

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»**

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY  
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»**

**IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»**

**ISSN: 2181-3485**

**Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.**

**№ 8 (11), 2023**

«Yosh olimlar tibbiyot jurnali» jurnali O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasi Rayosatining 2023 yil 5 maydagi 337/6-son karori bilan tibbiyot fanlari buyicha dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan milliy ilmiy nashrlar ruyxatiga kiritilgan.

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан от 5 мая 2023 г. № 337/6 «Медицинский журнал молодых ученых» внесен в перечень национальных научных изданий, рекомендованных для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам

**Toshkent tibbiyot  
akademiyasi  
«Yosh olimlar tibbiyot  
jurnali»**



**Tashkent Medical  
Academy  
«Medical Journal of  
Young Scientists»**

• № 8 (11) 2023 •

## МУНДАРИЖА – ОГЛАВЛЕНИЕ – CONTENTS

### КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

<b>Азизова Р.Б., Хасанов Э.М., Атаниязов М.К., Асқаров Р.И., Шахрамбоев С.А. / Бош мия сурункали ишемиясида доплераграфик кўрсаткичларнинг ўзига хослиги .....</b>	<b>6</b>
<b>Шарипова О.А., Бахронов Ш.С., Бобомуратов Т.А. / Особенности корреляционных взаимосвязей соматотропного, адренкортикотропного гормонов и кортизола между иммунологическими показателями у детей с рецидивирующим бронхитом .....</b>	<b>10</b>
<b>Zuparov K.F., Karimov A.Yu. / Qorin churralarida yengil va og‘ir polipropilen to‘rdan foydalanishda aponevroz usti alloplastikani klinik-laborator baholash.....</b>	<b>16</b>
<b>Маҳкамов Н.Ж., Хужаназаров И.Э. / Умуртқа поғонаси барча сегментлари касалликларининг клиник анамнестик таҳлиliga креатив ёндашув.....</b>	<b>24</b>
<b>Маҳкамов Н.Ж. / Умуртқа поғонаси диск чуррасининг ташрихида визуал ва патоморфологик солиштирма таҳхислаш .....</b>	<b>30</b>
<b>Отамурадов А.З., Хасанова М.А., Алимухамедов Д.Ш. / Шахси номаълум мурда текширувида тўш суягини ўрганиш орқали ёшни аниқлаш .....</b>	<b>35</b>
<b>Исмоилова З.А., Тажиева З.Б. / Корреляционная взаимосвязь между цитокиновым профилем и парциальными функциями почек при острой ренальной патологии в период COVID-19 у детей .....</b>	<b>41</b>
<b>Khayitov I.B., Khayitov J.B. / Laparoscopy for the removal of liver echinococcosis.....</b>	<b>46</b>
<b>Маҳкамов Н.Ж., Хайруллаев А.А., Исраилов Р.И. / Бўйин, кўкрак ва бел соҳалари дегенератив – дистрофик жараёнида диск чурраси тўқима таркибининг фаркланувчи кўрсаткичлари таҳлили .....</b>	<b>50</b>
<b>Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдукаримов Ж.Ш., Асатуллаев Ж.Р. / Прогнозирование острого панкреатита после ретроградных вмешательств в лечение механической желтухи доброкачественного генеза.....</b>	<b>56</b>
<b>Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Якубов О.Э., Файзиев С.И. / Чов-ёрғоқ чурралари хирургиясида эндовизуал технологиялар ёрдамида янгича ёндашув ва унинг клиник таҳлили.....</b>	<b>62</b>

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

**Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдукаримов Ж.Ш., Асатуллаев Ж.Р.**

*Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан*

*Представлены результаты лечения 250 пациентов с признаками механической желтухи доброкачественного генеза. В отличие больных контрольной группы, в основной группе была использована нами разработанная шкала прогнозирования развития острого панкреатита после ретроградных вмешательств и на основании результата этой шкалы определяли тактику лечения механической желтухи. В результате, применение этой шкалы прогнозирования, при ретроградных эндоскопических вмешательствах нам удалось снизить частоту острого панкреатита с 12,8% до 4,6%, а смертность – с 3,5% до 0%.*

**Ключевые слова:** *Острый панкреатит, ЭРХПГ, шкала прогнозирования.*

## **PREDICTION OF ACUTE PANCREATITIS AFTER RETROGRADE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF BENIGN ORIGIN**

**Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Abdugarimov Zh.Sh., Asatullaev Zh.R.**

*Tashkent medical academy. Tashkent, Uzbekistan*

*The treatment results of 250 patients with obstructive jaundice of benign origin are presented. Unlike patients in the control group, in the main group we used a scale for predicting the development of acute pancreatitis after retrograde interventions and, based on the results of this scale, we determined the treatment tactics for obstructive jaundice. As a result, the use of this scale for predicting acute pancreatitis during retrograde endoscopic interventions allowed us to reduce the incidence of acute pancreatitis from 12,8% to 4,6% and mortality due to acute pancreatitis from 3,5% to 0%.*

**Key words:** *Acute pancreatitis, ERCP, prognosis scale.*

## **ЯХШИ СИФАТЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ДАВОЛАШДА РЕТРОГРАД АРАЛАШУВЛАРДАН СЎНГ ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ РИВОЖЛАНИШИНИ БАШОРАТ ҚИЛИШ**

**Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдукаримов Ж.Ш., Асатуллаев Ж.Р.**

*Тошкент тиббиёт академияси. Тошкент, Ўзбекистон*

*Яхши сифатли механик сариқлик белгилари бўлган 250 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган. Назорат гуруҳидаги беморлардан фарқли равишда, асосий гуруҳда биз ретроград аралашувлардан кейин ўткир панкреатит ривожланишини башорат қилиш учун ишлаб чиқилган тизимдан фойдаландик ва ушбу шкала натижаларига кўра механик сариқликни даволаш тактикасини аниқладик. Натижада, ретроград эндоскопик аралашувлар вақтида ушбу башорат шкаласидан фойдаланиб, биз ўткир панкреатит билан касалланишини 12,8% дан 4,6% гача ва ўлимни 3,5% дан 0% гача камайтиришига муваффақ бўлдик.*

**Калит сўзлар:** *Ўткир панкреатит, ЭРПХГ, башорат қилиш тизими.*

**Актуальность проблемы:** На сегодняшний день ретроградные эндоскопические вмешательства (РЭВ) играют огромную роль в диагностике и лечении механической желтухи (МЖ) различного генеза. При доброкачественном генезе МЖ в 80-90% наблюдениях РЭВ позволяют диагностировать причину заболевания и осуществить адекватную декомпрессию билиарной системы [1, 2, 4, 5]. Основными требованиями к современным методам лечения являются высокая клиническая эффективность при малой травматичности с низкими показателями послеоперационных осложнений и летальности [1, 3]. На сегодняшний день РЭВ соответствуют вышеуказанным критериям, особенно в лечении МЖ доброкачественного генеза [9, 11].

Эти вмешательства имеют определенное преимущество – возможность перехода с диагностического этапа в лечебный, т.е., при необходимости для обеспечения адекватного внутреннего желчеотведения и проведения полной санации желчных путей выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с или без литоэкстракции, который является эффективным способом в лечении холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) [1, 4, 5, 8, 9, 10, 12]. После выполнения лечебных мероприятий частота послеоперационных осложнений составляют 7-19%, а летальность - 0,4-4,5% [1, 2, 3, 4, 11, 13].

Диагностическая и лечебная ценность РЭВ составляет 85-92,0% случаев, что непосредственно связано с анатомическими и синтопическими особенностями панкреатодуоденальной зоны, формой и расположением БДС, длиной продольной складки, перенесенными операциями на ЖКТ, характером и причиной МЖ, а также количеством и размеров конкрементов, степенью холангита, а также опытом специалиста и т.д. [1, 2, 5, 8, 10, 12, 13]. Все вышеуказанные критерии приводят к тем или иным техническим трудностям при выполнении каждого этапа: канюляции БДС, папиллосфинктеротомии, литотрипсии или удаления конкрементов. Надо отметить, что наибольшее количество возможных

постманипуляционных осложнений, особенно острого панкреатита (ОП), наблюдается именно у тех пациентов, у которых во время выполнения РЭВ возникают технические трудности [13].

Среди всех постманипуляционных осложнений наибольшее чаще встречается ОП [1, 8, 10], далее по частоте наблюдаются кровотечению из зоны ЭПСТ, перфорации двенадцатиперстной кишки, холангит, печеночная недостаточность, острый деструктивный холецистит, ущемление корзины Дормиа и и.д. [5, 8, 10, 12, 13].

ОП – острое воспаление тканей поджелудочной железы, обычно развивающийся при РЭВ в результате повторных канюляций вирсунгова протока, рефлюкса желчи в протоки железы, травматизации слизистой протока поджелудочной железы, попадания контрастного вещества (особенно вязкого раствора), неправильного использования режима электрокоагуляции, рассечения сосочка и сфинктера в неправильном направлении при недостаточной визуализации, при попытке удаления крупных конкрементов через сфинктеротомное отверстие и наличие гнойного холангита [1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12].

Многие авторы утверждают, что соблюдение мер профилактики развития ОП являются достаточным и нет необходимости в прогнозировании такого осложнения [1, 3, 4, 5, 10, 12]. Но, к сожалению, даже у пациентов, которым проводились профилактические мероприятия до выполнения РЭВ, не отмечается достоверное снижение частоты острого постманипуляционного панкреатита [12, 13].

В настоящее время не существует широко распространенных прогностических шкал развития ОП. Поэтому нашей целью явилось определение факторов риска развития острого постманипуляционного панкреатита и разработка шкалы прогноза этого осложнения при выполнении РЭВ.

**Материал и методы:** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 250 пациентов с признаками МЖ на фоне холедохолитиаза и стенозирующего папиллита, находившиеся на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии

многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2018 по 2023 годы. Возраст больных варьировал от 18 до 86 лет, женщин было 187, мужчин - 63. В анализируемый материал пациентов с другими причинами МЖ не включены. Учитывая тот факт, что больным с выраженной МЖ предпочтение отдавали антеградным чрескожным эндобилиарным вмешательствам, пациенты с билирубинемией свыше 200 ммоль/л также в анализируемый клинический материал не вошли. Продолжительность заболевания к моменту госпитализации колебался от 10 часов до 14 дней.

В зависимости от тактических подходов все больные были разделены на 2 группы: контрольная и основная группы. В контрольную группу вошли 141 пациент, которым проводилась традиционная профилактика ОП. В основной группе 109 больным использована разработанная нами шкала прогнозирования развития острого постманипуляционного панкреатита после РЭВ и на основании результата этой шкалы определяли тактику лечения МЖ (табл. 1). Шкала включала шесть критериев, каждый критерий оценивался по 5-балльной шкале.

Таблица 1.

### Шкала прогнозирования острого панкреатита при ретроградных эндоскопических вмешательствах в лечении механической желтухи

	Критерии	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	Время с момента попытки до успешной канюляции БДС	до 5 минут	5-10 мин	10-20 мин	20 мин и более	Безуспешная канюляция
2	Наличие сопутствующих патологий, препятствующие для канюляции БДС	Язвенная болезнь 12 п.к.	Парафатеральный дивертикул	Состояние после резекции желудка	Сочетание нескольких патологий	Не найден БДС
3	Степень сложности ЭРХПГ	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень	Не удалось найти БДС
4	Количество канюляций вирсунгова протока	Без канюляции	1 раз	2 раза	3 и больше раз	Только канюляция вирсунгова протока с безуспешной ЭРПХГ
5	Опыт специалиста (количество самостоятельно выполненных РЭВ)	100	50-100	10-50	До 10	Самостоятельно не выполнял
6	Степень успешности терапевтической части ретроградных процедур	Удалось закончить эндоскопически - ЭПСТ с литоэкстракцией (длительность общей процедуры – не более 15 мин)	Удалось закончить ЭПСТ с литоэкстракцией с техническими трудностями, отток желчи адекватный, в конце манипуляции на контрольной холангиографии сомнений нет (длительность 15-30 мин)	Удалась ЭРПХГ с литоэкстракцией с техническими трудностями из-за множества камней. Также имеется сомнения во время последней холангиографии, также наличие холангита (длительность – более 30 мин)	Слишком огромный камень, использован литотриптор, удален камень или не удалось, применен прием агрессивной литоэкстракции из-за ущемления корзинки Дормиа в холедохе	Применены все методы, однако ликвидировать причину МЖ не удалось, наличие вязкого гноя, большого холангита, множество камней, также огромных, ущемление корзинки Дормиа, кровотечение или прободение из ЭПСТ зоны

**Результаты и обсуждение:** Нами проведен анализ частоты развития осложнений (случаев острого постманипуляционного панкреатита) после РЭВ в зависимости от результатов шкалы прогнозирования. Из исследования были исключены пациенты, у которых развились другие осложнения ретроградных вмешательств. Учитывая тот факт, что в контрольной группе проведен ретроспективный анализ, для определения риска развития ОП больные были эмпирически ранжированы по 10 баллов на три группы. Максимальное количество баллов по предлагаемой нами шкале составляет 30. Из 141 пациентов контрольной группы 98 (69,5%) больных составили 1 группу (количество баллов было до 10), 25 (17,7%) пациентов вошли во 2 группу (11-20 балл) и остальные 18 (12,8%) – 3 группу (21 балл и выше). Всем больным этой группы производились РЭВ с целью декомпрессии билиарной системы.

В 1 группе в 2 (2,0%) случаях отмечались признаки острого отека панкреатита. На фоне проводимой консервативной терапии, достигнут положительный клинический результат.

Во 2 группе ОП развился в 5 (20%) наблюдениях. Из них в 2 случаях развитие панкреонекроза с последующим инфицированием очага потребовало выполнения хи-

рургических вмешательств. В остальных наблюдениях острый постманипуляционный панкреатит купирован консервативными мероприятиями. Летальных исходов не отмечено.

В 3 группе у 11 (61,1%) пациентов развился ОП: у 2-х – отечная форма, у 6-и – стерильный панкреонекроз, у 3-х – инфицированный панкреонекроз (эти больные были подвергнуты хирургическому вмешательству). На фоне прогрессирования панкреатогенной токсемии и развития полиорганной недостаточности в 5 (26,3%) случаях отмечался летальный исход.

В основной группе согласно предложенной нами шкале прогноза острого постманипуляционного панкреатита в 1 группу вошли 75 (68,8%) больных, во 2 группу – 17 (15,6%) и в 3 группу – 17 (15,6%) пациентов. В этой группе лечебная тактика зависела от набранных баллов. Если во время выполнения РЭВ набиралась больше 15 баллов, исследование заканчивали и выполняли чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства в первые сутки. Нами полученные следующие результаты: в 1 группе ОП развился в 3 (4%) наблюдениях, во 2 группе – в 2 (11,7%), в 3 группе развития ОП не отмечено (табл. 2.). В основной группе летальных случаев, связанных с развитием ОП, не было.

Таблица 2.

## Сравнительные клинические результаты

		Прогноз ОП	Фактически		ЭРХГ, ЭПСТ	ЧЧХС	Летальность	Общая летальность
Контрольная группа	1 гр.	2,0%	2 (2,0%)	18 (12,8%)	141 (100%)		0%	5 (3,6%)
	2 гр.	20,0%	5 (20,0%)				0%	
	3 гр.	50%	11 (61,1%)				5 (26,3%)	
Основная группа	1 гр.	2,0%	3 (4%)	5 (4,6%)	88 (80,8%)	21 (19,2%)	0%	0%
	2 гр.	20,0%	2 (12%)				0%	
	3 гр.	50%	0 %				0%	

**Обсуждение полученных результатов.** Анализ неудовлетворительных результатов в контрольной группе показал, что причинами их являлись попытки максимально завершить лечебный этап назначенным способом вне зависимости от технических трудностей РЭВ и наличия высокого риска развития ОП. Кроме этого, тем пациентам, которые перенесли неоднократные попытки ЭРХГ, назначались альтернативные методы лечения лишь через 1-2 суток, что могло бы спровоцировать развитию тяжелых форм ОП.

По данным ряда исследователей (Andriulli A. (2007); Arata S. (2010); Masci E. (2003); Saritas U. (2011)) единого мнения о причинах развития острого постманипуляционного панкреатита нет [10, 11, 12, 13]. Рассматриваются несколько основных механизмов его развития: гидростатический, химический, аллергический, ферментативный, инфекционный, термический, механический [13]. Несмотря на эти данные, на наш взгляд, одна из основных причин, способствующих развитию острого постманипуляционного панкреатита, является механический фактор.

Независимо от пускового механизма, повреждение поджелудочной железы приводит к аутоиммунной атаке с последующей манифестацией ОП. Еще одной из ведущих причин острого постманипуляционного панкреатита может быть повышение давления в протоках поджелудочной железы при холангиопанкреатографии или вследствие затрудненного оттока секрета из-за отека или травмы устья протока [1, 2]. Нередко заброс контрастного вещества в вирсунгов проток становится пусковым механизмом ОП.

В связи с этим, предпринимаемые профилактические меры должны быть направлены на один или несколько факторов, способных вызвать осложнения РЭВ. К ним относятся предупреждение нарушения оттока из главного протока ПЖ, профилактика воспаления, снижение спазма сфинктера Одди и панкреатической секреции [8]. Учитывая вышеуказанные факторы, нами разработана шкала прогноза ОП, которая позволяет предупредить развитие осложне-

ния РЭВ путем обоснования целесообразности проведения альтернативных методов декомпрессии билиарной системы, что позволило снизить частоту ОП в 3 раза.

**Вывод.** Применение разработанной шкалы прогнозирования острого постманипуляционного панкреатита при ретроградных эндоскопических вмешательствах в лечении механической желтухи доброкачественного генеза позволило снизить количество ОП с 12,8% до 4,6%, а частоту летальности по поводу ОП с 3,5% до 0%.

#### Литература.

1. Шаповальянц С.Г., Габриэль С.А., Дынько В.Ю. Острый постманипуляционный панкреатит: диагностика, факторы риска, способы профилактики // Эндоскопическая хирургия. 2020; 26 (4): 49-53.
2. Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д., Будзинский С.А., Котиева А.Ю. Стентирование протока поджелудочной железы в лечении острого панкреатита после эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Анналы хирургической гепатологии. 2014; 19 (1): 17-28.
3. Ильченко А.А. Билиарный панкреатит. Русский медицинский журнал. 2012; 20 (15): 803-807.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. Под ред. М. 2006.
5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И. Новые взгляды на хирургические проблемы острого панкреатита. Вестник экстренной медицины. 2017. 10. С. 17-18.
6. Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А. Транспапиллярные эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом. Вестник экстренной медицины. 2017. 10. С. 67-70.
7. Woods K.E., Willingham F.F. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography associated pancreatitis: A 15 year review. World J Gastrointest Endosc. 2010; 2 (5): 165-178.

8. Lazaraki G. Prevention of post ERCP pancreatitis: an overview. *Ann Gastroenterol.* 2008; 21 (1): 27-38.

9. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J., Geenen J.E., Russell R.C., Meyers W.C., Liguory C., Nickl N. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc.* 1991; 37 (3): 383-393.

10. Arata S., Takada T., Hirata K. Post-ERCP pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2010; 17 (1): 70-78.

11. Saritas U., Ustundag Y., Baron T.H., Turk. J., Saritas U. Prevention of post-ERCP

pancreatitis. *Gastroenterology.* 2011; 22 (5): 449-463.

12. Andriulli A., Loperfido S., Napolitano G. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am.J. Gastroenterol.* 2007; 102 (8): 1781-1788.

13. Masci E., Mariani A., Curioni S., Testoni P.A. Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis. *Endoscopy.* 2003; 35 (10): 830-834.