

KƏSKİN DESTRUKTİV PANKREATİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ NƏTİCƏLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

¹Qasimov N.A., ¹Həsənova S.Y.*, ²Abdullayev O.M., ³Fərəcova S.Ə.

*E-mail: dr.sevahasanova@gmail.com

¹Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
ümumi və plastik cərrahiyyə kafedrası, Bakı, Azərbaycan;

²Azərbaycan Milli Hematologiya və Transfuziologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan;

³Azərbaycan Tibb Universiteti, ağciyər xəstəlikləri kafedrası, Bakı Azərbaycan

Son illər təxirəsalınmaz cərrahi xəstəliklər arasında kəskin pankreatit (KP) halları xeyli artmışdır və hazırda KP rastgəlmə tezliyinə görə kəskin appendisitdən sonra ikinci yer tutur. Bu xəstəliyin ən çox rast gələn səbəblərinə alkohollu içkilərin sui-istifadəsi və öddaşı xəstəliyidir. Bununla belə, 10-30% hallarda KP-nin etioloji səbəbini ayırd etmək mümkün olmur. Tədqiqatın əsasını kəskin pankreatitin destruktiv forması olan 300 xəstənin müayinə və müalicəsinin nəticələri təşkil edib. Xəstələrin vəziyyətini, xəstəliyin şiddətini və gedişatını, xəstələrin vəziyyətinin dinamik monitorinqini qiymətləndirmək üçün APACHE II və III, Balthazar, SOFA, Ranson, Glasgow-Imrie, CTSI, SAPS kimi inteqrasiya olunmuş qiymətləndirmə metodlarından istifadə edilmişdir. Pankreasın ilkin zədələnməsinin miqyasından asılı olaraq, pankreonekrozlu xəstələrin müalicəsində cərrahi taktikaya diferensial yanaşma, orta hesabla, hər xəstəyə irinli ağırlaşmaların sayını 4 dəfə (9,7%-dən) azaltmağa imkan verdi. 2,3%-ə, irinli ağırlaşmalardan ölümü 3 dəfə (16,3%-dən 5,7%-ə) azaltmaq və nəticədə ümumi ölümü 2,7 dəfə (26,0%-dən 9,9%-ə) azaltmaq mümkün oldu. Xəstəliyin başlanğıcından ilk 7 gün ərzində trombositlərin sayı azaldı, sonralar pankreas nekrozu əlamətləri azaldıqca trombositlərin sayı da artdı. Kəskin respirator distress sindrom təngnəfəslik, quru öskürək, döş sümüyünün arxasında ağrı, xəstənin qeyri-adekvat vəziyyəti, siyanoz, kobud krepitasiyalı xırıltı ilə xarakterizə olunurdu.

Açar sözlər: kəskin destruktiv pankreatit, diaqnostika, inteqral qiymətləndirmə sistemləri, trombositlər, kəskin respirator distress sindrom.

Son illər təxirəsalınmaz cərrahi xəstəliklər arasında kəskin pankreatit (KP) halları xeyli artmışdır və hazırda KP rastgəlmə tezliyinə görə kəskin appendisitdən sonra ikinci yer tutur. “Kəskin qarın” kimi qiymətləndirilən xəstəliklər arasında isə KP-nin tezliyi 25-35% təşkil edir. Bu xəstəliyin ən çox rast gələn səbəblərinə alkohollu içkilərin sui-istifadəsi və öddaşı xəstəliyidir. Bununla belə, 10-30% hallarda KP-nin etioloji səbəbini ayırd etmək mümkün olmur [1-7].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə KP-nin yayılma tezliyi 1 mln. əhali arasında 33-390 nəfər təşkil edir, bu xəstəlikdən ölüm halları isə 1 mln. əhali arasında 6-13 nəfərdir. Son illər KP zamanı ümumi letallıq azalsa belə (4,5%-dən 2,5%-3,5%-ə qədər), operasiyadan sonrakı, xüsusən də ağciyərlərin kəskin distress sindromu (AKDS) ilə əlaqədar letallıq halları yenə də yüksək səviyyədə qalmaqdadır [8-9].

Kəskin pankreatit 10-15% halda destruktiv xarakter daşıyır, sonradan bu xəstələrin 40-70%-də nekrotik destruksiya ocaqları infeksiyalaşır; 80% halda isə proses ölümlə nəticələnir. Məhz bu qəbildən olan xəstələr arasında, yəni kəskin destruktiv pankreatiti (KDP) olanlarda prosesin diaqnostikası və müalicəsi xeyli çətinliklər törədir [10-12].

Kəskin destruktiv pankreatit (KDP) mədəaltı vəzinin birincili aseptik iltihabı olub autofermentativ nekrobioz, ətraf toxumaların, peritonarxası birləşdirici toxumanın, qarın boşluğu və qarın boşluğundan kənar orqan və sistemlərin endogen infeksiya və nekroz prosesinə cəlb olunması ilə səciyyələnir [13, 14].

Ağır KDP zamanı letallıq hallarının analizi göstərmişdir ki, son 20-30 il ərzində xəstəliyin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsində və yeni müalicə metodlarının tətbiqində müəyyən addımlar atılmışdır [13, 14]. Lakin aparılan tədqiqatlar eyni zamanda göstərmişdir ki, bu illər ərzində KDP-nin müalicəsində və xəstələrin yaşama müddətində əsaslı dəyişikliklər baş verməmişdir – sadəcə olaraq letallıq halları orqanların disfunksiyası nəticəsində baş verən “erkən ölümdən” irinli-septik ağırlaşmalar olan “gec ölümlə” yerini dəyişmişdir.

Tədqiqatın məqsədi. Kəskin destruktiv pankreatiti olan xəstələrin müalicə nəticələrinin analizi, fəsadların və letallığın azaldılması və eyni zamanda müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş müxtəlif drenajlayıcı operasiyaların effektiv metodlarının inteqral proqnostik şkalalar əsasında qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlarımız zamanı 2017-2025 illərdə Ə.M.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ümumi və plastik cərrahiyyə və Respublika Xəstəxanasının ümumi cərrahiyyə şöbələrində KDP ilə müayinə və müalicə olunmuş 300 xəstə müşahidə edilmişdir.

Tədqiqata patogenezi və klinik gedişinin xüsusiyyətləri fərqli olan biliar və operasiyasonrası pankeonekrozlu xəstələr daxil edilməmişdir.

Kəskin destruktiv pankreatit diaqnozu qoyularkən Atlanta təsnifatının “Classification of acute pancreatitis – 2012” alqoritmindən istifadə edilmişdir [15]. Klinikaya daxil olarkən xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin ilkin obyektiv göstəriciləri və xəstəliyin proqnozu J.H.Ranson və APACHE II, xəstəliyin ağırlığının dinamik xüsusiyyətləri isə APACHE II, SOFA və MODS meyarları əsasında qiymətləndirilmişdir [16]. Atlanta təsnifatına əsasən KDP-nin növləri mədəaltı vəzidə, ətraf toxumalarda, qarın boşluğunda və peritonarxası sahədə solid vəya maye komponentinin üstünlüyü əsasında müəyyən edilmişdir. J.H.Ranson meyarlarına əsasən massiv pankreonekroz xəstəliyin orta ağır gedişini və 20%-ə qədər proqnozlaşdırılan letallığı, subtotal-total pankreonekroz isə pankreonekrozun ağır gedişini və letallığın 60%-dən yüksək göstəricilərini nəzərdə tutur. Imrie şkalası xüsusi olaraq kəskin pankreatitin ağırlığının proqnozlaşdırılması üçün işlənilib hazırlanmışdır – onun dəqiqliyi 70-80% təşkil edir [16]. Glasgow meyarları xəstəliyin massiv və subtotal-total klinik gedişini bir qrupda birləşdirir. Kompüter tomoqrafiya (KT) müayinəsi göstəricilərindən istifadə edərək Balthazar (1985) şkalası əsasında mədəaltı vəzi və ətraf toxumaların zədələnməsi dərəcəsi təyin edilmişdir [13]. Mədəaltı vəzi nekrozunun həcminə əsaslanaraq Balthazar şkalası və mədəaltı vəzinin nekrozu dərəcəsi göstəricisi toplanaraq zədələnmə dərəcəsinin KT indeksi (CTSI – Computed Tomography Severity Index (1990)) – KT əsasında ağırlıq indeksi hesablanmışdır. Kəskin destruktiv pankreatitin ekstrapankreatik təzahürləri Schroder et al. (1985) meyarları əsasında qiymətləndirilmişdir – bu müəlliflərə görə ekstrapankreatik dəyişikliklər daha çox hemorragik pankreatit zamanı baş verir [13, 16]. Balthazar şkalasına əlavə olaraq SAPS II meyarından istifadə edilmişdir (Simplified Acute Physiology Score II – sadələşdirilmiş kəsin fizioloji şkala II) – bu inteqral sistemin ölüm hallarının qabaqlayıcı qiymətləndirilməsində həssaslığı 87,5%, spesifikliyi – 77,8% təşkil edir.

Kəskin destruktiv pankreatiti olan xəstələrin hamısına qarın boşluğu orqanlarının USM-i keçirilmişdir – bu zaman mədəaltı vəzinin ölçüləri, orqanda və

parapankreatik toxumada destruksiya prosesləri, piylik kisəciyində, qarın və plevral boşluqlarda maye, pankreas, xarici və daxili öd axcaqlarının keçiriciliyi, piloroduodenal stenoz, limfatik düyünlərdəki dəyişikliklər, iltihab markerləri qismində trombositlərin sayı, eyni zamanda AKDS qiymətləndirilmişdir. Statistik analiz variasiya (orta göstəricilər) və diskriminant (χ^2 -Pirson) üsullarının tətbiqi ilə aparılmışdır. Bütün hesablamalar EXCEL-2013 elektron cədvəlində həyata keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Xəstələrin yaşı 27-75 arasında olmuşdur; orta yaş $46 \pm 14,1$ il təşkil etmişdir. Kəskin destruktiv pankreatiti olan xəstələrin əksəriyyəti əmək qabiliyyətli şəxslər olmuşlar, belə ki, 300 xəstədən 232-si 60 yaşında, yerdə qalan 68 xəstə isə 60 yaşdan yuxarı idi. Xəstələrin yaş və cinsiyyətə görə paylanması haqqında məlumat cədv. 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1

Kəskin destruktiv pankreatiti olan xəstələrin yaş və cinsiyyətə görə paylanması

Yaş	Kişilər	Qadınlar	Cəmi
30 yaşa qədər	12 (4%)	10 (3,3%)	22 (7,3%)
31-40	59 (19%)	27 (9%)	65 (21,6%)
41-50	45 (15%)	20 (6,6%)	86 (28,6%)
51-60	39 (13%)	20 (6,6%)	59 (19,6%)
61-70	23 (7,6%)	10 (3,3%)	33 (11%)
71 və çox	21 (7%)	14 (4,6%)	35 (11,6%)
Cəmi	199 (66,4%)	101 (33,6%)	300 (100%)

Kəskin destruktiv pankreatit diaqnozu ilə daxil olmuş və xəstəliyi instrumental, laborator tədqiqat metodları ilə təsdiq edilmiş bütün xəstələrə prosesin yayılmasından asılı olmayaraq mədəaltı vəzi proyeksiyasında, piylik və peritonarxası sahələrdə mayeli ocaqların punksiyası və “qapalı” drenajı keçirilmişdir.

Bu metodlar mədəaltı vəzinin destruksiyası 30%-ə qədər olduqda əsas müalicə metodu kimi seçilmişdir. Digər hallarda, yəni mədəaltı vəzinin destruksiyası 30%-dən çox olduqda yuxarıda göstərilən metodlar yardımçı vasitə və “açıq” drenaj keçirilməzdən əvvəl operasiyaözü hazırlıq mərhələsi kimi tətbiq edilmişdir.

Müşahidəmizdə olan 300 xəstədən 147-nin (49,0%) vəziyyəti yüngül, 157 (51,0%) – ağır kimi qiymətləndirilmişdir. Ağır xəstələr arasında ən çox steril destruktiv pankreatit, steril və irinli peripankreatik infiltrat rast gəlinirdi – müvafiq olaraq 18,4%, 10,8% və 8,2%. Bir sıra hallarda arroviv qanaxmalı destruktiv pankreatit müşahidə edilmişdir (1,9%). Instrumental müayinə metodları əsasında mədəaltı vəzinin destruksiyası prosesinin həcmi müəyyənləşdirilmişdir (cədv. 2). Belə ki, xəstələrin əksəriyyətində (149 (50%)) destruksiya prosesinin həcmi 40%-dən çox olmamışdır, 27 (9%) xəstədə isə destruktiv proses 70%-dən çox idi.

Cədvəl 2

Xəstələrin pankreonekrozun ağırlıq dərəcəsinə görə paylanması

Mədəaltı vəzidə destruksiyanın yayılması	Xəstələrin sayı	
Destruksiya 40%-ə qədər	149	50%
Destruksiya 40-70%	124	41%
Destruksiya 70%-dən çox	27	9%
Cəmi	300	100%

Tədqiqata cəlb edilmiş xəstələrin klinik və morfoloji göstəricilərini, müayinə və müalicə nəticələrini ümumiləşdirib analiz etdikdə müəyyən edilmişdir ki, patoloji prosesin inkişafı və fəsadların xüsusiyyətləri məhz mədəaltı vəzidə baş verən zədələnmənin ilkin həcmindən asılı olmuşdur.

Azinvaziv metodların effektivliyi 213 xəstənin müalicəsi prosesində öyrənilmişdir. Bu xəstələr qrupunda – mədəaltı vəzinin 30%-dən çox zədələnməsi olan ocaqlı pankreonekroz – cərrahi müalicənin tamamlayıcı mərhələsi kimi destruksiya ocaqlarının “qapalı” drenləşdirilməsi keçirilmişdir. Bu qrupdan olan xəstələrdə taxikardiya, taxipnoe, leykositoz, amilazanın qanda və sidikdə artması, transaminazaların xeyli yüksəlməsi qeyd olunurdu; qanın oksigenlə doyması xeyli azalmışdır.

Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi meyarları aşağıdakı kimi olmuşdur: APACHE II – 3-8 bal, APACHE III – 4-12 bal, SOFA üzrə orqan disfunksiyası dərəcəsi – 1-4 bal, MODS üzrə – 0-3 bal, kəskin pankreatitin Ranson üzrə ağırlıq dərəcəsi – 2-4 bal,

Imrie üzrə – 2-3 bal. Glasgow-Imrie üzrə sistem iltihab reaksiyası və ya pankreatitin ağırlıq dərəcəsi əsasında 2-3 əlamət aşkar edilmişdir.

USM və KT müayinələri zamanı mədəaltı vəzi toxumasında onun həcminin 30%-dən çox olmayan qeyri-həmcins destruksiya ocaqları ayırd edilirdi. Mədəaltı vəzinin CTSI üzrə zədələnməsi dərəcəsi 3-4, ətraf toxumaların Schroder üzrə zədələnmə dərəcəsi 0-4 bal təşkil etmişdir.

Əsas fizioloji göstəricilərin inteqral meyarlar (APACHE II, III; Ranson) şəklində təsvir edilməsi müalicənin gedişinin dinamik şəkildə qiymətləndirilməsinə imkan yaratmışdır. Məsələn, piylik kisəciyində toksik möhtəviyyətin kənar edilməsi APACHE II meyarlarının pozitiv dəyişməsinə uyğun olmuşdur. Punksiya və drenləşdirmədən sonra fizioloji göstəricilərin dəyişməsi statistik cəhətdən dürüst olmuşdur ($p < 0,05$).

Mədəaltı vəzinin 50%-dən çox destruksiyası və prosesin fulminant gedişi hallarında drenləşdirmənin “açıq” metodu icra olunur və operasiya omentobursostomiya ilə tamamlanırdı. Bu metod eyni zamanda əvvəlcə azinvaziv metodlarla müalicə olunmuş, lakin mədəaltı vəzidə destruksiya prosesinin qarşısının alınması mümkün olmayan hallarda da həyata keçirilmişdir.

Müalicəvi-diaqnostik punksiya və drenləşdirmədən 2 gün sonra prosesin ağırlığı dərəcəsi göstəricilərinin yaxşılaşması statistik dürüst olmuşdur ($p < 0,05$). Eyni zamanda qeyd etmək lazımdır ki, 1-ci həftə ərzində yalnız konservativ terapiya keçirilən hallarda xəstələrin əksəriyyətinin vəziyyəti daha da ağırlaşmışdır. Kontrol qrupda azinvaziv metodların istifadəsi yalnız 23,6% halda sonradan irinli fəsadların əmələ gəlməsinə səbəb olmuşdur.

Ocaqlı pankreonekrozun irinli fəsadlarının əmələ gəlməsinin fərqləndirici xüsusiyyəti ondan ibarət olmuşdur ki, onlar əksər hallarda lokal və məhdud sahəni əhatə edirdilər. İrinli fəsadlar adətən prosesin 17-19-cu günlərində əmələ gəlir və xəstələrin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi, temperaturun artması, titrətmə, zəiflik, ürəkbulanma kimi simptomlar, eyni zamanda laborator göstəricilərin pisləşməsi ilə səciyyələnirdi – anemiya, leykositoz və limfopeniya, EÇS artması, disproteinemiya, prokalsitoninin artması. Bu dəyişikliklər eyni zamanda USM və KT göstəricilərində

də öz əksini tapırdı – belə ki, mədəaltı vəzi, peritonarxası birləşdirici toxuma və qarın boşluğunda maye tərkibli məhdud törəmələrin əmələ gəlməsi qeyd olunurdu.

Məhdud lokal fəsadların müalicəsində ənənəvi cərrahi müdaxilələrin keçirilməsinə göstəriş olmamışdır. Mayeli ocaqların və abseslərin sanasiyası azinvaziv metodlarla həyata keçirilirdi – yəni USM və KT vasitəsilə punksiya və drenləşdirmə icra olunurdu. Drenləşdirmənin daha keyfiyyətli aparılması üçün “axarlı aspirasiya” effekti yaradan ikikanallı borulardan istifadə edilirdi. Drenləşdirmə müddəti adətən 11-18 gün təşkil etmişdir. Bu müddət ərzində irinli intoksikasiyanın klinik əlamətləri geriləyir, laborator göstəricilər normallaşırdı.

Beləliklə, KDP zamanı azinvaziv cərrahiyyə metodları ilə aparılan konservativ terapiya 90,5% halda effektiv olmuşdur. 9,5% halda irinli lokal ocaqların drenləşdirilməsi üçün əlavə azinvaziv “qapalı” metodlardan istifadə edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, mədəaltı vəzidə nekrozun həcmi 30-60% olduqda bütün hallarda mürəkkəb tərkibli qapalı boşluqlarda yerləşən və ağır toxuma intoksikasiyasına səbəb olan böyük sekvestrlər əmələ gəlir. Belə hallarda ağır irinli fəsadların təzahürü kimi pankreatik sepsis, arroziv profuz qanaxmalar təhlükəsi yaranır.

Bu qrupdan olan xəstələrin müalicəsi prosesində laparotomiya icra olunaraq ənənəvi cərrahi metodlar əsasında yayılmış irinli-nekrotik ocaqların sanasiyası keçirilirdi – konservativ müalicə üsullarının istifadəsi, azinvaziv drenləşdirmə metodlarının tətbiqi nəticəsində intoksikasiyanın azaldılmasına nail olmaq mümkün olmuş və bu qrupdan olan xəstələrin vəziyyətinin yaxşılaşması inteqral göstəricilərdə də öz əksini tapmışdır. Bu kimi müalicə taktikasının seçilməsi nəticəsində mədəaltı vəzidə 30-60% nekrotik proses olan xəstələrdə operasiyasonrası fəsadlar və letallıq xeyli azalmışdır.

Mədəaltı vəzi destruksiyası 60%-dən çox olan xəstələrdə KDP-nin ağır gedişi peritoneal simptomatika ilə müşayiət olunduğundan xəstələrin 72,5%-də erkən operativ müdaxilənin keçirilməsini tələb olunurdu. Bu qrupdan olan xəstələrdə kompleks konservativ müalicə ilə birgə laparoskopik sanasiya və qarın boşluğunun drenləşdirilməsi və ya piylik kisəciyinin və destruksiya ocaqlarının USM nəzarəti ilə

drenləşdirilməsi keçirilirdi; 14% halda qarın boşluğunun laparoskopik sanasiyası “qapalı” omentobursopankreatoskopiya ilə birgə icra olunmuşdur, bunlardan 9,9% halda mini-girişdən omentobursostoma formalaşdırmış və sonradan mərhələli şəkildə endoskopik sanasiya keçirilmişdir.

Bunula belə göstərilən azinvaziv tədbirlər bütün hallarda pozitiv nəticə verməmişdir və buna görə də özü-özlüyündə onlar erkən operativ müdaxilələrin keçirilməsi üçün kompleks müalicə tədbirlərinin hazırlıq mərhələsi qismində icra olunmuşdur.

Konservativ müalicənin qeyri-effektiv olmasının əsas əlamətləri aşağıdakılardan ibarət olmuşdur: sürəkli ağrı sindromu, mədə-bağırsaq traktının parezi, hipotoniya və taxikardiya, təngnəfəslik, ümumi sianoz və ətrafların solğunluğu, temperaturun yüksəlməsi, oliquriya, anemiya, leykositoz və leykositar formulun sola meyli; USM əlamətləri: qeyri-həmcins parenxim, piylik kisəciyi və qarın boşluğunda maye yığılması əlamətləri; MRT və KT əlamətləri: mədəaltı vəzi ölçülərinin böyüməsi, konturlarının qarışıqlığı, ətraf toxumaların maye sıxlığına oxşar möhtəviyyatla infiltrasiyası və qeyri-həmcins strukturu, piylik kisəciyi və peritonarxası sahədə mayenin toplanması; laparoskopik əlamətlər: nekroz ocaqları, bulanıq ekssudat, qaraciyər-çənbər bağırsaq bağıının (lig. hepatocolicum) infiltrasiyası və gərginliyi.

KDP-nin bir sıra ağır gedişi hallarında (xəstələrin 65%-də), o cümlədən edogen intoksikasiya, erkən septik və aseptik fəsadlar zamanı operasiyalar aşağıdakı səbəblərdən təxirə salınmışdır (adətən 5-6 gün müddətində): epiqastral nahiyədə bərkimənin əmələ gəlməsi, bədən temperaturunun 38°C və daha yuxarı olması, taxikardiya, neytrofil leykositoz, mədə-bağırsaq traktının parezi və peritoneal simptomatikanın əmələ gəlməsi, anemiya, hipoproteinemiya; USM əlamətlər: mədəaltı vəzi konturlarının pozulması, parenximin qeyri-homogenliyi, piylik kisəciyi və qarın boşluğunda maye həcmnin artması, USM-lə punksiyada prosesin infeksiyalaşmasının bakterioloji təsdiqi; MRT və KT əlamətlər: mədəaltı vəzi ölçülərinin böyüməsi, vəzi konturlarının tamamilə itməsi və strukturunun pozulması, ətraf toxumaların maye sıxlığına oxşar möhtəviyyatla infiltrasiyası;

laparoskopik əlamətlər: nekroz ocaqları, qaraciyər-çənbər bağırsağ bağıının (lig. hepatocolicum) infiltrasiyası və gərginliyi.

Operasiyalar xəstələrin 15%-də aşağıdakı göstərişlərə görə ümumiyyətlə təxirə salınmışdır: hektik qızdırma, titrətmə, şiddətli tərləmə, selikli qişaların və dilin quruluğu, taxikardiya, epiqastral nahiyədə infiltrat, mədə-bağırsağ traktının davam edən parezi, progressivləşən anemiya və leykositozun daha da artması; USM əlamətlər: piylik kisəciyi, qarın boşluğu və peritonarxası sahədə hüdudları görünməyən maye tərkibli ocaqlar; MRT əlamətlər: destruksiya ocağı ətrafında ayırıcı səddin yaranması və maye tərkibli ocaq, prosesin ətraf toxumalara və peritonarxası sahəyə sirayət etməsi.

KDP-nin ağır gedişi zamanı həm erkən aseptik, həm də gec postnekrotik septik ağırlaşmalarda geniş operativ müdaxilələrin ümumi mərhələləri aşağıdakılardan ibarət olmuşdur: qaraciyər-çənbər bağırsağ bağıının (lig. hepatocolicum) geniş yarılması; köndələn çənbər bağırsağın mobilizasiyası; proses mədəaltı vəzi başında olduqda onikibarmaq bağırsağın Vautrin-Kocher-ə görə mobilizasiyası; mədəaltı vəzinin yuxarı və aşağı kənarları üzrə mobilizasiyası; mədəaltı vəzi toxumasının, parapankreatik və peritonarxası birləşdirici toxumanın nekretomiyası; prosesin yerləşməsindən asılı olaraq sağ-, sol- və ya ikitərəfli lümbotomiya; parapankreatik birləşdirici toxumanın izolə edilmiş aseptik və ya infeksiyalaşmış nekrozunda omentobursostomiya; köndələn çənbər bağırsağ müsarifəsinin nekrozu, parapankreatik və peritonarxası birləşdirici toxumanın geniş nekrozları şəklində yayılmış proseslərdə laparostomiya; qarın boşluğu, peritonarxası sahə, piylik kisəciyinin silikon drenaj borularla drenləşdirilməsi; qarın boşluğu, piylik kisəciyinin operasiyadan sonra mərhələli sanasiyası.

Prosesin ağırlıq dərəcəsi göstəricilərini APACHE-II və APACHE-III şkalaları əsasında qiymətləndirərkən ocaqlı, ağır və subtotal-total gedişli pankeonekrozu olan xəstələr qrupunda statistik fərqlər müəyyən edilməmişdir ($p < 0,01$). Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi göstəriciləri üzrə daha mühüm fərqlər APACHE-III şkalası əsasında müvafiq olaraq ocaqlı, ağır və subtotal-total gedişli pankeonekroz üçün müəyyən

edilmişdir: müvafiq olaraq $8,4\pm 3,2$, $11,5\pm 2,1$ və $25,5\pm 6,7$ bal. SAPS şkalası üzrə qiymətləndirmə informativ olmamışdır ($0,01 < p < 0,05$).

Prosesin ağırlıq dərəcəsi göstəricilərinə əsaslanan müxtəliflik APACHE şkalasının klinik praktikada istifadəsini xeyli çətinləşdirir və bir sıra konkret hallarda yalnız xəstəliyin ağırlığını təsdiq etmək mümkün olur. Bununla belə, APACHE-II > 11 və APACHE-III > 17 olduğu hallarda subtotal-total pankreonekroz haqqında mülahizə yürütmək imkanı yaranır. Orqan disfunksiyasının MODS və SOFA şkalaları üzrə qiymətləndirilməsi statistik dürüst olmuşdur ($p < 0,05$); bu şkalalar əsasında alınan nəticələrdə subtotal-total pankreonekroz zamanı orqan funksiyalarının daha çox zədələnməsi aşkar edilmişdir.

Müalicə başladıqdan 48 saat sonra Ranson və Glasgow meyarları əsasında xəstə qrupları arasında müqayisə aparıldıqda proqnostik qiymətləndirmə göstəriciləri statistik etibarlı olmuşdur ($p < 0,01$).

Xəstəlik başladıqdan ilk 7 gün ərzində trombositlərin sayı orta hesabla $120 \times 10^9/l$ -ə qədər azalmışdır (ən aşağı göstərici $30 \times 10^9/l$ olmuşdur). Sonradan, pankreonekroz əlamətləri azaldıqca trombositlərin sayı artmağa başlamış, bir sıra hallarda isə hətta trombositoz baş vermişdir.

Ağır xəstələrin əksəriyyətində AKDS ilk növbədə kəskin respirator distress sindromla əlaqədar olmuşdur: təngnəfəslik, quru öskürək, döş sümüyü arxasında ağrılar, xəstənin qeyri adekvatlığı, sonrada sianoz və kobud krepitasiyalı xırıltılar əsas simptomlar olmuşdur.

Yekun. Beləliklə, KDP 46% halda mədəaltı vəzi və parapankreatik birləşdirici toxuma hüduqlarında əmələ gəlir və ocaqlı xarakter daşıyır. Xəstələrin 38.7%-də proses xeyli ağır olub peritonarxası birləşdirici toxumaya keçir. 18,3% halda xəstəlik fulminant şəkildə inkişaf edir və bu zaman mədəaltı vəzinin total destruksiyası ilə əlaqədar bütün orqan və sistemlər prosesə cəlb olunur. Müalicəvi-diaqnostik laparoskopiya və azinvaziv müayinə metodlarından sonra destruksiya ocaqlarının “qapalı” drenləşdirilməsi KDP olan xəstələrdə endogen intoksikasiya əlamətlərini xeyli azaldır. Ocaqlı pankreonekroz zamanı tətbiq edilən müalicəvi-diaqnostik laparoskopiya və azinvaziv drenləşdirmə metodları operasiyanın tamamlayıcı

mərhələsi olub irinli fəsadların 11,1%, somatik – 6,6% azalmasına səbəb olmuşdur. Letallıq 1,1% azalmışdır. Mədəaltı vəzinin zədələnmə həcmi 35%-dən çox olduqda irinli fəsadların sayı artır – bu zaman müalicə və operasiyaözü hazırlıq məqsədi ilə laparotomiya və destruksiya ocaqlarının “açıq” drenləşdirilməsi göstərişdir. Ocaqlı pankreonekroz zamanı müalicəvi-diaqnostik laparoskopiya və azinvaziv drenləşdirmə metodları operativ müalicənin tamamlayıcı mərhələsi olub irinli fəsadları 12,2%, ümumsomatik – 7,6%, letallığı 1,9% azaltmağa imkan verir. Ağır pankreonekroz zamanı 13-14-cü sutkalarda aparılmış laparotomiya və mərhələli sanasiya tədbirləri nəticəsində irinli fəsadların sayı 38,6%, letallıq isə 11,9% azalmışdır. Subtotal-total pankreonekrozlarda erkən laparotomiya (2-3-cü günlər), destruksiya ocaqlarının geniş açılması və sonradan “axınlı-aspirasiyalı” yuyulma və mərhələli sanasiya kimi cərrahi taktika endogen intoksikasiyadan baş verən letallığı 14,1%, irinli fəsaddan baş verən – 35,1% azaltmağa imkan verir.

Ümumilikdə isə qeyd etmək lazımdır ki, KDP olan xəstələrin müalicəsində mədəaltı vəzinin ilkin zədələnməsinin ağırlığından asılı olaraq differensial yanaşmanın tətbiq edilməsi irinli fəsadda orta hesabla 4 (9,7%-dən 2,3%-ə qədər) dəfə, irinli fəsaddan baş verən letallığı 3 (16,3%-dən 5,7%-ə qədər) dəfə və ümumi letallığı 2,7 (26,0%-dən 9,9%-ə qədər) dəfə azaltmağa imkan vermişdir.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛИТЕРАТУРА

1. Əliyev S.A. Cərrahi xəstəliklər, Bakı, 2008, 779 s.
2. Kazımzadə C.R. Kəskin biliar pankreatitlərin müalicəsində azinvaziv texnologiyaların tətbiqinin optimallaşdırılması. Dissertasiya avtoreferatı. Bakı – 2021. 24 səh.
3. Qasımov N.A. Mədəaltı vəzin cərrahi xəstəlikləri. Bakı, 2015. 215 s.
4. Касумов Н.А., Казымов А.К., Алиев Т.М., Бабаев Р.М. Современный взгляд на раннюю диагностику острого панкреатита // *Tibb və Elm Jurnalı*, 2015 № 1 (1), 6 səh.
5. Ağayev B. A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2008, 807 s.
6. Kəskin pankreatitin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Bakı-2009. 24 səh.
7. Qasımov N.A., Kazımzadə C.R. Kəskin pankreatit ağırlaşmalarının azinvaziv endoskopik metodlarla müalicəsi // *Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri*, 2017. №2, - s.131-135.
8. Авижец Ю.Н., Майоров В.М., Дундаров З.А. Распространенный ферментативный парапанкреатит как морфологический компонент панкреонекроза по данным аутопсии / Тез. докл. XXIV Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – СПб, 2017. – С. 54-55.

9. Гасанова С.Ю. Острый панкреатит: проблемы и перспективы хирургического лечения // *Tibb və Elm Jurnalı*, №4 (18) 2019, с. 8-17.
10. Ершов К.Г., Г.В. Ершов, О.А. Тетерин. Гриценко Хирургическая тактика при тяжелом панкреонекрозе / Тез. докл. XXIV Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – СПб, 2017. – С. 64.
11. Касумов Н.А., Казымзаде Дж.Р., Ахундов Э.Д. Применение лапароскопии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита // *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, - 2017. №1, - s. 121-126.
12. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA (International Association of Pancreatology /American Pancreatic Association) Acute Pancreatitis Guidelines // *Pancreatology* - №13, 2013; P. 1- 15.
13. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, et al. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus // *Gut*. 2013; 62:102-11.
14. Schroder T, Kivisaari L, Somer K, et al. Significance of extrapancreatic findings in computed tomography (CT) of acute pancreatitis // *Eur J Radiol* 1985;5:273–5.
15. Zhang Q., Li L., Lyu X.J., Chen H.Z. et al. Four-steps surgery for infected pancreatic necrosis based on "Step up" strategy: a retrospective study // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. – 2020, Nov 1. – 58 (11). P. 858-863.
16. García-Rayado G., Cárdenas-Jaén K., de-Madaria E. Towards evidence-based and personalised care of acute pancreatitis // *United European Gastroenterol J*. – 2020, May. – 8 (4). – P. 403-409.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

¹Gasimov N.A., ¹Hasanova S.Y., ²Abdullayev O.M., ³Farajova S.A.

¹Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Department of General and Plastic Surgery, Baku, Azerbaijan;

²Azerbaijan National Centre of Hematology and Transfusiology, Baku, Azerbaijan;

³Azerbaijan Medical University, Department of Lung Diseases, Baku, Azerbaijan

Acute destructive pancreatitis during several years still ranks second, and in some regions the first place in the structure of the urgent surgical pathology, ahead of acute appendicitis and acute cholecystitis. The most common cause of the disease is excessive alcohol usage and gallstone disease, but in 10-30% of patients, the etiology of acute pancreatitis remains uncertain. The study was based on the assessment and treatment of 300 patients with acute destructive pancreatitis. To assess the condition of patients the severity and progression of the disease, dynamic monitoring of the patients' state we were used such integral methods as APACHE II and III, Balthazar, SOFA, Ranson, Glasgow-Imrie, CTSI, SARS. Differentiated approach to surgical treatment in patients with destructive pancreatitis depending on the scale of the initial lesion of the pancreas has allowed an average reduction in the number of purulent complications per patient in 4 times (from 9.7% to 2.3%), lower lethality of purulent complications 3 times (from 16.3% to 5.7%), and consequently reduce the overall mortality in 2.7 times (from 26.0% to 9.9%). During the first 7 days from the onset of the disease, the number of platelets decreased, later, as the symptoms of pancreonecrosis

subsided the number of platelets increased. Acute respiratory distress syndrome was characterized by shortness of breath, dry cough, and pain behind the sternum, inadequate condition of the patient, cyanosis, and rough crepitations.

Keywords: acute destructive pancreatitis, diagnosis, integral scaling systems, platelets, acute respiratory distress syndrome.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Касумов Н.А., ¹Гасанова С.Ю., ²Абдуллаев О.М., ³Фараджева С.А.

¹Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
имени А.Алиева, кафедра общей и пластической хирургии, Баку,
Азербайджан;

²Азербайджанский Национальный Центр Гематологии и Трансфузиологии,
Баку, Азербайджан;

³Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра легочных
заболеваний, Баку, Азербайджан

В течение последних нескольких лет острый панкреатит стабильно занимает второе, а по некоторым регионам первое место в структуре неотложной хирургической патологии, опережая острый аппендицит и острый холецистит. Наиболее часто причинами заболевания являются злоупотребление алкоголем и желчнокаменная болезнь, у 10-30% больных этиология острого панкреатита остается невыясненной. Основу исследования составили результаты обследования и лечения 300 больных деструктивными формами острого панкреатита. Для оценки состояния больных, тяжести и течения заболевания, динамического наблюдения за состоянием пациентов использовали такие методы интегральной оценки как APACHE II и III, Balthazar, SOFA, Ranson, Glasgow-Imrie, CTSI, SAPS. Дифференцированный подход к хирургической тактике лечения больных деструктивным панкреатитом, в зависимости от масштаба первоначального поражения поджелудочной железы, позволил в среднем уменьшить число гнойных осложнений на одного больного в 4 раза (от 9,7% до 2,3%), снизить летальность от гнойных осложнений в 3 раза (от 16,3% до 5,7%) и, как следствие, снизить общую летальность в 2,7 раза (от 26,0% до 9,9%). В течение первых 7 дней от начала заболевания количество тромбоцитов снижалось, в дальнейшем, по мере стихания симптомов панкреонекроза, количество тромбоцитов увеличивалось. Острый респираторный дистресс-синдром характеризовался одышкой, сухим кашлем, болями за грудиной, неадекватным состоянием больного, цианозом, грубыми крепитирующими хрипами.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, диагностика, системы интегральной оценки, тромбоциты, острый респираторный дистресс-синдром.

Redaksiyaya daxil olub: 24.10.2022

Çapa tövsiyə olunub: 07.11.2022

Rəyçi: t.ü.e.d. Ş.H.Əliyev