

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**KƏSKİN PANKREATİTİN
DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2009

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli
3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**KƏSKİN PANKREATİTİN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2009

54.13

K 59

K 59 Kəskin pankreatitin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol – 24 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

B. Ağayev – M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru, AR Milli EA-nın akademiki, t.e.d., professor

S. Hادیev – ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının professoru, t.e.d.

R. Ağayev – Səhiyyə Nazirliyinin kadrlar, elm və təhsil şöbəsinin rəis müavini, ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının professoru, t.e.d.

Q. Müslümov – M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi katibi, t.e.d.

V. Yaqublu – M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin qara ciyər, öd yolları, mədəaltı vəzi cərrahiyyəsi şöbəsinin elmi işçisi

L. Orucova – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tibb işçilərinin peşəkar hazırlığı şöbəsinin həkim-metodisti

Səhiyyə Nazirliyinin Tibbi yardımın təşkili şöbəsi tərəfindən rəy verilmişdir.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud • Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarm siyahısı:

ALT	– alanin-aminotransferaza
AST	– aspartat-aminotransferaza
EÇS	– eritrositlərin çökmə sürəti
FNAB	– nazik iynə aspirasiyası
XBT-10	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu buraxılış
KP	– kəskin pankreatit
QQT	– γ -qlütamin transferaza
QF	– qələvi fosfataza
RKT	– randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlar
SİRS	– Sistemli İltihabı Cavab Sindromu

Protokol ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan həkimlər, xəstəxanaların gastroenterologiya və cərrahiyyə şöbələrinin həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: kəskin pankreatit xəstəliyi olan böyük yaşlı şəxslər.

Protokolun məqsədləri:

- ▶ Müasir diaqnostika və müalicə metodlarını tətbiq etməklə kəskin pankreatitlərin diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi
- ▶ Kəskin pankreatitlə xəstələnmə və ölüm hallarının azaldılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Kəskin pankreatit (KP) – mədəaltı vəzin fermentativ autoliz prosesi nəticəsində ödemə və ya aseptik nekrozu ilə başlayıb ikincili irinli infeksiyanın qoşula bilməsi ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir. KP pankreas toxumasının məhəlli və ya diffuz şəkildə destruksiyasına gətirib çıxara bilər ki, bu hal pankreonekroz adlanır. Bu zaman peritonarxası toxumanın da nekrozu müşahidə oluna bilər. Bəzən irinli infeksiyanın qoşulması nekroz sahəsinin absesləşməsinə səbəb olur.

Epidemiologiya

Amerika Birləşmiş Ştatlarında hər il 100 000 əhalidən 40 insanda kəskin pankreatit rast gəlinir. Digər ölkələrdə bu göstərici 5-80 arasında dəyişir.

Risk faktorları:

KP-nin ən çox rast gəlinən səbəblərinə aşağıdakılar aid edilir:

- ▶ öd daşları
- ▶ xroniki alkoqol qəbulu
- ▶ bəzi dərman maddələrinin (məsələn, merkaptopurin, didanosin, pentamidin,
- ▶ sulfonamidlər, salisatlar, furosemid) qəbulu
- ▶ infeksiyalar
- ▶ genetik hiperlipidemiya
- ▶ abdominal travmalar
- ▶ qonşu orqanlarda və mədəaltı vəzidə aparılan cərrahi əməliyyatlar
- ▶ endoskopik retroqrad xolangioqrafiya
- ▶ xroniki hiperkalsiemiya
- ▶ pankreas və Fater məməciyinin şişləri
- ▶ Öddi sfinkterinin diskineziyası
- ▶ 12 barmaq bağırsağ xəstəlikləri

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFATI

K 85 Kəskin pankreatit

KLİNİK TƏSNİFAT

KP klinik gedişinə görə iki yerə bölünür: mülayim gedişli və ağır gedişli destruktiv pankreatitlər.

KP təsadüflərinin əksəriyyəti (80%) *mülayim gedişli* və məhdudlaşmış olur. Mülayim gedişli kəskin pankreatitlər zamanı cərrahi müalicə göstəriş deyil (**B**).

Mülayim gedişli (yüngül - ödemli) pankreatit 3-5 gün ərzində aparılan bazis müalicəvi tədbirlər nəticəsində və ya öz-özünə sağala bilir. Letallıq göstəricisi 1%-dən də azdır və bu xəstələrdə adətən intensiv terapiyaya ehtiyac olsa da, pankreas cərrahiyyəsinə gerek qalmır.

Ağır gedişli destruktiv pankreatitlər isə 10-20% hallarda meydana çıxır və pankreasın və onu əhatə edən toxumaların bir hissəsinin nekrozlaşması ilə xarakterizə olunur. Destruktiv pankreatitlər əsasən üç fazada inkişaf edir:

- ✓ Birinci faza, ***fermentativ faza*** adlanır və ilk bir həftə ərzində inkişaf edə bilər. Bu dövr ərzində pankreas toxumasında nekrozlaşma, endotoksikoz, bəzi xəstələrdə poliorqan çatışmazlığı və endotoksin şoku inkişaf edə bilər.
- ✓ Destruktiv pankreatitlərin ikinci fazası ***reaktiv faza*** adlanır və adətən xəstəliyin ikinci həftəsini əhatə edir. Bu dövrdə mədəaltı vəzidə yaranmış nekrotik ocaqlara qarşı orqanizmin reaksiyası formalaşır və Sistemli İltihabi Cavab Sindromunun (SİRS) – septiki şokun inkişafı ilə xarakterizə olunur. Bu fazada iltihab əleyhinə mediatorların ifrazı SİRS-lə əlaqəli ağciyər, ürək-damar və böyrək çatışmazlığının meydana çıxmasına təkan verə bilər.
- ✓ Destruktiv pankreatitlərin ***üçüncü fazası*** parçalanma və sekvesterasiya fazası adlanır. Bu faza, adətən, xəstəliyin 3-cü həftəsi başlayır və bir neçə ay çəkə bilər. Onun gedişində iki variant mümkündür: aseptik parçalanma və sekvesterasiya; septik parçalanma və sekvesterasiya. Aseptik parçalanma və sekvesterasiya postnekrotik sist və süzgeclərin əmələ gəlməsi ilə nəticələnə bilər. Septik parçalanma və sekvesterasiya isə pankreas və pankresətrafi toxumalarda əmələ gəlmiş nekrotik kütlələrin infeksiyalaşması və irinli ağırlaşmaların inkişafı ilə xarakterizə olunur.

DİAQNOSTİKA

Kəskin pankreatitlərin ilkin diaqnostikası

Kəskin pankreatitli xəstələr bir qayda olaraq təcili yardım xidməti bölmələrində qəbul olunur və xəstəliyin ilkin diaqnostikasında klinik əlamətlərin nəzərə alınması və bir sıra müayinə metodlarının tətbiqi vacibdir:

Tipik klinik gediş –

- ✓ epiqastral nahiyədə spazmolitiklərlə götürülə bilməyən kəmərvəri ağrılar,
- ✓ ağrıların intensiv xarakter daşması ilə yanaşı epiqastral nahiyədə artan daxili gərginlik hissənin olması,
- ✓ ürəkbulanma və fasiləsiz qusmalar,
- ✓ qusma epizodlarından sonra rahatlığın yaranmaması,
- ✓ qarında köp,
- ✓ paralitək bağırsağ keçməməzliyi əlamətləri, bəzən diarreya,
- ✓ arxası üstə uzanan zaman nisbi rahatlıq,
- ✓ anamnezində alkoqol və ya yağlı yeməyin qəbulu, öd daşı xəstəliyinin olması.

İlk saatlarda qarın köplü olsa da palpasiyada yumşaq qalır, epiqastral nahiyədə ağrılı və peritonun qıcıqlanma simptomları zəif müsbət olur. Xəstələrdə nəbzın tezləşməsi, ilk saatlarda arterial təzyiqin normal olması və vaxt keçdikcə düşməsi qeyd olunur.

Laborator müayinələr

Laborator müayinələr zamanı qanda lipaza və amilazanın yüksəlməsi, sidikdə amilazanın yüksəlməsi, qanda leykositlərin yüksəlməsi aşkar olunur. (A)

Instrumental müayinələr

- ▶ Ultrasəs müayinəsində mədəaltı vəzin ölçülərinin böyüməsi, exogenliyinin azalması, konturlarının dəqiq olmaması müəyyən edilir. Qarın boşluğunda sərbəst mayenin olması ilk saatlarda qeyd olunmasa da, xəstəliyin başlanmasından 8-10 saat sonra nəinki kiçik piylikdə, sağ yan kanal və ya çanaqda da maye qeyd olunur. (C)
- ▶ Klinikanın imkanı və təcrübəsi varsa, diaqnostik laparosentez aparıla bilər. Laparosentez zamanı götürülmüş fermentativ eksudatda amilazanın aktivliyinin qanla müqayisədə 2-3 dəfə yüksəlməsi diaqnostik əhəmiyyət daşıyır.
- ▶ Klinikanın texniki imkanı və təcrübəsi varsa, differensial diaqnostika məqsədilə laparoskopik müdaxilənin edilməsi də mümkündür. Bu müdaxilənin diaqnostik və müalicəvi əhəmiyyəti var. İlk növbədə, laparoskopik müdaxilə vasitəsilə qarın boşluğunun digər patologiyaları inkar olunur və köndələn çənbər bağırsağın müsariqəsində ödemin olması, steatonekrozların olması, laborator müayinədə eksudatda fermentlərin aktivliyinin yüksəlməsi kimi kəskin pankreatit əlamətləri təsdiq və ya inkar edilə bilər. Bununla yanaşı, laparoskopik müdaxilə müalicə xarakterli proseduralarla yekunlaşdırıla bilər. Məsələn, peritoneal eksudatın xaric edilməsi və qarın boşluğunun drenləşdirilməsi; peritonarxası sahənin dekompressiyası; hiperbilirubinemiya hallarında xolesistostomiya; kəskin pankreatitin destruktiv xolesistitlə paralel getdiyi hallarda xolesistoektomiya və öd yollarının drenləşdirilməsi. Yadda saxlamaq lazımdır ki, laparoskopiyaya aşağıdakı hallarda əks-göstəriş hesab edilir: endotoksik şok, qeyri-stabil hemodinamika, qarın boşluğunun yuxarı mərtəbəsində əvvəllər aparılmış əməliyyat.

Kəskin pankreatitlərin ağırlıq dərəcəsinin təyini

Kəskin pankreatit diaqnozu qoyulduqdan sonra həkimin qarşısında duran növbəti vəzifə xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsidir. Bu məqsədlə Amerika Birləşmiş Ştatlarında tətbiq olunan Ranson sistemindən istifadə edilə bilər. Bu sistem kəskin pankreatitin proqnozuna təsir edə biləcək çoxsaylı müxtəlif amillərin içərisindən seçilmiş 11 obyektiv göstəricinin qiymətləndirilməsinə əsaslanır. Aşağıdakı cədvəldə qeyd olunan beş göstərici xəstə qəbul olunarkən təyin edilir:

1	Yaşın 55-dən yuxarı olması
2	Qanda şəkərin 10 mmol/l-dən çox olması
3	1 ml qanda leykositlərin sayının 16000-dən çox olması
4	Qanda laktatdehidrogenazanın 350 U/l olması
5	Qanda Aspartat-aminotransferazanın 250 U/l-dən çox olması

Qalan altı göstərici isə xəstənin stasionarda olduğu ilk 48 saat ərzində öyrənilməlidir:

6	Hematokritin 10%-dən aşağı düşməsi
7	Oksigenin parsial təzyiqinin 60 mm Hg süt-dan aşağı düşməsi
8	Sidik cövhərinin 5 mq/dl-dən çox olması
9	Qan zərdabında kalsiumun 8 mgl/dl-dən az olması
10	Maye defisitinin 6 l-dən çox olması
11	Qələvi defisitinin 4 mmol/l-dən çox olması

Ranson göstəricilərindən üç və ya daha azı müsbət olarsa, xəstəliyin gedişi mülayim gedişli hesab edilir və xəstənin aqibəti ciddi təşviş törətmir. Üçdən çox faktorun müsbət olması xəstəliyin gedişinin ağır ola bilməsi haqqında proqnoz verir. Müsbət diaqnostik faktorların sayının artması ilə xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi artmış hesab olunur.

Ağır gedişli kəskin destruktiv pankreatitlərin diaqnostikası

Ağır gedişli kəskin destruktiv pankreatitlər üçün aşağıdakı əlamətlər xarakterikdir və onlar inkar və ya təsdiq edilməlidir:

Klinika

Xəstədə aşağıdakı əlamətlərin olması destruktiv pankreatit haqqında düşünməyə əsas verir:

- ✓ peritoneal sindrom,
- ✓ qeyri-stabil hemodinamika (taxikardiya – 1 dəqiqədə >120; bradikardiya – 1 dəqiqədə <60),
- ✓ oliquriya (son 12 saatda 250 ml-dən az),
- ✓ ensefalopatiya əlamətləri,
- ✓ dəri əlamətlərinin olması (aşağı ətraflarda mərmərəbənzərlik, qarının ön yan divarında ekximoz, sianoz)

Laborator müayinələr

- ▶ Qanın ümumi analizində hemoqlobin 150 q/l-dən yuxarı, leykositozun $14 \times 10^9/l$ yuxarı olması.
- ▶ Qanın biokimyəvi analizində qlükozanın 10 mkmol/l-dən yüksək olması, sidik cövhərinin 12 mkmol/l-dən çox olması.
- ▶ Leykositozun sola meyilli olması, limfopeniya, EÇS-in artması, fibrinogenin konsentrasiyasının artması, C-reaktiv zülalın artması kəskin pankreatitin reaktiv fazasında Sistemli İltihabi Cavab Sindromunun (SIRS) inkişafını göstərən əlamətlər hesab olunmalıdır.
- ▶ Qaraciyərin funksional vəziyyətinin öyrənilməsi və xolestazın inkar edilməsi müalicə taktikasının müəyyənləşdirilməsində əhəmiyyətə malikdir. Bu məqsədlə, ALT, AST, QQT, QF, bilirubin və fraksiyalarının təyini həyata keçirilə bilər.

İnstrumental müayinələr

- ▶ Elektrokardiogramda miokardın işemiyası və nəzərə çarpan metabolik pozğunluğun mövcudluğu kəskin pankreatitin ağır gedişli olması haqqında mülahizə yürütməyə imkan verir.
- ▶ Müntəzəm ultrasəs müayinəsində mədəaltı vəzin ölçüsündə azalmanın olmaması peripankeatik infiltrat haqqında düşünməyə əsas verir.
- ▶ Kəskin pankreatitin başlanmasından 3-4 gün sonra həyata keçirilən kompüter tomoqrafiyası daha informativ hesab olunur və ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsində dəyərlidir. Kəskin pankreatitin başlanmasından keçən ikinci həftənin sonunda aparılan kompüter tomoqrafiyası ya kəskin pankreatitin geri sorulmasını, ya da onun aseptik və ya septik sekvesterasiyaya məruz qalmasını müəyyən edə bilər. **(B)**
- ▶ Klinikanın texniki imkanı və təcrübəsi varsa, nazik iynə aspirasiyası (FNAB) aparılması və götürülmüş eksudatın bakterioloji analizi pankreatik nekrozun septik və ya aseptik olması haqqında mühakimə yürütməyə imkan yarada bilər. **(B)**

Kəskin pankreatitlərin differensial diaqnostikası

Diferensial diaqnostika aşağıdakı xəstəliklərlə aparılmalıdır

- ✓ Mexaniki bağırsaq keçməməzliyi
- ✓ Kəskin apendisit
- ✓ Kəskin xolesistit və öd daşı xəstəliyi tutmaları
- ✓ Mədə və ya onikibarmaq bağırsaq xoralarının penetrasiyası və ya perforasiyası
- ✓ Digər boşluqlu daxili orqanların perforasiyası
- ✓ Aortanın qarın hissəsinin periton arxası cırılması
- ✓ Arxa-diafraqmal lokalizasiyalı miokard infarktı

KƏSKİN PANKREATİTLƏRİN MÜALİCƏSİ

Mülayim gedişli kəskin pankreatitlərin müalicəsi

Mülayim gedişli kəskin pankreatitlər zamanı aşağıdakı bazis müalicə aparılır:

- ▶ İnfuzion terapiya 24-48 saat ərzində aparılır və 1 kq bədən kütləsinə 40 ml olmaqla maye köçürülür. Ümumi dövran edən qan həcminə nəzarət etməklə sidikqovucuların istifadəsi də məqsədəuyğun hesab edilir.
- ▶ Aclıq – adətən 3-5 gün davam etdirilir. Ağrı azalıbsa və qusma yoxdursa su, çay, sulu qidalar verilə bilər. Xəstə bu qidalanmaya dözsə, yağsız və proteinsiz qidalanmaya başlanıla bilər.
- ▶ Nazoqastral zondun qoyulması və mədə möhtəviyyətinin davamlı aspirasiyası. Adətən iki gün saxlanılır. Qusma və köp davam edirsə, bu müddət uzadıla bilər.
- ▶ Yerli hipotermiya
- ▶ Analgetiklərin təyini
- ▶ Spazmolitiklərin təyini
- ▶ Proton nasosu inhibitorları kimi antisekretor dərmanlar istifadə edilə bilər

Öd daşı xəstəliyi səbəbindən meydana çıxan mülayim gedişli kəskin pankreatitli xəstələr sağaldıqdan sonra profilaktik olaraq planlı xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmalıdırlar. **(B)**

Mülayim gedişli kəskin pankreatitlər zamanı aparılan bazis müalicənin ilk 6 saat ərzində effektiv olmaması və destruktiv pankreatit əlamətlərindən birinin belə meydana çıxması zamanı xəstənin müalicəsinin reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində davam etdirilməsi məqsədəuyğun hesab edilməlidir.

Ağır gedişli kəskin destruktiv pankreatitlərin terapevtik müalicəsi

Ağır gedişli destruktiv pankreatitlərdə ilkin bazis müalicə effektiv olmur, o zaman daha spesifik müalicə təyin edilməlidir. Spesifik müalicə xəstəliyin başlanmasından 12 saat ərzində daha effektiv ola bilər. Destruktiv pankreatitlərin müalicəsinə aşağıdakılar aiddir:

- ▶ İnfuzion müalicə davam etdirilir və su-duz mübadiləsinin pozulması dərəcəsindən asılı olaraq tənzim edilir. Plazma itkisinin bərpa olunması, su-elektrolit balansının korreksiyası (gündəlik 1 kq bədən kütləsinə 40 ml olmaqla maye köçürülür), zülal preparatlarının infuziyası da diqqət mərkəzində saxlanılmalıdır.
- ▶ Antisekretor müalicənin aparılması ilk 3 sutkada daha effektiv olur. Antisekretor müalicə üçün seçim preparatı Sandostatin-dir (100 mq-dan 3 dəfə, dərialtına), əgər Sandostatin olmazsa kvamatel (40 mq-dan iki dəfə, venadaxili) və ya 5-flüorurasil (5%-li 5 ml, venadaxili) istifadə edilə bilər.
- ▶ Qanın reologiyasını yaxşılaşdıran dərmanların istifadəsi (heparin preparatları, reopoliglükün, refortan* və s.)
- ▶ “Oksidləşmə stresinin” azaldılması və mədəaltı vəzin histoproteksiyası məqsədilə antihipoksantların, antioksidantların (askorbin turşusu, tokoferol, olifen* və s.) təyini
- ▶ Antiferment müalicəsi ilk 5 gündə effektiv olur. Gün ərzində 50 000 TV kontrikal, 500 000 TV qordoks venadaxili yeridilə bilər.
- ▶ Qeyri-cərrahi detoksikasiya – destruktiv pankreatitlər zamanı plazma və su-duz itkisinin dəqiq bərpası şərti ilə diurezin sürətləndirilməsi, hemofiltrasiya, plazmaferez aparıla bilər. Plazmaferez adətən ümumi dövran edən qan həcminin bərpasından sonra və endotoksik şokun olmadığı hallarda aparılır.
- ▶ Cərrahi detoksikasiya – laparosentez və ya laparoskopiya vasitəsilə toksiki eksudatın xaric edilməsi də böyük müalicəvi əhəmiyyət daşıyır.

* Klinik protokolun tərtib edildiyi dövrdə Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi.

- ▶ Antibiotikoterapiya geniş spektrli antibiotiklərin (III-IV nəsil sefalosporinlərin) tətbiqi ilə aparılır. Müəyyən olunmuşdur ki, geniş spektrli antibiotiklərin istifadəsi nekrozlaşmış pankreatitlərdə infeksiya dərəcəsini azaldır, amma xəstələrin yaşam müddətinə təsir etmir. **(A)**

Kəskin pankreatitlərin cərrahi müalicəsi

Cərrahi müalicə konservativ üsullarla aradan qaldırıla bilməyən cərrahi profilli ağrılaşmaların (destruktiv xolesistit, obturasion sarılıq, xolangit, mədə-bağırsaq qanaxması, kəskin bağırsaq keçməməzliyi, peritonit) inkişafı hallarında göstərişdir.

Mədəaltı vəzi və onu əhatə edən toxumalarda yaranmış nekrotik ocaqların infeksiyalaşması müəyyənləşərsə, cərrahi müdaxilə məqsədəuyğun hesab olunur. **(B)**

Nazik iynə aspirasiyası (FNAB) aparılmışsa və götürülmüş eksudatın bakterioloji analizi aseptik nekrozu təsdiq edirsə, spesifik göstərişlər olmazsa müalicə konservativ davam etdirilməlidir. **(B)**

Kəskin pankreatitlərin cərrahi müalicəsi zamanı orqansaxlayıcı əməliyyatlar daha çox tövsiyə olunur. **(B)**

Kəskin destruktiv pankreatitlərin erkən mərhələsində aparılan əməliyyatın həcmi aşağıda verilmişdir. Əməliyyat açıq və ya laparoskopik üsulla edilə bilər və əməliyyat zamanı aşağıdakı tədbirlər görülür:

- ✓ Qarın boşluğu 5-10 litr aseptik maye ilə yuyulur
- ✓ Qastrokolik bağı geniş kəsilir və piylik cibi yuyulur
- ✓ Pankreasın aşağı kənarında periton səhifəsi boylama kəsilir və retropankreatik sahə geniş açılır və yuyulur (mədəaltı vəzin abdominizasiyası)
- ✓ Prepankreatik, retropankreatik, subhepatik sahələrə və çanaq boşluğuna drenajlar qoyulur
- ✓ Biliar mənşəli pankreatitlərdə xolesistostomiya, xolesistektomiya və xoledoxun drenləşdirilməsi həyata keçirilə bilər.

Ağır dərəcəli mərhələlərdə (kəskin pankreatitin başlanmasından 5-6 gün sonra) əməliyyatın həcmi:

- ▶ Mədəaltı vəzin mobilizasiyası, Koxer üsulu ilə mədəaltı vəzin başının arxa səthinin açılması
- ▶ Qastrokolik bağ kəsilərək, kiçik piylik cibinin açılması
- ▶ Mədəaltı vəzin visseral peritonunun boylama kəsilməsi və arxa səthinin açılması
- ▶ Dalaq-çənbər və qaraciyər-çənbər bağlarının disseksiya edilməsi ilə peritonarxası sahənin geniş açılması
- ▶ Qarın boşluğu və peritonarxası sahənin geniş sanasiyası, eksudat və nekrotik toxumaların çıxarılması
- ▶ Pankreasətrafı sahə drenləşdirilir
- ▶ Biliar mənşəli pankreatitlərdə xolesistostomiya, xolesistektomiya və ya xoledoxun drenləşdirilməsi həyata keçirilə bilər. **(B)**
- ▶ İnfeksiyalaşmış kəskin pankreatitlər zamanı formalaşmış abses boşluğu açılaraq yuyulur və sonrakı irriqasiya məqsədilə drenləşdirilir. Qapalı irriqasiya zamanı yuxarıda təsvir olunan qayda ilə drenləmə aparılır, amma qarın boşluğu tikişlərlə qapadılır. Əməliyyatın “qapalı” növündə relaparotomiyalar aparıla bilər. Digər üsul irinliyin açılıb təmizlənməsindən sonra açıq və ya qapalı üsullarla tamponada edilməsidir. Açıq irriqasiya klinikanın uyğun şəraiti olarsa aparılır. Bu zaman qarın boşluğu açıq saxlanılır və hər gün aseptik maye ilə yuyulur. İki gündən bir qarın boşluğu əməliyyat stolunda planlı sanasiya edilir və yuma davam etdirilir.

PASIYENTLƏR ÜCÜN MƏLUMAT

Kəskin pankreatit zamanı qarında ağrılar olur. Adətən bu ağrılar bir neçə gün davam edir, bəzən isə ağrılar daha da şiddətlənir. Buna adətən öd daşları və həddindən çox spirtli içki qəbulu səbəb olur.

Mədəaltı vəz nədir?

Mədəaltı vəz qarın boşluğunun yuxarı hissəsində mədənin və bağırsaqların arxasında yerləşir. O, tərkibi enzimdən ibarət olan və qidanın həzmində iştirak edən şirə ifraz edir. Enzim pankreas hüceyrələrində əmələ gəlir və kiçik axacaqlardan keçir. Bu axacaqlar əsas pankreas axacağına əmələ gətirmək üçün ağac budaqlarına bənzər formada birləşirlər. Bunlar əmələ gəlmiş enzimi onikibarmaq bağırsağa (bağırsağın mədədən sonrakı hissəsi) ötürür. Pankreasda enzim qeyri-fəal formada olur (əks halda onlar pankreası həzm edə bilər). Onlar qidanın həzmində iştirak etmək üçün 12-barmaq bağırsaqda fəallaşırlar.

Pankreas boyu səpələnmiş xüsusi hüceyrələr var ki, bunlar "Langerhans adacıqları" adlanırlar. Bu hüceyrələr insulin və qlukaqon hormonlarını hazırlayırlar. Bu hormonlar qandakı şəkərin miqdarını tənzimləmək üçün birbaşa qana ifraz olunurlar.

Öd axacaqları ödü qaraciyər və öd kisəsindən gətirir. Onlar 12-barmaq bağırsağa açılmamışdan öncə pankreas axacağına birləşir. Öd də 12-barmaq bağırsağa keçir və həzm prosesində iştirak edir.

Pankreatit nədir?

Pankreatit mədəaltı vəzin iltihabı xəstəliyidir. Bunun iki növü var:

- ▶ Kəskin pankreatit – bu zaman iltihabı proses sürətlə bir neçə gün ərzində inkişaf edir. Bu adətən tamamilə heç bir iz buraxmadan keçib gedir. Bəzən isə xəstəlik çox təhlükəli olur.
- ▶ Xroniki pankreatit – bu zaman iltihab davamlı xarakter daşıyır. Bu zaman iltihabı proses daha yüngül xarakterli olur, lakin bu iltihabın nəticəsində çapıqlar və digər izlər qala bilər.

Kəskin pankreatitin səbəbləri nədir?

10 haldan 8-ində səbəb öd daşları və spirtli içkidir. Digər səbəblərə az rast gəlinir.

- ▶ Öd daşları – insanların çoxunda daş öd kisəsində əmələ gəlir və adətən heç bir zərər vermir. Hətta bəzən daş öd axarlarına keçib, heç bir problemsiz 12-barmaq bağırsağa düşə bilər. Lakin bəzi insanlarda daş öd yollarına və ya öd axarının pankreas axarına açıldığı yərə sancılır. Bu da pankreas axacağındakı enzimlərə təsir edir (və ya onu tamamilə tutur) və pankreatitin əmələ gəlməsinə səbəb olur.
- ▶ Spirtli içki – əslində alkoqolun iltihabı prosesin əmələ gəlməsinə təsiri hələ tam aydınlaşdırılmayıb. Simptomlar adətən çoxlu spirtli içki qəbulundan 6-12 saat sonra başlayır. Bəzi insanlarda pankreatit hətta çox az içməyin nəticəsində də əmələ gələ bilər.
- ▶ Digər səbəblər: virus infeksiyası (parotit), bəzi dərmanların əlavə effektləri, pankreasda olan yaralanmalar və cərrahi əməliyyatlar, parazit infeksiyası, qanda yağın və kalsiumun miqdarının artması, pankreasın qeyri-normal strukturu.
- ▶ Naməlum – 10 haldan 1-ində pankreatiti törədən səbəb məlum olmur. Bu halların çoxunda səbəb balaca öd daşları və ya “qatı öd daşı” ola bilər ki, bu da müayinə və baxış zamanı aşkar olunmur.

Kəskin pankreatit zamanı nə baş verir?

Pankreasda hazırlanan həzm enzimləri fəallaşır və pankreası həzm etməyə başlayır. Bunlar adətən 12-barmaq bağırsağa çatdıqdan sonra aktivləşir. Bu zaman silsilə kimyəvi reaksiyalar baş verir ki, bunun da nəticəsində iltihabı proses inkişaf edir. Bu ardıcılığın belə nəticəni necə verdiyi hələ tam aydınlaşmayıb.

Bir çox hallarda (təqribən 5 hadisənin 4-ündə) iltihabı proses mülayim keçir və bir həftə ərzində davam edir. Bir neçə gün simptomlar pis ola bilər, lakin sonra azalmağa başlayır və pankreas tamamilə sağalmağa başlayır.

Bəzi hallarda (təqribən 5 hadisənin 1-ində) iltihab sürətlə şiddətlənir. Pankreasın bir hissəsi və ətraf toxumalar ölə bilər (nekroz). Pankreasın enzimləri və digər kimyəvi məmulatları birbaşa qana tökülüb orqanizmdəki digər orqanların iltihabına və zədələnməsinə səbəb ola bilər. Bu şokla, tənəffüs çatışmazlığı, böyrək çatışmazlığı və digər ağırlaşmalarla nəticələnə bilər. Belə hallar ölümlə nəticələnə bilər.

Kəskin pankreatitin simptomları nədir?

- ▶ Qarında ağrılar – qabırğaaltı nahiyədə lokalizasiya olur, və adətən əsas simptomdur. Çox sürətlə əmələ gəlir (təqribən bir saat). Ağrı şiddətlənə bilər və arxa nahiyəyə doğru yayılır.
- ▶ Qusma, qızdırma və ümumi narahatlıq hallarına da rast gəlinir.
- ▶ Əgər pankreatit şiddətlənsə və digər orqanlar da prosesə cəlb olunsa, bu zaman başqa simptomlar da meydana çıxmağa bilər.

Pankreatit şübhəsi varsa, nə baş verir?

Əgər həkim kəskin pankreatitdən şübhələnirsə, bu zaman pasiyent xəstəxanaya yerləşdirilməlidir. Qarın ağrısı və qusma simptomu olan digər xəstəliklərlə diferensiasiya etmək və xəstəliyə dəqiq diaqnoz qoymaq üçün müxtəlif müayinələr aparılmalıdır. Müayinələrdən biri qanda amilaza və lipazanın (pankreasın əmələ gətirdiyi enzim) miqdarının yoxlanmasıdır. Bu üsulun 100% etibarlı olmamasına baxmayaraq, qanda amilaza və/və ya lipazanın miqdarının çox olması pankreatitin simptomlarının əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Əgər əsas səbəb kimi öd daşlarına şübhə varsa, bu zaman ultrasəs müayinəsi də effektiv ola bilər.

Qapalı müayinələr, əsasən baş vermiş ağırlaşmaları və digər orqanlara olan təsiri öyrənmək üçündür. Əgər simptomlar 2 gün və daha çox davam edirsə, bu zaman pankreatitin şiddətlənməsini aşkar etmək üçün digər müayinələri aparmaq lazımdır.

Kəskin pankreatitin müalicəsi nədən ibarətdir?

- ▶ Adətən ağrını aradan götürmək üçün ağrıkəsicilər inyeksiya olunur.
- ▶ Daha yaxşı olar ki, mədə və bağırsaqlar boş saxlansın. Beləliklə qida və maye qəbulu dayandırılmalıdır. Mədə möhtəviyyatını xaric etmək üçün zond burundan da salına bilər (nazoqastral zond). Qusmanın qarşısını almaq da bura aiddir.
- ▶ Simptomlar sönənə qədər venadaxili infuziya, yəni xüsusi məhlulların yeridilməsi aparılır.
- ▶ İltihabı aradan qaldırmaq üçün heç bir müalicə yoxdur. Bir çox hallarda pankreatit simptomları bir neçə günə sönür. Çox az hallarda ağırlaşmalar inkişaf edə bilər və vəziyyət ciddiləşə bilər. Sonra tətbiq oluna biləcək müalicələrə aşağıdakılar aiddir.

- ▶ Əgər səbəb öd daşındırsa, pankreatit tutması sağaldıqdan sonra onu aradan götürmək lazımdır.
- ▶ Əgər pankreas və ətraf toxuma infeksiyaya yoluxubsa, antibiotiklərdən istifadə olunur
- ▶ Bəzən infeksiyalaşmış və ya zədələnmiş toxumaları aradan götürmək üçün cərrahi üsuldən istifadə olunur.

Kəskin pankreatitin proqnozu necədir?

Əgər heç bir ağırlaşma olmur, kəskin pankreatit xoş gedişə malikdir (təqribən 5 haldan 4-ündə). Belə halda proqnoz çox yaxşıdır və adətən tam sağalma ilə nəticələnir. Ciddi keçən kəskin pankreatit (təqribən 5 halın 1-ində) zamanı bir və ya bir neçə ağırlaşma qeyd oluna bilər. İntensiv müalicə aparılmasına baxmayaraq, ciddi keçən kəskin pankreatit xəstələrin dördü birinin ölümü ilə nəticələnir.

Bu yenidən baş verə bilərmi?

Kəskin pankreatit zamanı sonralar tutma baş verməyə bilər. Lakin əgər pankreatit hər hansı səbəbdən meydana çıxırsa, bu zaman həmin səbəb aradan götürülməyə qədər tutmalar ola bilər. Aşağıdakılardan biri, səbəbdən asılı olaraq xəstəliyin qayıtmasının qarşısını ala bilər.

- ▶ Əgər səbəb öd daşındırsa, öd kisəsinin çıxarılması məsləhət görülür. Bu növbəti daşların əmələ gəlməsinin qarşısını alır.
- ▶ Spirtli içki ilə əlaqəli
 - ✓ Tutma baş verən vaxtdan sonra spirtli içki qəbulu bir neçə ay dayandırılmalıdır.
 - ✓ Əgər səbəb spirtli içkidirsə, onun qəbulunun tamamilə dayandırılması məsləhət görülür.
 - ✓ Bəzən pankreatit alkoqol asılılığının ilk əlaməti kimi özünü büruzə verir. Əgər əsas səbəb alkoqol asılılığıdırsa, bu yöndə kömək, məsləhət və müalicə aparılmalıdır.
 - ✓ Qanda yağların miqdarının çox olması da bəzən əsas səbəb olur. Bu da müalicə olunmalıdır.
 - ✓ Dərmanların səbəb olduğu pankreatitə az hallarda rast gəlinir. Dərmanların dəyişdirilməsi də bəzən tutmaların qarşısını ala bilər.

Xülasə

- ▶ Kəskin pankreatit qarın nahiyəsində ağrı və qusma ilə müşahidə olunur.
- ▶ Bir çox hallarda səbəb öd daşı və spirtli içkidir.
- ▶ Xəstəxana şəraitində müalicəyə ehtiyac var, amma bir çox hallarda simptomlar bir neçə günə keçib gedir.
- ▶ Bəzən KP ağırlaşmış pankreatitə keçə bilər ki, bu da həyat üçün olduqca təhlükəlidir.
- ▶ Əgər səbəb öd daşındırsa, onun aradan götürülməsi növbəti tutmaların baş verməsinin qarşısını alacaq.
- ▶ Kəskin pankreatitdən sonra həkiminiz icazə verməyə qədər spirtli içki içməyin.

Ədəbiyyat:

1. Ağayev B.A. Cərrahi Xəstəliklər. Bakı, 2007, səh. 437-448
2. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, Bassi C, McKay CJ, Lankisch PG, Carter R, Di Magno E, Banks PA, Whitcomb DC, Dervenis C, Ulrich CD, Satake K, Ghaneh P, Hartwig W, Werner J, McEntee G, Neoptolemos JP, Büchler MW; International Association of Pancreatology. IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis. *Pancreatology*. 2002;2(6):565-73
3. UK Working Party on Acute Pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*. 2005;54;iii1-iii9
4. Peter A. Banks, Martin L. Freeman and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2379–2400
5. Shuji Isaji, Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, Miho Sekimoto, Masahiko Hirota, Yasutoshi Kimura, Kazunori Takeda, Masaru Koizumi, Makoto Otsuki, and Seiki Matsuno. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* (2006) 13:48–55
6. Werner J, Uhl W, Büchler MW. Surgical Treatment of Acute Pancreatitis. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2003 Oct;6(5):359-367.
7. Buechler MW, Gloor B, Mueller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W. Acute necrotizing pancreatitis: Treatment strategy according to the status of infection. *Ann Surg* 2000;232:619–626.
8. David C. Whitcomb. Clinical Practice. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2006;354:2142-50.