

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ
AKAD. M.A.TOPÇUBAŞOV adına ELMİ CƏRRAHİYYƏ
MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

SƏKİNƏ FƏRMAYIL QIZI XUDİYEVA

KƏSKİN PANKREATİTİN MÜXTƏLİF MÜALİCƏ
METODLARININ MÜQAYİSƏLİ ANALİZİ

3213.01-«Cərrahlıq»

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2014

Dissertasiya işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ümumi cərrahiyyə - 1 kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb üzrə elmlər doktoru

N.A.QASIMOV

Rəsmi opponentlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

M.M.MƏMMƏDOV

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

R.Ə.QULİYEV

Aparıcı müəssisə:

Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahi xəstəliklər- I kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “_19_” _05_ 2014-cü il tarixdə, saat “_____” –da akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 03.061 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ.,1122 Bakı şəh., Şərifzadə küç.196,konfrans zalı

Dissertasiya işi ilə akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “_____” _____2014-cü il tarixdə göndərilmişdir.

**FD 03.061 Dissertasiya Şurasının
elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru**

İ.L.Kazımov

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemnin aktuallığı. Əhalinin kəskin pankreatitlə xəstələnmə hallarının artması və letallıq göstəricilərinin hələ də yüksək olaraq qalması (25-80%) ilə əlaqədar olaraq kəskin pankreatitin yeni müalicə metodlarının işlənilib hazırlanması aktual məsələlərdəndir [Ağayev B.A., 2007; Решетников Е.А., 2005; Сухоруков А.Л., 2005]. Kəskin destruktiv pankreatitin ciddi ağırlaşmalarından olan pankreonekrozun rastgəlmə tezliyi də bütün dünyada artmağa meyllidir [90]. Onun adekvat müalicəsinin xərcləri ciddi iqtisadi problem yaradır, hətta ixtisaslaşmış stasionarlarda letallıq steril pankreonekrozlarda 11-25%, infeksiyalaşmış pankreonekrozlarda isə 60-80%-ə çatır [Биссет Р., Хан А., 2001; Зурабиани В.Г., 2007]. Bu ağır xəstəliyin cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün klinik praktikaya daim yeni diaqnostik və müalicə texnologiyaları tətbiq edilir [Кузнецов Н. А., 2005, Данилов М.В., 1995].

Müalicə məsələlərini həll etmək üçün kəskin pankreatitin patogenezi dərinlən başa düşmək lazımdır ki, bu da çox mürəkkəb məsələlərdən olub mədəaltı vəzin destruksiyasına səbəb olan başlanğıc amillərdən çox asılıdır [Гагушин В.А., 1988; Александров Д.А., 2002]. Xəstəliyin növbəti proqressivləşməsi mədəaltı vəzin izolə olunmuş zədələnməsi ilə məhdudlaşmır və bir çox hallarda poliorqan xarakteri daşıyır [Reber H.A. 2002; Афанасьев А.Н., 2008].

Əksər müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, poliorqan ağırlaşmalarının inkişaf tezliyi 60,8-96,5% həddində dəyişir [Runkel N.S., 1995; Wilson P.G., 1998]. Ürək-damar sisteminin, ağciyərlərin, qaraciyərin, böyrəklərin funksiyasının pozulması ilə müşayiət olunan erkən ağırlaşmalar daha ciddi təhlükə təşkil edir və yüksək letallığın əsas səbəblərindəndir [Пыраев А.В., 2007].

Hazırkı dövrdə də kəskin pankreatitli xəstələrin daha optimal müalicə taktikasının axtarışları davam edir. Klinik praktikaya effektiv diaqnostika və müalicə texnologiyalarının tətbiq edilməsi vəzin axacaqlarında və parenximasında cərrahi müdaxilələrin həcm seçimini genişləndirməyə imkan verir [Гельфанд Б.Р., 2008; Carter R. 2003].

Çoxdan məlum olan drenləşdirici əməliyyatlar və rezeksiyalarla yanaşı ultrasəs datçiklərindən, endoskoplardan, laparoskopik və mini-laparotomik alətlərdən istifadəyə əsaslanan çoxlu sayda az invaziv əməliyyatlar mövcuddur [Bradley E. L., 1993; Borie F, 2003]. Destruktiv pankreatitin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasında müəyyən perspektivlər qarın boşluğunun laparoskopik drenləşdirilməsi və yüksək

toksiki eksudatın xaric edilməsi ilə əlaqədar ola bilər [Ревтович М.Ю., 2004; Пулатов О.Х. 2008]. Lakin çoxsaylı ədəbiyyat məlumatları sübut edir ki, kəskin destruktiv pankreatitlərdə letallıq səviyyəsi yüksək səviyyədə qalmaqda davam edir [Федорук А.М., 2002; Савельев В.С., 2003].

Beləliklə, kəskin destruktiv pankreatitlərdə konservativ və cərrahi müalicə taktikasının optimallaşdırılma yollarının axtarışı aktual məsələdir və vacib praktiki əhəmiyyət kəsb edir. Yuxarıda təsvir edilənlər hazırkı tədqiqat işinin aparılmasını qarşıya məqsəd kimi qoymuşdur.

Tədqiqatın məqsədi

Tədqiqatın əsas məqsədi kəskin pankreatitin destruktiv formalarının cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri

1. Kəskin pankreatitli xəstələrin optimal müalicə metodlarının işlənilib hazırlanması və tətbiq edilməsi;
2. Kəskin pankreatitin müxtəlif cərrahi müalicə metodlarının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi;
3. Kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələrinin öyrənilməsi;
4. Kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsindən sonra həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi.

Tədqiqatın elmi yeniliyi

Kəskin destruktiv pankreatitli xəstələrdə zədələnmiş ocağın sanasiyasının seçilməsindən asılı olaraq, irinli ağırlaşmaların inkişaf tezlikləri arasında nisbi əlaqə müəyyən olunmuşdur. Bunun əsasında, kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsində konkret metodun icrası üçün xəstələrin seçim meyarları işlənilib hazırlanmışdır.

Kəskin pankreatitlərdə nekroz zonasının cərrahi sanasiyasının müxtəlif metodlarının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi həyata keçirilmişdir. Müasir texnologiyalardan (laparoskopik sanasiya və s.) istifadə etməklə kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsinə göstərişlər dəqiqləşdirilmişdir.

Kəskin pankreatitin mərhələ, xarakter və ağırlaşmalarının inkişafından asılı olaraq, daha optimal müalicə taktikası müəyyənləşdirilmişdir.

Müdafiyə təqdim olunan əsas müddəalar

1. Kəskin pankreatitin müalicəsində sandostatin ilk saatlardan etibarən tətbiq edildikdə effektivdir. Lakin, nekroz formalaşdıqda effektsizdir.
2. Kəskin pankreatitdə təcili cərrahi əməliyyata göstəriş kompleks müayinələr-kompüter tomoqrafiya, nazik iynə ilə aspirasiya, iltihaba qarşı sistem reaksiyası sindromu olması əsasında qoyulmalıdır.
3. Kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsində az invaziv üsullara üstünlük verilməlidir.
4. Az invaziv əməliyyatların icrası həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması və letallığın azalması baxımından daha müsbət nəticələr verir.

İşin praktiki əhəmiyyəti

Konservativ müalicənin tam həcimdə aparılması xəstəliyin ağır formaya keçməsinə azaldır, cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırır. Təklif edilən yeni cərrahi üsulların tətbiqi kəskin pankreatitin ağırlaşmalarını və ölüm faizini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa imkan verir, xəstələrin həyat keyfiyyətinin dürüst şəkildə yaxşılaşmasına kömək edir.

İşin ilkin müzakirəsi və klinik tətbiqi

Tədqiqatın nəticələri Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Cərrahiyyə kafedrasının və 3 saylı Bakı şəhər klinik xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsinin əməkdaşlarının birgə elmi konfransında (06.05.2013), XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresində (13-15.09.2013), H.Ə.Əliyevin 90 illik yubileyinə həsr olunmuş “Xəstəxanadaxili İnfeksiyalar, Antibiotiklərə Rezistentlik, Dezinfeksiya, Antiseptika və Sterilizasiya Problemləri” Beynəlxalq Simpoziumunda (03-04.05.2013) və akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Aprobasiya Şurasında (17.01.2014) məruzə olunaraq müzakirə edilmişdir. Nəticələr Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Cərrahiyyə klinikasında və 3 saylı Bakı şəhər klinik xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsində tətbiq edilmişdir.

Çap olunmuş elmi işlər

Dissertasiya mövzusu üzrə 6 jurnal məqaləsi və 3 tezis çap edilmişdir ki, bunlardan da 1-i xarici jurnalda dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın quruluşu və həcmi

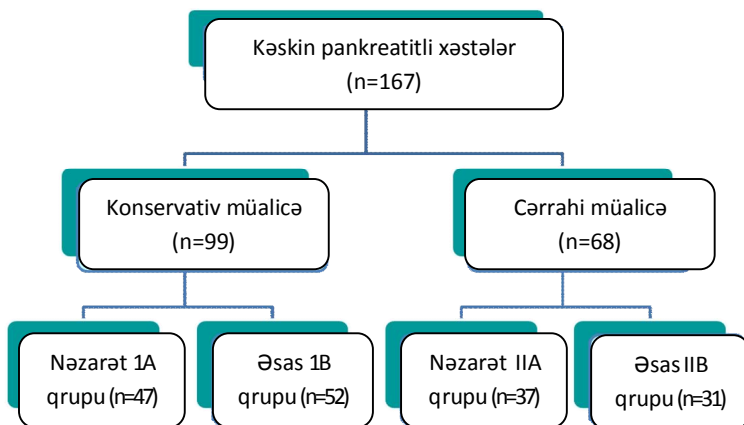
Dissertasiya işi 145 kompüter səhifəsində yazılmışdır, giriş, ədəbiyyat icmal, 4 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyyələr və ədəbiyyat

siyahısından ibarətdir. Dissertasiyada 24 cədvəl və 17 şəkil verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 15 vətən və 181 xarici mənbəni əhatə edir.

İŞİN ƏSAS MƏZMUNU

Klinik material və müayinə metodları. Dissertasiya işinin obyektini müxtəlif üsullarla konservativ və cərrahi müalicələr aparılmış kəskin pankreatitli xəstələr təşkil etmişdir. Tədqiqatın predmeti kəskin pankreatitli xəstələrin müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədilə mövcud üsulların təkmilləşdirilməsi və yeni üsulların tətbiq edilməsi olmuşdur.

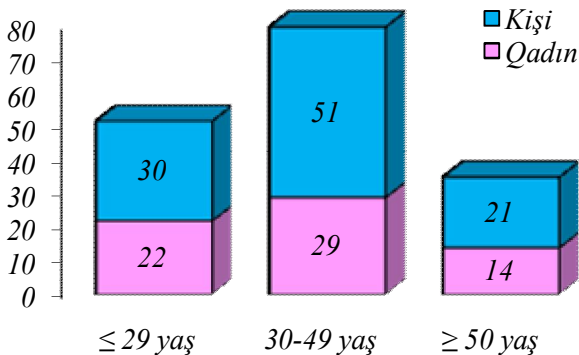
Tədqiqat işi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun ümumi cərrahiyyə I kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Tədqiqatda 2007-2013-cü illər ərzində kəskin destruktiv pankreatitin müxtəlif klinik-morfoloji forması ilə daxil olmuş 167 xəstənin müalicəsinin nəticələri təhlil olunmuşdur. Konservativ müalicə 167 xəstədən 99-da (59,3%) aparılmış, qalan 68 (40,7%) xəstədə isə müxtəlif cərrahi əməliyyatlar həyata keçirilmişdir (şəkil 1). Nəticələrin müqayisəli xarakteristikası məqsədilə həm konservativ, həm də cərrahi müalicələr almış xəstələr iki qrupa bölünmüşdür. Konservativ müalicə almış xəstələrin nəzarət qrupuna (IA) 2007-ci ildən 2010-cu ilə qədər olan dövrdə stasionarda müalicə almış 47 xəstə daxil edilmiş və onların müalicələrinin nəticələri arxiv materialları əsasında retrospektiv təhlil olunmuşdur. Bu xəstələr kəskin pankreatitin kompleks ənənəvi konservativ müalicəsini almışlar. Konservativ müalicə almış xəstələrin əsas qrupuna (IB) 2010-cu ildən 2013-cü ilə qədər olan dövrdə klinikada müşahidə etdiyimiz 52 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrin konservativ müalicə kompleksinə somatostatin preparatı – sandostatin əlavə edilmişdir. Konservativ müalicə almış nəzarət qrupuna (IA) daxil olan xəstələrdə aşağıdakı ənənəvi müalicə həyata keçirilmişdir: infuzion terapiya, ağrıkəsici vasitələr, antibakterial və antiferment preparatları, mədə və mədəaltı vəz sekresiyasının selektiv blokatorları, hissəvi parenteral qidalanma və respirator dəstək. Konservativ müalicə almış əsas qrupa (IB) daxil olan xəstələr də analoji sxemlə müalicə almışlar, lakin müqayisə (nəzarət) qrupundan fərqli olaraq burada müalicə kompleksinə sandostatin preparatı da daxil edilmişdir. Sandostatin (oktreotid) somatostatin hormonunun sintetik törəməsi olub, onunla oxşar farmakoloji effektdə və daha uzun müddətli təsirə malikdir.



Şəkil 1. Tədqiqat qrupları

Cərrahi müalicə almış xəstələr də iki qrupa bölünmüşdür. Nəzarət qrupuna (IIA) 2007-2010-cu illər ərzində əməliyyat olunmuş 37 xəstə daxil edilmişdir. Bu qrupda ənənəvi açıq cərrahi müdaxilələrdən istifadə olunmuşdur. Əsas qrupa (IIB) qapalı əməliyyat üsulları (laparoskopik və USM nəzarəti altında) və az invaziv yarımçıq cərrahi sanasiya metodları tətbiq edilmiş 31 kəskin pankreatitli xəstə müşahidə altında olmuşdur. Laparoskopik sanasiya bizim 23 xəstədə - fulminant pankreonekrozlu - 5 və infeksiyalaşmış pankreonekrozlu - 18 xəstədə təcili göstərişlər üzrə yerinə yetirilmişdir. Xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, infeksiyalaşmış və persistəedici steril pankreonekrozlu xəstələrdə nekrektomiyanın, mədəaltı vəzin rezeksiyasının və nekrotik kütlələrin təmizlənməsinin xəstəlik başlayandan 4 həftədən artıq vaxt keçdikdən sonra yerinə yetirilməsi həm yaşama müddətini kəskin yaxşılaşdırmağa, həm də ağırlaşmaların sayını əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa imkan verdi.

Tədqiq olunan qruplardakı xəstələrin yaşa və cinsə görə paylanması şəkil 2-də əks olunmuşdur. Bu cədvəldən göründüyü kimi, xəstələrin yaş və cins tərkibi həm konservativ, həm də cərrahi müalicələr almış müqayisə qruplarında praktiki olaraq fərqlənmir ki, bu da hadisələri lazımi dərəcədə dürüstlüklə təhlil etməyə imkan vermişdir.



Şəkil 2. Tədqiqatın kontingenti

Laborator müayinələrə aşağıdakılar daxil edilmişdir: ənənəvi metodlarla yerinə yetirilən qanın və sidiyin ümumi analizi, intoksikasiyanın leykositar indeksinin (İLİ) hesablanması Я.Я.Кальф–Калиф metodu ilə həyata keçirilmişdir. Biokimyəvi göstəricilərdən ümumi zülalın, sidik cövhərinin, kreatininin, bilirubinin, kalsiumun səviyyəsi, amilazanın aktivliyi, alaninaminotransferazanın və aspartataminotransferazanın səviyyəsi ümumi qəbul olunmuş metodlarla təyin edilmişdir. Hemostaz sisteminin qiymətləndirilməsi üçün protrombin vaxtı Kvik metodu ilə, trombin vaxtı Biggs-Macfarlane metodu ilə, fibrinogen isə Rutberg metodu ilə təyin edilmişdir. Mikrobioloji müayinələr Ə.Əliyev adına Həkimləri təkmilləşdirmə institutunun mərkəzi elmi-tədqiqat bakterioloji laboratoriyasında aparılmışdır. Əməliyyatözü və intraoperasion USM «Siemens –SL 2» ultrasəs diaqnostika aparatında tezliyi 2-3,5 MHz olan datçıkdən istifadə etməklə aparılmışdır. Kəskin pankreatit mədə-bağırsaq qanaxması ilə ağırlaşmış 28 (16,8%) xəstədə «Olympus» firmasının fibroskopu ilə fibrozofaqoqastroduodenoskopiya (FEQDS) həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat zamanı alınmış bütün rəqəm göstəricilərinin müasir tövsiyyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlili aparılmışdır. Qruplardakı göstəricilər variyasion sıraya düzülmüş və hər bir variyasion sıra üçün orta hesabi göstərici (M), bu göstəricinin orta kvadratik meyli (σ), standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır.

İlkin mərhələdə parametrik üsullardan, sonrakı mərhələdə

qruplardakı göstəricilərin sayı nəzərə alınaraq göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – Uilksokson (Mann-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur. Bütün hesablamalar EXCEL-2003 elektron cədvəlində aparılaraq, alınmış nəticələr cədvəllər və diaqramlarda verilmişdir.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Biz kəskin pankreatitin müxtəlif formaları olan 167 xəstədə konservativ və cərrahi müalicələrin bilavasitə nəticələrini təhlil etmişik.

Konservativ müalicə almış IA və IB qrup xəstələrin stasionara qəbul olma vaxtları praktiki cəhətdən demək olar ki, fərqlənməmişdir. Eyni hal cərrahi müalicə almış IIA və IIB qrup xəstələrdə də qeyd edilmişdir.

Konservativ müalicə almış əsas və nəzarət qrupu xəstələrinin böyük əksəriyyətində (72,7%) vəzdə interstisial ödem əlamətləri olmuşdur. Bu zaman əsas və nəzarət qrupları arasında verilmiş göstərici üzrə fərq statistik qeyri-dürüst olmuşdur ($p>0,05$). Hər iki qrupda 18 (18,2%) xəstədə steril pankreonekroz qeyd edilmişdir, 9 (9,1%) xəstələrdə isə infeksiyalaşmış pankreonekroza rast gəlinmişdir.

Cərrahi müalicə almış xəstələrin böyük əksəriyyətində (83,8%) mədəaltı vəzin nekroz əlamətləri olmuşdur. IIA və IIB qrupları arasında da verilmiş göstərici üzrə fərq statistik qeyri-dürüst olmuşdur ($p>0,05$). Hər iki qrupda 14 (20,6%) xəstədə steril, 54 (79,4%) xəstədə isə infeksiyalaşmış pankreonekroza rast gəlinmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, IIA və IIB qruplarda mədəaltı vəzin total nekrozu və iri ocaqlı pankreonekrozlu xəstələr olmamışdır. Hər iki qrupda 12 (17,6%) xəstədə peritonit və peripankreatik fleqmonanın inkişafı qeyd edilmişdir. 16 xəstədə (23,5%) xəstəliyin inkişafına alkohol qəbulu, 45-də (66,2%) öddəsi xəstəliyi, 7-də (10,3%) isə digər amillər səbəb olmuşdur.

IA qrupda xəstələrin 8-də (17%) daşlı xolesistit və USM zamanı bu qrup xəstələrin hamısında mədəaltı vəzin həcmnin zədələnmiş böyüməsi aşkar edilmişdir. IB qrupda isə 8 (15,4%) xəstədə öd kisəsində daşın olması və bütün xəstələrdə mədəaltı vəzin böyüməsi müəyyən edilmişdir. Xolelitolitiaz nəticəsində ümumi öd axarının dilatasiyası və hipertenziyası IA qrupda 2 (4,3%), IB qrupda isə 4 (7,7%) xəstədə qeyd olunmuşdur.

IA qrupda aydın nəzərə çarpan ağrı sindromu 29 (55,8%) xəstədə saxlanmışdır. Bu xəstələrə gündə 2 dəfədən çox analgetiklərin yeridilməsi lazım gəlmişdir. Orta intensivlikli ağrılar bu qrupun 12 (23,1%) xəstəsində

qeyd edilmişdir. Ənənəvi konservativ müalicə aparılan zaman 5 (10,6%) xəstədə üçüncü gün ağrının intensivliyinin azalması qeyd edilmişdir.

IB qrupda - 100 mq-dan gündə 3 dəfə sandostatin qəbul edən xəstələrdə ağrı sindromu 29 (55,8%) xəstədə az nəzərə çarpan olmuşdur. Gündə 2 dəfədən çox olmayaraq analgetiklərin yeridilməsini tələb edən orta intensivlikli ağrı sindromu 12 (23,1%) xəstədə, 2 dəfədən çox qeyri-narkotik analgetiklərin yeridilməsini tələb edən güclü ağrılar isə 11 (21,1%) xəstədə saxlanmışdır.

Müalicəyə başladıqdan 5-7 gün sonra IB qrupun 45 (86,5%) xəstəsində ağrı sindromu praktiki olaraq tamamilə, 13% xəstələrdə isə analgetiklərin birdəfəlik yeridilməsi ilə aradan qaldırılmışdır. IA qrupda isə ağrı sindromu demək olar ki, xəstələrin yarısında – 22 (46,8%) xəstədə saxlanmış, 15-də (31,9%) tam aradan qalxmış, 10 (21,3%) xəstədə isə onun intensivliyi azalsa da gündə 1 dəfədən az olmayaraq analgetiklərin yeridilməsini tələb olunmuşdur.

Tədqiqatlar göstərmişdir ki, sandostatin preparatının dozasının (100 mq-dan gündə 3 dəfə) və yeridilmə müddətinin (2 həftədən çox) artırılması sistemli iltihabi cavab sindromu saxlanılan və Marshall üzrə balları 2-dən artıq olan xəstələrdə müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırma bilmir.

Beləliklə, müəyyən olunmuşdur ki, kəskin pankreatitin müalicəsində sandostatinin tətbiqi infeksiyalaşmamış yüngül və orta ağır pankreatitlərdə kifayət qədər effektiv vasitə ola bilər. Sandostatinin təyini müalicənin birinci günündən nekrozun inkişafına və qarın boşluğunda, eləcə də peripankreatik sahədə maye yığıntılarının inkişafına qədər həyata keçirmək lazımdır. Infeksiyalaşmamış pankreonekrozlarda, eləcə də kəskin psevdosistin inkişafı zamanı sandostatinin istifadəsi effektsizdir.

Kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsi zamanı tətbiq olunan cərrahi müdaxilələrin hər üç növünün yaxın və uzaq nəticələrini təhlil edərkən biz aşağıdakırı müəyyən etmişik.

Laparotomiya, piylik kisəsi və qarın boşluğunun sanasiyası, nekrektomiya, piylik kisəsinin dörd drenaj vasitəsilə uzunmüddətli drenləşdirilməsi əməliyyatı icra edilmiş 19 xəstədə bir sıra erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara rast gəlinmişdir. Belə ki, 19 xəstədən 3-də (15,8%) pnevmoniya, 1-də (5,2%) yoğun bağırsaq fistulası, 1-də (5,2%) nazik bağırsaq fistulası və 1-də (5,2%) isə təcili relaparotomiya tələb edən əməliyyatdan sonrakı qanaxma inkişaf etmişdir. Qeyd etdiyimiz texnikadan istifadə etdikdə meydana çıxan ümumi ağırlaşmaların tezliyi 31,6% (6 xəstə) təşkil etmişdir. Qeyd edilən yarımqrupda letallıq 15,8% (3 xəstə) təşkil etmişdir.

Poliuretan səhfə ilə izolyasiya, aspirasiya və qarın boşluğunda mənfi təzyiq yaratmaq üçün xüsusi qurğu qoşulan açıq metodun tətbiq edildiyi xəstələr yarımqrupunda (10 xəstə) aşağıdakı erkən nəticələr əldə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu metod nazik iynə ilə aspirasiya və kompüter-tomografik müayinələr vasitəsilə təsdiqlənmiş 3 infeksiyon pankreonekrozlu və abdominal kompartment-sindromla (intraabdominal təzyiq >25 mm.c.süt.) gedən fulminant pankreonekrozlu 10 xəstədə ilk dəfə tətbiq olunmuşdur. Bu xəstələrdə pnevmoniya 2 (15,4%) halda qeyd edilmiş, nazik və yoğun bağırsağın fistulasına isə rast gəlinməmişdir. Xəstələrin 1-də (7,7%) arroziv qanaxma qeyd edilmiş və relaparotomiyanın aparılması tələb olunmuşdur. Bu yarımqrupun daha 1 (7,7%) xəstəsində drenaj boruların tıxanması və nekrotik sekvestrlərin effektiv xaric ola bilməməsi səbəbindən peripankreatik sahədə absenin əmələ gəlməsi qeyd edilmişdir.

Pankreonekroz zamanı yerinə yetirilən açıq əməliyyatın ikinci metodu 13 (35,1%) xəstədə icra edilmiş, mədəaltı vəzdə və peripankreatik sahədə nekrektomiyanın yerinə yetirilməsindən və drenləşdirilmənin aparılmasından ibarət olmuşdur. Lakin qarın boşluğunun bağlanması intraabdominal təzyiqə nəzarət altında aparılmışdır. Bu zaman intraabdominal təzyiq 25 mm.c.süt.-dan yuxarı olan hallarda laparotomik kəsik tikilməmiş və onun əvəzinə yaraya poliuretan örtükdən hazırlanmış xüsusi sistem yerləşdirilmişdir ki, bu da qarın boşluğu orqanlarını izolə etməyə imkan vermişdir. Bundan əlavə, qeyd edilən örtük xüsusi drenaj portları ilə təchiz olunmuşdur ki, bunlar da qarın boşluğundan patoloji möhtəviyyatın sorulmasını həyata keçirərək mənfi təzyiqin yaranmasını təmin etmişdir. Beləliklə, qarın boşluğundan eksudatın adekvat xaric edilməsi, bağırsaqların və daxili orqanların damar yataqları səviyyəsində normal mikrosirkulyasiya və perfuziya üçün şərait yaradılmışdır. Başqa sözlə, bu metod abdominal kompartment-sindromun bütün təzahürlərini aradan qaldırmağa imkan verir, qaraciyər, bağırsaq və böyrəklərin perfuziyasını yaxşılaşdırır, ürək-damar çatışmazlığı əlamətlərini aradan qaldırır. Əsas hemodinamik göstəricilər stabiləşdikcə, bağırsaqların peristaltikası bərpa olunduqca və sistemli iltihabi cavab sindromunun təzahürləri zəiflədikcə əməliyyatdan sonrakı ikinci həftədə mənfi təzyiq sistemi laparotomik kəsiyin kənarlarını məhdudiyyətsiz olaraq tam yaxınlaşdırmağa imkan verdi.

Bu yarımqrupda letal nəticə 15,4% (2 xəstə) təşkil etmişdir. Xəstələrdən 1-i (7,7%) arroziv qanaxmadan, digəri isə (7,7%) ağciyər ağırlaşmalarından (pnevmoniya və respirator distress-sindromdan) ölmüşdür.

Proqramlaşdırılmış relaparotomiya metodu tətbiq olunan üçüncü yarımqrupda 5 əməliyyat olunan xəstədən 2-i (40,0%) ölmüşdür. Bu xəstələrdən birində ölüm proqramlaşdırılmış relaparotomiyanın ikinci seansında, pnevmoniya və artan tənəffüs və ürək-damar çatışmazlığı fonunda baş vermişdir. Bu yarımqrupdan olan ikinci xəstə proqramlaşdırılmış relaparotomiyanın 4-cü seansı başa çatdıqdan 12 saat sonra - mədəaltı vəzin yatağından massiv qanaxma nəticəsində ölmüşdür.

Beləliklə, kəskin pankreatitli xəstələrdə təcili göstərişlər üzrə yerinə yetirilən açıq əməliyyatların nəticələrini təhlil edərkən əməliyyat olunan 37 xəstədə ümumilikdə erkən əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalara 11 (29,7%) xəstədə rast gəlinmişdir. Bu ağırlaşmaların strukturunda pnevmoniya və ağciyər pozğunluqlarına 6 (16,2%) xəstədə, bağırsaq fistulaları əməliyyat olunanların 2-də (5,4%) (yoğun bağırsaq fistulası - 1, nazik bağırsaq fistulası - 1 xəstədə), əməliyyatdan sonrakı arroziv qanaxmaya isə 3 (8,1%) xəstədə rast gəlinmişdir. Təcili göstərişlər üzrə laparotomiyadan istifadə edilməklə 37 əməliyyat olunan xəstələr arasında ümumi letallıq 21,6% (8 xəstə) təşkil etmişdir. Əksər xəstələrdə ölümün səbəbi septik ağırlaşmalar və dayandırıla bilməyən arroziv qanaxma olmuşdur.

Qeyd etdiyimiz kimi, 31 xəstədə kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsi məqsədilə az invaziv metodlardan istifadə olunmuşdur. Xəstələrdən 23-də (74,2%) laparoskopik sanasiya, 5-də (16,1%) USM nəzarəti altında drenləşdirmə metodları, 3 (9,7%) xəstədə isə kompüter tomoqrafiyanın nəzarəti altında mədəaltı vəzdəki nekroz sahəsinin drenləşdirilməsi icra edilmişdir.

Laparoskopik sanasiya bizim 23 xəstədə - fulminant pankreonekrozlu - 5 və infeksiyalaşmış pankreonekrozlu - 18 xəstədə təcili göstərişlər üzrə yerinə yetirilmişdir.

Biz laparoskopik sanasiyanı abdominal kompartiment-sindromla müşayiət olunan fulminant pankreatitli ağır xəstələrdə həyata keçirmişik. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların təhlili göstərdi ki, bizim tərəfimizdən təkmilləşdirilən interpretasiyada laparoskopik sanasiya keçirmiş xəstələrdə ağırlaşmaların sayı açıq əməliyyat keçirmiş xəstələr qrupu ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə azdır. Belə ki, laparoskopik sanasiyadan sonra ağciyər ağırlaşmaları 4,3% (1 xəstədə) hallarda müşahidə olunduğu halda, açıq əməliyyat keçirən xəstələr qrupunda bu göstərici 35,1% təşkil etmişdir ($p<0.001$). Laparoskopik sanasiyadan sonra bağırsaq fistulasının formalaşması ümumiyyətlə qeyd edilmədiyi halda, açıq əməliyyat keçirən xəstələr qrupunda ona kifayət qədər – 8,1% rast gəlinmişdir ($p<0.001$). Nəhayət, qeyd etmək lazımdır ki, burada arroziv qanaxmalara ümumiyyətlə

təsadüf olunmamışdır. Lakin verilmiş yarımqrupdakı əməliyyat olunan xəstələrin 1-də (4,3%) qarın boşluğunun absesinə rast gəlinmişdir ki, bu da açıq əməliyyat keçirmiş xəstələr qrupundakı uyğun göstəricilərdən əhəmiyyətli dərəcədə yüksəkdir.

Laparoskopik sanasiya aparılmış 23 xəstədən 5-də (21,7%) abdominal hipertenziya ilə gedən fulminant pankreatit əlamətləri qeyd edilmişdir. Bu 5 xəstədən yalnız 1-i ölmüşdür. Sağ qalan 4 xəstə isə 5 həftə sonra açıq metodlardan istifadə etməklə əməliyyat olunmuşdur. Digər 18 xəstədən 2-də letallıq qeydə alınmışdır. Sağ qalan 10 xəstədən 8-də xəstəlik başlayandan 5 həftə sonra açıq əməliyyatlar icra edilmişdir. Ümumilikdə letal nəticə 13,0% (3 xəstə) təşkil etmişdir.

Beləliklə, açıq əməliyyatlar keçirən xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 29,7%, ümumi letallıq isə 21,6% təşkil etdiyi halda, laparoskopik sanasiyadan sonra əməliyyat olunmuş xəstələrdə bu göstəricilər uyğun olaraq 25,0%, letallıq isə 13,0% təşkil etmişdir.

İnfeksiyalaşmış pankreonekrozlarda kəskin pankreatitin gecikmiş ağır fəsadlarının müalicəsi zamanı intervension drenləşdirici metodlar əvəzedilməzdir. Bu ağırlaşmalara qarın boşluğunda mayenin toplanması, psevdosistlər, abseslər və pankreas fistulası aid edilir.

Biz məhdud maye toplantısı nahiyyəsinin USM nəzarət altında drenləşdirilməsini ən effektiv və təhlükəsiz transkutan drenləşdirmə metodu hesab edirik. Bu üsulla drenləşdirməni biz 9 xəstədə həyata keçirmişik. Metod kifayət qədər təhlükəsizdir və abses boşluğunun tez və effektiv boşalmasına, sonra isə bağlanması imkan verir. 9 xəstədən 3-də (33,3%) drenajların dəyişdirilməsi prosesində drenajın yerdəyişməsi və bərk nekrotik kütlələrin xaric olmasının ləngiməsi baş vermişdir. Bu xəstələrdə operasion nefroskopun köməyi ilə təkrari sanasiya, nekromaların dağıdılması və növbəti evakuasiyası həyata keçirilmişdir. Yerdə qalan 6 (6,66%) xəstədə drenajlar adekvat fəaliyyət göstərmiş və orta hesabla 37 gün ərzində boşluq tam təmizlənərək bağlanmışdır.

Bizim müşahidəmiz altında olan xəstələrin bir hissəsində kəskin pankreatit tutmasından və aparılmış əməliyyatlardan sonra 13 xəstədə mədəaltı vəzin psevdosisti inkişaf etmişdir. Sisti mədə-bağırsaq traktının daxili drenajına çevirmək məqsədilə sist boşluğu ilə bağırsaq arasında anastomozun yaradılması əməliyyatını 8 (61,5%) xəstədə həyata keçirmişik. Onlardan 3-də (23,1%) biz mədənin arxa divarı ilə psevdosist arasında anastomoz – sistoqastroanastomoz yaratmışıq. Psevdosistlə Ru üsulu ilə təcrid olunmuş nazik bağırsaq ilgəyi arasında anastomozun

yaradılmasını biz 5 (38,5%) xəstədə həyata keçirmişik. Bütün 8 xəstədə kafi nəticələr əldə edilmişdir. Ağırlaşma və letal nəticə qeyd edilməmişdir.

Pseudosistlə pankreas axacağı arasında əlaqə olmayan 5 (38,5%) xəstədə biz sist boşluğunun transkutan drenləşdirilməsini həyata keçirmişik. Xəstələrin hamısı USM-in nəzarəti altında müvəffəqiyyətlə drenləşdirilmiş və 14-cü günə qədər sekresiya və ifrazat dayandığından USM-in nəzarəti altında drenajlar xaric edilmişdir. Təkrar pseudosistlərin inkişafı olmamışdır. Lakin 1 (7,7%) xəstədə drenaj xaric edildikdən sonra pankreatik fistulanın əmələ gəlməsi qeyd edilmişdir ki, o da uzun müddət bağlanmamış və təkrar MRT-müayinədə onun mədəaltı vəz axacağı ilə əlaqəsi müəyyən edilmişdir. Qeyd edilən əməliyyatla əlaqədar ağırlaşmalar aşkar etmədik.

Uzaq nəticələr qiymətləndirilərkən göstəricilər arasındakı fərqlər daha əhəmiyyətli olmuşdur. Biz alınan nəticələr əsasında tədqiq olunan qrupları müqayisə etmək məqsədilə üç kateqoriya qiymətləndirmədən istifadə etmişik: yaxşı, kafi və pis uzaq nəticələr.

Xəstədə müşahidə aparılan zaman arakəsməsində stasionar müalicə tələb edən təkrari pankreatit tutmaları baş verməmişsə, pəhrizin saxlanması tələb edilmirsə və ya yalnız ciddi xarakter daşımayan pəhrizə əməl olunursa, əvəzedici ferment terapiyasından nadir hallarda istifadə edilsə, bağırsaqların funksiyasında pozğunluq və keçirilmiş pankreonekrozdan sonra şəkərli diabet əlamətləri yoxdursa, uzaq nəticəni yaxşı hesab etmişik.

Xəstədə stasionar müalicə tələb edən tək-tək pankreatit tutmaları müşahidə olunmuşsa, xəstə evə yazıldıqdan sonra 12 ay ərzində pəhrizin ciddi olaraq saxlanması tələb olunmuşsa və hazırda qeyri-ciddi pəhriz saxlanmaqda davam edirsə, dövrü olaraq mədəaltı vəz fermentlərindən ibarət preparatlar qəbul edirsə, nadir hallarda bağırsaq funksiyasının pozulması halları müşahidə olunursa və keçirilmiş əməliyyatdan sonra şəkərli diabet əlamətləri yoxdursa, biz bu kateqoriya xəstələrdə uzaq nəticəni kafi hesab etmişik.

Əgər xəstə qeyd edilən xəstəliyin residivinə görə dərflərlə stasionar müalicə almışsa, praktiki olaraq xəstə daimi pəhriz saxlamağa və ferment preparatları qəbul etməyə məcburdursa, bağırsağın funksiyasında pozğunluq və qazanılmış şəkərli diabet və ya qlükoza qarşı tolerantlığın pozulması əlamətləri varsa, bu kateqoriya xəstələrdə uzaq nəticəni pis hesab etmişik.

Nəzarət qrupunda pankreonekroza görə açıq əməliyyat keçirmiş və sorguda iştirak edən xəstələr evə yazıldıqdan keçən bütün müddət ərzində sorguda iştirak edənlərin 10-u (52,6%) ciddi pəhriz saxladığını, 6-sı

(31,6%) onu daimi saxlamadığını, 3-ü (15,8%) isə heç bir pəhriz saxlamadığını qeyd etmişdir. Bu xəstələrin 12-nin (63,2%) daim əvəzedici ferment terapiyası aldığı məlum olmuşdur. Pankreonekroza görə keçirilmiş əməliyyatdan sonra sorğuda iştirak edənlərin 7-də (36,8%) insulundən asılı olan şəkərli diabet əlamətləri meydana çıxmışdır. 2 (10,5%) xəstədə bağırsaqların funksiyasında müxtəlif funksional pozğunluqlar (meteorizm, köpmə, duru nəcis ifrazı və s) inkişaf etmişdir.

Qeyd edilənlərin təhlilinə əsasən belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, nəzarət qrupuna daxil edilmiş xəstələrdə yaxşı uzaq nəticələr müəyinə olunan və sorğuda iştirak edənlərin 11-də (57,9%), kafi nəticələr – 7-də (36,8%), pis nəticələr isə - 1-də (5,3%) aşkar edilmişdir.

Əsas qrupa daxil olan və az invaziv, laparoskopik əməliyyatlar icra edilmiş xəstələrdə uzaq nəticələr nəzarət qrupundan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmişdir. Bu qrupa daxil olan xəstələrin 5-i (20,0%) ciddi pəhriz saxlayır, 38%-i pəhrizi qeyri-müntəzəm saxladığını, 8-i (32,0%) isə heç bir pəhriz saxlamadığını qeyd edir. Xəstələrin cəmi 6-sı (24,0%) əvəzedici ferment terapiyasından istifadə etdiyini söyləyir ki, bu da nəzarət qrupundakı uyğun göstəricidən təxminən 2,6 dəfə azdır. Kəskin pankreatitin müxtəlif növlərinə görə az invaziv üsullarla əməliyyat olunan və sorğuda iştirak edən xəstələrin 2-də (8,0%) şəkərli diabet əlamətləri, 1-də (4,0%) isə bağırsaqların müxtəlif pozğunluqları inkişaf etmişdir. Bu qrupdan olan xəstələr evə yazıldıqdan 5 ilə qədərki müddət ərzində dinamik müşahidə altında olmuşlar.

Nəticə etibarilə az invaziv əməliyyatlar keçirmiş əsas qrupun xəstələrində uzaq yaxşı nəticə - 19 (76,0%) xəstədə, kafi nəticə - 5 (20,0%), pis nəticə isə 1 (4,0%) xəstədə aşkar olunmuşdur.

Destruktiv pankreatitə görə əməliyyat keçirmiş xəstələrdə həyat keyfiyyətinin göstəriciləri barədə ədəbiyyatlarda rast gəlinən məlumatlar kifayət qədər ziddiyyətlidir. Buna görə də tədqiqat işində bu problemi də araşdırmağı qarşıya vəzifə kimi qoymuşuq. Biz kəskin pankreatitə görə əməliyyat keçirmiş xəstələrdə uzaq dövrdə (müşahidə müddəti 1 ildən 5 ilə qədər təşkil etmişdir) həyat keyfiyyətini MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey) anketinin köməyi ilə qiymətləndirmişik.

Kəskin pankreatitin müxtəlif növləri və pankreonekroza görə müxtəlif cərrahi əməliyyatlar icra edilmiş 68 xəstədən (II qrup) 44-ü bizim tərəfimizdən izlənərək onların həyat keyfiyyətləri SF-36 anketi üzrə qiymətləndirilmişdir. Bunlardan 19-u nəzarət qrupuna (IIA), 25-i isə əsas

qrupa (IIB) daxil etdiyimiz xəstələr 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 düüst olmuşdur ($p<0,05$).

Sağlamlığın psixoloji komponentinə gəlincə, burada psixi sağlamlıq və sosial fəaliyyət kateqoriyaları arasındakı fərq qeyri-düüst ($p>0,05$), digər hallarda isə düüst 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, KT-nin və USM-in nəzarəti altında drenləşdirməni məhdud pankreatik və peripankreatik maye yığıntısı olan xəstələrdə, əsas etibarilə xəstəlik başlayandan 5 və daha çox həftə sonra tətbiq etmək məqsəduyğundur. Kəskin nekrozlaşan infeksiyalaşmış pankreatit zamanı laparoskopik sanasiya son cərrahi müalicə metodu kimi istifadə edilə bilər. Belə ki, əməliyyatdan sonra inkişaf edən ağırlaşmaların, letallığın, eləcə də uzaq nəticələrin və həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi açıq əməliyyatlarla müqayisədə laparoskopik sanasiyanın daha effektiv olduğunu sübut edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Kəskin pankreatitin müalicəsində hər iki müqayisə qrupunda birinci həftənin sonunda əsas qrupdakı xəstələrdən 2 % də, nəzarət qrupunda isə 17,0% də alternativ proseslərin proqressivləşməsi müşahidə olunur. Belə ki, sandostatinin kəskin pankreatitin kompleks konservativ müalicənin tərkibinə daxil edilməsi birinci həftədə xəstəliyin proqnozunu əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırsa da ağır pankreonekrozlu xəstələrdə morfoloji zədələnmələri tormozlamaq və ya onun qarşısını almaq mümkün olmur.

2 .Kəskin pankreatitdə əməliyyata göstəriş çox ciddi qoyulmalıdır. Ancaq aydın nəzərə çarpan abdominal kompartment sindromla olan fulminant

pankreonekroz ,arroziv qanaxma və boşluqlu orqanların perforasiyası ilk 72 saat ərzində əməliyyata göstərişdir.Bütün hallarda infeksiyalaşmış pankreonekrozlarda əməliyyat və ya radioloji drenləşdirmə göstərişdir.Xəstəlik başlandıqdan 4 həftə sonra tam debridementin aparılması məqsədə uyğundur, hansı ki,nekroz zonası artıq formalaşmış olur,bu da vəzin nekrotik toxumalarının rəşional və təhlükəsiz xaric edilməsinə imkan verir.Bu taktik yanaşma ağırlaşmaların və ölüm hallarının azalmasına imkan verir.

3. Açıq əməliyyat keçirən xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 29,7%, ümumi letallıq isə 21,6% təşkil etdiyi halda, laparoskopik sanasiyadan sonra əməliyyat olunmuş xəstələrdə bu göstəricilər uyğun olaraq 25,0%, letallıq isə 13,0% təşkil etmişdir.

4. Uzaq dövrdə nəticələrin təhlili laparoskopik əməliyyatın, eləcə də ultrasəs və kompüter tomoqrafiyanın nəzarəti altında aparılan müalicənin və seçilmiş taktikanın adekvat olduğunu sübut edir. Nəticə etibarilə az invaziv əməliyyatlar keçirmiş əsas qrupun xəstələrində uzaq yaxşı nəticə - 19 (76,0%) xəstədə, kafı nəticə 5 (20,0%), pis nəticə isə 1 (4,0%) xəstədə aşkar olunmuşdur. Açıq əməliyyat keçirmiş xəstələrlə müqayisədə az invaziv əməliyyat keçirən xəstələrdə daha yaxşı nəticələr əldə olunur. Təklif etdiyimiz göstərişlər və taktiki yanaşmalar isə həyat keyfiyyətinin göstəricilərini statistik dürüstlüklə əhəmiyyətli dərəcədə artırmağa imkan verir.

PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

1. Kəskin pankreatit zamanı təcili cərrahi əməliyyata göstərişlər çox ciddi seçilməlidir. Təcili əməliyyat istisna hallarda, yalnız infeksiyalaşması sübuta yetirilmiş pankreonekrozlarda, fulminant pankreonekrozlarda, abdominal kompartment sindrom inkişaf etdikdə, intraabdominal təzyiqi >25 mm.c.süt. olduqda yerinə yetirilməlidir.
2. Açıq əməliyyatlar zamanı qarındaxili təzyiqin ölçülməsi laparotomik yaranın qapalı və ya açıq qalması zamanı təyin edilir.
3. Abdominal kompartment sindrom zamanı (qarındaxili təzyiq >25 mm.c.süt) açıq üsulla müalicəni mənfi təzyiq yaratmaqla aparmaq məqsədəuyğundur.

4. Laparoskopik, eləcə də ultrasəs və kompüter tomoqrafiyanın nəzarəti altında (radioloji) drenləşdirməni ilk günlərdə aparmaq daha məqsəduşğundur.

DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Современные принципы диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита. Вопросы диагностики // “Sağlamlıq” №2, Bakı, 2012, s.13-22 (həmmüəl. N.A.Qasimov)
2. Современные принципы лечения острого панкреатита // “Sağlamlıq” № 4, Bakı, 2012, s.178-183 (həmmüəl. N.A.Qasimov, A.K.Kazimov)
3. Применение лапароскопии при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита // “Центрально-Азиатский Медицинский журнал имени М.Миррахимова” Том XVIII, №3, 2012, с. 283-286 (həmmüəl. N.A.Qasimov)
4. Kəskin destruktiv pankreatit zamanı sandostatinin tətbiq edilməsinin kliniki effektivliyi // “Cərrahiyyə” № 4 (32), Bakı 2012, s. 93-96 (həmmüəl. N.A.Qasimov)
5. Новые тактические подходы при хирургическом лечение гнойных осложнений забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе // “Azərbaycan Tibb Jurnalı”, Bakı, 2013, №1, s. 168-172 (həmmüəl. N.A.Qasimov)
6. Analysis of remote results in the surgical treatment of pancreonecrosis / “XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresinin materialları”, Bakı, 2013, s.124
7. Characteristics of surgical treatment of acute infectious pancreonecrosis / “XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresinin materialları”, Bakı, 2013, s.125
8. Steril pankreonekrozlarda antibiotikoprofilaktikanın əhəmiyyəti // İmmunitet və infeksiya jurnalı, Bakı, 2013, №1, s. 89-90 (həmmüəl. N.A.Qasimov)
9. Kəskin pankreatitin cərrahi müalicəsinin xüsusiyyətləri / Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, Bakı-2014, s.166-170 (həmmüəl. N.A.Qasimov, A.K.Kazimov)

САКИНА ФАРМАИЛ ГЫЗЫ ХУДИЕВА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

РЕЗЮМЕ

В представленной диссертационной работе проведен сравнительный анализ различных методов лечения больных острым панкреатитом. Всего в исследование были включены 167 больных острым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в хирургической клинике АзГИУВ им.А.Алиева за период с 2010 по 2013 годы. Консервативное лечение было проведено у 99 больных, хирургическое у 68. В комплекс консервативного лечения в сравнительной группе (52 больных) был включен препарат сандостатин (100мг трижды в сутки), тогда как в контрольной группе (47 больных) проводилась стандартная терапия без сандостатина.

При хирургическом лечении применялись стандартные и усовершенствованные открытые методы операций у 37 больных. У 31 пациента были использованы современные высокотехнологичные закрытые и миниинвазивные методы хирургической санации. В числе усовершенствованных открытых методик, впервые использовалась антигипертензионная система для предотвращения развития абдоминального компартмент-синдрома. В качестве альтернативы применены пункционно-дренажные методики (8 больных): радиологическое дренирование - под контролем ультразвука 5 и компьютерной томографии 3. Кроме того, разработана и внедрена оригинальная методика лапароскопической санации (28 больных). У 5 из этих больных под контролем лапароскопии из мини-доступа выполнена панкреанекрозэктомия и дебридемент.

Применение данного тактического подхода позволило уменьшить число тяжелых осложнений и летальность в сравниваемых группах. Так, послеоперационные осложнения у больных оперированных открытым методом встречались у 25,7%, а общая летальность составляет 21,6%, в то время как у больных, после лапароскопической санации эти показатели соответственно составили 23,0%, летальность 13,9%.

SAKINA KHUDIYEVA FARMAIL

COMPARATIVE ANALYSIS OF DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

SUMMARY

In the presented dissertation was carried out comparative analysis of different methods of treatment of patients with acute pancreatitis. To the study included 167 patients with acute pancreatitis which were hospitalized in surgical clinics of Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev in period of 2010 to 2013.

Conservative treatment was performed in 99 patients and surgical in 68. In comparative group (52 patients) to the complex of conservative treatment was included Sandostatin (100 mg three times a day), whereas the patients of control group (47 patients) received standard therapy without Sandostatin. In surgical treatment of 37 patients was applied standard and advanced open methods of operations. In 31 patients were used modern closed high-tech and minimally invasive surgical techniques of sanitation. Among the advanced open techniques, for preventing the development of abdominal compartment syndrome, firstly was used anti-hypertensive system. Alternatively were used punction-drainage techniques (8 patients): radiological drainage - 5 under control of ultrasound and 3 under control of computed tomography. In addition, developed and used our original technique of laparoscopic sanitation (28 patients). In 5 of these patients under supervision of laparoscopy was performed pancreatic necrosectomy and debridement with mini-access. A thorough comparative analysis of direct, early and long-term results, evaluation of the nature of complications and mortality, as well as the study of the quality of life in all groups of patients showed the followings:

The use of this tactic approach has allowed to reduce the number of severe complications and mortality in this two groups. Thus, postoperative complications in patients operated on with open method occurred in 25.7%, and overall mortality was 21.6%, while in patients after laparoscopic sanitation these parameters were 23.0% and 13.9% accordingly.

Çapa imzalanıb: 01.04.2014.
Format: 60x84 $\frac{1}{16}$. Tiraj 100.

«Mütərcim» Nəşriyyat – Poliqrafiya mərkəzi
Bakı, Rəsul Rza küç., 125
tel/faks 596-21-44
e-mail: mutarjim@mail.ru

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
им.акад.М.А.ТОПЧИБАШЕВА**

На правах рукописи

САКИНА ФАРМАИЛ кызы ХУДИЕВА

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

3213.01 - «Хирургия»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине**

Баку – 2014