

УДК: 613.98(045)

КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ



Суюнов Дилмурод Мўминович, Пакирдинов Алишер Сайфутдинович,
Салахидинов Сарвар Зайнобиддинович
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Суюнов Дилмурод Муминович, Пакирдинов Алишер Сайфутдинович,
Салахидинов Сарвар Зайнобиддинович
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BILIAL PANCREATITIS IN ELDERLY PATIENTS

Suyunov Dilmurod Muminovich, Pakirdinov Alisher Sayfutdinovich, Salakhidinov Sarvar Zainobiddinovich
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Фаргона вилоятида 94 та эркак ва аёллардан ташкил этилган репрезентатив 65-89 ёшли аҳолида бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил этилди ва амалга оширилади. Билиар панкреатит билан хасталанган беморлар сўровнома асосида ретроспектив тахлил қилинди.

Калит сўзлар: билиар панкреатит, геронтология, хавф омиллари.

Abstract. A simultaneous epidemiologic survey was organized and will be carried out in the representative 65-89-year-old population of Fergana region, consisting of 94 men and women. Patients with biliary pancreatitis were retrospectively analyzed based on a questionnaire.

Key words: biliary pancreatitis, gerontology, risk factors.

Сўнги йилларда дунё микёсида билиар панкреатит юзасидан кенг кўламли тадқиқотлар бағишланган. Бу жабҳадаги илмий текширувларни тахлилидан келиб чиқадики, профилактик панкреатологиянинг масалалари шу бугунгача етарлича ишланиб чиқилмай қолганга қараганда, тактикаси бўлса-кутилгандай даражада натижавий эмас [2, 6, 9]. Клиник кўзғалиш босқичига етган ўткир панкреатит (корин юқори ярми соҳасидаги оғриқлар, қайд қилиш ва панкреатик ферментларни қон ва сийдикда меъёрдан ошиб кетиши) ошқозон ости безида ва уни ўраб турувчи тўқималарда яллиғланиш жараёнларини, цитоллиз ва интрапанкреатик тусдаги протеолитик ферментларни гиперфаоллашуви каби хавфли ҳолатларни келтириб чиқариб улгурган бўлади. Уни “изсиз” орқага қайтариш деярли мумкин эмас, қайтарилганда ҳам тиббий, иқтисодий ва ижтимоий талофатлар қолдиради. Лекин

этиологик хатар омилларининг таъсирлари тўхтатилса, тўлиқ клиник ва гистологик тикланиш мумкинлиги тадқиқотларда кўрсатилган [3, 5, 8, 10]. Ўткир билиар панкреатитнинг хатар омиллари хавфини стратификация қилиш ушбу хатарни минимизациясига олиб келиши ва панкреас касалликларининг фаол бирламчи (хатар омиллардан муҳофаза қилувчи) ва иккиламчи (панкреатитни асоратланишлардан муҳофаза қилувчи) профилактикаси дастурлари негизини ташкил қилиши мумкин ёки мувофиқ касбий мўлжал олиш мумкин бўлади. Аммо, хозиргача, ўткир панкреатитнинг тарқалишини юқориликка қарамадан, ўткир (билиар) панкреатитни скринингли барвақт аниқлаш ва тўхтатиб қолиш (донозологик профилактикаси) усуллари, айниқса кекса ва қариялар популяциясида, зикр этилган йўналишда етарлича ишлаб чиқилмаган ва қўлланилмаган.

Гастроэнтерология бўйича Ҳалқаро Илмий жамиятларнинг съездларида ва панкреатологик клубларнинг анжуманларида шундай фикрлар 2013 йиллардан бошлаб билдирилиб келинаётганлиги-ю, шу билан бирга, тадқиқотчилар эътиборига тўлиқ тўшмай қолаётганлиги ҳам бизга маълум бўлди [1, 4, 6, 7, 11].

Ўткир (билиар) панкреатит (БП)га мойиллик аҳоли орасида кескин ошган ёки унинг хатар омилларини тарқалиши частотаси замонавий популяцияда юқори кўрсаткичларда қайд қилинган.

Чунончи, Россияда ўтказилган махсус тадқиқот далолат беради-ки, соғлом турмуш тарзини (соғлом овқатланиш, мунтазам жисмоний зўриқишлар, чекиш ва алкоголь истемол қилишдан бутунлай воз кечиш) қаттиқ ушлаб турувчи аҳоли сони 0,4% дан ошмайди [12]. Ўткир панкреатит келиб чиқишига бевосита алоқадор хатар омилларини аҳоли орасида ортиб бораётганлиги илмий адабиётларда кенг муҳокама қилинмоқда. Хозирги кунгача олинган эпидемиологик маълумотлар қуйидаги частоталарда уларни, турли популяцияларда, кўпайиб бораётганларини тасдиқлаган: семизлик-30,8%, кашандалик-14,2%, гиперхолестеринемия -56,3%, гипергликемия -4,1%-9,1%., тузни ортиқча истеъмол қилиш - 47,1%, сабзавот ва меваларни меъёрдан кам қабул қилиш - 36,2%, витамин Д етишмовчилиги - 83,2% ва гипергомоцистеинемия - 5% [3, 6, 8].

Бир вақтни ўзида панкреатитни ортиб бориш тенденцияси ҳам қайд қилинмоқда ва шу боис, уни профилактикасига хушёрлик, эҳтиёжмандлик ва зарурият аҳоли ва мижозлар орасида асосли равишда тобора кучаймоқда. Ўткир панкреатит бемор организмига турли-туман функциональ ва гуморалли, бирламчи ва иккиламчи патологик таъсиротларини ўтказиши, хаёт учун муҳим органларни кучли бузилишига олиб келади, беморда шошилиш ва хаттоки, критик ҳолат ривожланиши учун негиз яратади.

Ўткир панкреатитни тарқалиши частотаси 100000 аҳолига 2-8 ҳолатни йилига ташкил этади, операциясидан кейинги ўлим 20-45%ни ҳосил қилади ва охириги йилларда касалхонага ётказилганлар орасида уни ўсиб бораётганини қайд қилинмоқда [6, 8, 11].

Панкреатитни келиб чиқишида 40%дан ортиқ ҳолатлардан ўт йўллари патологиялари роль ўйнайдилар. Бундай вазиятларда панкреатит қуйидагилар асосида ривожланади: ўт пуфагининг жойлашуви ва шаклини нуқсонларида, панкреатик йўлни ва холедоха дисталь худудлари торайиши ва кисталарида, Одди сфинктери стенозида (52%) сурункали холециститда (42%), ўт-тош касаллигида ёки

холецистэктомия оқибатида (6%) [3, 5, 8, 10]. То 25%га етиб панкреатитлар болаларда хазм аъзолари касалликлари сабабли келиб чиқади [1, 2, 4, 6, 9]. Болаларда учраш частотаси йилига ҳар 100000 тага 3,6-13,2 тадан тўғри келади [3, 7, 12]. Болалардаги хирургик касалликлар сабаб бўлиб ўткир панкреатит 0,4-1%га етиб келиб чиқади [7, 9, 11].

Панкреатит муаммосига ортиқча кизикишни пайдо бўлаётганлигини асосий сабаби ушбу касалликни кенг тарқалиб бораётганлиги ва тўхтовсиз ўсиб бориши ҳисобланади: •умумий клиник амалиётда 0,6% атрофида ва хазм аъзолари касалликлари структурасида эса 9%га етиб кузатилади; охириги 30 йилда касалланиш 2 баробар ошган ва популяцияда ҳар 100минг аҳолига то 50тагача етиб частота билан аниқланади; •Россияда иқтисодий ва экологик вазиятни ёмонлашуви билан боғлиқ бўлиб, озукаланиш сифатини пасайиши ва умумий хаёт тарзи сифатини камайиши ҳамда алкоголь ва кашандаликни ортиши боис охириги 20 йилда катталарда панкреатитни тарқалиши 3 баробарга ортган [9, 11]. Охириги йиллар адабиётидаги таҳлиллар яна кўрсатади-ки, панкреатит билан кўпроқ 35-50 ёшдагилар хасталанишади, бирламчи ногиронлик-15%-ни, илк 10 йил ичидаги панкреатит диагнози қўйилгандан кейинги даврда ўлим частотаси -20%-ни ва панкреатит асоратидан бўладиган ўлим 15-20%ни ташкил этади [2, 4, 6, 8]. Шунинг учун панкреатитни ва унинг хатар омилларини эрта аниқлаш ҳамда профилактика қилиш усуллари ишлаб чиқиши ўта ақтуаль илмий муаммо деб эътироф этилади.

Тадқиқотнинг мақсади: Билиарли панкреатитнинг геронт аҳолида хатар омилларини аниқлаш. Геронт аҳолида билиар панкреатит ривожланишни олдини олиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Фарғона вилоятида 94 та эркак ва аёллардан ташкил этилган репрезентатив 65-89 ёшли аҳолида бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил этилди ва амалга оширилади. Билиар панкреатит билан хасталанган беморлар сўровнома асосида ретроспектив таҳлил қилинди. Шунга кўра 94 нафар беморни текшириш натижаларини таҳлил қилиш холелитиёз ва назорат гуруҳидаги 94 киши (65-89 ёш тоифаси) еластаз-1 нинг патологик даражаси кўпроқ тарқалганлигини аниқлади ўт пуфагидаги тошлар билан оғриган беморларда (30%) ёши бўйича уларга мос келадиган назорат гуруҳининг шахслари гуруҳлар (19%). Қориннинг юқори қисмида оғриқлар, метеоризм, интолеранс каби белгилар ёғлар ҳам тез-тез холелитиёзли беморларда кузатилади. Бундан ташқари, ЭРПХГ маълумотларига кўра, холелитиёзли беморларда

77% ҳолларда сурункали билиар панкреатит аниқланади фақат 47% ўт пуфагида тош бўлмаган шахсларда сурункали панкреатит аниқланади.

Билиар панкреатит билан оғриган 250 нафар беморнинг сўровномаси шуни кўрсатдики, бу оддий беморларга нисбатан ҳар қандай даражадаги семизлик (ОТВ 18,5 ± 2,4) билиар панкреатит ривожланиши учун хатар омили бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга семизлик (ОТВ 25 га тенг ёки ундан юқори) ўткир панкреатитнинг оғир шакллари ривожланиш хавфини оширади. Билиар панкреатит II даражали семизлик билан оғриган беморларда (ОТВ 30-34,9) сезиларли даражада меъда ости беши ёғли дистрофияси бўлганлиги сабабли ёғли панкреонекрозлар тез ривожланади. Бундан ташқари II ва III даражали семириш (БМИ 35-49,9) бўлган беморларда билиар панкреатит асоратлар кўп учрайди. Сурункали қайталанувчи тошли холецистит ташхиси билан холецистэктомия бажарилгандан кейин ривожланган билиар панкреатит 30% ҳолда кузатилган бўлиб ушбу бемордани барчасида ташрихдан олдин УТТ да маъда ости беши липоматози аниқланган.

Текширувда эпидемиологик (“Сурункали юқумли бўлмаган касалликлар аниқлаш учун сўровнома”), клиник, биохимик ва инструменталь усуллар Жаҳон Соғлиқни Сақлаш мезонларидан келиб чиқиб ва тавсияларига амал қилиб қўлланилади. Билиар панкреатитнинг қуйидаги хатар омиллари ўрганилади ва баҳоланади:

алкоголь истемол қилиш даражаси, кашандалик, номувозалантирилган озуқаланиш рациона, озикланиш режимини бузилиши, ортикча тана вазни (ОТВ), семизлик, стресс

холатлари, гиподинамия, дислипидемия (ДЛП), мева ва сабзавотларни меърдан (400гр/сутдан кам миқдордан) кам истеъмол қилиш, ўт йўллари касалликлари, жароҳат/шикастланишлар, дорилар суъистемоли ва ошқозон-ости бешида ўтказилган жарроҳий амалиётлар (операциялар). ОТВ индекси Кетле формуласи бўйича баҳоланади: тана вазни (кг) бўй(м²). Кетле индекси 20дан паст бўлса тана вазни етарлича эмас деб, 20-24,9га тенг бўлганда меъёрли танавазни деб, 25-29да ортикча тана вазн деб ва >_30дан юқори бўлганда семизлик деб қабул қилинади. Кузатувимиздаги беморларни ёш, жинс ва бошқа хатар омиллари ўрганилиб меъда ости беши липоматози билан зарарланиш фоизи аниқланди (жадвал 1).

Билиар панкреатит ривожланишида мойиллик омили бўлиб ошқозон ости безининг ёғли дистрофияси қарияларда муҳим роль ўйнайди. Меъда ости беши липоматози натижасида без тўқимаси яллиғланишга мойил бўлиб қолади шу билан бирга панкреатитнинг ферментатив фазасида трипсин босқичидан липаза бочқичига тез ўтишга олиб келади. Сабаб шундаки меъда ости безини ёғли дистрофияси туфайли безнинг ферментатив хужайралари ўзи хосил қилган ферментларни каналчаларга чиқара олмайди. Хужайра ичида тўпланган липаза яллиғланиш бошланиши билан шу хужайра ичидаги ёғ молекулаларига шиддат билан таъсир ўтказиши. Натижада меъда ости бешида ёғли панкреонекроз липоматоз бўлмаган беморларга нисбатан тез ривожланиб шу билан бирга оғир кечади.

Амалиётчилар патологик жараённинг тарқалишининг қуйидаги даражаларини ажратадилар:

Жадвал 1. Меъда ости беши липоматози хатар омиллари

Ёши	Жинси	носоғлом овқатланиш (%)	алкоголь суистеъмоли (%)	Кашандалик (%)	Семизлик даражаси (%)			Гиподинамия (%)	қандли диабет (%)		
					I-	II	III-		енгил	ўрта	оғир
65-69	Э	64	14	24	56	59	63	7	8	14	11
	А	34	0	0	59	62	64	8	8	14	11
70-79	Э	57	4	21	58	65	68	54	11	13	16
	А	33	0	0	60	65	68	69	11	13	16
80-89	Э	57	0,4	22	48	54	63	80	8,5	10	12
	А	14	0	12	64	54	63	83	7	6	4

Жадвал 2. Кузатувимиздаги ташрихдан кейинги билиар панкреатит ривожланиш даражаси

Ташрих	Меъда ости беши липоматози оғирлик даражаси		
	I	II	III
Ананавий холецистэктомия	1%	5%	8%
Лапароскопик холецистэктомия	07%	4%	7%
Холедохолитотомия	08%	3%	5%
ЭРПХГ литоэкстракция	2%	6%	10%

I - безнинг тахминан 30% зарарланган, ўзига хос белгилар кузатилмайди, органнинг функционал ҳолати компенсацияланган;

II - безнинг тахминан 30% дан 60% зарарланган бўлиб, овқат ҳазм қилишнинг бузилиши белгилари мавжуд;

III - безнинг 60% дан кўпроги қисми зарарланади, орган функцияси бузилади, без хужайралари зарур биологик фаол моддаларни (инсулин, амилаза, глюкагон, соматостатин, липокаин, трипсин, панкреатик липаз) ажрата олмайди.

Шундай экан бизни тадқиқотимиз давомида меъда ости беги ёғли дистрофиясига сабаб бўлувчи зарарли одатлар ва ёш штиши билан бу одатларни таъсири ортиб бориши ўрганилди.

Меъда ости беги ёғли дистрофияга учраганлиги сабабли ўт йўллари патологияси ва ўт йўлларида бажариладиган ташрихларда билиар панкреатитни ривожланиши хавфи ортиб боришини аниқланди. Кузатувимиздаги бўлган беморларда ташрихдан кейин билиар панкреатит ривожланиш ҳолати ва уни меъда ости беги липоматозини ошиб бориши аниқланди (жадвал 2).

Хулоса: 1. Ўт йўлларида муаммоси бор беморларда билиар панкреатит ривожланиш хавфини камайтириш учун аввало меъда ости беги липоматозига қарши курашиш лозим. Бунинг учун меъда ости беги липоматозига сабаб бўлувчи зарарли одатлар ва хатар омилларни бартараф этиш керак бўлади.

2. Ўт йўллари хирургик касалликлари бўлган беморларни ташрих олди даврида меъда ости беги липоматози бор ёки йўқлигини аниқлаш керак. Агарда ушбу гуруҳ беморларда меъда ости беги липоматози аниқланса беморларда ташрих олди даврида ва ташрихдан кейинги даврда профилактик антифермент терапия ўтказиш тавсия этилади.

3. Билиар панкреатит билан оғриган беморларда эса касалликни қайталанишини олдини олиш учун эса соғлом турмуш тарзини таъминлаш ёғ алмашинувини назоратга зарур.

Адабиётлар:

1. Aminov IKh, Churkin MV, Podoluzhny VI, Krasnov KA. Influence of the type of sedation and risk factors on the development of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Medicine in Kuzbass*. 2014; (3): 21. Russian (Аминов И.Х., Чуркин М.В., Подолужный В.И., Краснов К.А. Влияние вида премедикации и факторов риска на развитие острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии // Медицина в Кузбассе. 2014. № 3. С. 21)

2. Beburishvili AG, Bykov AV, Zyubina EN, Burchuladze NS. Evolution of approaches to surgical treatment of the complicated cholecystitis. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2005; (1): 43-47. Russian (Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005. № 1. С. 43-47)

3. Vinnik YuS, Davydov AV, Pakhomova RA, Kochetova LV, Gulman MI, Solovyeva NS et al. Prevention of complication after EPST. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2013; 3(138): 31-33. Russian (Винник Ю.С., Давыдов А.В., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Гульман М.И., Соловьева Н.С. и др. Профилактика осложнений после ЭПСТ // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 3(138). 31-33)

4. Gormatina OYu. Modern methods of non-invasive imaging of the biliary tract. *Clinical and Experimental Pathology*. 2014; 13(2): 199-204. Russian (Горматина О.Ю. Современные методы неинвазивной визуализации желчевыводящих путей // Клінічна та експериментальна патологія. 2014. Т. 13, № 2. 199-204)

5. Gorokhov AV. The role of magnetic and resonance hydropressive cholangiopancreatography in section of treatment techniques for patients with strictures of extrahepatic bile ducts. *Bulletin of New Medical Technologies*. 2011; (2): 338-341. Russian (Горохов А.В. Роль гидропрессивной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в выборе лечебной тактики у больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков // Бюллетень новых медицинских технологий. 2011. № 2. С. 338-341)

6. Gusev AV, Solovyev AYU, Lebedev AK, Vakheeva YuM, Efremov AV, Yushinov AA et al. Immediate and distant results of endoscopic papillosphincterotomy. *Modern Problems of Science and Education*. 2015; Russian (Гусев А.В., Соловьев А.Ю., Лебедев А.К., Вахеева Ю.М., Ефремов А.В., Юшинов А.А. и др. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. Режим доступа:

7. Pchenko AA. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: possible effective prevention of ERCP-induced pancreatitis? *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2008; (3): 62-71. Russian (Ильченко А.А. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: возможна ли эффективная профилактика ЭРХПГ-индуцированного панкреатита? // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008. № 3. С. 62-71)

8. Istomin NP, Agapov KV, Bekhtev GV, Kolygaev VF, Kuchkarov MF, Pavlov NB. Intra-procedural medications in endoscopic interventions on

extrahepatic biliary tracts. *Medicine of Extreme Situations*. 2015; 3(53): 59-64. Russian (Истомин Н.П., Агапов К.В., Бехтев Г.В., Колыгаев В.Ф., Кучкаров М.Ф., Павлов Н.Б. Медикаментозное сопровождение эндоскопических вмешательств на внепеченочных желчных путях // Медицина экстремальных ситуаций. 2015. № 3(53). С. 59-64)

9. Kondratenko PG, Stukalo AA. Acute postoperative pancreatitis in the transpapillary endosurgery. *Clinical Surgery*. 2017; 9(2): 17-20. Russian (Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Острый послеоперационный панкреатит в транспапиллярной эндохирургии // Клінічна хірургія. 2014. № 9(2). С. 17-20)

10. Koryakina TV, Cheremisin VM, Kokhanenko NYu, Pavelets KV, Avanesyan RG, Antonov NN et al. Comparative characteristics of ultrasonic and magnetically resonant research methods in the diagnosis and treatment of mechanical jaundice of benign genesis. *Bulletin of St. Petersburg University. Series 11. Medicine*. 2013; (1): 148-160. Russian (Корякина Т.В., Черемисин В.М., Коханенко Н.Ю., Павелец К.В. Аванесян Р.Г., Антонов Н.Н. и др. Сравнительная характеристика ультразвукового и магнитнорезонансного методов исследования в диагностике и лечении механической желтухи доброкачественного генеза // Вестник Санкт-

Петербургского университета. Серия 11. Медицина. 2013. № 1. С. 148-160)

12. Krasilnikov DM, Safin RSh, Vasilyev DZh, Zakharova AV, Mirgasimova DM, Yusupova AF. Prevention of complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy. *Kazan Medical Journal*. 2012; (4): 597-601. Russian (Красильников Д.М., Сафин Р.Ш., Васильев Д.Ж., Захарова А.В., Миргасимова Д.М., Юсупова А.Ф. Профилактика осложнений после эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и папиллосфинктеротомии // Казанский медицинский журнал. 2012. № 4. С. 597-601)

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Суюнов Д.М., Пакирдинов А.С., Салахидинов С.З.

Резюме. Организовано и проведено одновременное эпидемиологическое обследование репрезентативного населения Ферганской области в возрасте 65-89 лет, состоящего из 94 мужчин и женщин. Пациенты с билиарным панкреатитом были ретроспективно проанализированы на основе анкетирования.

Ключевые слова: билиарный панкреатит. Геронтологические факторы риска.