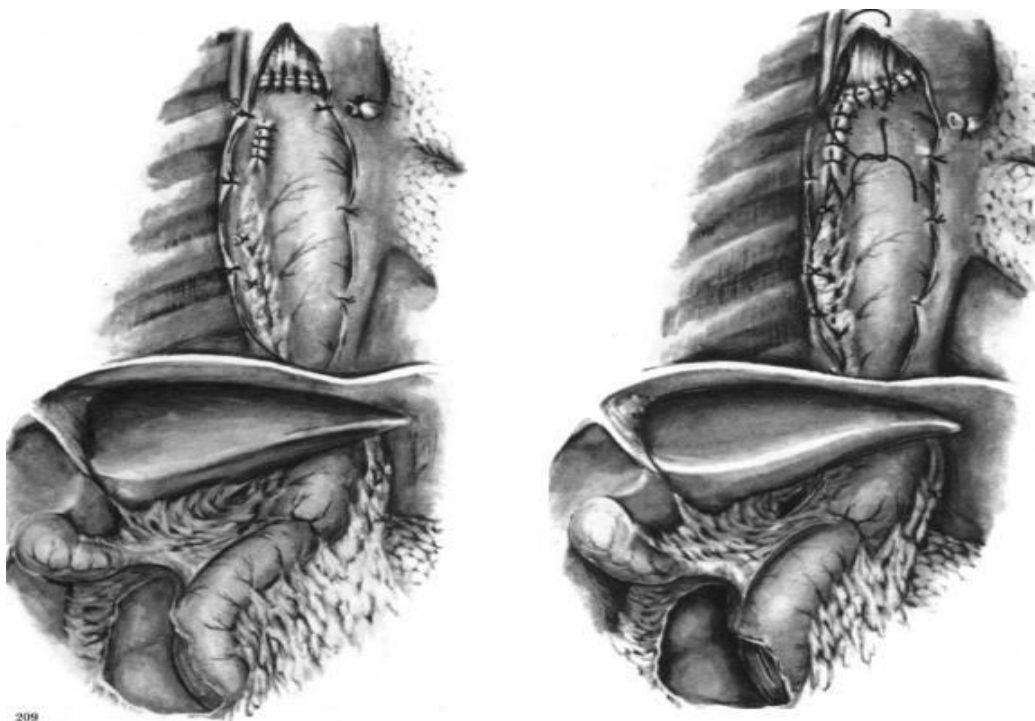
Lobektomiya o'pkaning qolgan qismlarini o'z vaqtida tuzatish, havo, qon va ekssudatni olib tashlash uchun ikkita drenajni olib tashlash bilan yakunlanadi. 1-2 kundan keyin pastki drenaj chiqariladi, yuqori drenajning plevra bo'shlig'ida qolishi davomiyligi bilan o'zgarib turadi va asosan o'pkaning qolgan qismi siqilishiga bog'liq. Yuqori drenajni olish uchun belgi nafas olish va yo'talish bilan u orqali havo oqimi yo'qligidir.

QIZILO'NGACHNINGSARATONIDAJARROXLIK AMALIYOTI

Lyuis operatsiyasi

Operatsiya o'rta torakal yoki pastki torakal qizilo'ngach saratoni uchun ko'rsatiladi (6-rasm).

26-rasm. Lyuis operatsiyasi



Qorin bo'shlig'i bosqichi

Bemorni orqa tomonda joylashgan operatsion stolda, silindrsimon jarayon darajasida rolik bilan joylashtirilgan holat.

Qorin bo'shlig'ini yuqori o'rta kirish orqali ochgandan so'ng, odatda metastaz zonalari baholanadi. Jarrohlik uchun onkologik kontrendikatsiyalar bo'lmasa, oshqozon to'g'ri tomirlarni saqlash bilan safarbar qilinadi. Qisqa me'da, chap me'da va chap oshqozon arteriyalarini bandaj qiling.

Diafragmaning qizilo'ngach ochilishining kengayishi barmoq bilan, yoki diafragmaning o'ng oyog'ini kesib o'tish orqali amalga oshiriladi. Safro safarbar qilingan oshqozon diafragma ochilguncha tushiriladi. Gemostaz Laparotomiya yarasi tikilgan.

Toraks bosqichi. Bemor chap tomonga, jarrohlik kirish darajasida rolikli joyga o'tkaziladi. O'ng tomonli torakotomiya beshinchi interkostal bo'shliqda o'simta qizilo'ngachning uchdan bir qismida, yuqori uchdan bir qismga va oltinchi interkostal bo'shliqda qizilo'ngachning shikastlanishi bilan, uchdan bir qismi o'simta pastki uchdan biriga o'tganda amalga oshiriladi. Torakotomiya kesmasi skapula burchagidan kostyum kamarigacha. Erta ekspanderni kiritgandan so'ng plevraning holati palpatsiya qilinadi va vizual ravishda baholanadi va orqa mediastiyadan ajralib chiqadi. Ushbu bosqichda o'pkaning ildiziga o'tadigan vagus asabining shoxlarini va qizilo'ngachning qolgan qismini ta'minlaydigan tomirlarni saqlab qolish kerak.

Mobilizatsiya qilingan erta oshqozon ko'krak bo'shlig'iga o'tkaziladi. Qizilo'ngach oshqozon orqali kesiladi va dag'al qon bosimi ko'tariladi.

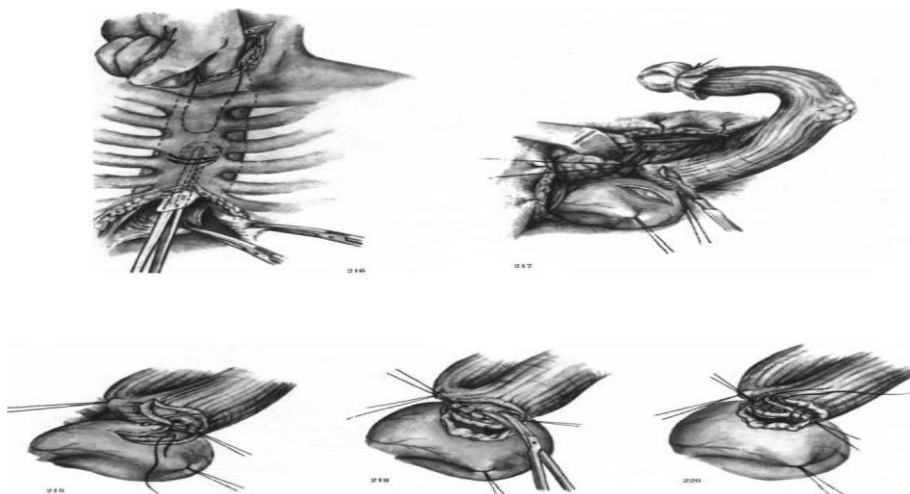
O'simta jarayoni oshqozonning kardial qismiga o'tganda, pastki va rezektsiya qilish (A. A. Shalimov tomonidan modifikatsiya qilingan) seroz-seroz nodal choklarning ikkinchi seriyasini peritonizatsiya qilish bilan amalga oshiriladi.

O'smaning yuqori qutbidan 4-5 sm orqaga chekinib, ovqatni kesib o'ting. Ko'krak qafasi qizilo'ngachni o'simta va atrofidagi tolalar bilan birga olib tashlangan dori olib tashlanadi.

Orqa mediastinaga me'da transplantatsiyasi qo'yiladi va qizilo'ngach-me'da anastomozi qo'llaniladi.

So'nggi yillarda jarrohlarning aksariyati stapler yordamida qizilo'ngach-me'da anastomozini qo'yishdan bosh tortdilar. Fedorov qisqichlari yordamida qizilo'ngachning tomirlari bilan qilingan har qanday manipulyatsiyaga biz qat'iyan qarshi chiqamiz. Oshqozonga yaqinlashish uchun qizilo'ngachning biron bir qisilishi mumkin emas. Muayyan tajriba mavjud bo'lganda, ushbu manipulyatsiya zarur emas. Ovqatning distal qismiga siqish yoki qo'pol tortishishdagi har qanday shikastlanish anastomoz sohasidagi regeneratsiya holatini sezilarli darajada yomonlashtiradi.

27-rasm. Qizilo'ngach saratoni uchun jarrohlilikning sxematik ko'rinishi



Birinchisi, oshqozon va qizilo'ngachning yon yuzasida chap va o'ngdagi ikkita lateral choklar. Choklar bog'lanmagan. Ikki tikuv orqa devorga ko'ndalang yo'nalishda o'rnatiladi, shunda ular qisman bir-biriga yopishadi. Oshqozon pufagi qizilo'ngachga yaqinlashgandan so'ng choklar bosqichma-bosqich bog'lab qo'yiladi, avval o'ng va chap, keyin orqa devor choklari. Ikkinchisi kesiladi. Oshqozon lümeni qizilo'ngachning kengligigacha ochiladi. Bunday holda, diseksiyondan keyin oshqozon devori sezilarli darajada qisqarishini va anastomozning orqa labini shakllantirishni murakkablashtirishini esga olish kerak. Shuning uchun orqa bo'g'imlardan kamida 1 sm orqaga chekinish kerak. Ikkinchi qatorning tugunli bo'g'inlari anastomozning orqa devoriga ular orasidan 5-6 mm masofada joylashtirilgan. Qizilo'ngachdan oshqozongacha qalin nazogastrik naycha o'tkaziladi, shundan so'ng choklar periferiyadan markazga, anastomoz oldingi labning barcha qatlamlari orqali chiqariladi. Penaltimali tikuvlarni darhol qo'llanilgunga qadar darhol siqib qo'ymaslik tavsiya etiladi, aks holda uni qo'llash shartlari yomonlashadi. Anastomozning shakllanishi ikkinchi qatorni qo'llash bilan yakunlanadi tikuv tikuvlari. Buning uchun birinchi in'ektsiya qizilo'ngachga ko'ndalang yo'nalishda, ikkita in'ektsiya - bo'ylama yo'nalishda oshqozon ustiga qilinadi. Shuni esda tutish kerakki, oshqozonga ponksiyon qilish manjetni yaratish uchun etarlicha masofada bajarilishi kerak. Agar ushbu qoidaga rioya qilinmasa, choklarni siqib qo'yganda, qizilo'ngachni osongina kesib tashlash mumkin. Qalin

zond olib tashlanadi va uning o'rniga ingichka nazogastrik naycha qo'yiladi. Proburun qanotiga ipak chok bilan o'rnatiladi.

Hozirgi vaqtda ular oshqozonni parietal plevra va diafragmaning oyoqlariga o'rnatishni rad etishdi, shuningdek piloroplastikaga murojaat qilishni to'xtatdilar.

Aero- va gemostazni tekshirgandan so'ng, antibiotiklar plevra bo'shlig'iga quyiladi va qatlamlarga mahkam yopishib, ikkita drenaj qoldiradi: yuqori - II darajali, pastki - interkostal bo'shliqning VII darajasida.

Nazogastrik naycha peristaltik paydo bo'lganidan 3-4 kun o'tgach va oshqozondan bo'shatilmasa, shuningdek suyuq bariy bilan rentgen tekshiruvdan so'ng chiqariladi.

Osawa-Garlock operatsiyasi

(qizilo'ngach rezektsiyasi bilan oshqozonni subksimal rezektsiyasi, torakoabdominal kirish)

Intubatsiyadan so'ng bemor operatsiya stoliga qat'iy ravishda o'ng tomonda, XI-XII torakal umurtqalar darajasida rulon va tos mintaqasi va ikkala qo'l uchun maxsus tayanchlar bilan joylashtirilgan. O'ng oyoq tizza bo'g'imida egilgan, chap tomon cho'zilgan.

Ob'ektiv laparotomiya kindikdan chapdan ettinchi yoki sakkizinchi interkostal kosmik tomonga, qiyshiq kamon tomon yo'naltiriladi. Qorinning to'g'ridan-to'g'ri, tashqi va ichki obli mushaklari kesishadi va ularning uchlari bandlangan. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, ushbu ishning mumkinligi masalasini hal qilish uchun tekshiruv o'tkaziladi va shundan so'ng orqa aksillar chizig'iga ettinchi (sakkizinchi) interkostal bo'shliq bo'ylab ko'krak qafasida teri kesmasi o'tkaziladi. Tish va interkostal mushaklar ajralib chiqadi. O'rta o'rtadagi chiziqqa yaqinroq joyda plevra kesiladi va uning ajralishi interkostal kosmosda davom etadi. Orqa qismda, interkostal mushaklar va plevra qo'l barmoqlari bilan sakkizinchi yoki to'qqizinchi qovurg'aning burchagiga qadar yo'q qilinadi. Sakkizinchi yoki to'qqizinchi qovurg'aning yuqori qirrasi darajasida, xaftaga tushadigan plastinka kesish bilan qimmatbaho kamar kesishadi. Yara peçete bilan cheklangan va orqaga tortuvchi vosita kiritiladi. Plevra bo'shlig'ini ochish paytida

o'pka plevra bo'shlig'ining pastki qismidagi yopishishlardan ozod qilinadi va gemostaz amalga oshiriladi.

O'pkani yuqoriga surib, ular o'pka bog'ichini tortib, uni diafragmadan tortib to pastki o'pka venasigacha tarqatadilar.

Aorta oldida mediastinal plevra kesiladi, qizilo'ngach ushlagichga tushiriladi. Ushbu zonaning auditini o'tkazing. Jigarining chap bo'lagini safarbar qiling.

Diafragmaning gumbazi, jigar, taloq, oshqozon va diafragmaning chap bo'lagi orasidagi yopishqoqlikni bir vaqtning o'zida ajratib, kirish tekisligi bo'ylab qisqichlar o'rtasida qisman ajratiladi. Diafragmaning ajratilgan qismlari qisqichlar ostiga tikiladi va alohida tikuvlar bilan bog'lanadi. Diafragmotomiya diafragmaning qizilo'ngachigacha ushlanib, qizilo'ngachga qaratiladi.

Qorin parda o'simtadan diafragmaning pastki yuzasidan qizilo'ngachga o'tish joyida ajralib chiqadi. Diafragmaning oyoqlari qisqichlar orasiga kesiladi.

Oshqozonni mobilizatsiya qilish katta egrilikdan va

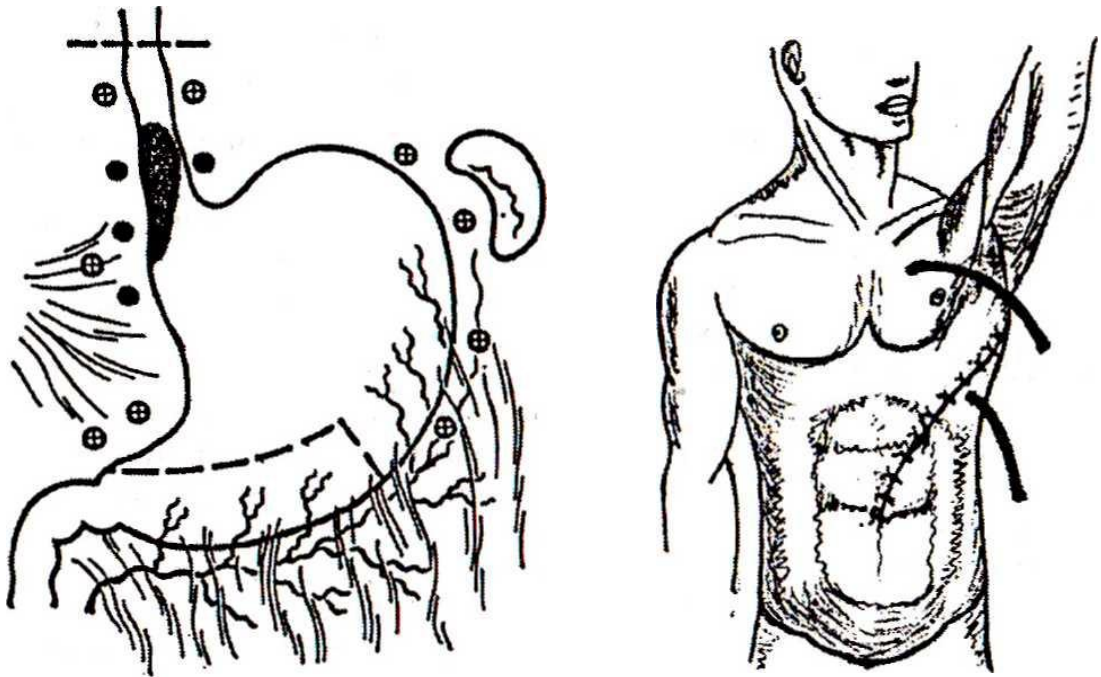
pastki qism, qisqa me'da arteriyalari shoxlarini kesib o'tayotganda va taloqning kapsulasini shikastlamaslikda ehtiyot bo'ling, ayniqsa oshqozon-ichak taloqining kengligi bir necha millimetr bo'lgan taloqning yuqori qutbidagi manipulyatsiyalar paytida. Me'da-ichak arteriyasining o'ng tomoni bilan omentumning o'ng yarmi saqlanib qoladi. Katta egrilik bo'ylab harakatlengach, oshqozon ko'tarilib, limfa tugunlari bilan to'qima oshqozonga surilib, ular og'iz orqali o'tib, chap oshqozon arteriyasi bo'ylab ikki marta ikkita qisqich bilan bog'lanadi. Me'da osti bezi kapsulasini undan bo'shatib, oshqozon osti bezi ligamentining ajralishini tugating. Keyin ular kichik egrilik bo'ylab safarbarlikni boshlaydilar, rezektsiya chizig'i bo'ylab ular qisqichlar orasidan kichik bir charchoqni kesib tashlaydilar. To'g'ri me'da arteriyasini saqlab qolish maqsadga muvofiqdir. Qizilo'ngach-diafragma ligamenti ostidagi dissektsiyani yakunlab, ular uni kesib o'tishadi. Oshqozon va qizilo'ngach tortilganda mediastinal to'qimalarni yuqoriga qarab harakatlaning. Qizilo'ngachni o'simtaning yuqori qutbidan kamida 5-6 sm masofada kesib o'tish kerak. Ikki tomonlama tomir vagotomiyasi ushbu darajadan 1 sm balandlikda amalga oshiriladi. Birinchidan,

qizilo'ngachning mushak qavati orqa devordan boshlab kesiladi. Yuzlangan mushaklarning chetida shilliq qavat ajralib chiqadi.

Oshqozonni rezeksiya qilish shishning chegarasidan 4-5 sm pastroqda joylashgan mexanik tikuv apparati yordamida amalga oshiriladi. Barcha mayda egriliklarni olib tashlashning sharti (o'chirilgan qismning chegaralari 7-rasmda keltirilgan). UKL-60 apparatini katta egrilikdan miltillash orqali proksimal yo'nalishda burama konus shaklida naycha hosil bo'ladi. Mexanik choklarning ikkinchi qatorini seroz-seroz choklar bilan peritonizatsiya qiling.

Oldin aytib o'tilgan muolajaga qarab, ezofagogastroanastomoz qo'llaniladi (Lyuis operatsiyasiga qarang). Oshqozonning tomiriga ingichka nazogastrik naycha qo'yilgan, u burunning qanotiga ipak chok bilan mahkamlangan.

28-rasm. Oshqozon rezeksiyasi



Diafragmaning gumbazlari alohida-alohida kesilgan ipak choklari bilan oshqozon osti bezi bo'ylab tikilgan. Diafragmaning ikkinchisi mahkamlanmagan.

Aerostaz va gemostaz tekshirilgandan so'ng, plevra bo'shlig'iga antibiotiklar quyiladi, yara ikki drenaj qoldirib, qatlamlarga mahkamlanadi: yuqori qismi II darajali va pastki qismi interkostal bo'shliqning VII darajasida.

Qorin bo'shlig'iga chap gipokondriyadagi kontraputeriya orqali qo'lqop naycha drenaji kiritiladi, yaraning laparotomiyasi esa qatlamlarga tikiladi.

Dobromislova-Torekaoperatsiyasi

(qizilo'ngachni transplantulyar bir bosqichli olib tashlash, bo'yin ustidagi qizilo'ngachni olib tashlash) qorin old devoridagi gastrostomiya)

Operatsiya oziq-ovqat yoki suvning yuqori torakal qismidagi saraton kasalligi uchun yoki oshqozon tomonidan birlamchi plastik operatsiya o'tkazishning iloji bo'lmagan hollarda amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'i bosqichi

Qorin bo'shlig'ini yuqori o'rta kirish orqali ochgandan so'ng, odatda metastaz zonalari baholanadi. Onkologik kontrendikatsiyalar bo'lmasa, qorin bo'shlig'i yarasi sochiq bilan yopiladi va torakotomiya boshlanadi. Umumiy jarayon bo'lsa, operatsiya qorin old devoridagi yaralarni gastrostoma qo'yish bilan tikiladi.

Toraks bosqich.

O'ng lateral torakotomiya skapula burchagidan tortib to kaltagacha bo'lgan intervalgacha beshinchi va oltinchi interkostal bo'shliqlar bo'ylab amalga oshiriladi. Reaktorni kiritgandan so'ng palpatsiya qiling va plevra va o'pkaning holatini vizual ravishda baholang. O'ng o'pka old tomondan olib tashlanadi va mediastinum limfa tugunlarining holatini palpatsiya qilib, qayta ko'rib chiqishda davom eting. Plevra bo'shlig'ida metastazlar bo'lmaganda, o'pka bog'lanishi diafragmadan pastki o'pka venasi darajasigacha ajratilib, uning qalinligida joylashgan limfa tugunlarini mediastinaga o'tkazadi. Qizilo'ngachning tepasida, orqasida va orqasida, diafragmadan plevra gumbazigacha mediastinal plevra ajralib chiqadi va qizilo'ngachda 3 sm gacha kenglikdagi tomir qoldirib, tomir olib tashlanadi va bog'lanadi. Qizilo'ngachning dastlabki qisilishi, paraesophageal tolalar va mediastinal limfa tugunlarining posterior guruhi bilan ular ahmoqlik va

tezkorlik bilan posterior mediastinumdan ajralib chiqadi. Ushbu bosqichda o'pkaning ildiziga boradigan vagus shoxlarini saqlab turish kerak. O'tkir tarzda oziq-ovqat perikard va aortadan ajratiladi. Qizilo'ngachning pastki va o'rta uchdan bir qismini harakatga keltirganda, aortaning qizilo'ngach shoxlari bog'lanadi, bog'lanadi va kesiladi. Qizilo'ngach bilan bitta blokda pastki traxeobronxial limfa tugunlari AOK qilinadi. O'pkaning dallanadigan shoxlari ostida ikkala vagus bilan kesishadi. Bifurkatsiyadan tortib to torakal ustun teshikka qizilo'ngach mediastinadan atrofdagi to'qima va paratracheal limfa tugunlari bilan birga aniq tarzda chiqariladi. Qizilo'ngachning umurtqa pog'onasidan chiqishi boshlanadi, so'ngra traxeyaning membranali qismi bo'ylab. Tanlashda yordam beradigan texnik vosita sifatida qizilo'ngachga me'da naychasini kiritish mumkin. Qizilo'ngach-diafragmatik ligament kesiladi va qizilo'ngach safarbar qilinadi. Pastki qizilo'ngach orqasida tortishish amalga oshirilganda, oshqozonning yurak qismi ko'krak qafasi bo'shlig'iga chiqariladi. Qizilo'ngach ikkita UO-40 apparati bilan yorilib, qizilo'ngach ular bilan kesishadi. Yurak pulpasi sohasida qizilo'ngach tomiriga nodal immersion choklari qo'yiladi.

Gumbaz ostida plevra qizilo'ngachni ikkita UO-40 apparati bilan tikadi va qizilo'ngach ular orasini kesib o'tadi. Preparatni olib tashlang. Aero- va gemostaz tekshirilgandan so'ng, antibiotiklar plevra bo'shlig'iga quyiladi va qatlamlarga mahkam yopishib, ikkita drenaj qoldiradi: yuqori qismi II interkostal bo'shliqda va pastki qismi VII interkostal bo'shliqda.

Bemor operatsiya stolida orqa tomoniga, boshi o'ngga va elkama pichoqlari ostidagi rolikka o'giriladi. Me'da va qizilo'ngach kasalligini tayinlashni boshlang. Ushbu qadamlarni ikkita jarrohdan iborat guruhdan foydalangan holda parallel ravishda bajarish tavsiya etiladi.

Servikal bosqich

Qatlam-qavatli kesma chap sternokleidomastoid mushakning medial qirrasi bo'ylab yumshoq to'qimalardan iborat bo'lib, servikal fasyaning traxeyadan oldingi plastinkasigacha cho'zilib, uni uzunlamasına ajratib turadi. To'satdan ilgak bilan neyrovaskulyar to'plam orqaga suriladi. Cımbız yordamida bachadon bo'yni qizilo'ngach plevra bo'shlig'idan tikilgan dog'lar bilan yaraga chiqariladi. Yaraning

chuqurligida uning devori mediastinumdan ajratib, atrofdagi mushaklarga tortiladi. Yara qizilo'ngachga qatlam bilan tikilgan.

Dastlab, mexanik chok chizig'i bo'ylab mushak kesiladi, so'ngra submukozal-shilliq qavat. Qizilo'ngachning shilliq qavati teri yarasining pastki chetlariga tikilib, qizilo'ngachni hosil qiladi.

Qorin bo'shlig'i bosqichi

Gastrostomiya bo'yicha operatsiya o'tkaziladi. Kamida 3-6 oy o'tgandan keyin yo'g'on ichakni plastik jarrohlik yo'li bilan suv bilan echish tavsiya etiladi. operatsiyadan keyin.

Bek-Jiano b o'yichagastrostomia

Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontal, orqa tomonda joylashgan. Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi, chap tomonda pararektal kirish mumkin.

Tekshiruvdan so'ng ular oshqozonni pilorusdan o'rtasiga safarbar qila boshlaydilar. Katta egrilikdan 5 sm masofada, avaskulyar zonadagi gastrokolik ligamentga qisqichlar qo'llaniladi va ajratiladi. Shu bilan birga, o'ng gastro-omental arteriyaning asosiy magistrallari saqlanib qoladi.

Oshqozonning katta egriligidan kelib chiqqan holda, oshqozon yarasini shakllantirishga o'ting. Buning uchun, katta egrilikning pastki qismi tomon yo'nalishda, mexanik tikuv apparati yordamida 3-4 sm kenglikdagi va 10-12 sm uzunlikdagi oshqozon sopi hosil bo'ladi, yaxshisi, mexanik choklar bo'ylab seroz membrana ajratiladi. Ikki parallel qatorga mexanik choklar qo'yilgandan so'ng, ularning o'rtasida oshqozon devorlari kesiladi va ikkinchi qatorga mushaklar-mushak tugunlari tikiladi (8-rasm). Chap gipokondriyadagi chap kesma orqali rektus mushaklarining tashqi chetidan 4-5 sm pastroqda hosil bo'lgan qorincha naychasining ustki qismi tashqariga chiqarilib, aponevrozga choklar qo'yilgan. Operatsiya paytida gemostaz. Qorin bo'shlig'i qatlamlarga tikilgan. Olingan oshqozon sopi ustki qismi ochiladi. Shilliq qavat rozet shakllanishiga harakat qilib, qorin old devorining terisiga tikilgan (9-rasm). Gastrostomiya tekshiruvi operatsiyadan bir kun keyin boshqariladi.

ME'DASARATONIDAJARROXLIK AMALIYOTI

Me'da proksimal subtotal rezektsiyasi

Oshqozonning proksimal subektsiyasi (hajmning 3/4 - 4/5) oshqozonning kichik egriligi, kattaroq yoki kamroq charvi, oshqozon-ichak, oshqozon-ichak, oshqozon osti bezining olib tashlanishini anglatadi.

29-rasm. Me'da proksimal subtotal rezektsiyasi



Kardiyo va qizilo'ngachga tutashgan, o'simtaning yuqori qutbidan 4 sm masofada joylashgan ligamentlar. Qo'shni a'zolar yoki tuzilmalarda urug'lantirilganda, qo'shma subtotal proksimal me'da rezektsiyasi to'g'risida qaror qabul qilinadi.

Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontaldir. Yuqori o'rta laparotomiya ksfoid jarayonining rezektsiyasi bilan amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, tekshiruv o'tkaziladi va operativlik masalasi hal qilinganidan so'ng, ular oshqozonni safarbar qila boshlaydilar.

Jigarining chap bo'lagini safarbar qiling. Ko'ndalang chambar ichakdan katta omentum ajratilgan. Oshqozon-ichak traktining o'ng arteriyasi majburiy ravishda saqlanib qoladi. Dalakning pastki qutbidan 1-1,5 sm masofada joylashgan ko'ndalang chambar ichakni suvga cho'mdirgandan so'ng, gastrolial

ligament qisman kesib o'tiladi, qisqa oshqozon arteriyalarining shoxlari bog'lanadi, taloq kapsulasini shikastlamaslik uchun ehtiyot bo'ling, ayniqsa yuqori qismdagi manipulyatsiya paytida. taloq qutblari, bu erda oshqozon-taloq ligamentining kengligi bir necha millimetrga teng. Dalak subfrenik bo'shliqqa tushadi, shundan so'ng gastro-diafragma ligament qisqichlar bilan kesishadi. Oshqozonning yuqori qismi old tomondan va pastki qismdan tolalar bilan chiqariladi. Qisman shu tarzda safarbar qilingan oshqozon o'ngga va oldinga tortiladi, oshqozon osti bezi ligamentining qorin bo'shlig'i bir vaqtning o'zida oshqozon osti bezining yuqori chetidan ajratiladi, kesma taloqning ustki qutbigacha va diafragmaning o'ng ichki oyog'iga qadar davom etadi. Chap me'da arteriyasi va tomirlarining qisqichlarini kesib, bog'lang.

Me'da osti bezi kapsulasini bo'shatish va diafragmaning o'ng oyog'ini bo'shatish bilan oshqozon-ichak trakti bog'lanishini tugatish.

Keyinchalik, ular oshqozonni kamroq egrilik bo'ylab safarbar qila boshlaydilar. Rezektsion chiziq bo'ylab qisqichlar orasidagi kichik bir bez kesiladi. Dissektorni qizilo'ngach-diafragma ligamenti ostiga qo'yib, ular kesib o'tishadi. Oshqozon va qizilo'ngach tortilishi bilan mediastinal tolalar rejalashtirilgan rezektsiya darajasiga qadar harakatlanadi. To'g'ri me'da arteriyasini saqlab qolish maqsadga muvofiqdir.

Anastomozga qarab, qizilo'ngach va oshqozon kesishishidagi o'zgarishlar farqlanadi.

Qizilo'ngachni yuqoridan kamida 5-6 sm masofada kesib o'tish kerak

o'simta qutblari. Qizilo'ngachni rezektsiya qilish chizig'i mediastinal toladan chiqish joyidan kamida 1,5-2 sm masofada joylashgan bo'lishi kerak, bunda ikki tomonlama magistral vagotomiya ushbu darajadan 1 sm balandlikda amalga oshiriladi. Birinchidan, qizilo'ngachning mushak qatlamlari orqa devordan boshlanadi. Yuzlangan mushaklarning chetida shilliq qavat ajralib chiqadi.

Oshqozonning subkotal proksimal rezektsiyasi o'simta chegarasidan 4-5 sm pastda joylashgan mexanik choklar yordamida amalga oshiriladi. Bir shart - bu barcha mayda egriliklarni olib tashlash. U0-60 apparatini katta egrilikdan chaqirib, ular proksimal yo'nalishda tebranib, konus shaklida naycha hosil qiladi. Preparat

olib tashlanadi va mexanik choklarning peritonizatsiyasi ikkinchi seroz-seroz choklar bilan amalga oshiriladi.

Yizofagastroastroanastamozni yon tomonlarga qo'ying (Lyuiss operatsiyasiga qarang). Bunday holda, qizilo'ngachni Fedorov qisqichi va boshqa qo'pol manipulyatsiyalardan saqlanish kerak. Yupqa nazogastrik naycha oshqozonning tomiriga solinadi va burun qanotining terisiga mahkamlanadi.

Qorin bo'shlig'iga chap gipokondriyadagi kontrapertatsiya orqali qo'lqop naycha drenaji kiritiladi va laparotomiya yarasi qatlamlarga tikiladi.

Me'da distal subtotal rezeksiyasi

Ko'rsatmalar - bu I, II va III bosqichdagi oshqozon distal uchdan bir qismining ekzofitik yoki aralash o'sishi.

Subtotal distal gastrektomiya (hajmning 3-4 / 4/5) kichik egrilikni olib tashlashni o'z ichiga oladi, katta egrilik bo'ylab esa, rezektsiya chegarasi taloqning pastki qutblari darajasida o'tadi (10-rasm). Oshqozonning bir qismi bo'lgan bitta blokda chap va oshqozon arteriyasi bo'ylab katta va kichik omentum, periopilorik limfa tugunlari va limfa tugunlari chiqariladi. Proksimal subtotal rezektsiyada bo'lgani kabi, o'simta jarayonida qo'shni a'zolarining ishtiroki bilan kengayish qo'llaniladi birlashtirilgan operatsiya hajmi.

^ Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontal holatda. Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, operatsiya qilish to'g'risida qaror qabul qilish va oshqozonni safarbar qilish uchun tekshiruv o'tkaziladi.

Ko'ndalang chambar ichakdan katta omentum ajratilgan. Me'da-ichak yo'lining ligamentida ilgari qilingan teshikdan boshlab, omentum taloq yo'nalishi bo'yicha ajratiladi. Bunday holda, yordamchi ko'ndalang chambar ichakni pastga tortib, charvini yuqoriga ko'taradi. Omentum qon tomir bo'lmagan sohalarda ajratiladi va yig'ilish tomirlari bog'lanadi. Ajratish paytida omental sumka keng ochiladi.

Chap oshqozon-ichak arteriyasi va venalari ulanadi va bo'shatish joyida kesishadi.

Omentum jigar burchagiga qarab ajratilganda, o'ng gastro-omental bez arteriyasi qisqichlar bilan kesishgan va ipak bog'ich bilan bog'langan. Limfa tugunlari bo'lgan periopilorik tolalar tupfer tomonidan oshqozonning ko'tarilgan qismiga yo'naltiriladi.

Keyin kichik egrilikni mobilizatsiya qilishga o'ting. Jigarning chap bo'lagini oyna bilan almashtirgandan va oshqozonni chap va pastga siqib chiqargandan so'ng, qon tomir sohasida omentum kesiladi. Yaratilgan teshik orqali doka ushlagichi ushlab turiladi, uni tortib, oshqozonni bo'shatishni engillashtiradi. Pylorus ostida ular o'ng me'da arteriyasini kesib o'tishadi, so'ng yuqoriga ko'tarilib, oshqozonga tushirib, mayda bezni kesib o'tishadi. Oshqozonning orqa devorini ochib, oshqozonni yuqoriga va o'ngga qaratib, o't pankreasning qorin parda parchalanadi.

Eskirgan tolani chap me'da arteriyasi bo'ylab limfa tugunlari bilan, ikkala qisqich o'rtasida og'iz orqali kesib, so'ngra 6-sonli ikkita ipak bog'ich bilan bog'lashadi.

Qizilo'ngach-diafragma ligamentining qisqichlari orasidan o'tib bo'lgandan keyin kamroq egrilik harakatchanligi tugatiladi. Oshqozonning kichik egriligi bo'ylab qizilo'ngachning o'ng chetidan 2 sm orqaga tortilib, unchalik katta bo'lmagan egrilik bilan rezektsiya darajasini ko'rsatuvchi tuguncha chok qo'yiladi. Katta egrilik bo'ylab tikuv tutqichi taloqning pastki qutblari darajasida joylashtirilgan.

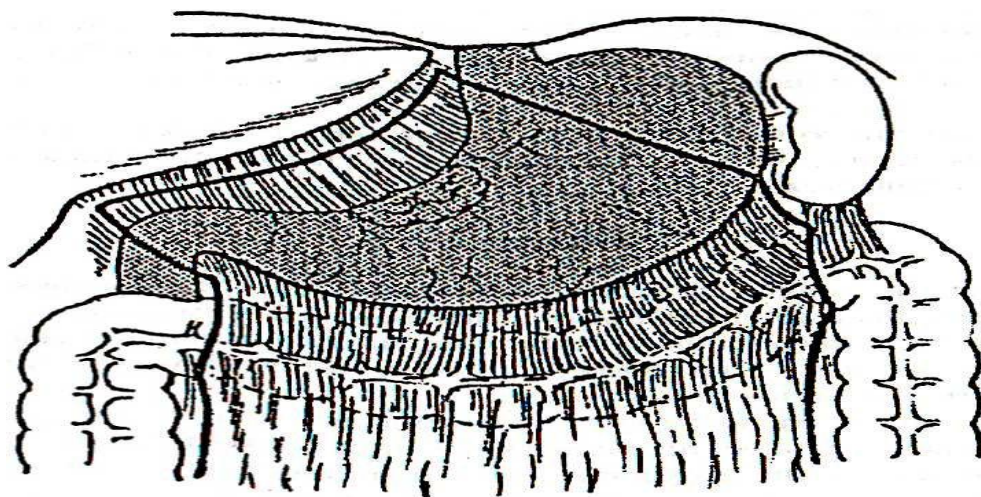
Oshqozon UO-BO apparati bilan yonib, katta egrilikdan 4-5 sm masofada qoldirilib, mo'ljallangan chiziq bo'ylab mexanik choklar yordamida rezektsiya qilinadi. Mexanik choklarning chizig'i seroz-seroz choklarning ikkinchi qatori bilan peritonizatsiya qilingan. Distal tarzda, oshqozon UO-40 pylorus apparati orqasida tikilgan. O'n ikki barmoqli ichakning choklari ikki yarim chokli choklar bilan yarqirangandan so'ng tikiladi. Kam yotgan o'simta bo'lsa, olib tashlangan dori tarkibiga o'n ikki barmoqli ichakning 1-2 sm qo'shiladi.

Ovqat hazm qilish traktining uzluksizligini tiklash, texnik sharoitga qarab, turli yo'llar bilan amalga oshirilishi mumkin. Ko'pgina hollarda gastroenteroanastomozni qo'llash usullari qo'llaniladi. Onkologik nuqtai nazardan, Balfour modifikatsiyasida Billrot-P usuliga ko'ra anastomozni qo'llash optimaldir (Balfour, 1917). Me'da saratonida Hoffmeister-Finsterrega ko'ra anastomozni qo'llash operatsiya vaqtini biroz qisqartiradi, ammo u eng maqbul emas. Billrot-I ga ko'ra anastomoz qo'yish onkologik radikalizm tamoyillariga ziddir.

Biz Balfurga ko'ra, me'da rezektsiyasini bajaramiz. Ushbu usul oldingi-selektiv gastroenteroanastomozni va uzun jigarni enteroenteroanastomozni kiritishni o'z ichiga oladi.

Oldin kichik va katta egrilik ustiga qo'llangan anastomozni salfetskalar bilan qo'llash sohasi cheklanganidan keyin oshqozonni ko'ndalang tomonga cho'zing.

30-rasm. Jarrohlik paytida omentumni ajratish



Treitz bog'lamidan 35-40 sm masofada ingichka ichakning bir bo'lagi aniqlanadi. Ikkinchisi ko'ndalang chambar ichakning oldida, oshqozonning kultigacha o'tkaziladi. Me'daga nisbatan bajarilmagan jejunum qovuzloqining izoperistaltik joylashuvi juda muhim ahamiyatga ega. Bunday holda, ingichka ichakning ilmoq qismi kichik egrilikda, etakchi qismi esa katta qismida joylashgan. 3-sonli ipak birinchi qatorga seroz-mushak choklari bilan, qorin bo'shlig'ining orqa devorining o'rtasidan, zimbalar darajasidan 0,7 sm orqaga, ichak esa katta egrilikka surtiladi. Ikkinchi qator yuqoridan boshlanadi, barcha qatlamlar bo'ylab in'ektsiya

o'tkazilib, Reverden bo'ylab uzluksiz burilgan katgut chokini qo'yib, so'ngra uni anastomoz oldingi labda davom ettiradi. Gastroenteroanastomoz ikkinchi darajali sero-mushak choklarini anastomozning oldingi labiga (ikkinchi qatorni hosil qiladi) qo'llash orqali qoplanadi. Yagona ipak tikuvlarini o'rnatish ham mumkin. Qo'rg'oshin qovuzloqi, ikki yoki uch choklar bilan oshqozon tikasining o'ng chetiga qizilo'ngachning o'ng chetiga o'rnatiladi.

Gastroenteroanastomozdan 15-20 sm pastga tushgandan so'ng, ular ikkita qavatni tikib, Braunga ko'ra, entero-enteroanastomozni yonma-yon qo'yishni boshlaydilar. Ushbu anastomozning uzunligi atigi 2-3 sm.

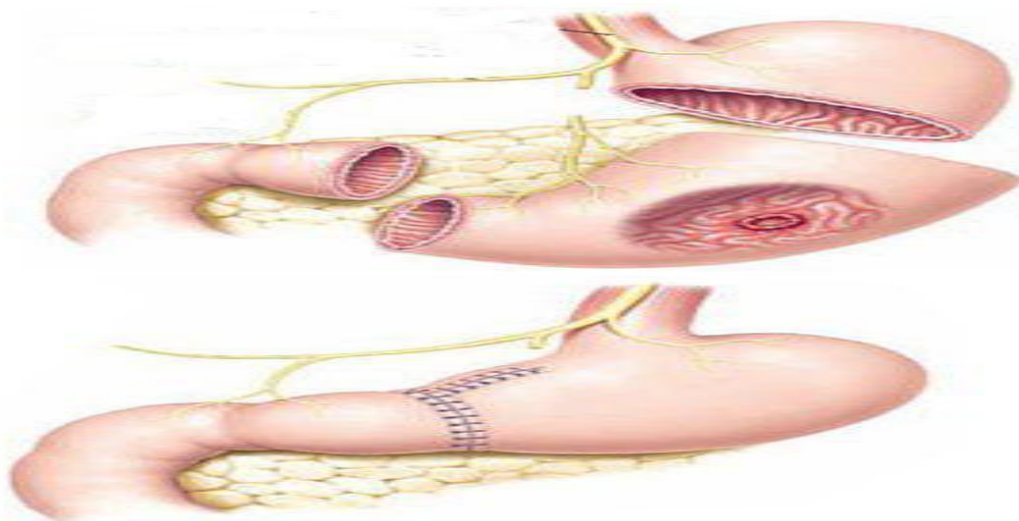
Qorin bo'shlig'iga chap gipokondriyadagi kontrapertatsiya orqali qo'lqop naycha drenaji kiritiladi va laparotomiya yarasi qatlamlarga tikiladi.

Gastrektomiya.

Oshqozonni gastrektomiya qilish yoki chiqarib yuborish qizilo'ngach va o'n ikki barmoqli ichakning ulkan bo'laklari (2-4 sm gacha), katta va kichik omentum, oshqozonning tolali biriktiruvchi apparati bilan oshqozonni olib tashlashni o'z ichiga oladi. Qorin bo'shlig'i yoki torakoabdominal kirish orqali amalga oshiriladi.

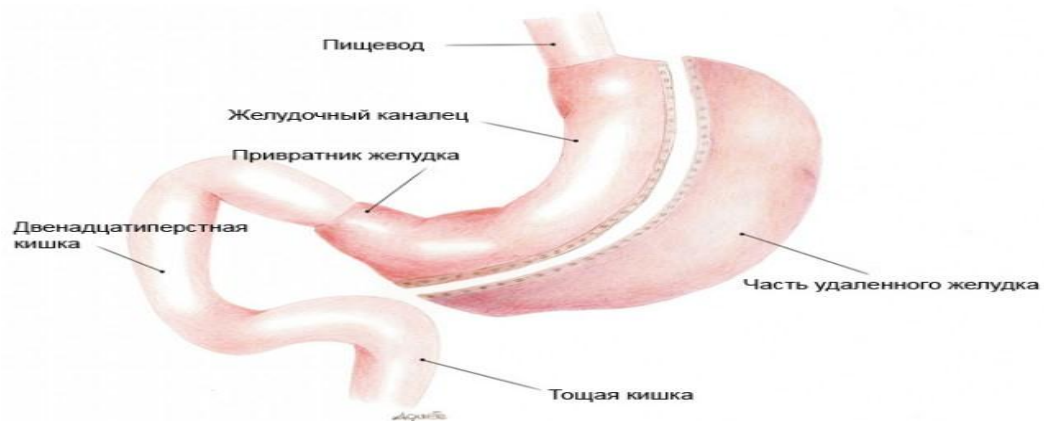
Qorin bo'shlig'i yo'li bilan bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontal holatda bo'ladi, yuqori median laparotomiya qilinadi.

31-rasm. Gastrektomiya



Tekshiruvdan so'ng, ishni operativ deb topib, ular oshqozonni safarbar qila boshlaydilar. Katta katta qizilo'ngachni ko'ndalang chamber ichakdan ajratib oling. Me'da-yo'g'on ichak ligamentida teshikdan boshlab, omentum taloq tomonga ajrala boshlaydi. Bunday holda, yordamchi ko'ndalang chamber ichakni pastga tortadi va omentum yuqoriga ko'tariladi. Malham qon tomir sohalarida kesiladi, duch kelgan tomirlar bog'lanadi. Ajratish paytida to'ldirilgan sumka keng ochiladi. Chap oshqozon-ichak arteriyasini bog'lang va kesishadi.

32-rasm. Oshqozonning anatomik bo'limlari



Maksimal parvarish bilan katta egrilik bo'ylab zich limfa tugunlari bo'lsa, oshqozon-taloq ligamenti taloq darvozasida kesiladi.

Dalak yaqinida qisqa me'da tomirlari siqilish bilan bosqichma-bosqich o'tadi. Oshqozonning katta egrilik bo'ylab harakatlanishi diafragmatik me'da bog'lamining qizilo'ngachning chap tomoniga tarqalishi bilan tugaydi, shundan so'ng qizilo'ngachning chap devori ko'rinadi. Jigarning uchburchagi bog'lanishi ilgari ajratilgan va manipulyatsiyani osonlashtirish uchun jigarning chap bo'lagi o'ng tomonga suriladi.

Omentum jigar burchagiga qarab ajratilganda, o'ng gastro-omental bez arteriyasi qisqichlar bilan kesishgan va ipak bog'ich bilan bog'langan. Limfa tugunlari bo'lgan periopilorik tolalar tupfer tomonidan oshqozonning ko'tarilgan qismiga yo'naltiriladi.

Keyin kichik egrilikni mobilizatsiya qilishga o'ting. Jigarning chap bo'lagini oyna bilan almashtirgandan va oshqozonni chap va pastga siqib

chiqargandan so'ng, qon tomir sohasida omentum kesiladi. Yaratilgan teshik orqali doka ushlagichi ushlab turiladi, uni tortib, oshqozonni bo'shatishni engillashtiradi. Pilorning pastki qismida umumiy jigar arteriyasining bir bo'lagi bo'lgan o'ng oshqozon arteriyasi bog'lab qo'yilgan. Shundan so'ng

yuqoriga qarab, ular kichik bir o'simtani kesib, uni oshqozonga o'tkazadilar. Oshqozonning orqa devorini oshqozonni yuqoriga va o'ngga tortib ochib, oshqozon osti bezi qorin parda parchalanadi. Chap me'da arteriyasi bo'ylab limfa tugunlari bilan eksfoliatsiyalangan tola olib, uni og'ziga ikkita qisqichlar orasidan kesib, ikki sonli 6-sonli ikkita ipak ligatura bilan bog'lang. Chap me'da venasi ham bog'lab qo'yilgan.

Kamroq omentumning proksimal qismida chap oshqozon arteriyasining ko'tarilgan qismi bog'lab qo'yilgan.

Diafragmatik ligament kesishadi va qizilo'ngach-diafragma ligamentining qisqichlari bilan kesishgandan so'ng, kichik egrilikning harakatlanishi tugallanadi.

Qorin bo'shlig'ining qizilo'ngachini harakatga keltirish uchun u ahmoqona barmog'ini aylanib o'tib, rezina ushlagichdan o'tadi (siydik peshob kateteridan foydalanish qulay). Ikkala vagus magistrallari qaychi bilan kesishadi, shu bilan birga, ular bilan birga keladigan tomirlardan qon ketishidan qo'rqib, ikkinchisini bog'lab qo'yishadi.

O'zofagenteroanastomozni qo'llash oson bo'lishi uchun diafragmani oldindan qo'llaniladigan qisqichlar orasidagi diafragma tomirlarini bog'lab, sagittal diafragmotomiya amalga oshiriladi. Bunday holda, chap yoki o'ng plevra bo'shlig'ini ochish xavfi mavjud.

Qorin bo'shlig'ini o'n ikki barmoqli ichakning yuqori va pastki chetlari bo'ylab harakatlantirish uchun qaychi bilan. O'n ikki barmoqli ichak devori adipoz to'qimasidan oshqozon osti beziga mo'ljallangan kesishishdan 1,5-2 sm pastroq darajada ozod qilinadi.

Pilorning ostidan mexanik tikuv apparati o'n ikki barmoqli ichakning devoriga yotqizilgan va apparatdan o'tib ketgan. Dilimlarning yuzasi antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi.

O'n ikki barmoqli ichak choklari qo'shimcha ravishda yarim yarim tarmoqli choklarga botiriladi. Me'da yarasini qayta ishlagandan so'ng oshqozon qizilo'ngachdan ajratiladi, qizilo'ngachning qisqichlari bilan tutashgan joyi bundan mustasno. Oshqozonni olib tashlash chegaralari sek. 11.

Ovqat hazm qilish va ichak anastomozini shakllantirishning bir necha o'nlab usullari mavjud, ammo akademik G.V. tomonidan tavsiya etilgan usul funktsional jihatdan eng maqbul hisoblanadi. Cooper.

G.V.ga ko'ra oshqozon-ichak trakti anastomozi. Ushbu tartibda kooperatsiya tashkil etiladi. Ko'ndalang chamber ichak tutqichining qon tomir qismida kesish orqali qizilo'ngachga eyunumning bir bo'lagi keltiriladi. Seroz-muskulli choklar pastadir tutqichining chetiga 8-10 sm qilib, T shaklidagi dublyaj hosil bo'lishiga imkon beradi (12-rasm, a). Keyin probning diametri qizilo'ngachning diametriga teng bo'lishi uchun jejunum qovuzloqining old yuzasiga prob (yoki bir nechta) joylashtiriladi. Probda ichak qovuzloqidan debriyaj hosil bo'ladi (12-rasm, b). Keyin zond olib tashlanadi va qizilo'ngach hosil bo'lgan teshikka joylashtiriladi (13-rasm, a). Qopqoqning kaudal qirrasi qizilo'ngach va diafragma ichiga ikki yoki uch chok bilan o'rnatiladi. Yengning ichki chetida, qizilo'ngach chetidan 2-2,5 sm masofada perimetr atrofida kesilgan choklar bilan o'rnatiladi.

Gastrektomiyada rezektsiyaning chegaralari

Keyin qizilo'ngach va ingichka ichakning tortib olinadigan tizzalari o'rtasida invaginatsion anastomozni shakllantirishga o'ting.

O'g'irlab qo'yilgan ichakning old devorini parchalab tashlang. Anastomozning orqa labini qizilo'ngach devorining barcha qatlamlari bo'ylab qizilo'ngach va ichak devorining shilliq pardalarini majburiy ushlab orqali choklar bilan tikiladi. Anastomozning oldingi labini bir qatorli ipak choklar bilan tikib, tugunlarni anastomozning lümenine bog'lab turadi.

Etakchi va bo'shatuvchi ichak qovuzloqlari seroz-seroz bilan tikilgan

Anastomoz atrofidagi kesma choklar yelkaning ichki chetidan pastga qarab. Diafragmaning qizilo'ngachga yaqin joylashgan qismida, qizilo'ngach to'qimasini

olib va yonida qo'shimcha ingichka ichak “yengi” tikiladi, oldingi yuzasi va diafragma o'rtasida 2-3 chok qo'yiladi.

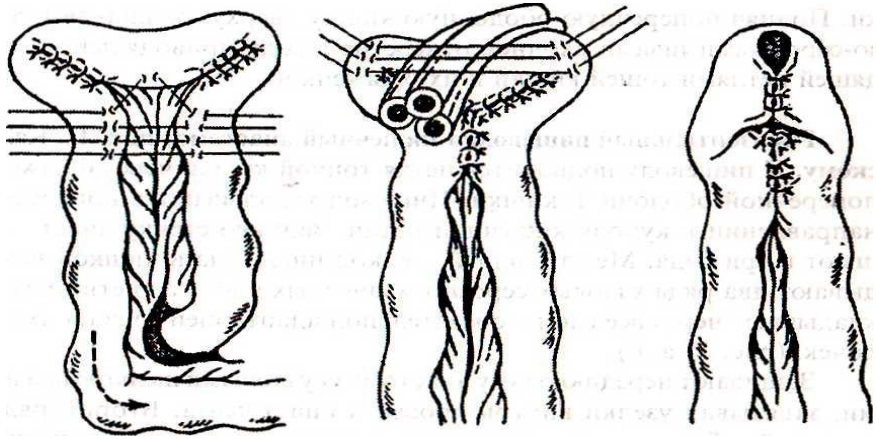
Entero-enteroanastomoz ichakning etakchi va chiquvchi qovuzloqlari orasiga qo'yilib, ularni alohida seroz-seroz choklar bilan ko'ndalang chamber ichak tutqichining teshigi chetiga mahkamlang. Ko'ndalang chamber ichakni yuqoriga ko'tarib, ichak tutqichi va ajratuvchi qovuzloqlari orasidagi kirish teshigi seroz-seroz choklar bilan kesiladi.

Qizilo'ngachoenteranastomoz qo'llanilgandan so'ng, operatsiya jarayoni standart hisoblanadi. Ko'rsatmalarga ko'ra, chap gipokondriyadagi kontrapertatsiya orqali qorin bo'shlig'iga qo'lqop naychali drenaj kiritiladi va laparotomiya yarasi qatlamlarga tikiladi. Gilarovittsga ko'ra qizilo'ngach-ichak anastomozi Ko'ndalang chamber ichak tutqichining kesimi orqali qizilo'ngachga eyunumning uzun bo'lagi keltiriladi. Ichak tutqichining chetiga 5-6 sm uzunlikdagi bir nechta seroz-mushak choklarini joylashtiring, qizilo'ngach ichak bo'shatish bo'shlig'ining old tomoniga, uchta tuguncha seroz-mushak choklari bilan avval o'ng tomonda, keyin chapda va oxirida ikkitadir. - Orqa tarafdagi uchta kesilgan choklar. O'g'irlab qo'yilgan ichakning old devorini parchalab tashlang. Anastomozning orqa labini qizilo'ngach devorining barcha qatlamlari bo'ylab qizilo'ngach va ichak devorining shilliq pardalarini majburiy ushlab orqali choklar bilan tikiladi. Anastomozning oldingi labini bir qatorli ipak choklari bilan bog'lab, tugunlarni anastomozning lümenine bog'lab turadi. Ikkinchi qator kerak emas, zaif joylarda o'zingizni ikki yoki uchta tikuv bilan cheklash mumkin anastomoz.

Ichakning yarim yarim doira chap chap yuqori qizilo'ngach-ichak choklaridan ipak ip bilan igna ichakning seroz va mushak membranalari orqali kiritiladi, ikkinchi tikuv ichakka o'ng tomonda, qizilo'ngach-ichakning yuqori chokida qo'yiladi. Ushbu chokni mahkamlashda qizilo'ngach-ichak anastomozi etakchi qovuzloq bilan qoplanadi. Ichakning afferent va qorin bo'shlig'i anastomoz atrofida seroz-seroz uzilgan choklar bilan tikiladi, avval o'ng yon tomonlar bo'ylab joylashtiriladi, so'ngra qo'yilgan yarim tsikli chokni (chap chetini) tikib, so'ngra pastki qismdan tikiladi. Diafragmaning qizilo'ngachda joylashgan qirralariga,

qizilo'ngach to'qimasini olib va uning yonida, qizilo'ngach-ichak anastomozi atrofidagi jeyunum ilmoqchasi yuqori qismida joylashgan ichida.

Shakl 34. Ingichka ichak qovuzloqidan "debriyaj" ning shakllanishi: a, b, c - "debriyaj" ning shakllanish bosqichlari



Entero-enteroanastomoz ichakning etakchi va chiquvchi qovuzloqlari orasiga qo'yilib, ularni alohida seroz-seroz choklar bilan ko'ndalang chambar ichak tutqichining teshigi chetiga mahkamlang.

Ko'ndalang chambar ichakni yuqoriga ko'tarib, seroz va seroz choklarni old va etakchi o'rtasida teshikka torting jejunum va ularning tutqichlari.

V.I.ga ko'ra gorizontal qizilo'ngach-ichak anastomozi. Qozon-osmon. Ingichka ichakning bir bo'lagi qizilo'ngachga ko'ndalang chambar ichakning tutqichi orqali kiritiladi. Qizilo'ngach ichak qovuzloqiga ko'ndalang yo'nalishda yotadi. Anastomozning orqa devori uch qatorda tikilgan. Qizilo'ngach va ichakning orqa devori o'rtasida ikkita qatorli nayzali seroz-mushak choklari qo'yiladi va uchinchi qator shilliq pardalarni majburiy ravishda moslashtirilishi bilan barcha qatlamlarga yotqiziladi. Anastomozning oldingi labini tugun ipak choklari bilan tikib, tugunlarni anastomozning lümenine bog'laydi. Anastomozning oldingi labida ikkinchi qator sero-mushak choklari yordamida amalga oshiriladi. Anastomoz Gilyarovich usuliga o'xshab, ichakni ichak tutqichi bilan qoplaydi. Ichak qovuzloqining ko'tarilgan va tushadigan qismlari o'rtasida jigarrang anastomoz hosil bo'ladi. Ichak tutqich oynasida o'rnatiladi. Qorin bo'shlig'i drenajlanadi va qatlamlarga tikiladi.

Gastroenteroanastomoz

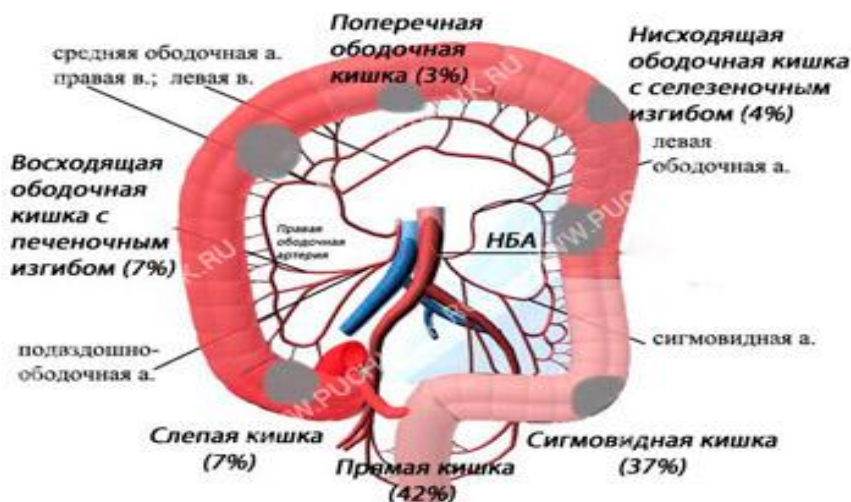
Gastroenteroanastomoz qo'yilishi antrum simptomatik maqsad bilan patologiyani buzganligi uchun ko'rsatiladi.

Oshqozon devori bilan bog'liq joyga qarab, old yoki orqa anastomoz ajralib turadi. Biz ismlar bo'yicha eng keng tarqalgan modifikatsiyalarni sanab o'tamiz:

1. Belleflerga ko'ra anterolateral old gastroenteroanastomoz (Wolfler, 1881).
2. Monastrian (1885) bo'yicha anterolateral posterior gastroenteroanastomoz.
3. Billrotga ko'ra anteroposterior old gastroenteroanastomoz (Billrot, 1885).
4. Xakerga ko'ra pulmoner posterior gastroenteroanastomoz (Hacker, 1885).

Braun anastomozida Welfler usuli quyidagicha. Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. Ko'ndalang chambar ichakni va charvi bo'shlig'ini yuqoriga ko'tarib, ular Treitz ligamentini topib, oxirgi 40-50 sm orqaga qarab, jejunum ilmoqini olib, ko'ndalang chambarak ustiga oshqozonning old yuzasiga tashlab qo'yadilar, shunda pastadirning uchi pilorusga qaraydilar, ya'ni izoperistaltik yo'nalishda. Oshqozonning bo'ylama o'qiga parallel ravishda, jejunum va oshqozon 8 sm uzunlikdagi seroz-seroz choklar bilan tikilgan bo'lib, jarrohlik sohasini qo'shimcha peçetelerle o'rab oladi. Ichakdan 0,5-0,7 sm masofada chiqib ketgandan so'ng, ichak va oshqozon devorlari 6-7 sm ga ochiladi, ichak va oshqozon ichidagi narsalar elektr assimilyatsiya nasosi bilan evakuatsiya qilinadi. Anastomozning orqa lablari oshqozon va ichak devorlarining barcha qatlamlari bo'ylab doimiy ravishda katgut choklari bilan tikilgan va oldingi lablari Connell vintlari bilan tikilgan. Anastomozning shakllanishi oldingi labda ikkinchi seriyali seroz-seroz choklarni qo'llash orqali yakunlanadi. Entero-enteroanastomoz ichakning qo'rg'oshin va chiqish qovuzloqlari orasidagi gastroenteroanastomozdan 8-10 sm pastda qo'llaniladi, uni alohida seroz-seroz choklar bilan ko'ndalang chambar ichak tutqichining teshigi chetiga mahkamlang. Laparotomik yara qatlamlarga tikilgan.

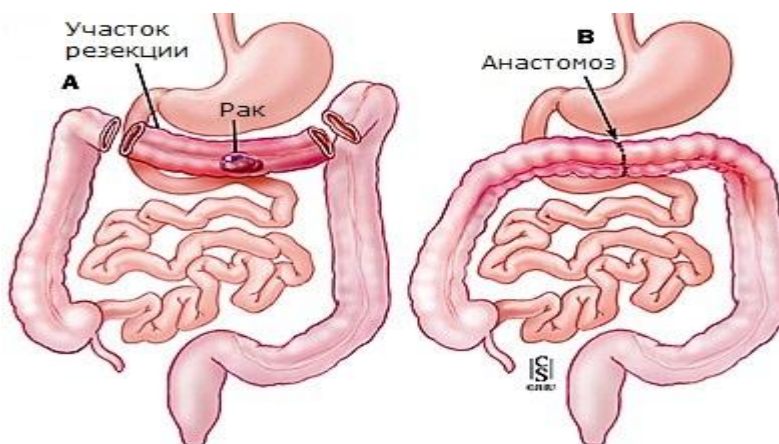
35-rasm. Yo'g'on ichakning anatomik bo'limlari



O'ngtomonlamagemikolektomiya

Bemorning orqa tomonidagi operatsiya stolidagi holati. Median laparotomiyadan so'ng tekshiruv o'tkaziladi va operatsiya taktikasi aniqlanmasa, ular yo'g'on ichakning o'ng yarmini safarbar qila boshlaydi. Ichak medial yo'nalishda tortilayotganda cho'ziladi. Bir vaqtning o'zida cho'zilgan parietal qorin bo'shlig'i katta ichakning o'ng burchagidan ajratiladi, kesma chizig'i ichak chetidan 2 sm masofada joylashgan.

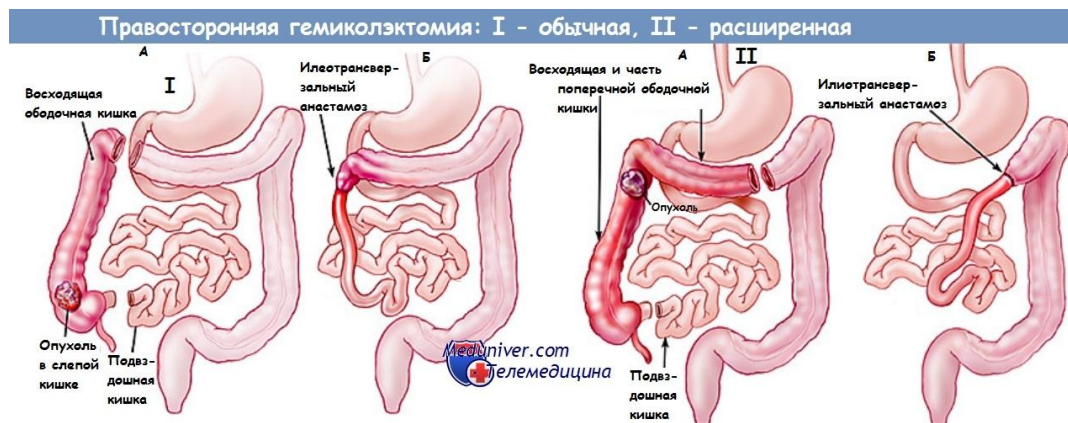
36-rasm. O'ng tomondagi gemikolektomiya



Qorin parda orti bo'shlig'ining kesma chizig'i bo'ylab qorin parda orti tolasi tabakalanadi va medial yo'nalishda siljiydi. Yo'l davomida ichakka tushadigan

tomirlar bog'lanadi. O'ng burilish bo'shatilgandan so'ng, ko'ndalang chambar ichakni taklif qilingan rezektsiya davomida safarbar qilinadi. Me'da-ichak bog'lamasi ajratilib, katta charvi qismlarini qoldiradi. Ko'ndalang chambar ichakni harakatga keltirganda, ular faqat uning o'ng yarmiga boradigan novdalar kesishishi va bog'lanishi bilan chegaralanadi.

37-rasm. O'ng tomondagi gemikolektomiya



O'rta yo'g'on ichak arteriyasi faqat o'sma jigar burchagida lokalizatsiya qilinganida bandlanadi. Shu bilan birga, ko'ndalang chambar ichakning muhim qismi safarbar qilinadi va shu arterning chap qismini saqlab turadi. Keyin yonbosh ichak harakatga keltiriladi va unga ichak pulpasi ileotsekal burchakdan 20-25 sm masofada joylashtiriladi. Xuddi shu pulpa taklif qilingan rezektsiya darajasida ko'ndalang chambar ichakka qo'llaniladi. Keyin ileotsekal va o'ng yo'g'on arteriyalar bog'lanadi. Qoidaga amal qilish kerak: iloji boricha ko'proq limfa tugunlarini olib tashlash uchun iloji boricha tomirlarni va tutqichni kesib o'tish va bint qilish. Ichakni kesish va anastomozni shakllantirishdan oldin qorin bo'shlig'ini doka peçete bilan to'sib qo'yish kerak. Ikkala qisqich o'rtasida yonbosh va ko'ndalang chambar ichak ajralib chiqadi va tayyorgarlik o'simta bilan birga olib tashlanadi. UO-BO zımba yordamida tikish va chok qo'yish mumkin. Anastomozni yonma-yon, yon tomondan va oxiridan oxirigacha qo'llash mumkin.

Yon-yon turiga qarab ileotransversal anastomoz hosil bo'lganda, yonbosh ichakning distal qismi ko'ndalang chokga perpendikulyar yo'nalishda choklar va ushlagichlar bilan o'rnatiladi, so'ngra bir qator seroz-seroz choklar joylashtiriladi, shunda ko'ndalang chambar ichakning teniya bo'shlig'i bo'ylab kesiladi. . Yara

doka bilan o'ralgan ro'molcha bilan o'ralgan va chok chizig'idan 0,5 sm ichkarida ichak kesmasi qilingan. Ichak qisqichini yonbosh ichakdan olib tashlang. Ingichka va ingichka ichaklarning shilliq pardalari va yorqinligi yod damlamasi eritmasi bilan davolanadi, anastomozning "orqa lablari" anastomozning oldingi lablariga o'tib, doimiy ravishda katgut yoki ipak choklari bilan tikiladi. Doka salfetkalari olib tashlanadi, qo'llar davolanadi va seroz-seroz kesilgan choklarning ikkinchi qatori qo'llaniladi, bu esa ba'zi hollarda qo'shimcha kesilgan choklar bilan mustahkamlanadi.

Agar anastomoz yonma-yon turga qarab shakllansa, yuqorida tavsiflangan usuldan farq qiladigan narsa shundaki, faqat yonbosh ichak mahkam tikiladi va anastomoz xuddi shu usul bo'yicha ingichka ichak tutqichi bilan qo'llaniladi. Ba'zi hollarda, ushbu turdagi anastomozning shakllanishi NLCA apparati ishlatilishini sezilarli darajada osonlashtiradi. Anastomoz qo'yilgandan so'ng tutqich ichidagi bo'shliq qoladi, bunda ingichka ichak qovuzloqlari shikastlanishi mumkin, shuning uchun bu nuqson kengayadi. Ichakning orqa devoridagi nuqson nodal yoki doimiy choklar bilan tikiladi. Rezina drenajlash qorin parda orti bo'shlig'iga kontrapertuar orqali kiritiladi. Bu operatsiyani yakunlaydi va qorin old devoridagi yarani qavatma-bosqich tikib turadi.

Chap tomonlama gemikolektomiya

Operatsiya chap tomonlama pararektal yoki median laparotomiyaga kirish. Qorin bo'shlig'ini ochib, a'zolari qayta ko'rib chiqqandan so'ng, ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, radikal operatsiya o'tkaziladi, bu yo'g'on ichakning chap yarmini safarbar qilish bilan boshlanadi. Ingichka ichakning looplari o'ngga va yuqoriga olib keladi. Sigmasimon ichak yaraga olib tashlanadi va ichkariga tortiladi. Parietal qorin parda tashqi tomoni bo'ylab taloqqa egilib kesiladi. Diafragma-ligamentli ligamentni ajratish orqali tomirlar bog'lab qo'yiladi, taloqning shikastlanish xavfi mavjudligi sababli ehtiyotkorlik bilan ishlov beriladi (taloq kapsulasi shikastlanganda splenektomiya ko'rsatiladi). Keyin gastrokolik ligamentning chap uchi ajratiladi va tomirlari bog'lanadi. Omentumning qo'shni qismi ko'ndalang chambar ichakda qoladi.



Yo'g'on ichakning mobilizatsiya qilingan qismi va qorin parda orti tolasi tegishli qatlamda medial yo'nalishda ajratiladi. Tayyorgarlikdan so'ng qorin orqa devorida katta lumber mushak, aorta, buyrak va siydik chiqariladi, shikastlanish xavfi esga olinishi kerak. Orqa miya bo'shlig'iga katta doka peçete kiritiladi. Keyinchalik ichakda va mezenteriya rezektsiya chizig'ini aniqlaydi va ko'ndalang chambar ichakni va sigmasimon ichakni bir-biriga yaqinlashtiradigan tarzda birlashtiradi. Belgilangan peritoneum rejalashtirilgan rezektsiya chizig'i bo'ylab ajratiladi va pastki tutqich arteriyasining magistral qismi limfa tugunlarining maksimal sonini olish uchun bog'lanadi.

Taklif qilingan rezektsiya darajasida ichak pulpasi qo'llaniladi, qorin bo'shlig'i doka peçete bilan ajratiladi, yo'g'on ichakning chap yarmi rezektsiya qilinadi. Preparat olib tashlanadi. Yo'g'on ichakning uzluksizligi yo'g'on ichak va sigma o'rtasida, qo'l bilan yoki qo'shimcha qurilmalar yordamida tikiladi. Anastomoz tikuv liniyasi qo'shimcha ravishda oziqlantiruvchi oyoq ustidagi yog 'marjonlari yoki bezlar bilan qoplangan. Parietal qorin bo'shlig'idagi nuqson, xuddi o'ng tomonlama gemikolektomiya kabi, tiklanadi. Anastomozni parietal qorin parda orasiga tikib qo'ygan ma'qul.

Charchagan va og'ir kasal bemorlarda anastomoz etishmovchiligini inobatga olgan holda, qorin bo'shlig'ida rezina drenaj qoldirib, uni anastomoz qatoriga olib kelib, kontratsepsiya vositasida teriga yuborish tavsiya etiladi. Kamdan kam hollarda tsekostoma tushiriladi.

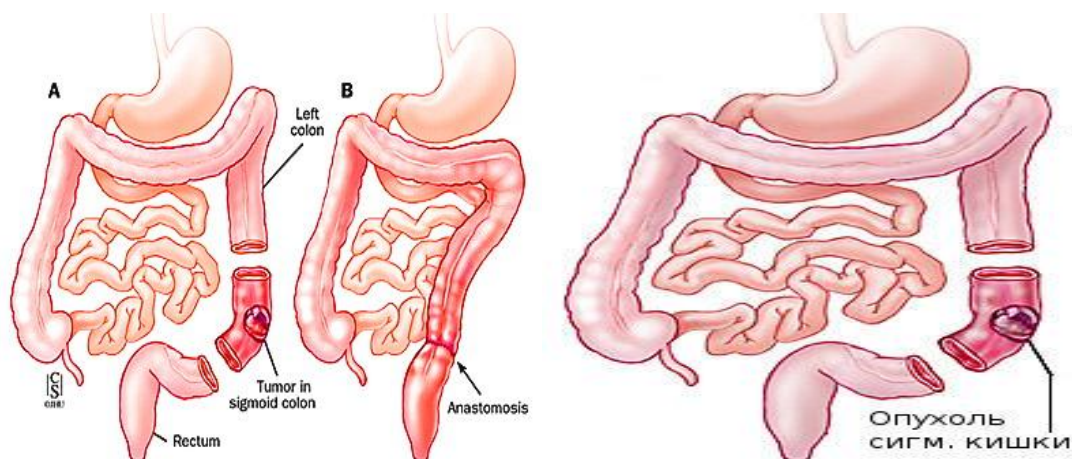
Orqa miya bo'shlig'ini drenajlash kerak, shundan so'ng lumber mintaqadagi kontrapertuar orqali rezina naychani olib tashlash kerak. Qorin bo'shlig'ini quritgandan so'ng, qorin old devorining yarasi qatlamlarga mahkam tikiladi.

Ko'ndalang chambar ichak rezeksiyasi

O'rta chiziqli laparotomiya uchun optimal usul. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, organlar tekshiriladi, ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, radikal operatsiya o'tkaziladi. Transvers yo'g'on ichak yaraga chiqariladi va safarbar qilinadi.

Me'da-ichak yo'lining bog'lamasi kesib o'tiladi, tomirlar bog'lanadi va ichak bilan katta omentum chiqariladi. Yo'g'on ichakning diafragma ligamentlari ajratilib, u erda joylashgan tomirlarni bog'lab turadi. Ko'ndalang chambar ichak tutqichi ichakdan iloji boricha ajratiladi va qorin parda ortidan. Ular qisqichlarni kesib o'tib, o'rtadagi yo'g'on ichak arteriyasi va tomirlarini bog'lab, shu bilan limfa oqimining asosiy havzasini olib tashlaydi. Taklif qilingan rezektsiya darajasida ichak pulpasi ko'ndalang chambar ichakka qo'llaniladi va rezektsiya qilinadi. Preparat olib tashlanadi. Bundan tashqari, yo'g'on ichakning uchlarini anastomoz qilish, yaxshisi oxir-oqibat, qo'l bilan amalga oshiriladi. Mezenteriya nuqsoni tikilgan. Anastomoz uchun rezina drenaj teshik orqali chiqariladi. Qorin bo'shlig'i drenajlanadi va mahkam yotadi.

39-rasm. Sigmasimon ichakni rezektsiya qilish



Sigmasimon ichak rezeksiyasi

O'rta pastki laparotomiyani bajaring. Qorin bo'shlig'ini ochib, tekshiruvdan so'ng sigmasimon ichakni rezektsiya qilish boshlanadi. Sigmasimon ichak yaraga olib tashlanadi, tutqichning qorin bo'shlig'i ikkala tomondan ham ajratiladi va bu erda bo'lajak rezektsiya uchun chiziqlar ko'rsatilgan. 2-4 sigmasimon arteriyalar pastki tutqich arteriyasidan iloji boricha tutqichning ildizigacha kesilib, bandaj qilinadi.

40-rasm.



Sigmasimon ichakka ichak pulpasini tavsiya etilgan rezektsiya darajasida kiriting va doka ro'molchalarini o'rashga sarflang. Rezektsiyani bajaring. Preparatni olib tashlang va qo'lda yoki apparat bilan ichak ichi anastomozini uchidan oxirigacha yoki yon tomonlariga o'tkazing. Qorin parda va tutqanoq tutqichidagi nuqson. Qorin old devorining yarasi qatlam bilan tikilgan.

Koffi Gartman operatsiyasi

Ichak tutilishi natijasida kelib chiqqan sigmasimon ichak saratoni, shuningdek bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, sigmasimon ichakni obstruktiv rezektsiya qilish amalga oshiriladi (Kofe-Xartman operatsiyasi). Onkologik nuqtai

nazardan, operatsiya juda radikal bo'lib, tiklanish bosqichini uzoq davrda amalga oshirishga imkon beradi.

Operatsiya to'g'ri ichak va sigmasimon ichakning distal qismini transperitoneal izolyatsiya qilish, ichakni o'simtaning ostidan kesib o'tish, tomirni mahkam bog'lab qo'yish va chap yonbosh sohasiga bitta barrelli anusni qo'llashdan iborat.

Bemorning orqa tomonidagi operatsiya stolidagi holati. Median bo'lmagan pastki laparotomiyadan so'ng tekshiruv o'tkaziladi va agar ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, operatsiya o'tkaziladi. Sigmasimon ichakni mobilizatsiya qilish avvalgi operatsiyalardan farq qilmaydi. Yuqori rektal arteriya va 1-2 sigmasimon arteriyalarni kesib o'tgandan keyin to'g'ri ichak orqa tomondan quyruq suyagiga chiqariladi, old tomondan qovuq yoki bachadondan ajratiladi, ammo ichak arteriyalari yon tomondan bog'lanmaydi. To'g'ri ichakni ajratib bo'lgach, ular mobilizatsiya qilingan sigmasimon ichakni tortib, o'simtaning pastki chetidan kamida 5-6 sm masofaga chiqib, U0-60 apparati bilan kesilib, kesishadi. Rektumning choklari qo'shimcha ravishda hamyon torli yoki ikkita yarim xalta tikuvlar bilan to'ldiriladi. Doka salfetkalari olib tashlanadi, tos bo'shlig'i yaxshilab quritiladi va oldindan ajratilgan peritonning qirralarini tikib, peritonizatsiya qilinadi. So'ngra qorin bo'shlig'i qorin bo'shlig'ining orqa devoriga sigmasimon ichak tutqichi joylashgan sohada tikiladi. O'simtadan 10-12 sm gacha proksimal holda, sigmasimon ichakka bir-biridan 2 sm masofada ikkita qisqich qo'yiladi, ular orasidan ichak o'tadi. Preparat olib tashlanadi.

Sigmasimon ichak chap yonbosh mintaqasi terisiga bitta barrelli anus shaklida qo'shimcha kesma orqali chiqariladi. Qorin old devorining yarasi qatlamlarga mahkam yopishtirilgan.

TO'G'RI CHAKSARATONIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Rektumni old rezeksiya qilish

Bu to'g'ri ichakning rektosigmoidal va yuqori ampulalar qismida o'simtani lokalizatsiya qilish uchun tanlash usuli. Old rektal rezeksiya o'smaning pastki qutblari anusning chetidan 10 sm yoki undan ko'proq masofada joylashganida amalga oshiriladi. Optimal kirish - pastki o'rta laparotomiya. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng va ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, radikal operatsiya o'tkaziladi. Ular to'g'ridan-to'g'ri va

Sigmasimon kamon oldingi operatsiya paytida bajarilgan operatsiyaga o'xshaydi, bunda o'rta rektal arteriyalar yaxlitligi saqlanib qoladi. Rektumning mobilizatsiyasi 4-6 sm pastga tushishi uchun juda ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak. Shundan so'ng sigmasimon ichak tutqichi bo'linadi va tomir ligatsiyasi boshlanadi.

Ushbu aralashuv bilan o'simtaning pastki chetidan kamida 2 sm va yuqori qutbdan 12-15 sm masofada zaxira qilish kerak. Rektumning ta'sirlangan qismi va sigmasimon ichakning bir qismi olib tashlanganidan so'ng, uchidan oxirigacha bo'lgan kolorektal anastomoz hosil bo'ladi. "Yuqori" oldingi rezektsiyalarda stapler yordamida anastomozni qo'yish qulayroqdir. Ushbu operatsiyani bajarishda, hozirgi vaqtda tashqi (EEA) ichki (KC - 28, AKA-2, ASK) staplerlar qo'llaniladi. "Autosuture" va "Ethicon" firmalarining juda ishonchli qurilmalari. To'g'ri ichakni chiziqli apparatlar bilan tikib, so'ngra oxiriga kolorektal anastomozni dumaloq stapler yordamida qo'llagan holda, anastomozning ikki qavatli usulini qo'llagan holda, anastomoz bilan 1-darajali anastomoz yordamida past rezeksiya qilish juda oson. Satrlangan chiziqdan 2 sm yuqorida. Anastomozning shakllanish usulidan qat'i nazar, biz paqirni havo bilan puflab, uning yaxlitligini muntazam ravishda tekshirishimiz kerakligini ta'kidlash muhimdir.

Rektum sakral kosmosdan safarbar qilinadi. Abortdan qorin bo'shlig'i eksiz qilinadi. Shu bilan birga, ichakning yarmi tolalar va LDF bilan birga olib tashlanadi, anastomoz esa to'g'ri ichakning qolgan qismi va sigmasimon ichak

o'rtasida o'tkaziladi. Ushbu operatsiya taktikasida yangi narsa “5 sm qoidadan” voz kechishdir. Ilgari, o'simtadan anastomoz shakllanishi devori bo'ylab o'simta tarqalish xavfi ko'proq bo'lganligi sababli o'simtadan 5 sm orqaga chekinish kerak deb ishonilgan. Tos chuqurligi texnik jihatdan juda qiyin edi. Ehtiyotkorlik bilan anatomik tadqiqotlar o'tkazilgandan so'ng, o'smaning intramural tarqalishi 1 sm dan oshiq kasuistiya ekanligi va shu munosabat bilan old rezeksiya paytida to'g'ri ichak o'simtadan 2 sm pastga tusha boshlaganligi ko'rsatildi (bu operatsiya texnikasini engillashtirdi).

To'g'ri ichakni pastki rezeksiya qilishning eng jiddiy xavfi anastomoz etishmovchiligining yuqori xavfidir, garchi eng zamonaviy staplerlar qo'llanilsa. Yana bir kamchilik - bu shubhali radikalizm. Shu munosabat bilan ushbu turdagi jarrohlik aralashuv faqat mezorektumdagi limfogen metastazni ehtiyotkorlik bilan chiqarib yuborilgandan so'ng (ultratovush yordamida) amalga oshirilishi kerak.

41-rasm.

Операция по удалению прямой кишки



Amaliyotning ikkita varianti mavjud. Shish anusdan 15-18 sm masofada, mintaqaviy metastazlarsiz va qo'shni a'zolarga o'tishning iloji bo'lmaganda, siz yuqori rektal arteriyani bog'lashdan bosh tortishingiz mumkin, faqat pastki qismdan tushadigan joyida 2-3 barmoqli sigmasimon arteriyalar. Operatsiyaning ikkinchi versiyasida o'simta pastki qismida joylashgan bo'lsa, katta va metastazlar topilsa, yuqori rektal arteriyani va 1-2 bandaj qilish kerak.

Sigmasimon. Shundan so'ng, o'simta chegarasidan kamida 5 sm masofaga chekinib, to'g'ri ichakka yumshoq qisqich, yuqorida esa ichak qisqichi va xoch

qo'yiladi. Sigmasimon ichak o'simtadan kamida 10-12 sm masofada proksimal yo'nalishda kesiladi. Sigmasimon ichakni rezektsiya qilish darajasi to'g'ri ichak bilan keyingi anastomozning imkoniyatlarini hisobga olgan holda tanlanadi (ichak qismlari bir-biriga tegmasdan va qon bilan ta'minlanishi kerak). Keyin ichakning shikastlangan qismi tutqich bilan birgalikda rezektsiya qilinadi, dori olib tashlanadi. Sigmasimon ichak va to'g'ri ichakning uchlarini birlashtirgan holda, ikki qatorli choklardan foydalanib, ichaklararo anastomoz qo'llaniladi. AKA-2 siqish tikuv apparati yoki uning zamonaviy analoglaridan foydalanish anastomozni sezilarli darajada osonlashtiradi. Anus orqali qurilmani kiritish qulayroq. Har bir dumg'aza ichiga torli chok qo'yiladi, so'ngra choklar tortiladi: biri - zaytun ostida - sigmasimon ichakda, ikkinchisi - naycha naychasida - to'g'ri ichakning yon tomonlaridan. Vintni apparatning dumiga burab, ichaklarning anastomozlangan uchlari to'liq aloqada bo'lguncha va yopishib qolguncha birlashtiriladi. Apparat anus orqali chiqariladi va anastomoz atrofiga naychali seroz-mushak choklari qo'yiladi. Abortdan oldin qorin bo'shlig'ini drenajlash amalga oshiriladi. Anastomoz tos bo'shlig'iga botiriladi, salfetkalar olib tashlanadi va peritonizatsiya amalga oshiriladi, tos bo'shlig'ini qorin bo'shlig'iga ehtiyotkorlik bilan tikib qo'ying. Ichak bo'shlig'iga 2-3 kun davomida anastomoz darajasidan yuqori bo'lgan kauchuk probni kiritish tavsiya etiladi. operatsiyadan keyin tashqi sfinkterni torting. Shundan so'ng qorin bo'shlig'i qatlamlarga mahkam tikiladi.

Rektumning qorin va anal rezektsiyasi

Qorin bo'shlig'i-anal rezektsiyasini jarrohlarning ikkita jamoasi bajaradilar - qorin va perineal (shuningdek, o'chirish). Shish anusdan 4-12 sm balandlikda lokalizatsiya qilinganida, odatda qorin-anal rektum rezektsiyasi o'tkaziladi. Ushbu operatsiyaning asosiy afzalligi sfinkter funktsiyasi saqlanib qolgan bemorlarda normal anatomik aloqalarni tiklashdir. Bemorning operatsiya stolidagi holati oldingi operatsiyadan farq qilmaydi. Optimal kirish - pastki o'rta laparotomiya. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, qorin bo'shlig'i organlarini sinchkovlik bilan qayta ko'rib chiqish amalga oshiriladi va ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, ular radikal operatsiyani boshlaydilar. To'g'ri ichakni qorin-anal rezektsiyasini amalga

oshirish uchun ba'zi anatomik sharoitlar ham zarur: distal yo'g'on ichakning etarlicha uzunligi va harakatchanligi, uzun tutqich va ajinlarning yo'qligi. Eng mos variant - pastki tutqich arteriyasidan bir nechta sigmasimon shoxchalar chiqib ketganda, tomirlarning joylashishi. Ularning bir yoki ikkitasini qon ta'minoti buzilmasdan bog'lash mumkin. Yon tomirlarning ichakka juda yaqin joylashganligi ham qon ta'minoti uchun qulay sharoit yaratadi.

Rektumni mobilizatsiya qilish bosqichlari deyarli avvalgi operatsiyalardan deyarli farq qilmaydi. Sigmasimon ichak harakatga keltiriladi, buning uchun yuqori ichak arteriyasi pastki tutqichdan tushish joyiga darhol bog'lanadi, ikkita tutqich arteriyasi bog'lanadi va tutqich 1-2 sm ga etmasdan chegara arkiga qarab ajratiladi. chunki sigmasimon ichakning o'sha qisqartirilgan qismini qon bilan ta'minlash va uni oziqlantirish orqali amalga oshiriladi. Shuningdek, sigmasimon ichak tutqichini lateral parietal qorin parda orqali kesib oling. Tomirlarni bog'lab qo'ygandan so'ng, pulsatsiyalanmaydigan tomonlar bilan chegarada tomirlarning aniq pulsatsiyasi zonasi o'rnatiladi va identifikatsiyalash ligati qo'llaniladi. Agar identifikatsiya ligatori bo'lgan joyni o'ngning o'rtasiga etkazish mumkin bo'lsa, ichakni mobilizatsiya qilish to'liq deb hisoblanadi

Skarp uchburchagi. Agar uzunlik etarli bo'lmasa, tushayotgan ichakni harakatlantirish, chap ichak arteriyasini pastki tutqichdan tushadigan joyga yaqinroq bog'lab qo'yish tavsiya etiladi. Riolani arcusiga ko'ra pastki ichakni qon bilan ta'minlash o'rta yo'g'on arteriya tufayli bo'ladi. Tamponlar tos bo'shlig'idan chiqariladi va bu erda safarbar qilingan ichak maksimal darajada kamayadi.

Ushbu davrda jarrohlarning ikkinchi jamoasi operatsiyaning perineal bosqichini o'tkazishni boshlaydilar. Ular sfinkterni cho'zish va yodga namlangan doka shilimshiqni to'g'ri ichakning lümenine kiritish orqali boshlanadi. Keyin anal kanal va rektumning shilliq qavatining chegarasida shilliq qavat butun atrofi bo'ylab kesiladi, anus ko'taruvchini ichakka biriktiriladigan joydan 3-4 sm balandlikda sfinkterdan tayyorlanadi. Anal kanalning shilliq qavatining qirralari yumshoq qisqichlarga tushiriladi. Teri va teri osti to'qimalariga ko'ndalang yoki yarim oval kesma koksiks uchidan yuqorida amalga oshiriladi, so'ngra ular tos bo'shlig'iga barmoq bilan aniq kiradi. Ichakning bo'shlig'iga kiritilgan boshqa

ko'rsatkich barmoq mushak membranasidan o'tib, tos bo'shlig'iga kirib, u erda ikkinchi qo'lning barmog'i bilan uchrashadi. Shundan so'ng, ichak sfinkter orqali tarqatiladi va preparat cho'zilgan anal uzuk orqali osonlikcha chiqariladi, shunda identifikatsiya ligati jarohatdan tashqarida ko'rinib turadi. Yaxshi funktsional natijalarga erishish uchun eng muhim shart bu to'g'ri ichakning anal kanalining chap qismiga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, bu sizga anusning qisqarish darajasini sozlash imkonini beradigan nozik joy. Silliqlik, hatto qisqargan ichakni anal kanalning yuqori chetiga birlashtirish ham yopilish apparati faoliyatini to'liqlashtirishga yordam beradi. Tegishli Aniq kanaldan 2 sm uzunlikdagi qisqartirilgan ichak qismini qoldiring va uni bir nechta seroz-mushak choklari bilan mahkamlang. Kelajakda (10-15 kundan keyin) ichakning anal qismi bilan aralashgandan so'ng, ortiqcha shilliqlik qavat kesiladi.

Rezina drenaj trubkasi presakral kesma orqali kiritiladi. Ichak bo'sh qoladi, shunda suyuqlik va gazlar to'planib qolmaydi, uni siqib chiqaradi va qon aylanishini yomonlashtiradi.

Qorin bo'shlig'idagi birinchi jarrohlar jamoasi ichakni anusga tushirgandan so'ng peritonizatsiyani amalga oshiradilar, qorin bo'shlig'i qatlam bilan mahkam yopishtirilgan.

Operatsiya uchta usuldan biri bilan tugaydi:

- 1) qo'lda chok yordamida koloanal anastomozni shakllantirish;
- 2) yo'g'on ichakni anal kanaliga ortiqcha miqdor bilan tushirish va choksiz yopishqoq anastomoz
- 3) vaqtincha terminal kolostoma qo'yish bilan ichakni tushirishdan bosh tortish

G.V.ga ko'ra, to'g'ri ichakning qorin bo'shlig'i-anal rezektsiyasi. Cooper

Operatsiya to'g'ri ichakning pastki ampulalari saratoni uchun amalga oshiriladi. Operatsiyaning boshlang'ich kursi avvalgisidan farq qilmaydi. Sigmasimon ichak va to'g'ri ichakni tos bo'shlig'i mushaklariga safarbar etgandan so'ng (o'simtaning yuqori qutbini bo'shatish bilan) sigmasimon ichakdan transplantatsiya tayyorlanadi. Agar uning qon ta'minoti va hayotiyligi etarli bo'lmasa, yo'g'on ichakning yuqori qismlarini safarbar qiling. Perineumdan anal

kanal demukosizatsiya qilinadi. Anus, pubik-rektal mushaklarning ichki sfinkterini ajratgandan so'ng; orqa sfinkterning chuqur qismi orqa devor bo'ylab o'simta ajratib turadi. Sigmasimon ichakda kamayadi

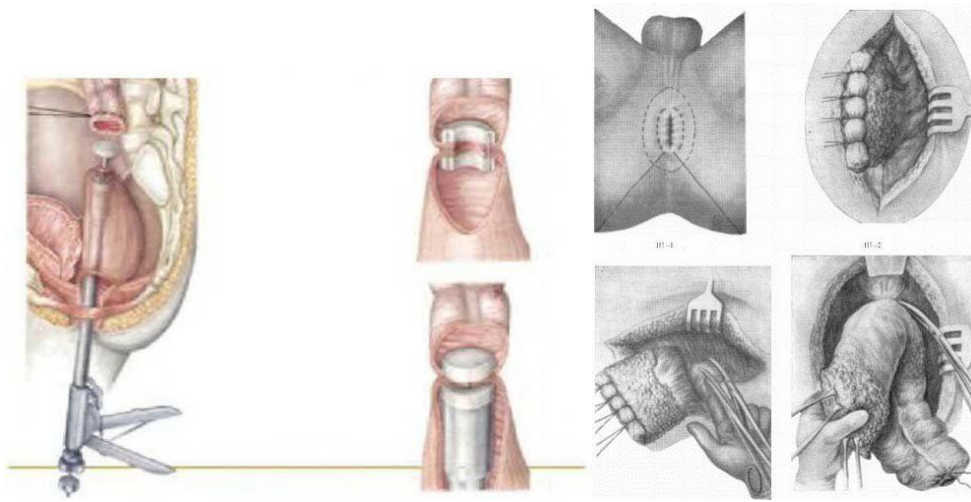
perineum va o'sma bilan to'g'ri ichak olib tashlanadi. Sigmasimon ichakning distal yaroqli qismida tutqich va ichak devori orasidagi qon tomir bo'lmagan zonada diametri 2 sm gacha bo'lgan tunnel tutilib, o'mtga aylanadi. Temeral anal kanaliga tunnel qo'yilgan qism joylashtirilgan va ichki anus sfinkterining qisqichlari bilan erta qo'yilgan. , pubik-rektal mushak, tashqi sfinkterning chuqur qismi, ularni U shaklidagi choklar bilan bog'lab, ularni toraygan ichakning orqa devoriga tunnelga mahkamlang. Distal ichakka qon quyilishi yo'g'on ichak tutqichi orqali amalga oshiriladi. Levatorosfinkteroplastika darajasidan past bo'lgan ichak ipak ip bilan alohida choklar bilan anal va kesma chiziqqa o'rnatiladi.

Rektumning qorin bo'shlig'i oraliq eksperpatsiyasi- Kenyug-Males operatsiyasi.

Ushbu operatsiya yordamida to'g'ri ichakning barcha qismi anal kanal va sfinkter tomonidan olib tashlanadi, odatda sigmasimon sohada va doimiy kolostoma qo'yiladi.

Jarrohlikdan oldin siydik pufagiga kateter qo'yiladi. Oyoqlarini ko'tarib, oyoq ushlagichlariga va sakrumning ostiga o'rnatilgan rolik bilan orqa tomonni joylashtiring. Bunday holda, sakrumning yuqori yarmi rolikda yotadi, va dumba va anus stolning chetidan yuqorida joylashgan.

Rasm 42. To'g'ri ichakni qorin bo'shlig'i-perineal ekshtratsiyasining sxematik ko'rinishi (Kenyug-Males operatsiyasi).



Oyoq ushlagichlari oyoq-qo'llar sezilarli darajada suyultiriladigan tarzda o'rnatiladi va kestirib, tizza bo'g'imlarida 45° burchak ostida egilishi qo'llab-quvvatlanadi. Bemorning yelkalarini mahkamlaydigan asbob uni Trendelenburg holatiga tushishiga yo'l qo'ymasligi kerak. Eng maqbul operativ yondashuv pastki o'rta laparotomiya hisoblanadi. Operatsion jarroh bemorning chap tomonida. Teri kesmasi kindikdan yuqoriga, kindikka qadar, chap tomondan ikkinchisidan o'tib ketadi. Qorin bo'shlig'ining ochilishida va jigar tekshirilganda, tekshiruvda retroperitoneal bo'shliq, sigmasimon ichak tutqichi, tos bo'shlig'i va boshqalar. o'smaning joylashgan joyini, uning tos bo'shlig'i devorlariga o'tishini, siydik pufagi, prostata bezi, bachadon, qin va qopni aniqlash kerak. Shu bilan birga distal yo'g'on ichakning qon tomir tizimi tuzilishining anatomik xususiyatlari, ichak o'rtasida bitishmalar mavjudligi va boshqa patologik o'zgarishlar o'rganiladi. Tekshiruv davomida nafaqat to'g'ri ichakning o'simtaga qo'shni qismlarini, balki yo'g'on ichakni ham sinchkovlik bilan tekshirish kerak, bunda yo'g'on ichak saratoni bir necha baravar ko'payishi mumkin.

Ishlamay qolish belgilari bo'lmasa, ingichka ichak tos bo'shlig'idan chiqariladi va yuqori qorin bo'shlig'iga ko'chiriladi, iliq, nam sochiq yoki katta ro'molcha bilan ushlang. Sigmasimon ichak yuqoriga va chapga tortiladi. Parietal qorin parda tutqichining ildizidan 1 sm tashqariga (chapga) ajratiladi, so'ngra qorin bo'shlig'idagi kesma tos bo'shlig'ida davom etib, to'g'ri ichakning chap tomoniga 2-3 sm ko'tarilib, so'ngra old tomonga olib boriladi, o'rtada tugaydi. rektal-pufaksimon yoki rekto-bachadon burmalari (lyre shaklidagi kesma deb ataladigan).

Keyinchalik sigmasimon ichak o'ng tomonga chiqariladi va tutqich kesmasi oldingi singari bajariladi. Ikkala kesma ham rektal-tsistik yoki rektal-bachadon burmalarining o'rtasida joylashgan. Qorin parda tutqichining tashqi qirralari. Yuqori rektal arteriya tanasi pastki tutqich arteridan ajralib chiqadigan joyda ajratiladi, kesishadi va bog'lab qo'yiladi, agar kerak bo'lsa, bitta yoki ikkita sigmasimon arteriyalar. Retroperitoneal to'qimalar ikkala tomondan to'g'ri ichak tomon tozalanadi, chap siydik yo'lini ochib beradi va yuqori burchakda ular qorin aortasining bo'linish darajasiga etadi. Shunga o'xshash tarzda, tayyorgarlik o'ng tomonda, o'ng siydik pufagi esa ochiq qilinadi. Rektal bo'shliqda siydik pufagi va seminal vesikullar ehtiyotkorlik bilan va o'tkir shaklda chiqarilib, asta-sekin prostata bezi darajasigacha chuqurlashadi. Qon ketishni to'xtatish uchun paydo bo'lgan yara ulanadi. Keyin rektumning orqa va yon devorlari chiqariladi. O'tkir va o'tkir shaklda rektum sakrumdan ajratiladi, bundan oldin rektumni mobilizatsiya qilishda qon ketishini kamaytirish uchun o'rta sakral arteriyani bog'lab qo'yishadi. To'g'ri ichakning orqasida, quyruq suyagining yuqori qismida joylashgan. Shuni esda tutish kerakki, ichakni sakrumdan ajratib turadigan tolalar va fastsiya bilan birga ajratish kerak, chunki bu ishning yaxlitligini buzish tolaning bir qismini va unda joylashgan metastazlar bilan limfa tugunlarini tark etishga olib kelishi mumkin. Yaratilgan bo'shliqda gemostaz uchun doka supurgi kiritiladi.

Yana bir bor ta'kidlash kerakki, rektumni sakrumning oldingi yuzasidan ajratish yo'li tos fasiyasining vistseral varag'i orqasida yotishi kerak, shunda median sakral arteriya iloji boricha oldinga siljiydi. Siz sakrumning oldingi yuzasi bilan eng yaxshisini o'tkir tarzda o'tishingiz kerak, uning butun old yuzasini nafaqat o'rta chiziq bo'ylab, balki keng tomonlarga ham ochib berishingiz kerak.

Ichakni o'ngga yoki chapga, yon devorlarga ajratish bilan ajralib turadi. Yon qorin bo'shlig'ining notekis chetini ko'taring, uni siydik bilan olib tashlang va tos bo'shlig'ining yon devoridagi katta tomirlar bo'ylab qorin parda orti bo'shlig'ini ichakka qarab ajratib oling. Ular boshqa tomondan tolalarni ham olishadi. Operatsiyaning ushbu bosqichlarini bajarayotganda, siydik yo'llarining shikastlanishidan ehtiyot bo'lish kerak. Yanal ligamentlarning barglarida ikkala tomondan o'rta rektal arteriyalar kesishadi. Ushbu ajratish usulining afzalliklari

shundaki, tayyorgarlik "ko'z bilan" amalga oshiriladi, tegishli anatomik qatlamda sakrumning old yuzasida joylashgan tomirlar kamroq shikastlanadi, shuning uchun qon ketish ehtimoli kamroq. Agar tosda kuchli qon ketish bo'lsa, uning manbasini aniqlab bo'lmaydi, ichki yonbosh arteriyalarini ikkala tomondan ajratib, bog'lash tavsiya etiladi. Rektum har tomondan tos bo'shlig'ining diafragmasiga qo'yilgandan so'ng, sigmasimon ichak qisqich bilan U0-60 apparati o'rtasida masofada joylashgan bo'ladi.

Go'zal shoxchalar kichik tos bo'shlig'idan chiqariladi, to'g'ri ichakning kaltaklari kichik tos bo'shlig'iga botiriladi. Ushbu davrda perineal bosqichni bajaradigan jarrohlarning ikkinchi jamoasi operatsiyaga kiritilgan.

Anus dumaloq saphenous chok bilan mahkam tikiladi. Teshikdan 2 sm orqada joylashgan kesma teri va teri osti to'qimasini ajratish. Anal-koksitsial ligament orqada ajratiladi, ko'rsatkich barmog'i bilan to'g'ri ichak orqasidagi bo'shliqqa kirib, teshikni ochib, ichakning harakatchan qismini olib tashlang. Rektumning pastki segmenti atrofdagi to'qimalar bilan yon va old tomondan bog'langan, shuning uchun ularni fasyasi bilan qoplagan anus ko'taruvchisining tolalari qisqichlardan yon tomonlardan kesilib, ichakning pastki segmentining old devorini tendon markazidan ajratib olishadi. perineum. Erkaklarda prostata va uretraga va ayollarda vaginaning orqa devoriga zarar etkazish ehtimolini doimo eslab turish kerak. Preparat olib tashlanadi.

Jarrohlarning ikkala jamoasi ham hosil bo'lgan bo'shliqning sinchkovlik bilan gemostazini o'tkazadilar. Gemostazdan keyin tos bo'shlig'i qorin bo'shlig'idan antiseptiklar eritmasi bilan mo'l miqdorda yuviladi. Shundan keyingina ular tos bo'shlig'i qorin bo'shlig'ini tikishni boshlaydilar. Abortdan qorin bo'shlig'i doimiy katgut choklari bilan tikilib, suv osti ichak orqali qorin bo'shlig'ining yon tomonlarini qovuq yoki bachadondan sigmasimon ichak tutqichining qolgan qismining ildiziga tikib qo'yiladi. Qorin bo'shlig'ida katta nuqson bo'lsa, siydik pufagi, bachadon va tuxumdonlarning seroz qoplamasi chokga tushishi mumkin. INFEKTSION rivojlanishining oldini olish uchun ajralmas shart - bu tikuvning to'liq siqilishi. Chap yonbosh sohasi bo'ylab kesma qilingan, jarohatlangan sigmasimon ichak yo'g'on ichakka chiqarilib, bitta barrel

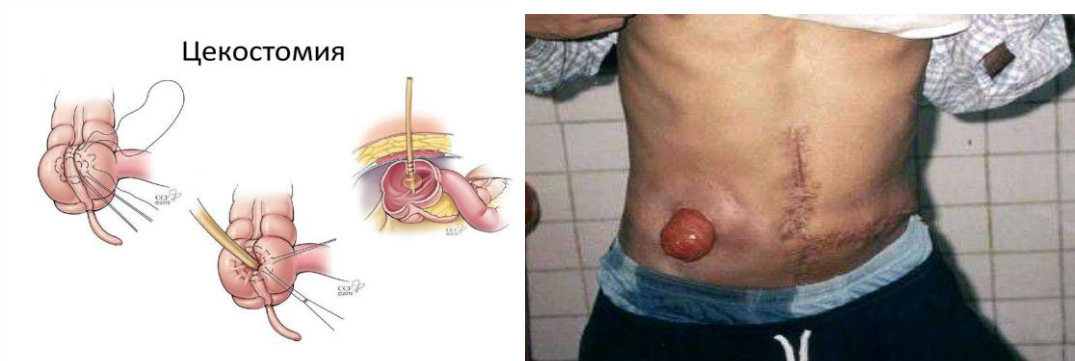
g'ayritabiiy anus hosil bo'ladi. Ikkinchisi darhol yoki 24-48 soatdan keyin, peristaltik paydo bo'lishidan oldin ochilishi mumkin. O'rta yara qatlamlarga mahkam yopishtirilgan. Ikkinchi guruh perineal yarani qatlamlarga tikib qo'yadi. Yiringni oldini olish uchun drenaj trubkasi doimiy so'rg'ichga ulangan kontraperturiya orqali kiritiladi.

Biz yuqorida tavsiflangan ikki guruhli operatsiya usuliga ustunlik beramiz, ya'ni operatsiya ikki guruh jarrohlari tomonidan sinxron ravishda amalga oshiriladi. Ammo operatsiyaning perineal bosqichi sigmasimon ichak tutqichining kesishishi va yirik tomirlarning bog'lanishidan keyingina boshlanishi kerak. Ushbu usul operatsiya vaqtini sezilarli darajada kamaytiradi va uni murakkablashtiradi. Inuinal limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lsa, rektumni ekstraktsiya qilish ikki tomonlama Duchenne operatsiyasi bilan to'ldiriladi.

Yo'g'on ichak saratonida simptomatik operatsiyalar(cekostomiya, transversostomiya, sigmostoma (bitta yoki ikki barrel g'ayritabiiy anus shaklida)

Kekostomiya. Qorin bo'shlig'i o'ng tomonga pararektal laparotomiya bilan ochiladi. Ko'richak yaraga olib tashlanadi va parietal qorin bo'shlig'iga 5-8 sm tikiladi, jarrohlik yaraning qirralari ichak devoriga xuddi shu iplar bilan tikiladi, kesilgan qismlarga kamroq igna ishlatiladi. Stoma atrofida ular vazelinli peçete halqasini hosil qiladi. Stomani zudlik bilan ochish zarurati bo'lmasa, ichakning lümeni 2-3 kundan keyin ochiladi. Ichak va qorin parda devorlarining sinishi natijasida. Ichak bo'shlig'i yorilib, ochilgandan so'ng, yaralarning qirralari teriga kesilgan choklar bilan tikiladi.

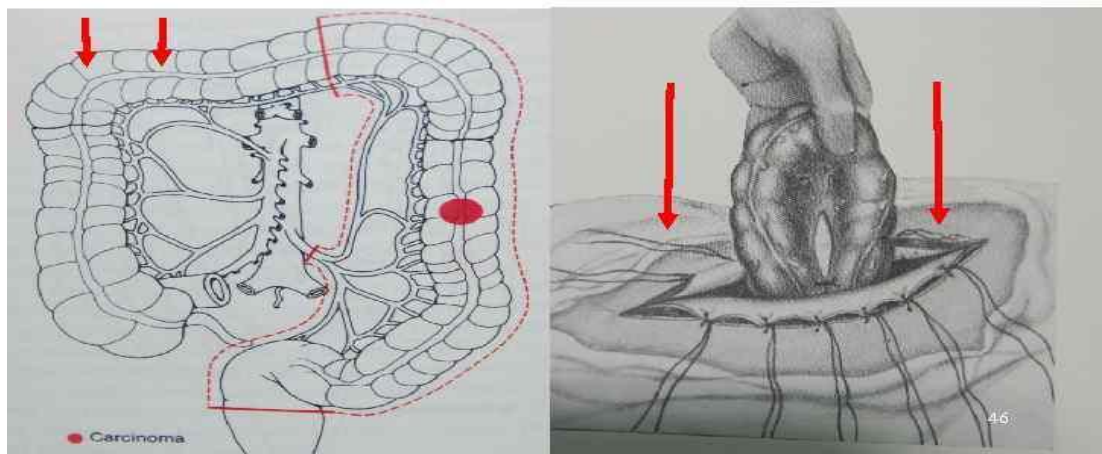
43-rasm. Sekostomani sxematik tarzda yopishtirish



Transversostomiya. Kirish median laparotomiya. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, organlarning tekshiruvi o'tkaziladi va agar ishlamay qolish belgilari bo'lsa, stoma qo'llaniladigan joy aniqlanadi. Ko'ndalang chambar ichak va charvi bilan yaraga chiqariladi. Ikki ligatuar o'rtasida yo'g'on ichak devori yaqinida bir necha santimetr kenglikdagi oshqozon-ichak ligamentining bir qismi kesiladi. Bu erda yo'g'on ichakdan katta chuvalchangsimon ichak ajralib chiqadi.

44-rasm.

Двухствольная трансверзостомия



Agar sun'iy anus qo'llanilsa, ko'ndalang chambar ichakning yonida 15 sm ga, charvi bo'lmasdan safarbar qilinadi. Ikki segmentni 3-4 seroz-seroz choklar bilan tikish natijasida naycha hosil bo'ladi.

Ko'ndalang chambar ichakning mobilizatsiya qilingan qismi parietal qorin bo'shlig'iga tugunli seroz-seroz choklar bilan mahkamlanadi, terining qirralari ichak devoriga bir xil iplar bilan tikiladi, kesilgan ignalarni almashtiradi. Stoma atrofida moyli jele bilan salfetaklar halqasi hosil bo'ladi. Stomani zudlik bilan ochishga ehtiyoj bo'lmasa, ichak lümeni 1-2 kundan keyin ochiladi.

Ikkilamchi g'ayritabiiy anusni qo'yish radikal operatsiya qilishning iloji bo'lmaganda amalga oshiriladi. Inuinal katlamadan 2 sm uzunlikda 6-7 sm uzunlikdagi terining kesmasini qiling va unga parallel. Qorinning oldingi devori qatlamlangan. Qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, o'simtaning ustidagi sigmasimon ichak qovuzloqi yaraga tushiriladi, u doka ushlagichiga olib boriladi, parietal qorin

parda qirralari jarrohlik kesmaning chekkalari bo'ylab teriga tikilib, sigmasimon ichakning etakchi va orqaga tortuvchi tizzalarini tikib qo'yadi. 4-5 sm. Ichak yaraga chiqariladi. Doka ushlagichi olib tashlanadi va ichak parietal qorin bo'shlig'iga va teriga yuboriladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, qorin bo'shlig'i drenajlanadi. Laparotomik yara qatlamlarga tikilgan. Ichakning qorin bo'shlig'iga tushmasligi uchun, Ipakni qaytaruvchi chok qo'yilib, ichak qovuzloqi ostidan o'tib, teri kesmasi chetidan o'rtasiga tortiladi. Ichakning lümeni, ko'rsatmalarga qarab, darhol yoki 24-48 soatdan keyin elektr pichoq bilan ochiladi.

BILIOPANKERATXODUODENALSOXADA BAJARILADIGANOPERATSIYALARI

Uip bo'yicha pankreatupodenal rezeksiya operatsiyasi

Operatsiya oshqozon osti bezi saratoni uchun ko'rsatiladi. Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqqandan so'ng, oshqozon osti bezi ajratib olinadi, oshqozon osti bezining butun yuzasi tekshiriladi va palpatsiya qilinadi.

45-rasm. Jarrohlik pankreatik bosh saratoni uchun ko'rsatiladi.



Pastki vena kavasining o'sma bilan aloqasini aniqlaganimizdan so'ng, o'n ikki barmoqli ichak yuqori chegarasi bo'ylab harakatlanadi (Koxerga ko'ra), qorin bo'shlig'ini gepatoduodenal ligamentdan o'n ikki barmoqli ichakning ko'tariladigan qismiga ajratish orqali. O'n ikki barmoqli ichak vena kavasidan tortib, aortagacha, o'tkir barmoqlar va o'tkir barmoqlar bilan ajralib chiqadi, metastaz yoki o'smaning o'sishini tekshirishni davom ettiradi. O'ng gastro-omental bezni o'rta yo'g'on ichak

bilan bog'lab qo'yilgan joydan o'tib, oxirgi barmoq bo'ylab me'da osti bezining oldida, portal venaning o'ng tomonida, yuqori tutqich venasi va boshlang'ich portal bo'limining buzilmaganligini baholash uchun tunnel hosil bo'ladi. Agar tekshiruv davomida uzoq metastazlar, retroperitoneal to'qimalar, aorta va pastki vena kava infiltratsiyasi aniqlansa, o'simta yuqori tutqich va portal tomirlarga 4-6 sm dan oshiqroq tarqaladi, 2-darajali uchta yoki undan ko'p limfa tugunlariga ko'rinadigan shikastlanishlar yoki. 3-tartibdagi bitta tugun, ish yaroqsiz deb hisoblanadi.

Amaliy holatda o'simta olib tashlanadi. Ular me'da rezektsiyasining chegarasini (me'daning 1/2, 2/3 rezektsiya turi bo'yicha) belgilaydilar, mexanik chokning ikki qatorini qo'ygandan so'ng oshqozonni kesib o'tadilar. Proksimal cho'l chap tomonga, distal cho'l esa o'ngga olinadi. Jigar arteriyasi ta'sirlanganidan keyin tolalar o'ng tomonga va pastga oshqozon osti bezi boshiga o'tkaziladi. O'zingizning jigar arteriyangizdan chiqib ketadigan joyda o'ng oshqozon arteriyasi, so'ngra o'ng gastroduodenal bog'lanadi va kesishadi. Iloji boricha umumiy safro yo'llarini ajratib, tikib qo'ying va distal uchini ipak ip bilan bog'lab qo'ying.

O'simta tarqalishini hisobga olgan holda, oshqozon osti bezi, ko'pincha oshqozon osti bezi eksizatsiyasi sohasida, o'simta chegarasidan kamida 2-4 sm masofada kesib o'tadi. Barmoq bilan ahmoqlik bilan yoki tutqichning yuqori qismini chimchilash va portal vena me'da osti bezi kapsulasidan, o'rta yo'g'on ichak venasi oqadigan joydan ajralib chiqadi. Ajratgandan so'ng, oshqozon osti bezining olib tashlangan qismiga qisqichni qo'llang va ikkinchisini kesib o'ting. Bez oshqozon osti bezi boshi bilan birga o'ng tomonga buriladi. Me'da osti bezi tomiriga gemostatik choklar qo'llaniladi. Yuqori tutqich va portal venalar yuqoridan, o'ngdan va qisman - pastki chap chetidan, oshqozon osti bezining chiqariladigan qismidan ajratilib, ularga oqib boruvchi novdalarni ketma-ket bog'lab turadi.

Trentian ligament ostida, jejunum tomirlarning ichakka yaqinlashadigan joyida, Trentian ligamentidan taxminan 5-8 sm pastda joylashgan. Kesish va safarbar qilishdan so'ng tutqich tomirlari ostidan o'ng tomonga chiqariladi. Oshqozon osti bezi ilova qilingan jarayonning qismlari kesishganidan so'ng, oshqozon osti bezining karsinomasi bo'lgan qismidan, oshqozon distal

qismidan, umumiy o't yo'lining distal qismidan va limfa tugunlari bilan toladan iborat dori chiqariladi.

Ular operatsiyaning rekonstruktiv bosqichini boshlaydilar, bu oshqozon osti bezi, ichak va ichak va oshqozon-ichak anastomozlarini yaratishni o'z ichiga oladi.

Me'da osti bezi yo'llari o't pufagi yoki o't pufagi bilan ko'rsatma bo'yicha anastomozlanadi yoki organning qolgan qismini tashqi drenajlashga murojaat qiladi.

Pankreatojejunostomoz qo'yilganda yo'g'on ichak tutqichidagi teshikdan pankreatik tomir olib tashlanadi, orqa labda sero-kapsululyar choklar qo'yilib, ichakning seroz membranasini va kapsulani chetidan 2-2,5 sm masofada ushlab turadi. uning kesilgan. Keyin anastomozning oldingi labini hosil qilib, tomirni ishg'ol qiling. Me'da osti bezi bezi izolyatsiyasida tikiladi. Uni me'da osti bezining bo'shlig'iga tushadigan drenajda hosil qilish maqsadga muvofiqdir va

to'xtatib qo'yilgan eunostomiya orqali qorinning old devoriga olib boriladi.

Pankreatojejunostomiyadan 15-20 sm orqaga chekinib, ingichka ichakda xoledoxojejunostomoz qo'yadigan joy rejalashtirilmoqda. Ingichka ichakning bir bo'lagi umumiy safro yo'lga tushadi va sero-seroz choklar qo'yiladi. Bunday holda, umumiy o't yo'lining tomirlari ichak bo'ylab joylashgan. Umumiy o't yo'lining lateral qirralari ichak devoriga ikki yoki uch chok bilan tikiladi. Shundan so'ng, ichakning lümeni ochiladi va umumiy o't yo'lining tomiriga 3-4 ta seroz-mushak choklarini qo'llash orqali invaginatsion anastomoz hosil bo'ladi. Anastomoz gepatoduodenal ligamentning boshlang'ich qismida joylashgan jigar darvozasiga o'rnatiladi.

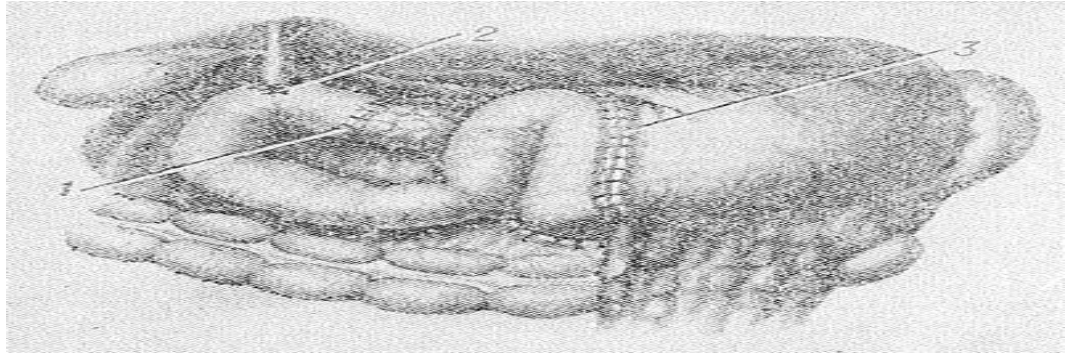
Xoledoxojejunostomiyadan 40 sm masofada ular Hoffmeister-Finsterre ko'rsatmalariga binoan gavydali gastrojejunostomoz qo'yishni boshlaydilar. Yo'g'on ichak tutqichidagi teshik anastomozga tikilgan, oshqozon anastomozda ichak tutqichiga mahkamlangan.

Gemostazdan so'ng, peshob teshiklari orqali me'da osti bezi neyroanastomoz va xoledoxojejunostomoz sohasiga ikkita naycha kiritiladi.

Laparotomik jarohat mahkam yopishtirilgan.

Total pankreatoduodenektomiya

Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqqandan so'ng, oshqozon osti bezi ajratib olinadi, oshqozon osti bezining butun yuzasi tekshiriladi va palpatsiya qilinadi. Umumiy pankreatoduodenektomiya to'g'risida qaror bir vaqtning o'zida bezning boshi va tanasiga ta'sir qiluvchi saraton kasalligi, Zollinger-Ellison sindromi, total beta-hujayrali adenomatoz.



46-rasm. Sxemasi Umumiy pankreatoduodenektomiya

Oshqozon osti bezi taloq va tanadan boshlab, safarbar qilinadi. Naycha arteriyasi va venasi me'da osti bezidan iloji boricha kesib o'tilishi kerak: taloq venasi portal venada, arteriya esa çölyak magistralidan chiqish joyida. Bunday holda tomirlar bo'ylab tolalar oshqozon osti beziga o'tkaziladi. Ushbu manipulyatsiyadan so'ng oshqozon osti bezining orqa yuzasida joylashgan tomirlar ta'sirlanadi. Keyinchalik operatsiya pankreatoduodenal rezektsiyada ham olib tashlanadi, bunda barcha pankreatik to'qimalar va taloq olib tashlangan preparatga kiritiladi.

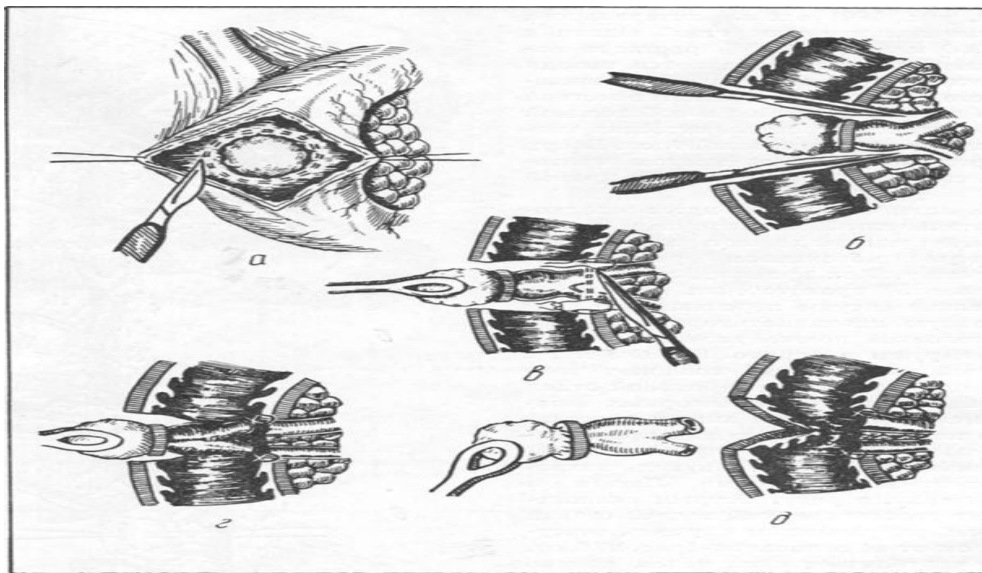
Umumiy o't yo'llari anastomozni oxirigacha yoki yonidan oxirigacha yaratish turiga qarab, ichakning uchiga tikiladi. Ikkinchi holda, umumiy o't yo'llari ko'ndalang chamber ichakning orqasida joylashgan eyunum tomoniga tikiladi. 40 sm orqaga chekinib, Xofmeyster-Finster usuli bo'yicha oshqozon va eyunum o'rtasida anastomoz hosil bo'ladi. Yo'g'on ichak tutqichidagi teshik anastomozdan oldin kengayadi, oshqozon anastomozda ichak tutqichiga o'rnatiladi. Gemostazdan so'ng, drenajlash orqali drenajlash koledokojejunoanastomozga olib keladi. Laparotomik yara ko'r bilan tikilgan.

Transduodenal papillektomiya

Birinchi bosqichdagi katta o'n ikki barmoqli ichakning saraton kasalligi yoki bemorlarda palliativ operatsiya sifatida cheklangan ko'rsatkichlar mavjud.

umumiy holati pank-reododuodenal rezektsiyani bajarishga imkon bermaydi. Ikkinchi holda, endoskopik aralashuvga murojaat qilish maqsadga muvofiqdir.

47-rasm. Transduodenal papillektomiya sxemasi



Yuqori o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'ini tekshirgandan so'ng, o'n ikki barmoqli ichak yuqori chetiga harakatlanadi (Kocherga ko'ra). Katta o'n ikki barmoqli ichak nayzasini paypaslashdan keyin o'n ikki barmoqli ichakning old devorining bo'ylama qismi bajariladi. O'simta tagida skalpel yoki elektron pichoq bilan kesma qilinadi va o'simta sog'lom to'qimalar chegarasida chiqariladi. Qon tomirlarini siqish va ivish orqali qon ketishni to'xtatish. Simlar va ular joylashgan joyda joylashgan umumiy o't yo'llari bir-biriga tikilgan va ichakning orqa devoridagi nuqsonga anasgomoz qo'yilgan bo'lib, tugun bo'g'imlarini joylashtiradi. Qolgan o'n ikki barmoqli ichak nuqsonlari me'da osti bezi kapsulasini yaraning chuqurligigacha tortib olinadi. Old devordagi kesma ko'ndalang yo'nalishda ikki qator tikuv bilan tikilgan. To'g'ri hipokondriyunga qo'lqop naychali drenaj beriladi. Laparotomik jarohat mahkam yopishtirilgan.

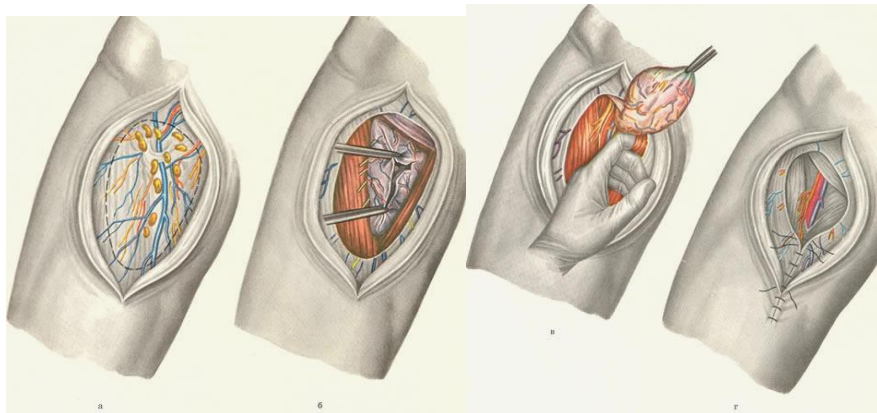
YUMSHOKTO'KIMAO'SMALARIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Chov-son limfadenektomiya - Dukenoperatsiyasi

(M. Du cuing)

Teri kesmasi femur arteriyasiga parallel bo'lib, inguinal ligamentdan 4-5 sm balandlikda boshlanadi va uning ostidan 13-18 sm gacha tugaydi. Teri yara ustki qismidagi teri osti to'qimasidan oldingi ustki yonbosh umurtqa pog'onasiga: tashqi tomondan sartikulyar mushakning lateral chetiga va ichkaridan pubik suyagining tuberkulyatoriga, so'ng sonning uzun tutashtiruvchi mushagi bo'ylab urg'ochi (skarp) uchburchagiga qadar ajratiladi. Teri kesmasining qirralari ilgaklar yordamida bir-biridan siljiydi. Olib tashlanadigan to'qimalar blokining chegarasini belgilang.

Rasm 48. Limfadenektomiyani bajarish usuli.



Qorinning old devorida oldingi yonbosh va umurtqa pog'onasini bog'laydigan kamon chizig'i bo'ylab aponevroz ajralib chiqadi. Yelkaning keng fasyasi yuqori yonbosh umurtqasidan tikuv mushaklari bo'ylab urg'ochi uchburchakka qadar ajratiladi. Yaraning pastki burchagida, u ikkita liga davri bilan bog'lab qo'yilgan va katta saphenous femural ven kesishgan. Bosqichlarda fastsiya tashqi qiyshiq mushak, inguinal ligament va sonning dum va uzun tutqichlaridan ozod qilinadi. Ular inguinal kanalni ochib, Jimbernato vega ligamentni ochishadi. O'chirilgan blokning qirralari qisqichlarni oladi. Davom etib limfa tugunlari bilan tolani biriktiruvchi va taroqsimon mushaklardan ajratib qo'yish, yo'l bo'ylab bog'lab, femur arteriyasining mayda shoxlarini kesib o'tadigan qon tomir to'plami. Ikki bog'lamalar orasidagi fastsiyaning oval ochilishida,

femurning katta saphenous venasi u femoral venaga oqib tushadigan joyda bog'lab qo'yilgan.

Tanlov femoral kanalning tashqi ochilishigacha davom etadi. Bunday holda, olib tashlangan to'qima bloki urg'ochi kanal deb ataladigan yog 'to'qimalari, tugunlari va limfa tomirlaridan iborat femur oyoq deb ataladigan oyoqqa osilgan. Femural oyoqlarini bo'shatish uchun Djimbernatoru bog'lami barmoq bilan cho'zilgan. To'satdan, yog 'to'qimasi ehtiyotkorlik bilan tortib olinadi, Pirogov limfa tuguniga proksimal bog'lanadi va kesiladi. Urg'ochi kanal bir necha uzilgan ipak choklari bilan tikilgan.

To'liq gemostaz amalga oshiriladi. Teriga tikuvlar qo'llaniladi. Terining alohida kesmasi orqali yaraning pastki burchagida drenajlash amalga oshiriladi. Drenajga faol aspiratsiya tizimi ulangan.

Yonbosh-choy-son limfadenektomiya

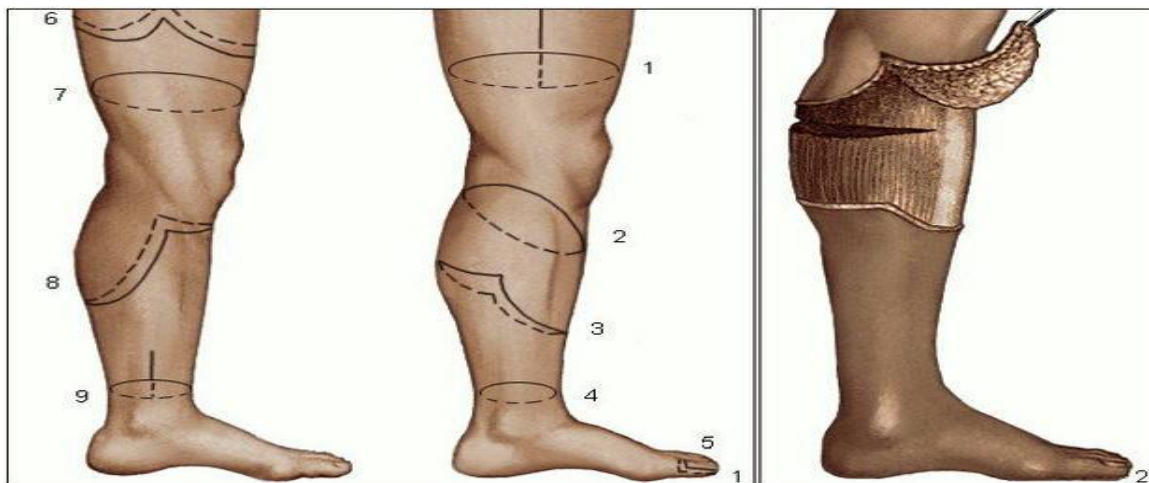
Dastlab operatsiya inguinal-femoral limfadenektomiyada bo'lgani kabi davom etadi (yuqoriga qarang), agar yonbosh limfa tugunlarini olib tashlash kerak bo'lsa, inguinal kanal old devori bo'ylab ochiladi, qorin bo'shlig'i olib tashlanganidan keyin tolalar ochilib, yonbosh limfa tugunlari bilan birga tolalar chiqariladi. Plastik inguinal kanal amalga oshiriladi. Ehtiyotkorlik bilan gemostaz. Teriga tikuvlar qo'llaniladi. Yaraning pastki burchagida va tashqi inguinal halqaning qismida alohida teri kesmalari orqali drenajlash amalga oshiriladi. Drenajlarga faol intilish tizimi ulangan.

Oyoqlarning izolyatsiyasi

Teri kesmasi tepalik ligamentining o'rtasidan pastga qarab boshlanadi

femur tomirlari, 7-8 sm gacha davom eting, so'ngra ichkaridan ichkaridan ichkaridan 8-9 sm pastga tushing. Keyin kesma orqa yuzaga qadar bir oz yuqoriga ko'tarilib, terini ko'ndalang yo'nalishda kattaroq trokanterning tagida kesishadi, so'ng sonning tashqi yuzasi bilan old tomonga o'tiladi va kesmaning boshiga ulanadi. Neyrovaskulyar shamlardan ajratilgan, femur venasi va arter alohida bog'lab qo'yilgan (tikuv bilan oxirgi).

Rasm 49. Oyoqlarning izolyatsiyasi

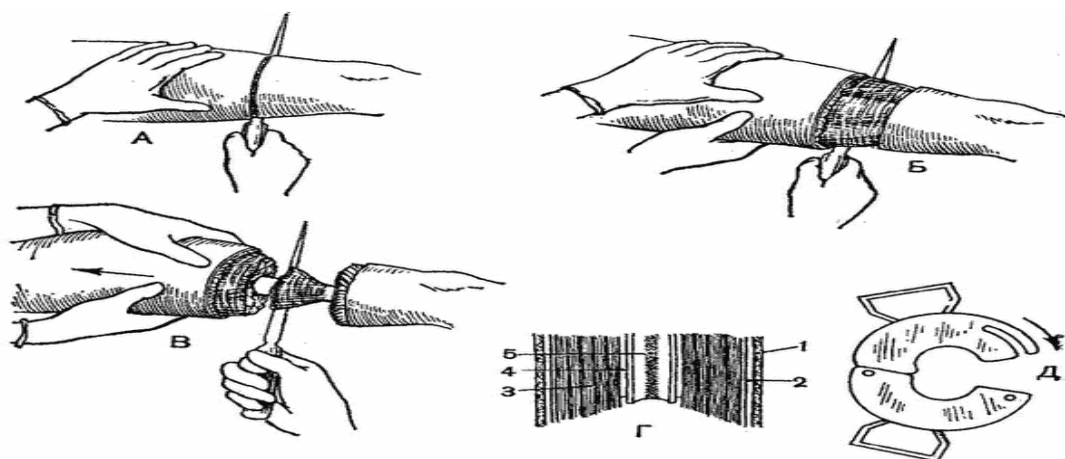


Oyoq keskin ravishda tashqariga chiqariladi, adductor mushaklari ajratiladi, yo'l bo'ylab boshqa tomirlarni bog'laydi. Keyinchalik, oyoqni olib, ichkariga buriladi, shundan so'ng mushaklar kestirib qo'shilishning old, tashqi va orqa yuzalari bo'ylab o'tadi. Birgalikda old kapsül ochilib, ko'ndalang yo'nalishda dissektsiyalanadi. Dumaloq ligamentni ajratib oling va femur boshini asetabulumdan ajratib oling. To'liq gemostaz amalga oshiriladi. Siyatik va femoral nervlar ajralib turadi, ular tegishli tayyorgarlikdan so'ng ajraladilar. Artikulyar bo'shliqdagi ligamentlar va mushaklarning biriktiruvchi joylari chiqariladi. Mushaklarni tikib, artikulyar bo'shliqdagi bo'sh joyni ehtiyotkorlik bilan to'ldiring. Keyin fastsiya qopqoqlari tikiladi. Jarohatda kauchuk drenajlar qoldiriladi, ular yaraning burchaklari orqali teriga chiqariladi. Teriga tikilgan va aseptik kiyinish.

Son suyagi amputatsiyasi

Amputatsiya darajasi protezning mumkinligini hisobga olgan holda o'simta lezyonining joylashgan joyiga qarab tanlanadi. Bir turniketni kiriting. Oyoq chetga surilgan. Teri-fastsiyal ikkita qopqoqni kesib oling: old tomoni uzunroq va orqasi qisqaroq. Mushaklar kovaklarining asosidan 3-4 sm pastda joylashgan joylar dumaloq shaklda kesishadi va orqaga tortiladi. Periosteum chizilgan mushaklarning chetiga kesiladi, u pastga qarab ajratiladi, so'ngra periosteumning chetida suyak kesiladi.

Shakl 50. Son suyagi amputatsiyasi



To'g'ri chiziqning bir qismini chisel bilan yiqitib, urg'ochi qipiqni qayta ishlang. Katta tomirlar xavfsiz holatga keltiriladi. Siyatik asabni ajratib oling, ishlov bering va kesib oling. Xayol og'riqlarini oldini olish uchun ushbu manipulyatsiyani o'tkir skalpel yoki xavfsizlik jilosi bilan bajarish kerak. Yara qatlamlarga tikiladi, o'zining fastsiyasining qirralari alohida choklar bilan tikiladi. Jarohatda ikkita rezina naycha qoldiriladi, ular yaraning burchaklariga olib keladi. Teriga nodal choklar qo'ying. Yuqori uchdan bir qismida amputatsiya bilan, femoral tomirlarga qo'shimcha ravishda bintni topish va bint qilish kerak. *circflexae femoris lateralis*, *g. perforantes a. profunda femoris* va oldingi filial *a. obturatoria*. Bundan tashqari *n. n.* alohida ishlov berish kerak. *saphenus* va *P. ischiadicus*. Uchdan o'rtada kesish bilan bir xil tomirlar va pastki uchdan bir qismida amputatsiya paytida, femur tomirlaridan tashqari, bint. *genu suprema*, *aa. articulatio genu superior et inferior*.

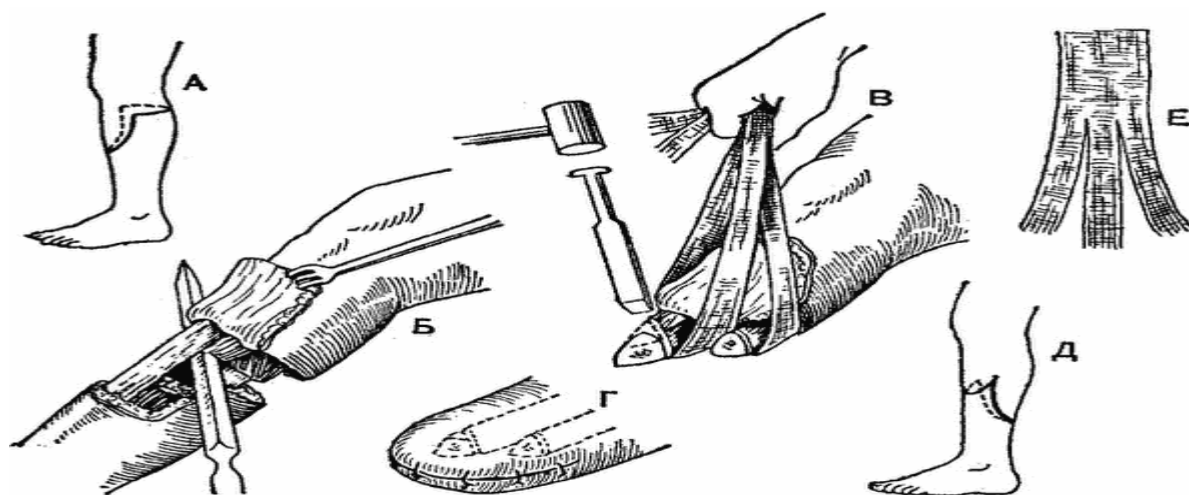
Subkrochanterik kestirib, amputatsiyani amalga oshirayotganda, dumaloq usulga qaraganda yamoq bilan ishlash usulini afzal ko'rish kerak. Qopqoqlarni sog'lom to'qimalar chegarasida kesib olish kerak, old qismi orqa tomondan uzunroq bo'lishi kerak. Bunday amputatsiya bilan, hatto suyakning kichik qoldig'i bo'lsa ham, dumg'aza ekzartikulyatsiyadan keyingi dumga qaraganda ancha yaxshi. Ushbu operatsiya paytida asab va tomirlar odatdagidek qayta ishlanadi.

Boldir suyagi amputatsiyasi

Operatsiya patchwork usuli yordamida oyoqning uchdan bir qismida yoki yuqori va o'rta uchning chegarasida amalga oshiriladi. Oyoqning qonsizligiga

erishib, tizzasidan yuqorisiga turniket qo'llang. Davolanishdan so'ng, terining kesmasi amalga oshiriladi va oldingi qopqoq orqa tomondan kattaroq bo'lishi kerak, shunda chandiqlar dog'ning orqa yuzasiga tushadi. Old teri-fastsial qopqoqni kesib bo'lgandan keyin, u periosteumdan va qisman mushaklardan ajratilib, katlanmoqda. Mushaklar kesilgan lapusning tagiga 3-4 sm masofada joylashgan.

Rasm 51. **Boldir suyagi amputatsiyasi sxematik ko'rinishi.**



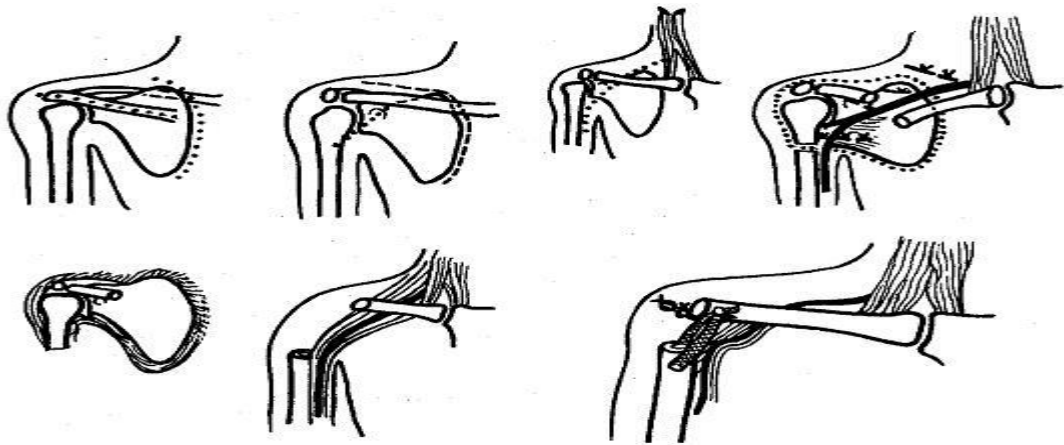
Keyinchalik, tibia teri qoplaminig tagida va periosteumni kesib o'tish va ajratishdan keyin 1,5-2 sm balandroq bo'lgan fibula kesiladi. Og'riq-tibiyaning oldingi qirrasi uchburchak shaklida kesiladi. Bandaj tomirlari. Yumshoq to'qimalardan oldin tibial, peroneal va o'rta kesimli nervlar ishlamaydi, davolanadi, so'ngra kesiladi, 4-6 sm qisqartiriladi. Yumshoq to'qima va fastsiya tikiladi, so'ngra teriga nodal choklar qo'llaniladi. Kauchuk bitiruvchilari yarada qoldiriladi, bu esa yaraning burchaklariga olib keladi. Aseptik kiyinishni qo'llang. 14 kun davomida tizza bo'g'imini ushlab turish bilan orqa gips quyish tavsiya etiladi.

Ko'krak qafasi kurak suyagi amputatsiyasi

Ushbu operatsiyaga ko'rsatmalar - bu elkaning yuqori qismida, elkama pichog'ida va elkaning qo'shilishida lokalizatsiya qilingan suyaklar va yumshoq to'qimalarning xavfli o'smalari. Ushbu operatsiya elkama-elka ekstarkulyatsiyasi yoki elkama-pichoqni to'liq olib tashlashning iloji bo'lmaganda ko'rsatiladi. Teri kesmasi sternoklavikulyar bo'g'imdan boshlanadi va kavikulaning tashqi uchdan bir qismiga, so'ngra old yuzasi pastga aksillaga tushadi, so'ngra ko'krakning lateral

yuzasini kesib o'tib, skapulaning pastki venasiga, so'ngra skapula vertebral chetiga yo'naltiriladi.

52-rasm. Interregular-torakal amputatsiyaning sxematik tasviri



Qon ketishini kamaytirish uchun klavikulani, bandajni kesib, subklaviya tomirlarini bog'lash tavsiya etiladi. Oldindan davolang, brakiyal pleksusning tolalarini kesib o'ting. Amaliyotning texnik xususiyatlari orasida subklavian arteriya va vena va skapula ko'ndalang arteriyasi va bo'yinning ko'ndalang arteriyasi bilan bir qatorda majburiy kiyinish zarurligini ta'kidlash kerak.

Keyinchalik, mm tolalar orqada ajratiladi. trapezius, levator scapulae, romboideus, teres minor et major va chuqur nn. subscapularis accesorius. Ular aksiller va subklavian hududlarning barcha tolalarini olib tashlashadi, orqa tomonning keng mushaklarini bog'lash joyida kesib tashlashadi va elkama-kamar bilan butun oyoq-qo'llarini olib tashlashadi. Qusurni qavatma-bosqich tikib turing. Jarohatda kauchuk drenaj qoldiriladi. Agar ushbu aralashuvdan keyin nuqsonlar saqlanib qolsa, ularni bepul terining parchasi bilan yopish kerak.

Ko'krak qafasi kurak suyagi rezeksiya

Operatsiya radikaldir, shuningdek intervallus-ko'krak amputatsiyasi, ammo uning yordamida qo'l va bilakning funktsiyalari saqlanib qoladi. Ushbu operatsiyada oldingi holatdan farqli o'laroq, yoqa suyagi medial qismidagi subklavikulani kesib o'tadi, subklavian tomirlardan elkaning yuqori uchigacha neyrovaskulyar to'plam atrofdagi to'qimalardan chiqariladi va klavikula, skapula va

unga biriktirilgan barcha muskullar bitta blokda chiqariladi, yelka qo'shma va yuqori humerus. Humususning talaşlari yumshoq to'qimalarda bo'sh qoladi. Qolgan oyoq tanaga tomirlar va nervlar orqali bog'lanadi, ular terini shunchaki qizdiradi.

N.E. ko'ra modifikatsiyada Maxsonning suyagi olib tashlanmaydi, ammo periosteally olib tashlanadi, klavikulyar akrial bo'g'im bilan ajratilib, chetga suriladi. Keyinchalik periosteum va subklavian mushaklar sternoklavikulyar qo'shma darajasida kesib o'tiladi va operatsiya yuqorida aytib o'tilganidek davom ettiriladi. Xumus rezektsiyasidan keyinMilar lentasida yoki elkaning biceps tendonlarida (uning uzun boshi) lateral qismning kalitlarini to'xtatib turing. Pektoralis major va qolgan orqa mushaklari klavikul atrofida o'ralgan. Natijada, elka qo'llab-quvvatlaydi, bu uning funksiyasini sezilarli darajada yaxshilaydi.

Qo'llarni izolyatsiya qilish

Operatsiya yumshoq to'qimalarning va suyak sarkomalarining xavfli o'smalari uchun amalga oshiriladi. Raketa shaklida terining kesilishi korakoid jarayonidan 3 sm masofada boshlanadi. Humerusdagi pektoralis asosiy mushaklarining tendoni ta'sirlanadi, bog'lab qo'yilgan va kesilgan v. sefalika, tendonni kesib, pektoralisning asosiy va deltoid mushaklarining qirralarini yon tomonlarga yoyib, umumiy qoidalarga muvofiq bog'langan va kesishgan brakial tomirlarni, brakial pleksusning asablarini fosh qiladi.

53-rasm. Qo'llarni izolyatsiya qilish

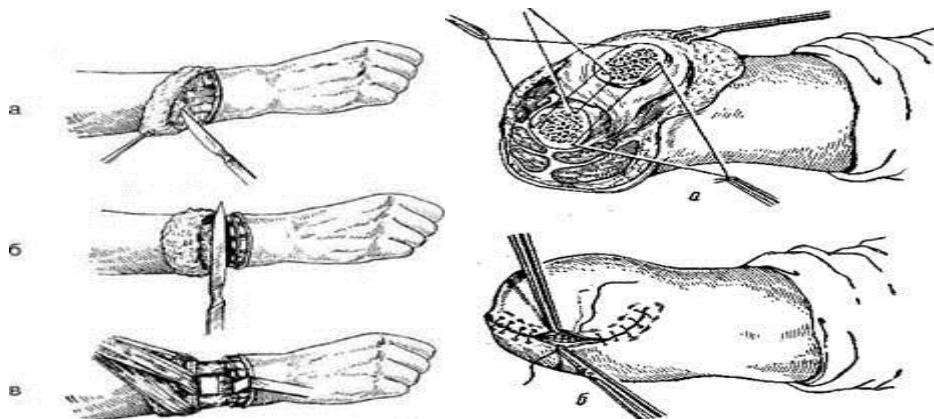


So'ngra deltoid mushak kesilib, elkama-elka buriladi va elkama-ichak tutqichining kapsulasi pastki skapulyar mushakning tendoni bilan kesiladi. Yordamchi elkasini ichkariga aylantiradi, bu kapsulaning orqa devorini va mushaklarning tendonlarini ajratish uchun sharoit yaratadi. Ikkinchisining kesishmasidan keyin humerusning boshi ajratiladi va humerusga biriktirilgan mushaklar biriktiriladigan joylarda kesishadi. Preparatni olib tashlang. Yakuniy gemostaz amalga oshiriladi, elka bo'g'imining kapsulasi qoldiqlari olib tashlanadi. Yara yuzasi deltoid mushakdan mushak parchasi bilan qoplangan. Operatsiyadan keyingi yara tikilgan bo'lib, kauchuk bitiruvchilarini qoldiradi.

Bilakning amputatsiyasi

Operatsiya boshida qon yo'qotishining oldini olish uchun Esmarch turniketi elkaning pastki uchdan bir qismiga qo'llaniladi.

54-rasm. Bilakning amputatsiyasining sxematik ko'rinishi.



Bilakni amputatsiya qilish bilan ikkita teri-fastsial qopqoq kesiladi. Radial arteriya tibialis mushaklarining ichki chetidan kesiladi va bog'lanadi, ulnar arteriya mushaklar orasidan kanallarning fleksorlari bilan joylashgan. Mushaklar qisqargandan keyin kesishadi, suyaklar Gigli arra yordamida kesiladi va kesmalarning qirralari raspator yordamida qayta ishlanadi. Ebes bir xil darajada rezektsiya qilinadi. Nervlar yuqori darajada qayta ishlanadi. Preparatni olib tashlang. Yakuniy gemostaz amalga oshiriladi. Antagonistik tendonlar va mushaklar bir-biri bilan bog'lanmaydi, faqat tendonlarni periosteumga yoki

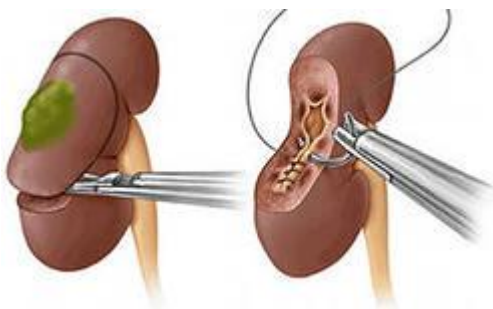
tendonning biriktirilgan qismiga bitta chok bilan mahkamlang. Jarohat yuzasi operatsiya boshida kesilgan teri-fasial latta bilan qoplangan. Operatsiyadan keyingi jarohat rezina bitiruvchilarini qoldirib tikilgan.

SIYDIKCHIQARISHTIZIMI O‘SMALARIDAJARROXLIK AMALIYOTI

Nefrektomiya

Nefrektomiyaga jarrohlik kirishning uchta asosiy turi mavjud: transperitoneal, retroperitoneal va torakoabdominal.

55-rasm. Buyrak rezektsiyasining sxematik ko'rinishi.



Nefrosktomiya uchun onkologiyada eng keng tarqalgan usul median laparotomiya hisoblanadi. Ikkinchisida, qorin bo'shlig'i a'zolarini, birinchi navbatda jigarni qayta ko'rib chiqqandan so'ng, uzoq metastazlarni istisno qilish uchun meditatsiyalangan ingichka ichak zararlangan buyrakning yon tomoniga kesiladi va paranefral kapsulani ochib qo'ygan orqa barg ajratiladi.

56-rasm. Nefrektomiya qilish texnikasi.



Lumbotomiyaga murojaat qilish bilan bemor sog'lom tomonga rulonda yotqiziladi. Operatsiyaning yon tomonidagi oyoq tekislanadi, ikkinchi oyoq kestirib va tizza bo'g'imlarida egilgan. Obzor lumbotomaga kirish Fedorovga (yoki boshqa operatsion kirishga) muvofiq amalga oshiriladi. Fedorovning kirish imkoniyati bilan kesma XII qovurg'a va orqa miya mushaklari hosil qilgan burchakdan boshlanadi, va XII qovurg'a ostidan kindik yo'nalishi bo'yicha obusiv yo'nalishda o'tkazing. Terini, teri osti to'qimasini, yuzaki fasyani ajratib oling. Qatlam bo'yicha qatlam mushaklarni ajratish. Qorin parda buyrak fasiyasidan aniq ajratilib, pastga va oldinga siljiydi. O'z buyragining fastsiyasining orqa barglari ochiladi.

Buyrak usti bo'shlig'ini ochgandan so'ng buyrak qon tomir buyrak pedikulasini harakatga keltirish uchun har tomondan aniq va o'tkir shaklda bo'ladi. Shu bilan birga, aorta, pastki vena kava va qon tomir buyrak oyog'ining anatomik munosabatlariga asoslanib, tomir pedikulyasi chap tomonda, yuqori segmentning old tomonida, o'ng buyrakda operatsiya paytida - orqa qismdagi yuqori segmentdan. Buyrakning tekshiruvi o'tkaziladi. Buyrak usti bezi oyoq tomirlarini W ga bog'lashdan oldin chiqariladimi? ' tomirlaridan qon ketishi. Aniq tashxis bilan buyrak arteriyasi va tomir bog'lanadi. Tomirlarning 11 oyog'ining tomirlari qo'shimcha ravishda katgut ligature bilan bog'langan. Siydik pufagi iloji boricha siydik pufagiga yaqinlashadi va uning sigirlari catgut bilan bog'lanadi. Agar paraaorta va parakaval limfa tugunlarida metastatik o'zgarishlar aniqlansa, ular lumbotomiya kesmasidan olib tashlanadi va qatlamlarga rezina-doka shilimshiq bilan tikiladi.

Buyrak saratoni pastki kovak venaga invaziya bo'lganda operatsiyaxususiyatlari.

Torakofrenolaparotomiya amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'i o'simta ta'sir qilgan o'sma bilan birgalikda medial jihatdan joyidan siljiydi. Asosiy buyrak arteriyasini bandaj qilish va kesib o'tish, so'ngra buyrakni tayyorgarlik bilan safarbar qiling. Qalinlashgan buyrak venasi atrofi ustiga qo'yilib, ushlagichga tushiriladi. Siydik pufagi siydik pufagiga iloji boricha yaqinlashadi va uning

bo'lagi katgut bilan bog'lanadi. Siydik yo'lini kesib o'tgandan keyin buyrak pastki vena kava bilan bog'lanib qoladi magistral o'ziga xos o'simta trombusi.

Pastki vena kavasi ajralib turadi, umurtqali venalar bog'lanadi (va bilan)

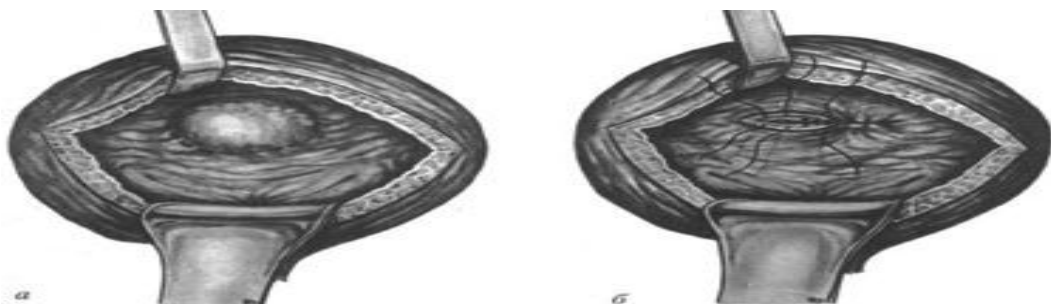
o'ng tomonli nefrektomiya - seminal tomirlar). Pastki vena kavasini qon aylanishidan o'chirish uchun vena kavasining distal qismiga va qarama-qarshi buyrak tomiriga ipak olinadigan ligatura qo'llaniladi. O'simta trombusining uchi ko'z bilan va palpatsiya bilan qoplangan, uning ustiga tomir qisqichi qo'yilgan yoki pastki vena kava koni chap qo'lning barmoqlari bilan qisilgan. Buyrak venasining og'zida pastki vena kava devori dumaloq ravishda ajratiladi, kerak bo'lganda pastki vena kava devorining uzunlamasına qismi tikiladi. Shu bilan birga, butun o'simta massasi chiqariladi. Bitta blokda qon pıhtısının olib tashlanishi, uni chap qo'l bilan asta-sekin chiqarib tashlash orqali osonlashadi. O'simta trombusi olib tashlanganidan keyin pastki vena kava ichki yuzasi qon pıhtılarından, shilliq massalardan tozalanadi. Atravmatik ipdan foydalanib, tomir choki qo'llaniladi. Bosqichlarda, tomirning lümenindeki havo chiqarilishi bilan, vaqtincha ligatürler chiqariladi.

Siydik pufagi rezeksiyasi

Bemor operatsiya stoliga yotqizilgan ».

Quviq suprapubik yondashuvlardan biri (pastki o'rta, ko'ndalang yoki kemerli) bilan ta'sirlanadi. Operatsiyadan oldin siydik pufagining devorini izlashni osonlashtirish uchun unga kateter orqali 500 ml havo yuboriladi.

57-rasm. Siydik pufagi rezeksiyasi



O'rta pastki kirish bilan, pubis va o'rtasida joylashgan o'rta chiziq bo'ylab kindik terini va teri osti to'qimasini aponevrozga ajratadi. Aponeuroz o'rta chiziq bo'ylab ham chiqariladi, rektus va piramidal mushaklar ahmoqona tarzda ajraladilar, shundan so'ng qorinning ko'ndalang fasyasi ko'rinadi. Ko'ndalang yo'nalishda fastsiya pubisga yaqinroq ajratilib, pufakning old devorini ochib, qorin parda orqali o'tuvchi qopqoq bilan yuqoriga ko'tarilib, pufakchali to'qima ostidan tozalab tashlanadi. Guvohlarga ko'ra, bu kesma yuqoriga qarab cho'zilishi mumkin va qorin bo'shlig'ini ochgandan so'ng, qorin bo'shlig'ini qayta tiklash amalga oshiriladi.

Quviq o'z devorining sog'lom qismida ochilib, o'simtaning joylashishini oldindan aniqlaydi. Yarani ilgaklar bilan suyultirgandan so'ng, o'simta to'qimasini shikastlamaslik uchun rezektsiya chegaralari aniqlanadi (o'simtaning chekkasidan kamida 2,5,5 sm masofada), so'ngra barcha qatlamlar bo'ylab elektr pichoq qayta tiklanadi. Quviq devoridagi nuqson shilliq qavatni tortmasdan (paramusli), ikki qatorli kesilgan katgut choklari bilan tikiladi, ikkinchi qator choklari adventitiya qatnashish bilan amalga oshiriladi.

Saraton o'smasi apeks mintaqasida lokalizatsiya qilinganida, urachusning yonida, pastki o'rta laparotomiya amalga oshiriladi va qovuqning yuqori yarmi paravesikal to'qima, qo'shni qorin bo'shlig'i va kindikkacha bilan birga rezektsiya qilinadi.

Saraton o'smasi ureterning teshigi yaqinida joylashgan yoki blastomotosis jarayonida ishtirok etganda, jarrohlik hajmi kengayadi - gemireseksiya yoki subtotal rezektsiya siydik pufagining bir yoki ikki tomonlama neoimplantatsiyasi bilan amalga oshiriladi. Chet jismni olib tashlash uchun forseps bilan ular siydik pufagining devorini ushlab, implantatsiya joyiga tashqariga bosing. Kichkina teshik to'g'ridan-to'g'ri forseps uchidan yuqorida chiqariladi. Siydik pufagining diametri sun'iy ravishda kengaytirilib, siydik bo'shlig'ining orqa uchini orqa tomondan, taxminan 0,5 sm, ajralgan burchaklari va teshigi orqali chiqariladi.

ligature-ushlagichlari tugunga bog'langan qovuqqa cho'zilgan. Teshikdan 2 sm masofada siydik pufagi devori 1-1,5 sm oraliqda teshilgan va bog'ichlar tashqi tomondan bu teshik orqali bog'langan.

Mintaqaviy limfa tugunlari ham olib tashlangan dori tarkibiga kiradi.

Rezektsiyalash va siydik pufagini siydik pufagi devorining sog'lom qismiga o'tkazgandan so'ng, qolgan yuqori yarim pufak gumbaziga nosimmetrik tarzda parashyut kabi poliamid iplari bilan yopishtiriladi, iplarning uchlari siydik pufagi orqali tashqi tomonga chiqariladi. Pufakchaning gumbazlari iplarni yalang'ochlab, uretraning membranali qismiga qisqartiriladi va unga kesgut chigit bilan tikiladi. Quviqning tepa qismida kontrastlanish orqali epitsistostomiya qo'yiladi va u orqali siydik pufagining kateterlari (5-6 Ch) chiqariladi. Poliamid filamentlari uretraning tashqi ochilishidan tizzagacha ozgina kuchlanish bilan chiqariladi.

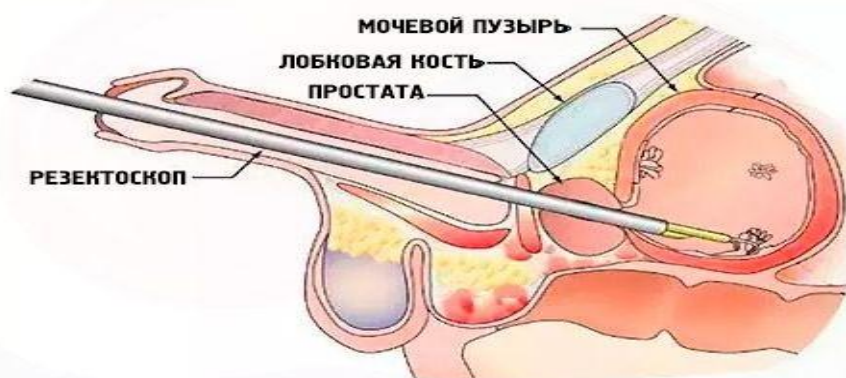
Quviq devoridagi nuqson shilliq qavatni tortmasdan (paramusli) ikki qatorli tugunli katgut choklari bilan tikiladi, ikkinchi qator choklari adventitiya bilan bajariladi.

Barcha holatlarda, epitsistostoma erkaklarda, kam rezektsiya qilingan ayollarda, 6-7 kun davomida doimiy Foley kateterini kiritishga ruxsat beriladi.

Qo'lqopli naycha bilan drenajlangan peri-pufak to'qimasini majburiy ravishda drenajlash. Shikastlangan kattalashgan rezektsiyalarda, paravesikal bo'shliqni ikki tomondan qulflash teshiklari orqali drenajlash tavsiya etiladi (Buyalskiy-Mak-Wortherga ko'ra).

58-rasm.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ



Siydik pufagi ekstripatsiya qilish

Quviqqa doimiy kateter qo'yiladi.

Umumiy endotraxeal behushlik ostida arcuate yoki langarga o'xshash kirish amalga oshiriladi.

Teri va teri osti to'qimasini ajratgandan so'ng, aponevroz yorilib, kesma chizig'i bo'ylab tarqaladi. Rektus va piramidal mushaklar aniq tarbiyalanadi (agar kerak bo'lsa, ularni ipak bog'ich bilan kesib o'tish kerak), shundan so'ng qorinning ko'ndalang fasyasi ko'rinadi. Transvers yo'nalishda fastsiya pubisga yaqinroq ajratiladi.

Ichak qovuzloqlarini ajratish uchun sochiq qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Qayta ko'rib chiqish uchun qovuqning devori ochiladi. Operatsiyadan keyingi o'simta aniqlangandan so'ng va uni yo'q qilish to'g'risida qaror qabul qilingandan so'ng, ular qovuqni harakatga keltira boshlaydilar. Quviqni qisqichlar yordamida siqib, avval oldinga va pastga, asta-sekin tomirlarni bog'lab, siydik pufagining orqa va yon devorlarini, prostata va seminal vesikulalarning orqa yuzasini aniq va aniq ajratib turadi. Siydik pufagi o'simtadan 3 sm yuqorida joylashganki, ushlagichlarga olib boriladi va ichiga siydik yo'li kateterlari qo'yiladi. Vas deferensni bandaj qilish. Ushbu bosqichda to'g'ri ichakka zarar etkazish xavfi mavjud. Quviqni orqaga va yuqoriga siljitish, bandaj va xoch

Pubik-kistik va pubik-prostata ligamentlari va mushaklari. Erkaklarda siydik pufagi prostata bezining ostidan kesiladi. Shunday qilib, prostata bezi va seminal vesikulalar bilan safarbar qilingan siydik pufagi chiqariladi. Kengaygan tsistektomiya bilan tos bo'shlig'idagi limfa tugunlari bilan qorin bo'shlig'i tolasini, tos bo'shlig'iga tutashgan qorin bo'shlig'idan tashqari olib tashlash kerak.

Ayollarda siydik pufagi, siydik pufagi, vaginaning old devori ko'tarilib, histerektomiya yoki pangisgerektomiyaga qadar bo'ladi.

To'liq gemostaz amalga oshiriladi. Agar individual tomirlarning bog'lanishi samarasiz bo'lsa, ichki yonbosh arteriyalarining ikkala tomoni umumiy yonbosh arteridan chiqib ketadigan joyda bajariladi.

Usullardan biriga ko'ra, ureterlar inguinal-yonbosh mintaqalari terisiga, ingichka yoki ingichka ichaklarga,

Qorin bo'shlig'idagi nuqson tikilgan. Teshik bo'shlig'ini siydik yo'llari bo'ylab kateter yordamida to'kib tashlang. Jarrohlik yarasi qatlamlarga tikilgan.

Radikal I prostatektomiya

Interstitsial jarrohlik texnikasiga nisbatan ushbu yondashuvning eng muhim ustunligi tos bo'shlig'ida limfadenektomiyani bir vaqtning o'zida o'tkazishdir.

Bemorning operatsiya stolidagi holati biroz ko'tarilgan tos va pastki oyoq-qo'llari bilan bo'lishi kerak. Qorin old devorining pastki chizig'i kesiladi, qorin bo'shlig'i ochilmaydi.

Previsik bo'shliqni ajratgandan so'ng, paravesial to'qimalar ochiladi, qorin parda tashqi yonbosh arteriyalari va qorin bo'shlig'i devoridan chiqariladi.

Lenfadenektomiya ekstraportion holda amalga oshiriladi va o'z ichiga oladi. iliaca externa, internani o'rab turgan va fossa obturatoriyada joylashgan limfa tugunlarini olib tashlash. Barcha chuqur joylashgan paravesikal limfa tuzilmalari olib tashlanadi.

Retzii bo'shlig'ini sinchkovlik bilan tayyorlashdan so'ng, prostata ikkala tomonida intrastratik fastsiya uzunlamasına ajratiladi.

Egri o'tkir qaychi bilan pubik-prostatik ligamentlar simfizda to'g'ridan-to'g'ri kesishadi. Shundan so'ng, prostata mushak tolalarini m olib tashlash uchun atrofdagi yog'dan ehtiyotkorlik bilan ozod qilinishi kerak. levator ani va mushak sfinkterini buzmasdan qoldiring. Siydik pufagiga 18-sonli kateter qo'yilgan. Keyin v. dorsalis penis va plexus Santorinii juda chiroyli va kiyinadi. Teskari ligatura bilan egri qisqich asosiy venoz magistral ostida iloji boricha pastroq joylashtirilgan. Vena tomirlari bog'lanadi. Bandalangan va tikilgan v.dorsalis penis ajratiladi.

Parchalanish faqat prostata yuqorisidan boshlab, o'tkir qaychi bilan amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, uning o'ng va chap qismida prostatik fastsiya lateral va dorsal neyrovaskulyar to'plamga zarar bermaslik uchun ochiladi.

Uretraning old devori ta'sirlanadi. Uretraning old devoriga ikkita vaqtinchalik ligatri biriktirilgan, ular boshqalar qatori vesikouretral anastomozni keyinchalik qo'llashda ishlatiladi. Vesikouretral anastomoz qo'yilganda choklar

chiqib ketmasligi uchun siydik pufagining old devori kateterdan 2 mm pastda ajratiladi. U tos fasiyasini 2-3 mm ushlab uchun uretraning devori bilan birga bo'lishi kerak. Shunday qilib, atigi 6 ta chok qo'yib yuborilgan, ammo ularning hech biri mushaklarning sfinkterini ushlamasligi kerak, bu esa ushbu tuzilmaning yaxlitligini saqlaydi va ushlab turish mexanizmining ta'sirini kuchaytiradi.

Uretral kateter ajratilgan, uning distal uchi kesilgan, prostata osonlikcha segment bilan Foley shari bilan qoldiriladi, ko'tariladi. Urug 'naychasi ko'rinishi bilanoq, uretraning pastki devori seminal tuberkule teshiklaridan pastda kesishadi. Prostata bezining butun majmuasi yuqoriga qarab yuqoriga ko'tarilib, uretradan chiqarilib, mushak kordlari m kesishadi. retrouretralis, prostata yuqorisidan Denonvil fassasiga qadar.

Prostata yaqinidagi to'qimalar ajratiladi, bog'lanadi va ikkala tomondan kesishadi. Bunday holda, bez to'g'ri ichakdan yaxshi ajratilgan. Seminal vesikulalarni tayyorlash sizga prostata poydevorini harakatlantirishga imkon beradi, seminal vesikulalarning pastki devori tufer bilan ajratilgan va ular osongina teskarisi bo'ladi.

Prostataning asosi dorsal bo'shatilgandan so'ng, prostata old tomondan Foley kateteriga tortiladi va shu bilan qovuq bo'yni keyingi diseksiyon qilinadi. Saratonning mayda apikal shakllari bilan siydik pufagining mushaklarini saqlovchi tayyorgarligi bajarilishi mumkin, bu esa mushaklarning yopilish mexanizmini saqlab qolish imkoniyatini beradi. Bazada va katta adenomalarda lokalize qilingan saratonning katta shakllari bilan ko'pincha bo'yinning mushaklarni yopish apparatini saqlab qolish mumkin emas. Prostatani ajratgandan so'ng, siydik pufagi bo'yinning oldingi devori kesiladi, so'ngra prostata pastki devori qaychi bilan uchburchakdan uzilib, uni buzmasdan qoldiriladi. Uchburchakning shilliq pardasi servikal labdan keskin ravishda kesiladi. Prostatadan siydik pufagiga chiqadigan lateral biriktiruvchi to'qima shnurlari kesishadi. Dekektsiyalangan koagulyatsiyadan keyin umumiy venoz arteriyalar.

Prostata uchburchagidan ajralib chiqqach, seminal vesikulalar yana ajralib chiqadi, ductus deferens ampulalari ularning har biriga qaraganda meditatsiyadan o'tadi. Shuningdek, ular kesishadi, kesishadi va bog'laydilar. Seminal vesikulalar

erkin tarzda ajralib chiqadi va bu bitta kompleksda oddiy seminal vesikulalar bilan erkin va osongina chiqariladi.

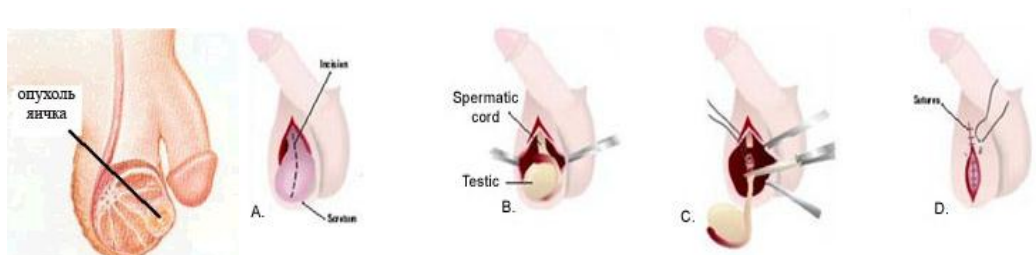
Keyingi bosqich siydik pufagining etarlicha ochilishi, bo'ynining moslashishi bilan boshlanadi va siydik pufagining bo'shlig'iga kateter erkin va haddan tashqari shikast etkazmasdan amalga oshiriladi. Quviq shilliq qavati tikilgan choklarni bo'yniga moslashtiradi, bu sizga aniq, suv o'tkazmaydigan shilliq-mushak anastomozini uretraga qo'yishga imkon beradi.

Ko'pincha, neyro-saqlovchi radikal prostatektomiya apikal lokalizatsiya qilingan saratonning kattaligi tufayli mumkin emas. Shu munosabat bilan fasyal shakllanishlar va asab tomirlari to'plami bilan birgalikda rezektsiya qilish kerak. U prostata bezining kapsulasiga tutashgan joylar bilan to'liq olib tashlanishi kerak.

Orkofunikulektomiya

Jarrohlik maydonini lokal behushlik yoki umumiy behushlik ostida qayta ishlagandan so'ng, kesma skrotumda inguinal-skrotal sohaga o'tadi va ichki inguinal halqaning proektsiyasiga qadar davom etadi. Shu bilan birga, teri, teri osti to'qimasi, Tompsonning fasyasi qatlamlarda ajralib chiqadi.

Shakl 59. Orchofunikulektomiya



Inuinal kanalning old devorini ochgandan so'ng, spermatik ichak ichki inguinal halqaga kiritiladi. Keyin vas deferens kanali chiqariladi, ikkita katgut ligatatsiyasi bilan bog'lanadi. Ligatrlar orasidagi kanal kesib o'tiladi va proksimal naycha 2% yod eritmasi bilan ishlov beriladi. Spermatik ichakchali bandajning bo'shatilgan elementlari ligature ikki marta. Ushbu bog'lanishlardan uzoqroq joyda, spermatik shnur bitta bog'ich bilan bog'langan. Proksimal va distal bog'lamlar o'rtasida spermatik ichak kesiladi. Distal bog'lamani tortib, moyak skrotumdan chiqariladi, tikuvli hidoyat ligament pastki qutbga bog'lab qo'yilgan.

Ildiz va spermatik ichakchali moyakdan iborat preparat chiqariladi. Ehtiyotkorlik bilan gemostazdan so'ng, inguinal kanalning old devorini plastik jarrohlik usullaridan biriga muvofiq amalga oshiriladi (Martynov, Girard, Spasokukotskiy va boshqalar). Yaraning pastki burchagida skrotumda kauchuk bitiruvchi qoldiriladi. Jarrohlik yarasi drenajlashdan oldin qatlamlarga tikiladi va unga bog'lab qo'yilgan bandaj qo'llaniladi.

Penis rezeksiyasi

Jarrohlik maydonini qayta ishlashdan so'ng, penisning ildiziga nozik kauchuk turniket qo'llaniladi. Glans jinsiy olatni siqilib, orqaga tortiladi. O'simtadan 2,5-3,5 sm (nurlanishdan keyin 1,5-2 sm keyin) proksimal qismda, korpora kavernozasining oq membranasini ochish uchun terini va teri osti to'qimasini dumaloq kesma bilan kesib oling. Jinsiy olatni pastki yuzasi terisini ajratishda uretrani kesib o'tish xavfi mavjud. Kesikdan proksimal teri penisning ildiziga 2-3 sm ga tortiladi va shu darajada kavernöz tanalar uretradan o'tmasdan ajratiladi. Keyinchalik, yuzaki va dorsal arteriya va tomir (to'g'ridan-to'g'ri penisning terisi ostida joylashgan), dorsal arteriya va vena (fastsiya ostida joylashgan) va har bir kavernöz tanada joylashgan penisning chuqur arteriyalari bog'lanadi. Penisning septumini katgut bilan ushlab bilan kavernoza tanalarning oq membranasini tikiladi. Agar kavernoza tanadan qon ketishi turniketni olib tashlaganidan keyin paydo bo'lsa, qo'shimcha gemostatik choklar qo'llaniladi. Jinsiy olatni tomiridan 1,5-2 sm masofada masofadan turib, safarbar qiling va uretrani kesib o'ting. Uretraning pastki devori va shilliq qavati ajralib chiqadi uning butun atrofi atrofida qobiq teriga uzilgan choklar bilan bog'langan. Jinsiy a'zoning teri yarasining o'rta chizig'i bo'ylab qirralari alohida kesilgan choklar bilan tikilgan. Doimiy kateter uretraning tomiriga joylashtirilgan. Kam amputatsiya paytida (ildizga yaqinroq), siydik yo'lining pastki qismidan oqib chiqmasligi uchun oldindan pareal stoma qo'yiladi.

Penis ekstripatsiyasi

Jinsiy olatni oldinga tortadi. Jinsiy a'zoning tubida teri osti to'qimasi bo'lgan teri albeninga aylana shaklida kesiladi. Teri orqadan siljiydi va kavernöz tanalar kesishadi. Tunika alba majburiy ravishda ushlab turilishi bilan kavernoz tanaga katgut nodal choklarini qo'llash orqali qon ketish to'xtatiladi. Uretra 4-6 sm masofada ajratiladi va kesiladi. Jarrohlik yarasi orqali perineum orqali tunnel ochiladi. Tunnelning sirtiga chiqqanda, terining diametri 1 sm gacha dumaloq ravishda eksiz qilinadi va siydik pufagi ortiqcha joylashtirilib, joylashtiriladi. Quviqqa doimiy kateter qo'yiladi. Ko'krakning yarasi mahkam tikilgan.

Emaskulyatsiya

Chap inguinal kanalning tashqi ochilishidan penisning yuqorisidagi o'ng tomonga yo'nalishda, terining va teri osti to'qimalarining ajratilishi bilan yuqoridan pastgacha konveksiya bilan arkiza kesma qilinadi. Spermatik shnurni ajratishga davom eting, avval bir tomondan, keyin boshqa tomondan. Spermatik shnur tomir deferensining ajratilgan kesishishi bilan kesishadi. Teri kesmaning tashqi burchaklaridan skrotum chetlari bo'ylab pastga qarab, ikkita qo'shimcha kavisli kesma ichkariga konveks qilinadi. Ikkala kesma ham qorin bo'shlig'i ostida va perineumning o'rta chizig'ida yopiladi. Jinsiy olat, kavernöz tananing qo'llab-quvvatlovchi bo'g'imlari uretradan 2-2,5 sm balandlikda joylashgan.

Kavernozning korpusiga gemostatik nodal choklar qo'ying. Jinsiy a'zolar, moyaklar va skrotum terisini o'z ichiga olgan preparatning bitta bo'lagi chiqariladi. Siydik pufagi yara chizig'i bo'ylab perineumdagi teriga tikiladi. Yara mahkam yopishtirilgan. Quviqqa doimiy kateter qo'yiladi.

Bachadon qin usti amputatsiyasi ortiklari bilan

Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontaldir. Chapdagi kindik atrofini aylanib o'tib, pastki o'rta laparotomiya qayta ko'rib chiqish uchun eng maqbul hisoblanadi. Operatsiya Pfannenstiel bo'ylab ko'ndalang kirish orqali ham amalga oshiriladi.

60-rasm. Bachadon qin usti amputatsiyasi ortiklari bilan



Tekshiruvdan so'ng ular bachadon va o'simtalarni o'tkir va to'mtoq usullar bilan bitishmalardan ajratishga kirishadilar. Sochiq operatsiya maydonini ichakdan ajratib turadi. Bachadon qovurg'alariga uzun qisqichlarni qo'llaganingizdan so'ng, u yaraga chiqariladi va o'simtaning yon tomonidagi manipulyatsiyalarga o'tadi. Bu bachadon yumaloq ligamentining kuchlanishiga olib keladi, bu uning kesishishi va bog'lanishiga yordam beradi. Shish qo'l bilan ko'tariladi va huni-tos bo'shlig'i ligamenti ochiladi, u ham bog'lanadi va bog'lanadi. Ushbu manipulyatsiya yordamida siydikni shikastlashning haqiqiy xavfi mavjud, chunki infiltrativ o'smaning o'sishi ushbu sohadagi topografik va anatomik aloqalarni sezilarli darajada o'zgartirishi mumkin. Kliplar o'simtaga yaqinroq joylashtirilishi kerak, qisqichlarning uchlari esa bo'lishi kerak bachadon tomon yo'naltirilgan. Qarama-qarshi tomondan qilingan manipulyatsiyalar kursi o'xshashdir.

Infiltratsiya zonasidan chiqib, oldingi va orqa qorin parda parchalanib, uni qovuqdan ajratib olishadi. Qorin bo'shlig'ining orqa varagi ichki farenks darajasidan pastda ajratiladi. Ichki farenks darajasida fallop naychalarining ikkala

tomonida bachadon qovurg'asidan oldin egilgan qisqichlar qo'llaniladi. Gemostatik maqsadga ega bo'lgan ushbu qisqichga bachadon qovurg'asi ustiga hisoblagich terminallari o'rnatiladi, shunda ularning uchlari deyarli birlashadi. Bachadon tomirlari qisqichlar orasidan o'tib, ipak bilan bog'langan. Bachadon skalpel bilan kesiladi, orqa devoridan boshlab, sakro-bachadon bog'lamlari tushadigan joydan yuqoriga, oldingi devorga esa tomir tomiridan yuqoriga ko'tariladi. Shunday qilib, bachadonni olib tashlaganingizdan so'ng, bachadon shaklidagi qirralari bo'lgan serviksin tomirlari hosil bo'ladi, bu sizga servikal kanalni yopishga imkon beradi. Ichakka 3-4 katgut choklari surtiladi. Peritonizatsiya doimiy pergoneal choklar yordamida peritoneal choyshab bilan amalga oshiriladi. Yara ichiga katta omentum chiqariladi, cho'zilib ketadi va ko'ndalang ichakka bog'lanish darajasidan 1 sm orqaga surilib, qisqichlar ketma-ket qo'llaniladi. Omentum ko'ndalang chamber ichakdan kesilib, bog'lanadi.

61-rasm.



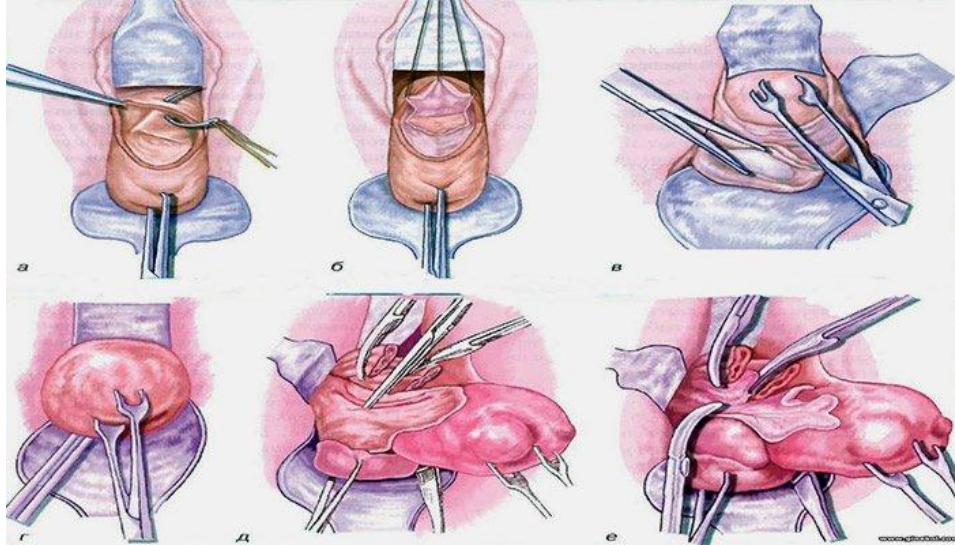
Jarrohlik yarasi qatlamlarga tikilib, qorin bo'shlig'ida gemostazni nazorat qilish uchun mikroirrigatsion vositani qoldiradi.

Bachadonni ekstraktsiyasi ortiklari bilan

Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontaldir. Chapdagi kindikni aylantirish bilan pastki o'rta laparotomiya amalga oshiriladi. O'simta tarqalishini aniqlashtirish uchun tekshiruv o'tkaziladi. Bachadonning qovurg'alaridagi yapishmalar ajratilganidan so'ng, ular uzoq qisqichlarni qo'llashadi va bachadonni

yaraga olib tashlashadi. Sochiq yoki katta doka peçete bilan jarrohlik maydoni ichakdan ajratiladi.

62-rasm. **Bachadonni ekstraktsiyasi ortiklari bilan**



Dumaloq bachadon ligamentlari kesib o'tadi va bint bilan bog'lanadi. Qo'l bilan shish paydo bo'ladi va huni-tos bo'shlig'i ligamenti ochiladi, u ham bog'lanadi va bog'lanadi. Ular qorin parda orti bo'shlig'ini yumaloq ligamentning bir bo'lagidan boshqasiga ajratishni boshlaydilar. "Ishlayotgan" tüfer yordamida, ular ahmoqlik bilan siydik pufagini qin yoyiga o'tkazadilar. Ichki farenks darajasigacha, qorin parda orqa devori ajralib chiqadi. Qon tomir to'plamini toladan ajratib bo'lgandan keyin, bachadon arteriyasiga qisqich, bachadon qovurg'asiga qarshi terminal qo'llaniladi. Qon tomir to'plami tikuv bilan bog'lab qo'yilgan, siydik pufagidan orqaga qarab, keng ligament tagida bachadon arteriyasi bilan kesishadi. Qarama-qarshi tomondan qilingan manipulyatsiyalar kursi o'xshashdir.

63-rasm. Laparotomiya



Shu tarzda mobilizatsiya qilingan bachadon ko'kragiga tortiladi va qorin parda orti bo'shlig'i kavaklarga bo'linadi. Qopqoqchalar bachadonga perpendikulyar ravishda ochilgan sakro-uterin ligamentlarga joylashtiriladi, so'ngra ular kesib o'tib bog'lanadi. Bachadon burchagiga yaqin joylashgan parietal to'qimalarga darhol qisqich qo'llaniladi, to'qima kesib o'tib, katgut bilan qoplanadi. Izolyatsiya vagina devorlariga davom etadi.

Quviq bilan chegarada oldingi qin bo'shlig'i ochiladi, uni ilgari Koxer qisqichi bilan mahkamlagan. Bachadon tomirlar darajasida kesilib, vaginal tomirga uzun kliplar qo'yiladi.

Peritonizatsiya pergoneum choyshablari yordamida uzluksiz katgut choklarini qo'llash orqali amalga oshiriladi.

Katta chuvalchangsimon yaraga chiqariladi, cho'zilib ketadi va ko'ndalang ichakka bog'lanish darajasidan 1 sm orqaga surilib, qisqichlar ketma-ket qo'llaniladi. Omentum kesilib, tomirlar ketma-ket ichakning yonida tomirlarni hazm qiladi.

Gemostaz va sochiqni olib tashlaganingizdan so'ng, jarrohlik yara qatlamlarga tikiladi va qorin bo'shlig'ida gemostazni nazorat qilish uchun mikroirrigator qoldiradi.

Kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi (Vertgeyma –Gubarev operatsiyasi)

Bemorning operatsiya stolidagi holati gorizontaldir. Chapdagi kindik atrofini aylanib o'tib, pastki o'rta laparotomiya qayta ko'rib chiqish uchun eng

maqbul hisoblanadi. Semirib ketgan yoki kosmetik maqsadlar uchun bemorlarga ko'ndalang Pfannenstiel orqali kirish mumkin.

Jigar, omentum, qorin parda orti bo'shlig'i, tos bo'shlig'i tekshiruvidan so'ng o'simtaning tarqalish xususiyatini aniqlab, tos bo'shlig'idagi topografik va anatomik aloqalarni aniqlang (birinchi navbatda, üreterlarning borishi aniqlanadi).

Sochiq yoki katta doka peçete bilan jarrohlik maydoni ichakdan ajratiladi.

Uzoq cımbızla, bachadon yaraga chiqariladi va lateral sirtlarga uzun yumshoq kliplar qo'llaniladi. Bachadonning huni-tos va dumaloq ligamentlarini qisish va bog'lashdan so'ng vesikoureteral katlama ajratiladi. Naychaning ampulali uchi uchun oldindan bachadon qisqichi bilan tortilganda, bachadon keng bachadon orqa miya bargining tagida ingl. Abortdan keyin devorga yaqin joylashgan Mikulich qisqichi huni-tos bo'shlig'i bog'lamasiga va qarshi qisqich sifatida ikkinchi Kocher qisqichiga qo'llaniladi. Bachadonning yumaloq bog'lamasida, uni cımbızla ko'tarib, ikkita Kocher qisqichi iloji boricha lateral ravishda surtiladi. Ikkala ligamentlar kesishadi va ipak bog'ichlar bilan bog'langan. Iplarning uchlari qisqichlarga olib boriladi va qorin bo'shlig'idan chiqariladi. Bachadonning keng ligamenti oldingi va orqa qorin bo'shlig'ini ta'kidlab, bandajlangan ligamentlarning tomirlari orasiga joylashtirilgan. Bachadonni orqadan va yuqoridan tortib olganingizdan so'ng, qorin bo'shlig'i peshob nayi bo'ylab kesilib, so'nggi cımbızlari ko'tariladi. Xuddi shu ketma-ketlikda, bachadon qarama-qarshi tomondan safarbar qilinadi.

Bachadon bo'yni venasi yorilganidan keyin dumaloq ligamentlarning yon tomonlarida tortish amalga oshiriladi va siydik pufagidan serviksdan oldingi qin bo'shlig'iga o'tkir ravishda ajratish, o'rta chiziq bo'ylab qat'iyan amalga oshiriladi, shu bilan birga qovuq devoriga yaqinroq ajratish kerak bo'ladi.

Abortdan keyin tomirlar parametrlari oshkor qilinadi. Ajralgan vesikoureteral katlama ko'zgu ostidan chiqariladi. Bunday holda, bachadon yalang'och parametrga qarama-qarshi tomonga tortiladi. Keskin tarzda, bo'shashgan tola oldingi yo'nalishda keng ligament tagida, qovuqning pastki yuzasining anterolateral qismlariga va profilaktik fossa chiqariladi. Keyingi bosqichda ular tashqi yonbosh arteriyasi bo'ylab tos to'qimasini olib tashlashni

boshlaydilar. Buning uchun arteriyaning tashqi yuzasini cımbızla qoplagan fasyani ko'taring va uni butun uzunligi bo'ylab uzunlamasına yo'nalishda ajrating. Kichik tomirlardan qon ketishini oldini olish uchun ajralish majburiy ravishda yuqoridan pastgacha amalga oshiriladi. Keyin fastsiyaning ichki qatlami yopiq qaychi yordamida arteriyadan ajralib chiqadi va umumiy yonbosh va tashqi arteriyalarning kamida 2/3 qismidan inguinal ligament ostidagi joyni olib tashlash kerak.

Fasial qopqoqni tashqi yonbosh arteriyasi ostida joylashgan bir xil venadan olib tashlashga o'ting. Bunday holda biz fasyal qatlamga kirishga harakat qilishimiz kerak. Shuni esda tutish kerakki, bu tomir ingichka devorga ega va shuning uchun osongina himoyasizdir. Bunday holda, tomir tos devorida joylashgan bo'lib, undan qon ketishini to'xtatish qiyinlashadi. Limfa tugunlari bilan qoplangan tolalar obturator fossasiga, shu jumladan, bitta to'qimalar blokida, obturator fossa tomon olib tashlanadi. Bunday holda, kengligi 0,2 sm gacha bo'lgan ingichka oqish shnuri bo'lgan obstruktiv asabni topish va uning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Keyingi bosqichda ular siydik chiqarishni boshlaydilar. Ikkinchisini, tirishqoqlik maydonidan boshlab, bachadonning keng bog'lanishiga qadar ajratish yanada o'rinnidir. Klip keng uterus ligamentining orqa bargini ko'taradi, bachadon qarama-qarshi tomonga yo'naltiriladi. Ehtiyotkorlik bilan fasyani qaychi bilan kesib oling, siydik pufagini keng bachadon bog'lamasining orqa varag'iga mahkamlang va bachadon naychasi bilan ligamentning o'rtasida bog'lovchi yopiq jag'lari bo'lgan qaychi bilan ajrating. Siydik pufagining ajralishi uning bachadon tomirlari bilan kesishadigan joyigacha bo'ladi.

Bachadon og'zidagi ichki yonbosh arteriyasini oching. Bachadon arteriyasi ipak ligatura bilan Deschan ignasi yordamida bog'lanadi. Ipni echib, uni ikki qismga ajratgandan so'ng, ular bachadon arteriyasini bog'lashni boshlaydilar. Bir ligatura bachadon bo'shatish joyida ichki yonbosh arteriyasiga yaqinlashadi, ikkinchisi oldingi holatdan 1 sm masofada joylashadi, shundan so'ng bachadon arteriyasi ligativalar orasiga o'tadi.

Keyin siydik pufagini oqadigan joyga ajratishni davom eting. Bachadon tomirlari bilan kesishgan joydan, siydik yo'li tunnel ichiga kiradi va Makenrodt

ligamenti bilan to'ldiriladi. Bunday holda, ushbu ligamentning mo'l-ko'l qon tomirlanishini hisobga olish kerak, bu majburiy kiyinishni talab qiladi. Quviqni bachadon bo'yni va qin bo'shlig'idan asta-sekin tunnel yordamida ajratib bo'lgandan so'ng, Mikulich qisqichlari Makenrodt ligamentining yuqori qatlami va siydik pufagi orasiga tushiriladi. Ligament ajratiladi va ikkita qisqich o'rtasida bog'lanadi.

Keyingi bosqichda ular preparatni to'g'ri ichakdan ajratishni boshlaydilar. Bunday holda, bachadon oldinga va yuqoriga tortiladi, bu rektal bachadon bo'shlig'ining qorin bo'shlig'ining kuchlanishiga olib keladi. Qorin parda bachadonning orqa devoridan o'tadigan chegara chizig'i bo'ylab qaychi bilan kesiladi to'g'ri ichakka. Bunday holda, keng bachadon ligamentining orqa bargining ikkala qismi bog'langan. Rektumning old devori barmoq bilan vaginadan ajratilgan. To'g'ri ichakdan to'liq chiqarilgandan so'ng, bachadonning bachadon bandajlariga qisqichlar qo'yiladi, ularni kesib tashlash va iloji boricha (baza ichiga) bog'lab qo'yish kerak.

Sterro-bachadon bog'lamalarini kesib tashlaganidan so'ng, bachadon yon tomonga va yuqoriga ko'tariladi, siydik pufagi qarama-qarshi tomonga yo'naltiriladi. Shu bilan birga, tos-bachadon bo'yni va vaginal ligamentlar ochiladi, bunda avval tos devorlariga iloji boricha yaqin qisqichlar qo'yish kerak, shu bilan siydik pufagining vaginal va pastki tomirlari ochilmaguncha tolalarni olib tashlash kerak.

Keyingi bosqichda, vaginal tamponni olib tashlangandan so'ng, vagina kesiladi. Vertheim qisqichi vaginaning yuqori va o'rta qismining chegarasida qo'llaniladi, uning ostidan gemostatik maqsadda va qin tomirini tuzatish uchun ikkita Mikulich qisqichi vaginaning yon devorlariga qo'llaniladi. Wertheim qisqichi ostida, vagina kesiladi. Vaginal cho'ltoq antiseptik eritma bilan davolanadi va spirtli eritmaga botirilgan vagina naychaga kiritiladi.

Tugunli katgut choklarini qo'llash orqali vaginal gemostaz amalga oshiriladi. Rektal bachadon bo'shlig'ini qoplaydigan qorin bo'shlig'i vaginaning orqa devoriga tikilgan, vesikoureteral katlamning qorin bo'shlig'i qinning oldingi devori bilan tikilgan. Peritonizatsiya ligamentlarning tomirlari va qin

bo'shlig'ining tomirlarini ekstraperitoneally botirish bilan uzluksiz katgut choklari yordamida amalga oshiriladi, ularni keng bachadon ligament va qorin parda periton barglari bilan qoplaydi. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi davrda parametriyalardan ekssudatning vaginal tomir orqali chiqishi erkin tarzda sodir bo'ladi.

Katta charchoq yaraga chiqarilib, cho'zilgan va 1 sm orqaga chekinmoqda ko'ndalang chambar ichakni yopish darajasi, ketma-ket qisqichlarni qo'llang. Omentum kesilib, tomirlar yo'g'on ichakning yonida bog'lab qo'yilgan.

Jarrohlik yarasi qatlamlarga tikilib, qorin bo'shlig'ida gemostazni nazorat qilish uchun mikroirrigatsion vositani qoldiradi.

Ovariektomiya

Bemorning holati gorizontal holatda. Chapdagi kindik atrofini aylanib o'tib, pastki o'rta laparotomiya qayta ko'rib chiqish uchun eng maqbul hisoblanadi. Tekshiruv va tos bo'shlig'ida termoyadroviy izolyatsiya qilinganidan so'ng, tuxumdonlar yaraga yuboriladi. Siqish naychalariga va bachadon qovurg'asi yaqinidagi tuxumdonlarning o'z ligamentlariga qo'llaniladi. So'ngra, ko'zlarning nazorati ostida, huni-tos a'zolarini kesib o'tamiz va bog'lab qo'yamiz. Ikkala tuxumdon ham olib tashlanganidan so'ng, keng ligament barglari bilan qo'shimcha peritonizatsiya bilan catgut tomirlari va ligamentlar tikiladi.

Katta chuvalchangsimon yaraga chiqariladi, cho'zilib ketadi va ko'ndalang ichakka bog'lanish darajasidan 1 sm orqaga surilib, qisqichlar ketma-ket qo'llaniladi. Bez kesilib, bog'lanadi.

Jarrohlik yarasi qatlamlarga tikilgan. Gemostazni nazorat qilish uchun qorin bo'shlig'iga mikroirrigator kiritilishi mumkin. Bemor stolda yuqori ko'tarilgan va maksimal suyultirilgan kestirib yotadi. Maxsus oyoq konsollari ishlatiladi. Jarrohlik maydonini o'simtaning chegarasidan 1,5-2 sm masofada qayta ishlashdan so'ng kesma chizig'i belgilanadi. Kesishning yuqori burchagi klitorisdan 3 sm yuqorida, pastki qismi esa orqa miya joylashgan hududda joylashgan. Terining skalpel bilan teri osti yog 'tomoniga kesilishi oval shaklga ega, bu sizga sog'lom to'qimalar ichida hosil bo'lishiga imkon beradi. Teri

kesmasining qirralari qisqichlar bilan ushlanib, tomonlarga qaytariladi. Vagina kirish shilliq qavatining ichki dumaloq kesmasi vaginal naycha va hymen chegarasida amalga oshiriladi. Uretra va klitoris o'rtasida oldingi kesma amalga oshiriladi. Tsellyuloza

tashqi jinsiy a'zolar olib tashlangan dori tarkibiga kiradi. Teri parchasining old qismi pastga tushiriladi va terining tashqi qirrasi chetlarini itarish uchun ilib qo'yilgan. Fibrina vagina ichiga kirish joyidagi ichki halqa qismiga kesiladi. Klitorisda tolalar bo'lsa, kesish ushbu zonaning aniq tomirlarini hisobga olgan holda, gemostatik qisqichlar qo'llanilgandan so'ng amalga oshiriladi. Klitorisni kesib bo'lgandan so'ng, vulva olib tashlanadi va yakuniy gemostaz amalga oshiriladi. Terining kesma qirralarini yaqinlashtirish uchun jarohatning old qismida katgut iplari bilan botirish choklari qo'yiladi. Old qismning teri qismining qirralari ipak tugunlari bilan uretraning tashqi ochilishi bilan bog'langan, so'ngra teri uretraning atrofidagi shilliq qavat bilan bog'langan, so'ngra terini ikki tomondan vaginal shilliq qavatdan tikilgan. Dikişler orasida kauchuk bitiruvchilar bilan tanishtirildi.

Elyaf tashqi jinsiy a'zolarning old qismidan ajralib chiqqandan so'ng, labia minora va labia minora tolalari ketma-ket ajratiladi (avval o'ngdan, keyin chapdan). Eksizyon ham ichki dumaloq qismga qarab amalga oshiriladi.

TEST SAVOLLARI

1. Antrum saratoni uchun radikal operatsiya:

- 1) oshqozonning 2/3 qismini rezektsiya qilish; 2) distal subtotal rezektsiya
- 3) proksimal subtotal rezektsiya. 4) gastroenterostomiya
- 5) Billrot-2 oshqozon rezektsiyasi

2. Murakkab operatsiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) sog'lom to'qima ichidagi o'simtani olib tashlash; 2) sog'lom to'qima ichidagi o'smani olib tashlash va mintaqaviy limfa to'sig'i

3) mintaqaviy limfa to'sig'i va operatsiya sohasidagi barcha mavjud limfa tugunlari va tolasi bilan birga sog'lom to'qimalar ichidagi o'simtani olib tashlash; 4) mintaqadagi limfa to'sig'i bilan birgalikda sog'lom to'qimalar ichidagi o'simtani olib tashlash va boshqa organni to'liq olib tashlash,

o'simta jarayoniga jalb qilingan 5) variantlarning hech biri

3. Birlashtirilgan operatsiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) o'simtani mintaqaviy limfa to'sig'i bilan birga olib tashlash

2) o'simtani mintaqaviy limfa to'sig'i va operatsiya sohasidagi barcha limfa tugunlari va tolalar bilan birga olib tashlash

3) mintaqaviy limfa to'sig'i va rezektsiyasi bilan birga o'simtani olib tashlash yoki o'simta jarayoniga jalb qilingan boshqa a'zoni olib tashlash

4) mintaqaviy limfa to'sig'i bilan birga o'simtani olib tashlash va boshqa har qanday kasallik uchun bir vaqtning o'zida operatsiya qilish

5) variantlarning hech biri

4. Qalqonsimon saraton kasalligini davolashning minimal miqdori:

1) qovurg'a rezektsiyasi 2) gemitiroidektomiya; 3) gemitiroidektomiya, ismus bilan 4) subtotal rezektsiya; 5) tiroidektomiya

5. Ko'krak bezi saratonini jarrohlik davolash printsiplari quyidagilarni hisobga oladi:

1) o'simtaning lokalizatsiyasi 2) o'simta jarayonining tarqalish darajasi

3) bemorning yoshi 4) bir-biriga mos keladigan patologiya mavjudligi; 5) tuxumdon-hayz ko'rish funktsiyasi

6. I-bosqich ko'krak saratonini organlarni saqlovchi xirurgik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) Halstad bo'yicha radikal mastektomiya; 2) Patti bo'yicha radikal mastektomiya; 3) Bloxin bo'yicha tarmoq rezektsiyasi; 4) tarmoq rezektsiyasi; 5) Madenga ko'ra radikal mastektomiya.

7. Tuvaldagi radikal mastektomiya bilan asosiy mushak pektoralasi

1) Saqlangan 2) To'liq olib tashlandi 3) Qisman olib tashlandi

4) Aksiller limfa tugunlarida metastazlar mavjud bo'lganda chiqariladi

5) Harakatlar

8. Yaxshi fikrlash-toreka operatsiyasidan keyin ezofagoplastika uchun hozirda foydalaniladi:

1) ingichka ichakning plastik jarrohligi; 2) yo'g'on ichakning plastik jarrohligi; 3) oshqozonning plastik jarrohligi

4) piyodalarga va operatsiyaga qarshi plastik operatsiya oshqozonning katta egriligidan kelib chiqadi; 5) qovuqni plastik jarrohligi

9. Radarni jarrohlik davolashning asosiy turlari:

1) pnevmonektomiya 2) lobektomiya 3) bilobektomiya 4) segmentektomiya 5) bisekektektomiya

10. Radar holatida radikalizmning asosiy shartlari:

1) o'pkaning zararlangan qismini olib tashlash (minimal fraksiya)

2) atrofdagi yog 'to'qimalari bilan mintaqaviy limfa tugunlarini olib tashlash

3) bronxning kesishish chizig'i o'simtaning ko'rinadigan chetidan 1,5-2 sm dan kam emas

4) aksillar va supraklavikulyar limfa tugunlarini olib tashlash; 5) jarrohlik paytida sitostatiklarni yuborish

11. Rlni jarrohlik davolashda pulmonektomiyaning quyidagi turlari qo'llaniladi:

1) odatiy 2) kengaytirilgan 3) oddiy 4) murakkab 5) kombinatsiyalangan

12. Radarni jarrohlik davolashda pulmonektomiyaning quyidagi turlari qo'llaniladi:

1) odatiy 2) kengaytirilgan 3) oddiy 4) murakkab 5) kombinatsiyalangan

13. Ko'richakning III bosqich saratoni uchun radikal jarrohlik:

- 1) ko'richakni rezektsiya qilish; 2) o'ng tomonlama gemikolektomiya
- 3) byast anastomoz 4) kolektomiya 5) to'g'ri variantlar yo'q

14. Yo'g'on ichakning o'ng yarmidagi saraton bilan, radikal operatsiya:

- 1) Xartman operatsiyasi 2) o'ng tomonlama gemikolektomiya
- 3) ko'richakni rezektsiya qilish 4) tsekostomiya 5) bypass

15. Kamaygan yo'g'on ichak saratonida radikal operatsiya:

- 1) Xartman jarrohligi; 2) tushayotgan yo'g'on ichakni rezektsiya qilish
- 3) chap tomonlama gemikolektomiya, 4) transversostomiya
- 5) yo'g'on ichak anastomozini chetlab o'tish

16. Yo'g'on ichak saratoni uchun radikal jarrohlik:

- 1) chap tomonlama gemikolektomiya, 2) o'ng tomonlama gemikolektomiya
- 3) ko'ndalang chambar ichakni rezektsiya qilish; 4) sigmasimon ichak

rezektsiyasi

- 5) Xartman operatsiyasi

17. Bolalarda buyrak o'smalarini jarrohlik yo'li bilan olish:

- 1) lombor 2) Nagamats bo'yicha 3) qorin parda
- 4) torakoabdominal 5) variantlarning hech biri

18. Radikal nefrektomiya uchun optimal foydalanish:

- 1) lumbotomiya 2) laparotomiya; 3) torakofrenolumbotomiya
- 4) transdiafragmatik kirish 5) variantlarning hech biri

19. Transuretral rezektsiya:

- 1) siydik pufagi saratoniga ko'rsatiladi; 2) qovuq papillomasiga ko'rsatiladi;
- 3) siydik pufagi saratoni uchun ishlatilmaydi;

- 5) intravesikal kimyo va immunoterapiya bilan birgalikda qo'llaniladi

20. Saraton uchun qovuq rezektsiyasi:

- 1) sog'lom to'qimalarda 1 dan kam bo'lmagan masofada amalga oshiriladi
- o'simta chetidan sm 2) o'simta chetidan kamida 2 sm masofada amalga oshiriladi; 3) agar o'simta qovuqning og'zidan yuqorisida joylashgan bo'lsa, uni butun urachus eksizatsiyasi bilan to'ldirish kerak; 4) blastomatoz jarayonga ta'sir qilgan tos limfa tugunlarini olib tashlashni o'z ichiga olmaydi 5) o'simta

mahalliyashtirilganida yaxshiroq natijalar beradi. siydik pufagining bo'yin qismida va ikkala siydik pufagining yonida

21. Tsistektomiyaga ko'rsatmalar:

1) qovuqning bir nechta o'smalari; 2) qovuqning diffuz papillomatozi; 3) qovuqning takroriy o'smalari

4) mahalliy rivojlangan RMP 5) uzoq metastazlarning mavjudligi

22. Siydik pufagi o'simtasini 4 sm gacha, o'ng peshobning og'zidan 1,5 sm balandlikda joylashgan tor bazada o'tkazilgan operatsiya hajmi:

1) o'simta TURi 2) tekis rezektsiya; 3) sistektomiya; 4) siydik pufagini ureteroneosistastomoz bilan rezektsiya qilish; 5) yuqorida aytilganlarning hech biri

23. Quviqning o'ng yon devoriga va bo'yiniga ta'sir qiluvchi invaziv qovuq o'simtasini o'tkazish bo'yicha operatsiya hajmi:

1) o'simta TURi 2) tekis rezektsiya; 3) sistektomiya; 4) siydik pufagini ureteroneosistastomoz bilan rezektsiya qilish; 5) yuqorida aytilganlarning hech biri

24. Tuxumdon saratonini jarrohlik davolashning radikal hajmi:

1) ovariektomiya; 2) o'simtalar bilan bachadonning supravaginal amputatsiyasi

3) katta bachadon o'simtasi va rezektsiyasi bilan histerektomiya

4) tos bo'shlig'ini oldingi evakuatsiya qilish; 5) variantlarning hech biri

25. Wertheim operatsiyasining radikalligi mezonlari:

1) siydik pufagi va to'g'ri ichakni bachadon devoridan o'tkir yo'l bilan ajratib olish; 2) tos bo'shlig'ini limfa tugunlari bilan ajratish.

3) bachadon-bachadon ligamentlarining bevosita tos bo'shlig'i devorlari bilan kesishishi

4) vaginaning kamida 1/3 qismini olib tashlash; 5) barcha printsiplarning kombinatsiyasi

26. Tuxumdon saratoni uchun odatiy operatsiya 2 osh qoshiq:

A) bachadonni appendikulyar amputatsiya qilish; katta bodomsimon ichakni rezektsiya qilish; B) bachadonni appendikulyar bilan ekstraktsiya qilish; C) bachadonni kengaytirilgan ekstrapiyasi bilan D) ovariektomiya D) barchasi to'g'ri emas.

27. Follikulyar tuxumdon kistalarini davolashning jarrohlik usuli quyidagilardan iborat:

A) Sog'lom to'qimalarda tuxumdon rezektsiyasi. B) o'simtalarni shikastlangan tomondan olib tashlash C) omentum rezektsiyasi bilan panohsterektomiya.

D) Barcha javoblar to'g'ri.

28. Asosiy bronxga o'tish bilan bronx bronxi saratoni uchun qanday operatsiya mavjud?

A. pulmonektomiya B. lobektomiya B. segmentektomiya G. Barcha javoblar to'g'ri

29. Jarrohlik aralashuvining minimal miqdori qanday?

qizilo'ngach saratonining ilg'or bosqichi:

1. Gastrostomiya. Endoprostetika 3. qizilo'ngach gastroagastomozi 4. Qizilo'ngachning palliativ subtotal rezektsiyasi.

30. Asosiy bronxning saratoni bo'lgan bemorga qanday davolash ko'rsatiladi:

a) pulmonektomiya, b) lobektomiya, c) segmentektomiya, d) operatsiyasiz radiatsiya terapiyasi, e) barcha javoblar noto'g'ri.

SITUATION MASALALAR

1. Bemor Ivanov, 48 yoshda, yurish paytida ko'krak og'rig'i, nafas qisilishi, engil balg'am bilan yo'tal, umumiy zaiflik shikoyatlari bilan qabul qilindi.

U bir necha yil davomida anamnez bilan kasallangan edi, men yashash joyidagi klinikaga bordim, ambulatoriyada yallig'lanishga qarshi terapiya oldim, ammo hech qanday samara bermadi.

X-rayda, o'ng o'pkada, pastki qismlarda periferik soya periferik va notekis qirralarning bo'ylab ko'rinadi.

KTda o'ng o'pkaning pastki lobining tizimli shakllanishi tasvirlangan.

Savollar.

- 1 sizning dastlabki tashxisingiz.
- 2 qo'shimcha tadqiqot usuli.
- 3-Qaysi kasalliklarni farqlash kerak

2. Bemor Kozlov, 60 yoshda, doimiy klinik yo'tal, past darajadagi isitma, ishtahaning yo'qolishi, vazn yo'qotish, zaiflik va ko'krakning o'ng tomonidagi noqulaylik shikoyatlari bilan tuman klinikasiga murojaat qildi.

Bemorga antibiotiklar terapiyasi buyurildi, yuqoridagi shikoyatlar saqlanib qoldi. Fluorografiyadan so'ng bemor o'ng o'pkada soyani aniqladi, bemorga sil kasalligi bo'yicha dispanser yuborildi. Bemorga Mantoux testi topshirildi, javob salbiy.

savol:

- 1 sizning tashxisingiz.
- 2 qo'shimcha tekshirish usuli.
3. 52 yoshli bemorga harakat paytida ko'krak qafasi og'rig'i, nafas qisilishi, engil balg'am bilan yo'tal, umumiy zaiflik shikoyatlari bilan qabul qilindi.

U 2 yildan beri anamnezdan aziyat chekdi, yashash joyimdagi klinikaga bordim, ambulatoriyada yallig'lanishga qarshi terapiya oldim, ammo hech qanday samara bermadi.

Katta o'zgarishsiz laboratoriya ma'lumotlari.

X-rayda, chap o'pkada, soya periferik zonada ko'rinadi

pastki lobda notekis konturlar bilan yumaloq.

KTda o'ng o'pkaning pastki lobining tizimli shakllanishi tasvirlangan.

savol:

- 1 sizning dastlabki tashxisingiz.
- 2 qo'shimcha tadqiqot usuli.
4. 56 yoshli bemorga harakat paytida ko'krak qafasi og'rig'i, nafas qisilishi, engil balg'am bilan yo'tal, umumiy zaiflik shikoyatlari bilan qabul qilindi.

U bir necha yil davomida anamnez bilan kasallangan edi, men yashash joyidagi klinikaga bordim, ambulatoriyada yallig'lanishga qarshi terapiya oldim, ammo hech qanday samara bermadi.

Katta o'zgarishsiz laboratoriya ma'lumotlari.

X-rayda, o'ng o'pkada, periferiya bo'ylab, notekis konturli yumaloq shaklli soyaning ko'rinishi ko'rinadi.

KTda o'ng o'pkaning pastki lobining tizimli shakllanishi tasvirlangan.

savol:

1 sizning dastlabki tashxisingiz.

2 qo'shimcha tadqiqot usuli.5. Bemor T., 54 yoshda, shifokorga o'ng sut bezida siqilish va bu sohada davriy og'riqlar shikoyat qilgan. O'zini 3 oy davomida kasal deb hisoblaydi. bemor shifokorlarga murojaat qilmadi. So'nggi bir oy ichida ta'lim hajmi oshdi. Yomon odatlar - chekish.

St.localis: O'ng sut bezining yuqori-tashqi kvadrantida 4x4 sm o'simta paypaslanadi, zich tutarli, harakatchan, "prokladka" va "limon po'sti" alomatlari ijobiy. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi.

savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.

2. Sizning tadqiqot rejangiz.

3. Sizning keyingi taktikalaringiz.

6. Bemor B., 67 yoshda, shifokorga o'ng sut bezida muhr borligi, chap sut bezining yo'qligi, uning o'rnida operatsiyadan keyingi chandiqlar, ko'kragida davriy og'riqlar, chap tomondan subkapulyar mintaqaga berilishi, jismoniy mashqlar paytida nafas qisilishi haqida shikoyat bilan murojaat qildi.

YEARda 1,5 yil davomida "D" ro'yxatga olinishidan iborat, chap tomondagi IIb-sonli ko'krak saratoni tashxisi bilan PT2N1M0 kompleks davolashdan so'ng. № 5630 - 36/03 MTS bilan infiltratsion karsinomani barcha limfa tugunlarining barcha guruhlarida.

St.localis: Chap sut bezining o'rnida operatsiyadan keyingi chandiq silliq, siqilmaydi, o'ng sut bezining yuqori-tashqi kvadrantida hajmi 1,5 × 1,5 sm,

harakatchan, zich tutarli o'sma paypaslangan. Shish ustidagi teri o'zgarmaydi. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi.

savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalarangiz.

7. Bemor A., 76 yoshda, shifokorga o'ng sut bezida siqilish, o'ng sut bezida davriy og'riq, umumiy zaiflik, bosh aylanishi shikoyatlari bilan murojaat qildi. Anamnezdan, o'ng sut bezida shakllanish 3 yil oldin kuzatilgan, bemor shifokorlarga murojaat qilmagan, og'riq boshlanganidan keyin u shifokorga murojaat qilgan.

St.localis: O'ng sut bezining yuqori kvadrantlari chegarasida kattaligi 1,5x1,5 sm o'simta palpatsiya qilingan, harakatchan, zich tutarlilik, aniq kontursiz. Shish ustidagi teri o'zgarmaydi. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalarangiz.

8. Bemor H., 51 yoshda, chap sut bezida siqilish, nipelni tortib olish, o'ng hipokondriyadagi og'riqning vaqti-vaqti bilan urishi, ko'ngil aynishi, og'zidagi achchiqlik bilan shifokorga murojaat qildi. Anamnezda u o'zini 1 oy davomida bemor deb hisoblaydi, u chap sut bezida muhr va nipelning tortib olinishini payqadi.

St.localis: chap sut bezining markaziy qismida o'sma palpatsiya qilingan, aniq konturlari yo'q, hajmi 2,5x2,5 sm, harakatsiz, zich tutarlilik, og'riqsiz. Nipel orqaga tortilgan. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalarangiz.

9. Bemor P., 18 yoshda, 2 oy davomida o'ng sut bezining nipelidan dog 'tushishi shikoyati bilan shifokorga murojaat qildi. Anamnezdan "D" hisobida ginekolog bilan hayz ko'rishning buzilishi to'g'risida.

St.localis: Ko'zga ko'rinadigan deformatsiyalarsiz o'ng sut bezlari, areola hududida palpatsiya 1x1 sm gacha, harakatchan, og'riqsiz, ko'krak qafasidagi bosim bilan "qonli tomchi" shakllanishini aniqlaydi. Chap sut bezlari patologiyasiz. Periferik limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalarangiz.

10. 49 yoshli bemorga bo'yin, aksillar va inguinal sohalarning kengayishi, kuchsizlanish, ishtahaning etishmasligi, vazn yo'qotish, tana haroratining davriy ravishda ko'tarilishi kabi shikoyatlar bilan murojaat qilishdi.

U o'zini 6 oy davomida kasal deb hisoblaydi, u tana haroratining ko'tarilishi, zaiflik va YIL ga ko'tarilganligini sezishni boshlaganida.

Lokal ravishda: bo'yin, aksillar va inguinal sohalarda, teriga aloqador bo'lmagan kattalashgan l / y, og'riqsiz, 3x2 sm gacha, 4x3 sm.Bo'yin mintaqasi konglomeratining terisi yupqalangan, markazda giperemik 1x1 sm gacha.

Savollar:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalarangiz.

11. Bemor P., 62 yoshda, tilida yaraga shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorning so'zlariga ko'ra, yara 2 oy oldin paydo bo'lgan, birinchi marta tilda muhr paydo bo'lgan, keyin esa yara paydo bo'lgan. Bemor oshqozon yarasining paydo bo'lishini protezning tez-tez shikastlanishi bilan bog'laydi.

Yarani davolash ayniqsa bemorni bezovta qilmaydi. Qarindoshlarning talabiga binoan bemor YEAR klinikasiga murojaat qildi.

Status localis: chap tomonda tilning lateral yuzasida kattaligi 1,0x1,5 sm bo'lgan yara bor, og'riqsiz, qirralari o'rtada nekroz joyi bilan ko'tarilgan.

Palpatsiya paytida til og'riqsiz, tilning harakatchanligi buzilmaydi.

Yarani asbob bilan ushlaganingizda, o'rtada yara o'rnatiladi.

Bo'yinni palpatsiya qilishda zararlangan tomonda kattalashgan limfa tuguni aniqlanadi, joyidan siljiydi, og'riqsiz, hajmi 1x1 sm bo'lgan teriga qo'shilmaydi.

Savollar:

- 1) Dastlabki tashxis
- 2) Tadqiqot rejasi
- 3) Sizning keyingi taktikalaringsiz

12. Bemor T., 70 yoshda, tilda yara, ovqatlanish paytida tilda og'riq, ishtahani yo'qotish, nafas yomonlashishiga shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorning so'zlariga ko'ra, yara 4 oy oldin, tilda muhr paydo bo'lganida paydo bo'lgan. Kasal yaraning paydo bo'lishispirtili ichimliklarni tez-tez iste'mol qilish bilan bog'liq.

Holati localis: tilning lateral yuzasida, chapda 2x2 sm hajmda yara bor, og'riqsiz, yaraning qirralari ko'tarilgan, tizilgan, iflos kul rangning o'rtasida nekroz joyi mavjud.

Palpatsiya paytida til og'riyapti, tilning harakatchanligi cheklangan.

Yarani asbob bilan ushlaganingizda, o'rtada yara o'rnatiladi.

Bo'yinni palpatsiya qilishda zararlangan tomonda kattalashgan limfa tuguni aniqlanadi, joyidan siljiydi, og'riqsiz, terisi $1,5 \times 1$ sm o'lchamga ega emas.

O'simta biopsiyasi gistogrammasi: skuamoz hujayrali karsinoma

Bo'yinning kattalashgan limfa tugunidan punktatni sitologik tekshiruvi: qizil qon hujayralari fonida atipiya belgilari bo'lgan hujayralar aniqlanadi. Savollar:

- 1) Kasallikning bosqichini belgilang
- 2) Davolash taktikasi

13. Bemor A., 52 yoshda, pastki labidagi yaralar, og'riq, yoqimsiz hiddan shikoyat qiladi. Anamnezdan: Bemorning so'zlariga ko'ra, kasallik 3 oy oldin, pastki labida yoriq paydo bo'lganini qayd etganida boshlangan. Bemor o'z

kasalligini sovuq bilan bog'ladi. U o'z-o'zidan davolandi, ammo natijasiz. Sekin-asta yorilish joyida yara paydo bo'ldi, u asta-sekin o'sib bordi. Yarasi bemorni bezovta qilmadi. Pastki labidagi og'riqlar va yoqimsiz hid qo'shilib ketganligi sababli, bemor qarindoshlarning talabiga binoan YIL ga murojaat qildi.

Holati localis: diametri 3 sm gacha bo'lgan yara o'ngdagi pastki labda aniqlanadi, labining katta qismini ushlaydi, shakli konturli, qirrali qirralari va kulrang-pushti nekrotik pastki qismi bor. Pastki labni palpatsiya qilishda yumshoqlik, yumshoq to'qimalarning shishishi kuzatiladi.

Yarani asbob bilan ushlaganingizda, oshqozon yarasi kuzatiladi.

Palpatsiyada 1x1,5 sm zararlangan jag'ning limfa tugunlari cheklangan, kattalashgan limfa tugunlari aniqlangan, og'riqsiz, teriga sig'maydi.

Savollar:

- 1) qo'shimcha tekshirish
- 2) Kasallikning bosqichini belgilang
- 3) Sizning davolanish taktikangiz

14. Bemor V. 48 yoshda, elkaning terisida yaralar borligidan shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorning so'zlariga ko'ra, kasallik 4 oy oldin, eski kuyishdan keyingi chandiq joyida terining yarasi paydo bo'lganida boshlangan. yelka. Qichishish bemorni ayniqsa bezovta qilmadi. U mustaqil ravishda davolandi, ammo natijasi bo'lmadi. Biroz vaqt o'tgach, oshqozon yarasi asta-sekin kattalashib boradigan yaraga aylandi.

Status localis: chap tomonda elka terisining old yuzasida kattalashgan yara bor 2x3 sm, qirralari nekroz joyida, kulrang-pushti rangning markazida, harakatsiz, og'riqsiz. Yaraning atrofidagi teri biroz giperemikdir.

Yarani asbob bilan ushlaganingizda, o'rtada yara o'rnatiladi.

Palpatsiya paytida mintaqaviy limfa tugunlari palpatsiya qilinmaydi.

Savollar:

- 1) Dastlabki tashxis
- 2) Tadqiqot rejasi
- 3) Sizning keyingi taktikalarangiz

15. Bemor O. 43 yoshda, elkada terining yarasi borligidan shikoyat qiladi

Status localis: chap tomonda yelkaning lateral yuzasida 3x4 sm o'lchamdagi yara bor, qirralari ko'tarilgan, rulon shaklida, kulrang-pushti rangning markazida nekroz joyi bor, harakatchanlik biroz cheklangan, og'riqsiz. Yaraning atrofidagi teri giperemikdir.

Yarani asbob bilan ushlaganingizda, o'rtada yara o'rnatiladi.

Palpatsiya paytida aksillar mintaqasida kattalashgan limfa tugunlari 1x2 sm, harakatchan, og'riqsiz, teriga sig'maydi. Teri o'smasi biopsiyasini gistologik tahlil qilish: skuamöz hujayrali karsinoma kattalashgan limfa tugunidan punktatni sitologik tekshirish: malignizlik belgilari bo'lgan atipik hujayralar aniqlandi.

Savollar:

1) Kasallikning bosqichini belgilang

2) Davolash taktikasi

16. Bemor B. 78 yoshda, yuz terisida zich tugun borligiga shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorga ko'ra, kasallik 1 yil davom etadi. Bemor ko'p tashvish tug'dirmaydi. Vaqti-vaqti bilan nodullar yaralanadi. Qobiqni olib tashlaganingizdan so'ng, u tezda yana shakllanadi.

Status localis: chap tomonda ma'bad terisida o'lchami 1x0,5 sm nodul, to'q jigarrang, og'riqsiz, terining yuzasidan bir oz cho'zilib ketgan. Forma atrofidagi teri o'zgarmaydi.

Viloyat limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

1) Sizning tashxisingiz

2) imtihon

3) davolash

17. Bemor K., 32 yoshda, orqa miya terisida namlangan mol borligidan shikoyat qiladi.

Anamnezdan: bir oy oldin, bemor tug'ilgan joyida qichishish va qichishishni sezdi, keyin markazda yig'lash paydo bo'ldi. Kasallikning sababi nevusning tez-tez shikastlanishi bilan bog'liq.

Holati localis: orqa tarafdagi terining pastki qismida, chap tomonda 2x2,5 sm kattalikdagi qora neoplazma, to'q jigar rang bilan, o'rtada yig'lab, og'riqsiz, harakatchanlik saqlanib, kattalashib boradi. Forma atrofidagi teri o'zgarmaydi. Viloyat limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

- 1) Sizning dastlabki tashxisingiz
- 2) Kasallikning tashxisi
- 3) Davolashning taktikasi.

18. Bemor R. 32 yoshda, tug'ilish belgisining shikastlanishidan shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorning so'zlariga ko'ra, bir oy oldin jarohati bor edi, shundan so'ng bemor tug'ilish belgisini boshlagan, so'ngra qichishish va belgi sohasidagi qichishish paydo bo'lgan, keyin markazda yig'lash paydo bo'lgan.

Status localis: chap tomonda elkaning old yuzasi terisida 2x2 sm o'lchamdagi nevus bor, markazida yig'lab, og'riqsiz, harakatsiz. Forma atrofidagi teri o'zgarmaydi. Viloyat limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

- 1) Dastlabki tashxis
- 2) Kasallikning bosqichini aniqlang
- 3) Ushbu patologiyani davolash

19. Bemor F. 32 yoshda, bo'ynidagi tug'ilish belgisi ko'payganidan shikoyat qiladi.

Anamnezdan: Bemorga ko'ra, 2 oy oldin tug'ilish belgisi kattalashganini payqadim. Bemor ko'p tashvish tug'dirmaydi.

Status localis: Bo'yinning terisida 2x3 sm o'lchamdagi nevus bor, sochlari og'riqsiz, harakatchan. Forma atrofidagi teri o'zgarmaydi. Viloyat limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Savollar:

- 1) Nevus faollashuvining belgilari
- 2) Anamnezni to'plashda zarur savollar.

20. 54 yoshli bemorga umumiy zaiflik, bosh aylanishi va vazn yo'qotish shikoyatlari kelib tushdi.

Bemor 7 yil davomida YILda davolandi, nurli terapiya va takroriy davolash kurslaridan keyin LGM holati haqida. Davolash uchun kasalxonaga yotqizilgan.

Bo'yin, aksillar va inguinal mintaqalarda zich limfa tugunlari mavjud
3x4 sm gacha, ko'p. Ularning ustidagi teri o'zgarmaydi.

SAVOLLAR:

1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Sizning tadqiqot rejangiz.
3. Sizning keyingi taktikalaringiz.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Gostishchev V.K. Umumiy jarrohlik: tibbiyot talabalari uchun darslik / V.K.Gostishchev, 4-nashr, Rev.-M. : GEOTAR-Media, 2006.-822 p., Ill.
2. Dutkevich I.G. Transfuziologiyaning yutuqlari va dolzarb muammolari. - Sankt-Peterburg: MAPO, 1998 .-- 20 b.
3. Zhiburt E.B. Transfuziologiya: darslik.- SPb: Piter, 2002.- 736 b.
4. Jizhevskiy Y. A. Infuzion terapiya asoslari.- Minsk: Oliy maktab, 1994.- 286 b.
5. Zubarev P.N., Litkin M.I., Epifanov M.V. Umumiy jarrohlik.- SPb .: SpetsLit, 1999.
6. Zilber A.P. Anesteziologiya va reanimatiyada klinik fiziologiya.- M.: Tibbiyot, 1984.- 479 b.
7. Qon tarkibiy qismlaridan foydalanish bo'yicha ko'rsatmalar (O'zR Sog'liqni saqlash vazirligining buyrug'i bilan tasdiqlangan)
8. Lukomskiy G.I., Alekseeva M.E. Jarrohlik patologiyasida volmik kasalliklar. - M.: Tibbiyot, 1988.- 208 b.
9. Malyshev V.D. O'tkir suv-elektrolit buzilishlarini intensiv davolash. - M.: Tibbiyot, 1985.- 192 b.
10. Morman D., Xeller L. Yurak-qon tomir tizimining fiziologiyasi.- Sankt-Peterburg: Peter, 2000.-256 b.
11. Mokeev, I.N. Infuzion-transfüzyon terapiyasi: Ref. / I.N. Mokeev.-3-nashr, tahrirlangan. va qo'shing. - M.: Mokeev nashriyoti, 1998.-232s.
12. .. Umumiy jarrohlik: darslik / G.P. Rychagov, P.V. Garelik, V.E. Flint va boshqalar ..- Mn .: Interpressservice, 2002 yil.
13. Konservatsiya qilingan donorlik qonini, uning tarkibiy qismlarini va jarrohlik amaliyotidagi preparatlarni quyish: ko'rsatmalar. - M., 1984 yil. - 14 p.
14. Petrov, S.V. Umumiy jarrohlik: darslik. asal uchun ruxsat. Universitetlar / S.V. Petrov.- 3-nashr, qayta ko'rib chiqilgan. va qo'shimcha - M. : GEOTAR-Media, 2007.-767 p.: Ill.

15. Selivanov E.A., Baryshev B.A., Papayan L.P. va boshqa qon plazmasini muzlatish va eritish usullarining prokoagulyantlar va antitrombin III faolligiga ta'siri // Transfuziologiya.-2001.- № 4.-P.61-64

16. Swedentsov E.P. Transfuziologiya bo'yicha qo'llanma - Kirov, 1999.- 716s.

17. Chernov V.N. Maslov A.I. Umumiy jarrohlik. Amaliy mashg'ulotlar. .-Rostov n.: "Mart", 2004 yil

18. Farren T.W., Lofting T.A., Dulay G.S. va boshq. 5 kun davomida +4 oC haroratda saqlashning FFPdagi koagulyatsion omillarga ta'siri // Vox Sang.- 2004.- Vol.87, Supp.3.- P.119

19. Iserson K.V., Huestis D.W. Qonning isishi: amaldagi qo'llanmalar va usullar // Transfüzyon.- 1991.- Vol.31, № 6.- P.558-571

20. Holdcroft A., Hall G.M., Cooper G.M. Anesteziya paytida tana issiqligini qayta taqsimlash.- Anesteziya.- 1979.- Vol. 34, № 8.- P. 758-764

21. Weber D.J., Rutala W.A. Atrof-muhit muammolari va nozokomial infektsiyalar. In: Wenzel R.P., muharriri. Nazokomial infektsiyani oldini olish va nazorat qilish. 3-nashr Baltimor (MD): Uilyams va Uilkins; 1997. b. 491-514 yillarda

22. <http://www.surgery.narod.ru/>

23. <http://rsmu.ru>

24. <http://www.dapamojnik.info/surgery/>

25. www.surgery.dp.ua/surg.php

26. <http://surgery.wisc.edu/>

27. <http://www.surgery-world.com/>

28. <http://www.general-surgery.com/>

29. <http://www.bu.edu/surgery/m/>

30. <http://tma.uz>

MUNDARIJA

KIRISH.....	2
--------------------	----------

XAVFLI O‘SMALARNI JARROHLIK USULIDA DAVOLASH

PRINSIPLARI

Xavfli o‘smalarni davolashning asosiy usullari	3
Onkologik operatsiyalarning asosiy printsiplari.....	5
Davo dasturi bo'yicha operatsion aralashuvlar tasnifi.....	7
Mini invaziv va organ saqlovchi operatsiyalarni onkologik jarrohlikda qo'llash.....	9

XAVFLI O‘SMALARNI STANDART JARROXLIK TEXNIKASI

Bosh va bo‘yin xavfli o‘smalari operatsiyalari	11
Pastki labning o‘sma bilan kvadrat rezeksiya qilish	11
Tilning gemirezeksiyasi	11
Redon bo‘yicha fasial nerv tolalari tekisligida parotidektomiya	13
Paches bo‘yicha radikal parotidektomiya	15
Bo‘yin yogori klechatkasi yqori fassial-futlyar olib tashlash	16
Bo‘yin klechatkasi yqori fassial-futlyar olib tashlash	18
Krayl operatsiyasi	21
Ekstrakapsulyar hemitroidektomiya timusni olib tashlash bilan	23
Qalqonsimon bez rezeksiya qilish va tiroidektomiya.....	24
Traxostomiya.....	25
Laringeektomiya	28

SUT BEZI SARATONI XIRURGIK DAVOLASH

Kvadrantektomiya	30
Radikal mastektomiya (Halstead-Maer operatsiyasi).....	31
Modifikatsiyalangan radikal mastektomiya (Peyte-Daysen operatsiyasi)	34
Modifikatsiyalangan radikal mastektomiya (Maden operatsiya).....	35
Mastektomiyadan keyingi rekonstruktiv operatsiyalar haqida umumiy ma'lumot.....	36

O'PKA SARATONI

OPERATSIYALARI.....37

Pnevmonektomiya.....39

Lobektomiya va bilobektomiya.....48

QIZILO'NGACHNING SARATONIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Lyuis operatsiyasi60

Osava Garlok operatsiyasi63

Dobromislova-Toreka operatsiyasi66

Bek-Jiano b o'yicha

gastrostomia.....68

ME'DA SARATONIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Me'da proksimal subtotal rezeksiyasi.....69

Me'da distal subtotal rezeksiyasi.....71

Gastrektomiya.....74

Gastroenteroanastomoz80

YO'GON ICHAK SARATONIDA JARROXLIK AMALIYOTI

O'ng tomonlama gemikolektomiya.....81

Chap tomonlama gemikolektomiya.....83

Ko'ndalang chambar ichak rezeksiyasi.....85

Sigmasimon ichak rezeksiyasi.....86

Koffi Gartman operatsiyasi.....86

TO'G'RI ICHAK SARATONIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Rektumni old rezeksiya qilish.....88

Rektumning qorin va anal rezeksiyasi.....90

Rektumning qorin bo'shlig'i oraliq eksperpatsiyasi.....93

Yo'g'on ichak saratonida simptomatik operatsiyalar..... 97

BILIOPANKERATXODUODENAL SOXADA BAJARILADIGAN

OPERATSIYALARI

Uip bo'yicha pankreatupodenal rezeksiya operatsiyasi99

Total pankreatoduodenoketomiya102

Transduodenal papillektomiya.....103

YUMSHOK TO‘KIMA O‘SMALARIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Chov-son limfadenektomiya - Duken operatsiya	104
Yonbosh-chov-son limfadeneektomiya... ..	105
Oyoqlarning izolyatsiyasi.....	105
Son suyagi amputatsiyasi.....	107
Boldir suyagi amputatsiyasi.....	107
Ko'krak qafasi kurak suyagi amputatsiyasi.....	108
Ko'krak qafasi kurak suyagi rezeksiya	109
Qo'llarni izolyatsiya qilish.....	110
Bilakni amputatsiya qilish.....	111

SIYDIK CHIQARISH TIZIMI O‘SMALARIDA JARROXLIK AMALIYOTI

Nefrektomiya.....	112
Buyrak saratoni pastki kovak venaga invaziya bo'lganda operatsiya xususiyatlari.....	113
Siydik pufagi rezeksiyasi	115
Siydik pufagi ekstripatsiya qilish.....	117
Radikal prostatektomiya.....	118
Orxofunekolektomiya.....	120
Penis rezeksiyasi.....	121
Penis ekstripatsiyasi.....	122
Emaskulyasiya.....	122

AYOLLAR JINSIY A‘ZOLARI O‘SMALARDA JARROXLIK

AMALIYOTI

Bachadon qin usti amputatsiyasi ortiklari bilan.....	123
Bachadon ekstirpatsiyasi.....	125
Kengaytirilgan bachadon ekstirpatsiyasi (Vertgeyma –Gubarev operatsiyasi)	126
Ovariektomiya.....	130
Testlar	132
Situatsion masalalar.....	136
Foydalanilgan adabiyotlar	146