



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Xamraev A.A., Axmedova N.A., Kodirova Sh.A.,
Azizova P.X., Xodjanova Sh.I., Raxmatov A.M.

SURUNKALI PANKREATIT DIAGNOSTIKA VA DAVOSI BO'YICHA KLINIK TAVSIYALAR USLUBIY TAVSIYANOMA

Uslubiy tavsiyanoma




Toshkent-2022

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

«TASDIQLAYMAN»
Fan va ta’lim boshqarmasi
boshlig’i, t.f.d., professor

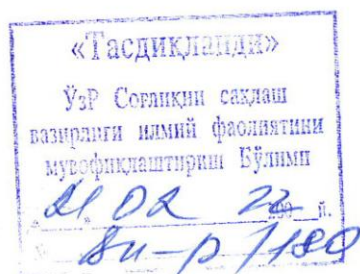
U.S.Ismailov
« » 2022 y.



Xamraev A.A., Axmedova N.A., Kodirova Sh.A., Azizova P.X., Xodjanova Sh.I.,
Raxmatov A.M.

**SURUNKALI PANKREATIT DIAGNOSTIKA VA DAVOSI BO‘YICHA
KLINIK TAVSIYALAR**

(uslubiy tavsiyanoma)



Toshkent - 2022 y.

Xamraev A.A., Axmedova N.A., Kodirova Sh.A., Azizova P.X., Xodjanova Sh.I., Raxmatov A.M. // “Surunkali pankreatit diagnostika va davosi bo‘yicha klinik tavsiyalar” Uslubiy tavsiyanoma // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MChJ Toshkent – 2022, 43 – bet.

Tuzuvchilar:

- Xamraev A.A.** -Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son davolash fakultetining 2-son ichki kasalliklar kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori.
- Axmedova N.A.** – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son davolash fakultetining 2-son ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi.
- Kodirova Sh.A.** – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini katta o‘qituvchisi
- Azizova P.X.** – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son davolash fakultetining 2-son ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi.
- Xodjanova Sh.I.** – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini assistenti, PhD
- Raxmatov A.M.** – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini assistenti

Taqrizchilar:

- Miraxmedova X.T.** –TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtika, nefrologiya va gemodializ kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori.
- Munavvarov B.A.** – Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti 2-son terapevtik fanlar yo‘nalishi kafedrasini dotsenti, t.f.n.

Ko'rib chiqilgan va nashrga muammoli komissiya tomonidan tavsiya etilgan

Protokol № 6 «18» yanvar 2022 yil

TTA Ilmiy Kengash tomonidan ko`rib chiqilgan va tasdiqlangan

Protokol № 6 «26» yanvar 2022 yil

TTA Ilmiy Kengashi kotibi _____ **Ismailova G.A.**

© **Xamraev A.A., Axmedova N.A., Kodirova Sh.A.,**

Azizova P.X., Xodjanova Sh.I., Raxmatov A.M.

© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MChJ. 2022

Qisqartma so'zlar:

AIP	–	Autoimmun pankreatit
AOOBK	–	asosiy oshqozon osti bezi kanali
BBS	–	Birlamchi biliar siroz
DD	–	dalillar darajasi
ERXPG	–	endoskopik retrograd xolangiopankreatikografiya
EUTT	–	endoskopik ultratovush tekshiruvi
MRPXG	–	Magnit-rezonans pankreatxolangiografiya
NP	–	Nasliy pankreatit
OOB	–	oshqozon osti bezi
OOBFT	–	oshqozon osti bezining funktsional testlari
PAT	–	Paddington alkogol testi
PNI	–	proton nasos ingibitori
QD	–	qandli diabet
RHKT	–	randomizatsiya nazoratli klinik tadqiqot
SP	–	surunkali pankreatit
SPINK1	–	serine proteaseinhibitor, Kazal type 1
CFTR	–	cystic fibrosis transmembrane conductance regulator CFTR (kistik fibroz transmembran o'tkazuvchanligi regulyatori)

Qisqa sharhlash

SP - bu klinik ko'rinishlari va patologik jarayonning hilma hilligi kuchlibo'lgan kasallik. Ushbu tavsiyanoma klinik va parhezli yondashuv, oshqozon osti bezi (OOB) funksiyasini baholash, oshqozon osti bezining tashqi sekretoryetishmovchiligi va ikkilamchi qandli diabetni (QD) davolash, dori vositalari bilan og'riq xurujlarinibartaraf etish va oldini olish bo'yicha tavsiyalar beradi.

Farmakoterapiya uchun dalillar darajasi(1 va 2 -jadvallar).

1-jadval. Oksford dalillarga asoslangan tibbiyot markazi tasnifiga ko'ra dalillar darajalari

DD	Ma'lumotlar turi
1a	Meta-tahlilrandomizatsiya nazoratostida klinik tadqiqot
1b	Kamida bitta randomizatsiya nazorat ostida klinik tadqiqot
2a	Randomizatsiyasiz kamida bitta yaxshi bajarilgan nazorat ostida tadqiqot
2b	Kamida bitta uslubiy jihatdan t'g'ri bajarilgan kvazi-eksperimental tadqiqot
3	Yaxshibajarilganeksperimentalbo'lmagantadqiqotlar: qiyosiy, korrelyatsiyayoki "holatninizoratqilish"
4	Konsensus xulosasi, ekspert xulosasi yoki tan olingan klinik tajriba avtoritet

2-jadval. Oksford dalillarga asoslangan tibbiyot markazi tasnifiga ko'ra tavsiyalarning ishonchligi darajasi

Daraja	Dalil asosi
A	1-tadqiqot darajasiga mos keladi
B	2 yoki 3-darajali tadqiqotga mos keladi yoki 1-darajali tadqiqotga asoslanadi
C	4-darajali tadqiqotlar yoki 2 yoki 3-darajali tadqiqotlardan ekstrapolyatsiya
D	Dalillar darajasi 5, barcha darajalarda ziddiyatli yoki tugallanmagan tadqiqotlar

Kirish

Ushbu tavsiyalarning maqsadi gastroenterologlar va umumiy amaliyot shifokorlari uchun qat'iy metodologik yondashuvga asoslangan SP diagnostikasi va davolash amaliy ko'rsatmalarni berishdir. Nur diagnostikasi usullarini qo'llash va molekulyar biologiyani rivojlantirish orqali SP ning o'ziga xos shakllari tasvirlangan, ya'ni: autoimmunpankreatit [20, 28, 36, 38], paraduodenal pankreatit va gen mutatsiyalari bilan bog'liq pankreatit. Biroq, hozirgi vaqtda ularning ta'rifi va davolash bo'yicha xalqaro shartnomalar mavjud emas. Shu sababli kasallikning ushbu o'ziga xos shakllariga oid batafsil qoidalar ko'rib chiqilmagan.

Ta'rif

Surunkali pankreatit - oshqozon osti bezining uzoq davom etuvchi yallig'lanish kasalligi bo'lib, og'riq va funktsiyaning doimiy pasayishiga olib keladigan qaytmas morfologik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi

Epidemiologiya

SPning tarqalishi Evropada 100 ming aholiga 25,0-26,4 holat, Rossiyada - 100 ming aholiga 27,4-50 holat. Rivojlangan mamlakatlarda SP bilan kasallanish 100 ming aholiga 5-10 holatni tashkil qiladi; butun dunyoda - yiliga 100 000 aholiga 1,6-23 holat [32, 37, 42]. Dunyoda o'tkir va surunkali pankreatit bilan kasallanishning o'sish tendentsiyasi mavjud, so'nggi 30 yil ichida - 2 barobardan ortiq.SP odatda o'rta yoshda (35-50 yosh) rivojlanadi. Rivojlangan mamlakatlarda tashxis qo'yilgan paytdan boshlab o'rtacha yosh 50 yoshdan 39 yoshgacha pasaygan, kasallanganlar orasida ayollar ulushi 30 foizga oshgan; bemorlarning birlamchi nogironligi 15% ga ytadi [37, 42].

SPning dastlabki tashxisidan keyin o'lim birinchi 10 yil ichida 20% gacha va 20 yildan keyin 50% dan oshadi, o'rtacha 11,9% ni tashkil qiladi. SP bilan og'riqan bemorlarning 15-20 foizi pankreatitning kuchayishi paytida yuzaga keladigan asoratlardan, boshqalari - ikkilamchi ovqat hazm qilish buzilishi va yuqumli asoratlar tufayli vafot etadi [32, 37, 42].

Etiologiya

SP etiologiyasi haqidagi zamonaviy fikrlar TIGAR-O tasnifida aks ettirilgan, unga ko'ra quyidagilargabo'linadi:

Toksik/metabolik (spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish; chekish; giperkalsemiya; giperparatiroidizm; giperlipidemiya; surunkali buyrak yetishmovchiligi; dorilar va toksinlarning ta'siri)

Idiopatik

- erta boshlanishi (ogʻriq)
- kech boshlanishi (50% da ogʻriq yoʻq; kalsifikatsiyaning tez rivojlanishi, ekzo- va endokrin yetishmovchiligi;)
- tropik
- tropik kalsifikatsiya qiluvchi pankreatit
- fibrokalkulyoz pankreatik diabet

Irsiy

- autosomal dominant
- kationik tripsinogen (29 va 122-kodonlardagi mutatsiyalar)
- autosomal retsessiv
- mutatsiyalar CFTR (kistik fibroz transmembran oʻtkazuvchanligi regulyatori)
- SPINK1 mutatsiyalari (serin proteaza ingibitori-oshqozon osti bezi tripsin sekretsiyasiinhibitori, Kazal 1-turi)
- kationik tripsinogen mutatsiyalari (kodonlar 16, 22, 23)
- α_1 -antitripsin

Autoimmun

- izolyatsiya qilingan autoimmun SP
- tizimli IgG4 bilan bogʻliq kasallik doirasidagi autoimmun SP
- Shegren sindromi bilan bogʻliq SP
- yoʻgʻon ichakning yalligʻlanish kasalliklari bilan bogʻliq SP
- BBS bilan bogʻliq SP

Takrorlanuvchiva ogʻir oʻtkir pankreatit natijasida SP

- postnekrotik (ogʻir oʻtkir pankreatit)
- takrorlanuvchi OʻP
- qon tomir kasalligi / ishemik
- nur

Obstruktiv

- Oddi sfinkteri kasalliklari (stenoz yoki diskineziya)
- kanalning obstruktsiyasi (masalan, oʻn ikki barmoqli ichakning oʻsimta, periampulyar kistalari)

- oshqozon osti bezi yo‘llarining shikastlanishdan keyingi chandiqlari (endoskopik muolajalar asorati: papillosfinkterotomiya, tosh chiqarish va hokazo)
- pancreas divisum

Toksik omillar SPning 60-70% sababi spirtli ichimliklardir. SPning 10-15 yil ichida namoyon bo'lishi uchun alkogolning qabul qilish kundalik dozasi taxminan 60-80 ml/kun bo'lishi kerak. Jins, irsiy va boshqa omillar asosiy rol o'ynashi mumkin, shuning uchun, surunkali alkogolizm yoki spirtli ichimliklarni sui iste'mol qilish oqibatlarida "toksik pankreatit" atamasi har doim ham nazarda tutilmaydi. Chekish alkogolning ta'sirini sezilarli darajada kuchaytiradi (ko'paytiruvchi ta'sir), bu esa SPning rivojlanish va kuchayish xavfni oshiradi

Spirtli ichimliklarni sui iste'mol qiluvchilarni aniqlashning bir necha usullari mavjud. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan boq'liq bo'lgan buzilishni aniqlovchi testi (AUDIT) ishonchli baho beradi, ammo an'anaviy qiymatlarni standart qabul qilish dozalariga aylantirishni talab qiladi. Padding tonal kogoltesti (PAT) ozvaqtoladi va AUDITga nisbatan sezgirlik bilan solishtirish mumkin, bu test 3 va/yoki 4-savolga ijobiy javob bilan musbat deb hisoblanadi (spirtli ichimliklar suiiste'moli).

Paddington alkogol testi (PAT)

1. Six spirtli ichimliklar ichasizmi?

Ha - 2-bosqichga o'ting.

Yo'q

2. Deyarli ko'pchilik ba'zan odatdagidan ko'proq, iloji boricha ko'proq ichishadi.

Sizda shunday kunlar bo'lganmi?

	Standart	Aroq (ml) 40	Kuchli vino (ml)	Quruq vino	Pivo (shisha)
	porsiya	hajmi%	17-20 hajmi%	11-13 hajmi%	5 hajmi%
(0)	1 yoki 2	30-60	75-150	75-150	250 ml-1 shisha
(1)	3 yoki 4	90-120	225-300	300-400	1,5-2 shisha
(2)	5 yoki 6	150-180	375-450	500-600	2,5 -3 shisha
(3)	7 yoki 8	210-240	525-600	700-	3,5 -4 shisha
(4)	10 yoki ko'proq	300 va ko'proq	750 va ko'proq	1000 va ko'proq	5 shisha va ko'proq

3.Siz kuniga 8/6 (mos ravishda erkaklar va ayollar uchun) alkogolli ichimliklarni qanchalik tez-tez iste'mol qilasiz:

- haftada bir marta yoki undan ko'p = PAT holati +
- yoki kamroq bo'lsa:
- kamida oyiga bir marta = PAT holati +
- oyiga bir martadan kamroq = PAT holati - (4-savolga o'ting)

4. Sizningcha, shifokorning ushbu tekshiruvi spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan bog'liqmi?

Ha = PAT holati +

Yo'q = PAT holati –

Chekish

Chekmaydiganlar bilan solishtirganda chekuvchilarda SP rivojlanish xavfi 7,8 dan 17,3 gacha o'zgarib turadi, bu chekilgan sigaretalar sonining ko'payishi va chekish davomiyligi bilan ortadi. ChekishSPrivojlanishiuchunmustaqilxavfomilidir.

Parhez

Protein-kaloriya etishmovchiligi, dietada ma'lum oziq-ovqatlarning mavjudligi, shuningdek, gipertrigliceridemiya, boshqa giperlipidemiya vaSP o'rtasidagi bog'liqliklaraniqlanmagan.

Irsiy omillar

Kationik tripsinogen genidagi mutatsiyalar Nasliy pankreatitningrivojlanishiga olib keladi.NP bo'lgan bemorlarda semptomlar odatda ancha oldinroq (yoshligida) paydo bo'ladi (20 yilgacha), kasallik tez rivojlanadi, bu fonda oshqozon osti bezining adenokarsinomasining rivojlanish xavfi oshadi.Idiopatik SP bilan og'rigan bemorlarda kistik fibrozning transmembran o'tkazuvchanligiregulyator (CFTR) va tripsin ingibitori (PSTI yoki SPINK1)gen mutatsiyalari aniqlangan.Rossiyaning aralash populyatsiyasida SPINK1 genidagi N34S mutatsiyasiazoratga qaraganda sezilarli darajada tez-tez uchraydi (mos ravishda 14,6 va 2,9%; p <0,05).Bu tatqiqotda N34S mutatsiyasi mavjud bo'lsa, idyopatik SPning rivojlanish ehtimoli 4,62 ni tashkil qiladi[16].

Kanal obstruksiyasi

Obstruktiv SP ning rivojlanishi bilan bog'liq holatlar- travma, toshlar, soxta kistlar va o'smalar mavjudligidir. SP (pancreasdivisum) oshqozon osti bezi bo'linishi va Oddi sfinkterining disfunktsiyasi fonida yuzaga keladimi yoki yo'qmi aniq isbotlanmagan.

Immunologik omillar

Autoimmun pankreatit alohida yoki Shegren sindromi, ichak yallig'lanishk asalliklari va boshqa autoimmun kasalliklar bilan birgalikda paydo bo'lishi mumkin[15].

Autoimmun pankreatit diagnostikasi uchun gipergammaglobulinemiya, IgG darajasining oshishi, qon zardobida IgG4 darajasining oshishi va auto anti tanalarning mavjudligi (laktoferrin, karbonat angidraz II va silliq mushaklarga antiyadroviy antitanalar) klinik ahamiyatga ega. Ushbu holatni o'z vaqtida aniqlash juda muhim, chunki u kortikosteroidlar bilan davolanishga yaxshi javob beradi.

AIP diagnostika mezonlari: HISORt tizimi quyidagi belgilar guruhlarini o'z ichiga oladi

Morfologik belgilar («histology») –obliteratsiya qiluvchi flebit bilan periduktal limfoplazmatik infiltrat, girdoblar ko'rinishidagi fibroz va/yoki girdoblar ko'rinishidagi fibrozli limfoplazmatik infiltrat va ko'p miqdordagi IgG4 + hujayralar (≥ 10 IgG4+ ko'ruv maydonidagi hujayralar).

Nur diagnostikasi («imaging»): oshqozon osti bezining diffuz kengayishi, kontrastning "qobiq" ko'rinishidagi kechikib to'planishi, AOOBKning diffuz notekisligi.

Serologik markerlar ("serologiya"): qon zardobida IgG4 darajasining oshishi (8–140 mg%).

Boshqa organlarning zararlanishi («other organin volvement»): o't yo'llarining strikturalari, retro peritoneal to'qima larning fibrozi, so'lak va ko'z Yoshi bezlarning shikastlanishi, mediastinal limfa denopatiya.

Davo terapiyasiga javob: 1 oy davomida kuniga 30-40 mg prednizoloni buyurishning ijobiy ta'sir etadi.

Diagnostika mezonlari AIP tashhislash ehtimolining quyidagi darajalarini beradi:

A darajasi: tipik gistologik belgilarlar:

Quyidagilardan biri yoki bir nechta:

limfoplazmatik xarakterli xususiyatlariga ega bo'lgan to'qimalar sohasi sklerozlangan pankreatit;

≥10 IgG4+ limfoplazmatikinfiltratsiyafonidako'ruvmaydonidagihujayralar

B darajasi: tipik laboratoriya instrumental ma'lumotlari.

Barcha belgilarning mavjudligi:

KT/MRT bo'yicha OOBning diffuz o'shishi, kontrastning kuchayishining kechikishivaqobiqning mavjudligi ("kapsula");

ERPGdaAOOBKbo'shliq'ining diffuz notekisligi;

Qon zardobida IgG4 darajasining oshishi.

C darajasi: steroid gormonlariga ijobiy samarali javobi.

Barcha belgilarning mavjudligi:

oshqozon osti bezi shikastlanishining boshqa barcha sabablarini istisno qilish;

ko'pmiqdordagiIgG4

+

hujayralarinianiqlashbilantasdiqlanganqonzardobidaIgG4

darajasiningoshishiyokiboshqaorganlarningshikastlanishi;

steroid terapiya fonida oshqozon osti bezi yoki

boshqaorganlardagio'zgarishlarning sezilarli yaxshilanishi yoki yo'qolishi.

Boshqa va kam uchraydigan metabolik omillar

SP ning tasdiqlangan sabablari orasida surunkali buyrak etishmovchiligi vagiperparatiryeoz, tutqich tomirlarining aterosklerozida ishemik shikastlanish [8], dori va toksik moddalarning aniq roli isbotlanmagan bo'lib qolmoqda.

Morfologiya

Surunkali pankreatitga oshqozon osti bezining ekzokrin parenximasini zararlash bilan kechuvchi o'choqli fibroz xosdir; notekis, bo'laklararo bo'shliqda o'choqli tarqalgan fibroz, oshqozon osti bezi kanallarining kengayishi, kanal epiteliyasining giperplaziyasi va metaplaziyasi va kistlarning shakllanishi; bo'laklararo bo'shliqda izolyatsiya qilinganfibroz SP uchun xos emas. Alkogolli SPda oqsil tiqinlari va oshqozon osti bezi toshlari paydo bo'ladi [14].

Autoimmunetiologiyasida skleroz bilan limfoplazmatik infiltratsiya bilan kechuvchi skleroz pankreatitni morfologik jihatdan ochib beradi; me'da osti bezi to'qimalarida IgG4 + musbat hujayralar (ko'rish sohasida 10 dan ortiq hujayralar)bo'lgan ko'p miqdordagi infiltratsiyasi quyidagi ikkita yoki undan ko'p bo'lgan belgilar: periduktal limfoplazmatik infiltratsiya, obliteratsiya qiluvchi flebit, girdobsimon fibroz.AIP ikkita variantga bo'linadi:1-toifa – limfa va plazma hujayralari

ishtirokida sklerozning ustunligi bilan kechuvchi pankreatit 2-toifa – kanallarni idiopatik yo'q qilish (destruksiya) ustunligi bilan. 1-toifa AIP (limfoplazmatik sklerozpankreatit) dakanalepiteliysi saqlanib qoladi, obliteratsiya qiluvchi flebit yaqqol ifodalanadi. 2-toifa AIP (idiopatik kanal-konsentrik pankreatit) dakanal epiteliyasining granulotsitik yo'q qilinishi (destruksiya) aniqlanadi, periduktal limfo plazmatik infiltratsiya xarakterlidir; kanal devorining neytrofililar bilan infiltratsiyasi xarakterlidir.

Uzoq muddat kechgan SP OOB adenokarsinoma rivojlanish xavfi ortadi. Pankreatik intraepitelial neoplaziya (Pancreatic intraepithelial neoplasms - PanIN) – kanallar devoridagi o‘ziga xos morfologik o‘zgarishlar oshqozon osti bezi saratonining yo‘ldoshi bo‘lishi mumkin. PanIN-3 darajabor. PanIN-1 dahujayrali atipiya belgilarisiz tekis (PanIN1A) yoki papiller (PanIN-1B) shilliq epiteliy aniqlanadi; PanIN-2 da esa papiller epiteliy ustun bo‘lgan hujayralarning atipiyasi aniqlanadi. PanIN-3dahujayra yadrolari tuzilishida sezilarli anomaliyalar, anormal mitozlar va hujayralarning kanallarning bo‘shlig‘ida bog‘lanishi (in situ saratoniga to‘g‘ri keladi) kuzatiladi.

Tasnifi

1. Etiologiyasi bo'yicha:

- Biliarga bog‘liq
- Alkogolli
- Dismetabolik
- Infektsion
- Dori vositalar
- Autoimmun
- Idiopatik

2. Klinik ko'rinishlariga ko'ra:

- Og‘riqli
- Dispeptik
- Qo‘shilib kelgan
- Yashirin

3. Morfologik belgilariga ko‘ra:

- Interstitsial -shish
- Parenximal
- Fibrozsklerotik
- Giperplastik
- Kista

4. Klinik kechishi bo'yicha:

- Kamdan-kam hollarda takrorlanadi
- Tez-tez takrorlanadi
- SP doimiy simptomlar bilan.

5. Asoratlari:

- Safro chiqishining buzilishi.
- Portal gipertenziya (Jigar osti)

6. Endokrin o'zgarishlar:

- pankreatogen qandli diabet, gipoglikemik holatlar va boshqalar.

Yallig'lanish o'zgarishlari: xo'ppoz, kista, parapankreatit, "ferment" xoletsistit, pnevmoniya, eksudativ plevrit, paranefrit va boshqalar.

Kasalliklarning xalqaro tasnifi 10 - tasnifiga ko'ra (o't pufagi, o't yo'llari kasalliklari yo'llar va oshqozon osti bezi), quyidagi sarlavhalar ajratiladi:

K86.0 Surunkali pankreatitalkogol etiologiyali

K86.1 Boshqa surunkali pankreatit

K86.3 Oshqozon osti bezining yolg'on kistasi

Klinik belgilar va simptomlari

Klinik ko'rinishlari.

SP ning asosiy klinik ko'rinishi qorin og'rig'i va oshqozon osti bezining faoliyatining etishmovchiligi hisoblanadi, lekin bemorlar asoratlarning oqibatlarini ham ko'rsatishlari mumkin.

Qorindagi og'riq- surunkali pankreatitning asosiy belgisidir. Odatda og'riq epigastriya sohasida bo'lib, orqaga tarqaladi, ovqatdan keyin kuchayadi va o'tirgan yoki oldinga egilgan holatda kamayadi. Bemorlarning 80-90 foizida og'riq, 10-20% larda esa "og'riqsiz pankreatit" kuzatiladi. Og'riq xurujlari takrorlanishi mumkin (A turi: og'riqsiz davrlar fonida 10 kungacha davom etadigan qisqa muddatli og'riq hurujlar), ba'zida bemorlarda doimiy og'riqlar (B tipi: og'riqsiz davrlar 1-2 oy davom etadigan, ko'pincha spirtli ichimliklarni qabul qilganda kuzatiladigan surunkali pankreatitda kuchli va uzoq davom etadigan epizodlar). Pankreatitda "oshqozon osti bezining yonishi" fenomenining mavjudligi, og'riqning o'z-o'zidan yo'qolishi va ekzokrin yetishmovchiligi; ning rivojlanishining birga kelishi hali isbotlanmagan.

Me'da osti bezi ekzokrin (tashqi sekretor) funksiyasining klinik jihatdan jiddiy etishmovchiligi uning funktsional faolligi 90% dan ko'proq pasayishi bilan sodir bo'ladi. Yog'so'rilishining buzilishining klinik ko'rinishi steatoreya va meteorizm, vazn yo'qotishdir (bemorlarning 30-52% da). Alkogolli pankreatit bilan

og‘rigan bemorlarda ovqat hazm qilish buzilishi (maldigestiya) belgilari birinchi klinik belgilar boshlanganidan keyin o‘rtacha 10 yil o‘tgach paydo bo‘ladi. Yog‘da eriydigan vitaminlar va B12 vitaminining malabsorbtsiyasi ham bo‘lishi mumkin, ammo klinik jihatdan gipovitaminoz kam uchraydi.

Vaqt o‘tishi bilan SP bilan og‘rigan bemorlarning 70 foizida glyukoza bardoshlilikgi buziladi. Kasallik boshlanganidan 10 yil o‘tgach, endokrin yetishmovchiligi; ehtimoli asta-sekin o‘sib boradi [23]. Pankreatogen qandli diabet 1-toifa va 2-toifa diabetdan farqi shundaki, gipoglikemiya rivojlanishining yuqori xavfi va glyukagon sekretsiasining buzilishi tufayli ketoatsidozning kamayishi va SP ning spirtli etiologiyasi bo‘lgan odamlarda jigar disfunktsiyasi bilan birga keladi [35]. Makro-/mikroangiopatiya, nefropatiya, neyropatiya va retinopatiya kabi asoratlar 1-toifa diabetdagi kabi keng tarqalgan .

Surunkali pankreatitning bosqichlari [2]

I bosqich. Kasallikning klinik belgilarining yo‘qligi bilan tavsiflangan klinik oldi bosqichi. Tasodifiy tekshiruv KT yoki ERXPGda SPga xos bo‘lgan o‘zgarishlarni aniqlaydi.

II bosqich. Tez-tez epizodlar bilan tavsiflangan dastlabki namoyishlar SPning kuchayishi, qaysikinoto‘g‘ri O‘P sifatida qabul qilinishi mumkin. Vaqt o‘tishi bilan kasallik qaytalanishlari kamroq og‘irlashadi, ammo alomatlar hurujlar orasida davom etadi. Ushbu bosqichda hayot sifati sezilarli darajada yomonlashishi mumkin. Bosqich odatda 4-7 yil davom etadi.

III bosqich. SP belgilari doimo mavjud, birinchi navbatda qorin og‘rig‘i. Bemorlar og‘riq kuchayishi qo‘rquvi tufayli oziq-ovqat iste‘molini sezilarli darajada kamaytiradi.

Ekzokrin va endokrin pankreatik yetishmovchiligi; belgilari.

IV bosqich. Oshqozon osti bezi atrofiyasi, ekzokrin va endokrin yetishmovchiligi; ning rivojlanishi, qaysiki steatoreya, vazn yo‘qotish va qandli diabet bilan namoyon bo‘ladi.

Og‘riqning intensivligi pasayadi, kasallikning o‘tkir hujumlari to‘xtaydi.

SP va oshqozon osti bezi saratonining og‘ir tizimli asoratlari rivojlanishi mumkin.

Asoratlar

Oshqozon osti bezi to‘qimalarning oldin nekrozi va keyinchalik sekretsia to‘plangan joyida yo‘llarining yorilishi tufayli psevdokistalarning shakllanadi.

Pseudokistalar SP bilan kasallangan bemorlarning taxminan 1/3 qismida uchraydi. Kistalar simptomsiz bo'lishi mumkin yoki qo'shni organlarning siqilishi sifatida namoyon bo'lishi mumkin, bu esa qorinning yuqori qismida og'riqni keltirib chiqaradi.SPdagi pseudokistalarning o'z-o'zidan regressiyasi O'Pga qaraganda kamroq uchraydi ; alkogolli SP bilan og'rigan bemorlarda 25,7% hollarda spontan regressiya, 23% da klinik ko'rinishlarsiz davom etishi tasvirlangan .Simptomsiz surunkali pseudokistalarda jiddiy asoratlarni rivojlanish xavfi <10% ni tashkil qiladi

Shish va oshqozon osti bezi fibrozining rivojlanishi umumiy o't yo'lining siqilishiga va sariqlikning rivojlanishiga olib kelishi mumkin (bemorlarning 16-33%). Ba'zi hollarda ikkilamchi biliar jigar sirroz rivojlanishining xavfi kamligi bilan sariqlik doimiy yoki takroriy bo'lishi mumkin.

Peripankreatik to'qimalarning yallig'lanishi va fibrozi taloqvenalarning, yuqori tutqich va portal venalarning siqilishi va tromboziga olib kelishi mumkin, ammo subhepatik portal gipertenziyaning yaqqol klinikasi kamdan-kam hollarda kuzatiladi.

Quyidagi bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarni ham o'z ichiga oladi: eroziv ezofagit, sindrom Mallory-Vays, gastroduodenal yaralar (ular oshqozon osti bezi bikarbonat ishlab chiqarishning sezilarli darajada pasayishi natijasida yuzaga keladi), surunkali o'n ikki barmoqli ichak tutilishi va qorin ishemik sindromi.

SP ning kuchayishi infeksiyon asoratlar (yallig'lanish infiltratlar, xo'ppozlar, yiringli xolangit, septik holatlar) rivojlanishi bilan pankreatik nekroz bilan birga bo'lishi mumkin.

Pankreatitning asoratlari oshqozon osti bezining kanalning adenokarsinomalarinipaydo bo'lishini ham o'z ichiga oladi

Kogort tadqiqotlari SP va oshqozon osti bezi saratoni o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatadi.

Osteoporoz –Spning asoratli bo'lib kelsa; suyak to'qimasining mineral zichligini bir martalik baholashni o'tkazish tavsiya etiladi (roentgen yordamida densitometriya)

Tavsiyalar

SP bilan og'rigan bemorlarda yog'da eriydigan vitaminlar (A, D, E va K) va B12 vitamini tanqisligi rivojlanish xavfi mavjud.

Osteoporoz – SPning asorati bo‘lib kelsa; suyak to‘qimasining mineral zichligini birmartalik baholashni o‘tkazish tavsiya etiladi (roentgen yordamida densitometriya). Ilmiy asoslangan, shu jumladan, iqtisodiy nuqtai nazardan, giperparatireoz bo‘lmagan bemorlarda kaltsiy almashinuvining dinamik skriningi ishlab chiqilmagan.

Tashxis va tavsiya etilgan klinik tadqiqotlar

Tashxis qorin og'rig'ining xarakterli hurujlari, spirtli ichimliklarni muntazam ravishda qabul qiladigan bemorda oshqozon osti bezi ekzokrin (tashqi sekretor) funksiyasi yetishmovchiligi belgilari asosida amalga oshiriladi. O‘tkir pankreatitdan farqli o‘laroq, SPda qon yoki siydikdagi fermentlar darajasining oshishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi, shuning uchun agar bu sodir bo'lsa, psevdokista yoki oshqozon osti bezi astsitining shakllanishiga shubha qilish mumkin. Qonda doimiy ravishda ko'tarilgan amilaza darajasi makroamilazemiya (bu holda amilaza plazma oqsillari bilan yirik komplekslarni hosil qilib, buyraklar tomonidan filtrlanmaydi va siydikda normal amilaza faolligi kuzatiladi) yoki giperamilazemiyaning ekstrapankreatik (oshqozon osti bezidantashqari) manbalar haqida taxmin qilish imkonini beradi.

Giperamilazemiya va giperamilazuriyaning pankreatikdan tashqari manbalari

- Buyrak etishmovchiligi
- So‘lak bezlarining kasalliklari (Epidemikparotit, konkrementlar, radiatsiya sialadenit)
- Yuz-jag'jarrohlikning asoratlari
- "O'sma" giperamilazemiyasi (o'pka saratoni, qizilo'ngach saratoni, tuxumdon saratoni)
- Makroamilazemiya
- Kuyishlar
- Diabetik ketoatsidoz
- Homiladorlik
- Buyrak transplantatsiyasi
- Bosh miya shikastlanishi
- Dorilar (morfin)
- Qorin bo'shlig'i organlarining kasalliklari: o't yo'llari kasalliklari (xoletsistit, xoledoxolitiaz), oshqozon yarasining asoratlari - yarani teshilish yoki

penetratsiya, ichak tutilishi yoki infarkti, ektopek (bachadondan tashqari) homiladorlik, peritonit, aorta anevrizmasi, operatsiyadan keyingi giperamilazemiya

Radiologik tashxislash usullar

- Oshqozon osti bezi hududining rentgenogrammasi
- Transabdominal ultratovush tekshiruvi (kanallarning kengayishi, psevdokialar,
- kalsifikatsiya, umumiy o't yo'lining, portal, taloq venasining kengayishi, astsit).
- Kompyuter tomografiyasi kontrast vena ichiga yuborish bilan).
- Endoskopik ultratovush UTT.
- ERXPG(kanallar, psevdokistalar tuzilishidagi o'zgarishlar).

Qorin bo'shlig'ining rentgenografiyasi

30-40% hollarda oddiy rentgenografiyada ayniqsa qiya proektsiyada tekshirilganda, oshqozon osti bezi kalsifikatsiyasi yoki intraduktal (kanal ichi) toshlar aniqlanadi. Bu surunkali pankreatit tashxisini tasdiqlash uchun qo'shimcha tekshiruvlarga ehtiyojni yo'q qiladi. Oshqozon osti bezining kalstinozi ko'pincha alkogolli, irsiy SPda va kamdan-kam hollarda idiopatik pankreatitda uchraydi.

Ultratovushli exografiya

SP diagnostikasida transabdominal ultratovush tekshiruvi yetarli sezgirlik va spetifik emas va kamdan-kam hollarda yetarli ma'lumot beradi. Uning asosiy ahamiyati qorin og'rig'ining boshqa sabablarini inkor etishdir.

Transabdominal ultratovush tekshiruvi SP tashxisini ohirgi bosqichida, oshqozon osti bezi parenximasi atrofiyasi, asosiy oshqozon osti bezi kanaliva uning lateral shoxlari kengayishi va intraduktal kaltsiy toshlari, psevdokistalarni tasdiqlashi mumkin. Transabdominal ultratovush UTT surunkali pankreatitni dastlabki bosqichlarida aniqlay olmaydi [89]. Transabdominal ultratovush tekshiruvi 5 mm dan katta bo'lgan toshlarini ayniqsa, ular oshqozon osti bezi boshida joylashganda ishonchli tarzda aniqlaydi. Biroq, natijada olingan rasm KTga qaraganda kam ahamiyat ega. Shunday qilib, ultratovush tekshiruvining salbiy natijasi tosh borligini istisno qilmaydi.

Transabdominal ultratovush UTT progressiv surunkali pankreatit tashxisni tasdiqlashda samaralidir.

Kompyuter tomografiyasi (KT)

SP diagnostikasida KTning sezgirligi 75-90% ni tashkil qiladi; o'ziga xosligi 85% [109] va hozirda SPning birlamchi tashxisi uchun tanlangan usul hisoblanadi. Tadqiqot standarti ko'p detektorli (multidetektor) (ko'p bo'lakli -multispiral) KT (MDKT) hisoblanadi.

SPni ko'rsatadigan KT tekshiruvi bez atrofiyasi, kanallarda tosh borligi, asosiy oshqozon osti bezi kanalining kengayishi, intra- yoki peripankreatik kistalar, peripankreatik fastsiyaning qalinlashishi va taloq vena trombozi ma'lumotlarini aniqlaydi [99]. SPni ko'rsatadigan KTdagi boshqa belgilar strukturasi bir hil emas va oshqozon osti bezi hajmining oshishini o'z ichiga oladi [7]. Fibroz uchun intensivlikning pasayishi xos, bir xil intensivlikdagi struktura esa buni yo'qliginiko'rsatadi. Vena ichiga kontrastli KTda pankreatik nekroz joylarini aniqlash mumkin (contrast moddasi to'planmaydi).

3- jadval. Radiologik diagnostika usullari ma'lumotlariga ko'raSPda oshqozonostibezio'zgarishlari

Ko'rsatkichlar	O'zgarishlar
Organ hajmi	Odatda - qisman yoki butun organ kattlashadi, kamdan-kam hollarda - oshqozon osti bezibujmayadi.
To'qimaning zichligi	Bir hil bo'lmagan xarakter, odatda kistalar yoki kalsifikatsiyalar bilan. Odatda biroz zichligioshgan.
Kontur	Notekis.
Bez kanali	Kengaygan (agar kanal diametri > 5 mm bo'lsa, KT yordamida tashxislash mumkin).
O't yo'llari	Oshqozon osti bezi boshining kattalashganida kengayadi.
O'n ikki barmoqli ichak	Oshqozonostibeziboshiningkattalashganidabosiladi
Taloq venasi	Ba'zida tromboz, ba'zida kattalashgan taloq
Boshqa belgilar	Oshqozon osti bezi yaqinida qorin parda va buyrak fastsiyasining qalinlashishi. Retroperitoneal yog'to'qimasining atrofiyasi

SP qo'ziganda, tomir ichiga kontrastli qo'shimchalar bilan kompyuter tomografiyasi tashxisni tasdiqlashi, o'tkir pankreatitda bo'lgani kabi, qo'zishining og'irligini baholashi va asoratlarni aniqlashi mumkin [92].

Surunkali pankreatit va kuchayishi bilan og'rigan bemorlarda KT tanlov usuli hisoblanadi:

KT oshqozon osti bezi toshlarining lokalizatsiya va topografiyasini aniqlashning eng samarali usuli hisoblanadi.

Endoskopik ultratovushtekshiruvi (EUTT)

EUTT SPni tashxislash uchun tobora ko'proq foydalanilmoqda. EUTTni oshqozon osti bezidagi hatto kichik o'lchamli (<3 mm) toshlarning lokalizatsiyasini aniqlashda sezgirligi bo'yicha KT bilan solishtirish mumkin. EUTT minimal invazivusul va davolash maqsadlarda ishlatiladigan metod.

Surunkali pankreatit erta bosqichlarda oshqozon osti bezi parenximasi va kanallaridagi o'zgarishlarni, shuningdek kanal anomaliyalari vizualizatsiya qilish usullari EUTT, shuningdek, secret intesti bilan MRPXG eng ishonchli hisoblanadi. Rosemont mezonlari organ parenximasi holatini aks ettiruvchi to'rtta belgini (giperexogen o'choqlar, giperexogenlar, gipoexogenjoylar, kistalar) va 5 kanal mezonlarini (asosiy oshqozon osti bezi kanalining dilatatsiyasi, lateral shoxlarning kengayishi, asosiy kanalning notekisligi, kanal devorlarining giperexogenligi va toshlarning mavjudligi) o'z ichiga oladi va SP uchun dalil bo'lib hisoblanadi.

SP tashxisining ishonchliligiga ko'ra belgilarning 4 guruhi mavjud: maxsus SP, taxminiy SP, aniqlanmagan SP va norma. Mezonlar hali tasdiqlanmagan, ammo ularning paydo bo'lishi tadqiqotning ishonchliligini oshirishi kerak.

EUTTbo'yicha Rosemont diagnostika mezonlari
SP ning parenximal belgilari

	Ta'rifi	Asosiy mezonlar	Qo'shimcha mezonlar	Daraja	Gistologik korrelyatsiya
AG iperexogen o'choqlari bo'lakli soya bilan	Exogen tuzilmalar soya bilan ≥ 2 mm uzunlikda va kenglikda yaxshi chegaralangan struktura hajmi ≥ 5 mm Giperexogen qobiqva markazining nisbatan gipoexogenligi bilan	Asosiy A		1	Kaltsinoz parenxima
				2	Noma'lum
A. Bo'laklar bilan	Qo'shilgan bo'laklar ≥ 3	AsosiyB			
B. Bo'laklarsiz	Qo'shilmagan bo'laklar		Ha		
Giperexogen o'choqlari soyasiz	Exogen struktura fokuslar uzunligi va kengligi ≥ 2 mm soyasiz		Ha	3	Noma'lum
Kistalar	Anexogen, yumaloq /elliptic tuzilmalar, qo'shilmalar bilan yoki qo'shilmalarsiz		Ha	4	Psevdokista

Tizilmalar	Giperexogen tizilmalar uzunligi ≥ 3 mm, kamida 2 har xil yoʻnalishli nisbiy kenglik tasvirlari		Ha	5	Noma'lum
-------------------	---	--	----	---	----------

SP ning kanal belgilari [46]

Belgilari	Ta'rifi	Asosiy mezonlar	Qo'shimcha mezonlar	Daraja	Gistologik korrelyatsiya
Asosiy oshqozon osti bezi kanalida konkrementlar	Asosiy oshqozon osti bezi kanalida exogen struktura akustik soya bilan	A		1	Konkrementlar
Asosiy oshqozon osti kanalining konturi notekis	Kontur notekis Yoki tartibsiz va kengayishga moyil		Ha	2	Noma'lum
Yon kanallar kengayishi	Asosiy oshqozon osti kanalining silindrsimon shakli ≥ 3 anexogen struktura, asosiy oshqozon osti kanalidan keladigan har biri eniga ≥ 1 mm		Ha	3	Yon kanallar kengayishi
Asosiy oshqozon osti kanalining kengayishi	$\geq 3,5$ mm tanasida yoki $> 1,5$ mm dumida		Ha	4	Asosiy oshqozon osti kanalining kengayishi

Asosiy oshqozonost ikanalidevoriningg iperexogenligi	Asosiy oshqozonost ibezi tanasi va dumi kanalida exogen struktura aniq Chegaralar bilan > 50%		Ha	5	Kanallarning fibrozi
---	---	--	----	---	----------------------

EUTT bo'yicha SP diagnostikasi mezonlari:

Maxsus SP

1 ta asosiy A belgisi (+) \geq 3 ta qo'shimcha belgi

1 asosiy A belgisi (+) asosiy B belgi

2 ta asosiy A belgisi

Taxminiy SP

1 ta asosiy A belgisi (+) $<$ 3 ta qo'shimcha belgi

1 ta asosiy B belgisi (+) \geq 3 ta qo'shimcha belgi

\geq 5 qo'shimcha belgi (har qanday)

Aniqlanmagan SP

3 - 4 qo'shimcha belgi, asosiy belgisi yoq

1 ta asosiy belgisi yoki $<$ 3 qo'shimcha belgi bilan birga

Norma

$<$ 2 ta qo'shimcha belgi, asosiy belgisi yoq

EUTT usuli bo'yicha SP diagnostikasi tegishli klinik sharoitda amalga oshirilishi kerak. Qo'shimcha texnika usullar (ERPXG, KT, MRT yoki OOBFT) bilan tekshirib tasdiqlash talab qilinadi.

Kistlardan tashqari, oshqozon osti bezining asosiy kanalining kengayishi, soyasiz giperexogen o'choqlar, lateral kanallarning kengayishi.

Yallig'lanish va hafli o'sma o'rtasidagi differentsial tashxisini, shuningdek, SP tashxisi qo'yilgan bemorlar daxatarli o'smalarni erta aniqlash barcha tekshirish usullari uchun qiyin vazifa bo'lib qolmoqda, ammo to'qimalarning eng aniq xususiyatlarini beruvchi usul nozik igna biopsiyasi bilan EUTT hisoblanadi [114].

Surunkali pankreatitning parenxima va kanallardagi o'zgarishlarni ertabosqichlarda tashxislash uchun secret intesti bilan MRT/MRPXG va EUTT eng yaxshi ma'lumot beruvchi usullardir.

MRPXG va EUTTSP bilan og'rigan bemorlarda oshqozon osti bezining anomaliyalarni tashxislashning eng aniq usullari hisoblanadi.

MRT

SPni ko'rsatadigan MRT tekshiruv ma'lumotlari yog' to'qimasidan signalni bostirish bilan T1WIda signal intensivligi va kontrastlikni kamayishi bilan ifodalanadi. Magnit-rezonans pankreatxolangiografiya (MRPXG) o'tkazilganda suyuqlik bilan to'lgan strukturalarni yuqori aniqlik bilan aniqlash mumkin: AOOBK va psevdokistalar. Yon shoxlar kanalini faqat 10-25% hollardagina ko'rinishi tasvirlanganligi sababli, SP bilan og'rigan bemorlarda dastlabki bosqichlarda diagnostik ahamiyatga ega ushbu turdagi tadqiqot cheklangan. Hozirgi vaqtda endoskopik retrograd

xolangiopankreatikografiya (ERXPG) kabi MRPXG bunday sezuvchanlikka va spesifikka ega emas, shuning uchun oshqozon osti bezi kanalining holatini baholashda hal qiluvchi ahamiyatga ega emas.

Sekretin yordamida MRPXG juda yuqori sezuvchanlikka ega va bemorlarning kichik guruhida, yani SPning taxminiy tashxisini tasdiqlashning boshqa ilojisi bo'lmaganida qimmatli bo'lishi mumkin.

Sekretin testi bilan MRPXG dinamikasida - oshqozon osti bezi kanallari tizimidagi dastlabki morfologik o'zgarishlarni, suyuqlik strikturalarini aniqlash, shuningdek, oshqozon osti beziningtashqi secretor zahirasini baholashda invaziv bo'lmagan asosiy usuldir.

Transabdominal ultratovush UTT, KT va MRT surunkali pankreatitning kechki bosqichlarida tashxis qo'yishi mumkin.

Endoskopik retrograd xolangiopankreatikografiya (ERXPG)

ERXPG yordamida surunkali pankreatitli bemorlarning aksariyatini aniqlay oladi. ERXPG oshqozon osti bezi kanali va uning shoxlaridagi o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi (kanallarning tartibsiz kengayishi - "ko'llar zanjiri"). EUTT yo'qligi yoki MRPXG ning shubhali natijalaridaeng ahamiyatli bo'lishi mumkin.

4- jadval. SPda pankreatogrammalarning tasnifi

Terminologiya	Asosiy kanal	Yon kanal shohlarining o'zgarganligi	Qo'shimcha belgilar
Norma	Norma	Yo'q	
Shubhali ma'lumotlar	Norma	< 3	
Yengil SP	Norma	≥ 3	
O'rtacha og'ir SP	O'zgargan	> 3	
Og'ir SP	O'zgargan	> 3	Bir yoki bir nechta: katta bo'shliq, to'siqlar (obstruksiya), to'lish nuqsonlari, ifodalangan kengayishyoki notekisliklik

5-jadval. KT va UT T malumotlar ibo'yicha SP ning Kembrij tasnifi

Og'irlik darajasi	O'zgarishlar
Norma	Asosiy oshqozon osti bezi kanali <2 mm Bezning normal hajmi va shakli Parenximaning bir xilligi
Shubhali	Quyidagilardan biri: Asosiy oshqozon osti bezi kanali 2-4 mm Ozgina kattalashgan (2N gacha) Parenximalarning geterojenligi
Yengil	Ikki yoki undan ortiq belgilar kerak: Asosiy oshqozon osti bezi kanali 2-4 mm Ozgina kattalashgan (2N gacha) Parenximalarning geterojenligi
O'rtacha og'ir	Kichik bo'shliqlar <10 mm Kanallar diametrining notekisligi O'choqli o'tkir pankreatit Kanal devorining exogenligining ortishi Notekis konturlar
Og'ir	Yuqoridagi belgilarga qarag + bir yoki bir nechta belgilar: Katta bo'shliqlar (> 10 mm) Bezning sezilarli darajada kattalashishi (> 2 N) Kanallar ichidagi to'lish nuqsonlari yoki toshlar Kanal obstruksiyasi, striktura yoki jiddiy notekis diametrik kanal Qo'shni organlarning shikastlanishi

Funksional tadqiqot usullari

Oshqozon osti bezining funksional testlari surunkali pankreatitni tashxislash uchun ishlatilishi mumkin.

To'g'ridan-to'g'ri usullar

SP diagnostikasi uchun bu usul yuqori xarajat, stimulyatorlarning kam mavjudligi va bemorlarning yomon, yani ko'tara olmasligi tufayli qo'llash juda cheklangan. Ushbu usullarga ko'ra, SP ni oshqozon osti bezi etishmovchiligidan farqlash mumkin emas. Ular steatoreyaning differentsial diagnostikasi uchun ishlatiladi.

Bilvosita usullar

Bilvosita oshqozon osti bezining funksional testlari - oshqozon osti bezining tashqi sekretor funktsiyaning buzilishini bilvosita baholaydi, ular to'g'ridan-to'g'ri usullar bilan solishtirganda osonroqdur. Biroq, ular kamroq sezgir va asosan tashqi sekretor yetishmovchiligi; ning kechki bosqichlarini aniqlaydi.

Najasdagi yog 'miqdorini aniqlash

Neytral yog'ni aniqlash uchun standart koprologik tekshiruv past sezuvchanligi bilan ajralib turadi, shuning uchun uni steatorreyani tekshirish va davolash samaradorligini baholashda, albatta 3 marta tahlil qilish va bemorning dietasini hisobga olish kerak.

Bunajasdagi yog'miqdorini aniqlash usuli oshqozon osti bezi etishmovchiligining kechki bosqichlarni diagnostikasi uchun sezgirdir. U fermentlar o'rnini bosuvchi davo bo'lmaganda, yuqori yog'li dietada amalga oshiriladi va najas 72 soat ichida yig'iladi. Ushbu tahlil faqat klinik sinovlar doirasida qo'llaniladi [34], muntazam ravishda klinik amaliyotda uni qo'llash noto'g'ri.

Najasda elastaz-1 faolligini aniqlash

Elastaz-1 oshqozon-ichak traktidan o'tganda nisbatan barqaror bo'lib qoladi. Najasdagi elastazni immunferment usuli bilan aniqlash eng katta afzalliklarga ega: ushbu usul faqat inson elastazini aniqlaydi, shuning uchun test natijalari fermentlar o'rnini bosuvchi terapiyasiga bog'liq emas. Tadqiqot noinvaziv va nisbatan arzon, ammo engil va o'rtacha og'ir darajadagi ekzokrin pankreatik yetishmovchiligi; da past sezuvchanlikka ega va oshqozon osti bezi bilan bog'liq bo'lmagan oshqozon-

ichak traktining ayrim patologiyalarini aniqlashda o'ziga xosligi past. Ekzokrin funktsiyaning engil etishmovchiligidagi usulning sezgirligi 63% ni tashkil qiladi.

Nafas testi

Nafas testi oshqozon osti bezi lipazasining faolligiga mutanosib darajada ichak bo'shlig'ida gidrolizlanadigan ^{13}C -etiketli (меченного) substratni (triglitsyeridlar aralashmasi) og'iz orqali yuborishdan iborat. Nafas chhiqariillgan havoda $^{13}\text{CO}_2$ ni massspektrometriya yoki infraqizil spektroskopiya bilan aniqlanadi, ammo boshqa bilvosita testlarda bo'lgani kabi, bu tahlil ham past sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega.

Endokrin yetishmovchiligi; diagnostikasi

Endokrin yetishmovchiligini tashxislash glikozillangan gemoglobin A1c (Hb_{A1C}) konsentratsiyasini muntazam ravishda aniqlash, qondagi glyukoza darajasini nahorda yoki glyukoza bilan yuklama testini o'tkazish orqali yaxshilab o'z vaqtida tekshirib ko'rish kerak. Skrining optimal shakli munozarali bo'lib qolmoqda [35]. Xalqaro ekspert qo'mitasi qandli diabet tashxisi uchun qondagi glyukoza konsentratsiyasidan ko'ra, Hb_{A1C} ($\geq 6,5\%$ darajasida) dan foydalanishni tavsiya qildi. Hb_{A1C} ning afzalligi shundaki, qondagi glyukoza parametrlariga nisbatan Hb_{A1C} ko'rsatkich natijalarining kam o'zgaruvchanligidir [27].

Tavsiyalar

Endokrin yetishmovchiligini tashxislash glikozillangan gemoglobin A1c (Hb_{A1C}) konsentratsiyasini muntazam ravishda aniqlash, qondagi glyukoza darajasini nahorda yoki glyukoza bilan yuklama testini o'tkazish orqali yaxshilab o'z vaqtida tekshirib ko'rish kerak.

Shunday qilib, SP tashxisi faqat morfologik mezonlar yoki morfologik va funksional mezonlarning kombinatsiyasi asosida amalga oshirilishi mumkin; ammo, turli tekshiruv usullari mavjudligiga qaramay, Spning erta bosqichlarida tashxisini aniqlash qiyinligicha qolmoqda.

Qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenogra fiyasi va ultratovush tekshiruvi UTT past sezuvchanlikka ega va SP tashxisini tasdiqlash uchun tavsiya etilmaydi. KT, shuningdek, MRPXG va EUTT tashxisni tekshirish uchun tanlangan usullarga aylandi. Ba'zi hollarda ERPG ham rol o'ynaydi. Tashxisni tekshirish uchun bu tadqiqotlarni bitta yoki barchasini bajarish kerak bo'lishi mumkin.

Oshqozon osti bezining funktsional testlari ma'lumotlariga ko'ra, SPni oshqozon osti bezi SPsiz funktsiya etishmovchiligidan ajratish mumkin emas, bu tadqiqotlar ovqat hazm qilish buzilishi malabsorbtsiyaning differentsial tashxisi uchun ko'rsatiladi.

Konservativ davo

SP bilan og'rigan bemorlarni konservativ davolash simptomlarni engillashtirish va asoratlarni rivojlanishining oldini olishga qaratilgan bo'lib, 6 ta asosiy vazifadan iborat [22]:

1. spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni to'xtatish va chekishni tashlash;
2. qorin og'rig'ining sababini aniqlash va uning intensivligini kamaytirish;
3. oshqozon osti bezining ekzokrin funktsiyasi etishmovchiligini davolash;
4. endokrin yetishmovchiligi; ni asoratlarning rivojlanishiga qadar dastlabki bosqichlarida aniqlash va davolash;
5. ozuqaviy yordam;
6. oshqozon osti bezining adenokarsinomasini, ayniqsa irsiy pankreatitdaskrining qilish.

Xulq-atvorni o'zgartirish (turmush tarzini o'zgartirish)

Jiddiy asoratlardan va o'lim chastotani kamaytirish uchun spirtli ichimliklardan butunlay voz kechish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, abstinentslik sharoitida, ba'zi hollarda, simptomlar og'irligining pasayishi va og'riqning yo'qolishi qayd etilgan, shu bilan birga spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni davom ettirish kasallikning kuchayishiga yordam beradi [27, 35]. Asosan, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdan bosh tortish fonida SPning tashqi sekretor etishmovchiligi kuchaymamaidi. Spirtli ichimliklar iste'mol qilmaydigan shaxslarda, og'riq qoldiruvchi terapiya yaxshi samara beradi [29]. Biroq, spirtli ichimliklarni tashlash har doim ham kasallikning kuchayishini to'xtatmaydi. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni to'xtatish uchun spirtli ichimliklarga qaramlikka ixtisoslashgan narkolog-psixiatrlarni jalb qilish, keyingi kuzatish psixolog tomonidan bo'lishi kerak [27].

Umuman olganda, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishda chekishning etiologik omil va SP kechiishiga ta'sir qiluvchi omil sifatida ajratib ko'rsatish juda qiyin, chunki chekish ko'pincha spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan birga keladi [40]. Bundan tashqari, spirtli ichimliklardan voz kechish ko'pincha chekishni tashlash bilan bog'liq emas [35].

Retrospektiv dalillar shuni ko'rsatadikki, SPda og'riq va asoratlarni kamaytirish yoki oldini olish uchun chekishni tashlashning foydali ta'siriga ishora qiladi [40].

Tavsiyalar

SP bilan og'rigan barcha bemorlarga chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni ichishdan voz kechish tavsiya qilinishi kerak.

Qorin og'rig'ini bartaraf etish

Endoskopik yoki jarrohlik davolash talab qilinadigan pankreatitning asoratlari inkor qilinganda, izchil konservativ davolash amalga oshirilishi lozim. Dastlabki terapiya kam yog'li parhez hisoblanadi. Kuchli og'riq bolganda, norkotik bo'lmagan analgetiklar (paratsetamol yoki nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYaQD)) davriy yoki kurs bilan buyuriladi, agar samarasiz bo'lsa, tramadol berishkerak. Ovqatdan keyin og'riqning kuchayishini kamaytirish uchun dorini ovqatdan 30 daqiqa oldin berish kerak [27, 35].

Rossiyada bir qator xorijiy assotsiatsiyalarning [27, 35]. 6 hafta davom etadigan oshqozon osti bezi fermentlarining yuqori dozalari bilan (himoya qobig'i bo'lmagan tabletkalar shaklida) sinov terapiyasi bo'yicha tavsiyalari amalga oshirish uchun mavjud emas, chunki Rossiyada farmatsevtika bozorida bunday dori vositalarining etishmasligi tufayli. [23, 44]. Shu bilan birga, boshqariladigan sinovlarda bunday terapiyaning samaradorligi to'g'risida yetarli dalillar mavjud emas.

Fermentli terapiyada og'riqni yo'qotish bo'yicha Randomizir tadqiqotlarda qarama-qarshi natijalar olingan [20].Rossiyada ro'yxatdan o'tgan ichakda eriydigan qobiq qoplangan tabletkali pankreatinning samaradorligini tasdiqlovchi dalillar yo'q: platsebo-nazorat qilinadigan hech qanday tadqiqotda tasdiqlanmagan. Ko'pgina tadqiqotlar ichakda eriydigan qobiq mikrotabletkalardan foydalanishning afzalliklarini aniqlamadi. Taqqoslash uchun, ichakda eriydigan qobiq bilanqoplanmagan tabletkalar yordamida olib borilgan tadqiqotlar platsebo bilan solishtirganda og'riq sindromining kamayganligini ko'rsatdi. Shu bilan birga, esda tutish kerakki, himoya membranasi bo'lmagan ferment preparatlarini qo'llashning zaruriy sharti kislotasi ishlab chiqarishni bostiradigan dorilarni (H_2 -blokatorlar yoki proton nasos ingibitorlari (PNI)) bir vaqtning o'zida qo'llashdir. Ko'p sonli kuzatuv, oddiy qiyosiy va intervension tadqiqotlar mavjud bo'lib, ular oshqozon osti bezi og'rig'ini yo'qotish uchun antisekretor dorilar bilan birgalikda yuqori dozalarda faqat mikrotabletkali yoki minimikrosferik pankreatinni buyurish maqsadga muvofiqligini ko'rsatdi [1,5,18], shuningdek, kesishgan tadqiqotlar mini mikrosferik

pankreatinning ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan tabletkalarga nisbatan afzalliklarini ko'rsatdi [16]. Bundan tashqari, ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan tabletkalar bilan pankreatin bilan solishtirganda zamonaviy minimikrosferalar va mikrotabletkalar qo'llashda farmako iqtisodiy afzalliklar (shu jumladan tahlil qilish va og'riqni yo'qotish bo'yicha) haqida ishonchli dalillar mavjud [15, 17]. Umuman olganda, og'riq sindromi bilan SP uchun ferment terapiyasi, ehtimol, kanalning kengayishi yo'qligi yoki oshqozon osti bezi parenximasida minimal o'zgarishlar bo'lganda eng samarali hisoblanadi [19].

Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, oktreetid oshqozon osti bezi sekretsiyasini bostirish uchun samarali, Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, oktreetid oshqozon osti bezi sekretsiyasini bostirish uchun samarali, ammo mavjud ma'lumotlarning noaniqligi va uzoq muddat qabul qilish mumkin emasligi (yuqori narx, tez-tez nojo'ya ta'siri kuzatilishi) tufayli surunkali og'riqni davolash uchun hozirda tavsiya etilmaydi [23].

Doimiy qorin og'rig'i bo'lgan bemorlarga analgetiklar talab qilinishi mumkin. Eng kam faollikka ega bo'lgan dori-darmonlardan boshlash kerak, keyinchalik, zarur hollarda, kuchli dorilarga o'tish kerak. Dastlab, narkotik analgetiklar faqat kerak bo'lganda (qattiq og'riq uchun talab bo'yicha) buyurilishi kerak. Trisiklik antidepressantlar birga keladigan depressiyaning namoyon bo'lishini kamaytiradi va og'riqning kuchayishini kamaytiradi va analgetiklarning ta'sirini kuchaytiradi [19]. Ushbu dorilar markaziy asab to'qimalari va visseral nervlarning sezgirligini o'zgartirishi mumkin, ularning roli SPda og'riq rivojlanishida qabul qilinadi [40].

Doyimantioksidantlarni ichishga buyurish SPda og'riq xurujlarini oldini olishda samarali bo'lishi mumkin. Faqat bitta randomizatsiya nazorat ostida klinik tadqiqot (RNKT) og'riq xurujlarini oldini olish uchun qo'shimcha terapiya (selen, betakarotin, askorbin kislota, tokoferol va metionin) sifatida antioksidantlarining ichishga buyurish samaradorligini ko'rsatdi. Umuman olganda, antioksidantlarning kiritilishi bemorlarning og'riqli kunlar sonining sezilarli darajada qisqarishiga va analgetiklarga bo'lgan ehtiyojning kamayishiga olib keldi. 3 oyga kelib, antioksidantlarning og'riqni yo'qotish bo'yicha statistik jihatdan muhim foydali ta'siri allaqachon qayd etilgan [26].

SPda og'riqni davolashning invaziv usullarini tanlash malakali jarrohlar va endoskopistlar bilan birgalikda amalga oshirilishi kerak, ular oshqozon osti bezi og'rig'ini engillashtirish yoki kamaytirish (blokada, stentlash va boshqalar) va jarrohlik davolash usullarini taklif qilishi mumkin [4].

Tavsiyalar

- Endoskopik yoki jarrohlik davolashni talab qiladigan patologiyani istisno qilish uchun surunkali og'riqning sababini aniqlash kerak;
- Bemorga kam miqdorda ovqat, kam yog'li parhez buyuriladi, spirtli ichimliklar va chekishni to'liq to'xtatish talab qilinadi.
- Oddiy analgetiklar bilan davolash samaradorligi bo'lmasa, imkoniyatga qarab oshqozon osti bezi fermentlarining yuqori dozalari bilan 6 haftalik sinovdan o'tkaziladi: antisekretor dorilar (PNI) bilan birgalikda mikro tabletkalar/mini mikrosferalar.
- Kuchli og'riqbo'lgan bemorlarni davosiga analgetikpreparatlari qo'shiladi: paratsetamol yoki NYaQDlar, keyin kerak bo'lganda kuchli dorilar - tramadolga o'tish; ba'zi hollarda narkotik analgetiklarini doimiy ravishda qabul qilish talab qilinishi mumkin.
- Trisiklik antidepressantlar birga keladigan depressiyaning namoyon bo'lishini kamaytiradi va og'riqning kuchayishini kamaytiradi va narkotik analgetiklarining ta'sirini kuchaytiradi.
- konservativ terapiya samarasiz bo'lsa, operatsiyadan keyin og'riqni yo'qotish ehtimolini baholash uchun jarroh va endoskopistning maslahati kerak.

Oshqozon osti bezingtashqisekretor funksiyasi yetishmovchiligini davolash

Yog'lar va oqsillarni so'rilishining klinik jihatdan sezilarli darajada buzilishi oshqozon osti bezining funktsional faolligining faqat 90% dan ko'proq pasayganidasodir bo'ladi [23]. Oshqozon osti beziga jarrohlik aralashuv (rezeksiya) ham oshqozon osti bezingtashqisekretorfunktsiyasiyetishmovchiligi [33] rivojlanishiga va/yoki kuchayishiga va umr bo'yi fermentlarni almashtirish terapiyasiga olib kelishi mumkin.

Yetarli va o'z vaqtida davolash jiddiy asoratlarni rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi va noto'g'ri ovqatlanish tufayli sodirbo'ladigan o'limni kamaytiradi.

Parhez

Oqsil-energetik yetishmovchiligi ko'pincha SP bilan og'rigan bemorlarda tez-tez uchraydi va birvaqtning o'zida ko'pomilli, oziq-ovqat miqdorini cheklash tufayli, malabsorbtsiya, QD, buzilgan ichak motorikasi va surunkali alkogolizm [11]. kammiqdorda ovqatlanish tavsiya etiladi: kasallikning og'irligiga qarab, kuniga 5-10

marta kichik qismlarda [8]. Agar og‘riq va dispeptik simptomlarni kuchaytirmasa, oziq-ovqatlarda oqsil va uglevodlarning yuqori miqdorida bo‘lishi maqsadga muvofiqdir. Yog‘ cheklovining darajasi steatoreya og‘irligiga bog‘liq. Asosiy vazifa - yog‘ni iste‘mol qilishni cheklash (bu yog‘da eriydigan vitaminlarning normal so‘rilishi uchun zarur bo‘lgan) bilan emas, balki yetarli dozada fermentlarni almashtirish terapiyasini buyurish orqali steatorreyani to‘xtatishdir. Faqat og‘ir holatlarda, og‘ir steatoreya kuchli noqulaylik tug‘dirsa, ijtimoiy moslashuvga olib keladi, kuniga 40-60 g dan kam yog‘ni o‘z ichiga olgan parhez tavsiya etiladi. SP yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda yog‘ iste‘molini cheklashni o‘rganadigan intervension tadqiqotlar o‘tkazilmagan. Og‘ir ekzokrin pankreatik yetishmovchiligi bilan og‘rigan bemorlar uchun energiya qiymati 2500-3000 kaloriya bo‘lgan kunlik dietani, kuniga 1,0-1,5 g/kg/kun oqsil iste‘mol qilishni va kunlik kaloriyalarning <30-40% yog‘ni iste‘mol qilish ko‘rsatmalarini o‘z ichiga oladi .

Murakkab uglevodlar va oziq-ovqat tolasi qandli diabetning boshlanishini sekinlashtirishga yordam beradi. Xun tolasini iste‘mol qilish ko‘pincha SP bilan og‘rigan bemorlarda cheklangan, ovqat hazm qilish fermentlarini adsorbsiyalash va shu bilan ularning ta‘siriga ta‘sir qilishiga asoslangan . Biroq, bu fikr bilvosita dalillarga asoslangan (masalan, triolein bilan nafas testlari natijalarigako‘ra, tolalar oshqozon tarkibini evakuatsiyasi sekinlashganiga tasir qilishi mumkin) .

O‘rta zanjirli triglitseridlar SP va oshqozon osti bezi tashqi secretor funksiyasi yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarga tavsiya etilmaydi, chunki ularning samaradorligi haqida ishonchli dalillar hali ham mavjud emas. Bundan tashqari, yoqimsiz ta‘m va yuqori narx davolanishga rioya qilishni kamaytiradi. Ularning normal hazm bo‘lishi va so‘rilishi uchun hali ham ferment preparatlarini buyurish kerakligi haqida dalillar mavjud [43].

SP bilan og‘rigan bemorlarda yog‘da eriydigan vitaminlarning (A, D, E va K) so‘rilishi buzilishi mumkin, bu ularning qon zardobidagi konsentratsiyasining pasayishi bilan birga keladi . Bundan tashqari, gipovitaminozning klinik ko‘rinishlari kam uchraydi. Shu sababli, nazorat qilinmagan oshqozon osti bezining tashqi secretor funksiyasi yetishmovchiligi bo‘lgan va/yoki uzoq muddatli SP (5 yildan ortiq) bilan og‘rigan bemorlarda yog‘da eriydigan vitaminlar etishmasligi uchun skrining kerak va agar kerak bo‘lsa, ularni parenteral yuborish tavsiya etiladi [35].

SP bilan og‘rigan bemorlarda vitamin B12 yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin, bunga sabab oshqozon osti bezi gaptocorin proteazlari (Castle omili) bilan vitamin B12 kompleksining ajralishi buzilganligidir. Spirtli ichimliklarni iste‘mol qiladigan bemorlarda tiamin (vitamin B1), riboflavin (vitamin B2) va piridoksin (vitamin B6)

etishmovchiligini rivojlanish xavfi mavjud. Agar qon zardobida vitaminlar darajasi etarli emasligi aniqlansa, vitamin terapiyasini o'tkazish kerak.

Fermentlarni almashtirish terapiyasi

SP bemorlarda va oshqozon osti bezining tashqi sekretor funksiyasi etishmovchiligi bo'lganlarda pankreatik fermentlar bilan almashtirish terapiyasi qat'iy ko'rsatma.

Pankreatik fermentlarni almashtirish terapiyasi:

- SP va oshqozon osti bezining tashqi sekretor funksiyasi etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda yog'ning so'rilishini yaxshilaydi;
- Oziqlanish holatini normallashtirishga qodir, masalan, yog'da eriydigan vitaminlar, prealbumin va ferritin, shu jumladan, aniq steatoreya bo'lmagan bemorlarda [33, 34], D vitamini malabsorbtsiyasidan kelib chiqqan osteoporoz rivojlanishining oldini olish uchun;
- SPda bemorning hayot sifatini yaxshilaydi

Fermentlarni almashtirish terapiyasi uchun klinik ko'rsatmalar:

- og'ir steatoreya,
- ozish,
- diareya,
- uzoq muddatli SP (5 yildan ortiq tarix)
- tashqi sekretor funksiyasi yetishmovchiligi; belgilari bilan oshqozon osti bezida jarrohlik aralashuvlardan keyingi holat.

Klinik og'ir steatoreya bilan og'rikan bemorlarga (ko'p miqdorda, yog'li, shakillanmagan, badbo'y hidli) klinik ma'lumotlarga asoslanib, oshqozon osti bezi fermentlarini buyurish tavsiya etiladi [35]. Oziqlanish yetishmovchiligi belgilari (vazn yo'qotish, mushaklarning kamayishi, osteoporoz, gipovitaminoz belgilari) bo'lgan SPda fermentlarni almashtirish terapiyasini tayinlash, hatto najas bilan yog'yo'qolishini miqdoriy baholashdan foydalangan holda steatoreyani tekshirmasdan ham ko'rsatilishi mumkin [35].

Ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan mikrotabletkalar va minimikrosferalar steatoreyani davolashda tabletka preparatlariga qaraganda samaraliroqdir, chunki lipazaning oshqozon kislotasi tasirida inaktivatsiyasini oldini oladi va farmakokinetikani yaxshilaydi, fermentlarning ximus va kattaroq aloqa maydoni bilan aloqa qilish ehtimolini oshiradi [39]. Diametri 1,0 dan 1,2 mm gacha bo'lgan minimikrosferalar qabul qilingan ovqat bilan bir vaqtda evakuatsiya

qilinadi. Ularning samaradorligi 1,8-2,0 mm hajmdagi mikrotabletkalar bilan solishtirganda 25% ga yuqori [33,].

Shunday qilib, fermentlarni almashtirish terapiyasining samaradorligi prognozi, albatta, preparatni tanlashga ta'sir qiladi. Pankreatinning turli preparatlarida lipaz, proteaz va amilaza tarkibi bir xil emas. Bemor asosiy ovqatlanishda kamida 25 - 40 000 birlik lipaza va 10 - 25 000 birlik lipaza ovqatlanish oralig'ida qabul qilish kerak [27, 35]...Samaradorlik fermentlarni almashtirish terapiyasi ovqat paytida yoki ovqatdan keyin darhol buyurilganda yuqori bo'ladi .

Oshqozon osti bezining fermentlarni buyurish samaradorligini baholash mezonlari odatda klinik ko'rsatkichlardir: diareyani bartaraf etish, dispeptik simptomlarni normallashtirish va trofologik holat [35]. Davolash samarasi bo'lmagan bemorlarda laboratoriya nazorati usullaridan foydalanish mumkin: najasdagi neytral yog'ni miqdoriy aniqlash va C₁₃-triolein bilan nafas olish testi [34,]. O'rnini bosuvchi terapiya samaradorligini aniqlash uchun trofologik holat ko'rsatkichlaridan ham foydalanish mumkin (retinolni bog'laydigan oqsil darajasi, transtiretin, limfotsitopeniyaning boshqa sabablari bo'lmaganda limfotsitlarning mutlaq soni)[19]. Bir yil davomida ovqat vaqtida o'rtacha 40 000 IU lipazni tayinlash SP bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligida yog'ning so'rilishini normallashtirishga, tana tana vaznining sezilarli darajada oshishiga, retinolni bog'laydigan oqsil va prealbumin darajasini normallashtirishga olib keladi [34].

Doimiy simptomlari bo'lgan bemorlarga, ichakda eriydigan qobiq qoplangan ferment preparatlarining yuqori dozalarini qabul qilishlariga qaramay, yog'emulgatsiyasini yaxshilash uchun oshqozon kislotasi ishlab chiqarishni bostiradigan dorilarni buyurish kerak [39] [24,]. Afzal dorilar standart dozali PPI hisoblanadi. Ushbu taktikaning samaradorligini ko'rsatadigan bir nechta dastlabki tadqiqotlar mavjud [9, 12]. Doimiy steatoreya bilan diareyaning boshqa sabablarini, xususan, ko'pincha SPda paydo bo'ladigan ingichka ichakdagi bakteriyalarning ko'payishi, protozoyaning invaziyasi, seliakiya kasalligi bilan bog'liq bo'lganlarni istisno qilish kerak.

Me'da osti bezi fermentini etarli darajada almashtirish terapiyasi ekzokrin pankreatik yetishmovchiligibilan og'rikan bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi; hayot sifati va tana vaznining yaxshilanishi yoki najas bilan yog'ajralishining kamayishi o'rtasida sezilarli aloqa o'rnatiladi .

Tavsiyalar

- Yog‘ miqdori past, oqsil va uglevodlarga boy tavsiya etilgan kam miqdorda ovqatlar. Yog‘cheklovining darajasi malabsorbsiyaning og‘irligiga va fermentlarni almashtirish terapiyasining samaradorligiga bog‘liq.
- Oshqozon osti bezi tashqi sekretor funksiyasi yetishmovchiligining klinik ko‘rinishi bo‘lgan bemorlarga fermentlarni almashtirish terapiyasini buyurish tavsiya etiladi.
- Ichakda eriydigan qobiq qoplangan mikrotabletkalar va minimikrosferalar malabsorbsiyaning davolashda himoyalangan vositalardan ko‘ra samaraliroqdir.
- Tavsiya etilgan minimal dozalar bir asosiy ovqatlanishda 25 000 - 40 000 lipaza birligi va oraliq ovqatlanish uchun 10 000 - 25 000 lipaza birligi.
- Davolashning samaradorligini tana vaznining ortishi va simptomlarning kamayishi bilan o‘lchash mumkin; Davolashning samaradorligiga nisbatan har qanday shubhalar fermentlarni almashtirish terapiyasini laboratoriya va instrumental nazorat qilish uchun ko‘rsatmalar sifatida qaralishi kerak.
- Fermentlarni almashtirish terapiyasining maksimal ta‘siriga erishish uchun dozani diqqat bilan tanlash kerak.
- Doimiy simptomlar bo‘lgan bemorlar, ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan ferment preparatlarining maksimal dozalarini qabul qilishlariga qaramay, oshqozon kislotasi ishlab chiqarishni bostiradigan antisekretor dorilar (PNI) bilan davolash kerak.

Oshqozon osti bezining endokrin yetishmovchiligi; ni davolash

Pankreatogen qandli diabet uchun parhez 1-toifa QD ga mos keladi, malabsorbsiyaning, vitaminlar va mikroelementlarning yetishmasligini tuzatish zarurati bundan mustasno; kammiqdorda ovqatlanishni tayinlash gipoglikemiyaning oldini olishni ta‘minlaydi [35]. Ko‘pgina ikkilamchi qandli diabet va parhezning samarasiz bo‘lgan bemorlarga insulinni buyurish zarur. Oshqozon osti bezi parenximasining og‘ir fibrozi natijasida kelib chiqqan qandli diabetda og‘iz orqali qabul qilinadigan gipoglikemik vositalar muhim rol o‘ynamaydi [27,].

Insulin terapiyasi buyurilganda, maqsadli glyukoza darajasi 1-toifa qandli diabetga mos kelishi kerak, og‘ir gipoglikemiya epizodlarining biroz oshishi bundan mustasno. Bemorlarga og‘ir gipoglikemiyaning oldini olish uchun o‘rgatish kerak; spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishdan qochish, jismoniy faollikni oshirish, to‘g‘ri ovqatlanish va fermentlarni almashtirish terapiyasiga rioya qilishga e‘tibor

berish. Insulin terapiyasini qabul qiladigan bemorlar gipoglikemiya ehtiyot bo'lishlari kerak.

Tavsiyalar

SP fonida kelibchiqqanqandli diabetni davolashda gipoglikemiya rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik va asoratlarni oldini olish uchun glyukoza nazoratini doimiy yaxshilashga harakat qilish kerak.

Invazivdavo

Kasallikning murakkab yokiasoratli kechishida, shuningdek, ba'zi hollarda qorindagi chidab bo'lmas og'riq hurujlarni to'htatib bo'lmaganda endoskopik yoki jarrohlik davolashni o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi.

Invaziv davoni amalga oshirish oshqozon osti bezi kasalliklarini davolashning konservativ va jarrohlik usullariga ixtisoslashgan markazda o'tkazish kerak.

Kasallikning asoratlanmagan kechishida og'riqni yo'qotish. Invaziv davoo oshqozon osti bezi kanallari tizimidagi morfologik o'zgarishlarni (strikturalar va toshlar) va parenximadagi yallig'lanish va o'zgarishlarini tuzatishga yoki neyrolizni amalga oshirishga qaratilgan.

Invaziv davonini amalga oshirishda erta va kechki asoratlarni rivojlanish xavfini baholashni diqqat bilan hisobga olishi kerak. Yuqori oshqozon-ichak trakti og'rig'ining boshqa sabablarini istisno qilish kerak. 3-6 oy davomida konservativ usullardan (parhezga qat'iy rioya qilish, yuqori dozali pankreatin terapiyasi, oshqozon sekreti yasini bloklash, narkotik bo'lmagan analgetiklar va tramadol, trisiklik antidepressantlar) izchil foydalanish bilan etarli og'riqni yo'qotib bo'lmasa, hayot sifati va nogironlikning sezilarli darajada pasayishi bilan invaziv davo qilinadi [27].

Endoskopik davo

AOOBK ning simptomsiz kengayishida endoskopik davolash ko'rsatilmaydi. Ushbu bemorlarda endoskopik davolash usullarining oshqozon osti bezining endokrin va tashqi sekresiya funksiyalarga ta'sirini baholaydigan tadqiqotlar yo'q [35].

Istiqbolli tadqiqotlar og'riq bilan kechadigan va AOOBK ning kengayishi bilan og'riq bemozlarda endoskopik davolash samaradorligini ko'rsatadi. Bu, shuningdek, 5-9 oy ichida bemorlarning 70% da hayot sifati yaxshilash, og'riq sindromi bo'yicha kasalxonada yotqizish chastotasini kamaytirish va analgetiklarga bo'lgan ehtiyojda kamayishini ta'minlash uchun pankreatolitiazni [35] endoskopik davolashda litotripsiya bilan birga qo'llashga ham tegishli. AOOBK ning drenajini yaxshilash uchun ko'pincha

sfinkterotomiya, strikturdilatatasiyasi, litoekstraksiya, stent oʻrnatish kabi muolajalar kombinasiyasini amalga oshirish kerak.

Ogʻriq takrorlanganda takroriy endoskopik muolajalar juda samarali boʻladi. Endoskopik drenajni jarrohlik aralashuvga qarshi koʻrsatmalari boʻlganda yoki undan voz kechgan bemorlarda tanlash usuli, shuningdek rejalashtirilgan jarrohlik davolash samaradorligini baholashning dastlabki bosqichi sifatida taklif qilish mumkin. .

Ogʻriqning tez-tez hurujlari boʻlgan bemorlarda oshqozon osti bezi sekretsiasining chiqishini yaxshilash uchun sfinkterotomiya qilish mumkin. Biroq, kanalning kengayishi va obstruksiyasi boʻlmagan bemorlarda ogʻriqni davolash uchun ushbu usulning samaradorligi haqida maʼlumot yoʻq.

Hozirgi vaqtda oshqozon osti bezini stentlashning ikkita strategiyasi mavjud:

- AOOBK ning strikturasining (qattiqlik) bartaraf etilidan qatʼi nazar, stentni 6-12 oydan keyin olib tashlash;
- striktur (qattiqlik) yoʻqolguncha stentlarni keyingi bosqichlarida almashtirish.

2/3 bemorlarda stent qoʻyilgandan keyin 12 oy ichida ogʻriqni yoʻqolishi kuzatiladi, biroq strikturalarning (qattiqlik) yoʻqolishi esa bemorlarning kichik qismida kuzatilgan. Istiqbolli yondashuv - bu kanal diametrini kattalashtiradigan stentlarni bosqichma-bosqich oʻrnatish (har 6 oyda diametrini 2-4 birlik kattalashtirish) bilan AOOBKning distal qismining strikturasini (qattiqlik) aniq oʻlchashdir. Ushbu texnikadan foydalangan holda oʻrnatilgan stentni yakuniy olib tashlashdan soʻng, 95% hollarda strikturalarning (qattiqlik) yoʻqolishi kuzatildi.

Endoskopik davolash SP bilan ogʻriq bemorlarda xolestaz, sariqlik yoki xolangitni samarali davolash uchun vaqtinchalik chora sifatida koʻrsatiladi [35]. Umumiy oʻtyoʻlidagi qisqamuddat turgan stentning koʻpuchraydigan asoratlari - tiqilib qolishi (okklyuziya), stentlarning migratsiyasi, yiringli vaseptik holatlar. Prospektiv tadqiqotlarda umumiy oʻt yoʻllarining stenozini bartaraf etish bemorlarning 10% dan koʻp boʻlmaganida qayd etilgan [30,]. Endoskopik davolashdabir nechta plastik stentlarni ketma-ket joylashtirish bilan 44-90% hollarda strikturaning (qattiqlik) yoʻqotishga olib kelishi mumkin, stent olib tashlanganidan keyin esa 13-48 oy davomida tinch kechishga (remissiya) olib keladi].

Endoskopik davolash klinik namoyon boʻlgan oshqozon osti bezi psevdokistalari, shuningdek, asoratlangan gemorragik boʻlmagan psevdokistalar uchun koʻrsatma boʻladi. Simptomsiz va asoratlanmagan psevdokistalarni ularning kattaligidan qatʼinazar, endoskopik davolash koʻrsatilmaydi.

Endoskopik drenaj jarrohlik yo'libilan davolashdan ko'ra afzalroq bo'lishi mumkin, chunki u yaxshi foyda/xavf profiliga ega bo'lib, shunga o'xshash drenajlash samaradorlikni ta'minlaydigan, kamroq invaziv usuldir [35].

Jarrohlik yo'li bilan davolash: ko'rsatmalar va usullar:

SP bilan og'rigan bemorlarda rejali jarrohlik yo'libilan davolash uchun ko'rsatmalar[74]:

- kuchli, chidab bo'lmas qorin og'rig'i, og'riqni yo'qotib bo'lmaslikdan kelib chiqqan ish qobiliyatining buzulishi;
- 3-6 oy davomida narkotikka qaramlik omili yoki xavfi bilan konservativ davolash ta'siri bo'lmasligi;
- Jarrohlik aralashuvini talab qiladigan SP asoratlari (qon ketish, o'n ikki barmoqli ichak tutilishi, simptomatik psevdokistlar va boshqalar);
- oshqozon osti bezi saratoniga shubha qilinganda.

Og'riqni yo'qotish

SPda og'riqni konservativ va jarrohlik davolash samaradorligini taqqoslaydigan istiqbolli randomizatsiyalangan tadqiqotlar o'tkazilmagan. Ehtimol, og'riqning taxmin qilingan sababi bo'yicha o'tkazilgan operatsiya (etiotrop davolash) og'riqni doimiy ravishda yo'qotishga olib keladi. Jarrohlikdan keyin og'riq dinamikasini baholash bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlarda katta samaradorligi qayd etilgan (bemorlarning 47 dan 80% gacha)

Yettita randomizatsiyalangan sinovlarda [29], oshqozon osti bezi rezektsiyalarini amalga oshirgandan so'ng, jami 302 bemor og'riqni sezilarli darajada engillashtirdi. Simptomsiz SP va kanallarning kengayishi (> 7 mm) bo'lgan bemorlarda AOOBKni jarrohlik dekompressiya qilish shart emas, lekin buni ekzokrin va endokrin yetishmovchiligi; rivojlanishining oldini olish uchun amalga oshirish mumkin [35].

SP ning asoratlari

SP ning asoratlari bo'lgan bemorlarga jarrohlik aralashuviga:

- simptomatik psevdokistalar;
- umumiy o't yo'llarining obstruksiyasi;
- gemorragik asoratlari;
- o'n ikki barmoqli ichakning obstruksiyasi.

Jarrohlik va endoskopik usullar simptomatik psevdokistlarni davolashda samaralidir [22]. Psevdokistlarni jarrohlik yo'li bilan davolashda ingichka ichakning Roux-en-Y halqasi yoki oshqozon bilan anastomoz, hamda AOOBK

ning (> 7 mm) kengayishda lateral pankreatojejunostomiya (oshqozon osti bezi va ingichka ichak) anastomoz bilan amalga oshirilish mumkin

SP ning klinik ko'rinishi bo'lgan umumiy o't yo'llarining obstruksiyasi bemorlarning taxminan 6% da uchraydi. Gepatojejunostomiya (jigar va ingichka ichak) bilan samarali tarzda bartaraf etilish mumkin. Davolash taktikasi asosan sariqlikning davomiyligi, striktura(qattqlik) holati, klinik alomatlar (masalan, og'riq) va xavfli o'sma jarayoniga shubha bilan belgilanadi. Konservativ yondashuv qisqa muddatli sariqlikning minimal namoyon bo'lishi va jigarfunktsiyalarining jiddiy o'zgarishlari bo'lmaganda ko'rsatiladi [21]. Qaytalanuvchi sariqlik yoki xolangit bilan kelsa endoskopik stent qo'yish uchun ko'rsatma bo'lib, xavfsiz va samarali muolaja hisoblanadi (asorat darajasi 4-7%). [24, 25]. Sariqlik stent qo'yilgandan so'ng qisqa vaqt ichida yo'qolsa-da, o't yo'llari strikturasini (qattqlik) to'liq bartaraf etish bemorlarning faqat kichik bir qismida, ayniqsa kalsinoz pankreatit bilan og'riq bemorlarda erishiladi

O't yo'llarini jarrohlik yo'li bilan drenajlash doimiy sariqlik (bir oydan ortiq), yiringli xolangit, sepsis, ikkilamchi xoledoxolitiaz, oshqozon osti bezi boshining sezilarli darajada kengayishi (yallig'lanish) va/yoki saratonni istisno qila olmaslikda ko'rsatmadir .

O'n ikki barmoqli ichak tutilishi kamdan-kam hollarda uchraydi (SP bilan og'riq bemorlarning 1% gacha) . Bu uning izolyatsiya holatida gastrojejunostomiya (oshqozon va ingichka ichak) amalga oshiriladi.

O'n ikki barmoqli ichak tutilishi SPning boshqa asoratlari (og'riq va/yoki o't yo'llarining obstruksiyasi) bilan birga kelganda, oshqozon osti bezi rezektsiyasi o'n ikki barmoqli ichak/pilorusni saqlab qolish bilan amalga oshiriladi.

Shunday qilib, oshqozon osti bezi saratoni haqida ma'lumot yo'q bo'lganda, bir oydan ortiq davom etadigan sariqlik va simptomatik o't yo'llarining torayishi uchun tanlangan davolash usuli jarrohlik bo'lishi kerak. Optimal muolaja hali aniqlanmagan. Chetlab o'tuvchi safro anastomozini yaratishdan (xoledoxo- yoki gepatojejunostomiya) pankreatoduodenektomiyagacha bo'lgan turli operatsiyalar amalga oshiriladi. Yallig'lanish massasi va/yoki saraton kasalligiga shubha bo'lsa, barcha holatlarda oshqozon osti bezi boshini qisman yokito'liq rezektsiya qilish kerak [35].

Oshqozon osti bezi saratoniga shubha

Saratoniga shubha tug'ilganda operatsiyadan oldingi diagnostika usullarining barcha mavjud bo'lgan arsenalini qo'llash (EUTT, KT, MRT, patomorfologik va klinik laboratoriya tadqiqotlari), aksariyat hollarda to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi. Ammo, agar saraton kasalligini istisno qilishning iloji bo'lmasa, gistologik tekshirish uchun kerakli materialni olish uchun rezektsiya qilinadi (rezektsiya hajmini aniqlash uchun intraoperativ shoshilinch gistologik tekshiruv idealdir). Oshqozon osti bezi saratonining o'z vaqtida aniqlanmagan tashxisi prognozni sezilarli darajada yomonlashtiradi.

Prognoz

SP prognozi jarrohlik talab qiladigan (va tegishli intraoperatif o'lim bilan birga keladigan) asoratlarning rivojlanishi bilan belgilanadi. Standartlashtirilgan o'lim darajasi: 3,6:1 (ya'ni, SPning har qanday shakli bo'lgan bemorlar umumiy populyatsiyadan bir xil yoshdagi odamlarga qaraganda 3,6 marta ko'proq o'lishadi)[104]. SP da omon qolish darajasi quyidagilargda kamayadi: yosh; pankreatitning chekish va spirtli etiologiyasi (spirtli ichimliklarni davom ettirish - 60% ga). Hayot sifati bilan bog'liq prognoz surunkali og'riqning rivojlanishi va SP kasallikning natijasi bo'lgan oshqozon osti bezi tashqi sekretor funktsiya yetishmovchiligining og'irligi bilan belgilanadi.

Xulosa

Bubayonotlar SPni davolash bo'yicha birinchi keng qamrovli amaliy tavsiyalarni ifodalaydi. Ular amaliy tajribaga asoslangan eng yaxshi mavjud dalillarni tanqidiy baholash natijasidir.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Белоусова Е. А., Никитина Н. В., Цодиков Г. В. Оптимизация схем лечения хронического панкреатита ферментными препаратами // Фарматека. – 2008. № 13. – С. 103-108.
2. Буклис Э. Р., Ивашкин В. Т. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 79-86.
3. Григорьева И. Н., Никитенко Т. М., Ямлиханова А. Ю. и соавт. Алкогольный панкреатит: гендерные, возрастные, генетические особенности // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2009. № 3. – С. 42-47.
4. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей. / Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л., Баранская Е. К. и соавт.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
5. Ивашкин В. Т., Охлобыстин А. В., Баярмаа Н. Эффективность микрокапсулированных ферментов, покрытых энтеросолубильной оболочкой, при хроническом панкреатите // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2001. № 5. – С. 15-19.
6. Ивашкин В. Т., Шевченко В. П. Питание при болезнях органов пищеварения // – 2006. – Т. 327, № 1. – С. 54.
7. Хронический панкреатит и стеатоз поджелудочной железы. / Ивашкин В. Т., Шифрин О. С., Соколова И. А.: ЛитТерра, 2012.
8. Ивашкин В. Т., Шифрин О. С., Соколова И. А. и соавт. Клинические особенности хронического панкреатита у больных с кальцинозом мезентериальных сосудов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 20-24.
9. Кучерявый Ю. А. Опыт применения эзомепразола в комплексной терапии обострения хронического панкреатита // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. № 6. – С. 35-41.
10. Кучерявый Ю. А., Маев И. В., Москалева А. Б. и соавт. Влияние нутритивного статуса на течение хронического панкреатита // – 2012. № 2. – С. 100-104.
11. Кучерявый Ю. А., Москалева А. Б., Свиридова А. В. Нутритивный статус как фактор риска осложнений хронического панкреатита и развития

- панкреатической недостаточности // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. № 7. – С. 10-16.
12. Кучерявый Ю. А., Оганесян Т. С. Аутоиммунный панкреатит: алгоритмы диагностики и подходы к лечению // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2010. № 6. – С. 3-10.
 13. Кучерявый Ю. А., Петрова Н. В., Тибилова З. Ф. Мутации гена панкреатического секреторного ингибитора трипсина N34S у больных хроническим идиопатическим панкреатитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. № 7. – С. 7-12.
 14. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Болезни поджелудочной железы. В 2-х томах // – 2008. – С. 976
 15. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Оганесян Т. С. и соавт. Фармакоэкономическая эффективность заместительной терапии различными препаратами панкреатина у больных хроническим панкреатитом с экзокринной панкреатической недостаточностью // Фарматека. – 2010. № 15. – С. 98-104.
 16. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Свиридова А. В. и соавт. Эффективность лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы различными препаратами панкреатина // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2010. № 6. – С. 29-37.
 17. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Трошина И. В. и соавт. Фармакоэкономические показатели заместительной ферментной терапии экзокринной панкреатической недостаточности // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2011. № 4. – С. 18-25.
 18. Маев И. В., Свиридова А. В., Кучерявый Ю. А. Длительная заместительная ферментная терапия различными препаратами панкреатина у больных хроническим панкреатитом с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы // Фарматека. – 2011. № 2. – С. 32- 39.
 19. Охлобыстин А. В. Применение препаратов пищеварительных ферментов в гастроэнтерологии // Клинические перспективы гастроэнтерологии. – 2001. № 2. – С. -38.
 20. Шифрин О. С., Ивашкин В. Т. Роль ферментных препаратов в лечении пациентов с болевой формой хронического панкреатита // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. № 3. – С. 3-8.
 21. Abdallah A. A., Krige J. E., Bornman P. p. Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis //HPB (Oxford). – 2007. – vol. 9, # 6. – p. 421-8.

22. Aghdassi A., Mayerle J., Kraft M. et al. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis // *Pancreas*. – 2008. – vol. 36, # 2. – p. 105-12.
23. Ahmed S. A., Wray C., Rilo H. L. et al. Chronic pancreatitis: recent advances and ongoing challenges // *Curr Probl Surg*. – 2006. – vol. 43, # 3. – p. 127-238.
24. Arslanlar S., Jain R. Benign biliary strictures related to chronic pancreatitis: balloons, stents, or surgery // *Curr Treat Options Gastroenterol*. – 2007. – vol. 10, # 5. – p. 369-75.
25. Bartoli E., Delcenserie R., Yzet vol. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis // *Gastroenterol Clin Biol*. – 2005. – vol. 29, # 5. – p. 515-21.
26. Bhardwaj P., Garg P. K., Maulik S. K. et al. A randomized controlled trial of antioxidant supplementation for pain relief in patients with chronic pancreatitis // *Gastroenterology*. – 2009. – vol. 136, # 1. – p. 149-159 e2.
27. Bornman P. C., Botha J. F., Ramos J. M. et al. Guideline for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis // *S Afr Med J*. – 2010. – vol. 100, # 12 Pt 2. – p. 845-60.
28. Buscarini E., Frulloni L., De Lisi S. et al. Autoimmune pancreatitis: a challenging diagnostic puzzle for clinicians // *Dig Liver Dis*. – 2010. – vol. 42, # 2. – p. 92-8.
29. Cahen D. L., Gouma D. J., Nio Y. et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis // *N Engl J Med*. – 2007. – vol. 356, # 7. – p. 676-84.
30. Cahen D. L., van Berkel A. M., Oskam D. et al. Long-term results of endoscopic drainage of common bile duct strictures in chronic pancreatitis // *Eur J Gastroenterol Hepatol*. – 2005. – vol. 17, # 1. – p. 103-8.
31. Catalano M. F., Sahai A., Levy M. et al. EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification // *Gastrointest Endosc*. – 2009. – vol. 69, # 7. – p. 1251-61.
32. DiMagno M. J., DiMagno E. P. Chronic pancreatitis // *Curr Opin Gastroenterol*. – 2010. – vol. 26, # 5. – p. 490-8.
33. Dominguez-Munoz J. E. Pancreatic enzyme therapy for pancreatic exocrine insufficiency // *Curr Gastroenterol Rep*. – 2007. – vol. 9, # 2. – p. 116-22.
34. Dominguez-Munoz J. E., Iglesias-Garcia J., Vilarino-Insua M. et al. ¹³C-mixed triglyceride breath test to assess oral enzyme substitution therapy in patients with chronic pancreatitis // *Clin Gastroenterol Hepatol*. – 2007. – vol. 5, # 4. – p. 484-8.
35. Frulloni L., Falconi M., Gabbrielli A. et al. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis // *Dig Liver Dis*. – 2010. – vol. 42 Suppl 6. – p. S381-406.

36. Frulloni L., Scattolini C., Falconi M. et al. Autoimmune pancreatitis: differences between the focal and diffuse forms in 87 patients // *Am J Gastroenterol.* – 2009. – vol. 104, # 9. – p. 2288-94.
37. Jupp J., Fine D., Johnson p. D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis // *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* – 2010. – vol. 24, # 3. – p. 219-31.
38. Kamisawa vol., Anjiki H., Takuma K. et al. The natural course of autoimmune pancreatitis // *Hepatogastroenterology.* – 2009. – vol. 56, # 91-92. – p. 866-70.
39. Krishnamurty D. M., Rabiee A., Jagannath S. B. et al. Delayed release pancrelipase for treatment of pancreatic exocrine insufficiency associated with chronic pancreatitis // *Ther Clin Risk Manag.* – 2009. – vol. 5, # 3. – p. 507-20.
40. Lieb J. G., 2nd, Forsmark p. E. Review article: pain and chronic pancreatitis // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2009. – vol. 29, # 7. – p. 706-19.
41. Morris-Stiff G., Webster P., Frost B. et al. Endoscopic ultrasound reliably identifies chronic pancreatitis when other imaging modalities have been non-diagnostic // *JOP.* – 2009. – vol. 10, # 3. – p. 280-3.
42. Shimizu K., Shiratori K. [Chronic pancreatitis. 1. Its epidemiology and symptoms] // *Nihon Naika Gakkai Zasshi.* – 2010. – vol. 99, # 1. – p. 36-40.
43. Singh S., Midha S., Singh N. et al. Dietary counseling versus dietary supplements for malnutrition in chronic pancreatitis: a randomized controlled trial // *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2008. – vol. 6, # 3. – p. 353-9.
44. Winstead N. S., Wilcox p. M. Clinical trials of pancreatic enzyme replacement for painful chronic pancreatitis--a review // *Pancreatology.* – 2009. – vol. 9, # 4. – p. 344-50.



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 1,95 а.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 1468-2022.
Отпечатано «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» МЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716