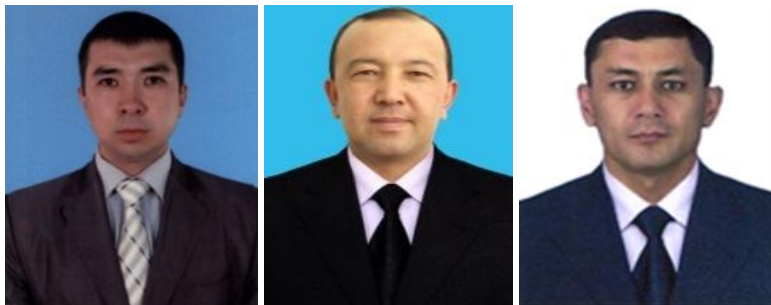


УДК: 613.98(045)

КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ХУСУСИЯЛАРИ



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

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF BILIARY 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. Билиар этиологияли панкреатит билан даволанган 65-89 ёшли беморлар тахлил қилинди. Уларда қуйидаги физикал текширувда умумий ҳолат, оғриқ синдроми хусусиятлари ва жадаллиги, интоксикация симптомлари ва марказий ҳамда четки гемодинамиканинг бузилишлари аниқланади, ўрганилади перистальтик ичак шовқинларини ва характерли перкуторли ва аускултатив симптоматикани аниқланди; Динамик ичак тугилиши билан боғлиқ перкутор товушларни ўзгариши, қон айланиши бузилиши кабилар баҳоланди.

Калит сўзлар: билиар панкреатит, геронтология, профилактика.

Abstract. Patients aged 65-89 years who were treated for pancreatitis of biliary etiology were analyzed. In the following physical examination, the general condition, characteristics and intensity of pain syndrome, symptoms of intoxication and disorders of central and peripheral hemodynamics are determined, peristaltic bowel sounds are studied and characteristic percussive and auscultatory symptoms are determined; Changes in percussive sounds associated with dynamic bowel obstruction, circulatory disorders were evaluated.

Key words: biliary pancreatitis, gerontology, prevention.

Европа ва Америка Қўшма Штатларда ўртача ҳисобда ўткир панкреатит билан касалланиш йилига 100 000 аҳолига 11-23 кишини ташкил қилади; 2000 йилда энг кўп касалланиш қайд етилган - 100 минг аҳолига 40 киши, шу жумладан сурункали панкреатитнинг кучайишининг оғир ҳолатлари [3, 4]. Кўпгина мамлакатларда ўткир панкреатининг энг кенг тарқалган сабаблари холелитиаз (30-50%) бўлиб билиар панкреатит дейилади ва кейинги ўринда спиртли ичимликлар (20-30%) бўлиб, алкоғолли панкреатит дейилади. Турли мамлакатлар бўйлаб бу нисбат фарқ қилади [3]. Ушбу икки сабаб биргаликда барча ўткир панкреатитнинг 80-90% ни ташкил қилади, билиар ўткир панкреатитнинг энг юқори даражаси 50-70 ёшдаги аёлларда учраган бўлса алкоғолли ўткир панкреатит 30-40

ёшли еркакларда учрайди [3]. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, барча ўткир панкреатитнинг 5-20% ни идиопатик ўП ташкил қилади, унинг сабаблари гиперлипидемия, гиперкалсемия, ўткир инфекциялар ва инвазив муолажалар, дори воситалари каби омиллар бўлиши мумкин [3, 5].

Ишнинг мақсади. Геронтологик гуруҳга мансаб аҳоли популяциясида билиарли панкреатитнинг клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш ва баҳолаш.

Қариш жараёни муқаррар равишда ошқозон ости беши касалликларининг кечишига таъсир қилади, уларнинг клиник кўринишини ва катта ёшдаги инсонларда диагностик ва даволаш ёндашувларни ўзгартиради. Умуман олганда, кекса ёшдаги ошқозон ости безининг яллиғланиши

касалликлари ёшлардаги каби кўп учрамайди, аммо Ўткир панкреатит ҳам, Сурункали панкреатит ҳам 60 ёшдан ошган одамларда учрайди ва иккала вариант ҳам бошқа мамлакатларда ривожланган панкреатитга нисбатан бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга. Кекса ёшдаги беморларда барча панкреатитлар орасида ЎП 40% ҳолларда учрайди, Сурункали панкреатит тахминан 25% ни ташкил қилади. Кекса ёшли беморларда одатда билиар панкреатит (40-70%), ишемик (19-21%) ва идиопатик генезисга эга, алкоғолли панкреатит беморларнинг жуда кап қисмини ташкил этади [11, 13]. Кўпгина тадқиқотчилар ЎП кўпинча холелитиёз фониди пайдо бўлиши ва атипик курсга эга эканлигига такидлашади, бу еса ташхисни қийинлаштиради. Оғриқ синдроми кўпинча ноаниқ локализацияга эга, аниқ емас, баъзан эса оғриқ мутлақо йўқ. Ўткир панкреатит билан касалланган кекса беморларда ўлим даражаси 35% га йетиши мумкин, аммо ўртача 20% дан 25% гача [4, 10, 14]. Ўткир панкреонекрозда кекса беморларда асоратлар хавфи юқори, шу жумладан уларда полисистемик касалликлари мавжуд бўлади, шунинг учун бундай беморларни диққат билан кузатиб бориш ва фаол даволаш керак [10, 15]. Парк Ж. 70 ёшдан ошган ўткир панкреатит оғриган 40 беморнинг маълумотларини таҳлил қилди. Маълум бўлишича, билиар ўткир панкреатит қарияларда биринчи ўринда туради (35%), кейин ўринда идиопатик (30%) учрайди. Ўлим даражаси 20% ни ташкил етди ва барча беморларда ўлим сабаби полиорган етишмовчилик бўлиб, бундай асоратлар билан фақат иккита бемор тирик қолган. Ўткир панкреатитнинг диагностикасининг мураккаблиги шундаки, кекса беморларда одатда юрак-қон томир тизими, ўпка, буйрақлар,

жигарнинг биргаликдаги касалликлари мавжуд бўлиб, бу ўз навбатида Ўткир панкреатитнинг дастлабки кўриниши бўлиши мумкин. Шу муносабат билан, катта ёшдаги беморларда ўткир панкреатитнинг ерта белгиларини дифференциал ташхислаш кўпинча қийин ва касалликка ташхис қўйилгунгача аллақачон кеч босқичга ўтиб кетади. [16].

Материал ва метод. Фарғона вилояти кўп тармоқли шифохонаси ва РШТЎИМФФ да билиар этиологияли панкреатит билан даволанган 65-89 ёшли беморлар таҳлил қилинди. Уларда қуйидаги физикал текширувда умумий ҳолат, оғриқ синдроми хусусиятлари ва жадаллиги, интоксикация симптомлари ва марказий ҳамда четки гемодинамиканинг бузилишлари аниқланади, ўрганилади перистальтик ичак шовқинларини ва характерли перкуторли ва асукултатив симптоматикани аниқланди; Динамик ичак тутилиши билан боғлиқ перкутор товушларни ўзгариши, қон айланиши бузилиши (тўхтовсиз қайд қилиш негизиди) кабилар баҳоланди (жадвал 1).

Панкреатит турига кўра гуруҳларга ажратилди:

I гуруҳ: шишли панкреатит (59 нафар): асосий -40, назорат-19;

II Группи: стерил панкреонекроз (32нафар): асосий-17, назорат-15;

III Группи: ностерил панкреонекроз (44 нафар): асосий – 26, назорат-18.

Ўткир билиар панкреатитда вақт ўтиши билан эса касаликнинг клиник кўриниши янада хилма хил тус олади. Хаётий муҳим органларни шикастланиши ўткир панкреатитга хос бўлган клиник белгиларни яққол намоён бўлишига тўсқинлик қилади.

Жадвал 1. Кекса ёшдаги беморларни шифохонага мурожат қилишини вақт кесимида ва даволаш тури (n=132)

Касаллик бошланишидан кейин мурожат қилган вақти	Интенсив консерватив даво (n=79)		Лапаротомик ташрих (n=37)		Лапароскопик ташрих (n= 16)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
24 соат ичида	54	68	24	64,8	10	62,5
48 соат ичида	14	18	8	21,6	3	18,7
72 соат ичида	11	14	5	13,6	3	18,7
Итого:	79	100	37	100	16	100

Жадвал 2. Билиар панкреатит билан оғриган беморларни клиник белгиларини ёшга боғлиқ ҳолда намоён бўлишини

Гуруҳлар	Ёши	Камарсимон оғриқ		Қайт қилиш		Ичак парези		Гиповолеми	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n=59)	65 – 75	45	76	47	79,6	24	40,6	47	79,6
II (n=31)	76 - 85	24	77,4	29	93,5	28	90,3	29	93,5
III (n=42)	86 – 89	19	45,2	38	90,4	39	92,8	38	90,4

Кекса ёшдаги беморларда қорин бўшлиғи патологиясида ичак парези жуда эрта ривожланишини ҳисобга олинса УТТ да меъда ости безини кўриш ва чарви халтасини ҳолатини аниқлаш имконияти чекланиб қолади. Ёш ўтиб бориши билан инсон организмдаги турли ўзгаришлар сони ортиб боради. Шу сабабли турли дори восталарини мунтазам қабул қилиб боришга мажбур бўлади. Масалан гипертония ва юрак ишемик касаллигида антигипертензив ва антиагрегант дорилар ва диуретикларини қабул қилиб бориши ортидан агарда беморда ўткир панкреатит ривожланса унда геморагик панкреонекроз ривожланиши ва геморагик синдромлар ортиб боради. Кексалик даврида турли хасталиклар ва қон томирларни атеросклерози ривожланиб бориши ва уни таъсирида нерв охирилари сезирлиги пастлаб кетади шу сабабли оғриқ интензивлиги бирмунча пасайиб боради. Шу билан бирга бош мия қон айланиши етишмовчили ривожланиб бориши эса оғриқни тўлиқ локализацияни идрок қилишига тўсқинлик қилади. Кексалик даврида катаболизм юқорилаб борганлиги сабабли сув туз алмашинуви қийинлашади шу билан бирга аксарият кексаларда хамроҳ хасталик туфайли диуретикларни мунтазам қабул қилиб бориш натижасида беморларда сувсизланиш жараёни анча тез ривожланади ва полиорган етишмовчилиги хавфини ошириб беради. Меъда ичак тизимидаги кексаларга хос морфологик ўзгаришлар меъда ичак тизимини панкреатит, холецистит ва аппендицит каби ўткир хирургик касалликларда тез парез бўлиб қолишига олиб келади ва бу жараён ҳам касалликни типик клиник кечишини ўзгартириб юборади. 65-89 ёшдаги билиар этиологияли панкреатит билан оғриган беморларда клиник кузатувларимизда юқоридаги ҳолатлар ўзисботини топди (жадвал 2).

Жадвалдан кўриниб турибдики билиар панкреатит билан оғриган кекса ёшдаги беморларни клиник белгилари ёш ўтиши билан турли даражадаги ўзгаришларга учрайди. Оғриқ интензивлиги 65-85 ёш оралиғида яққолроқ намоён бўлади. 86 ёшдан бошлаб эса оғриқлар интензивлиги пасайиб аний локализацияга эга бўлмай қолади. Кўнгили айниши барча беморларда кўзатилсада ёш ўтиши билан қайт қилишлар сони ортади бу эса ичак парезини қарияларда эрта ривожланиши билан боғлиқ. Юқорида айтилганидек қайт қилишлар сонини ортиб бориши ва қариллик ҳисобига тўқималар сувсизланиши кекса ёшли беморларда тез ривожланиб пиповолемик ҳолатга олиб келади. Бундан ташқари ёш ўтиши билан ферментатив активлик ҳам юқори бўлмаганлиги сабабли диастазни Бу албатта беморларни хамроҳ

хасталиклари ва қабул қилаётган дори восталарини билан ҳам боғлиқ. Шундай экан геронтологик беморларни диагностикаси ва даволаш муолажалари учун алоҳида эътибор ва қатий талабларга риоя қилиш зарур бўлади.

Хулоса. Кекса одамларда панкреатитни ташхислаш ва даволаш бир қатор қўшимча ҳолатлар туфайли қийин муаммо ҳисобланади: полиморбидлик, дори восталарининг фармакокинетикасининг ўзгариши, касалликнинг атипик кечишига олиб келади, Шу сабабли қарияларда клиник ташхисни аниқлашда МСКТ текшируви шу билан бирга альфа микроглобулин миқдорини аниқлашга эҳтиёж туғулади. Кексаларнинг ушбу хусусиятларини билиш бемор ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволанишнинг етарлилигини таъминлайди, асоратларни олдини олади ва беморларнинг ҳаёт сифатини хшилади.

Адабиётлар:

1. Buchler M, Uhl V, Malfertheiner P, Sarr M. Disease of the Pancreas. Karger AG. 2004. 212.
2. Clinic Pancreatology for Practising Gastroenterologists and Surgeons. Ed Dominges-Munoz J Blackwell Pub. 2007.
3. Kinney T, Freeman M. Approach to acute, recurrent and chronic pancreatitis. *Minn Med* 2008;91(6):29–33.
4. Conwell D, Banks P. Chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol* 2008;24(5):586–590.
5. Маев И.В., Казюлин А. Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. *М. Медицина*, 2005. 504 с.
6. Park J. Acute pancreatitis in elderly patients. Pathogenesis and outcome. *Am J Surg* 1986;152(6):638–42.
7. Gloor B, Ahmed Z, Uhl W, et al. Pancreatic disease in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002;16(1):159–70.
8. Al-modaris F, Power M, McConnell J, et al. Exocrine Pancreatic Insufficiency in Presumed Healthy Elderly Subjects *Gastroenterol Clin North Am* 1990;19(4):905–14.
9. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. *Анахарсис*. 2003, 205 с.
10. Browder W, Patterson M D, Thompson J L, et al. Iters Acute pancreatitis of unknown etiology in the elderly. *Ann Surgery* 1993;217(5): 469–475.
11. Gullo L, Sipahi H, Pezzilli R. Pancreatitis in the elderly. *J Clin Gastroenterol*. 1994; 19(1):64–8.
12. Uomo G. Inflammatory pancreatic diseases in older patients: recognition and management. *Drugs Aging* 2003;20(1):59–70.
13. Patterson M, Thompson J, Walters D. Acute pancreatitis of unknown etiology in the elderly. *Ann Surgery* 1993;217(5):469–75.

14. Otte M. Chronic pancreatitis and pan-creatic carcinoma in the elderly Praxis. 2005;94(22):943–48.
15. Ammann RW. Chronic pancreatitis in the elderly. MEDLINE. 2007.
16. Kamisawa T, Yoshiike M, Egawa N, et al. Chronic pancreatitis in the elderly in Japan. Pancreatology 2004;4(34):223–28.
17. Ревтович М.Ю., Климович В.В. Октреотид в хирургической гастроэнтерологии // РМЖ. 2003. 3. С. 33–36.
18. Губергриц Н.Б. Панкреатическая боль. Как помочь больному. М. Медпрактика, 2005. 175 с.
19. Белоусова Е.А. Патофизиологические и клинические аспекты использования аналогов соматостатина в медицинской практике // Фарматека. 2005. 13. С. 29–33.
20. Ушкалова Е.А. Применение октреотида в гастроэнтерологии // Фарматека. 2005. 1. С. 17–24.
21. Белоусова Е.А., Златкина А.Р., Лобаков А.И., Филижанко В.Н. и др. Квамател в лечении острого и хронического панкреатита // Клиническая медицина. 2000. 9. С. 24–28.
22. Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Мишуровская Т.С. и др. Синдром абдоминальной боли при хроническом панкреатите // Фарматека. 2007. 3(147), С. 29–34.
23. Минушкин О.Н., Щеголев А.А., Масловский Л.В., Сергеев А.В. Результаты применения препарата Ланзап у больных острым и хроническим панкреатитом // Практик. врач. 2002. 1. С. 42–46.
24. Коротько Г.Ф. Секрция поджелудочной железы. М. Триада-Х, 2005. 224 с.
25. Мишуровская Т.С., Белоусова Е.А. Возможности применения гиосцина бутилбромида (Бускопана) в лечении больных хроническим панкреатитом // Фарматека. 2009. 13(187). С. 50–54.
26. Lankisch PG, Buchler M, Mossner J, et al. A Primer of Pancreatitis. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1997.
27. Ihse I, Andersson R, Axelson J. Pancreatic Pain: Is there a Medical Alternative to Surgery? Digestion 1993;54(2):30–34.
28. Mossner J. Is There a Place for Pancreatic Enzymes in the Treatment of Pain in Chronic Pancreatitis. Digestion 1993; 54(2):35–39.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Резюме. *Обследованы пациенты в возрасте 65–89 лет, с панкреатитом билиарной этиологии. При физическом обследовании определяются общее состояние, характеристики и интенсивность боли, симптомы интоксикации и расстройства центральной и периферической гемодинамики, изучаются перистальтика кишечника и характерные перкуссионные и аускультативные симптомы. Изменения в ударных звуках, связанных с парез кишечника, были оценены нарушения кровообращения.*

Ключевые слова: *билиарный панкреатит, геронтология, профилактика.*