Ilmiy tadqiqotlar va ularning yechimlari jurnali
Aoka guvohnoma № 323759 ISSN: 3060-4818

O‘TKIR PANKREATITNING OG‘IR SHAKLLARIDA ZAMONAVIY DAVOLASH TAKTIKALARI

Zokirova Rayxona Raxmatullo qizi

Yusupov Shoxrux Shuxratovich
Ilmiy raxbar:
Toshkent davlat tibbiyot universiteti
1-davolash fakulteti dekani,
yuz-jag' jarrohligi va
stomatologiya kafedrasi dotsenti,
tibbiyot fanlari doktori (DSc)
https://doi.org/10.5281/zenodo.23754242

Annotatsiya. Maqsad: og‘ir o‘tkir pankreatitda klinik xavfni baholash va davolashning zamonaviy, dalillarga asoslangan taktikasini tizimlashtirish. Material va usullar: Atlanta–2012 tasnifi, 2019–2025-yillardagi xalqaro tavsiyalar, randomizatsiyalangan tadqiqotlar hamda O‘zbekiston mualliflarining ikki ilmiy nashri asosida narrativ tahlil bajarildi. Natijalar: uzoq davom etuvchi a’zolar yetishmovchiligi, infeksiyalangan nekroz va gemodinamik beqarorlik intensiv kuzatuvni talab etadi. Mo‘tadil, maqsadli infuzion terapiya, erta enteral oziqlantirish, antibiotiklarni qat’iy ko‘rsatma bilan qo‘llash, zarurat bo‘lsa intervension davolashni kechiktirish va step-up strategiyasi asosiy ustuvorliklar hisoblanadi. Xulosa: og‘ir pankreatitda multidisiplinar va bosqichma-bosqich yondashuv invaziv aralashuvlardan oqilona foydalanishga imkon beradi. Ushbu ish birlamchi bemorlar kohortasi emas, adabiyotlar sharhidir [1–10].
Kalit so‘zlar: o‘tkir pankreatit; og‘ir pankreatit; pankreonekroz; enteral oziqlantirish; infuzion terapiya; step-up taktika.

Аннотация. В статье на основе обзора отечественной и международной литературы рассмотрены современные подходы к ведению тяжёлого острого панкреатита: оценка органной недостаточности, целенаправленная инфузионная терапия, энтеральное питание, селективная антибиотикотерапия и поэтапные малоинвазивные вмешательства. Приведены сравнительные данные опубликованных исследований; собственная клиническая когорта не анализировалась.
Ключевые слова: острый панкреатит; панкреонекроз; интенсивная терапия; дренирование; step-up.

Abstract. This narrative review synthesizes Uzbek and international evidence on severe acute pancreatitis. It addresses risk stratification, goal-directed fluid resuscitation, enteral nutrition, selective antibiotics, delayed intervention, and minimally invasive step-up strategies. Figures reproduce reported findings from published trials; no original patient cohort was collected.
Keywords: severe acute pancreatitis; pancreatic necrosis; fluid resuscitation; enteral nutrition; step-up approach.

KIRISH

O‘tkir pankreatit me’da osti bezining keskin yallig‘lanishi bo‘lib, klinik ko‘rinishi yengil interstitsial shishdan tortib ko‘p a’zoli yetishmovchilik va infeksiyalangan pankreonekrozgacha o‘zgaradi. Revised Atlanta tasnifiga muvofiq og‘ir shakl 48 soatdan ortiq davom etuvchi bir yoki bir necha a’zo yetishmovchiligi bilan belgilanadi. Shu bois KTda nekroz aniqlanishi har doim ham «og‘ir» klinik toifa bilan tenglashtirilmaydi [1].

Jahon shoshilinch jarrohlik jamiyati tavsiyalarida og‘ir pankreatitda yallig‘lanishning tizimli oqibatlari, ichak to‘sig‘i buzilishi va ikkilamchi infeksiya xavfi qayd etilgan. Patologiyaning dastlabki kunlarida a’zolar perfuziyasini saqlash, gipovolemiya va ortiqcha infuziya o‘rtasidagi muvozanatni topish, keyingi bosqichda esa nekrotik to‘plamlarni oqilona boshqarish muhim [2,3].

O‘zbekiston mualliflari M.Sh. Hakimov va J.Sh. Abdukarimov mahalliy klinik amaliyotda morfologik shakl va kasallik bosqichiga mos davolashni tanlash masalasini yoritgan; U.H. Davlatov va A.F. Valijonov esa erta diagnostikaning amaliy ahamiyatini tahlil qilgan. Mazkur ishlardagi lokal tajriba xalqaro dalillar bilan tanqidiy qiyoslanishi zarur [9,10].

Tadqiqot maqsadi — og‘ir o‘tkir pankreatitda diagnostik- prognostik baholash, konservativ davolash va intervension taktikani bir klinik algoritmga birlashtirish hamda yangi randomizatsiyalangan sinovlardan kelib chiqadigan qaror nuqtalarini umumlashtirish.

MATERIALLAR VA USULLAR

Ish narrativ adabiyotlar sharhi sifatida bajarildi. Manbalar orasiga Atlanta konsensusi, WSES, ACG, AGA va IAP tavsiyalari, WATERFALL hamda POINTER randomizatsiyalangan sinovlari, shuningdek, Toshkent tibbiyot akademiyasi repozitoriysida joylashtirilgan ikkita o‘zbek tadqiqoti kiritildi [1–10]. Tanlash mezonlari: og‘irlik tasnifi, reanimatsion yordam, nekroz, klinik natijalar yoki lokal kontekst bilan bevosita bog‘liqlik.

Ma’lumotlar diagnostika, dastlabki 24–72 soatlik yordam, oziqlantirish, infeksiya nazorati, drenaj va nekrektomiya bo‘yicha mavzuli guruhlarga ajratildi. Natijalar sifat jihatdan solishtirildi; turli tadqiqotlar populyatsiyalari birlashtirilmagani sababli meta-tahlil yoki umumiy nisbiy xavf hisoblanmadi. Diagrammalarda faqat nashrlarda berilgan foiz va o‘rtacha qiymatlar qayta chizilgan; ular muallifning yangi kuzatuvlari emas [6,7].

Ilmiy halollik nuqtayi nazaridan bemorlar soni, klinik baza, etik ruxsatnoma yoki mahalliy davolash samaradorligi bo‘yicha birlamchi ma’lumotlar da’vo qilinmaydi. Tavsiyalar bemor holati, mavjud resurslar va amaldagi muassasa protokoliga mos ravishda shifokorlar konsiliumi tomonidan individuallashtirilishi lozim.

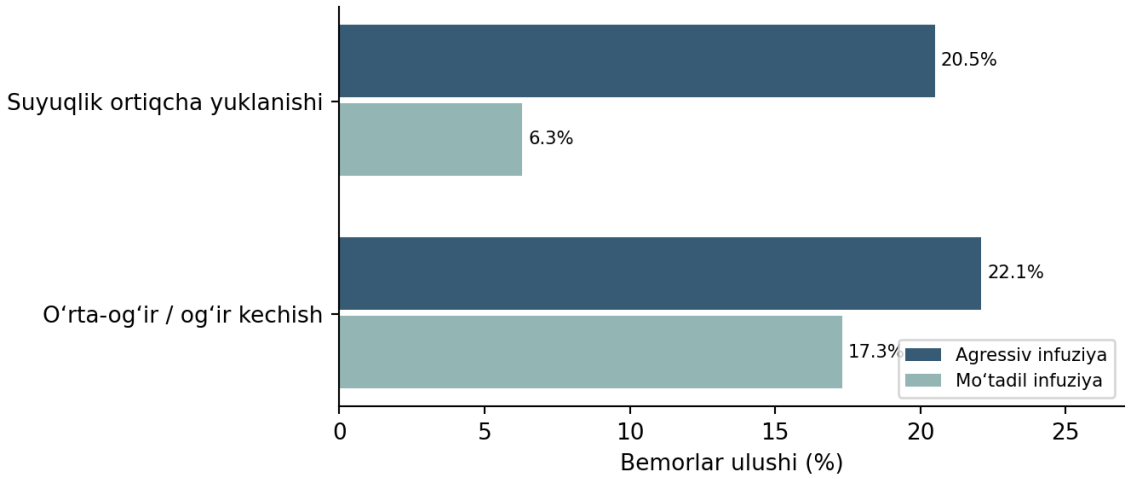
NATIJALAR

1. Erta tashxis va xavfni tabaqalashtirish. Pankreatit tashxisi odatda uch belgidan kamida ikkitasi orqali tasdiqlanadi: xarakterli epigastral og‘riq, amilaza yoki lipazaning norma yuqori chegarasidan uch martadan ko‘p oshishi, instrumental tekshiruvdagi mos o‘zgarishlar. Dastlabki ultratovush tekshiruvi biliar etiologiyani qidirishga yordam beradi. Kontrastli KT, ayniqsa nekrozni baholash uchun, ko‘pincha kasallik boshlanishidan 72–96 soat o‘tgach axborotliroqdir; klinik deterioratsiyada vaqt individual belgilanadi [1,2].

Baholash yo‘nalishi	Asosiy ko‘rsatkich	Amaliy qaror
Gemodinamika	AB, yurak urishi, diurez, laktat, suyuqlik balansi	Intensiv monitoring va maqsadli reanimatsiya
A’zolar faoliyati	Nafas, buyrak, yurak-qon tomir disfunksiyasi; >48 soat	Og‘ir shakl; intensiv terapiya bo‘limi
Laborator markerlar	Gematokrit, mochevina, kreatinin, CRP; zarur bo‘lsa PCT	Dinamik xavfni qayta baholash
Tasvirlash	UTT; ko‘rsatmada kontrastli KT/MRT	Biliar sabab va mahalliy asoratlar
Nekroz infeksiyasi	Gaz, bakteriemiya, sepsis, klinik yomonlashuv	Antibiotik va drenaj zaruratini baholash

1-jadval. Og‘ir pankreatitning dastlabki baholash bloklari (manbalar: [1–4]).

2. Infuzion terapiya. Erta gipovolemiya perfuziyani yomonlashtirsa-da, suyuqlikni nazoratsiz ko‘p kiritish o‘pka shishi, qorin ichi bosimi oshishi va boshqa asoratlarni kuchaytirishi mumkin. Muvozanatlangan kristalloidlar, ko‘pincha Ringer laktati, klinik javobga ko‘ra titrlanadi; diurez, gematokrit, mochevina va nafas ko‘rsatkichlari qayta baholanadi. WATERFALL tadqiqotida agressiv rejimda suyuqlik bilan ortiqcha yuklanish 20,5%, mo‘tadil rejimda 6,3% kuzatilgan (p=0,004). Ammo sinovda boshlang‘ich a’zo yetishmovchiligi bo‘lgan og‘ir bemorlar cheklangani sabab natijani barcha shok holatlariga mexanik ko‘chirish mumkin emas [3,6].



1-rasm. WATERFALL sinovining nashr etilgan natijalari bo‘yicha qiyosiy diagramma; «o‘rta-og‘ir/og‘ir kechish» natijasida statistik ahamiyatli farq ko‘rsatilmagan [6].

3. Oziqlantirish va og‘riqni boshqarish. Enteral oziqlantirish ichak shilliq qavati barqarorligini qo‘llab-quvvatlaydi; bemor og‘iz orqali ovqatni ko‘tara olmasa, nazogastral yoki nazojejunal zond variantlari ko‘rib chiqiladi. Parenteral oziqlantirish enteral yo‘lning yetarli emasligi yoki mumkin bo‘lmasligida qo‘shimcha yo‘l hisoblanadi. Og‘riqni kamaytirish multimodal yondashuvda, nafas va buyrak faoliyatini hisobga olgan holda amalga oshiriladi [2–4].

4. Infeksiyalangan nekroz. Steril nekrozda profilaktik antibiotiklar muntazam tavsiya etilmaydi. Infeksiya tasdiqlanganda yoki juda kuchli gumon qilinganda (gaz mavjudligi, bakteriemiya, sepsis yoxud klinik yomonlashuv) antimikrob davo buyurilib, mikrobiologik javob va lokal rezistentlik holati bo‘yicha

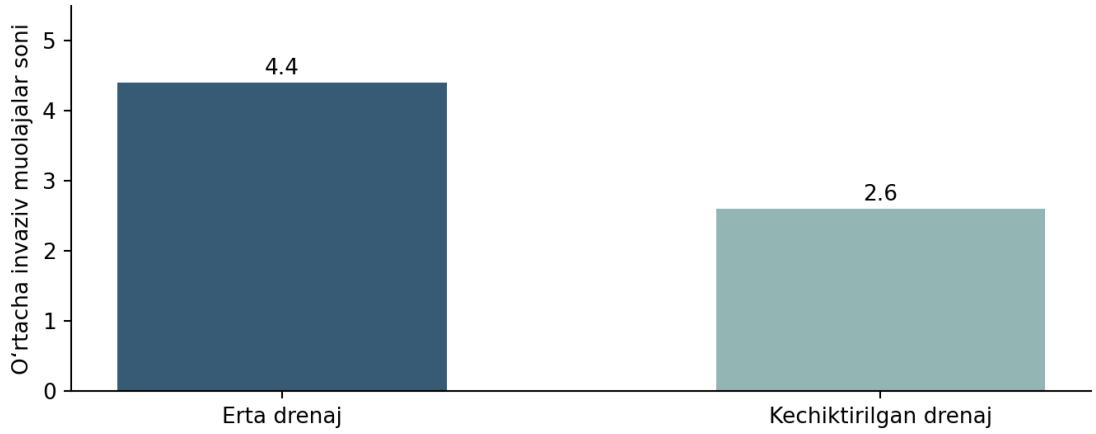
qayta ko‘riladi. Birlamchi yondashuv ko‘pincha konservativ kuzatish va imkoni bo‘lsa to‘plamning devorlanishini kutishdir [2,4,5].

5. Intervensiya va step-up. Jarrohlik va endoskopik qaror klinik ahvol, nekroz joylashuvi, to‘plamning yetilganligi, anatomik kirish imkoniyati va markaz tajribasiga bog‘liq. Odatda drenaj birinchi qadam, javob yetarli bo‘lmasa endoskopik yoki minimal invaziv nekrektomiya navbatdagi qadam bo‘ladi. Nazorat qilib bo‘lmaydigan sepsis yoki boshqa favqulodda asoratlarda erta muolaja talab etilishi mumkin [2,4,7,8].

Klinik vaziyat	Afzal boshlang‘ich taktika	Keyingi bosqich
Steril nekroz, bemor barqaror	Kuzatuv, organlarni qo‘llab-quvvatlash	Klinik holatga qarab qayta tasvirlash
Infeksiya gumoni/tasdig‘i, barqaror	Antibiotik + yaqin monitoring	Imkoni bo‘lsa drenajni kechiktirish
Infeksiyalangan to‘plam, davomli sepsis	Endoskopik yoki teri orqali drenaj	Natija bo‘lmasa nekrektomiya
Gemodinamik beqarorlik yoki favqulodda asorat	Shoshilinch konsilium va manba nazorati	Anatomiyaga mos individual intervension usul

2-jadval. Pankreonekrozda bosqichli davolash qarorlarining konseptual sxemasi [2,4,7,8].

POINTER randomizatsiyalangan sinovida 104 bemor taqqoslangan. Kechiktirilgan drenaj guruhida invaziv muolajalar o‘rtacha soni 2,6 bo‘lib, erta drenaj guruhidagi 4,4 ga nisbatan kam bo‘lgan; kechiktirilgan guruhdagi 39% bemorga drenaj yoki nekrektomiya kerak bo‘lmagan. Bunda asosiy murakkabliklar indeksi bo‘yicha erta drenajning ustunligi aniqlanmagan [7].



2-rasm. POINTER tadqiqotida guruhlar bo‘yicha bir bemorga to‘g‘ri kelgan invaziv muolajalarning o‘rtacha soni [7].

6. Mahalliy ilmiy natijalar. Hakimov va Abdukarimov nashrida takomillashtirilgan yondashuv bilan o‘lim ko‘rsatkichi 9,0% dan 5,0% gacha, asoratlar esa 24,1% dan 15,1% gacha kamaygani xabar qilingan. Bu nashr mualliflari bildirgan natijalar bo‘lib, bemorlar tanlovi va usullarning heterogenligi tufayli xalqaro randomizatsiyalangan sinovlar bilan bevosita tenglashtirilmaydi. Davlatov va Valijonov erta diagnostikani kuchaytirish zarurligini alohida urg‘ulaydi [9,10].

MUHOKAMA

Adabiyotlar tahlili kasallikning «og‘irligi» birgina ferment miqdori yoki KTdagi nekroz hajmi bilan aniqlanmasligini ko‘rsatadi. Muhim klinik yakuniy nuqta — 48 soatdan ziyod saqlanayotgan a’zo

disfunksiyasi. Dastlabki 24–48 soatda diurez, mochevina, nafas holati va gemodinamikaning takroriy tekshiruvi statik skordan ko‘ra klinik qarorni to‘liqroq asoslaydi [1–3].

Infuzion yordamda oldingi «ko‘proq hajm yaxshiroq» paradigmasi qayta ko‘rib chiqilgan. WATERFALL natijasi ortiqcha gidratatsiyaning xavfini namoyish etadi; bu shok va gipoperfuziyani davolamaslikni anglatmaydi. Aksincha, muvozanatli kristalloidlar va dinamik monitoring bilan perfuziyani tiklash, ayniqsa yurak yoki buyrak hamroh kasalliklarida shaxsiylashtirilgan rejani talab etadi [3,6].

Infeksiyalangan nekrozda antibioterapiya bilan invaziv muolajani bir xil tushunish xato. POINTER tadqiqoti ayrim barqaror bemorlarda nekroz devorlanishini kutish operatsiyalar sonini kamaytirishi mumkinligini ko‘rsatgan, biroq nazorat qilib bo‘lmaydigan sepsis va gemodinamik beqarorlikda muddatni qat’iy kutish xavfli. «Step-up» faqat operatsiya turi emas, balki har bosqichda foyda va xavfni qayta baholash tamoyilidir [4,7,8].

Mahalliy markazlarda minimal invaziv muolajalarni joriy etish bilan birga davolash algoritmining amaliy imkoniyati ham baholanishi kerak: kontrastli KT, anesteziologiya-reanimatsiya, interventsion radiologiya, ekspert endoskopiya va zarur holatda jarrohlikning mavjudligi. O‘zbekiston nashrlari milliy kontekstni yoritadi, lekin milliy miqyosda ko‘p markazli prospektiv ma’lumotlar yetarli bo‘lmagani uchun umumlashtirish ehtiyotkorlik bilan bajariladi [9,10].

Sharhning cheklovlari: sistematik qidiruv va meta-tahlil bajarilmagan; tavsiyalar va sinovlarda populyatsiyalar turlicha; jadval va diagrammalar birlamchi yangi ma’lumot emas. Shu bilan birga, ko‘rsatmalarni ketma-ket klinik qarorlar bilan bog‘lash amaliy jihatdan foydali sintez beradi.

XULOSA

1. Og‘ir o‘tkir pankreatitning markaziy diagnostik belgisi — 48 soatdan ortiq davom etadigan a’zo yetishmovchiligi; xavf bemorni dinamik baholash asosida qayta tabaqalashtirilishi kerak [1,2].
2. Maqsadga yo‘naltirilgan, ortiqcha suyuqlik yuklanishini oldini oladigan infuzion yordam va imkon qadar enteral oziqlantirish kompleks intensiv davolashning asosini tashkil qiladi [2,3,6].
3. Profilaktik antibiotiklarni muntazam buyurish o‘rniga infeksiya tasdig‘i yoki ishonchli gumon mavjudligida individual antimikrob davo afzal [2,4,5].
4. Infeksiyalangan pankreonekrozda bemor holati imkon bersa intervension muolajani kechiktirish va minimal invaziv step-up taktika qo‘llash keraksiz aralashuvni kamaytirishi mumkin [4,7,8].
5. O‘zbekiston sharoitida multidisiplinar markazlar hamkorligini kuchaytirish hamda bir xil yakuniy nuqtalari bo‘lgan prospektiv tadqiqotlar olib borish istiqbolli yo‘nalishdir [9,10].

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Banks, P. A., Bollen, T. L., Dervenis, C., et al. (2013). Classification of acute pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut, 62(1), 102–111. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779
2. Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., et al. (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery, 14, 27. https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0

3. Tenner, S., Vege, S. S., Sheth, S. G., et al. (2024). American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. American Journal of Gastroenterology, 119(3), 419–437. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002645
4. Baron, T. H., DiMaio, C. J., Wang, A. Y., & Morgan, K. A. (2020). American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. Gastroenterology, 158(1), 67–75.e1. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.064
5. International Association of Pancreatology. (2025). International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025. Pancreatology, 25(6), 770–814. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40651900/
6. de-Madaria, E., Buxbaum, J. L., Maisonneuve, P., et al. (2022). Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. New England Journal of Medicine, 387, 989–1000. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2202884
7. Boxhoorn, L., van Dijk, S. M., van Grinsven, J., et al. (2021). Immediate versus Postponed Intervention for Infected Necrotizing Pancreatitis. New England Journal of Medicine, 385, 1372–1381. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2100826
8. van Santvoort, H. C., Besselink, M. G., Bakker, O. J., et al. (2010). A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis. New England Journal of Medicine, 362, 1491–1502. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908821
9. Hakimov, M. Sh., & Abdukarimov, J. Sh. (2025). O‘tkir pankreatitni davolashda yangi yondashuvlar: klinik natijalar. Tibbiyotda yangi kun, 4(78), 866-betdan. https://repo.tma.uz/xmlui/bitstream/handle/1/1663/5.%20Xakimov%20M.SH..pdf
10. Davlatov, U. H., & Valijonov, A. F. (2025). Turli shakldagi o‘tkir pankreatitni erta tashxislash usullarining afzalliklari. Toshkent davlat tibbiyot universiteti repozitoriysi. http://repo.tma.uz/xmlui/handle/1/2008