

O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI.

Qurbonov Nizom Azizovich, Khidirov Muzaffar Sultonnazarovich, Xushbakov Nizom Zoirovich, Xasanova Maftuna Eshpo'latovna

*- Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand sh.
-RShTYoIM Samarqand filiali, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand sh.*

Abstrakt. O'tkir pankreatit muammosining hozirgi holatiga bag'ishlangan ma'ruza. Kasallikning patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va davolash tamoyillari ko'rib chiqiladi. Kasallikning kechishi va og'irligiga qarab, pankreatik nekrozni konservativ va jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalarga alohida e'tibor beriladi. Ta'kidlanishicha, bezdagi o'tkir yallig'lanish jarayonining yengilligi oshqozon osti bezining to'liq tiklanishi va morfologik tiklanishini anglatmaydi. Qoida tariqasida, o'tkazilgan pankreatik nekrozlar surunkali pankreatitning rivojlanishiga olib keladi, shuning uchun kasalxonadan chiqqandan keyin bemorlar bez va to'qimalar trofizmini tiklashga qaratilgan uzoq muddatli reabilitatsiya davolashdan o'tadilar.

Kalit so'zlar: me'da osti bezi nekrozi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Pankreatit - bu oshqozon osti bezi to'qimalarida yallig'lanishning rivojlanishi bilan tavsiflangan kasallik. Kursning tabiatiga ko'ra, pankreatit o'tkir va surunkali bo'linadi. O'tkir pankreatit jarrohlik shifoxonasida davolanishni talab qiladigan o'tkir qorin kasalliklari orasida uchinchi o'rinda turadi. Birinchi va ikkinchi o'rinlarni o'tkir appenditsit va xoletsistit egallaydi. Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, har yili million kishidan 200 dan 800 gacha odam o'tkir pankreatit bilan kasallanadi. Bu kasallik erkaklarda ko'proq uchraydi. Bemorlarning yoshi juda katta farq qiladi va pankreatitning sabablariga bog'liq. Spirtli ichimliklarni suviste'mol qilish fonida o'tkir pankreatit o'rtacha 38 yoshda sodir bo'ladi va xolelitiyaz bilan bog'liq pankreatitda bemorlarning o'rtacha yoshi 68 yoshni tashkil qiladi. [54,41,52]

So'nggi o'n yilliklarda o'tkir pankreatit shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohligi amaliyotida etakchi o'rinni egallay boshladi, tez-tez faqat o'tkir appenditsitga o'tadi [8, 10, 14]. Ammo biz hali uning davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilay olmadik. Siz yuqori o'limga olib keladigan asosiy va eng tipik sabablarni sanab o'tishingiz mumkin, bemorlarning asoratlari va nogironligi, ushbu kasallikni davolashda sezilarli taraqqiyotga to'sqinlik qiladi:

- nekrotik pankreatitni o'z vaqtida aniqlamaslik;
- kasallikning og'irligini, uning prognozini o'z vaqtida baholamaslik va adekvat intensiv terapiyani o'z vaqtida boshlamaslik;

- diagnostik xatolar yoki bemorning ahvolining tobora yomonlashishi tufayli erta jarrohlik aralashuvlarning yuqori chastotasi;
- detoksifikatsiya va antibakterial terapiyaning noadekvat usullaridan foydalanish;
- yallig'lanishga tizimli javob va yiringli jarayonni farqlashda qiyinchilik;
- yiringli asoratlarni kech aniqlash;
- minimal invaziv drenaj usullaridan cheklangan foydalanish;
- rejalashtirilgan sanitariya relaparotomiyalarining etarli chastotasi;

pankreatik nekrozga uchragan bemorlarni rehabilitatsiya qilish tizimining yo'qligi. Patogenezi va klinikasi 1992 yilda o'tkir pankreatit muammosi bo'yicha mutaxassislar guruhi Atlantada (AQSh) hozirgi kunda mamlakatimizda tan olingan o'tkir pankreatitning tasnifini qabul qildi. U shish va nekrotik pankreatitni o'z ichiga oladi [8, 23]. Nekrotik pankreatit aseptik va infeksiyalangan bo'lishi mumkin. Infeksiyalangan pankreatik nekrozlar yiringli pankreatit, retroperitoneal flegmona sifatida namoyon bo'lishi mumkin. O'tkir kasallik natijasida psevdokista yoki xo'ppoz shakllanishi mumkin. Eng tez-tez uchraydigan va engil shaklda shish (interstitsial) o'tkir pankreatit bilan ferment faollashuvi darajasi va ularning tizimli ta'siri past bo'ladi [18, 23]. Makroskopik jihatdan bez parenximasi shishishi, lobulyatsiya va aniq chegaralarning yo'qolishi, bitta yog'li nekroz va mayda qon ketishlar paydo bo'lishi, omental qopda esa oz miqdorda seroz-gemorragik suyuqlik qayd etilishi mumkin. Bunday o'zgarishlar ko'pincha noto'g'ri tarzda o'choqli pankreatik nekroz deb hisoblanadi. Pankreatik nekroz bilan makroskopik rasm yanada yorqinroq bo'ladi. Yallig'lanish shishi tufayli oshqozon osti bezi odatda keskin kattalashadi va aniq qalinlashadi, yog'li nekrozning ko'p va birlashuvchi qismlari mavjud. Bez yuzasi va hatto uning atrofidagi to'qimalar, ingichka va yo'g'on ichak tutqichining ildizi aniq chegaralarsiz gemorragik imbibitsiyaga ega bo'lishi mumkin, ko'pincha qora rangda (proteolitik fermentlarning qon tarkibiy qismlariga ta'siri) [24]. Shuni ta'kidlash kerakki, retroperitoneal gemorragik imbibitsiya mavjud bo'lganda, ko'pincha nekrozning lokalizatsiyasi va tarqalishini aniqlash deyarli mumkin emas va o'zgartirilgan qorin parda va uning atrofidagi hujayrali to'qimalar ostida kamroq temir joylashishi mumkin. Shuning uchun faqat vizual baholash asosida bezning zararlanish ko'lami haqidagi xulosa ko'pincha haqiqatga mos kelmaydi. Deyarli barcha hollarda oshqozon osti bezi nekrozi qorin bo'shlig'i va uning organlarida sezilarli o'zgarishlar bilan birga keladi [18]. Qorin bo'shlig'ida yuqori darajadagi oshqozon osti bezi fermentlarini o'z ichiga olgan seroz, seroz-gemorragik yoki to'yingan gemorragik suyuqlik 500 dan 3000 ml gacha bo'lishi mumkin. Parietal va vitseral qorin pardasi zerikarli, yorqin giperemik, ko'p va qo'shilgan yog'li nekroz va qon ketish o'choqlari tutqich va omentumda paydo bo'ladi [24]. Qoida

tariqasida, retroperitoneal to'qimalarning keng seroz yoki gemorragik imbibisiyasi mavjud. Ingichka va yo'g'on ichakning halqalari kengayadi, sekin peristaltizatsiyalanadi. O't pufagi odatda kengayadi va yomon bo'shatiladi. Pankreatik nekroz bilan oshqozon osti bezi fermentlarining (tripsin, lipaza, fosfolipaza A) massiv faollashuvi sodir bo'ladi, bu o'zaro bog'langan mahalliy va umumiy enzymatik reaksiyalar zanjirining paydo bo'lishiga olib keladi. Shunday qilib, oshqozon osti bezi kallikreinning kuchli manbalaridan biridir. Kuchli vazoaktiv xususiyatlarga ega kallikrein-kinin fermenti tizimining faollashishi mikrosirkulyatsiya va qon reologiyasining chuqur buzilishlariga, shuningdek tizimli gemodinamikaga olib keladi [18]. Pankreas tanasi va portal venasi havzasidagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi oshqozon osti bezi va uning atrofidagi to'qimalarda avtolitik va oxir-oqibat nekrotik jarayonning yanada rivojlanishiga olib keladi. Bunga parallel ravishda vazoaktiv va proteolitik fermentlarning tizimli ta'siri deyarli barcha organlarda nekroz o'choqlarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin [24]. Faollashgan oshqozon osti bezi fermentlari va uning avtoliz mahsulotlarining tizimli toksik va zararli ta'siri, birinchi navbatda, hayotiy organlar va tizimlarning o'sib borayotgan disfunktsiyasida namoyon bo'ladi. Markaziy asab tizimi tomonidan pankreatogen deliryumning rivojlanishiga qadar toksik ensefalopatiya hodisalari kuzatiladi. Interstitsial o'pka shishi, o'pka distress sindromi va ekssudativ plevritining rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan nafas etishmovchiligi belgilari mavjud [3, 5, 7]. Gemodinamikaning va yurak-qon tomir tizimining faoliyatining eng erta va eng aniq buzilishlari. Gipovolemiya fonida tizimli va mintaqaviy gemodinamikaning buzilishi, yurak-qon tomir, nafas olish va jigar-buyrak etishmovchiligining klinik va biokimyoviy belgilari rivojlanadi va tez rivojlanadi. Dinamik ichak tutilishining belgilari o'sib bormoqda. Oshqozon-ichak trakti funksiyalarining buzilishi nekroz o'choqlarining endogen infeksiyasining sabablaridan biridir [10, 14]. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, oshqozon osti bezi nekrozi bilan kasallikning birinchi haftasining oxiriga kelib, bemorlarning 40% gacha infeksiyalangan nekroz bor. Kasallikning ikkinchi haftasining oxiriga kelib, nekroz bilan kasallanish chastotasi 80% gacha oshadi [21, 22, 24]. Bu oshqozon osti bezi nekrozining patogenezida eng muhim omil hisoblanadi. Agar avtolizning birlamchi o'choqlari steril bo'lsa, rivojlanish jarayonida ular deyarli muqarrar ravishda infeksiyalanadi va mahalliy yiringli-yallig'lanish asoratlarining manbai bo'ladi [21, 24]. Shu munosabat bilan, oshqozon osti bezi nekrozi paytida ikkita ketma-ket bosqichni ajratib ko'rsatish va kuzatish mumkin: 1-bosqich - gemodinamik va poliorganik buzilishlar bilan fermentativ toksemiya (5-9 kun) va 2-bosqich - post-nekrotik va yiringli asoratlar (7-12 kundan keyin). Klinik ko'rinish va atamalarda bu bosqichlar aniq chegaralarga ega emas va bir-birini to'ldiradi. Tashxis shuni ta'kidlash kerakki, qorin bo'shlig'ini tekshirish va hatto instrumental ma'lumotlarga qo'shimcha ravishda, intoksikatsiyaning eng kichik belgilari va organlarning disfunktsiyasi nekrotik

pankreatitni erta tashxislashda muhim ahamiyatga ega. Pankreatik nekrozning instrumental diagnostikasi va jarayonning dinamikasini baholashda (Baltazar tizimi) ustunlik tomir ichiga bolus kuchaytirilishi bilan kompyuter tomografiyasiga tegishli bo'lib, unda ishemiya zonalarini (nekroz) baholash mumkin. Ultratovush tekshiruvi asosan skrining yoki differentsial diagnostika qiymatiga ega [20]. O'tkir pankreatitning turli shakllarining asosiy makroskopik xususiyatlariga asoslanib, ularning farqlari miqdoriy emas, balki sifat jihatidan farq qilishini ta'kidlash kerak. Shuning uchun, tashxisning dastlabki bosqichlarida o'tkir pankreatit bilan og'rigan bemorlarni ba'zi baholash tizimiga (Ranson, APACHE, SARS, ASA va boshqalar) ko'ra ajratish kerak. Ikki oqim guruhiga engil va og'ir. Yorug'lik, qoida tariqasida, faqat shishgan pankreatitga va og'ir pankreonerozga to'g'ri keladi [8]. O'tkir pankreatitning ma'lum shakllarida simptomlar dinamikasi tubdan farq qiladi. Konservativ davolash jarayonida, faqat shish paydo bo'lishi bilan, allaqachon birinchi kunida og'riq sindromi kamayadi, taxikardiya kamayadi, peritoneal tirnash xususiyati va oshqozon-ichak traktining buzilishi belgilari yo'q. 7-14 kun ichida salomatlik holati, asosiy laboratoriya ko'rsatkichlari deyarli to'liq normallasadi [9, 16]. Edematoz pankreatit deyarli mahalliy yoki tizimli asoratlarning rivojlanishi bilan birga kelmaydi. Kasallikning birinchi bosqichida (6-9 kun) pankreatik nekroz kursi fermentativ toksemiyaning aniq va progressiv belgilari bilan birga keladi, hatto ko'p komponentli intensiv terapiya bilan ham to'xtatish qiyin. Ular chuqur gemodinamik buzilishlar, poliorganik etishmovchilikning namoyon bo'lishi, peritonit belgilarining kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Ro'yxatdagi har qanday asoratlar kasallikning ushbu davrlarida o'limning sababi bo'lishi mumkin. Bu tez-tez shoshilinch jarrohlik aralashuvining ko'rsatkichlaridan biri bo'lib xizmat qiladigan intensiv terapiyaning samarasizligi. Agar oshqozon osti bezi nekrozi bilan og'rigan bemorlarning ahvolini barqarorlashtirish mumkin bo'lsa, ularning deyarli 80 foizi kasallikning ikkinchi haftasining oxiriga kelib, bez va uning atrofidagi to'qimalarda nekroz o'choqlarining endogen infeksiyasi allaqachon sodir bo'ladi. Yiringli-yallig'lanish jarayoni kuchayib, intoksikatsiya belgilari birinchi o'ringa chiqadi [10, 21]. Bu og'riq sindromining kuchayishi, taxikardiyaning kuchayishi, gipertermiya ko'rinishi, ko'pincha oshqozondan evakuatsiya qilishning buzilishi va epigastral mintaqada yallig'lanish infiltratining shakllanishi bilan namoyon bo'ladi. O'tkir pankreatit shaklini tashxislashda, kompyuter tomografiyasi va ultratovush tekshiruvidan tashqari, ko'pincha laparoskopiyaga ehtiyoj seziladi, bunda qorin bo'shlig'ini drenajlash ham mumkin. Pankreatik nekroz dinamikasini baholash va infeksiyani erta aniqlashda bezning C-peptid va ingichka igna biopsiyasini aniqlash muhim rol o'ynaydi. Pankreatik nekrozga uchragan bemorlar dastlab intensiv terapiya bo'limida davolanish va tananing asosiy funksiyalarini nazorat qilishlari kerak. Davolash o'tkir pankreatitni davolash faqat shifoxonada o'tkazilishi kerak. Terapiya hajmi va ishlatiladigan vositalar kasallikning turli shakllarida farqlanadi.

Umumiy printsiplari oshqozon osti beziga jarrohlik aralashuvlardan maksimal darajada voz kechish, og'riqni to'liq bartaraf etish, organning funktsional dam olishini yaratish, sekretiyanini bostirish, intraduktal gipertenziyanini kamaytirish, suyuqlik yo'qotilishini almashtirish. Yo'q-faollashtirilgan me'da osti bezi fermentlarini zararsizlantirish va toksik mahsulotlarni yo'q qilish, muhim organlar va tizimlar faoliyatini ta'minlash, shuningdek yiringli-yallig'lanish asoratlarning oldini olish [1, 2]. Konservativ terapiya samaradorligining eng muhim sharti uning oldindan ko'rish xususiyati, asosiy tizimli va mahalliy asoratlarning oldini olishdir. Ushbu vazifalarning har biri bir nechta yechimlarga ega bo'lishi mumkin: 1. Og'riqni yo'qotish. Jigarining paranefriya yoki yumaloq boylamini novokain blokadasini, promedolning 2% eritmasini mushak ichiga yoki tomir ichiga yuborish, epidural blokada, glyukoza-novokain aralashmasini tomir ichiga yuborish [2, 4]; 2. Oshqozon osti bezining funktsional dam olishi. Ochlik, doimiy nazogastral aspiratsiya, gistamin retseptorlarining H₂-blokerlarini parenteral yuborish [7, 12, 13]; 3. Organning tashqi sekretiyanini bostirish. Hozirgi vaqtda eng samarali vosita 50-100 mg dozada teri ostiga har 6 soatda buyuriladigan oktreatid (sandostatin) hisoblanadi. Fermentlar sintezining pasayishiga 5-7 kun davomida 5 ml/kg dozada 5-ftorurasil (ftorofur) yordam beradi [10, 11]. 4. Intraduktal gipertenziyaning kamayishi. Antispazmodiklar buyuriladi va agar texnik jihatdan iloji bo'lsa, bez sekretiyanini aspiratsiya qilish uchun Virsung kanalining kanulyatsiyasi o'tkaziladi [17]. 5. Yo'qotishlarni qoplash va suyuqliklar va elektrolitlar uchun tabiiy ehtiyojlarni ta'minlash. Izotonik eritmalarining massiv infuzioni amalga oshiriladi. Infuziya hajmini markaziy venoz bosim, yurak chiqishi, gematokrit, diurez qiymatiga qarab tartibga solish juda muhimdir [19]. Pankreatik nekroz bilan infuzionning kunlik hajmi besh yoki undan ortiq litr bo'lishi kerak. Volemik va gemodinamik ko'rsatkichlarni saqlab turish uchun izotonik eritmalar oqsil eritmalarini, yuqori onkotik xususiyatlarga ega dorilar va reologik faol dorilar bilan birlashtiriladi [9]. 6. Tizimli fermentemiyaga qarshi kurash. Majburiy diurez, proteaz ingibitorlari (kontrikal, gordoks) infuzioni orqali erishiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu dori-darmonlarni tayinlash faqat oshqozon osti bezi nekrozi, og'ir gemodinamik, gemoreologik va qon ivishining buzilishi holatlarida oqlanadi [4]. Ushbu dorilar oshqozon osti bezidagi jarayonga ta'sir qilmaydi. 7. Yiringli asoratlarning oldini olish. Keng spektrli antibiotiklar kokkal, klostridial bo'lmagan va anaerob floraga ta'sir qiluvchi parenteral tarzda qo'llaniladi [21]. Nekroz o'choqlarining enterogen bakterial ifloslanishining yiringli asoratlari rivojlanishidagi eng muhim rolni hisobga olgan holda, oshqozon-ichak traktining funktsiyalarini erta tiklashga harakat qilish kerak [15]. Shuning uchun, ichak motorikasini dori bilan rag'batlantirishdan tashqari, 4-5 kundan boshlab nazoentral naycha bilan ovqatlanishni boshlash maqsadga muvofiqdir. Amalga oshirilgan terapiya miqdori shishgan pankreatit va pankreatik nekroz bilan sezilarli darajada farq qiladi. Tizimli buzilishlar xos bo'lmagan shishgan pankreatit bilan

konservativ terapiyaning asosiy komponentlari og'riqni yo'qotish va oshqozon osti bezining funktsional dam olishini yaratishdir [5]. Intravenoz infuzion terapiyaning hajmi va tuzilishi gipovolemiya, gemodinamik buzilishlarning oldini olish va tananing suyuqlik va elektrolitlarga bo'lgan tabiiy ehtiyojlarini qoplash masalalari asosida aniqlanadi. Odatda 1,5-2 litr izotonik eritmalar talab qilinadi. Ushbu manipulyatsiyalar oshqozon osti bezi parenximasining interstitsial siqilishini, shuningdek, retroperitoneal hujayra bo'shliqlari orqali fermentativ jarayonning tarqalishini biroz kamaytiradi. Biroq, ko'pincha kasallikning boshlanishidan boshlab dastlabki bosqichlarda bunday aralashuvlar samarasiz bo'lib, bemorning ahvolini og'irlashtiradi. Yiringli yallig'lanishning klinik belgilari, yiringli o'choqqa laboratoriya va instrumental ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, jarrohlik davolash to'liq oqlanadi [22, 24]. Kasallikning dastlabki bosqichlarida jarrohlik aralashuvning muhim qoidasi nekroz o'choqlarining infeksiyasiga va yiringli jarayonning rivojlanishiga hissa qo'shadigan tamponlardan foydalanishdan bosh tortishi kerak. Kasallikning ikkinchi bosqichida operatsiyaning asosiy maqsadi nekroz o'choqlarini yoki erkin joylashgan to'qimalar sekvestrlarini olib tashlashdir. Ushbu aralashuvlar davomida to'qimalar nekrozining rivojlanishining barcha mumkin bo'lgan joylarini to'liq qayta ko'rib chiqish kerak [6, 15]. Bu nafaqat oshqozon osti bezi va uni o'rab turgan tolalar, balki tutqich ildizi mintaqasidagi retroperitoneal tolalar, ko'tarilgan va tushadigan yo'g'on ichak bo'ylab hujayra bo'shliqlari. Bunday imkoniyatni faqat keng laparotomiya (ko'ndalang yoki medial) beradi. Bez to'qimalari va uning atrofidagi tolalarni sekvestrlashda jarrohlik aralashuvlar kamdan-kam hollarda bitta ko'rsatkich bilan to'liq ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun nekrotik to'qimalarni olib tashlash ko'pincha kamida 4-5 yoki undan ko'p marta 3 martalik interval bilan amalga oshirilishi kerak. 4 kun. Agar jarayon faqat to'lg'azish sumkasi sohasida lokalizatsiya qilingan bo'lsa, unda shakllangan omentobursostomiya orqali bosqichli nekroz sekstrektomiyasi amalga oshirilishi mumkin. Bunday operatsiya silikon drenajlar bilan nekroz zonasida tashqi drenaj bilan yakunlanadi va doka tamponlar juda kamdan-kam hollarda qo'llanilishi mumkin. Kichik omentum va oshqozon osti bezi bo'shlig'ini keyingi qayta ko'rib chiqish uchun omentobursostomiya mavjud bo'lganda, laparoskopik usul ham keng qo'llaniladi. So'nggi yillarda u keng tarqalgan bo'lib, uning past jarohati tufayli katta terapevtik ta'sir ultratovush ostida yiringli jarayon davomida suyuqlikni olib tashlash (uni mikroflorani tekshirish bilan) yoki drenajlash uchun perkutan punktsiyon usuli hisoblanadi. Ko'pincha bu usul jarrohlik aralashuvidan qochish imkonini beradi. Biroq, aseptik yoki yiringli suyuqlikni to'plash markazida bir nechta sekvestrlarning mavjudligi ko'pincha an'anaviy operatsiyani talab qiladi. Murakkabliklar kursning barcha bosqichlarida o'tkir pankreatit umumiy va mahalliy asoratlari bilan birga bo'lishi mumkin. Odatda keng tarqalgan asoratlarga toksik ensefalopatiya, eksudatsion plevriti va o'pka distress sindromi, o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi, jigar va buyrak etishmovchiligi kiradi. Ko'p yoki

kamroq darajada, o'tkir pankreatit bilan, barcha organlarning disfunktsiyasi kuzatiladi, ammo faqat og'ir shakllarda poliorganik etishmovchilik haqida gapirish mumkin. Pankreatik nekroz kursi, qoida tariqasida, epigastral mintaqada infiltrat hosil bo'lish bosqichidan o'tadi, bu qorin bo'shlig'ining yuqori qavatidagi omental qopdagi ligamentli-hujayrali shakllanishlarning shishishi bilan bog'liq. Infektsion sodir bo'lmasa yoki uni konservativ davo bilan oldini olish mumkin bo'lsa, infiltrat iza yo'qolishi mumkin. Infektsiyalanganida yiringli omentobursit rivojlanadi va ko'pincha omental sumkaning xo'ppozi hosil bo'ladi. Infektsiyalangan pankreatik nekrozning eng tipik ko'rinishi retroperitoneal flegmona bo'lib, u hujayrali bo'shliqlar orqali kichik tos suyagigacha tarqalishi mumkin. Mezenteriya ildizi va ikkala parakolik bo'shliqda tolaning yiringli erishi mavjud. Ushbu og'ir asorat tez progressiv intoksikatsiya belgilari, organlarning disfunktsiyasining kuchayishi bilan birga keladi va odatda kasallikning kech bosqichlarida o'limning asosiy sabablaridan biridir. Shuning uchun, fermentativ toksemiya bosqichida vaqtincha barqarorlashtirgandan so'ng, davlatning qayta-qayta yomonlashishi belgilari har doim yiringli asoratlarning rivojlanishini ko'rsatishi kerak. Yiringli intoksikatsiyaning klinik belgilarining paydo bo'lishi va intensiv terapiya fonida bemorlarning og'ir ahvoli saqlanib qolishi jarrohlik aralashuvning shartsiz ko'rsatkichi sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Uning mohiyati bezni va barcha retroperitoneal hujayrali bo'shliqlarni majburiy qayta ko'rib chiqish, nekrotik va sekvestr to'qimalarni maksimal darajada olib tashlash va qorin old va lateral devorlarida alohida kesmalar orqali ularning joylashish zonalarini drenajlashda yotadi. Ammo o'z-o'zidan bu protsedura sust yiringli-yallig'lanish jarayonini to'xtata olmaydi. Shu sababli, retroperitoneal soxaning keng nekrozi bilan kasallangan pankreatik nekrozni davolashda bir yoki ikkita sanatsiya laparotomiyasi bilan uni davolash deyarli mumkin emasligini ta'kidlash kerak. Pankreatik nekrozning og'ir asoratlardan biri oshqozon osti bezi yaqinida joylashgan tomirlardan taloq, tutqich, gastrokolik ligament tomirlaridan aroziv qon ketishi bo'lishi mumkin. Ko'pincha, bu asorat jarrohlik aralashuvlar, nekroz sekvestrektomiyadan keyin sodir bo'ladi. Aroziv qon ketishni davolashda kamdan-kam hollarda qon ketish manbai hududini samarali qattiq tamponada qo'llash mumkin. Zararlangan tomirni topish va bog'lash uchun harakat qilish kerak. Qon tomirlarining tiqilib qolishining endovaskulyar usullari bilan aroziv qon ketish muvaffaqiyatli bartaraf etilishi mumkin. Pankreatik to'qimalarning nekrozi va bu hududlarni mustaqil yoki operativ ravishda rad etish ko'p hollarda muqarrar ravishda drenaj kanallari bo'ylab tashqi pankreatik oqmalarning shakllanishiga olib keladi. Kechiktirilgan jarrohlik aralashuvlar yoki nekroz-sekvestrektomiya zonalarining etarli darajada drenajlanmaganligi bilan oshqozon-ichak trakti, qorin bo'shlig'i yoki plevra bo'shlig'i va hatto taloq bilan ichki oqmalar paydo bo'lishi mumkin [5]. Konservativ va operativ davolanishdan so'ng oshqozon osti bezida o'tkir yallig'lanish jarayonini klinik va laboratoriya belgilariga ko'ra to'xtatish

oshqozonning to'liq tiklanishi va morfologik yengilligini anglatmaydi. Pankreatik nekrozga uchraganidan keyin bir necha oy ichida oshqozon osti bezi yaqinida yoki uning parenximasida psevdokistlar va hatto xo'ppozlar rivojlanishi mumkin [25, 26]. Ularni davolash ko'p hollarda konservativ choralar (antibakterial, nonspesifik yallig'lanishga qarshi terapiya, fizioterapiya) bilan amalga oshiriladi. 5 sm dan katta kistalar bilan, ko'pincha ularni teri orqali ponksiyon qilish usulini qo'llash kerak, va zich shakllangan devorlar bilan, oshqozon osti bezi nekrozidan 3-4 oy o'tgach, odatda operatsiya kistaning ichki drenaji orqali amalga oshiriladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
2. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
3. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
4. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
5. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
6. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
7. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
9. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. Suppl. ry 2. – С. 1931-1939.

10. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
11. Fayozza E., Shokhrom I., Azizovich K. N. USE OF NEW METHODS IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 266-275.
12. QURBONOV N. A. et al. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 1927-1932.
13. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ ПРАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
14. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
15. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
16. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
17. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
18. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
19. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
20. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA //INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.
21. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.

- 22.Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
- 23.Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальнахірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
- 24.Курбонов Н. А. и др. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙМЕДИЦИНСКИЙЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
- 25.Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
- 26.Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
- 27.Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
- 28.Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
- 29.КурбоновН., ДавлатовС., Амонов М. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome //Журналвестникврача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 158-161.
- 30.Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
- 31.Рузиев, Э., Хамраев, Х., Курбанова, Н., Сабиров, Б., Абдуллаев, У., Эгамов, Б., ... & Курбонов, Н. Все статьи-Эндокринология и метаболизм. Морфология, 65(68), 23.
- 32.Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
- 33.Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
- 34.Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-

- кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.
- 35.Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 252-257.
- 36.Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 276-286.
- 37.Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 238-251.
- 38.Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 258-265.
- 39.Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.
- 40.Янгиев Б. А., Курбонов Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 59-65.