

research that patient with diseases of stomach and ulcerative duodenum.

The purpose of study is to find correlation of clinical-laboratory and instrumental investigation results at the patient with opium drug addiction.

Materials and methods: It was studied 234 patients with opium drug addiction.

Results: It was showed positive results due to treatment of the patients with the drug addiction.

Conclusion: The treatment of stomach and duodenum ulcerative diseases at the patient with opium drug addiction leads to the positive changes of clinical-laboratory data.

Key words: *narcomania, clinical picture, stomach, duodenum.*

УДК 617-089:616-006

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М.М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ,
Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫКОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В работе анализируются результаты обследования и лечения 189 больных с острым панкреатитом, из них с деструктивным панкреатитом 44 (23,3%) больных с января по декабрь 2013 года. Умерли 4 (9,1%) больных. Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем произведены 16 больным, холецистостомия – 6 больным и холецистэктомия с дренированием общего желчного протока – 11 больным. Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, детоксикация, малоинвазивный метод, желчь.

Панкреатит – воспаление pancreas (острое или хроническое – с постоянным ухудшением экзо- и эндокринной функции). Это 3-е по частоте (10-15%) заболевание органов брюшной полости. Легкий острый панкреатит (ОП) (85% случаев, 0,5 – 1,5% случаев летальности) – интерстициальный отек поджелудочной железы с минимальными нарушениями функций органов, обычно завершается выздоровлением [4-9]. Тяжелый острый панкреатит (15% случаев, 35 – 95% случаев летальности) – следствие некроза поджелудочной железы или отека панкреатита, сопровождается органной недостаточностью и/или местными осложнениями, такими как мелкоочаговый, крупноочаговый или тотальный некроз [1-7]. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляют инфекционные осложнения. Общая летальность при остром панкреатите достигает 15-25% [9, 10, 11, 12, 13].

Большинство хирургов согласны, что показания к оперативным пособиям при стерильном панкреонекрозе должны быть максимально ограничены. Во многих клиниках подход к лечению стерильного деструктивного панкреатита преимущественно консервативный [1-8]. Тем не менее, на сегодняшний день все более широкое применение получают малоинвазивные хирургические методы лечения, к которым многие хирурги рекомендуют прибегать независимо от факта инфицирования панкреонекроза.

При наличии у больных острых жидкостных скоплений в настоящее время в лечении широко используют малоинвазивные хирургические методы. Это лапароскопия и чрескожные вмешательства под УЗИ и КТ-контролем – тонкоигольные пункции и малокалиберное дренирование [4-13]. Преимущества малоинвазивных вмешательств по сравнению с открытыми операциями и опыт их применения в целях дренирования при остром некротическом панкреатите широко освещены в медицинской литературе.

Тактика применения лапароскопического дренирования брюшной полости при стерильном панкреонекрозе варьирует от рекомендаций выполнять его всем пациентам при поступлении в стационар до противоположной

точки зрения – что оно показано только больным с клинической картиной перитонита [2, 3, 4, 5]. Относительно пункций и дренирования асептических скоплений одни авторы являются сторонниками их широкого использования [5, 6, 7], другие считают, что дренирование недавно образовавшихся скоплений жидкости при стерильном панкреонекрозе противопоказано [1, 3] из-за увеличения риска инфицирования. Доказан путь экзогенного инфицирования зон стерильного некроза госпитальной микрофлорой через дренажные системы [4, 5, 6, 7], и в литературе имеются убедительные данные о повышении частоты инфекционных осложнений при пункциях и дренировании жидкостных скоплений [9].

Выделяют две основные формы острого панкреатита, между которыми имеется ряд промежуточных вариантов:

- отечный панкреатит, для которого характерны легкое течение и самопроизвольное разрешение;
- панкреонекроз, при котором тяжесть состояния соответствует степени некроза поджелудочной железы.

Этиология острого панкреатита:

- Заболевания внепеченочных желчных путей – 45% (ЖКБ, заболевания большого дуоденального соска и др.);
- Алкоголизм, алкогольный эксцесс либо прием суррогатов алкоголя – 32-47%.
- Посттравматический панкреатит – 5-10%.
- Идиопатический панкреатит – 3-7%.

Основные проблемные вопросы современной неотложной панкреатологии:

1. Теория фазового течения острого панкреатита
2. Система оценки тяжести острого панкреатита
3. Хирургическая тактика.

В настоящее время используется большое количество классификаций острого панкреатита. Мы пользуемся получившее наибольшее распространение международной классификацией острого панкреатита, предложенная в Атланте в 1992 г.:

1. Острый панкреатит:
 - а) лёгкий;
 - б) тяжёлый.

2. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и в околопанкреатической клетчатке).

3. Панкреонекроз:

а) стерильный;

б) инфицированный.

4. Панкреатическая ложная киста.

5. Панкреатический абсцесс.

В настоящее время острый панкреатит в экстренной хирургии органов брюшной полости занял третье место по распространенности после аппендицита и холецистита. Происходит достоверное увеличение частоты деструктивных форм панкреатита [7, 18]. О высоких цифрах летальности (30% и 80%) при некротическом панкреатите сообщают многие современные зарубежные авторы [9-13].

Материал и методы

Малоинвазивные вмешательства, включающие как миниинвазивные лапароскопические и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ, так и традиционные хирургические операции, применены нами при лечении 189 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении в ГКБ №7 с января по декабрь 2013 года.

Одной из основных жалоб больных острым панкреатитом при поступлении в стационар является боль, которая отмечалась в 100% наблюдений. Рвота была у 99 (52,4%), многократная рвота – у 90 (47,6%) больных.

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное лишь у 6 (3,2%), средней тяжести – у 65 (34,4%) больных. У подавляющего большинства больных – 118 (62,4%) состояние было тяжелым.

Количество лейкоцитов крови у больных варьировало от $4,3 \times 10^9/\text{л}$ до $50,2 \times 10^9/\text{л}$. Лейкоцитоз (более $9,0 \times 10^9/\text{л}$) отмечался в 114 (73,0%) наблюдений, лейкопения (ниже $3,6 \times 10^9/\text{л}$) – в 6 (3,8%) из 189. У 14 (8,9%) пациентов содержание лейкоцитов превышало $20 \times 10^9/\text{л}$. Значения активности амилазы в крови колебались от 42 до 5000 ЕД. Лишь у 34 (17,9%) больных активность амилазы не превышала нормы. У 27,5% пациентов отмечена гипергликемия.

У большинства наблюдавшихся нами пациентов имелись сопутствующие заболевания, чаще несколько (до 6), которые осложняли течение панкреонекроза. Наиболее часто встречались поражения сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Желчнокаменная болезнь выявлена у 47 (24,8%) из 189 пациентов. Обращая на себя внимание большое количество больных с ожирением (42,3%). Лиц, страдающих алкоголизмом, было 33,9%.

Далеко не решенным является вопрос диагностики панкреонекроза вообще, не говоря уже о форме поражения и распространенности процесса. Информативность ультразвуковой диагностики (с ответом, есть или нет панкреонекроз) составила менее 60%.

Хотелось бы обратить внимание на показания к диагностической лапароскопии. Мы считаем ее необходимой только у больных с деструктивным панкреатитом при неэффективной консервативной терапии панкреонекроза с явлениями полиорганной недостаточности; при подозрении на гнойные осложнения панкреонекроза; при подозрении на другие хирургические заболевания органов брюшной полости, требующие неотложного хирургического вмешательства.

С целью хирургического лечения использовались как миниинвазивные эндоскопические (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ, так и традиционные хирургические операции.

В случаях выявления при лапароскопии абсолютных признаков панкреонекроза по показаниям проводятся

лечебные лапароскопические вмешательства: аспирация экссудата – 13 (6,8%) больных, установка микроирригаторов и дренажей – 13 (6,8%), лапароскопические холецистостомии – 4 (2,1%) больных. Большое значение для диагностики панкреатита имело экстренное биохимическое исследование перитонеального выпота. Из 13 наблюдений острого панкреатита, в которых исследовали экссудат из брюшной полости, в 7 (3,7%) отмечались высокие значения активности амилазы.

В ходе лапароскопической санации брюшной полости проводилась эвакуация экссудата, при диффузном поражении брюшины устанавливались микроирригаторы и дренажи из 2 точек, при распространенном перитоните – из 4 точек. По нашим наблюдениям, наиболее часто в брюшной полости выпот скапливался в области ворот печени, по правому флангу живота и ворот селезенки. При этом из брюшной полости эвакуировалось до 1,5 л токсичного панкреатогенного экссудата. При панкреатогенном перитоните мы считаем лапаротомию непоказанной. В достаточном объеме санация может быть выполнена при лапароскопии. Этот способ санации мы использовали у всех больных, находившихся под нашим наблюдением с 2012 г. Хотелось бы отметить, что после лапароскопических санаций прогрессирования перитонита не наблюдалось.

Результаты и обсуждение

Малоинвазивные вмешательства на органах брюшной полости под УЗ-контролем произведены 16 больным.

Пациентам с перитонитом, в том числе при наличии УЗ признаков свободной жидкости в брюшной полости, произведены:

- удаление перитонеального экссудата 10 больным.
- лапароскопическое дренирование брюшной полости – 8 больным.
- холецистостомия – 8 больным.
- холецистэктомия с дренированием общего желчного протока – 10 больным.
- пункция жидкостного скопления при панкреонекрозе – 7 больным.

Внедрены в работу клиники малоинвазивные методы диагностики и лечения ОП:

- Лапароскопическая диагностика и санация брюшной полости при ОП.
- Чрескожное наружное дренирование жидкостного скопления брюшной полости при ОП под контролем УЗ с помощью одноразового набора Ившина.
- Чрескожное наружное дренирование жидкостного скопления забрюшинного пространства при ОП под контролем УЗ.

Благодаря дальнейшему усовершенствованию и внедрению в клинику малоинвазивных методов лечения летальность при панкреонекрозе с января 2013 года составила 9,1% (с января 2013 года 44 больных с деструктивным панкреатитом).

Срок пребывания пациентов в стационаре колебался от 3 до 162 суток.

У 11 (25%) пациентов наблюдалась полиорганная недостаточность. Несмотря на малую травматичность вмешательств, полиорганная недостаточность явилась причиной смерти 4 (9,1%) больных. Интерес представляют аррозийные кровотечения, отмеченные у 2 больных. У 1 из них при хирургическом вмешательстве кровотечение удалось остановить. Вообще местные осложнения в связи с возросшими возможностями диагностики и санации протекали значительно легче.

Имеется выраженная зависимость летальности от формы панкреатита и распространенности процесса. Один летальный исход при панкреонекрозе был обусловлен развитием тотальной гангрены тонкой кишки на

фоне тромбоза мезентериальных сосудов. Мы считаем, что больным с локальным панкреонекрозом оперативное лечение показано только при развитии гнойных осложнений.

Заключение

Таким образом, лапароскопия и пунктирно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ у больных с панкреонекрозом позволяют использовать весь набор вмешательств, ранее применявшихся при лапаротомии.

Применение для лечения деструктивного панкреатита малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в сальниковую сумку приводит к снижению количества осложнений, уменьшению сроков лечения пациентов в отделениях интенсивной терапии и сроков пребывания в стационаре. Благодаря использованию малоинвазивного метода и дальнейшему совершенствованию его элементов летальность при панкреонекрозе удалось снизить на 9,1%.

Выводы

1. Скопление большого количества свободной жидкости в брюшной полости наблюдается при тяжелом течении острого некротического панкреатита, сопровождающегося развитием системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточностью и риском раннего летального исхода заболевания. Образование ограниченных скоплений жидкости сопровождается риском компрессии органов, гнойных осложнений и увеличивает сроки госпитализации больных.

2. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном панкреонекрозе показано только при выявлении большого количества свободной жидкости. Нестабильность гемодинамики в предшествующий период является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопии.

3. Пункции асептических ограниченных жидкостных скоплений не снижают риск развития гнойных осложнений и псевдокист поджелудочной железы и эффективны только при наличии признаков сдавления соседних органов.

4. Показанием к выполнению пункций асептических ограниченных жидкостных скоплений при остром некротическом панкреатите является наличие признаков компрессии соседних органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермолов А.С., Иванов П.А., Гришин А.В., Благовестнов Д.А. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2007. – № 5. – С. 4-8
- 2 Краснорогов В.Б., Толстой А.Д., Веселов В.С. и др. Раннее выявление и упреждающее лечение тяжелого острого панкреатита // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 57- 58
- 3 Кононенко С.Н., Павленко И.А., Миронов А.С., Андрияничева Е.И., Маркина Н.Ю. Диагностический алгоритм при остром панкреатите тяжелого течения. // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2006. – № 9. – С. 36-40
- 4 Кононенко С.Н., Миронов А.С., Харламов Б.В., Павленко И.А. Роль лучевых методов в комплексной диагностике панкреонекроза // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2008. – № 8. – С. 78-80
- 5 Коровин А.Я. Проблемы интенсивной терапии при панкреатогенном перитоните / Коровин А.Л., Маскин С.С., Попов А.Ю. и др. // Материалы 9 всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С. 64-65
- 6 Короткое Н.И., Кукушкин А.В., Метелев А.С. Мини-инвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2005. – № 3. – С. 40-44

7 Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология / Костюченко А.Л., Филин В.И. // Справ. для врачей, изд. 2-е. – СПб.: Деан, 2000. – 480 с.

8. Коненков Д.П., Дубинин В.Ю., Иванов Ю.В. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №2. – С. 35-39

9. Baker S. Diagnosis and management of acute pancreatitis / S.Baker // Critical Care and Resuscitation. – 2004. – Vol. 6. – P. 17-27

10. Carter R. Management of infected necrosis secondary to acute pancreatitis: a balanced role for minimal access techniques / Carter R. // Pancreatology. – 2003. – Vol. 3. – №2. – P. 133 -138

11. Casas J.D. Prognostic value of CT in the early assessment of patients with acute pancreatitis / Casas J.D., Diaz R., Valderas G. et. al. // JR Am. J. Roentgenol. – 2004. – Vol. 182. – №3. – P. 569-574

12. Hammarstrom L.E. Endoscopic management of chronic and non-biliary recurrent pancreatitis / Hammarstrom L.E. // Scand. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 39. – №1. – P. 5 -13

13. Hartwig W., S.M. Maksan, T. Foitzik et al. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis // J Gastrointest Surg. – 2002. – Vol. 6. – P. 481-487

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ,
М.М. САХИПОВ, А.Т. ШОРМАНОВ,
Н.С. ДОСЖАНОВ, Ч.Т. САДЫҚОВ,
Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ**

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,

№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ҚАБЫНУЫ КЕЗІНДЕГІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ШАҒЫН ЕНУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ

Кіріспе: Ашық оталарға қарағанда аз енбелі араласулар арқылы жедел некротикалық панкреатитті дренаждау әдісі медициналық әдебиетте кеңінен сипатталынған. Бос құрсақ қуысын түтікше қою мен инемен тесіп ену іріңдік асқынулар сатысында және залалсыздандырылған панкреонекроз сатысында да жасалынады.

Жұмыстың мақсаты: Бұзылған ұйқы безінің қабынуы кезінде шағын ену әдістерін тәжірибеге енгізу болып табылады.

Әдістері мен нысандар: УДЗ бақылауымен шағын енбелі араласулар, шағын енбелі лапароскопиялық және инемен тесіп – түтікше қою, сонымен қатар дәстүрлі хирургиялық оталар панкреонекрозы бар 189 науқастың емінде қолданылған.

Лапароскопиялық зертеу кезінде панкреонекроздың белгілері анықталғанда көрсеткіштерге сай емдік лапароскопиялық араласулар қолданылады: экссудат аспирациясы, микроирригаторлар мен дренаждарды орнату, лапароскопиялық холецистостомия. Панкреатитті анықтауда перитонеальды экссудатты жедел биохимиялық зерттеудің маңызы зор.

Нәтижелер: Панкреатиттің формалары мен үрдістің жайылмалылығына байланысты өлім жағдайлары анықталған. УДЗ бақылауымен лапароскопия мен пунктионды-дренирлеуші араласулар панкреонекрозы бар науқастарға бұрында лапаротомияда қолданылған барлық араласулар түрін қолдануға мүмкіндік берді.

Жергілікті панкреонекрозы бар науқастарға оперативті емдеу тек іріңдік асқынулар кезінде көрсетілген.

Қорытынды: УДЗ бақылаулары арқылы аз енбелі араласулар, деструктивті панкреатитті емдеуде асқынулар санының азаюына, жіті терапия бөлімшесіндегі науқастардың емделу мерзімін және ауруханада болу мерзімін азайтты.

Аз енбелі әдістерді пайдаланудың және оның ары қарай дамуының арқасында панкреонекроз кезіндегі өлім жағдайларын 9,1% азайтуға мүмкіндік туды.

Негізгі сөздер: ұйқы безінің жіті қабынуы, ұйқы безінің өліеттенуі, ұйтсыздандыру, шағын ену, әдіс, өт, бұзылыстарды әдістерімен.

SUMMARY

**B.B. BAIMAKHANOV, Zh.N. KYZHYROV,
M.M. SAKHIPOV, A.T. CHORMANOV,
N.S. DOSZHANOV, Ch.T. SADYKOV,
N.B. ESENBEKOV**

*Kazakh National Medical University named after
S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital № 7, Almaty c.*

MINIMALLY INVASIVE MANAGEMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Introduction: Benefits of minimally invasive interventions compared to open surgery and experience with their application in order to drainage for acute necrotizing pancreatitis widely reported in the medical literature. Drainage of the free abdominal cavity and puncture and draining liquid accumulations produce limited as step suppurative complications, and in the step of sterile pancreatic necrosis.

The aim is the introduction of minimally invasive treatment of destructive pancreatitis.

Material and methods: Minimally invasive interventions, including both minimally invasive laparoscopic and puncture

– draining intervention under ultrasound guidance, and traditional surgical procedures used in treating SRI 189 patients with pancreatic necrosis were treated. In cases when laparoscopy also foreign exchange signs of pancreatic necrosis on the testimony of a therapeutic laparoscopic intervention: aspiration of fluid, and drain installation mikroirrigatorov Jay laparoscopic holetsistos tomii. Great importance for the diagnosis of pancreatitis had an extra biochemical peritoneal effusion.

Findings: There is a strong dependence letalnos ty of forms of pancreatitis and distribution process. Laparoscopy and puncture – draining intervention under ultrasound in patients with necrotizing pancreatitis allow you to use the entire set of interventions that have been previously employed at laparotomy. Patients with necrotizing pancreatitis local surgical treatment is shown only when the development of suppurative complications.

Conclusion: Use for the treatment of destructive pancreatitis minimally invasive ultrasound-guided interventions in the packing bag reduces the number of complications, reduce the period of treatment of patients in the department of intensive care tions and length of hospital stay. Through the use of minimally invasive techniques and the further improvement of its elements lethality of pancreatic necrosis is removed to reduce the elk 9.1%.

Key words: sharp pancreatitis, a detoxication, enzyme, bile, hemorrhagic, pancreatonecrosis.

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.5

**Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ, Г.Т. БЕРІСТЕМОВ, А.Б. АТАНТАЕВ, Д.Б. ҚАДЫРАЛИЕВ, Б. ҚАБЫЛ,
Н.Б. МАУЛЕНОВ, Н.Б. ЕСЕНБЕКОВ, Ж.С. СМАГУЛОВА, Ж.А. ДҮЙСЕНОВА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.*

ӨТ ҚАБЫ МЕН 12 – ЕЛІ ІШЕК ЖЫЛАНКӨЗІ (тәжірибеде болған жағдай)

Тәжірибеде келтірілген қадағалау жедел бітелмелі ащы ішек өтімсіздігімен асқынған өт қабы мен 12 – елі ішек жыланкөзін анықтаудың күрделі екендігін көрсетеді. Дәл осы мысалда жасалған сияқты, хирург осындай жағдайларда түбегейлі операцияның орындалуына дайын болуы керек.

Негізгі сөздер: ащы ішек өтімсіздігі, жыланкөз, өт қабы, он екі елі ішек, асқыну.

Әр түрлі патологиялық үрдістері мен жарақаттардың салдарынан дамидын өт қабы мен өт жолдарының жыланкөздері деп – өт қабы мен өт жолдарының маңайындағы ағзалар және плевра қуысымен байланысы болып табылады.

Соның ішінде, соңғы жылдары өт жолдарының ішкі жыланкөзінің кездесу жиілігі жоғарылады. 60-жылдардың басындағы отандық әдебиеттерде өттің ішкі жыланкөзінің 200 жағдайы тіркелді [Васильев В.Н., Иванов С.Н., 1963], 2 жыл ішінде – 104 жағдай (1968-1969) – [Панченко Р.Т., Лежнев А.Н., 1973].

Өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің жоғарылау себебі өт тас ауруының көбеюіне, соған байланысты өт жолдарына жасалған оталардың санының жоғарылауына және оны анықтаудың жаңа әдістерінің (УЗИ, КТ, МРТ, МРСР, ЭРХПГ) дамуы болып табылады. Көптеген авторлар өт қабы мен өт жолдарының жыланкөзінің санының жоғарылау себебі созылмалы холециститті емдеу кезінде антибиотиктерді көп қолданудан деп есептейді (Галицкий А.Б., Чалгановек А.И., 2006). Оларды бет алдына пайдалану өт қабы қабырғасының бұзылуын төмендетіп, сонымен қатар көрші ағзалардың өліеттенген ошақтарға тығыз жабысуына алып келіп, өт қабы қабырғасының көрші ағзаларға тесілуіне жағдай жасайды.

Көбінесе жыланкөз өт қабы мен 12 – елі ішектің арасында (холецистодуоденальды), жалпы өт өзегі мен 12 – елі ішектің (холедоходуоденальные), өт қабы мен көлденең тоқ ішектің арасында пайда болады (Ревякин В.И., Селиваненко А.В., 2007).

Клиникалық көрінісі науқастың негізгі ауру белгілерімен жасырын жүреді. Өт қабы мен өт жолдарының асқынуы ішектегі және асқазандағы заттардың бауыр өзегіне түсуінің салдарынан пайда болып, холангит, сирек бауыр абсцесі дамуына алып келеді. Өт қапшығының ішекпен патологиялық байланысуының салдарынан ішекке өт қабының ірі тастары түсіп, ол өз кезегінде ішектің бітелуі мен өтімсіздігін тудырады (Савельев В.С., 2006).

Өт қабы мен өт жолдары жыланкөзінің орналасқан орнын анықтау үшін рентген зерттеулері-бауыр аймағы мен өт жолдарының жалпы шолу рентгеноскопиясы мен рентгенографиясы жасалады (1 сурет). Онда өт жолдарында ауа анықталады. Дуоденография жасанды гипотония жағдайында жасалады.

Осы ауруға байланысты біз бір тәжірибелік жағдайды мысалға келтіреміз. **Науқас Д. 1939 ж.т.** Ауру тарихы №18786. Өт тас ауруы. Жедел калькулезды холецистит диагнозымен оперативтік емге жоспарлы түрде жатқызылды.