

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ ТУФАЙЛИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ҚОРИН БЎШЛИГИДАГИ СУЮҚЛИК ТЎПЛАМЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Нурмурзаев Зафар Нарбай ўғли, Умаркулов Забур Зафаржонович, Мананов Шохзод Эркин ўғли, Мамаджанова Дилдора Шухратовна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли, Умаркулов Забур Зафаржонович, Мананов Шохзод Эркин угли, Мамаджанова Дилдора Шухратовна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MINI-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF FLUID ACCUMULATION IN THE ABDOMINAL CAVITY AFTER SURGERY FOR ACUTE PANCREATITIS

Nurmurzaev Zafar Narbay ugli, Umarmukulov Zabur Zafarjonovich, Mananov Shokhzod Erkin ugli, Mamajanova Dildora Shukhratovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақола ўткир панкреатит операцияларидан кейин қорин бўшлиғида суюқлик тўпланишини даволашнинг минимал инвазив усулларига бағишланган. Бундай усуллари анъанавий жарроҳлик аралашувларига нисбатан қўллашнинг афзалликлари кўриб чиқилмоқда, жумладан, травматизмни минималлаштириш, тикланиш вақтини қисқартириш ва операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш.

Калит сўзлар: миниинвазив усуллар, ўткир панкреатитда операциялар, суюқлик йиғилиши, қорин бўшлиғи.

Abstract. The article is devoted to minimally invasive methods of treating fluid accumulation in the abdominal cavity after operations for acute pancreatitis. The advantages of using such methods in comparison with traditional surgical interventions are considered, including minimization of trauma, reduction of recovery time and reduction of risks of post-operative complications.

Key words: minimally invasive methods, operations for acute pancreatitis, fluid accumulation, abdominal cavity.

Кириш. Меъда ости беги атрофидаги суюқлик тўплалари ўткир панкреатитнинг асоратлари жумласига киради ва одатда унинг ўртача оғир ва оғир кечили билан бирга давом этиб боради. Атланта 2012 янгиланган таснифига кўра, ўткир панкреатитнинг маҳаллий асоратлари суюқлик тўпланишининг тўртта кичик тоифасини ўз ичига олади: ўткир перипанкреатик суюқлик тўпланиши, панкреатик псевдокиста, ўткир некротик тўпланиш ва чегараланган некроз. Янгиланган таснифда ушбу тушунчаларни фарқлашга катта эътибор қаратилган. Ушбу тушунчаларни фарқлаш мезонлари куйидагилардир: тўплалар таркибининг табиати - суюқ компонент ёки некротик детритли суюқлик, тўпланишнинг темирда ёки ундан ташқарида жойлашуви, шаклланган капсуланинг мавжудлиги ёки йўқлиги [1].

Сўнгги ўн йилликларда ўткир некротик панкреатитни даволаш бўйича кўплаб тавсиялар ишлаб чиқилган, аммо узоқ вақт давомида некротомиянинг кам инвазив усулларида фойдаланиш бўйича тавсиялар берилмаган. 2012 йилда ўткир некротик

панкреатитда аралашувлар бўйича фанлараро консенсус конференцияси натижалари тиббиёт ҳамжамиятига тақдим этилди, унда кўплаб фанлар бўйича халқаро экспертлар иштирок этди. Конференция натижаларига кўра, аралашувларга асосий кўрсатмалар инфицирланган некротик панкреатит, сезиларли даражада камроқ - стерил некротик панкреатитда симптоматик коррекция ҳисобланади. Конференция тавсиялари - аралашувларни иложи борича узоқроқ, касаллик бошланганидан камида 4 ҳафта ўтгач кечиктириш. Тери орқали дренажлашни кам инвазив видео ёрдамида ретроперитонеал ишлов бериш ва эндоскопик некротомия билан биргаликда босқичма-босқич қўллаш очик некротомияга нисбатан яхшироқ натижаларни кўрсатди ва танлов усуллари ҳисобланади [2].

Мавжуд адабиётларда биз некротик панкреатит билан оғриган беморларда очик некротомиядан олдин миниинвазив аралашувларнинг афзалликларини тасдиқловчи кўплаб тадқиқотларни топдик [3 - 6].

Кам инвазив аралашувларни қўлаш ўткир панкреатитда операцияни кечиктиришга имкон беради. Сўнгги 5 йил ичида биз таҳлил қилган барча манбаларда ўткир панкреатитда операцияни кечиктириш ўлим даражасининг сезиларли даражада пасайиши билан бирга келиши ҳақида хабар берилган. Операцияни "совуқ давр" деб аталадиган вақтга қолдиришга ҳаракат қилиш керак. Ҳозирги вақтда Жаҳон шошилинь жарроҳлик жамиятининг 2019 йилги тавсиялари операцияни касаллик бошланганидан кейин 4 ҳафтадан кўпроқ вақтга кечиктиришни тавсия қилади. Ошқозон ости безининг яшовчан ва некрозга учраган тўқималарини аниқ чегаралаш учун айнан шунча вақт керак бўлади, бу эса операция пайтида шикастланишни минималлаштиради ва қон кетиш хавфини камайтиради. Бу госпиталь ўлимини сезиларли даражада камайтиради [7].

Ультратовуш назорати остида пункция ва катетер дренажлаш усуллари, шунингдек эндоскопик усуллар ҳозирги вақтда суюқлик тўпламларини даволашда биринчи навбатдаги аралашувлар сифатида тан олинган [8]. Таркибида яллиғланиш олди ситокинлари бўлган суюқлик эвакуацияси эндотоксикоз ва полиорган етишмовчилиги ривожланишини камайтиради, яллиғланишнинг тез меъёрлашувига ёрдам беради.

Қўлаб тадқиқотлар консерватив терапияга нисбатан кам инвазив аралашувларнинг юқори самарадорлигини кўрсатди. Сян Ли ва ҳаммуаллифлар (2020) суюқлик тўпланиши билан ўткир панкреатит билан оғриган 111 нафар беморни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш асосида консерватив даволаш гуруҳига нисбатан тери орқали суюқлик юборилган гуруҳда яллиғланиш реакциясининг (С-реактив оксил, прокалситонин, лейкоцитлар, амилаза/липаза) заифлашиши ва полиорган етишмовчилигининг паст даражасини кўрсатди [9]. Криворучко ва ҳаммуаллифлар кам инвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда дифференциал ёндашувни қўллади, бу эса операциядан кейинги асоратлар сонини 38,1% дан 15,2% гача камайтириш, шунингдек, ўлим кўрсаткичини 6,6% дан 1,3% гача камайтириш имконини берди [10].

Гомоген суюқлик характериға эға бўлган суюқлик тўпламларини, масалан, панкреатик псевдокиста ва ўткир перипанкреатик суюқлик тўпланини эвакуация қилиш осонроқ. Шу билан бирга, суюқлик тўпламларида некротик аралашмаларнинг мавжудлиги мултидисциплинар ёндашувни талаб қилади ва кўпинча даволашда оралиқ боскич ҳисобланади [8, 11].

Панкреатик ва перипанкреатик некрозни тери орқали дренажлаш битта ёки керак бўлганда бир нечта катетерларни ўрнатиш билан яқунланиши мумкин, уларнинг диаметри ҳам таркибнинг бир хиллиги ва мақсадига қараб ўзгариши мумкин: фақат суюқ қисмини эвакуация қилиш, санация, ирригация. Шунингдек, тери орқали дренажлаш бирламчи аралашув сифатида ёки қолдиқ ёки инфекцияланган суюқлик-некротик тўпламларни олиб ташлашнинг бошқа усуллари билан биргаликда амалга оширилиши мумкин. Одатда 12 дан 30 Фр гача бўлган катетерлар ишлатилади, улар трансперитонеал ёки ретроперитонеал равишда ўрнатилади. Охирги вариант устувор ҳисобланади, чунки у қорин бўшлиғи контаминацияси ва бошқа асоратларнинг олдини олади [2]. Ҳажми 500 мл дан ортиқ бўлган

суюқлик тўпламлари ва йирингли бўшлиқларни кун давомида кунига 4 мартагача антисептик эритмалар билан бўшлиқни тозалаш билан тери орқали дренажлаш тавсия этилади [10].

Тадқиқот мақсади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади ультратовуш назорати остида пункция ва катетер дренажлаш усулларида фойдаланган ҳолда ўткир панкреатитдан кейин суюқлик тўпланиши бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш эди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2020 йилдан 2025 йилгача Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг хирургия бўлимида стационар даволанган, суюқлик тўпланиши билан асоратланган ўткир панкреатит билан оғриган 54 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди. Ўткир панкреатит ташхиси 2019 йилда Жаҳон шошилинь жарроҳлик жамияти тавсияларига кўра қуйидаги мезонлардан камида иккитаси мавжудлиги сифатида шакллантирилган: тегишли локализация ва характердаги қорин оғриғи, панкреатитнинг биокимёвий белгилари (норманинг юқори чегарасидан уч баравар ва ундан юқори бўлган зардоб амилазаси ва/ёки липаза), визуализация натижаларига кўра ошқозон ости безидаги тегишли ўзгаришлар) [1]. Тадқиқот барча биоэтика қоидаларига риоя қилган ҳолда олиб борилди. Барча беморлардан маълумотларни қайта ишлаш учун хабардор қилинган ёзма розилик олинди. Беморларни суюқлик тўпланиши туриға кўра таснифлаш учун Атлантанинг 2012 йилдаги янгиланган таснифидан фойдаланилди. Клиникада жарроҳлик тактикасини танлаш 2019 йилда Жаҳон шошилинь жарроҳлик жамияти тавсияларига асосланган бўлиб, улар касаллик бошланганидан кейин 4 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида операцияни кечиктиришни тавсия қилган.

Ўткир панкреатитдан кейин суюқлик тўпланиши бўлган барча беморлар даволаш усулиға қараб икки гуруҳға бўлинди. Биринчи гуруҳ (асосий гуруҳи) 24 нафар бемордан иборат бўлиб, уларға инфузион терапиядан ташқари ультратовуш назорати остида тери орқали пункцион-дренажлаш аралашувлари ўтказилди. Иккинчи гуруҳни (назорат гуруҳи) консерватив терапия олган 30 нафар бемор ташкил этди. Беморларнинг ёши 30 ёшдан 70 ёшгача бўлган. Асосий гуруҳда 24 нафар бемордан 15 нафари аёллар ва 9 нафари эркеклар бўлиб, беморларнинг ўртача ёши $50,1 \pm 3,6$ ёшни ташкил этди. Назорат гуруҳида 30 нафар бемордан 20 нафари аёллар ва 10 нафари эркеклар бўлиб, беморларнинг ўртача ёши $52,3 \pm 4,1$ ёшни ташкил этди.

Ўткир панкреатитдан кейин суюқлик тўпланиши бўлган барча беморларда комплекс клиник ва лаборатория текшируви, фиброгастроуденоскопия, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафасининг умумий рентгенографияси, меъда ости безини визуализация қилишнинг скрининг усули сифатида ультратовуш усули, зарурат бўлганда қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг контраст томографияси ўтказилди. Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқни ультратовуш текшируви Siemens Healthineers, ACUSON Juniper аппаратида, 5,5 МГц частотали конвекс датчик ва 6,5-13 МГц частотали чизикли датчик ёрдамида амалга оширилди. Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг компьютер томографияси Siemens

Somatom go.up аппаратида томография қадами 2 мм, вена ичига ультравист 370 мг/100 мл юбориш билан амалга оширилди.

Консерватив терапия гастроинтестинал декомпрессия, биринчи суткада очлик, кейинчалик мувозанатли аралашмалар билан энтерал озиклантириш, инфузион спазмолитик, антисекретор, дезинтоксикацион, антикоагулянт, антибактериал терапия, сув мувозанатини тиклаш, электр мувозанатини тузатишни ўз ичига олган. Агар адекват оғриксизлантириш зарур бўлса, беморларга эпидурал бўшлиқ катетеризацияси ўтказилди.

Асосий гуруҳда суюқлик тўплamlарини пункция қилиш кулранг шкала режимида ишлайдиган 7,5 МГц частотали чизикли датчик ёрдамида ультратовуш назорати остида маҳаллий оғриксизлантириш остида амалга оширилди. Тери орқали пункцион-дренаж усулини ўтказиш учун кўрсатмалар қуйидагилар эди: 500 мл ва ундан ортиқ ҳажмдаги суюқлик тўпланиши ёки қорин бўшлиғи босимини оширадиган бошқа суюқлик тўпланиши (15 мм симоб устунидан ортиқ) ва ультратовуш текшируви динамикасида суюқлик тўпланишининг тез ўсиши (суюқлик баландлигининг кунига 1,5 см дан ошиши). Пункция учун 16-20 G (Балтон, Полша) пункцион игналаридан фойдаланилди. Дренажлаш учун 6-20 G тери орқали дренажлаш тўплamlаридан фойдаланилди ("Балтон" фирмаси, Полша). Олинган суюқлик микроскопик, бактериологик текширув ва диастаза даражасини аниқлаш учун юборилди. Суюқлик тўплamlарининг инфекцияланиш мезонлари суюқликнинг бактериологик текширувининг ижобий натижалари, шунингдек тегишли клиник ва лаборатория манзараси билан визуализация маълумотлари эди.

Пункция операция хонасида амалга оширилди. Бундан олдин чизикли датчик ёрдамида ультратовуш текшируви ўтказилди, суюқлик тўпланган жой ва унинг қорин деворига энг яқин жойлашуви аниқланди. Датчик ва суюқлик тўпланиши ўртасида ичак, ошқозон, жигарнинг бирон бир қисмининг мавжудлиги пункция жойига қарши кўрсатма деб ҳисобланган. Маҳаллий оғриксизлантириш остида пункцион игнанинг учи ультратовуш назорати остида суюқлик тўпланган томонга "бўш қўллар" техникасидан фойдаланган ҳолда киритилди, бу муолажа пайтида игнанинг ҳолатини доимий назорат қилиш ва қўшни тузилмаларнинг ятроген шикастланишининг олдини олиш имконини берди.

Гуруҳларда оғрик синдромининг давомийлиги, касалхонада бўлиш муддатлари, ошқозон-ичак тракти моторикасининг тикланиш муддатлари, лейкоцитлар, зардоб амилазаси/диастазаси, С-реактив оксилнинг меъёрлашуви, турли муддатларда эхосемиотиканинг хусусиятлари таққосланди. Маълумотларни статистик қайта ишлаш StatSoft Statistica 6.0 ва Microsoft Office Excel дастурий таъминотидан фойдаланган ҳолда математик статистика усули билан амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. Ўткир панкреатит туфайли суюқлик тўпланиши бўлган 24 беморда ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва катетер дренажлаш усуллари ўтказилди. 17 (70,8%) беморда ушбу усул касаллик бошланганидан 4 ҳафта ичида, 7 (29,2%) беморда - касаллик бошланганидан 4 ҳафта ўтгач амалга оширилди. 9 (37,5%) беморда

суюқлик тўплamlарини тери орқали пункция қилиш етарли бўлди, 15 (62,5%) беморда тери орқали пункциядан сўнг суюқлик тўплamlарини катетер дренажлаш талаб қилинди. Катетер дренажга мухтож бўлган 15 нафар бемордан 10 нафарида яқка дренаж, 5 нафарида қолдиқ суюқлик тўплamlарини қайта дренажлаш ва жароҳатни санация қилиш учун жуфт дренажлаш зарур бўлди. 8 (33,3%) беморда очик некрэктомиядан олдин биринчи босқич сифатида ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва катетер дренажлаш усуллари амалга оширилди, бу эса очик некрэктомиyani касаллик бошланганидан кейин 4 ҳафтадан кўпроқ вақтга кечиктиришга имкон берди.

Оғрик синдромининг давомийлиги асосий гуруҳда $9,1 \pm 0,64$ кунни, назорат гуруҳида $14,2 \pm 0,83$ кунни ташкил этди ($p < 0,001$). Асосий гуруҳдаги беморларнинг касалхонада бўлишининг ўртача давомийлиги $27,2 \pm 3,2$ кунни, назорат гуруҳида - $34,3 \pm 4,4$ кунни ташкил этди ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда ошқозон-ичак тракти моторикасининг тикланиш муддати $13,2 \pm 3,1$ кун, назорат гуруҳида $17,2 \pm 4,2$ кун ($p > 0,05$).

Асосий гуруҳда лейкоцитлар даражасининг нормаллашиши назорат гуруҳига қараганда тезроқ содир бўлди - мос равишда $9,3 \pm 3,2$ кун ва $14,1 \pm 4,3$ кун ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда зардоб амилазаси даражасининг меъёрлашуви $10,4 \pm 3,7$ кунда, назорат гуруҳида - $15,6 \pm 3,3$ кунда содир бўлди ($p < 0,05$).

Суюқлик тўпланишининг инфекцияланиши асосий гуруҳдаги 3 (12,5%) беморда ва назорат гуруҳидаги 8 (26,7%) беморда ривожланди ($p < 0,05$). Асосий гуруҳда ўлим 3 (12,5%) ҳолатни, назорат гуруҳида эса 6 (20,0%) ҳолатни ташкил этди.

Муҳокама. Суюқлик тўпланиши шаклланишининг дастлабки босқичида инфузион терапия ва динамикада ультратовуш назорати билан чекланган. 500 мл гача бўлган тўпланишлар жарроҳлик аралашувини талаб қилмайди ва адекват инфузион терапия фонида ижобий кечганда яхши регрессия қилади деб ҳисоблаб, пункциялар ўтказилмади.

Консерватив терапиянинг самарасизлиги ва суюқлик тўпланишининг кўпайиши билан эпигастрийда кенгайиш ҳисси, гастро- ва/ёки дуоденостаз белгилари, қусиш, кўпинча нафас қилишига шикаятлар пайдо бўлди. Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзоларининг такрорий сонограммасида суюқлик тасмаси баландлигининг ошиши, унинг қўшни аъзоларга силжиши, суюқликнинг интерстициал бўшлиқлар бўйлаб тарқалиши қайд этилди.

Суюқлик тўпланишининг тез ўсиши фонида гастро- ва/ёки дуоденостаз белгиларининг пайдо бўлиши, инфекция белгиларининг мавжудлиги ва касалликнинг бошланиш вақтидан қатъи назар, ультратовуш назорати остида пункция ва кейинчалик суюқликни катетерли дренажлаш учун кўрсатма сифатида баҳоланди.

Ўткир суюқлик тўплamlарини пункция қилишда эвакуация қилинаётган суюқликнинг табиатига катта эътибор қаратилди. Агар суюқлик тўпланиши касаллик бошланишининг эрта муддатларида (4 ҳафтагача) пайдо бўлган бўлса, суюқлик бир хил консистенцияга эга, шаффоф-геморрагик характерга эга, қўшимча киритмаларсиз, ёпишқоқ эмас, ультратовуш текшируви

маълумотларига кўра панкреатик йўл билан боғлиқ эмас, суюқлик тўпланиш ҳажми 500 мл гача бўлган - ушбу суюқлик тўпланиши ультратовуш назорати остида пункция қилинган. 58,8% ҳолатда (10 бемор) суюқлик тўпланиши бир марта пункция қилиш етарли бўлди, 41,2% ҳолатда (7 бемор) қолдиқ суюқлик тўпланишини такрорий пункция қилиш зарурати туғилди. Агар пункцияга кўрсатмалар касаллик бошланганидан 3-5 ҳафта ўтгач пайдо бўлган бўлса, бу инфекция эҳтимолини сезиларли даражада оширди, эвакуация қилинган суюқлик бир хил бўлмаган, ёпишқоқ консистенцияга эга бўлиб, детрит қўшимчалари билан, лойқа, ультратовуш маълумотларига кўра суюқлик тўпланиш ҳажми 500 мл дан ортиқ эди - суюқлик тўпланиш пункцияси дренаж ёки суюқликдаги детрит бўлақларининг ўлчамига қараб жуфт дренажлар ўрнатиш билан тўлдирилди.

5 (20,8%) беморда ультратовуш текшируви маълумотларига кўра, ҳажмий суюқлик тўпланиши (500 мл дан ортиқ) қорин бўшлиғи инфекцияси белгиларисиз детрит бўлақлари бўлган бир хил бўлмаган қўшимчаларга эга эди. Бундай беморларга тери орқали пункциядан сўнг ультратовуш назорати остида ён тешикли жуфт дренажлар ўрнатилди ва антисептик эритма билан трансдренаж ишлов берилди. Муолажа кунига 3-4 марта ўтказилди. Экссудат характери ва микдорининг ўзгариши самарадорлик мезонлари бўлди.

Асосий гуруҳдаги учта (12,5%) беморда кўп камерали суюқлик тўпланиши ривожланган. Алоҳида камералар "кўприклар" билан боғланиши мумкин, шунинг учун ҳар доим ҳам ҳар бир камерани дренажлаш шарт эмас. Кўпинча улардан бирини етарли даражада дренажлаш етарли бўлади, қолган камералар эса бирикма орқали дренажланиши мумкин. Ҳар учала ҳолатда ҳам дренаж марказий камерага ўрнатилган, қолган иккитаси эса у орқали дренажланган.

Инфекция белгилари асосий гуруҳдаги 3 (12,5%) беморда ва назорат гуруҳидаги 8 (26,7%) беморда ривожланган ($p<0,05$). Стерил суюқлик тўпланиши инфекцияланганда классик клиник симптомлар (оғриқнинг кучайиши, гипертермия, умумий ҳолсизлик, ичак моторикасининг бузилиши), лаборатор кўрсаткичлар (лейкоцитознинг ортиши, формуланинг чапга силжиши ва эндотоксикоз белгилари) билан бир қаторда соно- ва томограммаларда ўзига хос хусусиятлар пайдо бўлди. Ошқозон ости беши ўлчамларининг катталаниши, унинг контурларининг ноаниқлиги, бир хиллигининг йўқолиши, без проекцияси жойида секвестрал массалардан иборат бўлган бир хил бўлмаган гиперехоген киритмаларнинг пайдо бўлиши - жараённинг инфекцияланганлигини кўрсатди. Ҳаво пуфакчаларининг пайдо бўлиши тўқималар йиринглашининг дастлабки белгиси ҳисобланган. Ультратовушли визуализация маълумотлари бўлмаганда инфекцияга шубҳа компьютер томографиясини ўтказишга кўрсатма бўлди.

Ушбу тадқиқот шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги ўлим кўрсаткичлари назорат гуруҳига қараганда паст ($p>0,05$), шунинг учун ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва катетер дренажлаш усули билан асосий гуруҳда яқиний натижа яхшироқ. Шунингдек, асосий гуруҳда беморларнинг касалхонада қиска муддат қолиши ($p<0,05$), лаборато-

рия кўрсаткичларининг эрта меъёрлашиши ($p<0,05$) кузатилди. Инфекция белгилари назорат гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида камроқ учради ($p<0,05$). Лейкоцитлар даражаси, зардоб амилазаси, С-реактив оксил каби лаборатор кўрсаткичлар ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва катетер дренажлаш усули қўлланилган гуруҳда ҳам сезиларли даражада тез нормаллашди ($p<0,05$), бу бизнинг фикримизча, ферментлар ва ситокинларга бой яллиғланиш суюқлигининг эвакуацияси билан боғлиқ эди.

Хулосалар:

1. Ошқозон ости беши атрофидаги суюқлик тўпланиши ўткир панкреатитнинг маҳаллий асоратларига қаради ва консерватив ёки кам инвазив усуллар билан тузатиш учун тавсия этилади. Ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва катетер дренажлашга кўрсатмалар клиник (қорин ичи гипертензияси ва қўшни органларнинг сиқилиш белгилари, кучли оғриқ синдроми, ҳарорат реакцияси ва бошқалар) ва ультрасонографик белгилардир. Сонограммда суюқликнинг 500 мл дан кўп бўлиши ёки унинг динамикада тез пайдо бўлиши пункцияга кўрсатма ҳисобланади. Бир жинсли бўлмаган қўшимчалар билан катта ҳажмдаги суюқликнинг мавжудлиги кейинчалик дренажлаш билан пункцияга кўрсатма деб ҳисобланган. Детрит қўшимчалари бўлган бир жинсли бўлмаган суюқлик таркибида - дренаж орқали тозалаш кўрсатилган.

2. Суюқлик тўпланишларини даволашда ультратовуш назорати остида тери орқали пункцион ва катетер дренажлаш усуллари босқичма-босқич ёндашув сифатида ҳам, мустақил равишда ҳам қўлланилиши мумкин. Ультратовуш назорати остида пункцион ва катетер дренажлаш усуллари қўллаш лаборатория (лейкоцитлар, зардоб амилазаси, С-реактив оксил) ва клиник кўрсаткичларни ($p<0,05$) нормаллаштириш, инфекцияланиш кўрсаткичларини ($p<0,05$) ва ўлим кўрсаткичларини ($p<0,05$) камайтириш, касаллик бошланганидан 4 ҳафта ўтгач бошланадиган "совуқ давр" гача барча хавф-хатарлар билан очиқ операция ўтказишни кечиктириш имконини беради. Усул касалликнинг бошланиш муддатлари, экссудатнинг табиати, дренаж найчаларининг диаметри, дебридемент усуллари ва бошқаларга қараб аниқ алгоритмларни ишлаб чиқиш имконияти билан қўшимча ўрганишни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Ризаев Ж. А., Инагамов Ш. М., Хазратов А. И. Изменения физико-химических свойств твердых тканей зубов у спортсменов // Главный редактор. – С. 33.
2. Ризаев Ж. А., Гайбуллаев Э. А., Гайбуллаева З. Х. Клинико-иммунологический статус у больных с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне применения иммуномодулятора алхадая // Медицинское образование сегодня. – 2020. – С. 39.
3. Ризаев Ж. А. и др. Изучение интенсивности и распространенности заболеваний пародонта на основании анкетирования пациентов.
4. Ризаев Ж. А. и др. Разработка метода прогнозирования риска возникновения и раннего выявления возрастной макулярной дегенерации сетчатки. – 2020.

5. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Современные требования к организации содержания и методологии интерактивных практических занятий по стоматологии в последипломном образовании // Медицинские новости. – 2020. – №. 9 (312). – С. 72-73.
6. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Лим Т. В. Влияние хронического гастродуоденита на гигиеническое состояние полости рта при стоматите и гингивите у больных // Confrencea. – 2025. – Т. 1. – С. 39-40.
7. Aarts, M. et al. (2018). Laparoscopic repair of ventral hernias: long-term results. Journal of Gastrointestinal Surgery.
8. Henrikson, J. et al. (2019). Mesh versus non-mesh techniques in laparoscopic ventral hernia repair: a systematic review. Surgical Endoscopy.
9. Klinge, U. et al. (2017). Laparoscopic versus open ventral hernia repair: a comparative analysis. Hernia, 21(6): 905-912.
10. Luijendijk, R. W. et al. (2000). The value of mesh in hernia surgery: A randomized controlled trial. Lancet, 356(9234): 266-270.
11. Salmon, P. et al. (2020). Postoperative complications of abdominal wall hernias: management and prevention. Journal of Surgical Research.
12. Sauerland, S. et al. (2004). Laparoscopic versus open surgery for ventral hernia repair. Cochrane Database of Systematic Reviews.

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Нурмурзаев З.Н., Умаркулов З.З., Мананов Ш.Э.,
Мамаджанова Д.Ш.*

Резюме. Статья посвящена миниинвазивным методам лечения скоплений жидкости в брюшной полости после операций по поводу острого панкреатита. Рассматриваются преимущества применения таких методов в сравнении с традиционными хирургическими вмешательствами, включая минимизацию травматичности, уменьшение времени восстановления и сокращение рисков послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: миниинвазивные методы, операции при остром панкреатите, скопление жидкости, брюшная полость.