

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

ЭШМЕТОВ Ш.Р., БАТИРОВ Д.Ю.

**СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ ВА УНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШ**

(Монография)

УРҒАНЧ – 2025

Муаллифлар: Эшметов Шухрат Рузметович, PhD.

Батиров Давронбек Юсупович, т.ф.н, доцент

Ушбу монография меъда ости беши касалликларига оид асосий назарий ва амалий муаммолардан бири бўлган мавзунни ёритган. Унда сурункали панкреатит касаллигининг клиник кўринишлари, таснифи, диагностик усуллари ва хирургик даволаш усуллари баён қилинган

Монография тиббиёт олийгоҳи юқори курс талабалари, клиник ординаторлар, магистрлар, жарроҳлар ва гастроэнтеролог шифокорлар учун мўлжалланган.

Такризчилар:

Р.Б. Абдуллаев

ТТА Ургнач филиали Ички касалликлар, реабилитология ва халқ табобати кафедраси профессори, т.ф.д.

А.Қ. Ботиров

АДТИ Жарроҳлик кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Монография ТТА УФ нинг 2025 йил 30 май даги 10 сонли илмий кенгашида муҳакам қилинган ва чоп қилиш учун тавсия қилинган.

МУНДАРИЖА

- ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР
- КИРИШ
- 1-БОБ. МЕЪДА ОСТИ БЕЗИНИНГ ҚИСҚАЧА АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ
- 2-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ, ТАСНИФИ, КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКА УСУСЛАРИ..
- §2.1. Сурункали панкреатитнинг этиологияси ва эпидемиологияси
- §2.2. Сурункали панкреатитнинг таснифи, морфологияси ва асоратлари
- §2.3. Сурункали панкреатит диагностикаси
- 3-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТКАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ
- §3.1. Назорат гуруҳидаги беморларда ўтказилган бир босқичли операциялар тавсифи
- §3.2. Назорат гуруҳида операциядан кейинги эрта ва кечки даврдаги клиник натижалар.
- §3.3. Назорат гуруҳидаги қониқарсиз натижалар таҳлили
- 4-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ.
- §4.1. СП ва унинг асоратларини даволашда икки босқичли операциялар.
- 4.1.1. СП асоратларини бартараф қилишда каминвазив жарроҳлик усулларининг ўрни
- 4.1.2. СП асоратларини бартараф қилишда анъанавий “очик” жарроҳлик усулларини қўллаш
- §4.2. СП ва унинг асоратларини жарроҳлик усули билан даволашда резекцион -дренажловчи операциялар.
- 4.2.1. МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси
- 4.2.2. МОБ дистал резекцияси
- 4.2.3. МОБ ўрта қисми резекцияси
- 4.2.4. Бўйлама панкреатоеюноаностоиоз операциясининг 2-босқичи сифатида қўлланилиши
- §4.3. СП ва унинг асоратларини даволашда икки босқичли операциядан кейинги эрта ва кечки даврдаги натижалар.

4.3.1. Биринчи босқич, каминвазив ва анъанавий “очик” муолажадан кейинги натижалар

4.3.2. ПЕА ва резекцион -дренажлаш операцияларидан кейинги натижалар

5-БОБ. ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ.

§5.1. СП нинг асоратланган турларини анъанавий ва каминвазив усулда даволаш натижаларининг таҳлили

§5.2. Иккала гуруҳдаги беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш

ХОТИМА.....

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

БЧН	-	Бош чиқарув найи
КДС	-	Катта дуоденал сўргич
КТ	-	Компьютер томография
МОБ	-	Меъда ости беги
МРТ	-	Магнит-резонанс томография
МРХПГ	-	Магнит-резонанс холангиопанкреатография
МСКТ	-	Мультиспирал компьютер томография
ОИТ	-	Ошқозон ичак тизими
ПЭА	-	панкреатоэнтероанастомоз
ПГА	-	панкреатогастроанастомоз
ЦЕА	-	цистоэнтероанастомоз
СК	-	сохта киста
СП	-	сурункали панкреатит
ТВИ	-	тана вазни индекси
ТЖХцС	-	тери оркали жигар оркали холецистостомия
ТЖХлС	-	тери оркали жигар оркали холангиостомия
УТТ	-	Ультратовуш текшируви

КИРИШ

Кўпчилик хориж муаллифларининг фикрига кўра, ғарбий Европа мамлакатларида сурункали панкреатитнинг (СП) тарқалиши ҳар 100000 аҳолига 25,0-26,4 ҳолатни ташкил этади, Россия нашрларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, бу регионларда СП нинг учраши 2 баробар юқори бўлиб ҳар 100000 аҳолига 27,4-50 ни ташкил қилар экан. Умуман дунё бўйича СП нинг учраши ҳар 100 минг аҳолига йилига ўртача 1,6-23 кишини ташкил қилади (Хатъков И.Е. ва ҳамм., 2018., Amann S.T. et al., 2015). Шуни таъкидлаш керакки, сўнги 30 йил ичида ўткир ва сурункали панкреатит билан касалланиш 2 баробар ошди. Ривожланган мамлакатларда ташхис қўйилган пайтдан бошлаб ўртача ёш 50 ёшдан 39 ёшгача камайган. Беморлар орасида аёлларнинг улуши 30% кўпайди, бирламчи ногиронлик эса 15% га етган. Ташхис қўйилгандан кейин ўлим даражаси дастлабки 10 йил ичида 20% гача, 20 йилдан кейин эса 50% гача ошган ва ўртача 11,9%ни ташкил қилган (Ачкасов Е. Е., ва ҳаммуал. 2016, Коханенко Н.Ю. ва ҳаммуал., 2014). Ўтган асрнинг 40 -йилларида ишлаб чиқилган панкреатодуоденал резекция (ПДР) операцияси 80 йилларгача сурункали панкреатит касаллигини жарроҳлик усулида даволашнинг асосий усули бўлиб келди, бироқ ушбу амалиёт туридан кейин операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичининг жуда юқори даражада учраши кузатилди: баъзи муаллифларнинг келтиришича ПДР амалиётидан кейин ўлим кўрсаткичи 8-15% ни ташкил қилади, амалиётдан кейинги эрта даврда эса асоратлар кўрсаткичи Dindo-Clavien бўйича IIIb+IIIc синфига кириб 15%ни ташкил қилган (Пронин Н.А., ва бошқ., 2017, Ивануса С.Я. ва бошқ., 2017), Бундан ташқари панкреатодуоденал резекция операциясидан кейинги кечки даврда гастростаз (4-30%), анастомоз соҳасининг яраси (3-8%), ферментатив етишмовчилик ва демпинг синдром (12-25%) каби асоратлар ривожланиши натижасида беморларда ҳаёт сифати даражасининг кескин пасайиши кузатилиши мумкин (Beger H.G. ва бошқ., 2017). Шундай қилиб, бугунги кунда ПДР операциясига кўрсатмалар доираси жуда тор бўлиб фақат опеарциядан олдинги диагностик даврда ёки операция пайтида меъда ости беши (МОБ) бошча қисми саратони билан СП касаллигини дифференциация қилиш қийин бўлган ҳолатларда амалга оширилади. Шунинг учун амалиётдан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар профилактикаси ва кечки даврда СП қайталанишининг олдини олиш учун бу соҳада тадқиқот ишларини олиб бориш муҳим ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда жаҳон амалиётида МОБ ва ўт йўлларида торайишида уни тўлиқ қоплаб ўз-ўзидан кенгайдиган металл

стентлардан фойдаланиш самарадорлиги бўйича тадқиқотлар олиб бориш долзарб бўлиб қолмоқда (Andersen D. K. ва бошқ., 2016). Рефрактер оғриқ синдроми ва СП нинг бошқа асоратларини бартараф қилиш учун эндоскопик ва жарроҳлик аралашувининг турли усуллари таҳлил қилинмоқда. Шунингдек операциядан олдинги даврда беморнинг индивидуал ўзига хослигини эътиборга олиб резекцион муолажаларнинг натижаларини олдиндан башорат қилиш усуллари изланаяпти.

Ҳозирги даврда сурункали панкреатит касаллиги билан оғриган беморларда даволаш натижаларини яхшилаш учун замонавий профилактик тадбирларни, консерватив ва хирургик даволаш усулларини амалиётга жорий қилиш ишлари олиб борилмоқда. Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегиясида аҳолига малакали тиббий хизматлар кўрсатиш сифатини ошириш бўйича устивор йўналишдаги вазифалар киритилган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан инструментал ва морфологик ўзгаришларга асосланган ҳолда операция усуллари, ҳажми ва турига дифференциал ёндашиш ва функционал-органик асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш натижасида сурункали панкреатит касаллигини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш тадқиқотнинг долзарб йўналишларидан биридир.

1-БОБ. МЕЪДА ОСТИ БЕЗИНИНГ ҚИСҚАЧА АНАТОМИЯ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Меъда ости беzi (**pancreas**) аралаш без бўлиб (1-расм), меъданинг орқасида I–II бел умуртқалари соҳасида кўндаланг ётади. Унинг узунлиги 14–18 см, кенглиги 3–9 см, қалинлиги 2–3 см, огирлиги катта ёшдаги одамларда ўртача 80 г бўлади. Меъда ости беzi тузилиш жиҳатидан мураккаб альвеоляр-найсимон без. Уни ташқи томондан юпқа бириктирувчи тўқимали капсула қоплаган бўлиб, ундан без бўлакчалари кўриниб туради. Меъда ости безининг уч қисми: боши, танаси ва думсимон қисми тафовут қилинади. Меъда ости безининг бошчаси ясси шаклда бўлиб, I–III бел умуртқалари соҳасида ўн икки бармоқ ичакнинг ботиқ юзасига бирикиб туради. Бошчасида илмоқсимон ўсимтаси бор. Бошчани тана билан чегарасининг пастки чеккасида меъда ости без ўймаси жойлашган. Меъда ости безининг танаси уч қиррали шаклда бўлиб, I бел умуртқасининг олдида ўнгдан чапга қараб йўналиб, талоқ дарвозасигача борувчи безнинг торайган думсимон қисмига ўтиб кетади. Безнинг танасида олдинги, орқа ва пастки юзалар тафовут қилинади. Олдинги юза орқа юзадан устки қирра, олдинги юза пастки юзадан олдинги қирра ва пастки юза орқа юзадан пастки қирра воситасида ажралиб туради. Меъда ости безининг думсимон қисми чапга ва юқорига талоқ дарвозасига йўналган бўлади.

Меъда ости беzi аралаш без бўлиб, унинг ташқи секреция қисмини меъда ости беzi бўлакчалари ташкил қилади. Бўлакчалар найчалари қўшилишидан ҳосил бўлган меъда ости безининг чиқарув найи унинг думсимон қисми соҳасидан бошланиб, безнинг танаси ва бошида чапдан ўнгга қараб ўтиб умумий ўт йўли билан қўшилади ва ўн икки бармоқ ичакнинг катта сўргичига очилади. Меъда ости беzi найининг очилиш соҳасида қисувчи мушак жойлашган. Меъда ости безининг боши соҳасида ҳосил бўлган қўшимча найча ўн икки бармоқ ичакнинг кичик сўргичга очилади. Меъда ости беzi таркибида трипсин, липаза, малтаза, лактаза ва амилаза ферментлари бўлган шира ишлаб чиқаради. Унинг шираси ўн икки бармоқ ичакда овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

Меъда ости безининг ички секреция қисми 1 млн. га яқин панкреатик (Лангерганс) оролчаларидан иборат. Улар безнинг ташқи секреция қисмидан бириктирувчи тўқимали қатламлар воситасида ажралиб туради. Бу оролчалар \square ва \square хужайраларидан ташкил топган. \square хужайралари гормони инсулин қонда қанд моддасини камайтириб уни жигар ва мушакларда гликоген ҳолида тўпланишини таъминлайди. \square хужайралари глюкагон гормонини ишлаб чиқаради. Бу гормон жигардаги гликогенни глюкозага

парчалайди ва қонда қанд миқдорини ошишига (гипергликемия) олиб келади.

2-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ, ТАСНИФИ, КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИК УСУЛЛАРИ

2.1. Сурункали панкреатитнинг этиологияси ва эпидемиологияси

Сурункали панкреатит (СП) меъда ости бези (МОБ) нинг паренхимаси ва унинг йўллари тизимини ўз ичига олган узок муддатли яллиғланиш жараёни бўлиб, бу аъзодаги доимий, қайтарилмас морфологик ўзгаришлар билан кечади ҳамда меъда ости безининг барча функцияларининг етишмаслиги билан намоён бўлади [3,9,11].

Сурункали панкреатитнинг патоморфологик шакллари хилма-хиллиги туфайли бу касалликнинг клиник кўринишлари ҳам жуда турли хил. Касалликнинг дастлабки босқичларида меъда ости безининг шикастланиш жараёнларига кўра, унинг репарация, яъни тикланиш жараёнларининг устунлиги туфайли сурункали панкреатит билиар дискенезия, сурункали гастродуоденит, панкреатобилиар зонанинг функционал бузилишлари, ортиқча бактериал ўсиш синдроми остида пайдо бўлиши мумкин. Юқоридаги сабаблар сурункали панкреатитнинг тарқалишини тўғри баҳолашга имкон бермайди [12,18,53,93]. Бироқ, жаррохлик амалиётига Эндоскопик ультратовуш текширув (ЭУТ), МРТ, корин бушлиги аъзоларини контрастли кучайтириш билан СКТ қилиш каби диагностика усулларининг киритилиши меъда ости бези ҳолатини чуқур ўрганиш ва сурункали панкреатит касаллигига эрта даврларда ташхис қўйиш вазифасини ҳал қилиб бермоқда [23,106,115,121].

Хорижий муаллифларнинг фикрига кўра, ғарбий Европада сурункали панкреатитнинг тарқалиши 100 000 аҳолига 25,0-26,4 ҳолатни ташкил этади, маҳаллий нашрларни таҳлил қилганда, касалланиш даражаси тахминан икки баравар юқори, ҳар 100 000 аҳолига - 27,4 - 50 та, умуман дунёда эса йилига ҳар 100 000 аҳолига 1,6 - 23 киши тўғри келади [16,37,73,94]. Сўнгги 30 йил ичида ўткир ва сурункали панкреатит билан касалланиш тенденциясини 2 мартадан кўпроқ ошганлигини таъкидлаш керак [63,102]. Ривожланган мамлакатларда ташхис қўйилган пайтдан бошлаб ўртача ёш 50 ёшдан 39 ёшгача камайди, касаллар орасида аёлларнинг улуши 30% га ошди; беморларнинг бирламчи ногиронлиги 15% га етади [12,26]. Касаллик ташхиси қўйилгандан кейинги ўлим кўрсаткичи, биринчи 10 йил давомида 20% гача, ва 20 йил ичида эса 50% га етганлигини кўрсатади, бу кўрсаткич ўртача 11,9% га тенг [35,49,52].

Сурункали панкреатиннинг ривожланишига таъсир қилувчи асосий этиологик омиллар ТИГАР-0 таснифида тизимлаштириб кўрсатилган:

Токсик Метаболик

- спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш ва тамаки чекиш билан боғлиқ,

-гиперкалсемия, гиперпаратиреоз, сурункали буйрак етишмовчилиги, дорилар ва токсинларнинг таъсири,

Идиопатик

- эрта бошланиши (оғриқ);

- кеч бошланиши (50% беморларда оғриқ йўқ, тез ривожланиш калцификация, экзо - ва эндокрин етишмовчилик);

- тропик панкреатит (тропик фиброкалцификация қилувчи диабет)

Ирсий

- autosomal dominant: катионик трипсиноген (29 ва 122 кодонларидаги мутациялар);

- autosomal рецессив: CFTR мутациялари (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator- муковисцидоз бошқарувини трансмембраловчи гени);

- спинк1 (серин протеаз ингибиторининг)мутациялари

- Казал тури 1-меъда ости беши секретор трипсин ингибитори);

- α 1-антитрипсин

Аутоиммун

- изоляцияланган;

- бошқа аутоиммун касалликлар билан ассоцияциялашган

Рецидивловчи ва ўткир оғир кечувчи панкреатит натижасида кузатиладиган СП:

- постнекротик (оғир ўткир панкреатит);

- қайталанувчи ўткир панкреатит;

- юрак ишемияси ва қон томир касалликлари;

- нурланиш

Обструктив

- Одди сфинктер стенози;

- МОБ чиқарув йулларининг обструкцияси, масалан, ўн икки бармоқ ичак периапуляр қисмидаги ўсма ва кисталари хисобига;

- меъда ости беши чиқарув йулларининг травмадан кейинги торайишлари (эндоскопик муолажалар – папиллосфинктеротомия, тошлар экстракциясидан кейинги асоратлар ва бошқ);

40-70% холларда сурункали панкреатит ривожланишининг этиологик омилли бу, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш хисобланади, бунинг учун алкоголь истеъмол қилиш охириги 10-15 йил давомида суткасига 60-80 мл ни ташкил қилган бўлиши керак

[12]. Ўтказилган мета-таҳлиллар шуни кўрсатадики, чекиш алкоголь таъсирини кучайтириб сурункали панкреатит ривожланиш хавфини оширирар экан, шунингдек тадқиқот натижаларидан маълум буладики, чекувчи кишиларда сурункали панкреатит чекмайдиганларга нисбатан 2,8 баробар кўп учраркан, чекишни ташлаш эса касаллик учраш хавфини 2 марта камайтириб кўрсаткични 1,4 баробарга олиб келади [42,94,116].

Доривор панкреатит, сурункали панкреатит касаллигининг токсик шаклларида бири сифатида жуда кам учрайди, атига 5% дан ошмайди. Бунда гормонал дорилар, цитостатик воситаларнинг айрим гуруҳлари ва бошқалар касалликни қўзғатиши мумкин. Шунинг ҳам таъкидлаш керакки, оммавий фикрларни инобатга оладиган бўлсак кўп миқдордаги триглицеридларни истеъмол қилиш ва сурункали панкреатитнинг ривожланиши ўртасида ишончли боғлиқлик мавжуд [57,117,127].

Баъзи бир муковисцидоз, альфа-1-антрипсин мутацияси каби наслий касалликлар ҳам сурункали панкреатит касаллигининг ривожланиши билан бирга кечади, бу касалликлар клиник белгиларини эрта болалик даврларидаёқ намоён қилади [60,66]. Сурункали панкреатит касаллигининг аутоиммун шакллари мустақил касаллик сифатида, шунингдек Шерген синдроми таркибида, яъни ичакнинг сурункали яллиғланиш касалликларига қўшилган ҳолларда учраши мумкин [63]. Бунда аутоиммун панкреатит касаллигининг 2 хил шаклини ажратиш мумкин: I-шакли - Ig4 ассоциацияланган сурункали панкреатит, бунда нишон-аъзолар ва без паренхимаси зарарланади, II-шакли – бунда эса без проток тизимининг зарарланиши билан кечадиган гранулематоз яллиғланиш кузатилади [60,66,73,93].

2.2. Сурункали панкреатитнинг таснифи, морфологияси ва асоратлари

Сурункали панкреатит – МОБ экзокрин қисми тўқимасининг зарарланиши ва ўчоқли фиброз ҳосил бўлиши, без бўлмачаларо бўшлиқларида ўчоқли, нотекис фиброзланиши, унинг протоклари деворидаги эпителийсининг метаплазияси ва гиперплазияси ҳамда киста пайдо бўлиши билан кечадиган касаллик [53]. Алкоголь сабабли келиб чиқадиган сурункали панкреатит оқсил детритлари ҳосил бўлиши, без тўқималари ва унинг проток тизимида фиброзланувчи ўзгаришлар ҳамда бош панкреатик протокда кальцификатлар ҳосил бўлиши билан тавсифланади [12]. Шунингдек, сурункали панкреатитнинг тропик ва наслий турларида ҳам МОБ тўқимасининг кальцификацияси кузатилади [18].

Аутоиммун панкреатитнинг мофологик жиҳатдан кўриниши лимфоцитар инфильтрацияланган склерозланувчи панкреатит шаклида бўлади; I тип аутоиммун панкреатит – бу IgG4- позитив плазмоцитлар ва лимфоцитлардан ташкил топган иммун комплекслар таъсирида склерозланган панкреатит ҳисобланади. II-тип – бу касалликнинг МОБ протокларидаги идиопатик фиброз ўзгаришлар билан кечадиган тури [35,41]. Сурункали панкреатитнинг узоқ кечиши МОБ аденокарциномасининг ривожланиш хавфини оширади [2,36].

Без тўқимаси малигнизацияси белгиларидан бири, бу без проток тизими эпителиал тузилмасида муцинпродукцияловчи хужайраларининг пайдо бўлиши ва без йўллариининг “узум шингили” шаклидаги кистоз кенгайиши билан кечадиган без тўқимасининг интраэпителиал неоплазиясидир. Неоплазия ривожланишининг охирги босқичлари бу МОБ цистаденома ва цистаденокарцинома шаклида бўлиб проток тизими эпителийсининг хужайра даражасидаги оғир дисплазияси билан тавсифланади [5,36,83].

Сурункали панкреатитнинг ҳозирги замон таснифи (Ивашкин В.Т., Хазанов А.И., Пискунов Г.Г. ва бошқ.) (1989 йилги) Марсель таснифига асосланади ва этиологик омиллар, СП ривожланишига олиб келувчи омиллар, МОБдаги морфофункционал ўзгаришлар, клиник белгилар ва асоратларининг кечишига асосланади:

1. Этиологияси бўйича:

- Билиар тизимга боғланган
- Алкоголь
- Дисметаболик
- Инфекцион
- Дорилардан кейинги
- Аутоиммун
- Идиопатик

2. Клиник кечишига кўра:

- Оғрикли
- Диспептик
- Қўшма
- Латент

3. Морфологик хусусиятларига кўра:

- Интерстициал- шишли
- Паренхиматоз
- Фиброз-склеротик
- Гиперпластик
- Кистоз

4. Клиник кечишининг характериға кўра:

- Камдан кам такрорланувчи
- Тез-тез такрорланувчи
- Доимий симптоматик белгилари билан кечувчи

5. Асоратланган:

- Ўт оқишининг бузилиши билан
- Портал гипертензия (жигар ости шакли)
- Эндокрин функциясининг бузилиши билан:
 - панкреатоген қандли диабет
 - гипогликемик ҳолат ва бошқ.
- Яллиғланиш жараёни билан - абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментатив» холецистит, пневмония, экссудатив плеврит, паранефрит ва бошқалар.

Шунингдек, А. А. Шалимов (2000) томонидан таклиф қилинган тасниф ҳам кенг тарқалган бўлиб, қуйидагича таснифланган:

1. Фиброз шакли

А. Проток гипертензияси билан

- проток дилатацияланган
- проток дилатацияланмаган

Б. Проток гипертензия кузатилмаган

- проток дилатацияланган
- проток дилатацияланмаган

2. фиброз-дегенератив панкреатит

3. Асоратланган:

- Сохта киста,
- Панкреатик оқмалар
- МОБ кальцинози
- Абсцесс

Бизнинг назаримизда профессорлар Н. Н. Артемьева ва Н. В. Путов томонидан таклиф қилинган СП таснифи қулайроқ, чунки бу тасниф нафақат касалликнинг этиологияси ва патогенезини акс эттиради, балки клиник нуктаи назардан муҳим омилларни ҳам ҳисобга олади.

Касалликнинг сабабига қараб СП бўлиши мумкин:

- 1). Алкоголь сабаб;
- 2). Холангиоген (ўт йўллари касалликлари билан боғлиқ);
- 3). Травматик;
- 4). Бошқа омиллар сабаб;

Без паренхимасидаги морфологик ўзгаришлар табиатига кўра қуйидагиларни ажратиш мумкин:

Диффуз- склерозловчи СП

Ковак ҳосилалар билан кечувчи СП (инкапсуляр ўчоқли панкреонекроз, сохта кисталар, секин кечувчи абсцесслар):

Без тўқимасининг кальцификацияси билан

Без тўқимасидаги кальцификация белгиларисиз;

Проток тизимининг ҳолатига кўра:

Проток тизимидаги гипертензия белгилари билан:

а) проток ичидаги тошлар,

б) проток ичи тошсиз;

Проток тизимида гипертензия белгиларисиз

Тарқалиши бўйича:

1) Регионар (яллиғланиш жараёнининг жойлашишига қараб):

а) меъда ости беши бошида,

б) меъда ости беши танасида,

в) меъда ости беши думида (комбинацияланган);

2) Субтотал СП;

3) Тотал СП.

Бундан ташқари, СП бўлиши мумкин: а) парапанкреатик тўқиманинг яққол зарарланишсиз ва б) парапанкреатик тўқиманинг яққол зарарланиши билан (парапанкреатит).

Клиник жиҳатдан қуйидагиларни ажратиш мумкин: 1) бирламчи сурункали панкреатит, 2) Резидуал (қолдиқ) СП, ўткир панкреатитнинг давоми бўлган қолдиқ.

СП нинг кечиши бўйича:

1) Монотон,

2) Даврий, вақти-вақти билан қўзиб турувчи:

а) авж олувчи,

б) ремиссияланган,

3) Яширин (жумладан, узоқ муддатли ремиссия билан) бўлиши мумкин.

СП асоратлари ва уларнинг табиатига қараб қуйидагиларга ажратилиши мумкин:

1) Асоратсиз СП,

2) Асоратланган СП:

а) ўткир массив панкреонекроз,

б) панкреатик оқма,

в) обструктив сариклик ёки холангит,

г) ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлигининг бузилиши,

д) портал гипертензия,

е) қон кетиши,

ж) алиментар толиқиш,

з) қандли диабет ва бошқа асоратлар.

Сурункали панкреатитнинг энг кенг тарқалган асоратлари бу, без паренхимасининг фиброз ўзгариши натижасида проток тизимининг сиқилиши ва панкреатик гипертензиянинг келиб чиқиши, шунингдек, асосий панкреатик каналнинг торайиши,

вирсунголитиаз, умумий ўт йўлининг сиқилиши натижасида билиар гипертензия, КДС нинг торайиши, ташқи ва ички оқмаларнинг шаклланиши туфайли ошқозон ости беши гипертензиясининг ривожланиши киради, шунингдек панкреатик оқмалар, панкреатик псевдокисталар ва без тўқимасининг сурункали абсцеслари ҳам кенг тарқалган асратларидир.

Бундан ташқари, нисбатан кам учрайдиган асоратлар ҳам бор, буларга экссудатив плеврит, асцит ривожланиши билан кечувчи портал гипертензия ва бошқалар киради. Ҳозирги пайтда сурункали панкреатит касаллигининг ривожланишини қайтарадиган ёки кечиктирадиган даволаш усуллари мавжуд эмас, аммо бугунги кунда асосий стратегия сурункали панкреатитнинг турли шакллари эрта аниқлаш, кузатилиши мумкин бўлган асоратларининг олдини олиш ва даволашга қаратилган.

2.3. Сурункали панкреатит диагностикаси.

Ҳозирги даврда жаҳон миқёсида олиб қаралганда мавжуд бўлган клиник ва инструментал текшириш усуллари сурункали панкреатитнинг клиник кўринишига ва унинг асоратларига олиб келадиган морфофункционал ўзгаришларини тўлиқ тасаввур қилиш имкониятини беради. Лаборатория диагностикасининг энг кенг тарқалган кўрсаткичлари қондаги меъда ости беши ферментлари даражасини аниқлашдир: амилаза липаза, фермент етишмовчилигини ташхислашда нажас эластазаси аниқланади, касаллик этиологиясини аниқлаш учун серологик, иммунологик тадқиқот усуллари, шунингдек биологик муҳитни ўрганишнинг бошқа усуллари қўлланилади [9,24,140,141,148].

Бироқ жарроҳлик нуқтаи - назаридан СПни диагностика қилишнинг энг самарали усули бу МОБ ҳар хил усуллар билан визуализация қилишдир. Энг кўп тарқалган ва қўлланиладиган визуализация усулларида бири эса бу трансабдоминал ультратовуш текширув усулидир [65,86,130]. Ультратовуш диагностика усули ёрдамида МОБ паренхимаси ва унинг проток тизими ҳолатига, бош панкреатитк протокда тош бор ёки йўқлигини ҳамда парапанкреатик экссудат йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Лекин бу усулнинг диагностик имкониятлари бироз чекланган, масалан, БПП да 5 мм дан кичик бўлган тошларни трансабдоминал УТТ ёрдамида аниқлаш имконияти йуқ [157]. Ҳозирги даврда, бир қатор муаллифларнинг маълумотига кўра, УТТ нинг сезгирлиги ва хусусийлиги 60-70% га тенг [86,140].

Шундай қилиб УТТ усули ўзининг самардорлиги ва оддийлиги билан СП ни скрининг қилишда муҳим диагностик усул

ҳисобланади. Шунингдек бу усул СП ни даволаш учун қўлланиладиган интервенцион усулларда МОБ соҳасига “хирургик кириб боришда” самарали ва бебаҳо метод ҳисобланади.

Бажарилиш қоидаларига амал қилган ҳолда ўтказилган МСКТ ва МРТ усулларининг сезгирлиги – 75-90 % ва унинг хусусийлиги эса 85-90% ни ташкил қилади ва бу усул МОБ паренхимаси ва проток тизимининг ҳолатини аниқ баҳолаб беради [20,41]. Бундан ташқари бу усулларни махсус режимларда бажариш, масалан, вена ичига болус контраст юбориш йўли билан МСКТ қилиш билан портал тизим тромбози, панкреатодуоденал соҳа артериялари псевдоаневризмалари каби асоратларни аниқлашда ва сурункали панкреатит касаллигини МОБ раки билан дифференциация қилишда муҳим роль ўйнайди [23,128]. СРХПГ ва МРТ усулларини серотонин синамаси билан қўллаш натижасида МОБ проток тизими ва ўт йўллариининг ҳолатини 98% аниқликда кўриш имкониятини беради [34,121,166].

Ҳозирги пайтда СП ни ташхис қилишда информатив усулларида бири бу эндоскопик ультрасонография ҳисобланади. ОИТ нинг юқори қисми девори орқали ЭУС текшириш натижасида МОБ паренхимасидаги диаметри 1 мм гача бўлган патологик ўзгаришларни, шунингдек унинг протокидаги 3 мм гача бўлган тошларни аниқлаш мумкин [19,130]. Бу усулнинг сезгирлиги ва хусусийлиги ҳар хил муаллифларнинг маълумотларида ҳар хил бўлиб 95-98% ва 86-98% ни ташкил қилади, унинг аниқлиги эса 98% га тенг [86,157]. Ўтказилган эндоскопик ультрасонография таҳлил қилиш натижасида 2008 йилда Rosemnot ва ҳаммуалифлар сурункали панкреатит касаллигининг эндосонографик диагностик критерияларини ишлаб чиқишди. Бу белгиларнинг 5 таси (ғоваксимон, сояли гиперэхоген ўчоқлар, соясиз гиперэхоген ўчоқлар, киста, қаттиқлик) МОБ паренхимасидаги ўзгаришларни ўз ичига олса, 5 таси (БПП дилатацияси, унинг ён толаларининг кенгайиши, Бош протокнинг нотекислиги, унинг деворининг гиперэхогенлиги ва унда тошларнинг аниқланиши) без протокларидаги ўзгаришларни ўз ичига олади. Бунда 2 та бош А белги, битта бош А ва битта бош Б белги ёки битта бош А ва 3 та кўшимча белгиларнинг учраши сурункали панкреатит касаллиги борлигини кўрсатади. Битта бош А ёки Б белги ва 5 та кўшимча белгиларнинг борлиги аниқ бўлмаган СП борлигини билдирса, 3 та кўшимча белгиларнинг кузатилиши СП борлигига шубҳа қилиш имкониятини беради. Бундан ташқари ЭУС МОБ ининг ўсмаларида диагностик пункция қилиш имкониятини ҳам берадики, бунинг натижасида сурункали панкреатит касаллигини меъда ости беши ракидан дифференциация қилиш мумкин бўлади [66]. Шунингдек бу

усул сурункали панкреатитнинг аутоиммун (унинг типини аниқлашда) ва идиопатик шаклларини аниқлаш учун ҳам муҳим усул ҳисобланади.

3-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Сурункали панкреатит касаллиги бўйича операция ўтказилган беморлар 2 та тоифага ажратилди, булар бир босқичда операция ўтказган беморлар ва икки босқичда операция ўтказган беморлар. Бир босқичли операциялар асосан 1-гурухда (яъни назорат гуруҳида) ўтказилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг 65 (95,6%) нафарида МОБ бош чиқарув найини ички ички дренажлаш (ПЕА) ва 3 (4,4%) нафарида резекцион муолажалари ўтказилди. 2- (асосий) гуруҳдаги беморларда эса даволашнинг 1-босқичи сурункали панкреатит касаллигининг асоратларини баратараф қилишга қаратилди. 2-босқичда эса 36 (47,3%) нафарида резекцион-дренажловчи операциялар (Фрей, Бегер операциялари МОБ бошча қисмининг Э.И. Гальперин бўйича резекцияси, МОБ дистал резекцияси) ва 33(43,4%) нафар беморда МОБ канал тизимини (Пьюстау, Шалимов бўйича) ички дренажлаш амалиёти бажарилди. Шунини таъкидлаш керакки, 7(9,3%) бемор 1-босқич хирургик муолажаларини қабул қилгандан кейин бутунлай соғайиб кетди.

1-Жадвал

Сурункали панкреатит касаллиги билан оғриган беморларда ўтказилган жарроҳлик муолажалари ҳажми ва тури.

Операция тури	1-гурух	2-гурух
Резекцион-дренажловчи операциялар (Фрей, Бегер операциялари МОБ бошча қисмининг Э.И. Гальперин бўйича резекцияси, МОБ дистал резекцияси)	3(4,4%)	36(47,3%)
Панкреатикоэнтероанастомоз шакллантириш (Пьюстау, Шалимов операциялари)	65(95,6%)	33(43,4%)
Биринчи босқичдан кейин соғайиб кетган беморлар	-	7(9,3%)
ЖАМИ:	68(100%)	76(100%)

Шунини таъкидлаш керакки, бунда жарроҳлик аралашувининг ҳажми ва тавсифидаги статистик кўрсаткичлар фарқи ишончли эканлиги аниқланди ($p < 0,05$).

3.1. Назорат гуруҳидаги беморларда ўтказилган бир босқичли операциялар тавсифи

Бу гуруҳдаги 68(100%) нафар беморларнинг 34(50,0%) нафари режали, 33(48,5%) нафарида тезлаштирилган ва 1(1,5%) нафар беморда эса шошилиш равишида операция бажарилди.

Шошилинич ҳолатда ўтказилган операцияда сохта киста (СК) нинг 12 бармоқ ичакка ёрилиши ва қон кетиши қайд қилингани учун бажарилган. Беморда 12 бармоқ ичак тушувчи қисмида интрамурал гематома аниқланди ва қон қуйилган соҳага чок қўйиш хавфли бўлгани учун гастропанкреатодуоденал резекция қилинди ва бўйламасига панкреатоэнтероанастомоз ўрнатилди. Бошқа барча ҳолатларда беморлар тўлиқ текширилиб ва амалиётдан олдинги тайёргарликни қабул қилгандан кейин режали ёки тезлаштирилган тартибда операцияга олинди. Операцияга кўрсатма бўлиб асосан панкреатик гипертензия (100%) ҳисобланди. Шунингдек, 39(57,4%) нафар беморда МОБ сохта кисталари (булардан 15(22,1%) нафариди сохта кистанинг септик асоратлари ва 5(7,4%) нафариди абсцесслар билан) операция бажарилган бўлса 19(27,9%) ҳолатда билиар гипертензия ва 8(11,8%) беморда дуоденостазга олиб келувчи сабаблар билан операция бажарилди. Бу беморларнинг барчасида панкреатик гипертензия белгилари бўлгани учун операциядан мақсад МОБ чиқарув найини ички дренажлашдан иборат эди. Бу гуруҳдаги амалиёт муолажаларининг таркиби 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

1-гуруҳда бажарилган жарроҳлик муолажаларининг таркиби

Жарроҳлик амалиётининг тури	Сони	%
Панкреатоеюноанастомоз, жумладан:	65	95,6
-ифлосланган кистани ташқи найчалош билан	15	
-абсцессларни ташқи найчалош билан	5	
-билиодигестив анастомоз шакллантириш билан	4	
-холецисто- (холангио-)стома ўрнатиш билан	5	
Цистогастроанастомоз, шу жумладан:	2	2,9
-билиодигестив анастомоз шакллантириш билан	1	
-холангиостома ўрнатиш билан	1	
Цистоеюноанастомоз, шу жумладан:	3	4,4
-билиодигестив анастомоз шакллантириш билан	1	
-холангио (холецисто-) стома ўрнатиш билан	2	
МОБ резекцияси	3	4,4

2-жадвалдан кўришиб турибдики, беморларнинг 65(95,6%) нафариди дренажловчи операциялар бажарилган бўлса, 3(4,4%) дагина резекцион муолажалар ўтказилган. Дренажловчи операцияларнинг 9 нафариди муолажа ўт йўллари ташқи ва ички дренажлаш билан, 15 ҳолатда эса СК ни ва 5 ҳолатда эса абсцессларни ташқи

дренажлаш билан бирга ўтказилган. ПЕА барча ҳолатларда Фелькер бўйича каркас дренаж ўрнатилди. Агар бош чиқарув найи (БЧН) да тошлар топилса хирургик қошиқчалар билан тошлар олиб ташланди ва бужлаш ёрдамида най ўтказувчанлиги текширилди. 5(7,4%) нафар беморда портал системадан қон кетиш хавфи юқори бўлгани учун цистоеюноанастомоз (ЦЕА) (3) ва цистогастроанастомоз (ЦГА) (2) ўрнатилди. 2 нафар беморда без паренхимасида яққол ривожланганфиброз соҳалари бўлгани учун маҳаллий резекция бажарилди. Шошилиш ҳолатда операция ўтказилган 1 нафар беморда СК нинг 12 бармоқ ичакка ёрилиши ва қон кетиши қайд қилинган ва ичак деворида гематома топилгани учун гастропанкреатодуоденал резекция қилинди ва бўйламасига панкреатозентероанастомоз ўрнатилди.

Бўйлама панкреатоеюностомия 58(85,3%) беморда бажарилди. Меъда-кўндаланг йўғон ичак бойламлари кесилиб чарви қопи очилгандан кейин МОБ кўриқдан ўтказилди. Кенгайган без найи пайпасланиб уни пункция қилинди. Панкреатик суяқлик чиққанидан кейин чиқарув найи дистал ва проксимал йўналишда, 2-3 см узунликда очилди. Панкреатик найи пункция қилиб топиш имконияти бўлмаганда (кўплаб панкреатолитиаз бўлганда (n=4), най жуда тор бўлганда (n=3) ва унинг атипик жойлашувида (n=2) кўндаланг панкреатотомия қилинди ва без чиқарув найи топилиб, уни дренаж найча билан интубация қилинди ва кейин чиқарув найи кесилиб дистал ва проксимал томонларга кенгайтирилди. Чиқарув найи жуда тор бўлган ҳолатларда, уни очиш учун (n=3) МОБ олдинги юзасидан қисман кесиб олинди. Тошлар олиниб торайиш бартараф қилингандан кейин кўндаланг ичак орқа томонида панкреатикоеюноанастомоз Ру бўйича шакллантирилди. МОБ дистал қисмининг жиддий инфилтратив ўзгаришларга учраганда ва ўсма жараёнини инкор қилиш имконияти бўлмаганида (n=1) безнинг дистал қисми резекция қилиниб, қолган (чўлтоқ) қисмида бўйлама ПЕА шакллантирилди (Пьюстау 1 операцияси).

Бу беморларда операциянинг техник қийинчиликларидан бири, бу қон кетишига мойилликдир, бундай (n=3) ҳолатларда қонаётган соҳанинг иккала томонига ҳам “П”-симон чоклар қўйилди, чунки бу соҳада коагуляцияни қўллаш хавфли бўлиб (катта томирлар жойлашгани учун самараси ҳам бўлмайди) без тўқимаси соҳасида некроз ўзгаришларни келтириб чиқаради ва анастоиоз тутмаслигига (n=1) сабабчи бўлади. Проток ичига киритилган найча каркас вазифасини бажариб, без ва ичак ажралмаларининг назорат найчалари қўйилган соҳага оқиб тушишининг олдини олади. Шуни айтиб ўтиш керакки, торайиб қолган без протоки, ҳатто унинг

олдинги девори кесиб кенгайтирилгандан кейин ҳам дренаж найчасиз тезда битиб, ёпилиб қолиши мумкин.

Операция пайтида МОБ протокининг бўйламасига субтотал кесиб очилиши, айниқса без протоки диаметрининг торайган ҳолатларида мақсадга мувофиқ эмас, чунки кесилган жойларининг ёпилиб битиши ва унинг майда протоклари (айниқса 2 тартибли протоклари)нинг беркилиб қолишига олиб келади ва операциядан кейин манфий натижалар билан тугайди. Бизнинг кузатишларга кўра, бундай ҳолатларда без протокини тежамли (5-6 см) очиб дренаж найча ёрдамида декомпрессия қилиш, субтотал кесиб анастомоз қўйилишдан кўпроқ самара беради. Агар проток кенгайган бўлса уни узунасига очиб кўрикдан ўтказиш, тошларни олиб ташлаш ва торайишларни бартараф қилиш осон. Бундай ҳолат беморларнинг 3 нафаридан кузатилди ва торайган соҳанинг тўқимасини қисман резекция қилиш йўли билан уларга ПЕА қўйилди.

Сохта киста асорати кузатилган 5(7,4%) нафар беморда ички дренажлаш, цистоеюно- (n=3) ва цистогастроанастомоз (n=2) муолажалари бажарилди. Бу беморларнинг умумий аҳволи ПЕА амалиётини кўтара олишига шубҳа бўлгани учун ва сохта киста тўлиқ шаклланиши ва ифлосланмаганлиги учун ўтказилди. Цистоэнтероанастомозлар Ру бўйича ўтказилди. Цистогастроанастомоз ўтказиш учун ошқозоннинг СК тегиб турган орқа девори ва СК бўшлиғи очилди, ичидаги ажралмалар сўриб олингандан кейин анастомоз қўйилди. Бунда орқа девори сўрилмайдиган ипда бир қатор қилиб, олд девори эса 2 қатор қилиб тикилди.

3.2. Назорат гуруҳида операциядан кейинги эрта ва кечки даврдаги клиник натижалар.

Бир босқичли жарроҳлик муолажалари бажарилган беморда амалиётдан кейинги эрта даврда қуйидаги асоратлар учради: ПЕА чокларининг тутмаслиги 2(2,9%) (бу беморда ПЕА билан бирга панкреатик абсцессни ташқи найчалаш операцияси ўтказилган); 27(39,7%) беморда амалиётдан кейинги соҳа серомаси; ҳар хил оғирлик даражасидаги камқонлик касаллиги - 4(5,9%); 3(4,4%) нафар беморда эса ПЕА шакллантирилгандан кейинги эрта даврда қорин бўшлиғига суюқлик тўпланиши кузатилди. Асорат кузатилган беморларнинг кўпчилигида (29(42,6%)) бу асоратлар консерватив даволаниш натижасида бартараф қилинди. 1(1,5%) нафар беморда бу асорат ўлим билан якунланди (ўлимга сепсис ва кучайиб борувчи полиорган етишмовчилиги сабаб бўлди). 2 нафар беморда қорин ибўшлиғидаги абсцесс УТ назоратида пункция қилинди ва

ташқарига найчаланди.бу гуруҳда ўлим кўрсаткичи 1,5% ни ташкил қилди, ўртача ўрин-кун 21,9±4,6 сутка.

Амалиётдан кейинги кечки даврдаги натижаларни баҳолаш учун биз махсус EORTC QLQ -С30 сўровномасидан фойдаландик (1-илова). Назорат гуруҳидаги беморларнинг 45(66,2%) нафарида бу даврдаги умумий аҳволини баҳолаш учун сўровнома ўтказилди. Уларнинг 16(35,5%) нафарида операция ўтказилганига 1 йилдан кам вақт бўлган, 18(40,0%) нафари 1-3 йил олдин ва 11(24,4%) беморлар эса 3-7 йил олдин операция ўтказган.

Операция ўтказганига 1 йил бўлган 16(35,5%) беморнинг 8(17,8%) нафарида йил давомида 2 маротаба оғриқ хуружи кузатилган, лекин бу оғриқлар овқатланиш режимига қатъий риоя қилиш ва консерватив даволаниш натижасида йўқолганлиги сабабли улар шифохонага ётмаган. Қолган 10(22,2%) беморда оғриқ хуружи кузатилмаган.

Операциядан олдинги тана вазни камайишининг оғир даражаси 11(24,4%) нафар беморда (5 нафарида 5 кг гача, 2 нафарида 10 кг гача ва 1 беморда 10 кг дан ортиқ вазн йўқотиш) аниқланди ва 8(11,8%) нафар беморда ҳам операциядан кейинги даврда тана вазнининг меърига келиши кузатилди. Уларнинг 6 нафарида ПЕА шакллантирилган, 1 нафарида панкреатогастростомия ва биттасида кузатилган МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси ўтказилган. Беморларнинг 5(7,3%) нафарида анамнезида қандли диабет аниқланган. Уларнинг 3(4,4%) нафарида қандли диабет ташхиси амалиётдан олдин ҳам қўйилган, қолган 2(2,9%) нафарида эса бемор шифохонага ётгандан кейин амалиётдан олдинги текширув даврда аниқланган. Бу беморларда операциядан кейинги 1-йили беморнинг овқатланиш рационига амал қилиши ва таблеткаларининг вақтида қабул қилиб ткриши натижасида қандли диабет безовта қилмади. Қайта текширув (УТТ, МРХПГ, МСКТ) натижалари шуни кўрсатадики, беморларнинг ҳеч бирида панкреатик гипертензия белгиларининг қайталаниши кузатилмади.

Амалиётдан кейинги 1-3 йил даврни ўтказган 18(40,0%) нафар беморнинг 9(20,0%) тасида йилига 3-4 маротаба қорин соҳасидаги оғриқлар кузатилди. Уларнинг 2(2,9%) нафарида ЦЕА муолажаси ўтказилган бўлса, 1(1,5%) нафарида сохта кистани ташқи дренажлаш муолажаси бажарилган. 2(2,9%) беморда ҳар хил даражадаги диспептик бузилишлар кузатилди. Бу беморлар гастроэнтеролог назоратига олиниб мунтазам равишда консерватив даволаш тадбирларини қабул қилишди, лекин уларнинг 9(13,2%) нафари овқатланиш рационига мунтазам риоя қилмаётганлиги аниқланди. Қандли диабет билан оғриган 2(2,9%)нафар беморда қанд

микдорини тушурувчи препаратлар яхши натижа бермаганлиги эчун эндокринолог томонидан инсулин қабул қилишга ўтказилди. Бу беморларни қайта текширув натижаси шуни кўрсатадики, уларнинг ҳеч бири қайта операцияга муҳтож эмас.

3-5 йил олдин операция ўтказган 11(24,4%) нафар беморларнинг 8(17,7%) нафарида йилига 3-4 мартабакасаллик хуружи кузатилиб туран. Уларнинг биттасида СК ни қайта найчалош, бошқа биттасида ЦЕА ва 3 нафар беморда ПЕА операцияси ўтказилган. Уларнинг фақат 2(2,9%) нафаригина овқатланиш режимига қатъий риоя қилган, 4(5,9%) нафари эса ҳеч қандай режим сақламаган. 2(2,9%) нафар бемор доимий консерватив даволаниш тадбирларини қабул қилиб турган, 4(8,9%) нафари эса фақат хуруж пайтларида бу даво дори воситаларини қабул қилган. Беморларнинг 3 нафарида хуруж натижасида стационар даволаниш учун шифохонага муружаат қилган.

3.3. Назорат гуруҳидаги қониқарсиз натижалар таҳлили

Тадқиқот қилинган гуруҳларда беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларининг қуйидаги кўрсаткичлари таҳлилий ўрганилди: жарроҳлик ўтказиш техникасининг мураккаблиги, амалиётдан кейинги эрта ва кечки даврларидаги умумий аҳволининг кечиши. Даволашнинг сифатини баҳолаш учун қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди: бажарилган операциянинг давомийлик муддати, интраоперацион қон кетиш миқдори, амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар, панкреатик гипертензия ва оғрик синдромининг қайталаниш иавсифи.

МОБ проток тизимини ички дренажлаш операцияси вақтининг давомийлиги. Операциялар вақтининг давомийлиги нафақат унинг ҳажми ва шошилишчилигига, балки гепатопанкреатеодуоденал соҳа тўқимасининг ҳолатига (яъни, чарви қопидаги чандикли-яллиғланиш борлигига, МОБ паренхимасининг аҳволига ва беморнинг анатомик тузилишига ҳам) боғлиқ.

Беморлар операция вақтининг давомийлигига кўра 4 та тоифага бўлинди: операция давомийлиги 1 соатдан 2 соатгача давом этган беморлар, 2-4 соат, 4-6 соат ва 6-10 соат давом қилган.

Назорат гуруҳида қуйидаги дренажлаш операциялари ўтказилди: ПЕА - 45(97,8%), ПГА (n=2), ЦЕА (n=3) ва 3 нафар беморда юқорида кўрсатилган сабабларга кўра ПЕА резекцион муолажалар билан бирга бажарилди. Назорат гуруҳида операциялар давомийлиги ўртача 244,6 минутни ташкил қилди.

Назорат гуруҳида 9(13,2%) нафар беморда операция 1 соатдан 3 соатгача давом қилган, 14(20,1% да 2-4 соат, 28(41,1%) нафарида 4-6 соат ва 17(25,0%) нафарида 6 соатдан узоқ давом қилган.

Умуман олганда операция вақтининг давомийлиги, бу беморларда гепатопанкреатодуоденал соҳада битишма жараёнлари каби ҳар хил ўзгаришларнинг кўп ёки камлигига, ПЕА операцияси кўпинча БЧН нинг кенгайган асоратларида бажарилганлигига, операциялар бажариш техник жиҳатдан мураккаблигига ва айниқса, ҳар бир жарроҳнинг ўз тажрибасига боғлиқ.

Операция пайтидаги қон кетиш ҳажми. Амалиёт пайтидаги қон кетиш ва уни йўқотиш миқдори чарви қоғи соҳасидаги чандиқланиш ва яллиғланиш жараёнининг ҳажмига ва чуқурлигига, ҳамда портал гипертензиянинг ривожланиш даражасига боғлиқ. Амалиётдан кейинги қон кетиш, пострезекцион қон кетишнинг ISGPS, 2007, халқаро таснифига мувофиқ баҳоланди.

Пострезекцион қон кетишнинг халқаро таснифи, қон кетишнинг бошланиш вақти, жойлашуви, оғирлик даражаси, беморнинг умумий аҳволи, ташхиси ва даволашнинг мураккаблигига қараб 3 та типга ажратилди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 35(51,5%) нафари қон кетишнинг А типига киритилди. Йўқотилган қон ҳажми эса гравиметрик усул ёрдамида аниқланди. Бу беморлар 500 млдан кам қон йўқотган, 30(44,1%) нафари (В тип) 500 мл дан 700 мл гача ва 3(4,4%) нафарида (С тип) 700-1000 мл қон йўқотган (бу беморлар СК бўшлиғидан қон кетиш, 12 бармоқ ичак девори гематомасининг ажралиши ташхиси билан операция қилинган). Иккала гуруҳда ҳам 500 мл дан кўп миқдорда қон йўқотиш кузатилди ($p \leq 0,01$).

Амалиётдан кейинги асоратларнинг учраши. Амалиётдан кейинги эрта даврда касалликнинг кечиши бажарилган операция ҳажмига, беморнинг операциядан олдинги аҳволига ва сурункали панкреатит кечишининг оғирлик даражасига боғлиқ. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 14(20,6%) нафарида касаллик анамнези 5 йилдан кам даврни ташкил қилди. Бошқа беморларнинг барчаси сурункали панкреатит касаллиги билан 5 йилдан узоқ даврдан бери оғришади. Шунга қарамасдан, операция ўтказилаётган пайтда назорат гуруҳидаги беморлар орасида МОБ функциясининг бузилганлиги ва СП касаллиги кечишининг оғирлиги яққол кўриниб турди. Жарроҳлик усулида даволашдан олдин уларнинг 41(60,3%) нафарида кахексия ҳолати кузатилди. Операциядан кейинги даврда беморлар аҳволининг оғир кечиши нафақат безнинг экзокрин функциясига, балки унинг эндокрин функцияси бузилишига ҳам таъсир қилади. Операциядан олдинги даврда назорат гуруҳидаги

беморларнинг 5(7,4%) нафарида (шундан 4 тасида ҚД нинг инсулин боғланган тури) қандли диабет кузатилди.

Амалиётдан кейинги эрта даврда қуйидаги асоратлар кузатилди: ПЕА нинг қисман тутмаслиги, ОИТ юқори қисмларининг ўткир яра ва эрозиялари, қон кетиши, ўткир панкреатит, гастростаз, яққол ривожланган динамик ичак тутилишлари ва амалиёт соҳасининг йиринглаши асоратлари. Бу асоратларнинг оғирлик даражасини баҳолашда Clavien-Dindo шкаласидан фойдаланилди. Булар оғирлиги бўйича 5 даражага ажратилди. Қон кетиш асоратлари 3 нафар беморда кузатилган бўлса, шундан 2 нафарида жараён II даражага киритилган, 1 маротаба эса III даражали оғирлик қайд қилинган. Бу асоратлар кейинчалик анемия, гипопропротеинемия, ўпка пастки қисми турғун зотилжами ва сепсис каби асоратлар пайдо бўлишига олиб келди. 3 нафар беморда органлар етишмовчилиги (Clavien-Dindo бўйича IV даража) кузатилди. Уларнинг бир нафарида ўлим қайд қилинди.

Беморлардаги таҳлилий кузатувлар шуни кўрсатадики, бу усулда бажарилган муолажалар СП кечишига ножўя таъсир қилади ва динамик ичак тутилиши, гастростаз муддатининг чўзилишига ва амалиёт соҳасининг йиринглаши каби асоратлар учрашига олиб келади, баъзан эса ўлимга ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Панкреатик гипертензиянинг қайталаниши. Амалиётдан кейинги кечки даврда назорат гуруҳидан 45(66,2%) нафар беморлар кузатиб борилди. Бу беморларда амалиётдан кейинги анамнез, назорат гуруҳидаги 24(53,3%) нафар беморда 1 йилгача, 14(31,1%) нафарида - 1 йилдан 3 йилгача, 7(15,6%) нафарида эса 3 йилдан ортиқни ташкил қилди. Назорат гуруҳида амалиётдан кейинги кузатувнинг максимал муддати 7 йилни ташкил қилди. Кўриб чиқиладиган амалиётдан кейинги (максимум 7 йил) даврда СПнинг асоратлари бўйича 1-гуруҳда дренажловчи операция ўтказган беморларнинг 12(26,7%) нафарида панкреатик гипертензия асорати қайталанганлиги кузатилди. Панкреатик гипертензия асорати қайталанган беморларда ЦЕА (кузатувнинг максимал муддати 4 йил) операцияси бажарилди. Касалликнинг “янги” асоратлари (МОБ бошча қисмининг 35-38 мм гача катталашуви (4 нафар бемор) ва парапанкреатик киста (3 нафар бемор)) пайдо бўлгани учун 4 нафар беморда қайта операциялар (ПЕА шакллантириш - 1(1,4%), УТ назорати остида ПК ни ташқи дренажлаш - 3(4,4%) нафар беморда) бажаришга тўғри келди. Битта ҳолатда бажарилган операциянинг “норадикаллиги” (бу беморда ЦЕА қўйилган) билан тушунтирилса, қолган ҳолабларда чарви соҳасидаги яққол чандикли жараёнлар, гипербилирубинемия ва панкреатик гипертензия натижасида

тўқималардан қон кетиш эҳтимоли сабаб “ишончли” ПЕА шакллантириш имконияти бўлмаган.

Оғриқ синдромининг учраши. Оғриқ синдромининг қайта пайдо бўлишига кўра, беморлар қуйидагича бўлинди: оғриқ хуружи йилига 1 мартаба ёки ундан кам кузатилиши, ярим йилда 1 мартаба, 1 ойда 1 мартаба ва 1 ойда 1 мартадан ортиқ.

Шундай қилиб, жарроҳлик аралашув усулини танлашда МОБ ва унга ҳамроҳ бўлган аъзолардаги патологик ўзгаришларнинг табиатига асосланганумумий тамойилларни ҳисобга олиш керак.

4-БОБ. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ.

Икки босқичли жарроҳлик муолажаларини операциядан олдинги даврда диагностик текширув натижасида аниқланган патологик хусусиятларига қараб режалаштирилди ёки бевосита операция пайтидаги кузатилган ўзгаришларга қараб тактика танланди. Бу беморларда даволашнинг 1-босқичи сурункали панкреатит касаллигининг асоратларини бартараф қилишга қаратилди. 2-босқичда эса 36(47,3%) нафарида резекцион-дренажловчи операциялар (Фрей, Бегер операциялари, МОБ бошча қисмининг Э.И. Галбперин бўйича резекцияси, МОБ дистал резекцияси) ва 33(43,4%) нафар беморда МОБ канал тизимини (Пьюстау, Шалимов бўйича) ички дренажлаш амалиёти бажарилди. Шунини таъкидлаш керакки, 7(9,3%) нафар бемор 1-босқич хирургик муолажаларини қабул қилгандан кейин бутунлай соғайиб кетди.

4.1. СП ва унинг асоратларини даволашда икки босқичли операциялар.

Асосий гуруҳдаги (76(100%) беморларнинг 54(71,1%) нафарида икки босқичли операциялар беморларни амалиётдан олдинги текширувларда аниқланган патологик хусусиятларига асосан олдиндан режалаштирилди. 10(13,1%) та ҳолатда эса операция (СК нинг ифлосланиши сабаб) шошилиш тартибда ўтказилди ва СП нинг йирингли септик асоратлари, сохта кисталар ва панкреатик гипертензия каби асоратлари бартараф қилинди, бу беморларни патогенетик оператив даволашга тайёрлаш учун жарроҳликнинг биринчи босқичи сифатида баҳоланди. 12(15,8%) нафар беморда “очиқ” операция пайтида қутилмаган патологик ўзгаришлар аниқланиб, БЧН ёки киста бўшлиғини ташқи дренажлаш муолажанинг 1-босқичи сифатида бажарилди.

Асосий гуруҳдаги беморнинг барчасида жарроҳлик усулида даволашнинг 1-босқичи анъанавий “очиқ” (1-гуруҳча -33(43,5%)) ва каминвазив (2-гуруҳча -43(56,6%)) усулда бажарилди ва СП нинг йирингли септик асоратлари, сохта кисталар ва панкреатик гипертензия каби асоратлари бартараф қилинди. Беморларнинг деярлик ярмида (36(47,4%)) касалликнинг асорати бўлган СК нинг каминвазив муолажа усулини бажариш билан бартараф қилинган, 7(9,2%) нафарида тери орқали ва жигар орқали холангиостома ўрнатилди. 21((27,6%) нафар беморда инструментал текширувда киста бўшлиғида ҳар хил катталиқдаги секвестрлар аниқлангани ва қон кетиш эҳтимоли юқори бўлганлиги (киста йирик қон томирларга

яқин жойлашганлиги) учун операциянинг биринчи босқичи “очиқ” усулда бажарилди. 12(15,8%) нафар беморда операция пайтида без тўқимасидаги яллиғланиш ва некротик ўзгаришлар сабаб без чиқарув тизимини анъанавий ташқа дренажлаш ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг барчасига 1-босқич муолажалардан кейин жарроҳликнинг 2-босқичида панкреатикодигестив анастомоз шакллантириш режалаштирилди, аммо уларнинг 7(9,2%) нафарида, СК ни кам инвазив усулда ташқи дренажлаш муолажасидан кейин беморларнинг тўлиқ тузалиши муносабати бунга зарурат бўлмади.

4.1.1. СП асоратларини бартараф қилишда каминвазив жарроҳлик усуларининг ўрни

Бу беморларнинг МОБ проток тизимида ва бўшлиқлар ҳосил қилган парапанкреатик ҳосилаларни бартараф қилиш учун қуйидаги ҳолларда каминвазив дренажлаш ва тозалаш муолажалари ўтказилди: панкреатик гипертензия (n=36) кузатилган беморларда проток тизимини ташқи дренажлаг, жумладан, ифлосланган кисталарни (n=26) ва абсцессларни (n=10) тозалаш ва ташқи дренажлаш. Қуйидаги ҳолатлар кисталарни каминвазив ташқи дренажлаш муолажасига кўрсатма қилиб белгиланди: деворлари тўлиқ шаклланмаган киста бўшлиғининг йиринглаши, малигнизация белгиларининг йўқлиги ва без чиқарув найи билан алоқаси бўлмаслиги.

Амалиётлар ультратовуш ва рентген назорати остида каминвазив усуллар билан бажарилди. Бу муолажа кўпчилик (22(28,9%)) беморларда маҳаллий оғриқсизлантириш усули билан, 14(18,4%) нафар беморда эса вена ичига оғриқсизлантирувчи дори воситаси юборилди. Маҳаллий анестезия учун 0,25% новокаин (n=14), агар бемор новокаин преперетини кўтара олмаса 1% лидокаин эритмаси (n=8) қўлланилди.

Сохта кисталар билан асоратланган 43(56,6%) нафар беморда амалиётдан олдинги даврда тўлиқ текширув чора-тадбирлари ўтказилиб МОБ ва унинг ёнидаги аъзолар аҳволи баҳоланди. Бунда 16(21,1%) беморда без проток тизимининг кенгайганлиги, 9(11,8%) нафарида бошча қисмининг фиброз катталашганлиги, 8(10,5%) нафарида эса паренхимасининг фиброз ўзгарганлиги аниқланди. Бу беморларда СК нинг ўлчамлари 30 мм дан 170 мм гача катталиқда эканлиги кузатилди. Уларнинг 4(5,3%) нафарида киста МОБ бошча қисмида жойлашган бўлиб, бунинг натижасида жигар ичи ва ташқи ўт йўллари кенгайганлиги ва қон зардобидеги умумий билирубин 100 мкмоль/л гача ошганлиги аниқланди.

Пункция қилиш нуктаси ҳар бир беморда индивидуал танланди. Бунда игнанинг йўналишида акустик майдоннинг эркинлигига (яъни унинг йўналишида ковак аъзолар ёки кон томирлар йўқлигига) эътибор қаратилди. Агар киста безнинг бошча ва тана қисмида жойлашган (n=18) бўлса эпипластрал (n=14) ва баъзан (n=4) ўнг қовурға ости соҳасидан пункция қилинди. 6 нафар беморда сохта киста без дум қисмида жойлашганлиги учун пункция соҳаси қилиб чап қовурға ости соҳаси (n=4) ва эпипластрал (n=2) соҳа танланди. Кўпчилик ҳолатларда (n=18) кистани топиш учун “стиллет-катетер” усулидан фойдаланилди. Бу усулда оддий ва бажарилиши осон. Акустик майдони жуда тор бўлган 3 нафар беморда Сельдингер бўйича трансмурал дренажлаш усули қўлланилди. Кисталарни пункция қилишда СООК (Дания) фирмасининг ўлчамлари 8,5 дан 12 Fr гача бўлган дренаж катетерларидан фойдаланилди.

Сохта кистадан олинган ажратмаларни бактериологик текшириш ва амилаза миқдорини аниқлаш учун лабораторияга жўнатилди. Барча ҳолатларда амилаза фаоллиги 2000 дан 30000 МЕ/л эканлигини кўрсатди. Бактериал текширув эса 20(26,3%) нафар беморда тоза эканлигини ва 9(11,8%) нафарида бактериал ифлосланиш борлигини кўрсатди. Бунда *Staphilococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli* каби микроорганизмлар аниқланди. МОБ бошча қисми кистасининг жигардан ташқари ўт йўллари сикиб қўйиши ративасида пайдо бўлган механик сариклиги бўлган беморларни кистани каминвазив ташқи дренажлашдан кейин қатъий кузатиб борилди. Динамик кузатувда умумий билирубин миқдори кескин камайиб борганлиги учун бу беморларнинг ўт йўлларида ҳеч қандай амалиёт ўтказилмади.

Амалиётдан кейинги 6 суткада барча беморларда киста билан без проток тизими орасида алоқа бор ёки йўқлигини текшириш учун 76%ли урографин контраст препарати билан фистулография қилинди. Ундан олдин фистулография ўтказиш хавфи, чунки бу муддатда ҳали киста ва қорин олд девори ўртасида герметик битишма бўлмаслиги мумкин. Текширилган беморларнинг 29(28,9%) нафарида киста билан без чиқарув найи орасида алоқа борлиги аниқланди, 7(9,2%) нафар беморда бундай алоқа топилмади. Амалиётдан кейинги даврда фақат бактериал ифлосланиши бўлган киста бўшлиқларига антисептик воситалар билан ювилиб турилди. Проток тизими билан алоқаси бўлган бўшлиқларни дренажлашдан кейин найчаларда кунига 50 мл дан 230 мл гача панкреатик суюқлик ажралиб турди. Проток тизимига алоқаси бўлмаган киста бўшлиқларига (7(9,2%)) қўйилган дренаж найчалардан ажралма чиқиши амалиётдан кейинги 15-20 кунларга

келиб тўхтади ва бу беморларда киста бўшлиқлари 95% этил спирти билан склерозланди. Агар дренажланган кисталарнинг проток тизими билан алоқаси бўлса (29(38,2%) нафар беморда) склерозловчи муолажа ўтказилмади.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг барчасига биринчи босқич каминвазив муолажалардан кейин жарроҳликнинг 2 - босқичида панкреатикодигестив анастомоз шакллантириш режалаштирилди, аммо уларнинг 7(9,2%) нафарида СК нинг без чиқарув найи билан алоқаси бўлмагани учун бу беморларнинг тўлиқ тузалиши кузатилди ва операциянинг иккинчи босқичига зарурат бўлмади.

Барча 36(47,4%) нафар беморда қувватловчи муолажалар (антисекретор, спазмолитик терапия, антибиотикотерапия) ўтказилди.

Киста бўшлиғининг проток тизимига алоқаси бўлган 29(38,2%) нафар беморнинг барчаси 1 -босқич муолажадан 1 ой ва ундан ортик вақтдан кейин 2-босқичда ПЕА шакллантириш учун қайта госпитализация қилинди. Кистаси проток тизими билан алоқаси бўлмаган 7(9,2%) нафар бемор қониқарли аҳволда уйига чиқарилди, овқатланиш парҳезига амал қилиш ва мос келувчи (спазмолитиклар, ҳазм ферментлари, антисекретор дори воситалари, гепатопротекторлар ва бошқа) дори воситаларини қабул қилиб туриш тавсия қилинди.

Ўт йўллари кам инвазив усулда дренажлаш амалиёти фақат 7(9,2%) нафар беморда бажарилди. Бу беморларда без бошчасининг катталашуви натижасида жигардан ташқари ўт йўллари сиқиб қўйганлиги аниқланди. уларнинг 3(3,9%) нафарида УТ назоратида тери орқали жигар орқали холецистостома (ТЖХЦС), 4(5,2%) нафарида эса УТ ва рентген назорати остида тери орқали жигар орқали холангиостома (ТЖХЛС) амалиёти ўтказилди. Бу амалиётни ўтказишда Нефа жамланмаси ва СООК (Дания) фирмасининг 8,5 дан 12 Fr ўлчамдаги дренаж найчаларидан фойдаланилди.

ТЖХЦС усули УТ назоратида “стиллет-катетер” усули билан бажарилди. Пункциянинг оптимал нуқтаси ва унинг йўналиши жигар қаватларини, қон томир ва ковак аъзолар жойлашувига қатъий риоя қилган ҳолда ўтказилди. Дренаж найча ўрнатилгандан кейин ўт пуфаги суюқлиги тортиб олинди.

ТЖХЛС амалиёти УТ ва рентген усуллари билан бирга фойдаланилган ҳолда бажарилди. Бирламчи пункция техник имкониятларни ҳисобга олган ҳолда Сельдингер усули бўйича ўтказилди. Ўт йўлларига тушгандан кейин бажарилиш босқичларига риоя қилган ҳолда жигар ичи ўт йўлларига дренаж найча ўрнатилди. Бу амалиётдан кейин 3-суткада фистулография ўтказилди ва

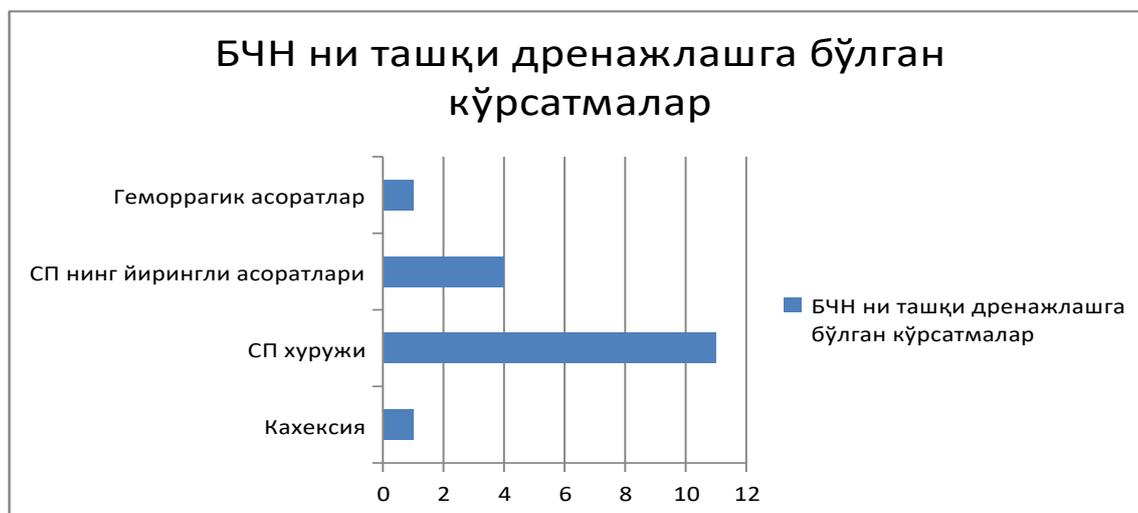
катетернинг жойлашишига ва холедох терминал қисмининг блоккланиш даражасига баҳо берилди.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, сурункали панкреатитнинг асоратланган турларида жарроҳлик усулида даволашни босқичма-босқич олиб бориш ва бунда биринчи босқич сифатида кам инвазив усуллари қўллаш мақсадга мувофиқ.

4.1.2. СП асоратларини бартараф қилишда анъанавий “очик” жарроҳлик усуллари қўллаш

МОБ асоратланган кисталарини жарроҳлик усулида даволашнинг асосий тури бу уни ташқи дренажлашдир. Проток гипертензияси кузатилган беморларда уни ташқи дренажлаш паллиатив муолажа бўлиб, бу усул фақат СП даволашда 1-босқич (n=12) сифатида қўлланилди.

Қуйидаги ҳолларда амалиёт шошилиш равишида бажарилди: сохта киста бўшлиғидан аррозив қон кетиш - 1(1,5%) ҳолатда (қонаётган томирни тикиш), 2(2,6%) та тарқалган перитонит ва оментобуосит натижасида, буларда қорин бўшлиғини тозалаш ва дренажлаш операцияси ўтказилди. Қолган 2(2,6%) нафар беморда эса бактериал ифлосланган киста (1(1,5%)) ва панкреатик абсцессни (1(1,5%)) ташқи дренажлаш операцияси бирга ўтказилди. Бундан ташқари, 1(1,5%) ҳолатда бемор умумий аҳволининг оғирлиги ва кахексия БЧН ни ташқи дренажлашга сабаб бўлди. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, бу беморларнинг барчасида панкреатитк гипертензия ва оғриқ белгиси кузатилди. Операция пайтида топилган ва бу беморларда МОБ проток тизимини дренажлаш муолажасига сабабчи бўлган асоратлар 1-расмда келтирилган.



1-расм. БЧНни ташқи дренажлашга сабабчи бўлган кўрсатмалар.

Бошқа 6(7,9%) беморда ифлосланган киста бўшлиғини ва БЧН ни ташқи дренажлаш операцияси бажарилди. Айнан шу беморларда 2-босқичда бўйламасига ПЕА қўйилди. Механик сариқлик кузатилган беморларда қуйидаги муолажалар қилинган: айланиб ўтувчи билиодигестив анастомоз 1(1,6%) ўрнатилди. Амалиётдан кейинги даврда барча беморлар овқат парҳезига қатъий риоя қилдилар ва қувватловчи терапияни олдилар. Механик сариқлик бартараф қилингандан кейин 4(5,2%) нафар беморлар қайта текширилди ва уларнинг без протоклари кенгайган 2(2,6%) нафаридан операциянинг иккинчи босқичида режали ПЕА ўтказилди. Қолган 2(2,6%) нафар беморда амалиётдан кейин 2 йил ўтиб панкреатик гипертензия кузатилди ва ПЕА шакллантирилди.

21(27,6%) нафар беморда инструментал текширишлар натижасида СК нинг ичида кўп миқдорда ҳар хил ўлчамдаги секвестрлар топилгани ва кистанинг катта томирларга яқин бўдгани (қон кетиш эҳтимоли катта бўлгани) учун операциянинг биринчи босқичи анъанавий очиқ усулда бажарилди.

Шундай қилиб, сурункали панкреатит касаллигининг асоратланган шаклларида, унинг асоратларини бартараф қилиш учун даволашнинг 1-босқичи сифатида каминвазив ва анъанавий “очиқ” жарроҳлик усулларида фойдаланиш ижобий натижаларни беради.

4.2. СП ва унинг асоратларини жарроҳлик усули билан даволашда резекцион -дренажловчи операциялар.

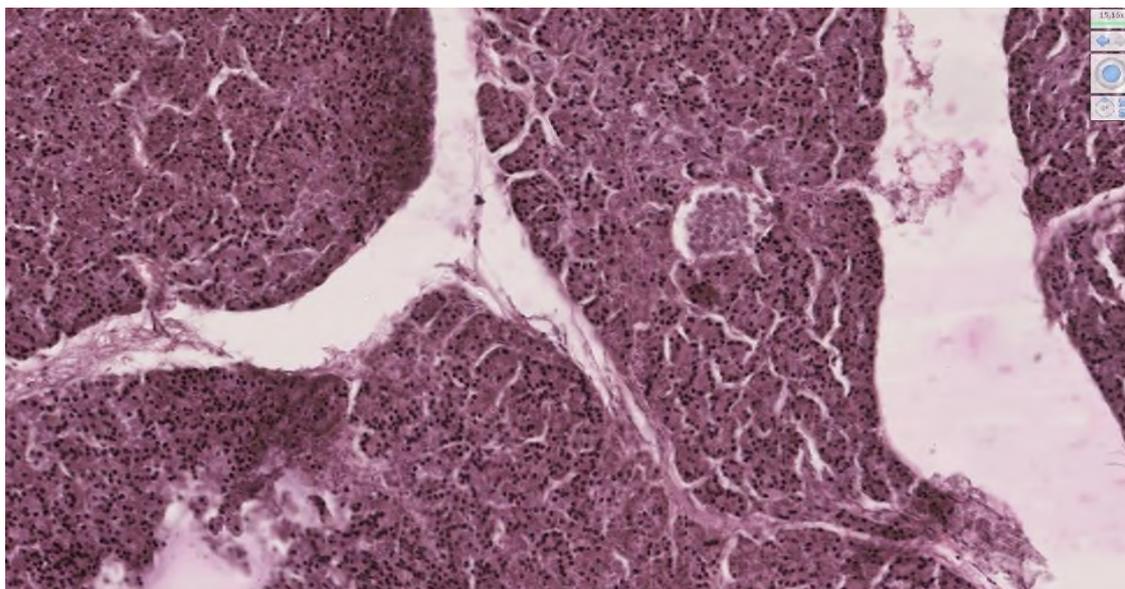
4.2.1. МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси

Бизнинг клиникада панкреатодуоденал резекция (ПДР) муолажалари фақат МОБ бошча қисми раки ташхиси қўйилгандагина бажарилди. Шунинг учун бу операциялар тадқиқот материалларига киритилмади.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 36(47,4%) нафаридан резекцион муолажалар ўтказилди. Шунингдек уларнинг 21(47,7%) нафаридан МОБ проксимал резекцияси бажарилди. МОБ нинг (12 бармоқ ичакни сақлаган ҳолда) проксимал резекцияси асосан унинг бошча қисмининг қисман ёки чекланган шикастланишида бажарилди (1-жадвал). Булар Фрей операцияси- 15, без бошча қисмининг Берн усули бўйича субтотал резекцияси - 11, Гальперин бўйича - 5 нафар, МОБ дистал резекцияси - 3 нафар ва ўрта қисми резекцияси эса 2 нафар беморда бажарилди.

МОБ бошчаси вентрал қисмининг резекцияси ва бўйламасига панкреатикоеюноанастомоз, ингичка ичакни Ру бўйича ўрнатиш билан (Фрей операцияси -15(19,7%)) бажарилди, без бошча

қисмининг қисман (4 см дан кўп бўлмаган) катталашуви, унинг тўқимасидаги қисман фиброз-яллиғланган ўзгаришлар ва без каналининг ретенцион кенгайиши ҳамда дистал қисмлардаги давомли торайишлар бу операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Олинган тўқималарни тўқималарни морфологик текширганда без паренхимасида кальцинатланган соҳалари аниқланмади, лекин чиқарув найи ичида баъзан тошлар аниқланди (2-расм).



2-расм. МОБ чиқарув найи гипертензияси.

Бу ўзгаришлар без проток тизимида, аввало МОБ бошчаси илгаксимон ўсимтаси соҳасида кенг миқёсида декомпрессия қилиш кераклигидан далолат беради. Бошча қисми ва илгаксимон соҳа кесилганда унинг тўқимаси қаватлари сақланиши ва кесма чуқурлиги ўн икки бармоқ ичак ва холедохнинг панкреатик қисми ҳамда дарвоза венаси соҳасида 0,5 см дан ошмаслиги керак. Бу муолажани танлашнинг асосий шартлари: умумий ўт йўли дистал қисмида чандиқли торайиш белгилари, механик сариклик ва ўн икки бармоқ ичак стенози белгилари бўлмаслигидир.

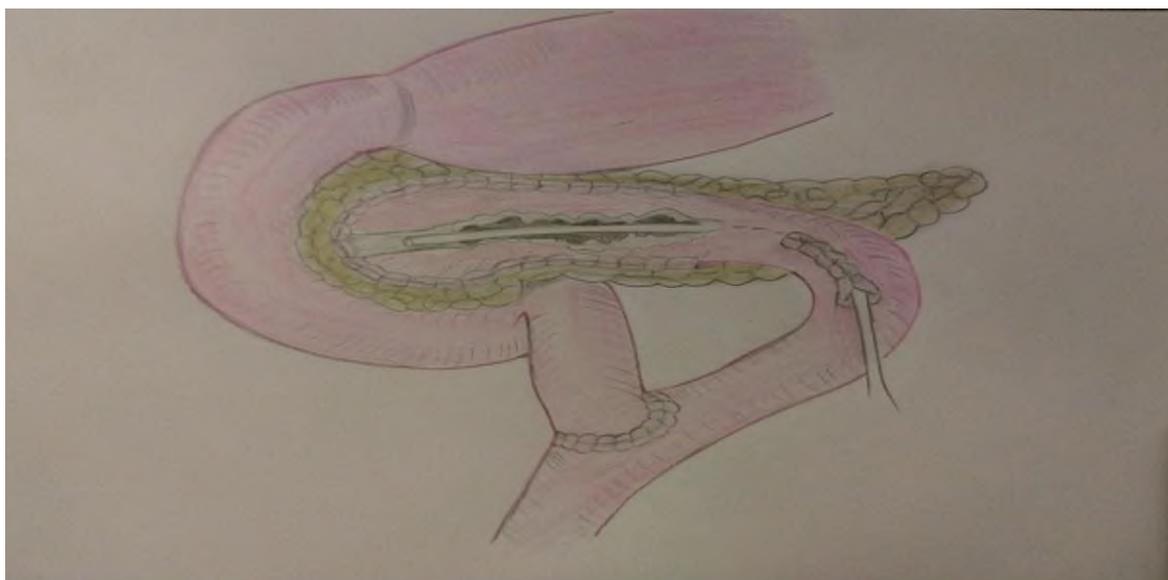
Агар МОБ бошчасининг яллиғланиши натижасида катталашуви (4-6 см) панкреатик шира оқинининг бузилишига ва гипертензияга олиб келса, без бошча қисмининг Берн варианты бўйича субтотал резекцияси амалиёти бажарилди (11(14,5%). Бунда олиб ташланувчи соҳа холедохнинг панкреатик қисмида ётган тўқималарни ва “боғловчи фасция”даги бириктирувчи тўқималарни олиб ташлаш ҳисобига бироз ошди. Иложи борича без бошчасидаги ва умумий ўт йўли деворидаги фиброз-ўзгарган тўқималарни олиб ташлаш ҳисобига унинг қалинлиги камайтирилди ва декомпрессия

қилинди. Агар операциянинг бу босқичида панкреатик найда ва холедохнинг дистал қисмида торайишлар топилмаса без бошчасининг резекция қилинган қисмида ПЕА қўйишга киришилди. Агар умумий ўт йўли чандиқли торайган бўлса, без бошча қисмидаги чандиқ тубидан холедох бўйламасига кесилиб унинг олдинги деворида ҳосил бўлган лоскутлар бириктирувчи тўқима пластинкасига тикилди. Натижада МОБ бошча қисмида ҳосил бўлган анастомоз бўшлиғига, ҳам панкреатик най, ҳам умумий ўт йўли очилди.

Агар панкреатик канал торайган қисмининг давомийлиги 2 см дан узун бўлса, резекция қилинган соҳадан қолган қисми “юмшоқ” бўлиши керак ва гунда ПЕА сифатли чиқади. Мабода, МОБ чиқарув найи бу жойда топилмаса без тўқимаси безнинг бўйинча қисмигача кесилди ва чиқарув канали топилиб анастомоз шакллантирилди (2(1,4%). Панкреатик каналнинг дистал қисмидаги узун чўзилган торайишларни бартараф қилиш учун без тўқимаси дум қисмига томон кесилди ва Фрей усули бўйича ПЕА ўрнатилди (6(7,9%)).

МОБ бошча қисмининг яққол фиброз-яллиғланиш ҳисобига сезиларли катталашган (5-6 смдан катта) ва билиар ва портал гипертензия белгилари бўилан бирга келган ҳолатларда ПДР га альтернатив усул сифатида без бўйинчасининг кўндаланг кесиш билан бошча қисми субтотал резекцияси (яъни Бегер) операцияси ўтказилди (6(7,9%). Бунда дарвоза венасининг экстравазал сиқилишининг олдини олиш учун уни фиброз тўқиманинг чандиқланганқинидан ажратиб олинди (2(1,4%)). Агар беморда панкреатик каналнинг терминал қисмида чегараланган (1-2 см) торайиш ва БЧН кенглиги 0,7 см дан катта бўлса ПЕА шакллантирилди (2(1,4%)). Мабода, БЧН 0,4-0,6 см атрофида бўлса бу беморларда чиқарув найи устидан бўйлама резекция қилинди ва ПЕА қўйилди (2(1,4%)). Агар без протокида чандиқли торайишлар бўлмаса ва у 5 мм дан кенгайган бўлса фиброзланган тўқимани резекция қилиш ва ПЕА шакллантириш самарали усул ҳисобланади.

Лекин БЧН да кўплаб чандиқли торайишлар (яъни “кўлмак занжири”) кузатилса, без бошчасини резекция қилиш билан бирга, проток тизимини бужлаб кенгайтиришга тўғри келди ва анастомоз соҳасига Фелькер бўйича бир ёки икки каркасли (2-3 мм диаметрдаги) дренаж-найчалар ўрнатилди (5(6,6%)). Бу дренажлар ёпиқ ҳолатда каркас сифатида 1-1,5 ой қўйилиши керак (РФ патенти №2738162 С1 сана: 09.12.2020) (3-расм).



3-расм. БЧНнинг кўплаб чандиқли торайишлари (яъни “кўлмак занжири”) кузатилганда чиқарув найини дренажлаш усули.

Вирсунг найини бужлаш натижасида торайган соҳалар кенгайтирилди. Бу эса оғриқ синдроми билан кечувчи панкреатик гипертензиянинг ва сурункали панкреатит хуружларининг олдини олади. БЧН ни дренажлагандан 1-1,5 ойдан кейин МОБ паренхимасида шишлар камаяди ва каркас ўрнида ингичка ичак ва без проток тизими орасида анастомоз пайдо бўлади. Бунда дренаж найчанинг катталиги 2-3 мм бўлиши керак, чунки ундан кичик ўлчамдаги найча панкреатик ширанинг ичакка тушишини тўлиқ таъминламайди, катта ўлчамдагиси эса вирсунг протокининг шикастланишига олиб келади.

Мисол: Бемор К., 31 ёш., 09.01.2020 йилда амбулатор босқичида тўлиқ текширувдан ўтгандан кейин СПб шаҳридаги Мариинская шифохонасига ётқизилди. Ананезидан: 7 йилдан бери сурункали панкреатит касаллиги билан оғрийди. Кейинги 6 ой мобайнида бир неча марта оғриқ синдроми билан бир неча шифохоналарда ётиб даволанган. Охириги марта оғриқ синдроми “ўраб олувчи” шаклида бўлиб 22.12.2019 йилда кузатилган. МРХПГ маълумотига кўра: МОБ ўлчамлари катталашган, бошча қисмида 4 см, паренхимаси нотекис, без протоки фақат тана ва дкм қисмида кўринади ва 3-4 мм гача нотекис кенгайган, тана ва бошча қисми чегарасида 12x18x7,5 мм ўлчамдаги кистоз ҳосила аниқланади, киста бўшлиғидаги маҳсулоти гетероген таркибда, панкреатик чиқарув найи билан алоқаси бор.

Ташхиси: МОБ бошча қисмининг шикастланиши билан кечувчи сурункали қайталанучи панкреатит, қўзиш даври. Панкреатик гипертензия, Портал гипертензия.

14.01. 2020 йилда таклиф қилинган усул бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Амалиётдан кейинги давр асоратсиз кечди. Бемор консерватив даволаниш муолажаларини олди ва яшаш жойидаги жарроҳнинг назоратида бўлиш тавсияси билан уйига рухсат берилди. Дренаж найча амалиётдан кейинги 1,5 ой ўтиб олиб ташланди. Амалиётдан кейинги кечки даврдаги аҳволини аниқлаш учун 12 ойдан кейин қайта кўрикдан ўтказилди: шикоятлари йўқ, мутахассислиги бўйича ишляпти.

Проксимал резекция бажарилган беморларни морфологик текширув шуни кўрсатдики, барча беморларда СП нинг кечиши без тўқимасидаги фиброз ўзгаришлар билан боғлиқ ҳолда ривожланган, 3(8,3%) ҳолатда эса чиқарув найи эпителийсининг дисплазияси билан кечган.

4.2.2. МОБ дистал резекцияси

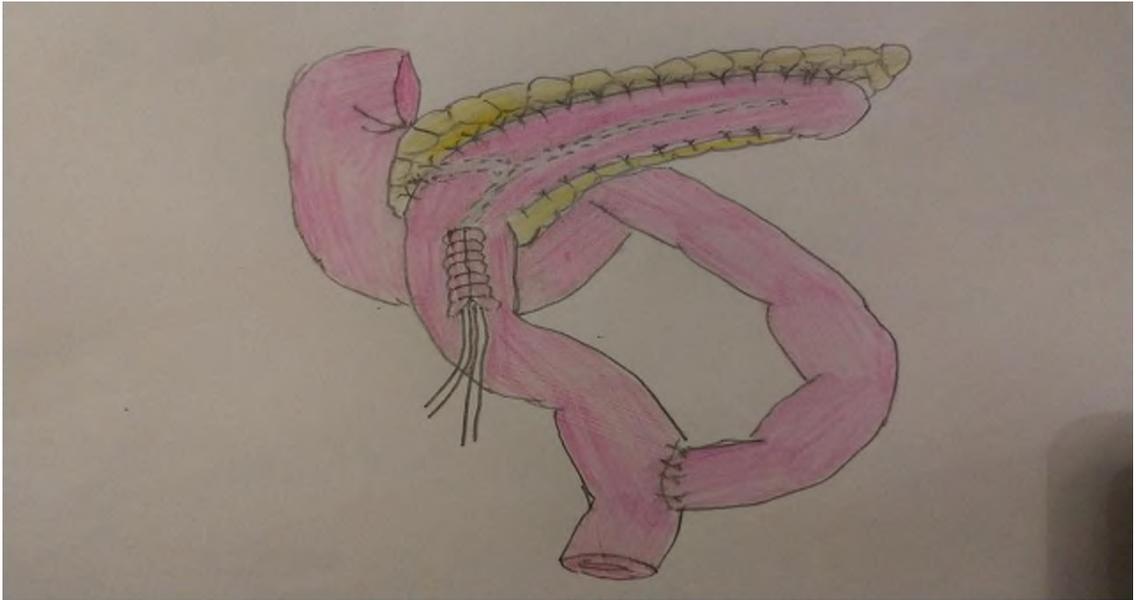
МОБ дистал резекцияси 3(3,9%) нафар беморда бажарилди. Без дистал қисми паренхимасидаги жиддий патологик ўзгаришлар бу операцияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Дистал резекция ўтказишга қарор қилинганидан кейин резекция қилинадиган хажмига қараб аъзонинг мобилизацияси ўтказилди. 2 ҳолатда амалиёт кесмаси Т-симон шаклда чап томонга кенгайтирилди. Бунинг 1 нафарида дистал резекция пайтида қорин бўшлиғи юқори қаватидаги кучли битишмалар сабабли талоқни ҳам олиб ташлашга тўғри келди. Талоқ артериясини ажратиш truncus celiacus соҳасидан бошланди. Талоқ артерияси ва венаси безнинг резекция қилинган чеккасида ажратилиб, ҳар бирини алоҳида боғланди МОБ чўлтоғи П-симон чоклар билан тикилди. 2 та ҳолатда панкреатик чиқарув найи кенгайганлиги аниқланди, буларда кўшимча ПЕА шакллантирилди (Пьюстау -1 операцияси бажарилди). Буларнинг биттасида операциядан кейин талоқ сегментар инфаркти кузатилди, бу асорат ҳеч қандай даволаш чора тадбирларисиз ўтиб кетди. Талоқ веналарини боғлагандан кейин битта ҳам артерияни ҳам қолдирмасдан боғлашга тўғри келди, чунки бундай ҳолатда артериал томир қон билан тўлиши натижасида унинг спонтан ёрилишига олиб келиши мумкин. Бу 3 та операция ҳам чап диафрагма ости бўшлиғини найчалаш билан тугатилди.

4.2.3. МОБ ўрта қисми резекцияси

Патологик (киста, фиброз ва псевдоаневризм каби) жараёнлар МОБ нинг ўрта қисмида жойлашганда без ўрта қисми резекцияси амалиёти бажарилди. Бу операциялар 2(2,6%) нафар беморда ўтказилди. МОБ интраоперацион кўрикдан ўтказилган пайтда тўқиманинг кесиб олинадиган чегараси аниқланди. Без тўқимасидаги патологик ўзгарган қисмлар кесиб олинди, ўтмас усуллар билан унинг остидан туннел қилиндию операция давомида гемостаз қилиб борилди. Кейин Ру (ёки Браун) бўйича 2 та дистал ва проксимал чўлтоқларга ПЕА шакллантирилди. Бунда 2та анастомоз ҳам битта ҳалқага ўрнатилди. Агар бунда без чиқарув найининг бошча қисмидаги ўтказувчанлиги бузилмаган бўлса, проксимал чўлтоғи ёпилиб тикилди ва дистал қисмидаги чолтоққа эса анастомоз шакллантирилди.

4.2.4. Бўйлама панкреатоеюноанастомоз операциясининг 2-босқичи сифатида қўлланилиши

Бўйлама ПЕА шакллантириш 33(43,4%) нафар беморда бажарилди. МОБ ни мобилизация қилиб кейин ревизия қилинди. Пайпаслаб (12) ёки пункция (21) қилиб кенгайган панкреатик чиқарув найчаси топилди. Панкреатик шира суюқлиги ажралиб чиққандан кейин игнадан проксимал ва дистал томонга 1,5-2,0 см узунликда кесиб очилди. Агар пункция қилиб чиқарув найини (без паренхимаси қаттиқ ва зичлашган бўлса ёки чиқарув найи тор бўлганда) топиб бўлмаса (14) кўндаланг панкреатотомия қилиб без ичидан чиқарув найи қидирилди ва уни топгандан кейин металл буж билан торайишлар баратараф қилинди. Проксимал ва дистал йўналишда 4-5 ммдан катта бўлмаган поливинилхлорид найча 5-6 см чуқурликкача без чиқарув найчалари ичига киритилди (4-расм). кейин эса Ру бўйича кўндаланг ичак орқа томонидан ПЕА ўрнатилди. Дренаж найча Фелькер бўйича ташқарига чиқарилди. Амалиётдан кейинги даврда дренаж найча 1 ҳафтагача очиб қўйилди, ундан кейин эса уни ёпиб каркас сифатида 8-10 ҳафта қолдирилди 8 нафар беморда кўплаб панкреатолитиаз кузатилгани учун най бутунузунлигида панкреатотомия қилинди.



4- расм. Бўйлама ПЕА, без чиқарув найини проксимал ва дистал дренажлаш билан.

Шундай қилиб, сурункали панкреатитнинг панкреатоген киста ва абсцеслари каби асоратланган шаклларида 2 босқичли жарроҳлик муолажалари ўтказилди. Унинг биринчи босқичида юқоридаги асоратлар бартараф қилинган бўлса, 2-босқичида патогенетик асосланган ҳолда ПЕА шакллантирилди. Маълумки қайта ўтказиладиган операциялар доимо техник жиҳатдан мураккаб бўлган, аммо сурункали панкреатитнинг асоратланган шаклларида икки босқичли жарроҳлик муолажаларини бажариш амалиётдан кейинги асоратлар учрашини қисман бўлса ҳам камайтиради.

4.3. СП ва унинг асоратларини даволашда икки босқичли операциядан кейинги эрта ва кечки даврдаги натижалар.

4.3.1. Биринчи босқич, каминвазив ва анъанавий “очиқ” муолажадан кейинги натижалар

Кам инвазив жарроҳлик муолажалари асосан МОБ атроф-ўқималаридаги кистоз ва йирингли ҳосилаларни пункция қилиб найчалаш ва проток тизимидаги гипертензияни бартараф қилиш учун ташқи дренажлашда жарроҳликнинг 1-босқичи сифатида қўлланилди. Бу эса беморларни операциянинг 2-патогенетик босқичига тайёрлашда муҳим роль тутди. МОБ кисталарини ташқи дренажлашга киста бўшлиғининг йиринглаши, унинг деворларининг шаклланмаганлиги, киста бўшлиғининг безнинг бошқа чиқарув найм

билан боғлиқмаслиги ва кистанинг ўсма характерида эмаслиги кўрсатма қилиб олинди.

Барча (n=76) беморларнинг 43(57,6%) нафарида кам инвазив муолажалар ўтказилди, шулардан 36(47,4%) нафарида сохта киста аниқланганлиги учун ультратовуш текшируви назоратида пункция қилиш амалиёти бажарилди, бу беморларнинг 7(9,2%) нафарида киста бўшлиғи билан без чиқарув найи орасида алоқа бўлмаганлиги учун тўлиқ соғайиш кузатилди ва бу беморларда жарроҳликнинг 2 - босқичига эҳтиёж қолмади. Уларга қатъий диета сақлаш ва спазмолитиклар, овқат ҳазм қилдирувчи ва антисекретор дори воситалари ҳамда гепатопротекторлар тавсия қилинди. Бошқа 7(9,2%) нафар беморда механик сариклик сабаб ўт пуфағи ва ташқи ўт йўллари тери орқали жигар орқали найчаланди. Бу беморларда операциядан кейинги 15-20 кундан кейин фистулография ўтказилди ва контраст модданинг ўт йўли орқали ўн икки бармоқ ичакка тўлиқ тушиб турганлигига ишонч ҳосил қилгандан кейингина бемордаги дренаж найча олиб ишланди.

33(43,5%) нафар беморда СП нинг асоратларини бартараф қилиш анъанавий “очик” усулда бажарилди. Булардан 12(15,8%) нафар беморда операцияпайтидаги панкреатобилиар соҳадаги жиддий патологик жараёнлар аниқланганлиги учун БПП ни ташқи дренажлаш муолажаси бажарилган бўлса, 21(27,6%) нафарида СК ичида ҳар хил катталиқдаги секвестрлар топилгани ва кистадан қон кетиш эҳтимоли юқори бўлгани учун “очик” усулда ташқи дренажлаш муолажаси ўтказилди. Барча беморлар жарроҳлик муолажаларидаолдин касаллик кўзишидан сақловчи консерватив даволаш усуллари (антисекретор, спазмолитиклар ва антибиотиклар) қабул қилди. Бу беморларда амалиётдан кейинги эрта даврда асоратлар учрамади. Ўртача ўрин-кун 12 суткани ташкил қилди ва ўлим ҳолати кузатилмади.

Операциянинг 1-босқичи ўтказилган беморларнинг барча 33(43,4%) нафарида биринчи операциядан камида 3-4- ҳафта ўтгандан кейин режали равишда шифохонага ёиқизилди ва уларда ПЕА операцияси ўтказилди.

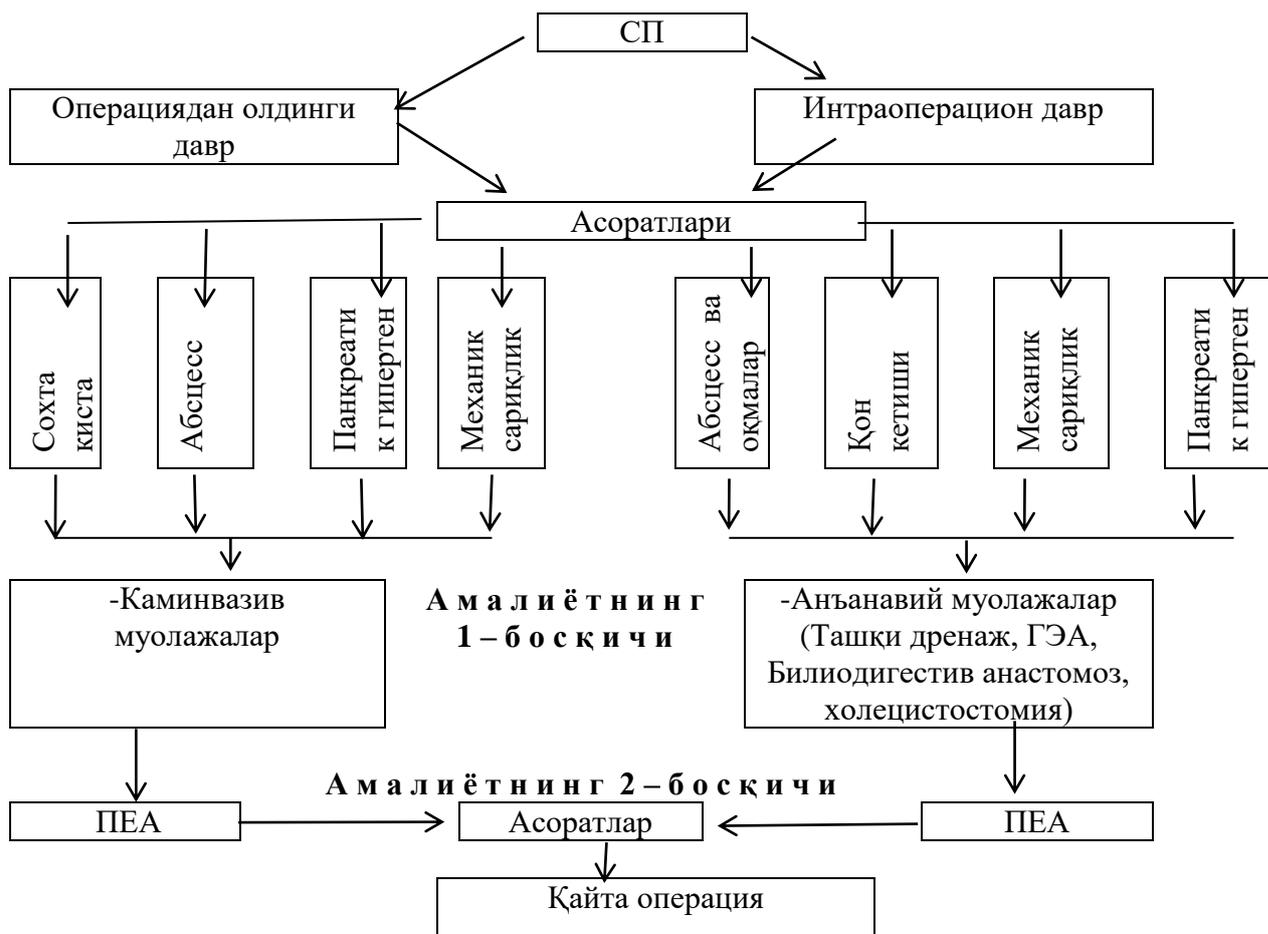
“Очик” усулда ташқи дренажланган беморларнинг 10(13,2%) нафарида амалиёт шошилиш равишда бажарилди. Уларнинг 1 нафарида операция СК дан аррозив қон кетиш натижасида ўтказилди. Бемор лапаротомия ва ревизия қилиниб қонаётган томир топиб тикилди. 2(2,6%) нафар беморнинг биттасида инфекцияланган кистанинг ёрилиши, бошқасида эса без абсцесси ёрилиши натижасида тарқалган перитонит кузатилгани учун қорин бўшлиғини тозалаб дренажланди. Бу беморларда касаллик амалиётдан кейинги даврда ҳар хил асоратлар билан кечди.

Уларнинг 1(1,3%) нафарида қорин бўшлиғи абсцесси кузатилгани учун релапаротомия қилинди. 2(2,6%) нафар беморда СК нинг ифлосланиши (1) ва парапанкреатик абсцесс (1) ташхиси билан анъанавий усулда ташқи дренажлаш операцияси ўтказилди.

МОБ проток тизимини ташқи дренажлаш жарроҳлик усулининг 1-босқичи сифатида ижобий натижалар берган бўлсада, унинг салбий томонлари ҳам кузатилди. Бунга денаж найча орқали беморнинг кўп миқдорда панкреатик суюқликни йўқотмаслиги учун уни реинфузия қилиши, дренаж найчани доимий парваришлаб туриш кераклигини айтиш мумкин, чунки сурункали панкреатит касаллиги билан оғриган беморларнинг барчаси ҳам тартиб қоидага риоя қилавермайди. Улар баъзи ҳолларда найчани “тушириб” қўйиши мумкин. Агар ташқи дренажланган БЧН да ўтказувчанлик тикланса бемор тузалиб кетиши мумкин, лекин проток ўтказувчанлиги тикланмаган беморларда ташқи оқмалар пайдо бўлади. Бу эса операция натижаларига салбий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари МОБ ва унинг атрофида пайдо бўладиган ҳар хил даражадаги битишма жараёнлари кейинги босқичдаги ёки қайта операция пайтида амалиёт бажарилишини қийинлаштиради ва безнинг шикстланиш эҳтимолини оширади.

Шундай қилиб, БЧН ни ташқи дренажлаш жарроҳлик усулида даволашнинг 1-босқичи сифатида проток тизимидаги гипертензияни йўқотишга, МОБ даги яллиғланиш жараёнини камайтиришга, ҳосил бўлган ички оқмаларнинг битишига олиб келади ва беморда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни камайтириб операциянинг 2-босқичида ва ундан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган оқибатларнинг олдини олади. Шунинг учун биз сурункали панкреатитни даволашда 2 босқичли жарроҳлик усулини тавсия қиламиз (4-расм).

Амалиётдан кейинги кечки даврда беморлар врач тавсияларига ва парҳезга тўлиқ риоя қилгани учун умумий аҳволи қониқарли бўлди ва улар қайта текширилганда панкреатик гипертензия белгилари аниқланмади. Уларнинг 5(6,6%) нафарида амалиётдан 6-12 ой ўтиб қайта текширилганда сурункали панкреатит касаллигининг янги асорталари аниқланди: уларнинг 1(1,3%) МОБ бошча қисмининг катталашиб холедох терминал қисмининг компрессияси натижасида келиб чиққан механик сариклик, 1 нафарида янги СК нинг пайдо бўлиши сабабчи бўлган. Механик сариклик тўлиқ йўқолгандан кейин барча таҳлиллар меъёрий кўрсаткичга келгандан кейин беморда ПЕА ўтказилди. 2 нафар беморда ифлосланган сохта киста ва абсцессни ташқи дренажланган бўлса, битта ҳолатда БЧН ни ташқи дренажлаш амалиёти ўтказилди.



5-расм. Сурункали панкреатитни даволаш алгоритми

Барча беморларга операциядан кейин овқат рационига қатъий риоя қилиш ва касалликнинг “қўзиши” га қарши даволаш тавсия қилинди. Бу беморлар 1-операциядан кейин 1-3 ой ичида шифохонага қайта ётқизилди ва қайта текширувлар ўтказилди. Уларнинг 7(9,2%) нафариди ҳам панкреатик проток кенгайганлиги учун ПЕА бажарилди, бу беморларда 2 ойдан кейин қайта текширув ўтказилди ва УТТ, КТ, МРХПГ натижаларига кўра уларда панкреатик гипертензия белгилари аниқланмади. Амалиётдан кейинги 2 йиллик кузатувлар шуни кўрсатдики, гастроэнтеролог кўрсатмаларига амал қилган ва парҳез қоидаларини бузмаган 5(6,6%) нафар беморда касаллик хуружи ва оғриқ белгилари кузатилмади. Овқатланиш рационига амал қилмаган 2 нафар беморда йил давомида 2 тадан 4 тагача оғриқ хуружи бўлганлиги аниқланди. Назорат текширувида бу беморларнинг ҳеч бирида панкреатик гипертензия аниқланмади.

4.3.2. ПЕА ва резекцион -дренажлаш операцияларидан кейинги натижалар

ПЕА ва резекцион -дренажлаш операциялари ўтказилган беморларда операциядан кейинги эрта даврда ҳар хил оғирликдаги

асоратлар кузатилди, булар ОИТ юқори қисмида ўткир яралар ва ундан қон кетиш -2(2,6%), анастомоздан қон кетиш -2(2,6%), гастростаз - 2(2,6%), амалиётдан кейинги соҳанинг йиринглаши - 32(42,1%), гипопро테인емия - 4(5,3%), гиперамилаземия -12(15,8%), аъзоларнинг функционал етишмовчилиги - 1(1,3%). бу асоратларнинг барчаси консерватив даволаш усуллари билан бартараф қилинди, беморларда коррекцияловчи даво муолажалари ўтказилди. Ўлим ҳолати кузатилмади.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, бу беморларда операциянинг 2-босқичидан кейинги давр нисбатан силлиқ кечди. Гипопро테인емия асорати кузатилган беморларда жарроҳлик муолажасидан олдин ҳам бу белгилар кузатилган ва шу сабабли уларда икки босқичли жарроҳлик амалиёти танланган. Даволаш муолажасининг биринчи босқичидан кейин уларда оқсил йўқотишларини, сув-электролит бузилишларини қайта тиклаб, яхши интоксикация ва яллиғланиш белгилари бўлиқ бартараф қилингандан кейин 3-4 ой ўтиб режали равишда 2 -босқич жарроҳлик муолажалари бажарилган.

Операция қилинган беморларнинг 32,9% да амалиётдан кейинги ҳар хил даражадаги асоратлар кузатилди. Уларнинг 3(4,9%) нафарида қон кетиш белгилари (ОИТ дан қон кетиш -2(2,6%) ва эркин қорин юўшлиғига қон кетиш - 1(1,3%)) кузатилган бўлса, ички аъзоларнинг функционал етишмовчилиги - 1(1,3%), ўлим кўрсаткичи кузатилмади. Энг кўп учраган асорат бу амалиёт соҳасининг йиринглаши бўлиб бу беморларнинг 18,4% да учради. Бунга сабаб, биринчидан қорин девори кесмаси илгариги операциядан қолган чандиқ соҳасидан ўтказилганлиги бўлса (биринчи босқич анъанавий “очиқ” усулда операция ўтказган беморлар), иккинчидан қайта операция бажаришнинг техник жиҳатдан қийинчилигидир.

Беморларнинг шифохонада ётиш муддати 10-27 кунни, ўртача $15,4 \pm 1,5$ кунни (назорат гуруҳи билан таққослаганда - $t=2,91$; $p<0,05$) ташкил қилди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 52(68,4%) нафарида амалиётдан кейинги узоқ даврдаги умумий аҳволини баҳолаш учун сўровнома ўтказилди. уларнинг 19(36,5%) нафарида операция ўтказилганига 1 йилдан кам вақт бўлган, 20(38,4%) нафари 1-3 йил олдин ва 13(25,0%) нафар бемор эса 3-5 йил олдин операция ўтказган.

Жарроҳлик усулида даволашнинг 2-босқичидан кейинги 1 йил давомида беморлар аҳволида ижобий ўзгаришлар кузатилди, оғриқ синдромининг давомийлиги ва интенсивлиги ҳамда сони камайиб борди. Амалиётдан олдинги тана вазнини йўқотган 8(12,5%) (уларнинг 4 нафари 5 кг, 2 нафари 10 кг ва бошқа 2 нафари 10 кг дан ҳам кўп миқдорида (кахексия)) беморларда амалиётдан кейинги

даврда тана вазнининг (5 нафарида 5 кг, 3 нафарида эса 5-10 кг гача) тиклангани қайд қилинди.

Беморларнинг 4(5,3%) нафарида амалиётдан кейинги кечки даврда қайта текширилганда қандли диабет касаллиги касаллиги аниқланди. Уларнинг 1(1,3%) нафари инсулин қабул қилаётгани кузатилган бўлса, 3(3,9%) нафарида гипергликемия 1 -маротаба аниқланганлиги кузатилди ва эндокринолог назоратига олинди.

Резекцион дренажлаш операциялари ўтказилган 8 нафар беморда амалиётдан кейинги 1-3 йилда овқатланиш рационини бузгандан кейин йилига 3-4 маротаба оғриқ синдроми ва диспептик ўзгаришлар кузатилган. Бу беморларни қайта текшириб кўрганда жарроҳлик амалиётини ўтказишга ҳеч қандай кўрсатмалар топилмади. 2(2,6%) нафар бемор амалиётдан кейин 5 йилгача кузатилди, уларнинг биттаси парҳез қоидаларини бузмаган ва касаллик кўзишига қарши консерватив муолажаларни доимо қабул қилиб турган бўлсада оғриқ хуружи йилига 3-4 маротаба кузатилган. Шу сабабли у бир неча марта шифохонада ётиб даволанган.

Шундай қилиб, жарроҳлик аралашув усулини тағлашда меъда ости беши ва унга ҳамроҳ бўлган аъзолардаги патологик ўзгаришларнинг табиатига асосланган умумий тамойилларни ҳисобга олиш керак, улар 3-жадвалда кўрсатилган.

СП ва унинг асоратларини даволашда жарроҳлик усулини

танлаш

3-жадвал

Патологик ўзгаришлар тавсифи		Бажарилиш керак бўлган эҳтимолий муолажа усули
Парапанкреатик ва МОБ тўқимасида йирингли-септик асоратларнинг мавжудлиги (СПнинг хуружи)	Рак бўлмаган, инфекцияланган кисталар ва деворлари тўлиқ шаклланмаган киста ва абсцесслар, уларнинг без проток тизими билан алоқаси йўқлиги	Каминвазив муолажалар (1-босқич) + ПЕА (2-босқич)
	БПП дистал қисмининг торайиши (панкреатик гипертензия)	
МОБ бошча қисмининг (4-6 см дан ортик) катталашуви билан кечадиган паренхиманинг	БПП проксимал қисмининг торайиши (ва бошқа қисмининг бир текис кенгайиши)	МОБ бошча қисмининг субтотал резекцияси (Бегер операцияси ёки Берн усули) + БПП ни бўйламасига кесмасдан ПЕА шакллантириш
	БПП дистал	

фиброз яллиғланган ўзгариши	–	қисмининг кўплаб торайишлари	резекцияси (Бегер операцияси ёки Берн усули) + БПП ни бўйламасига кесиб ПЕА шакллантириш
		Холедох дистал қисмининг торайиши	Бошча қисми субтотал резекцияси (Бегер операцияси ёки Берн усули) + Холедохопанкреатикоеюностомия
		(Катталашган бошча қисмининг холедохни босиши натижасида кузатилган) билиар гипертензия	Бошча қисми субтотал резекцияси (Бегер операцияси ёки Берн усули) + холедохни очмасдан
		(Катталашган бошчанинг ДВ/ЮМВ босиши натижасида) жигардан ташқари портал гипертензия	Бошча қисми субтотал резекцияси (Бегера операцияси) + перивазал бирикмаларни баратараф қилиш
		Дуоденал дистрофия, 12 бармоқ ичак стенози	МОБ бошча қисми тотал резекцияси + 12 бармоқ ичак циркуляр резекцияси ёки ПДР
МОБ бошча қисмининг (4 см дан кам) катталашуви билан кузатиладиган яққол бўлмаган фиброз-яллиғланиш ўзгариши		БПП даги кенгайиш ва торайишнинг мавжудлиги, жойлашуви ва жиддийлигидан қатъи назар	Бошча қисми қисман резекцияси бўйлама ПЕА билан (Фрей операцияси)
		Холедох дистал қисми торайиши	Бошча қисми қисман резекцияси бўйлама ПЕА билан (Фрей операцияси)+ Холедохопанкреатикоеюностомия
		Чандикли перипанкратик инфилтрат + (Катталашган бошчанинг ДВ/ЮМВ босиши натижасида) жигардан ташқари портал гипертензия	Бошча қисми субтотал резекцияси (Берн усули)
		(“кўлмак занжири” кўринишидаги) БПП нинг кўплаб торайишлари	МОБ резекцияси, панкреатик протокни бужлаш ва дренажлаш + Ру бўйича ПЕА (Патент: RU 2738162 C1)
МОБ тана қисмининг жиддий фиброз-яллиғланган ўзгариши		БПП ўрта қисмининг яққа трайишлари	МОБ ўрта резекцияси ва унинг дистал чўлтоғига ПЕА шакллантириш
Бошча қисми катта солитар (2		БПП дистал қисмининг кўплаб	Бошча қисми қисман резекцияси бўйлама ПЕА билан (Фрей

см дан ортик)	стриктураси	операцияси) ёки Цистопанкреатикоеюноанастомоз
МОБ тана ва дум қисмининг катта кистаси	БПП торайиши билан	Цистопанкреатикоеюноанастомоз
	БПП тораймаган	Цистоеюноанастомоз
МОБ дум қисмининг жиддий фиброз- яллиғланган ўзгариши, дум қисми кистаси	БПП проксимал қисми торайиши йўв	МОБ дистал резекцияси, талокни сақлаш билан
	БПП проксимал қисми торайиши билан	МОБ дистал резекцияси, талокни сақлаш билан + БПП ни бўйлама очиш билан ПЕА шакллантириш
	(Меъда ва қизилўнғач веналарининг варрикоз кенгайиши асорати билан кечадиган) Жигардан ташқари портал гипертензия (талок вераси тромбози)	МОБ дистал резекцияси + Спленэктомия + Талок ауто трансплантацияси
БПП кўплаб стриктуралар билан кенгайиши	МОБ бошчасининг катталашмаган	Бўйлама панкреатикоеюноанастомоз
Дуоденал дистрофиянинг чекланган шакли	МОБ бошча ва дистал қисмларида ўзгаришлар йўқ	12 бармоқ ичак чекланган резекцияси ёки радикал дуоденопластика
МОБ ўсмасига шубҳа бўлганда		ПДР? Ёки МОБ дистал резекцияси

5-БОБ. НАТИЖАЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ.

Даволаш натижаларининг қиёсий таснифини ўтказиш учун қуйидаги кўрсаткичлар танлаб олинди: беморларнинг ўртача ёши, СП кечишининг давомийлиги, асоратлари, операциянинг тури ва шошиличилиги, амалиётдан кейинги асоратлар сони, тури ва унинг учраши. Бу маълумотларнинг умумий таҳлили шуни кўрсатадики, иккала гуруҳдаги асоратларнинг миқдорий ва сифат таркиби ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар мавжуд эмас ($p>0,05$).

5.1. СП нинг асоратланган турларини анъанавий ва каминвазив усулда даволаш натижаларининг таҳлили

Операция пайтида аниқланган ҳар хил сабаблар (масалан, МОБ атроф тўқималаридаги септик жарёнлар (9(11,8%)), бунга абсцесс (5), СК нинг инфекцияланиши (2), панкреатоплеврал окмалар (2) киради, шунингдек, ўткир панкреатит хуружи сабабли без тўқимасининг деструкцияси) туфайли панкреатикодигестив анастомозни шакллантиришнинг иложи бўлмайди, юқоридаги ўзгаришлар сабаб шакллантирилган тутмайди. Бу беморларда сурункали панкреатит касаллигининг асоратлари, яъни панкреатик гипертензияни декомпрессиеси қилиш ва бошқа асоратларни даволаш учун без канал тизимини ташқи дренажлаш, яъни жарроҳлик муолажасининг 1-босқичи ўтказилади.

Беморларнинг 43(57,6%) нафарида кам инвазив муолажалар ўтказилди, шулардан 36(47,4%) нафарида сохта киста аниқланганлиги учун ультратовуш текшируви назоратида пункция қилиш амалиёти бажарилган, уларнинг 7(9,2%) нафарида киста бўшлиғи билан без чиқарув найи орасида алоқа бўлмагани учун тўлиқ соғайиш кузатилди ва бу беморларда жарроҳликнинг 2-босқичига эҳтиёж қолмади.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 21(27,6%) да билиар гипертензия учради. Агар катталашган МОБ ўт йўлларинисиқиб қўйган бўлсагина билиар тизим декомпрессияси ўтказилди. Уларнинг 7(9,2%) нафарида билиар тизимдаги бу муаммо кам инвазив усулда бартараф қилинди: УТ назорати остида тери орқали жигар орқали холецистостомия (ЧЧХлС) -3 нафарида, тери орқали жигар орқали холангиостомия (ЧЧХлС) - 4 нафар беморда ўтказилди. Бу беморларни тўлиқ текшириш ва жарроҳлик усулида даволашнинг 2-босқичини ўтказиш учун уларнинг барчасига қайта госпитализация қилиш тавсия қилинди. МОБ БЧН ташқи

дренажланган 7 беморнинг 2(2,6%) нафарида қайта текширув ўтказганда клиник жиҳатдан тузалганлиги аниқланди ва фистулография текширувида без протоклари тўлиқ реканализация бўлганлиги ва юборилган контраст модданинг 12 бармоқ ичакка тўлиқ ва эркин тушганлиги кузатилди. УТТ маълумотларида эса Вирсунг протоклари кенгаймаганлиги аниқланди. Бу беморларда қайта операцияга кўрсатма топилмади ва дренаж найчалар олиб ташланди.

Бошқа барча беморларда дренаж найчалардан панкреатик ширанинг дренаж найчаларидан оқиб чиқиб тургани кузатилди ҳамда УТТ ва МРХПГ маълумотларига кўра МОБ протоклари кенгайганлиги аниқланди. Уларнинг барчасига даволашнинг 2-босқичини ўтказиш ва ПЕА ўрнатиш тавсия қилинди.

33(43,5%) нафар беморда СП нинг асоратларини бартараф қилиш анъанавий “очиқ” усулда бажарилди. Булардан 12(15,8%) нафар беморда операция пайтидаги панкреатобилиар соҳадаги жиддий патологик жараёнлараниқлангани учун БЧН ни ташқи дренажлаш муолажаси бажарилган бўлса, 21(27,6%) нафарида СК ичида ҳар хил катталиқдаги секвестрлар топилгани ва кистадан қон кетиш эҳтимоли юқори бўлгани учун киста бўшлиғини “очиқ” усулда ташқи дренажлаш муолажаси ўтказилди. Барча беморлар жарроҳлик муолажаларидан олдин касаллик қўзишидан сақловчи консерватив даволаш усулларини (антисекретор, спазмолитиклар ва антибиотиклар) қабул қилдилар. Бу беморларда амалиётан кейинги эрта даврда асоратлар учрамади.

Операциянинг 1-босқичи ўтказилган беморларнинг барча 33(43,4%) нафарида биринчи операциядан камида 3-4 ҳафта ўтгандан кейин режали равишда шифохонага ётқизилди ва уларда панкреатикоеюностомия операцияси ўтказилди.

“Очиқ” усулда ташқи дренажланган беморларнинг 10(13,2%) нафарида амалиёт шошилини равишда бажарилди. Уларнинг 1 нафарида операция СК дан аррозив қон кетиш натижасида ўтказилди. Бемор лапаротомия ва ревизия қилиниб қонаётган томир топиб тикилди. 2(2,6%) нафар беморнинг биттасида инфекцифланган кистанинг ёрилиши, бошқасида эса без абсцесси ёрилиши натижасида тарқалган перитонит кузатилгани учун қорин бўшлиғини тозалаб дренажланди. Бу беморларда касаллик амалиётдан кейинги даврда ҳар хил асорат билан кечди. Уларнинг 1(1,3%) нафарида қорин бўшлиғи абсцесси кузатилгани учун релапаротомия қилинди. 2(2,6%) нафарида СК нинг ифлосланиши (1) ва парапанкреатик абсцесс (1) ташхиси билан анъанавий усулда ташқи дренажлаш операцияси ўтказилди.

МОБ проток тизимини ташқи дренажлаш жарроҳлик усулининг 1-босқичи сифатида ижобий натижалар берган бўлсада, унинг салбий томонлари ҳам кузатилди. Бунга дренаж найча орқали беморнинг кўп миқдорда панкреатик суюқликни йўқотмаслиги учун уни реинфузия қилиши, дренаж найчани доимий парваришлаб туриши кераклигини айтиш мумкин, чунки сурункали панкреатит касаллиги билан оғриган беморларнинг барчаси ҳам тартиб қоидага риоя қилавермайди. Улар баъзи ҳолларда найчани “тушириб” қўйиши ҳам мумкин. Агар ташқи дренажланган БЧН да ўтказувчанлик тикланса бемор тузалиб кетиши мумкин, лекин проток ўтказувчанлиги тикланмаган беморларда ташқи оқмалар пайдо бўлади. Бу эса операция натижаларига салбий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари МОБ ва унинг атрофида пайдо бўладиган ҳар хил даражадаги битишма жараёнлари кейинги босқичдаги ёки қайта операция пайтида амалиёт бажарилишиникийинлаштиради ва безнинг шикастданиш эҳтимолини оширади.

Шундай ыилиб, БЧН ни ташқи дренажлаш жарроҳлик усулида даволашнинг 1-босқичи сифатида проток тизимидаги гипертензияни йўқотишга, МОБ даги яллиғланиш жараёнини камайтиришга, ҳосил бўлган ички оқмаларнинг битишига олиб келади ва беморда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни камайтириб операциянинг 2-босқичида ва ундан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган оқибатларнинг олдини олади.

Хулоса қилиб айтганда, 1-босқичдаги барча жарроҳлик муолажалари қуйидаги мақсадга, оғриқ синдромини бартараф қилиш ва сурункали панкреатит касаллигининг асоратларини даволашга йўналтирилган бўлса, 2-босқичда эса панкреатикоеюноанастомоз шакллантирилиб МОБ тўқима ва функциясини максимал даражада сақлаб қолишга қаратилган.

5.2. Иккала гуруҳдаги беморларнинг жарроҳлик даволаш натижаларини қиёсий баҳолаш

СП касаллигининг операция ҳажмини кенгайтириб бўлмайдиган асоратланган турлари, масалан, панкреатик гипертензиянинг МОБ соҳасидагиинфилтратив -яллиғланиш ҳолатлари билан ёки унинг сўнмаган кўзиш даври билан биргаликда келганида 2 босқичли жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолатларда меъда ости беши каналини ташқи дренажлаш муолажаси ўт йўллари, сохта кисталар ва жарроҳлик инфекцияси ўчоқлари топилган беморларни янада радикал жарроҳлик аралашувларига тайёрлашга имкон берди. 2-4 ой

ўтганидан кейин бу бемолрларда режалаштирилган ПЕА шакллантириш операцияси 33(43,4%) ҳолатда бажарилди, 36(47,4%) нафар беморда бу МОБ ни резекция қилиш билан ўтказилди.

Қайта операция ўтказган беморлар 3 тоифага бўлинди: 1-тоифага сохта киста ва унинг асоратлари бўйича биринчи мароатаба операция бажарилаётган беморлар; 2-тоифага абсцесс ва унинг қорин бўшлиғига ёрилиши асорати билан операция ўтказаётган ; 3-тоифага сурункали панкреатит касаллигининг бошқа асоратлари билан операцияга олинган беморлар киритилди.

Қуйидаги ҳолатларда резекцион операциялар бажарилди: агар МОБ тана ва дум соҳаларида кистоз ёки фиброз ўзгаришлар бўлганда, без дистал қисмида тўлиқ оқмалар кузатилиб дистал ПЕА шакллантириш имконияти бўлмаганди (бу ҳолатда МОБ нинг дистал (3) ёки ўрта қисми (2) резекция қилинди). мабодо операция пайтида МОБ ракини инкор қилиш имконияти бўлмаса бу беморларда панкреатодуоденал резекция амалиёти бажарилди (шунинг учун бу беморлар монография материалига киритилмади).

1-тоифадаги беморларнинг 33 нафарида инструментал текшириш натижасида без панкреатик тизимининг кенгайганлиги аниқланди ва уларнинг барчасига операциянинг 2-босқичида ПЕА шакллантириш режалаштирилди ва бажарилди. Операция пайтида шу нарса маълум бўлдики, операциянинг 1-босқичида МОБ каналига ўрнатилган дренаж найча ҳисобига БЧН ни топиш, ажратиш ва анастомоз қўйиш техник жиҳатдан осон ва қулай бўлди.

2-тоифадаги беморларни сохта киста ва панкреатик абсцесслар ҳисобига операция қилинган беморлар ташкил қилди. Уларнинг 36(47,4%) нафарида СК ва абсцессни дренажлаш кам инвазив усулларда бажарилди, 21(27,6%) нафарида эса анъанавий усул қўлланилди. Парапанкреатик абсцессларни ташқи пункцион дренажлаш бу асоратни даволаш учун етарли ва қулай муолажадир, аммо бу умуман СП даволаш муаммосини ҳал қила олмайди, айниқса, беморларда меъда ости беги гипертензияси бўлса.

Йирингли суюқлик тўпланишини дренажлашга қаратилган анъанавий тадбирларни амалга ошириш пайтида панкреатодигестив анастомозларни шакллантириш ўта хавфли бўлиб анастомоз соҳасининг тутмаслигига олиб келиши мумкин, айниқса, МОБ гипертензияси белгилпри бўлган беморларда, бу хавф янада кучаяди. Шунинг учун бундай вазиятларда ПЕА ни қўйиш 2-босқичга қолдирилгани маъқул. 3- тоифага кам инвазив усул билан 10(13,1%) нафар ва анъанавий “очиқ” усулда муолажа қилинганларнинг 8(10,5%)

нафарида парапанкреатик абсцессларнинг қорин бўшлиғига ёрилиш асорати, киста бўшлиғидан қон кетиш каби асоратлар билан шошилишчи равишда бирламчи операция ўтказган беморлар киритилди. Қолган беморларда тезлаштирилган жарроҳлик муолажаси бажарилди. Уларнинг 7(9,2%) нафарида УТ назорати остида ташқи дренажлаш 6(5,6%) нафарида билиодигестив анастомозлар қўйиш, 2(2,6%) нафарида без протокини ташқи дренажлаш билан холецистостома шакллантирилди ва 2(2,6%) нафарида без протокини ташқи найчалаш билан гепатикоеюноанастомоз муолажаси ўтказилди. Шунинг таъкидлаш керакки, бу беморларнинг 33(43,4%) нафарида ПЕА шакллантириш учун кўрсатма бўлган панкреатик гипертензия белгилари кузатилди ва даволашнинг 2-босқичи тавсия қилинди. 36 нафар беморда эса юқоридаги кўрсатмаларга асосан резекцион-дренажлаш операцияси бажарилди.

Асосий ва назорат гуруҳида тадқиқот қилинган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларининг қуйидаги кўрсаткичлари ўзаро қиёсий ўрганилди: жарроҳлик ўтказиш техникасининг мураккаблиги, амалиётдан кейинги эрта ва кечки даврларидаги умумий аҳволининг кечиши. Даволашнинг сифат кўрсаткичларини баҳолаш учун қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди: операцияларнинг давомийлик муддати, интраоперацион қон кетиш миқдори, интенсив терапия ва реанимация бўлими (ИТРБ) даги даволаниш муддати, амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар, панкреатик гипертензия ва оғриқ синдромининг қайталаниш тавсифи.

МОБ проток тизимини ички дренажлаш операцияси вақтининг давомийлиги

Операциялар вақтининг давомийлиги нафақат унинг ҳажми ва шошилишчилигига, балки гепатопанкреатодуоденал соҳа тўқимасининг ҳолатига (яъни, чарви қопидаги чандиқли-яллиғланиш борлигига, МОБ паренхимасининг аҳволига ва беморнинг анатомик тузилишига ҳам) боғлиқ.

Беморлар операция вақтининг давомийлигига кўрв 4 та тоифага бўлинди: операция давомийлиги 1 соатдан 2 соатгача давом этган беморлар, 2-4 соат, 4-6 соат ва 6-10 соат давом қилган. Назорат гуруҳида қуйидаги дренаж операциялари ўтказилди: ПЕА - 45(97,8%), ПГА - 1(2,2%). Операцияларнинг давомийлиги бўйича олинган натижалар 6-расмда келтирилган.



6-расм. Гуруҳларда операция вақтининг давомийлиги.

6-расмдан кўринадики, назорат гуруҳида операциялар ўртача 244,6 минут давом қилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 315,5 минутни ташкил қилди. Назорат гуруҳида 9(13,2%) нафар беморда операция 1 соатдан 3 соатгача давом қилган, 14(20,1%) да 2-4 соат, 28(41,1%) нафарида 4-6 соат ва 17(25,0%) нафар беморда 6 соатдан узоқ давом қилган. Асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич қуйидагича тақсимланди: 21(27,6%) нафари беморда операция 1соатдан 2 соатгача давом қилган бўлса, 23(30,2) нафарида 2-4 соат, 18(23,7%) нафарида 4-6 соат ва 12(15,8%) нафар беморда 6 соатдан кўпроқ давом этди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда жарроҳлик муолажалари вақтининг давомийлиги, назорат гуруҳидагига нисбатан анча юқорилиги аниқланди. Бунинг сабаби, биринчи навбатда, асосий гуруҳда касаллик асоратларини бартараф қилиб (жарроҳлик усулида даволашнинг биринчи босқичи), кейин режали равишда жарроҳлик ҳажми катта бўлган ва мураккаб операциялар (жарроҳлик усулида даволашнинг иккинчи босқичи) бажарилганлиги билан тушунтирилади. Иккинчидан, бу беморларда гепатопанкреатодуоденал соҳада битишма жараёнлари кабиҳар хил ўзгаришлар фонида операциялар бажариш ьехник жиҳатдан қийин бўлиб бу ҳар бир жарроҳнинг ўз тажрибасига боғлиқ.

Операция пайтидаги қон кетиш

Амалиёт пайтидаги қон кетиш, йўқотиш миқдори чарви қопи соҳасидаги чандиқланиш ва яллиғланиш жараёнининг ҳажмига ва чуқурлигига, ҳамда портал гипертензиянинг ривожланиш даражасига боғлиқ. Беморлар қон кетиш

даражасига кўра 3 та гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳда қон кетиш миқдори 500 мл гача, 2-гуруҳда 500 мл дан 700 мл гача ва 3-гуруҳда 700-1000 мл қон йўқотиш кузатилган.

Қон кетиш ҳажмига кўра беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимооти 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Операция пайтида қон йўқотиш ҳажми

Гуруҳлар	Қон йўқотиш даражаси				
	1-даража	2-даража	3-даража	4-даража	Жами
	Беморлар сони				
Назорат гуруҳи	13(29,5%)	19(43,2%)	11(25,0%)	1(2,3%)	44(100%)
Асосий гуруҳ	18(39,1%)	17(37,0%)	10(21,7%)	1(2,2%)	46(100%)

4-жадвалдан кўринадики, назорат гуруҳидаги беморларнинг 35(51,5%) 500 мл дан кам қон йўқотган, 30(44,1%) нафари 500 мл дан 700 мл гача ва 3(4,4%) нафарида 700-1000 қон йўқотган (бу бемор СК бўшлиғидан қон кетиш, 12 бармоқ ичак девори гематомасининг ажралиши ташхиси билан операция қилинган). Асосий гуруҳда эса қуйидаги натижалар кузатилди: 42(55,3%) нафар беморда операция пайтида 500 мл дан кам қон кетган бўлса, 31(40,8%) беморда 500 мл дан 700 мл гача ва 3 (3,9%) нафарида 700-1000 мл қон кетиши кузатилди. Иккала гуруҳда ҳам 500 мл дан кўп миқдорда қон йўқотиш кузатилди ($p \leq 0,01$).

Амалиётдан кейинги асоратларнинг учраши

Операциядан кейинги эрта даврнинг кечиши кўп жиҳатдан нафақат бажарилган операция ҳажмига, балки беморнинг умумий аҳволига, операция турига ва СП да кузатилган асоратларнинг оғирлик даражасига ҳам боғлиқ. Амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар учраши қуйидаги жадвалда келтирилган (5-жадвал).

5-жадвал

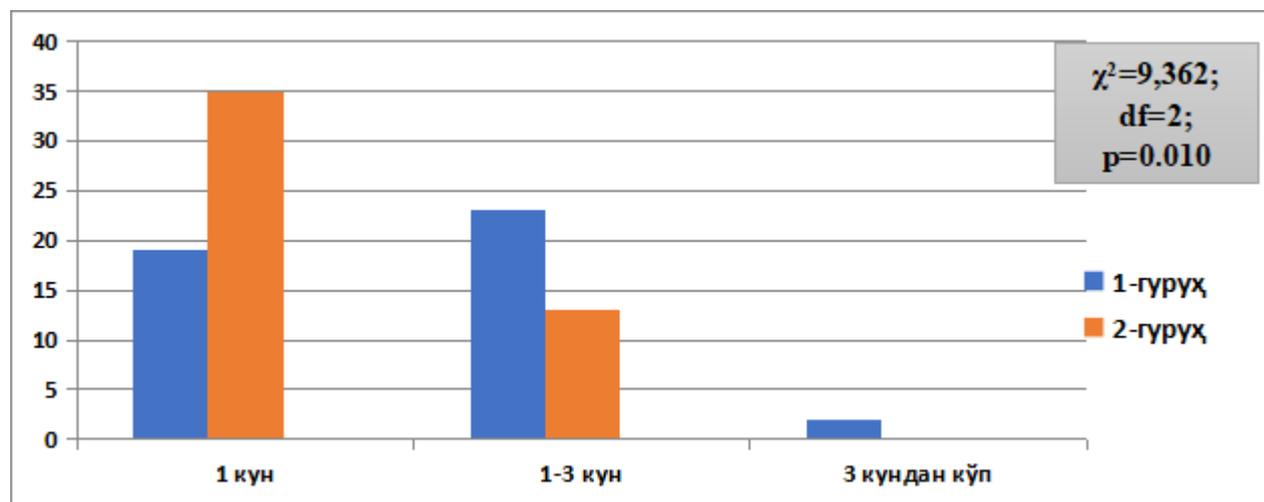
Амалиётдан кейинги эрта даврда учраган асоратлар тавсифи

Асоратлар	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Абс.	%	Абс.	%
ПЕА нинг тутмаслиги	2	2,9%	0	0,0%
Ошқозон-ичак тизмидан қон кетиши	2	2,9%	2	2,6%
Эркин қорин бўшлиғига қон кетиши	1	1,5%	1	1,3%
Гиперамилаземия	11	16,2%	7	9,2%
Полиорган етишмовчилиги	3	4,4%	1	1,3%
Амалиётдан кейинги соҳанинг йиринглаши	25	36,8%	14	18,4%
Барчаси:	44	64,7%	25	32,9%
Ишонччилик	$\chi^2=16,317; df=6; p<0.05$			

Шуни таъкидлаш керакки, ушбу асоратлар таркибида Clavien-Dindo бўйича III-V даражага мос келадиган хавфли асоратларнинг улуши 22,1% дан (назорат гуруҳидаги 15 нафар бемор) 7,9% гача камайди (асосий гуруҳидаги 6 нафар бемор). Умуман олганда, назорат гуруҳидаги беморларнинг 24(35,3%) нафарида ва асосий гуруҳидаги беморларнинг 51(67,1%) нафарида амалиётдан кейинги давр асоратсиз кечди. Бу эса СП касаллигини даволашда икки босқичли жарроҳлик усулининг юқори самарадорлигини исботлайди. ($\chi^2=16,317$; $df=6$; $p<0.05$).

Беморларнинг ИТРБ да даволаниш давомийлиги

Бу кўрсаткичнинг давомийлиги ўтказилган операция ҳажмига, шунингдек беморнинг умумий аҳволига ва амалиётдан кейинги эрта даврда асоратлар учрашига боғлиқ. Амалиётдан кейинги даврда беморларнинг интенсив терапия ва реанимация бўлими (ИТРБ) да даволаниш муддатига қараб улар қуйидагича бўлинди: булар 1 ўрин-кун, 1-3 ўрин-кун ва 3 ўрин-кундан ортиқ. Олинган натижалар қиёсий таҳлили 7-расмда келтирилган.



6-расм. Интенсив терапия ва реанимация бўлимида даволаниш муддати.

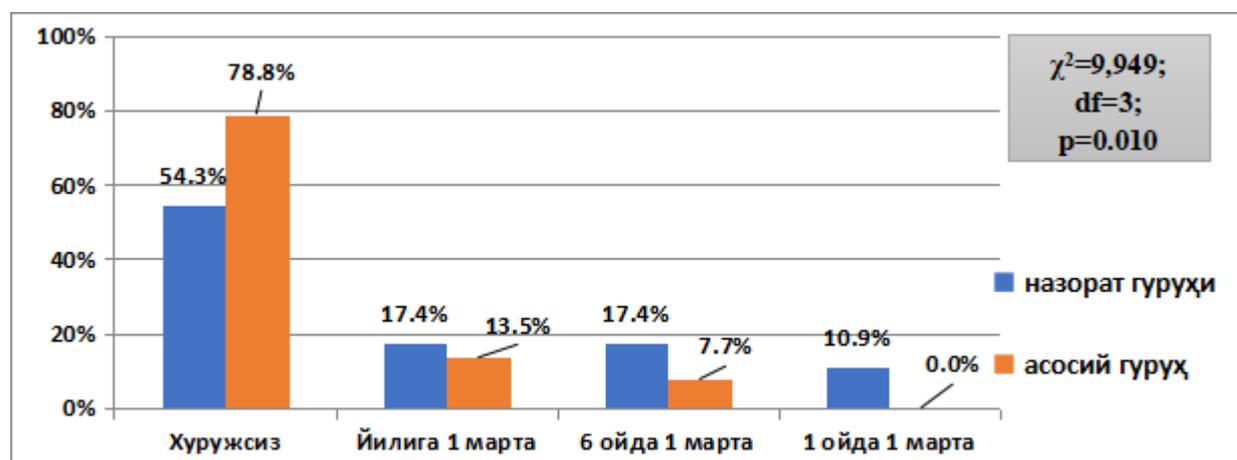
Назорат гуруҳидаги беморларнинг ИТРБ да узоқроқ қолиши, бир босқичли аралашув тактикаси билан боғлиқ бўлади. Чунки асосий гуруҳда кам инвазив муолажалар билан СП нинг асоратларини бартараф қилиш, даволашнинг 2-босқичида амроқ хавф билан радикал аралашув имконини берди.

Панкреатик гипертензиянинг қайталаниши ва оғриқ синдромининг пайдо бўлиши.

Амалиётдан кейинги кечки даврда назорат гуруҳидан 45(66,2%) нафар ва асосий гуруҳдан 52(68,4%) нафар беморлар кузатиб борилди. Бу беморларда амалиётдан кейинги анамнез, назорат гуруҳидаги 24 нафаридан 1 йилгача, 14 нафарида - 1 йилдан 3 йилгача, 7 нафар беморда эса 3 йилдан ортиқ вақтни ташкил қилди. Асосий гуруҳда эса мос равишда 28; 15 ва 9 нафарни ташкил қилди.

Жарроҳлик усулидаги даволашдан сўнг ўтказилган сўров натижаларига кўра, қориннинг юқори қисмида оғриқ хуружларининг учраши жарроҳлик аралашуви ҳажмига, овқатланиш режимига риоя қилишига ва МОБ фермент дори воситаларини қабул қилишига боғлиқ бўлган. Анамнез йиғишда, 1-гуруҳда сўралганларнинг атига 22(47,8%) нафари парҳез тавсияларига қатъий риоя қилганлиги аниқланди, қолган 24(52,2%) нафар бемор овқатланиш парҳезини вақти-вақти билан бузишган ёки умуман унга риоя қилишмаган. 2-гуруҳдаги беморларнинг 24(46,2%) нафари парҳезга риоя қилишган бўлса, 28(53,8%) нафар бемор эса овқатланиш тавсияларига умуман риоя қилишмаган.

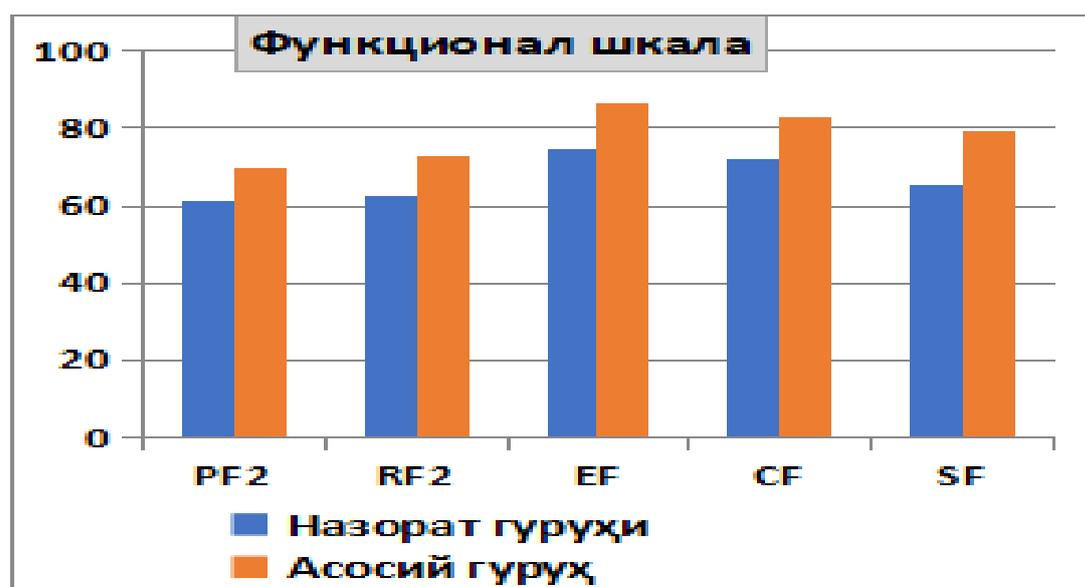
Оғриқ синдромининг пайдо бўлишига кўра, беморлар қуйдагича бўлинди: оғриқ хуружи йилига 1 мартаба ёки ундан кам кузатилиши - назорат гуруҳида - 8(17,4%), асосий гуруҳда - 7(13,5%) нафарни, ярим йилда 1 мартаба, назорат гуруҳида - 8(17,4%) ва асосий гуруҳда - 4 (7,7%) нафар беморни ташкил қилди, оғриқ хуружининг 1 ойда 1 мартаба ва ундан ортиқ учраши эса назорат гуруҳида - 5(10,9%) нафар беморда учраган бўлса, асосий гуруҳда учрамади. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, бу даврда оғриқ хуружи умуман кузатилмаган беморлар назорат гуруҳида 25(54,3%) ни асосий гуруҳда 41(78,8%) ни ташкил қилди ($\chi^2=9,949$; $df=3$; $p=0.010$). Касалликнинг хуружи бўйича беморларнинг гуруҳларда тақсимланиши ва унинг учраши 7- расм келтирилган.



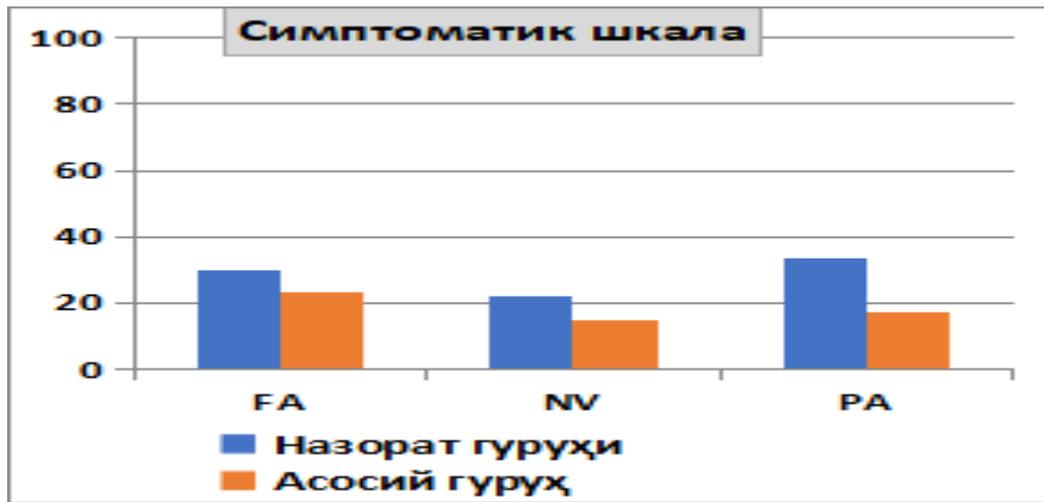
7-расм. Операциядан кейинги даврда СП касаллигининг қайталаниши

Операциядан кейинги кечки даврда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун EORTC QLQ-C30 V.3. сўровномасидан фойдаланилди.

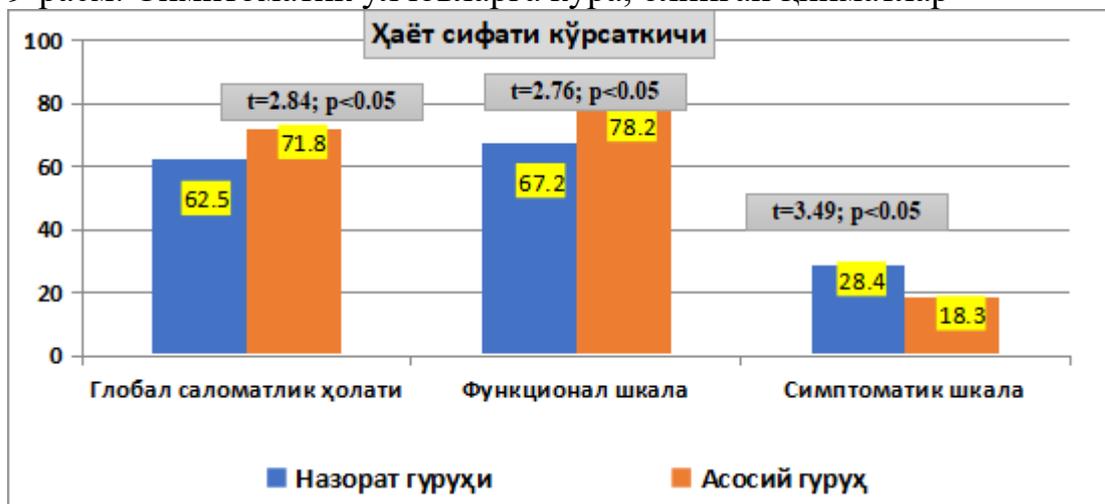
Сўровнома 5 та функционал ва 3 та симптоматик шкаладан, шунингдек глобал соғлиқни сақлаш ҳолатини баҳолашдан иборат бўлиб саволлар оддий ва такрорланмаслиги билан фойдаланишга жуда қулай. Бунда симптоматик белгиларнинг кам учраши ва функционал кўрсаткичларнинг юқорилиги резекцион-дренажловчи операцияларнинг ички дренажлаш операцияларидан самарали эканлигини кўрсатади. Бунинг сабаби резекцион -дренажловчи операцияларда МОБ тўқимасида патологик ўчоқнинг бутунлай бартараф қилинишидир. Функционал шкала бўйича ҳаёт сифатини баҳолаш шуни кўрсатадики, жисмоний фаолият мезони (PF2) бўйича назорат гуруҳида ўртача балл $-61,4 \pm 2,2$, асосий гуруҳда $69,8 \pm 1,8$ ($t=2,96$; $p<0,05$) баллни ташкил этди, ролли функцияси (RF2) бўйича мос равишда $62,5 \pm 2,7$ ва $72,6 \pm 1,6$ ($t=3,22$; $p<0,05$), эмоционал ёки хиссий фаолият (EF) бўйича мос равишда $74,3 \pm 3,2$ ва $86,5 \pm 2,1$ ($t=3,19$; $p<0,05$), когнитив фаолият (CF) - $72,1 \pm 4,9$ ва $82,7 \pm 2,8$ ($t=1,88$; $p>0,05$) ни ташкил қилган бўлса, социал-ижтимоий фаолият, гуруҳларда мос равишда - $65,7 \pm 3,7$ ва $79,5 \pm 2,6$ ($t=3,05$; $p<0,05$) эканлиги аниқланди. Симптоматик ўлчовларга кўра, олинган қийматлар: чарчоқ (FA) $-29,7 \pm 2,3$ ва $23,1 \pm 1,7$ ($t=2,31$; $p<0,05$), кўнгил айланиши ва қайд қилиш (NV) - $22,1 \pm 1,8$ ва $14,7 \pm 1,1$ ($t=3,51$; $p<0,05$) ва оғриқ (PA) - $33,5 \pm 3,5$ ва $17,2 \pm 1,4$ ($t=4,32$; $p<0,05$) микдорни ташкил қилди (8,9,10-расм).



8-расм. Функционал шкала бўйича ҳаёт сифатини баҳолаш



9-расм. Симптоматик ўлчовларга кўра, олинган қийматлар



10-расм. Ҳаёт сифатининг кўрсаткичи

Шундай қилиб, глобал саломатлик ҳолати кўрсаткичи назоратгуруҳида $62,5 \pm 2,7$ баллни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда $71,8 \pm 1,9$ баллни ($t=2,84$; $p<0,05$) кўрсатди, функционал шкала бўйича бу кўрсаткич гуруҳларда мос равишда $67,2 \pm 3,3$ ва $78,2 \pm 2,2$ ни ташкил қилади ($t=2,76$; $p<0,05$), симптоматик шкала бўйича эса $28,4 \pm 2,5$ ва $18,3 \pm 1,4$ ($t=3,49$; $p<0,05$) эканлиги аниқланди.

ХОТИМА

Сурункали панкреатитни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси жуда мураккаб ва адабиётларда доимий муҳокамаларга қарамай, у касалланишнинг кўпайиши сабабли фикрларнинг консенсусига эга эмас ва долзарб бўлиб қолмоқда. СП ва унинг асоратлари учун жарроҳлик усули ва кўламини танлаш беморнинг умумий аҳволи ва ёшига, касалликнинг давомийлигига, клиник кечишига, ошқозон ости безининг функционал ва патоморфологик ўзгаришларига боғлиқ ва қатъий индивидуал бўлиши керак.

Сурункали панкреатитни жарроҳлик даволашнинг асосий тамойилларидан бири бу ошқозон ости беги каналларининг декомпрессиясидир. Бироқ, сурункали панкреатитнинг мураккаб кечиши кўпинча операцияни етарли даражада бажаришга имкон бермайди, бу эса ўз навбатида кўп босқичли жарроҳлик даволашни танлашга олиб келади.

Беморларни диагностик текшириш давомида касалликнинг объектив патоморфологик белгилари ўрганилди ва улар тўлиқ баҳоланди, яъни МОБ паренхимаси тузишига, унда ҳар хил ҳосилалар (киста ва абсцесс) бор ёки йўқлигига, паранкреатик тўқималар ҳолатига ва бош чиқарув найи (БЧН) диаметрига (панкреатик ва портал гипертензия бор ёки йўқлигига) эътибор қаратилиб кўп ўзгарувчан (мультивариант) ва корреляцион таҳлиллар ўтказилди.

Тадқиқотнинг истиқболли (проспектив) босқичида 2010-2021 йилларда жарроҳлик усули билан даволанган 144 нафар бемор киритилди. Уларнинг 76 нафари икки босқичли жарроҳлик муолажасини ўтказган (бу беморларнинг 7 нафари сурункали панкреатит касаллиги асоратларини кам инвазив усулда коррекция қилингандан кейин бутунлай тузалиб кетди, 33 нафар бемор даволашнинг 2-босқичида ички дренажлаш (панкреатоеюноанастомоз)), 36 нафар бемор эса резекцион-дренажловчи жарроҳлик муолажаларини ўтказди, 68 нафар беморда эса бир босқичли операциялар ўтказилди, уларнинг 3 нафарида резекцион-дренажловчи ва 65 нафарида эса панкреатикоэнтероанастомоз шакллантирилди, яъни без проток

тизимини ички дренажлаш амалиётлари бажарилди. Бунда ҳам юқорида кўрсатилган патологик белгилари бўлган беморлар тадқиқотга киритилди.

Таҳлил қилинаётган беморларнинг ёши 23 дан 74 гача бўлиб, ўртача $44,5 \pm 12,6$ ёшни ташкил қилди. Жарроҳлик амалиётининг режаси сурункали панкреатит касаллигининг асорати ва унинг кечишига боғлиқ бўлди. Текширув ўтказилганда беморларнинг орасида СПнинг куйидаги асоратлари аниқланди: МОБ сохта кисталари – 82(56,9%), уларнинг 15(13,9%) тасида кистанинг ифлосланиши, 3(2,8%) тасида геморрагик асоратлар ва бошқа 3(2,8%) тасида СК нинг перфорацияси, 2(1,8%) та беморда truncus coeliacus соҳасидаги сохта аневризми кузатилди. Бундан ташқари 4(3,7%) та беморда парапанкреатик абсцесслар ва 40(27,8%) тасида билиар гипертензия учради.

Барча беморлар 2 та гуруҳга бўлинди. 1-(назорат) гуруҳга 68(47,2%) нафар бемор киритилди, уларнинг 3 нафарида МОБ да резекцион операциялар ва 65 нафарида эса без проток тизимида ҳар хил ички дренажлаш муолажалари ўтказилган ва бу операциялар бир босқичли усулда бажарилган. 2-(асосий) гуруҳга 76 (52,8%) та беморлар киритилди, бу беморларда жарроҳлик амалиёти 2 та босқичда бажарилган бўлиб, 1-босқичда уларда сурункали панкреатит касаллигининг асоратлари бартараф қилинди ва 69(90,7%) таси эса 2-босқичда резекцион-дренажлаш (36 (47,3%)) ва без проток тизимини ички дренажлаш (33(43,4%)), яъни панкреатикоэнтероанастомоз амалиёти ўтказди. Беморларнинг 7(9,2%) нафарида жарроҳлик амалиётининг 1-босқичидан кейин касаллик тузалиб кетди ва уларда операциянинг 2-босқичига эҳтиёж сезилмади.

Назорат гуруҳидаги (68) беморларда бир босқичли операция ўтказилди. Уларнинг 65(95,6%) нафарида дренажловчи операцияларнинг ҳар хил турлари бажарилди, шундан, (60(88,2%) панкреатикоеюноанастомоз, панкреатико-гастроанастомоза–2, цистоеюноанастомоза–3), 3 (4,4%) тасида эса МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси ўтказилди. Бу гуруҳидаги беморларнинг 38(55,9%) нафар бемор режали равишда операция қилинган бўлса, 14(20,6%) тасида кечиктирилган ва 6(8,8%) тасида эса шошилиш равишда операция ўтказилган. СК даги қон кетиш, унинг ўн икки бармоқ ичакка ёрилиши каби ҳолатлар шошилиш операцияга кўрсатма бўлган. Бу беморларда ўн икки бармоқ ичак деворида интрамурал гематома аниқланган.

Асосий гуруҳидаги беморларда жарроҳлик муолажалари 2 босқичда ўтказилди. 1- босқичда асосий касалликнинг асоратларини бартараф қилиш, 2-босқичда эса касалликнинг этиопатогеник

омилларини ҳисобга олган ҳолда операция олиб борилди. Уларнинг 43(56,6%) тасида 1-босқич муолажаси каминвазив усулда бажарилган бўлса, 28(36,8%) тасида анъанавий усулда бажарилди. Анъанавий усулда ўтказилган муолажаларнинг 12(18,8%) тасида, бу муолажага кўрсатма интраоперацион даврда аниқланди ва бу беморларда МОБ дренаж тизимини ташқи найчалаш ўтказилди.

Бу гуруҳдаги беморларнинг 15(23,4%) тасида операциялар шошилишч равишда бажарилди: 9(14,1%) тасида кистанинг ёрилиши, 5(7,8%) тасида перитонит, 1(1,6%) та қон кетиш каби асоратлар шошилишч операцияга кўрсатма қилиб олинди. Шунинг ҳам таъкидлаш керакки, бу беморларнинг 19(25,0%) тасида муолажа ўтказилгандан кейин бир йил ичида сурункали панкреатит касаллигининг бошқа асоратлари ҳам кузатилди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 47(69,1%) нафарида амалиётдан кейинги асоратлар кузатилди. Шунингдек 2(2,9%) та беморда ПЕА дан кейинги чоклар тутмаслиги, қон кетиш асоратлари 3 нафар (ОИТ га қон кетиш -2(2,9%), эркин қорин бўшлиғига - 1(1,5%)) беморда кузатилди. Гиперамилаземия 11(16,2%), полиорган етишмовчилиги 3(4,4%) беморда ва 25(36,8%) ҳолатда амалиёт соҳасининг йиринглаши каби асоратлар ҳам кузатилди. Амалиётдан кейинги ўлим кўрсаткичи 1,5% ни, ўртача ўрин-кун эса $22,9 \pm 2,1$ ни ташкил қилди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 45(66,2%) нафарида бу даврдаги умумий аҳволини баҳолаш учун сўровнома ўтказилди. Уларнинг 16(35,5%) нафарида операция ўтказилганига 1 йилдан кам вақт бўлган, 18(40,0%) нафари 1-3 йил олдин ва 11(24,4%) бемор эса 3-7 йил олдин операция ўтказган.

Операция ўтказганига 1 йил бўлган 16(35,5%) беморнинг 8(17,8%) нафарида йил давомида 2 маротаба оғриқ хуружи кузатилган, лекин бу оғриқлар овқатланиш режимига қатъий риоя қилиш ва консерватив даволаниш натижасида йўқолганлиги сабабли улар шифохонага ётмаган. Қолган 25(54,3%) беморда оғриқ хуружи кузатилмаган. Барча ҳолатларда касалликнинг қўзишига овқатланиш рационининг бузилиши сабаб қилиб кўрсатилган.

Қайта текширув (УТТ, МРХПГ, МСКТ) натижалари шунинг кўрсатдики, беморларнинг ҳеч бирида панкреатик гипертензия белгилари қайта кузатилмаган. Операциядан олдинги тана вазнининг камайиши (3 тасида 5 кг гача, 2 тасида – 10 кг гача ва 1 та беморда 10 кг дан кўп вазн йўқотиш) кузатилган 6(13,6%) та беморда ҳам тана вазнининг меърига келиши кузатилди. Уларнинг 4 тасида ПЕА шакллантирилган, 1 тасида панкреатикогастростомия ва 1 тасида кузатилган МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси

ўтказилган. Уларнинг 3 (6,8%) тасида анамнезида қандли диабет аниқланган.

Асосий гуруҳга ҳар хил сабабларга кўра муолажанинг 1-босқичини фақат кам инвазив усулда асосий касалликнинг асоратларини бартараф қилишга йўналтирилган (n=43) беморлар киритилди. Бу беморларда даволашнинг 2-босқичи сифатида ҳар хил усулларда ички дренажлаш муолажалари ўтказилди. Бошқа (n=33) нафарида эса (1-гуруҳча) асосий касаллик асоратларини бартараф қилиш анъанавий “очик” усулда бажарилди. Кечиктирилган операция ўтказилган бу беморларнинг 6 тасида МОБ ва унинг атрофидаги тўқималар абсцесси, 3 тасида механик сариклик ва 2 тасида дуоденал тутилиш асоратлар сабаб бўлди. Бу беморларда 1-босқич операцияларидан мақсад нафақат асосий касаллик асоратларини бартараф қилиш балки МОБ проток тизимидаги босимни ҳам йўқотиш бўлди. Чунки периампуляр қисмида йирингли-септик жараёнлар ва без паренхимасида яққол шиш бўлган бундай беморларда панкреатикодигестив анастомозлар шакллантириш қийин ва бу анастомознинг тутмаслигига олиб келади. Таклиф қилинган бу муолажалар нафақат МОБ проток тизимини декомпрессиясига олиб келади, балки кейинги босқичдаги операция ҳажми, давомийлиги қисқартиради, унинг бажарилиш хавфсизлигини ва операциядан кейинги асоратлар сонини ҳам камайтиради. Бир қатор ҳолатларда МОБ протоklarини ташқи найчалаш унинг тўлиқ реканализациясига олиб келди. Овқатланиш рационага тўлиқ амал қилган ва амалиётдан кейин “касалликнинг қайталанишига” қарши даво муолажаларини тўлиқ қабул қилиб турган беморларнинг 8(12,5%) тасида БППни ташқи найчалаш сурункали панкреатит касаллигини хирургик даволашнинг якуний босқичи бўлди.

Асосий касалликнинг асоратларини бартараф қилиш учун даволашнинг 1-босқичи сифатида 36(56,3%) та беморда (2-гуруҳча) каминвазив жарроҳлик усулларидан фойдаланилди. Бу усулнинг кўлланилиши гепатопанкреато-дуоденал соҳа тўқималарини кам травматизациясини таъминлайди ва сурункали панкреатит касаллиги ва унинг асоратларини даволашда усулнинг афзалликларини кўрсатди. Бу гуруҳчада қуйидаги каминвазив амалиётлар ўтказилди: сохта кистани ташқи дренажлаш -18 та, Абсцессларни ташқи дренажлаш- 9 та, МОБ каналини ташқи дренажлаш-7та (холецистостомалар шакллантириш билан -2, ўт йўллари ташқи дренажлаш билан -3та). Кам инвазив муолажа ўтказилган беморларнинг 7(9,2%) тасида бу операция сурункали панкреатит касаллигини хирургик даволашнинг якуний усули бўлди ва операциянинг 2- босқичига эҳтиёж қолмади.

Асосий касалликнинг асоратларини даволашда қўлланилган жарроҳлик муолажаларининг натижалари қиёслаш учун қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди: қайси оғриқсизлантириш усулининг қўлланилиши ва натижаси, амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар, амалиётдан кейинги меҳнат фаолиятининг тикланиш муддати, амалиётдан кейинги ўртача ўрин-кун ва ўлим кўрсаткичининг учраши. Натижаларнинг қиёсий таҳлили (каминвазив усулда амалиётдан кейинги асоратлар сонининг камлиги ва ўлим кўрсаткичининг йўқлиги ($p < 0,05$); ўртача ўрин-кун кўрсаткичининг 2 баробар камлиги ($8,8 \pm 3,4$ ва $14 \pm 2,3$); 2-босқичдаги операциянинг каминвазив муолажадан кейин нисбатан осон бажарилиши ва асоратларнинг кам учраши ($p < 0,05$) шуни кўрсатадики, сурункали панкреатит касаллиги асоратларини каминвазив усулда бартараф қилиш анъанавий усулга қараганда иқтисодий ва клиник жиҳатдан афзал экан.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 69 тасида 2-босқич амалиётлари ўтказилди. Уларнинг 33 тасида дренажловчи ва 36 тасида резекцион операциялар бажарилди. Бу беморларда ўткир панкреатит ва ўлим ҳолати бу беморларда кузатилмади. Уларнинг ўртача ўрин-кун кўрсаткичи $15,4 \pm 1,5$ суткани ташкил қилди.

Бу гуруҳдаги беморларнинг 52(68,4%) тасида амалиётдан кейинги узоқ даврдаги асоратларни ўрганиш учун кузатувга олинди. Уларнинг 6(9,4%) тасида оғриқ синдроми 1 йилда 1 маротаба кузатилди, 4(6,3%) тасида 6 ойда 1 маротаба ва 2(3,1%) ойига 1 маротаба учради. Беморларнинг барчаси оғриқ синдромининг қайталанишини овқат рационини бузиши билан боғлайдилар.

Қайта текширув (УТТ, МРХПГ, МСКТ) натижалари шуни кўрсатадики, беморларнинг ҳеч бирида панкреатик гипертензия белгилари қайта кузатилмаган. Операциядан олдинги тана вазнининг камайиши (3 тасида 5 кг гача, 1 тасида – 10 кг гача ва 1 та беморда 10 кг дан кўп вазн йўқотиш) кузатилган 5(7,8%) та беморда ҳам тана вазнининг меёрига келиши кузатилди. Уларнинг 4 тасида ПЕА шакллантирилган, 1 тасида панкреатикогастростомия ва 1 тасида кузатилган МОБ бошча қисмининг чекланган резекцияси ўтказилган. Уларнинг 3 (4,7%) тасида анамнезида қандли диабет аниқланган.

Асосий (2 босқичли жарроҳлик усули) ва назорат (1 босқичли жарроҳлик усули) гуруҳидаги даволаш натижаларининг таҳлил қилиш учун ҳар иккала операция вақтидаги қон йўқотиш даражасини, амалиёт пайтидаги ва ундан кейинги эрта даврдаги асоратлар учраши, беморнинг интенсив терапия ва реанимацияда бўлиш муддатининг давомийлиги ва ўлим кўрсаткичининг учраш даражаси ўрганилди. Бу шуни кўрсатадики, сурункали панкреатит

касаллигини жарроҳлик усули билан даволашда 2 босқичли усулдан фойдаланиш операциядан кейинги учраши мумкин бўлган асоратлар сонини камайтиради ва кейинги босқичда ўтказиладиган операцияни патогенетик жиҳатдан асослаб беради ва унинг бажарилишининг қулайлигини таъминлайди.

Асосий гуруҳидаги беморларнинг 52(68,4%) нафарида амалиётдан кейинги узок даврдаги умумий аҳволини баҳолаш учун сўровнома ўтказилди. Уларнинг 19(36,5%) нафарида операция ўтказилганига 1 йилдан кам вақт бўлган, 20(38,4%) нафари 1-3 йил олдин ва 13(25,0%) бемор эса 3-7 йил олдин операция ўтказган. Жарроҳлик усулида даволашнинг 2-босқичидан кейинги 1 йил давомида беморлар аҳволида ижобий ўзгаришлар кузатилди, оғрик синдромининг давомийлиги ва интенсивлиги ҳамда сони камайиб борди. Амалиётдан олдинги даврда тана вазнини йўқотган 8(12,5%) (уларнинг 4 таси 5 кг, 2 таси 10 кг ва бошқа 2 таси 10 кг дан ҳам кўп миқдорда (кахексия)) беморларда амалиётдан кейинги даврда тана вазнининг (5 тасида – 5 кг, 3 тасида 5-10 кг гача) тиклангани қайд қилинди.

Шундай қилиб дренажловчи операциялардан кейинги кузатилиши мумкин бўлган панкреатик гипертензиянинг қайталаниш даражаси нафақат МОБ тўқимасининг прогрессив чандиқланишига ва беморларнинг амалиётдан кейинги овқатланиш режимини бузишига, балки бажариладиган операция ва анастомоз шаклига ҳам боғлиқ. Барча ҳолатларда ҳам панкреатикоеюноанастомозни кенгроқ қўйиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Аррозивные кровотечения при псевдокистах поджелудочной железы / М.А. Абдуллаев, Э.Э. Топузов, А.М. Авдеев, Ю.В. Плотников // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2012. – № 1. – С. 133-139.

2. Артемьева, Н.Н. Трудности дифференциальной диагностики рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита / Н.Н. Артемьева, Н. Ю. Коханенко // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8, №2. – С. 181-182.

3. Багненко, С.Ф. Хирургическая панкреатология / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Г.И. Синенченко. – Санкт-Петербург : Речь, 2009. – 603 с.

4. Белоусова Е. А., Никитина Н. В., Цодиков Г. В. Оптимизация схем лечения хронического панкреатита ферментными препаратами // Фарматека. - 2018. – Т. 13. - №. 167. - С. 103-108.

5. Бойко И.Ю. Клинико-морфологические особенности хронического панкреатита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2015. – 24 с.

6. Ваганов, А.А. Сравнительная оценка миниинвазивных вмешательств в лечении больных с хроническими псевдокистами поджелудочной железы : автореф. дис. канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2019. – 23 с.

7. Войновский, А.Е. Дифференцированная хирургическая тактика при хроническом панкреатите: автореф. дис....д-ра мед. наук. – Москва, 2008. – 46 с.

8. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита / А.В. Воробей, А.Ч. Шулейко, Ю.Н. Орловский [и др.]

// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173, №5. – С. 36-43.

9. Гальперин, Э.И. Хронический панкреатит / Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 92-110.

10. Гольцов, В.Р. Возможности минимально-инвазивного лечения осложнений псевдокист поджелудочной железы / В.Р. Гольцов, Д.М. Курочкин, Е.В. Батиг // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – № 3. – С. 92.

11. Гончарик, И. И. Хронический панкреатит / И. И. Гончарик // Военная медицина. - 2015. - №3.-С.127-133

12. Григорьева И. Н., Никитенко Т. М., Ямлиханова А. Ю. и соавт. Алкогольный панкреатит: гендерные, возрастные, генетические особенности // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2019. № 3. - С. 42-47.

13. Данилов, М. В., Зурабиани В. Г. Тактика лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 7. – С. 53– 58.

14. Двухцентровое рандомизированное контролируемое исследование «Сравнительная оценка результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы с продольным панкреатикоюноанастомозом и без него при хроническом панкреатите при расширении главного панкреатического протока и отсутствии стриктур и камней в его просвете» / В.И. Егоров, А.Т. Щастный, В.А. Вишневский [и др.] // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17, № 4. – С. 172-182.

15. Двухэтапное лечение осложненного хронического панкреатита / Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, С.В. Петрик [и др.] // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 169.

16. Ивашкин В.Т., Маев И. В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии - 2014. -Т. 24. - № 4. - С.70-97.

17. Изолированная резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, Г.Г. Ахаладзе [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 155.

18. Калинин, А. В. Хронический панкреатит: диагностика, лечение, профилактика // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии – 2017. – № 1. – С. 3–15.

19. Карпачев А.А., Солошенко А.В., Хлынин А.Ю., Ярош А.Л., and Полянский В. Д. "Роль и место эндоскопических вмешательств в

лечения хронического панкреатита" Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация, vol. 16, no. 22 (117), 2016. pp. 83-87.

20. Кармазановский Г. Г., Козлов И. А., Яшина Н. И. с соавт. Компьютерно-томографические критерии выбора метода и оценки результатов хирургического лечения хронического панкреатита // Медицинская визуализация. - 2016. - Т. 3. - С. 75-87.

21. Кащенко В.А., Лойт А.А, Солоницын Е.Г., Лукичев Р.И., Скульский С.К., Лебедева Н.Н.. Роль магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в предоперационной диагностике холедохолитиаза у пациентов, готовящихся к лапароскопической холецистэктомии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2015. 8: 1: 92-99.

22. Козлов, И.А. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. Диагностика и хирургическое лечение: автореф. дис д-ра мед. наук. – Москва, 2005. – 46 с.

23. Компьютерно-томографические критерии выбора метода и оценки результатов хирургического лечения хронического панкреатита / Г.Г. Кармазановский, И.А. Козлов, Н.И. Яшина, Л.В. Винокурова // Медицинская визуализация. – 2006. – № 3. – С. 75-87.

24. Консервативное лечение псевдокист поджелудочной железы / Э.Э. Топузов, М.А. Абдулаев, А.М. Авдеев, Ю.В. Плотников // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2012. – № 3. – С. 92-101.

25. Кубышкин В. А. и др. Лечение больных хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 1. - С. 12-21.

26. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Вишневский В.А., Национальные рекомендации по хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом -2015. А.Ш. Ревивили, А.Г. Кригер, В.А. Вишневский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 9. – С. 5-14.

27. Кубышкин В. А. и др. Лечение больных хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2017. - Т. 1. - С. 12-21.

28. Лапароскопическая операция Фрея / Р.Е. Израйлов, В.В. Цвиркун, Е.А. Дубцова и др. // Доказательная гастроэнтерология. – 2018. – Т.7, №1. – С.98а-98.

29. Лапароскопическая резекция поджелудочной железы / Р.Е. Израилов, В.В. Цвиркун, Р.Б. Алиханов, А.В. Андрианов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 2. – С. 45-51.

30. Лапароскопические операции на поджелудочной железе: 11- летний опыт специализированного центра / И.Е. Хатьков, В.В. Цвиркун, Р.Е. Израилов [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2018. – Т. 46, № 6. – С. 640-647.

31. Лечение больных с геморрагическими осложнениями псевдокист поджелудочной железы / В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло, А.Е. Демко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Т. 22, № 2. – С. 12-19.

32. Лечение больных хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии / В.А. Кубышкин, А.Г. Кригер, В.Н. Цыганков, А.Б. Варава // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 12-21.

33. Лечение хронического панкреатита, осложненного кровотечением / Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, В.В. Зеленин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Т. 22, № 2. – С. 20-29.

34. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: ее место в диагностике болезней гепатопанкреатодуоденальной области / Л.М. Портной, Л.Б. Денисова, Е.В. Уткина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – Т. 11, № 5. – С. 41-50.

35. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Болезни поджелудочной железы. В 2-х томах // - 2018. - С. 976

36. Морфологическое исследование поджелудочной железы при хроническом панкреатите с использованием иммуногистохимических маркеров / Е.И. Чумасов, Н.А. Майстренко, Е.С. Петрова [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2013. – Т. 13, № 2. – С. 71-78.

37. Национальные клинические рекомендации «Механическая желтуха». Вишневский В.А., Дарвин В.В., Олевская Е.Р., Кармазановский Г.Г., Кривцов Г.А., Кригер А.Г., Прибыткова О.В., Совцов С.А. 2018.

38. Непосредственные результаты проксимальной резекции поджелудочной железы при хроническом панкреатите / И.А. Козлов, В.А. Кубышкин, Т.В. Шевченко, Н.И. Яшина // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 258-259.

39. Оптимизация техники операций у больных хроническим панкреатитом / Н.А. Пронин, А.А. Натальский, С.В. Тарасенко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – № 12. – С. 41-45.

40. Особенности патоморфоза хронического панкреатита в обосновании хирургических подходов / Н.А. Майстренко, Е.И. Чумасов, Е.С. Петрова [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – Т. 172, № 4. – С. 29-39.

41. Паклина, О.В. Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы : атлас / О.В. Паклина, Г.Г. Кармазановский, Г.Р. Сетдикова. – Москва : Видар, 2014. – 181 с.

42. Панкреатический сахарный диабет / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А. Голубева [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 6. – С. 11-17.

43. Петрик, С.В. Двухэтапное лечение осложненных форм хронического панкреатита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2015. – 20 с.

44. Петров, Р.В. Отдаленные результаты и качество жизни после операций по поводу хронического панкреатита. Что доказано? / Р.В. Петров, В.И. Егоров // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 7. – С. 68-79.

45. Петров, Р.В. Сравнение эффективности двух видов субтотальной резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2012. – 23 с.

46. Повторные операции при хроническом панкреатите / Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, Ю.Н. Ширяев [и др.] // Хирург. – 2014. – № 2. – С. 13-19.

47. Подолужный В.И. Механическая желтуха: принципы диагностики и современного хирургического лечения // Фундаментальная и клиническая медицина. 2018. №2.

48. Показания и выбор метода продольной панкреатоюностомии при осложнённом хроническом панкреатите / Т.А. Кадошук, О.Е. Каниковский, В.В. Петрушенко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 164-165.

49. Показатели качества жизни больных хроническим билиарным панкреатитом после различных вариантов хирургического лечения / С.Я. Ивануса, М.В. Лазуткин, Д.П. Шершень [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 338, № 4. – С. 21-27.

50. Послеоперационное кровотечение в хирургии поджелудочной железы / Д.С. Горин, А.А. Гоев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Т. 22, № 2. – С. 36-44.

51. Послеоперационный панкреатит при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе / А.Г. Кригер, В.А.

Кубышкин, Г.Г. Кармазановский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 4. – С. 14-19.

52. Проблема хронического панкреатита с позиций терапевта и хирурга / В.Б. Гриневич, Н.А. Майстренко, А.С. Прядко [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2012. – Т. 12, № 2. – С. 35-55.

53. Псевдокисты поджелудочной железы (Обзор литературы, часть 1) / Э.Э. Топузов, М.А. Абдулаев, А.М. Авдеев, М.Я. Беликова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2013. – № 1. – С. 104-121.

54. Резекция головки поджелудочной железы как способ хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / В.И. Малярчук, В.А. Иванов, А.Е. Климов [и др.] // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии : материалы научно-практической конференции, посвященной памяти акад. АН РУз и РАН У.А. Арипова. – Ташкент, 2004. – С. 95.

55. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? (Аналитический обзор) / В.И. Егоров, В.А. Вишневецкий, А.Т. Щастный [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 8. – С. 57-66.

56. Ретроградное транспапиллярное стентирование протока поджелудочной железы в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом / С.А. Будзинский, А.Г. Мыльников, П.Л. Чернякевич [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 40-49.

57. Российский консенсус по экзо- и эндокринной недостаточности поджелудочной железы после хирургического лечения / И.Е. Хатьков, И.В. Маев, С.Р. Абдулхаков [и др.] // Терапевтический архив. – 2018. – Т. 90, № 8. – С. 13-26.

58. Современная тактика в хирургии хронического панкреатита / А.В. Воробей, А.Ч. Шулейко, Ю.И. Вижинис [и др.] // Хирургия. Восточная Европа. – 2014. – №3 (11). – С. 83-98.

59. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни больных / А.А. Карпачев, И.П. Парфенов, А.Ю. Хлынин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93, № 1. – С. 34-38.

60. Структурно-функциональное состояние стромы и капилляров при хроническом панкреатите / И.А. Чекмарева, П.Н. Никитин, О.В. Паклина [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 4. – С. 34-37.

61. Хирургическое лечение осложнений хронического панкреатита / Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, Ю.Н. Ширяев, С.В. Петрик // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2015. – № 2. – С. 67-72.

62. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений / В.А. Кубышкин, И.А. Козлов, А.Г. Кригер, А.В. Чжао // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – Т. 17, № 4. – С. 24-34.

63. Хронический осложненный панкреатит / В.Е. Загайнов, Р.М. Евтихов, Е.Ю. Евтихова [и др.]. — Нижний Новгород : Нижегородский институт им. Н.И. Лобачевского, 2012. — 211с.

64. Чазова И.Е., Мартынюк Т.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (II часть). Терапевтический архив (архив до 2018 г.). 2016 Oct 1;88(10):63-73.

65. Шаймарданов Р.Ш., Губаев Р.Ф., Хамзин И.И., Нуриев И.И. Диагностика и лечение синдрома билиарной гипертензии при хроническом панкреатите // Казанский мед.ж., 2016. -№ 6.

66. Щастный, А.Т. Зависимость болевого синдрома и качества жизни больных хроническим панкреатитом от патоморфологических изменений поджелудочной железы / А.Т. Щастный // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 83-90.

67. Щастный, А.Т. Послеоперационные осложнения проксимальных резекций поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом / А.Т. Щастный // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 3. – С. 30-43.

68. Щастный, А.Т. Результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Бегеру при хроническом панкреатите / А.Т. Щастный, Р.В. Петров, В.И. Егоров // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 72-78.

69. Эндovasкулярные вмешательства в хирургии поджелудочной железы / А.Ш. Ревшвили, А.Г. Кригер, Д.С. Горин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – № 4. – С. 4-16.

70. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, Г.А. Уржумцева, Н.А. Петрова // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 9-18.

71. Эндоскопическое лечение псевдокист поджелудочной железы / Э.Э. Топузов, М.А. Абдулаев, А.М. Авдеев, Ю.В.

Плотников // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2012. – № 2. – С. 88-96.

72. Ярешко, В.Г. Резекционные и дренирующие операции в лечении хронического панкреатита и его осложнений / В.Г. Ярешко, Ю.А. Михеев // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 3 (22). – С. 160-165.

73. Amann S. T. et al. Physical and Mental Quality of Life (QOL) in Chronic Pancreatitis (CP): A Case-Control Study from the NAPS2 cohort //Pancreas. - 2016. –Т. 42. - №. 2. - С. 293.

74. Amann S.T., Yadav D, Barmada M et al. Physical and mental quality of life in chronic pancreatitis: a case-control study from the North American Pancreatitis Study 2 cohort. Pancreas 2015; 42: 293 - 300.

75. American pancreatic association practice guidelines in chronic pancreatitis evidence-based report on diagnostic guidelines / D.L. Conwell, L.S. Lee, D. Yadav [et al.] // Journal of Pancreas. – 2014. – Vol. 43, № 8. – P. 1143-1162.

76. Andersen D. K., Frey C. F. The evolution of the surgical treatment of chronic pancreatitis //Annals of surgery. - 2016. - Т. 251. - №. 1. - С. 1832.

77. Bachmann K, Tomkoetter L, Erbes J, Hofmann B, Reeh M, Perez D, Vashist Y, Bockhorn M, Izbicki JR, Mann O. Beger and Frey procedures for treatment of chronic pancreatitis: comparison of outcomes at 16-year follow-up. Journal of the American College of Surgeons. 2017. Aug 1; 219(2):208-16.

78. Beger HG, Buchler MA, Bittner RR, Oettinger WO, Roscher RU. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis. Early and late results. Annals of surgery. 2017 Mar;209(3):273.

79. Behrns K. E., Ben-David K. Surgical therapy of pancreatic pseudocysts

//Journal of Gastrointestinal Surgery. - 2018. - Т. 12. - №. 12. - С. 2231

80. Bellin MD, Beilman GJ, Sutherland DE, et al. How Durable Is Total Pancreatectomy and Intraportal Islet Cell Transplantation for Treatment of Chronic Pancreatitis? J Am Coll Surg 2019; 228:329.

81. Bender JS, Bouwman DL, Levison MA, et al. Pseudocysts and pseudoaneurysms: surgical strategy. Pancreas 2016; 10: 143-7.

82. Bergman JJ, Burgemeister L, Bruno MJ, et al. Long-term follow-up after biliary stent placement for postoperative bile duct stenosis. Gastrointest Endosc. 2016. 54:154-161.

83. Beyer G, Habtezion A, Werner J, Lerch MM, Mayerle J. Chronic pancreatitis. *Lancet*. 2020. 396(10249):499-512. doi:10.1016/S0140-6736(20)31318-0
84. Bracher G.A., Manocha A.P., DeBanto J.R., Gates L.K., Slivka A., Whitcomb D.C., Martin S.P. Endoscopic pancreatic duct stenting to treat pancreatic ascites. *Gastrointest. Endosc.* 2019. 49:710-715. doi: 10.1016/S0016-5107(99)70287-7.
85. Bradley EL. Pancreatic duct pressure in chronic pancreatitis. *The American Journal of Surgery*. 2016. Sep 1; 144 (3):313-6.
86. Braden B., Dietrich C. F. Endoscopic ultrasonography-guided endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts and walled-off necrosis: New technical developments // *World J Gastroenterol.* - 2015. - T. 20. - №. 43. - C. 16191-6.
87. Braganza J. M. et al. Chronic pancreatitis // *The Lancet.* - 2016. - T. 377. - №. 9772. - C. 1184-1197.
88. Bresler L, Boissel P, Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused chronic pancreatitis: surgical therapy. *World J Surg* 2019. 15:649-53.
89. Bouwense SA, Ahmed Ali U, ten Broek RP, et al. Altered central pain processing after pancreatic surgery for chronic pancreatitis. *Br J Surg* 2016.1797- 804. 10.1002/bjs.9322
90. Buchler MW, Friess H, Muller MW, et al. Randomized trial of duodenum- preserving pancreatic head resection versus pyloruspreserving Whipple in chronic pancreatitis. *Am J Surg* 2015.169: 65-9. 69-70.
91. Burgess N.A., Moore H.E., Williams J.O., Lewis M.H. A review of pancreatico-pleural fistula in pancreatitis and its management. *HPB Surg*. 2015. 5:79-86. doi: 10.1155/1992/90415.
92. Cahen DL, Gouma DJ, Nio Y, et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N Engl J Med* 2017. 356:676-84.10.1056/NEJMoa060610
93. Chari, S.T. Defining Chronic Pancreatitis / S.T. Chari // *Pancreatology.* – 2016. – Vol. 16, № 5. – P. 694-695.
94. Chronic pancreatitis: a diagnostic dilemma / S.N. Duggan, H.M. Ní Chonchubhair, O. Lawal [et al.] // *World Journal of Gastroenterology.* – 2016. – Vol. 22, № 7. – P. 2304-2313.
95. Clarke B, Slivka A, Tomizawa Y, et al. Endoscopic therapy is effective for patients with chronic pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016:795-802. 10.1016/j.cgh.2011.12.040
96. Clinical classification and severity scoring systems in chronic pancreatitis: a systematic review / A. Rahman, D.B. O'Connor, F. Gather [et al.] // *Digestive Surgery.* – 2020. – Vol. 37, № 3. – P. 181-191.

97. Cooper S. T., Malick J., McGrath K., Slivka A., Sanders M. K. EUS- guided rendezvous for the treatment of pancreaticopleural fistula in a patient with chronic pancreatitis and pancreas pseudodivisum. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;71(3):52-654. doi: 10.1016/j.gie.2009.08.017.

98. Da Cunha J.E., Machado M., Bacchella T., Penteado S., Mott C.B., Jukemura J., Pinotti H.W. Surgical treatment of pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions. *Hepato-Gastroenterology*. 2015;42:748-751.

99. Dhar VK, Levinsky NC, Xia BT, et al. The natural history of chronic pancreatitis after operative intervention: The need for revisional operation. *Surgery*. 2016. 160(4):977-986. doi:10.1016/j.surg.2016.05.030

100. Dhar P., Tomey S., Jain P., Azfar M., Sachdev A., Chaudhary A. Internal pancreatic fistulae with serous effusions in chronic pancreatitis. *Aust. N. Z. J. Surg.* 2017. 66: 608-611. doi: 10.1111/j.1445-2197.1996.tb00830.x.

101. Dhe P, Ruzicka M, Zboril V, et al. A prospective, randomized trial comparing endoscopic and surgical therapy for chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2013.35:553-8. 10.1055/s-2003-40237

102. DiMagno M. J., DiMagno E. P. Chronic pancreatitis // *Curr Opin Gas- troenterol.* - 2017. - vol. 26, # 5. - p. 490 - 8.

103. Drewes A. M. et al. Controversies on the endoscopic and surgical management of pain in patients with chronic pancreatitis: pros and cons! // *Gut.* - 2019. - C. gutjnl-2019-318742.

104. Drewes AM, Bouwense SAW, Campbell CM, et al. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis. *Pancreatol- ogy* 2017. 17:720-31. 10.1016/j.pan.2017.07.006

105. Diener MK, Huttner FJ, Kieser M, et al. Partial pancreatoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis: the multicentre, randomised, controlled, double-blind ChroPac trial. *Lancet* 2017. 390:1027- 37. 10.1016/S0140-6736(17)31960-8

106. Discriminating chronic pancreatitis from pancreatic cancer: contrast- enhanced EUS and multidetector computed tomography in direct comparison / F.J. Harmsen, D. Domagk, C.F. Dietrich, M. Hocke // *Endoscopic Ultrasound.* – 2018. Vol. 7, № 6. – P. 395-403.

107. Duodenum-preserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience / H. G. Beger [et al.] // *Ann. Surg.* - 2016. - Vol. 230. - P. 512-519.

108. Early outcome of Frey's procedure for chronic pancreatitis: Nepalese tertiary center experience / D.N. Sah, R.S. Bhandari, Y.P. Singh [et al.] // *BMC Surgery*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 139.

109. Effect of early surgery vs Endoscopy-first approach on pain in patients with chronic pancreatitis: the ESCAPE randomized clinical trial / Y. Issa, M.A. Kempeneers, M.J. Bruno [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2020. – Vol. 323, № 3. – P. 237-247.

110. Elton E, Howell DA, Amberson SM, Dykes TA. Combined angiographic and endoscopic management of bleeding pancreatic pseudoaneurysms. *Gastrointest Endosc* 2018. 46:544-9.

111. Elkaoui H., Atoini F., Bouchentouf S. M., et al. Pancreatic-pleural fistula in chronic pancreatitis. *Arab Journal of Gastroenterology*. 2018.13(1):38-40. doi: 0.1016/j.ajg.2012.03.002.

112. Endoscopic and Conservative Management of Chronic Pancreatitis and Its Complications / A. Waldthale, R. Valente, U. Arnelo, J.-M. Löhner // *Visceral Medicine*. – 2019. – Vol. 35, № 2. – P. 98–108.

113. Endoscopic Cystogastrostomy Versus Surgical Cystogastrostomy in the Management of Acute Pancreatic Pseudocysts / S.S. Saluja, S. Srivastava, S.H. Govind et al. // *Journal of minimal access surgery*. – 2019 – Vol. 16, № 2. – P. 126-131.

114. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline / J.M. Dumonceau, M. Delhaye, A. Tringali [et al.] // *Endoscopy*. – 2012. – Vol. 44, № 8. – P. 784-800.

115. Endoscopic ultrasound in the diagnosis of chronic pancreatitis / J. Iglesias-García, J. Lariño-Noia, B. Lindkvist, E. Domínguez-Muñoz // *Revista española de enfermedades digestivas*. – 2015. – Vol. 107, № 4. – P. 221-228.

116. Etemad B, Whitcomb DC. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*. 2014 Feb 1;120(3):682-707.

117. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2015 / I. Tetsuhide, I. Hiroshi, O. Hirotaka [et al.] // *Journal of Gastroenterology*. – 2016. – Vol. 51, № 2. – P. 85-92.

118. Farkas G, Leindler L, Daroczi M, et al. Prospective randomised comparison of organ-preserving pancreatic head resection with pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2016. 391: 338-42.

119. Farkas G, Leindler L, Daroczi M, Farkas G Jr. Prospective randomised comparison of organ-preserving pancreatic head resection with pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2018. 391:338.

120. Farias G.F.A. et al. Endoscopic versus surgical treatment for pancreatic pseudocysts: Systematic review and meta-analysis //Medicine. -2019. -T.98. -№. 8.

121. Freeman ML, Overby C. Selective MRCP and CT-targeted drainage of malignant hilar biliary obstruction with self-expanding metallic stents. *Gastrointest Endosc.* 2016. 58:41-9.

122. Frey C. F., Andersen D. K. Surgery of chronic pancreatitis //The American Journal of Surgery. - 2017. – T. 194. - №. 4. - C. S53-S60.

123. Frey C. F., Amikura K. Local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy in the management of patients with chronic pancreatitis //Annals of surgery. - 2017. – T. 220. - №. 4. - C. 492.

124. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. *Pancreas.* 2016. 2:701-707.

125. Frey CF. The surgical management of chronic pancreatitis: the Frey procedure. *Adv Surg.* 2017. 32:41-85.

126. Frey CF, Reber HA. Local resection of the head of the pancreas with pancreaticojejunostomy. *J Gastrointest Surg.* 2015. 9:863-868.

127. Fitzsimmons D, Kahl S, Butturini G et al. Symptoms and quality fo life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ- C30 and QLQ-PAN26 . *Am J Gastroenterol* 2015; 100: 918 -26.

128. Fulcher AS, Turner MA, Capps GW, Zfass AM, Baker KM. Half-Fourier RARE MR cholangiopancreatography: experience in 300 subjects. *Radiology.* 2017. 207:21-32

129. Gerges C, Pullmann D, Schneider M, Siersema P, Neuhaus H, Beyna T. Pancreatoscopy in endoscopic treatment of pancreatic duct stones: a systematic review. *Minerva chirurgica.* 2019 Aug;74(4):334-47.

130. Giovannini M. Endoscopic ultrasonography-guided pancreatic drainage

//Gastrointestinal endoscopy clinics of North America. - 2016. – T. 22. - № 2. – C. 221-230.

131. Goh K. L. Chronic pancreatitis: aetiology, epidemiology and clinical presentation //The Medical journal of Malaysia. - 2015. - T. 60. - C.94- 98.

132. Grudzinska E., Pilch-Kowalczyk J., Kusnierz K. Pancreaticopleural and pancreaticomediastinal fistula extending to the cervical region, with dysphagia as initial symptom: A case report //Medicine. - 2019. - T. 98. - №. 5.

133. Gurusamy KS, Lusuku C, Halkias C, Davidson BR. Duodenum-preserving pancreatic resection versus

pancreaticoduodenectomy for chronic pancreatitis. Cochrane Database Syst Rev 2016. 2: CD011521.

134. Gupta S. et al. Efficacy of pancreatic endotherapy in pancreatic ascites and pleural effusion //Medical Sciences. - 2017. - T. 5. - №. 2. - C. 6.

135. Gueroult S. et al. Completion pancreatectomy for postoperative peritonitis after pancreaticoduodenectomy: early and late outcome //Archives of Surgery. - 2016. -T. 139. - №. 1. - C. 16-19.

136. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Pancreatitis in China (2018 Edition) / W.B. Zou, N. Ru, H. Wu [et al.] // Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International. – 2019. – Vol. 18, № 2. – P. 103-109.

137. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis / A. Drewes, S. Bouwense, C.M. Campbell [et al.] // Pancreatology. – 2017. – Vol. 17, № 5. – P. 720-731.

138. Hamad A, Zenati MS, Nguyen TK, Hogg ME, Zeh HJ, 3 rd, Zureikat AH. Safety and feasibility of the robotic platform in the management of surgical sequelae of chronic pancreatitis. Surg Endosc. 2018;32:105.

139. Ho HS, Frey CF. The Frey procedure: local resection of pancreatic head combined with lateral pancreaticojejunostomy. Arch Surg. 2018. i36:1353-1358.

140. Hoffmeister A. et al. English language version of the S3-consensus guidelines on chronic pancreatitis: definition, aetiology, diagnostic examinations, medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis //Z Gastroenterol. - 2015. - T. 53. - №. 12. - C. 1447-1495.

141. Hori Y, Vege SS, Chari ST, Gleeson FC, Levy MJ, Pearson RK, Petersen BT, Kendrick ML, Takahashi N, Truty MJ, Smoot RL. Classic chronic pancreatitis is associated with prior acute pancreatitis in only 50% of patients in a large single- institution study. Pancreatology. 2019 Mar 1;19(2):224-9.

142. Izbicki JR, Bloechle C, Knoefel WT, et al. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis. A prospective, randomized trial. Ann Surg 2016. 221:350-8.

143. Jang J. Y. et al. Comparison of the Functional Outcome after Pylorus- Preserving Pancreatoduodenectomy: Pancreatogastrostomy and Pancreato-jejunosotomy//World journal of surgery. - 2016. – T. 26. - №. 3. - C. 366-371.

144. Jupp J., Fine D., Johnson p. D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis // Best Pract Res Clin Gastroenterol. - 2016. - vol. 24, # 3. - p. 219-31

145. Keck T, Adam U, Makowiec F, et al. Short- and long-term results of duodenum preservation versus resection for the management of chronic pancreatitis: a prospective, randomized study. *Surgery* 2015. 2(3 suppl 1):S95-102.

146. King J. C., Reber H. A., Shiraga S., Hines O. J. Pancreatic-pleural fistula is best managed by early operative intervention. *Surgery*. 2016. (1): 154-159. doi: 10.1016/j.surg.2009.03.024.

147. Law NM, Freeman ML. Emergency complications of acute and chronic pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2013. 32:1169-94.

148. Majumder S, Chari ST. Chronic pancreatitis. *Lancet*. 2016. 387(10031):1957-1966. doi:10.1016/S0140-6736(16)00097-0

149. Manes G, Buchler M, Piemmico O, Di Sebastiano P, Malfertheiner P. Is increased pancreatic pressure related to pain in chronic pancreatitis? *International journal of pancreatology*. 2015 Apr 1;15(2): 113-7.

150. Melman L, Azar R, Beddow K, et al. Primary and overall success rates for clinical outcomes after laparoscopic, endoscopic, and open pancreatic cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts. *Surg Endosc* 2019. 23: 267-71.

151. Moosa A.R. Surgical treatment of chronic pancreatitis: An overview. *Br. J. Surg*. 2015. 74:661-667. doi: 10.1002/bjs.1800740803.

152. Morgan K. A., Adams D. B. Management of internal and external pancreatic fistulas // *Surgical Clinics of North America*. - 2017. - T. 87. - №. 6. - C. 1503-1513.

153. Morphological and immunohistochemical comparison of intrapancreatic nerves between chronic pancreatitis and type 1 autoimmune pancreatitis / K. Kato, I. Tsukasa, Y. Masato [et al.] // *Pancreatology*. – 2017. – Vol. 17, № 3. – P. 403-410.

154. Negi S, Singh A, Chaudhary A. Pain relief after Frey's procedure for chronic pancreatitis. *Br J Surg* 2016. 97:1087-95. 10.1002/bjs.7042

155. Olesen S.S., Krauss T, Demir IE, et al. Towards a neurobiological understanding of pain in chronic pancreatitis: mechanisms and implications for treatment. *Pain Rep* 2017;2:e625 10.1097/PR9.0000000000000625

156. Olesen S.S., Frandsen LK, Poulsen JL, et al. The prevalence of underweight is increased in chronic pancreatitis outpatients and associates with reduced life quality. *Nutrition* 2017. 43-44:1-7. 10.1016/j.nut.2017.06.019

157. Park D. H. et al. Endoscopic ultrasound-guided versus conventional transmural drainage for pancreatic pseudocysts: a prospective randomized trial // *Endoscopy*. - 2019. – T. 41. - №. 10. - C. 842-848.

158. Pessaux P, Arnaud JP. [The Frey technique (ninety-five percent distal pancreatectomy) for chronic pancreatitis] *J Chir (Paris)* 2017. 144:135-138.

159. Pezzilli R. et al. Quality of life and clinical indicators for chronic pancreatitis patients in a 2-year follow-up study // *Pancreas*. - 2017. - T. 34. - №. 2. - C. 191-196.

160. Ramsey M. L., Conwell D. L., Hart P. A. Complications of chronic pancreatitis // *Digestive diseases and sciences*. - 2017. - T. 62. - №. 7. - C. 1745-1750.

161. Redwan AA, Hamad MA, Omar MA. Pancreatic pseudocyst dilemma: cumulative multicenter experience in management using endoscopy, laparoscopy, and open surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2018. 27:1022-30.

162. Reporting standards for chronic pancreatitis by using CT, MRI, and MR cholangiopancreatography: The consortium for the study of chronic pancreatitis, diabetes, and pancreatic cancer / T. Tirkes, Z.K. Shah, N. Takahashi [et al.] // *Radiology*. – 2019. – Vol. 290, № 1. – P. 207-215.

163. Schnelldorfer T, Lewin DN, Adams DB. Operative management of chronic pancreatitis: long-term results in 372 patients. *J Am Coll Surg* 2017; 204:1039.

164. Seven G. et al. Long-term outcomes associated with pancreatic extracorporeal shock wave lithotripsy for chronic calcific pancreatitis // *Gastrointestinal endoscopy*. - 2017. – T. 75. - №. 5. - C. 997-1004. e1.

165. Surgery remains the best option for the management of pain in patients with chronic pancreatitis: a systematic review and meta-analysis / Z. A. R. Jawad, C. Kyriakides, M.Pai et al. // *Asian Journal of Surgery*. – 2017. – Vol. 40, № 3. – P. 179-185.

166. Tirkes T, Shah ZK, Takahashi N, et al. Reporting standards for chronic pancreatitis by using CT, MRI, and MR cholangiopancreatography: the consortium for the study of chronic pancreatitis, diabetes, and pancreatic cancer. *Radiology*. 2019. 290:207-215.

167. Vaishali, P. The Management of Chronic Pancreatitis / P. Vaishali, W. Field // *Medical Clinics of North America*. – 2019. – Vol. 103, № 1. – P. 153–162.

168. Zerem E. et al. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts // *World journal of gastroenterology: WJG*. - 2015. – T. 21. - №. 22. - C. 6850.