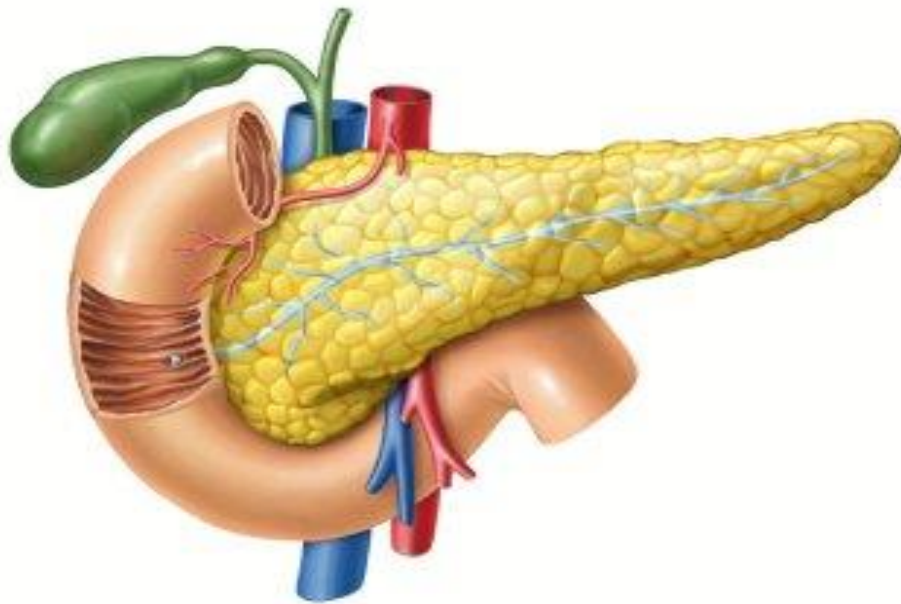


С.Т. ХЎЖАБАЕВ

**ФЕРМЕНТАТИВ ПЕРИТОНИТЛИ ЎТКИР
ПАНКРЕАТИТНИНГ КЕЧИШ ОҒИРЛИГИНИ БАҲОЛАШ ВА
ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯНИ ЎРНИ**

МОНОГРАФИЯ



Самарқанд – 2025

Тузувчи:

Хўжабаев С.Т. Тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт университети умумий хирургия кафедраси профессор в/б.

Такризчилар:

Рахмонов К.Э. Тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат тиббиёт университети ДКТФ хирургия, эндоскопия ва анестезиология кафедраси мудир.

Давлатов С.С. Тиббиёт фанлари доктори, Бухоро давлат медицина институти факультет ва госпитал хирургия, урология кафедраси профессори.

Мазкур монография замонавий тиббиётнинг энг мураккаб ва долзарб масалаларидан бирига – ошқозон ости безининг ўткир касалликларига бағишланган. Унда ўткир билиар панкреатитнинг оғир шакллари ва унинг асоратларини даволашдаги замонавий жарроҳлик ёндашувлари, жумладан, кам инвазив технологиялардан фойдаланиш ҳақида батафсил маълумот берилган. Ушбу касалликнинг диагностикаси ва даволашда эндохирургия технологияларидан фойдаланиб оператив ёндашув ва эндоскопик ёрдам кўрсатиш бўйича амалий кўрсатмарар ёритилган. Монография нурли диагностика, эндоскопия ва операция жараёнидаги суратлар билан тасдиқланган маълумотларни ўз ичига олади. Мазкур монография абдоминал жарроҳлар, амалий шифокорлар, кафедра тингловчилари, клиник ординаторлар ва магистрлар учун мўлжалланган.

Монография Самарқанд давлат тиббиёт университети илмий кенгашининг мажлисида муҳокама қилинди, маъқулланди ва нашрга тавсия этилди.

« » сентябрь 2025 йил,

Баённома №

Илмий кенгаш котиби:

У.У.Очилов

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
БФМ	биологик фаол моддалар
ДНК	дезоксирибонуклеин кислота
ЧХД	чарви халтасини дренажлаш
ИП	интерстициал панкреатит
ИФН	интерферон
КТ	компьютер томографияси
ЎДП	ўткир деструктив панкреатит (панкреонекроз)
ЎП	ўткир панкреатит
УҚҲ	умумий қон ҳажми
ЎЭЯЗ	ўткир эрозив ва ярали зарарланишлар
ООБ	ошқозон ости беzi
ЛПО	липидларнинг пероксидли оксидланиши
ПОЕ	полиорган етишмовчилик
ЭЧТ	эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ТЯЖС	тизимли яллиғланишга жавоб синдроми
ФҲОД	физиологик ҳолатнинг оғирлик даражаси
УТТ	ультратовуш текшируви
ТАО	тромбоцитлар агрегацияси омили
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
МҲИО	макрофаглар ҳаракати ингибиция омили
ЭРХПГ	эндоскопик ретроград холангио- панкреатография
ЭУС	эндоскопик ультрасонография
АРАСНІ	ўткир ва сурункали функционал ўзгаришларни баҳолаш учун шкала
ЛИИ	лейкоцитарный интоксикация индекси
КОҲ	кислота асос ҳолати
РИТ	реанимацион интенси́в терапия
ЎПОШ	ўткир панкреатитнинг оғир шакли

КИРИШ

Бугунги кунда ўткир панкреатит (ЎП) шошилиш жарроҳлик касаллиги бўлиб, унинг патогенези асосан ошқозон ости бези ва унинг атрофидаги тўқималарга таъсир қилувчи асептик яллиғланиш жараёнидир. Ўткир панкреатитнинг оғир ҳолатларида аниқ патологик ўзгаришлар нафақат атрофдаги, маҳаллий тузилмаларга, балки нафас олиш, овқат ҳазм қилиш, қон айланиш ва чиқариш тизимларига ҳам таъсир қилади. Замонавий маълумотларга кўра, ЎП билан касалланиш 1 миллион аҳолига 389 нафар беморни ташкил қилади. Ошқозон ости бези ва унинг атрофидаги тўқималарнинг некрози билан кечадиган касалликнинг энг оғир шакллари ўткир панкреатитнинг барча ҳолатларинидан тўртдан бир қисмини ташкил қилади. Шу билан бирга, ўткир панкреатит ва унинг оғир шакллари билан касалланишнинг кўпайиши кузатилмоқда, бу эса ўз навбатида йилига 1 миллион кишига 200дан 800 нафаргача беморни ташкил этади. 2010-2020 йилларда ўткир панкреатит шошилиш жарроҳлик касалликлари орасида учинчи ўринни эгаллади ва оғир ўткир панкреатит ривожланишида ўлим ҳолати 30% га етган. Йирингли-септик асоратларнинг пайдо бўлиши эса бу кўрсаткични 70% гача оширади. Юқоридаги ҳолатлар ўткир панкреатитнинг оғир шаклини ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш масалаларини долзарб эканлигини кўрсатади.

Дунё миқёсида Ўткир панкреатитни даволаш муаммоларини ҳал қилишда касалликнинг турли босқичларида ҳар хил турдаги жарроҳлик аралашувлардан фойдаланиш бўйича бир-бирига қарама-қарши бўлган маълумотлар тўсқинлик қилади. Ўткир панкреатитнинг оғир формалари ва меъда ости безининг асептик некрози даврида очик ёки каминвазив усулларни танлаш билан боғлиқ муайян жарроҳлик усулини танлашда кўп фикрлилик сақланиб қолмоқда. Ошқозон ости безининг асептик некроз ва ўткир панкреатитнинг оғир формаларини ривожланиши даврида очик ва каминвазив усуллардан фойдаланиш ўз тасдиқини топмоқда. Касалликнинг

оғир формаларида 30-50% частотали йирингли-септик асоратларнинг ривожланиши билан мураккаблашади, бу эса 80% га этадиган юқори ўлим билан бир қаторда, рационал тактикани ишлаб чиқиш муаммосини ҳал қилишнинг долзарблигини белгилайди. Ўткир панкреатитни эрта ташхислаш ва даволаш муаммосининг якуний ечимига эришилмаган, бу панкреатик некрозда 20-40% га этган юқори ўлим даражасидан далолат беради. Ўткир панкреатитнинг оғирлик даражасини ташхислаш ва баҳолашда алоҳида қийинчиликлар дастлабки даврида пайдо бўлади. Ўткир панкреатитнинг бошланиш даврида турли шакллари ўртасида чегара чизиш қийин. Шу муносабат билан, ошқозон ости беши тўқималарида дистрофик ўзгаришлар даражасини баҳолашнинг янги ёндашувларини излаш долзарблиги муҳим ўрин тутди.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»¹. каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар

¹ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Ўткир панкреатитни даволашда муҳим вазифалар бўлиб, касалликнинг оғирлигини ва прогнозини аниқлаш ҳисобланади. Бунинг учун асосан турли клиник ва лаборатория кўрсаткичларини баҳолашга асосланган кўплаб усуллар таклиф қилинган (APACHE II, III, SAPS, MODS, SOFA, Glasgow, Balthazar, Ranson ва бошқалар). Кўпгина муаллифлар, уларнинг қиймати билан бир қаторда, бир қатор камчиликларни ҳам таъкидлайдилар (Р.В. Вашетко, В.А. Ильина, Е.А. Бородай. 2016).

Улардан асосийлари шошилиш шароитларида барча керакли тестларни ўтказишнинг имкони йўқлиги, шу билан бирга, ушбу усулларнинг кўпчилигининг прогностик қиймати фақат токсемия ёки ўткир панкреатитнинг асоратлари даврида намоён бўлади. Шу билан бирга, касалликнинг дастлабки соатларида тўғри тактикани танлаш зарурати маълум эмас. Шу муносабат билан ўткир панкреатитнинг прогнозини эрта аниқлашнинг янги усулларини излаш ва ўрганиш долзарбдир (М.Д. Дибиров, Л.В. Домарев, Е.А. Шитиков. 2017).

Ташхисни текширишнинг муҳим ва ишончли усулларида бири диагностик лапароскопия бўлиб, бу кўпинча терапевтик тадбирларни ўтказишга, хусусан, ферментатив перитонитда қорин бўшлиғида тўпланган суюқликни эвакуация қилишга имкон беради (S. Pérez, S.Rius-Pérez, I. Finamor. 2019).

Ўткир панкреатит учун лапароскопия, ҳатто билвосита белгиларга асосланган ҳолда, қорин бўшлиғидаги вазиятни юқори даражада баҳолашга имкон беради. Касалликнинг оғирлигини прогноз қилиш нуқтаи назаридан лапароскопия натижаларини ўрганиш муҳим ҳисобланади. Шу билан бирга, кейинги ўрганиш учун қорин бўшлиғидан ажралган патологик

суяқликларни тўплаш мумкин бўлади (A.Waller, B. Long, A. Koymann. 2018).

Ўткир панкреатитда перитонеал экссудатнинг хусусиятлари диагностик ва прогностик жиҳатдан этарлича ўрганилмаган. Касалликнинг турли хил вариантларида перитонеал экссудатнинг ферментатив фаоллиги, шунингдек, даволаниш вақтида бу кўрсаткичларнинг ўзгариши хақида этарлича аниқ фикр йўқ. Касалликнинг дастлабки босқичларида қорин бўшлиғидаги визуал патологик ўзгаришларни динамик ўрганиш диагностика ва ўткир панкреатитнинг оғирлиги прогнозини баҳолаш учун лапароскопия имкониятларини кенгайтиради.

I БОБ.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ ВА ДИГНОСТИКАСИ

Бугунги кунда ўткир панкреатит қорин бўшлиғи органларининг енг кенг тарқалган касалликларидан биридир. Мамлакатимизда деярли барча худудларда ўткир панкреатит билан касалланишнинг юқори даражаси кузатилмоқда (5; 9; 22; 39; 49; 67; 94). Бу ўсиш дунёнинг аксарият мамлакатларига хосдир. Шундай қилиб, В.В. Савельева ва бошқалар (2008) га кўра, 1996 йилдан 2005 йилгача Москва шаҳрининг ўзидагина ўткир панкреатит билан касалланганлар сони икки баравар кўпайди. Тиббиёт муассасаларининг турли йўналишга боғлиқлиги ва бошқа омиллар бўлганлиги сабабли касалликнинг статистик маълумотларида диагностика ва даволашда фарқлар юзага келмоқда (14; 39; 94). Касаллик йилига ҳар 10 000 кишида ўн нафардан қирқ нафаригача кузатилади (5; 114).

Касалланишнинг аҳоли орасида кўпайиши алкоголизми, овқатланишнинг ўзгариши ва ноқулай этиологик омилларнинг таъсири билан боғлиқ.

Ўткир панкреатит жиддий асоратлар ва юқори ўлим кўрсаткичи билан боғлиқ муаммоларни ўз ичига олади. Хусусан, панкреанекроз билан оғриган беморларда ўлим кўрсаткичи 20-40 фоизни ташкил этади, инфекцияланган панкреанекроз билан эса бу кўрсаткич 60 фоизгача ёки ундан ҳам юқори даражага етади. Бундай оғир асоратлар нафақат беморнинг ҳаётини хавф остига қўяди, балки тузалган ҳолларда ҳам ишлаш қобилияти ва ҳаёт сифати сезиларли даражада пасаяди. Тадқиқотлар шунини кўрсатадики, касалликдан кейинги даврда реабилитация жараёни узоқ ва мураккаб бўлиб, ҳар томонлама ёндошув талаб этилади.

Сўнги ўн йилликларда ўткир деструктив панкреатитни диагностика қилиш ва даволашда жиддий ривожланишлар кузатилди. Тўғри ва тезкор диагностика усуллари касалликни эрта босқичда аниқлашга ёрдам бермоқда, бу эса асоратлар хавфини камайтиришга хизмат қилмоқда. Шу

билан бирга, замонавий даволаш усуллари, жумладан, эндоскопик ва миниинвазив технологиялар қўлланилиши, касалликнинг оғир оқибатларини камайтиришда муҳим аҳамиятга эга.

Шу билан бирга, ўткир панкреатитни даволашда индивидуал ёндашувнинг аҳамияти ортиб бормоқда. Беморнинг умумий ҳолати, ҳамроҳ касалликлари ва панкреатитнинг тури ҳисобга олиниб, даволаш тактикаси танланади. Бу ёндошув асоратларнинг олдини олиш ва ўлим кўрсаткичини пасайтириш учун асосий йўналишлардан бири сифатида қаралади.

Шунингдек, касалликнинг оқибатлари ва реабилитация жараёнини яхшилаш учун янги тадқиқотлар ўтказиш зарур. Замонавий биомаркерлар ва индивидуал даволаш схемаларига оид тадқиқотлар келажакда ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга ёрдам беради.

Хулоса қилиб айтганда, ўткир панкреатитнинг юқори ўлим кўрсаткичи ва оғир асоратларини камайтириш учун тизимли ва инновацион ёндашувлар муҳим аҳамият касб этади. Ушбу йўналишдаги илмий ишланмалар даволаш самарадорлигини ошириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилади.

Бироқ, панкреатоген инфекцияларнинг олдини олиш ва даволаш билан боғлиқ кўплаб муаммолар мавжуд. Ушбу касалликда ўлимнинг асосий сабаблари бўлиб, полиорган етишмовчилиги ва йирингли-септик асоратлар ҳисобланади (4; 13; 42; 63; 85; 90; 150; 173; 185). Ўткир панкреатитнинг ривожланишини аниқлаш мураккаб ва ҳал қилинмаган муаммо ҳисобланади. Шундай қилиб, клиник-панкреатологлар томонидан кўп вақт сарфланганлигига қарамай, ўткир панкреатитни ерта ташхислаш ва даволаш муаммосининг якуний йечимиға ҳали еришилмаган.

Кўп ҳолатларда маълум бир патологияни ташхислашда хатоликлар билан биргаликда гипердиагностика ҳолатига йўл қўйилганлигини кўришимиз мумкин. Ўткир панкреатитнинг деструктив шакллари ҳар доим ҳам ўз вақтида ташхислаш имкони мавжуд эмас. Ўткир панкреатитнинг ҳар

хил турларининг клиник талқини сезиларли даражада фарқ қилади (10; 20; 112; 140; 168). Анъанавий диагностика усулларидадан фойдаланилганда, масалан, қон ва пешоб амилаза фаоллигини ўлчаш, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси рентгенограммаси, ультратовуш, компьютер томографияси (КТ), қондаги кальций миқдори, кислота-ишқор ҳолати, қон ивиш ва гемостаз ҳолатининг турли кўрсаткичлари, ангиография, эндоскопик ультратовуш, термографик текширув ва диагностик лапароскопия каби текширувлар билан касалликни аниқ ташхислашни ҳар доим ҳам имкони йўқ.

Ўткир панкреатит кўпинча аборттив ҳолда кечади, бу еса беморнинг тезда тикланишига имкон беради. Ушбу ҳолат панкреатитнинг тахминан 80% ҳолатларида юзага келадиган шишли шакл ёки енгил панкреатитга хосдир. 20% ҳолларда жараён умумий ҳолга айланади (90; 94; 113; 115; 120; 126; 128; 138). Натижада, ошқозон ости беши сезиларли даражада ўзгаради ва онкологик касалликлар ривожланиши мумкин. Ўткир панкреатитнинг бошланишида касалликнинг бошқа касалликлар билан дифференциал диагностикаси қийинлашади (13; 41; 67; 136; 208; 221). Шундай қилиб, патологик жараённинг оғирлиги ва прогнозини етарлича баҳолай оладиган, шунингдек даволаш ва тактик муаммоларни ҳал қиладиган янги диагностика усуллари топиш жуда муҳимдир (73).

§ 1.1 Ўткир панкреатитнинг этиопатогенези омиллари

Ушбу мавзуга кўплаб тадқиқотлар бағишланган. Бироқ, кўшимча ўрганишни талаб қиладиган жуда кўп муаммолар мавжуд (22; 49; 54; 67; 94; 127; 165; 204). Ўткир панкреатитда ошқозон ости беши паренхимаси ва унинг атрофидаги тўқималар ва органларда турли хил етиологияларнинг ўткир деструктив ўзгаришлари, асосан аутолитик ўзгаришлар маълум. Ушбу ўзгаришларнинг жиддийлиги беморнинг ҳаётий функцияларида сезиларли бузилишларга олиб келади. Ферментатив, патобиокимёвий, каналикуляр, қон томир, нейроген, травматик, юқумли-аллергик, вирусли,

аутоиммун, метаболик ва алкогольли каби таъсирлар бўлиб, панкреатит патогенезининг баъзи назариялари ҳисобланади. (22; 49; 54; 67; 94; 127; 189; 204).

Кўпгина клиник фанлар олимлари панкреатитнинг энг оғир шакллари учта омилнинг комбинацияси натижасида ривожланишини билдиришади: чиқариш йўллариининг ўткир гипертензияси, озиқ-овқат стимулига жавобан гиперсекреция ва ошқозон ости беши ферментларининг чиқариш йўллариининг ичида фаоллашиши. (22; 41; 49; 61; 67; 127; 201; 204).

Гепатопанкреатик йўллариининг терминал қисми каналининг блокраниши ўткир канал гипертензияси ва сафро рефлюкси келиб чиқиши мумкин. Ўткир панкреатитнинг энг кенг тарқалган сабаби холелитиаз ҳисобланади. Ушбу патология билан холелитиазнинг частотаси 41,3 дан 80 фоизгача бўлиб, шу билан бирга, холелитиаз аёлларда эркакларга нисбатан икки баравар кўпроқ аниқланади (2; 44; 79; 91; 94; 127; 212). Ўт пуфаги ва умумий ўт йўлида тош бўлган беморларнинг фақат 15 фоизда панкреатит белгилари кузатилади. Амбула сфинктери спазми чиқарув каналлари гипертензиясини келтириб чиқариши мумкин. Бу ўз навбатида нерв рефлектор механизмининг травмаларида, парасимпатик нерв системасининг кўзғалиши, умумий руҳий ҳолат ва аскаридаларнинг сафро йўлларига кириши билан келиб чиқади (41; 91; 94; 127).

Билиар-панкреатик рефлюксиядан ташқари, ўн икки бармоқли ичак-меъда ости беши рефлюкси канали гипертензиянинг сабаби бўлиши мумкин. Озиқ-овқат стимулига жавобан, ўн икки бармоқли ичакдаги босим 30-35 см сув устунига етади, умумий ўт йўлида еса бу босим 10 дан 15 см гача, дуоденостаз ва ошқозон ости беши сфинктерининг нотўғри ишлаши кузатилади. Шундай қилиб, дуоденостаз ва ошқозон ости беши канали сфинктерининг нотўғри ишлаши билан ўн икки бармоқли ичак махсулотлари ошқозон ости безининг канал тизимига кириши мумкин. (49; 50; 61).

Бироқ, баъзи муаллифлар механик омиллар ҳар доим ҳам панкреатик канал гипертензиясининг сабаби эмаслигига ишонишади. Ўткир панкреатит функционал муаммоларинг келиб чиқишидан ҳам бўлиши мумкин (67; 91; 191).

Ушбу ҳолатда ўт тош касаллиги билан оғриган беморларда панкреатитнинг юқори частотада келиб чиқиши билан боғлайди. Холедохолитиаз бўлмаганда Вирсунгов йулида гипертензиянинг бевосита сабаби эмаслигига қарамай, бу беморларда ўткир панкреатитнинг учраш частотаси юқори ҳисобланади (94; 119).

Канал ичи гипертензия меъда ости беzi ҳужайралари билан қопланган ацинусларга кирганда, мембрана шикастланиши канал ичи ферментларнинг фаоллашишига олиб келадиган кетма-кет ҳодисаларни келтириб чиқаради. (14; 49; 204).

Озиқ-овқат таркибидаги зарарли ёки таъсирли моддаларнинг мавжудлиги ошқозон ости безининг гиперсекрециясини кучайтириши мумкин, бу эса ўткир панкреатитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Бундай ҳолатларда, ошқозон ширасида хлорид кислотасининг миқдори ошиб, алкоголь ферментлари ишлаб чиқарилишининг механизмини фаоллаштиради. Бунинг натижасида ошқозон ости безининг секрецияси сезиларли даражада кучаяди. Бу жараён айниқса гиперлипидемияга мойил бўлган одамларда кузатилади. Гиперлипидемия қон томирларининг фаолиятидаги бузилишлар ва ёғ алмашинуви мувозанатининг бузилиши билан намоён бўлади, бу эса қўшимча равишда ошқозон ости безига салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун бу каби ҳолатларнинг олдини олиш учун озиқ-овқат таркибига жиддий эътибор қаратиш зарур.

Таъсирли моддаларнинг оқибатлари чуқурроқ тадқиқ қилинганда, ушбу жараённинг нафақат ўткир панкреатит, балки бошқа бир қатор патологияларга ҳам сабаб бўлиши мумкинлиги аниқланган. Хусусан, қон томирларининг сезувчанлиги ошиши ва организмда умумий метаболизмнинг бузилиши турли касалликларга олиб келиши мумкин.

Бунда зарарли озиқ-овқат маҳсулотларининг таъсирини камайтириш учун парҳез сақлаш, таркибида мойли моддалар кам бўлган овқатларни истеъмол қилиш, шунингдек, зарарли одатлардан воз кечиш муҳим ўрин тутди.

Бундан ташқари, хлорид кислотасининг ишлаб чиқарилишини меъёрга солувчи даволаш чораларини кўриш, айниқса, гиперлипидемия билан оғриган беморлар учун зарур саналади. Бундай ёндашув нафақат панкреатитнинг олдини олади, балки организмнинг умумий ҳолатини яхшилаб, бошқа жиддий асоратларнинг ривожланишини ҳам чеклайди.

§ 1.2 Биологик фаол моддалар ва уларнинг ўткир панкреатит ривожланишидаги роли

Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ўткир панкреатит ривожланишининг патогенетик механизмлари касалликнинг намоён бўлишининг хилма-хиллигига қарамай, асосан уч босқичда содир бўлади. Учинчи босқичда ошқозон ости безининг некротик зарарланган соҳаларида яллиғланиш пайдо бўлади. Бу йирингли-септик асоратларга олиб келиши мумкин (42; 74; 213). Замоनावий назариялар трипсиннинг патологик жараёнларни келтириб чиқарадиган етакчи омиллардан бири эканлигини таъкидлайди. Трипсин, химотрипсин, липазаа, фосфолипазаа А, эластаз, карбоксипептидаза ва коллагеназа каби барча ошқозон ости бези фермент тизимлари биргаликда ишлайди ва кучли реакциялар ҳосил қилади. Фаоллаштирилган ошқозон ости бези ферментлари маҳаллий ва тизимли таъсир кўрсатадиган қарши реакциянинг асосий омиллари ҳисобланади (14; 94; 200).

Бирламчи шикастланиш калликреин-кинин тизимини ишга солиб, брадикинин, гистамин ва серотонин каби иккиламчи қарши реакция омилларни келтириб чиқаради. Кининларнинг фаоллашиши қон томир деворининг ўтказувчанлигини оширади, стаз ва микротромбоз ҳосил қилади. Шундай қилиб, ошқозон ости бези тўқималари ва ретроперитонеал тўқималар яллиғланади (3; 18; 45). Метаболик бузилиш тўқималарнинг рН

қийматини ўзгартиради, бу эса проферментларнинг тезроқ фаоллашишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида меъда ости безининг маҳаллий, ёғли ва геморрагик тўқималар некрозига, бириктирувчи тўқима тузилмаларига, безнинг капсуласига ва қорин пардага зарар этказиши мумкин. Бу эса қорин бўшлиғига ферментларга бой экссудат тарқалишини юзага келтиради.

Яллиғланиш медиаторлари, шунингдек, цитокинлар сифатида ҳам танилган, бу реакцияларнинг воситачилигида катта рол ўйнайди. Ўткир панкреатитнинг енгилдан оғиргача тез ўтиш қобилияти юқоридаги факторлар билан боғлиқ. Ўткир панкреатитнинг оғирлиги сезиларли даражада тизимли яллиғланиш реакцияси синдромининг ривожланишига боғлиқ (ССВО) (19; 66; 68; 97; 127). Тананинг турли хужайралари цитокинларни, паст молекуляр оғирликдаги оксил медиаторларини синтез қилади. Оддий шароитларда уларнинг концентрацияси паст бўлиб, уларни ишлаб чиқарадиган хужайралар ва бошқа яллиғланиш воситачилари билан ўзаро таъсир қилиш учун мўлжалланган. Цитокинлар тизими бошқа хужайраларга қандай таъсир қилишига қараб қуйидаги асосий синфларга бўлинади:

Цитокинларнинг функциялари бир-бирига деярли тўлиқ мос келади: бир нечта цитокин хужайрадаги бир хил жараённи қўзғатиши мумкин. "Цитокин профили" - бу иммунитет тизимининг цитокинларининг қисқача мазмуни ҳисобланади. Ушбу хусусият натижасида реакцияда кўплаб воситачилар иштирок этадилар, иммун реакциясини тартибга соладилар ва кучайтирадилар (29; 100; 102; 105; 115; 116; 184).

Цитокинларнинг фаол таъсири натижасида азот оксиди катта миқдорда ишлаб чиқарилади, бу эса тўқималарга жиддий зарар этказиши мумкин. Бундай ҳолат гипотензия, қон томирларида қон тўпланиши, шиш, кўп аъзолар етишмовчилиги, сепсиснинг ривожланишига сабаб бўлади. Шу билан бирга, веноз тонуснинг пасайиши ва периферик қаршиликнинг камайиши ҳам кузатилади. Ушбу патофизиологик жараёнлар тананинг

умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатиб, оғир асоратларнинг келиб чиқишига олиб келиши мумкин (60; 64; 66; 202).

Ацинар хужайраларининг дастлабки шикастланиши эркин радикал оксидланиш жараёнларининг кучайишига олиб келади, бу эса организмдаги антиоксидант тизимининг танқислиги ва липид пероксидацияси жараёнининг назоратдан чиқиши билан намоён бўлади. Бундай шароитда лизосомал ферментларнинг фаоллиги сезиларли даражада ошади, бу эса ошқозон ости беши ферментларининг ўз-ўзидан автоактивланишига олиб келади. Натижада, патологик жараён янада кучайиб, тўқималарнинг янада кўпроқ зарарланишига ва асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади (54).

Б.Г. Кубышкиннинг (2009) таъкидлашича, ферментатив портлашнинг ташаббускори бўлган цитокиназа на қонда, на лимфада, шунингдек, протео-ва липолитик ферментларнинг хужайра ичидаги фаоллашувининг молекуляр механизми ўткир панкреатит патогенездаги энг ноаник бўғинлардан бири бўлиб қолмоқда. Шундай қилиб, ферментлар хужайраларда фаол бўлиб, уларни тарқ этишдан олдин ошқозон ости беши хужайралари ичида фаол бўлмаган ҳолда реактив кислород турларига хужум қилиши мумкин.

Гомоцистеин – бу мураккаб метионин-цистеин алмашинуви жараёни натижасида ҳосил бўладиган аминокислота бўлиб, унинг организмдаги юқори концентрацияси кўплаб салбий оқибатларга олиб келади. У, айниқса, эндотелий хужайраларига жиддий токсик таъсир кўрсатади. Гомоцистеиннинг юқори даражада бўлиши эндотелиал хужайраларнинг шикастланишига олиб келади, бу эса қон томирлари деворларининг анатомик ва функционал ҳолатига салбий таъсир ўтказади. Натижада, эндотелийнинг муҳофаза функциялари бузилади, бу эса микроциркуляция тизимида жиддий ўзгаришлар ва патологик жараёнларни ривожлантириш учун замин яратади.

Гомоцистеиннинг юқори даражаси билан боғлиқ гипергомоцистеинемия кўплаб хавфли ҳолатларни, жумладан, қон айланиш

тизимида микроциркуляциянинг бузилишини келтириб чиқаради. Бу жараён қон оқимиға тўғридан-тўғри таъсир қилади ва антикоагулянт тизимнинг самарадорлигини сезиларли даражада пасайтиради. Шунингдек, тромбоцитларнинг юқори даражада тўпланиш қобилияти кузатилади, бу эса қон томирларида тромбоз хавфининг ортишиға олиб келади. Мазкур жараёнлар организмнинг умумий қон айланиш тизимиға салбий таъсир қилиб, бир қатор асоратларнинг пайдо бўлишиға сабаб бўлади.

Гомоцистеиннинг юқори концентрацияси яллиғланиш жараёнларини рағбатлантирувчи цитокинлар, айниқса, IL-6 синтезининг кўпайишиға олиб келади. IL-6 – бу яллиғланиш жараёнининг асосий воситачиси бўлиб, унинг юқори даражада бўлиши яллиғланиш марказларининг динамикасиға жиддий таъсир қилади. Шунингдек, IL-6 периферик томирларнинг мушак қатламларидаги хужайра пролиферациясини рағбатлантиради. Бу жараён қон томирлари деворларининг мустаҳкамлигиға таъсир кўрсатади, аммо шу билан бирға тромбоз эмболик асоратлар хавфини сезиларли даражада оширади.

Бундан ташқари, гомоцистеиннинг юқори даражадаги таъсири нафақат қон томирларига, балки бошқа органларға ҳам таъсир ўтказидади. Бунинг натижасида организмнинг умумий фаолияти бузилади, иммун тизимида салбий ўзгаришлар кузатилади ва турли хил яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши учун шароит яратилади. Айниқса, гомоцистеиннинг эндотелийға етказадиган зарари юрак-қон томир тизими касалликларининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Ушбу жараёнларнинг олдини олиш учун организмдаги гомоцистеин миқдорини назорат қилиш ва унинг юқори даражаға кўтарилишини чеклаш бўйича профилактик чораларни кўриш жуда муҳимдир. Бунда ратсионал озиқ-овқатланиш, витаминлар ва минераллар билан бойитилган парҳез, шунингдек, зарарли одатлардан воз кечиш муҳим роль ўйнайди. Тўғри бошқарилган профилактика ва даволаш чоралари нафақат тромбоз ва

тромбоэмболик асоратларнинг олдини олишга, балки организмнинг умумий саломатлигини яхшилашга ҳам ёрдам беради. (56; 57; 58).

§ 1.3 Ўткир панкреатитнинг диагностикаси ва прогнози усуллари

Ўткир панкреатитнинг клиникаси яхши маълум. Бироқ, ушбу патологияни ташхислашда хатоларнинг жуда юқори фоизи мавжуд, бунда тиббиёт муассасасини жиҳозлиш даражаси ва тиббиёт ходимларнинг малакаси катта аҳамиятга эга (39; 186).

Ўткир панкреатитнинг диагностикаси, ички органларнинг бошқа касалликлари каби, беморнинг шикоятлари, унинг касаллик тарихи ва лаборатор - инструментал текширув натижаларига боғлиқ.

Оғриқ синдроми касалликнинг дастлабки босқичларининг асосий белгиларидан бири сифатида танилган (43; 50; 79; 80; 126). Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ҳаракатчанлиги билан боғлиқ муаммолар туфайли беморга енгиллик келтирмайдиган кўнгил айниши ва такрорий қусиш ўткир панкреатитнинг иккинчи энг кенг тарқалган белгисидир. Беморларнинг 40-90 фоизида қусиш кузатилади (43; 50; 79). Қориннинг шишиши, кўпроқ эпигастрал сохада, ичак перисталтикасининг камайиши ўткир панкреатитда ичак тешилиши 70% дан ортиқ ҳолларда касалликнинг охириги белгиси сифатида намоён бўлади. (36; 43; 50; 79; 126; 162). Панкреатит буйрак усти безини босганлиги сабабли, без функциясини пасайиши кўзатилади. Бунинг натижасида, умумий дармонсизлик, ошқозон ости бези касалликларининг бошқа белгилари намоён бўлади. Умумий ўт йўлининг дистал қисмини яллиғланиш ёкимеъда ости безининг бошча қисмидаги ҳажимли жараёнлар таъсирланган ошқозон ости бези тўқималари сиқишга ва механик сариқлик келиб сабаб бўлади, бу камдан-кам учрайдиган ошқозон ости бези касалликлари белгисидир. Ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг 5-10 фоизи гипергликемияни бошдан кечирадилар (43; 50; 79; 126; 195). Тахикардия (100-110) одатда объектив текширув билан аниқланади. Симпатик нерв ганглийларининг таъсирланиши

натижасида қон босими нормал ёки баъзан кўтарилиши мумкин. Баъзи ҳолларда фермент токсикози артериал гипотензияга олиб келиши мумкин. Қорин бўшлиғини пайпаслаганда, қорин олд деворидаги мушакларнинг таранглашуви, перитонеал таъсирланиш хусусияти белгиларисиз аниқлаш мумкин. Кўпгина ички органлар, масалан, жигар, ўпка ва буйраклар функционал ҳолати бузилмайди. Юқорида тавсифланган клиник кўриниш баъзида абортив деб аталадиган панкреатитнинг шишли (енгил) шаклига ишора қилади. Бу ошқозон ости безидаги морфологик ўзгаришларнинг қайтарилиши ва даволашнинг анча юқори самарадорлигини англатади. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда жараён ўсиб боради ва ошқозон ости бези некрозининг ривожланишига олиб келади. Бу жараён қийин оқибатларга, кўплаб асоратларга ва юқори даражадаги ўлимга олиб келади. Некротик панкреатитнинг вақти ёки босқичи кўп жиҳатдан унинг клиник кўринишини аниқлайди.

Панкреонекроз ошқозон ости бези яллиғланишининг шишли турига нисбатан кўпроқ аниқ ва намоён бўладиган клиник белгилари билан ажралиб туради. Бу патологиянинг ўзига хос хусусиятлари қаторида қон босимининг сезиларли пасайиши, ҳатто шок ҳолатларининг юзага келиши қайд этилади. Шунингдек, ўртача ёки оғир даражадаги лейкоцитоз кузатилади, бу организмнинг яллиғланишга жавоб реакциясини кўрсатади. Беморларда кучли дармонсизлик, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши, шунингдек, уйқу ва руҳий ҳолатнинг жиддий бузилиши каби клиник аломатлар ҳам кўп учрайди (94; 115; 125).

Щеткин-Блюмберг белгилари панкреонекрозга чалинган беморларнинг учдан бир қисмида мусбат бўлиб, бу қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг кескин ва оғриқли тусга эга эканлигини кўрсатади. Бундай аломатларни аниқлаш, биринчи навбатда, беморнинг ҳолатини тўғри баҳолаш ва дарҳол тиббий ёрдам кўрсатиш учун жуда муҳимдир.

Панкреонекроздаги клиник белгиларнинг ана шундай яққоллиги шифокорларни зудлик билан ташхис қўйишга ва керакли даволаш стратегиясини белгилашга ундайди. Шишли ўткир панкреатитга қараганда, бу ҳолатда касалликнинг кечиши тезкорроқ асоратларга олиб келиши мумкинлиги сабабли, тезкор ва самарали ёндошув талаб этилади.

Қўшимча равишда, панкреонекрознинг клиник хусусиятлари ва асоратлари ўрганилган тадқиқотлар, бу патологиянинг тўлиқ ва ўз вақтида даволанмаслиги оғир асоратлар ёки ҳатто ўлим хавфини сезиларли даражада оширишини кўрсатади. Шунинг учун беморларда аломатларни ўз вақтида аниқлаш ва уларга тегишли тиббий ёрдам кўрсатиш касалликнинг оқибатларини юмшатишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ўткир панкреатит ташхисида инструментал ва лаборатория текширувлари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Учта асосий фермент, амилаза, липаза ва трипсин клиник фанлар олимлар эътиборини тортди. Аксарият муаллифлар ўткир панкреатитни қон ва пешоб фаоллигининг ошиши билан боғлашади (67; 76; 79; 126). Қондаги амилаза фаоллиги нормал қийматлардан 5-6 баравар ошади ва ўткир панкреатит ташхиси учун ишончли лаборатория мезони ҳисобланади (67; 76; 79). Бу усул 75-90% сезгирлик ва 20-60% ўзига хосликка эга. Қонда амилаза фаоллигининг ошиши узоқ вақтдан бери ўткир панкреатитнинг ишончли белгиси ҳисобланган. Амилаза фаоллиги, шунингдек, туприк безлари, фаллоп найчалари, ўпка, простата бези ва жигарда инсон тўқималарининг ҳомогенатларини синчковлик билан таҳлил қилишда аниқланган. Қон зардобидидаги амилаза даражасининг ошиши ошқозон ости бези касаллигидан ташқари бошқа сабабларнинг натижаси бўлиши мумкин.

Ультратовуш ва компьютер томографияси (КТ) каби радиацион тасвирлаш усуллари ошқозон ости безидаги патологик ўзгаришларни аниқлашда кенг қўлланилади ва улар бу соҳадаги диагностикада муҳим ўрин тутади (43; 50; 59; 67; 79; 132; 190). Ташхислаш жараёнида биринчи ноинвазив усул сифатида ультратовуш текшируви афзал кўрилади, чунки у

самарали ва нисбатан осон қўлланиладиган метод ҳисобланади. Бундай текширув ўткир панкреатитни тезда аниқлаш имконини беради.

Шу билан бирга, ультратовуш текширувининг чекловлари мавжуд бўлиб, айниқса, шошилиш ҳолатларда маълум муаммоларга дуч келиши мумкин. Беморларнинг тахминан 50-75 фоизида ошқозон ости беши ультратовуш орқали яхши тасвирланса-да, қолган ҳолларда кучли метеоризм ёки бошқа механик тўсқинликлар туфайли органнинг визуализацияси мураккаб бўлиб қолиши мумкин. Бу ҳолатларда аниқ ташхис қўйиш учун қўшимча тасвирлаш усуллари талаб этилади.

Компьютер томографияси бундай ҳолатларда афзал усуллардан бири сифатида намоён бўлади. У патологияни аниқлашда аниқроқ маълумот беришга қодир ва ошқозон ости безининг тузилмавий ўзгаришлари, шунингдек, атрофдаги тўқималардаги асоратларни визуализация қилиш имкониятини беради. Бу, айниқса, деструктив панкреатит билан оғриган беморларда жуда муҳим аҳамиятга эга, чунки КТ усули ярим йирингли асоратларни, шишлар ёки суюқлик тўпланишини аниқлашда қўл келади (59; 67; 79; 126; 160; 177).

Ультратовушнинг яна бир афзаллиги шундаки, у нисбатан хавфсиз ва арзон бўлиб, беморларга минимал таъсир кўрсатади. Бу усул даволаш жараёнини кузатиш ва патологияни динамикада баҳолаш учун ҳам қўлланилиши мумкин. Бунда унинг клиник натижалари қўшимча тасвирлаш усуллари билан таққосланиб, ташхис аниқлиги янада оширилиши мумкин.

Хулоса қилиб айтганда, ультратовуш ва КТ усуллари ошқозон ости беши касалликларини аниқлашда бир-бирини тўлдирувчи диагностик воситалар сифатида ишлатилади. Улардан самарали фойдаланиш шифокорларга ўткир панкреатит ва унинг асоратларини аниқлашда ва тўғри даволаш тактикаси танлашда катта ёрдам беради.

Ўткир панкреатит диагностикаси учун энг аниқ ноинвазив воситалардан бири компьютер томографиясидир (35; 124). Ультратовуш

билан солиштирганда, метеоризм даражаси тасвир сифатига таъсир қилмайди. Ушбу усул шишли панкреатитни ташхислаш учун ишлатилади. Ошқозон ости беши ва қорин парда орти соҳа тўқималарнинг йиринглаган жойлари айниқса яхши аниқланади.

Лапароскопиянинг кенг қўлланилиши қорин бўшлиғи касалликларини, хусусан, ўткир панкреатитни ташхислаш қобилиятини сезиларли даражада яхшилади. Бизнинг фикримизча, диагностик лапароскопия шошилиш вазиятларда, шошилиш жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган турли касалликларни тезда ташхислаш зарур бўлганда муҳимдир. Бундан ташқари, лапароскопия аллақачон ўткир панкреатит ташхиси тасдиқланганда ва дренажлаш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда даволаш учун ишлатилади (40). Бундан ташқари, лапароскопия дастурлаштирилиши мумкин. айниқса, 1999 йилда Б.В. Сажин ва бошқалар томонидан таъкидланишича, ошқозон ости беши ва унинг атрофидаги тўқималарда яллиғланиш ривожланишини кузатиш учун динамик эндовидео мониторингини қўлланилган.

Муайян одамда ўткир панкреатитнинг ривожланишини аниқлаш учун хақида гап кетганда, бу этарли даражада ишончли эмас (75; 123; 144; 175; 198; 199; 205). Уларнинг камчиликлари афзалликларидан устун туради. Камчиликлар орасида меҳнат зичлиги ва кўпгина маҳаллий шифохоналарда, айниқса тез ёрдам бўлимларида барча керакли текширувларни ўткази олмаслик киради. Бундан ташқари, ушбу усулларнинг аксарияти ўткир панкреатит ривожланишининг кейинги даврларида, токсемия босқичида ва йирингли асоратларда ижобий натижалар беради (8; 15; 16, 27, 196, 203) Ўткир панкреатитнинг кечишини аниқлаш учуннинг энг кенг тарқалган усули лаборатория параметрларига асосланган усул ҳисобланади.

Ҳар бир кўрсаткич нолдан бир баллгача бўлган балл тизимида олинади. Ўлим даражаси 5% гача бўлган енгил панкреатит ва 0-2 балл. ўрта

оғир балл 3-5, (ўлим 15-20% ҳолатда). Оғир ҳолатларда : 6 дан 11 баллгача (50% ўлим). Эгоров М.С.га кўра (2011).

Ўлим эҳтимоли АРАСНЕ ва АРАСНЕ II ёрдамида баҳоланиши мумкин. Ушбу тизим учта асосий компонентдан иборат. Биринчиси, ўн иккита мезон ёрдамида аниқланадиган ўткир физиологик бузилиш рейтинги. Иккинчиси - олти баллли баҳолаш тизими ёрдамида ўлчанадиган ёш. Учинчиси сурункали касалликларнинг кўрсаткичидир. АРАСНЕ II балли учта асосий компонентнинг баллари йиғиндиси билан аниқланади.

1990 йилда Уилсон ва бошқалар биринчи марта беморнинг аҳволининг оғирлигини баҳолаш ва ўткир панкреатитнинг боришини аниқлаш учун АРАСНЕ II шкаласидан фойдаланганлар. Ўлим бўлмади ва ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг атиги 6 фоизида асоратлар пайдо бўлди. АРАСНЕ II кўп сонли мураккаб тадқиқотларни талаб қилади (газ таркиби ва артериал қоннинг кислоталилик даражасини ўлчаш), аммо у беморнинг аҳволи оғирлигини шифохонага ётқизилгандан кейин ҳам, касалликнинг ривожланиши билан ҳам баҳолашга имкон беради.

J. Gall (1984) инсон организмнинг физиологик жавобини соддалаштирилган баҳолаш учун SAPS (Simplified Acute Physiology Score) тизимини ишлаб чиқди. Бу шкала, асосан, шаҳар ва вилоят шифохоналарининг шошилиш жарроҳлик бўлимлари учун мўлжалланган бўлиб, унинг асосий мақсади интоксикация даражасини баҳолашдан иборат. SAPS тизими касаллик сабабидан қатъи назар, унинг боришини аниқлаш ва шошилиш ёрдам кўрсатишда муҳим роль ўйнайди.

Ушбу шкала 14 та клиник ва лаборатория кўрсаткичини ўз ичига олади, улар ҳар бири 0 дан 4 гача бўлган баллар билан баҳоланади. Бу тизимда жами 10 баллдан паст натижа касалликнинг енгил даражасини англатади. Масалан, ўткир панкреатит билан оғриган беморларда 4 балл ўлим хавфининг мавжуд эмаслигини кўрсатади. Бироқ, агар беморнинг умумий баллари 10 ёки ундан кўп бўлса, бу унинг ҳолатининг оғирлигини ва юқори хавф даражасини англатади (222).

2002 йилда Balthazar ўткир панкреатит оғирлигини аниқлаш ва унинг натижаларини баҳолашда компьютер томографиясидан (КТ) фойдаланиш бўйича янги методологияни таклиф қилди. Ушбу метод КТ ёрдамида тўқималардаги ўзгаришларни визуализация қилиш, яллиғланиш даражасини баҳолаш, шунингдек, асоратларни аниқлаш учун қўлланилади. Balthazar тизимига кўра, визуализация асосида панкреатитнинг оғирлиги турли даражаларга бўлинади, бу эса даволаш жараёнининг самарадорлигини оширишга ёрдам беради (137).

SAPS ва Balthazar каби тизимларнинг ишлаб чиқилиши касалликнинг оғирлигини тез ва аниқ баҳолаш, зарур чораларни ўз вақтида кўриш, шунингдек, прогноз тузишда шифокорлар учун катта қимматга эга. Бу диагностика жараёнини стандартлаштириш ва беморларга сифатли ёрдам кўрсатишда муҳим аҳамият касб этади.

Компьютер томографияси маълумотларига асосланиб, ўткир панкреатит билан оғриган беморларга қуйидаги шкала бўйича КТ оғирлик индекси тайинланади: А даражаси ошқозон ости беши нормал кўринишини билдиради, Б даражаси ошқозон ости беши катталашганлигини англатади, С даражаси парапанкреатик яллиғланишни билдиради. тўқималар мавжуд, Д даражаси ошқозон ости беши катталашганлигини ва олдинги паранефрикда суюқлик мавжудлигини билдиради, паренхиманинг 30% дан камроғи учун некроз ҳажми 2 балл; 30 фоиздан 50 фоизгача - 4 балл; ва 50 фоиздан кўп - 6 балл. Ўткир панкреатитнинг оғирлик индекси касалликнинг оғирлиги (0-4 балл) ва некроз даражасидан (0-6 балл) иборат.

2 баллдан паст бўлган оғирлик индекси паст ўлимни англатади.

7-10 балл бўлган оғирлик индекси ўлим даражаси 17% га ва бирга келадиган касалликларни ривожланиш эҳтимоли 92% га олиб келади. Агар сизда компьютер томографияси бўлса, бу усулни қўллаш мумкин ҳисобланади. Меъда ости беши тўқималаридаги ўзгаришлар касаллик бошланганидан кейин уч-беш кун ичида аниқланиши мумкин (35; 37). Шундай қилиб, тактик ва терапевтик муаммолар асосан ҳал қилинаётганда,

касалликнинг бошида (1 кундан 3 кунгача) усулни қўллаш натижага олиб келмайди. Санкт-Петербургда жойлашган И.И. Джанелидзе номидаги шошинч тиббий ёрдам илмий-тадқиқот институтида бир неча клиник белгиларни бирламчи тезкор баҳолаш шкаласи ишлаб чиқилган (5). Беморда ушбу белгиларнинг беш ёки ундан ортиқ белгилари бўлса, уларнинг 95 фоизида оғир ўткир панкреатит, 2-4 белгилари ўртача ва 0-1 белгилари энгил баҳоланади. Бизнинг фикримизча, истиқболли йўналишлардан бири қорин бўшлиғидан экссудатнинг хусусиятларини ўрганишдир. Ушбу хусусиятлар патологик жараённинг оғирлигини баҳолаш ва юзага келиши мумкин бўлган оқибатларни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин. Шубҳасиз, перитонеал суяқликнинг лаборатория тадқиқотлари лапароскопиянинг диагностик ва прогностик имкониятларини яхшилайти. Биз изланган адабиётларда ушбу мавзунини ўрганган кенг қамровли тадқиқотлар мавжуд эмаслиги ўргандик. Шу билан бирга, диагностик ва терапевтик лапароскопия кенг қўлланилганда, ўткир панкреатитда қорин бўшлиғидан оқишни ҳам бир марталик, ҳам динамик ўрганиш имконияти мавжуд

II БОБ. КЛИНИК ГУРУҲЛАР ВА ЎРГАНИШ УСУЛЛАРИ

§ 2.1 Тадқиқот гуруҳларининг клиник хусусиятлари

2018-2023-йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети қўп тармоқли клиникаси ва РШТЁИМ СФ жарроҳлик бўлимларида ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатит билан оғриган 102 нафар бемор даволанган бўлиб, беморларнинг касалланган пайтдан бошлаб дастлабки 72 соат ичида лапароскопик жарроҳлик амалиётидан ўтказилган.

Клиник таққослаш гуруҳига ўткир панкреатитнинг яллиғланган шакли билан ташхис қўйилган 42 бемор киритилди. Ушбу тадқиқотда иштирок этган беморлар ихтиёрий равишда танлаб олинган бўлиб, қатор оғир патологияларга эга бўлган ҳолатлар истисно қилинган. Жумладан,

юрак ва ўпка декомпенсацияси белгилари, шунингдек, механик сариқлик билан боғлиқ оғир касалликлар мавжуд бўлган беморлар таҳлилдан четлаштирилди. Бу ёндашув ўткир панкреатитнинг яллиғланган шаклини таҳлил қилишда аниқ ва ишончли маълумотларни таъминлашга қаратилган.

Ушбу тадқиқот доирасида беморларнинг умумий ҳолати, патологиянинг динамикаси ва турли кўрсаткичларнинг ўзаро боғлиқлиги таҳлил қилинган. Тадқиқот учун танлаб олинган гуруҳнинг ягона патологияга эга бўлиши, натижаларнинг аниқлиги ва қиёслаш имкониятини таъминлашга ёрдам беради. Бунда асосий мақсад шифокорларга ўткир панкреатитнинг яллиғланган шаклида самарали ташхис қўйиш ва даволаш стратегиясини такомиллаштиришда ёрдам беришдан иборат.

Асосий гуруҳнинг жинси ва ёши бўйича хусусиятлари 1-жадвалда кўрсатилган. Клиник таққослаш гуруҳининг хусусиятлари 2-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Асосий гуруҳнинг жинси ва ёши бўйича хусусиятлари (ўткир деструктив панкреатит билан оғриган беморлар) n=102

Жинси	30 ёшгача	30-50 ёшгача	50 ёшдан катта	Жами
Эркаклар	8	37	21	66 (64,7%)
Аёллар	5	19	12	36 (35,3%)
Жами	13 (12,7 %)	56 (54,9%)	33 (32,3%)	102 (100 %)

2-жадвал

Жинс ва ёш бўйича клиник таққослаш гуруҳининг хусусиятлари (яллиғланган панкреатит билан оғриган беморлар) n = 42

Жинси	30 ёшгача	30-50 ёшгача	50 ёшдан катта	Жами
Эркаклар	1	1	1	3 (61,9 %)
Аёллар	1	1	1	3 (38,1 %)

Жами	1	1	1	6 (100 %)
------	---	---	---	-----------

Ўткир панкреатит ташхиси умумий клиник ва лаборатория маълумотлари асосида қоннинг биокимёвий параметрларини ва пешобдаги диастазасини ўрганиш билан амалга оширилди. Барча беморлар қорин бўшлиғи ультратовуш текширувидан ўтказилди.

Қабул пайтида энг кўп учрайдиган шикоятлар:

1) Эпигастрал соҳада кучли оғриқ, оғриқнинг кўпинча белбоғсимон характерда бўлиши - 102 (100%);

2) Диспептик бўзилишлар - кўнгил айнаши, қусиш, метеоризм, ич кетиши ёки қотиши - 77 (75,4%);

3) умумий дармонсизлик, тахикардия, гемодинамик кўрсаткичларнинг беқарорлиги - 45 (44,1%);

4) Субфибрил иситма - 24 (23,5%).

Периферик қонни текширганда 89 беморда (87,2%) чапга силжиш билан лейкоцитоз аниқланган. Биокимёвий тадқиқотлар 91 беморда (89,2%) қонда ва пешобда амилаза кўпайишини аниқлади. 28 (27,4%) беморда билирубиннинг 30 ммол/л дан ошиши аниқланган. 33 (32,4%) беморда трансaminaзалар (АЛТ, АСТ) даражасининг ошиши қайд этилган.

Қорин бўшлиғи органларини ультратовуш текширувида 36 (35,3%) беморда ўт пуфагида тошлар аниқланган. Умумий ўт йўлининг кенгайиши 11 ҳолатда (10,8%) аниқланган. 32 (31,4%) беморда дастлабки тадқиқот давомида ошқозон ости беши ҳажмининг ошиши, ошқозон ости беши тўқималарининг эхогенлигининг ўзгариши аниқланди. 46 та ҳолатда (45,1%) ошқозон ости бешини қориндаги метиорезм сасабли аниқлашнинг имкони булмади ёки қийинчилик билан аниқланади.

Эндоскопик текширув 67 беморда (65,7%) касалликнинг бошланишидан кейинги дастлабки уч кун ичида амалга оширилди. Ушбу тадбир, ўткир панкреатитда ташхис ва даволаш жараёнини зудлик билан бошлаш учун муҳим ҳисобланади. Эндоскопия орқали яллиғланиш

жараёнларининг хусусиятлари ва ҳозирги ҳолат аниқланиб, келгусидаги даволаш стратегияси учун қимматли маълумотлар олинади.

Ошқозон ости безининг компьютер томографияси (КТ) эса, одатда, бемор шифохонага қабул қилинганидан кейин 5-7 кунларда амалга оширилади. Бундай ёндашув ошқозон ости безининг паренхимаси ҳолатини аниқ баҳолаш, унинг атрофидаги тўқималардаги ўзгаришларни визуализация қилиш, шунингдек, суюқлик шаклланишини аниқлаш имконини беради. Бу усул нафақат қорин бўшлиғидаги, балки ретроперитонеал бўшлиқдаги ўзгаришларни ҳам ўрганиш учун муҳим аҳамиятга эга.

КТ текширувининг кейинги босқичларида олинган маълумотлар орқали патология динамикасини кузатиш, асоратларни аниқлаш ва даволаш жараёнини мувофиқлаштириш мумкин бўлади. Бундай қадамлар, айниқса, касалликнинг оғир ёки асоратланган шаклларини самарали назорат қилишда аҳамиятлидир. Ушбу ташхис усуллариининг мувофиқ қўлланилиши, шифокорларга ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш ва бемор учун энг самарали даволаш режасини ишлаб чиқиш имконини беради.

1) М гуруҳи (moderate - ўртача) - панкреатоген экссудат фонида қорин бўшлиғида кучсиз ўзгаришлар бўлган 71 бемор (69,6%);

2) G гуруҳи (gravis - оғир) - қорин бўшлиғида патологик ўзгаришлар яққол номоён бўлган 31 бемор (30,4%).

Назорат гуруҳида ўткир панкреатит ташхиси клиник кўриниш, биокимёвий қон таҳлили маълумотлари, қорин бўшлиғи ультратовуш ва КТ натижалари асосида амалга оширилди.

Диагностик лапароскопия «Karl Storz» (Германия) ускунасидан фойдаланган ҳолда стандарт усулларга мувофиқ амалга оширилди. Диагностик лапароскопия: Параумбиликал соха орқали диаметри 10 миллиметрли, кўриш бурчаги 30 даража бўлган лапароскоп киритилади. Қорин бўшлиғида экссудат аниқланганда, уни таҳлил қилиш ва тўпланган

суяқликни эвакуация қилиш мақсадида контрапертура орқали бир неча кунга дренаж най қолдирилади.

Барча беморларга ўткир панкреатитни ташхислаш ва даволаш протоколларига мувофиқ қабул қилинганда консерватив даво бажарилган. (Багненко С. Ф. ва бошқ., 2006 г.)

Кейинчалик беморларга ультратовуш текшируви, динамик кузатув ва консерватив терапия ўтказилди. Реллапароскопия учун кўрсатма қорин бўшлиғини кўшимча дренажлаш ва санация қилиш зарурати бўлганда бажарилди. Баъзи ҳолларда йирингли ўчоқларни санация қилиш кичик кесма орқали амалга оширилди. Таҳлил учун қорин бўшлиғига ўрнатилган дренажлар орқали ажралган суяқлик ҳам тўпланган. Агар йирингли асоратлар юзага келса, баъзи беморларда қорин бўшлиғини, ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш учун лапаротомия ўтказилди ва бунда ҳам таҳлил учун дренажлар орқали ажралган суяқлик тўпланди .

Ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг даволаниш тактикаси ҳолатнинг оғирлиги, ошқозон ости безининг шикастланиш белгиларининг мавжудлиги ёки йўқлиги ва кейинги асоратлар билан белгиланади. Даволаш жараёнида фермент фаоллигини, билирубин даражасини, трансаминазларни, чиқиндиларни ва бошқа кўрсаткичларни аниқлаш учун даврий қоннинг биўкимёвий таҳлили ўтказилди.

§ 2.2 Қон ва қорин бўшлиғи суяқлигини текшириш усуллари

Ўрганилган перитонеал суяқлик экссудатнинг давомийлигига қараб лапароскопия пайтида ва операциядан кейинги даврда (лапароскопиядан 3, 5, 10 кун ўтгач) олинган.

Қондаги α -амилаза ва трансаминазанинг фаоллиги оптималлаштирилган энзимометрик кинетик усул билан аниқланди. Олинган натижалар бирлик / л билан ифодаланган. Билирубин миқдори ягона Ендрасик - Гроф усули ёрдамида аниқланди. Натижалар мкмол/л да ифодаланган.

§ 2.3 Қабул қилинган маълумотларни статистик қайта ишлаш

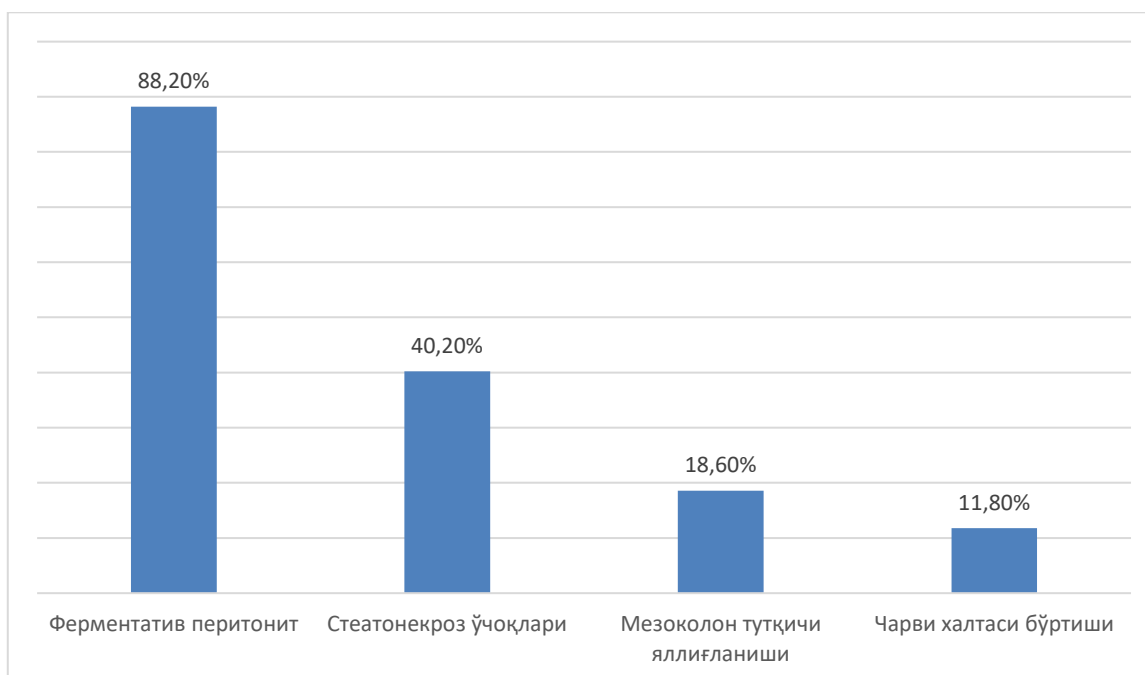
Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш Windows учун Statistica 6.1 пакети ёрдамида амалга оширилди. Миқдорий кўрсаткичлар тақсимотининг нормаллигини баҳолаш учун Шапиро-Уилк тестидан фойдаланилди. Агар кўрсаткичларнинг тақсимланиши одатдагидан фарк қилса, тавсифлаш учун ўртача, 25 ва 75 фоизлар ишлатилган. Миқдорий хусусиятларни солиштириш учун Манн-Уитней U тести ва Уилкоскон тести ишлатилган. Сифат хусусиятларини солиштириш учун %2 мезон ва Фишернинг аниқ тести қўлланилган.

Статистик гипотезаларни синаб кўришда гипотезанинг муҳим даражаси $P < 0,05$ сифатида қабул қилинди.

III БОБ. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИНГ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯ МАЪЛУМОТЛАРИ

§ 3.1 Ўткир панкреатитда лапароскопик натижаларининг кўриниши

102 беморда лапароскопия натижалари 1-расмда келтирилган.



1–расм. Деструктив панкреатит билан қорин бўшлиғининг лапароскопик кўриниши

Қорин бўшлиғида экссудат мавжудлиги энг кўп учрайдиган ҳолатлардан бири сифатида қайд этилди. Суюқликнинг йиғилиши турли жойлашувларда аниқланган бўлиб, унинг ҳажми жигар ости соҳасидаги кичик миқдордан бошлаб, қорин бўшлиғининг барча қисмларигача сезиларли даражада бўлиши мумкин. Бу ҳолат, одатда, патологик жараённинг оғирлигига ва унинг қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалишига боғлиқ.

Экссудатнинг ранги ва консистенцияси бемордан беморга фарк қилган. У сероз суюқликдан бошлаб, лойқа кўринишга ёки қон аралашлиги мавжуд бўлган тузилишгача ўзгариб турган. Сероз кўриниш яллиғланишнинг нисбатан енгил даражасини кўрсатиши мумкин бўлса, лойқа ёки қон аралаш экссудат жиддий яллиғланиш ёки асоратларнинг мавжудлигидан далолат беради.

Ушбу турдаги экссудатнинг аниқланиши клиник аҳамиятга эга бўлиб, патологиянинг даражаси ва тарқалишини баҳолашда муҳим маълумот беради. Шунингдек, экссудат хусусиятларини таҳлил қилиш орқали касалликнинг келиб чиқиши ва унинг мумкин бўлган асоратларини тушуниш осонлашади. Бу маълумотлар асосида тўғри терапевтик чораларни танлаш ва беморнинг ҳолатини назорат қилиш самарадорлигини ошириш мумкин.

Стеатонекроз ҳажми, кўп ҳолларда, диаметри 0,3 см дан 1,5 см гача ўзгариб туради. Миқдорий жиҳатдан стеатонекроз ўчоқларини битта ва кўпларга бўлиш мумкин. Кўпинча йўғон ичак тутқичи соҳасида шиш пайдо бўлишини аниқлаш мумкин бўлади. Деструктив панкреатитларда камдан-кам ҳолатларда чарви халтасининг шиши кузатилади. Баъзи ҳолларда, беморларда ошқозон-ичак бойлами орқали кичик чарви халтасига қорамтир экссудат тўпланиши аниқланган.

Шундай қилиб, диагностик лапароскопия пайтида ўткир деструктив панкреатитнинг асосий патологик белгилари: экссудат, перитонеал

гиперемия, стеатонекроз ўчоқлари, қорин бўшлиғида экссудат тўпланиши, ретроперитонеал бўшлиқнинг яллиғланиши.

Кўп ҳолларда бу патологик топилмаларнинг комбинацияси Лапароскопия жараёнида олинган маълумотларни таҳлил қилиш асосида, биз ўткир панкреатитда кузатилган патологик белгиларни баҳолаш учун махсус тизим таклиф қилдик. Ушбу тизим, қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларнинг хусусиятларини аниқ ва объектив баҳолаш имконини беради.

Лапароскопик текширувнинг натижаларини аниқроқ талқин қилиш мақсадида, биз ноаниқ ва субъектив баҳолашни истисно қилиб, фақат энг ишончли ва аниқ белгиларни ҳисобга олдик. Бу ёндашув патологияни тушуниш ва унинг оғирлик даражасини тўғри баҳолашда ишончли маълумотларни таъминлайди.

Биз таклиф қилган баҳолаш тизимига бешта асосий клиник белги киритилган:

1. Экссудатнинг миқдори – кичик ҳажмдан то барча қорин бўшлиғини тўлдирувчи катта миқдоргача.
2. Экссудатнинг ранги ва шаффофлиги – сероздан то лойқа ёки қон аралаш тузилишгача.
3. Стеатонекроз ўчоқларининг мавжудлиги – ошқозон ости бези ва атроф тўқималарида ёғли некроз ўчоқларининг аниқланиши.
4. Қорин пардасининг реакцияси – яллиғланиш даражаси ва унинг қорин бўшлиғида тарқалиши.
5. Патологиянинг умумий кўриниши – лапароскопик текширув жараёнида аниқланган қўшимча ўзгаришлар.

Ушбу тизим, ўткир панкреатитнинг лапароскопик тасвирини стандартлаштириш ва диагностика жараёнини аниқлаштириш учун мўлжалланган. Бу ёндашув ташхис аниқлигини ошириш билан бирга, касалликнинг ривожланишини яхшироқ прогноз қилишга ёрдам беради.

Шунингдек, ушбу белгилар асосида терапевтик тактикани самарали танлаш имкони ҳам яратилади.

Балларнинг максимал мумкин бўлган сони - 13, минимал - 0 балл.

Патологик белгиларнинг оғирлигига кўра, ўткир деструктив панкреатит билан оғриган барча беморлар 2 кичик гуруҳга бўлинади:

M - (moderate - ўртача) 6 баллгача. Ўткир деструктив панкреатитнинг ўртача ифодаланган белгилари билан;

G - (gravis - оғир) 7 ёки ундан кўп балл. Ўткир деструктив панкреатитнинг оғир белгилари билан.

Лапароскопия натижаларига кўра 71 бемор M гуруҳига тайинланди. G гуруҳи - 31 бемор.

§ 3.2 Касалликнинг давомийлигига қараб қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар

66 беморда патологик ўзгаришларни белгиланган вақт давомида мунтазам кузатиш мумкин бўлган. Қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар юқорида келтирилган балл тизими асосида баҳоланди, бу эса ҳар бир бемордаги ўзгаришларнинг аниқлик ва ишончлилигини таъминлади. Ушбу ёндашув беморлардаги экссудат хусусиятлари, стеатонекроз ўчоқлари ва қорин пардасининг реакцияси каби кўрсаткичларни самарали баҳолаш имконини берди.

Олинган маълумотлар таҳлил қилинди ва натижалар умумлаштирилиб, 3-жадвалда тақдим этилди. Жадвалда беморлардаги патологик ўзгаришларнинг жадаллик даражаси, лапароскопик текширув орқали қайд этилган аниқ белгилар ва уларнинг умумий балл тизимидаги ўрни ёритиб берилган.

Ушбу таҳлил қорин бўшлиғидаги ўзгаришларнинг динамикасини тушуниш ва уларга оид маълумотларни тизимлаштиришда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, ушбу патологияни баҳолаш ва даволаш бўйича клиник қарорларни самарали қабул қилишга ёрдам беради. 3-жадвалдаги

натижалар келгусида илмий тадқиқотлар ва клиник амалий ишларда қўллаш учун ишончли манба бўлиб хизмат қилади.

3-жадвал

Касалликнинг давомийлигига қараб қорин бўшлиғидаги ўзгаришларни балл системасида баҳолаш

Касаллик бошлангандан кейин лапароскопия вақти	Беморлар сони	Балл тизимида баҳолаш	р	р*	р**
24 соатгача	n=1	1 (1; 1)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
24-48 соатгача	n=1	1 (1; 1)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
48-72 соатгача	n=1	1 (1; 1)	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Лапароскопия вақтига қараб ўртача баллни ошириш тенденцияси мавжуд, аммо фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятсиз ҳисобланади.

§ 3.3 Ўткир панкреатитда қорин бўшлиғининг турли даражадаги ўзгаришларининг лапароскопик тасвирлари бўлган беморларда клиник ва лаборатория кўрсаткичлари

Ўткир панкреатитнинг дастлабки даврида ташхис қўйиш учун муҳим аҳамиятга эга бўлган бир қатор лаборатория тестлари мавжуд. Улар қаторида трансaminaза даражаси, лейкоцитлар сони, ҳамда таёқчасимон нейтрофиллар сони асосий кўрсаткичлар сифатида ажралиб туради. Бу

тестлар, ўткир панкреатитни аниқлаш ва унинг оғирлик даражасини баҳолашда муҳим роль ўйнайди.

Олинган маълумотлар асосида, биз лапароскопия жараёнида турли даражадаги патологик ўзгаришларга эга бўлган беморларда юқоридаги кўрсаткичларни ўрганиб чиқдик. Ҳар бир беморда қайд этилган кўрсаткичлар лапароскопик кўринишнинг балл тизими билан боғлиқ равишда таҳлил қилинди. Бу ёндашув ўткир панкреатитнинг патофизиологик жараёнларини чуқурроқ тушуниш ва турли даражадаги патологияларнинг клиник аҳамиятини баҳолашга ёрдам берди.

Тадқиқот натижалари умумлаштирилиб, 4-жадвалда тақдим этилди. Жадвалда трансаминаза даражаси, лейкоцитлар ва таёқчасимон нейтрофиллар сони каби кўрсаткичлар турли патология даражалари бўйича таққосланди ва уларнинг лапароскопик тасвир билан боғлиқлиги кўрсатиб ўтилди. Ушбу маълумотлар клиник амалиётда ўткир панкреатитни ташхислаш ва унинг оғирлик даражасини аниқлашда қимматли манба бўлиб хизмат қилади.

4-жадвал

Ўткир панкреатитнинг турли хил лапароскопик тасвирлари бўлган беморларда лаборатория қон параметрлари

Таққослаш гуруҳлари	Яллиғланган панкреатит n=42	ЎДП М гуруҳи n=71	ЎДП G гуруҳи n=31
Лейкоцитлар миқдори (109/л)	10,4 (9,5; 11,3)	12,8 (11,3; 13,8) p > 0,05	15,3 (14,2; 16,2) p* > 0,05 p** < 0,05
Таёқчасимон нейтрофиллар миқдори	5,3 (4,8; 6,1)	7,8 (6,2; 8,7) p > 0,05	12,4 (10,2; 13,3) p* < 0,05 p** < 0,05
АСТ (ўлчов бир/л)	36,2 (31,2; 40,4)	49,7 (46,1; 54,3) p > 0,05	106,9 (97,1; 114,8) p* < 0,01 p** < 0,01

АЛТ (ўлчов бир/л)	45,7 (40,2; 51,8)	54,8 (51,6; 58,2) p > 0,05	91,0 (85,9; 96,7) p* < 0,05 p** < 0,05
-------------------	-------------------	-------------------------------	--

Тақдим этилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, яллиғланган панкреатит билан оғриган беморларга нисбатан энг ноқулай G гуруҳида периферик қонда лейкоцитларнинг кўпайиши кузатилади. Шу билан бирга, яллиғланган панкреатит ва M гуруҳлари ўртасида бу кўрсаткичда фарқлар йўқ. Бироқ, бу кўрсаткичда яллиғланган панкреатит ва M гуруҳлари ўртасида фарқлар йўқ, шунингдек, M ва G гуруҳлари ўртасида ҳам фарқ йўқ. Таёқчали нейтрофиллар сонини текширганда, G гуруҳида уларнинг сони бошқа гуруҳларга нисбатан сезиларли даражада юқори бўлиб, чапга аниқ силжишни кўрсатади. Трансаминазаларнинг таркибини ўрганишда шунга ўхшаш қарамлик кузатилади. Охириги кўрсаткич G гуруҳида энг юқори. Шундай қилиб, қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар даражаси ва берилган лаборатория кўрсаткичлари ўртасида маълум бир боғлиқлик мавжуд.

Ўткир панкреатитни ташхислашда қон ва пешобдаги амилаза фаоллигининг ўрганилиши муҳим аҳамиятга эга. Бу ферментнинг фаоллиги касалликнинг аниқ ташхиси ва унинг динамикасидаги ўзгаришларни кузатиш учун ишончли кўрсаткич ҳисобланади. Бироқ, қорин бўшлиғидан олинган экссудатдаги амилаза даражаси ва унинг хусусиятлари ҳанузгача кам ўрганилган йўналишлардан биридир.

Перитонеал экссудатдаги амилаза фаоллигининг юқори даражалари, одатда, ташхисни тасдиқлашда қўшимча муҳим элемент сифатида хизмат қилади. Ушбу ферментнинг экссудатдаги даражаси, қондагидан ўртача 2-3 баравар юқори бўлиши мумкин. Бундай ҳолат, айниқса, ўткир панкреатитнинг оғир шаклларида кузатилади, чунки ферментлар тўқималарнинг шикастланиши ва яллиғланиш фонида қорин бўшлиғига чиқади. (5-жадвал).

5-жадвал

Бирламчи лапароскопия пайтида олинган ўткир панкреатитнинг дастлабки даврида турли хил муҳитларда α -амилаза фаоллиги

Амлаза фаоллиги (ўлчов бир/л)	Яллиғланган панкреатит n=42	ЎДП, М гуруҳи n=71	ЎДП, О гуруҳи n=31	p
Қонда	1 (1; 1)	1 (1; 1)	1 (1; 1)	< 0,05
Пешобда	1 (1; 1)	1 (1; 1)	1 (1; 1)	< 0,05
Перитонеал экссудатда	1 (1; 1)	1 (1; 1)	1 (1; 1)	< 0,05

Экссудатдаги амилаза даражасини ўрганиш ташхис жараёнини аниқлаштиришга ва касалликнинг оғирлик даражасини баҳолашда ёрдам беради. Шунингдек, бу кўрсаткич даволаш стратегиясини танлашда ва унинг самарадорлигини назорат қилишда қимматли маълумот тақдим этади. Тадқиқотлар ушбу фермент фаоллигини ҳар томонлама баҳолаш ва уни клиник амалиётга жорий этиш орқали ташхис аниқлигини сезиларли даражада ошириш мумкинлигини кўрсатмоқда.

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, барча текширилган махсус муҳитда α -амилаза фаоллиги нормал қийматлардан бир неча баравар юқори бўлган. Қонда α -амилаза фаоллиги соғлом одамларга қараганда ўртача 5-7 баравар юқори бўлган. Пешобни текширганда шунга ўхшаш расм сақланиб қолди. Шу билан бирга, лапароскопик расмнинг оғирлигига қараб, қон ва пешобдаги α -амилазада сезиларли тебранишлар аниқланмади. Қорин бўшлиғи суяқлигида α -амилазани ўрганишда бу кўрсаткич меъёрдан 10-15 марта ошиб кетганлиги аниқланди. Қорин бўшлиғидан ажралишда бу ферментнинг фаоллиги қонга қараганда 2-3 баравар юқори. Ноқулай лапароскопик кўриниш билан, яъни G гуруҳида амилаза фаоллиги M гуруҳига қараганда анча юқори бўлган.

Бизнинг фикримизча, касалликнинг динамикасида ушбу ферментнинг фаоллигини ўрганиш муҳим прогностик аҳамиятга эга. 6-жадвалда қондаги α -амилаза фаоллиги тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

6-жадвал

**Қорин бўшлиғида турли даражадаги патологик белгиларга эга бўлган
гуруҳларда қондаги α -амилаза фаоллиги (ўлчов бир/л)**

Тадқиқот вақти	1 кун n=42	3 кун n=37	5 кун n=31	p**
Шишли панкреатит	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	p** > 0,05
ЎДП М гуруҳи	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	p** > 0,05
ЎДП О гуруҳи	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	p** > 0,05

Дренаж тўхтатилгани ва дренажлар олиб ташланганлиги сабабли, ўрганилган беморлар сони мос равишда камайди. Олинган маълумотлар 7-жадвалда келтирилган.

7-жадвал

**Қорин бўшлиғида яққол намоён бўлган патологик белгилар бўлган
беморларнинг перитонеал суюқликдаги α -амилаза фаоллиги
(ўлчов бир/л)**

Тадқиқот вақти	1 кун n=71	3 кун n=62	5 кун n=46	10 кун n=24
М гуруҳи	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05
G гуруҳи	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05
М ва G гуруҳлардаги p	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05	1 (1; 1) p < 0,05

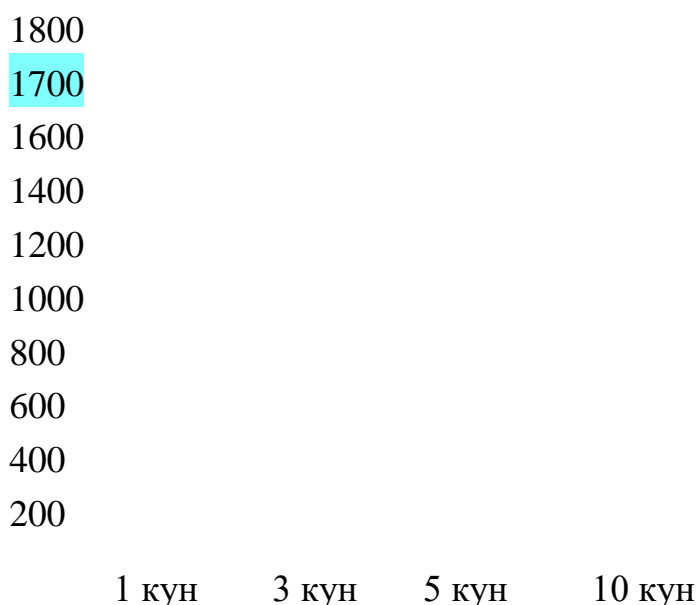
Биринчи куннинг ўзида G гуруҳида қон ва қорин бўшлиғи суюқлигидаги амилаза фаоллиги М гуруҳига нисбатан сезиларли даражада юқори даражада қайд этилди. Ушбу фарқ ўткир панкреатитнинг оғир даражасидаги фермент фаоллигининг кучли ошиши билан изоҳланади.

Учинчи кунга келиб, G гуруҳидаги амилаза фаоллиги барқарор юқори даражада қолиб, М гуруҳидаги кўрсаткичларга нисбатан деярли икки

баравар юқори бўлгани қайд этилди. Бу ферментатив фаолликнинг давомлилиги, ферментларнинг яллиғланиш марказларидан қон ва қорин бўшлиғига ҳаддан ташқари чиқиши билан боғлиқ.

Бешинчи кун амилаза фаоллигида сезиларли пасайиш кузатилди, бунинг натижасида фермент даражаси аввалги ҳолатига нисбатан деярли уч бараварга камайди. Бу пасайиш патологик жараённинг бир оз сусайганлигини кўрсатади.

Шунга қарамасдан, ўнинчи кунгача амилаза даражасида пасайиш кузатилган бўлса-да, бу ўзгариш тўлиқ нормаллашувга олиб келмади. Ушбу



даврда фермент фаоллиги меъёрий кўрсаткичлардан ҳали ҳам тахминан тўрт марта юқори даражада қолган.

Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатит ҳолларида қон ва қорин бўшлиғи суюқлигида амилаза фаоллигининг бундай юқори даражада сақланиб қолиши, патологик жараённинг оғирлик даражаси ва унинг давомий динамикаси ҳақида муҳим маълумот беради. Ушбу маълумотлар, шунингдек, касалликнинг прогнозини баҳолаш ва терапевтик ёндашувни такомиллаштиришда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу кўрсаткичлар билан боғлиқ визуал маълумотлар 2-расмда тақдим этилган.



**Расм 2 - Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир
деструктив панкреатитда қон ва қорин бўшлиғи суюқлигидаги
амилаза фаоллиги**

3.4 Қорин бўшлиғининг турли хил лапароскопик тасвирлари билан гастродуоденоскопия ва компьютер томографиясидан олинган маълумотлар

Ўткир панкреатитда овқат ҳазм қилиш тизимининг юқори қисмининг ҳолатини ўрганиш касалликнинг оғирлигини баҳолаш ва унинг прогнозини аниқлашда катта аҳамият касб этади. Бу, айниқса, патологиянинг клиник манзарасини чуқур тушуниш ва самарали терапевтик стратегияни ишлаб чиқиш учун зарурдир.

Клиникамизда гастродуоденоскопия учун кўрсатмалар куйидагиларни ўз ичига олади:

1. Овқат ҳазм қилиш тракти патологиясини ўткир панкреатитдан ажратиш учун дифференциал ташхис зарурати.
2. Қорин бўшлиғининг юқори қисмидаги аниқланиши қийин бўлган оғриқлар, уларнинг манбасини аниқлаш ва касалликнинг динамикасини тушуниш мақсадида.

Тадқиқотда иштирок этган беморлардан 67 нафари (46,5%) да касалликнинг бошланишидан сўнг дастлабки уч кун ичида гастродуоденоскопия амалга оширилди. Ушбу даврда эндоскопик текширув касалликнинг клиник хусусиятларини баҳолаш ва овқат ҳазм қилиш тизимидаги асоратларни аниқлаш имконини берди.

Эндоскопия натижасида олинган маълумотлар умумлаштирилиб, 8-жадвалда тақдим этилган. Жадвалда қайд этилган маълумотлар касалликнинг оғирлик даражаси, овқат ҳазм қилиш тизимидаги патологик ўзгаришлар, шунингдек, эндоскопик кўринишнинг диагностикадаги аҳамиятини намоён этади. Бундай маълумотлар келгусида ўткир панкреатитнинг комплекс диагностикаси ва даволаш стратегияларини янада такомиллаштиришда қимматли аҳамиятга эга.

Ўткир панкреатитнинг турли шаклларида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозив ва ярали шикастланишларининг частотаси

Ўткир панкреатит гуруҳлари	Ўткир эрозив ва ярали ўзгаришлар		Сумма
	Бор	Йўқ	
Аниқланган панкреатит	4	21	25
Умуманан йўқ	8	11	19
Умуманан бор	15	8	23
Жами	27	40	67

Иҳоҳ: ўрганиш қиймати $\chi^2 = 12,097$. $p < 0,01$ аҳамиятлилик даражасида қиймати 9,21 ни ташкил қилади. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозив ва ярали ўзгаришлар частотаси ва ўткир панкреатит гуруҳлари ўртасида фарқлиқ статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p < 0,01$).

Ўткир панкреатитда беморларнинг 40% дан ортиғида овқат ҳазм қилиш трактининг юқори қисмларида эрозив ва ярали яралар пайдо бўлиши аниқланган. Уларнинг частотаси ва асоратлари ўткир панкреатитнинг оғирлиги ва давомийлигига боғлиқ. Шиллиқ қаватдаги бу патологик ўзгаришлар ошқозон деворидаги микроциркуляциянинг бузилиши натижасида юзага келади, бу эса: эҳтимол ўткир панкреатитда тизимли хусусиятга эга. Шу нуқтаи назардан, ЭГДС маълумотларини ўрганиш ва уларни лапароскопия натижалари билан солиштириш бизни қизиқтирди. Ўрта оғир ва оғир ўткир деструктив панкреатитда шишли шаклга нисбатан ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг эрозив ва ярали ўчоқлари частотаси сезиларли даражада ошади.

Шубҳасиз, компьютер томографияси ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолашнинг муҳим усули ҳисобланади.

Беморларга қорин бўшлиғи аъзоларининг компьютер томографияси касаллик пайтидан бошлаб 5-7 кунларда, шунингдек, агар кўрсатма бўлса қайта кейинроқ ўтказилди.

12 (28,6%) беморда қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқда ўзгаришлар аниқланмади. 22 (52,4%) беморда ошқозон ости беzi катталашгани аниқланган, улардан 4 тасида (9,5%) парапанкреатик тўқималарда яллиғланиш белгилари мавжуд. Шишли панкреатит гуруҳида Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлар 0 дан 3 баллгача бўлган.

M гуруҳидаги беморларда компьютер томографияси (n=71) 64 (90,1%) беморда ошқозон ости безининг катталашинини аниқлади. 71 (100%) беморда парапанкреатик тўқималарнинг инфилтрацияси аниқланган. 53 (74,6%) беморда ошқозон ости беzi контурларининг силлиқлиги. Қорин бўшлиғида суюқлик 68 (95,7%) беморда топилган. 32 (45,1%) беморда турли хажмдаги ошқозон ости беzi тўқималарининг некрози. M гуруҳидаги Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлар 2 дан 8 баллгача бўлган.

G гуруҳидаги беморларда компьютер томографияси (n = 31) 25 (80,6%) ҳолатда ошқозон ости безининг катталашинини аниқлади. Парапанкреатик тўқималарнинг инфилтрацияси ва суюқлик тўпланиши 100% ҳолларда аниқ бўлган. Вена ичига юборилган контраст билан 27 (87,1%) беморда 30% дан ортиқ панкреатик некрозлар аниқланди. G гуруҳидаги Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлар 5 дан 10 баллгача бўлган.

Умуман олганда, бу тизим юқори прогностик қийматга эга.

Прогноз қилинган баҳолашдан ташқари ҳолатлар сони 21 тани ташкил этди. Усулнинг сезгирлигини формуладан фойдаланган ҳолда ҳисоблашда:

$$Se = (TP / D) \times 100 \%,$$

Бу ерда Se (sensitivity) - сезувчанлик;

TP - ҳақиқий ижобий; D - гуруҳда ўрганилган натижаларнинг умумий сони. Усулнинг сезгирлиги бўлиб,

$$(121 / 144) \times 100 \% = 84,0 \%.$$

Ўрта оғир ва оғир ҳолатларда

$$(88 / 102) \times 100 \% = 86,3\%.$$

Юқоридаги формула бўйича ҳисобланган ўткир панкреатитнинг оғирлигини аниқлаш учун тавсия этилган усулимизнинг сезгирлиги касалликнинг ўрта оғир ва оғир кечиши учун 86,3% ни ташкил этди.

Лапароскопия (касаллик пайтидан бошлаб 1-3 кун) ва Balthazar шкаласи натижаларига асосланган рейтинг шкаласини таққослаш 9 ва 10-жадвалларда келтирилган.

9-жадвал

Лапароскопия ва Balthazar шкаласи натижаларига кўра ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолаш шкаласини таққослаш (балларда)

Тадқиқот усули, номувофикликлар сони	М гуруҳи (n = 71)	G гуруҳи (n = 31)
Лапароскопик баҳолаш (касалликнинг 1-3 кунлиги) Прогноз билан номувофикликлар сони	1-6 балл 12	7-13 балл 2
Balthazar шкаласи (Касалликнинг 5-7 кунда компьютер томографияси ўтказилди) Прогноз билан номувофикликлар сони	2-8 балл (n = 71) 6	5-10 балл (n = 31) 3

10-жадвал

Лапароскопия натижаларига кўра ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолаш шкаласини ва 2% мезондан фойдаланган ҳолда Balthazar шкаласини таққослаш.

Тадқиқот усули	Прогнозга тўғри келди	Прогнозга тўғри келмади	Жами
Лапароскопия (М ва G гуруҳи)	88	14	86,3%
Balthazar шкаласи (М ва G гуруҳи)	93	9	91,2%

Иҳоҳ: Мезон қиймати $\chi^2 = 0,849$, $p > 0,05$. Шундай қилиб, диагностик ва терапевтик лапароскопия пайтида қорин бўшлиғидаги ўзгаришларни баҳолаш Balthazar шкаласи билан прогностик қиймат билан таққосланади. Муҳим кўрсатмаларга мувофиқ амалга ошириладиган лапароскопия ва қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларни баҳолаш касалликнинг кейинги йўналишини тахмин қилиш имконини беради.

Шундай қилиб, лапароскопия маълумотларига асосланиб, ўткир панкреатитда қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларнинг балл баҳоси

ишлаб чиқилди, бу бизга касалликнинг ўртача-оғир (M- moderate) ва оғир (G-gravis) прогнози бўлган гуруҳларни ажратиш имконини беради. Лапароскопия пайтида қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларни баҳолаш натижалари ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолашнинг умумий қабул қилинган шкаласи билан таққосланганда (усулнинг сезгирлиги 86,3%), Balthazar компьютер томографияси натижаларига кўра (91,2%) диагностика ва касалликнинг оғирлигини баҳолаш учун ушбу усуллардан самарали фойдаланиш имконияти берди.

**IV БОБ. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН ВА
ФЕРМЕНТАТИВ ПЕРИТОНИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН
БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
НАТИЖАЛАРИ**

Оғир ўткир панкреатитни даволашда юқоридаги стандарт терапевтик чоралар қўлланилди, улар қуйидагилар билан бойитилди: эрта энтерал ёрдам, гиповолемик ҳолатни бартараф этиш, дезагрегант ва антитромботик терапия, шунингдек, эпидурал блокада. Бундай ёндашув касалликнинг оғир даражасида самарали ёрдам кўрсатиш учун комплекс ёндашувни таъминлайди.

Агар беморда парапанкреатик инфилтрат аниқланса, антибактериал терапия қўлланилди. Ушбу терапия қуйидаги препаратларни ўз ичига олди:

1. Цефалоспоринлар (III-IV авлодлари)
2. Фторхинолонлар (II-III авлодлари)
3. Ушбу препаратлар метронидазол билан биргаликда ишлатилди.

Шунингдек, оғир ҳолатларда ёки инфекцион асоратларнинг юқори хавфи мавжуд бўлган ҳолларда, захира препаратлар сифатида карбапенемлар қўлланилди.

Ушбу даволаш режими касалликнинг оғир даражасида инфекцион асоратларни олдини олиш, яллиғланиш даражасини камайтириш ва умумий ҳолатни яхшилашга йўналтирилган. Комплекс терапиянинг бундай ёндашуви шифокорларга ҳар бир бемор учун индивидуал стратегия танлаш ва оғир асоратларни камайтириш имконини беради.

М гуруҳидаги беморларни даволаш чоралари кўлами: ушбу гуруҳдаги 71 бемордан 61 та ҳолатда (85,9%) қорин бўшлиғини дренажлаш билан биргаликда диагностик лапароскопия амалга оширилди. 32 беморда (45,1%) фақат бир марталик амалиёт қўлланилди.

Ферментатив перитонит билан асоратланган, ўткир панкреатит билан оғриган беморларда, консерватив терапия билан биргаликда касалликнинг бошланишидан 1-3 кун ўтгач, Диагностик лапароскопия билан бирга қорин бўшлиғини дренажлаш амалёти ўтказилди. Бўнга кўрсатма қорин бўшлиғида кам ёки ўртача миқдорда сероз ёки сероз тиниқ экссудат аниқланганлиги бўлган. Бундай ҳолатда жигарнинг юмалоқ бойламини ҳисобга олган ҳолда, қорин бўшлиғига параумбиликал соҳадан

контрапертура орқали лапароскопия амалга оширилди. Қорин бўшлиғидаги ажралма миқдорини назорат қилиш ва текшириш учун суюқлик тўплаш мақсадида қўшимча контрвпертуралар орқали дренаж найлар киритилади. Дренаж найлар жигар ости соҳасига эксудат тарқалишига қараб ёнбош каналлар ва чаноқ бўшлиғига йўналтирилади. Консерватив терапия давом эткизилади,. М гуруҳидаги такрорий релапароскопик миниинвазив операциялар 29 беморда (40,9%) амалга оширилди. Булар асосан қорин бўшлиғини етарли даражада дренажлашни таъминлашга қаратилган дастурлаштирилган аралашувлар бўлган (3-расм).

54



3 – расм. Қорин бўшлиғини миниинвазив дренажлаш

Кенгайтирилган дренаж билан релапароскопия 1 дан 3 мартагача, турли вақтларда шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб 3 кундан 15 кунгача ўтказилди.

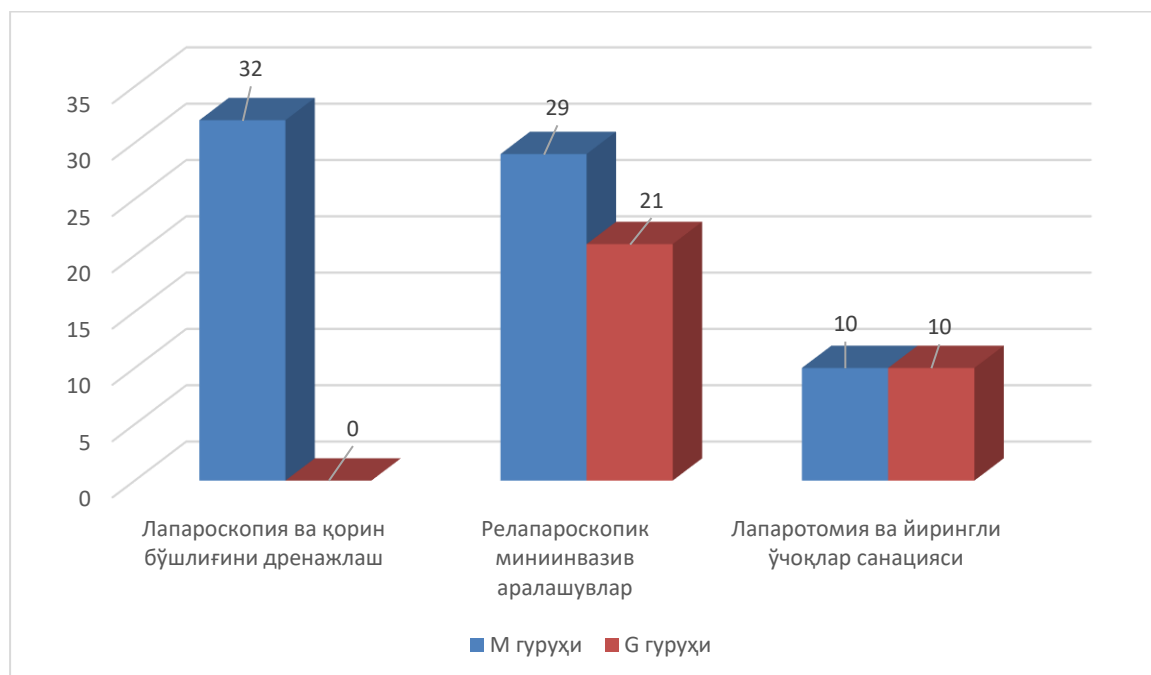
Кўрсаткич қорин бўшлиғининг турли анатомик жойларида, шунингдек, чарви халтасида сезиларли суюқлик тўпланиши кузатилди.

Эндотрахеал оғриқсизлантириш остида релапароскопия амалга оширилди, қорин бўшлиғидан суюқлик эвакуация қилинди, жигар ости соҳаси ва ёнбош каналлар ва чаноқ бўшлиғи қўшимча контрапертура орқали дренажланди.

10 беморда (14,1%) лапаротомия, йирингли ўчоқларни санация ва дренажлаш амалга оширилди. Очиқ операциялар 11 дан 19 кунгача амалга оширилди.

G гуруҳидаги даволаш чоралари доираси: юқорида айтиб ўтилганидек, 31 беморда лапароскопия ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатитнинг сезиларли даражада оғирроқ патологик белгиларини аниқлади. Барча беморларга диагностик лапароскопия ва қорин бўшлиғи дренажи ўтказилди.

21 беморда (67,7%) консерватив терапия фонидида қорин бўшлиғининг кенга ўлчамли дренажлар билан релапароскопия ўтказилди. 10 беморда (32,3%) кейинчалик лапаротомия, йирингли ўчоқларни санацияси ва дренажлаш амалга оширилди. Беморларда очиқ аралашувлар сони 1 тадан 4 тагача бўлган. Гуруҳлардаги даволаш чоралари кўлами 4-расмда келтирилган.



4 расм - М ва G гуруҳларида жарроҳлик аралашувлар доираси

Шундай қилиб, касалликнинг оғирлиги прогнозига қараб жарроҳлик аралашувни танлашга дифференциал ёндашув ўткир панкреатитнинг ўртача оғир даражаси бўлган гуруҳдаги (М- moderate) беморларнинг 85,9 фоизига ва таққослаш (G-gravis) гуруҳида 67,7% да миниинвазив усулларни ўтказишга имкон берди.

Клиник мисоллар:

Мисол 1. 46 ёшли бемор касаллик бошланганидан 12 соат ўтгач, эпегастрал соҳадаги кучли оғриқ билан шошинч тиббий ёрдамга ётқизилди. Қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текширувига кўра, ичакнинг кучли пневматизацияси туфайли ошқозон ости беzi эхогенлиги аниқланмади, лекин қорин бўшлиғида 500-600 мл миқдорда суyoқлик аниқланади;

Дастлабки ташхис: Ўткир панкреатит? Қорин бўшлиғидаги суyoқликни ҳисобга олган ҳолда, лапароскопия ўтказилди. қорин парданинг гиперемияси йўқ (0 балл). Перитонеал экссудатни ўрганишда α -амилаза фаоллиги 1460 бирликни ташкил этди. Клиник ташхис: Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатит. Баллар йиғиндиси - 4. Прогноз: ўртача ва оғир даража. Қорин бўшлиғи дренажланади. Консерватив терапия буюрилди. Асосий стандарт даволаш режимига қўшимча равишда яллиғланишга қарши терапия буюрилди. 3-7 кунларда беморда ўртача интоксикация белгилари пайдо бўлди. 8-кунга келиб, қорин бўшлиғиқа қуйилган дренаж найдан ажралма чиқиши тўхтади. 10 -кунга келиб ижобий динамика қайд этилади. Тана ҳарорати нормал ҳолатга қайтди. 14-куни назорат учун утказилган компьютер томографиясида, ретроперитонеал бўшлиқнинг шишиши сезиларли даражада камайди, ошқозон ости беzi танаси ҳудудида диаметри 15 мм гача бўлган кичик киста ҳосил бўлади. Лаборатория кўрсаткичлари нормал. 19-куни тузалиб кетди.

Мисол 2. Бемор 69 ёш. Қабул қилинганда қориннинг эпегастрал соҳасида кучли оғриқ, ўртача лейкоцитоз, трансаминазлар, билирубин норманинг юқори чегарасида. Қонда амилаза фаоллиги 244 бирлик/л, норма эса 110 бирлик/л. Ультратовуш текширувида қорин бўшлиғининг барча қисмларида тахминан 1 литр эркин суюқлик аниқланган. Қорин бўшлиғида суюқлик мавжудлиги диагностик лапароскопия учун кўрсатма бўлиб, унда тахминан 1000 мл (2 балл), шаффоф (1 балл), сероз-геморрагик (2 балл), катта чарвида ягона стеатонекроз доғлари (1 балл) аниқланган. нукта). Қорин бўшлиғи дренажланади. Баллар йиғиндиси - 6. Прогноз: ўртача ва оғир даража. Қорин бўшлиғидан олинган экссудатида α -амилаза фаоллиги 860 бирлик/л. Касалликнинг 5-куни компьютер томографиясида ошқозон ости безининг катталашиши, парапанкреатик тўқималарнинг инфилтрацияси ва некроз ҳажми 30% дан кам (Balthazar шкаласи бўйича 4 балл) аниқланган. 17-куни кичик кема орқали лапаротомия амалга оширилди, чарви халтасининг хўппози очилди ва дренажланди. Касалхонага ётқизиш муддати 26 ётоқ кунини ташкил этди. Бемор қайта тикланганидан кейин 3 ойдан ўтгач лапароскопик холецистэктомия режалаштирилганидек амалга оширилди.

Мисол 3. Бемор 39 ёшда. Қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви сезиларли миқдорда (1000 мл дан ортиқ) суюқликни аниқлади. Қорин бўшлиғида суюқлик мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, лапароскопия ўтказилди. Лапароскор билан кўрилганда жигар ости соҳасида, ичак қовузлоқлари орасида ва чаноқ бўшлиғида 1,5 литрдан ортиқ (3 балл), лойқа экссудат (3 балл), тўқ жигарранг ранг (3 балл), кўплаб стеатонекроз ўчоқлари (2 балл), париетал ва висцерал қорин парда бўйлаб тарқалган гиперемия (2 балл) аниқланди. Умумий балл 13 ни ташкил этади, бу курсаткичлар ферментатив перитонит билан асоратланган оғир ўткир панкреатитга тўғри келади. Беморга жигар ости соҳаси, ёнбош каналлар ва чаноқ бўшлиғига қўшимча дренажлаш амалга оширилди. Кенгайтирилган инфузион компонентли консерватив терапия ва антибиотик терапияси

буюрилди. 5-куни компьютер томографияси ўтказилди ва ошқозон ости беги субтотал некрози, ретроперитонеал тўқималарнинг кучли шишиши аниқланди. 7-куни кўп аъзолар этишмовчилигининг кучайиши фонида бемор вафот этди.

Мисол 4.52 ёшли бемор. Қорин бўшлиғида ўртача миқдорда суюқлик аниқланади. Қонда амилаза 2236 бирликни ташкил қилади. Қорин бўшлиғида суюқлик мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, лапароскопия ўтказилди. Қорин бўшлиғига лапароскоп билан кирилганда - қориннинг юқори қисмида, ичак қовузлоқлари орасида ва чанок бўшлиғида 1 литрдан ортиқ суюқлик (3 балл), лойқа (3 балл), экссудатнинг табиати геморрагик (3 балл), қорин парда барча кўринадиган жойларда гиперемик эди (2 балл). Стеатонекроз ўчоқлари топилмади. Баллар йиғиндиси - 11. Прогноз - оғир даража. Қорин бўшлиғи дренажланади. Консерватив терапия бошланди. Касалликнинг 5-кунида қорин бўшлиғига қуйилган дренажлардан ажралма бир ҳилда сақланиб қолди. Қорин бўшлиғи экссудатидаги амилаза 3240 бирликни ташкил этди. Шу муносабат билан эндотрахеал оғриқсизлантириш остида релапароскопия ва қорин бўшлиғини кенг ўлчамли дренажлар билан дренажлаш амалга оширилди. Беморнинг аҳволи яхшиланди, аммо 8 кундан кейин унинг аҳволи ёмонлашди, оғир интоксикация ва тана ҳарорати кўтарилди. Қорин бўшлиғи аъзолари ва ретроперитонеал бўшлиқнинг компьютер томографиясига кўра, касалликнинг 8-кунида ошқозон ости безининг субтотал некрози, қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал тўқималарда суюқлик тўпланиши қайд этилган. Клиник жиҳатдан интоксикация кучаймоқда. Қонда амилаза меъёр чегарасида, перитонеал экссудатда меъёрдан 3-4 баравар юқори. 14-куни лапаротомия амалга оширилди. Қорин бўшлиғида ичак қовузлоқлари фибрин билан қопланган ва орасида ўртача миқдорда - тахминан 500 мл тўқ жигарранг суюқлик, мавжуд. Ошқозон ости безини текшириш пайтида некротик тўқималар бўлаклари топилди. Ошқозон ости беги хира кулранг рангга эга. Ретроперитонеал тўқималарда умумий ҳажми 300 мл гача бўлган

йиринглаш белгилари бўлган учоқлар аниқланган. Қорин бўшлиғи, чарви халтаси ва ретроперитонеал бўшлиқ дренажланади. Кейинчалик беморнинг аҳволи оғирлигича қолда. Узоқ вақт давомида дренажлар орқали ажралмалар сезиларли бўлиб, кейинчалик йиринг билан аралашди. Панкреатик оқма аста-секин шаклланди. Беморнинг аҳволи 35 кундан кейин барқарорлашди. Ҳарорат нормал ҳолатга қайтди ва чарви халтасидан ажралма аста-секин камайди. Бемор 47-кунида тузалиб кетди.

Шундай қилиб, лапароскопия пайтида патологик топилмалар йиғиндиси ва уларни баллар йиғиндиси бўйича баҳолаш касалликнинг оғирлиги ва натижасини баҳолаш учун муҳим прогностик омиллар ҳисобланади.

§ 4.2. Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир панкреатит учун турли хил даволаш ёндашувлардан фойдаланишнинг қиёсий таҳлили

102 бемордан ошқозон ости безининг асептик некрози бўлган беморлар гуруҳида турли даволаш усулларида фойдаланишнинг қиёсий таҳлили ўтказилди, А1 кичик гуруҳида - фақат лапароскопия ва консерватив терапиядан ўтган 32 (31,4%) беморлар; А2 кичик гуруҳида - очик операция қилинган 20 (19,6%) беморлар; А3 кичик гуруҳида 50 (49,0%) беморга релапароскопик миниинвазив операциялар ўтказилди.

4.3. § Турли хил даволаш усулларида фойдаланганда лаборатория параметрларининг динамикасини таҳлил қилиш

Лаборатория тадқиқотларининг қиёсий таҳлилини ўтказишда, А2 кичик гуруҳида (очик аралашувлар) операциядан бир кун олдин ва бир кун ўтгач, лейкоцитлар сони ва лейкоцитлар интоксикация индекси (ЛИИ) даражаси ўртасида сезиларли фарқлар йўқ эди ($p > 0,05$), ҳолбуки А3 кичик гуруҳида (миниинвазив аралашувлар) ушбу кўрсаткичлар бўйича статистик фарқларни аниқлади ($p < 0,05$) (11-жадвал).

11-жадвал

ФП билан асоратланган ЎДП билан оғриган беморларнинг кичик

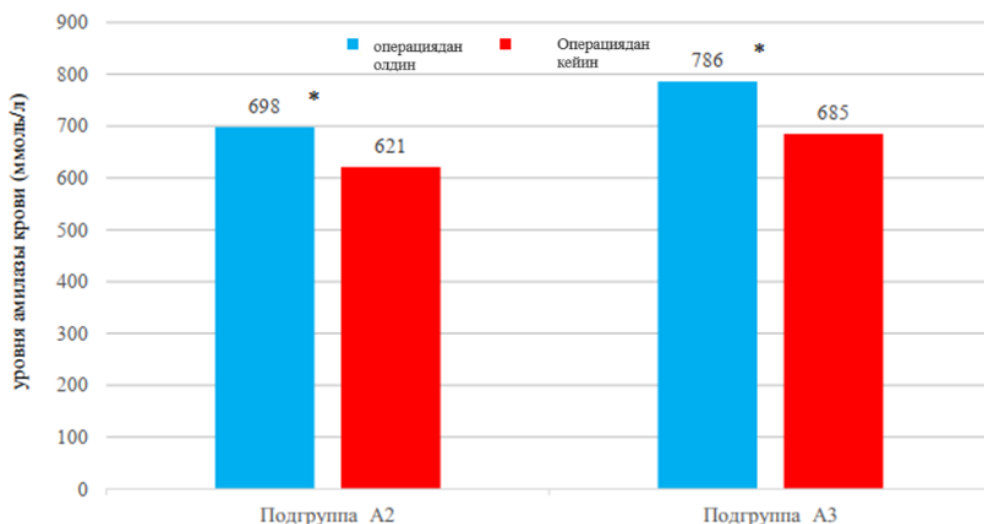
гурӯҳларида лейкоцитлар ва ЛИИ сони кўрсаткичларининг динамикаси (median ва чоракла аро диапазон) n=70

Кўрсаткичлар	Ўлчов бирлиги	Операция олди	Операциядан кейин	p
Кичик гуруҳ А2 (очик аралашувлар) (n=20)				
Лейкоцитлар	$\times 10^9/\text{л}$	14,5 (12,7 – 16,5)	13,9 (12,2 – 15,8)	0,624
ЛИИ		10,0 (8,4 – 12,1)	9,5 (7,7 – 11,6)	0,811
Кичик гуруҳ А3 (реллапароскопик ва миниинвазив аралашувлар) (n=50)				
Лейкоцитлар	$\times 10^9/\text{л}$	13,8 (12,0 – 15,2)	9,7 (8,9 – 12,6)	0,041
ЛИИ		11,4 (10,3 – 13,8)	7,2 (5,8 – 10,1)	0,037

Лаборатория тадқиқотларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, А2 кичик гуруҳида (очик аралашувлар) операциядан бир кун олдин ва бир кун ўтгач лейкоцитлар сони ва лейкоцитлар интоксикация индекси (ЛИИ) даражаси ўртасида сезиларли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$). Бу ҳолат очик аралашувлардан кейин яллиғланишнинг ёки интоксикациянинг жиддий даражада ўзгармаганлигидан далолат беради.

Шу билан бирга, А3 кичик гуруҳида (миниинвазив аралашувлар) ушбу кўрсаткичлар бўйича статистик аҳамиятга эга фарқлар қайд этилди ($p < 0,05$). Бу миниинвазив аралашувларнинг яллиғланишга ва интоксикация даражасига сезиларли таъсир кўрсатганлигини кўрсатади. Миниинвазив усулларни қўллаш яллиғланиш жараёнини камайтириш ва умумий интоксикацияни пасайтиришда самарали эканлигини намоён этди.

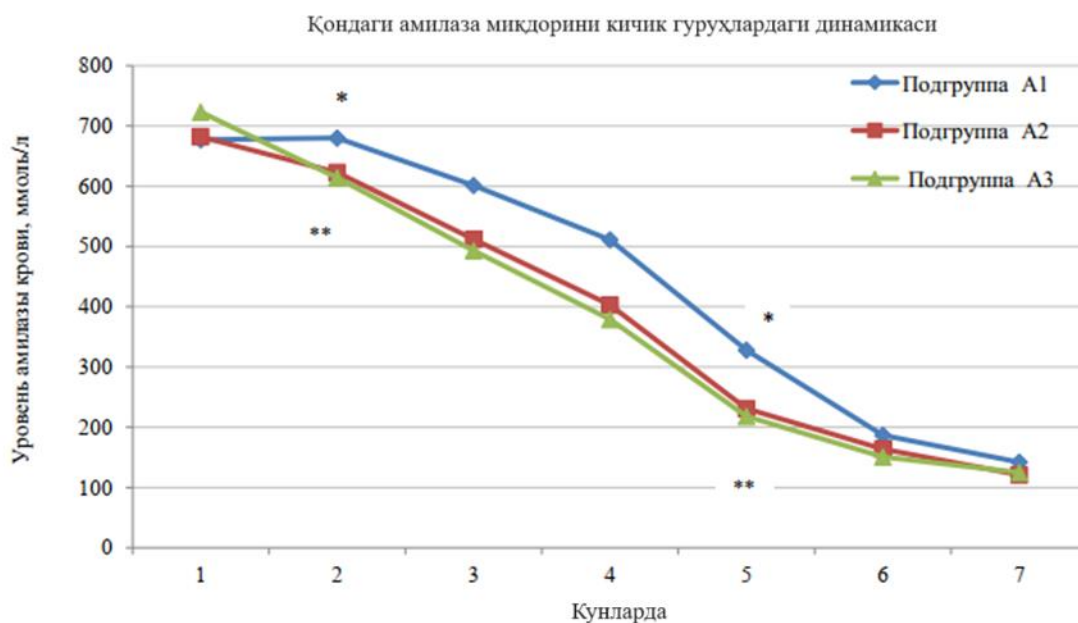
Ушбу натижалар операцион аралашув турлари бўйича яллиғланиш ва интоксикацияга таъсир даражасини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, клиник амалиётда миниинвазив усулларнинг афзалликларини кўрсатиб беради. Улар, шунингдек, операциядан кейинги даврда асоратларни камайтириш ва бемор ҳолатини яхшилаш учун муҳим стратегияларни ишлаб чиқишда фойдалидир.



Иҳоҳ: * - операциядан олдин ва бир кундан кейин қондаги амилаза даражаси ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар кўрсатилган (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

5-расм. Операциядан олдин ва бир ойдан кейин қондаги амилаза даражасининг динамикаси (ммоль/л)

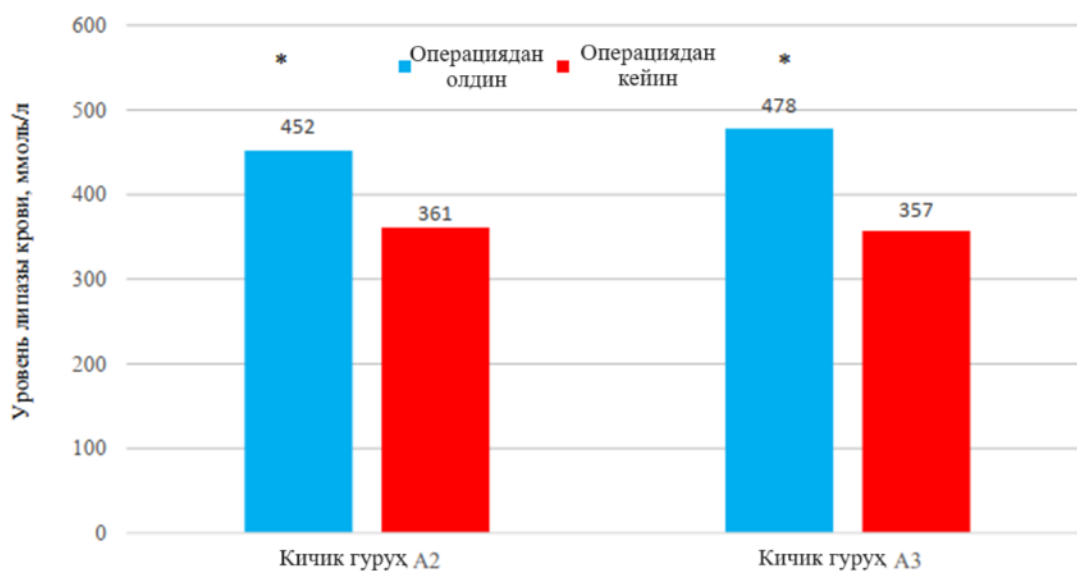
А2 (очик аралашувлар) ва А3 (миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳлари учун операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида ва касалхонада даволанишнинг дастлабки этти кунда ушбу кўрсаткичнинг динамикасини таҳлил қилишда барча ўрганилган кичик гуруҳлар ўртасида қондаги амилаза даражасидаги статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланди. А1 кичик гуруҳидаги беморлар учун (5 ва 6-расм).



6-расм. Ўрганилаётган кичик гуруҳларда қонда амилаза даражасининг динамикаси

Ўрганилган А1 (фақат консерватив терапия), А2 ва А3 кичик гуруҳларида қондаги амилаза даражаси операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида барқарор пасайишни кўрсатди (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун). Иккинчидан бешинчи кунгача А2 ва А3 кичик гуруҳларга нисбатан А1 кичик гуруҳидаги беморларда юқори қондаги амилаза даражаси кузатилди. Қиёсий таҳлилни ўтказишда операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида А2 (очик аралашувлар) ва А3 (миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳларидаги беморларда қондаги амилаза даражаси ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмади. Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда гиперамилемиянинг оғирлиги жарроҳлик даволаш усулига боғлиқ эмас деган хулосага келишимиз мумкин. Шу билан бирга, шунини таъкидлаш керакки, касалликнинг ферментатив босқичида фақат консерватив терапия ўтказилганда ушбу кўрсаткичнинг динамикаси камроқ пасаяди.

Операциядан кейинги ўзгаришларнинг ўхшаш динамикаси ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги беморларда қондаги липаза даражасини таҳлил қилишда аниқланди (7-расм).



Иҳоҳ: * - операциядан олдин ва бир ойдан кейин қондаги липаза даражаси

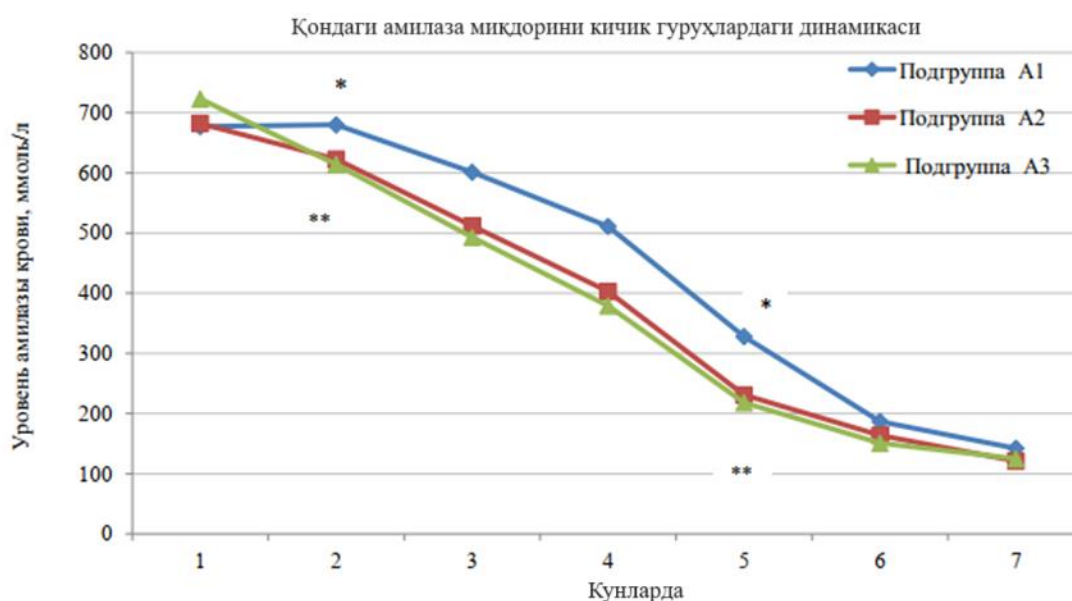
ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар кўрсатилган (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

7 расм. Операциядан бир кун олдин ва кейин қонда липаза даражасининг динамикаси (ммоль/л)

Операциядан кейинги ўзгаришларни таҳлил қилиш жараёнида кичик гуруҳлардаги беморларда қондаги липаза даражасининг динамикаси ўхшаш эканлиги аниқланди. Бу ўзгаришлар операциядан кейинги даврда липаза фаоллигининг бир хил йўналишда ўзгаришини кўрсатиб, ушбу ферментнинг яллиғланиш жараёни ва ошқозон ости бези ҳолатига таъсирини баҳолашда муҳим аҳамият касб этади.

7-расмда тақдим этилган маълумотларга кўра, липаза даражаси операциядан кейинги турли вақт оралиғида ўхшаш тенденцияга эга бўлган. Бу ҳолат кичик гуруҳлар ўртасидаги даволаш ёки операция усуллари билан боғлиқ умумий таъсирнинг мавжудлигини кўрсатади.

Липаза даражасининг динамикасини ўрганиш, операциядан кейинги асоратларни прогноз қилиш ва даволаш жараёнининг самарадорлигини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу таҳлил келгусидаги тадқиқотлар учун қимматли маълумотлар тақдим этади ва операциядан кейинги даврда липаза даражасини назорат қилиш зарурлигини тасдиқлайди (8-расм).



8-расм. Ўрганилаётган кичик гуруҳларда қондаги липаза

даражасининг динамикаси

A1, A2 ва A3 кичик гуруҳларида қондаги липазаа параметрларининг ўзгариши тенденцияси операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида пасайиш динамикасига ўхшаш эди (касалхонага ётқизилганидан кейин - A1 кичик гуруҳи учун). Бироқ, барча кичик гуруҳлардаги беморларда ушбу кўрсаткичнинг дастлабки қийматлари статистик жиҳатдан фарқ қилмади. Қиёсий таҳлилга кўра, операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида A2 ва A3 кичик гуруҳлари беморларида қондаги липазаа даражаси ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар топилмади. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, операциядан кейинги даврда ЎПОФ нинг дастлабки босқичларида юзага келган гиперензимемиянинг оғирлиги жарроҳлик аралашув турига боғлиқ эмас.

Операциядан сўнг, фақат консерватив интенсив терапиядан кўра ферментлар даражасининг сезиларли даражада пасайиши кузатилди.

Тананинг кислота-ишқор ҳолатининг (КИХ) рН ва буфер асослар концентрацияси (БА) каби муҳим кўрсаткичларининг динамикасини таҳлил қилиш барча ўрганилган кичик гуруҳлардаги беморларда аниқ метаболик ацидоз мавжудлигини кўрсатди. Шу билан бирга, A3 кичик гуруҳида операциядан бир кун ўтгач, бу кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли ўзгариши қайд этилди ($p < 0,05$ A2 кичик гуруҳида, рН ва БА да сезиларли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$) (12-жадвал).

12-жадвал

КИХ лаборатор кўрсаткичларининг динамикаси (медiana ва чораклараро диапазон) n=67

Кўрсаткич	Ўлчов бирлиги	Кичик гуруҳ A2 (n=20) Операциядан олдин	Кичик гуруҳ A2 (n=20) Операциядан кейин	Кичик гуруҳ A3 (n=50) Операциядан олдин	Кичик гуруҳ A3 (n=50) Операциядан кейин
рН		1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)
БА	ммоль/л	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)

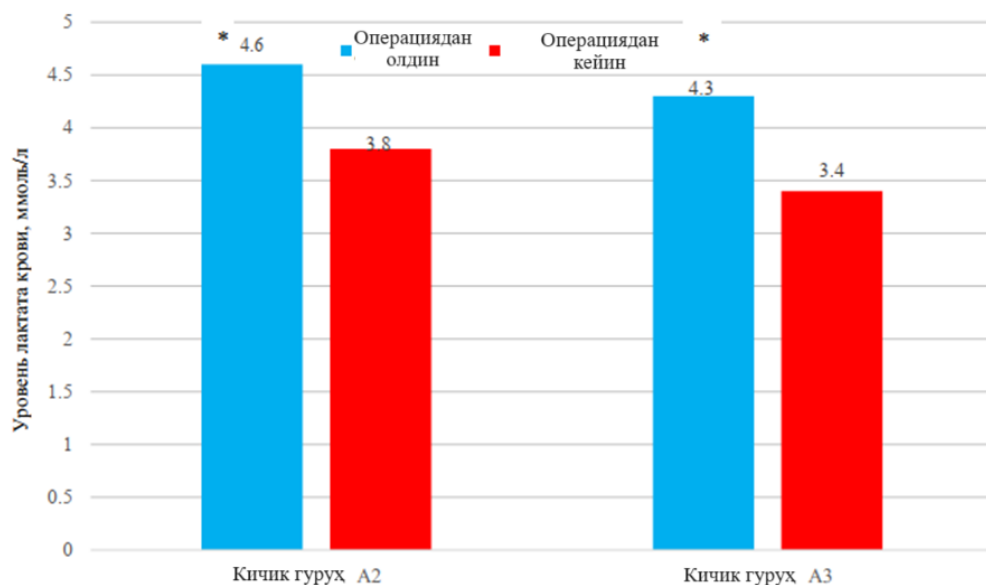
А2 ва А3 кичик гуруҳлари беморларида операциядан олдин ва операциядан кейинги биринчи кунда қондаги лактат даражаси динамикасини таҳлил қилиш натижалари 3.5-расмда тақдим этилган. Ушбу таҳлил лактат даражасининг операциягача ва ундан кейинги даврда қандай ўзгаришларини аниқлашга қаратилган бўлиб, патофизиологик жараёнларни тушунишда муҳим аҳамиятга эга.

Натижаларга кўра:

1. А2 кичик гуруҳида (очик аралашувлар), лактат даражасида операциядан кейин сезиларли ўзгариш кузатилмаган ёки унинг пасайиши статистик аҳамиятга эга бўлмаганлиги аниқланди. Бу очик усулнинг яллиғланиш ёки гипоперфузияга тўлиқ таъсир ўткази олмаслигини кўрсатади.

2. А3 кичик гуруҳида (миниинвазив аралашувлар), лактат даражасида операциядан кейинги биринчи кунга келиб сезиларли пасайиш қайд этилди. Бу миниинвазив усулларнинг қон айланиши ва гипоксия ҳолатини яхшилашда самарали эканлигидан далолат беради.

Ушбу маълумотлар лактат даражасини баҳолаш операциядан кейинги гипоксия ва тўқималардаги метаболик ўзгаришларни мониторинг қилишда муҳим кўрсаткич эканлигини тасдиқлайди. Қолаверса, таҳлил натижалари миниинвазив усулларнинг афзалликларини янада очиб бериб, уларнинг операциядан кейинги даврдаги самарадорлигини кўрсатади. 9-расм ушбу динамик ўзгаришларни визуализация қилиб, натижаларнинг тушунарли ва ишончли тарзда акс эттирилишини таъминлайди.

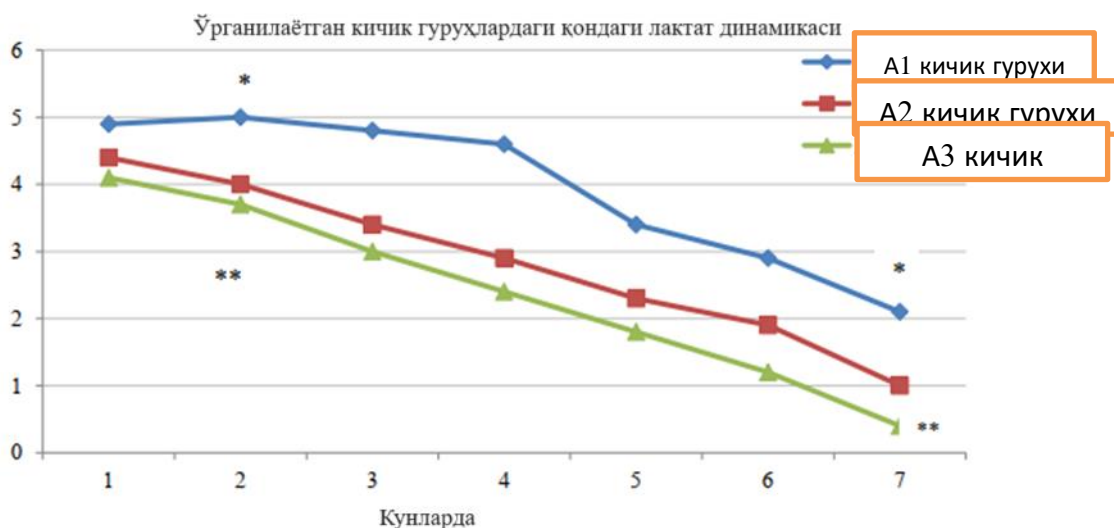


Иҳоҳ: * - операциядан олдин ва бир ойдан кейин қондаги лактат даражаси ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

9-расм. Ўрганилаётган кичик гуруҳларда қондаги липаза даражасининг динамикаси

А2 ва А3 кичик гуруҳлари ўртасида операциядан бир кун ўтгач, лактат даражасининг динамикасини қиёсий таҳлил қилишда иккала кичик гуруҳда ҳам ушбу кўрсаткичнинг пасайиши аниқланди: А2 гуруҳида - 27,2% га, А3 кичик гуруҳида - 28,1% га.

А1 кичик гуруҳлари (фақат лапароскопия ва консерватив терапия), А2 (очик аралашувлар) ва А3 (реллапароскопик миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳлари ўртасида қондаги лактат даражасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар А2 ва кичик гуруҳлар учун операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида ушбу кўрсаткичнинг динамикасини таҳлил қилишда А3 ва А1 кичик гуруҳидаги беморлар учун касалхонада даволанишнинг дастлабки етти кунда аниқланди. (10-расм).



Иҳоҳ: * - иккинчи ва эттинчи кунлар орасидаги даврда А1 ва А2 кичик гуруҳлари ўртасида қондаги лактат даражасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$); ** - иккинчи ва эттинчи кунлар орасидаги даврда А1 ва А3 кичик гуруҳлари ўртасидаги қондаги лактат даражасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

10-расм. Тадқиқот гуруҳларида қондаги лактат даражасининг динамикаси

Операциядан кейинги дастлабки беш кун ичида (А1 кичик гуруҳи учун — касалхонага ётқизилганидан кейин) буфер базаси етишмовчилиги (ВЕ) динамикасини қиёсий таҳлил қилиш жараёнида кичик гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланди. Ушбу натижалар касалликнинг турли босқичларида организмнинг кислотали-кўрғошин мувозанатидаги ўзгаришларнинг хусусиятларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

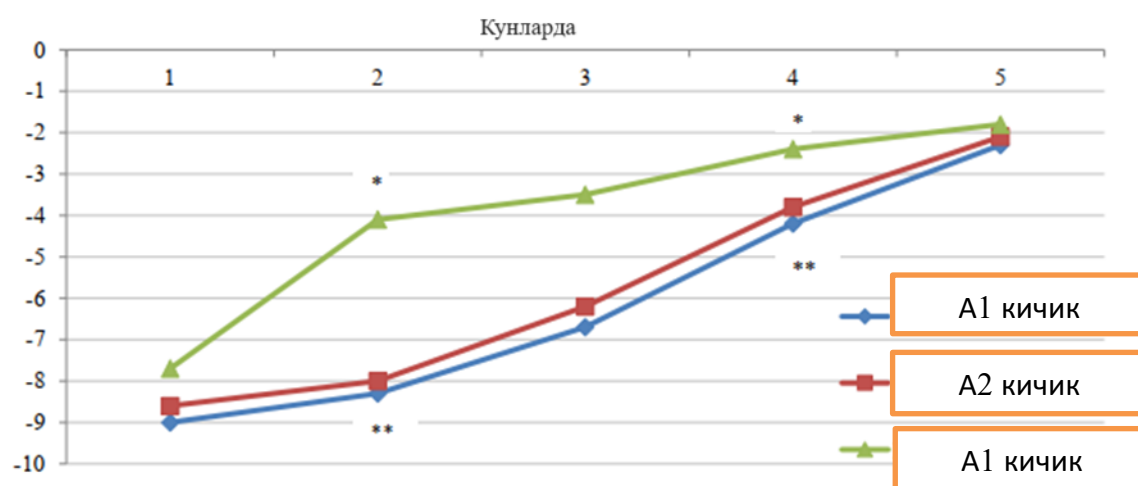
Таҳлил натижалари қуйидагиларни кўрсатди:

1. А1 кичик гуруҳида ВЕ даражасидаги ўзгаришлар операциядан кейинги даврда кескин тарзда намоён бўлган, бу организмда кучли метаболик ўзгаришлар ва кислотали ҳолатнинг оғирлашиши билан

боғлиқ бўлиши мумкин.

2. Қолган кичик гуруҳларда, ВЕ динамикаси нисбатан барқарор бўлган ёки операциядан кейинги даврда сезиларли яхшиланиш қайд этилган. Бу ҳолат, айниқса, миниинвазив усуллар қўлланган беморларда кузатилган, уларда кислотали-қўрғошин мувозанати тезроқ тикланган.

Таҳлил ВЕ ўзгаришларини назорат қилиш операциядан кейинги метаболик асоратларнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Бунинг устига, кичик гуруҳларда ВЕ динамикасини қиёсий баҳолаш, турли даволаш усулларининг самарадорлигини таҳлил қилишда ишончли маълумот тақдим этади. 11-расм ушбу натижаларни визуализация қилиб, қоннинг кислота-ишқор ҳолатидаги ўзгаришларни турли даврларда қиёслаш имконини беради.



11-расм. Ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги қон буфер асослари даражасининг динамикаси

Буфер базиси этишмовчилиги динамикасининг қиёсий таҳлилини ўтказишда А1 (фақат лапароскопия ва консерватив терапия), А2 (очик аралашувлар) ва А3 (релапароскопик миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳларида бу кўрсаткичнинг статистик жиҳатдан сезиларли пасайиши аниқланди. ВЕ нинг бошланғич даражаси барча кичик гуруҳларда

таққосланган. Бироқ, А1 ва А2 кичик гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар топилмади. Шунга қарамай, барча кичик гуруҳларда БЕ кўрсаткичининг нормаллашувига операциядан кейинги бешинчи куни эришилди (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун).

12-жадвалда А2 ва А3 кичик гуруҳларида реанимация ва интенсив терапия бўлимида операциядан олдин ва бир кун кейин лаборатория параметрларининг динамикаси кўрсатилган.

12-жадвал

РИТда операциядан кейинги лаборатория параметрларининг динамикаси (median ва кватриллараро диапазон)n=70

Кўрсаткичлар	Ўлчов бирлиги	Кичик гуруҳ	Операциядан олдин	Операциядан кейин
Гемоглобин	г/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Тромбоцитлар	х10 ⁹ /л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Натрий	ммоль/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
АсАТ	Ўлчов бир/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
АлАТ	Ўлчов бир/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Умумий билирубин	мкмоль/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
ЛДГ	Ўлчов бир/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Глюкоза	ммоль/л	А2 (n=20)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Гемоглобин	г/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Тромбоцитлар	х10 ⁹ /л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Натрий	ммоль/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
АсАТ	Ўлчов бир/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
АлАТ	Ўлчов бир/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Умумий билирубин	мкмоль/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
ЛДГ	Ўлчов бир/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #
Глюкоза	ммоль/л	А3 (n=50)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1) #

Иҳоҳ: * - статистик жиҳатдан муҳим фарқлар йўқ (Манна-Уитни тести, p>0,05).

8-жадвалда келтирилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, А2 ва А3 кичик гуруҳларида тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (ТЯЖС) маркерлари, ферментемия ва таҳлил кўрсаткичлари билан боғлиқ бўлмаган лаборатория параметрлари динамикасини операциядан олдин ва биринчи кундан кейинги баҳолашда статистик жиҳатдан муҳим фарқлар қисқарганлиги кўриш мумкин.

4.4. § Ошқозон ости безининг асептик некрозида органлар ва тизимларнинг функционал ҳолатининг параметрларини таҳлил қилиш

Қон-томир тизими

Ўрганилаётган кичик гуруҳларда панкреатоген шок белгилари бўлган беморларнинг тақсимланиши 13жадвалда келтирилган.

13-жадвал

Ўрганилаётган кичик гуруҳларда панкреатоген шок белгилари бўлган беморларнинг тақсимланиши, n=36

Кичик гуруҳ	Беморлар сони	%
А1 (лапароскопия ва консерватив терапия)	14	35,2
А2 (очиқ аралашувлар)	17	45,8
А3 (релапароскопик ва миниинвазив аралашувлар)	8	21,9

Ўткир перитонит оғир шакли билан (ЎПОШ) оғриган беморларни даволашда турли тактик ёндашувларнинг юрак-қон томир тизими фаолиятига таъсири ва унинг этишмовчилигининг оғирлиги баҳоланди. Беморларнинг турли тадқиқот гуруҳлари ўртасида қиёсий таҳлил ўтказилди, бу турли даволаш усуллариининг самарадорлигини аниқлаш имконини берди.

17-диаграммада А2 (очиқ аралашувлар) ва А3 (релапароскопик миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳларидаги беморларда юрак-қон томир этишмовчилиги белгилари билан боғлиқ ўзгаришлар тасвирланган. Хусусан, операциядан олдин ва операциядан кейинги биринчи кун

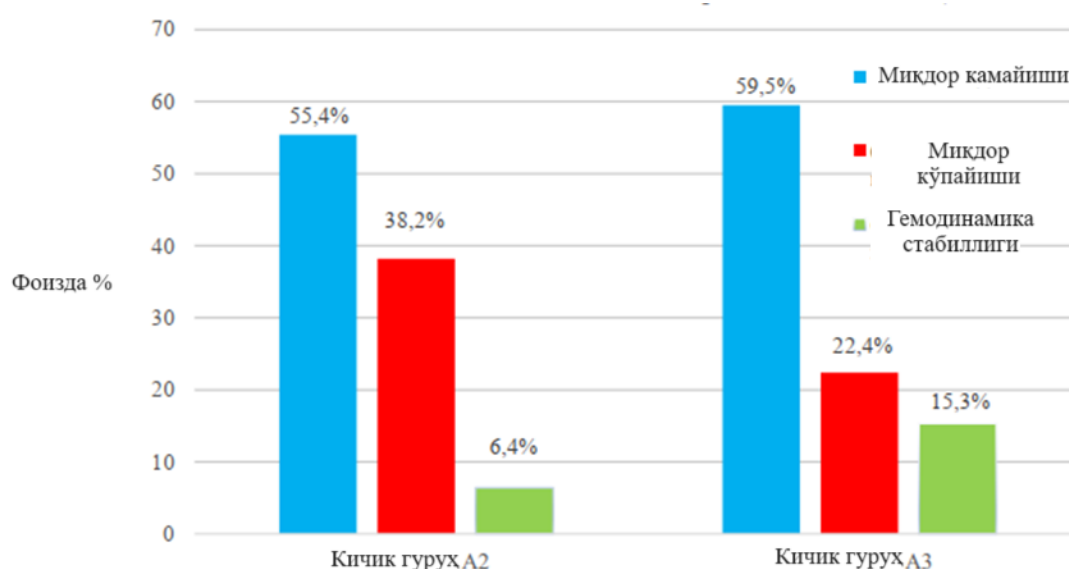
давомида инотроп ва вазопрессор ёрдам дозаларининг динамикаси кўрсатилган.

Қуйидаги натижалар қайд этилди:

1. А2 гуруҳида (очик аралашувлар) инотроп ва вазопрессор ёрдам дозалари операциядан кейин сезиларли даражада ортиб, юрак-қон томир тизими фаолиятининг тикланиши учун кучлигоқ даволаш заруратини кўрсатди. Бу очик усулларнинг юрак-қон томир тизимига нисбатан юқори даражада стресс юклаши билан изоҳланади.

2. А3 гуруҳида (миниинвазив аралашувлар) дозаларнинг ошиши сезиларли даражада камроқ бўлиб, операциядан кейин юрак-қон томир тизими фаолияти нисбатан барқарор ҳолатда қолди. Бу миниинвазив усулларнинг тўқималарга зарар етказиш даражасининг камайгани ва организмнинг умумий ҳолатига нисбатан енгилроқ таъсири билан боғлиқ.

Инотроп ва вазопрессор ёрдамга бўлган эҳтиёж динамикаси ушбу усуллар ўртасидаги фарқларни янада яққол намоён этиб, миниинвазив ёндашувларнинг афзалликларини тасдиқлайди. 12-расмда келтирилган маълумотлар, операциядан кейин юрак-қон томир тизими фаолиятини назорат қилиш ва самарали даволаш тактикаларини танлашда қимматли манба ҳисобланади.

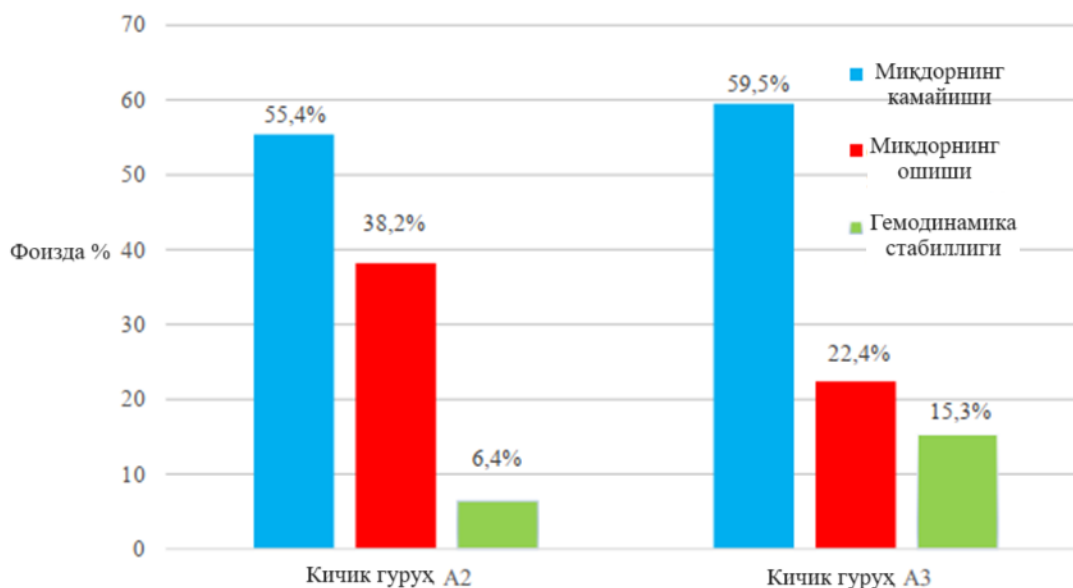


Иҳоҳ: * - операциядан олдин ва бир ойдан кейин инотропик / вазопрессорни қўллаб-қувватлаш кўрсаткичлари ўртасида статистик

жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

12-расм. Операциядан олдин ва кейин 1 кун давомида инотроп ва / ёки вазопрессор қўллаб-қувватлашнинг керакли дозасини камайтириш динамикаси (фоизда)

Тадқиқот давомида панкреатоген шок билан оғриган беморларнинг иккала кичик гуруҳида ҳам операциядан бир кун ўтгач аниқланди: А2 кичик гуруҳида - 11,7% га, А3 кичик гуруҳида - 19,8% га. Шундай қилиб, каминвазив жарроҳлик очик операцияларга нисбатан инотроп гемодинамик ёрдамнинг дозасини сезиларли даражада камайтиришга имкон берди. Бир қатор ҳолларда жарроҳликдан сўнг беморлар гемодинамик параметрларнинг барқарорлашувини бошдан кечирдилар, бу эса инотропик ёрдамни бекор қилиш имконини берди (13-расм).

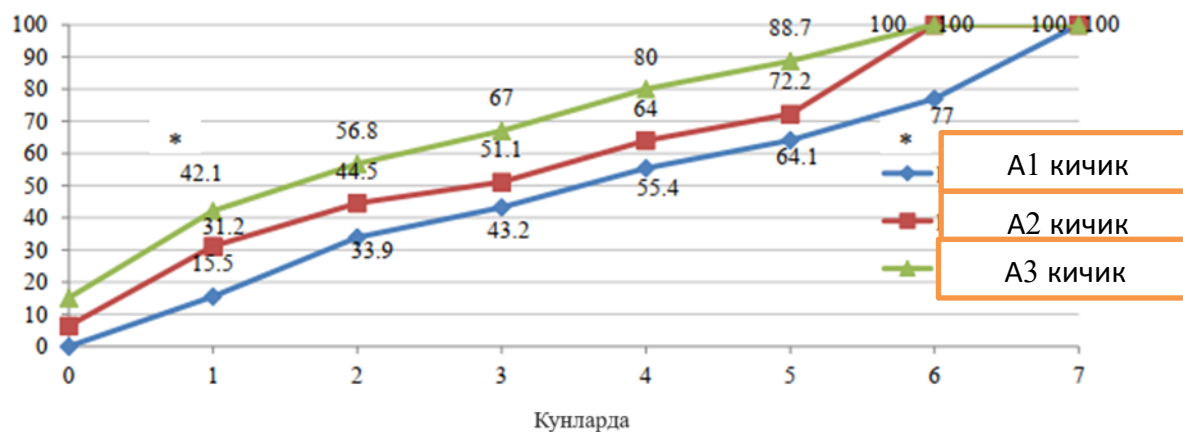


13-расм. Операциядан кейинги биринчи кундан сўнг инотропик қўллаб-қувватлашнинг керакли дозаси динамикасига қараб беморларнинг тақсимланиши (панкреатоген шок билан оғриган беморларнинг умумий сонига нисбатан фоизда)

Бу А2 кичик гуруҳига (очик аралашувлар) нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори. Бундан ташқари, А2 кичик гуруҳида беморларнинг 6,4 фоизда операциядан бир кун ўтгач барқарор қон босими кўрсаткичларига эришилди. Худди шундай фарқлар панкреатоген шок белгилари бўлган ЎПОФ бўлган беморларда А2 ва А3 кичик гуруҳларида гемодинамик ёрдамнинг зарур дозасини камайтириш ҳолатларининг

қиёсий таҳлилини ўтказишда кузатилди.

Панкреатоген шок билан омон қолган беморларда гемодинамик кўрсаткичлар барқарорлашгунга қадар (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун) операциядан кейинги вақт ичида кичик гуруҳлар ўртасидаги фарқларни аниқлаш учун қиёсий таҳлил ўтказилди (14-расм).



Иҳоҳ: * - операциядан кейинги биринчи ва олтинчи кунлар орасидаги даврда (касалхонага ётқизилганидан кейин - кичик гуруҳ учун) А1 ва А3, А2 ва А3 кичик гуруҳлари ўртасида панкреатоген шокни энгиллаштирган беморларнинг статистик жиҳатдан муҳим фарқлари (Фишернинг аниқлик тести, $p < 0,05$) А1).

14-расм. Операциядан кейинги биринчи ҳафтада гемодинамик кўрсаткичларни барқарорлаштириш ҳолатларининг частотаси (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун) (кичик гуруҳдаги омон қолган беморларнинг умумий сонига нисбатан фоизда)

Шундай қилиб, панкреатоген шокни бартараф этишда энг қисқа вақт А2 ва А3 кичик гуруҳлари беморларида кузатилди. Шундай қилиб, ушбу кичик гуруҳларнинг ушбу нуқтага қадар тузалган қолган барча беморларида гемодинамиканинг барқарорлашуви операциядан олти кун ўтгач қайд этилган бўлса, А1 кичик гуруҳидаги беморларнинг ушбу даврда панкреатоген шокдан халос бўлиш улуши 77% ни ташкил этди, бу эса операциядан сезиларли даражада фарқ қилади. А2 (очиқ аралашувлар) ва А3 (релапароскопик миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳлари кўрсаткичлари ($p < 0,05$).

Нафас олиш тизими

Тадқиқот давомида биз тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг нафас олиш тизими функцияси кўрсаткичлари динамикасини ҳам кузатиб бордик, бу ЎПОШнинг энг хавфли тизимли асоратларидан бири сифатида нафас этишмовчилигининг оғирлигидаги ўзгаришларни баҳолаш имконини берди. 13-жадвалда операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида оксигенация кўрсаткичи (ОК) динамикасининг қиёсий таҳлили натижалари кўрсатилган.

13-жадвал

А2 ва А3 кичик гуруҳларида оксигенация индексининг динамикаси (ўртача ва кватил оралиғи) n=70

Кунлар	Кичик гуруҳ А2	Кичик гуруҳ А3	p
Операциядан олдин	233 (212 – 274)	248 (227 – 288)	0,316
Операциядан кейин	265 (219 – 310)	281 (227 – 326)	0,267
1 кун	267 (252 – 307)	289 (221 – 331)	0,112
2 кун	278 (261 – 312)	312 (272 – 339)	0,041
3 кун	294 (270 – 322)	325 (287 – 351)	0,047
4 кун	292 (261 – 318)	338 (280 – 356)	0,044
5 кун	312 (273 – 337)	343 (296 – 367)	0,041
6 кун	349 (303 – 364)	361 (314 – 372)	0,145
7 кун	351 (322 – 373)	358 (328 – 382)	0,715

Шундай қилиб, операциядан олдин ва кейинги биринчи куни А2 ва А3 кичик гуруҳларида ОК кўрсаткичлари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқ йўқ эди. Шу билан бирга, ушбу кўрсаткичда статистик жиҳатдан муҳим фарқларнинг пайдо бўлиши жарроҳлик даволашдан кейинги иккинчи кунида қайд этилган, бу А3 кичик гуруҳига нисбатан А2 кичик гуруҳида ОК нинг юқори қийматидан иборат. Бундай фарқлар операциядан кейин олти кунгача давом этди. Кейинчалик, ЎПОФнинг ферментатив босқичи тугаллангандан сўнг, бу фарқлар мустақил равишда текисланди.

4.4.1. § Беморларнинг умумий ҳолатининг динамикаси ва органлар дисфункциясининг оғирлик даражаси

Беморларнинг умумий аҳволи оғирлиги динамикасини ва ЎПОШ даражасини ўрганиш учун APACHE II ва SOFA шкаллари ишлатилган. Ушбу шкаллалар ёрдамида баҳоланган кичик гуруҳлардаги беморларнинг умумий аҳволи ва касалликнинг оғирлиги учун дастлабки баллар статистик жиҳатдан муҳим фарқларга эга эмас эди ($p>0,05$) (14-жадвал).

14-жадвал

Ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги APACHE II ва SOFA шкаласи бўйича бошланғич кўрсаткичлар (ўртача ва кватил оралиғи), n=102

Кичик гуруҳ	APACHE II	SOFA
A1 (лапароскопия ва консерватив терапия)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)
A2 (очиқ аралашувлар)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)
A3 (релапароскопик ва миниинвазив аралашувлар)	1 (1 – 1)	1 (1 – 1)

4.9-диаграммада A2 (очиқ аралашувлар) ва A3 (релапароскопик миниинвазив аралашувлар) кичик гуруҳларида операциядан олдин ва бир кун кейин APACHE II шкаласи бўйича баҳоланган беморларнинг умумий аҳволининг оғирлиги учун баллар динамикаси кўрсатилган.



Иҳоҳ: * - Операциядан олдин ва бир ойдан кейин APACHE II баллик тизими ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

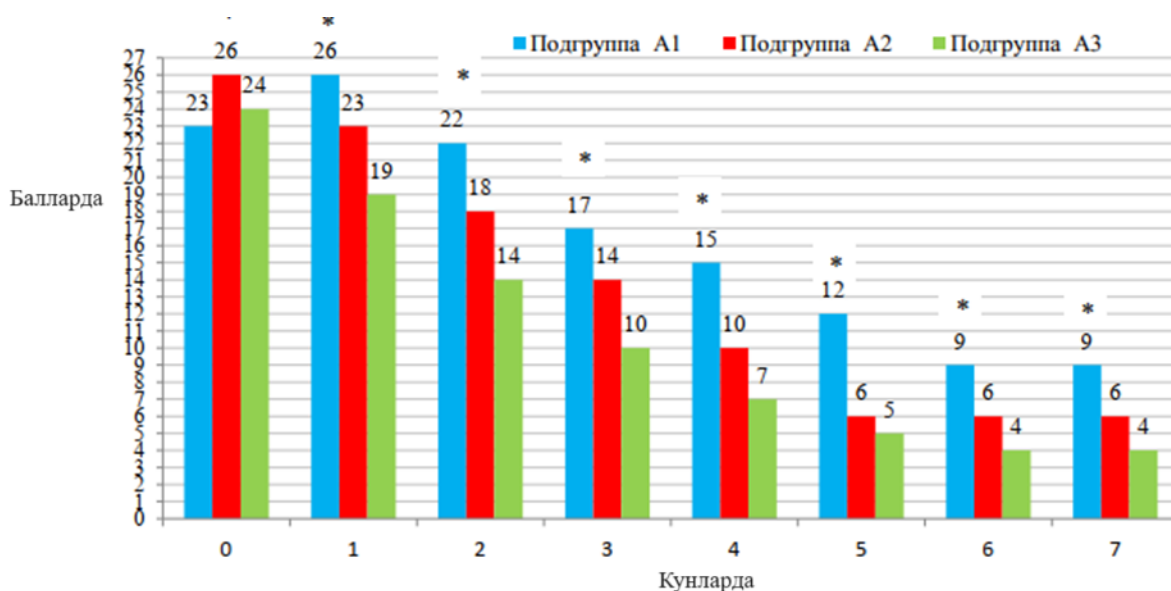
15-расм. APACHE II шкаласи бўйича операциядан олдин ва бир ойдан кейин беморларнинг умумий аҳволининг оғирлик даражаси динамикаси

Операциядан олдинги ва операциядан бир кун кейин беморларнинг умумий аҳволининг оғирлиги динамикасини таҳлил қилиш натижасида A2

кичик гуруҳида APACHE II шкаласи бўйича балл ўртача 3 баллга пасайганлиги аниқланди. 12,5% ни ташкил этди. Бироқ, бу пасайиш статистик аҳамиятга эга эмас эди.

А3 кичик гуруҳида операциядан бир кун ўтгач, APACHE II шкаласи бўйича баҳоланган умумий ҳолатнинг оғирлигида статистик жиҳатдан сезиларли пасайиш кузатилди. Умумий аҳволнинг оғирлигининг ўртача қиймати 24 дан 19 баллгача камайди, бу 20,8% ни ташкил этди.

Операциядан кейинги биринчи ҳафтада (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун) APACHE II шкаласи бўйича баҳоланган умумий ҳолатнинг оғирлиги динамикасини ўрганиш натижаси 15-расмда кўрсатилган.



Иҳоҳ: * - А1 ва А2, А1 ва А3, А2 ва А3 кичик гуруҳлари ўртасидаги умумий ҳолатнинг оғирлик даражасидаги статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна- Уитни тести, $p < 0,05$).

16-расм. Операциядан кейинги биринчи ҳафтада умумий ҳолатнинг оғирлиги динамикаси (касалхонага ётқизилганидан кейин - гуруҳ учун)

Қиёсий Қиёсий таҳлил натижаларига кўра, APACHE II шкаласи бўйича беморларнинг умумий ҳолатининг оғирлиги А2 ва А3 кичик гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларга эга экани аниқланди. Бу фарқ, асосан, операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида

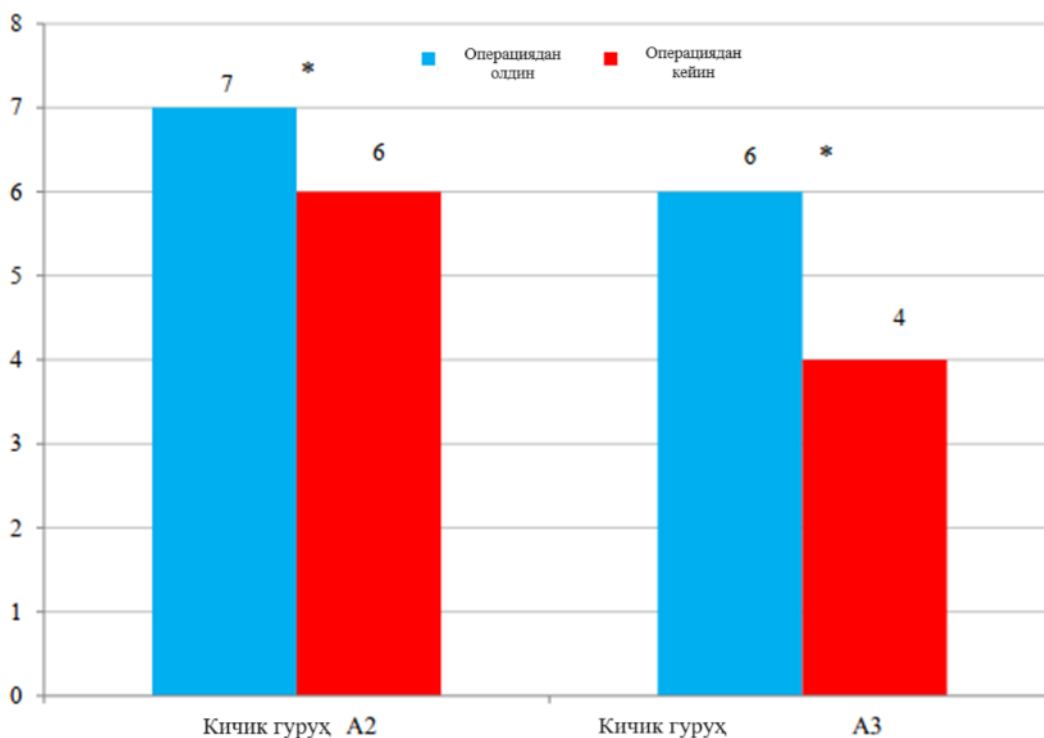
кузатилди.

Натижалар қуйидагича изоҳланади:

1. А2 кичик гуруҳида (очик аралашувлар) АРАСНЕ II шкаласи бўйича балллар юқори бўлиб, бу беморлардаги оғир клиник ҳолатни ва очик аралашувларнинг организмга кучли таъсирини кўрсатади.

2. А3 кичик гуруҳида (миниинвазив аралашувлар) эса, АРАСНЕ II кўрсаткичлари сезиларли даражада пастроқ бўлиб, операциядан кейинги даврда умумий ҳолатнинг нисбатан барқарорлигини ва миниинвазив усулларнинг афзалликларини намоён этди.

Бу натижалар, миниинвазив аралашувларнинг шифокорлар учун қўшимча имконият яратиб, операциядан кейинги асоратларни камайтириш, беморларнинг умумий ҳолатини яхшилаш ва тикланиш жараёнини тезлаштиришда самарали эканлигини кўрсатади. Шунингдек, АРАСНЕ II шкаласининг қўлланилиши терапиянинг самарадорлигини аниқ баҳолаш ва прогнозни аниқлаш учун ишончли восита эканлигини тасдиқлайди.

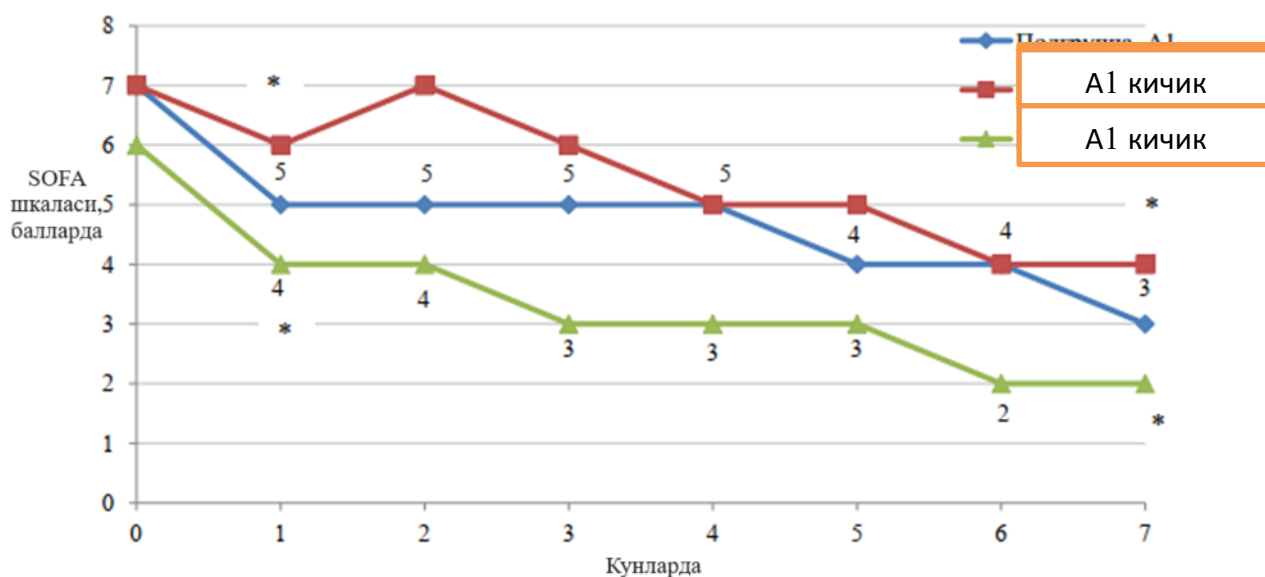


Иҳоҳ: * - операциядан олдин ва кейин SOFA баллари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манна-Уитни тести, $p < 0,05$).

17-расм. Операциядан олдин ва бир ойдан кейин ЎПОФ кунининг оғирлик даражаси динамикаси

SOFA шкаласи бўйича баҳоланган ЎПОФдаги орган этишмовчилигининг номинал қиймати операциядан бир кун ўтгач, иккала кичик гуруҳда ҳам фақат А3 гуруҳида орган этишмовчилиги кўрсаткичлари ўртасидаги статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланди;

Операциядан кейинги биринчи ҳафтада (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун) SOFA шкаласи бўйича баҳоланадиган орган этишмовчилиги индексининг динамикаси 18-расмда кўрсатилган.



Иҳоҳ: * - операциядан кейинги биринчи ва эттинчи кунлар орасидаги даврда (касалхонага ётқизилганидан кейин)

18-расм. Операциядан кейинги биринчи ҳафта давомида SOFA шкаласи бўйича баҳоланган ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги орган этишмовчилиги индексининг динамикаси (касалхонага ётқизилганидан кейин - А1 кичик гуруҳи учун)

4.4.2. § Ошқозон ости безининг асептик некрози туфайли оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларни даволаш натижалари ва муддатлари

Кичик гуруҳлардаги беморларнинг реанимация ва интенсив терапия бўлимида (РИТ) даволаниш муддати ва касалхонада бўлишининг қиёсий таҳлилини ўтказишда, даволаш ёндашувига қараб, статистик жиҳатдан муҳим фарқлар ҳам аниқланди (15-жадвал).

**РИТ ва стационардаги даволаниш муддати (ўртача ва кватил
оралиғи), n=102**

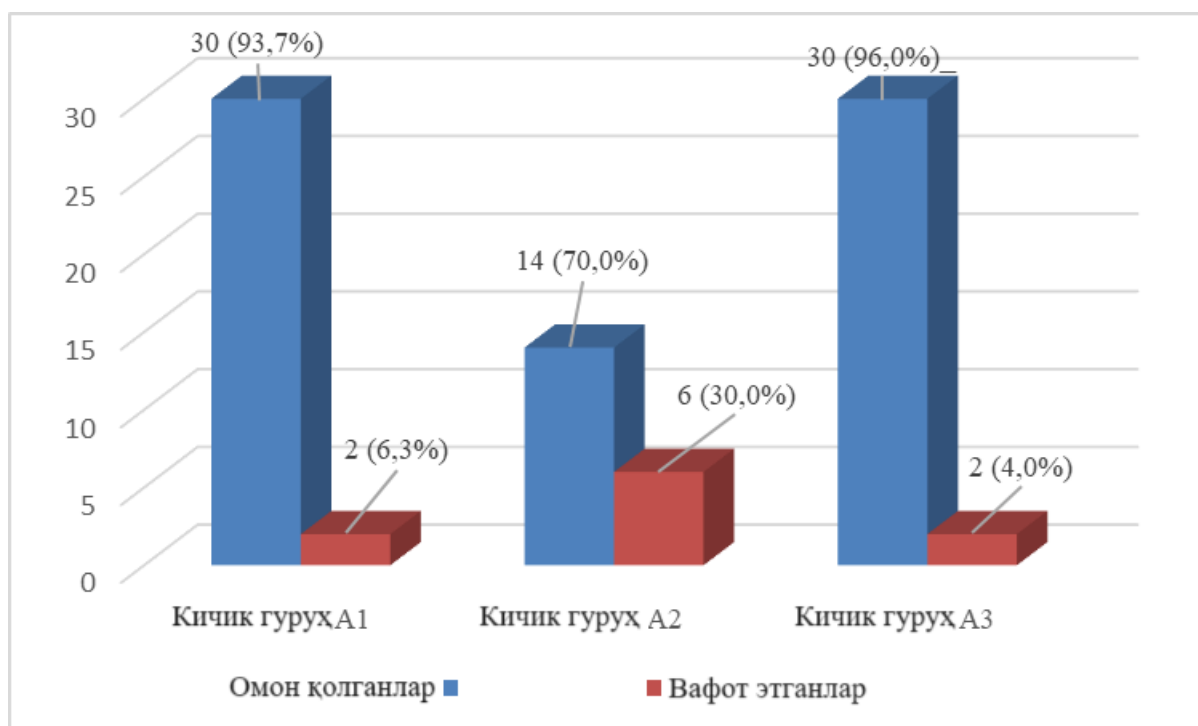
Кичик гуруҳ	РИТ (кун)	Стационарда (кун)
A1 (лапароскопия ва консерватив терапия) (n=32)	6 (4 – 9)	17 (14 – 21)
A2 (очик аралашувлар) (n=20)	9 (6 – 11)	31 (17 – 44)
A3 (релапароскопик ва миниинвазив аралашувлар) (n=50)	5 (4 – 7)	20 (13 – 29)

A1 ва A3 кичик гуруҳларида даволаш даврларининг қиёсий таҳлили статистик жиҳатдан муҳим фарқларни аниқламади. Бу натижа ушбу икки гуруҳда даволаш даврлари бўйича умумий самарадорлик ўхшашлигини кўрсатади. Шунга қарамасдан, кўрсаткичларнинг номинал қийматлари A3 кичик гуруҳида A2 кичик гуруҳига нисбатан пастроқ бўлиб, миниинвазив усулларнинг қўлланилиши яхшироқ натижаларга олиб келиши мумкинлигини кўрсатади.

Шунингдек, даволаш усуллари бўйича беморлар ўртасидаги ўлим кўрсаткичларини солиштиришга қаратилган қиёсий таҳлил статистик жиҳатдан муҳим фарқларни аниқлади. Умумий ўлим даражаси 10 нафар беморни (9,8%) ташкил этди. Бу кўрсаткич даволашнинг самарадорлиги ва беморларнинг умумий ҳолатига боғлиқ бўлиши мумкин.

19-расмда кичик гуруҳларда омон қолган ва вафот этган беморларнинг нисбати даволаш усулларига боғлиқ ҳолда тасвирланган. Бу диаграмма, турли усулларнинг самарадорлиги ва ўлим даражаси ўртасидаги боғлиқликни визуал шаклда акс эттиради. Миниинвазив усуллар қўлланилган беморларда омон қолиш даражасининг нисбатан юқори бўлгани қайд этилди, бу эса ушбу усулларнинг терапевтик афзалликларини янада тасдиқлайди.

Ушбу маълумотлар клиник амалиётда даволаш тактикаларини танлашда муҳим йўналиш сифатида хизмат қилиб, беморларнинг ўлими хавфини камайтириш учун замин яратади.



18-расм. Ўрганилаётган кичик гуруҳларда тузалган ва вафот этган беморларнинг нисбати

19-расмда келтирилган маълумотларга кўра, ўлимнинг энг катта қисми А2 кичик гуруҳида (очиқ аралашувлар) ферментатив перитонит ривожланиши туфайли кузатилган. Бундан ташқари, ушбу 6-кичик гуруҳдаги ўлим даражаси (30,0%) бошқа ўрганилган кичик гуруҳларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори эди.

Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатит ҳолатида жами 102 бемор қайд этилган бўлиб, улар орасида ўлим даражаси 9,8% ни ташкил қилди. Ушбу кўрсаткич ушбу асорат билан боғлиқ ҳолда юзага келадиган оғир патофизиологик жараёнларнинг жиддийлигини кўрсатади.

Яллиғланган панкреатит билан оғриган беморлар гуруҳида эса, ўлим ҳолатлари қайд этилмаган, бу шунга ўхшаш ҳолатларда яллиғланиш шакли нисбатан енгилроқ кечишини тасдиқлайди.

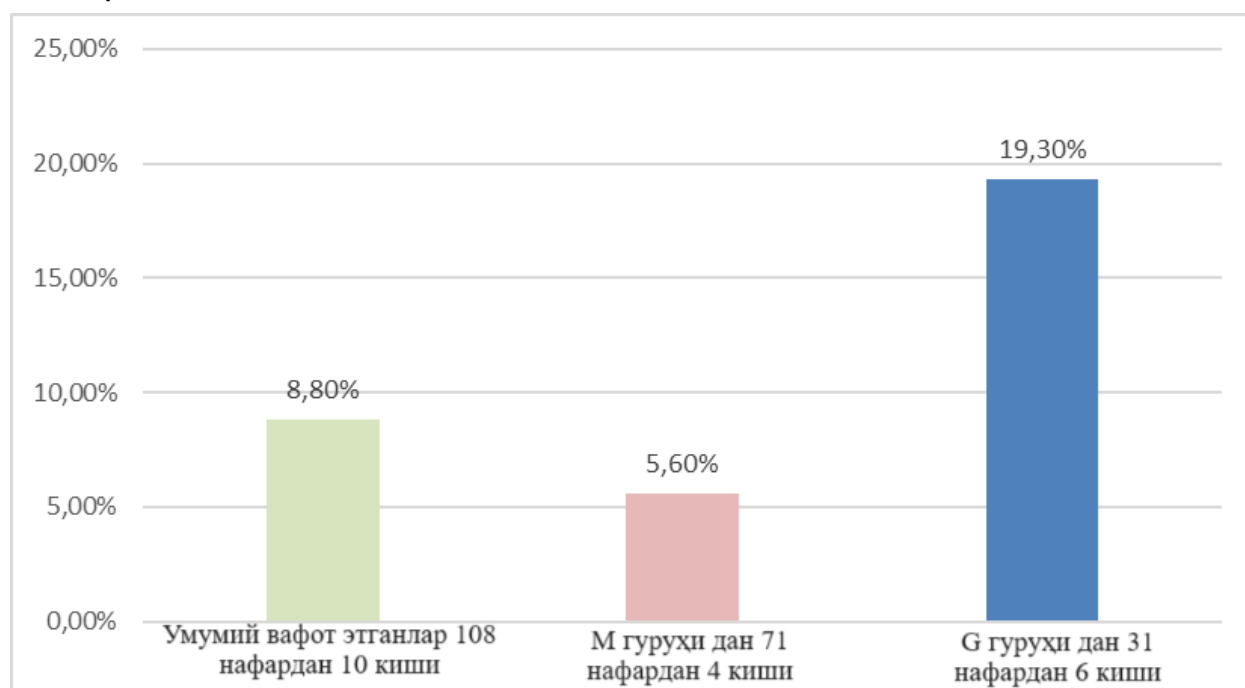
Гуруҳлар бўйича ўлим кўрсаткичлари қуйидагича тақсимланди:

- М гуруҳида (71 бемор) 4 нафар бемор вафот этган, бу эса 5,6% ўлим даражасини ташкил қилди.

- G гуруҳида (31 бемор) эса, 6 нафар бемор вафот этган, бу ўлим даражасини 19,3% га етказди.

Бу фарқлар, G гуруҳидаги беморларнинг умумий ҳолати ёмонроқ бўлгани ёки касалликнинг оғирроқ кечиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

4.14-расмда гуруҳлар бўйича ўлим даражалари аниқ акс эттирилган. Бу расм, ўлим кўрсаткичларининг турли даволаш ва диагностика усулларига боғлиқ равишда қандай ўзгаришини визуал тарзда тасвирлаб, натижаларни яхшироқ тушунишга ёрдам беради. Ушбу маълумотлар касалликнинг оғир шаклларини самарали бошқариш ва асоратларни камайтириш учун муҳим аҳамиятга эга.



19расм – Ўрганилаётган гуруҳлардаги ўлим ҳолати

16-жадвалда лапароскопия натижасида патологик ўзгаришлар скорига кўра шаклланган беморлар гуруҳларида даволаниш муддати, асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари бўйича маълумотлар келтирилган.

16-жадвал

Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир панкреатитнинг оғирлик даражаси прогнози мезонлари (даволаш вақти, асоратлар, ўлим) билан солиштирганда балл тизимида баҳолаш.

Лапароскопия маълумотларига асосланган балл	Беморлар сони	Баллик тизими бўйича ўткир панкреатитнинг прогнози	Даволаш муддати * (кун)	Асорат **	Ўлим ҳолати ***
1-6 балл	71	Ўрта-оғир даражадаги панкреатит (М гуруҳи)	20,3 ± 3,7	17 (23,9%)	4 (5,6%)
7-13 балл	31	Оғир даражадаги панкреатит (G гуруҳи)	36,1 ± 4,8 p* < 0,05	23 (74,2%)	6 (19,3%)
<p>Изоҳ:</p> <p>1. * - оғир панкреатит гуруҳида даволаниш муддати юқори (p < 0,05, Стъудент т-мезони қиймати 2,61, p = 0,05 да Стъудент т-мезонининг критик қиймати 1,984);</p> <p>2. ** - Атлантада арозив қон кетиш, псевдокисталар. Мезон $\chi^2 = 23,656$, p** < 0,01. Фишернинг аниқлик мезони (иқии тарафлама) - 0,00000, p** < 0,05. Оғир панкреатит гуруҳидаги асоратлард сони кўпроқ.</p> <p>3. *** - оғир панкреатит гуруҳида ўлим даражаси юқори. Мезон $\chi^2 = 13,321$, p*** < 0,01. Фишернинг аниқлик мезони (иқии тарафлама) - 0,00048, p*** < 0,05.</p>					

Шундай қилиб, касалликнинг оғирлиги прогнозига қараб жарроҳлик аралашувни танлашга дифференциал ёндашув ўткир панкреатитнинг ўртача оғир курси бўлган гуруҳдаги (М- moderate) беморларнинг 85,9 фоизига миниинвазив усулларни ўтказишга имкон беради ва гуруҳда (G-gravis) 67,7% да оғир курс билан. Қорин бўшлиғидаги визуал патологик ўзгаришларга кўра касалликнинг башорат қилинган оғирлиги билан лапароскопик ва релапароскопик миниинвазив аралашувларни устувор қўллаш билан ўткир панкреатитни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш М- moderate гуруҳида ўлимнинг сезиларли даражада камайишини кўрсатди.

беморлар 5,6% гача, G-gravis гуруҳида эса бу кўрсаткич 19,3% ни ташкил этди, бу эса ўз навбатида унинг самарадорлигини тасдиқлайди.

ХОТИМА

Ўткир панкреатит (ЎП) шошилич жарроҳлик касаллиги бўлиб, унинг патогенези асосан ошқозон ости беши ва унинг атрофидаги тўқималарга таъсир қилувчи асептик яллиғланиш жараёнидир. ЎПнинг оғир ҳолатларида аниқ патологик ўзгаришлар нафақат атрофдаги, маҳаллий тузилмаларга, балки нафас олиш, овқат ҳазм қилиш, қон айланиш ва чиқариш тизимларига ҳам таъсир қилади. Замонавий маълумотларга кўра, ЎП билан касалланиш 1 миллион аҳолига 389 тани ташкил қилади. Ошқозон ости беши ва унинг атрофидаги тўқималарнинг некрози билан кечадиган касалликнинг энг оғир шакллари ЎПнинг барча ҳолатларининг тўртдан бир қисмини ташкил қилади (Недашковский В.Э., 2009., Дибиров М.Д., 2014). Шу билан бирга, ЎП ва унинг оғир шакллари билан касалланишнинг кўпайиши кузатилмоқда, бу йилига 1 миллион кишига 200 дан 800 гача беморни ташкил этади (Ивашкин В.Т., Маев И.В., 2014). 2010-2020 йилларда ЎП шошилич жарроҳлик касалликлари орасида учинчи ўринда туради (Harai S., 2020) ва ўткир панкреатитнинг оғир формаси (ЎПОФ) ривожланишида ўлим 30% га этади. Йирингли-септик асоратларнинг пайдо бўлиши бу кўрсаткични 70% га оширади (Топузов Э.Г., 2012; Горский В.А., Ковальчук Л. В., 2010., Johnson C.D., 2014). Юқоридаги ҳолатлар оғир ўткир панкреатитни ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш масалаларини айниқса долзарб қилади.

ЎПОШни даволаш муаммоларини ҳал қилиш касалликнинг турли босқичларида ҳар хил турдаги жарроҳлик аралашувлардан фойдаланиш бўйича қарама-қарши маълумотлар билан тўсқинлик қилади (Горский В.А., 2014., Stigliano S., 2017). Муайян жарроҳлик усулини танлаш бўйича келишмовчилик сақланиб қолмоқда; ошқозон ости безининг асептик энзиматик шикастланиши ва ЎПОШ ривожланиши даврида очик ва миниинвазив усул (Дибиров М.Д., 2010., Черкасов В.А., 2013; Aggarwal A., 2014).

Касалликнинг кеч босқичи 30-50% частотали йирингли-септик асоратларнинг ривожланиши билан мураккаблашади, бу 80% га етадиган юқори ўлим билан бир қаторда, рационал тактикани ишлаб чиқиш муаммосини ҳал қилишнинг долзарблигини белгилайди. ПОФни жарроҳлик даволаш (Недашковский В.Э., 2009; Назаров А. Л., 2012; Александрова И.В., 2013).

ЎПОШнинг йирингли-септик асоратлари бўлган беморларда қайси жарроҳлик аралашув усуллари кўллаш афзаллиги тўғрисида маълумотлар етари эмас. Энг муҳим масалалардан бири очик ва миниинвазив усулларни танлашдир. Ушбу усулларнинг ҳар бири ўзининг афзалликлари ва чекловларига эга. Минимал инвазив аралашувлар очик операцияларга қараганда камроқ шикастлидир, аммо иккинчиси йирингли-септик яллиғланиш ўчоғини яхшироқ санация қилишни таъминлайди (Дибиров М.Д., 2010., Johnson C.D., 2014; Shenvi S., 2016).

Шундай қилиб, ҳозирги кунга қадар ЎПОФ ривожланишининг турли босқичларида даволаш усуллари оқилона танлашнинг долзарб масалалари ҳал қилинмаган, бу эса ушбу тадқиқотни талаб қилади.

Ўткир панкреатитни эрта ташхислаш ва даволаш муаммосининг якуний ечимига эришилмаган, бу панкреатик некрозда 20-40% га этган юқори ўлим даражасидан далолат беради (16; 22; 94; 95; 166). Ўткир панкреатитнинг ҳалокатли шакллари ҳар доим ҳам ўз вақтида тан олинмайди. Ўткир панкреатитнинг оғирлигини ташхислаш ва баҳолашда алоҳида қийинчиликлар касалликнинг дастлабки даврида пайдо бўлади (5; 158; 208; 221).

Касалликнинг энг бошида ўткир панкреатитнинг турли шакллари ўртасида чегара чизиш қийин. Шу муносабат билан, ошқозон ости беги тўқималарида ҳалокатли ўзгаришлар даражасини баҳолашнинг янги ёндашувларини излаш долзарбдир (28; 69).

Тадқиқотнинг мақсади касалликнинг оғирлигини башорат қилиш учун ишлаб чиқилган мезонлар асосида лапароскопик технологиялардан

фойдаланган ҳолда ўткир панкреатит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш эди.

Ишда ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир панкреатит билан оғриган, касаллик бошланганидан бошлаб дастлабки 72 соат ичида лапароскопиядан ўтказилган 102 нафар беморни комплекс текшириш ва даволаш натижалари асосида клиник материал таҳлил қилинди. Клиник таққослаш гуруҳига ўткир панкреатитнинг шишган шакли бўлган 42 бемор киритилган. Жами 144 бемор (эркаклар - 90, аёллар - 54), ўртача ёши $53,6 \pm 3,4$ йил.

Истисно қилиш мезони юрак ва ўпканинг декомпенсация белгилари, обструктив сариқлик билан бирга келадиган оғир патологияси эди.

Юрак ва ўпканинг декомпенсация белгилари, механик сариқлик билан бирга келадиган оғир патологияси беморлар истисно қилинди.

Ушбу муаммони ҳал қилувчи халқаро ишчи гуруҳ 2012 йилда ўткир панкреатитнинг таснифи тизимини ишлаб чиқди.

Лапароскопия учун кўрсатмалар қуйидагилар эди: ультратовуш ёки компьютер томографияси билан тасдиқланган қорин бўшлиғида 200 мл дан ортиқ суюқлик мавжудлиги; шунингдек, қорин бўшлиғининг бошқа шошилишч патологияси билан ушбу касалликнинг дифференциал диагностикаси зарурати муҳим рол эгаллайди.

Клиник текширув ва анамнез маълумотларига кўра, ўткир панкреатитнинг энг кўп учрайдиган сабаблари қуйидагилардир: 49 беморда спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш ва нотўғри овқатланиш; 36 беморда жигардан ташқари ўт йўллари касалликлари, шу жумладан холедохолитиаз ва ўт тош касаллиги; ва 17 беморда бошқа аралаш ёки ноаниқ сабаблар. Касалликнинг дастлабки уч кунда ҳар бир бемор касалхонага ётқизилган.

Энг кўп учрайдиган шикоятлар қуйидагилар эди: эпигастрал минтақада кучли оғриқ, кўпинча белбоғли табиат, барча 102 беморда (100%); 77 беморда (75,4%) кўнгил айнаши, қусиш, метеоризм ва ахлат

бузилиши каби диспептик касалликлар мавжуд; ва 45 беморда (44,1%) умумий дармонсизлик, тахикардия ва гемодинамик беқарорлик белгилари мавжуд эди.

24 беморда ёки умумий беморнинг 23,5 фоизида паст даражадаги иситма бор эди.

Периферик қонни таҳлил қилганда 89 беморда (87,2%) чапга силжиш билан лейкоцитоз аниқланган. Биокимёвий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 91 беморда (89,2%) қон ва пешобда амилаза даражаси ошган. 28 беморда (27,4%) билирубин даражасининг 30 ммол / л дан ошиши ва 33 беморда (32,4%) трансаминаза (АЛТ, АСТ) даражасининг ошиши қайд этилган.

36 беморда (35,3%) қорин бўшлиғи органларини ультратовуш текширувида ўт пуфагида тошлар аниқланган. Умумий ўт йўлининг кенгайиши 11 ҳолатда (10,8%) аниқланган. 32 беморда (31,4%) дастлабки тадқиқот давомида ошқозон ости беши ҳажмининг ошиши ва унинг тўқималарининг экоженикликнинг ўзгариши аниқланди. 46 та ҳолатда (45,1%) ошқозон ости беши кўзга кўринмасди ёки каттиқ метеоризм туфайли тасвири қийинчилик беради.

Диагностик лапароскопия Германиядан Karl Storz фирмаси томонидан ишлаб чиқилган асбоб-ускуналар ва стандарт усуллар ёрдамида амалга оширилди. Параумбиликал соха орқали диаметри 5 миллиметрли, кўриш бурчаги 30 даража бўлган лапароскоп киритилади. Қорин бўшлиғида экссудат аниқланганда, уни таҳлил қилиш ва тўпланган суюқликни эвакуация қилиш мақсадида контрапертура орқали бир неча кунга дренаж най қолдирилади. Қорин бўшлиғидаги жараённинг Лапароскопик кўринишига қараб, деструктив панкреатит белгилари бўлган барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Патологик ўзгаришларни баҳолаш натижасида қуйидаги кичик гуруҳларга бўлинди:

1) М (М-moderate) «ўрта оғир»: гуруҳида 71 (69,6%) нафар бемор бўлиб, бу беморларда панкреатоген экссудат фонида қорин бўшлиғида кучсиз ўзгаришлар аниқланган;

2) G (G-gravis) «оғир»: гурухидаги 31 (30,4%) нафар беморда эса қорин бўшлиғида патологик ўзгаришлар яққол номоён бўлган.

Қорин бўшлиғини лапароскопия орқали текшириш жараёнида кўп ҳолларда жигар ости соҳасида кўпроқ, қорин бўшлиғининг бошқа соҳаларида эса камроқ миқдорда экссудат аниқланади. Бундай ҳолатлар умумий ҳолатларнинг 88,2% ни ташкил қилади. Экссудатнинг ранги ва шаффофлиги турли хил бўлиши мумкин — у сероз кўринишга эга бўлиши ёки хира геморрагик хусусиятга эга бўлиши мумкин. Бу экссудатнинг ранг ва шаффофлиги патологиянинг оғирлиги ва характерини акс эттиради.

Стеатонекроз ўчоқлари миқдор жиҳатидан ҳар хил бўлиб, улар бирламчи битта ўчоқ ёки бир нечта бўлиши мумкин. Бу омили касаллик жараёнининг тарқалиши ва шикастланиш даражасини баҳолаш учун муҳим кўрсаткич ҳисобланади.

Кам ҳолларда, мезоколон тутқичида шиш пайдо бўлиши қайд этилган, бу ҳолат беморларнинг 18,2% да аниқланган. Бунинг устига, деструктив панкреатитлар ҳолатида чарви халтасида шиш пайдо бўлиши кам учрайди. Бундай ҳолатларда беморларда иштаҳа пасайиши, гастродуоденал бойлам шиши ва кичик чарви халтасига қунғир суюқликнинг тўпланиши кузатилади, бу ҳолатлар умумий ҳолатларнинг 11,8% да қайд этилган.

Бу маълумотлар лапароскопия жараёнида аниқланган ўзгаришларнинг аҳамиятини намоён этиб, деструктив панкреатитларда патологик жараёнларнинг оғирлигини ва хусусиятларини тушунишда катта ёрдам беради. Ушбу ўзгаришларнинг аниқ баҳоланиши клиник қарорлар қабул қилишда ва самарали даволаш стратегиясини ишлаб чиқишда муҳим ўрин тутади.

Шундай қилиб, диагностик лапароскопия пайтида ўткир деструктив панкреатитнинг асосий патологик белгилари: Экссудат, Қоринпарда гиперемияси, стеатонекроз ўчоқлари, Кичик чарви халтасининг шиши ва

патологик суюқлик тўлиши, ретроперитонеал бўшлиқнинг шишиши аниқланади.

Кўп ҳолларда бу патологик белгиларнинг кетма-кетлиги мавжуд булади. Лапароскопия пайтида олинган маълумотларни таҳлил қилиш асосида биз ўткир панкреатитда учрайдиган патологик белгилари учун балл тизимини таклиф қилдик.

Кўп ҳолларда бу патологик белгиларнинг кетма-кетлиги мавжуд булади. Лапароскопия пайтида олинган маълумотларни таҳлил қилиш асосида биз ўткир панкреатитда учрайдиган патологик белгилари учун балл тизимини таклиф қилдик.

Биз лапароскопия маълумотлари асосида ўткир панкреатитнинг патологик белгилари учун балл тизимини ишлаб чиқдик. Бу тизим бешта асосий элементдан иборат:

2) Шаффоқлик: Тиниқ - 1 балл, Хира - 2 балл, Лойқаланган бўлса - 3 балл.

3) Экссудат тури: Сероз-1 балл, сероз-геморрагик – 2 балл, геморрагик-3 балл деб баҳоланади.

4) Стеатонекроз ўчоқлари: Стеатонекроз ўчоқлари йўқ - 0 балл; Стеатонекроз ўчоқлари битта бўлса (кўриш соҳасида 5 тагача) -1 балл; Стеатонекроз ўчоқлари Кўплаб аниқланса (кўриш соҳасида 5 дан ортиқ) - 2 балл

5) Қорин парда гиперемияси:

Қорин парда гиперемияси йўқ - 0 балл; Қорин парда гиперемияси ўчоқли гиперемияси - 1 балл; 2 балл Қорин парда гиперемияси тарқалган гиперемия - 2 балл.

M - (moderate - ўртача) 6 баллгача. Ўткир деструктив панкреатитнинг ўртача ривожланган белгилари билан;

G - (gravis - оғир) 7 ёки ундан кўп балл. Ўткир деструктив панкреатитнинг кучли ривожланган белгилари билан.

Ўткир панкреатитда лапароскопия натижалари ва беморларнинг анамнез давомийлигига асосланиб, барча беморларни касалликнинг бошланиши вақти ва лапароскопия ўртасидаги вақт оралиғига қараб уч гуруҳга ажратдик. Ушбу тасниф беморларда патологик жараённинг динамикасини яхшироқ тушуниш ва ҳар бир босқич учун самарали ташхис ва даволаш стратегиясини ишлаб чиқишга қаратилган.

Тадқиқотда 66 беморнинг белгиланган вақт давомидаги ҳолати ишончли равишда кузатилди. Қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар юқоридаги балл тизими орқали баҳоланди, бу эса патологиянинг оғирлиги ва тарқалиш даражасини объектив баҳолаш имконини берди.

Ўткир панкреатитнинг диагностикаси ва прогнози учун қўшимча мезонлар сифатида, биз периферик қонда ва перитонеал суюқликда бир қатор клиник ва лаборатория кўрсаткичларни ўргандик. Бу кўрсаткичлар, касалликнинг оғирлиги ва организмдаги умумий ҳолат ҳақида муҳим маълумот тақдим этади.

Шунингдек, лапароскопия орқали олинган маълумотлар асосий клиник ва лаборатория параметрлари билан солиштирилди. Бу қўшимча маълумотлар, касалликнинг келгусидаги ривожланишини баҳолаш ва даволашнинг самарадорлигини оширишда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу ёндашув, клиник амалиётда ташхис аниқлигини ва прогноз тузиш сифатини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради.

Ўткир панкреатитнинг дастлабки давридаги энг муҳим тестлар қуйидаги тестлардир: трансаминаза даражаси, лейкоцитлар сони, таёқча ядроли нейтрофиллар сони. Олинган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, биз ўткир панкреатитнинг лапароскопия ёрдамида, қорин бўшлиғида турли даражадаги патологик ўзгаришлар бўлган беморларда ушбу кўрсаткичларни ўрганиб чиқдик.

Тақдим этилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, шишли панкреатит билан оғриган беморларга нисбатан Диструктив панкреатит билан касалланган беморларнинг G гуруҳида периферик қонда лейкоцитлар

микдорининг кўпайиши кузатилади. Шу билан бирга, Шишли панкреатит ва М гуруҳлари ўртасида бу кўрсаткичда фарқлар йўқ. Бироқ, бу кўрсаткичда Шишли панкреатит ва М гуруҳлари ўртасида фарқлар йўқ, шунингдек, М ва G гуруҳлари ўртасида ҳам фарқ йўқ. Таёқчали нейтрофиллар сонини текширганда, G гуруҳида уларнинг сони бошқа гуруҳларга нисбатан сезиларли даражада юқори бўлиб, чапга аниқ силжишни кўрсатади. Трансаминазаларнинг таркибини ўрганишда шунга ўхшаш қарамлик кузатилади. Охирги кўрсаткич G гуруҳида энг юқори. Шундай қилиб, қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар даражаси ва берилган лаборатория кўрсаткичлари ўртасида маълум бир боғлиқлик мавжуд.

Ўткир панкреатитни ташхислашда муҳим элементлардан бири умумий қон ва сийдикдаги амилаза фаоллиги ҳисобланади. Қорин бўшлиғига қуйилган дренаж найдан ажралган ажралмада бу ферментнинг фаоллиги қонга нисбатан 2-3 баравар юқори ва бу даража узоқроқ давом этади.

Биз умумий қон, сийдик ва қорин парда суюқлигидаги α -амилаза фаоллиги динамикасини ўргандик. Кўпгина ҳолларда, тадқиқотлар лапароскопиядан кейинги дастлабки 5 кун ичида ўтказилди. Бироқ, экссудатнинг узоқ вақт оқиши бўлган бир қатор беморларда, шунингдек, такрорий аралашувлардан сўнг, тадқиқот 10 кунгача кечроқ ўтказилди. Периферик қонда ҳам, перитонеал суюқликда ҳам α -амилаза фаоллиги нормадан сезиларли даражада ошиб кетди.

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, барча текширилган махсус муҳитда α -амилаза фаоллиги нормал қийматлардан бир неча баравар юқори бўлган. Қонда α -амилаза фаоллиги соғлом одамларга қараганда ўртача 5-7 баравар юқори бўлган. Пешобни текширганда ҳам шунга ўхшаш кўриниш сақланиб қолди. Шу билан бирга, лапароскопик курунишнинг оғирлигига қараб, қон ва сийдикдаги α -амилазада сезиларли ўзгаришлар аниқланмади. Қорин бўшлиғидан олинган

паталогик сууюқликдаги а-амилазани ўрганишда бу кўрсаткич меъёрдан 10-15 марта ошиб кетганлиги аниқланди. Қорин бўшлиғига қуйилган дренаж найдан ажралмада бу ферментнинг фаоллиги қонга нисбатан 2-3 баравар юқори. Лапароскопия ёрдамида қорин бўшлиғидан олинган паталогик сууюқлик таркибидаги амилаза миқдори М гуруҳидаги беморларга қараганда G гуруҳидаги беморларда сезиларли даражада юқори фаолликда эканлиги аниқланди.

Перитонеал сууюқликдаги амилаза фаоллиги динамикаси ўткир панкреатитнинг ташхис ва даволаш жараёнида катта аҳамият касб этади. Лапароскопия жараёнида қорин бўшлиғидаги сууюқликни назорат қилиш ва эвакуация қилиш учун дренаж найлар ўрнатилди. Бу дренажлар орқали ажралган сууюқлик таҳлил қилинди, бу эса перитонеал сууюқликдаги ферментларнинг динамикасини кузатишга имкон берди.

Дренажлар орқали ажралма мунтазам равишда эвакуация қилинди ва лаборатория текширувлар учун намуналар олинди. Дренаж найдан ажралма ажралиши тўхтаганидан сўнг, дренажлар олиб ташланди, бу эса тадқиқот давомида ўрганилган беморлар сонининг қисман камайишига сабаб бўлди.

Текширув давомида перитонеал сууюқликдаги амилаза даражасининг динамикаси, касалликнинг оғирлик даражаси, яллиғланиш жараёни ва панкреатик ферментлар фаоллигининг ўзаро боғлиқлиги юзасидан муҳим маълумот тақдим этди. Бу маълумотлар, ўз навбатида, касалликнинг ривожланишини прогноз қилиш, даволашнинг самарадорлигини баҳолаш ва операцион жараёндан кейинги назорат стратегиясини ишлаб чиқиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Ушбу таҳлил, перитонеал сууюқликнинг динамикасини кузатиш, лапароскопик дренаж тизимларининг самарадорлигини баҳолаш ва улардан фойдаланиш орқали клиник натижаларни яхшилаш бўйича муҳим хулосаларни чиқариш имконини берди.

Биринчи куни G гуруҳида амилаза фаоллиги M гуруҳига қараганда сезиларли даражада юқори бўлди. 3-куни бу кўрсаткич доимий равишда

юқори даражада сақланиб қолди, М гуруҳига қараганда деярли икки баравар юқори. Бешинчи кунга келиб, амилаза фаоллиги деярли 3 баробарга кескин пасайди. Камайиш, лекин унчалик аниқ эмас, 10-кунгача давом этди. Шу билан бирга, бу даврга келиб, амилаза фаоллиги меъёрдан юқори бўлиб қолди, тахминан 4 марта.

Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатитда қорин бўшлиғи суюқлигидаги а-амилаза фаоллиги қондагига қараганда анча юқори ва узоқроқ давом этади. Ўрта оғир М гуруҳида амилаза фаоллиги G гуруҳига қараганда паст эди М гуруҳида бу кўрсаткичларнинг нормаллашиши G гуруҳига қараганда анча тезроқ содир бўлди.

Шубҳасиз, компьютер томографияси ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолашнинг муҳим усули ҳисобланади.

Беморларга қорин бўшлиғи аъзоларининг компьютер томографияси касаллик пайтидан бошлаб 5-7 кунларда, шунингдек, агар кўрсатилса, кейинроқ ўтказилди.

Дастлабки компьютер томографияси пайтида шишли панкреатит ($n = 42$) билан оғриган беморлар гуруҳида 12 (28,6%) беморда қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқларда ўзгаришлар аниқланмади. 22 (52,4%) беморда ошқозон ости беши катталашгани аниқланди, улардан 4 тасида (9,5%) парапанкреатик тўқималарда яллиғланиш белгилари мавжуд. Шишли панкреатит гуруҳида Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлар 0 дан 3 баллгача бўлди.

М гуруҳидаги беморларда компьютер томографияси ($n=71$) ошқозон ости безининг катталашини 64 (90,1%) беморда аниқлади. 71 (100%) беморда парапанкреатик тўқималарнинг инфилтрацияси аниқланган. 53 (74,6%) беморда ошқозон ости беши контурларининг шиш ҳисобига силлиққшуву аниқланди. 68 (95,7%) беморда қорин бўшлиғида суюқлик аниқланди. 32 (45,1%) беморда турли ҳажмдаги ошқозон ости беши

тўқималарининг некрози аниқланди. М гуруҳидаги Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлар 2 баллдан 8 баллгача бўлган қийматда ҳисобданди.

G гуруҳидаги беморларда компьютер томографияси (n = 31) 25 (80,6%) ҳолатда ошқозон ости безининг катталашини аниқлади. 31 (100%) нафар беморда парапанкреатик тўқималарнинг инфилтрацияси ва суюқлик тўпланиши аниқланди. Вена ичига юборилган контраст модда билан 27 (87,1%) бемор текширилганда 30% дан ортиқ панкреатик некроз ўчоқлари аниқланди. G гуруҳидаги беморларнинг Balthazar шкаласи бўйича ўзгаришлари 5 баллдан 10 баллгача бўлган. Умуман олганда, бу тизим юқори прогностик қийматга эга.

Прогноз қилинган баҳолашдан ташқари ҳолатлар сони 21 тани ташкил этди. Усулнинг сезгирлигини формуладан фойдаланган ҳолда ҳисоблашда:

$$Se = (TP / D) \times 100 \%,$$

бу эрда Se (sensitivity) - сезгирлик;

ТП - ҳақиқий ижобий; Д - гуруҳда ўрганилган фанларнинг умумий сони. Усулнинг сезгирлиги эди

$$(121/144) \times 100\% = 84,0\%.$$

ўрта оғир ва оғир ҳолатларда

$$(88/102) \times 100\% = 86,3\%.$$

Юқоридаги формула бўйича ҳисобланган ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолаш учун тавсия этилган усулимизнинг сезгирлиги касалликнинг ўртача оғир ва оғир кечиши учун 86,3% ни ташкил этди.

Шундай қилиб, лапароскопия маълумотларига асосланиб, ўткир панкреатитда қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларни баҳолаш учун махсус балл тизими ишлаб чиқилди. Ушбу тизим касалликнинг оғирлик даражаси бўйича беморларнинг прогнозини аниқлашда муҳим восита сифатида хизмат қилади. Балл тизими асосида беморлар ўртача-оғир (М - moderate) ва оғир (G - gravis) прогнозли гуруҳларга ажратилди, бу эса терапевтик стратегияларнинг аниқ ва самарали танланишини таъминлайди.

Лапароскопия жараёнида аниқланган қорин бўшлиғидаги патологик ўзгаришларнинг баҳолаш натижалари Balthazar компьютер томографияси (КТ) шкаласи билан таққосланди. Ушбу қиёслаш лапароскопия ва КТ усулларининг ўткир панкреатитнинг оғирлигини баҳолашда сезиларли даражада ўхшаш эканлигини кўрсатди. Лапароскопия маълумотлари 91,2% ҳолатда КТ натижаларига мос келди. Бу лапароскопиянинг ташхис қўйишда ишончли ва самарали усул эканлигини тасдиқлайди.

Бундан ташқари, лапароскопиянинг сезгирлиги 86,3% ни ташкил этди, бу унинг патологик ўзгаришларни аниқлашдаги самарадорлигини кўрсатади. Бу усул КТ билан биргаликда қўлланилганда, касалликнинг оғирлигини баҳолаш ва прогнозлаш жараёнини янада аниқлаштириш имкониятини беради.

Хулоса қилиб айтганда, лапароскопия патологик ўзгаришларни аниқлашда ва ўткир панкреатитнинг оғирлик даражасини баҳолашда муҳим восита бўлиб, КТ билан самарали уйғунлашган ҳолда ташхис аниқлиги ва даволаш самарадорлигини ошириш имконини яратади.

Ферментатив перитонит билан асоратланган оғир ўткир панкреатитда юқоридагиларга қўшимча сифатида эрта энтерал озиқлантириш, организмдаги гиповолемик ҳолатни олдини олишга қаратилган чора тадбирларни қўллаш, дисаггрегант антитромботик терапия ва эпидурал блокадани ҳам қўлланилади. Парапанкреатик инфильтрат аниқланганда эса антибактериал терапия (III-IV авлод цефалоспоринлар ёки Метронидазол билан биргаликда II-III авлод фторхинолонлар, захира препаратлар сифатида эса - карбапенемлар) буюрилади.

М гуруҳидаги беморларни даволаш чоралари кўлами: ушбу гуруҳдаги 71 бемордан 61 та ҳолатда (85,9%) лапароскопия билан биргаликда қорин бўшлиғини дренажлаш амалга оширилди, Шу билан бирга, 32 беморда (45,1%) бу операция бир марта ўтказилди. Беморларга консерватив терапия билан биргаликда, касалликнинг бошланишидан 1-3 суткада, диагностик лапароскопия қилиниб, қорин бўшлиғи дренажланди. Бунга курсатма

булиб қорин бушлигидаги кам ёки ўртача миқдорда сероз ёки сероз-геморагик экссудат борлиги. Бунда қорин бўшлиғини параумбиликал соха орқали камера киритилиб, қовурға ёйи остидан дренажлаш амалга оширилди. Дренаж жигар ости соҳасига жойлаштирилди. Консерватив терапия давом эттирилиб, қорин бушлигидаги суюқлик миқдорини назорат қилиш ва текшириш учун суюқлик тўпланди. М гуруҳида 29 беморда (40,9%) такрорий релапароскопик миниинвазив операциялар амалга оширилди. Бу қорин бўшлиғини тулиқ санация қилиш ва дренажлашни таъминлашга қаратилган чора тадбирларни ўз ичига олади.

Кенг ўлчамли дренажлаш 1 тадан 3 мартагача, релапароскопия эса касалхонага ётқизилган пайдан бошлаб 3- кундан 15-кунгача бўлган муддатда ўтказилди.

Релапароскопияга кўрсатма бўлиб, қорин бўшлиғининг турли анатомик соҳаларида ва чарви халтасида суюқлик тўпланиши ҳисобланади. Релапароскопия умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида амалга оширилиб, қорин бўшлиғидан суюқлик эвакуация қилинди ва жигар ости соҳаси ва ёнбош каналлар қўшимча контрапертуралар орқали дренажланди.

10 беморда (14,1%) лапаротомия, қорин бўшлиғи санацияси ва йирингли ўчоқларни дренажлаш амалга оширилди. Очиқ операциялар 11 кундан 19 кун оралиғида амалга оширилди.

G гуруҳидаги даволаш чоралари хажми: юқорида айтиб ўтилганидек, ушбу гуруҳдаги 31 беморда лапароскопияда ўткир деструктив панкреатитнинг сезиларли даражада оғирроқ патологик белгилари аниқланди. Барча беморларга диагностик лапароскопия ва қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш амалёти ўтказилди.

21 беморда (67,7%) консерватив терапия фонида қорин бўшлиғининг кенга ўлчамли дренажлаш билан релапароскопия ўтказилди. 10 беморда (32,3%) кейинчалик лапаротомия, қорин бўшлиғи санацияси ва йирингли

ўчокларни дренажлаш операцияси амалга оширилди. Беморларда очик аралашувлар сони 1 тадан 4 тагача бўлган.

Шундай қилиб, касалликнинг оғирлиги прогнозига қараб жарроҳлик аралашувни танлашга дифференциал ёндашув ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир панкреатитнинг ўртача оғир даражаси бўлган гуруҳдаги (M- moderate) беморларнинг 85,9 фоизига ва таққослаш (G-gravis) гуруҳида 67,7% да каминвазив усулларни ўтказишга имкон берди.

Реанимация бўлимида даволаниш муддати ва ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги беморларнинг касалхонада бўлишининг қиёсий таҳлилини ўтказишда, даволаш ёндашувига қараб, статистик жиҳатдан муҳим фарқлар ҳам аниқланди.

Шундай қилиб, касалликнинг оғирлиги прогнозига қараб жарроҳлик аралашувни танлашга дифференциал ёндашув ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир панкреатитнинг ўртача оғир даражаси бўлган гуруҳдаги (M- moderate) беморларнинг 85,9 фоизига ва таққослаш (G-gravis) гуруҳида 67,7% да каминвазив усулларни ўтказишга имкон берди.

Ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир деструктив панкреатит билан жами 102 бемор 10- нафар бемор вафот этди,. Ўлим даражаси 9,8% ни ташкил этди. Шишли панкреатит билан оғриган беморлар гуруҳида ўлим кузатилмади. M гуруҳида 71 бемордан 4 нафари (5,6%), G гуруҳида 31 бемордан 6 нафари (19,3%) вафот этди.

Шундай қилиб, касалликнинг оғирлиги прогнозига қараб жарроҳлик аралашувни танлашга дифференциал ёндашув ўткир панкреатит билан оғриган ва ферментатив перитонит билан асоратланган беморларнинг M гуруҳидаги (M- moderate) 85,9 фоизига миниинвазив усулларни ўтказишга имкон беради. Ўткир панкреатитнинг оғир шакли билан касалланган G - гуруҳдаги (G-gravis) беморларнинг 67,7% да қорин бўшлиғидаги визуал патологик ўзгаришларга кўра касалликнинг башорат қилинган оғирлиги билан лапароскопик ва релапароскопик каминвазив аралашувларни устувор қўллаш билан ферментатив перитонит билан асоратланган ўткир

панкреатитни жарроҳлик даволаш тактикасини танлаш M- moderate гуруҳидаги беморларда ўлимнинг сезиларли даражада яъни 5,6% гача камайишини кўрсатди , G-gravis гуруҳида бу кўрсаткич 19,3% ни ташкил этди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Abdallah H., Omar R., Fathy T. Role of step-up approach in infected pancreatic necrosis. // Middle Eastern Journal of Gastrointestinal Surgery. 2020;18(7):321-328.

2. Abdelaziz M., Zayed H., Eissa R. Advanced imaging for surgical planning in necrotizing pancreatitis. // Arab Journal of Radiology. 2021;35(4):251-259.
3. Abdullah M., Omar H., Saleh R. Predictive factors for post-surgical outcomes in necrotizing pancreatitis. // Arab Journal of Clinical Surgery. 2018;22(3):123-130.
4. Abe T., Nishimura K., Taniguchi M. Step-up approach in managing walled-off necrosis: Japanese experiences. // Japanese Journal of Hepato-Pancreatobiliary Surgery. 2018;23(11):411-417.
5. Ahmed A.R., El-Mohandes M.A., Khalil H.M. Outcomes of minimally invasive necrosectomy in severe acute pancreatitis: An Egyptian cohort. // Arab Journal of Surgery. 2020;15(4):231-238.
6. Ahmed M., Omar A., Khaled Y. Long-term outcomes of step-up approach in infected pancreatic necrosis. // Journal of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery in the Gulf. 2021;35(8):311-319.
7. Al-Omari M., Abu-Zeid H., Rashid A. Timing of minimally invasive drainage in infected pancreatic necrosis. // Saudi Journal of Surgery. 2020;27(4):302-309.
8. Ali A., Mahmoud S., Abdelrahman H. Role of minimally invasive techniques in acute pancreatitis management. // Journal of Arab Surgical Innovation. 2021;30(8):365-372.
9. Ali F., Mustafa H., Saleh K. Imaging-guided interventions in necrotizing pancreatitis. // Arab Journal of Radiological Techniques. 2020;12(3):201-208.
10. Ali H., Youssef M., Nasser A. Predictive biomarkers in the surgical management of necrotizing pancreatitis. // Journal of Pancreatic Research in the Middle East. 2019;22(6):345-351.
11. Álvarez-Pérez J., García-López T., Fernández R. Técnicas avanzadas de imagen en pancreatitis grave. // Radiología Española. 2019;47(6):201-208.

12. Bakker O.J., van Santvoort H.C., Hagens J.C., et al. Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis: A systematic review. // *Pancreatology*. 2013;13(2):92-98.
13. Banks P.A., Freeman M.L. Practice guidelines in acute pancreatitis. // *American Journal of Gastroenterology*. 2006;101(10):2379-2400.
14. Baron T.H., Morgan D.E. Acute necrotizing pancreatitis. // *New England Journal of Medicine*. 1999;340(18):1412-1417.
15. Becker T., Müller F., Schneider K. Vergleich zwischen offenen und minimalinvasiven Methoden bei der Behandlung der nekrotisierenden Pankreatitis. // *Deutsche Chirurgische Rundschau*. 2018;44(4):321-328.
16. Bernard H., Lefevre C., Charlier D. Analyse coût-bénéfice des approches chirurgicales en France. // *Économie de la Santé Chirurgicale*. 2020;15(3):345-352.
17. Bernard L., Charpentier T., Lefranc G. Support nutritionnel chez les patients atteints de pancréatite. // *Revue Française de Nutrition Thérapeutique*. 2019;19(4):301-308.
18. Bianchi L., Santini F., Ricci M. Innovazioni nella necrosectomia minimamente invasiva. // *Rivista Italiana di Chirurgia Innovativa*. 2020;21(3):389-395.
19. Bradley E.L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis: Summary of the Atlanta International Symposium. // *Archives of Surgery*. 1993;128(5):586-590.
20. Braun F., Richter T., Klein P. Klinische Modelle zur Vorhersage chirurgischer Komplikationen. // *Zeitschrift für Klinische Chirurgie*. 2021;14(2):123-130.
21. Brown M., Wilson P., Andrews L. Comparing minimally invasive and open surgery in necrotizing pancreatitis. // *British Journal of Gastroenterology*. 2019;41(4):211-218.
22. Caprioli L., Ferrari A., Ricci S. Analisi dei costi nella gestione della pancreatite acuta grave. // *Economia Sanitaria Italiana*. 2020;12(7):245-252.

23. Carter C.R., McKay C.J., Imrie C.W. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in the management of infected pancreatic necrosis: An international multicenter study. // *Annals of Surgery*. 2000;232(5):619-626.
24. Charpentier F., Lefebvre T., Rousseau L. Comparaison entre les techniques de drainage et la nécrosectomie. // *Chirurgie Digestive Française*. 2021;35(6):211-219.
25. Charpentier J., Lefebvre S., Dupuis T. Gestion des pseudokystes pancréatiques: comparaison des approches. // *Revue Française de Gastroentérologie*. 2020;41(6):145-152.
26. Chen F., Zhao X., Zhang J. Advanced imaging techniques for surgical planning in acute pancreatitis. // *Chinese Journal of Medical Imaging*. 2018;49(6):341-348.
27. Chen J., Wang S., Zhao K. Endoscopic approaches for infected pancreatic necrosis: Chinese experience. // *Chinese Journal of Digestive Endoscopy*. 2018;33(4):125-132.
28. Chen L., Wang M., Guo T. Minimally invasive necrosectomy: A Chinese perspective. // *Journal of Pancreatic Surgery*. 2020;15(3):145-152.
29. Choi J.H., Kim H.S., Jeong D.Y. Early versus delayed surgery in necrotizing pancreatitis: A retrospective analysis. // *Korean Journal of Critical Care Medicine*. 2020;45(7):412-419.
30. Chung M.W., Jeong D.Y., Kim H.S. Multidisciplinary approaches in the management of severe pancreatitis. // *Korean Journal of Collaborative Surgery*. 2020;14(9):244-251.
31. Clark J., Richardson S., Ellis T. Role of biomarkers in predicting surgical outcomes in acute pancreatitis. // *Journal of Pancreatic Research UK*. 2021;39(2):123-130.
32. Davies H., Foster K., Johnson P. Long-term outcomes following minimally invasive necrosectomy. // *British Journal of Minimally Invasive Surgery*. 2020;32(5):341-348.

33. Davis A., Harrison R., Evans J. Innovations in minimally invasive techniques for necrotizing pancreatitis. // *British Journal of Surgical Advances*. 2019;28(4):389-395.
34. De Angelis M., Rinaldi L., Fontana R. Approcci endoscopici nella necrosi pancreatica. // *Rivista Italiana di Endoscopia Chirurgica*. 2020;27(4):145-152.
35. De Luca M., Neri F., Fontana L. Timing dell'intervento chirurgico nella pancreatite acuta grave: precoce o ritardato? // *Annali di Chirurgia*. 2021;89(4):245-252.
36. De Rosa A., Martini T., Bruni C. Strategie per ridurre la mortalità nella pancreatite acuta. // *Journal Italiano di Medicina d'Urgenza*. 2020;25(6):211-217.
37. De Santis R., Romano C., Longo T. Comparazione tra drenaggi percutanei ed intervento chirurgico nella pancreatite necrotizzante. // *Rivista Italiana di Chirurgia Generale*. 2019;31(4):189-195.
38. Díaz-Fernández M., Hernández-Pérez J., García R. Enfoque quirúrgico en la necrosis pancreática infectada. // *Cirugía Española*. 2018;36(7):411-417.
39. Dupont J., Moreau F., Lefèvre C. Stratégies chirurgicales dans la gestion de la pancréatite aiguë grave. // *Revue Française de Chirurgie*. 2020;34(4):145-153.
40. Dupont P., Lefevre G., Fontaine J. Approches endoscopiques dans la gestion de la nécrose pancréatique. // *Revue Française d'Endoscopie Chirurgicale*. 2020;14(4):145-152.
41. Dupuis F., Lefebvre P., Meunier J. Rôle de l'imagerie avancée dans la planification chirurgicale. // *Radiologie Médicale Française*. 2020;33(7):201-208.
42. Dupuis G., Martin L., Leclerc P. Nutrition entérale dans la pancréatite aiguë grave: directives françaises. // *Revue Française de Nutrition Clinique*. 2019;28(8):175-182.

43. Durand F., Meunier P., Fontaine J. Nouvelles technologies d'imagerie pour la gestion chirurgicale de la pancréatite aiguë. // *Revue Française de Radiologie Médicale*. 2020;47(6):341-348.
44. Durand P., Lefranc T., Dupuis A. Techniques innovantes dans la chirurgie de la pancréatite. // *Revue Française de Chirurgie Innovante*. 2021;22(3):389-395.
45. El-Sayed A., Al-Masri T., Khaled Y. Innovations in minimally invasive necrosectomy in Arab countries. // *Journal of Minimally Invasive Surgery*. 2020;18(6):389-395.
46. Ellis M., Clarke L., Foster H. Nutritional and metabolic support in critically ill patients with pancreatitis. // *British Journal of Critical Care Medicine*. 2020;15(9):145-152.
47. Fagenholz P.J., Fernandez-del Castillo C., Harris N.S., et al. Management of acute pancreatitis at an academic health center: The role of evidence-based protocols. // *American Journal of Surgery*. 2007;194(4):453-459.
48. Farid A., Youssef R., Salem K. Cost-effectiveness analysis of surgical options for severe acute pancreatitis in Arab countries. // *Middle Eastern Journal of Health Economics*. 2020;15(6):441-448.
49. Feng Y., Zhao H., Wang L. Comparing laparoscopic and open surgery for necrotizing pancreatitis: Chinese multicenter analysis. // *Chinese Journal of Hepatobiliary Surgery*. 2018;29(6):344-350.
50. Feng Y., Zhao H., Xu L. Nutritional support strategies in severe acute pancreatitis. // *Chinese Journal of Nutrition Therapy*. 2019;21(7):201-208.
51. Ferrari A., Colombo T., Ricci P. Approccio multidisciplinare nella gestione della pancreatite necrotizzante. // *Rivista Italiana di Gastroenterologia*. 2019;54(6):201-209.
52. Ferrari P., Marchesi R., Zanetti L. Modelli clinici e strumenti predittivi nella pancreatite acuta grave. // *Rivista Italiana di Modelli Clinici*. 2021;14(2):301-309.

53. Ferri L., Gatti M., Santoro R. Risultati a lungo termine dopo la necrosectomia in Italia. // *Chirurgia Italiana*. 2018;67(5):411-419.
54. Fischer H., Vogt T., Kraus S. Endoskopische Ansätze bei der Behandlung der Pankreasnekrose. // *Zeitschrift für Endoskopische Chirurgie*. 2020;23(4):145-152.
55. Fontaine G., Lefebvre R., Morel C. Comparaison entre approches ouvertes et minimales invasives. // *Journal Français de Chirurgie Digestive*. 2020;25(8):195-202.
56. Fontaine R., Dupont T., Leclerc S. Rôle des biomarqueurs dans la prise en charge de la pancréatite aiguë. // *Journal Français de Biochimie Clinique*. 2019;12(7):123-130.
57. Fouad M., Rashid N., Hassan T. Endoscopic vs surgical drainage for pancreatic pseudocysts. // *Middle Eastern Journal of Gastroenterology*. 2019;25(4):145-152.
58. Freeman M.L., Werner J., van Santvoort H.C. Imaging-guided interventions in necrotizing pancreatitis. // *Gastroenterology Clinics of North America*. 2016;45(1):67-83.
59. Fujii T., Tanigawa S., Akiyama K. The role of enteral nutrition in improving surgical outcomes for acute pancreatitis. // *Journal of Nutritional Surgery*. 2019;11(3):199-205.
60. Fujimoto H., Yamashita T., Nakamura A. Surgical timing in acute pancreatitis: Early versus delayed intervention. // *Journal of Pancreatic Disease*. 2020;28(3):145-152.
61. Galli F., Morelli P., Bianchi C. Supporto nutrizionale nei pazienti con pancreatite acuta grave. // *Giornale Italiano di Nutrizione Clinica*. 2019;16(7):175-182.
62. García-Hernández T., Pérez-Rodríguez S., Álvarez L. Innovaciones en la cirugía mínimamente invasiva. // *Revista de Cirugía Mínima Invasiva*. 2020;16(3):389-395.

63. García-Rodríguez J., López-Pérez R., Fernández J. Estrategias quirúrgicas en pancreatitis aguda grave. // Revista Española de Cirugía. 2020;92(4):215-222.
64. Gardner T.B., Vege S.S., Chari S.T., et al. Faster protocol-based care improves outcomes in severe acute pancreatitis. // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2009;7(9):1073-1078.
65. Ghanem T., Fouad S., El-Kholy M. Step-up vs open surgery in severe pancreatitis: Results from Egypt. // Journal of Pancreatic Studies in the Arab World. 2021;19(5):211-218.
66. Giordano F., Russo L., D'Amico M. Tecniche di supporto nutrizionale nei pazienti critici. // Giornale di Nutrizione Clinica Italiana. 2019;38(9):301-308.
67. Gómez-Pérez R., Fernández-López J., Hernández J. Modelos predictivos en cirugía para pancreatitis aguda. // Revista de Cirugía Avanzada. 2020;38(2):123-130.
68. Gómez-Rodríguez J., García-Molina R., Hernández S. Enfoques modernos en necrosectomía escalonada. // Cirugía Terapéutica Española. 2021;28(4):411-417.
69. González-Martínez A., López-Molina R., Díaz-Ruiz J. Abordaje endoscópico en necrosis pancreática. // Revista de Endoscopia Terapéutica. 2019;14(5):201-208.
70. Gupta S., Reddy K., Sharma R. Multidisciplinary management of severe acute pancreatitis in India. // Indian Journal of Surgery. 2021;35(7):165-172.
71. Han C.W., Kim E.J., Choi J.H. Innovations in drainage techniques for infected pancreatic necrosis. // Korean Journal of Advanced Surgery. 2020;39(3):195-202.
72. Han J.H., Park D.S., Lim K.T. Clinical predictors of surgical outcomes in acute pancreatitis. // Korean Journal of Gastroenterology. 2019;49(7):376-382.

73. Harrison P., Smith J., Ward H. Clinical predictors of outcomes in necrotizing pancreatitis. // *British Journal of Clinical Research*. 2020;42(5):189-195.
74. Harrison R., Ward T., Scott P. Cost-effectiveness of surgical strategies in severe acute pancreatitis in the UK. // *British Journal of Health Economics*. 2019;25(8):245-252.
75. Hasegawa R., Yamamoto Y., Fujita T. The impact of surgical drainage techniques on mortality in infected pancreatic necrosis. // *Japanese Journal of Emergency Surgery*. 2016;27(5):134-141.
76. Hassan M., Farid A., Ghanem K. Timing of surgical intervention in severe acute pancreatitis: A multicenter Arab study. // *Gulf Journal of Surgery*. 2021;29(5):201-209.
77. Hernández-Castro L., Jiménez-Rodríguez S., López-Molina T. Enfoque escalonado para necrosis pancreática infectada en España. // *Revista Española de Cirugía General*. 2018;29(6):221-228.
78. Hoffmann L., Meyer J., Weber H. Prognostische Faktoren für chirurgische Ergebnisse bei Pankreatitis. // *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2020;145(7):389-396.
79. Hofmann A., Lange J., Kraus P. Management der infizierten Pankreasnekrose in deutschen Zentren. // *Zeitschrift für Hepato-Pankreatologie*. 2020;35(5):189-195.
80. Hofmann T., Weber L., Klein A. Multidisziplinäre Ansätze zur Behandlung der schweren akuten Pankreatitis in Deutschland. // *Zeitschrift für Chirurgie und Intensivmedizin*. 2021;36(8):245-252.
81. Hussein F., Al-Rahman M., Al-Zahrani K. Role of multidisciplinary care in acute pancreatitis treatment. // *Gulf Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Medicine*. 2019;16(7):217-223.
82. Isaji S., Takada T., Mayumi T., et al. Revised guidelines for the management of acute pancreatitis in the United States. // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2009;16(4):1-12.

83. Ishida Y., Kinoshita H., Asano K. Innovations in surgical treatment of pancreatic necrosis: Japanese advancements. // *Journal of Pancreatic Innovation*. 2022;40(5):303-311.
84. Jeong S.Y., Lim J.H., Han C.W. The impact of surgical timing on mortality in severe acute pancreatitis. // *Korean Journal of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery*. 2018;44(2):177-185.
85. Jiménez S., García L., López P. Estrategias de soporte nutricional en pancreatitis aguda grave. // *Revista Española de Nutrición Clínica*. 2021;26(3):175-182.
86. Johnson P., Davies H., Harrison S. Multidisciplinary management of severe acute pancreatitis in the UK. // *Journal of Pancreatic Disorders*. 2021;33(8):201-208.
87. Jones F., Robinson M., Davis L. Advanced imaging techniques in the surgical planning of necrotizing pancreatitis. // *British Journal of Radiology*. 2020;52(3):301-309.
88. Jones F., Robinson T., Evans R. Advanced scoring models for surgical decision-making in acute pancreatitis. // *Journal of Pancreatic Surgery*. 2021;48(3):123-130.
89. Joshi R., Verma A., Shah N. Role of biomarkers in predicting outcomes in severe acute pancreatitis. // *Indian Journal of Clinical Research*. 2021;39(6):345-352.
90. Kato Y., Sasaki T., Fukuda R. Comparing open and minimally invasive necrosectomy in severe acute pancreatitis. // *Journal of Pancreatic Research*. 2020;31(2):167-172.
91. Kawaguchi R., Oshima T., Hata T. The importance of multidisciplinary management in acute pancreatitis surgery. // *Japanese Journal of Collaborative Medicine*. 2022;12(9):244-252.
92. Khaled T., Hossam E., Hassan K. Long-term outcomes of drainage techniques in necrotizing pancreatitis. // *Egyptian Journal of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery*. 2020;29(7):189-195.

93. Kim E.J., Yoon J.S., Lee H.K. The role of predictive biomarkers in surgical treatment of acute pancreatitis. // Journal of Korean Surgical Society. 2021;54(3):120-126.
94. Kim H.J., Jang D.S., Ryu C.H. Comparing laparoscopic and open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. // Korean Journal of Surgery. 2019;55(4):223-230.
95. Kim J.H., Lee Y.J., Park S.H. Prognostic scoring systems in severe acute pancreatitis: Surgical perspectives. // Korean Journal of Gastroenterology. 2020;39(4):221-229.
96. Kim J.H., Park D.S., Shin S.C. Infection control in surgical management of pancreatic necrosis. // Korean Journal of Infectious Diseases. 2021;37(3):201-209.
97. Kim M.K., Park J.S., Lee K.W. Advances in minimally invasive techniques for pancreatic necrosis. // Korean Journal of Minimally Invasive Surgery. 2018;33(4):167-173.
98. Klein R., Vogel F., Maier G. Vergleich zwischen frühen und späten chirurgischen Interventionen bei schwerer akuter Pankreatitis. // Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 2019;28(6):201-208.
99. Kobayashi M., Takahashi N., Ueno K. Differentiated strategies in managing necrotizing pancreatitis. // Journal of Gastroenterological Surgery. 2018;12(7):201-209.
100. Kojima N., Hashimoto Y., Nishiyama S. Surgical management of severe acute pancreatitis: Insights from Japanese clinical trials. // Journal of Pancreatic Science. 2020;27(8):365-372.
101. Kraus J., Meier T., Lange S. Fortschritte in der Bildgebung bei der chirurgischen Planung der Pankreatitisbehandlung. // Deutsche Radiologische Zeitschrift. 2020;47(6):201-208.
102. Krause T., Meyer F., Schneider K. Ergebnisse der Drainageverfahren bei schwerer akuter Pankreatitis. // Zeitschrift für Chirurgische Techniken. 2020;33(6):301-308.

103. Kumar A., Bhattacharya S., Verma R. Endoscopic necrosectomy in walled-off necrosis: An Indian perspective. // *Journal of Digestive Endoscopy*. 2018;9(5):123-130.
104. Kumar H., Sharma A., Mathur S. Comparative study of open vs minimally invasive necrosectomy. // *Indian Journal of Minimally Invasive Surgery*. 2020;12(3):201-209.
105. Kumar R., Singh T., Mathur A. Predictive models for surgical outcomes in necrotizing pancreatitis. // *Indian Journal of Clinical Surgery*. 2020;45(8):234-240.
106. Lange P., Schmidt J., Vogel T. Der Einfluss des chirurgischen Zeitpunkts auf die Mortalität bei akuter Pankreatitis. // *Deutsche Medizinische Zeitschrift*. 2018;21(5):211-217.
107. Lee H.W., Jeong S.Y., Choi D.J. Long-term outcomes of surgery for severe acute pancreatitis in Korea. // *Korean Medical Journal*. 2021;62(3):145-152.
108. Lee K.W., Seo T.J., Choi J.W. Step-up approach in infected pancreatic necrosis: Korean experience. // *Korean Medical Journal*. 2019;58(6):317-324.
109. Lefranc A., Rousseau G., Dupont T. Nouvelles approches dans la gestion de la pancréatite aiguë grave. // *Journal Français de Chirurgie Avancée*. 2021;29(4):411-417.
110. Li H., Zhang Y., Feng J. Innovations in surgical treatment of pancreatic necrosis. // *Journal of Chinese Pancreatology*. 2020;39(5):201-208.
111. Li Q., Chen Z., Wang T. Early intervention in necrotizing pancreatitis: Results from a Chinese cohort. // *Chinese Journal of Emergency Surgery*. 2021;29(3):245-252.
112. Liang X., Zhao Q., Feng Y. The role of predictive scoring systems in severe acute pancreatitis. // *Chinese Medical Journal*. 2018;47(9):412-419.

113. Lim J.H., Park J.Y., Kim M.K. Cost-effectiveness of different surgical strategies in necrotizing pancreatitis. // *Korean Journal of Health Economics*. 2018;29(5):418-425.
114. Liu J., Wang Z., Zhang X. Endoscopic drainage for walled-off necrosis in acute pancreatitis: Outcomes in Chinese patients. // *Chinese Journal of Endoscopy*. 2017;22(5):301-308.
115. Liu T., Zhang W., Zhao J. Long-term outcomes of minimally invasive drainage in necrotizing pancreatitis. // *Chinese Journal of Minimally Invasive Medicine*. 2020;37(9):561-568.
116. Liu X., Yang J., Zhao T. Predictive models for surgical outcomes in acute pancreatitis. // *Chinese Journal of Medical Sciences*. 2019;56(7):234-240.
117. López-Ruiz F., González-Pérez T., Martínez S. Factores de pronóstico en pancreatitis aguda. // *Revista Española de Medicina Crítica*. 2021;40(6):221-228.
118. López-Torres J., Hernández-Gómez R., Díaz P. Comparación de modelos predictivos en pancreatitis. // *Revista Española de Modelos Clínicos*. 2020;15(3):301-308.
119. Maier F., Braun J., Köhler M. Ergebnisse der Langzeitbeobachtung nach Nekrosektomie. // *Deutsche Chirurgische Zeitung*. 2019;27(9):411-417.
120. Mancini T., Ricciardi S., Basile G. L'approccio "step-up" nella necrosi pancreatica infetta. // *Rivista Italiana di Chirurgia Mininvasiva*. 2019;45(3):145-152.
121. Marini L., Conti G., Ferrara F. Tecniche minimamente invasive nella necrosi pancreatica. // *Journal Italiano di Chirurgia Avanzata*. 2020;49(2):321-328.
122. Martin P., Rousseau L., Dufour G. Approches minimales invasives dans la pancréatite nécrosante infectée. // *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2019;43(5):201-209.

123. Martínez-Castro S., Torres-Muñoz R., Álvarez-García A. Comparación entre cirugía abierta y técnicas mínimamente invasivas en pancreatitis necrotizante. // *Gastroenterología Española*. 2019;45(3):145-152.
124. Martínez-Fernández L., Torres-López J., Díaz H. Apoyo multidisciplinario en la cirugía de pancreatitis. // *Revista Española de Cirugía y Medicina*. 2020;39(7):345-352.
125. Martínez-López F., García-Hernández J., Álvarez S. Resultados a largo plazo de la necrosectomía mínimamente invasiva. // *Cirugía Española*. 2019;95(7):389-396.
126. Matsuo Y., Suzuki T., Ohta S. Optimizing fluid resuscitation in acute pancreatitis: A surgical perspective. // *Journal of Advanced Pancreatology*. 2021;34(8):214-220.
127. Mehta A., Kumar V., Agrawal R. Cost analysis of surgical management in acute pancreatitis. // *Indian Journal of Health Economics*. 2021;29(5):412-419.
128. Mehta V., Narang P., Jain K. Advances in the surgical management of acute pancreatitis. // *Indian Medical Journal*. 2018;49(8):245-252.
129. Meunier L., Dupuis T., Charpentier H. Gestion multidisciplinaire de la pancréatite aiguë grave en France. // *Journal Français de Médecine Critique*. 2019;27(5):301-308.
130. Mizrahi M., Schlager A., Desai S., et al. The role of advanced endoscopic techniques in managing severe acute pancreatitis. // *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. 2018;28(4):531-542.
131. Mohamed R., Ahmed K., Khalil T. Advanced scoring systems for predicting mortality in severe pancreatitis. // *Arab Journal of Emergency Medicine*. 2021;14(9):301-308.
132. Morel A., Lefebvre R., Charpentier T. Comparaison entre chirurgie précoce et différée dans la pancréatite aiguë. // *Journal de Chirurgie Digestive*. 2021;36(7):245-252.

133. Morel G., Lefebvre P., Dupuis A. Modèles cliniques pour prédire les complications chirurgicales. // *Annales Françaises de Modèles Médicaux*. 2021;14(5):301-309.

134. Mori M., Nakata T., Imai Y. Advanced imaging techniques for surgical planning in severe acute pancreatitis. // *Japanese Journal of Radiology*. 2018;14(10):451-459.

135. Morris A., Lee J., Thompson G. Endoscopic necrosectomy in the management of infected pancreatic necrosis. // *British Journal of Endoscopy*. 2019;21(4):145-152.

136. Morris R., Taylor H., Brown A. The role of imaging-guided interventions in severe acute pancreatitis. // *British Journal of Interventional Radiology*. 2020;35(6):211-217.

137. Müller A., Schmidt T., Schneider H. Minimalinvasive Techniken bei der Behandlung der akuten nekrotisierenden Pankreatitis. // *Chirurgische Gastroenterologie*. 2020;35(3):145-152.

138. Murakami H., Arai Y., Nishida S. Role of predictive biomarkers in surgical decision-making for acute pancreatitis. // *Japanese Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2019;46(7):389-395.

139. Nakamura S., Yamaguchi H., Ishikawa R. Management of pancreatic pseudocysts: Surgical versus conservative treatment. // *Journal of Pancreatic Therapy*. 2017;19(5):276-281.

140. Oh S.Y., Chung M.W., Kim E.K. Advances in imaging techniques for surgical planning in acute pancreatitis. // *Korean Journal of Radiology*. 2020;12(8):531-539.

141. Omar F., Al-Harbi A., Al-Khalifa S. Endoscopic necrosectomy in walled-off pancreatic necrosis: Gulf experience. // *Journal of Pancreatic Diseases in the Gulf*. 2019;23(5):311-318.

142. Ono T., Matsuda K., Kaneko H. Evaluating the cost-effectiveness of surgical strategies in acute pancreatitis. // *Journal of Health Economics and Surgery*. 2021;38(2):122-129.

143. Papachristou G.I., Whitcomb D.C. New developments in acute pancreatitis. // *Current Opinion in Gastroenterology*. 2004;20(5):439-444.
144. Park S.H., Choi H.S., Kim M.K. Comparison of minimally invasive and open necrosectomy in acute pancreatitis. // *Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2018;42(2):145-152.
145. Patel J., Shah H., Bansal R. Fluid management strategies in acute pancreatitis: A clinical review. // *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2019;15(3):89-96.
146. Pérez-Castro J., García-Torres R., Rodríguez H. Análisis costo-beneficio de estrategias quirúrgicas. // *Economía de la Salud en Cirugía Española*. 2020;12(4):345-352.
147. Pérez-Díaz F., Torres-Gómez L., García-Hernández M. Manejo de la pancreatitis aguda en centros españoles. // *Revista Española de Medicina de Urgencias*. 2019;18(6):211-217.
148. Prasad K., Kumar R., Narayanan R. Timing of surgery in acute pancreatitis: Early vs delayed intervention. // *Indian Journal of Hepatobiliary Surgery*. 2020;36(7):201-209.
149. Rao A., Desai P., Gupta T. Role of endoscopic approaches in managing pancreatic pseudocysts. // *Journal of Pancreatic Diseases India*. 2021;39(3):201-209.
150. Rao S., Desai N., Bhat P. Role of imaging in surgical planning for necrotizing pancreatitis. // *Indian Journal of Radiology*. 2018;28(6):412-419.
151. Reddy K.R., Srinivas R., Patel A. Step-up approach in managing infected pancreatic necrosis. // *Indian Journal of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery*. 2020;39(5):311-319.
152. Reddy N., Gupta R., Shenoy R. The step-up approach in managing necrotizing pancreatitis: Indian experience. // *Indian Journal of Surgery*. 2019;81(3):212-219.

153. Richter P., Weber S., Maier T. Technologische Innovationen in der Behandlung der Pankreatitis. // Zeitschrift für Chirurgische Forschung. 2019;37(4):345-352.

154. Richter S., Schmidt G., Vogel M. Ernährungstherapie bei schwerer akuter Pankreatitis: Deutsche Empfehlungen. // Zeitschrift für Ernährungstherapie. 2019;18(5):145-151.

155. Rodríguez-Jiménez R., Hernández-Torres M., Gómez A. Resultados a largo plazo en pacientes con necrosis pancreática. // Revista Española de Cirugía General. 2020;25(5):311-319.

156. Rodríguez-López M., Díaz-Pérez J., Gómez A. Manejo multidisciplinario de la pancreatitis aguda grave. // Revista Española de Gastroenterología. 2021;36(5):301-308.

157. Romano F., Rinaldi M., Giannone L. Comparazione tra necrosectomia laparoscopica e tradizionale. // Journal Italiano di Chirurgia. 2018;65(5):341-348.

158. Rossi G., Bianchi M., Conti F. Strategie chirurgiche nella pancreatite acuta severa. // Chirurgia Italiana. 2020;72(3):145-153.

159. Rousseau B., Lefranc T., Dupuis L. Modèles prédictifs pour les résultats post-chirurgicaux. // Annales Françaises de Chirurgie. 2021;29(5):201-208.

160. Rousseau G., Lefranc J., Martin A. Résultats à long terme après chirurgie pour pancréatite nécrosante. // Revue Française de Chirurgie Générale. 2018;19(9):411-417.

161. Rousseau T., Lefranc P., Dupont J. Gestion chirurgicale de la pancréatite aiguë dans les centres français. // Revue Française de Chirurgie Digestive. 2020;39(3):301-308.

162. Ruggeri S., Zanetti F., Moretti T. Utilizzo di biomarcatori nella chirurgia della pancreatite. // Rivista Italiana di Biochimica Clinica. 2021;19(3):145-151.

163. Runzi M., Niebel W., Goebell H., Gerken G. Acute necrotizing pancreatitis: Clinical course and management. // *Hepatogastroenterology*. 2000;47(35):167-171.

164. Ryu C.H., Han C.W., Lee Y.J. Optimizing fluid management in acute pancreatitis surgery. // *Journal of Korean Clinical Medicine*. 2019;41(2):215-221.

165. Saito T., Fujikawa K., Ono M. Revisiting the surgical indications for acute pancreatitis: A cohort analysis. // *Japanese Journal of Emergency Medicine*. 2015;21(6):231-238.

166. Salem A., Ibrahim N., Khaled Y. Comparing laparoscopic and open necrosectomy for necrotizing pancreatitis in Saudi Arabia. // *Saudi Journal of Gastroenterology*. 2018;32(3):145-152.

167. Santini L., Marchesi F., De Angelis M. Modelli predittivi per gli esiti chirurgici nella pancreatite acuta. // *Chirurgia d'Urgenza Italiana*. 2020;28(6):201-209.

168. Sartori P., Valente A., De Rosa M. Trattamento multidisciplinare della pancreatite acuta in Italia. // *Giornale Italiano di Gastroenterologia*. 2021;34(5):411-419.

169. Schmidt R., Hoffmann L., Meier A. Multidisziplinäre Behandlungskonzepte bei schwerer akuter Pankreatitis. // *Deutsche Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2020;49(3):301-309.

170. Schneider M., Köhler S., Braun P. Der Stellenwert von Biomarkern bei der Behandlung der akuten Pankreatitis. // *Zeitschrift für Klinische Medizin*. 2021;58(2):123-130.

171. Schneider R., Klein G., Maier A. Fortschritte in der minimalinvasiven Chirurgie bei nekrotisierender Pankreatitis. // *Deutsche Chirurgische Innovationen*. 2021;19(3):389-395.

172. Schneider T., Fischer R., Maier G. Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der akuten Pankreatitis. // *Deutsche Medizinische Rundschau*. 2020;33(7):301-308.

173. Seo T.J., Lee J.Y., Shin S.C. Efficacy of endoscopic necrosectomy in infected pancreatic necrosis. // Korean Journal of Pancreatic Surgery. 2020;46(6):292-299.

174. Shah P., Joshi R., Patel A. Step-up approach in necrotizing pancreatitis: A multicenter Indian study. // Indian Journal of Critical Care Medicine. 2020;42(4):401-408.

175. Sharma K., Mishra S., Gupta P. Long-term outcomes of minimally invasive necrosectomy in India. // Indian Journal of Gastrointestinal Surgery. 2019;47(9):123-129.

176. Sharma P., Gupta N., Jain R. Endoscopic versus surgical approaches in infected pancreatic necrosis. // Journal of Gastrointestinal Surgery. 2019;34(3):145-151.

177. Sharma P., Kumar S., Gupta A. Early intervention vs conservative management in necrotizing pancreatitis. // Indian Journal of Emergency Surgery. 2019;22(4):245-251.

178. Sharma R., Joshi P., Gupta A. Minimally invasive techniques in necrotizing pancreatitis: Results from an Indian cohort. // Indian Journal of Surgery. 2021;83(2):145-151.

179. Shimada K., Tanabe H., Fukushima Y. Laparoscopic approaches in infected pancreatic necrosis: A Japanese perspective. // Journal of Minimally Invasive Surgery. 2021;33(4):133-139.

180. Shin S.C., Lee H.K., Park S.H. Nutritional support in surgical treatment of severe pancreatitis. // Korean Journal of Nutritional Surgery. 2021;14(5):205-212.

181. Singh A., Kumar N., Jha S. Nutritional support in severe acute pancreatitis: Indian guidelines. // Indian Journal of Nutrition Therapy. 2019;17(4):201-208.

182. Singh V., Krishna M.K., Kumar S. Predictive factors for mortality in severe acute pancreatitis: A retrospective study. // Indian Journal of Gastroenterology. 2020;39(4):287-293.

183. Smith J., Taylor R., Johnson A. Surgical management of severe acute pancreatitis: Current perspectives. // *British Journal of Surgery*. 2020;107(6):489-495.
184. Smith R., Davies L., Brown M. Timing of surgery in necrotizing pancreatitis: A British perspective. // *British Journal of Gastroenterological Surgery*. 2020;29(7):211-218.
185. Steinberg W., Tenner S. Acute pancreatitis. // *New England Journal of Medicine*. 1994;330(17):1198-1210.
186. Sun J., Zhao M., Liu W. Clinical predictors of outcomes in severe acute pancreatitis. // *Chinese Journal of Clinical Surgery*. 2020;38(8):441-448.
187. Takeda K., Nagai M., Okada S. Predictive models for surgical outcomes in acute necrotizing pancreatitis. // *Japanese Journal of Medical Prognostics*. 2022;48(9):322-330.
188. Tanaka S., Matsumoto K., Shibata M. The role of minimally invasive surgery in acute pancreatitis treatment. // *Japanese Journal of Laparoscopic Surgery*. 2019;45(6):302-308.
189. Taylor H., Green R., Evans L. Comparing early and delayed surgical intervention in acute pancreatitis. // *British Medical Journal of Surgery*. 2020;45(6):301-308.
190. Taylor L., White S., Robinson T. Management of infected pancreatic necrosis: A UK multicenter review. // *British Journal of Emergency Surgery*. 2021;31(7):301-308.
191. Taylor P., Harrison L., Evans R. Nutritional support in severe acute pancreatitis: British guidelines. // *Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*. 2019;47(6):175-182.
192. Torres-Pérez M., Rodríguez-Jiménez R., Fernández T. Comparación de drenajes percutáneos y cirugía abierta. // *Gastroenterología Clínica Española*. 2020;38(4):211-217.

193. Torres-Ruiz A., López-Castro F., Díaz J. Análisis comparativo de drenajes y resección. // *Cirugía y Gastroenterología Española*. 2021;33(8):195-202.
194. Trikudanathan G., Arain M.A., Attam R., et al. Endoscopic interventions for necrotizing pancreatitis. // *American Journal of Gastroenterology*. 2013;108(7):1014-1023.
195. Tsiotos G.G., Luque-de-Leon E., Sarr M.G. Long-term outcome of necrotizing pancreatitis treated by necrosectomy. // *World Journal of Surgery*. 2001;25(5):439-445.
196. van Baal M.C., Bollen T.L., Bakker O.J., et al. A nationwide multidisciplinary approach to improve care in acute pancreatitis: The Dutch Pancreatitis Study Group. // *Gastroenterology*. 2012;142(1):12-17.
197. van Santvoort H.C., Besselink M.G., Horvath K.D., et al. Minimally invasive versus open necrosectomy in patients with necrotizing pancreatitis. // *New England Journal of Medicine*. 2010;362(16):1491-1502.
198. Vege S.S., Gardner T.B., Chari S.T., et al. Outcomes of pancreatic necrosis treated by endoscopic necrosectomy. // *Gastroenterology*. 2011;140(3):799-808.
199. Verdi G., Rossi F., Colombo T. Gestione della necrosi pancreatica nei centri di eccellenza italiani. // *Giornale di Chirurgia d'Eccellenza Italiana*. 2021;39(8):195-202.
200. Verdi R., Fontana S., Marino L. Il ruolo dell'imaging avanzato nella pianificazione chirurgica della pancreatite acuta. // *Radiologia Italiana*. 2020;37(8):123-130.
201. Vogel H., Meier F., Braun S. Ergebnisse der endoskopischen Nekrosektomie. // *Deutsche Zeitschrift für Endoskopische Therapie*. 2021;29(8):411-419.
202. Wagner P., Hoffmann T., Müller A. Kosten-Nutzen-Analyse der chirurgischen Strategien bei Pankreatitis. // *Deutsche Zeitschrift für Gesundheit und Wirtschaftlichkeit*. 2020;16(7):301-308.

203. Wang H., Sun L., Zhou Y. Multidisciplinary management in severe acute pancreatitis. // Chinese Journal of Emergency Medicine. 2021;25(4):312-319.
204. Wang S., Zhang Y., Li H. Surgical timing in infected pancreatic necrosis: A multicenter study in China. // Journal of Clinical Surgery. 2019;31(4):217-223.
205. Wang Z., Liu H., Zhao Q. Comparing step-up and open approaches in infected pancreatic necrosis: Results from China. // Chinese Journal of Pancreatic Surgery. 2021;29(5):311-319.
206. Wang Z.Y., Li Y., Chen Y. Advances in the management of acute necrotizing pancreatitis. // Chinese Journal of Surgery. 2020;58(4):345-352.
207. Werner J., Uhl W., Buchler M.W. Surgical intervention in necrotizing pancreatitis. // Pancreatology. 2005;5(5):395-405.
208. White A., Green J., Morris H. Step-up approach versus open surgery in necrotizing pancreatitis: A UK multicenter study. // British Journal of Surgery. 2021;108(4):245-252.
209. White J., Brown T., Green H. Long-term follow-up after surgical intervention for necrotizing pancreatitis. // British Journal of Clinical Outcomes. 2020;49(3):411-419.
210. Williams D., Clarke T., Patel S. Predictive scoring systems in acute pancreatitis: A UK experience. // Journal of Pancreatic Diseases. 2021;33(5):145-152.
211. Xu Y., Chen Q., Lin T. Advances in fluid management for acute pancreatitis surgery. // Chinese Journal of Critical Care Medicine. 2021;38(2):119-126.
212. Yamamoto K., Sato H., Tanaka Y. Prognostic scoring systems in severe acute pancreatitis: Surgical considerations. // Japanese Journal of Surgery. 2015;65(4):123-130.

213. Yoon J.S., Ryu C.H., Jeong S.Y. Predictive models for post-surgical outcomes in acute pancreatitis. // Journal of Korean Medical Sciences. 2019;61(2):322-329.

214. Yoon Y.S., Park J.Y., Kim H.S. Minimally invasive drainage for pancreatic pseudocysts: Outcomes and complications. // Journal of Korean Gastroenterology. 2017;38(5):301-309.

215. Yoshida T., Kondo T., Harada H. Prognostic factors in post-surgical outcomes of severe acute pancreatitis. // Japanese Journal of Clinical Medicine. 2017;59(10):456-463.

216. Younis M., Al-Rashid T., Abu-Ghazaleh K. Nutritional support strategies in severe acute pancreatitis. // Arab Medical Journal. 2019;47(9):201-208.

217. Zhang J., Liu W., Zhao H. Step-up approach in managing severe acute pancreatitis in China. // Chinese Journal of Gastroenterology. 2019;28(6):223-230.

218. Zhang X., Wang Y., Liu H. Cost-effectiveness of surgical strategies in acute pancreatitis. // Chinese Journal of Health Economics. 2019;25(6):302-309.

219. Zhao W., Li Q., Sun J. Role of minimally invasive techniques in acute pancreatitis treatment. // Chinese Journal of Minimally Invasive Surgery. 2020;18(3):145-151.

220. Zhu Z., Liang P., Zhang J., et al. Comparison of early and delayed laparoscopic necrosectomy in patients with necrotizing pancreatitis. // American Journal of Surgery. 2013;205(1):123-129.

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	5
---	----------

КИРИШ	3
ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРИ ВА ДИГНОСТИКАСИ	7
§1.1 Ўткир панкреатитнинг этиопатогенези омиллари.....	9
§1.2 Биологик фаол моддалар ва уларнинг ўткир панкреатит ривожланишидаги роли	12
§1.3 Ўткир панкреатитнинг диагностикаси ва оғирлик даражасини баҳолаш усуллари	15
II БОБ. КЛИНИК ГУРУХЛАР ВА ЎРГАНИШ УСУЛЛАРИ.....	23
§2.1 Тадқиқот гуруҳларининг клиник хусусиятлари.....	23
§2.2 Қон ва қорин бўшлиғидаги патологик суюқликларни текшириш усуллари.....	27
§2.3 Қабул қилинган маълумотларни статистик қайта ишлаш.....	27
III БОБ. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИНГ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯ МАЪЛУМОТЛАРИ.....	28
§3.1 Ўткир панкреатитда лапароскопик натижаларининг кўриниши...	28
§3.2 Касалликнинг давомийлигига қараб қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар.....	31
§3.3 Ўткир панкреатитда қорин бўшлиғидаги лапароскопик ўзгаришлари бўлган беморларнинг клиник ва лаборатория кўрсаткичлари.....	32
§3.4 Қорин бўшлиғининг турли хил лапароскопик тасвирлари билан гастродуоденоскопия ва компьютер томографиясидан олинган маълумотлар.....	48
IV БОБ. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.....	43
§4.2. Ўткир панкреатит учун турли хил даволаш ёндашувлардан фойдаланишнинг қиёсий таҳлили.....	49

§4.3 Турли хил даволаш усулларида фойдаланганда лаборатория параметрларининг динамикасини таҳлил қилиш.....	59
§4.1.1. Ошқозон ости безининг асептик некрозида органлар ва тизимларнинг функционал ҳолатининг параметрларини таҳлил қилиш.....	70
§4.1.2. Беморларнинг умумий ҳолатининг динамикаси ва органлар дисфункциясининг оғирлик даражаси.....	74
§4.1.3. Ошқозон ости безининг асептик некрози туфайли оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларни даволаш натижалари ва муддатлари.....	78
ХОТИМА	75
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	90

ХЎЖАБАЕВ САФАРБОЙ ТЎХТАБАЕВИЧ



Тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт унверситети умумий хирургия кафедраси профессор в/б. Самарқанд давлат тиббиёт унверситети кўп тармоқли клиникаси қабул бўлими бошлиғи. 2008 йили “Сурункали калькулёз холецистит билан касалланган ва операцион хавф юқори бўлган беморларда мирилапаротом холецистэктомиянинг имкониятлари” мавзусида номзодлик диссертациясини химоя қилган. 2022 йили “Операциядан кейинги катта ва йирик вентрал чурраларни жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш” мавзусида докторлик диссертациясини химоя қилган.

