



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (53) 2023

**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)

3 (53)

2023

март

УДК 616.37-002-036.12-089

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК УСУЛДА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Эшметов Ш.Р. <https://orcid.org/0000-0002-8156-0880>

Ботиров Д.Ю. <https://orcid.org/0009-0004-3724-2334>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. Тел: +7 995 996 54 24 E-mail: spb@gpmu.org

✓ Резюме

Кейинги пайтларда сурункали панкреатит (СП) касаллиги билан касалланиш даражаси ошмоқда ва беморларнинг 2/3 қисмида СП нинг мураккаб ва асоратли шакллари кўзатиляпти, ушбу тоифадаги беморларда ўлим 50% га етади.

Тадқиқот мақсади: сурункали панкреатитнинг мураккаб шакллари билан икки босқичли операциялар учун кўрсатмаларни ва даволашнинг биринчи босқичида операциянинг оптимал турларини аниқлаштириш.

*Тадқиқот материаллари ва усуллари. СП билан оғриган 183 беморлар текширилди, асосий гуруҳда икки босқичда операция қилинган беморлар: биринчи босқичда 151 бемор (82,5%) *minimal* инвазив жарроҳлик амалиётидан ўтган ва фақат 12 бемор (6,6%) операциянинг 1-босқичида ошқозон ости беги дренаж тизимини ташиқи дренажлаш операцияси ўтказилди. Назорат гуруҳи (II гуруҳ) асоратлар баландлигида бир босқичда илгари операция қилинган 96 бемордан иборат эди.*

Натижалар. Биринчи гуруҳда резекцион аралашувлари 157(85,8%), иккинчи гуруҳда эса 17(17,7%) да амалга оширилди. Шу билан бирга, иккинчи гуруҳдаги операциядан кейинги эрта асоратлар биринчисига қараганда 2,7 барабар кўп учради.

Калит сўзлар: ошқозон ости беги; сурункали панкреатит; резекцион операциялар; дренажловчи операциялар; кам инвазив операциялар.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эшметов Ш.Р., Ботиров Д.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

✓ Резюме

В последнее время увеличивается заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП), причем сложные и осложненные формы ХП наблюдаются у 2/3 больных, летальность у этой категории больных достигает 50%.

Цель исследования: уточнить показания к двухэтапным операциям при сложных формах хронического панкреатита и оптимальные виды операций на первом этапе лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 183 больных с СП, основную группу оперировали в два этапа: на первом этапе 151 больному (82,5%) выполнена малоинвазивная операция, и только 12 больным (6,6%) на 1-м этапе выполнено наружное дренирование поджелудочной железы. этап операции, выполнена дренирующая операция. Контрольную группу (II группу) составили 96 больных, ранее оперированных на высоте осложнений.

Полученные результаты. В первой группе резекционные вмешательства выполнены у 157 (85,8%), а во второй группе у 17 (17,7%). При этом ранние послеоперационные осложнения во второй группе встречались в 2,7 раза чаще, чем в первой.

Ключевые слова: поджелудочная железа; хронический панкреатит; резекционные операции; дренажные операции; малоинвазивные операции.

MODERN APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATIC DISEASE

Eshmetov Sh.R., Botirov D.Yu.

Urgench Branch Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Urgench City,
Sankt-Peterburgsky gosudarstvennyy pediatrichesky meditsinsky universite

✓ **Resume**

Lately, the incidence of chronic pancreatitis (CP) has been increasing, and complex and complicated forms of CP are observed in 2/3 of patients, mortality in this category of patients reaches 50%.

The purpose of the study: to clarify the indications for two-stage operations with complex forms of chronic pancreatitis and the optimal types of operations in the first stage of treatment.

Research materials and methods. 183 patients with SP were examined, the main group was operated on in two stages: in the first stage, 151 patients (82.5%) underwent minimally invasive surgery, and only 12 patients (6.6%) underwent an external pancreatic drainage system in the 1st stage of the operation. a drainage operation was performed. The control group (group II) consisted of 96 patients who had previously undergone surgery at the height of complications.

Results. In the first group, resection interventions were performed in 157 (85.8%), and in the second group in 17 (17.7%). At the same time, early postoperative complications in the second group were 2.7 times more frequent than in the first.

Key words: pancreas; chronic pancreatitis; resection operations; drainage operations; minimally invasive operations.

Долзарблғи

Сурункали панкреатит касаллигининг кўпайиши, унинг диагностикаси ва асоратларини даволашдаги муаммолар дунё панкреатолог-жарроҳларининг диққат марказида бўлиб келаяпти [1,4,5]. Касалликнинг асоратланган шакллари беморларнинг 2/3 қисмида ва ўлим кўрсаткичи эса 50% учрайди [7,10,11,13]. Сурункали панкреатитни жарроҳлик усулида даволашнинг асосий принциплари бу без йўллари декомпрессия қилиш ва без паренхимасидаги яллиғланиш сабабли пайдо бўлган чандиқ ва кистоз ўзгаришга учраган соҳаларни бартараф қилишдан иборат [13,16,18,22]. Шуларни эътиборга олиб кўпчилик жарроҳлар бу касалликни даволашда ички дренажлаш ва резекцион жарроҳлик муолажаларини ўтказишни маъқул кўришади [2,3,11,13,21]. Тиббиётда бўлаётган илмий-техник ривожланишлар меъда ости безидаги “дренажловчи муолажалар”ни нафақат “очик, анъанавий” усулда, балки эндоскопик, лапароскопик ва пункцион усулларда ўтказиш имкониятини бермоқда [8,9,14,17,22].

Операциядан кейинги асоратлар ривожланишига олиб келувчи маҳаллий ва умумий омилларнинг кўплиги сабабли таклиф қилинаётган жарроҳлик даволаш муолажалари орасидан рационал усулларини танлаш қийинчилик туғдиради. Баъзи муаллифларнинг таъкидлашича, инфекцияланган сохта кисталарни тери орқали пункцион дренажлаш беморни операциянинг иккинчи, асосий босқичига тайёрлаш ва операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишида муҳим ҳисоблашади [10,12,13,20].

Баъзи ҳолларда, сурункали панкреатитнинг асоратланган шакллари даволашда кам инвазив жарроҳлик усулларини қўллаб ижобий натижа олган жарроҳлар, операциянинг иккинчи босқичини ўтказишмайди, бу эса касалликнинг қайталаниш хавфини оширади [6,14,15,19]. Ҳозирги пайтда сурункали панкреатитнинг асоратланган шакллари даволаш жарроҳлигининг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб бу соҳа янги даволаш усулларини ишлаб чиқишга ва амалиётга тадбиқ қилишга муҳтож.

Тадқиқот мақсади: Сурункали панкреатитнинг асоратланган шаклларида икки босқичли операцияга кўрсатмаларни аниқлаш ва унинг биринчи босқичида оптимал операция усулини танлаш.

Материал ва текшириш усуллари

Текширувнинг асосий гуруҳига (1-гуруҳ) 2010 – 2021 йилларда сурункали панкреатитнинг асоратланган шакллари билан икки босқичли операция ўтказган 183 та бемор киритилди. Улардан эркаклар 148(80,9%), аёллар - 35(19,1%). Беморларнинг ўртача ёши 46±3,4. Сурункали панкреатитнинг алкоголь сабабчи бўлган тури 150(82,0 %) беморда, билиар тури - 23(12,6%), посттравматик тури 3(1,6 %) беморда учради, 7(3,8%) беморда эса касалликнинг сабаби номаълумлигича қолган. Назорат гуруҳи (II гуруҳ) да эса 96 та бемор бўлиб уларнинг барчаси касалликнинг қайталаниш даврида ёки асоратнинг қўзиш чўққиси (инфекцияланган киста ёки абсцесс) да бир босқичли операция ўтказган беморлар; (мос равишда 24(25 %) ва 72(75 %)). Сурункали панкреатит асоратларининг учраши ва характери жихатидан иккала гуруҳнинг таркиби ҳам бири бирига ўхшаш (1-гуруҳда инфекцияланган киста ва абсцесс 136(74,3%) та, касалликнинг қўзиш даври 47(25,7%) та беморда учради. Шунинг таъкидлаш лозимки панкреатик гипертензия иккала гуруҳнинг барча беморларида кузатилди. Беморларнинг ёши, жинси ва сурункали панкреатитнинг этиологияси бўйича гуруҳларда фарқ деярли йўқ. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 23(12,6%) тасида режали равишда, 157(85,8%) тасида тезлаштирилган (срочно) ва 3(1,6%) тасида эса шошилиш операция ўтказилди. Назорат гуруҳида эса 12(12,5%) та беморда режали, 82(85,4%) тасида тезлаштирилган ва 2(2,1%) та беморда эса шошилиш операция ўтказилган.

Назорат гуруҳи (II гуруҳи)да бажарилган операциялар таснифи 1- жадвалда келтирилган.

II гуруҳдаги беморларнинг барчасида операциянинг 1-босқичидаёқ меъда ости бези протоklarини ички дренажлаш операцияси бажарилди. Шундан 79(82,3%) тасида фақат дренажлаш муолажаси қилинган бўлса, 17(17,7%) та беморда резекцион-дренажлаш операциялари ўтказилган.

Юкорида кўрсатилганидек, I – гуруҳдаги беморларнинг барчасида хирургик даволашнинг 1-босқичида сурункали панкреатитнинг асоратларини бартараф қилишга қаратилди. Бу босқич 23(12,6%) та беморда режали равишда, 157(85,8%) тасида тезлаштирилган ва 3(1,6%) та ҳолатда шошилиш бажарилди. Шошилиш операцияга кўрсатма қилиб сурункали панкреатитнинг геморрагик ва йирингли асоратлари, шу жумладан перитонитлар олинди. Битта беморда қорин бўшлиғи лапароскопик усулда санация қилиниб дренажланди. Беморнинг ташхиси: йирингли парапанкреатит, септик шок ультратовуш назоратида дренажлаш, ички оқма, парапанкреатик киста ёрилиши натижасидаги ферментатив панкреатит.

I-гуруҳнинг 1- босқичида тезлаштирилган вазиятда (срочно) ўтказилган операциялар ҳажми 2-жадвалда келтирилган.

148(94,3%) ҳолатда операциялар кам инвазив технологияларни қўллаган ҳолда ультратовуш ва рентген назорати остида бажарилди, ва фақат 7(4,6%) ҳолатдагина меъда ости бези протокини дренажлаш анъанавий усулда “очиқ” операция пайтида қилинди. Бу беморларда 1-босқичда сурункали панкреатит асоратларини бартараф қилингандан кейин ҳар хил муддатда операциянинг 2-босқичи бажарилди.

23(12,6%) беморларда операциянинг 1-босқичи режали равишда ўтказилди: уларнинг 5(21,7%) тасида меъда ости бези протокини ташқи дренажлаш, 18(78,3%) тасида меъда ости бези абсцессини ташқи дренажлаш операциялари ўтказилди.

Асосий гуруҳ (I гуруҳ)да 2-босқичда бажарилган операциялар ҳажми 3-жадвалда кўрсатилган.

Асосий гуруҳда даволашнинг 2-босқичида 157 (85,8%) та беморда резекцион операция, 26 (14,2%) тасида эса дренажловчи операциялар ўтказилди. Агар без протоklarида чандиқли торайишлар бўлса уни бужлаб кенгайтиришга тўғри келди ва анастомоз соҳасига Felker бўйича бир ёки икки каркасли дренажлар ўрнатилди. Бу дренажлар ёпиқ ҳолатда каркас сифатида 1-1,5 ой қўйилди (РФ Патенти №2738162 сана: 09.12.20). Қорин чарвиси чўнтакчасидаги яллиғланиш жараёнининг яққоллиги ва меъда ости безини мобилизация қилишнинг иложи йўқлиги учун барча ҳолатларда панкреатикогастроанастомоз қўйишга тўғри келди. Операция пайтида меъда ости бези бошча қисми раки ташхисини инкор қила олмаслик панкреатодуоденал резекция операцияси бажарилишига кўрсатма ҳисобланади. Меъда ости бези бошча қисмининг яққол фиброз ўзгаришлари ва унинг катталашуви бу соҳада ҳар хил модификациядаги чекланган резекция ўтказишини талаб қилади, бундай модификациялар меъда ости бези ҳолатига ва унинг протокининг диаметрига боғлиқ.

1-Жадвал

II гуруҳдаги беморларида бажарилган операциялар ҳажми (n=96)

Операция ҳажми	Операциялар сони	%
Дренажловчи операциялар	79	82,3
Панкреатикоеюноанастомоз, шу жумладан:	72	91,1
-сохта кистани ташқи дренажлаш билан;	15	20,8
-парапанкреатик абсцесс ва инфекцияланган сохта кисталарни ташқи дренажлаш билан;	7	9,7
- билиодигестив анастомозлар шакллантириш билан;	4	5,6
Панкреатикогастроанастомоз, шу жумладан:	4	5,1
-билиодигестив анастомоз шакллантириш билан;	2	
Цистоеюноанастомоз, шу жумладан:	3	3,8
-билиодигестив анастомоз шакллантириш билан;	1	
Резекцион операциялар	17	17,7
Панкреатодуоденал резекция	4	23,5
Меъда ости беги бошча қисмининг чекланган резекцияси:	5	29,4
- Э.И. Гальперин бўйича;	2	
- Фрей бўйича;	2	
- Бегер бўйича;	1	
Меъда ости беги дистал қисми резекцияси	5	29,4
Меъда ости беги ўрта қисми резекцияси	3	17,6
Жами	96	100

2-Жадвал

I гуруҳдаги беморларда, даволашнинг биринчи босқичида тезлаштирилган шароитда(срочно) бажарилган операциялар ҳажми

Операция ҳажми	Операциялар сони	%
Ультратовуш назорати остида сохта кисталарни ташқи дренажлаш	116	73,8
Ультратовуш назорати остида инфекцияланган сохта киста ва абсцессларни ташқи дренажлаш	19	12,1
Меъда ости беги йўлларини ташқи дренажлаш:		
А) ультратовуш назорати остида;	3	1,9
Б) очиқ операциялар пайтида, шу жумладан:	7	4,6
-сохта кистани дренажлаш билан;	2	
-инфекцияланган сохта кистани дренажлаш билан;	2	
-gastroenteroanastomosis шакллантириш билан;	1	
-geraticoeunoanastomosis шакллантириш билан;	1	
Ультратовуш назорати остида ўт йўлларини ташқи дренажлаш	10	6,3
Айланиб ўтувчи biliodigestive anastomosis шакллантириш	2	1,3
Жами:	157	100

I гуруҳдаги беморларда, даволашнинг иккинчи босқичида бажарилган операциялар ҳажми

Операция ҳажми	Операциялар сони	%
Дренажловчи операциялар	26	14,2
Pancreatikojejunostomosis шакллантириш	23	88,4
Pancreatikogastroanastomosis шакллантириш	3	11,6
Резекцион операциялар	157	85,8
Pancreatoduodenal резекция	3	1,9
Меъда ости беги бошча қисмининг Frey буйича резекцияси	81	51,6
Меъда ости беги бошча қисмининг Гальперин буйича резекцияси	32	20,4
Меъда ости беги бошча қисмининг Beger буйича резекцияси	13	8,3
Меъда ости беги бошча қисмининг Beger, Bern варианты буйича резекцияси	17	10,8
Меъда ости беги дистал қисми резекцияси	7	4,5
Меъда ости беги ўрта қисми резекцияси	4	2,5
Жами	183	100

Натижа ва таҳлиллар

Операциядан кейинги эрта асоратларининг таҳлили 4-жадвалда келтирилган.

Жадвалдан кўринадики, операциядан кейинги эрта асоратлар назорат гуруҳида (II гуруҳда) асосий гуруҳ (I гуруҳ) га қараганда 2,7 марта кўп учраган, лекин асосий гуруҳда резекцион операциялар назорат гуруҳига қараганда 4,8 марта кўп бажарилган ($p < 0,05$).

Сурункали панкреатит асоратларини жарроҳлик усулида даволашнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатадики, амалиётни меъда ости беги протоklarини ташқи дренажлаш билан ёки дренажламасдан ўтказилганда ҳам без йўллари гипертензиясини бартараф қилишга ва реканализациясига олиб келади, ҳамда бемор спиртли ичимликлар истеъмол қилишни тўхтатса, даво самарадорлигини узоқ вақт таъминлайди. Бу операциянинг яна бир ижобий хусусияти шундаки, қайта операция ўтказилаётганда меъда ости беги протокига қўйилган дренаж найча проток системасини топишда, ажратишда ва панкреатикодигестив анастомоз ўрнатишда техник жиҳатдан яхши самара беради.

4-Жадвал Операциядан кейинги эрта асоратларнинг учраши

Асоратлар	Анастомоз-нинг тутмаслиги	ОИТдан қон кетиши	Ўткир панкреатит	Панкреатик окмалар	Динамик ичак тугилиши	Операция соҳасининг йиринглаши	Жами
Гуруҳлар	Беморлар сони						
I гуруҳ (n=183)	3(1,6%)	7(3,8%)	15(8,2%)	5(2,7%)	8(4,4%)	29(15,8%)	31(16,7%)
II гуруҳ (n=96)	6(6,3%)	11(11,5%)	9(9,4%)	12(12,5%)	8(8,3%)	21(21,9%)	43(44,8%)

Операциянинг биринчи босқичидаги ноадекват жарроҳлик муолажаси, уни бажаришдаги техник хатоликлар ва оператив тактиканинг нотўғри танланиши сурункали панкреатит асоратларини даволашнинг 2-босқичидаги операциядан кейин ҳам қониқарсиз натижалар кузатилишига, баъзан мажбурий қайта операциялар бажарилишига олиб келади.

Бу муаммолар кўпчилик панкреатолог-жарроҳлар томонидан кенг муҳокама қилинган ва ҳозирги даврда ҳам баҳсларга сабаб бўлиб келяпти. Н.Н. Артемьева ва бошқ. (1995–2018), М.В. Данилов ва бошқ. (1995–2018), Н.Г. Beger ва бошқ. (1990–2018) ва бошқа кўпчилик муаллифлар, ўзларининг ишларида кўрсатишича, сурункали панкреатитнинг қўзиш даврида, меъда ости беги тўқималарининг мўртлашуви, парапанкреатик тўқимадаги йирингли - септик асоратлар

кузатилганда pancreatikodigestive anastomosis қўйишнинг имкони йўқ. Бундай ҳолатларда икки босқичли операцияларни бажариш, яъни биринчи босқичда без протокини ташқи найчалаш мақсадга мувофиқдир. М.В. Данилов ва ҳаммуаллифлар (2015) ҳам бу усулнинг тарафдори бўлишган ва улар сурункали панкреатитнинг асратланган шакллари икки босқичда операция қилишган ҳамда унинг биринчи босқичида кам инвазив жарроҳлик муолажаларини қўллашган.

Баъзи муаллифларнинг таъкидлашича, инфекцияланган сохта кисталарни тери орқали найчалаш усули даволашнинг кейинги босқичида бўйламасига pancreaticoeunostomy ва ўт йўллари дренажлаш каби операциялар бажаришга тайёргарлик босқичи сифатида ва бу операцияларнинг асоратсиз кечишида муҳим роль ўйнайди [13,14,21].

Ҳозирги пайтда кўпчилик муаллифлар асосий панкреатик протокни эндоскопик стентлаш муолажасини протокнинг изоляцияланган препапилляр стенозида ёки меъда ости беги проток системасини жарроҳлик усулида дренажлаш операциясига беморларни танлаш учун даволаш – диагностика муолажа усули сифатида қўллашни тавсия қилишади [18,21,22].

Шундай қилиб сурункали панкреатитнинг асратланган шакллари жарроҳлик усулида даволашнинг биринчи босқичи сифатида анъанавий “очиқ” усулларни ёки кам инвазив жарроҳлик усулларини қўллаш мумкин.

Сурункали панкреатит касаллигини даволашда жарроҳлик аралашувининг фаоллашуви, операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар кўрсаткичининг ўсиши билан кечади.

Операциядан кейинги қониқарсиз натижаларнинг кузатилиши ва касаллиқнинг қайталаниши, даволашнинг биринчи босқичида операция усулининг ноадекват танланиши, уни бажаришдаги техник хатоликлар ва операциядан кейинги режимга амал қилмаслик билан боғлиқ. Шунинг учун сурункали панкреатит касаллигини жарроҳлик усулида даволаш ҳамма вақт ҳам ижобий натижаларга олиб келмайди [5,6,13,18,21].

Хулосалар

1. Меъда ости беги йўллари гипертензияси фақат без протокини дренажлаш учун кўрсатма ҳисобланади. Без бошча қисмининг катталашуви эса унинг чегараланган резекцияси учун кўрсатма бўлади, бунда қайси усулда резекция ўтказиш панкреатик протокнинг диаметрига ёки унинг торайган қисмининг узунлигига боғлиқ. Панкреатодуоденал резекция операцияси эса меъда ости беги бошча қисмининг раки ташхисини инкор қила олмаган тақдирдагина бажарилиши лозим.

2. Операция пайтида hepatopancreotobiliare соҳада йирингли-септик жараённинг аниқланиши, меъда ости беги паренхимасидаги инфильтрация ва шишларнинг яққол намоён бўлиши ва беморнинг умумий аҳволи оғир бўлган ҳолатларда меъда ости беги йўллари ташқи дренажлаш операциясини бажариш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Агар бу ҳолат операциядан олдинги диагностикада аниқланса кам инвазив операция усулларини қўллаган макул.

3. Сурункали панкреатит касаллигининг асоратларини даволашда кам инвазив жарроҳлик усулларининг қўлланилиши hepatopancreotobiliare соҳада операцион травмани камайтиради, операциядан кейинги асоратлар сонини 2,5 маротаба, беморларнинг стационарда ётиш муддати (ўрин-қуни)ни эса 2 баробар камайтиради, уларни операциянинг 2-патогенетик босқичига тайёрлашда ва операциядан кейинги реабилитация даврини камайтиришда муҳим роль ўйнайди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдулянов А.В., Минулин М.М., Бородин М.А. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом и его осложнениями. // *Практическая медицина*. 2014; 2(4):7-12.
2. Артемьева Н.Н., Савинов И.П., Коханенко Н.Ю. Трудности дифференциальной диагностики рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003; 8(2):181-2.
3. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Семенов И.А. и др. Отдаленные результаты изолированной резекции головки поджелудочной железы с декомпрессией панкреатических протоков у больных хроническим панкреатитом. // *Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. Ижевск. 2012; 13-15.
4. Batirov D.Y., Allanazarov A.X., Raximov A.P va hammual / Simultan laparoscopic operatsiyalarni surunkali kamqonlik kuzatilgan bemorlarda o'tkazilish natijalarini yaxshilash // *International Journal of Economy and Innovation* | Volume 32 | Gospodarka i Innowacje

5. Данилов М.В. Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. *Руководство для врачей. М. Медицина*; 2003; 424.
6. Данилов М.В., Зурабиани В.Г., Карпова Н.Б. Осложнения минимально инвазивной хирургии. / *М.: БИНОМ*; 2015; 304.
7. Дубенский В., Кузовникова А. Хронический кальцифицирующий алкогольный панкреатит. // *Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука — 2019».* Forcipe. 2019; 2(2):366–7.
8. Котовский А.Е., Петрова Н.А., Глебов К.Г., Бекбауов С.П. Атлас рентгеноэндоскопических диагностических и лечебных вмешательств при заболеваниях желчных протоков и поджелудочной железы. / *М. Роса*; 2012; 252.
9. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. Комбинированное мини-инвазивное лечение панкреатиколитиаза в сочетании с врожденной стриктурой терминальных отделов протоков поджелудочной железы. // *Педиатр*. 2017; 8(5):96-102. DOI: 10.17816/PED8596-102.
10. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. Мини-инвазивная хирургия доброкачественных заболеваний и повреждений панкреатических протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; 20(3):102–9. DOI: 10.16931/1995-5464.20153102-109.
11. Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н. Хронический панкреатит и его хирургическое лечение. *LAP LAMBERT Academic Publishing. Германия*. 2014; 305.
12. Коханенко Н.Ю., Зеленин В.В., Петрик С.В. и др. Многоэтапное лечение больного хроническим панкреатитом с применением минимально инвазивных технологий. Гибридные технологии в медицине. // *Петрозаводск. ПетрГУ*; 2016; 92-96.
13. Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Глебова А.В., Кашинцев А.А., Вавилова О.Г., Иванов А.Л., Данилов С.А., Перминова А.А., Эшметов Ш.Р., Особенности хирургического лечения осложненного хронического панкреатита. // *University therapeutic journal* 2021; 3(3), ISSN 2713-1912 / <https://orcid.org/0000-0002-3507-6123>
14. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В., Вавилова О.Г., Кашинцев А.А., Калюжный С.А., Эшметов Ш.Р., Этапное хирургическое лечение больного хроническим панкреатитом. *Анналы хирургической гепатологии*, 2021; 26(3): ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524(Online), <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2021-3-149-155>
15. Федоров В.Д., Кригер А.Г., Цыганков В.Н. и др. Лечение больных хроническим панкреатитом, осложненным ложными аневризмами артерий бассейна чревного ствола. // *Вестник хирургии им. Грекова*. 2012; 160(1):44.
16. Хатьков И.Е., Маев И.В., Абдулхаков С.Р. и др. Российский консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита. // *Терапевтический архив*. 2017; 89(2):105–13. DOI: 10.17116/terarkh2017892105-113.
17. Шаповальянц С.Г., Мыльников А.Г., Будзинский С.А., Шабрин А.В. Эндоскопическое протезирование протока поджелудочной железы в лечении панкреатических свищей. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 17(2):51-54.
18. Izbicki J.R., Bloechle C., Knoefel W.T. et al. Surgical treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation. // *Surg Clin North Am*. 1999; 79(4):913–44.
19. Kim E., Ahn H.Y., Kim Y.D. et al. Successful diagnosis and treatment of a pancreaticopleural fistula in a patient presenting with unusual empyema and hemoptysis. // *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2019; 52(3):174–7. DOI: 10.5090/kjtc.2019.52.3.174.
20. Kokhanenko N.Y., Kashintsev A.A., Bobylkov A.A. et al. Staged interventional and surgical treatment of patient with chronic pancreatitis complicated by pancreaticopleural fistula with lung abscesses. // *Am J Case Rep*. 2020; 21: e922195. DOI: 10.12659/ajcr.922195.
21. Schirra J., Lerch M.M., Mayerle J. Evidence of Endoscopic and Interventional Treatment of Chronic Pancreatitis and Pseudocysts. // *In The Pancreas (eds H.G. Beger et al.)*. DOI: 10.1002/9781119188421.ch55.
22. Zvolskaya N.M., Zubritskii V.F., Sachechelashvili G.L. et al. Open internal stenting of the main pancreatic duct as life-saving surgery in a critically ill patient with chronic frequently relapsing pancreatitis and pancreatic ductal hypertension. // *Am J Case Rep*. 2019; 20:896–901. DOI: 10.12659/ajcr.916587.

Қабул қилинган сана 06.03.2023