

Ўткир Панкреатит Диагностикаси Масалалари

Муродуллаев Сардорбек Олимжон ўгли¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

Резюме: Адабиётларни кўриб чиқишда, диагностика ёндашувлар доимий равишда такомиллаштирилганига, консерватив интенсив терапиянинг янги усуллари ва хирургик даволаш тамойиллари ишлаб чиқилганига 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 ошмасда, йирингли-септик асоратлар ривожланганига 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 тарқибини бироз ўзгартиришга имкон берди.

Калит сўзлар: Ўткир панкреатит, прогнозлаш, диагностика.

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

Ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг умуман шифо бўлиши ва умуман шифо бўлиши учун долзарбдир. Сўнгги ўн йиллик тенденция ўткир панкреатит билан касаллишнинг кичибаравар кўпайишини кўрсатади, шужумладан унинг оғир шакллари. Ўткир панкреатит кўп йиллар давомида беморларни шифо ҳолида хирургик стационарга ётқиши сабаблар тарқибидан аниқлаш ўзининг аҳамиятини кўрсатди [18].

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

Салбий натижалар ферментатив токсемия ва панкреатоген шок ривожланиш фазада эмас, балки инфекция-яллиғланиш асоратлар фазада кузатилади, ўлимга олиб келадиган сабаб оғир септик ҳолатнинг ривожланишидир [12]. ОЎПнинг йирингли-септик асоратларининг ривожланиши 30 дан 50% гача ҳолатда кузатилади. Ушбу асоратлар ОЎПдаги летал натижаларнинг етакчи омилдир.

ОЎП ни даволашнинг энг долзарб вазибаларидан бири йирингли-септик асоратлар босқичида хирургик ёрдамнинг мақбул тактикасини танлаш бўлиб қолмоқда [18]. Тадқиқотлар ОЎПни йирингли-септик асоратлар босқичида беморларни даволашга консерватив ёндашувнинг самарасизлигини кўрсатади [15]. Бугунгунга қадар ОЎПни 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 муҳокама бўлиб қолмоқда [17].

Ўткир панкреатит ривожланиши барча ҳолатларининг ярмидан кўпини ташкил этадиган сабаби алиментар омилдир. Касалликнинг ривожланиши Одди сфинктерининг рефлексли спазми

¹ Республика Шошилч Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Самарқанд филиали, Самарқанд, Ўзбекистон

² Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети, Самарқанд, Ўзбекистон



туфайли содир бўлади. Агармеъда ости безиферментларининг ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига кириши имконсиз бўлса, улар фаоллашади, сўнгра меъда ости безиваунинг атрофидагитўқималарнинг аутолизисини чақиради. Касаллик таркибида алиментар ўткир панкреатитнинг улуши 55% ни ташкил қилади (2).

ОўПнинг иккинчи энг кенг тарқалган сабаби билиаромилидир, бунда сафро гипертензияси хисобига меъда ости беzi 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 беzi шикастланиши натижасида ривожланадиган ўткир травматик панкреатит жуда кам учрайди. Ушбу тоифага операциядан кейинги панкреатит ҳам киради. Бундан ташқари, касаллик эндоскопик ретроград холангио панкреатография (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 томиретишмовчилиги; турлидорилар таъсир қилиш (меркаптопурин, гипотиазид, гормонал воситалар, ностероидяллиғланишга қарши воситалар); васкулит; юқумли касалликлар (гепатит, вирусли паротит, цитомегаловирус); аллергия ва анафилактик реакциялар (дорилар, маиший ва озиқ-овқат аллергиялари); ҳомиладорлик ва менопауза даврида гормонал ҳолатнинг бузилиши; меъда ости беzi билан чегарадош органларнинг касалликлари (дуоденит, ўн икки бармоқли ичак ярасининг пенетрацияси, гепатопанкреатодуоденал соҳа ҳосилалари).

Ҳозиргивақтда ўткир панкреатитнинг хирурглар жамияти томонидан ишлаб чиқилган тасниф 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 учоғирлик даражасига бўлинишига асосланган:

1. Ўткир панкреатит энгил даражаси. Касалликнинг бу шакли ишлаб чиқилган панкреатитни ривожланишини ўз ичига олади, меъда ости беzi некроз ва аъзо (полиорган) етишмовчилигининг шаклланиши содир бўлмайди.
2. Ўткир панкреатит ўрта оғир даражаси. Бу шакл ўткир панкреатитнинг маҳаллий кўринишларидан бирининг мавжудлиги билан тавсифланади: перипанкреатик инфилтрат, меъда ости беzi чегараланган, инфицирланган некрози, псевдокисталар, хўшпоз (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 жиҳатбу – ОўП ни кечиш босқичларига кўра патогенетик бўлиниши [6, 12];



I босқич(эрта)-касалликнинг бошланишидан дастлабки 14 кунгача –иккидаври ўз ичига олади:

- IA босқичи – ЎП ривожланишининг биринчи ҳафтаси. Бумеъда ости беги тўқималарида, меъда ости беги атрофи клеткасида некроз ўчоқлари шаклланиши,шунингдек эндогенитоксикация(ЭИ) ривожланиши билан тавсифланади. ЭИ аъзо ёкиполиоргандисфункцияси белгилари хисобланади.
- IB босқичи касаллик ривожланишининг иккинчи ҳафтасида давом этади.Ушбу босқичда ЎП нинг клиник кўринишлари организмнинг некроз ўчоқларига жавоб реакцияси билан боғлиқ вазерорбтив иситма кўринишида намоён бўлади.ШунингдекIBбосқичи перипанкреатик инфилтратнинг шаклланиши билан тавсифланади.

II босқич(кеч)–секвестрация босқичи,ЎП бошланганидан 14-кундан кейинбошланади вабир нечаой давом этиши мумкин.Ушбубосқичда секвестрлар ҳосил бўлади. Секвестрация босқичи куйидагилардан бири кўринишида давом этиши мумкин:

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

Диагностиктадбирларини ўтказиш учун зарур бўлган усуллар рўйхатикўп жихатдан ОўП нинг ривожланиш босқичига, шунингдек тиббий муассасанинг имкониятларига боғлиқ.Касалликнинг асосий клиник белгиларибеморнидастлабки текшириш пайтида аниқланадиган триада симптомлари хисобланади(8):эпигастрал сохадаги оғриқ белга ёки “белбоғсимон” тарқаладиган, кўп марта қайт қилиш ва қорин мушакларининг ригидлиги.

Кўпгинаҳошларда,ОўПнинг бирламчиташхисиданаамнестик маълумотлар муҳим рол ўйнайди:спиртли ичимликларни истеъмол қилганлиги,ёғлиовқатларни кўп истеъмолқилганлиги,ўт тўш касаллигининг мавжудлиги.

ОўПдиагностикасининг энг қулай вааниқинструменталусулларидан бирибу ултратовуш текширувидир (УТТ).Ултратовуш текшируви пайтида ўтқир панкреатитнинг характерли белгилари бўлиб,меъда ости бегидаги ўзгаришлар(эхогенликнинг пасайиши, ўлчамлари катталашуши, контурлари ноаниқлиги), шунингдек қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги хисобланади (11).Ултратовуш маълумотларига кўра касалликнингбелгиларишубхали бўлса, беморгаспирал ёки контрастли мультиспирал компьютер томографияси текшируви кўрсатма бўлади (4).Ушбуусуллармеъда ости беги некрозининг ҳажмини аниқлаш ва аниқроқ тасаввур қилишимконини беради. Худди шу мақсаддамагнит-резонанстомография (МРТ) дан фойдаланиш мумкин(1). ОўП диагностикасида КТ ёки МРТтекширувларига кўрсатмалар орасидакуйидагилар ажралиб туради:бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш зарурати; ОўПнинг клиник белгилари мавжуд бўлганда касалликнинг оғир шаклини аниқлаш зарурати;тўлиқконсервативдаволаш курсига қарамайОўП нинг кечишида ижобий динамиканинг йўклиги ёкисалбийдинамиканинг мавжудлигида (3,12).

ОўП диагностикаси мақсадида КТ ёки МРТтекшируви учун оптимал вақтбўлиб касаллик бошланганидан кейинги 4-14 кунлар деб хисобланади.Ушбуинструментал текширувларни 4 кунгача бажариш етарли маълумотга эга бўлмаслиги мумкин,чункибудаврдамеъда ости беги некрози шаклланиши содир бўлади(7,12). Жарроҳлик амалиётидан олдин,унинг мумкин бўлганҳажмини ва патологик ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш учун КТ ёки МРТ текширувини ўтказиш мақсадга мувофиқдир.ОўПйирингли-септик асоратлар ривожланиши билан жадал кечганида, дренажлаш операцияларини бажаришдан олдин, инфицирланиш марказини аниқлаш учун КТ ёки МРТ текширувини ўтказиш керак.Касалликнингоғирлик



даражасини аниқлашва унинг кечишини прогноз қилиш учун панкреатитнинг Balthazar КТ-индексидан фойдаланиш мумкин[12].

Лаборатор тадқиқот усуллари орасида асосийсемеъда ости беши ферментларини кон ва сийдикдаги миқдорини аниқлашдир. Лаборатор диагностикасининг энг оддий усулиқондаги амилаза миқдорини аниқлашдир. Ушбуқўрсаткичнингюқори чегара қийматиға нисбатан уч ёки ундан кўпмартта ошишидиагностик аҳамиятға эға деб ҳисобланади. Қондаги амилаза миқдорининг ошиши паротитда, ўпкавамеъда-ичак тракти патологияларида ҳам кузатилади. Меъда ости беши некрозининг оғир шаклларида қондаги амилаза миқдори бироз ошишиёкинормал диапазонда бўлиши мумкин. Бухолат меъда ости безининг катта хажмли зарарланишида фаоллашган ферментларкон 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 осложнённых 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 перенесённого 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 тяжёлым 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 осложнённых форм острого холецистита. *Research Focus*, 2(1), 36-43.
9. Agha R.A. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical CAse REport(SCARE)guidelines/ AghaR.A., Borrelli M.R., FarwanaR.etal. // 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 тяжёлом 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



- /DhirV.,TeohA.Y.,BapatM.etal.//Gastrointestinalendoscopy.2015.-82(4).-P.650-657.
14. DiekerW.Pancreatitis,panniculitisanpolyarthritisis(PPP-)syndromecausedbypost-pancreatitis pseudocyst with mesenteric fistula. Diagnosis and successful surgicaltreatment.Casereportandreviewofliterature/DiekerW.,DererJ.,HenzlerT.etal.//Int.J.Surg.CaseRep.2017.-31.-P.170-175.
 15. Dua M.M. Isolated pancreatic tail remnants after transgastric necrosectomy can beobserved/DuaM.M.,JensenC.W.,FriedlandS.etal.//J.Surg.Res.2018.-231.-P.109-115.
 16. FeiY.Predictingandevaluationtheseverityinacutepancreatitisusinganewmodelingbuiltonbodymassindexand intra-abdominalpressure/FeiY.,GaoK.,TuJ.etal.//Am.J.Surg.-2018.-216.-P.304-309.
 17. Gallyamov E.A. Comparison of minimal invasive technologies for treatment ofinfected 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 PancreaticNecrosectomyin394PatientswithNecrotizingPancreatitis/GomatosI.P.,HalloranC.M.,GhanehP.etal.//Annalsofsurgery.2016.-263(5).-P.992-1001.
 19. GomesC.A.Severeacute pancreatitis:eightfundamentalstepsrevisedaccordingtothe'PANCREAS'acronym/GomesC.A.,DiSaverio S.,SartelliM.etal.//Ann.R.Coll.Surg.Engl. - 2020.- 11.- P.1-5.
 20. HinesO.J.Managementofsevereacute pancreatitis/HinesO.J.,PandolS.J.//BMJ.2019.-367.-P.L6227.
 21. JacobA.O.,StewartP.,JacobO.Earlysurgicalinterventioninsevereacute pancreatitis:centeralAustralianexperience.ANZJ.Surg.2016.-86(10).-P.805-810.
 22. LangenhanR.Osteomyelitis:ArarecomplicationofpancreatitisandPPP-syndrome/LangenhanR.,ReimersN.,ProbstA.//JointBoneSpine.2016.-83.-P.221-224.
 23. McPhersonS.J.Theuseofimaginginacute pancreatitisinUnitedKingdomhospitals:findingsfromanationalqualityofcarestudy/McPhersonS.J.,O'ReillyD.A.,SinclairM.T.,SmithN.//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 fullycovered self-expanding metal stent versus plastic stents for endoscopic drainage ofpancreatic walled-off necrosis: clinical outcomes and success / Siddiqui A.A., KowalskiT.E.,LorenD.E.etal.//Gastrointestinalendoscopy.2017.-85(4).-P.758-765.
 26. Stigliano S. Early management of acute pancreatitis: a review of the best evidence /StiglianoS.,SternbyH.,deMadariaE.etal.//DigLiverDis.2017.-49.-P.585-594.
 27. vanGrinsvenJ.Timingofcatheterdrainageininfectedsnecrotizingpancreatitis:NaturePublishingGroup/vanGrinsvenJ.,vanSantvoortH.C.,BoermeesterM.A.etal.//Nat.Rev.Gastroenterol.Hepatol.2016.-13.-P.306-312.

