

## PANKREATIK KISTALARNI JARROHLIK DAVOLASHDA MINIMAL INVAZIV TEXNOLOGIYALARNING SAMARADORLIGI

Assistent **Polvonniyozov Humoyun G'ayratjon o'g'li**

Assistent **Ortiqboyev Farhod Dilshod o'g'li**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, Uzbekiston

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8288504>

### ARTICLE INFO

Received: 22<sup>th</sup> August 2023

Accepted: 27<sup>th</sup> August 2023

Online: 28<sup>th</sup> August 2023

### KEY WORDS

Surunkali pankreatit, oshqozon osti bezi, oshqozon osti bezi kistasi, psevdokist, minimal invaziv jarrohlik.

### ABSTRACT

*Oshqozon osti bezi kistalarini (PJ) davolashning dolzarbligi pankreatitning ko'payishi, ko'plab asoratlari va o'limning yuqoriligi bilan belgilanadi. So'nggi o'n yilliklarda pankreatitning halokatli shakllarining barqaror o'sishi kuzatildi va shunga mos ravishda oshqozon osti bezi kistalari soni ortdi. 18-68% gacha bo'lgan oshqozon osti bezi kistalari turli xil asoratlarni keltirib chiqaradi (yiringlash, teshilish, qon ketish, ichki va tashqi oqmalar, malign o'smalar), bu o'limning yuqori darajasini belgilaydi - 9,2-53%. Jarrohlik aralashuvining tabiati va ko'lami etiologiyaga, kist va kanal tizimi o'rtasidagi aloqaning mavjudligi yoki yo'qligi va asoratlarning mavjudligiga bog'liq.*

*Oshqozon osti bezining kistli lezyonlarining yuqori tarqalishi, davolashning optimal usulini tanlashning qiyinligi klinik amaliyot uchun qulay, diagnostika va davolash algoritmini yaratishni talab qiladi. Davolash natijalaridan norozilik va ko'plab asoratlari bemorlarni davolashda yangi, oltin standart deb ataladigan narsani izlashga va minimal invaziv va ochiq jarrohlik usullarining haqiqiy o'rnini aniqlashga undaydi.*

**Aktualligi:** So'nggi 5 yil ichida SP tarqalishi 3 baravar oshdi, yosh va mehnatga layoqatli yoshdagi odamlar ko'proq kasal bo'lib, bu bemorlarning 15 foizida nogironlikka olib keladi va korxonalarda hamda butun mamlakatda iqtisodiy xarajatlarga olib keladi. [2].

Me'da osti bezi kistalari shakllanish jarayonida va klinik kechishida 18-68% hollarda turli xil asoratlarni keltirib chiqaradi (yiringlash, teshilish, qon ketish, ichki va tashqi oqmalar, malign o'smalar), bu esa o'limning yuqori ko'rsatkichini belgilaydi - 9,2-53%. [7, 12, 14].

Oshqozon osti bezi kistalari bilan og'rigan bemorlarni davolashning hozirgi bosqichida jarrohlik amaliyotiga minimal invaziv aralashuvlarni joriy etishning umumiy tendentsiyasi mavjud. Zamonaviy kuzatuv asboblari nazorati ostida amalga oshiriladigan endoskopik va teri osti operatsiyalari past travma va nisbatan xavfsizligi tufayli mashhurlikka erishdi [2, 3, 7, 13].

Ekolokatsiya [4, 7, 14] va KT [9, 11] ko'pincha teri orqali ponksiyonlar va oshqozon osti bezi SC drenajini vizual nazorat qilish uchun ishlatiladi, kamroq rentgen nurlari. [10, 18, 20].

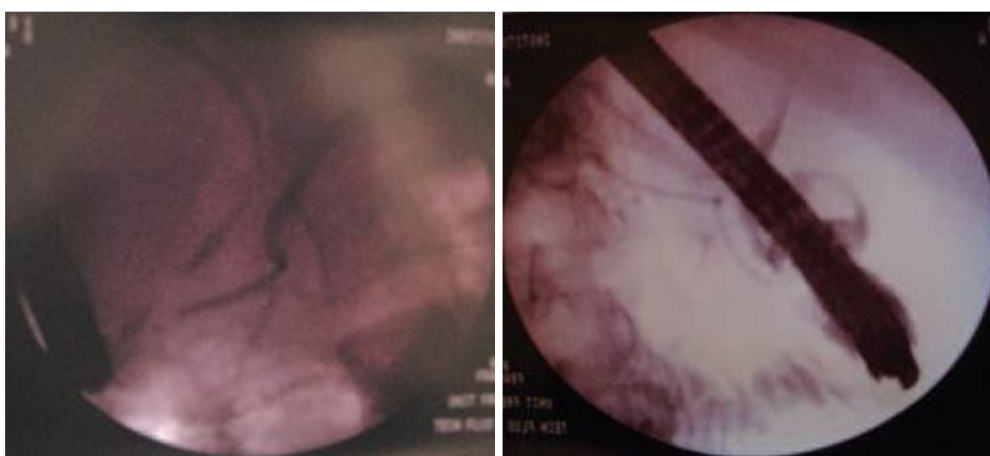
Ba'zi hollarda minimal invaziv texnologiyalarni joriy etish an'anaviy davolash usullariga muqobil bo'lishi mumkin [18,22]. Bir qator mualliflar perkutan ponksiyon-drenaj aralashuvi natijalarini istiqbolli deb baholaydilar [1, 3, 6, 13, 19]. Biroq, adabiyotda ushbu aralashuvlarning PC ni kompleks jarrohlik davolashda cheklangan roli haqida fikr mavjud [2, 5, 8, 15, 16], chunki esdan chiqarimaslik kerakki, past invazivlikka qaramay, 7-da. Bemorlarning 34,6 foizida tashqi me'da osti bezi oqmalarining paydo bo'lishi, organning bo'shlig'iga qon ketishi, septik reaksiyalar kabi og'ir asoratlar rivojlanadi [7, 11, 17, 19]. Sepsis, o'tkir pankreatit, miokard infarkti bilan bog'liq o'limga olib keladigan holatlar tasvirlangan [1, 10, 11, 21].

**Ishning maqsadi:** Oshqozon osti bezining kist shakllanishi bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolashning selektiv taktikasini ishlab chiqish.

**Materiallar va usullar.** 2011-2023-yillarda Toshkent shahridagi 1-sonli shahar shifoxonasining jarrohlik bo'limida yotgan oshqozon osti bezi kistasi bilan og'rigan 46 nafar bemor jarrohlik yo'li bilan davolandi. Haqiqiy kistalar 5 ta holatda (10,87%), psevdokistlar 41 bemorda (89,13%) qayd etilgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi ( $49,6 \pm 1,4$ ) yil. Sonologik nazorat ostida ponksiyonlar Chiba ignalari (G18-22) bilan amalga oshirildi; kist drenaji uchun pig tail drenajiga ega standart to'plamlar ishlatilgan.

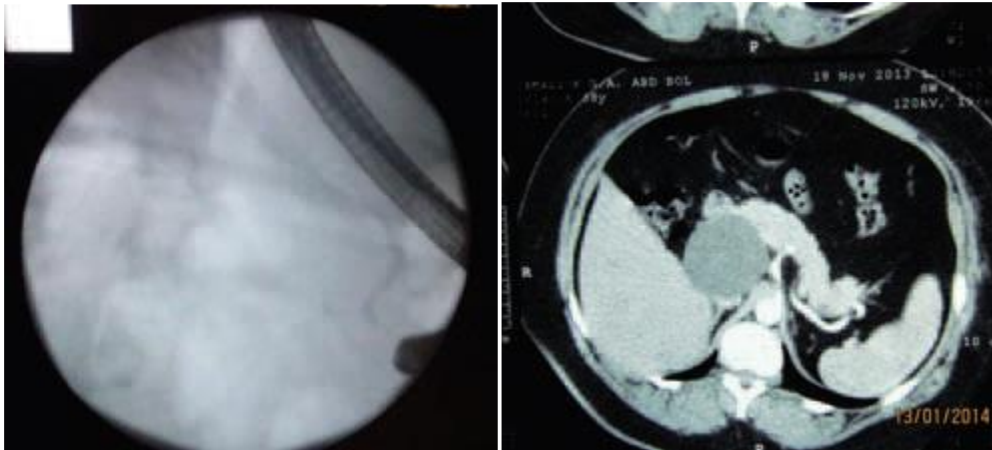
**Natijalar.** Kistlarning paydo bo'lish vaqtiga ko'ra, biz ekstrapankreatik suyuqlik to'planishi bilan tavsiflangan 2 oygacha bo'lgan davrni, 3-4 oygacha - yosh kista bo'shlig'ining shakllanishiga xos bo'lgan davrni va ajratamiz. 4 oydan ortiq davrlar, etuk pufak bo'shlig'i hosil bo'lganda.

Kistlarning lokalizatsiyasi (ularning qo'shimcha yoki intrapancreatik joylashuvi), qo'shni organlarning siqilishi (1a-rasm) yoki oshqozon osti bezining distal qismlari, devor qalinligi baholandi, bu esa kistlarning etukligini aniqlashga imkon berdi. Shu bilan birga, ERCP ma'lumotlariga ko'ra, duktal tizim bilan bog'lanish kabi davolash taktikasini tanlash uchun bunday muhim xarakteristikani faqat 28,75% hollarda aniqlash mumkin edi (1b-rasm).



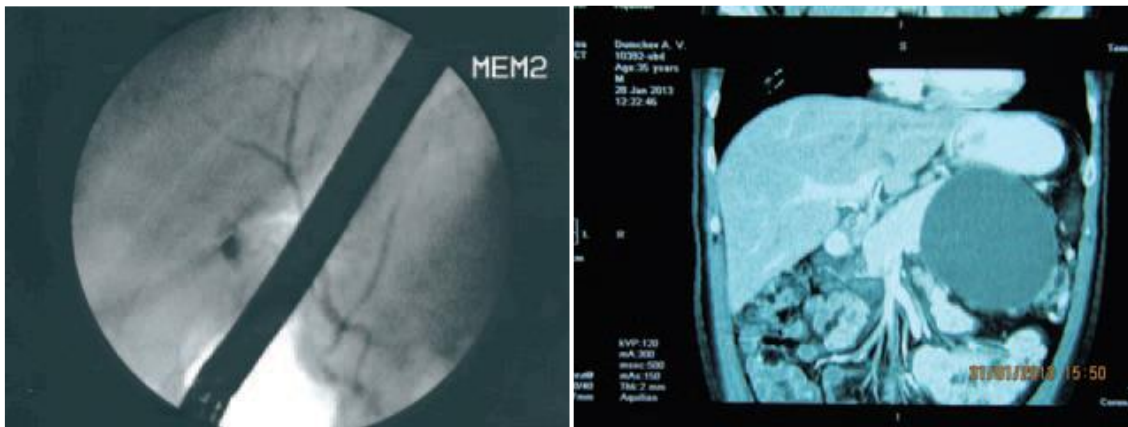
1-rasm — ERXPG: chapda a) umumiy o't yo'lining pankreatik psevdokista bilan siqilishi; o'ngda b) oshqozon osti bezi kistasining asosiy oshqozon osti bezi kanali bilan bog'lanishi

Sonologik nazorat ostida ERXPG paytida o'zgarmagan asosiy oshqozon osti bezi kanalini ko'rishda, KT ma'lumotlariga ko'ra, oshqozon osti bezi boshi, tanasi yoki dumi proektsiyasida joylashgan kistalarning ponksiyonu va aspiratsiyasi amalga oshirildi (2a, b-rasm). ). Keyinchalik, fermentativ faollikni baholash va kist bo'shlig'i tarkibini sitologik tekshirish o'tkazildi. Past amilaza faolligi va hujayrali atipiyani yo'qligi bir yoki ikkita intilishni cheklashga imkon berdi. Kistik shakllanishlarning o'lchami 6 sm dan ortiq bo'lsa, tashqi drenaj sonologik nazorat ostida amalga oshiriladi.



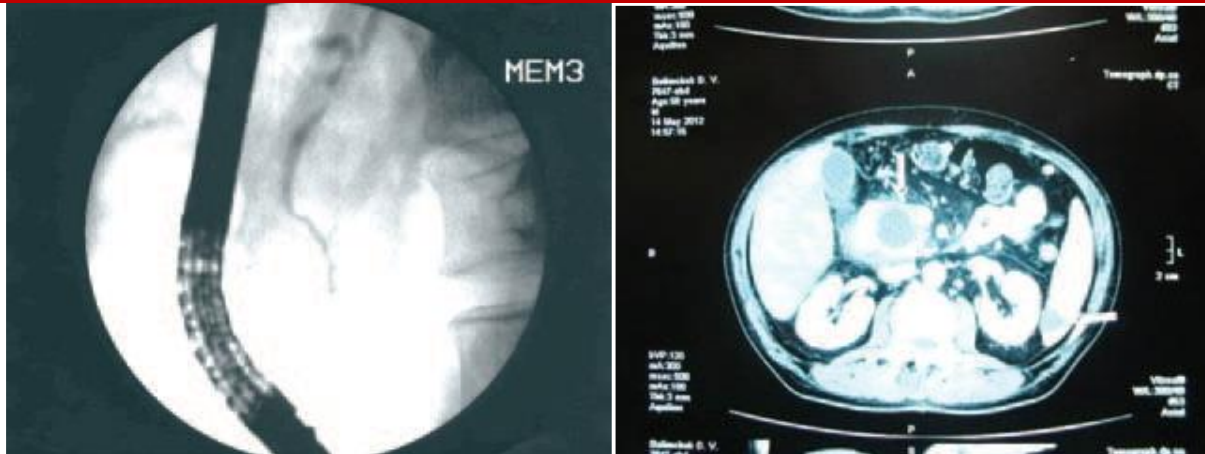
2-rasm — chapda a) ERXPG, oddiy virsungogramma; o'ngda b) oshqozon osti bezi quyruq kistasi

ERXPG ma'lumotlariga ko'ra normal virsungogramma va oshqozon osti bezi dumining kist shakllanishi mavjudligi, mini-invaziv usullarning samarasizligi bilan oshqozon osti bezining distal rezektsiyasi amalga oshirildi, kanalli gipertenziya yo'qligi esa proksimal oshqozon osti bezini davolashga imkon berdi. pankreatodigestiv anastomozsiz dumba (3a, b-rasm)



3-rasm — chapda a) ERXPG, oddiy virsungogramma; o'ngda b) oshqozon osti bezi quyruq kistasi.

Asosiy pankreatik kanalning kengayishi bilan, oshqozon osti bezi boshining kist shakllanishi mavjudligi, ichki drenajlash uchun ko'rsatmalar o'rnatildi (4a, b-rasm). Biz M.V.ning fikriga qo'shilamiz. Danilova va boshqalar. (2011) intrapancreatik gipertenziya fonida oshqozon osti bezi psevdokistalarini teri orqali drenajlash kistaning qaytalanishi va ichki drenajni talab qiladigan uzoq muddatli oshqozon osti bezi oqmalarining mavjudligi bilan birga keladi.



4-rasm — chap tomonda a) ERXPG, pankreatik psevdokista bilan og'rigan bemorda segmentar obstruksiya bilan virsungodilatatsiya; o'ng b) oshqozon osti bezi boshining kistasi bilan bir xil bemorning KT

Jarrohlik aralashuvining xarakteri 1 jadvalda ko'rsatilgan.

Jadval 1 — Jarrohlik aralashuvining xarakteri

| <i>Jarrohlik aralashuvining xarakteri</i>  | <i>Bemorlar soni</i> |          |
|--|----------------------|----------|
|  | <i>N</i>             | <i>%</i> |
| Ultratovush nazorati ostida ponksiyon, kistning aspiratsiyasi, suyuqlik to'planishi                                | 7                    | 15,2     |
| Ultratovush nazorati ostida kistning tashqi drenaji  | 8                    | 17,4     |
| Ultratovush tekshiruvi ostida kistaning tashqi drenaji + oshqozon osti bezining distal rezektsiyasi, splenektomiya | 4                    | 8,7      |
| Ultratovush nazorati ostida kistning tashqi drenaji + sistoduodenostomiya  | 4                    | 8,7      |
| Sistopankreatojejunostomiya  | 18                   | 39,1     |
| Frey operatsiyasi  | 5                    | 10,9     |
| Jami   | 46                   | 100      |

4 bemorda (8,7%) asoratlar kuzatildi: psevdokistning tashqi drenajlash vaqtida drenaj dislokatsiyasi - 1, ultratovush nazorati ostida tashqi drenajlash paytida kist bo'shlig'iga qon ketishi - 2, pankreatojejunostomoz tikuvining etishmovchiligi - 1. O'linga olib keladigan natijalar yo'q edi.

**Xulosa.** Shunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlar oshqozon osti bezi kistalari bo'lgan bemorlarga davolash taktikasini tanlashda individual yondashuv kerakligini ko'rsatadi. Ushbu patologiyani kompleks davolashda birinchi tanlov chorasi 32,8% hollarda davolashning samarali usuli bo'lgan minimal invaziv ponksiyon-drenaj texnologiyalaridan foydalanish hisoblanadi.

Oshqozon osti bezi kistalari bilan og'rigan bemorlarni davolashda olingan adabiyotlar va o'z ma'lumotlarimizni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, jarrohlik davolash usulini tanlash nafaqat kistalarning hajmi, lokalizatsiyasi, soni va ularning asoratlari, balki kasallikning tabiati bilan ham belgilanishi kerak. o'tkir yoki surunkali yallig'lanish shaklida bezning o'zi asoratlari, kalsifikatsiyaning mavjudligi, oshqozon osti bezi fibrozining darajasi va kanal tizimining holati. Har qanday jarrohlik aralashuv nafaqat kasallikning asoratini - kistalarni,



balki oshqozon osti bezi tarkibining chiqishi va intraduktal gipertenziyaning buzilishini hisobga olgan holda uning paydo bo'lish sababini bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

## References:

1. Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистами поджелудочной железы / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, А.М. Тищенко [и др.] // Клінічна хірургія. — 2004. — № 6. — С. 16-19.
2. Teshaeв, O. R., Rakhmonova, G. E., Jumaev, N. A., & Babadjanov, A. B. (2020). A REVIEW OF SPREADING WAYS, FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CORONAVIRUS INFECTION. *Central Asian Journal of Medicine*, 2020(3), 119-134.
3. Наврузов, Б., Тешаев, О., Холов, Х., Убайдуллаев, З., & Ортиқбоев, Ф. (2023). НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СФИНКТЕРА ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(4), 55-67.
4. Teshaeв, O. R., Madaminov, R. M., Gafurov, B. T., Khudoyberganova, N. S., & Ismoilov, M. U. (2020). Surgical Treatment Of Acute Calculous Cholecystitis In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(8), 1296-1309.
5. Васильев А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению / А.А. Васильев // Університетська клініка. — 2007. — Т. 3, № 1. — С. 9-12.
6. Раимкулова, Н. Р., & Усмонбекова, Г. У. (2017). Нефропротективное действие статинов у больных с хроническим гломерулонефритом. *Молодой ученый*, (8), 131-133.
7. Тешаев, О. Р., & Жумаев, Н. А. (2023). БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЙ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(2), 200-208.
8. Исmoilov, Ф. М. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. *Zbiór artykułów naukowych recenzowanych.*, 69.
9. Тешаев, О., Холов, Х., Бабажонов, А., & Ортиқбоев, Ф. (2022). ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(6), 257-264.
10. Хайитов, И. Б., Тешаев, О. Р., & Ортиқбоев, Ф. Д. (2020). РОЛЬ И МЕСТО АЛЬБЕНДАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.
11. Эргашев, У. Ю., Маликов, Н. М., Ортиқбоев, Ф. Д., & Минавархужаев, Р. Р. (2023). Перитониальный индекс Мангейма в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с перитонитом.
12. Ergashev, U. Y., Abdusalomov, B. A., Minavarkhojayev, R. R., Ortiqboyev, F. D., & Malikov, N. M. (2023). EVALUATION OF THE PATHOMORPHOLOGY OF REGENERATION IN DIABETIC FOOT SYNDROME AND DETERMINATION OF ITS DEPENDENCE ON BIOCHEMICAL PROCESSES. *World Bulletin of Public Health*, 19, 66-78.
13. Тешаев, О. Р., Рузиев, У. С., Тавашаров, Б. Н., & Жумаев, Н. А. (2020). Эффективность бариатрической и метаболической хирургии в лечении ожирения. *Медицинские новости*, (6 (309)), 64-66.



14. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. — М.: Медицина, 2003. — С. 238-273.
15. Khaitov, I. B., & Jumaev, N. A. (2023). SIMULTANEOUS OPERATION: LIVER ECHINOCOCCOSIS AND SLEEVE RESECTION (CLINICAL CASE).
16. Псевдокисты поджелудочной железы при рецидивирующем панкреатите: традиционная и минимально инвазивная хирургия/эндотерапия. Проблемы выбора стратегии лечения / М.В. Данилов, В.П. Глабай, В.Г. Зурабиани [и др.] // Клінічна хірургія. — 2011. — № 1. — С. 35-40.
17. Агзамова, М. Н., & Усмонбекова, Г. У. (2018). Эффективность комплексного лечения больных острым перитонитом. Молодой ученый, (18), 135-137.
18. Мустафакулов, Г. И., Моминов, А. Т., & Ортикбоев, Ф. Д. (2023). Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры.
19. Humoyun G'ayratjon o'g, P., Abdujabbor o'g'li, O. Q., & Dilshod o'g'li, O. F. (2023). DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS. Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 11(4), 419-424.
20. Наврузов, Б., Убайдуллаев, З., Ортикбоев, Ф., & Усмонов, Б. (2023). УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭКСТРО-И ТРАНС СФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3(3), 97-103.
21. Tshaev, O. R., Ruziev, U. S., Murodov, A. S., & Zhumaev, N. A. (2019). THE EFFECTIVENESS OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OBESITY. Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi, (5), 132-138.
22. Псевдокісти підшлункової залози: діагностика та хірургічне лікування / Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, С.О. Шаталов [та ін.] // Наук. вісник Ужгор. ун-ту, серія «Медицина». — 2006. — Вип. 29. — С. 38-40.