

## Ўткир Панкреатит Диагностикаси Масалалари

*Муродуллаев Сардорбек Олимжон ўғли<sup>1</sup>, Шоназаров Искандар Шоназарович<sup>2</sup>*

**Аннотация:** Адабиётларни кўриб чиқишда, диагностик ёндашувлар доимий равишда такомиллаштирилганига, консерватив интенсив терапиянинг янги усуллари ва хирургик даволаш тамойиллари ишлаб чиқилг анига қарамай, ўткир панкреатитнинг ҳалокатли натижалари частотаси юқори даражада сақланиб қолмоқда. Ҳозирда бу кўрсаткич 10 дан 30% гача. Шу билан бирга, касалликнинг дастлабки босқичида ўлим даражаси кўп ҳолларда 15% дан ошмасида, йирингли-септик асоратлар ривожланганидан кеч босқичида еса 70% га етади. Шу сабабли, сўнгги ўн йил ичида янги диагностика усуллари ишлаб чиқиш ва ривожлантириш, консерватив интенсив терапия ва далилларга асосланган тиббиёт тамойилларини жорий этиш ўлим таркибини бироз ўзгартиришга имкон берди.

**Ключевые слова:** Ўткир панкреатит, прогнозлаш, диагностика.

Оғир ўткир панкреатит (ОЎП) бу дастлаб меъда ости безининг асептик яллиғланиши, бўлиб, унда атрофдаги тўқималар, органлар ва функционал тизимлар зарарланади. Турли мамлакатларда ўткир панкреатитнинг тарқалиши 32 ҳолатдан 389 ҳолатгача 1 миллион аҳолига нисбатан [12]. Шу билан бирга, касалликнинг деструктив шакллари частотаси 25% га етади [11].

Оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларни муваффақиятли даволаш муаммоси шошилишч хирургия учун долзарбдир. Сўнгги ўн йиллик тенденция ўткир панкреатит билан касалланишнинг икки баравар кўпайишини кўрсатади, шу жумладан унинг оғир шакллари. Ўткир панкреатит кўп йиллар давомида беморларни шифохонада хирургик стационарга ётқизиш сабаблари таркибида етакчи ўринни эгаллаб келган [18]

ОЎП да ўлим даражаси 10 дан 30% гача бўлган юқори даражада сақланиб қолмоқда. Шу билан бирга, ОЎП йирингли-септик асоратлар босқичида ўлим даражаси 70% га етади.

Салбий натижалар ферментатив токсемия ва панкреатоген шок ривожланиш фазасида эмас, балки инфекцион-яллиғланишли асоратлар фазасида кузатилади, ўлимга олиб келадиган сабаб оғир септик ҳолатнинг ривожланишидир [12]. ОЎП нинг йирингли-септик асоратларининг ривожланиши 30 дан 50% гача ҳолатда кузатилади. Ушбу асоратлар ОЎП даги летал натижаларнинг етакчи омилдир.

ОЎП ни даволашнинг энг долзарб вазифаларидан бири йирингли-септик асоратлар босқичида хирургик ёрдамнинг мақбул тактикасини танлаш бўлиб қолмоқда [18]. Тадқиқотлар ОЎП ни йирингли-септик асоратлар босқичида беморларни даволашга консерватив ёндашувнинг самарасизлигини кўрсатади [15]. Бугунги кунга қадар ОЎП ни хирургик даволаш учун келишилган, ягона принциплар тўплами ишлаб чиқилмаган. Шунингдек, операцияни бошлаш учун оптимал вақт аниқланмаган ва хирургик даволаш ҳамда дренаж усуллари асосий техник жиҳатлари ҳали ҳам муҳокамали бўлиб қолмоқда [17].

Ўткир панкреатит ривожланиши барча ҳолатларининг ярмидан кўпини ташкил этадиган сабаби алиментар омилдир. Касалликнинг ривожланиши Одди сфинктерининг рефлексли спазми туфайли содир бўлади. Агар меъда ости беши ферментларининг ўн икки бармоқли ичак

<sup>1</sup> Республика Шошилишч Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Самарқанд филиали, Самарқанд, Ўзбекистон

<sup>2</sup> Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети, Самарқанд, Ўзбекистон



бўшлиғига кириши имконсиз бўлса, улар фаоллашади, сўнгра меъда ости беши ва унинг атрофидаги тўқималарнинг аутолизисини чақиради. Касаллик таркибида алиментар ўткир панкреатитнинг улуши 55% ни ташкил қилади (2).

ОўП нинг иккинчи энг кенг тарқалган сабаби билиар омилидир, бунда сафро гипертензияси хисобига меъда ости беши каналларига сафро рефлюкси содир бўлади, бу холедохолитиаз, папиллит каби патологик ҳолатларнинг натижасидир. Билиар панкреатитнинг улуши касаллик барча омилларининг 35% ни ташкил қилади [12,18].

Меъда ости беши шикастланиши натижасида ривожланадиган ўткир травматик панкреатит жуда кам учрайди. Ушбу тоифага операциядан кейинги панкреатит ҳам киради. Бундан ташқари, касаллик эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ) оқибатида ҳам бўлиши мумкин. Ўткир травматик панкреатит билан касалланиш касалликнинг барча этиологик омилларининг 2-4% ни ташкил қилади (Graham P.m., 2018).

ОўП (4) нинг бошқа этиологик омиллари 6-8% ни ташкил қилади, бу сабаблар орасида: аутоиммун касалликлар; юрак-қон томир етишмовчилиги; турли дорилар таъсир қилиш (меркаптопурин, гипотиазид, гормонал воситалар, ностероид ялиғланишга қарши воситалар); васкулит; юқумли касалликлар (гепатит, вирусли паротит, цитомегаловирус); аллергик ва анафилактик реакциялар (дорилар, маиший ва озиқ-овқат аллергенлари); ҳомиладорлик ва менопауза даврида гормонал ҳолатнинг бузилиши; муъда ости беши билан чегарадош органларнинг касалликлари (дуоденит, ўн икки бармоқли ичак ярасининг пенетрацияси, гепатопанкреатодуоденал соха хосилалари).

Ҳозирги вақтда ўткир панкреатитнинг хирурглар жамияти томонидан ишлаб чиқилган таснифи қўлланилади. Ушбу таснифни ишлаб чиқиш учун Atlanta-92 таснифи ва 2011-йилда халқаро панкреатологлар ассоциацияси, ҳамда 2012-йилда ўткир панкреатитни таснифлаш бўйича халқаро ишчи гуруҳ томонидан таклиф қилинган модификациялар асос бўлди [10].

Ўткир панкреатитнинг замонавий таснифлари касалликнинг уч оғирлик даражасига бўлинишига асосланган:

- 1) Ўткир панкреатит энгил даражаси. Касалликнинг бу шакли шишли панкреатитни ривожланишини ўз ичига олади, меъда ости беши некрози ва аъзо (полиорган) етишмовчилигининг шаклланиши содир бўлмайди .
- 2) Ўткир панкреатит ўрта оғир даражаси. Бу шакл ўткир панкреатитнинг маҳаллий кўринишларидан бирининг мавжудлиги билан тавсифланади: перипанкреатик инфильтрат, меъда ости беши чегараланган, инфицирланган некрози, псевдокисталар, хўппоз (абсцесс), 48 соатдан ортиқ давом этмайдиган транзитор аъзо (полиорган) етишмовчилигининг тизимли кўринишларнинг ривожланиши шаклида.
- 3) Ўткир панкреатит оғир даражаси. Қуйидаги белгилардан бирини ёки иккитасини ўз ичига олади:
  - йирингли-некротик парапанкреатит, меъда ости безининг чегараланмаган, инфицирланган некрози;
  - 48 соатдан ортиқ давом этадиган доимий аъзо ( полиорган) етишмовчилиги.

Касалликнинг учта шаклга бўлиниши амалий аҳамиятга эга, чунки ўткир панкреатитнинг оғирлигига қараб даволаш-диагностик тадбирларини ўтказиш тактикасини амалга ошириш керак. Касалликнинг ўрта оғир ва оғир шакллари бўлган беморлар реанимация ва интенсив терапия бўлимига жойлаштирилиши керак, энгил шакли бўлган беморлар эса хирургия бўлимларида даволанади (7).

Амалиётда муҳим жиҳат бу – ОўП ни кечиш босқичларига кўра патогенетик бўлиниши [6, 12]; I босқич (эрта) - касалликнинг бошланишидан дастлабки 14 кунгача – икки даврни ўз ичига олади:



- IA босқичи – ҰП ривожланишининг биринчи ҳафтаси. Бу меъда ости беши тўқималарида, меъда ости беши атрофи клетчакасида некроз ўчоқлари шаклланиши, шунингдек эндоген интоксикация (ЭИ) ривожланиши билан тавсифланади. ЭИ аъзо ёки полиорган дисфункцияси белгилари хисобланади.
- IB босқичи касаллик ривожланишининг иккинчи ҳафтасида давом этади. Ушбу босқичда ҰП нинг клиник кўринишлари организмнинг некроз ўчоқларига жавоб реакцияси билан боғлиқ ва резорбтив иситма кўринишида намоён бўлади. Шунингдек IB босқичи перипанкреатик инфилтратнинг шаклланиши билан тавсифланади.

II босқич (кеч) – секвестрация босқичи, ҰП бошланганидан 14-кундан кейин бошланади ва бир неча ой давом этиши мумкин. Ушбу босқичда секвестрлар ҳосил бўлади. Секвестрация босқичи куйидагилардан бири кўринишида давом этиши мумкин:

- асептик секвестрация – касалликнинг стерил вариантыни ифодалайди, меъда ости беши псевдокисталарининг шаклланиши ва изоляцияланган суюқликнинг тўпланиши билан тавсифланади.
- септик секвестрация – меъда ости беши инфицирланган некрози ва йирингли-септик асоратларнинг ривожланиши содир бўлади, бу кўриниш хўппоз (абсцесс) ёки йирингли-некротик парапанкреатит шаклланиши билан характерли [3,5].

Диагностик тадбирларини ўтказиш учун зарур бўлган усуллар рўйхати кўп жиҳатдан ОҰП нинг ривожланиш босқичига, шунингдек тиббий муассасанинг имкониятларига боғлиқ. Касалликнинг асосий клиник белгилари беморни дастлабки текшириш пайтида аниқланадиган триада симптомлари хисобланади (8): эпигастрал соҳадаги оғриқ белга ёки “белбоғсимон” тарқаладиган, кўп марта қайт қилиш ва қорин мушакларининг ригидлиги.

Кўпгина ҳолларда, ОҰП нинг бирламчи ташхисида анамнестик маълумотлар муҳим рол ўйнайди: спиртли ичимликларни истеъмол қилганлиги, ёғли овқатларни кўп истеъмол қилганлиги, ўт тўш касаллигининг мавжудлиги.

ОҰП диагностикасининг энг қулай ва аниқ инструментал усулларида бири бу ултратовуш текширувидир (УТТ). Ултратовуш текшируви пайтида ўткир панкреатитнинг характерли белгилари бўлиб, меъда ости бешидаги ўзгаришлар (эхогенликнинг пасайиши, ўлчамлари катталаниши, контурлари ноаниқлиги), шунингдек қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги хисобланади (11). Ултратовуш маълумотларига кўра касалликнинг белгилари шубҳали бўлса, беморга спирал ёки контрастли мультиспирал компьютер томографияси текшируви кўрсатма бўлади (4). Ушбу усуллар меъда ости беши некрозининг ҳажмини аниқлаш ва аниқроқ тасаввур қилиш имконини беради. Худди шу мақсадда магнит-резонанс томография (МРТ) дан фойдаланиш мумкин (1). ОҰП диагностикасида КТ ёки МРТ текширувларига кўрсатмалар орасида куйидагилар ажралиб туради: бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш зарурати; ОҰП нинг клиник белгилари мавжуд бўлганда касалликнинг оғир шаклини аниқлаш зарурати; тўлиқ консерватив даволаш курсига қарамай ОҰП нинг кечишида ижобий динамиканинг йўқлиги ёки салбий динамиканинг мавжудлигида (3,12).

ОҰП диагностикаси мақсадида КТ ёки МРТ текшируви учун оптимал вақт бўлиб касаллик бошланганидан кейинги 4-14 кунлар деб хисобланади. Ушбу инструментал текширувларни 4 кунгача бажариш етарли маълумотга эга бўлмаслиги мумкин, чунки бу даврда меъда ости беши некрози шаклланиши содир бўлади (7,12). Жарроҳлик амалиётидан олдин, унинг мумкин бўлган ҳажмини ва патологик ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш учун КТ ёки МРТ текширувини ўтказиш мақсадга мувофиқдир. ОҰП йирингли-септик асоратлар ривожланиши билан жадал кечганида, дренажлаш операцияларини бажаришдан олдин, инфицирланиш марказини аниқлаш учун КТ ёки МРТ текширувини ўтказиш керак. Касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш ва унинг кечишини прогноз қилиш учун панкреатитнинг Balthazar КТ-индексидан фойдаланиш мумкин [12].



Лаборатор тадқиқот усуллари орасида асосийси меъда ости беши ферментларини қон ва сийдикдаги миқдорини аниқлашдир. Лаборатор диагностикасининг энг оддий усули қондаги амилаза миқдорини аниқлашдир. Ушбу кўрсаткичнинг юқори чегара қийматиға нисбатан уч ёки ундан кўп марта ошиши диагностик аҳамиятга эга деб ҳисобланади. Қондаги амилаза миқдорининг ошиши паротитда, ўпка ва меъда-ичак тракти патологияларида ҳам кузатилади. Меъда ости беши некрозининг оғир шаклларида қондаги амилаза миқдори бироз ошиши ёки нормал диапазонда бўлиши мумкин. Бу ҳолат меъда ости безининг катта хажмли зарарланишида фаоллашган ферментлар қон оқимиға эмас, балки қорин бўшлиғиға тушиши билан боғлиқ.

### Адабиётлар.

1. Ачилов, М. Т., Нарзуллаев, С. И., Шоназаров, И. Ш., & Жабборов, З. И. (2020). Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции. *Достижения науки и образования*, (6 (60)), 38-42.
2. Ачилов, М. Т., & Шоназаров, И. Ш. (2023). Панкреатодуоденал резекция операциясининг турлари ва асоратлари. *Research Focus*, 2(11), 110-118.
3. Каприн И.А. Хирургическое лечение и осложнения операций при остром панкреатите тяжёлого течения / Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Глабай В.П. // Исследования и практика в медицине. 2018. - Т. 5. - №4. - С. 72-81.
4. Шоназаров, И. Ш. (2024). Вопросы диагностики острого панкреатита (Обзор литературы). *World scientific research journal*, 23(2), 25-30.
5. Шоназаров, И. Ш. (2024). Новая лечебная программа панкреонекроза. *Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences*, 2(25), 238-241.
6. Шоназаров, И. Ш. (2024). Оптимизация результаты исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза. *Sustainability of education, socio-economic science theory*, 2(14), 178-180.
7. Шоназаров, И. Ш., Ахмедов, Р. Ф., Камолидинов с. А. (2021). Особенности развития интраабдоминальной гипертензии у пациентов с тяжелым острым панкреатитом. *Достижения науки и образования*, (8 (80)), 66-70.
8. Шоназаров, И. Ш., Мизамов, Ф. О., & Хурсанов, Ё. Э. (2023). Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита. *Research Focus*, 2(1), 36-43.
9. Agha R.A. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines / Agha R.A., Borrelli M.R., Farwana R. et al. // *Int. J. Surg.* 2018. – 60. – P. 132–136.
10. Akhmedov, S. K., Shonazarov, I. S., Kamolidinov, S. A., & Kelesh, E. I. (2020). Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите. In *Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования* (pp. 274-276).
11. Bartoş D. Endoscopy-assisted, single trans-gastric trocar, laparoscopic pseudocysto- gastrostomy. A minimally invasive alternative for drainage of large pseudocysts / Bartoş D., Bartoş A. // *Ann. Ital. Chir.* 2020. – 91. – P. 112-115.
12. Cho J.H. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis / Cho J.H., Kim T.N., Chung H.H., Kim K.H. // *World J. Gastroenterol.* 2015. – 21. – P. 2387–2394.
13. Dhir V. EUS-guided pseudocyst drainage: prospective evaluation of early removal of fully covered self-expandable metal stents with pancreatic ductal stenting in selected patients / Dhir V., Teoh A.Y., Bapat M. et al. // *Gastrointestinal endoscopy.* 2015. - 82(4). – P. 650– 657.
14. Dieker W. Pancreatitis, panniculitis and polyarthritits (PPP-) syndrome caused by post- pancreatitis pseudocyst with mesenteric fistula. Diagnosis and successful surgical treatment. Case report and



- review of literature / Dieker W., Derer J., Henzler T. et al. // *Int. J. Surg. Case Rep.* 2017. – 31. – P. 170–175.
15. Dua M.M. Isolated pancreatic tail remnants after transgastric necrosectomy can be observed / Dua M.M., Jensen C.W., Friedland S. et al. // *J. Surg. Res.* 2018. – 231. –P. 109–115.
  16. Fei Y. Predicting and evaluation the severity in acute pancreatitis using a new modeling built on body mass index and intra-abdominal pressure / Fei Y., Gao K., Tu J. et al. // *Am. J. Surg.* – 2018. – 216. – P. 304–309.
  17. Gallyamov E.A. Comparison of minimal invasive technologies for treatment of infected pancreatic necrosis / Gallyamov E.A., Agapov M.A., Busyrev Y.B. et al. // *Khirurgiia (Mosk).* – 2020. – 3. – P. 22-28.
  18. Gomatos I.P. Outcomes from Minimal Access Retroperitoneal and Open Pancreatic Necrosectomy in 394 Patients with Necrotizing Pancreatitis / Gomatos I.P., Halloran C.M., Ghaneh P. et al. // *Annals of surgery.* 2016. - 263(5). – P. 992–1001.
  19. Gomes C.A. Severe acute pancreatitis: eight fundamental steps revised according to the 'PANCREAS' acronym / Gomes C.A., Di Saverio S., Sartelli M. et al. // *Ann. R.Coll. Surg. Engl.* – 2020. – 11. – P. 1-5.
  20. Hines O.J. Management of severe acute pancreatitis / Hines O.J., Pandol S.J. // *BMJ.* 2019. – 367. – P. 16227.
  21. Jacob A.O., Stewart P., Jacob O. Early surgical intervention in severe acute pancreatitis: central Australian experience. *ANZ J. Surg.* 2016. - 86(10). – P. 805–810.
  22. Langenhan R. Osteomyelitis: A rare complication of pancreatitis and PPP-syndrome / Langenhan R., Reimers N., Probst A. // *Joint Bone Spine.* 2016. - 83. –P. 221–224.
  23. McPherson S.J. The use of imaging in acute pancreatitis in United Kingdom hospitals: findings from a national quality of care study / McPherson S.J., O'Reilly D.A., Sinclair M.T., Smith N. // *Br. J. Radiol.* 2017. - 90(1080). – P. 20170224.
  24. Shonazarov, I., Karabaev, J., Akhmedov, S., Akhmedov, A., & Djalolov, D. (2020). Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(3), 3130-3135.
  25. Siddiqui A.A. Fully covered self-expanding metal stents versus lumen-apposing fully covered self-expanding metal stent versus plastic stents for endoscopic drainage of pancreatic walled-off necrosis: clinical outcomes and success / Siddiqui A.A., Kowalski T.E., Loren D.E. et al. // *Gastrointestinal endoscopy.* 2017. - 85(4). – P. 758–765.
  26. Stigliano S. Early management of acute pancreatitis: a review of the best evidence / Stigliano S., Sternby H., de Madaria E. et al. // *Dig Liver Dis.* 2017. – 49. – P. 585–594.
  27. van Grinsven J. Timing of catheter drainage in infected necrotizing pancreatitis: Nature Publishing Group / van Grinsven J., van Santvoort H.C., Boermeester M.A. et al. // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2016. – 13. – P. 306–312.

