

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**KƏSKİN BİLİAR PANKREATİTLƏRİN
MÜALİCƏSİNDƏ AZINVAZIV TEXNOLOGİYALARIN
TƏTBİQİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI**

İxtisas: 3213.01- «Cərrahiyyə»

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Cümşüd Ramiz oğlu Kazımzadə**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKİ – 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ürək-damar cərrahiyyəsi və neyrocərrahiyyə kursları ilə ümumi cərrahiyyə kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru, professor
Nazim Akif oğlu Qasımov

Rəsmi opponentlər:

tibb elmlər doktoru, professor
Rauf Maqsud oğlu Ağayev

tibb elmləri doktoru, professor
İdris Turqut oğlu Axundov

tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Anar Yaşasın oğlu Əliyev

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

tibb elmləri doktoru, professor

Nazim Akif oğlu Qasımov

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Samirə Ələkbər qızı Əkrəbəyova

Elmi seminarın sədri

tibb elmləri doktoru

Şahin Həşim oğlu Əliyev



İŞİN ÜMUMİ SƏCİYYƏSİ

Mövzunun aktuallığı və işlənmə dərəcəsi. Kəskin pankreatitin etioloji səbəbləri arasında öd daşı xəstəliyi xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Kəskin pankreatit hadisələri içərisində biliar pankreatitin rastgəlmə tezliyi müxtəlif Avropa ölkələrində 25-48% təşkil edir. Bəzi digər ölkələrdə bu patologiyadan letallıq digər etiologiyalı kəskin pankreatitlərdə olan letallıqdan üstün olması ilə səciyyələnir [Bayramov N. Y., 2002¹; Ağayev B., 2008²; Əliyev S.A., 2008³; Qasımov N.A., 2015;⁴]

Kəskin pankreatitin müalicəsinin etioloji səbəbdən asılı olaraq müalicəsi xüsusi praktiki əhəmiyyətə malikdir, belə ki, pankreatitlər zamanı məhz xəstəliyin genezi sonrakı müalicə strategiyasının seçilməsində əhəmiyyətə malikdir. [Əliyev S.A., 2008;³ Kəskin pankreatitin diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol, 2009⁵].

Kəskin pankreatitin müalicəsində istifadə olunan metodlar konservativ tədbirlərdən açıq cərrahi müdaxilələrə qədər geniş diapazon təşkil etməkdədir. Kəskin pankreatitin cərrahi müalicə strategiyası xəstəliyin patogenezinə, diaqnostikasına və müalicə üsullarına dair baxışların təkamülü ilə əlaqədar olaraq bir neçə mərhələ keçmişdir. Yüksək ağırlaşma və ölüm faizini nəzərə alaraq bir çox cərrahlar kəskin pankreatit zamanı təxirəsalınmaz əməliyyatların minimuma endirilməsinin tərəfdarıdırlar [Ağayev B., 2008²; Əliyev S.A.,

¹ Bayramov N. Y. Mədəaltı vəzin cərrahi xəstəlikləri. Ankara: 2002, s. 39-89. 217 s.

² Ağayev B. A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2008, 807 s.

³ Əliyev S.A. Cərrahi xəstəliklər, Bakı:, 2008, 779 s.

⁴ Qasımov N.A. Mədəaltı vəzin cərrahi xəstəlikləri. Bakı, 2015

⁵ Kəskin pankreatitin diaqnostikası və müalicəsi üzrə klinik protokol. Bakı, 2009, 24 s.

⁶ Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Алляров У.Д. Диагностика и лечение острого панкреатита при ущемленном камне большого дуоденального сосочка //Анналы хир. гепат. – 2007 – № 3. – с. 156 – 157.

2008³, Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Алляров У.Д.⁶; Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Рязанова И.И., 2007⁷].

Кəskin pankreatitin mۈalicəsinin ənənəvi cərrahi mۈalicə ۈsulları ilə nəticələrinin qeyri qənaətbəxş olması yeni mۈalicə ۈsullarının tətbiqinə səbəb olmuşdur. Belə ki, son zamanlar kəskin pankreatitin diaqnostika və mۈalicəsində az invaziv video endoskopik texnologiyalardan istifadə olunur [Ağayev B., 2008²; Banks P.A., et al. 2013⁸;; De Madaria E., Banks P.A., Moya-Hoyo N., et al., 2014⁹].

Kəskin pankreatit zamanı diaqnostik laparoskopiyanın tətbiqi ölۈm və irinli ağırlaşma hallarının 1,5-2 dəfə azalmasına səbəb olmuşdur. Laparoskopiyanın tətbiqi sadəcə diaqnostika ilə məhdudlaşmayıb mۈalicəvi xarakter almağı başlamışdır. Laparoskopik olaraq qarın boşluğunun sanasiya və drenajı, xolesistostoma, xolesistektomiya və piylik kisəsinin drenajı əməliyyatları icra olunmuşdur.

Qeyd etdiyimiz kimi kəskin pankreatit hadisələrinin böyük qismini biliar pankreatitlər təşkil edir. Öd daşı xəstəliyinin aradan qaldırılması gələcəkdə inkişaf edəcək biliar pankreatitlərin əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Lakin biliar pankreatitli bir xəstədə laparoskopik xolesistektomiyanın nə zaman aparılmasına dair fikir birliyi yoxdur.

Bəzi müəlliflər kəskin pankreatit aradan qalxdıqdan sonra erkən laparoskopik xolesistektomiyanın aparılmasının tərəfdarı olsalar da digər müəlliflər laparoskopik xolesistektomiyanın gec etapda apa-

⁷Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Рязанова И.И. Качество жизни больных после малоинвазивного хирургического лечения панкреонекроза //Анналы хир. гепат. – 2007 – № 3. – с. 160.

⁸Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013;62:102e11.

⁹ De Madaria E, Banks PA, Moya-Hoyo N, et al. Early factors associated with fluid sequestration and outcomes of patients with acute pancreatitis. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2014;12:997–1002

rılmasının tərəfdarıdır [Forsmark CE, Baillie J., 2007¹⁰; Oría A, Cimmino D, Ocampo C, et al., 2007¹¹].

Yüngül və orta ağır gedişli pankreatitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın ilk 7 gün içərisində, ağır pankreatitlərdə isə 7-21 gün müddətində aparılmasının qəbul edilən olmasını göstərən tədqiqatlar da mövcuddur. İlk hospitalizasiya etapında icra olunan xolesistektomiya əməliyyatlarının biliar ağırlaşmaları artırmasını göstərən tədqiqatlarla yanaşı, bu əməliyyatların planlı əməliyyatlara nisbətən hospitalizasiya müddətini artırmadığını göstərən tədqiqatlar da mövcuddur [Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al., 2013⁸; Forsmark CE, Baillie J., 2007¹⁰, Oría A, Cimmino D, Ocampo C, et al., 2007;¹¹]. Eyni zamanda kəskin pankreatitin hansı morfoloji formasında laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatlarının nə zaman aparılması da diskutabel olaraq qalır. Mübahisəli məqamlardan biri kəskin biliar pankreatitlər zamanı endobiliar müdaxilələrin aparılması ilə bağlıdır. Bəzi müəlliflərin fikrincə qeyd olunan patologiyalar zamanı endoskopik müdaxilələrin aparılması əks göstərişdir. Belə ki, bəzi müəlliflər müşahidə olunan ağırlaşma hallarının, xüsusən post endoskopik retrograd xolangiopankreatoqrafiya (ERXPQ) pankreatit hallarının olmasını nəzərə alaraq endoskopik papillosfinkterotomiyanın aparılmasının tərəfdarı deyillər [Papachristou G.I., Muddana V. et al. 2010;¹²]. Erkən dövrdə icra olunan endoskopik papillosfinkterotomiyanın və konservativ müalicənin müqayisə olunduğu tədqiqatların bəzilərində müsbət nəticə əldə olunsa da, Folsch və

¹⁰ Forsmark C.E, Baillie J. AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee; AGA Institute Governing Board: AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007; p. 132:2022–44.

¹¹ Oría A., Cimmino D., Ocampo C. et al. Early endoscopic intervention versus early conservative management in patients with acute gallstone pancreatitis and biliopancreatic obstruction: a randomized clinical trial. *Annals of Surgery* 2007; p. 245:10–7.

¹² Papachristou G.I., Muddana V., Yadav D., O'Connell M., Sanders M.K., Slivka A. et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2010; p. 105:435e41.

həmmüəllifləri apardığı kontrollu randomizasiya olunmuş tədqiqatda erkın dövr endoskopik papillosfinkterotomiyanın sarılığı olmayan xəstələrdə nəticələrə təsir etmədiyi göstərilmişdir [Forsmark CE, Baillie J., 2007¹⁰; Oría A, Cimmino D, Ocampo C, et al., 2007¹¹]. Endoskopik papillosfinkterotomiya sadəcə xoledoxda daş aşkar olunan xəstələrdə aparılmış, yüngül dərəcəli pankreatitlərdə konservativ müalicəyə nisbətən effekt vermədiyi göstərilə də, ağır gedişli pankreatitli xəstələrdə ağırlaşma və ölüm hallarının azaldığı göstərilmişdir. Bəzi hallarda isə radioloji olaraq xoledoxda genişlənmə müşahidə olunduğu halda endoskopik papillosfinkterotomiya zamanı xoledoxda daş aşkar olunmamışdır ki, bu da kəskin pankreatit zamanı endoskopik papillosfinkterotomiyanın kriterilərinin təkmilləşdirilməsini tələb edir [Shelat V.G., Diddapur R.K. 2007¹³; Horvath K, Freeny P, Escallon J, et al. 2010¹⁴].

Tədqiqatın obyektı və predmeti. Tədqiqatda 2010-2016-cı illərdə kəskin biliar pankreatit diaqnozu ilə stasionar müalicədə olmuş xəstələr müşahidə obyektı, qeyd olunan xəstələrdə tətbiq olunan azinvaziv və ənənəvi açıq cərrahi müdaxilələr və onların yaxın və uzaq nəticələri tədqiqatın predmeti kimi seçilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi. Tədqiqatın əsas məqsədi kəskin biliar pankreatitin azinvaziv texnologiyaların tətbiqinin optimallaşdırılması və beləliklə cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Kəskin biliar pankreatitli xəstələrdə optimal müalicə metodlarının işlənilib hazırlanması və tətbiq edilməsi;
2. Kəskin biliar pankreatitli xəstələrdə müxtəlif cərrahi müalicə metodlarının effektivliyi müqaisəli qiymətləndirilməsi;
3. Kəskin biliar pankreatitin cərrahi müalicəsinin yaxın və

¹³ Shelat V.G., Diddapur R.K. Minimally invasive retroperitoneal pancreatic necrosectomy in necrotising pancreatitis // Singapore Med J. 2007; p. 48:220–3.

¹⁴ Horvath K., Freeny P., Escallon J. et al. Safety and efficacy of video-assisted retroperitoneal debridement for infected pancreatic collections: a multicenter, prospective, single-arm phase 2 study // Arch Surg. 2010; p. 145:817–25.

uzaq nəticələrini öyrənilməsi;

4. Kəskin biliar pankreatitin cərrahi müalicəsindən sonra həyat keyfiyyəti öyrənilməsi.

Tədqiqatın metodları:

- klinik-laborator müayinələri
- KT indeksi ilə Baltazar sistemi vasitəsilə kəskin pankreatitin ağırlıq dərəcəsinin təyini
- USM
- Morfoloji müayinələr
- Mikrobioloji müayinələr
- Instrumental müayinə metodları.
- Statistik metodlar
- SF-36 şkalası ilə həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi

Müdafiyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Biliar obstruksiya ilə müşayiət olunan kəskin biliar pankreatitlərin müalicəsi zamanı ERPXQ effektiv müalicə üsuludur və xəstəliyin progressivləşməsinin qarşısını alır. Bu qrup xəstələrdə ERPXQ tətbiqi istər kliniki, istərsə də laborator göstəricilərin yaxşılaşması ilə nəticələnir. ERPXQ xəstəliyin ilk günündən tətbiq edilməlidir. Biliar obstruksiya olmayan xəstələrdə isə konservativ müalicə aparılan qrupla müqayisədə ERPXQ effektivliyi müşahidə edilməmişdir.
2. Kəskin biliar pankreatitlərdə erkən dövrdə, eyni hospitalizasiya müddətində aparılan laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatları qəbul edilən ağırlaşma göstəriciləri ilə xarakterizə olunur və gələcəkdə residiv biliar pankreatit hadisələrinin qarşısını alır.
3. Xəstəliyin uzaq dövründə müşahidə edilən ağırlaşmaların xarakteristikası azinvasiv əməliyyatların açıq əməliyyatlarla müqayisədə üstün olduğunu göstərir.
4. Kəskin biliar pankreatitlərdə azinvasiv əməliyyatların tətbiqi uzaq dövrdə xəstələrin həyat keyfiyyətinin göstəricilərini statistik dürüstlüklə əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- Kəskin biliar pankreatitli xəstələrdə biliar obstruksiya ilə klinik

-laborator göstəricilərinin mənfi dinamikası və xəstəliyin progressivləşməsi arasında nisbi əlaqə müəyyən olunmuşdur. Bunun əsasında, kəskin biliar pankreatitin müalicəsində ERPXQ tətbiqi üçün xəstələrin seçim meyarları işlənib hazırlanmışdır.

- Kəskin biliar pankreatitlərdə erkən və gec dövrdə aparılan laparoskopik xolesistektomiyanın, o cümlədən açıq və az invaziv cərrahi müdaxilələrin effektivliyi müqayisəli qiymətləndirilmişdir. Kəskin pankreatitin mərhələ, xarakter və ağırlaşmalarının inkişafından asılı olaraq, daha optimal müalicə taktikası müəyyənləşdirilmişdir.

Tədqiqatın nəzəri və praktik əhəmiyyəti. Biliar obstruksiya ilə müşayiət olunan kəskin biliar pankreatitli xəstələrdə ERPXQ tətbiqi xəstəliyin ağır formaya keçməsinin qarşısını alır, müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırır. Bu qrup xəstələrdə erkən dövrdə laborator göstəricilər normallaşıqdan sonra laparoskopik xolesistektomiyanın aparılması müvəffəqiyyətlə tətbiq oluna bilər və sonrakı dövrdə residiv biliar pankreatitlərin qarşısını alır.

Tədqiqatın aprobasiyası və nəticələrinin tətbiqi. Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda kafedralarası (Ümumi Cərrahiyyə-1, Ümumi Cərrahiyyə-2, Şüa terapiyası kursu ilə şüa diaqnostikası, Travmatologiya kafedraları və METL) iclasda (15.05.2018, sayılı protokol) keçirilmişdir. FD 2.11 Dissertasiya Şurası nəzdində 10.03.2021-ci il tarixində 2 sayılı elmi seminar keçirilmişdir.

Dissertasiyanın nəticələri son beş il ərzində Ali Attestasiya Komissiyasının müvafiq siyahısında olan jurnallardır. Dissertasiya mövzusu üzrə 9 jurnal məqaləsi və 4 tezis çap edilmişdir ki, bunlardan da ikisi xarici jurnalda dərc olunmuşdur.

Kəskin biliar pankreatitlərin müalicəsində qeyd olunan az invaziv müdaxilələr Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, 3 sayılı Şəhər Kliniki Xəstəxanası, Diaqnoz Tibb Mərkəzində klinikada tətbiq olunmaqdadır. Tədqiqat nəticələrinin tətbiqinin səmərəliyi barədə müvafiq faktlar alınmışdır.

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilat: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Dissertasiyanın həcmi və quruluşu. Dissertasiya işi 144 kompüter səhifəsində yazılmışdır. Tədqiqat işi giriş – 12421 işarə, I fəsil (ədəbiyyat icmalı) – 61199 işarə, II fəsil (tədqiqatın materialları və metodları) – 41153 işarə, III fəsil – 41893 işarə, IV fəsil – 24993 işarə, yekun – 23485 işarə, nəticələr – 1621, praktik tövsiyələr – 836 işarə və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısında – 12 azərbaycan dilində, 68 rus dilində və 98 ingilis dilində olan ədəbiyyat mənbələrindən istifadə olunmuşdur.

Dissertasiyanın işarə ilə ümumi həcmi (cədvəllər, qrafik və ədəbiyyat siyahısı nəzərə alınmadan) – 207601 işarədən, 25 cədvəl, 19 qrafik və şəkildən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Klinik hissənin ümumi xarakteristikası

Tədqiqata Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun cərrahiyyə kafedrasında və Diaqnoz Tibb Mərkəzində 2010-2016-cı illərdə kəskin biliar mənşəli pankreatit diaqnozu ilə müalicə almış 135 xəstə cəlb olunmuşdur. Xəstələrin hamısında kəskin biliar mənşəli pankreatit diaqnozu qoyulmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, KBP diaqnozuna öd yollarında konkretin olması və öd daşı xəstəliyi olan xəstələr daxil edilməsi ilə yanaşı, öd hipertenziyası və mikrolitlərin təyini ilə nəticələnən xəstələr də daxil edilmişdir. Aparılan müalicə üsullarına görə xəstələr dörd qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa konservativ müalicə aparılan 37 (27,4%), ikinci qrupa ERPXQ aparılan 24(17,8%) xəstə, üçüncü və dördüncü qrupa isə müxtəlif üsullarla (radiooloji drenaj, laparoskopik sanasiya, açıq cərrahi müdaxilələr) cərrahi müalicə aparılan 74 xəstə daxil edilmişdir. Bunlardan 39 (28,9%) xəstə ənənəvi açıq üsulla, 35 (25,9%) xəstə azinvaziv üsulla cərrahi müalicə almışlar.

Tədqiqatımızda Atlanta 1992-ci il təsnifatından və 2011-ci ildə Koçin tərəfindən təklif edilmiş (Pankreatoloqların Beynəlxalq Assosiasiyası, International Association of Pancreatology) və kəskin pankreatitin təsnifatı üzrə Beynəlxalq işçi qrup tərəfindən (Acute Pancreatitis Classification Working Group) 2012-ci ildə təhlil edilmiş modifikasiyasından istifadə olunmuşdur (Gut, 2013). Xəstələrin bö-

yük əksəriyyətini qadınlar təşkil edir, 97 (76,9%) qadın və 29 (23,1%) kişi olmuşdur. Xəstələrin yaşı 20-60 yaş arasında olmuşdur, orta yaş həddi $35,7 \pm 8,57$ təyin edilmişdir.

Tədqiqat üsulları. KBP zamanı bütün xəstələr standart müəyinə metoduna məruz qalmışdılar. Xəstələrin hamısından anamnestik məlumatlar toplanmış, kəskin pankreatitin subyektiv və obyektiv klinik əlamətləri öyrənilmişdir. Xəstələr klinikaya qəbul olunarkən ümumi vəziyyətlərinin və dinamikada ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi kəskin pankreatitin Atlantada 1992 (2013) qəbul olunmuş təsnifat əsasında aparılmışdır.

Ağır forma pankreatitin klinik-laborator kriteriyaları aşağıdakılardır:

- 1) Peritoneal sindrom və ya dəri dəri simptomları;
- 2) Sistemli iltihabi reaksiya sindromu (SİRS) əlamətləri, iki və daha çox klinik əlamətlər xarakterizə olunur: bədən temperaturu $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ və ya $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$, nəbzın sayı dəqiqədə >90 , tənəffüsün sayı dəqiqədə >20 , $\text{PaCO}_2 < 32\text{ mm. c. süt.}$, leykosit $>12 \times 10^9$ və ya $<4,0 \times 10^9$;
- 3) Hipokalsemiya $<1,87\text{ mmol/l}$;
- 4) Hiperqlikemiya $>10\text{ mmol/l}$;
- 5) C-reaktiv zülal $>120\text{ mq/l}$;
- 6) Şok (sistolik AT $<90\text{ mm. c. süt.}$);
- 7) Tənəffüs çatışmazlığı ($\text{PO}_2 < 60\text{ mm. c.süt.}$);
- 8) Böyrək çatışmazlığı (oliqoanuriya, kreatinin $>177\text{ mkmol/l}$);
- 9) Qaraciyər çatışmazlığı (hiperfermentemiya);
- 10) Mədə-bağırsaq qanaxması;
- 11) Koaqulopatiya (trombositlər $<100 \times 10^9/l$, fibrinogen $<1,0\text{ q/l}$);

Destruktiv ağırlaşma fazası xəstəliyin 2-3-cü həftəsində başlayır və mədəaltı vəzdə və peritonarxası sahədə nekroz ocağında aseptik iltihabi reaksiya dövrünün başlanması ilə xarakterizə olunur. Bu dövrün əsas diaqnostika və monitorinq məsələsi - maye yığıntısının əmələ gəlməsi, infiltrat əlamətləri, sekvestrasiya və pankreatogen destruksiya ocağında erkən infeksiyalaşma.

Cədvəl 1. Kəskin pankreatitin ağırlığını proqnostik qiymətləndirmə sistemi

Parametrlər	Göstəriciləri
Kreatinin, sidik cövhəri, qalıq azot Əqli fəaliyyətin pozğunluğu Sistemli iltihabi cavab reaksiyası Yaş Plevral maye yığıntısı	25 mq/dl-dən çox Huşun pozulması SİRS-in olması 60 yaşdan yuxarı Rentgenoqrafiyada plevra boşluğunda mayenin olması

Kəskin pankreatitin aseptik destruktiv ağırlaşma dövrünün klinik əlamətləri (infiltrat və qızdırma) xarakterizə olunur: SİRS laborator göstəriciləri, qanda pankreonekroz markerinin konsentrasiyasının yüksəlməsi - C-reaktiv zülal >120q/l; limfopeniya, EÇS-nin artması, fibrogenin konsentrasiyasının yüksəlməsi; USM-də ocaq nahiyəsində aseptik destruksiya (vəzin ölçüsünün böyüməsi, konturlarının dəqiq olmaması, parapankreatik və peritonarxası sahədə maye izlənməsi).

Aseptik destruksiya dövrünün monitorinqi aşağıdakılara əsaslanır: dinamik klinik-laborator göstəricilərə, ağırlıq və proqnoz bal sistemləri ilə dinamik dəyərləndirilməsi, KT indeksi ilə Baltazar sistemi vasitəsilə kəskin pankreatitin ağırlıq dərəcəsinin təyini, təkrar USM.

Ənənəvi rentgenoqrafiya ümumi qəbul olunmuş qayda üzrə bütün xəstələrdə yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatözü və intraoperasion USM «Siemens-SL 2» ultrasəs diaqnostika aparatında tezliyi 2-3,5 MHz olan datçikdən istifadə etməklə aparılmışdır.

Hazırkı dövrdə biz pankreonekrozun Balthazar (1990) metodu ilə ümumi qəbul olunmuş radioloji qiymətləndirilmə sistemindən istifadə edirik (cədvəl 2.). Verilmiş şkala əsasında kəskin pankreatitin ağırlıq dərəcəsinin radioloji indeksi işlənilib hazırlanmışdır ki, bu indeksin də 5-dən çox olması yüksək letallığı, uzunmüddətli hospitalizasiyanı və çoxsaylı nekrosekvestrektomiyaları sübut edir.

Laparoskopik müdaxilələr "Rudolf" və Karlz Storz dayağının

standart komplektindən istifadə etməklə həyata keçirilmişdir. Qurğu özündə elektrocərrahi bloku, yuma-sorma sistemini, karbon qazı üfürücüsünü, videoprosessorlu telekameranı, yüksək piksellı monitору və videorekorderi özündə cəmləşdirir.

Cədvəl 2. Kəskin pankreatitin ağırlıq dərəcəsinin radioloji kompüter tomografik indeksi

Balthazar üzrə qradasiya	Ballar	KT -müayinə zamanı vəzin nekroz sahəsi (%-lə)	Ballar
A	0	Nekroz yoxdur	0
B	1	30-dan azdır	2
C	2	30-50	4
D	3	50-dən çoxdur	6
E	4	-	-

ERXPQ özünü öd və mədəaltı vəz axarına kontrast maddə yeridildikdən sonra rentgenoloji müayinə və endoskopiyanın kombinasiyası kimi göstərir. ERXPQ öd yollarının və mədəlatı vəz görünüşünü əldə etməkdən başqa, mədə-bağırsaq sisteminin yuxarı hissəsinə, periampulyar sahədə biopsiya götürməyə və ya cərrahi müdaxilə (sfinkterotomiya, öd daşının xaric edilməsi, öd axarına stentin qoyulması) etməyə imkan verir.

Xəstələrin sonrakı həyat keyfiyyəti SF-36 anketi üzrə qiymətləndirilmişdir.

Materialın statistik işlənməsi. Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Statistik analiz variasiya (orta göstəricilər) və diskriminant (χ^2 -Pirson) üsullarının tətbiqi ilə aparılmışdır. Bütün hesablamalar EXCEL-2013 elektron cədvəlində aparılmışdır.

TƏDQIQAT İŞİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Müşahidə altında olan 135 xəstədən 24-də (17,8%) ERXPQ ilə müalicə aparılmış, 37(27,4%) xəstədə isə konservativ müalicə apa-

rlmışdır. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi ERXPQ-yə göstərişlər öd yollarında konkret və mikrolityaz olduqda, axarlarda konkretin olmasına şübhə olduqda, klinik, laborator və instrumental olaraq biliar pankreatit əlamətləri təsdiq olan xəstələrdə qoyulmuşdur. ERXPQ zamanı stent Oddi sfinkterində ödem olduqda və ya təkrar striktura rast gəlinən xəstələrdə qoyulmuşdur.

Alınmış nəticələrin müqayisəli xarakteristikası məqsədilə həm ERXPQ ilə müalicə aparılmış (I qrup), həm də konservativ müalicə almış (II qrup) xəstələr biliar obstruksiyanın olub olmamasından asılı olaraq iki qrupa (IA və IB; IIA və IIB) bölünmüşlər. Konservativ müalicə aparılan və biliar obstruksiyası olan xəstələr qrupuna (IA) 8 xəstə, biliar obstruksiyası olmayan xəstələr qrupuna isə (IB) 29 xəstə daxil edilmişdir. Endoskopik müalicə aparılmış və biliar obstruksiyası olan xəstələr qrupuna (IIA) 16 xəstə daxil edilmişdir. ERXPQ aparılan və biliar obstruksiyası olmayan xəstələr qrupuna isə (IIB) 8 xəstə daxil edilmişdir. Endoskopik müalicə aparılmış xəstələrin 11-də ERXPQ öd yollarının stentlənməsi ilə yekunlaşdırılmış, 13 xəstədə isə endoskopik müalicə stentsiz aparılmışdır. Tədqiqatımızda xəstələrin hamısında öd daşı xəstəliyi, 24-də (39,3%) xəstədə isə öd yollarında konkret və bununla əlaqədar olan biliar hipertenziya aşkar edilmişdir. Tədqiq olunan hər iki qrup yaş-cins tərkibinə, eləcə də əsas və yanaşı patologiyaların xarakterinə görə oxşar olmuşlar.

Müqayisənin daha informativ olması məqsədi ilə biz hər iki qrupun biliar obstruksiyası olan və olmayan xəstələrdə klinik və laborator göstəricilərin dinamikasının müqayisəli təhlilini aparmışıq.

Müalicəyə başlayan anda IA və IIA qruplar üzrə klinik laborator göstəricilər aşağıdakı kimi olmuşdur.

Müalicəyə başlayan anda biliar obstruksiyası olan bütün xəstələrdə ağrı sindromu müşahidə edilmişdir. Belə ki, biliar obstruksiyası olan və konservativ müalicə aparılan xəstə qrupunda (IA) ağrı 8 (100%), IIA qrupunda 16 (100%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Müalicəyə başlayan anda huşun pozulması müqayisə olunan xəstə qruplarının heç birində qeyd edilməmişdir. Plevral maye IA xəstə qrupunda müşahidə edilmədiyi halda IIA xəstə qrupunda 1 (6,20%)

xəstədə rentgenoloji olaraq plevral boşluqda maye aşkar olunmuşdur ($p=0,470$, fərq statistik dürüst deyildir).

İlkin dəyərləndirmə zamanı laborator göstəricilərin uyğun qruplar üzrə müşahidəsi aşağıdakı kimi olmuşdur. Qanda kreatinin səviyyəsinin yüksəlməsi heç bir xəstədə müşahidə edilməmişdir. Qeyd etdiyimiz kimi kəskin pankreatitin spesifik laborator göstəricilərdən biri qanda amilaza səviyyəsinin yüksəlməsidir. IA qrupunda daxil olma anında qanda amilaza yüksəlməsi 8 (100%), IIA qrupunda isə 16 (100%) xəstədə qeyd edilmişdir. CRZ yüksəlməsi IA qrupun 7 (87,5%) xəstəsində müşahidə ediliyi halda, IIA qrupun 13(81,2%) xəstəsində qeyd edilmişdir ($p=0,699$, fərq statistik dürüst deyildir).

Hematokrit səviyyəsinin enməsi IA qrupun 5 (62,5%) xəstəsində, IIA qrupun isə 9 (56,20%) xəstəsində qeyd edilmişdir. Qruplar arasında fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0,770$).

Müraciət anında qanda bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi hər iki qrupun bütün xəstələrində qeyd edilmişdir. Belə ki, IA qrupda 8 (100%), IIA qrupda isə 16 (100%) xəstədə bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi olmuşdur. Qeyd olunan xəstə qrupunu biliar obstruksiyanın olmaması ilə müşayiət olunan kəskin biliar pankreatitli xəstələrdən əsas fərqləndirən laborator göstərici bizim müşahidəyə əsasən xolestaz göstəricilərinin xüsusən qanda bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi olmuşdur.

Leykositoz biliar obstruksiyası olan və konservativ müalicə aparılan qrupun 5 (62,5%) xəstəsində qeyd olunmuş, analoji göstərici IIA qrupunda 6 (37,5%) xəstədə aşkar olunmuşdur. Fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0,247$).

SİRS əlamətləri IA qrupda 6 (75%) xəstədə qeyd edilmiş, IIA qrupda isə SİRS əlamətləri 14 (87,50%) xəstədə müşahidə edilmişdir ($p=0,439$, fərq statistik dürüst olmamışdır).

Beləliklə biliar obstruksiyası olan və konservativ müalicə və ERPXQ aparılan xəstə qruplarının istər klinik, istərsə də laborator göstəricilər üzrə müqayisəsi qruplar arasında statistik dürüst fərq müəyyən etməmişdir.

Müalicəyə başlayan anda IB və IIB qruplar üzrə klinik və laborator göstəricilər aşağıdakı kimi olmuşdur.

Müalicəyə başlayan anda biliar obstruksiyası olmayan bütün xəstələrdə ağrı sindromu müşahidə edilmişdir. Belə ki, biliar obstruksiyası olmayan və konservativ müalicə aparılan xəstə qrupunda (IB) ağrı 29 (100%), IIB qrupunda 8 (100%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Müalicəyə başlayan anda huşun pozulması müqayisə olunan xəstə qruplarının heç birində qeyd edilməmişdir. Plevral maye istər IB, istərsə də IIB xəstə qrupunda müşahidə edilməmişdir.

İlkin dəyərləndirmə zamanı laborator göstəricilərin uyğun qruplar üzrə müşahidəsi aşağıdakı kimi olmuşdur. Qanda kreatinin səviyyəsinin yüksəlməsi heç bir xəstədə müşahidə edilməmişdir. IB qrupunda daxil olma anında qanda amilaza yüksəlməsi 28(96,6%), IIB qrupunda isə 7 (87,5%) xəstədə qeyd edilmişdir. CRZ yüksəlməsi IB qrupun 22 (75,9%) xəstəsində müşahidə ediliyi halda, IIB qrupun 6 (75%) xəstəsində qeyd edilmişdir ($p=0,960$, fərq statistik dürüst deyildir).

Hematokrit səviyyəsinin enməsi IB qrupun 17(58,60%) xəstəsində, IIB qrupun isə 4(50,0%) xəstəsində qeyd edilmişdir. Qruplar arasında fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0,663$).

Müraciət anında qanda bilirubin səviyyəsinin yüksəlməsi hər iki qrupun heç bir xəstəsində qeyd edilməmişdir.

Leykositoz biliar obstruksiyası olmayan və konservativ müalicə aparılan qrupun 11 (37,9%) xəstəsində qeyd olunmuş, analoji göstərici IIB qrupunda 4 (50,0%) xəstədə aşkar olunmuşdur. Fərq statistik dürüst olmamışdır ($p=0,583$).

SİRS əlamətləri IB qrupda 22 (75,9%) xəstədə qeyd edilmiş, IIB qrupda isə SİRS əlamətləri 4 (50%) xəstədə müşahidə edilmişdir. ($p=0,445$, fərq statistik dürüst olmamışdır).

Beləliklə biliar obstruksiyası olmayan və konservativ müalicə və ERPXQ aparılan xəstə qruplarının müalicəyə başlayan anda istər klinik, istərsə də laborator göstəricilər üzrə müqayisəsi qruplar arasında statistik dürüst fərq müəyyən etməmişdir.

Klinik əlamətlərin və laborator göstəricilərin sonrakı dinamik müşahidəsi göstərmişdir ki, biliar obstruksiyası olmayan qrupda qeyd olunan göstəricilərin dinamikası oxşar tərzdə davam edir. Xəstəliyin gedişatında eyni dərəcədə müsbət dinamika izlənilir. Belə ki, müali-

cənin 10-14-cü günü huşun pozulması və plevral maye IB və IIB qrupun heç bir xəstəsində aşkar olunmamış, ağrı sindromu isə IB qrupun yalnız 1(3,4%) xəstəsində saxlanılmışdır. Kreatinin, amilaza, hematokrit, SİRS göstəriciləri qeyd edilən müddətə hər iki qrup xəstələrdə normallaşmış, CRZ yüksəlməsi və leykositoz IB qrupun uyğun olaraq 3 (10,3%) və 2 (6,9%) xəstəsində aşkar olunmuşdur ($p>0,05$). Müşahidə olunan müsbət dinamika eyni zamanda aparılan radioloji müayinə vasitəsilə də dəstəklənir.

Lakin biliar obstruksiyası olan qrupda isə dinamika fərqli olmuşdur. Biliar obstruksiyası olan və ERPXQ aparılan qrupda klinik və laborator olaraq yaxşılaşma qeyd olunduğu halda, IA qrupda gedişat birmənalı olmamışdır. Belə ki, bu qrupda xolestaz əlamətlərinin, SİRS əlamətlərinin dərinləşməsi müşahidə olunmuş, xəstələrdə pisləşmə qeyd edilmişdir. Müalicənin 10-14-cü günü IA və IIA qruplarda klinik və laborator göstəricilərin dinamikası aşağıdakı kimi olmuşdur. Huşun pozulması IA qrupunun 3 xəstəsində qeyd olunduğu halda IIA qrupun heç bir xəstəsində aşkar olunmamışdır ($p=0,009$). Plevral maye IA qrupun 6(75%) xəstəsində aşkar olunduğu halda, IIA qrupda heç bir xəstədə qeyd olunmamışdır ($p<0,05$). Kreatinin, CRZ, Ht, bilirubin yüksəlməsi, leykositoz, SİRS əlamətləri IA qrupun uyğun olaraq 3(37,5%), 4(50%), 3(37,5%), 5(62,5%), 4(50%) və 5(62,5%) xəstəsində qeyd olunduğu halda, IIA qrupunda bu göstəricilərdən yalnız CRZ yüksəlməsi 1(6,2%) və leykositoz 1 (6,2%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Göstəricilər üzrə fərq statistik düst olmuşdur ($p<0,05$). Dinamik olaraq aparılan USM də bu xəstələrdə zədələnmənin radioloji əlamətlərini aşkar etmiş, intraabdominal kolleksiyalar aşkar olunmuşdur. Qeyd olunan qrupdan 3 xəstədə xəstəliyin progressivləşməsi müşahidə edilərək onlarda açıq cərrahi müdaxilələrin aparılmasına ehtiyac olmuşdur. Qruplar arasında klinik və laborator əlamətlər arasında statistik düst fərq müşahidə edilmişdir.

Bizim fikrimizcə ERPXQ və papillosfinkterotomiya biliar obstruksiya ilə müşayiət olunan kəskin biliar pankreatitlər zamanı aparılması mütləq olan prosedurdur. ERPXQ xəstəlik başlayandan sonra qısa müddət ərzində aparılmalıdır. ERPXQ aparılmasına əks göstəriş

APACHE ilə 20 baldan yuxarı vəziyyət və hipokoaqulyasiyanın olmasıdır. Öd yollarının kontrastlaşdırılması zamanı bizim müşahidəmizdə olan xəstələrdə prosedura bağlı ağırlaşma olmamışdır.

Beləliklə, kəskin biliar pankreatitlər zamanı endobiliar müdaxilələr biliar hipertenziyanın aradan qaldırılması baxımından yüksək effektivliyi ilə xarakterizə olunur. Endobiliar müdaxilələrin tətbiqi kəskin biliar pankreatitlər zamanı ağırlaşmaların qarşısını alır, xəstəxana xərclərinin və hospitalizasiya müddətinin azalmasına gətirib çıxarır.

54 xəstədə konservativ müalicə və ERPXQ prosedurlarından sonra müxtəlif dövrlərdə laparoskopik xolesistektomiya əməliyatı aparılmışdır. Erkən dövrdə aparılan xolesistektomiyaları effektivliyini üəyyən etmək məqsədi ilə xəstələr iki qrupa bölünmüşdür. İki aya qədər müddətdə laparoskopik xolesistektomiya icra olunan xəstələr və iki aydan artıq müddətdə laparoskopik xolesistektomiya aparılan xəstələr.

Xəstələrin yaşları 21 və 67 arasında dəyişməkdə olub, bunlardan 31 qadın, 23 kişi olmuşdur.

İki aydan sonrakı müddətdə əməliyyat olunan xəstədən üçündə təkrari biliar pankreatit hallarının olması qeyd edilmişdir.

Əməliyyat aparılma müddətinə görə qruplar arasında yaşa görə statistik dürüst fərq aşkar olunmamışdır ($p>0,05$).

Əməliyyat edilmə zamanına görə qruplar arasında cinsə görə fərq aşkar edilməmişdir ($p>0,05$).

2 aydan əvvəl əməliyyat edilən xəstələrlə iki aydan sonra əməliyyat edilən xəstələr arasında ağırlıq dərəcəsinə görə statistik fərq aşkar olunmamışdır.

İki aydan əvvəl əməliyyat edilən xəstə qrupunda konversiya 1 xəstədə, iki aydan sonra əməliyyat edilən xəstələrdə isə konversiya iki xəstədə aşkar olunmuşdur (fərq statistik dürüst deyildir).

Əməliyyatdan sonra xəstələrin xəstəxanada qalma müddətləri qruplar arasında müqayisə edilmişdir. Bu zaman qeyd edilən göstərici üzrə qruplar arasında fərq aşkar edilməmişdir ($p=0,162$).

Beləliklə aparılan təhlil sübut etmişdir ki, kəskin biliar pankreatitlərdən sonra erkən dövrdə aparılan laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatları effektivdir və təkrari biliar pankreatitlərin qarşısını alır.

Tədqiqata daxil olan 35 xəstədə cərrahi müdaxilələr azinvaziv üsulların tətbiqi ilə aparılmışdır. Biliar mənşəli ağır steril pankreonekroz olan 17 xəstədə qarın boşluğunda və peripankreatik sahədə maye toplanması müşahidə edilmişdir. USM zamanı kiçik çanaqda və piylik kisəsində bu kolleksiyanın olması və miqdarı təyin edilərək, sonradan müalicə taktikası müəyyənləşdirilmişdir. Mayenin həcmi və yerləşməsinə (qarın boşluğunun hansı anatomik sahələrində olması), sərbəst və yaxud məhdud infiltrasiya (hopmuş) vəziyyətindən asılı olaraq, o mayenin evakuasiya yolları müzakirə edilərək dəqiqləşdirilir.

Laparoskopik sanasiyanın steril pankreonekrozlar zamanı nə vaxt, xəstəliyin başlamasından neçə gün sonra aparılması onun effektivliyinə təsir edən amillərdəndir. Biz tədqiqatda laparoskopik sanasiyanın aparılması müddətinə görə bütün bu xəstələri üç yarımqrupa bölmüşdük. Belə ki, 6 xəstədə laparoskopik sanasiya – xəstəliyin başlanmasından 7 gün sonra, 7 xəstədə - 10 gün sonra, 4 xəstədə - 14 gün sonra aparılmışdır.

7 gündən sonra laparoskopik sanasiya aparılan xəstələrdə aspirasiya zamanı mayenin miqdarı təxminən 3000 ± 190 ml maye, 10 gün sonra aparılan müdaxilələrdə 5000 ± 250 ml, 14 gün sonra isə 6 litr olmuşdur.

17 xəstədə laparoskopik yolla boşluq (peripankreatik 7, pankreatik 9, qarın boşluğunun 1(ilgək arası)) sanasiya və drenaj olunmuşdur. 10 xəstədə - sağalma qeyd edilmiş, 7 xəstədən 5-də isə təkrari laparoskopik sanasiya aparılmasına ehtiyac yaranmışdır. 1 xəstədə konversiya aparılmış və qeyd olunan xəstə açıq cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır.

Beləliklə, əldə eldiyimiz ilkin nəticələr göstərir ki, maye kolleksiyası ilə müşayiət olunan steril pankreonekrozlar zamanı laparoskopik sanasiyanın aparılması üçün ən əlverişli dövr ilk həftənin sonunda olmalıdır.

Seçilmiş taktiki yanaşma digər qrup xəstələrdən fərqli olaraq (ənənəvi müalicə sxemləri) ağır steril pankreane-krozun effektiv idarə olunmasına imkan yaradır.

Məhdudlaşmış infeksiyalaşmış pankreane-krozlar zamanı ən az travmatik və təhlükəsiz üsul USM və KT altında irinli boşluğun radioloji drenajdır. Qeyd olunan müdaxilə 13 xəstədə icra edilmişdir.

Bu qrup xəstələrdən (Radioloji drenaj-13 xəstə, laparoskopik sanasiya - 17 xəstə, kombinə olunmuş əməliyyat- 5 xəstə, cəmi 35 xəstə) müxtəlif növ ağırlaşmalar 12 xəstədə qeyd olunmuşdur. Müşahidə olunan ağırlaşmalardan 1 xəstədə arroviziv postoperativ qanaxma, 1 xəstədə abses formalaşması, 1 xəstədə pankreatik fistula, 1 xəstədə mədə bağırsağ qanaxması, 1 xəstədə əməliyyatdaxili qanaxma qeyd edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə sepsis, poliorqan çatmamazlığı əlamətləri 5 xəstədə qeyd edilmişdir. Ölüm 3 nəfərdə qeyd edilmişdir. 1 xəstədə ölümün səbəbi arroviziv qanaxma, 2 xəstədə isə progressivləşən poliorqan çatmamazlığı olmuşdur.

Qeyd olunan qrupda açıq cərrahi əməliyyatlar 39 xəstədə aparılmışdır. Kəskin İnfeksiyalaşmış pankreane-krozu olan 28 xəstədə əməliyyatlar laparotomiya, 6 xəstədə isə lumbotomiya kəsiyindən istifadə etməklə aparılmışdır. 5 xəstədə əməliyyat kombinə olunmuş – laparotomiya və lumbotomiya kəsikləri aparılmaqla icra edilmişdir. Bu xəstələr klinikaya xəstəlik başlanandan 3 sutka sonra daxil olmuşdur. Açıq əməliyyata göstəriş bütün hallarda USM zamanı qarın boşluğunda sərbəst mayenin aşkar edilməsi, kontrastlı KT və incə iynə aspirasiyası və bakterioloji olaraq infeksiyalaşmış pankreane-kroz təsdiq edilməsi olmuşdur, 2 xəstədə isə pankreane-kroz intra-operation olaraq müəyyən edilmişdir. Qeyd olunan bu xəstələrdən biri əməliyyata kəskin bağırsağ keçməməzliyi diaqnozu ilə, digəri isə kəskin destruktiv xolesistit diaqnozu ilə alınmışdır.

Laparotomiya zamanı 15 xəstədə mədəaltı vəzin nekrotik proseslə total zədələnməsi, 13 xəstədə mədəaltı vəzin quyruq hissəsinin, 5 xəstədə isə prosesin daha çox mədəaltı vəzi baş hissəsində olması diqqəti cəlb etmişdir.

İstər azinvaziv əməliyyatlar, istərsə də açıq əməliyyatlardan sonra xəstələrdə müxtəlif xarakterli ağırlaşmalar qeyd olunmuşdur.

Bizim tərəfimizdən açıq və azinvaziv əməliyyatlardan sonra rast gələn ağırlaşmalarda əməliyyat növü faktorunun qeyd olunan ağırlaşmaların yaranmasında təsir gücü öyrənilmişdir. Bəzi ağırlaşmalarda açıq əməliyyat faktorunun gücü yüksək rəqəmlərlə xarakterizə olunur. Belə ki, eventrasiya (5,41%), bağırsağ fistulası (2,56%), təkrari abses və fleqmonaların yaranması (4,02%), təkrar əməliyyatın aparılması (3,98%) kimi ağırlaşmalarda açıq əməliyyat faktorunun təsir gücü yüksək olmuşdur.

Bir xəstəyə düşən ağırlaşma sayı açıq əməliyyatlar qrupunda 1,23, azinvaziv əməliyyatlar qrupunda isə 0,51 olmuşdur ($p=0,02$, fərq statistik düstür).

Əməliyyatdan sonra müxtəlif dövrlərdə 8 xəstədə ölüm qeyd edilmişdir. Ölümün səbəbi 6 xəstədə dərin endogen intoksikasiya fonunda artan ürək-ağciyər çatmaması olmuşdur. Digər xəstədə ölüm əməliyyatdan 1 ay sonra müşahidə olunan profuz mədə bağırsağ qanaxması fonunda baş vermişdir. Digər xəstədə sanasion relaparotomiyadan (ilk əməliyyatdan sonra 8-ci gün) 4 sutka sonra baş verən şiddətli arrovaziv qanaxma müşahidə edilmiş və ölüm baş vermişdir.

Kəskin biliar pankreatitin müxtəlif növləri və pankreonekroza görə müxtəlif cərrahi əməliyyatlar icra edilmiş 74 xəstədən 44-ü bizim tərəfimizdən izlənərək onların həyat keyfiyyətləri SF-36 anketi üzrə qiymətləndirilmişdir. Bunlardan 19-u açıq əməliyyat qrupuna, 25-i isə azinvaziv əməliyyatlar qrupuna aid olmuşdur. Xəstələrin müşahidə müddəti 5 il təşkil etmişdir.

Bir ildən sonra hər iki qrupun uyğun göstəriciləri arasındakı fərq sağlamlığın fiziki komponentindəki fiziki fəaliyyətlə şərtlənən rol fəaliyyəti istisna olmaqla ($p>0,05$) bütün kateqoriyalar üzrə statistik düstür olmuşdur ($p<0,05$). Sağlamlığın psixoloji komponentinə gəlincə, burada psixi sağlamlıq və sosial fəaliyyət kateqoriyaları arasındakı fərq qeyri-düstür ($p>0,05$), digər hallarda isə düstür olmuşdur ($p<0,05$).

Qeyd edilən xəstələr arasında 3 il sonra aparılan anket sorğusunda da oxşar nisbətlər əldə olunmuşdur. Belə ki, həm nəzarət, həm

də əsas qrupa daxil olan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin göstəriciləri artsa da onlar arasındakı nisbət demək olar ki, dəyişməmişdir.

Beş ildən sonra aparılmış SF-36 anket sorğusunun nəticələri göstərmişdir ki, hər iki qrupda sağlamlığın fiziki və psixoloji komponentlərinin göstəriciləri artmaqda davam edir. Laparoskopik sanasiya, USM və KT-nin nəzarəti altında həyata keçirilən drenləşdirmə əməliyyatları icra olunan xəstələr qrupunda bu daha qabarıq nəzərə çarpır.

Beləliklə, yekun olaraq qeyd etmək lazımdır ki, ERPXQ tətbiqi biliar obstruksiyası olan yüngül və orta ağır pankreatitlərdə kifayət qədər effektiv vasitə ola bilər. ERPXQ tətbiqi xəstəliyin ilk günlərində aparılmalıdır.

USM nəzarəti altında drenləşdirməni məhdud pankreatik və peripankreatik mayı yığıntısı olan xəstələrdə, əsas etibarilə xəstəlik başlayandan 5 və daha çox həftə sonra tətbiq etmək məqsədəuyğundur.

Kəskin nekrozlaşan infeksiyalaşmış pankreatit zamanı laparoskopik sanasiya son cərrahi müalicə metodu kimi istifadə edilə bilər. Belə ki, əməliyyatlardan sonra inkişaf edən ağırlaşmaların, letallığın, eləcə də uzaq nəticələrin və həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi açıq əməliyyatlar keçirən xəstələrlə müqayisədə laparoskopik sanasiyanın daha effektiv olduğunu sübut edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Biliar obstruksiya ilə müşayiət olunan kəskin biliar pankreatitlərin müalicəsi zamanı ERPXQ tətbiqi biliar obstruksiya olmayan qrupla müqayisədə klinik laborator göstəricilərin nisbət dinamikası ilə nəticələnir. Huşun pozulması (37,5%), plevral maye (75,0%), kreatinin, CRZ yüksəlməsi (37,5%), bilirubin (50%), SİRS (62,5%) olduğu halda ERPXQ aparılan qrupda qeyd olunan göstəricilərdən yalnız CRZ yüksəlməsi 6,2% xəstədə izlənilmişdir ($p < 0,05$). Biliar obstruksiyası olmayan qrupda isə qeyd olunan göstəricilərin dinamikası oxşar olmuşdur. CRZ yüksəlməsi uyğun olaraq 10,3% və 12,5%, SİRS 13,8% və 12,5% ($p > 0,05$) olmuşdur.

2. Kəskin biliar pankreatitlərdə erkən dövrdə, eyni hospitalizasiya müddətində aparılan laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatları zamanı əməliyyat müddəti orta hesabla 72,1 dəq, xəstəxanada qalma müddəti və konversiya göstəriciləri uyğun olaraq 3,2 gün, 3,8% olduğu halda 2 aydan sonra əməliyyat olunan xəstələrdə bu göstəricilər uyğun olaraq orta hesabla 67,5 dəq, 2,8 gün və 7,1% olmuşdur ($p > 0,05$).
3. Azinvaziv texnologiyaların tətbiqi ilə əməliyyat olunan xəstələrdə yaxın dövrdə 1 xəstədə rast gəlinən ağırlaşma sayı $0,51 \pm 0,12$, açıq əməliyyat qrupunda isə $1,23 \pm 0,18$ olmuşdur ($p = 0,002$). Azinvaziv texnologiyaların tətbiqi ilə əməliyyat olunan xəstələrdə uzaq dövrdə 1 xəstədə rast gəlinən ağırlaşma sayı $0,26 \pm 0,09$, açıq əməliyyat qrupunda isə $0,77 \pm 0,14$ olmuşdur ($p = 0,003$).
4. Azinvaziv və açıq əməliyyatlar tətbiq olunan qruplarda 5 ildən sonra xəstələrin həyat keyfiyyəti SF-36 sorğu kartası ilə GH $59,9 \pm 7,9$ və $78,8 \pm 3,9$ ($p < 0,05$), MH $59,8 \pm 6,2$ və $82,9 \pm 4,3$ ($p < 0,05$) olmuşdur

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Kəskin biliar pankreatitlər zamanı ERPXQ aparılmasına göstərişlər düzgün seçilməlidir. Bu zaman istər kliniki, laborator olaraq, istərsə də instrumental olaraq xəstələrdə biliar obstruksiya olub olmamasına diqqət yetirilməlidir.
2. ERPXQ əməliyyatı biliar obstruksiyası olan xəstələrdə xəstəliyin ilk günlərində icra edilməlidir.
3. Sonrakı dövrdə residiv biliar pankreatitlərin qarşısının alınması məqsədilə erkən dövrdə laborator göstəricilər normallaşdıqdan sonra laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı icra edilməlidir.
4. Azinvaziv əməliyyatların icrası göstəriş olan xəstələrdə erkən vaxtlarda aparılması məqsədəuyğundur.
5. Uzaq dövrdə mədəaltı vəzi axarı ilə əlaqəli olan qalıq boşluqların müalicəsində drenləmə əməliyyatları mədəaltı vəzi

əsas axarının endoskopik drenlənməsi ilə bərabər aparılmışdır.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ CAP OLUNMUŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Qasımov, N.A., Kazımzadə, C.R. Kəskin biliar pankreatitli xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya // - Bakı: Sağlamlıq – 2017. №2, - s.29-32.
2. Qasımov, N.A., Kazımzadə, C.R. Kəskin biliar pankreatitlərdə ERPXQ // - Bakı: Sağlamlıq, - 2017. №3, - s.191-196.
3. Касумов, Н.А., Казымзаде, Дж.Р. Ахундов Э.Д. Применение лапароскопии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита // - Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, - 2017. №1, - s. 121-126.
4. Касумов, Н.А., Казымзаде, Дж.Р. Особенности диагностики острого билиарного панкреатита // - Bakı: Cərrahiyyə, - 2017. №2, - s.114-117.
5. Qasımov, N.A., Kazımzadə, C.R. Mikrolitiaz zamanı təkrarlayan kəskin biliar pankreatitlərin müalicəsi və profilaktikası // - Bakı: Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2017. №3, - s.114-117.
6. Касумов, Н.А., Казымзаде, Дж.Р. Малоинвазивная хирургия у беременных с острым билиарным панкреатитом // - Bakı: Биомедицина, - 2017. № 3, - s.45-49.
7. Qasımov, N.A., Kazımzadə, C.R. Kəskin pankreatit ağırlaşmalarının azinvaziv endoskopik metodlarla müalicəsi // - Bakı: Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2017. №2, - s.131-135.
8. Kazımzade, J.R. Evaluation of clinical severity of patients with acute pancreatitis in the emergency department // - Киев: Хірургія України, - 2017. №4, - с. 41-46.
9. Kazımzade, J.R. Life quality of patients after acute destructive pancreatitis // - Киев: Вісник проблем біолг. медицини, - 2019. № 4, - с. 94-97.

10. Kazımzadə, C.R. Kəskin pankreatitli xəstələrdə Atlanta 2012 təsnifatına uyğun olaraq cərrahi taktikanın optimallaşdırılması 5 // International Medical Congress, - Bakı: - 2018, s11
11. Kazımzadə, C.R. Kəskin pankreatitli xəstələrdə maye kolleksiyalarının radioloji nəzarət altında drenləşdirilməsi 5 // International Medical Congress, - Bakı: - 2018, - p. 11
12. Результаты хирургического лечения острого некротического панкреатита и факторы влияющие на смертность // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума, Россия, Москва: - 2019 – p. 61-62
13. Experience of using minimally invasive interventions in infected pancreanecrosis // X international Scientific Conference, Germany, Munich: - 2019. – p. 66-69

Dissertasiyanın müdafiəsi ___ 19 ___ may ___ 2021ci ___ il tarixində saat ___ 14:00 ___ Ə.Əliyev ad.Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləş- dirmə İnstitutunun nəzdində fəaliyyət göstərən FD 2.11 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1012, Bakı ş., Müzəffər Həsənov 35

Dissertasiya ilə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq mümkün dür. Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları <http://www.adhti.edu.az> rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat ___ 9 ___ aprel 2021 ci _ il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: 05.04.2021

Kağızın formatı: A5

Həcm: 39307

Tiraj: 100