

UO‘K 616.37-002-07-08

## O‘TKIR PANKREATITNING DIAGNOSTIKASI VA KOMPLEKS DAVOLASHNING DOLZARB MUAMMOLARI

Aripova N.U.<sup>1</sup>, Babadjanov J.K.<sup>2</sup>, Magzumov I.H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> EMU University, Toshkent,

<sup>2</sup> Urganch davlat tibbiyot instituti

### РЕЗЮМЕ

*Острый панкреатит является одной из наиболее актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. В последние годы в Республике Узбекистан наблюдается резкий рост заболеваемости панкреатитом. Острый панкреатит занимает 3-е место по частоте встречаемости экстренной абдоминальной хирургии после острого аппендицита и заболеваний печени и желчевыводящих путей. На долю острого панкреатита приходится от 10% до 18% всех случаев в экстренной абдоминальной хирургии. Согласно данным исследований, приведенных в современной литературе, причин, вызывающих острый панкреатит, насчитывается более 140. При остром панкреатите тяжелая деструктивная форма наблюдается у 15-30% пациентов, проходящих лечение. Инфицированный панкреонекроз наблюдается в 40-50% случаев. При остром панкреатите летальность составляет 25-40%. При тяжелых деструктивных формах острого панкреатита более 80% смертей являются результатом системных инфекционных осложнений, поражений брюшинного пространства и абдоминальных инфекционных осложнений.*

**Ключевые слова:** острый панкреатит, этиология, патогенез, диагностика, лечение.

O‘tkir pankreatit shoshilinch abdominal jarrohlikning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. So‘nggi yillarda O‘zbekiston Respublikasida o‘tkir pankreatit bilan kasallanish tobora oshib bormoqda va asoratlar soni ko‘payib bormoqda [1,9,23]. O‘tkir pankreatit uchrash chastotasi 100000 aholiga nisbatan 80 nafarni tashkil qiladi. O‘tkir pankreatit uchrash chastotasi bo‘yicha shoshilinch abdominal jarrohlik kasalliklari ichida o‘tkir appenditsit va jigar-o‘t yo‘llari kasalliklaridan keyin 3-o‘rinni egallaydi. Barcha shoshilinch abdominal jarrohlik kasalliklarining 10-18% ini tashkil qiladi [7,33]. Zamonaviy adabiyotlardagi tadqiqot ma‘lumotlariga ko‘ra, o‘tkir pankreatitni keltirib chiqaruvchi sabablar 140 dan ortiqni tashkil qiladi. O‘tkir pankreatit bilan shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning 15-30% ida og‘ir destruktiv shakli kuzatiladi. Infitsirlangan pankreonekroz 40-50% holatlarda kuzatiladi. Og‘ir kechgan o‘tkir pankreatitda o‘lim darajasi 25-40% ni tashkil qiladi. O‘tkir pankreatitning og‘ir destruktiv shakllarida o‘limning 80% dan ortig‘i tizimli infeksiyon asoratlar, qorin parda orti sohasi va qorin bo‘shlig‘i infeksiyon asoratlari natijasida yuzaga keladi [4,16,21].

### SUMMARY

*Acute pancreatitis remains one of the most pressing issues in emergency abdominal surgery. In recent years, the incidence of acute pancreatitis in the Republic of Uzbekistan has been increasing, and the number of complications has increased. Acute pancreatitis ranks third in the frequency of occurrence of acute abdominal surgery after acute appendicitis and liver-biliary diseases. Accounts for 10-18% of all emergency abdominal surgical diseases. According to research data in the modern literature, the causes that cause acute pancreatitis are more than 140. Severe destructive forms occur in 15-30% of hospitalized patients, with infected pancreatic necrosis developing in 40-50% of cases. The mortality rate for acute pancreatitis ranges from 25% to 40%. In severe destructive forms of acute pancreatitis, more than 80% of deaths are the result of systemic infectious complications, posterior abdominal area and abdominal infective complications.*

**Keywords:** acute pancreatitis, etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment.

Amerika Qo‘shma Shtatlari va Yevropa davlatlarida o‘tkir pankreatit bilan kasallanish va kasallikdan o‘lim nisbatan kam uchraydi. O‘zbekiston Respublikasidagi o‘tkir pankreatit bilan kasallanishni solishtirganimizda Amerika Qo‘shma Shtatlarida 100000 aholisiga nisbatan 17 nafarni tashkil qiladi. Yiliga 100000 nafar bemor o‘tkir pankreatit tashxisi bilan shifoxonalarga yotqiziladi. O‘tkir pankreatit tashxisi bilan shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning 20% ida og‘ir destruktiv shakllari kuzatilgan. Amerika Qo‘shma Shtatlari gastroenterologlari ma‘lumotlariga ko‘ra, o‘tkir pankreatit bilan og‘ir bemorlarning beshtasidan bittasida og‘ir destruktiv shakllari kuzatilgan, o‘lim darajasi esa 10-30% ni tashkil qilgan [2,22].

Jahonda o‘tkir pankreatitning og‘ir destruktiv shakllarini yildan yilga oshib borishi, pankreatogen shok va poliorgan yetishmovchilik kabi asoratlarini rivojlanishi maxsus profildagi shifoxonalarda kompleks intensiv terapiya chora-tadbirlarini o‘tkazish zarurligini talab qiladi. Kasallikning ijtimoiy nuqtai nazardan salbiy tomoni shundan iboratki, o‘tkir pankreatit aynan ishga qobiliyatli yoshdagi insonlarda ko‘proq kuzatiladi [6,

18].

O'tkir pankreatitning etiologiyasi. O'tkir pankreatit etiologiyasining 20-25% holati aynan birlamchi – idiopatik pankreatit ko'rinishida kechadi. Zamonaviy adabiyotlardagi tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, o'tkir pankreatitni keltirib chiqaruvchi sabablar 140 dan ortiqni tashkil qiladi [3,14]. O'tkir pankreatit quyidagi ko'rinishlarda uchraydi: o'tkir alimentar va alkogolli pankreatit, o'tkir biliar pankreatit – o't-tosh kasalligi, xoledoxolitiyaz, o'tkir travmatik pankreatit – qorinning yopiq jarohatlarida, oshqozon osti bezining operatsiya vaqtida shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan operatsiyadan keyingi pankreatit, endoskopik pankreatitologiyografiya amaliyotidan keyingi pankreatit va boshqa sabablar natijasida kelib chiqadigan pankreatitlar – autoimmun jarayonlar, dori vositalari natijasida, infeksiyon kasalliklar – epidemik parotit, virusli gepatitlar, sitomegalovirus, bakterial va zamburug'li infeksiyalarda, vaskulitlar, allergik sabablar, endokrin buzilishlar, yog' almashinuvining tug'ma va orttirilgan buzilishlari – giperlipidemiya, boshqakasalliklar natijasida – gastroduodenit, duodenostaz, duodenal divertikullar, katta duodenal so'rg'ich kasalliklari, yara penetratsiyalari va gepatopankreatobiliar soha saraton kasalliklari, mikrosirkulyatsiya buzilishlariga olib keluvchi o'tkir va surunkali qon aylanishining buzilishlarida – tarqalgan ateroskleroz natijasida rivojlangan ishemik pankreatit, qorin aortasining anevrizmasi yoki trombozi, shokda, o'tkir zaharlanishlarda va boshqalar [25,27,35].

Amerika Qo'shma Shtatlari va Yevropa davlatlarida o'tkir pankreatit bilan shifoxonaga murojaat qilib kelgan bemorlarning 45-60% biliar etiologiyali hisoblanadi. O'zbekiston Respublikasida esa biliar etiologiyali o'tkir pankreatit 32-45% holatlarda kuzatiladi. Bunda o'tkir pankreatit kelib chiqishida oshqozon osti bezi sekretining oqimi buzilishi va oshqozon osti bezi yo'llaridagi kanal ichi gipertenziyasi yetakchi patogenetik rivojlanish mexanizmi hisoblanadi [8,17].

O'zbekiston Respublikasida alkogolli-alimentar o'tkir pankreatit 35% holatlarda, Yevropada esa 13-20% holatlarda kuzatiladi. Amerika Qo'shma Shtatlarida esa surunkali alkogolizm sababli kelib chiqqan o'tkir pankreatit 65-75% holatlarda kuzatiladi. Alkogolli o'tkir pankreatit 2-6 yil davomida 120 grammdan spirtli ichimliklar har kuni iste'mol qilganda kuzatiladi. Spirtli ichimliklar oshqozon osti bezi ekzokrin sekretiyasini erkin xlorid kislotaning miqdorini oshishi, katta duodenal so'rg'ich shilliq qavatini shishishi, Oddi sfinkterini spazmi rivojlanishiga sabab bo'ladigan gistamin, pankreozimin va sekretin miqdorini oshishi hisobiga kuchaytiradi. Oshqozon osti bezi asosiy kanalidagi gipertenziya oshqozon osti bezi fermentlarini aktivlashishiga sababchi bo'ladi. Oshqozon osti beziga bevosita spirtli ichimliklarning ta'siri atsinal hujayralarning funksiyasini o'zgartiradi, oqsillar sintezini oshiradi, oshqozon osti bezi sekretini quyuqlashtiradi, kalsiy tuzlari miqdorini oshiradi, oshqozon osti bezi sekretini oqimiga ta'sir qiladigan oqsil laxtalarini hosil qiladi. Shunday qilib,

alkogol etiologiyali o'tkir pankreatit rivojlanishida asosiy patogenetik omillar oshqozon osti sekretiyasining kuchayishi, kanal ichi gipertenziyasi, oshqozon osti beziga alkogolning zaharli ta'siri, oshqozon osti bezi sekretini quyuqlashishi va jigar vazifalaridagi buzilishlar hisoblanadi [5,24].

Oshqozon osti bezi atsinar hujayralaridagi buzilishlarni keltirib chiqaradigan barcha sabablar quyidagi uch guruhga bo'linadi: 1. preatsinar omillar – tomirlarning shikastlanishi, ateroskleroz, portal gipertenziya, qon aylanishining buzilishlari – gipoksiya, atsidoz; 2. atsinar omillar – spirtli ichimliklar, viruslar, oshqozon osti bezi jarohatlari, metabolik buzilishlar; 3. postatsinar omillar – oshqozon osti bezi, umumiy o't yo'llari va katta duodenal so'rg'ich vazifasidagi buzilishlar [10,32].

O'tkir pankreatit multifaktorial kasallik hisoblanib, oshqozon osti bezi atsinar hujayralarining shikastlanishi, oshqozon osti bezi shirasi gipersekretiyasi va oshqozon osti bezi kanal ichi gipertenziyasi rivojlanishi oqibatida oshqozon osti bezi shirasining oqimini pasayishi natijasida oshqozon osti bezi fermentlarining aktivlashishi, kallikrein-kinin tizimining aktivlashishi natijasida rivojlanadi. Mikrosirkulyatsiya buzilishlari fonida sistemali yallig'lanishga javob reaksiyasi ko'rinishida neytrofillar, mononuklearlar, makrofaglar sitokinlar ishlab chiqaradi. Sitokinlar, fermentlar, metabolitlar ichaklar devorining o'tkazuvchanligini oshiradi, ichak florasining translokatsiyasini keltirib chiqaradi, qon oqimiga toksinlarning tushishiga va a'zo hamda turli xil to'qimalarda – ichaklarda, bosh miyada, yurakda, jigarda, buyrakda, o'pkalarda – ularning to'planishi, ya'ni depolanishiga olib keladi. Bu o'zgarishlar o'z navbatida poliorgan yetishmovchilikka sababchi bo'lishi mumkin. O'tkir pankreatitning kechishi va uning prognozi quyidagi omillarga bog'liq: kasallikning etiologiyasi, aktivligi, agressivligi, patologik jarayonning rivojlanish darajasi, bemorning yoshi, og'ir yondosh kasalliklarning borligi, davolash-dagnostika chora-tadbirlarining effektivligi va muddati va boshqalarga [13,34].

O'tkir pankreatitning tasnifi va uning asoratlari. O'tkir pankreatitning zamonaviy klinik tasnifi asosini qorin va qorin parda orti bo'shlig'i, oshqozon osti bezining shikastlanish xarakteri va tarqalishini baholash bilan birgalikda yallig'lanish va nekrotik jarayonning rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan tizimli va qorin bo'shlig'idagi asoratlari tashkil qiladi [19,35]. O'tkir interstitsial – shishli pankreatit, o'tkir destruktiv pankreatit – pankreonekroz steril, o'tkir destruktiv pankreatit – pankreonekroz infitsirlangan turlariga ajratiladi.

Nekrotik shikastlanish xarakteri bo'yicha: 1) yog'li; 2) gemorragik; 3) aralash.

Shikastlanishning tarqalishi bo'yicha: 1) oshqozon osti bezining interstitsial shishi; 2) mayda o'choqli – KT va UTT ma'lumotlari bo'yicha oshqozon osti bezining shikastlanish hajmi 30% dan kichik; 3) katta o'choqli – 30-50%; 4) subtotal – 50-75%; 5) total – 75% dan ko'p.

Shikastlanish lokalizatsiyasi bo'yicha: 1) bosh

qismida; 2) tanasida; 3) dumida; 4) oshqozon osti bezining barcha qismlarida.

O'tkir pankreatitning mahalliy xarakterdagi asoratlariga quyidagilar kiradi:

I) Kasallikning infeksiya tushishidan oldingi fazasi bo'yicha: 1) parapankreatik infiltrat; 2) fermentativ – abakterial peritonit; 3) qorin parda orti kletchatkasining aseptik flegmonasi; 4) arroziv qon ketish – qorin bo'shlig'iga yoki oshqozon-ichak traktiga; 5) steril psevdokista.

II) Infeksiya tushishi fazasi bo'yicha: 1) pankreatogen abscess – qorin parda orti kletchatkasi, qorin bo'shlig'i; 2) qorin parda orti kletchatkasi septik flegmonasi – parapankreatik, parakolik, paranefral va kichik chanoq bo'shlig'i; 3) fibrinli-yiringli peritonit; 4) ichki va tashqi pankreatik oqmalar; 5) oshqozon va ichak oqmalari; 6) arroziv qon ketish – qorin bo'shlig'iga yoki oshqozon-ichak traktiga; 7) infitsirlangan psevdokista.

Tizimli xarakterdagi asoratlari: 1) steril pankreonekroz va uning mahalliy asoratlari natijasida kelib chiqqan pankreatogen shok; 2) infitsirlangan pankreonekroz va uning mahalliy asoratlari natijasida kelib chiqqan infeksiya-toksik – septik shok; 3) poliorgan yetishmovchilik.

O'tkir pankreatit bilan og'riqan bemorlarning ahvoli og'irligi darajasiga qarab diagnostik va davolash taktikasi tanlanadi. O'tkir pankreatitning zamonaviy tasnifi 1992-yil Atlantada qabul qilingan va 2012-yilda qayta ko'rib chiqilgan. Ushbu tasnifni qo'llash ko'pchilik shifokorlar uchun optimal hisoblanmaydi. 49 davlat mutaxassislari tomonidan ishlab chiqilgan yangi determinant tasnifi o'tkir pankreatitning og'irligini mahalliy va tizimli

parametrlari bo'yicha baholaydi (1-jadval). 1) Mahalliy determinant: steril va infitsirlangan pankreonekroz bor yoki yo'qligiga qarab. 2) Tizimli determinant: o'tib ketuvchi – tranzitor yoki rivojlanib boruvchi – persistirlovchi a'zolar disfunktsiyasi bor yoki yo'qligiga qarab.

Determinantlarga bog'liq holda bemorlarning og'irligining holatini va kasallikning kechishini bashoratlash maqsadida qo'shimcha 4 ta kritik og'irlik darajasi joriy etilgan.

O'tkir pankreatitning diagnostikasi. O'tkir pankreatit tashxisi quyidagi 3 ta mezonan ikkitasi aniqlanganda qo'yiladi: 1) epigastral sohada doimiy intensivlikdagi og'riq, ko'pincha belga irradiatsiya beradi, ko'ngil aynish va qayt qilish kuzatiladi va narkotik analgetik qo'llanilishi tavsiya qilinadi; 2) qon plazmasida lipaza yoki amilaza miqdori 3 karradan ko'pga oshadi; 3) magnit-rezonans tomografiya – MRT, kompyuter tomografiya – KT yoki ultratovush tekshiruvi – UTT da oshqozon osti bezida o'zgarishlar aniqlanadi. Vizual tekshiruvlardan tashqari, qonda enzimlar miqdorida ham o'zgarishlar bo'lishi kerak, lekin oshqozon osti bezi fermentlarining oshishi kasallikning og'irligini bildirmaydi [11,31].

Atlanta tasnifi mezonlari bo'yicha o'tkir pankreatit bemor shifoxonaga yotqizilgandan keyin 48 soat ichida tashxis qo'yilishi kerak. Anamnez yig'ishdan tashqari, bemorda o't-tosh kasalligi bor-yo'qligi, spirtli ichimliklar va dori vositalari qabul qilgan-qilmaganligi, shuningdek, virusli infeksiyalar bilan kasallanganmi yoki yo'qmi – shularga ham e'tibor berilishi kerak. O'tkir pankreatitning zamonaviy tasniflari va og'irlik darajalari 1-jadvalda keltirilgan.

1-jadval

**O'tkir pankreatitning tasniflari va og'irlik darajalari**

Og'irlik darajasi	Atlanta klassifikatsiyasi (1992-yil)	Qayta ko'rib chiqilgan Atlanta klassifikatsiyasi (2012-yil)	Determinant klassifikatsiya
Yengil	Mahalliy asoratlari va a'zolar yetishmovchiligi yo'q	Tizimli va mahalliy asoratlari hamda a'zolar yetishmovchiligi yo'q	Oshqozon osti bezi nekrozi va a'zolar yetishmovchiligi yo'q
O'rta		Tranzitor a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan kam va/yoki mahalliy va tizimli asoratlarsiz persistirlovchi a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan ko'p	Steril pankreatik yoki peripankreatik nekroz va/ yoki tranzitor a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan kam
Og'ir	Mahalliy asoratlari va/yoki a'zolar yetishmovchiligi: oshqozon-ichak traktidan qon ketish 500 ml dan ko'p/24 soat; shok – SAD 90 mm simob ustunidan kam yoki teng; PaO <sub>2</sub> 60 mm simob ustunidan kam yoki teng; kreatinin 194,5 mmol/l dan ko'p yoki teng	Persistirlovchi a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan ko'p: bitta a'zo yetishmovchiligi yoki poliorgan yetishmovchilik – Marshal shkalasi bo'yicha 6–8 ball dan kam emas	Infitsirlangan pankreatik yoki peripankreatik nekroz yoki persistirlovchi a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan kam
Kritik			Infitsirlangan pankreatik yoki peripankreatik nekroz yoki persistirlovchi a'zolar yetishmovchiligi – 48 soatdan ko'p

Kasallikning og'irligini obyektiv baholash va prognozlash keyingi dinamik kuzatuvlarda o'tkir pankreatitni davolash uchun juda ham zarur bo'lib,

bemorlarni guruhlariga ajratishda, maxsus shifoxonalarda intensiv terapiya olib borishda va shoshilinch xirurgik davolashni o'tkazish uchun katta ahamiyat kasb etadi. O'z

vaqtida kerakli bo'lgan muolajalarni amalga oshirmaslik – aynan kasallikning asoratlangan shakllarida – o'lim darajasining oshishiga sabab bo'ladi [12,32].

O'tkir pankreatit bilan og'rigan bemorlarda fiziologik holatini integral shkalasi asosida kasallik og'irligini balli baholash – Ranson, BISAP (Bedside Index of Severity in Pancreatitis), APACHE II–III – kasallikning og'ir shakllari rivojlanishi, postnekrotik asoratlarni 70-80% gacha va kasallikning kechishini bashoratlashda katta ahamiyat kasb etadi. Ko'p parametrlil Ranson shkalasi – 24 soat ichida to'liq ma'lumot olish mumkin – xorijiy shifoxonalarda o'tkir pankreatitning og'irligini diagnostika qilishda "oltin standart" hisoblanadi. Ranson shkalasi bo'yicha ballar soni 4 balldan baland bo'lsa, o'tkir pankreatitda asoratlar rivojlangan deb aytilish mumkin [20,28,30].

O'tkir pankreatit bilan og'rigan bemorlar shifoxonaga yotqizilgandan keyin quyidagi kompleks laborator tekshiruvlardan o'tkazilishi zarur: qon umumiy tahlili, qon biokimyoviy tahlili – amilaza/lipaza, glyukoza, albumin, ALT, AST, ishqoriy fosfataza, kreatinin, mochevina, elektrolitlar, C-reaktiv oqsil, koagulogramma, arterial qonning gazlari tarkibi – saturatsiya 95 dan kam yoki taxipnoe [8,12,36].

Jahonda o'tkir pankreatitning infitsirlanganligini, nekroz rivojlanganligini aniqlash maqsadida ko'pchilik holatlarda biokimyoviy biomarkerlar aniqlanadi – prokalsitonin, C-reaktiv oqsil, kalsiy, interleykin-10, interleykin-18, glyukoza, fosfolipaza A2, karboksipeptidaza, tripsinogen va boshqalar, shuningdek, UTT yoki KT nazorati yordamida qorin

parda orti sohasidan ingichka igna yordamida olingan biomaterialning bakteriologik tahlili o'tkaziladi [6, 36].

UTT oshqozon osti bezi va qorin bo'shlig'idagi a'zolarini skrining instrumental tekshirish usuli hisoblanadi. Zamonaviy UTT anjomlari rasmlarni kompyuterda qayta tahrirlash, oshqozon osti bezi, biliar tizim holatini yuqori darajada vizual baholashga, parapankreatik o'zgarishlarni, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bor yoki yo'qligini va boshqa abdominal patologiyalarni istisno qilishda juda ham katta ahamiyatga ega. Xoledoxolitiyaz va o't-tosh kasalliklarida bu usulga alternativ ravishda endo-UTTdandan ham foydalanishimiz mumkin [4,29].

KT bemorning og'irlik darajasi holatini, patologik jarayonning tarqalishi, asoratlar va tashxisni aniqlashga yordam beradi. KTning o'tkir pankreatitning darajasi va og'irligiga qarab sezgirligi va maxsusligi 80-90% ni tashkil qiladi. Pankreatik va peripankreatik yallig'lanish o'zgarishlarning darajasini baholash uchun KT yordamida parametrik shkala – Balthazar shkalasi, ekstrapankreatik asoratlarda esa mezenterial shish va peritoneal suyuqlik shkalasi, ekstrapankreatik yallig'lanish o'zgarishlari shkalasi qo'llaniladi (2-jadval). KT o'tkir pankreatit bilan og'rigan bemorlarda shifoxonaga yotqizilgan paytda kasallikni skrining qilish va og'irlik darajasini aniqlash maqsadida qo'llanilmaydi. Erta KT – 72 soatdan oldin – qilish oshqozon osti bezidagi o'zgarishlar va bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlar haqida aniq ma'lumot bermaydi. Erta KT faqat o'tkir pankreatitni boshqa hayot uchun xavf soluvchi kasalliklardan qiyosiy taqqoslash uchun ishlatiladi [6,9,31].

2-jadval

**KT yordamida aniqlanadigan Balthazar-CTSI (CT Severity Index) – o'tkir pankreatitning og'irligini baholash shkalasi**

Daraja	KT belgilari
A daraja	Oshqozon osti bezi normal – 0 ball
B daraja	Mahalliy yoki diffuz oshqozon osti bezi o'lchamlari kattalashgan – 1 ball
C daraja	Parapankreatik kletchatkada yallig'lanishga xos o'zgarishlar – 2 ball
D daraja	Yuqoridagi o'zgarishlar va yakka suyuqlik saqlaydigan hosilalar
E daraja	Ikkidan ko'p suyuqlik saqlaydigan hosilalar / oshqozon osti bezida va/yoki parapankreatik kletchatkada gazning aniqlanishi – 4 ball

O'tkir pankreatitni davolash. O'tkir pankreatitni davolashda asosiy yo'nalish erta aktiv infuzion terapiyani boshlash, adekvat analgeziya, elektrolit va metabolik buzilishlarni korreksiyalash, oksigenatsiya, mahalliy va tizimli asoratlar rivojlanishini nazorat qilish, erta aniqlash monitoringi va davolashni qo'llab-quvvatlash hisoblanadi. O'tkir pankreatitning o'rta va og'ir darajalari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolash maqsadida intensiv terapiya bo'limlariga yotqizilishi zarur [12,16,28].

Endotoksikoz o'tkir pankreatitning klinik ko'rinishini namoyon qiluvchi asosiy sababchi hisoblanib, bu o'z navbatida aktiv – agressiv infuzion terapiyani o'tkazishni talab qiladi. Infuzion terapiya kasallikning dastlabki boshlangan vaqtida – 12–24 soatda maksimal effektivlikka ega. Infuzion terapiya o'tkazishdan maqsad detoksikatsiya, elektrolitlar buzilishlarini korreksiyalash,

regidratatsiya va gemodinamik buzilishlarni tiklash hisoblanadi [6].

O'tkir pankreatitlarni davolashda dastlab adekvat og'riqsizlantirish zarur. Jahonda hozirgi paytda o'tkir pankreatitlarda analgetiklarning effektivligi bo'yicha tadqiqotlar juda ham kam o'rganilgan. Sezilarli og'riq kuzatilganda parenteral ravishda narkotik analgetiklarni yuborish maqsadga muvofiqdir [27].

O'zbekistonda oshqozon osti bezi funksiyasini bloklash maqsadida oktreotid, ovomin va 5-ftoruratsil dastlabki 5 kunda qo'llaniladi. Jahonda esa oktreotid va ovomin dori vositalarining o'tkir pankreatitlarda effektivligi to'g'risida yetarlicha tadqiqotlar o'tkazilmagan. Bundan tashqari, proteaza ingibitorlari – kontrikal ham qo'llaniladi. Jahonda bu dori vositasining ham effektivligi to'g'risida ma'lumotlar juda kam [1,3].

Steril pankreonekroz va o'tkir pankreatitning

shishli shaklida profilaktika maqsadida antibiotiklar va zamburug'ga qarshi dori vositalari qo'llanilmaydi. Antibiotiklarni qo'llashda gematopankreatik baryerdan o'ta oladigan keng spektrdagi selektiv turlaridan foydalanish maqsadga muvofiqdir. O'tkir pankreatitning destruktiv shakllarida kam aktivlikka ega antibiotiklardan – piperatsillin/tazobaktam, tikarsillin/klavulanat, III avlod sefalosporinlar – sefaperazon, sefotaksim, IV avlod sefalosporinlar – sefepim va yuqori aktivlikka ega bo'lgan florxinolonlar – sefloxacin, siprofloksatsin, karbapenemlar – imipenem/silastatin, meropenemlar, kombinatsiyalashgan antibakterioterapiya – sefalosporin III yoki IV avlodi + metronidazol qo'llaniladi. O'tkir pankreatitda antibiotiklarni ko'pincha vena ichiga yuborish maqsadga muvofiqdir [6,34].

Antibiotiklarni qo'llashning davomiyligi tizimli yallig'lanish jarayonlariga, oshqozon osti bezidan tashqari kuzatiladigan kasalliklarning mavjudligiga ham bog'liq.

Erta enteral oziqlantirish o'tkir pankreatitni davolashda asosiy rollardan birini egallaydi. Immunosupressiya, enterotsitlarning atrofiyasi, oshqozon-ichak traktidagi bakterial floraning translokatsiyasi sabab bo'ladigan ichak baryer funksiyasi buzilishini bartaraf qiladi. Och qolish lipoliz tempini kuchaytiradi, gipodisproteinemiya, metabolik atsidoz rivojlanishini keltirib chiqaradi, oshqozon osti bezida degenerativ o'zgarishlarni chuqurlashtiradi. Yengil o'tkir pankreatitda og'iz orqali ovqat qabul qilish dispeptik buzilishlar va og'riq bartaraf etilgandan keyin mumkin. Og'ir turlarida esa nutritiv ko'maklashish nazoyeyunal zond orqali yoki to'liq parenteral oziqlantirish orqali o'tkaziladi. To'liq parenteral oziqlantirish faqat enteral oziqlantirish o'tkazish mumkin bo'lmagan holatlarda qo'llaniladi – amilaza va lipaza miqdori qonda oshganda, turg'un ichaklar parezida, diareyada, aspiratsiyada [24,35].

Amerika gastroenterologlarining assotsiatsiyasi takliflariga asosan endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya – ERXPG xolangit klinikasi bilan kechuvchi biliar pankreatitning dastlabki 24 soati ichida o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir. ERXPG 72 soat ichida esa aynan umumiy o't yo'llarida konkrement natijasidagi obturatsiyaga gumon qilinganda o'tkaziladi – nevizual tekshiruvlarda aniqlangan sariqlik, o't yo'llarining dilatatsiyasi, umumiy o't yo'llarida konkrement aniqlanganda. Bunda endoskopik papillosfinkterotomiya litoekstraksiya bilan qilinadi. ERXPG bilan EPSTni qilish imkoni bo'lmaydigan holatlarda umumiy o't yo'llarini tashqi drenajlash amaliyoti o'tkaziladi. Yakuniy radikal davolash – xoletsistektomiya shu davolash-profilaktika muassasasida bajarilishi kerak, agar buning iloji bo'lmasa, bemor shifoxonadan chiqarilgandan keyin 2-4 hafta ichida o'tkazilishi kerak [3,6,35].

Jahonda hozirgi vaqtda o'tkir destruktiv pankreatitning davolash usuli miniinvaziv metodlar yordamida drenajlash va naychalash hisoblanadi. Steril pankreonekroz fermentativ peritonit va omentobursit

asorati bilan kuzatilganda charvi xaltasini va qorin bo'shlig'ini laparoskopik sanatsiyalash va naychalash amaliyoti tavsiya etiladi. Infitsirlangan pankreonekrozda laparoskopik, minilaparotomiya yordamida, rentgen yoki UTT yordamida punktsion nekrosekvestrektomiya, yiringli-septik o'choqlarni drenajlash va naychalash amaliyotini bajarish tavsiya qilinadi [32].

#### XULOSA

Oshqozon osti bezi kasalliklari hazm qilish a'zolari kasalliklari orasida eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri hisoblanadi. Oshqozon osti bezining shikastlanishining kelib chiqishi polietiologik bo'lib, aholining turli xil qatlamidagi insonlarda uchraydi. O'tkir pankreatit bilan og'riq bemorlarning ko'pchiligini yosh va o'rta yoshdagi ishga qobiliyatli insonlar tashkil qiladi.

Jahonda oxirgi yillarda ilmiy izlanuvchilar o'tkir pankreatit tasnifining yangi modifikatsiyalarini yaratishga, bemorlarning ahvoli og'irligini baholashning yangi kriteriyalarini ishlab chiqishga ko'proq ahamiyat berishmoqda. Shuningdek, diagnostika va davolash chora-tadbirlarining yangi algoritmlarini ko'rib chiqmoqdalar. Davolashning asosini quyidagi kompleks metodlar tashkil etadi: aktiv infuzion terapiya, gematopankreatik baryerdan o'tuvchi antibakterial terapiya, erta enteral nutritiv ko'maklashish va kam invaziv xirurgik davolash metodlari.

Oshqozon osti bezi faoliyatining uzoq vaqt davomida buzilishi surunkali pankreatit – surunkali kalsifikatsiyalangan pankreatit, surunkali yallig'lanishli pankreatit, surunkali obstruktiv pankreatitga sababchi bo'ladi. Shuning uchun har bir bemorni o'tkir pankreatitga olib keluvchi xavf omillarini inobatga olgan holda individual ravishda davolash chora-tadbirlarini olib borish zarur.

#### ADABIYOTLAR

1. Ибадов Р. А., Бабаджанов А. Х., Абдуллажанов Б. Р. Острый билиарный панкреатит и особенности течения в зависимости от тактики лечения // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 2, № 1. – С. 41–47. DOI: 10.26739/2181-1008-2020-2-8.
2. Banks P. A., Bollen T. L., Dervenis C., Gooszen H. G., Johnson C. D., Sarr M. G., Tsiotos G. G., Vege S. S. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus // Gut. – 2013. – Vol. 62, № 1. – P. 102–111. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302779.
3. Bartel M. J., Whitcomb D. C. Acute pancreatitis: new paradigms for causation and management // Gastroenterology. – 2017. – Vol. 152, № 8. – P. 1607–1621.
4. Chuklin S. M., Chooklin S. S., Popyk P. M., Shershen G. V. Diagnosis and management of acute pancreatitis: review of modern guidelines. Part 1 // Emergency Medicine. – 2020. – Vol. 16, № 4. DOI: 10.22141/2224-0586.16.4.2020.207943.

5. Chuklin S. M., Chooklin S. S., Popyk P. M., Shershen G. V. Diagnosis and management of acute pancreatitis: review of modern guidelines. Part 2 // *Emergency Medicine*. – 2020. – Vol. 16, № 5. DOI: 10.22141/2224-0586.16.5.2020.212233.
6. Crockett S. D., Wani S., Gardner T. B., Falck-Ytter Y., Barkun A. N. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis // *Gastroenterology*. – 2018. – Vol. 154, № 4. – P. 1096–1101. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.032.
7. Forsmark C. E., Vege S. S. Acute pancreatitis: many years of progress, new guidelines, continuing uncertainties // *Gastroenterology*. – 2020. – Vol. 158, № 2. – P. 503–506.
8. Forsmark C. E., Vege S. S., Wilcox C. M. Acute pancreatitis // *New England Journal of Medicine*. – 2016. – Vol. 375, № 20. – P. 1972–1981. DOI: 10.1056/NEJMr1505202.
9. He W., Wang G., Yu B., Xia L., Zhu Y., Liu P. et al. Elevated hypertriglyceridemia and decreased gallstones in the etiological composition ratio of acute pancreatitis as affected by seasons and festivals: a two-center real-world study from China // *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. – 2022. – Vol. 12. – Article 976816. DOI: 10.3389/fcimb.2022.976816.
10. Hong W., Lillemoe K. D., Pan S., Zimmer V., Kontopantelis E., Stock S. et al. Development and validation of a risk prediction score for severe acute pancreatitis // *Journal of Translational Medicine*. – 2019. – Vol. 17. – Article 146. DOI: 10.1186/s12967-019-1903-6.
11. Iannuzzi J. P., King J. A., Leong J. H., Quan J., Windsor J. W., Tanyingoh D. et al. Global incidence of acute pancreatitis is increasing over time: a systematic review and meta-analysis // *Gastroenterology*. – 2022. – Vol. 162, № 1. – P. 122–134. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.09.043.
12. Koutroumpakis E., Wu B. U., Bakr J., et al. Admission hematocrit and rise in blood urea nitrogen at 24 h outperform other laboratory markers in predicting persistent organ failure and pancreatic necrosis in acute pancreatitis // *American Journal of Gastroenterology*. – 2015. – Vol. 110, № 12. – P. 1707–1716.
13. Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A., Segovia-Lohse H., Gamberini E., Kirkpatrick A. W. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2019. – Vol. 14. – Article 27. DOI: 10.1186/s13017-019-0247-0.
14. MacKichan J. J., Tenner S. The epidemiology and natural history of acute pancreatitis // *American Journal of Gastroenterology*. – 2016. – Vol. 111, № 12. – P. 1921–1923.
15. Mederos M. A., Reber H. A., Girgis M. D. Acute pancreatitis: a review // *JAMA*. – 2021. – Vol. 325, № 4. – P. 382–390. DOI: 10.1001/jama.2020.20317.
16. Petrov M. S., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. – 2019. – Vol. 16. – P. 175–184. DOI: 10.1038/s41575-018-0087-5.
17. Ruziboev S. A., Avazov A. A., Mukhammadidiev M. H., Khudoynazarov U. R. Possibilities of minimally invasive technologies in the treatment of severe acute pancreatitis // *Gepato-Gastroenterology Research Journal*. – 2020. – Vol. 2. – P. 61–64.
18. Szatmary P., Grammatikopoulos T., Cai W., Huang W., Mukherjee R., Halloran C., Beyer G., Sutton R. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment // *Drugs*. – 2022. – Vol. 82, № 12. – P. 1251–1276. DOI: 10.1007/s40265-022-01766-4.
19. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis // *Pancreatology*. – 2013. – Vol. 13, № 4, Suppl. 2. – P. e1–e15.

-----