



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

**UDK: 617.37 - 002.1 - 08**

**ЎТКИР ПАНКРЕАТИТДА ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ ЎРНИ**



**Эшметов Шухрат Рузметович**

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

Урганч давлат тиббиёт институти

[shukhrat2108@mail.ru](mailto:shukhrat2108@mail.ru)

*Eshmetov Sh.R.* <https://orcid.org/0000-0002-8156-0880>



**Батиров Давронбек Юсупович**

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

Урганч давлат тиббиёт институти

[dbatirov@yandex.ru](mailto:dbatirov@yandex.ru)

*Batirov D.Y.* <https://orcid.org/0009-0004-3724-2334>



**Бекчанов Хусинбой Нуруллаевич**

Тиббиёт фанлари доктори, DSc

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

Хоразм филиали

[hbekchanov6@gmail.com](mailto:hbekchanov6@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-9620-2885>



**Отажонов Матназар Рашидбекович**

Урганч давлат тиббиёт институти, магистр

[otajonovmatnazar17@gmail.com](mailto:otajonovmatnazar17@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-1167-2404>



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

## Аннотация

ЎП ташхиси тахмин қилинган 156 нафар беморда ўтказилган диагностик лапароскопия натижаси таҳлил қилинган. Диагностик лапароскопияга кўрсатма қилиб панкреатитнинг қиёсий ташхисига зарурат бўлганда ва зўрайиб боровчи ферментатив перитонит ёки панкреонекрознинг йирингли асоратлари бўлган беморларда даволаш чораларини амалга ошириш учун қўлланилган. Диагностик лапароскопия 156 беморнинг 93 (59,6%) нафарида ўткир панкреатитнинг турли шакллари мавжудлигини тасдиқлади, 51 (32,7%) беморда эса ташхис инкор этилди. Шуни таъкидлаш керакки, бошқа ташхислар билан диагностик лапароскопияга олинган беморларнинг 12(7,8%) нафарида ўткир панкреатит аниқланди.

Беморларнинг 27 (17,3%) нафарида шошилиш жароҳлик даволаш усулини талаб қиладиган бошқа касалликлар топилди. Тарқалган перитонит ва гемоперитонеум аниқланган 7(4,5%) та ҳолатда чуқурлаштирилган текширув ўтказилмади, чунки бу вазиятда лапаротомияга кўрсатмалар аниқ эди. 9(5,8%) ҳолатда “ўткир қорин” патологияси белгилари топилмади, 2 (1,3%) ҳолатда эса қорин парданинг кенг кўламли битишмалари туфайли лапароскопик текширув амалга оширилмади.

**Калит сўзлар:** ўткир панкреатит, диагностик лапароскопия, перитонит, гемоперитонеум, панкреонекроз, некрэктомия.

## Аннотация

Проанализированы результаты диагностической лапароскопии, выполненной у 156 пациентов с предполагаемым диагнозом острого панкреатита. Диагностическая лапароскопия применялась при необходимости проведения дифференциальной диагностики панкреатита, а также у больных с прогрессирующим ферментативным перитонитом или гнойными осложнениями панкреонекроза с целью выполнения лечебных мероприятий.

Диагностическая лапароскопия подтвердила наличие различных форм острого панкреатита у 93 (59,6%) из 156 пациентов, тогда как у 51 (32,7%) больного диагноз был исключён. Следует отметить, что у 12 (7,8%) пациентов, направленных на диагностическую лапароскопию с другими предварительными диагнозами, был выявлен острый панкреатит.

У 27 (17,3%) пациентов были обнаружены другие заболевания, требующие экстренного хирургического вмешательства. В 7 (4,5%) случаях при выявлении распространённого перитонита и гемоперитонеума углублённое обследование не проводилось, поскольку показания к лапаротомии были очевидны. В 9 (5,8%) случаях признаки патологии «острого живота» не выявлены, а в 2 (1,3%) случаях лапароскопическое исследование не выполнено вследствие выраженного спаечного процесса брюшной полости.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, диагностическая лапароскопия, панкреонекроз, перитонит, гемоперитонеум, некрэктомия.

## Resume

The results of diagnostic laparoscopy performed in 156 patients with a presumed diagnosis of acute pancreatitis were analyzed. Diagnostic laparoscopy was indicated when differential diagnosis of pancreatitis was required, as well as in patients with progressive enzymatic peritonitis or purulent complications of pancreatic necrosis in order to implement therapeutic interventions.

Diagnostic laparoscopy confirmed various forms of acute pancreatitis in 93 (59.6%) of the 156 patients, while the diagnosis was excluded in 51 (32.7%) patients. It should be noted that acute pancreatitis was identified in 12 (7.8%) patients who underwent diagnostic laparoscopy with other preliminary diagnoses.

In 27 (17.3%) patients, other diseases requiring emergency surgical treatment were detected. In 7 (4.5%) cases, no further in-depth examination was performed due to the presence of generalized peritonitis and hemoperitoneum, as the indications for laparotomy were evident. In 9 (5.8%) cases,



no signs of acute abdominal pathology were found, and in 2 (1.3%) cases, laparoscopic examination was not performed due to extensive intra-abdominal adhesions.

**Keywords:** acute pancreatitis, diagnostic laparoscopy, pancreatonecrosis, peritonitis, hemoperitoneum, necrectomy

### Кириш

Ўткир панкреатит (ЎП) да лапароскопик усуллари қўллаш дифференциал ташхислашнинг бир қатор мураккаб масалаларини тезда ҳал қилиш, ошқозон ости беши шикастланишининг хусусиятини аниқлаш, некроз ўчоқларининг асосий жойлашувини, жараёнга парапанкреал ва қорин парда орти тўқималарининг жалб этилишини баҳолаш, даволаш тактикасини тўғри танлаш учун зарур бўлган бошқа маълумотларни олиш имконини беради [1,2,3,10] ва касалликнинг ривожланишини башорат қилиш нуктаи-назаридан ғоят муҳим маълумотларни тақдим этади [4,9,13]. ЎПни объектив эрта ташхислаш, унинг, яъни ЎПнинг “ниқоби” остида кечадиган шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган бошқа касалликлар яширинган ҳолатларда фожиали ҳатолардан саклайди [11,12,15,16]. Баъзи жарроҳларнинг (6,8,14) таъкидлашича ЎП да диагностик лапароскопия - бу одатий танлаб қўлланиладиган усул бўлиб, асосан беморнинг ташхиси ноаниқ бўлган ҳолатларда ёки инфекция, перитонит ва бошқа “ўткир қорин” сабабларини истисно қилиш мақсадида ўтказилади. Бошқа муаллифларнинг (5,7) фикрича, бу патологияда диагностик лапароскопия, замонавий “step-up approach” тактикасининг бир қисми ҳисобланиб диагностика+даволашни бошлашга имконият берадиган каминвазив муолажа (қорин бўшлиғини тозалаш ва найчалаш) босқичи бўлиши керак.

### Ишнинг мақсади:

Ўткир панкреатитнинг турли шаклларида диагностик лапароскопиянинг клиник самарадорлигини баҳолаш

### Материал ва усуллар

Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ва Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий амалий маркази Хоразм филиалининг клиник материалларида ЎП ташхиси тахмин қилинган 156 нафар беморда ўтказилган лапароскопик муолажалар натижаси таҳлил қилинди. Беморларнинг ёши 19 дан 78 гача бўлиб, ўртача 42 ёшни ташкил қилди. Диагностик лапароскопияга кўрсатма қилиб панкреатитнинг қиёсий ташхисига зарурат бўлганда ва зўрайиб борувчи ферментатив перитонит ёки панкреонекрознинг йирингли асоратлари бўлган беморларда даволаш чораларини амалга ошириш учун қўлланилди.

Шуни таъкидлаш керакки, ЎП нинг энг оғир шакли - бу геморрагик панкреонекроз бўлиб, унинг диагностик лапароскопияда аниқ кўринадиган “классик” белгилари қуйидагилардир:

- қорин парда орти соҳаси бўйлаб йўғон ва ингичка ичак тутқичлари илдизларига, буйрак атрофи тўқимасига тарқаладиган парапанкреал тўқималарнинг геморрагик шиши (8);
  - ошқозон ости беши атрофида ва шиш соҳасида майда нуктасимон ўлчамдан то йирик ўлчамгача бўлган, бир - бирига қўшилиб кетадиган ва жароҳатланишдан келиб чиққан гематомалар кўринишини оладиган сероз ости қон қуйилишлари (12);
  - қорин бўшлиғида оч пушти рангдан тўқ жигар рангача бўлган геморрагик суюқлик (6).
- Ажралманинг панкреатик табиати ундаги панкреатик ферментлар (амилаза, трипсин, липаза) миқдорининг қон плазмасидаги миқдоридан кўп марта (баъзан ўн марта) ошиб кетиши билан тасдиқланди.

Тананинг ўрта чизиғига нисбатан ассиметрик тарзда шишнинг пастга ва ён томонларга тарқалиши ошқозон ости безининг бошчаси (14) ёки думининг (8) кўпроқ зарарланганлиги ҳақида хулоса чиқариш имконини беради.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Касаллик бошланган дастлабки соатларда кўзга кўринадиган шиш ва суюқлик тўпланиши ҳали кузатилмаслиги мумкин. Геморрагик шиш одатда 6-8 соатдан кейин аниқланади, 10-12 соатдан сўнг эса, баъзан ундан ҳам олдинроқ, суюқлик тўпланиши кузатилади. Ошқозон ости беши қанчалик кўп зарарланса, бундай ўзгаришлар шунчалик эрта намоён бўлади. Баъзан улар 4-5 соатдан кейинроқ аниқланади. Тўпланган суюқликнинг кўплиги ва унинг геморрагик рангининг интенсивлиги (6) ҳам патологик жараённинг оғирлигини кўрсатади, айниқса бу касалликнинг биринчи кундаёқ кузатилса. Бундай ҳолларда касалликнинг кейинги кечилиш прогнози ниҳоятда жиддий бўлади. Тўғри даволанмаса, ошқозон ости бешида қон айланиши бузилишлари зўрайиб, безнинг ўзида ва унинг атрофидаги тўқималарда некротик ўзгаришлар соҳаси кенгайиб бораверади.

Касаллик бошланганидан кейин 3-,4- кун ва ундан кейинги муддатларда ўтказиладиган лапароскопия аллақачон юз берган панкреонекроз (12) белгиларини аниқлайди, бунда панкреонекроз энди зўраймайдиган бўлади. Аммо бу ҳолатларда текширув панкреатитнинг шакли ҳақида аниқроқ тасаввурга эга бўлиш, жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган асоратларни аниқлаш имконини беради. Шунини ҳисобга олиб беморларнинг 8(5,1%) нафариди диагностика лапароскопия пайтида конверсия қилиниб “очиқ” жарроҳлик муолажаси бажарилди.

Ёғли панкреонекроз (10 нафар бемор)да, геморрагик панкреонекроздан фарқли ўлароқ, касаллик патогенезида лимфа айланишининг бузилиши устунлик қилади. Лимфадаги фаол панкреатик ферментларнинг юқори концентрацияси дастлаб эндотелияга, сўнгра томир деворининг барча қатламларига шикастловчи таъсир кўрсатади, бу эса тез орада лимфостагга ҳамда лимфанинг атрофидаги тўқималарга ва қорин бўшлиғига сизиб чиқишига олиб келади.

Ёғли панкреонекрознинг макроскопик кўринишларига қуйидагилар киради:

- ошқозон ости безининг шишасимон шиши ва қаттиқлашуви (4), парапанкреал, камроқ ҳолларда эса қорин парда орти клетчаткасининг бошқа қисмларининг шиши (2);
- қорин бўшлиғида ошқозон ости беши ферментлари миқдори юқори бўлган оч рангли суюқлик тўпланиши (2);
- ошқозон ости безидан лимфа оқимини таъминлайдиган лимфа томирлари атрофида тўпланган ёғ тўқималарининг некроз ўчоқлари (стеатонекрозлар) (2).

Панкреонекрознинг аралаш шаклида ошқозон ости бешида бир вақтнинг ўзида қон айланиши ва лимфа айланишининг бузилишлари кузатилади. Бунда геморрагик компонентли шиш ва суюқлик ажралиши фонида қорин пардасида кўплаб стеатонекроз ўчоқлари аниқланади.

Шунини таъкидлаш керакки, ёғ тўқимаси ва қорин пардасида стеатонекроз ўчоқлари маълум вақт ўтгач ҳамда геморрагик панкреонекрозда лимфа оқимининг иккиламчи (ёки кечроқ намоён бўладиган) бузилишлари ва перитонеал суюқликда панкреатик липаза миқдорининг юқори бўлиши туфайли пайдо бўлади. Бироқ, бу ҳолатда устунлик қилувчи патоморфологик ўзгаришлар ва клиник манзаранинг оғирлиги, аввало, геморрагик некроз билан боғлиқ бўлади.

Ўткир интерстициал панкреатит, бошқача айтганда ўткир панкреатитнинг шишли шакли (34), клиник амалиётда нисбатан анча кўп учрайди. Интерстициал панкреатитдаги морфологик ўзгаришлар асосан ошқозон ости безининг оралик тўқимаси шишидан иборат бўлиб, без паренхимаси ўзгаришсиз қолади.

Ўткир шишли панкреатитда консерватив даволаш яхши натижа беради. Дори -дармон терапиясининг клиник таъсири шубҳасиз дастлабки соатлардаёқ кузатилади, шунинг учун одатда инвазив текширувларга эҳтиёж туғилмайди. Бу тоифадаги беморларни биз ўзимизнинг материалга қўшмадик. Бироқ, кучли оғриқ синдроми, кўп марта қусиш ва сувсизланиш билан касалликнинг тўсатдан бошланиши баъзан “юқори” ичак тугилишининг оғир ҳолатини эслатади ва жарроҳни шошилишч лапароскопия ўтказишга ундайди. Бундай ҳолларда



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

касалликнинг дастлабки соатларида кўз билан кўриб текшириш кўп маълумот бермасда, қорин бўшлиғининг бошқа ўткир касалликларини истисно қилиш имконини беради. 12 соат ва ундан кўпроқ вақт ўтгач пайдо бўладиган кўзга кўринадиган ўзгаришлар фақат ошқозон ости безининг ўзига таъсир қилади, уларни чарви халтасини текширганда аниқлаш мумкин. Унда баъзан сероз суюқлик излари топилади. Без зичлашган, шишасимон шишган ҳолда кўринади, унинг ўзига хос бўлакли тузилиши хиралашади ёки йўқолади. Шиш камдан - кам ҳолларда парапанкреатик тўқимага тарқалади, бу ерда у анча кеч - 1-3 кундан сўнг аниқланади. Бу вақтга келиб безнинг асбоблар ёрдамида “пайпаслаб” аниқланадиган зичлашуви, унинг қорин олд томонга сурилиб чиқиши янада яққол кўринади.

Ўткир холецистопанкреатитни (2) ташхислашда диагностик лапароскопиянинг аҳамияти ортиб бормоқда, чунки бу текшириш усули стандарт даволаш дастурига ўз вақтида муҳим ўзгартиришлар киритишга имкон беради. Ўткир холецистопанкреатитнинг асосий этиологик омиллари ўт йўллари касаллиги бўлиб, у ўт гипертензияси билан кечади. Ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичининг умумий ампуласининг оғзи тикилиб қолиши ёки торайиши (Фатер сўрғичи) ўтнинг меъда ости беши йўлига (Вирсунг йўлига) оқиб ўтишига сабаб бўлади. Бу ерда панкреатик ферментлар фаоллашиб, канал деворларини ва без тўқимасини шикастлайди. Емирилган тўқималар инфекцияланган ўт орқали келадиган ёки лимфа тизими орқали безга тушадиган йиринг ҳосил қилувчи микрофлоранинг ривожланиши учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Натижада, ошқозон ости бешида микробли яллиғланиш жараёни пайдо бўлади. Панкреатобилиар рефлюксда, ошқозон ости бешидаги секретор босим юқори бўлгани сабабли, гепатикохоледох ва ўт пуфагининг ферментатив ўзгариши рўй беради (ферментатив холецистохолангит).

Ультратовуш текширувида ўт пуфагида тошларнинг аниқланиши, шубҳасиз, ўткир панкреатитнинг ўт йўллари билан боғлиқ келиб чиқиши эҳтимолини оширади, бироқ бу ҳолат айнан билиар панкреатит мавжудлигини билдирмайди. Касалликнинг бу турининг ишончли лапароскопик белгилари қуйидагилардан иборат: Қорин бўшлиғидаги сафро рангидаги суюқлик (1), ретроперитонеал, асосан ретродуоденал тўқималарнинг шишганлиги ва сафро билан тўйинганлиги, кенгайган умумий ўт йўли билан жигар - ўн икки бармоқли ичак бойламининг ўзгариши, ўт пуфаги деворида сафро шимилиши билан кечувчи яллиғланиш жараёнлари (1). Дастлабки 10-12 соат ичида пуфақдаги ўзгаришлар минимал бўлиб, унинг каттиқ тўлиши ва деворининг бироз шишганлиги билан намоён бўлади, бу айниқса бўйин қисмида яққол кўринади. Сероз қоплама узоқ вақт давомида силлиқ ва ялтироқлигича қолади. Касаллик қанча узоқ давом этган бўлса, патологик ўзгаришлар шунчалик аниқ ифодаланади. Бундай ҳолатларда фақат консерватив даволаш усуллари етарли эмас - тезроқ панкреатик йўл ички босимининг сабабини батараф этиш ва билиар босимни камайтириш зарур.

Шундай қилиб, диагностик лапароскопия ўткир панкреатитни ташхислашда муҳим ва катта ёрдам беради, бироқ визуал топилмаларни тўғри талқин қилиш, фақат анамнез, клиник ва лаборатория маълумотларини яхлит баҳолаш орқалигина мумкин бўлади. Демак, шишли панкреатитга хос бўлган қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар касалликнинг дастлабки босқичларида кенг тарқалган панкреонекрознинг биринчи лапароскопик белгилари бўлиши мумкин. Лапароскопик текширувнинг “тинч-осойишта” деган хулосаси касалликнинг зўрайиб бораётган клиник кўринишига мос келмаслиги, қорин бўшлиғидаги ўзгаришларни динамикада кузатишни талаб этади. Зарурат туғилганда, 12-24 соатдан сўнг ўтказилган қайта лапароскопия ташхисини аниқлаштириш ва диагностик хатони истисно қилиш имконини беради.

Панкреатитнинг деструктив шакллариининг кечки асоратларини лапароскопик ташхислашга эҳтиёж катта эмас - бундай асоратларни олдиндан кўриш мумкин ва етарли вақт беморни динамикада оддийроқ усуллар билан ҳар томонлама текшириш имкони бор. Бунинг устига, бу борадаги методиканинг имкониятлари жуда чекланган, чунки асосий жараёнлар қорин бўшлиғидан ташқарида кечади. Шундай бўлсада, сўнги пайтларда матбуотда



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI  
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

панкреонекрознинг йирингли асоратлари босқичида лапароскопик аралашувлар ҳақидаги хабарлар кўпайиб бормокда. Видеолапароскопик технология баъзи ҳолларда йирингли - яллиғланиш жараёнининг тарқалишини тўғри баҳолаш ва чарви халтасидаги йиринглаган соҳаларни, ретроперитонеал флегмоналарни дренажлаш учун энг кам шикаст етказувчи кириш йўлларидан фойдаланиш имконини беради.

**Натижалар ва унинг муҳокамаси**

Диагностик лапароскопия, бу амалиётни ўтказилган 156 беморнинг 93 (59,6%) нафарида ўткир панкреатитнинг турли шакллари мавжудлигини тасдиқлади, 51 (32,7%) беморда эса ташхис инкор этилди. Шунини таъкидлаш керакки, бошқа ташхислар билан диагностик лапароскопияга олинган беморларнинг 12(7,8%) нафарида ўткир панкреатит аниқланди.

27 (17,3%) нафар беморда шошилинич жарроҳлик даволаш усулини талаб қиладиган бошқа касалликлар топилди. Тарқалган перитонит ва гемоперитонеум аниқланган 7(4,5%) та ҳолатда чуқурлаштирилган текширув ўтказилмади, чунки бу вазиятда лапаротомияга кўрсатмалар аниқ эди ва ўп ташхиси диагностик лапароскопия пайтида тасдиқланмади, лекин инкор ҳам қилинмади. 9(5,8%) ҳолатда “ўткир қорин” патологияси белгилари топилмади, 2 (1,3%) ҳолатда эса қорин парданинг кенг кўламли битишмалари туфайли лапароскопик текширув амалга оширилмади. Ушбу тадқиқот натижалари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

**Ўткир панкреатит тахмин қилинган беморларда диагностик лапароскопия натижалари (n=144)**

| Лапароскопиядан кейинги ташхис            | Аралашув тури ва кузатувлар сони |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|
|   | Диагностик лапароскопия          | Лапароскопик операциялар ёки даволаш муолажалари | Лапароскопиядан кейинги “очик” операциялар |
| Ўткир панкреатит, шишли шакли             | 16                               | 18   | -  |
| Панкреонекроз                             | -                                | 48   | 9  |
| Ўткир холецистопанкреатит                 | -                                | 2  | 2  |
| Ўткир холецистит                          | -                                | 1  | -  |
| Ўт икки бармоқли ичакнинг тешилган яраси  | -                                | 4  | 4  |
| Ўткир аппендицит                          | -                                | 3  | 2  |
| Ўткир мезентериал тромбоз                 | 3                                | -  | 3  |
| Битишмали ичак тугилиши                   | -                                | -  | 1  |
| Қисилган чурра                            | -                                | -  | 1  |
| Ичак буралиши                             | -                                | 1  | -  |
| Тарқалган перитонит (сабаби аниқланмаган) | -                                | -  | 4  |
| Гемоперитонеум (сабаби аниқланмаган)      | -                                | -  | 3  |
| Жигар циррози                             | 8                                | -  | -  |



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

|   |    |    |    |
|---|----|----|----|
| Ошқозон ости беи саратони(?), жигарга метастазлар   | 1  | -  | -  |
| Патология аниқланмади                               | 9  | -  | -  |
| Қорин бўшлиғини кўздан кечириш муваффақиятсиз бўлди | -  | -  | 2  |
| Жами:   | 37 | 76 | 31 |

8(5,1%) нафар беморда чарви қопчаси очилгандан сўнг ошқозон ости беи бевосита кўздан кечирилди. Шунга таъкидлаш жоизки, уларнинг 2(1,3%) нафарига чарви халтасининг лапароскопик текширув пайтида шикастланган тўқималардан қон кетиши сабабли операция лапаротомия билан якунланди. Кейинчалик биз тўғридан -тўғри панкреатоскопиядан воз кечдик, чунки беи кўрмасдан ҳам лапароскопик маълумот ҳажми одатда ўткир панкреатитни тўғри ташхислаш учун етарли бўлади.

Биринчи лапароскопиядан кейин 15 соатдан 23 кунгача бўлган муддатда (одатда дастлабки 10 кун ичида) ривожланган перитонитнинг сабаби ва хусусиятини аниқлаш мақсадида 3(1,9%) нафар беморда такрорий лапароскопик текширув ўтказилди (қайта лапароскопияда даволаш мақсадлари ҳам назарда тутилган). Шундан, 1(0,6%) ҳолатда бирламчи текширувда йўл қўйилган гиподиagnostic хатолар аниқланди, бунда касаллик бошланишининг дастлабки босқичида панкреонекроз, панкреатитнинг шишган шакли деб нотўғри баҳоланган.

12(7,8%) та ҳолатда эса ўткир панкреатит бошқа касалликларга гумон қилиниб ўтказилган лапароскопик текширув натижасида аниқланди ва касалликнинг босқичига мос бўлган даволаш тури тайинланди.

Шундай қилиб, текширувлар шунга кўрсатадики, диагнознинг шубҳали ҳолатларида ташхис қўйиш ва ўткир панкреатитнинг кечки даврларида унинг оғирлик даражасини аниқлаш ҳамда даволаш тактикасини белгилашда diagnostic лапароскопиянинг ўрни беқиёсдир.

### Хулоса

Бизнинг текширувларимизга кўра, ўткир панкреатитни ташхислашда лапароскопик усулнинг сезгирлиги умумий ҳисобда 95,2%, ўзига хошлиги 83%, аниқлиги эса 96,1% ни ташкил этди.

### Фойдаланилган адабиётлар

1. Багненко СФ, Благовестнов ДА, Гальперин ЭИ, Дюжева ТГ, Дибиров МД, Прудков МИ, Филимонов МИ, Чжао АВ. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации) [Электронный ресурс] [дата обращения: 2018 Дек 11]. Режим доступа: <http://xn----9sdbbejx7bduahou3a5d.xn--plai/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaya-abdominalnaja-hirurgija/nacionalnye-klinicheskie-recomendaci-rostromu-pancreatitu.html>

2. Галимзянов ФВ, Гафуров ББ. Возможности хирургического лечения больных острым панкреатитом тяжелой степени в условиях специализированного отделения областной клинической больницы. *Вест Авиценны*. 2017;19(3):338-343. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-3-338-343

3. Галимзянов ФВ, Прудков МИ, Шаповалова ОП. Инфицированный панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс и панкреатогенная флегмона, диагностика и лечение. *Вест Урал Мед Акад Науки* [Электронный ресурс]. 2011 [дата обращения: 2018 Дек 11];(4):34-37. Режим доступа: [http://vestnikural.ru/uploads/article\\_file/5/2011\\_4\\_37.pdf](http://vestnikural.ru/uploads/article_file/5/2011_4_37.pdf)



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

4. Грекова НМ, Бухвалов АГ, Лебедева ЮВ, Бухвалов СА. Острый панкреатит: современная классификационная система (обзор литературы) *Соврем Проблем Науки и Образования* [Электронный журнал]. 2015 [дата обращения: 2018 Дек 11];(3). режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=18133>
5. Грекова НМ, Шишменцов НБ, Найбушина ЮВ, Бухвалов АГ. Острый панкреатит: Современные концепции хирургического лечения. *Новости хирургии* 2020; 28(2):doi: 10.18484/2305-0047.2020.2.197
6. Дибиров МД, Исаев АИ, Джаджиев АБ, Ашимова АИ, Атаев Т. Роль коррекции синдромов кишечной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии в профилактике инфицирования панкреонекроза. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 2016; (8):67-72. Doi:1017116/hirurgia2016867-72
7. Дюжева ТГ, Джус ЕВ, Шефер АВ, Ахаладзе ГГ, Чевокин АЮ, Котовский АЕ, Платонова ЛВ, Шоно НИ, Гальперин ЭИ. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2013;18(1):92-102. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20201335>
8. Ермолов АС, Иванов ПА, Благовестнов ДА, Гришин АА, Андреева ВГ. Диагностика и лечение острого панкреатита. Москва, РФ: Видар-М; 2013. 384 с.
9. Коханенко НЮ, Глебова АВ, Вавилова ОГ, Кашинцев АА, Калужный СА, Эшметов ШР. Этапное хирургическое лечение больного хроническим панкреатитом. *Анналы хирургической гепатологии*. 2021; 26 (3): 149–155. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2021-3-149-155>.
10. Мизгирёв ДВ, Дуберман БЛ, Эпштейн АМ, Кремлёв ВВ, Бобовник СВ, Поздеев ВН, Прудиева ЕВ. Осложнения и летальность при миниинвазивном лечении острого некротического панкреатита. *Анналы Хирург Гепатологии*. 2014;19(2):66-71. [http://heptoassociation.ru/docs/abstract\\_2014\\_19\\_2.pdf](http://heptoassociation.ru/docs/abstract_2014_19_2.pdf)
11. Острый панкреатит [Электронный ресурс]. В кн: Прудков МИ (рук), Шулутко АМ, Антоненко ИВ, Барыков ВН, Дарвин ВВ, Гиберт БК, Кислицин ДП, Малинкин АВ, Машкин АМ, Совцов СА, Чернов ВФ. Неотложная хирургия. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа. Екатеринбург, РФ: Лига-7; 2013. с.23-29. Режим доступа: [http://www.chelsma.ru/files/misk/klinichskie\\_recomendacii\\_pokhirurgiiurfo\\_m\\_I\\_prudkov.pdf](http://www.chelsma.ru/files/misk/klinichskie_recomendacii_pokhirurgiiurfo_m_I_prudkov.pdf)
12. Yangiboev ZR, Batirov DY, Eshmetov SR, Rakhimov AP, Umarov ZZ, Nurmatov ST, Rojobov RR, Allaberganov FM, Umarov NS. Improvement of Diagnostic and Surgical Methods for Treating Complicated Forms of Gallstone Disease. *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2025, 15(6): 1876-1880. DOI: 10.5923/j.ajmms.20251506.51
13. Эшметов ШР. Панкреатит ва унинг асоратларини башорат қилиш. *Scientific J ActaCAMU* 4.1 (12.1). 2025. с.531-535
14. Aranda-Narvaez JM, Gonzales-Sanches AJ, Montiel-Casado MC, Titos-Garcha A, Santoyo-Santoyo J. Acute necrotizing pancreatitis: Surgical indications and technical procedures. *World J Clin Cases*. 2014 Dec 16;2(12):840-45. doi:10.12998/wjcc.v2.i12.840
15. Bugiantella W, Rondelli F, Boni M, Stella P, Polistena A, Sanguinetti A, Avenia N. Necrotizing pancreatitis: A review of the interventions. *IntJ Surg*. 2016 Apr; 28(Suppl 1):S163-71. doi: 10.1016/j.ijsu.2015.12.038
16. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013 Sep; 108(9):1400-15; 1416. Doi:10.1p038/ajg.2013.218