

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



РЕФЕРАТ

Мавзу: ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ

Бажарди: Нуриддинов Ш.

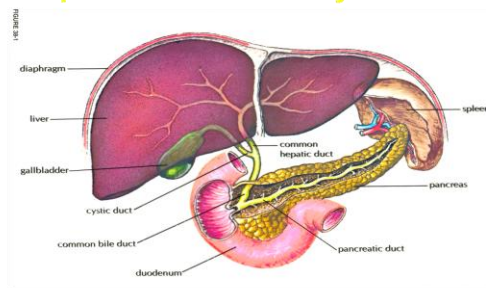
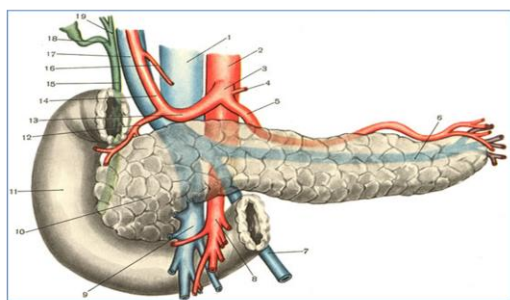
Самарқанд 2017 йил

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ

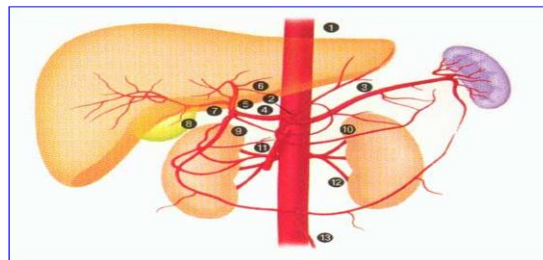
Панкреас 12 бармоқли ичак «тақаси» билан талоқ (lien) орасида кўндаланг жойлашган бўлиб, узунлиги 10-23 смгача (уртача 16-17 см), эни 3-9 см (ўртача 5-6 см), қалинлиги 2-3 см, вазни 70-80 грамм. Қорин парда орқасида (ретроперитонеал) L₁₋₂ умуртқаларнинг танасини қоплаб туради.

Панкреаснинг қон билан таъминланиши а.а.pancreaticoduodenalissup. et inf. (бош қисмини таъминлайди), а.mesenterica sup. (тана қисмини таъминлайди) ва а.lienalis (дум қисмини таъминлайди) ҳисобига бўлади ва без қон билан яхши таъминлайди. Веналарнинг йигиндиси v.portae га қўшилади (3-7 томир).

Саффо ва меъда ости беги ширасининг ичакка тушиши



1. Аорта
2. Қорин тутами
3. Талоқ артерияси
4. Умумий жигар артерияси
5. Хусусий жигар артерияси
6. Жигар чап бўлаги артерияси
7. Жигар ўнг бўлаги артерияси
8. Ўт қопи артерияси
9. Гастродуоденал артерия
10. Меъда ости беги артерияси
11. Юқори туткич артерия
12. Чап буйрак артерияси
13. Пастки туткич артерияси

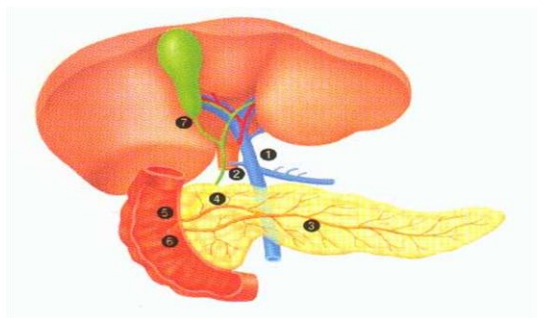


Лимфа томирлари – тўғридан-тўғри ductus thoracicus га ва юзаки лимфа томирлари эса диафрагма орқали кўкрак кўкси ораллиғидаги лимфа тугунлари билан боғланган. Шу сабабдан гиперферментемия даврида чап ёклама реактив (ферментатив) плеврит кўп учрайди. Лимфа тугунлари орқали панкреас ферментларини қонга ўтиши «ферментларни оғиши» синдромини чакиради (ҳамма органларни фаолиятини бузади).

Панкреас синтопияси. Қориннинг олд деворига панкреаснинг проекцияси – киндик билан ханжарсимон ўсимта орасидаги масофанинг ўртасига туғри келади. Панкреаснинг бош қисми Шаффар учбурчагига ёки Дежардин нуктасига (ўнг қўлтиқ чуқури ўртасидан киндиккача ўтказилган чизик бўйлаб киндикдан 6 см юқорида) тўғри келади. Панкреаснинг 1/3 қисми ўрта

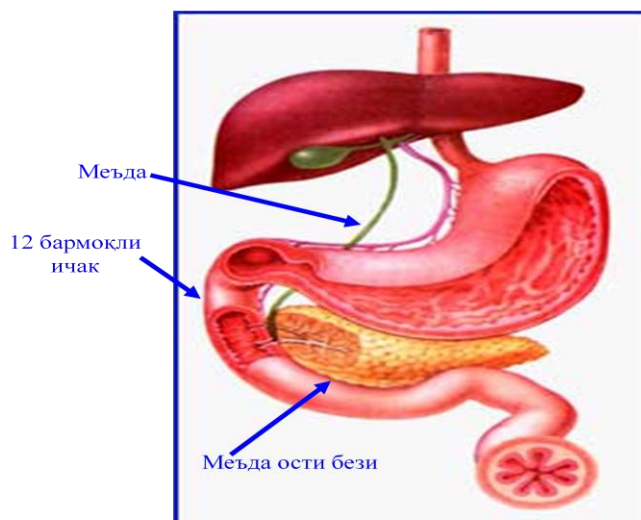
чизикдан ўнг томонда, 2/3 қисми эса чап томонда жойлашган.

Дарвоза венаси ва меъда ости беzi



1. Дарвоза венаси
2. Умумий ўт йўли
3. Меъда ости беzi йўли
4. Қўшимча меъда ости йўли
5. Кичик дуоденал сўргич
6. Катта дуоденал сўргич
7. Ўт қопи йўли

Меъда ости безисинтопияси



Панкреаснинг физиологияси. Панкреаснинг ҳар бир булакчаси – ацинуси «узлуксиз» ферментлар ва гормонлар ишлаб чиқаради. Безнинг умумий массасининг 20%и ферментлардан ташкил топган. Суткасига 1,5-2 литр чамаси, асосан оксил моддадан иборат шира ишлаб чиқаради ва унда 20га яқин ферментлар Вирсунгов йўли билан 12 бармоқли ичакка тушади, овқатни ҳазм қилишда фаол қатнашади. Бу ферментлар 3 гуруҳга бўлинади (схема 1. Ферментар ҳақида жадвали).

Липаза (фосфолипазалар, холестеролэстераза ва х.к.) Вирсунгов йўлига ноактив ҳолатда ишлаб чиқарилади ва 12 бармоқли ичакка тушгандан кейин сафронинг ўт кислоталари қатнашувида нейтрал (холис) ёғни ёғ кислоталари ва глицеринга парчалайди, улар ичак девори орқали қонга ўтади ва жигарга боради.

Трипсин – асосий протеолитик фермент ҳам ноактив ҳолатда Вирсунгов йўлига чиқарилади ва дуоденумда, унинг шираси таркибидаги энтерокиназа таъсирида активлашади ва оксил моддаларни аминокислоталаргача парчалайди. Аминокислоталар қонга сўрилади ва жигарга келтирилади.

α-амилаза ягона гликолитик фермент бездан актив ҳолда чиқади ва 12 бармоқ ичакда крахмални малтозагача парчалайди. Ичак ширасидаги фермент малтаза малтозани глюкозагача парчалайди.

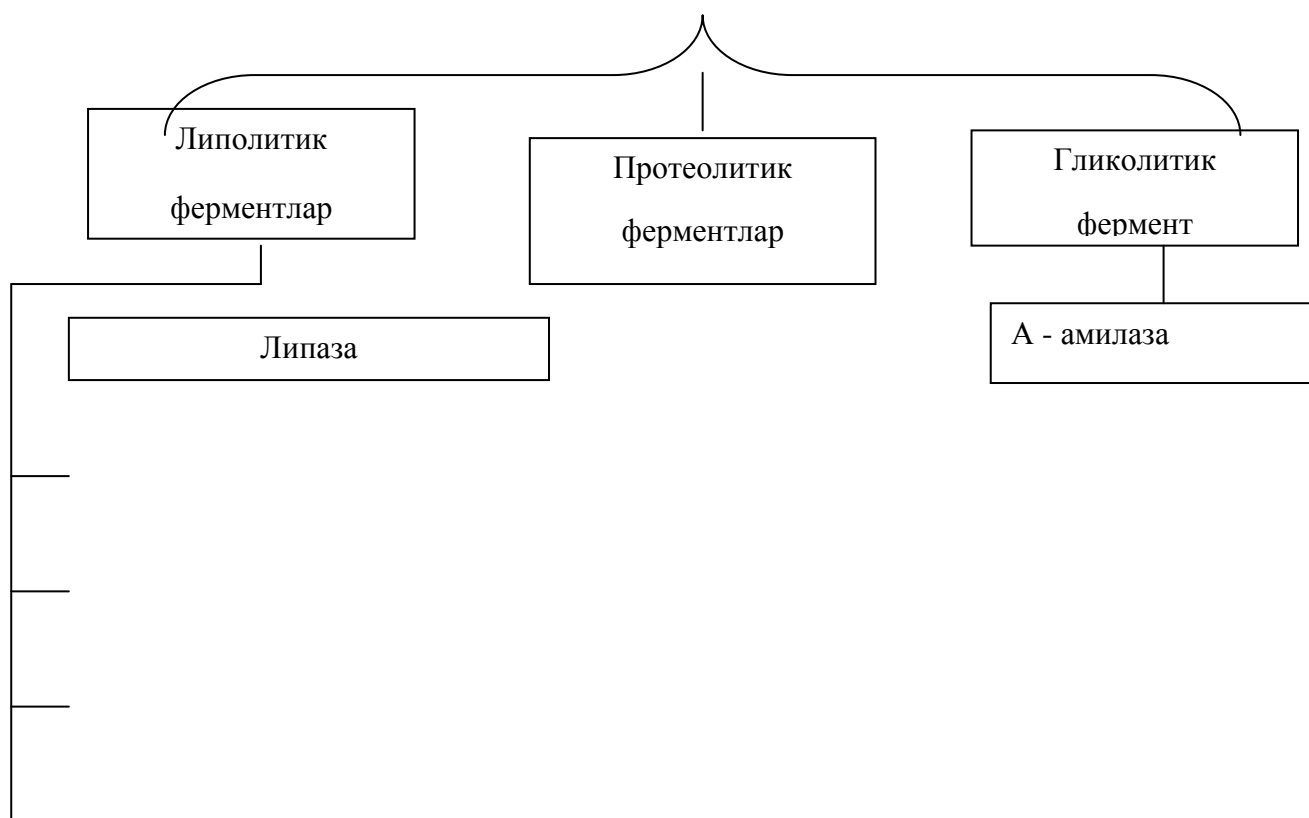
Ҳар уччала ферментлар ишқорий муҳитда ўз таъсирини кўрсатади. Хлорид кислотаси (HCl), сирка кислотаси, сут кислотаси ва лимон кислотаси меъда ости безининг экскретор фаолиятини (ширасини) кўпайтиради. Худди шундай инсулин, пилокарпин, морфин, витамин А, магний эритмаси ҳам таъсир қилади. Цитостатиклар, протеаз ингибиторлари, атропин, гистамин – аксинча камайтиради.

Меъда ости беzi эндокрин фаолияти инсулин, глюкагон, липокаин, калликреин гормонларини ишлаб чиқиши билан ифодаланади. Физиологик

шароитда кинин гормонлари гемодинамикани гуморал назоратини таъминлайди. Шу билан бирга калликреин-кининлар сийдик секрецияси (буйраклар) га ҳам фаол таъсир кўрсатади.

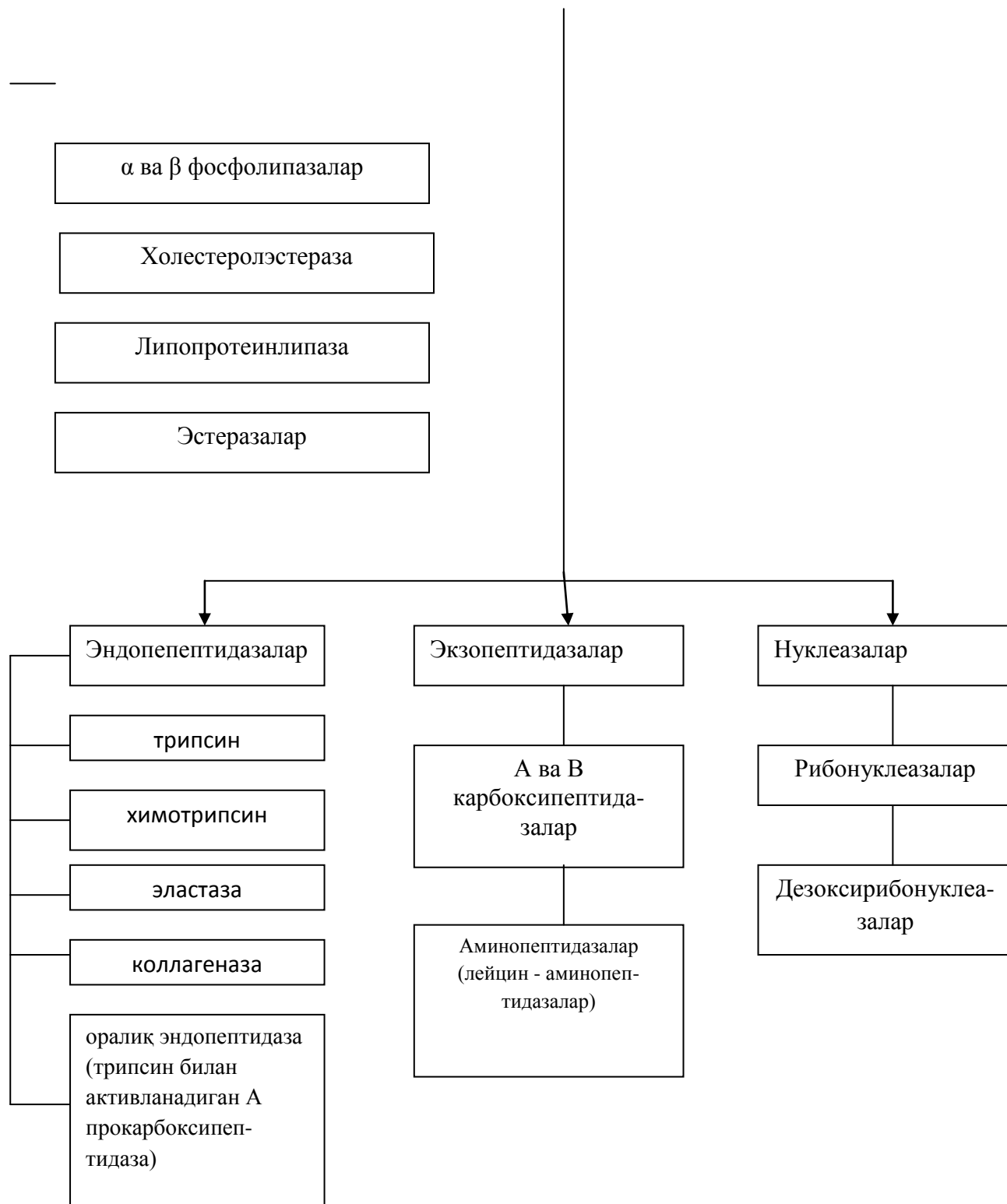
Меъда ости безининг ферментлари

Схема 1.



Ўткир панкреатитнинг этиологик шакллари:

1. Ўткир алиментар ва алкоголли панкреатит.
2. Ўткир билиар панкреатит (жигардан ташқари ўт йўллари ва ўт пуфагининг яллиғланиши ёки уларсиз, ҳамда холедохолитиаз ёки усиз



келиб чиқади).

3. Ўткир травматик панкреатит (меъда ости безининг шикастланиши натижасида, жумладан жарроҳлик амалиёти ёки ЭРХПГ дан сўнг).

4. Бошқа этиологик сабаблар: аутоиммун жараёнлар, қон томир етишмовчилиги, васкулитлар, дори воситалари (гипотиазид, стероид ва ностероид гормонлар, меркаптопурин), юқумли касалликлар (вирусли паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергия омиллари (лакт, бўёқлар, қурилиш моллари ажратадиган ҳидлар, анафилактик шок), ҳомиладорлик ва менопауза давридаги дисгормонал жараёнлар, меъда ости безига қўшни аъзолар касалликлари (гастродуоденит, пенетрацияланган яра, гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари).

Патогенези:

Ўткир панкреатитдаги токсемия патогенезининг асосий сабаби бўлиб, меъда ости бези ферментлари: трипсин, липаза, фосфолипаза – А2, лизосомал ферментлар фаолияти бузилиши, яъни улар таъсирида вужудга келадиган кислотали муҳит, липидли дистресс-синдром, капилярлар тромбози, гипоксия, ацидоз, гиперметаболизм, хужайра мембраналари ҳамда эндотелийсининг шикастланиши хизмат қилади.

Ўткир панкреатит давлари

Ўткир панкреатит клиник турлари



Бирламчи агрессив омиллари:

а) меъда ости беъи ферментлари: трипсин, химотрипсин- тўқима оксилларининг протеолизига олиб келади.

б) фосфолипаза- А2 эса хужайралар мембранаси бузилишига олиб келади.

в) липаза хужайра ичи триглицеридларини ёғ кислоталаригача гидролизлайди ҳамда кальций билан боғланиб, меъда ости беъи, қорин парда орти клетчаткаси ҳамда ингичка ва йўғон ичаклар тутқичларининг липолитик некрозига сабаб бўлади.

г) эластаза қон томирлар девори ва тўқималараро структураларни бузади, бу эса геморрагик некрозга сабаб бўлади.

Иккиламчи агрессив омиллар:

Меъда ости беъи ферментлари калликреин – кинин тизимини фаоллаштиради, бу эса биологик фаол моддалар: брадикинин, гистамин, серотонин ажралишига, уларнинг таъсири оқибатида қон томирлар ўтказувчанлиги ошади, микроциркуляция бузилади, шиш келиб чиқади, экссудация ошиши ва микротромбозлар, ишемия, гипоксия ҳамда тўқималар ацидозига сабаб бўлади.

Учламчи агрессив омиллар:

Макрофаглар, моноклеар хужайралар, нейтрофиллар микроциркуляция бузилиши фонида системали яллиғланиш реакциясисини келтириб чиқаради, гипоксия цитокинларларни ишлаб чиқаради (интерлейкин 1,6 ва 8) ўсма некрози омили, тромбоцитларни фаоллаштирувчи омиллар, простагландинлар, тромбосан, лейкотриенлар, азот оксиди, иммун фаолиятнинг сусайишига сабаб бўлади.

Тўртламчи агрессив омиллар:

Цитокинлар, ферментлар, турли табиатли метаболитлар меъда ости беъи, ёғ клетчаткаси, ичак девори ва қорин бўшлиғида ичак деворининг ўтказувчанлигини кучайтиради, натижада ичак флорасининг транслокацияси юзага келади, бу эса захарли моддаларни портал, қон ва лимфа айланиш тизимларига ўтишига ҳамда нишон аъзолар: жигар, ўпкалар, буйраклар, юрак, мия, ичак, меъда ва ичак шиллиқ қаватларини зарарланишига сабаб бўлади.

Ушбу агрессив омиллар ҳамда аъзолар дисфункцияси «тегишлича жавоб кайтариш» синдромини келтириб чиқаради.

Таснифи.

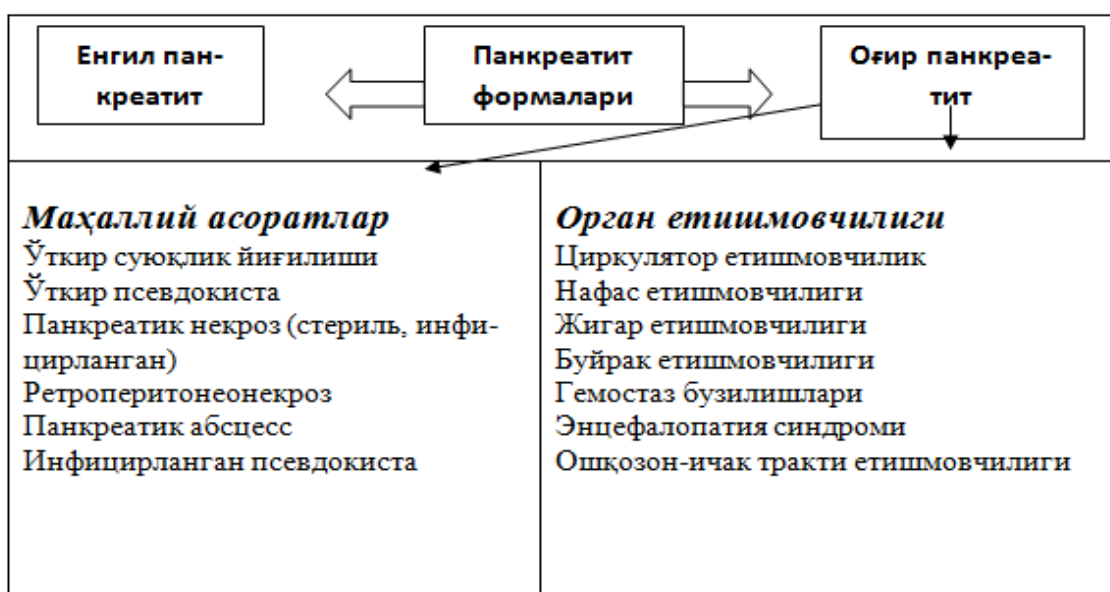
Халқаро тасниф (Атланта, 1992), 2000 йилда Волгоградда ўтказилган XI Умумроссия хирурглар анжуманида қайта тўлдирилган тасниф кўплаб давлатларда қабул қилинган бўлиб, ушбу таснифга кўра:

1. Енгил ўткир панкреатит – интерстициал шиш, панкреатоцитларнинг микроскопик некрози. 90-95% беморларда учрайди. Бундай беморлар

оғир холларда интенсив терапияга мухтож бўлади. Енгил ва ўрта оғир холларда даволаш хирургик бўлимларда олиб борилади.

- Оғир ўткир деструктив панкреатит, маҳаллий ва умумий аъзолар асоратлари билан кечади. Беморларнинг 5-10% беморларда учрайди. Бундай беморларнинг хаммаси умумий ахволи яхшилангунча интенсив терапия – реанимация бўлимида даволанадилар.

Ўткир панкреатитнинг халқаро таснифи (Атланта, 1992)



Ошқозон ости безидаги жараённинг тарқалганлиги:

- Ошқозон ости безидаги интерстициал шиш (ультратовуш текширувида (УТТ) ва компьютер томографиясида (КТ) кўринмайдиган кўп микдордаги микроскопик некрозлар).
- Кичик ўчоқли панкреонекроз (УТТ ва КТ бўйича ошқозон ости безининг зарарланганлик даражаси < 30%).
- Катта ўчоқли панкреонекроз (УТТ ва КТ бўйича ошқозон ости безининг зарарланганлик даражаси 30 дан 50% гача).
- Субтотал панкреонекроз (УТТ ва КТ бўйича ошқозон ости безининг зарарланганлик даражаси 50 - 75%).
- Тотал панкреонекроз > 75 (УТИ ва КТ бўйича ошқозон ости бези хамма қисмини зарарланиши).

Ошқозон ости безидаги жараённинг анатомик жойлашуви:

Бош, тана, дум ва уларнинг қўшилиб келиши.

Жараённинг тарқалганлиги

- Қорин бўшлиғи аъзоларининг чуқурлиги бўйича шикастланишлари:

- юзаки ретроперитонеонекроз (буйрак атрофи фасциясининг олдинги варагидан ташқарига чиқмайдиган);
 - чукур ретроперитонеонекроз (буйрак атрофи фасциясининг олдинги варагида жойлашувчи - Герот фасцияси).
2. Қорин бўшлиғи аъзоларини хажм бўйича шикастланишлари:
 - чегараланган ретроперитонеонекроз (қорин бўшлиғини 1-2 анатомик соҳаларини шикастланиши);
 - тарқалган ретроперитонеонекроз (қорин бўшлиғини 2-3дан кўп анатомик соҳаларини шикастланиши);
 - тотал ретроперитонеонекроз (қорин бўшлиғи ҳамма анатомик соҳаларини зарарланиши).
 3. Ретроперитонеонекроз соҳа локализацияси бўйича (анатомик соҳаларга мос равишда).

Ўткир панкреатитнинг асептик асоратлари:

1. Қорин бўшлиғида эркин суюқлик тўпланиши (ферментатив перитонит, оментобурсит, гидроторакс)
2. Ўткир панкреатоген қандли диабет
3. Механик сариклик

Ўткир панкреатитнинг инфекцион асоратлари:

1. Сепсис
2. Йирингли перитонит
3. Оқма (панкреатик, жинсий аъзолар, шаклланган, шаклланмаган, ташқи, ички)
4. Аррозив қон кетишлар
5. Бошқа асоратлар

Россия хирургларининг 2000 йилда ўтказилган XI съездида ўткир панкреатитнинг Халқаро таснифига қилинган қўшимчалари ўзини амалиётда яхши намоён қилишди. Улар касаллик асоратларининг асосий параметрларини аниқ ифодалайди ва бу даволаш диагностик тактикасида катта аҳамиятга эга.

Классификация госпитализация этапи ва 1-2-кун давомида олинган маълумотларга асосланиб ишчи диагноз қўйишга имкон беради. Классификациядан фойдаланиш қулай. Бунинг учун классификация бўлимларидан беморга айтилиш вақтида мос келадиганини бирин кетин танлаб олиш керак. Натижада кенгайтирилган клиник диагноз келиб чиқади ва бу клиник шакл, жараённинг тарқалиши, жойлашуви ва асоратлар ҳақида маълумот беради.

Ўткир панкреатит оғирлик даражаси мезонлари (Атланта, 1992)

Енгил панкреатит	Оғир панкреатит
Минимал функционал ўзгаришлар ва оғир асоратларнинг йўқлиги	Полиорган етишмовчилик ва маҳаллий асоратларнинг мавжудлиги

Консерватив даволаш натижасида симптомлар тез бартараф қилинади ва кўрсаткичлар нормаллашади.	APACHE – II шкаласи бўйича 9 ва ундан кўп балл ёки шок (систолик артериал босим 90 мм сим. уст. дан кам) Нафас етишмовчилиги (раО ₂ 60 мм сим. уст. дан кам) Буйрак етишмовчилиги (креатинин 177 мкмоль/л дан кўп) Ошқозон ичакдан қон кетиши (500 мл/сут дан кўп) Коагулопатия (тромбоцитлар 100 – 109 /л, фибриноген 1,0 г/л дан кам) Метаболик ўзгаришлар (гипокальциемия 1,87 ммоль/л дан кам)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ўткир панкреатит – динамик тез ривожланувчи процесс бўлиб, энгил шаклларида тўлиқ регрессланади ва соғайиш юзага келади. Ўткир панкреатитнинг деструктив шакллари полиорган етишмовчилик, маҳаллий ва умумий, асептик ва инфицирланган асоратлар ҳамда леталликка олиб келиши мумкин.

Ўткир панкреатитнинг диагностикаси касаллик оғирлигини ва прогнозини аниқлашни ўз ичига олиши керак.

Ю. Л. Шевченко бўйича касаллик оғирлигини ва прогнозини аниқлаш

Клиник белгилар	Баҳо балларда
Госпитализация 6 соатгача	0,5 балл
Белдаги тўмток оғриқлар	0,5 балл
Оғриқни йўқотишда наркотик препаратлар талаб қилинади	0,5 балл
Энгиллик келтирмайдиган кўп маротаба қайт қилиш	0,5 балл
Холсизлик ва бош айланиш эпизодлари	1 балл
Рангпар ва кулранг тери	0,5 балл
Мармар рангли тери ва цианоз	1 балл
Психик тормозланиш	0,5 балл
Қўзғалиш, делирий	1 балл
Олигурия 200 мл/суткадан кам	1 балл
Қўл оёқларнинг совиши	0,5 балл
Биринчи 12 соатда ичаклар парези	1 балл
Лейкоцитоз 16000 ва ундан кўп	1 балл
Қондаги глюкоза 10 ммоль/л дан кўп	1 балл
Қондаги креатинин 200 мкмоль/л дан кўп	1 балл
Қондаги билирубин 40 мкмоль/л дан кўп, холедохолитиаз белгиларисиз	1 балл
Тана харорати < 36,0	0,5 балл

Баллар суммаси 0- панкреатит йўқ ёки “потенциал энгил”.

2. Баллар суммаси <1 - “потенциал энгил” (касал интенсив терапияга мухтож эмас), хирургик стационарда даволанади.

3. Баллар суммаси 1-2 - “потенциал оғир” (касал интенсив терапияга мухтож, реанимация ва интенсив терапия бўлимига (РИТБ) кўчирилади).

4. Баллар суммаси 2-6 - оғир ўткир панкреатит ёмон натижаси билан (РИТБ).

5. Баллар суммаси >6 - панкреонекрознинг летал варианты.

Эндоген интоксикация даражаси

Ўткир панкреатитда ферментатив интоксикация оғирлик даражасини аниқлаш (Р.С. Савельев, 1997 й.)			
Оғирлик даражаси	Енгил (1-2 балл) шишли панкреатитга, майда ўчоқли панкреонекрозга мос келади	Ўрта (2-3 балл) йирик ўчоқли панкреонекрозга мос келади	Оғир (4-5 балл) субтотал ва тотал панкреонекрозга мос келади
Пульс тезлиги	< 100	100 – 120	> 120
Артериал қон босими	>120	100 – 120	< 100
Нафас олиш тезлиги	16 – 20	21 – 26	26
Диурез (л/сутка)	1 – 1,5	0,5 – 1,0	< 0,5
Госпитализация	Хирургик бўлим	Реанимация ва интенсив терапия бўлими	

Ўткир панкреатитнинг 2та кечув фазаси фарқланади:

1-фаза-токсемия, касалликнинг биринчи 7 суткаси. Бу фазада ферментатив эндотоксикоз кузатилади, у ферментатив шокка, гепаторенал синдромга, гемодинамик ва микроциркулятор бузилишларга, гидроторакс респиратор дистресс синдром билан, алкоголь ва қўшма делирийга, ичак тутилиши синдромига, ДВС синдромига, ўткир гастродуоденал стресс яралар ривожланишига, улардан қон кетиш ва перфорацияга, маҳаллий ва систем яллиғланишларга жавоб синдромига олиб келади.

2- фаза - (реактив) без ва парпанкреатик клетчатка деструкцияси, 2-3 ҳафта ва ундан ҳам кўп давом этади. Бу фазада 2 та давр фарқланади.

Индицирланишга кўра қуйидагиларга бўлинади:

а) асептик некроз абортив кечиши билан ўтадиган давр ва постнекротик киста ҳосил бўлиши. Бу давр соғайиш билан ёки индицирланиш билан яқунланади.

б) индицирланиш даври, касалликнинг 14-21 суткаларида йирингли асоратлар ва секвестрация ривожланади.

Бемор умумий аҳволини оғирлигини аниқлашда кўп ҳолларда SAPS-II ёки APACHE – II шкала, орган ва полиорган деструкциясини баҳолашда SOFA ва MODS шкалаларидан фойдаланилади.

Ўткир панкреатитнинг 1-2-фазаларида ўлимга олиб келувчи сабаблар

Эрта (14 суткагача)	Кеч (14 - 21 суткадан кейин)
Ферментатив шок	Ошқозон ости безининг йирингли-некротик парчаланиши

Жигар-буйрак етишмовчилиги	Йирингли-некротик парапанкреатит
Қон томир-юрак етишмовчилиги	Чарви халтасининг йиринглаши
Ўпка артерияси тромбоэмболияси	Тарқалган йирингли перитонит
Респиратор дистресс-синдром	Диафрагма ости ва жигар ости абсцесси
	Сепсис
	Бўшлиқ аъзоларининг некрози ва оқмалари
	Йирик қон томирлар аррозияси ва улардан қон кетиши

Госпитал олди диагностика ва биринчи ёрдам

Госпитал олди этапининг асосий вазифаси - эрта ташхислаш. Ўткир панкреатит ташхисини қўйишда анамнестик (ўт йўллари патологияси ва пархезнинг бузилиши) ва клиник (Мондор триадаси: оғриқ, қусиш ва метеоризм) белгиларга асосланади. Оғриқ қаттиқ, доимий ва кўп ҳолларда бел соҳасига иррадиация бериши билан характерланади. Оғир ҳолларда интоксикация, цианоз ёки қориннинг ён томонларида ва киндик соҳасида терининг мармарсимон тусга кириши кузатилади. Қорин пальпация қилинганда оғриқли. Ташхис қўйилгандан кейин қуйидагилар жуда муҳим:

1. АҚБ, пульс ва тана ҳароратини ўлчаш.
2. М\о ёки в\и спазмолитиклар қилиш.
3. М\о антигистамин препаратларини қилиш.
4. Шок, гипотензия ва нафас етишмовчилигида кислород ингаляцияси ва инфузион терапия.
5. Эвакуация ва кўп тармоқли ёки тез ёрдам шифохонасига ётқизиш.
6. Касал транпорстабель ҳолатига эга бўлмаса, шошилишч гемодинамика ва нафас олишни стабиллаштирувчи чора тadbирлар ўтказилади. Шундан кейин бемор яқинроқ бўлган ихтисослаштирилган клиниканинг интенсив терапия ёки реанимация бўлимига ётқизилади. Агар бемор ёки унинг қариндошлари госпитализациядан бош тортишса, дарҳол яшаш жойи бўйича поликлиникага мурожаат қилинади. Чунки даволашнинг самарадорлиги бевосита унинг ўз вақтидалиги ва тўғрилигига боғлиқдир.

Ўткир панкреатитнинг диагностикаси қуйидагиларга асосланади:

1. Клиник-анамнестик белгиларга.
2. Лаборатор кўрсаткичларга:
 - а) умумий қон ва сийдик таҳлили, коагулограмма;
 - б) гиперамилаземия, гиперамилазурия;
 - в) лапароскопия йўли билан олинган қорин бўшлиғи экссудатида амилаза активлигининг юқорилиги.
3. Қорин бўшлиғи аъзоларинг УТТ:
 - а) ошқозон ости безининг катталашуви;
 - б) эхогенлигининг пасайиши;

с) контурларининг нотўғрилиги;

г) қорин бўшлиғи ва чарви халтасида эркин суюқликнинг бўлиши.

4. Видеоэндоскопия:

1) ЭГДФС - ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллиқ қаватининг ҳолатини аниқлаш учун ҳамма беморларга назоэнтерал ёки назогастрал зонд қўйиш учун ўтказилади. ЭГДФСда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади ва энтерал лаваж, интраабдоминал босимнинг камайиши учун назоэнтерал (кам ҳолатларда назогастрал) зонд қўйилади ва ўткир эрозия ёки яраларни, ўн икки бармоқ ичакда ўт суюқлигининг мавжудлигини, ошқозон катта эгрилигининг узун бурмаларининг шиши аниқланади.

2) Лапароскопия - кўрсатмалар бўйича ўтказилади:

а) Перитонеал синдромда қиёсий ташхислаш учун.

б) Қорин бўшлиғида эркин суюқликнинг мавжудлигида ва чарви халтасида 300-500 мл миқдорда суюқлик мавжудлигида.

5. Ўткир панкреатитнинг лапароскопик симптомлари:

1. Чамбар ичак тутқичи илдизининг шиши.
2. Юқори даражада амилаза мавжуд бўлган геморрагик ёки сероз ажралма.
3. Стеатонекроз доғларинг мавжудлиги.
4. Геморрагик намланиш ёки қорин орқа клетчаткасининг шиши.
5. Ичаклар парези, висцерал ва париетал қорин парданинг гиперемияси.

Лапароскопия вақтида қорин бўшлиғидан ва чарви халтадан тўпланган суюқлик олиб ташланади, физиологик эритма билан ювилади ва ўша бўшлиқлар дренажланади.

6. Болюс контрастлаш билан КТ-оғирлик даражасини ва қай даражада тарқалганлигини (Balthazar–Ranson шкаласи) аниқловчи асосий усуллардан бири. Имконият бўлса 2-3-суткаларда, кейин 7-15-20-суткалардада, кейингилари кўрсатмага кўра ўтказилса мақсадга мувофиқ.

Балтазар бўйича панкреатитнинг оғирлик даражасининг КТ индекси:

А-даража – ошқозон ости безининг нормал кўриниши – 0 балл.

В-даража – ошқозон ости бези ўлчамининг катталашиши – 1 балл.

С-даража – парапанкретик клетчатканинг яллиғланиш белгилари – 2 балл.

Д-даража - ошқозон ости бези ўлчамининг катталашиши ва олд паранефрал бўшлиқда суюқлик бўлиши.

Е-даража – 2 ва ундан ортиқ парапанкретик клетчатка соҳаларда суюқликнинг тўпланиши.

Некроз ҳажми:

< 30% паренхима - 2 балл

30-50% - 4 балл

>50% - 6 балл.

7. Турган ҳолатда қорин бўшлиғи ва кўкрак кафасининг R-графияси. Қуйидагиларга кўпроқ эътибор бериш керак:

а) ошқозон катта эгрилиги билан кўндаланг чамбар ичак орасидаги масофанинг узайишига, чамбар ичакда газ тўпланишига.

б) ингичка ичак диаметрининг катталашишига – ичак парези.

в) гидроторакс, дисксимон ателектаз.

г) диафрагма гумбазининг баланд туриши, ўпка паренхимасининг гипергидратацияси, ўткир респиратор дистресс синдром.

8. Билиар гипертензияда ва билирубинемияда, ўткир холецистит ва холангитда, УТТ остида ўт қопини дренажлашни амалга ошириш, имкони бўлмаса, лапароскопик холецистостомия қўйилади. ЭГДФСда катта дуоденал сўргичга тикилиб қолган тош аниқланса папиллосфинктеотомия, тошни олиб ташлаш ва назобилиар дренажлаш амалга оширилади.

Инструментал текширув методларидан ташқари панкреатитнинг оғирлик даражаси 1-фазаси (токсемия)да клиник-лаборатор текширув натижалари билан ҳам аниқланади.

Клиник-лаборатор критерийлар: перитонеал синдромлар ва/ёки «тери» симптомлари (юз гиперемияси, мармарсимон тус ва бошқалар), система яллиғланишига жавоб синдроми белгилари (2 ва ундан ортиқ белгилар билан характерланади: тана харорати $>38^{\circ}\text{C}$ ёки $<36^{\circ}\text{C}$, пульс $>90/\text{мин}$, нафас олиш тезлиги $>20/\text{мин}$, $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ мм.с.м.уст.}$, лейкоцитлар $>12 \times 10^9/\text{л}$ ёки етилмаган шакллари $>10\%$), гипокальциемия $<1,18 \text{ ммоль/л}$, гемоглобин $>150 \text{ г/л}$ ёки гематокрит $>40 \text{ Ед.}$, гипергликемия $>10 \text{ ммоль/л}$; С-реактив оксил $>120 \text{ мг/л}$; шок (систолик АҚБ $<90 \text{ мм.с.м.уст.}$), нафас етишмовчилиги ($\text{PO}_2 < 60 \text{ мм.с.м.уст.}$); буйрак етишмовчилиги (олигоанурия, креатинин $>177 \text{ мкмоль/л}$); жигар етишмовчилиги (гиперферментемия); церебрал етишмовчилик (делирий, сопор, кома); ошқозон ичакдан қон кетиши (500 мл/сутка) коагулопатия (тромбоцит $<100 \times 10^9/\text{л}$, фибриноген $<1,0 \text{ г/л}$).

Асептик деструктив асоратлар даврида клиник белгилардан ташқари (инфильтрат ва иситма) қуйидагилар билан характерланади:

1. Лаборатор белгилар: прокальцитонин >10 ва С-реактив оксил $>120 \text{ г/л}$, лимфопения, ЭЧТ ошиши, фибриноген концентрациясининг ошиши.
2. Яллиғланиш ўчоғида асептик деструкциянинг УТ белгилари (ошқозон ости беши ўлчами катталашганлигининг сақланиши, контурларининг нотўғрилиги, парапанкретик ва қорин орқа клетчаткасида суюқликнинг тўпланиши).
3. Асептик деструкция даврида мониторинг қуйидагиларга асосланади: клиник-лаборатор кўрсаткичларининг динамикаси, оғирлик даражасини динамик баҳолаш ва SAPS, APACHE II, SOFA системасида башоратлаш, оғирлик даражасини Balthazar бўйича КТ-индекси ва қайта УТТ натижалари.

Натижалари:

Касалликнинг иккинчи ва учинчи хафтаси охирида кўпчилик касалларда аксарият ҳолларда панкреонекрознинг қуйида келтирилган тўртта натижасидан биттаси учрайди:

1) Кам ўчоқли шаклида – инфильтратнинг сўрилиши, маҳаллий ва систем яллиғланишга жавоб синдроми белгиларининг редукцияси кузатилади.

2) Катта ўчоқли шаклларида - асептик секвестрациядан киста ва кисталар ҳосил бўлади. Шунингдек сақланиб турувчи гиперамилаземия фонида беморнинг ахволи яхшиланади, систем яллиғланишга жавоб синдромининг кўринишлари сусаяди.

3) Тарқалган шаклларида - панкреатоген деструкция ўчоғида аниқ бир чегара ва ўлчамга эга бўлмаган кўплаб суюқлик тўпланиш ўчоқлари ва йирик инфильтратив ўчоқлар пайдо бўлади. Маҳаллий белгилар сақланиб туради (катта ўлчамли инфильтрат), систем яллиғланишга жавоб синдроми белгилари эса максимал кўринишда намоён бўлади.

Тарқалган шаклдаги панкреонекрозда панкреатоген деструкцияни инфицирланиш ўчоқларини УТТ ва КТ назорати остида ингичка игнали аспирация ёрдамида мониторинг қилиш, аспиратни бактериологик ва бактериоскопик текшириш муҳим. Манфий натижада ва сақланиб турувчи систем яллиғланишга жавоб синдромида ингичка игнали аспирацияни ҳар 2-3 кунда такрорлаш лозим.

4) Панкреатоген деструкция ўчоқларини инфицирланиши (йирингли асоратларнинг ривожланиши).

Йирингли асоратлар даврининг диагностикаси (секвестрация ва йирингли асоратлар фазаси).

Панкреатоген деструкция ўчоғини инфицирланиши, ўртача ҳисобда, касаллик бошланганидан кейин 2-3-хафталарининг охирида ривожланади. Лекин беморни кеч мурожат қилиши, нотўғри даволаш ёки жуда эрта ва шошиб бажарилган операция натижасида панкреонекроз ўчоқларини инфицирланиши ва йирингли деструктив асоратлар эртароқ ривожланиши мумкин, асептик деструкция даврисиз. Шунинг учун инфицирланишни ўз вақтида диагностика қилиш ва панкреатоген инфекцияни клинко-морфологик шаклини аниқлаш муҳимдир. Бу даврда оғир кечувчи панкреатитни асосий клинко-морфологик кўринишлари бўлиб, панкреатоген инфекцияни уч хил ривожланиш вариантларини: панкреатоген абсцесс, инфицирланган ўткир псевдокиста ва инфицирланган панкреанекроз ёки уларнинг бирга учрашини келтиришимиз мумкин.

Инфицирланган псевдокиста-оғир панкреатитни кеч асорати сифатида намоён бўлади, одатда касалликнинг 4-6-хафталаридан кейин бошланади. Бу ошқозон ости беши соҳасида тўпланган маҳаллий инфицирланган суюқлик, абсцессга ўхшаш, лекин грануляцион вал йўқлиги билан фарқланади.

Панкреатоген абсцесс-панкреатитнинг сўнги асорати сифатида пайдо бўлади, одатда касалликнинг 4-6-хафталаридан кейин бошланади. Кўпинча жараён некроз ўчоғининг емирилиши ва инфицирланиши натижасида унда суюқлик пайдо бўлиши билан шаклланади. Абсцесс сумкаланган йиринг

тўпланиши билан намоён бўлиб, таркибида оз миқдорда некрозга учраган тўқима сақлайди. Бизда ва қорин парда орти клетчаткасида некротик ўзгариш минимал даражада.

Инфицирланган панкреонекроз-ошқозон ости безида ва перипанкреатик ёғ тўқимасида некрозга учраган тўқимани диффуз бактериал яллиғланиши. Кўп ҳолларда оғир панкреатитни 2-фазасида ривожланади, лекин массив зарарланишда касалликни эрта даврларида ривожланиши мумкин (касалликни 5-10 кунларида).

Йирингли-деструктив асоратларининг диагностик мезонлари:

1. Йирингли ўчоқ мавжудлигини клиник-лаборатор кўрсаткичлари: касаллик бошланишидан 10-14-кунларида систем яллиғланишга жавоб синдроми клиник-лаборатор кўрсаткичларини кўтарилиши (С-реактив оқсил ва прокальцитонин); SAPS, APACHE II, SOFA динамик баҳолаш бўйича беморни умумий аҳолини ёмонлашиши.
2. Инфицирланишни инструментал критерийлари: КТ даги инфицирланишни белгилари (кузатиш даврида суюқликли ҳосилаларни кўпайиши ва /ёки газ пуфакчаларини мавжудлиги) ва/ёки ингичка игнали пункция ёрдамида олинган бактериоскопияни мусбат натижалари.
3. APACHE II шкаласи бўйича умумий аҳолини, MODS ёки SOFA шкаласи бўйича ички аъзолар дисфункциясини ва эндотоксикоз даражасини динамик баҳолаш.
4. С-реактив оқсил ва прокальцитонин миқдори.

Даволаш:

Ўткир панкреатитни енгил (шишли) формасини даволаш.

Базис терапия.

1. Очлик (2-3 кун);
2. Ошқозонни зондлаш ва аспирацияси;
3. Беморни ёши, вазнини инобатга олган ҳолда инфузион терапия 30-60 мл/кг/с;
4. Оғриқсизлантириш: ностероид яллиғланишга қарши воситалар;
5. Спазмолитиклар;
6. Протеаза ингибиторлари ёки антифермент воситалар (октреотид, соматостатин);
7. H₂-блокаторлари, протонли помпа ингибиторлари.

Ўткир панкреатитни ўрта ва оғир формаларини даволаш

Базис терапия +

1. Йирингли асоратларни олдини олиш:
 - II-III авлод фторхинолонлари
 - III-IV авлод цефалоспоринлари + метронидазол
 - Карбапенемлар
 - Иммуностимуляция
2. Детоксикация

1. Инфузион терапия
2. Экстракорпорал усуллар (APACHE II бўйича >15 балл)
 - а) плазмаферез, эксфузия хажми 1 литрдан кам бўмаслиги керак
 - б) давомий гемофильтрация
3. ЭГДФС да Трейтц бойламига назогастрал зонд қўйилади, зонд орқали энтерал лаваж ва энтеросорбция қилинади.
4. Лапароскопик усулда қорин бўшлиғи ва чарви халталари ювилади ва суюқликлар эвакуация қилинади.

Динамик ичак тутилишларида ва қорин бўшлиғи гипертензиясида:

- а) эпидурал блокада Th7-9 (ропивокаин 0,2%, 6-10 мл/соат доимо)
 - б) антихолинэстераз препаратлар (неостигмин метилсульфат, дистигмин бромид) 1-2 мл дан 2-3 махал
 - в) ичак лаважи: 100-200мл вазелин мойи, физ. эритма ва глюкоза 10% + хилак форте 100 мл. 1-суткада 500 мл (50 мл/соат тезлик б/н), 2-суткада 1000 мл (100 мл/соат тезлик б/н), 3-суткада – 1500 мл (150 мл/соат тезлик б/н) юборилади
 - г) ичак лаважидан 2-3 соатдан кейин аминокислоталар
 - д) пребиотиклар: хилак-форте, лактулоза, панкреатин, мебеверин
 - е) энтеросорбентлар: метилкремний кислотаси (энтеросгель), пектинлар, энтеродез
 - ж) тозаловчи ва гипертоник хуқналар 1-2 махал/кунига.
 - з) физиотерапевтик муолажалар (магнитотерапия)
1. Жигар химояси: гепатопротекторлар в/и га.
 2. Буйрак химояси: аминокислотали эритмалар–500мл/кунига, гемодинамикани адекват тиклаш, сорбитол 1,5 г/кг/кунига, оксил препаратлари (100-200 мл 10% эритма);
 3. Мия химояси, энцефалопатия профилактикаси: кислород, антигипоксантилар (аскорбин кислота), токоферол ацетат (витамин Е), антиоксидантлар в/и 3 махал/кунига, хужайра метаболитлари (актовегин, солкосерил, реамберин), янтавитлар, цитохром, цитомак), стероид гормонлар (преднизолон 60 мг/кунига, дексаметазон 8 мг/кунига);
 4. Марказий гемодинамика химоясига;
 5. Респиратор бузилишлар профилактикаси: сурфактант, простагландинлар, кислород, небулайзер терапия, пневмония профилактика, экссудатив плеврит назорати ва давоси, ўз вақтида сунъий ўпка вентилляцияси, қорин ичи босимини камайтириш;
 6. Гипоксияни коррекциялаш, микроциркуляцияни яхшилаш, тромбоземболик асоратлар ва ДВС–синдромини камайтириш учун (дастлабки 7-10 кунлар давомида) фаол реологик ва антикоагулянт терапия: реополиглюкин 400 мл + гепарин 5 минг бирлик, никотин кислота 4-6 мл, трентал 5-10 мл в/и га 1махал/кунига; гепарин 2,5-5 минг бирлик т/о га 3-4 махал/кунига. Паст молекулали гепаринлар:
 - а) надропарин кальций 0,3мл 2 махал/кунига

- б) антиоксидантлар: реамберин, аскорбин кислота.
7. Оғир ва айниқса инфицирланган панкреонекрозда иммунотерапия.
- а) иммуностимуляция: полиоксидоний (600 мкг м/о №10), аминодигидрофталазиндион натрий (галавит).
- б) кўплаб аъзолар етишмовчилигида, панкреатоген сепсисда иммун ўринбосар терапия: иммуноглобулинлар, гипериммун плазма, пентаглобин ва бошқалар.
- в) Лимфопения ва лейкопенияда цитокинли терапия: ронколейкин 250000-1000000 БИРЛИК, 2-5 маротаба юборилади.
8. Энергетик балансни тутиб туриш учун:
- а) Аминокислоталарни вена ичига юбориш: аминостерил, инфезол, ва бошқа оксил препаратлари.
- б) ёғли эмульсия: липофундин, интралипид.
9. Ҳужайра мембранаси ва ажратилган оксидловчи стресслардан химоя:
- а) антиоксидантлар: этилметилгидроскипиридин сукцинат (мексидол), токоферол ацетат (витамин Е), аллопуринол, супероксиддисмутаза ва бошқ.
- б) гистопротекция–аскорбин кислота, токоферол, цитофлавин (10 мл + 200 мл физ. эритма 1,5-2 соат давомида), цитохром, цитомак;
- в) стероид гормонлар: преднизолон 60-120 мг/кунига, дексаметазон 8-16 мг/кунига;
- г) ичакларда пассажни эрта тиклаш.
10. Энтероцитларни химоялаш, ичак етишмовчилиги синдромини ва микроблар транслокациясининг профилактикаси. Ичаклар лаважи ва озиқали химоя учун оч ичакнинг бошланғич қисмига эзофагогастродуоденоскопия муолажасида бурун орқали зонд қўйиш.

Жаррохлик даволаш усуллари:

1. Стерил панкреонекроз ва ферментатив перитонит ва оментобурситда – лапароскопик санациялаш ва қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш;
2. Чегараланган суюқлик ҳосилалари ва инфицирланган панкреонекрозда 10-14 ва ундан кўп кун ўтгач касаллик бошланиши билан йиринг ўчоқлари, абсцесс ва флегмоналар УТ текшируви остида пункцион усулда дренажлаш ёки кичик кириш йўли очиш: оментобурсостомия, люмботомия, адекват дренажлаш ва вакуум-аспиратор билан икки томони очик йўл орқали диализлаш (икки томони очик йўғон силикон найчалар билан);
3. Антибактериал сувда эрувчан мазлар билан йирингли ўчоқлар ва некрсеквестрэктомларни режали санациялаш;
4. Тарқалган йирингли перитонит, аррозив қон кетишлар, бўшлиқли аъзолар перфорациясида лапаротомия қилиш;
5. Ўткир яралар перфорациясида–назоэнтерал интубация билан тикиш ёки бирламчи анастомозлар қўйиб, анастомозларни клейли композициялар (фибринли клей, тахокомб) билан ишлов бериш;

6. Арозив қон кетишларда: йўғон иплар билан тикиш ва босувчи тампонлаш;
7. Чамбар ичакнинг некрози ва перфорациясида: колостома қўйиб тежамли резекция қилиш ва назоэнтерал интубация;
8. Билиар панкреатитда қўшимча текширувлар ўтказиш зарур:
 - а) Эндоскопик папиллосфинктеротомия – ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичида ва умумий ўт йўлининг терминал қисмида тош тутилиб қолганда, йирингли холангитда назобилиар дренажлаш билан;
 - б) УТТ назоратида холецистостомия – лапароскопик ёки кичик кириш йўли билан, билиар гипертензияда дренажлаш кўрсатма бўйича, умумий холати стабиллашгандан кейин (3-5-кунлар) холецистэктомия ва холедохолитотомия қилинади.

Қўлланилган адабиётлар:

- 1.Агзамходжаев С.М., Рахманов Р.К.,Янбаев Т.А. Хирургик касаллар. Т., Ибн Сино, 1999.
- 2.Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар Т 2005й
- 3.Хирургические болезни (Под ред. М.И.Кузина, учеб.лит.для студ.медвузов, - М.,Мед, 2006, -779с.
4. Петров С.В. Общая хирургия : Учебное пособие –М.:ГЕОТАР – Медиа, 2007-767с.
- 5.Частная хирургия. Учебник для медицинских Вузов. Под.ред.Шевченко Ю.Л. Санкт-Петербург.1998. 478 с. (в 2-х томах).
- 6.Томнюк Н.Д., Рябков И.Л., Давыдов Е.И. Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии и ранние повторные операции. Успехи сов. Естествознания. 2008: №2, 32-35.

Электрон адабиётлар:

- 7.Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.С компакт-диском в 2-х томах, -М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
8. Бойко В.В., Криворучко И.А., В.Н. Лесовой, Замятин П.Н., В.П.Полевой, Ю.С.Паращук, Н.Н.Березка, С.Н.Тесленко. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.-Харьков-Черновцы,2009.-514с.

Интернет сайтлар:

- <http://www.moodle.sammi.uz>
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.doktor.ru>

<http://www.ziyonet.uz>