



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.37-002:616.36-002.17

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ, ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ ҚЎЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Мирзаев В.И., Ўроков Ш.Т.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти,
Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Ўзбекистон

✓ Резюме

Ҳар йил ошқозон ости беги ўткир яллиғланишига бағишланган номзодлик ва докторлик диссертациялари ҳимоялари ва кўпгина олиб борилаётган илмий изланишларга қарамасдан, ўткир панкреатит ўз актуаллигини ҳанузгача сақлаб қолмоқда. Ўткир ва сурункали панкреатит кўп учрайдиган хирургик касалликлар орасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради ва ҳазм аъзолари касалликлари орасида 5-12% ни ташиқил қилади. Айрим олимларнинг маълумотларига қараганда, охириги 30 йилда бутун дунё бўйича ўткир панкреатит касалликларининг ўсиш суръати икки баробар ва ундан кўпроқ кузатилмоқда. Ўткир панкреатитнинг некротик турида 40-70% ҳолатларда некротик жараёнга эндоген инфекциянинг қўшилиши натижасида ошқозон ости беги ва атроф тўқималарда некротик – яллиғланиш жараёни ривожланиб, бу ҳолат эса ўз ўрнида инфекция - токсик шокка, кейинчалик эса септик полиорган этишмовчилигига олиб келади. Бундай ҳоллар эса натижада 85% гача ўлим билан тугайди.

Калит сўзлар: Ўткир панкреатит, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Мирзаев В.И., Уроков Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г.
Бухара, Узбекистан

✓ Резюме

Несмотря на ежегодные защиты кандидатских и докторских диссертаций по острому воспалению поджелудочной железы и многочисленные проводимые научные исследования, острый панкреатит по-прежнему остается актуальным. Острый и хронический панкреатиты отличаются своей распространенностью среди общих хирургических заболеваний и составляют 5-12% заболеваний органов пищеварения. По данным некоторых ученых, за последние 30 лет темпы роста острого панкреатита во всем мире удвоились и более. При некротическом типе острого панкреатита в 40-70% случаев в результате присоединения к некротическому процессу эндогенной инфекции в поджелудочной железе и окружающих тканях развивается некротически-воспалительный процесс, что приводит к инфекционно - токсический шок и позднее септическая полиорганная недостаточность. В таких случаях результатом является до 85% летального исхода.

Ключевые слова: острый панкреатит, хронические диффузные заболевания печени.



IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC MANAGEMENT IN ACUTE PANCREATITIS AND CHRONIC DIFFUSIVE LIVER DISEASES

Mirzaev V.I., Urokov Sh.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino,
Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara,
Uzbekistan

✓ Resume

In spite of annual defenses of candidacy and doctor's dissertations on acute inflammation of the pancreas and numerous ongoing scientific researches, acute pancreatitis still remains relevant. Acute and chronic pancreatitis is distinguished by its prevalence among common surgical diseases and accounts for 5-12% of diseases of digestive organs. According to some scientists, in the last 30 years, the growth rate of acute pancreatitis diseases has been observed twice and more. In the necrotic type of acute pancreatitis, in 40-70% of cases, as a result of the addition of endogenous infection to the necrotic process, a necrotic-inflammatory process develops in the pancreas and surrounding tissues, and this condition leads to infectious-toxic shock and later to septic polyorgan failure. In such cases, the result is up to 85% death.

Key words: acute pancreatitis, chronic diffuse diseases of the liver.

Долзарблиги

Хар йил ошқозон ости беши ўткир яллиғланишига бағишланган номзодлик ва докторлик диссертациялари ҳимоялари ва кўпгина олиб борилаётган илмий изланишларга қарамасдан, ўткир панкреатит ўз актуаллигини ҳанузгача сақлаб қолмоқда [1,2,22].

Ўткир ва сурункали панкреатит (ЎП ва СП) кўп учрайдиган хирургик касалликлар орасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради [3,6,20] ва ҳазм аъзолари касалликлари орасида 5-12 % ни ташкил қилади.

70% гача ҳолларда ўткир алкогольга боғлиқ бўлмаган ва сурункали панкреатит ўт тош касаллига, калькулёз холецистит, жигар санчиғи ва обструктив сариклик билан бирга келади. Бу ҳолда, ошқозон ости беши яллиғланиши иккиламчи бўлиб, ўт пуфагидан ўт йўлларига тош ўтиши туфайли Одди сфинктерининг спазми юзага келишидан пайдо бўлади [6,2,22].

Панкреатобилиар тизимнинг анатомик ва функционал умумийлиги, ўт тош касаллиги, холедохолитиаз, ўт йўллари стенози ёки спазми, катта дуоденал сўргичнинг яллиғланиши ёки шиши, турли сабабли сафро йўллари дискинезияси, ўткир панкреатитнинг тез-тез ривожланишига сабаб бўлади [10,12,18].

Бундай шароитда, меъда ости беши секретцияси издан чиқишининг, яъни бузилиши ҳамда ўт йўллари гипертензиясининг ривожланиши касаллик патогенезида етакчи омил ҳисобланади [7,8,19].

Микро холедохолитиаз ва кичик сафро тошлари кейинчалик папиллоспазм чакиради, кейинчалик эса папиллостеноз ва иккиламчи билиар панкреатитни келтириб чиқаради [17,21,28]. Меъда ости беши автолиз механизми без ширасининг чиқишининг бузилишидан бошланади, бу эса катта дуоденал сўргич сиқилиши, ҳамда тўсиқ микролитлар туфайли ўт йўллари гипертензияси натижасида бошланади [13,16,28]. Бу механизм билан бир қаторда кўпинча рефлюкс содир бўлади: билиар-панкреатик ёки дуоденал-меъда ости беши, бунда ферментлар фаъоллашиши сафро ёки энтерокиназа таъсири остида содир бўлади. Бу ҳодиса, айниқса Фатер сўргичи ампуласига меъда ости беши найчасининг ва умумий ўт йўлининг биргаликда қуйиладиган турида кўп кузатилади [11,23,24].

Материал ва усуллар

Тақиқот иши 2018-2022 йиллар давомида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг 1 ва 2 жарроҳлик бўлимида стационар даволанишда бўлган 84 нафар беморларда ўтказилган таҳлилларга асосланган.

Беморларни ёшига қараб тақсимлаш учун 1962 йил Киев симпозиуми ҳамда Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти бюросининг ҳудудий семинарида (Киев, 1963 йил) қабул қилинган

ёш гурухлари таснифидан фойдаланилган. Ушбу таснифга кўра, 14 ёшгача бўлган шахслар болалар гуруҳига киритилди, 15 дан 29 ёшгача бўлганлар ўсмир, 30-44 ёшдагилар ёшлар, 45-59 ёшдагилар ўрта (катта) ёшдагилар, 60-74 ёшгача ёши ўтган ва 75-90 ёшдагилар қарилар гуруҳига, 90 ёшдан катталар эса узоқ умр кўрувчилар гуруҳига киритилган (В.В.Фролькис, 1970).

Бола ёшидаги беморлар бўлмади, ўсмирлар 8(9.5%), ёшлар 18(21%) ва ўрта (катта) ёшдагилар 20(24%) ни ташкил қилиб, улар миқдори тахминан бир хилни ташкил қилди. Энг кўпи ёши ўтганлар 34(40.5 %) ва қарилар 4(5%) эдилар (Диаграмма 2.1).

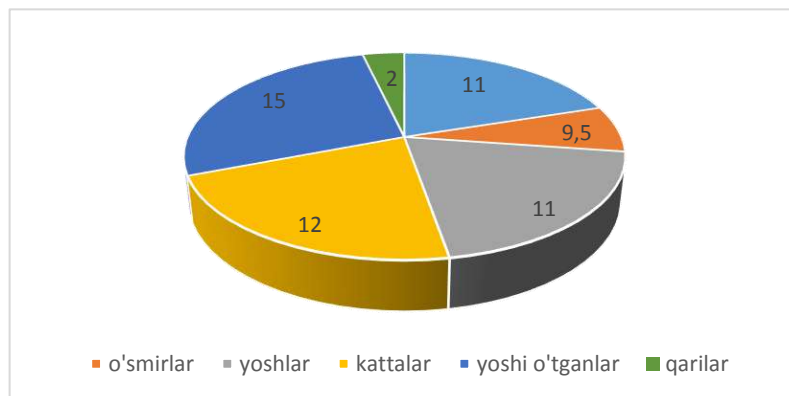


Диаграмма 2.1.
Беморларни ёшига қараб тақсимлаш

Беморларнинг жинсига қараб тақсимланиши, умуман олганда, эркаклар ва аёллар ўртасидаги сезиларли фарқни келтириб чиқармади. 2.1 жадвалда беморларнинг касаллик ва ташхис мужассамлигига қараб жинси ва ёши бўйича тақсимланиши келтирилган.

2.1 жадвалда беморларнинг касаллигига мувофиқ жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

	ЖСДК+ ИП		ЖСДК+ СПН		ЖСДК+ ИПН		УМУМИЙ
	Е.	А.	Е.	А.	Е.	А.	
15 – 29	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	-4 (9%)
30 – 44	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	-11 (25%)
45 – 59	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	-12 (27%)
60 – 74	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	-15 (34%)
75 – 90	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- 2 (4,5%)
	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- (%)	- 44 (100%)

Бир икки гуруҳдаги беморларнинг қиёсий таҳлилини ўтказдик. Биринчи гуруҳдагилар 44 кишини ташкил қилиб, улар ОП ва ЖСДК билан касалланган (асосий гуруҳ). Иккинчи (назорат) гуруҳи 40 кишидан иборат бўлиб, уларда жигар патологияси белгилари бўлмасада, ОП билан касалланган.

Беморларни касалланиш даражасига қараб таснифлаш учун биз ўткир панкреатитнинг Савелъев В. С. томонидан 2004 йилда ишлаб чиқилган таснифдан фойдаландик.

Беморларни жигарнинг сурункали диффуз касалланиши ўткир панкреатит ташхиси бўйича таснифлаш: асосий гуруҳда ЖСДК + Шишли (интерстисиал) панкреатит (ИП) касаллиги кўпроқ кузатилди 27 (61%), ЖСДК + стерил панкреонекроз (СПН) 14 (32%) кишида бўлиб, ЖСДК + инфитсирланган панкреонекроз 3 (7%) кишида кузатилди. Маълумки, ЖСДК кўп ҳолларда катта ёшдаги инсонларда учрайди, айниқса ушбу ёшда ИП ва СПН тобора кўп кузатилади.

Аниқланишича, барча ёш гуруҳларида, 30 дан бошлаб 74 ёшгача ЖСДК ОП билан биргаликда келса, унинг жинс бўйича фарқи аниқланмади.

ОП + ЖСДК билан касалланган беморларнинг асосий қисми 41 киши келишган.

Жадвал 2.2. ЖСДК + ЎП билан касалланган беморларнинг касалхонага келиш тартиби

	ЖСДК+ ИП	ЖСДК+ СПН	ЖСДК+ ИПН	УМУМИЙ
Тез ёрдам машинаси билан келганлар	12 (44,5%)	8(57%)	2 (67%)	22 (50%)
Ўзи келганлар	15(55,5%)	6 (43%)	1 (33%)	22 (50%)
Умумий :	27(100%)	14 (100%)	3(100%)	44 (100%)

Анамнезда вирусли гепатит уларнинг 13(29,5%) тасида бўлган. Бошқа касалликлар билан бирга ЖСДК ташхиси стационарга келгунча қўйилган беморлар 6(14%) киши, 25(57%) беморларда ЖСДК ташхиси биринчи бор стационарда кўриқдан ўтказилган пайт қўйилди (2.3 жадвал).

Таъкидлаш керакки, ЖСДК билан касалланган беморларнинг 16(36%) тасида шаклланган жигар циррози(ЦП) шунингдек сурункали гепатитнинг турли шакллари 25 (57%) аниқланган.

Жадвал 2.3. Ўткир панкреатит билар мужассамлашган ЖСДК билан касалланган беморларни ташхислашнинг босқичлари.

БОСҚИЧ	ЖСДК+ ИП	ЖСДК+ СПН	ЖСДК+ ИПН	УМУМИЙ
ЎП асосий диагнози билан келганлар	24 (54,5%)	14 (32%)	3 (7%)	41 (93%)
ЖСДК асосий диагнози билан келганлар.	3. (7%)	-	-	3(7%)
УМУМИЙ	27 (61%)	14 (32%)	3 (7%)	44 (100%)

Жигар диффуз касаллиги билан оғриган беморларда ОПнинг кечишининг клиник хусусиятларини аниқлаш мақсадида клиник кўрсаткичлар жигар патологиясига эга бўлмаган ва ЎП билан оғриган беморлардаги кўрсаткичлар билан киёсий тахлили ўтказилди. Ушбу мақсадда биз жигар патологиясига эга бўлмаган ва ЎП билан оғриган 40 нафар бемордаги клиник, биокимёвий ва инструментал текширувларнинг натижаларини ўрганиб чиқдик. Улардан 22 нафари аёллар, 18 нафари эркакларни ташкил қилиб, уларнинг ёши 29 - 73 ни ташкил қилади.

Аниқланишича, ЖСДК ва ЎП билан касалланган беморларда қорин қисмида, айниқса қовурга ости эпигастрияси соҳасида оғриқ пайдо бўлади, қусиш, умумий ҳолсизлик, шунингдек эндоген интоксикация белгилари (оғиз қуриши, гипертермия, тахикардия ва ҳ.к.) кузатилади. ЖСДК нинг узоқ муддат давомида яширин ҳолда кечиши касалликнинг ҳақиқий кечиш муддатларини аниқлашни қийинлаштиради. Тахлил қилинган гуруҳда касалликни аниқловчи белгилар диапозони анчагина кенг бўлиб, улар оддий ҳолсизликдан кизилўнғач-ошқозон профуз кон кетишигача кузатилди, шунинг учун касаллик анамнезининг давомийлиги бир биридан жуда ҳам фарқ қилди. Анамнезнинг ўртача муддаги 3.2 йилни ташкил қилди. Касалхонага ётқизилган пайтдаги асосий шикоятлар 2.4 жадвалда кўрсатилган.

Касалхонага келган 11(25%) беморда олд қорин девори веноз тасвирининг кучайиши кузатилди. 32(72%) беморда пайпаслаганда жигар ҳажмининг ошиши кузатилди. Спленомегалия, аксинча, келиб бўлган беморларда кўпроқ кузатилди. Ушбу аломат ЖСДКни ташхислашда энг муҳим ва аҳамиятли белгилардан бири ҳисобланади. Спленомегалия ташхиси 14(32%) беморда қўйилди. Бунда пальпатор спленомегалия 9(20,5%), сонографик спленомегалия 16(100%) беморда кузатилди.

Жадвал 2.4. Беморларнинг касалхонага ётқизилган пайтдаги асосий шикоятлари.

Шикоятлари	ЖСДК+ИП	ЖСДК+СПН	ЖСДК+ИПН	Умумий
Умумий ҳолсизлик	27 (61%)	13 (29,5%)	3 (7%)	43(98%)
Эпигастрал соҳадаги оғриқлар	27 (67,5%)	11 (27,5%)	2 (5%)	40 (91%)
Оғиз қуруши ва қайт қилиш	23 (53,4%)	9 (21%)	1 (2,3%)	43 (98%)
Ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқ	18 (64,2%)	9 (32,1%)	1(3,5%)	28 (64%)
Чап қовурға ёйи остидаги оғриқ	6 (40%)	7(47%)	2 (13,3%)	15 (34%)
Вазин ташлаш	6 (46%)	4 (31%)	3 (23%)	13 (29,5%)
Анорексия	22 (63%)	10(28,5%)	3(8,5%)	35(79,5%)

Қорин бўшлиғида асцитнинг мавжудлиги визуал ва перкутор равишда 3 нафар, эхографик равишда 4 нафар, интраоперацион равишда 2 беморда аниқланди. 6 (14%) беморларда пастозлик ёки болдирнинг энгил шишиши кузатилди.

Портожигар қон айланишининг ҳолати М.Д. Пасиори таснифи бўйича аниқланди (1984). Компенсацияланган босқич – портал босимнинг (ПД) мўтадил ошиши, компенсацияланган жигар ичи қон айланиши, гиперспленизмли ёки усиз спленомегалия 3(7%) нафар беморларда кузатилди). Субкомпенсацион босқич – ПДнинг ошиши, гиперспленизмли спленомегалия, қизилўнгач вена томирларининг варикоз кенгайиши ва қонли ёки қонсиз ошқозон кардияси, портожигар қон айланишининг сезиларли бузилиши – 2(5%) нафар беморларда кузатилди. Декомпенсацион босқич – спленомегалия, қизилўнгач вена томирларининг варикоз кенгайиши ва бир неча маротабалик қон оқиши ёки усиз ошқозон кардияси, портожигар ва марказий қон айланишининг яққол ифодаланган бузилиши – 1(2,2%) нафар беморда кузатилди.

Портал қон айланишининг бузилишининг асосий сабаби жигар ичидаги блок (жигар циррози туфайли) бўлиб, у 16(100%) касалларда кузатилди.

Биргаликдаги зарарланишларнинг муҳим жиҳати деб бир ёки ёндош касалликнинг аниқланиши деб ҳисоблаймиз (беморларни айтган шикоятлари, анамнез маълумотлари, амалиётдан олдин ва амалиёт орасидаги диагностика бўйича таснифланишига асосан).

Барча беморларга уч категорияга бўлиш мумкин бўлган даволаш ўтказилди.

1. Консерватив усуллар.
2. Инструментал кам инвазив усуллар.
3. Оператив усуллар.

Беморларни жигар патологиясиз ўткир панкреатит ташхисига қараб таснифлашда (2.1. жадвал) назорат гуруҳида ҳам шишли (интерстициал) панкреатит (ИП) билан оғриганлар сони кўп миқдорни ташкил қилди 22 (55%), стерил панкреонекроз (СПН) 13 (32,5%) беморда, юқтирилган панкреонекроз 5 (12,5%) беморда кузатилди.

Ҳозирги кунга қадар ушбу патологияни ташхислаш ва даволаш бўйича XX-XXI асрларнинг сўнгги 20-30 йили давомида эрилишган ютуқларга қарамадан, ОП касаллигини даволаш натижалари ҳанузгача қониқарсиз бўлиб келмоқда. ОП туфайли ўлим ҳолатларининг юқори даражасининг сақланиб қолиши янада даволаш натижаларини яхшилаш ва беморларнинг клиник реабилитациясини тезлаштириш имконини берувчи самарали усуллардан фойдаланиш ва жорий қилишни тақозо қилиб қўйди [5.15-17].

2.5. жадвалда консерватив, оператив ва миниинвазив усуллар билан даволаш қабул қилган беморлар сони кўрсатилган.

Жадвал 2.5. Даволаш усулларининг характери

Даволаш усуллари	ЖСДК+ИП	ЖСДК+СП Н	ЖСДК+ ИПН	Умумий
<i>Оператив</i>	-(%)	5 (62,5%)	3(37,5%)	8(18%)
Эндоскопик операция				
ЕПСТ	7(78%)	2 (22,2%)	-	9 (20,4%)
Консерватив даво	20(74%)	7(26%)	-	27(61,3%)
Умумий сони	27(61,3%)	14(32%)	-	44(100%)

Жадвал 2.6 Даволаш усулларининг характери

Даволаш усуллари	ИП	СПН	ИПН	Умумий
<i>Оператив</i>	4(25%)	7 (44%)	5 (31,2%)	16(40%)
Эндоскопик операция				
Консерватив даво	18(75%)	6(25%)	-	24(60%)
Умумий сони	22(55%)	13(32,5%)	5 (12,5%)	40(100%)

ОП – бу кўп омиллик касаллиқдир. ОПнинг асосий сабабларидан бири – билиар трактнинг (ўт тоши касаллиги (ЎТК), холедохлитиаз ва бошқалар патологиясидир [24-27]. Бу билан бир қаторда, сўнгги ўн йиллик давомида холедохлитиаз билан касалланиш даражаси ортиб кетди, Россия Федерациясида унинг учраш частотаси 10-20% ташкил қилади, бироқ унинг ҳақиқий параметрларини аниқлаш жуда мушкул, чунки ЎТК яширин ҳолда кечади. Патологоанатомик тадқиқотларнинг натижалари ишончлидир: ўт тошлари 20-40 % ҳолатларда топилади, бунда эркаларда у 11.4 %, аёлларда – 22.3 % ташкил қилади [12,23,28,28].

Ўзича кўп тизимли касаллик ҳисобланган сурункали диффуз жигар касаллики (ХДБП) ва билиар тракт патологияси ҳамда ОП нинг пайдо бўлиши орасидаги алоқани таҳлил қилиш, шубҳасиз жуда қизиқ бўлиб қолди. Яхши маълумки, ЖСДК кўп ҳолларда қорин бўшлиғида мавжуд бўлган сурункали касалликлар туфайли янада оғирлашади, бу касалликлар янги асоратларни келтириб чиқаради, ёки мустақил равишда кўшни аъзо ва тўқималардаги патологик жараёнларнинг вужудга келишига олиб келади. Ўт пуфагидаги яллиғланувчи ўзгаришларнинг даражаси ҳамда ЖСДК орасида маълум бир параллеллик мавжуд. ЖСДК билан касалланган беморларда ўт пуфагининг ўткир зарарланишининг клиник тасвири жуда оғир патологик жараён билан тавсифланиб, унда эндоген интоксикация (ЕИ) белгилари мавжуд бўлади. Холестаз билан бирга келадиган ЖСДК ўт йўлақларидаги ўтнинг шаклланиш ва ҳаракатининг бузилиши туфайли, кейинчалик ўт пуфагидаги ва билиар йўлақлардаги янада чуқур суут ҳолатларга олиб келиши мумкин, бунинг оқибатида микроконкрементлар пайдо бўлади.

Микроконкрементлар кўп ҳолларда холангит ва ўт йўлақларидаги спазмлар туфайли вужудга келади. ОП нинг асосий сабабларидан бири билиар йўлақларнинг, (холангит, холедохолитиаз), шунингдек жигарнинг касалланиши ҳисобланади, шунинг учун ҳам улар ЖСДК га киритилган. Бу ерда “ўзига хос патогенетик айлана ва ўзаро алоқа” “кузатилади”, яъни дастлаб ЖСДК туфайли ўт пуфаги ва ўт йўлақларида патологик жараёнлар содир бўлади, улар эса биргаликда ОПнинг пайдо бўлишига олиб келади. Бироқ, шуни таъкидлаш лозимки, ЖСДК ва ОП орасидаги ўзаро алоқа ва уларнинг мужассамлиги клиницистларнинг “назаридан ташқарида” колмокда [5].

Ушбу бобда биз ЖСДК билан касалланган беморларда ошқозон ости безининг турли жиҳатларини келтирдик. Алоҳида бобни айнан ушбу муаммога бағишлашимизнинг асосий сабаби, биринчидан, махсус адабиётларда ушбу мавзудаги маълумотларнинг етарли даражада бўлмаслиги, иккинчидан, ОП билан бирга келувчи ЖСДК даврида нафақат тўғри диагностика, балки касалликнинг кечишини тезкор башоратлаш ҳам катта аҳамиятга эга. Жарроҳликнинг замонавий қонунларига кўра оператив аралашувнинг ҳажми ва ўз вақтида амалга оширилиши айнан шунга асосланади. Учинчидан, кўплаб беморлар жарроҳлик стационарига панкреатитнинг биринчи ёки кейинги хуружларидан кейин келадилар, кўпинча улар ёндош кечувчи жигарнинг

диффуз касалланишини гумон қилмайдилар ва бу улар касалхонага келган пайтларидаги мавжуд критик ҳолатдан тубдан фарқ қилувчи ремиссия даражасидаги ҳолатга йўлиқиб қоладилар. Тўртинчидан, биз жарроҳларнинг диққатини мазкур беморлардаги шошилишч аралашувларни амалга оширишга қаратамиз. Ва, ниҳоят, бешинчидан, операциядан кейинги даврнинг номаълум тарзда кечиши, кўп ҳолларда ХДЗ жараёнининг жигарда фаъолланиши билан боғлиқ бўлиб, ўлим ҳолатларига олиб келиши мумкин.

Юқорида санаб ўтилганларга мувофиқ, биз ушбу муаммони ошқозон ости беши ва жигарнинг зарарланиши патогенезининг ўзаро боғлиқлик ва ўзаро алоқадорлик жиҳатидан кўриб чиқишни ўз олдимишга мақсад қилиб қўйдик, ва бу бизга жарроҳлик даволаш тактикаси ва тамойилларини унификация қилиш имконини беради.

РШТЁИМнинг Бухоро филиалида 2010 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда 44 нафар бемор ўткир панкреатит ва ЖСДК касаллиги билан мурожаат қилди ва даволанди. Ўткир панкреатит асосий ташхис билан ётқизилганлар орасида ЖСДК ёндош касаллик сифатида 41(93%) беморда кузатилди, асосий ташхиси ЖСДК билан ётқизилган беморларда ёндош касаллик сифатида ўткир панкреатит 3(7%) беморларга ташхис қўйилди.

ОП ва ЖСДК билан мурожаат қилган 44 бемордан 25(57%) нафари аёллар, 19(43%) нафари эркаклар. Беморларнинг кўпчилиги, яъни 54(64%) катта ва ёши ўтганлардир. Анамнезда 28(33%) нафар ЖСДК билан оғриган беморларда ўтказилган юкумли гепатит учун кўрсатмалар бор эди. Тадқиқ қилинган 84 нафар беморларнинг 34(40%) нафарида калькулез холецистит аниқланди. Шунингдек, 12(14%) нафар беморлар эрта холецистэктомия амалиётига ётқизилди.

ЖСДК ва ОП бирга келганда ташхис қўйишнинг мураккаблиги шу билан тавсифланадики, уларнинг биринчиси узоқ вақт давомида аломатсиз кечади, аммо этиологик ва патогенетик жиҳатдан ҳар иккала касаллик ягона тизимнинг зарарланишидан келиб чиқиб, улар ўзаро боғлиқ ва алоқадор. Қўшма ҳолатда зарарланиш ҳолатида касалликнинг давомийлик муддатини аниқлаш маълум бир қийинчиликларни келтириб чиқаради. 3.1 жадвалда беморларнинг маълум бир шикоятлар билан шифокорга мурожаат қилиш муддатлари кўриб чиқилган бўлиб, улар гепатобилиар тизимнинг патологиясига ишора қилади.

Жадвал 3.1. Кўриқдан ўтказилган беморларнинг касалланиш муддатлари.

Касалланиш йилларга қараб	1 йилгача	1 - 3 йилгача	3 -5 йилгача	5 йил ва ўтган	умумий
Умумий сони	16 (19%)	30 (36%)	34 (40%)	4 (5%)	84 (100%)

Шуни таъкидлаш керакки, кўриқдан ўтказилган қўшма касалликка эга беморларнинг ярмидан кўпи (16%) 1 йилгача давр мобайнида касалланган бўлган.

Бизнинг кузатувларимизда асосий гуруҳдаги 12(27%) нафар беморларда кўриқ давомида холедохлитиаз аниқланди. ЖСДК билан оғриган беморларда ОПнинг турли шакллари ташхислашда ЖСДКнинг кўплиги жиддий қийинчиликларга олиб келади, чунки УТТ, ЖСДКни ташхислашнинг энг самарали усулларида бири сифатида барча беморларда касалхонага ётқишидан олдинги босқичларда ўтказилади. Кўп ҳолларда ОП нисбатан кўпроқ бўлган беморларда ЖСДКни ташхислаш пайтида қийинчиликлар пайдо бўлади. Шундай қилиб, ОП асосий ташхиси билан ётқизилган 41(93%) нафар беморларнинг 16(36%) нафарида ЖСДК ташхиси қўйилди, 16(36%) нафар беморларда ташхиси ЖСДК стационарга ётқирилишдан олдин қўйилди, 28(64%) нафар беморларда эса ЖСДК ташхиси кўриқ даврида қўйилди.

Энг принципиал вазият шундаки, ошқозон ости бешидаги патологик жараённинг кечишини ҳисобга олган ҳолда беморларни тақсимлаш: шишли, геморрагик ва панкреонекроз. Гарчи ЖСДК билан оғриган беморларда ошқозон ости безининг зарарланишининг сурункали кечишининг диагностик ва жарроҳлик тактикасига нисбатан кўплаб муаллифларнинг фикри бири-бири билан мос келса-да, бироқ ОП нинг ўткир кечиши билан оғриган беморлар борасида олимлар ва шифокорлар кўплаб баҳслашиб келмоқдалар.

3.1. ЖСДК ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг клиник жараёни, ташхиси ва жарроҳлик усулининг хусусиятлари.

Ушбу бўлимда биз текширувлар натижасига ва 2018-2022 йиллар оралиғида РШТЁИМ нинг Бухоро бўлими 1- ва 2- хирургия бўлимидаги 84 та беморларнинг муолажаси таҳлил қилинган.

Улардан 8(18%) асосий ва 11(27.5%) беморлар назорат остидаги тезкор даволаш гуруҳига ўтказилган. Шунинг айтиб ўтиш керакки, 12(27%) холедохолитиазм билан оғриган беморлар патологик жараён рухсат этилган эПСТ бўлимига ўтказилди.

3.1. ЖСДК ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг клиник жараёни, ташхиси ва жарроҳлик усулининг хусусиятлари.

Ушбу бўлимда биз текширувлар натижасига ва 2010-2015 йиллар оралиғида РШТЎИМ нинг Бухоро бўлими 1-ва 2- хирургия бўлимидаги 84 та беморларнинг муолажаси таҳлил қилинган. Улардан 8(18%) асосий ва 11(27.5%) беморлар назорат остидаги тезкор даволаш гуруҳига ўтказилган. Шунинг айтиб ўтиш керакки, 12(27%) холедохолитиазм билан оғриган беморлар патологик жараён рухсат этилган эПСТ бўлимига ўтказилган.

ЖСДК ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг клиник жараёни ва ташхисининг асосий хусусиятлари клиник ташхис ОП беморларнинг шикоят натижасига, касалликнинг ҳозирги ҳолатига ва объектив текширувлар натижасига асосланади. Жигарлари аралаш касалланган беморларда ОП клиник жараёнларининг хусусиятларини аниқлаш учун кўрсаткичлар қайта текширилганда ҳозирги аналогик текширув асосланган ҳолда ОП беморлар жигар патологияси белгисиз.

Шу мақсадда биз 2 гуруҳ беморлар кўрсаткичларини таққосладик. Биринчи гуруҳ беморларининг 44(52%) ОП ва ЖСДК(асосий гуруҳ) билан оғриган. Ушбу гуруҳга холедохолитиазм билан оғриган 12 бемор киради. Иккинчи (назорат остидаги) гуруҳнинг 40(48%) ОП белгисиз жигар патологияси билан оғриган беморлар ташкил қилади. Клиник жараён кўрсаткичларини хусусиятини аниқ таққослаш мақсадида ОП ЖСДК ли беморларни ўткир панкреатит клиник хусусиятига кўра 3 кичик гуруҳга бўлдик.

А) Беморлар гуруҳи – (индураив шаклли ўткир панкреатит) ИП+ЖСДК 27(61%) беморлар

Б) Беморлар гуруҳи – (панкреонекротик шаклли ўткир панкреатит) СПН + ЖСДК 14(32%) беморлар

С) Беморлар гуруҳи – (панкреонекроз касаллик юқтирган ўткир панкреатит) ИПН + ЖСДК 3(7%) беморлар Клиник, биокимёвий ва жиҳозланган усулли текширувлар натижаси таққосланди.

ОП беморларда ЖСДК қоринда оғрик, айниқса ўнг томондаги қовурға остида, қайд қилиш, умумий беҳоллик, бундан ташқари эндоген интоксикация белгилари (оғиз бўшлиғининг қуриши, гипертермия, тахикардия ва ҳ.к) аниқланди.

Юқорида аниланган гуруҳнинг ретроспектив текширув кўрсаткичлари шунинг кўрсатадики, ОП беморларда ЖСДК клиник симптомлар намоён бўлиш жараёнини яна тезлаштиради ва эндоген интоксикация белгиларини ифодалайди. Шундай қилиб, “А” гуруҳдаги кўпгина беморларда (67%) ўнг томондаги қовурға остида кучли оғрик кузатилди, назаримизда фақат касалланган ўт пуфаги билан боғлиқ бўлиб қолмай, бир вақтнинг ўзида жигарнинг яллиғланиш жараёнида бу беморларнинг глиссон пардаларининг битишини кузатдик. Гепатомелагияда аниқ бўлишича, ОП билан оғриган ЖСДК 52 % беморлар, беморлар орасида назорат остидаги гуруҳ беморлар айрим ҳолларда ушбу сипмptom билан касалланади (4.5%).

ЖСДК ва ОП билан касалланган беморларда патологик жараённинг кечишининг энг принципиал вазиятларидан бири эндоген интоксикациянинг ифодаланганлигидир. 33(75%) нафар беморларда келган пайтида гипертермия аниқланган, бу эса назорат гуруҳига қараганда анча юқори, назорат гуруҳида ҳарорат ошиши 35% беморларда кузатилган эди. Шунингдек, асосий гуруҳдаги беморларда гипертермия анча тетик характерга эга бўлиб, 62% ҳолатда у эндоген интоксикациянинг бошқа аломатлари билан бирга келган. Тахикардия, қусиш ва оғиз қуриши мос равишда ЖСДК ва ОП билан касалланган беморларнинг 84%, 98% ва 82% да кузатилди ва эндоген интоксикациянинг дажарасини кўрсатди.

Ифодаланган жигар етишмовчилигининг аломатлари (олигурия, тормозланиш, ланжлик) 45% беморларда кузатилди. Ушбу беморлар деструктив панкреатит ҳолати билан клиникага кеч етиб келишган (касаллик бошлангандан кейин 1-2 сутка ўтиб).

ОП билан касалланганда периферик қоннинг ўзгариши сезиларли даражада организмнинг маҳаллик инфекцион-яллиғланиш жараёнига бўлган реакциясини ифодалайди. Бунда гемограммадаги ўзгаришларнинг ифодаланганлиги ва ошқозон ости безининг яллиғланиш-

деструктив зарарланиши орасидаги параллел боғлиқлик кузатилади. Аниқланишича, 32% беморларда ОП лейкоцитозсиз кечади. Периферик қон ҳолади 3.2 жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3.2. ЖСДК ва ОП билан касалланган ҳамда жигар патологияси бўлмаган беморлар қонининг периферик кўрсаткичларининг қиёсий жадвали

Кўрсаткичлар	ОП + ЖСДК (n=50)	ОП (n=54)	P*
Эритроцит, млн	3,23±0,19	4,27±0,12	>0,05
Гемоглобин, г/л	94,6±4,6	138,5±4,4	<0,05
Тромбоцит, тыс.	145,4±18,3	232,6±17,6	<0,05
Лейкоцит, тыс.	8,01±0,87	12,12±0,96	<0,05
П/Я нейтрофил,%	16,2±0,51	8,6±0,16	<0,05
Лимфоцит, %	32,2±2,12	29,3±1,84	>0,05

Изоҳ: * тадқиқ қилинаётган гуруҳларда ишончлилик кўрсаткичлари меъёри.

Периферик қон тасвирининг таҳлил шуни кўрсатдики, унинг қизил қисмида бироз фарқлар мавжуд. Айти пайтда қоннинг оқ қисмида лейкоцитлар миқдорининг бироз кўпайиши кузатилди, бироқ лейкоформулалар чап томонга қараб силжиган.

Шундай қилиб, ушбу категориядаги беморларда лейкопения мавжуд бўлган пайтда, ошқозон ости беидаги яллиғланувчи ўзгаришларнинг даражасини лейкоцитлар миқдори бўйича аниқлаш, жуда қийиндир. Бундай ҳолатда лейкограмманинг ўзининг ўзгаришига этиборимизни қаратиш анчагина аҳамиятлироқ туюлади: формуланинг чапга силжиши ва таёқчасимон нейтрофиллар миқдорининг ошиши янада ишончлироқ тарзда периферик қоннинг қорин бўшлиғидаги патологик жараёнларга бўлган реакциясини кўрсатади.

Ошқозон ости беидаги яллиғланиш жараёнининг жигарнинг функционал ҳолатига таъмирини аниқлаш учун биз ҳар иккала гуруҳда жигар функциясининг асосий кўрсаткичларининг қиёсий таҳлилин итказдик (3.3 жадвал). Цитологик синдромнинг идикатори сифатида иштирок этувчи жигардаги патологик жараёнининг фаоллик даражасини аниқлаш учун аланинаминотрансферазанинг (АЛТ) фаоллиги ҳисобга олинди, мезенхимал-яллиғланиш синдромининг идикатори сифатида Тимол синамаси кўрсаткичи олинди. Гепатодепрессиянинг оғирлик даражаси зардобдаги албумин даражаси ҳамда протромбин индекси (ПТИ) бўйича аниқланди. Холестаз синдроми умумий билирубин даражаси бўйича аниқланди.

3.3. Жадвал. ЖСДКли ўП беморларда жигарнинг функционал ҳолати ва жигарнинг патологиясиз кўрсаткичларининг солиштирув жадвали.

Кўрсаткичлар	ОП +ЖСДК (n=50) M±m	ОП (n=54) M±m	P*
АЛТ(нмоль/л.с)	646,3±22,6	186,4±9,6	<0.05
Тимол.проба (ед.)	11,4±0,4	1,0±0,37	<0.05
Альбумин (%)	32,8±0,2	41,6±0,2	<0.05
ПТИ (%)	70,4±0,28	83,2±0,3	<0.05
Умумий билирубин (ммоль/л)	46,6±1,2	10,2±1,3	<0.05

Эслатма: * ўрганилаётган гуруҳларда ишончлилик меъзонлари кўрсаткичи.

Солиштирув анализи натижалари шуни кўрсатдики, цитолитик синдром кўрсаткичлари (АЛТ) ЖСДКли ОП беморлари гуруҳида нисбатан юқори. Бундан кўриниб турибдики, ошқозон ости беи яллиғланиш жараёни жигарда патологик жараён фаолиятини кучайтиради, бу эса ўз навбатида яқинлашиб келаётган башоратни ёмонлаштиради.

Гератодепрессия солиштирув анализ кўрсаткичи қуйидаги ўзига хосликни кўрсатди. Қон зардоби альбумин даражаси ОП бемор гуруҳида нисбатан паст эканлигини кўрсатди. ОПли ЖСДК бемор гуруҳидаги протромбин индекси жигарида патология бўлмаган ОП беморларида нисбатан паст эканлигини кўрсатди. Бундан шуни хулоса қилиш мумкинки, ошқозон ости безида ўткир яллиғланиш жараёни жигар етишмовчилигига олиб келади ва “майда” жигар деб номланувчи етишмовчилик ташҳиси ПТИ кўрсатмалари асосида маълум бир қимматлилиқка эгадир.

Холестатик синдром (гипербилирубинемия)нинг таҳлил қилинган кўрсаткичи ЖСДК ва ОП билан бир вақтда касалланган беморларда анчагина юқори бўлиб чиқди. Эслатиб ўтиш жоизки, таҳлил ретроспектив ва қиёсий гуруҳларда ўтказилиб, ушбу гуруҳ ичида холедохолитиаз билан оғриган беморлар йўқ. Айтиш пайтда гипербилирубинемия холестаэнинг сезувчан индикатори ҳисобланади, бироқ ҳамма вақт ҳам жигар ичидаги ва жигар остидаги синдром шаклини дифференциялаш (аниқлаш) имконини бермайди.

Шундай қилиб, ЖСДК билан оғриган беморларда клиник ҳолатда намоён бўлувчи ва лаборатор мониторинг кўрсаткичларига асосланган ОП ташҳисининг қўйилиши маълум бир ўзига хос хусусиятларга эга ҳамда муваффақиятли равишда жигар патологиясига эга бўлмаган беморларда ОПни дифференциялашда фойдаланилиши мумкин. Бироқ, бизнинг фикримизча, ташҳислаш дастурининг энг принципиал ҳолати – бу уни ЖСДК билан оғриган беморларда турли шаклдаги ОПнинг клиник кечишининг хусусиятлари доирасида кўриб чиқилишидир.

ЖСДК билан касалланган беморларда ОПнинг турли шаклларида жигарнинг ҳолатини ўрганиш шуни кўрсатдики, жигарнинг функционал синамалари барча ҳолатларда ўзгаришсиз қолди. Жигардаги функционал ўзгаришларни янада батафсил таҳлил қилиш учун учун биокимёвий мониторингни кенгайтирамыз (3.4. жадвал). ОПнинг асоратли кечиши билан оғриган беморлар гуруҳи 12(27%) кишидан иборат бўлиб, улар касалхонага ётқизилишдан олдин тасдиқланган клиникага холедохолитиаз, йирингли холангитга шикоят қилиб мурожаат қилишган.

3.4-жадвал. ЖСДК беморларининг ОП турли формада жигарнинг функционал ҳолати.

Таҳлил натижалари	ЖСДК+ ОП.		
	$M \pm m$		
	Ўткир панкреатит индуратив шакли (n=20)	Ўткир панкреатит стирил шакли (n=21)	Ўткир панкреатит инфисирланган шакли (n=56)
Умумий оксил(г/л)	65,7±1,14	61,4±2,3*	61,6±1,6**
оксил фраксии			
Альбумин (%)	49,7±1,65	48,21±1,7	43,7±1.87**,***
Глобулин (%)	3,5±0,1	4,6±0,1	7,4±0,4**,***
Тимолли проба (ед.)	11,2±0,3	11,4±0,5	11,3±0,6
Ёдли проба (ед.)	3,0±0,2	2,9±0,5	3,1±0,3
Умумий Билирубин (ммоль/л)	31,7±1,6	41,6±2,1*	176,0±3,2**,***
Холестерин (ммоль/л)	3,25±0,08	4,83±0,14	6,39±0,21**
АЛТ (нмоль/л.с)	345,8±14,9	543,5±21,9*	786,9±18,9**,***
АСТ (нмоль/л.с)	294,4±13,7	378,8±19,8*	499,7±16,8**
γ-ГТП (ед./л)	65,2±4,2	121,4±12,5*	396,2±7,17**,***
ПТИ (%)	73,0±4,6	69,8±3,1	65,9±4,2**
Фибриноген (г/л)	6,47±0,4	6,27±0,78	5,46±0,43

Эслатма:

* $P<0,05$ – шартли 1 ва 2 ўрганилаётган гуруҳлар ўртасидаги статистик ишонилган фарқ;

** $P<0,05$ – 1 ва 3 ўрганилаётган гуруҳлар ўртасидаги статистик ишонилган фарқ;

*** $P<0,05$ – 3 ва 4 ўрганилаётган гуруҳлар ўртасидаги статистик ишонилган фарқ;

ОП нинг индуратив формасида жигарнинг функционал ҳолати жиддий зарарланишга эга эмас, деструктив формада эса маълум ўзгаришлар кузатилади. ОП деструктив формали касалларда умумий протеин миқдори нисбатан сақланидиган ҳолда альбумин даражаси камайиб, глобулин даражаси ошди. Кўрсатилган протеинограмм ўзгаришлар ОП деструктив форма хос ҳисобланади ва ПЖ ва жигарда яллиғланиш ҳолатини кўрсатади.

Келиб-чиқиш диспротеинемиясининг борлиги жигарнинг чўкиш намуналар бузилишини кўрсатди, ушбу кўрсаткичлар эса нормадан мос равишда 9 ва 3 марта ўсди. Ўзиборли бузилишлар липидли алмашинувлар томонидан ҳам кўринди: 68% ҳолатда қон зардобиди холестерин концентрацияси камайдигани маълум бўлди, бу жигар паренхимининг оғир зарарланишини кўрсатяпти. ОП ҳолатда қон зардобиди умумий билирубин таркиби ўрганилди, касалларда СП ва ПЖ зарарланиш даражаси билан пропорционал ўсиб боради. АЛТ ва АСТ таркибининг қонда ўсиб бориши 94% текширилган беморларда аниқланди ва жигарда некробиотик жараёнлар даражасини кўрсатди. Шунингдек, сезувчанликнинг юқори даражаси ПТИ ва γ - ГТП кўрстакичини намоён этди ва улар фаоллиги ОП нинг оддий формасида мос равишда 72 – 76% ни, деструктив формада эса 86 – 90% ни ташкил этди.

Жигарнинг функционал ҳолатининг янада сезиларли бузилишлари обструктив сариклик ва холангит беморлариди аниқланди (3.4. Жадвал). Ушбу гуруҳ касалларда ҳар қандай ҳолатда гипоальбуминемия ва гипер-глобулинемия аниқланган. 94% ОПнинг оғир кўринишли беморларда ЖСДК ҳолида холестерин, протромбин кўрсаткичлари Ю жигарнинг цитолитик ферментлари сезиларли ўзгариш даражаси кузатилди.

Динамикада ўтказилган жигарнинг функционал намуналари ўрганишлари шуни кўрсатдики улар ЖСДК касаллари ОПда унинг ҳолатини лаборатор баҳолашда қимматли усулдир.

Шу йўсинда ОП билан касалланган жигарнинг диффуз патология ҳолини ўтказётган беморларнинг киник-лаборатор изланишларнинг анализ материаллари шуни кўрсатдики, касалликнинг эрта стадияларида ОП нинг “ҳар доимгидек” оқиши 74% беморларда ўз ўрнига эгадир. Касалликнинг атипизм клиник намоён бўлиши 26% кузатишларда рўйхатга олинган, касаллик бошланишининг муддати ошиб бориш даражасидан атроф тўқималарининг яллиғланиш жараёнини ўтиш ҳолатларида, шунингдек, холецистит оғирланиш ҳолатида атипик клиник формаси сони ўсиш кузатилди. Бу каби пропорционал қонунчилик ЖСДКПнинг ОП касаларининг 100% ида кузатилади, бу эса жигар етишмовчилига ва эндотоксикозининг ривожланиш ҳолати билан боғлиқ.

Шунинг учун ЖСДК билан боғлиқ ОП ҳолати билан стационар даволаниш учун қабул қилинган касалларни кўриқдан ўтказиш ўт пуфаги шикастланиш характери аниқлашга ҳамда жигар паренхимиди яллиғланиш ўзгаришлари даражасини аниқлашга йўналтирилган бўлиши лозим.

Ушбу бўлимлар асбобий изланишлар усули билан янада кенгрок амалга оширилади, биринчи навбатда УЗС ва эндоскопик визуализация ёрдамида бажаришдир.

Диффуз жигар касалликлари билан ЖКБ диагностика ҳолатида ультратовуш сонографияси имкониятлари.

Ноинвазив УЗС танлов усули бўлиб ҳисобланади, диагностик аниқлик ОП ҳолатида турли хил авторлар маълумотида асосан 75-80%га етади. Бироқ УЗС маълумоти асосида гуруҳларда солиштирувчи анализларни ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас экан, ЖСДКдп ОП беморларда ушбу нозологиянинг турли морфологик стадиялари учун мос бўлган сонографик белгилар ўрни йўқ эди, бошқача ҳолатлар эса мавжу бўлмади.

Биз анализ қилган 84% бемордан УЗС ёрдами билан шифохонагача диагностика 84% (100%) беморда ўтказилди.

Ҳозирги вақтда ошқозон ости беши тизими зарарланиш характери ультратовуш меъзонлари ҳақида етарли методик рекомендацияларда ва ОП муаммоси бўйича монографияларда тарифлар мавжуд. Бу билан боғлиқ ҳолатларда сонограмма интерпретацияси ҳолатида умумқабул қилинган стандартлар ҳақида тўхталиб ўтирмаймиз.

Асосий гуруҳда ошқозон ости беши зарарланиш даражасини аниқлашда: ОИП – 27 беморларда. Ўткир стерил меъда ости беши некрози (ЎСМОБН) 14 та касалда ташхисланди, ўткир зарарланган меъда ости беши некрози (ЎЗМОБН) 3 ҳолатда аниқланди. Иккинчи гуруҳда эса: ОИП – 25 касалларда, ўткир стерил меъда ости беши некрози (ЎСМОБН) 11 та беморда

ташхисланди, ўткир зарарланган меъда ости беши некрози (ЎЗМОБН) 4 ҳолатда аниқланди. Калькулез холецистит барча текширилган беморлардан 34%ида (40%) аниқланди. Шу йўсинда, УЗС маълумот бериши панкреатит ташхис қўйишда 88%, бироқ ошқозон ости беши зарарланиш даражасини аниқлаш ҳатолиги 6-8% ни кўрсатади. Асосий қийинчилик ошқозон ости беши зарарланишини аниқлашда белгиланади. Ички ва ташқи жигар ўт безининг кенгайиши икки қисмда ҳам 12 та касалларда аниқланди, конкрементлар аниқ визуализацияси 5 та касалда аниқланди, асосан умумий ўт йўлининг супрадуаденал қисми аниқланганда кузатилади. Бошқа ҳолатларда холедохолитиаз ҳақида ички ва ташқи ўт йўли кенгайиши белгиси бўйича билвосита муҳокама қилади.

ЖСДК касалларининг ультратовуш ва доплерографик суръатларини баҳолашда диффуз ёки диффуз бош характер жигарнинг паренхима ўзгариши 44%да (52% УЗС ўтказилганлар сонидан) аниқланган, ҳар хил спленомегалия ва асцитик синдром пайдо бўлиш даражаси 14(16,6%) ва 9(10,7%) (Ф СП ташхисланган рақамлардан) намоён бўлган. Томир ҳавзаси портал тизими томонидан, айниқса портал ва қора талок томирлар 4(9%) беморда намоён бўлган. Бунга қарамай рўйхатга олинган жигар томирлари ҳавзасидаги қон оқими ўзгаришлари ривожланиб бораётган марказий гемодинамика бузилишлар ва жигар паренхимаси патологик ўзгаришларга таянади.

Биз диффуз ўзгаришларнинг ультратовуш суръатлари пайдо бўлишида кам фоизда маълумотга эга бўлиш кўрсаткичи – 51,6%, бу эса парадоксал ҳолат бўлиб ҳисобланади, чунки патологиянинг айнан ультратовуш интерпретацияси паренхиматоз органлар томондан 100% визуализацияни аниқлайди.

Шу йўсинда ошқозон ости безининг зарарланишига эътибор қаратиш, кўп ҳолатларда УЗСда эътибордан четда қолади ёки жигарнинг диффуз зарарланиши нотўғри талқин этилади. Шунда нисбатан принципиал ҳолат УЗИ кўз ёш ўлчамидаги диффуз жараёнида – портал системасининг томирларнинг дуплекссонография, ВРВП ва Ж жиҳозларида ЖКТ юқори қавати эндоскопик кузатишлар.

Эндоскопик ўрганиш

ОП нинг тўрли хил шакллардаги эндоскопик ўрганиш, кўпинча унинг сарғайма ва холангит кўринишдаги оғирлашувининг сабабини аниқлаш мақсадида қўлланилади. Бизлар томонимиздан ушбу усул барча ҳолатларда УТТдан кейинги қўлланилган эди. Эндоскопик ўрганишни беморларга УТТ дан кейинги қўллашда, интенсив консерватив терапия фонида ўтказилди. Дуоденоскопия ҳолатида катта дуоденал ғудачанинг “тафтиши” амалга оширилди, агар 9 та беморда папилла стенози аниқланадиган ҳолатда, кўрсатмалар бўйича ЭПСТ амалга оширилди эди.

(58 та беморнинг) Гастродуоденоскопияси, ошқозоннинг шиллиқ пардасини ва ДПКни ўрганишдан бошланар эди. Панкреатитга чалинганларнинг ЖСДК фонида кўпинча (76%) юзаки гастрит ва дуоденит расми аниқланаётгани белгиланди, шунда эрозияли -ярали жараённинг ривожланишига қадар бўлган шиллиқ пардани ахволининг ўзгаришлари (32%) эндотоксикоз клиникасининг ўсиши билан аниқланмоқда. Қизилўнғач ва ошқозон томирларининг варикоз кенгайиши беморларнинг 8(18%) да аниқланди, кузатувларнинг 4,5 % да геморрагик синдром билан мураккаблашган.

Бизлар томонимиздан аниқланган, муҳим нукта бўлиб, шиллиқ қаватининг эндоскопик ўзгаришларининг жигарнинг функционал аҳолига тўғри боғлиқлиги факти ва ўткир панкреатитнинг клиник-морфологик шаклига ҳар қандай боғлиқлигининг мавжуд эмаслиги факти ҳисобланади.

Шундай қилиб, ўтказилган ўрганишлар шуни кўрсатдики, ЖСДК фонидаги ошқозон ости безининг ўткир жароҳатланиши сабабли стационарга келиб тушган беморларни ўрганиш, ошқозон ости безининг ялиғланиш жароҳатланишнинг характери (шаклини) аниқлашга, шунингдек жигар паренхиманинг ялиғланиш ўзгаришларининг жиддийлиги даражасини аниқлашга йўналтирилган бўлиши керак. Ошқозон ости бешидаги ўткир ялиғланиш жараёни, жигарнинг функционал ҳолатини ёмонлаштиради, жигарда метаболит функцияларнинг пасайишига ва патологик жараённинг фаоллигининг кучайишига сабабчи бўлади. Орттирган тажрибамиз ва ЖСДКга чалинган беморларда ўткир панкреатит ва унинг оғирлашган шакллари диагностикасининг клиник-лаборатория ва инструментал усулларини қўллаш бўйича ретроспектив таҳлил, диагностик мониторингнинг тузилишини қуйидагича асослаб беришга

имконият берди: клиник расмнинг –лаборатория ўрганишлар-ошқозон ости безининг, жигар ва талокнинг УЗС – порто-лиенал хавзанинг дуплекосонографияси – эФГДС –ЕПСТ (кўрсатмалар бўйича).

Ўткир панкреатит билан ЖСДКнинг бирикмасида консерватив тактикаси.

Биз қўлланилган консерватив усулда урсосан дори воситасини қўлладик. Асосий гуруҳда 27(100%). Назорат гуруҳида 24(100%).

Урсасан халқаро номи; урсоеоксихолат кислотаси, гепатопротектор восита бўлиб, ўт ҳайдовчи, холелитолитик, гипополипидимик, гипохолистеремик ва бир оз иммуномодулятор тасир кўрсатади.

Беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинган: I-гуруҳ бу асосий ўрганилаётган гуруҳ-ЎП ИП+ЖСДК- 20 (74%) ўтказилган беморлар, II- гуруҳ ЎП СПН+ЖСДК- 7 (26%).

Ўткир панкреатит ЖСДК сиз бўлган назорат гуруҳидаги беморлар сони; I-гуруҳ ЎП ИП-18 (75%) II-гуруҳ ЎП СПН-6 (25%).

Гепатопротектор восита бўлиб, ўт ҳайдовчи холелитолитик гипополипидимик гипополидемик гипохолистеремик ва бироз иммуномодулятор таъсир кўрсатади. Беморлар бир кунлик дозаси тана вазнига қараб 1 кг 10 мг дан 500 мг 2 капсуладан қўлланилди.

Қўллаш дозалари Жадвал 3.5.

Тана вазни	Урсоеоксихол кислотаси	Капсулалар сони
30 кг гача	250 мг	1
60 кг гача	500 мг	2
80 кг гача	750 мг	3
100 кг гача	1000 мг	4
100 кг дан ортиқ	1250 мг	5

Беморларнинг ушбу гуруҳида консерватив даво ўтказгандан сўнг, жигарнинг функционал кўрсаткичларининг ва умумий ахволнинг яхшиланиши кўзатилди.

Ўткир панкреатит билан ЖСДКнинг бирикмасида Жарроҳлик тактикаси.

Самарали ва оқилона жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш учун бизлар ОП ва ЖСДК га чалинган беморларни оператив даволаш натижаларининг ретроспектив таҳлилини ўтказдик. Қўлланилган тактикага ва жарроҳлик аралашувнинг турига қараб, беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинган: I-гуруҳ бу асосий ўрганилаётган гуруҳ-ОП+ЖСДК- лапароскопик холисистектомия (ЛХЕ) ўтказилган беморлар, II- одатдаги холицистэктомия (ТХЕ)(3-та бемор), шулардан-Пиковский бўйича холедох дренирланишли ТХЕ (2-та бемор).

Холедохолитиази бор беморлар холедохнинг эндоскопик санациясидан ва сарғайма тўхтатилгандан сўнг операция қилинган. Жигарда сиротик жараённинг фаоллашуви билан, консерватив терапия ва қоннинг биокимия кўрсаткичларини меъёрлаштириш курсидан сўнг 2 та бемор операция қилинган. Беморларнинг ушбу гуруҳида опреция олди тайёргарликни ўтказгандан сўнг, жигарнинг функционал кўрсаткичларининг ва умумий ахволнинг яхшиланиши кўзатилди.

Ҳар бир индивидуал ҳолат учун жарроҳлик аралашуви тактикасини, оператив қўлланмани танлаш хусусиятлари қуйидги I-сонли клиник мисолда акс эттирилган.

Шундай қилиб, ЖСДКга чалинган беморларда, лапароскопик холицистэктомиянинг имкониятлари, холециститнинг ўткир хуружи деструктив босқичга ўтмасдан тўхтатилгандан сўнг, фаол-кутиш тактикаси билан, интенсив консерватив терапиянинг ўтказилиши билан самарали қўлланилиши мумкин.

Кейинги II-гуруҳни жигарнинг паталогияси мавжуд бўлмаган 40 та бемор ташкил этди. Шуларнинг 8 та сида лапаротомия санация ва фильсон бўшлиқнинг дренирланиши ўтказилган, 4 та сида ошқозон ости безнинг некрэктоми холецистэктомияси ва 4 та сида ошқозон ости безнинг некрэктоми холесистэктомияси ва дренирлаш ўтказилган. Барча беморлар шошилиш тартибда операция қилинган.

Ушбу гуруҳда ҳар турли оғирланувларнинг юзага келиш тезлиги ва ўлим ҳолатлари 3.6 жадвалда келтирилган.

Жадвал 3.6. ОП ва ЖСДКга чалинган беморларда оперциядан сўнг оғирлашув ва ўлим ҳолатлари.

Асоратлар	ЎП + ЖСДК шакллари			Жами (100%) n = 23
	ИП	СПН	ИПН	
Жигар етишмовчилиги	5(18,5%)	6 (43%)	3 (100%)	14 (32%)
ҚВВК қон кетиш	-	1 (7%)	1 (33%)-	2 (4,5%)
Жароҳатларнинг йиринглаши	2 (7,5%)-	2 (14%)	2(66%)	6 (14%)
Асцит-перитонит	-	1 (7%)	1(33%)-	2 (4,5%)
Леталлик ҳолати	-	2(14%)	2(66%)	4 (9%)
	27(100%)	14 (100%)	3 (100%)	44 (100%)

Таҳлил кўрсатганидек, жигарнинг функционал маконининг ёмонлашуви билан, оғирлашувларнинг ва ўлимларнинг сони кўпаяди.

Жигар етишмовчилиги, қизилўнғачнинг ВРВ сидан қон кетиши каби энг оғир оғирлашувлар. Кўпинча СПН ва ИПН бор беморларда белгиланган. Жигар етишмовчилиги билан бирликдаги циротик жараённинг фаолланиши оперция бўлган беморларнинг 21% да кўзатилган, СПН борларининг 100%да. Операциядан кейинги даврда, ривожланиб кетган оғирлашувлардан СПН ва ИПН бор беморларнинг 3 таси вафот этди.

Жадвалдан кўриниб турганидек, мазкур гуруҳда, ОП ва ЖСДК га чалинган беморларнинг олдинги гуруҳида даволашнинг натижаларини таҳлил қилишда аниқланган қонуният сақланиб қолди, жумладан: СПН ва ИПН бор беморларда операциядан кейинги даврдаги жиддий оғирлашувлар (жигар етишмовчилиги, қизилўнғачнинг ВРВ сидан қон кетиши) кўзатилди. Бироқ мазкур гуруҳ беморларида консерватив тадбирлар яхши самара берди.

Олинган маълумотлар, маълум бир иншонч билан ҚПга чалинган беморларда холедохолитиазнинг йўқлигида ҳам ўт йўллариининг самарали декомпрессияси, жигар етишмовчилигининг ривожланишига тўсиқ қилиётганлигини ва ОП билан касалланган беморларнинг жарроҳлик йўли билан даволашнинг яқин натижаларининг яхшилаётганлигини тахмин қилишга имконият беради.

Хулоса

ЖСДК фонида ўткир панкреатит билан касалхонага тушган беморларни текшириш қуйидаги йўналишда амалга оширилиши керак, яъни ошқозон ости безининг яллиғланиш характери ва жигар паренхимасининг яллиғланиш даражасини аниқлаш.

Бошланғич лейкопенияси мавжуд бўлган беморлар категориясида лейкоцитлар сонига қараб ошқозон ости бези яллиғланиш даражасини аниқлаш анча мушкул. Бундай пайтларда лейкограмманинг ўзгаришига қараб қиёслаш анча информатив ҳисобланади, лейкоформуланнинг чапга силжиши ва таёқчаядро нейтрофилларнинг периферик қонда пайдо бўлиши қорин бўшлигида патологик ўчоқнинг авжи ҳақида тўлиқроқ маълумот беради.

ООБ даги ўткир яллиғланиш жараёни жигар функционал ҳолатини мураккаблаштиради ва унда метаболизмни сусайишига, патологик ўчоқнинг кучайишига олиб келади. Шуниси эътиборга молиқки, яллиғланиш жараёни анча олдин бошланганлиги атроф тўқималарга яллиғланиш процессининг тарқалишига ҳамда асоратли панкреатитнинг мавжудлиги ва касалликнинг атипик кечадиган клиник кўринишларнинг кўпайишига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аврамова Ю.Ю. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. /Дисс.канд.мед.наук. М., 1984. - С. 151.
2. Акилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асита. /Автореф. дисс. ... доктор.мед. наук. Ташкент - 1998. С. 2-6.
3. Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Трипольская Г.И. Лечебная тактика при кровотечениях портального генеза. //Анналы хирургической гепатологии. -2000. - Т. 5.- № 2. - С. 208.
4. Андрианов А.В., Макаров П.А. К вопросу о классификации симультанных операций //Самарский медицинский архив. Сбор. стат. Самара. 1996. - № 1. - С. 43-44.
5. Андрианов А.В., Макаров П.А. К вопросу о классификации симультанных операций //Самарский медицинский архив. Сбор.стат. Самара. 1996. - № 1. - С. 43-44.
6. Асеев В.П. Изменения в печени при рецидивах болей после холецистэктомии // Хирургия. - 1988. - № 1. - С. 39 - 41.
7. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни». //Анналы хирургии - 2004. № 2. - С. 73-76.
8. Ахтамов Д.А., Шомуратов Ш.Ю. К методике лапароскопической холецистэктомии при сопутствующем циррозе печени. //Вестник врача общей практики. - 2003.- №4(28). - С.24-25.
9. Ахмеджанов К.К. Особенности клиники, диагностики и тактика лечения осложнений желчекаменной болезни при циррозе печени. /Дисс. ... канд. мед. наук. Москва.- 1990.
10. Бассалык Л.С., Логинов Л.С., Кондашева З.Д. Трофическая фракция гастрита в образовании язв в гастродуоденальной области у больных ЦП. //Терапевтический архив. 1977. №5, С.99-102.
11. Березницкий Я.С., Рубан В.М., Спивак В.П. Симультанные операции в плановой хирургии органов брюшной полости //Клиническая хирургия. - 1993. - № 5. - С. 19-22.
12. Береснев С.А. Особенности лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных с патологией печени. /Автореф.дисс.... докт. мед.наук. Харьков.- 1991. - С.4.
13. Бубнова В.И., Черногубова Э.А. Фундаментальные науки в хирургии: //Сб.Науч. ст.-Ростовн/Д, 1993.-С.146-152.
14. Владимиров Г.В., Сергеенко В.И. Острый панкреатит (экспериментально- клинические исследования) -М., 1986.
15. Гульман М.И., ВинникЮ.С., идр. Острый панкреатит: вопросы патогенеза, клиники, лечения. – Красноярск; Зеленогорск, 1997.
16. Гальперин Э.И. Недостаточность печени. -М.,1978
17. Греджев А.Ф., Шаталов В.Ф., Рогалин Я.Ф., Греджеев Ф.А. Симультанные операции при сочетанной хирургической патологии //Клин. хирург. - 1983. - № 1. - С. 28-29.
18. Давис С., Калт Р.М.ъ Порселлаин, Каллбладдер Ассоциатед витх Сарсинома оф тхе Солон //Арч.Сурк. 1961.- Вол. 83,- П. 218-226.
19. Довдй К.С., Вардрон К.В. Импортансе оф Сохистент Фасторс ин Билиарй Траст Суркерй. Ан. Аналисис оф. 2285 оператионс. //Арч.Сурк.- 1964.-Вол.88.-П. 314-325.
20. Розанов В.Е., Киденко Г.Д., Парфенов Г.И., Шленкин В.В., Фомина Н.А., Печенкина И.А. Результаты симультанных операций. Сборник научно-практических работ. М. 1996. - С. 113-116.
21. Роман Л.И., Хавин Э.Л. Диагностика и лечение сочетанных заболеваний желчных путей и почек //Хирургия. - 1971.- № 5. - С. 88-93.
22. Савелев В.С, Филимонов М.И., Гелдфанд Б.Р. и др. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии. //Сонилиуммедиум; 2000 2:9: 367-373.).
23. Савелев В.С, Прокубовский В.И. //Хирургия. – 1984. -№2. – С. 54-58.
24. Старостин С.А. Грыжесечение у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным резистентным асцитом. //Мат. докл. науч.- прак. конф. Новосибирск. 1994. - С. 101-102.
25. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультанные операции - название и определение //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1991.- № 5-6. - С. 3-9.
26. Уроков Ш.Т. Особенности лечебно диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. /Автореф. дисс. ... докт.мед. наук. - Ташкент-2005.
27. Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости //Хирургия. - 1976. - № 4. - С. 75-79.
28. Шиманко И.М., Мусселиус С.Г. Острая печеночно-почечная недостаточность. /М., 1993.
29. Шалимов С.А., Радзиховский А.П. идр. Острый панкреатит и его осложнения. /Киев. 1990).
30. Шерлок С. Алсохолис ливер дисеасе. //Лансет. 1995; 345: 249.

Қабул қилинган сана 20.11.2022

