

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 02 dekabr 2021-ci il tarixli
27 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

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

(2-ci nəşr, yenilənmiş)

Bakı - 2021

616.37-002

K 59

K 59 Kəskin pankreatitin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol (2-ci nəşr, yenilənmiş). B., 2021. – 24 səh.

Bu klinik protokol tibb üzrə fəlsəfə doktoru Ceyhun Məmmədovun rəhbərliyi altında tərtib edilmiş və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi kollegiyasının 3 fevral 2009-cü il tarixli 3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmiş “Kəskin pankreatitin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol”un yenilənmiş variantıdır.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Rauf Ağayev	M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin baş direktoru, professor, tibb elmləri doktoru
Billurə Yusifova	İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim metodisti

Rəyçi:

Elçin Ağayev	Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlik və anesteziologiya kafedrasının müdiri, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, professor
--------------	--

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*

İxtisarlarmn sıyahısı

AT	– Arterial Təzyiq
BDM	– böyük duodenal məməcik
BT	– bazis terapiyası
İNPP	– irinli nekrotik parapankreatit
İF	– irinli fəsadlar
TÇ	– tənəffüs çatışmazlığı
OBB	– onikibarmaq bağırsağ
P-5	– 5 n-li pəhriz
KT	– kompüter tomoqrafiyası
YKP	– yüngül kəskin pankreatit
MSCTA	– multispiral kompyuter- tomoqrafik angioqrafiya
MRT	– maqnit -rezonans tomoqrafiya
OÇ	– orqan çatışmazlığı
KP	– kəskin pankreatit
RİTŞ	– reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsi
PA	– pankreatit abses
MV	– mədəaltı vəzi
Pİ	– peripankreatik infiltrat
MVPK	– mədəaltı vəzinin psevdokisti
BÇ	– böyrək çatışmazlığı
PÇ	– poliorqan çatışmazlığı
OKP	– orta dərəcəli kəskin pankreatit
EÇS	– eritrositlərin çökmə sürəti
SİCS	– sistemli iltihabı cavab sindromu
SİRS	– sistemli iltihabı reaksiya sindromu
ÜDÇ	– ürək -damar çatışmazlığı
AKP	– ağır kəskin pankreatit
UM	– ultrasəs müayinə
FQDS	– fibrogastroduodenoskopiya
C/Ş	– cərrahiyyə şöbəsi
İFT	– irinli fəsadların tezliyi
TT	– tənəffüs tezliyi
EPST	– endoskopik papillosfinkterotomiya
ERXPQ	– endoskopik retrograd xolangiopankreatoqrafiya
XBT-10	– Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu buraxılış

TƏRİF

Kəskin pankreatit (KP) mədəaltı vəzinin asinar hüceyrələrinin nekrozu və fermentativ aqressiyadan sonrakı vəzinin genişlənmiş nekroz və distrofiyası ilə demarkasiya tipli aseptik iltihabdır. Bu hallarda ətrafdakı toxumaların və uzaq orqanların, həmçinin sistemlərin zədələnməsi və ikincili irinli infeksiyanın qoşulması mümkündür.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

K85 Kəskin pankreatit:

- Mədəaltı vəzin absessi;
- Mədəaltı vəzin kəskin və infeksiyalaşmış nekrozu;
- Pankreatit;
 - Kəskin (residivləşən);
 - Hemorragik;
 - Yarımkəsim;
 - İrinli;
 - Əlavə dəqiqləşdirmə olmadan

K 85.0 – Kəskin ideopatik pankreatit

K 85.1 – Kəskin biliar pankreatit

- Öd daşı mənşəli pankreatit

K 85.2 – Kəskin alkoqol mənşəli pankreatit

K 85.3 – Medikamentoz mənşəli kəskin pankreatit

K 85.8 – Kəskin pankreatitin digər növləri

K 85.9 – Dəqiqləşdirilməmiş kəskin pankreatit

Etioloji təsnifat

KP-in aşağıdakı etioloji formaları ayırd edilir:

1. Kəskin alkoqol– alimentar mənşəli pankreatit
2. Kəskin biliar pankreatit. Daha çox xoledoxolitiya olan xəstələrdə bəzən divertikulit, papillit, opistoxoz, olan xəstələrdə biliar hipertrenziya və ödem pankreas axarına reflüksun nəticəsində yaranır.
3. Kəskin travmatik pankreatit. Mədəaltı vəzin travmaları və o cümlədən əmməliyyat vaxtı və ERXPQ və EPST-ya zamanı yaranır.

4. Digər etioloji amillər: autoimmun proseslər damar çatmamazlığı, vaskulitlər, dərman preparatları, infeksiyon xəstəliklər (parotit, hepatit, sitomeqalovirus), allergik faktorlar (laklar, boyalar, tikinti materiallarının iyi, anatolitik şok), hamiləlik və menopauza dövründə dishormonal proseslər, qonşu orqanların xəstəlikləri (qastroduodenit, penetrasiyaedici xora, hepatopankreatoduodenal nahiyənin törəmələri).

Kəskin pankreatitin klinik gedişatına görə təsnifatı

1. Yüngül dərəcəli. Pankreonekroz əmələ gəlmir və orqan çatmazlığı inkişaf etmir.
2. Orta dərəcəli. Peripankreatik infiltrat, psevdosist və ya məhdud pankreonekroz – absess kimi xəstəliyin yerli təzahürləri və ya 48 saat müddətində ümumi tranzitor orqan çatmazlığı qeyd olunur.
3. Ağır dərəcəli. Qeyri-məhdud infeksiyalaşmış pankreonekroz (irinli nekrotik parapankreatit) və ya 48 saatdan sonra persistə olunmuş orqan çatmazlığı ilə müşayiət olunur.

Epidemiologiya

Hazırkı dövrdə kəskin pankreatitin rastgəlmə tezliyi 1 mln insan arasında 32-389 letallıq göstəricisi isə 1 mln insana 6-12 təşkil edir. Kəskin pankreatit “Kəskin qarın” xəstəlikləri içərisində yüksək səviyyədə 25-35% olmaqla, kəskin appendisitdən sonra ikinci yeri tutur. Son dövrlərdə kəskin pankreatitdən ölənlərin sayında azalma qeyd olunur: 4-4,5%-dən - 2,5-3,5%. Lakin əməliyyatdan sonrakı letallıq yüksək olaraq qalır – 20-25%.

DİAQNOSTİKA

KP-in diaqnostikası təxirəsalınmaz tədbirlər siyahısına daxildir. Kəskin pankreatit diaqnozuna şübhə olan xəstələr çoxprofilli stasionarların cərrahi şöbəsinə təcili hospitalizasiyaya göstərişdir.

Şikayətlər və anamnez

Xəstənin ilkin müayinəsi zamanı kəskin pankreatitin diaqnozunun əsasını klassik simptomlar üçlüyü – kürəyə irradiasiya edən və ya kəmərvəri xarakterli epigastral nahiyədə şiddətli ağrı, təkrarlanan qusma və qarının yuxarı hissəsində əzələ gərginliyi əsasında qoyulur.

Çox vaxt simptomların yaranmasından öncə bol miqdarda qida və ya alkoqol qəbulu, anamnezdə xəstənin öd daşı xəstəliyinin olması aşkarlanır. Tipik ağrı sindromu həmişə kəskin pankreatitdə baş verir. Adətən, intensiv, davamlı, spazmolitiklərlə və analgetiklərlə götürülə bilməyən ağrıdır. Kəskin pankreatitin başlanğıcı xəstənin xəstəxanaya yerləşdirildiyi vaxtla deyil, abdominal ağrı sindromunun başladığı vaxtla təyin olunmalıdır.

KP-in klinik təzahürü prosesin morfoloqiyasından xəstəliyin mərhələsindən, sistemli iltihabi cavab sindromunun ağırlığından və orqan çatmazlığı inkişafından asılıdır. Ona görə də KP-in diaqnostikası xəstəliyin mərhələlərinə uyğun şəkildə aparılmalıdır.

Xəstəliyin IA fazasında kəskin pankreatitin diaqnostikası

Adətən, qəbul şöbəsində və ya təxirəsalınmaz yardım şöbəsində aparılır.

► Kəskin pankreatit diaqnozunu qoymaq üçün (digər cərrahi patologiyalar istisna edildikdən sonra), aşağıdakı aşkar edilmiş əlamətlərdən ən azı ikisinin birgə olmasından istifadəsi tövsiyyə olunur:

- a. tipik klinik mənzərə (spazmolitiklərlə götürülə bilməyən intensiv kəmərvəri ağrılar, dayanmadan qusma, meteorizm; alkoqol, çox acı qida qəbulu və ya anamnezdə öd daşı xəstəliyinin olması və s.)
- b. ultrasəs müayinədə xarakterik əlamətlər: mədəaltı vəzinin ölçüsünün artması, exogenliyin azalması, qeyri-dəqiq konturları; qarın boşluğunda sərbəst mayenin olması
- c. normanın yuxarı həddini üç dəfə və ya daha çox aşan hiperenzimemiya (hiperamilazemiya və ya hiperlipazemiya)

Kəskin pankreatit diaqnozu a), b) və c) üsulları əsasında qoyulursa, o zaman multispiral kompyuter- tomoqrafik angioqrafiya (MSCTA) və ya maqnit -rezonans tomoqrafiya (MRT) tövsiyə edilmir.

► KP ağırlıq dərəcəsini və proqnozu qiymətləndirmək üçün kəskin pankreatitin ağırlığının ilkin ekspress-qiymətləndirmənin meyarlar şkalasından istifadə etmək tövsiyə olunur:

- peritoneal sindrom;
- oliguriya (son 12 saatda 250 ml -dən az);
- dəri simptomları (üzün qızarması, "mərmər" şəkili, siyanoz);

- sistolik qan təzyiqi 100 mm c. s.-dan aşağı;
- ensefalopatiya;
- hemoglobin səviyyəsi 160 q / l -dən çox;
- leykositlərin sayı $14 \times 10^9 / l$ -dən çox;
- qanda qlükozanın səviyyəsi 10 mmol / l -dən çox;
- sidik cövhəri səviyyəsi 12 mmol / l -dən çox;
- EKQ-da metabolik pozğunluqlar;
- laparoskopiya (laparosentez)zamanı əldə edilən fermentativ ekssudatın albalı və ya qəhvəyi-qara rəngi;
- laparoskopiya zamanı, omental bursa hüduqlarından kənara çıxaraq yayılan, genişlənmiş fermentativ parapankreatitin aşkarlanması;
- laparoskopiya zamanı aşkar edilmiş yayılmış steatonekrozların olması;
- bazis terapiyanın effektin olmaması.
- ✓ *Xəstədə sadalanan əlamətlərdən ən azı 5 -i varsa, 95% ehtimal ilə onda KP-in ağır formasıdır.*
- ✓ *Əgər 2-4 əlamət varsa - orta dərəcəli KP vardır.*
- ✓ *Heç bir əlamət yoxdursa və ya əlamətlərdən yalnız biri varsa- KP-in yüngül formasıdır*

Müalicəsinin nəticələri əsasən xəstəliyin başlanğıc vaxtına bağlı olduğu üçün, şiddətli (ağır) pankreatitin erkən aşkarlanması daha vacibdir. Ekspres-qiyətləndirmə şkalasında sadalanan ən azı iki əlamətin olması, orta ağır (ağır) KP diaqnozunu qoymağa imkan verir, reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə mütləq olaraq göndərilməlidir. Qalan xəstələr (yüngül KP) diaqnozu ilə cərrahiyyə şöbəsinə hospitalizasiya göstərişdir.

► Orqan və poliorqan disfunksiyalarının qiymətləndirməsi üçün SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) şkalasından istifadəsi tövsiyə olunur.

KP-in ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün çox parametrlilik şkalalarda istifadəsi mümkün deyilsə, klinik və laborator meyarların istifadəsi tövsiyə olunur: sistemli iltihabı cavab sindromunun (SİCS) əlamətləri; hipokalsemiya <1.2 mmol/L, hemokonsentrasiya: qanda hemoglobin > 160 q/l və ya hematokrit > 40 V., hiperglikemia > 10 mmol/L; C - reaktiv zülal > 120 mq/l; şok (sistolik qan təzyiqi

<90 mm c.s.) tənəffüs çatışmazlığı ($PO_2 < 60$ c.s.); böyrək çatışmazlığı (oligo-anuriya, kreatinin $> 177 \mu\text{mol/l}$); qaraciyər çatışmazlığı (hiperenzimemiya); serebral çatışmazlığı (deliriy, sopor, koma); mədə-bağırsaq qanaxması (gündə 500 ml -dən çox); koaqulopatiya (trombositlər $< 100 \times 10^9/L$, fibrinogen < 1.0 q/L).

► Narkotik analgetiklərlə götürülə bilməyən intensiv ağrı sindromu, tez progressivləşən sarılıq, FQDS zamanı OBB-da ödün olmaması, ultrasəs müayinədə biliar hipertenziya əlamətləri böyük duodenal məməciyin (BDM) daşla tıxanmasını göstərir. Bu halda xəstədə təcili olaraq (12-24 saat) ödün və pankreas şirəsinin keçiriciliyinin bərpası tövsiyə olunur, bunun optimal üsulu litoekstraksiya ilə EPST-dır, bundan sonra mümkün olduqda əsas pankreas axarının boşaldılması məsləhətdir. BDM-in daşla tıxanması və kəskin pankreatit zamanı EPST arzuolunmazdır və pankreas axarına kontrast maddənin vurulması təhlükəlidir.

► Kompüter tomoqrafiyası.

Aşağıdakı hallarda erkən MSCTA (MRT) **tövsiyə olunur**:

- Diaqnozun qeyri -müəyyənliyi və digər xəstəliklərlə differensial diaqnostikası zamanı.
- Ağır KP -nin aşkar edilmiş klinik proqnostik əlamətlərinə görə şiddətini təsdiqləmək ehtiyacı olduqda.
- Konservativ müalicənin effektivsizliyi.

► Pankreonekrozunun optimal vaxtda diaqnostikası üçün (və döş qəfəsində, qarın boşluğunda, retroperitoneal toxumada patoloji dəyişikliklərin bütün həcmnin qiymətləndirilməsi) üçün xəstəliyin 4-14-cü günlərində MSCTA(MRT) aparılması məsləhət görülür.

- MSCTA (MRT) müayinəsi invaziv müdaxilə ərəfəsində edilməsi tövsiyə olunur.
- Növbəti MSCTA (MRT) müayinəsi xəstəliyin progressivləşməsi zamanı, müalicə effektiv olmadıqda və (drenləşdirici əməliyyatları) drenləşdirici əməliyyatlar etməzdən əvvəl irinli ocaqların lokalizasiyasını aydınlaşdırmaq üçün tövsiyə olunur.

Klinik praktikada Baltazar'a görə pankreatitin ağırlığının KT - indeksinin istifadəsi mütləq bir diaqnostik müayinə deyil. Ondan xəstəliyin ağırlığını proqnozlaşdırmaq üçün istifadə edilməsi arzu olunandır.

Xəstəliyin IB fazasında peripankreatik infiltratın diaqnostikası

Xəstəliyin ikinci həftəsi, mədəaltı vəzidə və ətrafdakı toxumalarda olan nekroz ocaqlarına qarşı aseptik iltihablı reaksiya dövrünün başlaması ilə xarakterizə olunur ki, bu da kliniki olaraq epiqastral nahiyədə infiltratın yaranması (yerli komponent) və resorbtiv qızdırma (iltihabın sistem komponenti) ilə özünü göstərir.

Peripankreatik infiltrat (PI) və rezorbtiv qızdırma ağır və ya orta-ağır pankreatitin əlamətləridir, yüngül pankreatitdə isə bu əlamətlər aşkar edilmir.

- ▶ Klinik əlamətlərdən (peripankreatik infiltrat və qızdırma) əlavə olaraq KP-in ikinci həftəsində erkən fazasında aşağıdakıların təyini tövsiyyə olunur:
 - Sistemli iltihablı cavab sindromunun laborator göstəriciləri: sola meyilli leykositoz, limfopeniya, EÇS-nin artması, fibrinogen konsentrasiyasının, C-reaktiv zülalın artması və s.
 - PI -in ultrasəs əlamətləri (pankreasın ölçüsündə davamlı artım, qeyri –dəqiq konturları və parapankreatik toxumada mayenin yaranması)
- ▶ Peripankreatik infiltratı izləmək üçün klinik və laborator göstəricilərin dinamik müayinəsi və təkrari UM aparmaq tövsiyyə olunur (xəstəliyin ikinci həftəsində ən azı 2 müayinə).
- ▶ Xəstəliyin ikinci həftəsinin sonunda pankreas nahiyəsinin kompüter tomoqrafiyasını aparmaq tövsiyyə olunur.

Bu vaxta qədər xəstələrin böyük əksəriyyətində IB fazanın üç mümkün nəticələrdən biri müşahidə olunur:

- *Kəskin iltihabı reaksiyanın yerli və ümumi təzahürlərin reduksiyası ilə müşahidə olunan sorulma.*
- *Pankreonekrozunun aseptik sekvestrasiyası sonrakı mümkün olan nəticəsi ilə (pankreasın psevdokistası): xəstənin ümumi vəziyyətin normallaşması və sistemli iltihabı reaksiya sindromunun (SİRS) sönməsi zamanı davam edən hiperamilazemiya fonunda PI-in ölçülərinin dəyişilməməsi(saxlanması) .*
- *Septik sekvestrasiya (irinli fəsadların inkişafı).*

Xəstəliyin II-ci mərhələsində (aseptik sekvestrasiya fazasında) pankreasın psevdokistanın diaqnostikası

4 həftədən orta hesabla 6 aya qədər formalaşan mədəaltı vəzinin postnekrotik psevdokista kəskin pankreatitin aseptik sekvestrasiya fazasının klinik formasıdır.

► Aseptik sekvestrasiya fazasında mədəaltı vəzinin kistasının verifikasiyası üçün aşağıdakı meyarlardan istifadəsi tövsiyyə olunur:

- Davam edən hiperamilazemiya fonunda sistemli iltihabi reaksiya sindromunun sönməsi.
- Xəstəliyin 5 -ci həftəsinə, parapankreatik toxumada maye toplanmasının artması və onda UM,KT müayinəsində görünən divarın əmələ gəlməsi .
- Fəsad olmadığı təqdirdə xəstə ambulator müalicə üçün xəstəxanadan çıxarıla bilər. Kistanın ölçüsü UM görə (2-4 həftədə bir dəfə) izlənilməlidir.

Aseptik sekvestrasiya zamanı pankreasın axarı sisteminin açılması baş vermirsə, kista əmələ gəlmir. Bu halda, adətən, 4 həftə ərzində peripankreatik infiltratın sorulması (pankreas nahiyəsində maye yığılmasının reduksiyası) müşahidə olunur. Bu müddət xəstələrə dinamik həkim nəzarəti altında olması tövsiyə olunur (ambulator şəraitdə icazə verilir).

Xəstəliyin II mərhələsində (septik sekvestrasiya fazasında) kəskin pankreatitin irinli fəsadlarının diaqnostikası.

Xəstəliyin başlanğıcından orta hesabla 2-ci həftənin sonunda 3-cü həftənin əvvəlində pankreatogen destruksiya ocağının infeksiyalaşması baş verir. Lakin, xəstənin gec qəbulu, qeyri-adekvat müalicə zamanı və ya çox erkən və tələsik əməliyyatdan sonra pankreonekroz zonalarının infeksiyalaşması və irinli-destruktiv fəsadlar aseptik destruksiya dövrünü ("fazaların çarpazlaşması") keçərək daha erkən inkişaf edə bilər. Kəskin pankreatitin kliniki formasının septik sekvestrasiya mərhələsində (xəstəliyin başlanmasından üçüncü həftə və daha çox) kəskin pankreatitin klinik forması – infeksiyalaşmış pankreonekroz : məhdudlaşmış pankreatik abcess (PA) və ya məhdudlaşmamış- müxtəlif yayılma dərəcəsi ilə irinli- nekrotik parapankreatit (İNPP) inkişaf edir. İnfeksiyalaşmanın

diaqnostikası və pankreatogen infeksiyanın klinik və morfoloji formalarının verifikasiyasının vaxtında olması vacibdir.

► Pankreas absesin və ya irinli-nekrotik parapankreatitin verifikasiyası üçün aşağıdakıların istifadəsi tövsiyə olunur:

1) İrinli ocağın klinik və laborator təzahürləri:

– KP -in üçüncü həftəsində kəskin iltihabın klinik və laborator göstəricilərin progressivləşməsi .

– - Kəskin iltihabın markerləri (fibrinogenin 2 dəfə və ya daha çox artması, yüksək C reaktiv zülal, prokalsitonin və s.).

2) MSCTA, MRT,UM (müşahidə zamanı mayenin əmələ gəlməsi artır, nekrotik toxumaların aşkarlanması və / və ya qaz qabarcıqların olması).

3) nazik iynəli punksiya ilə əldə edilən aspiratın bakterioskopiyasının və bakterioloji əkmənin nəticələrinin müsbət olması.

2 -ci və 3 -cü bəndin üsulları ilə infeksiyalaşmanın əlamətlərini aşkar edə bilmədikdə,xəstələrdə irinli fəsadların olması və cərrahi müalicəyə göstərişlər barədə qərarın laborator və klinik minimuma əsasən verilməsi tövsiyə olunur.

MÜALİCƏ

Xəstəliyin hər mərhələsində KP-in özünə məxsus klinik morfoloji formaları rast gəlinir. Ona görə də KP-in müalicə taktikası xəstəliyin müvafiq mərhələlərinə baxılması məqsədə uyğundur.

Konservativ müalicə

Erkən (I) faza.

Xəstəliyin IA fazasında kəskin pankreatitin müalicəsi.

IA fazasında intensiv konservativ terapiya tövsiyə olunur.

Laparotomiya şəklində cərrahi müdaxilə yalnız minimal invaziv texnologiyalarla aradan qaldırıla bilməyən cərrahi profili fəsadlarının inkişafı zamanı göstərilir.

Yüngül dərəcəli kəskin pankreatitin müalicəsi.

1) Yüngül dərəcəli KP-lə xəstələr cərrahiyyə şöbəsinə hospitalizasiya olunur.

► Yüngül pankreatitin müalicəsi üçün bazisli müalicə kompleksin aparılması tövsiyə olunur:

- ✓ aclıq;
- ✓ mədə zondlaması və möhtəviyyatının aspirasiyası;
- ✓ yerli hipotermiya (qarın nahiyəsinə buzun qoyulması);
- ✓ analgetiklər;
- ✓ spazmolitiklər;
- ✓ 24-48 saat ərzində gücləndirilmiş diurezlə pasiyentin 1 kq bədən çəkisinə 40 ml -ə qədər həcmdə infuzion terapiya

► Bazis terapiyanı pankreas sekresiyasının inhibitorlar ilə gücləndirmək məsləhətdir.

2) 6 saat ərzində aparılan bazisli müalicənin effekti olmadıqda və ekpress qiymətləndirmə şkalasının ən azı daha bir əlamətin olması orta ağır (ağır) pankreatiti təsdiq edir

► Orta-ağır (ağır) pankreatit zamanı xəstənin müalicəsini reanimasiya və intensiv terapiya şəbəsində aparılması tövsiyə olunur.

Orta dərəcəli kəskin pankreatitin intensiv terapiyası

Əsas müalicə növü - konservativ terapiyadır. Orta ağır KP zamanı yuxarıda göstərilən bazisli müalicə kompleksi xüsusi müalicə komplekslə tamamlamaq tövsiyə olunur (aşağıya baxın). Müalicəni erkən başladığı zaman (xəstəliyin başlanğıcından ilk 24 saat) sonuncunun effektivliyi maksimaldır.

Orta dərəcəli KP-li xəstələr qəbul zamanı reanimasiya və intensiv terapiya şəbəsinə (RİTŞ) hospitalizasiya olunmalıdır. Növbətçi xidməti tərəfindən diaqnostik səhvləri istisna etmək üçün, orta dərəcəli KP-li xəstələri gün ərzində RİTŞ-də müşahidə etmək məsləhət görülür. Gün ərzində orqan çatışmazlığının və xəstəliyin progressivləşməsinin əlamətləri olmadıqda, orta ağırlıq dərəcəsi ilə KP-li xəstələri cərrahiyyə şəbəsinə köçürmək olar. Cərrahiyyə şəbəsində olan orta ağırlıq dərəcəsi ilə KP-li xəstələrdə orqan disfunksiyasının və ya çatışmazlığının əlamətlərinin baş verməsi xəstəliyin progressivləşməsini göstərir – hipotoniya (AT <100 mm Hg), tənəffüs çatışmazlığı (1 dəqiqədə TT> 30), deliriya və s. zamanı - xəstələri RİTŞ köçürmək lazımdır.

Xüsusiləşdirilmiş müalicə:

- Pankreas sekresiyasının inhibitorlarının istifadəsi **tövsiyə olunur** (optimal müddət- xəstəliyin ilk üç günü).
- Aktiv reoloji terapiya **tövsiyə olunur**.

- ▶ Orqan disfunksiyası zamanı (əks göstərişlər olmadıqda) gücləndirmiş diurezlə 1 kq bədən çəkisinə ən azı 40 ml uyğun infuziyon vasitələrlə infuziyon terapiya **tövsiyə olunur**.
- ▶ Antioksidant və antihipoksant terapiya **tövsiyə olunur**.
- ▶ Göstərişlərə görə zəhərli toksiki eksudatlarının evakuasiyası **tövsiyə olunur**. Fermentativ peritonit zamanı - sanasiya laparoskopik olmalıdır. Ultrasəs müayinəsi altında laparosentez altında qarın boşluğunun perkutan drenə olunması məqbul sayılır.
- ▶ Profilaktika məqsədilə antibiotiklərin istifadəsi **tövsiyə olunur**.

III. Ağır dərəcəli kəskin pankreatitin intensiv terapiyası

Əsas müalicə növü- intensiv terapiya. Ağır KP-də yuxarıda göstərilən bazisli müalicə kompleksi kifayət qədər effektiv deyil, və bunu nəzərə alaraq xüsusi müalicə kompleksi ilə əlavə edilməsi **tövsiyə olunur** (aşağıya baxın). Müalicəni erkən başladığı zaman (xəstəliyin başlanğıcından ilk 12 saat) sonuncunun effektivliyi maksimaldır. Ağır dərəcəli KP-li xəstələr qəbul zamanı reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə hospitalizasiya olunmalıdır. Ağır dərəcəli KP-li xəstələr üçün müalicə və diaqnostika kompleksi RİTŞ-də aparılmalıdır, orqan çatışmazlığının əlamətlərinin aradan qaldırılmasından və vəziyyətin sabitləşməsindən sonra (deliriyanın, hemodinamik, tənəffüs pozğunluqların sönməsi və s.) pasiyentin cərrahiyyə şöbəsinə köçürülməsi mümkündür.

Xüsusiləşdirilmiş müalicə:

- ▶ Ekstrakorporal detoksifikasiya üsullarının tətbiqi **tövsiyə olunur**:
 - a. plazmaferez;
 - b. hemofiltrasiya
- ▶ Dekompressiya üçün nazogastral zondlama və mümkünsə erkən enteral dəstək üçün -nazogastrointestinal zondlama **tövsiyə olunur**
- ▶ Hipovolemik pozğunluqların korreksiyası **tövsiyə olunur**.
- ▶ Epidural blokada **tövsiyə olunur**.
- ▶ Xəstəliyin ilk üç günündə profilaktika məqsədilə antibiotiklərin istifadəsi **tövsiyə olunur**.
- ▶ Dezaqreqant antitrombotik terapiyanın tətbiqi **tövsiyə olunur**.

Xəstəliyin I B fazasında kəskin pankreatitin müalicəsi, yəni peripankreatik infiltratın müalicəsi.

Xəstələrin böyük əksəriyyətində peripankreatik infiltratın müalicəsi konservativdir. KP-nin ikinci həftəsində laparotomiya yalnız minimal invaziv texnologiyalarla aradan qaldırıla bilməyən cərrahi ağırlaşmalarda (destruktiv xolesistit, mədə -bağırsağ qanaxması, kəskin bağırsağ keçməməzliyi və s.) edilir.

Müalicəvi kompleksin tərkibi:

- ▶ Göstərişlərə görə su-elektrolit, enerji və zülal itkilərinin bərpaşına yönəlmiş bazisli infuziyon-transfuziyon terapiyasının davam etməsi **tövsiyə olunur**.
- ▶ Müalicəvi qidalanma **tövsiyə olunur**: orta ağır KP-də - stol № 5; ağır KP-də nutriciyon (qidalanma) dəstək (peroral, enteral və ya parenteral).
- ▶ Sistemli antibiotikoprofilaktikası **tövsiyə olunur** (III-IV nəsillərin sefalosporinləri və ya metronidazolla birlikdə II-III nəsillərin ftorxinolonları, rezerv preparatları-karbapenemlər).
- ▶ İmmunoterapiya **tövsiyə olunur** (hüceyrə və humoral immunitetin korreksiyası lazımdır)

Gec (II) faza (sekvestrasiya fazası)

Aseptik sekvestrasiya fazasında kəskin pankreatitin müalicəsi, yəni pankreasın psevdokistin müalicəsi.

- ▶ Kiçik ölçülü (5 sm-dən az) pankreasın psevdokistləri əməliyyat etmək **tövsiyə olunmur**.

Kiçik ölçülü (5 sm-dən az) pankreas psevdokistlər cərrah tərəfindən dinamik müşahidə olunmalıdır.

- ▶ Böyük ölçülü (5 sm -dən çox) pankreas psevdokistlərin, fəsadlar olmadığı təqdirdə, planlı şəkildə əməliyyatı **tövsiyə olunur**.

Yetişməmiş (formalaşmamış) psevdokistin (6 aydan az) əməliyyat seçimi xaricə drenləşdirməkdir. Yetkin (formalaşmış) psevdokist (6 aydan çox) planlı şəkildə cərrahi müalicə olunmalıdır.

Pankreas psevdokistin fəsadları:

1. İnfeksiyalaşma.
2. Sistin boşluğuna qanaxma.
3. Sərbəst qarın boşluğuna açılmaqla sistin perforasiyası, peritonitin inkişafı

4. Ərafdakı orqanların sıxılması nəticəsində mexaniki sarılığın, mədə stenozunun, bağırsaq keçməməzliyinin və s. inkişafı.

Cərrahi müalicə

Erkən (I) faza.

Xəstəliyin IA fazasında kəskin pankreatitin müalicəsi

Laparoskopik əməliyyat

► Laparoskopiyanın edilməsi **tövsiyə olunur**:

- qarın boşluğunda sərbəst mayenin ultrasəs əlamətlərini də daxil olmaqla peritoneal sindromu ilə pasiyentlərə
- qarın boşluğunun orqanlarının digər xəstəlikləri ilə differensial diaqnostikaya ehtiyac olduqda

Laparoskopik əməliyyatın vəzifələri diaqnostik, proqnostik və müalicəvi ola bilər

► Ultrasəs müayinəsi və ya laparosentez altında qarın boşluğunun perkutan drenə olunması **tövsiyə olunur**.

Laparoskopik əməliyyatın vəzifələri:

- a) kəskin pankreatit diaqnozunun təsdiqi (və eyni zamanda qarın boşluğunun digər xəstəliklərinin, ilk növbədə kəskin cərrahi patologiyanın - mezenterik trombozun və s. istisna etməsi); KP-in əlamətlərinə aiddir:

- köndələn çənbər bağırsaq mezenteriyasının kökünün ödeminin olması ;
- yüksək amilaza aktivliyi ilə mayenin əmələ gəlməsi (qandakı amilaza aktivliyindən 2-3 dəfə yüksək);
- steatonekrozların olması;

- b) ağır pankreatitin əlamətlərinin müəyyən edilməsi:

- fermentativ mayenin hemorragik təbiəti (çəhrayı, moruq, albalı, qəhvəyi);
- geniş yayılmış steatonekroz ocaqları;
- retroperitoneal toxumasına, pankreas zonasından kənara çıxan, qanın geniş hopması ;

Xəstəliyin ilk saatlarında seröz (şüşəyəbənzər) ödemin verifikasiyası (xüsusilə xəstənin ağır ümumi vəziyyəti fonunda) ağır pankreatitin mövcudluğunu istisna etmir, çünki laparoskopiya

zamanı erkən vaxtlarda ağır pankreatit əlamətləri aşkar edilə bilməz, yəni xəstəlik gətdikcə progressivləşə bilər.

c) müalicə vəzifələri:

- peritoneal eksudatın xaric edilməsi və qarın boşluğunun drenləşdirilməsi.

Gec (II) faza (sekvestrasiya fazası).

Septik sekvestrasiya fazasında kəskin pankreatitin müalicəsi, yəni irinli fəsadların müalicəsi.

► KP-in irinli fəsadlarında zədələnmiş retroperitoneal toxumanın sanasiya ilə cərrahi müdaxilə **tövsiyə olunur.**

Müdaxilə, zədələnmiş retroperitoneal toxumanın açılması, sanasiyası və drenajını əhatə edir.İrinli-nekrotik ocaqlarının sanasiyanın əsas üsulu, həm bir mərhələli, həm də çox mərhələli ola bilər və həm minimal invaziv, həm də ənənəvi üsullarla əldə edilən, nekrosekvestrektomiyadır.

► Pankreas absesinin və ya irinli-nekrotik parapankreatitin birincili drenajına qərar verərkən, minimal invaziv müdaxilələrə (UM altında drenləşdirmə, retroperitoneoskopiya, «Мини-ассистент» dəstindən istifadə edərək minilaparotomiya və s.) üstünlük verilməsi **tövsiyə olunur.**

Minimal invaziv drenajın effektivliyində seçim əməliyyatı nekrosekvestrektomiyaya ilə sanasiyalı laparotomiyadır.

Drenləşdirməni ekstraperitoneal girişlə aparılmasına üstünlük verilir. Nekrosekvestrektomiyaya ilə birinci sanasiyalı laparotomiyanın optimal vaxtı xəstəliyin 4-5 həftələridir. Minimal invaziv müdaxilələrlə dayandırıla bilməyən fəsadların inkişafı zamanı, o cümlədən mini girişdən, açıq əməliyyat etmək lazımdır.

Əməliyyatdan sonra xəstələrin əksəriyyətində iltihabi prosesi dayandırdıqdan sonra konservativ müalicə olunan və orta hesabla 2-4 ay ərzində öz-özünə bağlanan xarici pankreas fistulu(sviş) əmələ gəlir.

► 6 aydan artıq bağlanmayan davamlı pankreas fistulası üçün planlı şəkildə cərrahi müalicə **tövsiyə olunur.**

Adətən, bu halda pankreas fistulu pankreasın böyük axacıqları ilə əlaqəlidir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə kompleks terapiya göstərilir:

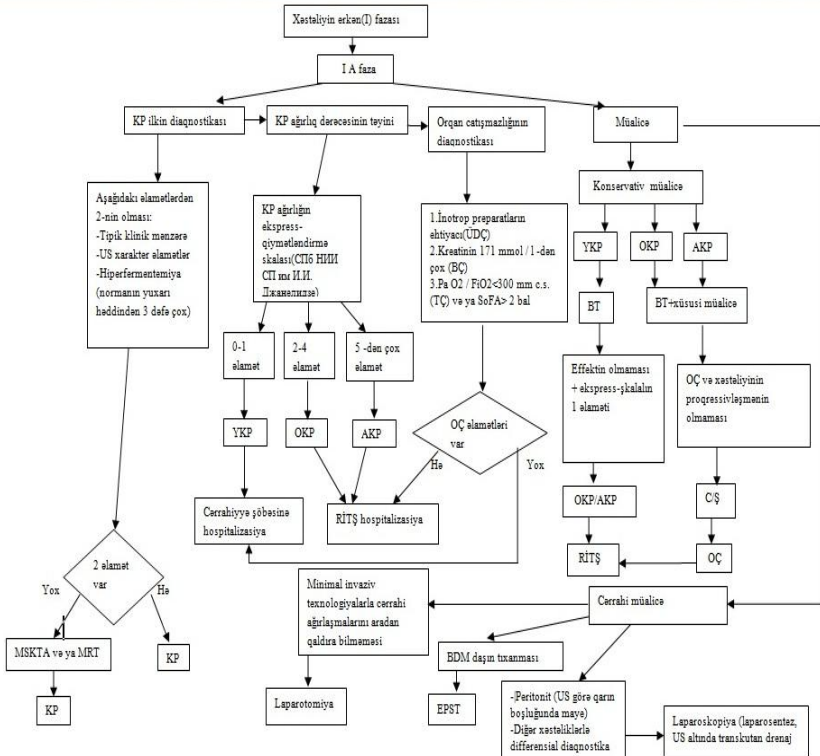
- Peroral qidalanma mümkün olmadıqda parenteral və ya enteral qidalanma dəstəyi (Treitz bağıının arxasından nazik bağırsağa yeridilən zond vasitəsilə) **tövsiyə olunur**.
- Disbiyozun və digər ağırlaşmalarının profilaktikası ilə birgə sistemli antibiotikoterapiya **tövsiyə olunur**.

Antibakterial preparatın seçimi mikroorqanizmlərin həssaslığından asılıdır.

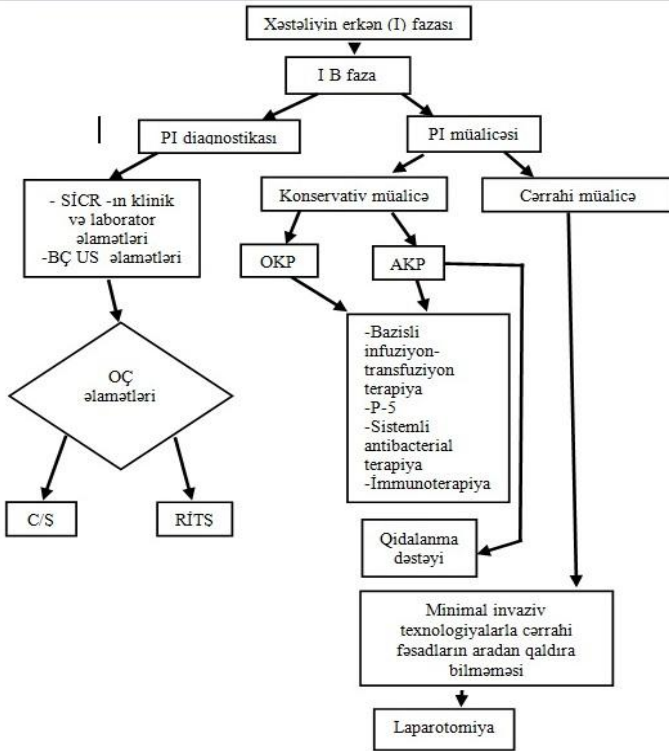
- İmmunokorreksiya **tövsiyə olunur** (klinik və laborator göstəricilərə görə fərdi yanaşma).

Xəstənin idarəetmə alqoritmi

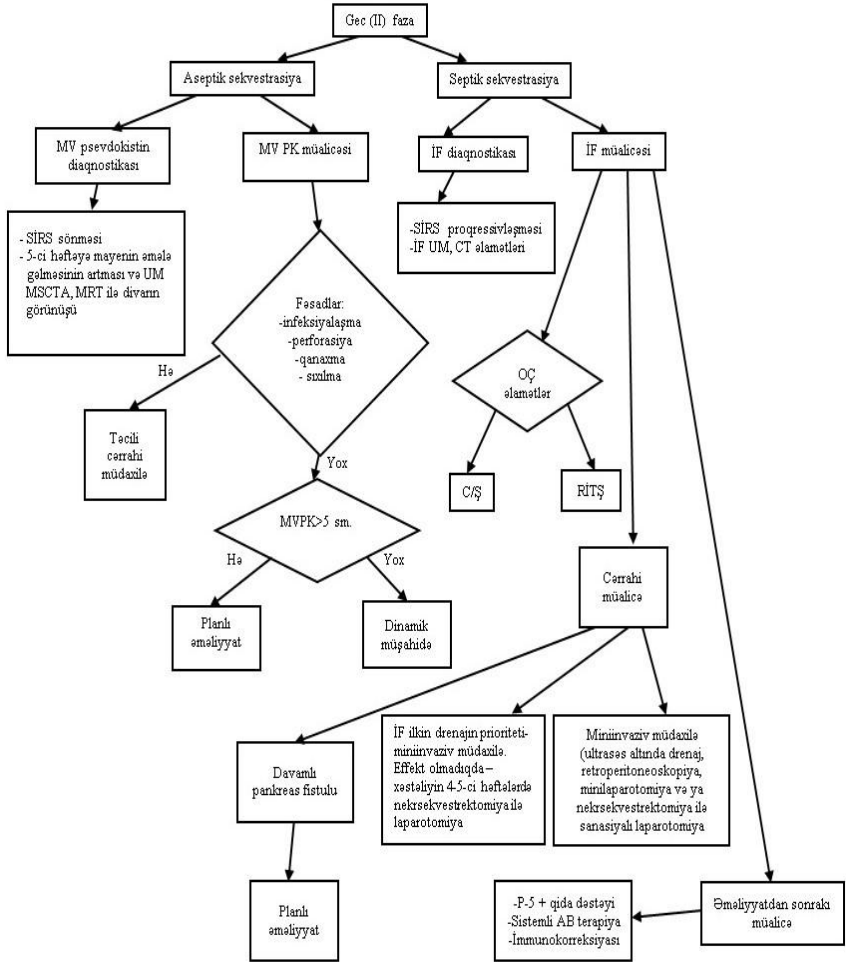
Kəskin pankreatit (xəstəliyin erkən I-ci A fazası)



Kəskin pankreatit (xəstəliyin erkən I-ci B fazası)



Kəskin pankreatit (xəstəliyin gec II-ci fazası)



SOFA şkalası

Göstəricilər	Qiymətləndirmə				
	0	1	3	4	5
PaO ₂ /FiO ₂	>400	300-399	200-299	100-199	<100
Trombosit sayı ml -də	>150000	100000- 149000	50000 - 99999	20000-49999	<20000
Zərdabda bilirubin	<20	20-32	33-101	102-204	>204
Orta arterial təzyiq	>70 mm.c.s.	<70 mm c. s. vazopressorları istifadə etmədən	Dobutamin hər hansı dozasından istifadə etməsi. Dopamin <5 mkq / kq dəqiqədə.	Dopamin - dəqiqədə 5-15 mkq / kq. Adrenalin<0.1 mkq / kq dəqiqədə. Noradrenalin <0.1 mkq / kq dəqiqədə.	Dopamin> 15 mkq / kq dəqiqədə. Adrenalin > 0.1 mkq / kq dəqiqədə. Noradrenalin> 0.1 mkq / kq dəqiqədə.
<u>Qlasqo-Koma şkalası ilə komanın ağırlığının qiymətləndirilməsi</u>	15	13-14	10-12	6-9	3-5
Zərdabda kreatinin və ya diurez	Zərdabda kreatinin <100 µmol / l	Zərdabda kreatinin 100 - 170 µmol / l	Zərdabda kreatinin 171 - 299 µmol / l	Zərdabda kreatinin 300 - 400 µmol / L. Gündəlik diurez 200 - 499 ml	Zərdabda kreatinin > 440 µmol / L. Gündəlik diurez <200 ml

SOFA şkalasının istifadəsi ilə bağlı izahatlar:

1. PaO₂ mm. c. s. FiO₂ 0.21 ilə 1.00 arasında.
2. Adrenergik dərmanlar ən azı 1 saat istifadə edilmişdir.
Dozalanma-dəqiqədə µkg / kq
3. 3.0 - ən optimal parametr, 4 - ən anomal parametr
4. Xəstənin reanimasiya şöbəsində olduğu müddət ərzində gündə bir dəfə məlumat toplanmalı və qiymətləndirilməlidir.
5. Orta (sistemli) qan təzyiqi bu düsturla hesablanır: $OAT = (AT_{sist.} + AT_{diast}) / 3$.
6. SOFA indeksi bütün altı göstəricinin cəminə bərabərdir

Ədəbiyyat

1. Kəskin pankreatitin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol, Bakı, 2009.
https://www.isim.az/upload/File/reports/02_Acute_pankreatitis.pdf
2. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson C.D., Sarr M.G., Tsiotos G.G., Vege S.S. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013; 62 (1): 102–111.
3. Beger H.G. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management /Beger H.G., Rau B.M. // *World J Gastroenterol*. 2007;13(38): P. 5043-5051
4. Dellinger E.P., Forsmark C.E., Layer P., Levy P., Maravi-Poma E., Petrov M.S., Shimosegawa T., Siriwardena A.K., Uomo G.,Whitcomb D.C., Windsor J.A. Determinant_based Classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. *Ann. Surg*. 2012; 256 (6): 875–880.
5. Freeman M.L., Werner J., van Santvoort H.C., Baron T.H.,Besselink M.G., Windsor J.A., Horvath K.D., van Sonnenberg E.,Bollen T.L., Vege S.S. Interventions for Necrotizing Pancreatiti. Summary of Multidisciplinary Consensus Conference. *Pancreas*. 2012; 41 (8): 1176–1194.
6. 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
7. Ruedi F. Thoeni. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importancefor the Radiologist and Its Effecton Treatment. *Radiology*. 2012. V. 262.№3.P.751-763.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. /Национальное руководство по хирургии. – 2009, т.2. – с. 196 – 229.
9. Кубышкин, В.А. Острый панкреатит // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009., № 2. – С. 48-52.
10. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. – М., «ВИДР», 2013. – 382с.

11. Прудков М.И. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению Уральского Федерального округа. – Екатеринбург, 2013. – С. 23 – 29.
12. Протоколы обследования и лечения больных острым панкреатитом. Методические рекомендации под редакцией Ю.Л. Шевченко. – М., 2010 – 21с.
13. Дибиров М.Д., Юанов А.А. Панкреонекроз. Протокол диагностики и лечения. Учебно-методическое пособие. – Москва, 2012. – 366с.
14. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Рамишвили В.Ш., Шефер А.В., Платонова Л.В., Гальперин Э.И. Ранние КТ-признаки прогнозирования различных форм парапанкреонекроза. // Анналы хирургической гепатологии. – 2009., Т. 14. № 4. – С. 54-63.
15. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Котовский А.Е., Платонова Л.В., Гальперин Э.И. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. // Анналы хирургической гепатологии. – 2013., Т.18, №1. – С. 92-102.
16. Дюжева Т.Г., Терновой С.К., Джус Е.В., Шефер А.В., Гальперин Э.И. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике острого панкреатита и локальных парапанкреатических осложнений. // Медицинская визуализация. – 2011., № 4. – С. 137-139.
17. Багненко С.Ф., Савелло В.Е., Гольцов В.Р. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы: панкреатит острый / Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии: национальное руководство (гл. ред. тома Г.Г.Кармазановский). – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 349-365.
18. Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М. и др. Гнойно-некротический парапанкреатит: эволюция взглядов на тактику лечения // Анналы хирургической гепатологии – 2015, Т. 20, №3 – С. 75-83.
19. Андреев А.В., Ившин В.Г., Гольцов В.Р. Лечение инфицированного панкреонекроза с помощью миниинвазивных вмешательств // Анналы хирургической гепатологии. – 2015, Т. 20, №3 – С. 110-116.

20. Шабунин А.В., Лукин А.Ю., Шиков Д.В. Оптимальное лечение острого панкреатита в зависимости от «модели» панкреонекроза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2013. Т. 18. 3. С. 70-78.
21. Ившин В.Г., Ившин М.В. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространённым парапанкреатитом. – Тула: Гриф и К, 2013. – 128с.