

DOI:

UOT: 616.366-003.7-089.87

ÜMUMİ ÖD AXACAĞINDA MİQRASIYA ETMİŞ ÖD DAŞLARININ ÖLÇÜLƏRİ VƏ ONLARIN ANATOMİK YERLƏŞMƏSİNİN XOLEDOXOTOMİYA ƏMƏLİYYATININ NƏTİCƏLƏRİNƏ TƏSİRİ

¹Ağakışiyev A.N., ¹Həsənov M.C., ²Qarayev Q.Ş.

¹Avropa Beynəlxalq Hospitalı. ²Azərbaycan Tibb Universiteti.
Bakı, Azərbaycan

¹Müəssisənin ünvanı: AZ 1006 Azərbaycan, Bakı şəhəri, Mikayıl Müşfiq küç. 2A,

²Müəssisənin ünvanı: AZ 1022 Azərbaycan, Bakı şəhəri, Ə. Qasımzadə küçəsi, 14

Ağakışiyev A.N. Elektron poçt ünvanı: agilagakisiyev@yahoo.com

ORCID ID: org/0009-0000-7988-2752

Həsənov M.C. Elektron poçt ünvanı: dr.mushvig.hasanli@gmail.com

ORCID: org/0000-0003-4213-6769

Qarayev Q.Ş. Elektron poçt ünvanı: qalibqarayev1947@mail.ru

ORCID: org/0009-0002-7468-0910

Açar sözlər: *xoledoxolitiaz, xoledoxotomiya, öd daşlarının Lokalizasiyası, postoperativ fəsadlar, ölüm göstəriciləri*

Giriş. Xoledoxolitiaz əsasən öd kisəsində yerləşən xırda ölçülü daşların xole-doxa transformasiyası nəticəsində əmələ gələrək ağır kliniki gedişi və qeyri-qənaətbəxş proqnoza malik olan xəstəlik kimi dəyərləndirilir. Lakin xəstələrin bir qismində (8%-də) XL öd çıxarıcı yollarında formalaşmış öd daşlarının yaratdığı tıxac nəticəsində baş verir (1). Xəstəliyin əhali arasında rastgəlmə tezliyinin artması və fəsadlaşma şansının xüsusilə ölüm faizinin yüksək olması ilə bağlı olaraq XL tibb elminin prioritet sahələrindən biri hesab edilir (2,3). Yeni texnologiyaların tibbi praktikaya tətbiqi nəticəsində XL-in diaqnostikası təkmilləşdirilmiş və əlçatan səviyyəyə çatdırılmışdır (4,5,6). Bu səbəbdən də ultrasəs müayinəsi (USM), kompüter tomoqrafiyası (KT) və maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT) XL-in diaqnozunun qoyulmasında və eyni zamanda

dəqiqləşdirilməsində istifadə edilən diaqnostik vasitə kimi qəbul edilmişdir (7,8). Qısa zaman kəsiyində adları çəkilən diaqnostik vasitələrin köməyi ilə ümumi öd axacağının dəqiq görüntüsünü almaqla onun daxilində gedən patoloji prosesləri izləmək müm-kün olmuşdur.

Ədəbiyyat məlumatlarında qeyd edildiyi kimi XL xəstəliyi əhali arasında dinamik olaraq artmaqdadır (3,9). Bunun bir səbəbi əhalinin qidalanma və həyat tərzinin dəyişməsidirsə digər səbəbi yeni diaqnostik vasitələrin tətbiqi sayəsində xəstəliyin erkən diaqnozunun qoyulmasıdır.

Məlum olduğu kimi XL öd kisəsində olan xırda ölçülü daşların ümumi öd axacağının distal hissəsinə düşərək onun mənfəzində tıxac əmələ gətirməklə ödənin onikibarmaq bağırsağa axımının dayandırılmasının nə-ticəsində meydana çıxan patoloji proses-dir. Bu baxımdan

hissəsinin bərpası üçün orada yerləşən daşların ölçülərinin və topoqrafiyasının dəqiqləşdirilməsi olduqca vacibdir. Çünki, cərrahi əməliyyatın seçilməsi daşın ölçülərinin və yerləşməsinə əsasən aparılır.

Tədqiqatın məqsədi Ümumi öd axacağında daşların anatomik yerləşməsinin və ölçülərinin xoledoxotomiyanın nəticələrinə təsirinin öyrənilməsi. Olmuşdur.

Tədqiqat materialı və metodları. Qarşıya qoyulmuş məqsədin həlli üçün XL diaqnozu ilə klinikaya daxil olmuş 630 nəfər xəstənin xəstəlik tarixi təhlil edilmişdir. Xəstələrin 281 nəfərində (45%-də) açıq əməliyyat aparılmış XT etməklə daşlar xoledoxdan xaric edilmişdir. 349 nəfərində (55%) isə nəfərində isə laporaskopiya əməliyyatı aparılmışdır. Onların 264 nəfərində (76%) sfinkterotomiya, 85 nəfərində (24%) siə retrograd xolongiyopankreatoqrafiya (RXPQ) əməliyyatı icra edilmişdir.

Xəstələrin 100%-də USM, 580 nəfərində (92%-də) endoskopik ultrasonografiya, 150 nəfərində (24%) kompyuter topoqrafiyası (KT) müayinəsi aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Xəstələr klinikaya daxil olarkən ilk növbədə USM müayinəsindən keçmişdir. 630 nəfər xəstənin 480 nəfərində və ya 76%-də ümumi öd axacağında daşların olması müəyyənləşdirilsə də 150 nəfərində və ya 24%-də USM vasitəsilə daşı müəyyən etmək mümkün olmamışdır. Bizim aldığımız nəticələr digər müəlliflərin (10) aldığı nəticələrdən bir qədər çox olmasına bax-mayaraq 480 nəfərin USM-i xoledoxda daşların yerləşməsi, ölçüləri və sayları haqqında məlumat əldə etməyə imkan ya-ratmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, xəstələrin 265 nəfərində və ya 55%-də daşlar ümumi öd axacağının yuxarı 1/3-də, 138 nəfərində və

ya 29%-də isə orta 1/3-də, yerləşmiş və aydın görünüşü ilə diqqəti cəlb etmişdir. Aldığımız bu nəticələr D.P.Nazarenko və həmmüəlliflərin (11) verdiyi məlumatı bir daha təsdiq edir. Xəstələrin 77 nəfərində və ya 16%-də daşlar xoledoxun ampulyar hissəsində yerləşmişdir.

USM müayinəsindən alınmış nəticələri əsas tutaraq xəstələri 3 qrupa ayırmışıq.

1-ci qrupa daxil olan 265 xəstədə öd daşı ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində yerləşmişdir.

2-ci qrupa daxil edilmiş 138 nəfərdə isə öd daşlarının ümumi öd axacağının orta 1/3 hissəsində vizualizasiya olunmuşdur.

3-cü qrupa daxil edilmiş 77 nəfər xəstənin USM zamanı öd daşının görüntüləri ümumi öd axacağının ampul hissəsində qeydə alınmışdır.

Araşdırdığımız xəstəlik tarixlərindən aldığımız nəticələrə əsasən xəstələrin əksəriyyətində öd daşları ümumi öd axacağının yuxarı 1/3-də yerləşmişdir. Ümumi öd axacağının orta 1/3-də öd daşlarının yerləşməsi nisbətən az olmuşdur.

Ampulyar hissədə daşın yerləşməsi xoledoxun digər nahiyyələrindən fərqli olaraq daha az təsadüf etmişdir.

Buradan göründüyü kimi öd daşları ən çox ümumi öd axacağının yuxarı 1/3-də hissəsində tıxac əmələ gətirmişdir. Ümumi öd axacağının orta 1/3 hissəsində tıxacın əmələgəlmə ehtimalı bir qədər az olub 2-ci ampul hissəsində isə 3-cü sıradadır.

Kəmiyyət göstəricilərini asanlıqla diqqətə çatdırılması üçün USM vasitəsilə ümumi öd axacağının görüntüsü alınmış daşların ölçülərini 4 qrupda birləşdirməyi məqsədə-uyğun hesab etdik.

1. Ölçüsü 1-3 mm.
2. Ölçüsü 3-6 mm
3. Ölçüsü 6-10 mm
4. Ölçüsü 10-15 mm.

Xəstələrin USM görüntüsündən alınmış məlumata əsasən xoledoxun ayrı-ayrı nahiyyələrində yerləşən daşın ölçülərini müəyyən etdik (cədvəl 1).

yaradan daşların ölçüləri 3-6 mm arasında olmuşdur.

Xoledoxun orta 1/3 nahiyyəsində ölçüləri 1-3 mm arasında olan öd daşlarından yaranmış tıxac 138 nəfər xəstənin 67 nəfərində və ya 48,5%-də müşahidə edilmişdir. Ampulyar hissədə isə tıxaca səbəb olunan xırda ölçülü (3-6 mm)

Cədvəl 1.

Ümumi öd axacağında öd daşlarının ölçülərinin daşın yerləşdiyi topoqrafik nahiyyədən asılı olaraq dəyişməsi.

№	Daşların ölçüləri (mm-lə)	Xoledoxun nahiyyələri					
		Yuxarı 1/3		Orta 1/3		Ampulyar hissə	
		Mütləq göstərici	Faizlə göstərici	Mütləq göstərici	Faizlə göstərici	Mütləq göstərici	Faizlə göstərici
1	1-3	33	12	57	48.5	-	-
2	3-6	42	16	38	27.5	61	79.2
3	6-10	76	29	23	17	11	14.3
4	10-15	116	43	10	7	5	6.5
	Cəmi	265	100%	138	100%	77	100%

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi ümumi öd axacağının yuxarı 1/3-də yerləşən daşların ölçüləri ümumi öd axacağının digər nahiyyələrində yerləşən daşların ölçülərindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir.

Alınmış nəticələri təhlil edərkən məlum olur ki, xoledoxun yuxarı hissəsində yerləşən öd daşları xəstələrin böyük bir qisminə iri ölçülü daşlardır. Belə ki, 265 nəfər xəstələrin 33 nəfərində (12%-də) tıxac əmələ gətirən daşların ölçüləri 1-3 mm arasında olmuşdur. Qeyd olunan ölçüdə öd daşları 138 nəfər xəstənin 67 nəfərində və ya 48,5%-də xoledoxun orta 1/3 hissəsində tıxac əmələ gətirmişdir.

Ümumi öd axacağının ampularari hissəsində ölçüsü 1-3 mm arasında öd daşlarından tıxac yaranmış xəstələr qeydə alınmamışdır.

Xəstələrin 42 nəfərində və ya 16%-də xoledoxun yuxarı 1/3 hissəsində tıxac

daşlar araşdırdığımız 77 xəstəlik tarixinin 61-də qeydə alınmışdır. Bu da ampul hissədə öd daşı olan xəstələrin 79,2%-ni təşkil edir.

Alınmış nəticələrə əsasən belə qənaətə gəlirik ki, xırda ölçülü daşlar ən çox ümumi öd axacağının aşağı nahiyyələrində toplanırlar.

Xoledoxun yuxarı 1/3 hissəsində ölçü 3-6 mm arasında olan öd daşlarının yaratmış olduğu tıxac 265 xəstənin çox az bir hissəsində, 42 nəfərində və ya 16%-də qeydə alınmışdır.

2-ci qrupa aid olan 138 nəfər xəstənin 38 nəfərində və ya 27,5%-də xoledoxun orta 1/3 də yaranmış tıxac ölçüsü 3-6 mm arasında olan öd daşları vasitəsilə əmələ gəlmişdir.

Xoledoxun aşağı nahiyyələrində xüsusilə ampulavari hissədə öd axımında 3-6 mm arasında olan daşların öd axımında

yaratmış olduğu keçməməzliliklər 61 nəfər-də müşahidə edilmişdir. Bu da 3-cü qrupa daxil olan 77 nəfər xəstənin 79,2%-ni təşkil edir.

Beləliklə alınmış nəticələr onu göstərir ki, ölçüsü 3-6 mm arasında olan öd daşları ilə tıxacın yaranması üçün adekvat nəhiyyə ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 və ampul hissəsidir.

Ümumi öd axacağının yuxarı 1/3-də 6-10 mm ölçüdə olan daşlar tədqiq olunan xəstələrin 76 nəfərində (29%-də) aşkar edilmişdir. Ümumi öd axacağının aşağı nəhiyyələrində öd axımının tıxacı yaranmış xəstələrin sayı əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Belə ki, ümumi öd axacağının orta 1/3 hissəsində yerləşən daşlar xəstələrin 23 nəfərində, ampul hissədə isə daha az 11 nəfərində qeydə alınmışdır. Bu da araşdırılan xəstəlik tarixlərinin müvafiq olaraq 17% və 14,3%-ni təşkil edir.

Alınmış nəticələr onu göstərir ki, ölçüləri 6-10 mm arasında olan öd daşları xoledoxun aşağı nəhiyələri ilə müqayisədə yuxarı nəhiyyəsində vizualizasiyası daha çox xəstələri əhatə etmişdir.

Araşdırdığımız xəstəlik tarixlərindən aldığımız nəticələr göstərir ki, ölçüləri 10-15 mm arasında olan öd daşlarının xoledoxda yerləşməsi tamamilə fərqlidir.

Qeyd olunan ölçüdə olan öd daşları 1-ci qrupa daxil olan 265 nəfər xəstənin 116 nəfərində və ya 43%-də ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində tıxac yaradaraq onikibarmaq bağırsağa öd axımını tamamilə dayandırmışdır.

2-ci qrupa daxil olan xəstələrin ümumi öd axacağının 10-15 mm ölçülü daşlarla qapanması xəstələrin 10 nəfərində (7%-də) qeydə alınmışdır.

Ampul hissədə xoledoxun öd daşı ilə tutulması xəstələrin cəmi 5 nəfərində

(6,5%-də) aşkar edilmişdir. Buradan göründüyə kimi iri ölçülü daşlar ən çox ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində yerləşir. Aşağı nəhiyyələrdə getdikcə ümumi öd axacağının mənfəzinin iri daşlarla tıxanması xəstələrin az bir hissəsində təsadüf edir.

Beləliklə, bizim apardığımız araşdırmalar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, öd daşlarının ümumi öd axacağında yerləşməsi ilə ölçüləri arasında korrelyativ əlaqə mövcuddur, daşların ölçüləri və sayı ümumi öd axacağının topoqrafiyasından asılı olaraq dəyişir.

Bizim apardığımız araşdırmaların nəticəsində məlum olmuşdur ki, xəstələrin 150 nəfərində USM-ə əsasən diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkün olmamışdır. Bu səbəbdən də həmin xəstələrdə kompüter tomoqrafiyası aparılmışdır. KT müayinə əsasında 150 nəfər xəstənin 45 nəfərində (30%-də) ümumi öd axacağında rezudal daşların, 18,66%-də (28 nəfərində) mədəaltı vəzində pankreatitə xas olan əlamətlərin olması müəyyən edilmişdir. Xoledoxolitiaz diaqnozu qoyulmuş 630 nəfər xəstədə cərrahi əməliyyat aparılmışdır (şəkil 1).

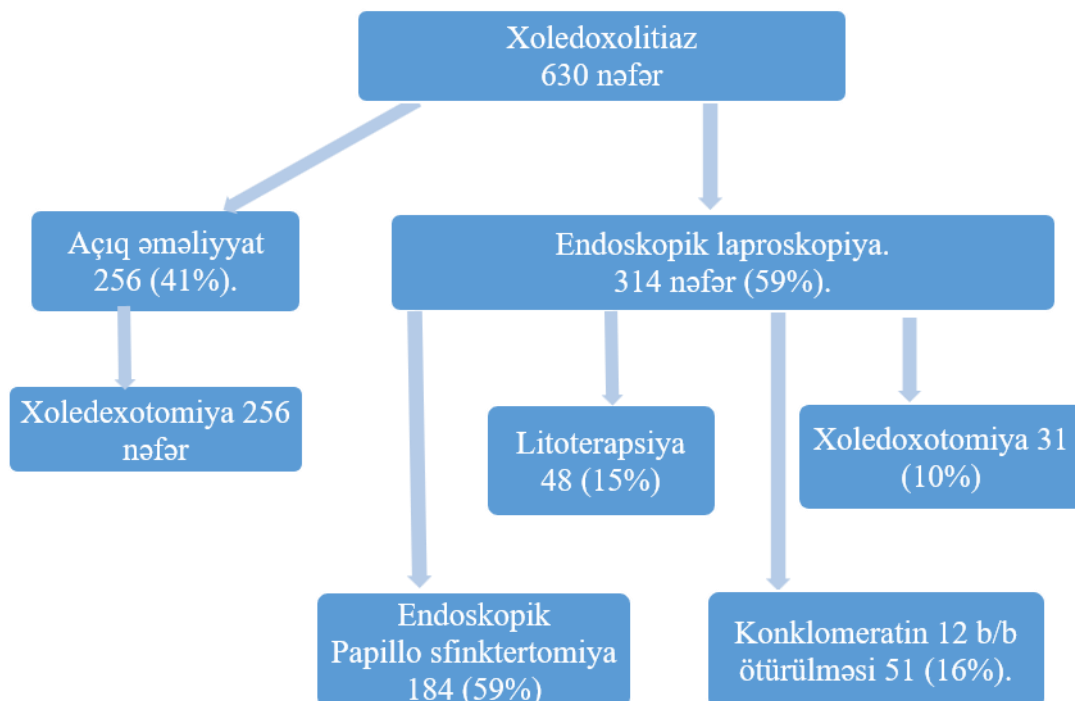
Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi xəstələrin 480 nəfərində USM vasitəsilə daşın ümumi öd axacağında yerləşməsi və ölçüləri haqqında məlumat əldə etmişik. Bu səbəbdən də cərrahi əməliyyatın nəticələri həmin xəstələrdən alınmış məlumata əsasən dəyərləndiriləcəkdir.

Şəkil 1-də göründüyü kimi 630 nəfər xəstənin 256 nəfərində (41%-də) açıq əməliyyat keçirilmişdir. Xəstələrin 200 nəfərində (78%-də) USM vasitəsilə ümumi öd axacağında olan öd daşlarının ölçüləri və topoqrafiyası müəyyən edilərək onlarda açıq üsulla XT əməliyyatı icra edilmişdir.

Lakin 56 nəfər xəstədə aparılan USM vasitəsilə daşların nə yerini nə də topoqrafiyasını müəyyən etmək mümkün olmamışdır.

14 nəfər (21%) xəstədə isə xoledoxda yerləşmiş öd daşları 12 barmaq bağırsağa ötürülmüşdür.

XT aparılmış 52 nəfər xəstənin 14



Şəkil 1.

Xoledoxolitiaz diaqnozu qoyulmuş 630 nəfər xəstədə aparılan cərrahi əməliyyat növləri

Müəyyən edilmişdir ki, xəstələrin 66 nəfərində (25%) öd daşları ümumi öd axacağıının yuxarı 1/3 hissəsində, 25 nəfərdə (18%) xoledoxun orta 1/3 hissəsində, 18 nəfəri (23%) ampulyar nahiyyəsində yerləşmişdir.

Öd daşları xoledoxun yuxarı 1/3 nahiyyəsində yerləşən 66 nəfər xəstənin 16 nəfərində (31%) öd daşının ölçüsü 3-6 mm arasında, 22 nəfərində (26%) 6-10 mm arasında, 28 nəfərində isə (2,2%) 10-15 mm arasında olmuşdur.

66 nəfər xəstənin 52 nəfərində (79%) XT əməliyyatı aparılaraq öd axımı bərpa edilmiş və xoledoxa drenaj boru qoymaqla cərrahi əməliyyat başa çatmışdır.

nəfərində (27%) ölüm hadisəsi qeydə alınmışdır. Xəstəlik tarixində verilən məlumata əsasən ölümün başlıca səbəbi xroniki pankreatitin kəskinləşməsi olmuşdur. Patoloji anatomik diaqnoza əsasən 14 nəfər xəstənin 8 nəfərinin (57%) ölümünə səbəb kəskin pankreatit olduğu göstərilmişdir. Xəstələrin 4 nəfərinin (29%) ölümü qaraciyər çatmamazlığı, 2 nəfərini (14%) isə peritonitlə əlaqələndirilmişdir.

Əməliyyata cəlb olunmuş xəstələr arasında 6 nəfərdə (11,5%) pankreatit, 4 nəfərdə (8%) isə hepatit inkişaf etmişdir. Bu münasibətlə xəstələr təkrarən reanimasiya şöbəsinə keçirilmiş və müvafiq müalicədən sonra evə yazılmışdır.

Qalan 28 nəfər xəstə cərrahi əməliyyatın 19-24-cü günü evə yazılmış və ambulator müalicə alması tövsiyə edilmişdir. Beləliklə ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində öd daşlarını xaric etmək üçün 52 nəfər xəstədə XT əməliyyatı aparılmışdır ki, onların 24 nəfərində (46%) cərrahi əməliyyat fəsadlaşma ilə nəticələnmişdir. 28 nəfərində (54%) XT əməliyyatı fəsadsız keçmişdir (cədvəl 2).

25 nəfərində öd axımının dayanmasına səbəb xoledoxun orta 1/3-də lokalizasiya olunmuş öd daşları olmuşdur. Ümumi öd axacağının orta 1/3 hissəsi öd daşları ilə tıxanmış 25 nəfər xəstədə açıq əməliyyat yolu ilə XT aparılmışdır. Xəstələrin 19 nəfərində (76%) öd daşı ümumi öd axacağından çıxarılmış, 6 nəfərində (24%) isə onikibarmaq bağırsağa ötürülmüşdür. Xəstələrin 9 nəfərində (36%) xoledoxun orta 1/3 hissəsində yerləşmiş daşların ölçüləri 1-3 mm arasında, 6 nəfərində (24%) 3-6 mm arasında, 4 nəfərində (16%) 6-10 mm arasında, 6 nəfərində (24%) 10-15 mm arasında olmuşdur.

Laparotomiya metodu ilə XT əməliyyatı aparılmış xəstələrin arasında ölüm faizi ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində aparılmış xoledoxotomiya ilə müqayisədə 35,7% azalmışdır. Belə ki, cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə cəmi 5 xəstəlik tarixində ölüm qeydə alınmışdır ki, bu da əməliyyata götürülən xəstələrin 20%-ni təşkil edir. Onların 3 nəfərində cərrahi əməliyyatdan sonra inkişaf edən qaraciyər çatmamazlığı olmuşdur. Qalan 20 nəfər xəstə əməliyyatı kafi dərəcədə keçirsə də onların 2 nəfərində (10%) xroniki pankreatiti kəskinləşmişdir. Xəstələrin 3 nəfərində (15%-də) hepatit, 1 nəfərində (5%-də) ürək çatmamazlığı inkişaf etmişdir. Xəstələr reanimasiya şöbəsinə keçirilmiş və 18-22 gün ərzində müvafiq

müalicə aldıqdan sonra evə yazılmış və sahə həkiminin nəzarəti altında müalicəsini davam etdirmək tövsiyyə edilmişdir. Ümumi öd axacağının ampul hissəsində tıxac yaratmış 18 nəfər xəstənin 8 nəfərində (44%) öd daşlarını onikibarmaq bağırsağa ötürməklə xoledoxun keçiriciliyi bərpa olunmuşdur. Qalan 10 nəfər xəstədə XT əməliyyatı icra etməklə tıxac yaratmış öd daşları ümumi öd axacağından xaric edilmişdir. Xəstələrin yalnız 1 nəfərində (10%) ölüm qeydə alınmışdır.

Xəstələrin 5 nəfərində (50%) müxtəlif fəsadlar o cümlədən 10%-də (1 nəfərdə) xronik pankreatit kəskinləşmiş, bir o qədərində hepatit inkişaf etmişdir. Xəstələrin 2 nəfərində (20%) ürək çatmamazlığı, 1 nəfərində (10%) isə böyrək çatmamazlığı qeydə alınmışdır. Bütün hallarda xəstələr reanimasiya şöbəsində müalicə aldıqdan sonra epiqrizləri Səhiyyə xidməti göstərən müəssisələrə göndərməklə evə yazılmışdır. Beləliklə, ümumi öd axacağının ampul hissəsində yerləşən öd daşlarını xaric etmək üçün açıq cərrahiyyə əməliyyatı vasitəsilə XT aparılmış 10 nəfər xəstənin 4 nəfərində (40%) fəsad müşahidə edilməmişdir. Xəstələrin 9 nəfəri (90%) sağalaraq evə yazılmışdır. Buradan aydın görünür ki, ampulavari hissədə öd daşları ilə öd axacağının tıxacının açıq əməliyyat vasitəsilə ləğv ediləməsi daha yüksək nəticələr verir. Ölüm faizi hər iki (1-ci və 2-ci) qrupla müqayisədə olduqca azdır. Sağalma faizi isə yüksəkdir (cədvəl 2).

Xəstələrin 7 nəfərində öd daşının ölçüsü 3-6 mm arasında, 4 nəfərində 6-10 mm, 7 nəfərində isə 10-15 mm arasında olmuşdur.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi ümumi öd axacağının yuxarı 1/3 hissəsində icra

Cədvəl 2.

Ümumi öd axacağında öd daşlarının obliterasiya uğratdığı nahiyyədən asılı olaraq açıq üsulla icra olunan xoledoxotomiyanın nəticələri

№	Əməliyyatın nəticələri	Ümumi öd axacağının yuxarı 1\3 n=52 (20%)	Ümumi öd axacağının orta 1\3 n=25(18%)	Ampul hissəsi n=10 (13%)
1	Ölüm	14 (27%)	5 (20%)	1 (10%)
2	Pankreatit	6 (11,5%)	2 (8%)	1 (10%)
3	Hepatit	4 (8%)	3 (12%)	1 (10%)
4	Ürək çatmamazlığı	-	1 (4%)	2 (20%)
5	Böyrək çatmamazlığı	-	-	1 (10%)
6	Fəsad baş vermişdir	24 (54%)	11 (44%)	6 (60%)
7	Sağalmışdır	38 (73%)	20 (80%)	9 (36%)

edilən XT əməliyyatından sonra baş vermiş ölüm faizi digər nahiyyələrlə müqayisədə daha yüksəkdir. Eyni zamanda ümumi öd axacağının yuxarı 1\3 hissəsində əməliyyatdan sonra inkişaf edən fəsadlarda öd daşları ümumi öd axacağının orta 1\3 və ampulavari hissəsində yerləşmiş olduğu xəstələrlə müqayisədə üstünlük təşkil edir.

Beləliklə, bizim apardığımız retrospektiv araşdırma nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, laparotomik kəsiklə qarın boşluğu açılaraq aparılan XT-nin nəticələri daşın anatomik vəziyyətindən və ölçüləri ilə korrelyativ əlaqə təşkil edir.

Ədəbiyyat siyahısı.

- Сахабетдинов Б.А. Диагностика холедохолитиаза. Обзор литературы / Б.А.Сахабетдинов, А.И.Курбангалаев, К.Н.Сахабетдинова [и др.] // Научный электронный журнал INNOVA 2024, №1, с.46-56.
- Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчекаменной болезни / С.В.Тарасенко, О.В.Зайцев, Д.О.Тюленев [и др.] //Наука молодых 2018; №2, с.218-224.
- Шадаев А.М. Роль эндосонографии в диагностике холедохолитиаза у пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям / А.М.Шадаев, Ю.С.Тетерин, П.А.Ярцев, и др. // Доказательная гастроэнтерология 2022, №2, с.26-30.
- Касумов Н.А., Казымзаде Дж.Р. Особенности диагностики острого билиарного панкреатита // Сәғраһууә, 2017, № 2, с.114-117.
- Nárvaez Rivera R.M. Accuracy of ASGE criteria for the prediction of choledocholithiasis). R.M.Nárvaez Rivera, J.A.González González, R.Monreal Robles [et al.] //Rev. Esp. Enferm. Dig. 2016, 108 (6), p.309-314. doi: 10.17235/reed.2016.4212/2016.
- Divino C.M., Sherman J. Reply to: Accuracy of scoring systems for suspected choledocholithiasis. //Surgery. 2016, 159 (3), p. 986. doi: 10.1016/j.surg.2015.11.008.
- Шамгунова И.И., Нажмудинова З.Ш., Каимова С.Н., Стяжкина С.Н. European research. Innovation in Science, education and technology Collection of scientific: Articles XL. International scientific and practical conference. London 2018, p.105-106.

8. Хоцико В.В. Современные тенденции диагностики холедохолитиаза / В.В.Хоцико, З.С.Мамисашвили, Д.М.Коссе [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии/ 2020, №3, с.356-361.
9. Назаров З.Н. Дифференцированный подход к хирургии острого холецистита у пожилых: Снижение осложнений и затрат // Экономика и сациум. 2095, №7, с.911-921.
- 10.Ильканич А.Я. Лучевые методы исследования в дифференциальной диагностике механической желтухи / А.Я.Ильканич, С.В.Тигран, В.В.Дарвин [и др.] // Хирург, 2015, № 11-12, с.12-17.
- 11.Назаренко Д.П. Транспапилярные вешательства при холедохолитиазе и его осложнениях / Д.П.Назаренко, П.М.Назаренко, Ю.В.Канищев [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии/ 2015, №1, с.29-33.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ И АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ, МИГРИРОВАВШИХ В ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК, НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ХОЛЕДОХОТОМИИ

¹Агакишиев Адил Нифталы оглы, ²Гасанов Мушфиг Джалал оглы
²Гараев Галиб Шалом оглы

¹Европейский международный госпиталь. ²Азербайджанский медицинский университет.
Баку, Азербайджан

Холедохолитиаз (ХЛ) является одним из осложнений желчнокаменной болезни и достаточно широко распространен среди населения. Основное лечение заболевания заключается в восстановлении оттока желчи в холедохе путем удаления обтурирующих желчных камней с помощью различных видов хирургических операций. Среди видов хирургических вмешательств, проводимых в этом направлении, открытая холедохотомия (ХТ) является старейшим методом лечения.

Целью исследования было ретроспективное изучение влияния локализации камней в холедохе на результаты открытой ХТ у пациентов, поступивших в клинику с диагнозом ХЛ в разное время. С этой целью были проанализированы истории болезней 480 пациентов, поступивших в клинику с диагнозом ХЛ. Было установлено, что летальность после ХТ, выполненной в верхней 1/3 части холедоха, выше по сравнению с другими отделами. Также в этой группе преобладают послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: холедохолитиаз, холедохотомия, локализация желчных камней, послеоперационные осложнения, показатели смертности

SUMMARY

THE INFLUENCE OF THE SIZE AND ANATOMICAL LOCALIZATION OF BILE STONES MIGRATING INTO THE COMMON BILE DUCT ON THE OUTCOMES OF CHOLEDOCHOTOMY

¹Agakishiyev Adil Niftali, ²Hasanov Mushfig Jalal, ²Garayev Galib Shalom

¹European International Hospital. ²Azerbaijan Medical University.
Baku, Azerbaijan

Cholelithiasis (CL) is one of the complications of gallstone disease and is quite common among the population. The primary treatment for the disease is to restore bile flow in the common bile duct by removing the obstructing gallstones through various types of surgical procedures.

Among the surgical options performed for this purpose, open choledochotomy (CT) is the oldest treatment modality.

The study aimed to retrospectively investigate the impact of stone localization sites within the common bile duct on the outcomes of open CT in patients admitted to the clinic with a diagnosis of CL at various times. For this purpose, the medical histories of 480 patients admitted to the clinic with a diagnosis of CL were analyzed. It was determined that the mortality rate following CT performed in the upper 1/3 of the common bile duct is higher compared to other regions. Postoperative complications also predominate in this area.

Keywords: *choledocholithiasis, choledochotomy, localization of gallstones, postoperative complications, mortality rates*