

Bayramov N.Y.
Zeynalov B.M.
Ömərov T.İ.
Şirinova X.N.



ABDOMİNAL CƏRRAHİ PATOLOGİYALARA YANAŞMA QAYDALARI

Klinisistlər üçün metodik tövsiyələr



Bu kitab
Azərbaycan Tibb Universitetinin
90 illik
və
I cərrahi xəstəliklər kafedrasının
100 illik
yubileyinə həsr olunur.

ABDOMİNAL CƏRRAHİ PATOLOGİYALARA YANAŞMA QAYDALARI

Klinisistlər üçün metodik tövsiyələr

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının 25 dekabr
2019 tarixli 30 nömrəli qərarı ilə metodik tövsiyə kimi təsdiq edilmişdir.

DOI <https://doi.org/10.25045/k.nurubay.abcqayd-1>

ISBN 9789952536270

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6958-5412>

BAKI-2020

Müəlliflər:

Bayramov Nuru Yusif oğlu
Zeynalov Babək Mehman oğlu
Ömərov Taryel İskəndər oğlu
Şirnova Xatirə Novruzəli qızı

Rəyçilər:

Prof. Adil Qeybullə
Prof. Cabbar Hacıyev
Prof. Elçin Ağayev
Prof. Fariz Camalov
Prof. Xələddin Musayev
Prof. İdris Axundov
Prof. İlham Kazımov
Prof. Qurbanxan Müslümov
Prof. Mübariz Əliyev
Prof. Nizami Vəliyev
Prof. Surxay Hacıyev
Prof. Zərraf Şirinov
Tibb e.d. Emil İsgəndərli
Tibb e.d. Müşfiq Həsənov
Tibb e.d. Rasim Cəfərli
Dos. Alim Məmmədov
Dos. Cümşüd Cümşüdoğ
Dos. Ədələt Rüstəm
Dos. Şahin Hüseynov
Tibb ü.f.d. Aydın Əliyev
Tibb ü.f.d. Aynur Səfiyeva
Tibb ü.f.d. Bəhruz Musayev
Tibb ü.f.d. Elmar Şərifov
Tibb ü.f.d. Elnur Qasımov
Tibb ü.f.d. Kamil Hacıyev
Tibb ü.f.d. Namiq Novruzov

Tibb ü.f.d. Sədaqət Bağirova
Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov
Dr. Aslan Abdullayev
Dr. Eldar Əhmədov
Dr. Elgün Səmədov
Dr. İlqar İsmayılov
Dr. Niyazi Eminov
Dr. Ziyalı Rzayev

Bayramov N.Y., Zeynalov B.M., Ömərov T.İ., Şirinova X.N. ABDOMİNAL CƏRRAHİ PATOLOGİYALARA YANAŞMA QAYDALARI. Metodik tövsiyə. Bakı. "CBS-PP". 2020. - 514s.

Metodik tövsiyədə qarın boşluğu orqanlarının (qida borusu, mədə, onikibarmaq bağırsaq, nazik bağırsaq, yoğun bağırsaq, qaraciyər, öd yolları, mədəaltı vəzi, dalaq, periton, piylik və qarın divarı) cərrahi xəstəlikləri, travması, metabolik-bariatrik cərrahiyyə və cərrahi reanimasiya barədə məlumatlar verilmişdir. Müasir səriştəyönlü tədris proqramına və protokollara əsaslanaraq hazırlanan metodik tövsiyədə hər bir cərrahi xəstəlik barədə nəzəri biliklərlə yanaşı, diaqnostik yanaşmaya, diaqnostik meyarlara və müalicə yanaşmasına xüsusi yer verilmişdir. Klassik metodik tövsiyələrdən fərqli olaraq məlumatlar 3 formada təqdim edilmişdir: mətn, şözlü-özət və qrafik-özət (müayinə - müalicə sxemi). Metodik tövsiyədə 200-ə yaxın cərrahi xəstəlik barədə mətn, özət və 150-yə yaxın orijinal sxem yer almışdır. Cərrahlar üçün nəzərdə tutulan bu tövsiyədən müəllimlər, rezidentlər və digər ixtisaslar üzrə həkimlər də istifadə edə bilər. Metodik tövsiyə klassik çap variantı ilə yanaşı www.bck.az saytında PDF və onlayn variantlarda da təqdim edilir.

© Nuru Bayramov, 2020

METADATA

Type	Book
Title	Abdominal cərrahi patologiyalara yanaşma qaydaları
Editor	
Edition	1
Authors	Bayramov N.Y., Zeynalov B. M., Ömərov T.İ., Şirinova X.N.
Experts	Abdullayev A., Ağayev E., Axundov İ., Bağirova S., Camalov F., Cəfərli R., Cümşüdoğru C., Eminov E., Əhmədov E., Əliyev A., Əliyev M., Hacıyev C., Hacıyev K., Hacıyev S., Həsənov M., Hüseynov Ş., İsgəndərli E., İsmayılov İ., Kazımov İ., Qasımov E., Qeybullayev A., Məmmədov A., Musayev B., Musayev X., Müslümov Q., Novruzov N., Ömərov T., Rüstəm Ə., Rzayev Z., Səfiyeva A., Səmədov E., Şərifov E., Şirinov Z., Vəliyev N.
Year	25.12.2019
Pages	571
Abstract	Metodik tövsiyədə qarın boşluğu orqanlarının (qida borusu, mədə, onikibarmaq bağırsaq, nazik bağırsaq, yoğun bağırsaq, qaraciyər, öd yolları, mədəaltı vəzi, dalaq, periton, piylik və qarın divarı) cərrahi xəstəlikləri, travması, metabolik-bariatrik cərrahiyyə və cərrahi reanimasiya barədə məlumatlar verilmişdir. Müasir səriştəyönlü tədris proqramına və protokollara əsaslanaraq hazırlanan metodik tövsiyədə hər bir cərrahi xəstəlik barədə nəzəri biliklərlə yanaşı, diaqnostik yanaşmaya, diaqnostik meyarlara və müalicə yanaşmasına xüsusi yer verilmişdir. Klassik metodik tövsiyələrdən fərqli olaraq məlumatlar 3 formada təqdim edilmişdir: mətn, şözlü-özət və qrafik-özət (müayinə - müalicə sxemi). Metodik tövsiyədə 200-ə yaxın cərrahi xəstəlik barədə mətn, özət və 150-yə yaxın orijinal sxem yer almışdır. Klinisistlər üçün nəzərdə tutulan bu metodik tövsiyədən müəllimlər və digər ixtisaslar üzrə həkimlər də istifadə edə bilər. Metodik tövsiyə klassik çap variantı ilə yanaşı www.bck.az saytında PDF və onlayn variantlarda da təqdim edilir.
Keywords	Qarın cərrahiyyəsi, cərrahi xəstəliklər, protokollar, qaydalar, qida borusu, qastroezofageal reflüks xəstəliyi, qida borusu divertikulu,, zenker) divertikulu, qida borusu daralmaları, qida borusu perforasiyası, qida borusu yanıqları, barret ezofaqusu, leyomioma, axalaziya, diffuz və seqmentar ezofageal spazm, fındıqqıran qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsaq xəstəlikləri, xora

xəstəliyi, kəskin stress xoraları, ikincili hormonal xora, dərman xoraları, xora xəstəliyinin ağırlaşmaları, xora qanaxması, xora perforasiyası, pilorostenoz, mədənin törəmələri, mədə adenokarsinoması, mədə limfoması, mədə polipləri, menetri xəstəliyi, qastrointestinal stromal tumorlar (qist), karsinoid törəmələr, mədə burulması, mədə bezoarı, mədə divertikulu, mədə əməliyyatından sonrakı ağırlaşmalar, anastomoz xorası, gətirici və aparıcı ilgək sindromları, reflüks qastrit, öd daşı xəstəliyi, dempinq sindromu, ishal, mədə – durğunluğu, qastrostaz, atoniya, qida azlığı – qidalanma çatışmazlığı, nazik bağırsaq xəstəlikləri, qısa bağırsaq sindromu, kəskin nazik bağırsaq keçməzliyi, kor ilgək sindromu, mekkel divertikulu, kron xəstəliyi, crohn, nazik bağırsağın işemik xəstəlikləri, nazik bağırsağın törəmələri, nazik bağırsağın fistulları, yoğun bağırsaq xəstəlikləri, qeyri – spesifik xoralı kolit, divertikul, divertikulyoz, divertikulit, yoğun bağırsağın polipləri, yoğun bağırsağın bədxassəli törəmələri, yoğun bağırsaq xərçəngi, adenokarsinoma, düz bağırsağın adenokarsinoması, yoğun bağırsağın burulması, *c.difficile koliti*, sevdomembranoz kolit, kəskin obstruktiv bağırsaq keçməzliyi, kəskin qeyri – obstruktiv meqakolon, ogilve sindromu, toksik meqakolon, xroniki qeyri – obstruktiv bağırsaq keçməzliyi, anadangəlmə aqanqlionar meqakolon, hirschsbrung xəstəliyi, kəskin appendisit, qaraciyər xəstəlikləri, portal hipertenziya, varikoz qanaxma, assit, qaraciyər yetməzliyi, kəskin qaraciyər yetməzliyi, hepatorenal sindrom, hepatik ensefalopatiya, qaraciyər sistləri, exinokokk, hidatik sist, neoplastik sistlər, qaraciyərin xoşxassəli törəmələri, hemangioma, fokal nodulyar hiperplaziya, hepatosellulyar adenoma, hepatosellulyar xərçəng, intrahepatik xolangiokarsinoma, hepatoblastoma, epitelioid hemangioendotelioma, qaraciyərin metastazları, kolorektal xərçəng metastazı, neyroendekrin törəmələrin qaraciyərə metastazları, qaraciyər absesi, qaraciyərin travmaları, sirroz, qaraciyərin damar xəstəlikləri, badd – kiari sindromu, portal vena trombozu, öd yolları xəstəlikləri, öd sancısı, sarılıq, xolestaz, mexaniki sarılıq, öd daşı xəstəliyi, öd sancısı xəstəliyi, xroniki daşlı xolesistit, kəskin daşlı xolesitit, xoledoxolitiaz, kəskin bakterial xolangit, təkrarlanan irinli xolangit, birincili skleroz xolangit, öd kisəsi polipləri, öd yollarının törəmələri, öd yolları adenomaları, öd kisəsi xərçəngi, xolangiokarsinoma, öd yollarının zədələnmələri, öd yollarının funksional xəstəlikləri, öd kisəsi diskineziyası, oddi sfinkteri disfunksiyası, öd yolları sistləri, suluqları, postxolesistektomik sindrom, mədəaltı vəzi xəstəlikləri, kəskin pankreatit, xroniki pankreatit, mədəaltı vəzinin törəmələri, mədəaltı vəzinin adenokarsinoması, adacıq şişləri, pankreas sistləri, pankreas travmaları, dalaq xəstəlikləri, diffuz splenomeqaliya, dalaq törəmələri, dalağın damar xəstəlikləri, dalaq travması, hiposplenizm, splenektomiya, periton və piylik xəstəlikləri, peritonit, ikincili peritonit, tuberkulyoz peritoniti, spontan bakterial peritonit, qarındaxili abseslər,

peritondaxili abseslər, retroperitoneal abses, retroperitoneal fibroz, omentum infarktı, müsariqə sisti, peritonun törəmələri, yırtıqlar, kəskin qarın, mədə - bağırsaq qanaxması, piylənmə, qarın travması

City Baku

Publisher Azərbaycan Tibb Universiteti

Language Azerbaijani

Type of work Textbook

URL

Web site www.bck.az

DOI 10.25045/k.nurubay.abcqayd-1

ISBN ISBN: 9789952536270

ÖN SÖZ

Hörmətli oxucular! Klinisistlər üçün bələdçi kimi nəzərdə tutulmuş bu metodik tövsiyə qarın boşluğu orqanlarının (qida borusu, mədə, onikibarmaq bağırsaq (12bb), nazik bağırsaq, yoğun bağırsaq, qaraciyər, öd yolları, mədəaltı vəzi, dalaq, periton və piylik, qarın divarı) cərrahi xəstəlikləri, travması, metabolik-bariatrik cərrahiyyə və cərrahi reanimasiya proqramını əhatə edir. Metodik tövsiyədə qarın boşluğu üzvlərinin ən çox rast gəlinən cərrahi xəstəlikləri, travması, cərrahi reanimasiya və metabolik cərrahiyyə barədə məlumatlar verilmişdir. Metodik tövsiyədə ayrı-ayrı cərrahi xəstəlikləri şərh edərkən bəzi cəhətlərə xüsusi diqqət yetirməyə çalışılmışıq. Birincisi, müasir tibbin tələbatları nəzərə alınmışdır. Buna əsasən, metodik tövsiyədə cərrahi xəstəliklərdə diaqnostik yanaşma və müalicə taktikası ön planda tutulmuşdur. Diaqnostik prosesin mərhələləri (şübhələnmə, dəqiqləşdirmə, səbəbin və ağırlıq dərəcəsinin təyini) barədə məlumat verilmişdir. Müalicə seçimi ilə əlaqədar verilən məlumatlar klinisistlər üçün faydalı ola bilər. İkincisi, metodik tövsiyədə hər bir cərrahi xəstəlik barədə məlumat oxucuya 3 formada təqdim edilir: mətn, özət və müayinə - müalicə alqoritm. Üçüncüsü, metodik tövsiyədə məlumatların müasir klinik protokollara əsaslanmasına çalışmışıq. Dördüncüsü, metodik tövsiyə elektron formada hazırlanmış, PDF və veb olmaqla iki platformada təqdim edilmişdir. Metodik tövsiyədə 200-ə yaxın cərrahi xəstəlik barədə mətn, özət və 150-yə yaxın orijinal sxem yer almışdır. Beşincisi, metodik tövsiyənin hər bir bölümü ayrı-ayrı mütəxəssislər tərəfindən ekspertiza edilmiş və onların tövsiyələri diqqətə alınmışdır. Altıncısı, tövsiyədə müayinə və müalicə üsulları standart və göstərişə görə qruplar şəkilində verilmişdir ki, bu da Tibbi Sığorta işində faydalı ola bilər. Hesab edirik ki, elektron varinatda hazırladığımız bu metodik tövsiyə klinisistlər üçün faydalı olacaqdır. Metodik tövsiyənin hazırlanmasında əməyi olan hər kəsə, o cümlədən rəyçilərə dəyərli təklifləri üçün təşəkkür edirik. Metodik tövsiyəyə aid irad və təklifləri olanlara öncədən təşəkkür edirik.

Müəlliflər

İXTİSARLAR

- 12BB-Onikibarmaq bağırsaq
- AES-Aşağı ezofageal sfinkter
- AFP - Alfa-fetoprotein
- ALT - Alaninamintransferaza
- AMA - Antimitoxondrial anticisim
- ANA - Antinuklear anticisim
- AST - Aspartatamintransferaza
- BB-KK Bağırsağa bağlı kreatinin kinaza
- BK - Bağırsaq keçməzliyi
- BSX - Birincili skleroz xolangit
- CFTR - Sistik fibroz transmembran requlyator
- CRZ - C reaktiv zülal
- DAMP Dağılmaya aid molekulyar paternlər (matriks molekulları)
- ERXPQ Endoskopik retroqrad xolangiopankretikoqrafiya
- FNH Fokal nodulyar hiperplaziya
- GİST Qastro intestinal stromal tumor
- GLP Qlukogenəbənzər pepdid
- HKB Hidrogen körüyü blokatoru
- HPV Human papilloma virus
- HSK Hepatoselullar karsinoma
- İHK İntrahepatik xolangikarsinoma
- İLGF İnsulinəbənzər böyümə faktoru
- İPOM İntraperitoneal online mesh
- İTP İdiopatik trombositopenik purpura
- KBK Kəskin bağırsaq keçməzliyi
- KRK Kolorektal xərçəng
- KP Kəskin pankreatit
- KT Komputer tomoqrafiya
- LA Los Angelos
- LDH Laktatdehidrogenaza
- LKM Qaraciyər böyrək mikrosomal anticisim
- MALT Mukozaya aid limfatik toxuma
- MAV Mədəaltı vəzi
- MEN Mittipl endokrin neoplaziya
- MRT Maqnit rezonans tomoqrafiya
- MRXQ Maqnit rezonans xolangioqrafiya
- NB Nazik bağırsaq

- NET Neyroendokrin törəmə
- NQZ Nazoqastral zond
- OSD Oddi sfinktoru disfunksiyası
- PAAF Plazma –assit albumin fərqi
- PDR Pankreatoduodenal rezeksiya
- PET Pozitron emission tomoqrafiya
- PKYY Porto kaval yan-yol
- PTX Perkutan transhepatik xolangioqrafiya
- PVT Portal vena trombozu
- PXES Postxolesisektomik sindrom
- PXQ Perkutan xolangiografiya
- QB Qida borusu
- QcFT Qaraciyər funksional testləri
- QERX Qastroezofageal reflüks xəstəliyi
- QİÇS Qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu
- QİP Qastrik inhibitor pepdid
- QQT Qamma qlütamil transpeptitaza
- QSiƏD Qeyri steroid iltihab əleyhinə dərman
- SBP Spontan bakterial peritonit
- SiRS Sistemik iltihabı reaksiya sindromu
- TiPS Transyuqulyar intrahepatik porto-kaval şunt
- TiX Təkrarlayan irinli xolangit
- TTP Trombotik trombositopenik purpura
- USM Ultrasəs müayinəsi
- ViP Vazoaktiv intestinal pepdid
- XK Xoralı kolit
- YDDL Yayılmış damardaxili laxtalanma

MÜƏLLİFLƏR



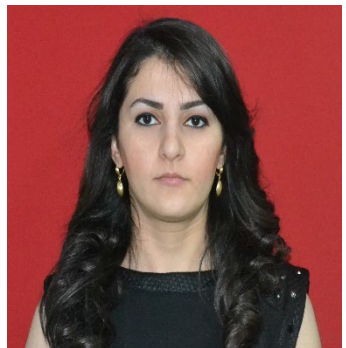
Bayramov Nuru Yusif oğlu.
AMEA-nın müxbir üzvü, tibb elmləri doktoru, professor,
Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasının
müdiri



Zeynalov Babək Mehman oğlu.
Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasının
dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru



Ömərov Taryel İskəndər oğlu.
Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasının
baş laborantı, tibb üzrə fəlsəfə doktoru



Şirinova Xatirə Novruzəli qızı.
Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasının
doktorantı

İÇİNDƏKİLƏR

- Önsöz
- Qısaltmalar
- Müəlliflər

1. Qida borusu xəstəliklərinə dair qaydalar

- Qastroezofageal Reflüks Xəstəliyi
- Qida Borusu Divertikulları
 - » Qida borusunun yuxarı (Zenker) divertikulu
 - » Qida borusunun orta divertikulları
 - » Qida borusunun epifrenik divertikulları
- Qida Borusu Daralmaları
- Qida Borusu Perforasiyaları
- Qida Borusu Yanıqları
- Qida Borusunun Xoşxassəli Törəmələri
 - » Barret Ezofaqusu
 - » Leyomioma və digər xoşxassəli törəmələr
- Qida borusu xərçəngi
- Qida Borusunun Hərəkəti Funksiyasının Pozulmaları
 - » Axalaziya
 - » Diffuz və Seqmentar Ezofageal Spazm
 - » Fındıqqıran Qida Borusu

2. Mədə və onikibarmaq bağırsağ xəstəliklərinə dair qaydalar

- Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi
- Kəskin stress xoraları
- İkincili hormonal və dərman xoraları
- Xora xəstəliyinin ağırlaşmaları
 - » Xora qanaxması
 - » Xora perforasiyası
 - » Pilorostenoz
- Mədənin törəmələri
 - » Mədə adenokarsinoması
 - » Mədə limfoması
 - » Mədə polipləri
 - » Menetrier xəstəliyi
 - » Qastrointestinal stromal tumorlar (QİST)

- » Karsinoid törəmələr
 - Mədənin digər xəstəlikləri
 - » Mədə burulması
 - » Mədə bezoarları
 - » Mədə divertikulu
 - Mədə əməliyyatından sonrakı ağırlaşmalar
 - » Anastomoz xorası
 - » Gətirici və aparıcı ilgək sindromları
 - » Reflüks qastrit
 - » Öd daşı xəstəliyi
 - » Dempinq sindromu
 - » İshal
 - » Mədə – durğunluğu (qastrostaz, atoniya)
- Qida azlığı – qidalanma çatışmazlığı

3. Nazik bağırsaq xəstəliklərinə dair qaydalar

- Qısa bağırsaq sindromu
- Kəskin nazik bağırsaq keçməzliyi
- Kor ilgək sindromu
- Mekkel divertikulu
- Kron (CROHN) xəstəliyi
- Nazik bağırsağın işemik xəstəlikləri
- Nazik bağırsağın törəmələri
- Nazik bağırsağın fistulları

4. Yoğun bağırsaq xəstəliklərinə dair qaydalar

- Qeyri – spesifik xoralı kolit
- Divertikul, divertikulyoz və divertikulit
- Yoğun bağırsağın polipləri
- Yoğun bağırsağın bədxassəli törəmələri – yoğun bağırsaq xərçəngi (adenokarsinoması)
- Düz bağırsağın adenokarsinoması
- Yoğun bağırsağın burulması
- *C.difficile koliti* (pseudomembranoz kolit)
- Kəskin obstruktiv bağırsaq keçməzliyi
- Kəskin qeyri – obstruktiv meqakolon (Ogilve sindromu)
- Toksik meqakolon
- Xroniki qeyri – obstruktiv bağırsaq keçməzliyi
- Anadangəlmə aqanqlionar meqakolon (Hirschsprung xəstəliyi)

5. Kəskin appendisit və ağırlaşmalarına dair qaydalar

6. Qaraciyər xəstəliklərinə dair qaydalar

- Sindromlar

- » Portal hipertenziya (PH)
- » Varikoz və qanaxma
- » Assit
- » Qaraciyər yetməzliyi – kəskin qaraciyər yetməzliyi
- » Hepatorenal sindrom (HRS)
- » Hepatik ensefalopatiya (HEP)
- Qaraciyər sistləri
 - » Exinokokk (hidatik) sisti
 - » Neoplastik sistlər
- Qaraciyərin xoşxassəli törəmələri
 - » Hemangioma
 - » Fokal nodulyar hiperplaziya (FNH)
 - » Hepatosellulyar adenoma (HSA)
- Qaraciyərin birincili bədxassəli törəmələri
 - » Hepatosellulyar xərçəng (HSX)
 - » İntrahepatik xolangiokarsinoma (İHX)
 - » Hepatoblastoma
 - » Eiteloid hemangioendotelioma (EHE)
- Qaraciyərin metastatik törəmələri
 - » Kolorektal xərçəng metastazı
 - » Neyroendokrin törəmələrin qaraciyərə metastazları
- Qaraciyər absesi
- Qaraciyərin travmaları
- Sirroz
- Qaraciyərin damar xəstəlikləri
 - » Badd – Kiari sindromu
 - » Portal vena trombozu (PVT)

7. Öd yolları xəstəliklərinə dair qaydalar

- Sindromlar
 - » Öd sancısı
 - » Sarılıq
 - » Xolestaz
 - » Mexaniki sarılıq
- Öd daşı xəstəliyi
- Öd sancısı xəstəliyi (xroniki daşlı xolesistit)
- Kəskin daşlı xolesistit
- Xoledoxolitiaz
- Kəskin bakterial xolangit
- Təkrarlanan irinli xolangit
- Birincili skleroz xolangit
- Öd kisəsi polipləri
- Öd yollarının törəmələri

- » Öd yolları adenomaları
- » Öd kisəsi xərçəngi
- » Xolangiokarsinoma
- Öd yollarının zədələnmələri
- Öd yollarının funksional xəstəlikləri
 - » Öd kisəsi diskineziyası
 - » Oddi sfinkteri disfunksiyası
- Öd yolları sistləri (suluqları)
- Postxolesistektomik sindrom

8. Mədəaltı vəzi xəstəliklərinə dair qaydalar

- Kəskin pankreatit
- Xroniki pankreatit
- Mədəaltı vəzinin törəmələri
 - » Mədəaltı vəzinin adenokarsinoması
 - » Adacıq şişləri
- Pankreas sistləri
- Pankreas travmaları

9. Dalaq xəstəliklərinə dair qaydalar

- Diffuz splenomeqaliya
- Dalaq törəmələri
- Dalağın damar xəstəlikləri
- Dalaq travması
- Hiposplenizm
- Splenektomiya

10. Periton və piylik xəstəliklərinə dair qaydalar

- Peritonit (ikincili peritonit)
- Tuberkulyoz peritoniti
- Spontan bakterial peritonit
- Qarındaxili abseslər
 - » Peritondaxili abseslər
 - » Retroperitoneal/Retrofassial (Preperitoneal) abseslər
- Retroperitoneal fibroz
- Omentum infarktı
- Müsariqə sisti
- Peritonun törəmələri

11. Yırtıqlara dair qaydalar

12. Kəskin qarına dair qaydalar

13. Mədə - bağırsaq qanaxmasına dair qaydalar

14. Piylənməyə dair qaydalar

15. Qarın travmasına dair qaydalar

- **Ədəbiyyat**


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

QIDA BORUSU XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Adil Qeybullayev Tibb e.d. İlham Kazımov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKLƏR

- Qastroezofageal Reflüks Xəstəliyi
- Qida Borusu Divertikulları
 - » Qida borusunun yuxarı (Zenker) divertikulu
 - » Qida borusunun orta divertikulları
 - » Qida borusunun epifrenik divertikulları
- Qida Borusu Daralmaları
- Qida Borusu Perforasiyaları
- Qida Borusu Yanıqları
- Qida Borusunun Xoşxassəli Törəmələri
 - » Barret Ezofaqusu
 - » Leyomioma və digər xoşxassəli törəmələr
- Qida Borusunun Hərəkəti Funksiyasının Pozulmaları
 - » Axalaziya
 - » Diffuz və Seqmentar Ezofageal Spazm
 - » Fındıqqıran Qida Borusu

MÜAYİNƏLƏR

Klinik müayinə

Disfagiya	Udma çətinliyidir, ən spesifik simptomdur, funksional (peristaltikanın və ya koordinasiyanın pozulması) və üzvi (daralmalar, iltihabi və ya neoplastik kütlələr) səbəblərdən meydana çıxır.
Odinofagiya	Ağrılı udmadır. Bədxassəli xəstəliklər, perforasiya, divertikulit və yanıqların əlamətidir.
Qıcqırma	Döş sümüyü arxasında yanğı hissidir. Reflüksün spesifik təzahürüdür.
Requrgitasiya	Möhtəviyyatın geri qayıtmasıdır. Qusmadan fərqli olaraq requrgitasiya zamanı qarın və diafraqma əzələləri yığılmır, öyümə olmur. Requrgitasiya öz-özünə baş verir. Reflüks xəstəliyində, divertikullarda və stenozlarda olur.
Qanqusma	Qida borusu varikozunda, zədələnmələrində, divertikullarında olur.
Atipik əlamətlər	Öskürək – reflüksdə və ezofaqobronxial fistullarda rast gəlinir. Döş ağrıları – reflüks, axalaziya və stenozların əlamətlərindəndir. Səsin dəyişməsi – reflüks və invaziv törəmələrdə olur.

Görüntüləmə müayinələri

Kontrastlı rentgenoqrafiya	QB-nin mənfəzinin vəziyyətini və peristaltikasını qiymətləndirmək üçündür. Hiatal yırtıqlar, strikturlar, fistullar, divertikullar, mənfəzdaxili kütlələr, kənardan sıxılmalar və funksional pozğunluqları müəyyən etməyə imkan verir. Disfagiyalar zamanı ilkin müayinə üsulu hesab olunur.
Endoskopiya	Selikli qışanın vizualizasiyası və biopsiyası üçün aparılır. İlkin müayinələrdən hesab edilir. Ezofagitlər, neoplastik proseslər və divertikulların diaqnostikasında çox informativdir.
Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS)	QB-nin neoplaziyalarının (T) divara invaziya dərinliyinin təyini, paraezofageal limfa düyünlərinin (N) qiymətləndirilməsi və biopsiya məqsədi ilə aparılır.
Kompüter Tomoqrafiya	Törəmənin ətraf orqanlara yayılması, invaziyası və kontrastın ekstravazasiyasının qiymətləndirilməsi üçün aparılır.

Maqnit Rezonans Tomografiyası	QB-nin xəstəliklərində yeri və rolu çox azdır.
PET	Metastazların təyini, araşdırılması, QB törəmələrinin kimyəvi dərman və şüa müalicəsinə reaksiyasının müəyyənləşdirilməsi məqsədilə aparılır.
Laparoskopiya və Torakoskopiya	Bədxassəli törəmələrin yayılma səviyyəsi və inkişaf mərhələsinin müəyyənləşdirilməsi, bəzi hallarda kəskin travmaların diaqnostikası üçün istifadə olunur.

Funksional müayinələr

Manometriya	Yuxarı və aşağı ezofageal sfinkterlərin funksiyası, yığılma gücü, peristaltik və vaxtaşırı boşalmaları, həmçinin QB-nin peristaltik hərəkətlərinin koordinasiyasının qiymətləndirilməsi üçündür. Funksional xəstəliklərdə ən önəmli müayinə üsuludur.
24 saatlıq pH-metriya	Qastroezofageal reflüks xəstəliyinin diaqnostikasında “qızıl standartdır”. Daha çox differensial diaqnostika və müalicə üsulunun seçimi üçün aparılır.
İmpedansometriya	QB-nin divarı və mənfəzində elektrik keçiriciliyi və pH-ın təyini üçün kombinasiya üsuludur. Keçiriciliyin fərqi əsasən mənfəzdə hava və maye olması, əzələ peristaltizmi və mayenin pH-nı təyin etmək mümkün olur. Bu müayinə reflüksün olma(ma)sı ilə yanaşı reflüktatın kimyəvi tərkibini (turşulu və ya turşusuz olması) təyin etmək məqsədi ilə aparılır.
Digər	<i>Bernşteyn testi</i> standart asit-reflüks testidir. Nazoqastral zond ilə mədəyə həll olunmuş HCl və sonra duz məhlulu yeridilir. <i>Ssintiqrafiya</i> mədənin boşalmasını dəyərləndirir.
Biopsiya	Neoplastik və iltihabi proseslərin, Barret QB-nin diaqnostikası üçün aparılır.

MÜALİCƏLƏR

Qida Borusunda İcra Edilən Əməliyyatlar

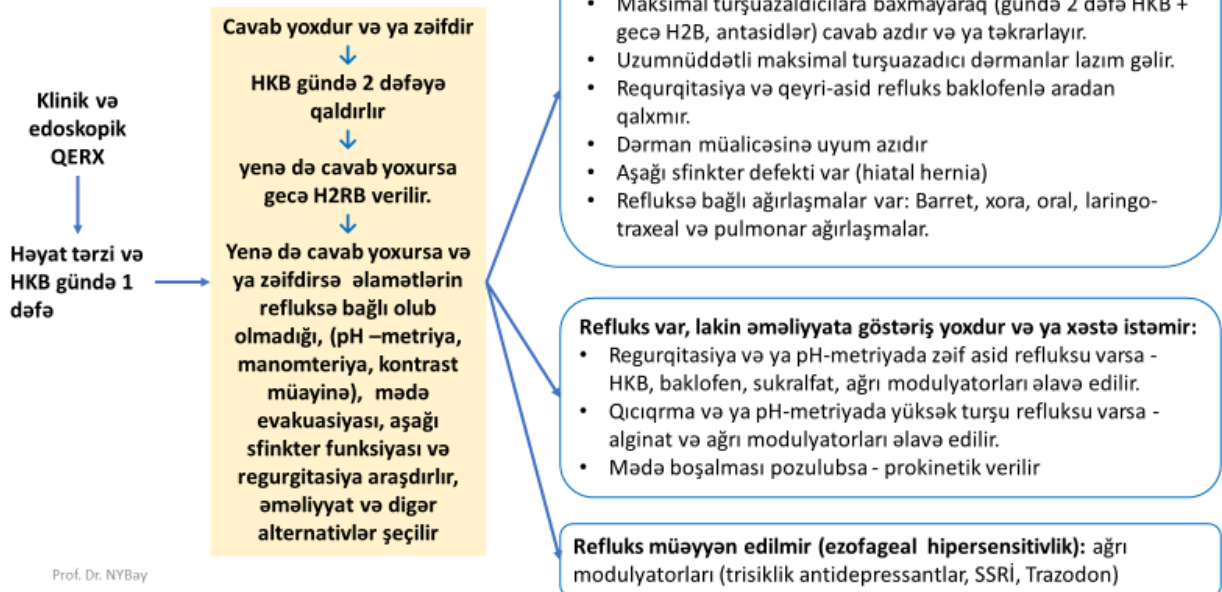
Ezofaqomiotomiya	Əzələ spazmlarına (axalaziya, diffuz ezofageal spazm) bağlı daralmanı aradan qaldırmaq məqsədi ilə icra olunur. QB-nin əzələ qatı boylama kəsilir, mukozaya toxunulmur.
Fundoplikasiya	Qastroezofageal reflüksü aradan qaldırmaq məqsədi ilə yerinə yetirilir. QB-nin distal hissəsinin ətrafında mədənin dibi vasitəsilə sıxıcı yaxalıq yaradılır. Yaxalığın əhatə dərəcəsinə görə müxtəlif üsullar mövcuddur. Klinik cərrahlıqda 360° (Nissen üsulu) və 180-270° (Toupet üsulu) yaxalıqlar daha çox tətbiq edilir.
QB-nin rezeksiyası	QB-nin xoş- və bədxassəli törəmələrində icra edilir. Üzvün bir hissəsi kəsilir və xaric olunur.
Total ezofaqektomiya	QB-nin tamamilə çıxarılmasıdır. Mədənin böyük ayrılıyından formalaşdırılmış boru, yoğun və ya nazik bağırsaq segmenti ilə ezofaqoplastika edilir. Ezofaqusun bədxassəli törəmələrində ən çox istifadə edilən cərrahi müalicə üsuludur.
Divertikulektomiya	Divertikul kəsilir, defekt tikilir.
Divertikuloezofaqostomiya	Divertikul ilə QB arasında geniş əlaqə yaradılır. Böyük Zenker divertikullarında, açıq və ya endoskopik üsulla yerinə yetirilir.
Endoskopik mukozektomiya	Endoskopun köməyi ilə QB-nin selikli qışası kəsilir və xaric olunur. Səthi törəmələrdə tətbiq edilir.
Endoskopik plikasiya	QB ilə mədənin dibi arasında büküş yaradılır. Fundoplikasiya əməliyyatına alternativ olan bu üsul son illərdə daha çox endoskopik üsulla həyata keçirilir.
Stentlər	QB-nin mənfəzinə metal və ya plastik tərkibli boru yerləşdirilir. Göstərişlər: bəd- və ya xoşxassəli daralmalarda mənfəzin genişləndirilməsi; perforasiya və anastomoz tutmazlığında defektin bağlanması və varikoz qanaxmalar zamanı varikozların kompressiyası.
Dilatasiya (balon, buj)	QB daralmalarının (strikturlar, axalaziya) müalicəsi üçün tətbiq edilir. Daralma nahiyyəsinə elastik balon və ya buj daxil edilir. QB-nin mənfəzi genişləndirilir.
Törəmələrin enukleasiyası	QB divarında yerləşən xoşxassəli törəmələr sağlam toxuma həddlərində xaric olunur.

QASTROEZOFAGEAL REFLÜKS XƏSTƏLİYİ

Özət

Qastroezofageal reflüks xəstəliyi (QERX) – mədənin və ya 12bb (onikbarmaq bağırsağı) möhtəviyyatının qida borusuna qayıtması nəticəsində meydana çıxan kimyəvi iltihabdır. Xəstəlik adətən döş sümüyü arxasında təkrarlanan yanğı, qıcqırma, requrgitasiya əlamətləri ilə biruzə verir, ağrı, faringit və öskürək də ola bilər. Uzun müddət davam edən və müalicə olunmayan hallarda xoralar, qanaxma, daralma və Barret metaplaziyası meydana gələ bilər. Diaqnozu endoskopiya (biopsiya) ilə qoyulur. Müalicəsi həyat tərzı dəyişməsi, dərmanlarla (HKB) və cərrahi yollarla (fundoplikasiya).

Qastroezofagela reflüks xəstəliyinin aparılması



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Qıcqırma • Requrgitasiya • Digər atipik əlamətlər Görüntüləmə və digər • Kontrastlı rentgenoqrafiya • Endoskopiya Funksional və digər müayinələr • Manometriya • 24 saatlıq pH-metriya • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Kompüter Tomoqrafiya • Maqnit Rezonans Tomoqrafiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • İmpedansometriya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antasidlər, H₂-reseptor blokatorları, hidrogen körüyü blokatorları (HKB), AES-in tonusunu artıran preparatlar: metoklopramid, teqaserod • Fundoplikasiya (laparoskopik və ya açıq)	• <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi • Endoskopik plikasiya • Qida borusu rezeksiyası

Diaqnostika

Şübhə

Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, reflüxsə şübhə yaranır:

- **Tipik əlamətlər** (qıcqırma, requrgitasiya);
- **Atipik əlamətlər** (döş qəfəsində qeyri – kardial retrosternal ağrılar, tənəffüs yollarına aid əlamətlər – təngnəfəslik, boğulma, astma, xronik öskürək, səs dəyişiklikləri, qanqusma, anemiya, odinofagiya, disfagiya, faringit və s.);
- **Hiatal yırtıq.**

Dəqiqləşdirmə

Reflüks əlamətləri hər gün və ya həftədə ən azı 2 – 3 dəfə təkrarlanırsa və son 2 – 3 ayda davam edirsə, ilk növbədə endoskopik müayinə aparılmalıdır.

QERX diaqnozunu qoymaq və formasını dəqiqləşdirmək üçün əsas yeri endoskopik müayinə tutur. Endoskopiya mümkün olmadıqda və differensial diaqnostika üçün digər müayinələr aparılır.

Ezofaqoqrafiya – 40% hallarda reflüks, 60% hallarda isə hiatal yırtıq görünür.

Ezofaqogastroskopiya – Ezofagitin ağırlıq dərəcəsi, AES kövşəkliyi, hiatal yırtıq və Barret ezofagitini müəyyən (inkar) etmək imkanlarına malikdir. Müayinə zamanı biopsiya materialı götürülür, həmçinin mədənin selikli qişasının vəziyyəti qiymətləndirilir.

24 saatlıq pH – metriya – klinik simptomların reflükslə əlaqədar olma(ma)sı dəqiqləşdirilir. Daha çox differensiasiya məqsədi ilə aparılır.

Manometriya – aşağı ezofagus sfinkterinin gücü müəyyən edilir.

Hidrogen körüü blokatorları testi – Xəstəyə 4 həftə ərzində HKB verilir. Şikayətlər (əlamətlər) aradan qalxarsa, QERX kimi qəbul edilir.

Ağırlıq dərəcəsi

Los – Angeles təsnifatına görə eroziv QERX-in 4 ağırlıq dərəcəsi ayırd edilir:

- A (I dərəcə) eritema və ödem fonunda bir və ya bir neçə xətti, <5mm ölçülü, bir – biri ilə birləşməyən eroziyalar;
- B (II dərəcə) QB-nin divarının <75% sirkulyar əhatə edən, xətti, >5mm ölçülü birləşən eroziyalar;
- C (III dərəcə) QB-nin divarının >75% sirkulyar əhatə edən, diffuz və xətti eroziyalar;
- D (IV dərəcə) xronik mukozal zədələnmələr, xoralar, striktur(lar), Barret ezofaqusu.

Eroziv QERX-in diaqnostik meyarları:

- Reflüks əlamətlərinin hər gün və ya həftədə ən azı 2 – 3 dəfə təkrarlanması və son 2 – 3 ayda davam etməsi;
- Endoskopik müayinədə ezofagitin müəyyən olunması;
- QB-də eroziyalar törədən digər xəstəliklərin inkar edilməsi.

Qeyri – eroziv QERX-in diaqnostik meyarları:

- Şikayətləri olan, lakin endoskopiya QB normal görünən xəstələrdə reflüksün olub-olmamasını dəqiqləşdirilmək üçün HKB testi və pH-metriya aparıla bilər.
- HKB müalicəsində tipik, atipik və ekstraefageal əlamətlər aradan qalxan hallar qeyri – eroziv QERX kimi qəbul edilir.
- pH – metriya müayinəsi tipik şikayətləri olmayan (döş sümüyüarxası ağrıları, öskürək, astma, faringit) və HKB istifadəsinə baxmayaraq, şikayətləri aradan qalxmayan xəstələrə tövsiyə olunur.

Müalicə

Müalicə prinsipləri

QERX-in müalicəsi 2 prinsip üzərində qurulmalıdır:

- Səbəbin aradan qaldırılması

- Reflüksün və ya reflüktatın aqressivliyinin azaldılması.

Müalicə metodları

Müalicəvi həyat tərz

- Reflüks mexanizminə təsir edən amillərin qarşısının alınması: yatağın baş hissəsinin qaldırılması, az miqdarda qida qəbulu, yatmadan 3 saat əvvəl qida qəbul edilməməsi, qarındaxili təzyiqi artırən amillərin qarşısının alınması, piylənməsi olan xəstələrin arıqlaması üçün tədbirlər həyata keçirilməsi
- Pəhriz, zərərli adətlərdən imtina: şokolad, alkoqol, qazlı içkilər, qəhvə, siqaret (Aşağı Ezofageal Sfinkterin (AES) tonusunu azaltmaqla reflüksə səbəb olurlar)

Medikamentoz

- Mədənin turşuluğunu azaldan preparatlar: antasidlər, H₂-reseptor blokatorları, hidrogen körüyü blokatorları (HKB)
- AES-in tonusunu artıran preparatlar: baclofen
- Mədə evakuasiyasını artıran preparatlar: metoklopramid, teqaserod
- Hp pozitiv olanlarda *Helicobacter pylori* müalicəsi
- Ağrı modulyatorları (visseral hipersensitivlikdə verilir): trisiklik antidepressantlar, serotonin geritutma inhibitorları, trazodon və s.)

Endoskopik plikasiya – təcrübəli klinikalarda edilə bilər, standartla çevrilməmişdir.

Cərrahi müalicə

Göstərişlər:

- reflüksü olan və konservativ müalicə effektsiz olan gənc xəstələr;
- yüksək dozada və uzun müddət HKB lazım gələn xəstələr
- baklofenlə keçməyən requrgitasiya
- aşağı sfinkterin anatomik defekti (hiatal hernia)
- ağırlaşmalar: Barret, xora, striktur, qanaxma, təkrarlayan oral, laringo-traxeal və pulmonar ağırlaşmalar

Cərrahi əməliyyatlar:

- Fundoplikasiya – Nissen üsulu (360°), Toupet üsulu (180 – 270°)
- Endoskopik plikasiya
- Maqnetik sfinkter
- Endoskopik mukozektomiya (Barret displaziyasında)
- QB-nin rezeksiyası: ağır displaziyalar

Müalicə taktikası

- İlkin konservativ müalicə təyin edilir (2 ay) - müalicəvi həyat tərz və gündə 1 dəfə HKB;
- İlkin konservativ müalicəyə müsbət cavab alınan xəstələrdə müntəzəm müalicə – müalicəvi həyat tərz, dərman və ya cərrahi müalicə tövsiyə olunur;

- İlk konservativ müalicəyə cavab yoxdursa və ya əlamətlər tam keçmirsə, HKB gündə 2 dəfəyə qaldırılır, antasidlər də əlavə edilə bilər.
- Yüksək doza HKB müalicəsinə baxmayaraq əlamətlər davam edərsə, gecələr histamin reseptor blokatorları (H2RB) əlavə edilir.
- Bu maksimal turşu supressiyasına baxmayaraq əlamətlər keçmirsə, xəstə təkrar müayinələrdən keçirilir, reflüksün olub-olmadığı, mədə evakuasiyası, qida borusunun aşağı sfinkterinin vəziyyəti və ağırlaşmalar araşdırılır. Əlamətlərin reflükslə əlaqədar olub-olmadığını müəyyənləşdirmək üçün varsa impedansometriya edilir, yoxdursa klinik əlamətlərə görə qiymətləndirilir (qıcqırma və requrgitasiya). Aşağı sfinkterin funksiyasını qiymətləndirmək üçün, xüsusən də əməliyyat planlaşdırılan xəstələrdə manometriya lazım gəlir. Kontrastlı müayinə ilə mədə evakuasiyasını, bəzən də requrgitasiyanı yoxlamaq olar. Endoskopik müayinə adətən təkrarlanır, reflüksü, QERX-in ağırlıq dərəcələrini, ağırlaşmaları, hiatal yırtığı qiymətləndirməyə imkan verir. Bu mərhələdə aparılan müayinələrin nəticələrinə görə xəstənin sonrakı müalicə planı seçilir:
 - Reflüksü olan və əməliyyat lazım gələn xəstələr:
 - Maksimal turşuazaldıcılara (gündə 2 dəfə HKB + gecə H2RB, antasidlər) baxmayaraq cavab azdır və ya təkrarlayır.
 - Uzunmüddətli maksimal turşuazaldıcı dərmanlar lazım gəlir.
 - Requrgitasiya və qeyri-asid reflüks baklofenlə aradan qalxmır.
 - Dərman müalicəsinə uyğunluq azdır
 - Reflüksə bağlı ağırlaşmalar var: Barret, xora, oral, laringo-traxeal və pulmonar ağırlaşmalar
 - Reflüksü olan, lakin əməliyyat göstərişi olmayan və ya əməliyyat istəməyən xəstələrdə standart konservativ müalicə davam etdirilir (HKB və müalicəvi həyat tərzi) və bəzi spesifik əlavələr edilir:
 - Requrgitasiya və ya pH-metriyada zəif asid reflüksü varsa - baklofen, sukralfat, ağrı modulyatorları əlavə edilir.
 - Qıcqırma və ya pH-metriyada yüksək turşu reflüksü varsa: alginat və ağrı modulyatorları əlavə edilir.
 - Mədə boşalması pozulubsa - prokinetik verilir.
 - Reflüks müəyyən edilməyən hallarda digər xəstəliklər yoxdursa, ezofageal hipersensitivlik kimi qəbul edilir və ağrı modulyatorları (trisiklik antidepressantlar, SSRİ, Trazodon) təyin edilir.

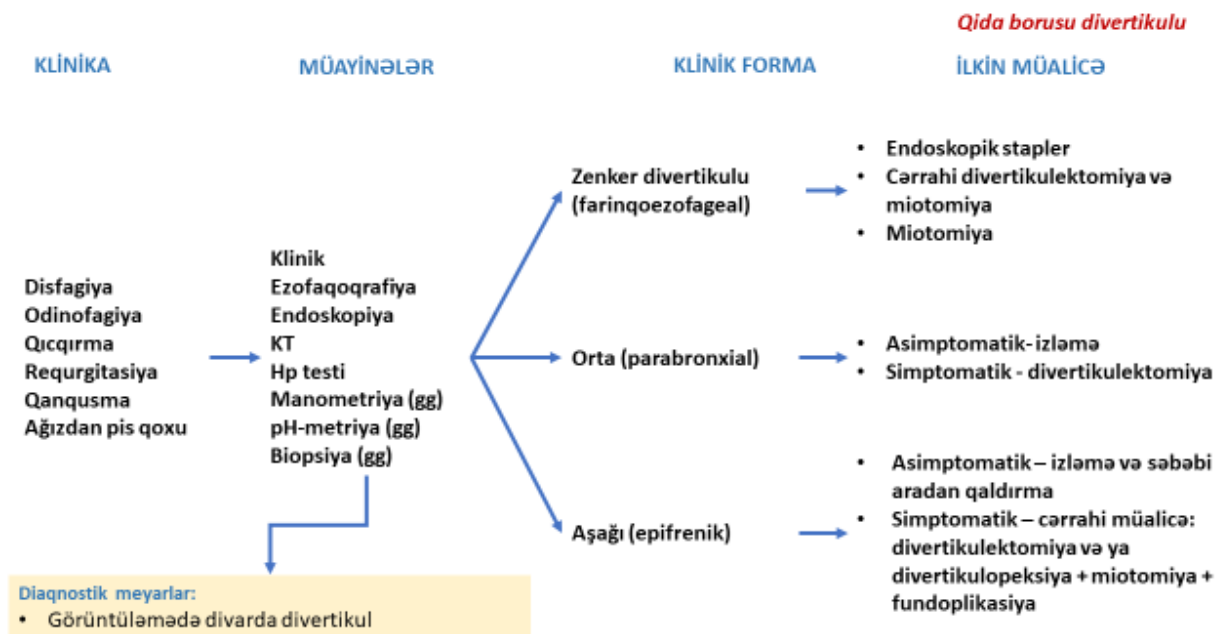
Ədəbiyyat

(1),(2),(3)

QIDA BORUSUNUN DİVERTİKULLARI

Özət

Qida borusu divarının bir qatının və ya bütün qatlarının kisəşəkilli kənara çıxması divertikul adlanır. Divertikulun iç səthi epitel toxuması ilə örtülü olur. Divar zəifliyi və distalda maneə divertikulun əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. Divertikullar qida borusunun yuxarı (Zenker divertikulu), orta və aşağı (epifrenik divertikul) hissələrində çox rast gəlinir. Xəstəlik erkən mərhələlərdə asimptomatik ola bilər, böyüdükcə disfagiya, requrgitasiya, ağızdan pis qoxu gəlməsi əlamətləri ilə biruzə verir. Uzunmüddətli divertikullar iltihab, böyüyərək ətraf orqanları sıxma, hətta perforasiya törədə bilirlər. Diaqnozu kontrastlı müayinə ilə qoyulur, müalicəsi əsasən cərrahi yolla (divertikulektomiya, distal miotomiya).



Prof. Dr. NYBey

Standart ezofagus müayinləri: klinik, hemoqram, kontrastlı ezofaqografiya, ezofaqoskopiya, KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Disfagiya • Odinofagiya • Qıcqırma • Requrgitasiya • Qanqusma • Atipik əlamətlər Görüntüləmə müayinələri • Kontrastlı rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik Ultrasəs müayinəsi (EUS) Funksional və digər müayinələr • Manometriya • 24 saatlıq pH-metriya • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomografiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • İmpedansometriya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antasidlər, H₂-reseptor blokatorları, hidrogen körüyü blokatorları (HKB) • Miotomiya • Divertikulektomiya • Endoskopik stapler • Fundoplikasiya (laparoskopik və ya açıq)	• Ezofaqoektomiya • <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi

QIDA BORUSUNUN YUXARI (ZENKER) DİVERTİKULU

Diaqnostika

Şübhə

Disfagiya, requrgitasiya, ağızdan pis qoxu gəlməsi, boyunda şişkinlik və boyunun palpasiyasında xışıltı səsi Zenker divertikulunun şübhəli əlamətləridir.

Dəqiqləşdirmə

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün kontrastlı Rentgenoloji müayinələr, KT və çox ehtiyatla endoskopiya edilir.

Kontrastlı Rh – qrafiya diaqnozu dəqiqləşdirən müayinədir.

Endoskopiya – divertikulun perforasiyası təhlükəsinə görə çox ehtiyatla aparılmalıdır.

Manometriya – səbəbi (üst sfinkterin tonusunun artması, udlaq və yuxarı sfinkterin diskoordinasiyası) araşdırmaq və reflüksi qiymətləndirmək baxımından olduqca mühüm müayinə üsuludur.

pH – metriya – reflüks xəstəliyi ilə differensiasiya üçün aparılır.

KT və endoskopik USM – şişlərlə differensiasiya etmək üçün aparılır.

Diaqnostik meyarlar:

- Disfagiya, həzm olunmamış qidaların requrgitasiyası, ağızdan kif qoxusu gəlməsi
- Rentgenoqrafiyada divertikul görünməsi
- Manometriyada hipertonus və ya diskoordinasiya.

Müalicə

Miotomiya – kiçik (<2 sm) divertikullarda göstərişdir. Krikofaringeal əzələ boylama istiqamətdə 3 sm kəsilir.

Divertikulektomiya və miotomiya – ən radikal müalicə üsuludur. Divertikul boyun nahiyyəsindən kəsilir, atılır və miotomiya edilir. 90% hallarda nəticə qənaətbəxş olur.

Endoskopik stapler – divertikul ilə QB arasındakı arakəsmə endoskopik staplərlə kəsilir və tikilir. 3 – 6 sm ölçülü divertikullarda icra edilir. Son illər daha geniş tətbiq edilməkdədir.

Antireflüks əməliyyatı – divertikul ilə yanaşı reflüks xəstəliyi də varsa, aspirasiyanın profilaktikası üçün antireflüks əməliyyatı divertikul əməliyyatından əvvəl aparılmalıdır.

QIDA BORUSUNUN ORTA DİVERTİKULU

Diaqnostika

Şübhə

Disfagiya, requrgitasiya, döş ağrıları əlamətləri olan və anamnezində divararalığı xəstəlikləri keçirmiş xəstələrdə ezofagusun orta divertikuluna şübhələr yaranır.

Dəqiqləşdirmə

Xəstəliyin dəqiqləşdirilməsi üçün kontrastlı Rentgenoloji müayinə, KT və çox ehtiyatla endoskopiya edilməlidir.

Obyektiv müayinə – əsas xəstəliyin əlamətləri ola bilər.

Kontrastlı rentgenoqrafiya – dəqiqləşdirici müayinə üsuludur.

Endoskopiya – divertikulun perforasiyası təhlükəsinə görə çox ehtiyatla aparılmalıdır.

Manometriya – aşağı sfinkterin funksiyasının (axalaziya, reflüks) qiymətləndirilməsi üçün vacib müayinə üsuludur.

pH-metriya – reflüks xəstəliyi ilə differensiasiya məqsədi ilə aparılan ən önəmli müayinədir.

KT və endoskopik USM – etioloji diaqnostika (divararalığının və QB-nin xəstəliklərinin diaqnostikası) üçün olduqca vacibdir.

Diaqnostik meyarlar:

- Disfagiya, həzm olunmamış qidaların requrgitasiyası, ağızdan kif qoxusu gəlməsi
- Kontrastlı Rentgenoloji müayinədə və ya KT-də divertikul görünməsi
- Manometriyada aşağı sfinkterin normal tonusu

Müalicə

Müşahidə – Asimptomatik divertikullarda tövsiyə olunur.

Divertikulektomiya – simptomatik divertikullarda aparılır. Ətraf iltihabi kütlə divertikulla birlikdə xaric edilir.

QIDA BORUSUNUN EPIFRENİK DİVERTİKULU

Diaqnostika

Şübhə

Disfagiya, requrgitasiya, döş ağrıları, axalaziya, distal ezofagus strikturları olan xəstələr divertikula görə müayinə olunmalıdırlar.

Dəqiqləşdirmə

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün kontrastlı diaqnostika üsulları (Rh – qrafiya və ya KT) və endoskopiya aparılır.

Obyektiv müayinə – əsas xəstəliyin əlamətləri rast gəlinə bilər.

Kontrastlı rentgenoqrafiya – dəqiqləşdirici müayinə üsuludur.

Endoskopiya – divertikulun perforasiyası təhlükəsinə görə çox ehtiyatla aparılmalıdır. QB-nin xəstəliklərinin və paraezofageal yırtıqların differensiasiyası üçün yerinə yetirilir.

Manometriya – divertikulun səbəbini (axalaziya, diffuz spazm, “fındıqqıran” QB) aşkar etmək üçün aparılan ən vacib müayinə üsuludur.

pH – metriya – reflüks xəstəliyinin diaqnostikasında ən önəmli müayinə üsuludur.

KT və endoskopik USM – etioloji diaqnostika (divararalığının və QB-nin xəstəliklərinin diaqnostikası) üçün vacibdir.

Diaqnostik meyarlar:

- Disfagiya, həzm olunmamış qidaların requrgitasiyası
- Kontrastlı müayinələrdə (Rh – qrafiya, KT) divertikul görünməsi
- Manometriyada hipertenziv dismotorika

Müalicə

Cərrahi müalicə – 3-komponentli cərrahi müalicə tövsiyə edilir (laparoskopik yol ilk seçimdir):

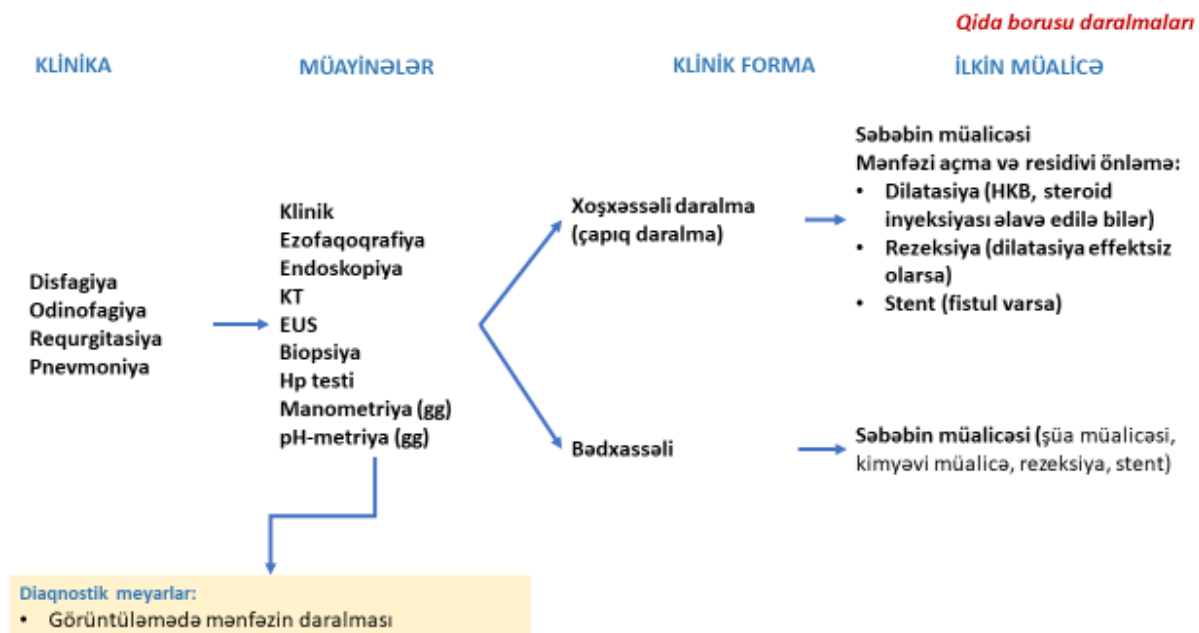
- Divertikulektomiya və ya divertikulopeksiya.
- Miotomiya – divertikulun əks tərəfindən aparılır. Divertikulun boynu səviyəsindən başlanır və mədəyə doğru 2 sm uzadılır.
- Hissəvi fundoplikasiya – reflüksün qarşısını almaq üçün icra edilir.

Ədəbiyyat

QIDA BORUSUNUN DARALMALARI

Özət

Qida borusunun daralmaları qida borusu mənfəzinin kiçilməsi və keçiriciliyinin azalması nəticəsində meydana gələn sindromdur. Daralmaya müxtəlif bədxassəli (qida borusu xərçəngi) və xoşxassəli xəstəliklər (anadangəlmə qəlsəmələr, zədələnmələr, yanıqlar, peptik xoralar, anastomoz və s.) səbəb ola bilər. Səbəbindən asılı olaraq daralma kəskin və ya xroniki disfagiya ilə biruzə verir, arıqlama, aspirasion pnevmoniyaya gətirib çıxara bilər. Diaqnozu kontrastlı müayinə və endoskopiya ilə dəqiqləşdirilir, səbəbi müəyyən etmək üçün biopsiya, tomoqrafiya, EUS, funksional müayinələr lazım gəlir. Müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasından ibarətdir, bu mümkün olmadıqda palliativ üsullar – dilatasiya, stent və s. tətbiq edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart ezofagus müayinələri: klinik, hemoqram, kontrastlı ezofaqografiya, ezofaqoskopiya, KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Disfagiya • Odinofagiya • Qıcırma • Requrgitasiya • Qanqusma • Atipik əlamətlər Görüntüləmə müayinələri • Kontrastlı rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) Funksional və digər müayinələr • Manometriya • 24 saatlıq pH-metriya • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomografiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • İmpedansometriya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antasidlər, H₂-reseptor blokatorları, hidrogen körüyü blokatorları (HKB) • Dilatasiya • Stent • Rezeksiya	• Fundoplikasiya (laparoskopik və ya açıq) • Ezofaqektomiya • <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi

Diaqnostika

Şübhə

Disfagiya, odinofagiya olduqda və bərk qidalar çətin udulduqda üzvi daralma şübhəsi yaranır.

Dəqiqləşdirmə

QB-nin strikturuna şübhə (disfagiya) olan xəstələrdə ilk müayinə Kontrastlı Rentgenoqrafiya və Endoskopiya.

Diaqnostik meyarlar:

- Disfagiya
- Anamnezdə QB xəstəliyi (yanıq, reflüks-ezofagit, əməliyyat və s.)
- Kontrastlı müayinələrdə daralma
- Endoskopiya daralmanın görülməsi və biopsiya materialının götürülməsi

Səbəbin təyini

Diqqət!!! Strikturn diaqnozu qoyularkən ilk məsələ bəd- və xoşxassəli daralmaların differensiasiyasıdır.

Bu məqsədlə anamnestik məlumatlar nəzərə alınmalı, endoskopiya və biopsiya icra edilməlidir. Biopsiya materialı daralmanın proksimal və distal hissələrindən və daralma sahəsindən götürülməlidir.

Peptik xora mənşəli distal daralmalarda strikturun distal hissəsində kolumnar epitel, proksimal hissəsində isə yastı epitel olur. Strikturun hər iki tərəfində yastı epitelin olması bədxassəli daralma ehtimalını artırır.

Müalicə

Əsas müalicə prinsipi səbəbin (əsas xəstəliyin müalicəsi) aradan qaldırılmasından ibarətdir.

Bədxassəli daralmalar uyğun şəkildə müalicə edilir: şüa müalicəsi, kimyəvi müalicə, rezeksiya, stent.

Xoşxassəli fibrotik daralmaların müalicəsi:

- **Dilatasiya** – ilk seçimdir. Balonla və ya bujlarla aparılır, HKB və steroid inyeksiyası əlavə edilə bilər.
- **Rezeksiya** – dilatasiya effektiv olmadıqda və ya bədxassəli prosesə şübhə yarandıqda göstərilir.
- **Stent** – QB və traxeya arasında fistul olan xəstələrdə ilk seçimdir.

QIDA BORUSUNUN PERFORASIYASI

Özət

Ezofagus perforasiyası QB-nin divarının deşilməsidir. Əksər hallarda yatrogen səbəblərlə əlaqədar meydana gəlir (nazoqastrol zond, endoskopiya, buj, əməliyyat və s.), lakin barotravma, qida borusu xəstəlikləri, yad cisimlər və travmalar da perforasiyaya səbəb ola bilərlər. Xəstəlik kəskin şəkildə, ağrı və disfagiya əlamətləri ilə ortaya çıxır, qısa zamanda təngnəfəslik və sepsis meydana gəlir. Adətən ağır gedişlidir, erkən və yetərli müalicə olunmazsa, ölüm ehtimalı artır. Diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün kontrastlı müayinələr, KT və endoskopiya edilir, klinik əlamətlərlə yanaşı, kontrast ekstravazasiyası, KT-də ezofagusətrafı maye və ya hava, endoskopiya iltihab və perforasiya xarakterik əlamətləridir. Müalicəsində erkən cərrahi müdaxilə əsas yer tutur (birincili tikiş, perkutan drenaj, izolyasiya, ezofaqektomiya və digər), dəstək və antibiotikoterapiya lazım gəlir, göstərişə görə stent də tətbiq oluna bilər.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Ağrı • Disfagiya • Odinofagiya • Sepsis əlamətləri Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • Yara kultürü • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomografiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İntensiv terapiya, antibiotiklər, parenteral qidalandırma • Stent • Cərrahi müalicələr: - birincili tikiş, perkutan drenaj, izolyasiya, ezofaqektomiya və digər	

Diaqnostika

Şübhə

QB-nin müayinəsi və tibbi – diaqnostik müdaxilələrdən, güclü, aramsız qusma və ya qarındaxili təzyiqi artıran digər amillərdən (aramsız öskürək, doğuş və s.) sonra boyun, döş və ya qarın nahiyyələrində ağrılar, udqunmadan sonra ağrıların artması perforasiyaya şübhələr yaradır. Bu hadisələrdən sonrakı 24 saat ərzində boyunda şişkinlik və emfizema, kəskin plevrit, kəskin peritonit və sepsis əlamətləri ortaya çıxarsa, şübhələr daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

Perforasiyanın olub-olmamasının və lokalizasiyasının təyini diaqnostika prosesinin *ilk məsələsidir*.

Bu məqsədlə ilk müayinə üsulu kimi kontrastlı Rh – qrafiya və ya KT yerinə yetirilir. Bu müayinələr azinformativ olduqda endoskopik müayinə icra edilməlidir.

Kontrastlı Rh – qrafiya – ilk və təcili müayinədir, suda həll olan kontrast maddə ilə aparılmalıdır. QB-nin ətrafında sərbəst hava (pnevmoserviks, pnevmomediastinum, pnevmotoraks, pnevmoperitoneum) və maye (mediastinal və ya plevral maye) görünməsi, kontrast məhlulun ekstravazasiyası patognomonik əlamətlərdir. Perforasiyanın topik diaqnostikasında həssaslığı 90%-dir.

Ezofaqoskopiya – ikinci müayinədir, perforasiyanın lokalizasiyası, ölçüləri, QB-nin xəstəliklərini, perforasiyaətrafı dəyişiklikləri (hematoma, ödem və s.) müəyyən etmək imkanlarına malikdir.

KT – perforasiyanı və ağırlaşmaların dəqiq diaqnostikasını təmin edir.

Diaqnostik meyarlar:

- Ağrılar, disfagiya, təngnəfəslik, sepsis əlamətləri
- Kontrastlı müayinələrdə ekstravazasiya
- KT-də ezofaqusətrafı maye və ya hava
- Endoskopiya iltihab və perforasiya

QB-nin xəstəliyinin təyini

Diaqnostika prosesində **ikinci** məsələnin – QB-nin xəstəliyinin təyini üçün anamnestik məlumatlar və endoskopik müayinənin nəticələri nəzərə alınır.

Müalicə

Müalicə prinsipi

Möhtəviyyatın kənara çıxmasının qarşısının alınması əsas müalicə prinsipidir və mümkün qədər erkən müddətlərdə cərrahi yolla aradan qaldırılmalıdır.

Müalicə üsulları

Perforasiya dəliyinin tikilməsi – sağlam QB-də və erkən dövrdə (24 saat ərzində) aparılır. Selikli qışa və əzələ qatı ikiqat fasiləli tikişlərlə tikilir, əlavə olaraq plevra, periton səhifəsi və ya diafraqma ilə möhkəmləndirilir.

Drenaj – perforasiyaətrafı nahiyyə drenaj olunur. Yeri tapılmayan kiçik perforasiya zamanı tətbiq edilir.

Rezeksiya – QB-nin perforasiya hissəsi sağlam həddlərdə rezeksiya edilir, proksimal uc boyundan çıxarılır, ezofaqostoma qoyulur, distal uc bağlanır və yeyunostoma qoyulur. Xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra ezofaqoplastika edilir. Tikilməsi mümkün olmayan gecikmiş, 48 saatdan çox keçmiş və QB-nin xəstəliyi səbəbindən baş vermiş perforasiya zamanı rezeksiya daha məqsədəuyğundur. QB-nin xəstəliyi səbəbindən baş vermiş erkən perforasiyaya görə rezeksiyadan bilavasitə sonra ezofaqoplastika əməliyyatı yerinə yetirilə bilər.

İzolyasiya (diversiya, defunksiya) – perforasiyadan proksimal hissə boyuna çıxarılır və ezofaqostoma qoyulur, distal uc bağlanır, yeyunostoma qoyulur və perforasiya bölgəsi drenaj edilir. Mədə möhtəviyyətinin reflüksünün qarşısını almaq üçün perforasiya sahəsinə T-drenaj qoyula bilər. Dərialtı tunellə sol döş nahiyəsində ezofaqostoma formalaşdırıla bilər.

Stent – Əməliyyat mümkün olmayan hallarda tətbiqlir.

Konservativ – Perioperativ aparılır:

- oral qidalanmanın dayandırılması, yalnız parenteral qidalanma
- geniş spektrli antibiotiklər
- su – elektrolit balansının korreksiyası
- kardiorespirator dəstək müalicəsi

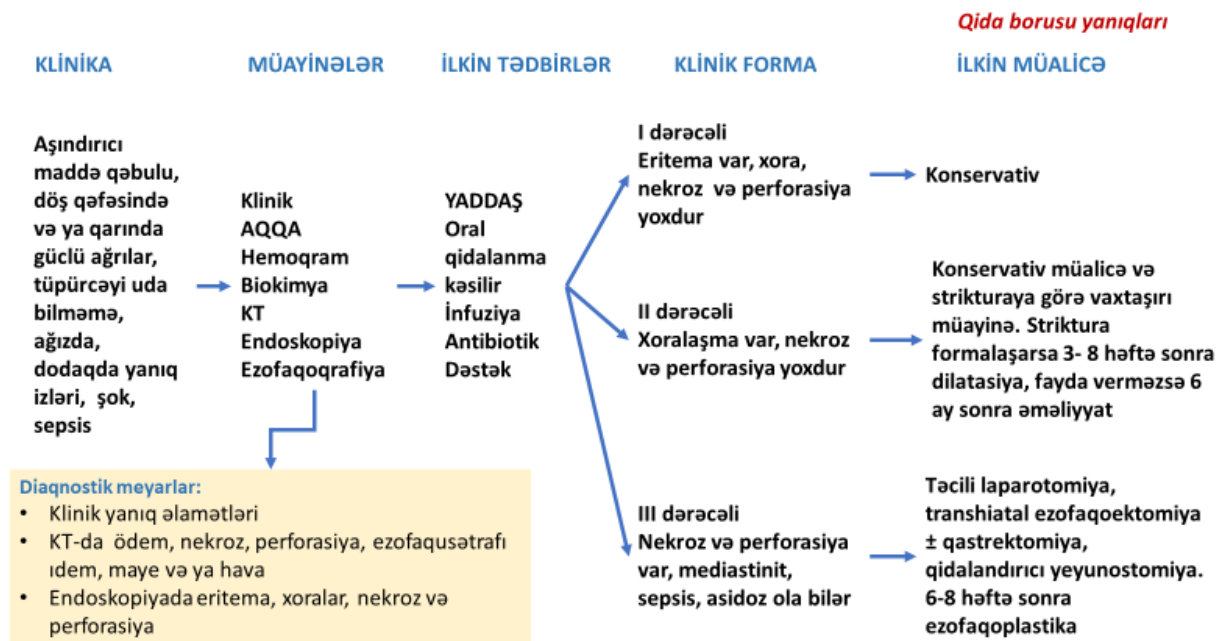
Müalicə taktikası

- Perforasiya diaqnozu qoyulmuş xəstədə konservativ müalicə başlanır və cərrahi müalicə ön planda tutulur.
- Cərrahi üsulun seçimində perforasiyanın lokalizasiyası, müddəti və QB-nin xəstəliyi mühüm rol oynayır.
- Erkən mərhələdə (ilk 24 saatda) perforasiya dəliyinin tikilməsi və ətrafının adekvat drenajı tövsiyə edilir. Axalaziya səbəbindən QB-nin dilatasion hissəsinin erkən tapılan perforasiyasında dəliyin tikilməsi, əks tərəf miotomiyası və fundoplikasiya icra edilə bilər.
- Gecikmiş perforasiya (24 saatdan sonra), yerli iltihab və septik əlamətlər olan xəstələrdə 2 variantdan biri seçilir: **rezeksiya və ya izolyasiya (diversiya)**.
- QB-nin xəstəliyi (bədxassəli şişlər, striktur, yanıq dəyişiklikləri, peptik xoralar və s.) aşkar edildikdə müddətdən asılı olmayaraq ilk seçim üzvün rezeksiyasıdır (rezeksiya, ezofaqostoma, qidalandırıcı yeyunostoma). Ezofaqoplastika sonrakı mərhələdə planlı qaydada yerinə yetirilməlidir.
- QB-nin xəstəliyi olmayan və perforasiyadan 24 saatdan çox keçmiş xəstələrdə perforasiya sahəsinin izolyasiyası icra edilə bilər. Xəstənin vəziyyəti çox ağır olarsa, endostent qoyulmalı və ətraf nahiyə perkutan drenaj olunmalıdır. Udlağa yaxın, qastroezofageal bölgənin və 6 sm-dən böyük perforasiyalar zamanı stent qoyulması məsləhət deyil.
- Boyun nahiyəsinin kiçik, dinamikada sepsis əlamətləri olmayan və natamam perforasiyalarında (mukoza zədələnilir, əzələ qatı tamdır, intramural hematoma ola bilər) konservativ müalicə aparıla bilər.

QIDA BORUSUNUN YANIQLARI

Özət

Qida borusu yanıqları aşındırıcı qatı kimyəvi maddələrin (turşular və qələvilər) qəbulundan sonra meydana gəlir, epiteldə yüngül dəyişiklikdən tutmuş divarın tam nekrozuna qədər dəyişə bilər. Xəstəlik aşındırıcı maddənin içilməsindən dərhal sonra ağrı, yanğı, disfagiya, tüpürcəyi uda bilməmə əlamətləri ilə başlayır, bir neçə saat ərzində SIRS əlamətləri ortaya çıxır, ağır dərəcəli zədələnmələrdə şok, perforasiya, sepsis, ölüm meydana gələ bilər. Diaqnostikasında endoskopiya vacibdir, anamnezdə kimyəvi maddə qəbulu, ağrılar, disfagiya, dodaqlarda, dildə, yanaqlarda və damaqda yanq izləri, endoskopiya udlaq, QB və mədədə müxtəlif dərəcəli zədələnmələr xarakterik əlamətlərdir. Müalicəsi üçün stabilləşdirmə tədbirləri və yüngül dərəcələrdə konservativ tədbirlər həyata keçirilir, perforasiyalarda isə təcili əməliyyat gerçəkləşdirilir (ezofaektomiya, qidalandırıcı yeyunostomiya).



Prof. Dr. NYBəy

Standart ezofagus müayinələri: klinik, hemoqram, kontrastlı ezofaqografiya, ezofaqoskopiya, KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Ağrı • Disfagiya • Odinofagiya • Ağız suyunu uda bilməmə • Ağızda, dodaqda yanıq izləri • Şok və sepsis əlamətləri Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı Rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomografiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İntensiv terapiya, antibiotiklər, parenteral qidalandırma, nazoqastral zond • Stent • Dilatasiya • Cərrahi müalicələr: perkutan drenaj, izolyasiya, ezofaqektomiya, ezofaqoplastika, yeyunostomiya və digər • Göstərişə görə <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi və digər	

Diaqnostika

Şübhə

- Anamnezində aşındırıcı maddə qəbulu, disfagiya, boyunda, döş qəfəsində və ya qarında ağrılar. Xəstənin ümumi vəziyyətinin ağır olması.
- Huşsuz xəstələrin dodaqlarında, ağız ətrafında və ağız boşluğunda yanıq izləri, yanıq dəyişiklikləri (dilin deskvamasiyası, dərinin aşınması, rəng dəyişiklikləri).

Dəqiqləşdirmə

- Yanığın olub-olmamasını və ağırlıq dərəcəsini məyyənləşdirmək üçün endoskopiya və KT lazım gəlir.
- **KT** yanığın dərəcəsini, ağırlaşmaları və xüsusilə də təcili əməliyyata göstərişləri məyyənləşdirmək üçün təcili olaraq aparılan müayinədir.
- **Endoskopiya** isə KT-də nekroz və perforasiya əlamətləri olmayanlarda aparılır və 24 saat ərzində edilməsi tövsiyə edilir. Endoskopiya qida borusu yanığının dərəcəsini müəyyənləşdirməklə yanaşı mədənin vəziyyətini də qiymətləndirmək üçün aparılır.
- **Kontrastlı Rh** – qrafiya – suda həll olan kontrast maddə ilə aparılır. Erkən mərhələdə perforasiya və aspirasiyanın qiymətləndirilməsi, gec dövrdə isə striktur və fistulun diaqnostikası üçün lazım ola bilər.

Diaqnostik meyarlar:

- Anamnezdə aşındırıcı qatı kimyəvi maye və ya bərk maddə qəbulu
- Ağrılar, disfagiya
- Dodaqlarda və ağız boşluğunda (dil, yanaqlar, damaq) yanq izləri
- Şok, sepsis, medastinit əlamətləri ola bilər
- Endoskopiya və KT-də udlaqda, QB, mədədə, mediastinumda və ətraf orqanlarda müxtəlif dərəcəli zədələnmələr

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

Qida borusu yanığının dərəcəsini təyin etmək üçün klinik müayinə ilə yanaşı KT və endoskopiya istifadə edilir. Patoloji, endoskopik və KT göstəricilərinə görə qida borusu yanıqları 3 dərəcəyə ayrılır:

- | | |
|---------------------|--|
| I dərəcəli | Endoskopiya hiperemiyası, ödem, səthi mukozal eroziyalar, KT-də dəyişiklik görünür. |
| II dərəcəli | Endoskopiya selikli qişanın qopması, hemorragiyalar, xoralar, ərplər, gec dövrdə qranulyasiya ocaqları, KT-də divarın ödemi, kontrastlaşmanın artması, ətrafında iltihabi dəyişikliklər. |
| III dərəcəli | Endoskopiya QB-nin divarının nekrozu, perforasiyası, KT-də divarda kontrastlaşmanın olmaması və ya oral kontrastın kənara çıxması. |

Müalicə

QB-nin kimyəvi yanıqlarında müalicə tədbirləri travma almış xəstəyə yardım prinsipi üzərində qurulur: xəstə əvvəl stabilizə edilir, sonra spesifik tədbirlər həyata keçirilir.

İlkin tədbirlər:

- **Hava yoluna nəzarət** – aspirasiyanın profilaktikası üçün oral qidalanmanın dayandırılması və oral aspirasiya. Dil, udlaq və epiqlottusda böyük ödem olarsa – təcili traxeostomiya
- **Tənəffüsə nəzarət** – oksigen verilir, aspirasiyalarda intubasiya edilir
- **Hemodinamika** – infuzion terapiya, inotrop müalicə
- **Ağrıkəsicilər** – bütün xəstələrə təyin edilir
- **Antibiotiklər** – geniş spektrli antibiotiklər
- **Qusdurma** – əks göstərişdir
- **Steroid preparatları** – faydası mübahisəlidir
- **Qidalandırma** – ilk günlər yalnız parenteral qidalandırma, sonra enteral (nazoqastral zond və ya yeyunostomiya ilə) qidalanma
- **Nazoqastral zond** – mədənin zədələnməsi və QB-nin perforasiyası olmayan xəstələrdə yalnız endoskopik nəzarət altında qoyulur.

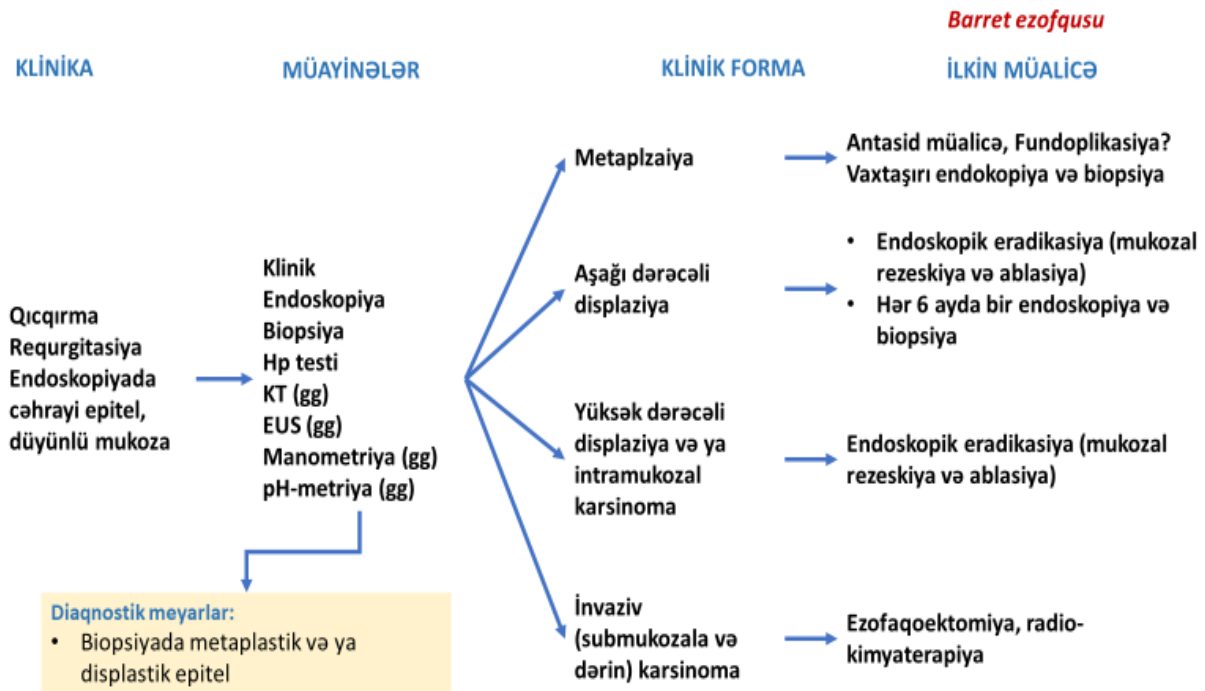
Spesifik müalicələr:

- I dərəcəli yanıqlarda konservativ tədbirlər yetərli olur. Xəstələr bir neçə gün sonra ambulator müalicəyə göndərilirlər.
- II dərəcəli yanıqlarda nazoqastral zondla qidalandırma davam etdirilir və striktura görə vaxtaşırı endoskopik və kontrastlı müayinələr aparılır. Stiktur formalaşana qədər balon (buj) dilatasiyası edilə bilər. Lakin 6 – 8 həftədən sonra striktur olanlarda balon dilatasiyası edilir, bu faydasız olarsa cərrahi əməliyyat edilir.
- III dərəcəli yanıqlarda QB-nin və mədənin geniş, dərin nekrozu olarsa (perforasiya, davamlı ağrılar, asidoz), təcili cərrahi əməliyyat icra edilir. Laparotomiya vaxtı mədənin vəziyyəti qiymətləndirilir, transhiatal ezofaqektomiya və servikal ezofaqostomiya yerinə yetirilir, qidalandırıcı yeyunostomiya qoyulur. Xəstənin qidalandırılması üçün qastrostomiya məsləhət deyil. Çünki mədə büzüşür və gələcək ezofaqoplastika imkanları aradan qalxır. Mədənin nekrozu qastrektomiyaya göstərişdir. 6 – 8 həftədən sonra ezofaqoplastika icra olunur.
- Gec mərhələdə striktur və bədxassəli xəstəliklərə görə müntəzəm müayinələr (Rh – qrafiya, endoskopiya) və müalicə (dilatasiya, rezeksiya) aparılır.

BARRET EZOFAQUSU

Özət

Barret ezofaqusu QB-nin distal hissəsində, normal yastı epitelin sütunşəkilli intestinal tipli epitel ilə əvəz olunmasıdır (metaplaziya). Uzunmüddətli reflüxslə əlaqədar qida borusu epitelinin daimi zədələnməsi əsas patomekanizm sayılır. Xəstəlik tipik və atipik refleks əlamətləri ilə biruzə verir, az hallarda stabil qalır, əksər hallarda proqressivləşərək displaziya, xərçəng, xora, qanaxma və daralma kimi ağırlaşmalara gətirib çıxarır. Diaqnostikası üçün endoskopiya və biopsiya lazım gəlir, reflüks əlamətləri, endoskopiya QB-nin ağımtıl epitelinin çəhrayı epitelə əvəzlənməsi və biopsiyada intestinal metaplaziya xarakterikdir. Müalicəsi üçün patomorfoloji dəyişiklikdən asılı olaraq, antasid müalicə, fundoplikasiya, ablasiya, hətta ezofaqektomiya seçilə bilər.



Prof. Dr. NYBəy

Standart ezofaqus müayinələri: klinik, hemoqram, kontrastlı ezofaqografiya, ezofaqoskopiya, KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Asimptomatik • Qıçırma • Öksürək, faringit • Disfagiya • Odinofagiya Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı rentgenoqrafiya • Endoskopiya • KT • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomoqrafiyası • Manometriya və pH-metriya • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antasidlər: HKB, H2 blokatorlar • <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi • Fundoplikasiya	• Fotodinamik müalicə • Radiotezlikli destruksiya • Termal destruksiya • Mukozal rezeksiya • Arqon koagulyatorla destruksiya • Dilatasiya • Rezeksiya • Digər

Diaqnostika

Şübhə

QERX, hiatal yırtıq, striktur və xora olan xəstələrdə endoskopik müayinə zamanı şübhəli görüntü (QB-nin ağımtıl epitelinin qırmızımtıl epitellə əvəzlənməsi) Barret ezofaqusuna şübhələri artırır.

Dəqiqləşdirmə

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün QB-nin distal hissəsindən endoskopik biopsiya materialının götürülməsi lazımdır.

Biopsiya Barretin diaqnozunu dəqiqləşdirməklə yanaşı displaziya və karsinomanı müəyyənləşdirmək, həmçinin müalicə yanaşmasını təyin etmək üçün ən vacib müayinədir. Biopsiya 4 yerdən 1-2 sm məsafədə alınır, selikli qışada kələ - kötürlüklər (düynələr) isə tam

götürülür. Patohistoloji müayinənin nəticəsinə bəzən bir neçə mütəxəssisin baxmasına ehtiyac yaranır. Bəzən 4-8 həftə antasid müalicəsi verdikdən sonra biopsiyanı təkrarlamaq lazım gəlir.

Müalicə

Müalicə tədbirləri

Reflüksün müalicəsi – xərçəng inkar olunduqda tətbiq edilir:

- Antasid preparatlar – simptomları azaldır. Mədə turşusunun təsirini azaltsa da, selikli qişaya ödəm zədələyici təsirini aradan qaldırmır.
- Antireflüks əməliyyatı – turşu və öd reflüksünü aradan qaldırır, lakin metaplazianın reqressiyasına çox az təsir edir (10 – 20%).
- *Helicobacter pylori* pozitiv olanlarda *anti-pilory* müalicəsi aparılır, lakin bu metaplaziyaya ciddi təsir etmir.

Barret epitelinin aradan qaldırılması (eradikasiya) – metaplaziya və displaziyalarda istifadə edilən əsas müalicə sayılır:

- Fotodinamik müalicə
- Radiotezlikli destruksiya
- Termal destruksiya
- Mukozal rezeksiya
- Arqon koagulyatorla destruksiya
- Digər

Ağırlaşmaların müalicəsi:

- Dilatasiya – strikturlarda tətbiq edilir
- Rezeksiya – ağır dərəcəli displaziyada və xərçəngdə istifadə edilir
- Destruksiya – ağır dərəcəli displaziyada

Müalicə taktikası

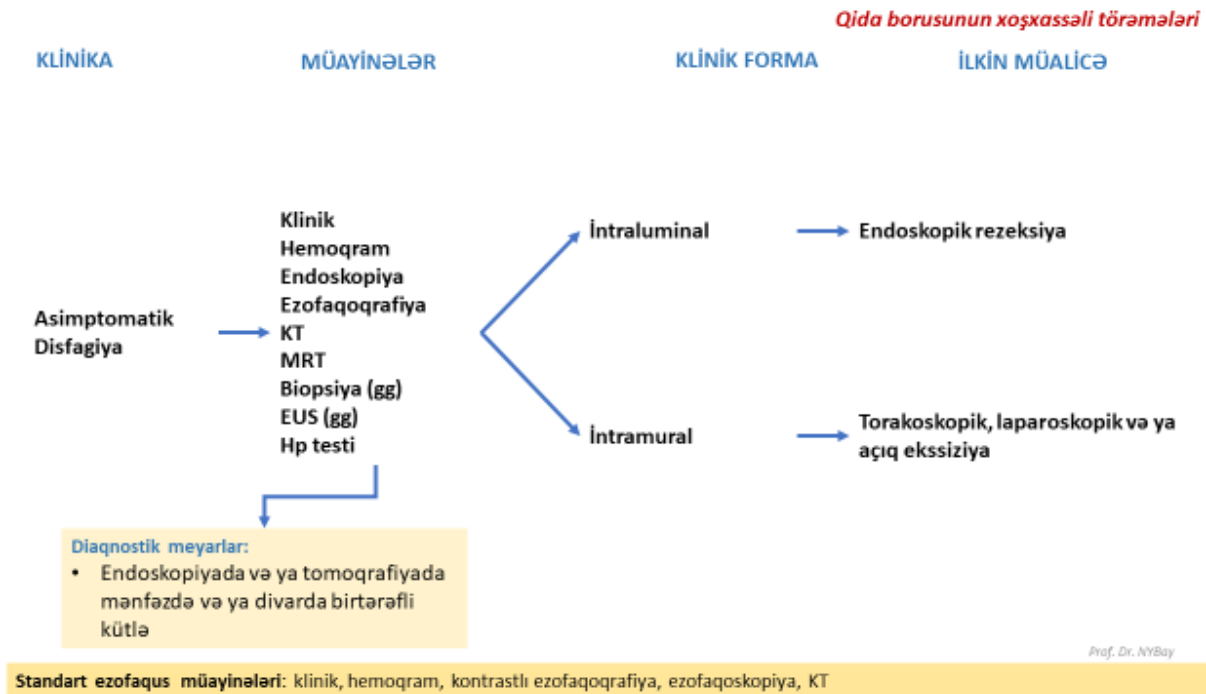
- Müalicə üsulunun seçilməsində xəstəliyin mərhələsi və ağırlaşmaları nəzərə alınır.
- **Metaplaziyada** 2 variantdan biri seçilir:
 - Vaxtaşırı endoskopiya və biopsiya (2-3 ildə bir)
 - Reflüks müalicəsi – fundoplikasiya və ya antasid müalicə (hidrogen körüyü blokatorları)
- **Aşağı dərəcəli displaziya** – xəstələr 1 – 2 ay hidrogen körüyü blokatorları ilə müalicə olunur və təkrar biopsiya edilir. Bu müddətdə antasid müalicə iltihabı azaldır və displazianı dəqiqləşdirməyə imkan verir. Təkrar biopsiyada metaplaziya və ağır dərəcəli displaziya müəyyən edildikdə uyğun müalicə aparılır. Aşağı dərəcəli displaziyalarda endoskopik üsulla Barret epitelinin aradan qaldırılması (endoskopik eradikasiya) tövsiyə edilir və bu məqsədlə mukozal rezeksiya və radiotezlikli ablasiya kombinasiyası daha çox tətbiq edilir.

- ***Yüksək dərəcəli displaziya və intramukozal karsinomada*** endoskopik eradikasiya icra edilir. Bu xəstələrin 30%-də morfoloji adenokarsinoma tapıldığını nəzərə alaraq biopsiya materialları diqqətlə yoxlanmalıdır. İnvaziv karsinoma tapılsa ezofaqektomiya lazım gəlir.
- ***Adenokarsinoma*** – ezofaqektomiya göstərişdir.
- ***Xora*** – antasid müalicəsi verilir, endoskopiya və biopsiya təkrarlanır. Xoranın residivi olduqda endoskopik eradikasiya və antireflüks əməliyyatı icra edilə bilər.
- ***Striktur*** – təkrari və çoxsaylı biopsiyalar edilir, balon dilatasiyası və antasid müalicə verilir. Strikturun residivi fundoplikasiya və əməliyyatdaxili dilatasiyaya göstərişdir.

QIDA BORUSUNUN DİGƏR XOŞXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

Qida borusunun xoşxassəli törəmələrinə çox az rast gəlinir. Barret ezofagusundan sonra ən çox (~50%) gastrointestinal stromal tumorlar və leyomiomalar, daha sonra poliplər rast gəlinir. Hemangiomalar və mioblastomalar nadir törəmələrdir. Qida borusunun kiçik ölçülü xoşxassəli törəmələri adətən asimptomatik olurlar, təsadüfi müayinələrdə tapılırlar. Törəmələr böyüdükcə disfagiya əlaməti ortaya çıxır. Törəmələrin əksəriyyəti böyüməyə meyllidir. Diaqnostikası üçün kontrastlı ezofaqografiya, endoskopiya, KT/MRT və endoskopik USM tətbiq edilir, mənfəzi birtərəfli sıxma və hamar divar xarakterikdir. Diaqnostikada vacib məsələ bədxassəli törəmədən fərqləndirməkdir ki, bunun üçün də biopsiya vacibdir. Müalicəsi çıxarmaqdan ibarətdir: intraluminal törəmələr adətən endoskopik yolla, simptomatik və böyüyən intramural törəmələr torakoskopik, laparoskopik və ya açıq yolla çıxarılır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Asimptomatik • Qıçırma • Öskürək, faringit • Disfagiya • Odinofagiya • Digər Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomoqrafiyası • PET • Laparoskopiya və Toraskopiya • Manometriya və pH-metriya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Endoskopik rezeksiya • Cərrahi müalicələr - enukleasiya, rezeksiya	• Stent • Hp pozitiv olanlarda anti - <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi • Digər

Diaqnostika

Kontrastlı ezofaqoqrafiya, endoskopiya, KT/MRT və endoskopik USM əsas diaqnostika üsullarıdır. Bu müayinələrdə mənfəzi birtərəfli sıxan, hamar divarlı kütlə təyin edilir. İntramural törəmələrdə endoskopik biopsiya məsləhət deyil. Çünki bu enukleasiya əməliyyatını çətinləşdirir.

Differensial diaqnostika

Bu törəmələr ilk növbədə QB-nin xərçəngi ilə differensiasiya edilməlidir. Xərçəngdə mukozal zədələnmə görünür. Biopsiya materialının morfolojiyası diaqnozun verifikasiyasını təmin edir. Xoşxassəli intramural törəmələrdə isə selikli qışa adətən normal olur.

Görüntüləmə diaqnostika üsulları ilə xoşxassəli törəmələri bir – birindən fərqləndirmək çətin olur. Dəqiq differensiasiya üçün patohistoloji müayinə çox vacibdir.

Müalicə

Intraluminal törəmələr adətən endoskopik yolla çıxarılır. Simptomatik və böyüyən intramural törəmələr torakoskopik, laparoskopik və ya açıq yolla çıxarılır (enukleasiya). Əməliyyat vaxtı mukoza zədələnməməlidir.

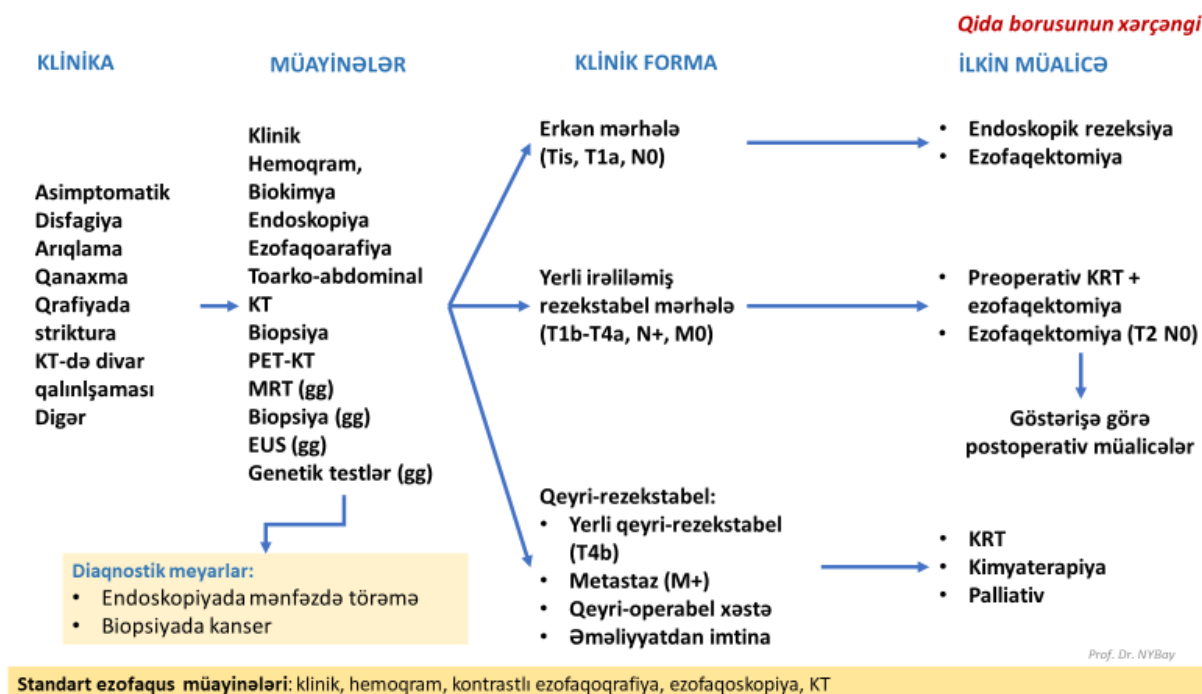
QB-NİN SİSTLƏRİ

Anadangəlmə (bronxogen, enterogen) və qazanılmış (retension) olurlar. Adətən orta və distal ezofagusda yerləşirlər. Klinikası və diaqnostikası digər xoşxassəli törəmələrdən fərqlənmir. Simptomatik formaların cərrahi çıxarılması tövsiyə olunur.

QIDA BORUSUNUN BƏDXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

Qida borusunun çox rast gəlinən bədxassəli törəmələrinə yastı hüceyrəli xərçəng, metaplastik epiteldən inkişaf edən adenokarsinoma və az rast gəlinən digərləri aiddir. Siqaret, alkohol, nitrozaminli qidalar, vitamin çatışmazlığı, qaynar (isti) qida qəbulu, insan papilloma virusu (HPV), yanıqlar, axalaziya, Barret ezofagusu risk amilləri sayılır. Xəstəlik erkən mərhələdə asimptomatik ola bilər. Gecikmiş mərhələlərdə disfagiya, odinofagiya, arıqlama, qanaxma, yeməkdən sonra öskürək, səs dəyişiklikləri ortaya çıxa bilər. Erkən mərhələlərdə kurativ müalicələrdən sonra 5-illik həyat göstəricisi 20-30%, gec mərhələlərdə ortalama həyat göstəricisi 6 ay-1 il təşkil edir. Qida azlığı, aspirasion pnevmoniya, traxeobronxial fistul çox rast gəlinən ağırlaşmalarıdır. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Mərhələnin təyini üçün EUS, KT lazımdır, PET-KT, laparoskopiya və torakoskopiya da gərəkə bilər. Müalicəsində histoloji tipi və mərhələsi nəzərə alınır. Erkən mərhələlərdə endoskopik mukozal rezeksiya, cərrahi rezeksiya, kimyəvi-şüa müalicə kombinasiyaları tətbiq edilə bilər. Qeyri-rezektabel törəmələrdə stent, fotodinamik müalicələr, kimyəvi-şüa müalicəsi və s. istifadə edilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Disfagiya • Odinofagiya • Qıcqırma • Requrgitasiya • Qanqusma • Atipik əlamətlər Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı rentgenoqrafiya • KT • Endoskopiya • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomoqrafiyası • PET • Laparoskopiya və Toraskopiya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Ezofagektomiya • Kimyəvi dərman müalicəsi • Şüa müalicəsi • Stent • Rekanalizasiya	• Endoskopik mukozal rezeksiya • Fotodinamik müalicələr • Eksperimental müalicələr • <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi

Diaqnostika

Şübhə

Disfagiya, odinofagiya, arıqlama, qanaxma, yeməkdən sonra öskürək, səs dəyişiklikləri, anamnezdə Barret ezofagusu, yanıq, striktur, axalaziya, Rh – qrafiya və ya KT-də QB-nin törəməsi, daralması, fistul bədxassəli törəmələrə şübhə əlamətləridir.

Dəqiqləşdirmə

Endoskopiya və biopsiya materialının morfoloji müayinəsi dəqiqləşdirici müayinələrdir.

Mərhələnin təyini

Mərhələnin təyini üçün KT, EndoUSM, göstərişə görə PET-KT və digər müayinələr edilir.

EndoUSM – törəmənin qatlara yayılmasını müəyyən etmək üçün ən dəqiq üsuldur, xüsusən endoskopik rezeksiya planlaşdırılan xəstələrdə vacib müayinədir.

KT – ətraf orqanlara yayılmanı və metastazları qiymətləndirilmək üçün vacib müayinədir.

PET-KT – ətraf və uzaq orqanlara yayılmanın qiymətləndirilməsi üçün aparılır.

Biopsiya – diaqnozu təsdiqləyən müayinədir.

Digər – rezektabelliyn qiymətləndirilməsi üçün əlavə müayinələr kimi diaqnostik mediastinoskopiya, diaqnostik torakoskopiya, diaqnostik laparoskopiya icra edilə bilər.

Qida borusu xərçənginin klinik (preoperativ), cərrahi (postoperativ), patoloji və TNM təsnifatları var. Preoperativ təsnifata görə 4 mərhələ müəyyənləşdirilir:

- Erkən mərhələ - şiş in situ və ya mukoza səviyyəsindədir, selikaltı qışaya yayılmır (Tis, T1a), limfa düyününə və uzağa yayılma yoxdur (N0, M0)
- Yerli irəliləmiş rezektabel mərhələ - şiş qida borusu divarında selikaltı qata (T1b), əzələ qatına (T2), adventisyaya (T3), yaxın orqanlara infazyadır (T4a- perikard, plevra, diafraqma, azıqos vena) və ya limfa düyünlərinə yayılmışdır (N+), lakin metastazlar yoxdur (M0)
- Yerli irəliləmiş qeyri-rezektabel mərhələ - şiş ətraf orqanlara invazyaya etmişdir (T4b - ürək, böyük damarlar, traxeya, fəqərə cismi, ağciyər, dalaq, qaraciyər, mədəaltı vəzi)
- Metastatik mərhələ - uzaq metastazlar var (M1)

Müalicə

Müalicə üsulları

Cərrahi – ən radikal müalicə üsuludur. QB tam və ya hissəvi çıxarılır, mədədən hazırlanmış boru, yoğun bağırsaq və ya nazik bağırsaq seqmenti ilə plastika olunur. Cərrahi əməliyyat üsulları:

- Total ezofaqektomiya və servikal anastomoz.
- Subtotal ezofaqektomiya və intratorakal anastomoz
- Ezofaqoqastrektomiya və distal yarıda anastomoz qoyulması – distal adenokarsinomalarda aparılır.

Cərrahi müalicə rezektabel törəmələrdə ilk seçimdir:

- Törəmənin yaxın orqanlara yayılması yoxdur (qayıdan sinirə, Horner sindromu, fistullar, plevra boşluğunda maye, endoskopik ultrasonoqrafiyada yaygın infiltrasiya, əməliyyat zamanı divararalığında geniş yayılmalar, T4).
- Törəmənin distant yayılmaları yoxdur.
- Xəstədə ağır yanaşı xəstəliklər yoxdur.

Endoskopik mukozal rezeksiya (EMR) – seçilmiş xəstələrdə və erkən mərhələdə (T1) tətbiq edilir.

Kimyəvi dərman müalicəsi – adenokarsinomalarla müqayisədə yastı hüceyrəli xərçəng kimyəvi dərman müalicəsinə az həssasdır. Şüa- və kimyəvi dərman müalicəsinin kombinasiyası daha səmərəlidir.

Şüa müalicəsi – adenokarsinomalarda və yastı hüceyrəli xərçəngdə şişi kiçiltmək üçün və palliativ məqsədlə aparılır. Tək başına az effektivdir. Ürəyə, traxeyaya və böyük damarlara invaziya edən törəmələrdə şüa müalicəsi məsləhət deyil.

Şüa- və kimyəvi dərman müalicəsi (KŞDM) – kimyəvi dərman və şüa müalicəsinin kombinasiyası qida borusu xərçənginin müalicəsində önəmli yer tutur. KŞDM multimodal müalicənin əsas komponenti kimi əməliyyatdan əvvəldə mərhələni azaltmaq, əməliyyatdan sonrakı dövrdə residivin profilaktikası və müalicəsi üçün, əsas müalicə kimi (boyunda yerləşən törəmələrdə, əməliyyatdan imtina edənlərdə, əməliyyata əks göstəriş olanlarda) və palliativ müalicə kimi (qeyri-rezektabel törəmələr) tətbiq edilir.

Palliativ – palliativ müalicə üsulları obstruksiyanın aradan qaldırılması və ağırlaşmaların müalicəsi üçün tətbiq edilir:

- Şüa- və kimyəvi dərman müalicəsi
- Yanyol əməliyyatları (hazırda az istifadə olunur)
- Ezofagus stentləri (hazırda çox tətbiq edilir)
- Lazer şüaları ilə rekanalizasiya

Müalicə taktikası

- Qida borusu xərçəngində multimodal müalicə tətbiq edilir, üsulların seçimində törəmənin lokalizasiyası, histoloji tipi, mərhələsi və xəstənin operabelliği nəzərə alınır.
- Boyun nahiyyəsində yerləşən, xüsusən kriko-faringeal birləşməyə 5 sm-dən yaxın yerləşən törəmələrdə cərrahi müalicəyə yox, KŞDM -yə üstünlük verilir.
- Əməliyyatdan öncə bütün xəstələrdə qidalanma statusu yoxlanmalı və qida azlığı olanlarda enteral qidalandırma aparılmalıdır. Bu məqsədlə ilk seçim qidalandırıcı yeyunostomiyadır, ikinci seçim endoskoplə nazogastral zondur, qeyri-rezektabel vəziyyətlərdə isə stent qoyula bilər.
- Adenokarsinoma və yastı hüceyrəli xərçəng arasında ilkin müalicə yanaşması üzrə ciddi fərq yoxdur, lakin əməliyyatdan sonrakı yanaşma üzrə bəzi fərqlər var.
- **İlkin müalicədə** xəstəliyin mərhələsi və xəstənin operabelliği ön planda tutulur:
 - **Erkən mərhələdə** (I mərhələ, mukoza səviyyəsində yerləşən – Tis, T1a, N0) endoskopik mukozal rezeksiya və ya cərrahi rezeksiya (total və ya subtotal ezofaqektomiya) tətbiq edilir. Ezofaqektomiya yaygın variantda ilk seçimdir.
 - **Yerli irəliləmiş rezektabel** törəmələrdə (II-III mərhələ, T1b-T4a, bütün qatları tutan, yerli düyünlərə yayılan (N+), perikarda, diafraqmaya, plevraya yayılan-T4a) xəstə operabeldirsə, əməliyyatdan KŞDM və ardınca ezofaqektomiya tövsiyə edilir. Limfa düyünlərinə yayılma görünmürsə, birbaşa ezofaqektomiya da edilə bilər.
 - **Yerli qeyri – rezektabel törəmələrdə** (T4b - traxeyaya, ürəyə, böyük damarlara, fəqərə sütununa, ağciyəyə, qaraciyərə, dalağa və mədəaltı vəziyyəyə invaziya), metastatik törəmələrdə (M1), əməliyyatdan imtina edənlərdə, əməliyyat riski yüksək olanlarda KŞDM və palliativ müalicələr tətbiq edilir.
- **Əməliyyatdan sonrakı müalicə** seçimində histoloji tip, rezeksiya kənarı, limfa düyününə yayılma, əməliyyatdan müalicələr nəzərə alınır və adenokarsinomalarla yastı hüceyrəli xərçəngdə bir – birindən fərqlənir:

- **Yastı hüceyrəli xərçəngdə** əməliyyatın KŞDM edilib-edilməməsindən və limfa düyününə metastazdan asılı olmayaraq əgər neqativ şiş kənarı əldə edilmişsə (R0) müalicə verilmir, sadəcə müşahidə edilir. Pozitiv şiş kənarı olanlar (R1 və ya R2) əgər əməliyyatın müalicə almışsa izlənilir, residiv ortaya çıxarsa, KŞDM və ya palliativ müalicələr edilir. Pozitiv şiş kənarı olan və əməliyyatın müalicə almayanlara isə KŞDM verilir.
- **Adenokarsinomalar** əgər əməliyyatın müalicə verilməmişsə, radikal rezeksiya edilmişsə (R0) və limfa düyünü neqativdirsə izlənə bilər. Digər bütün hallarda, o cümlədən pozitiv limfa düyünündə, T3-T4 törəmələrdə, pozitiv şiş kənarında və əməliyyatın kimyəvi dərman müalicəsi alanlarda əməliyyatdan sonra müalicə (kimyəvi dərman müalicəsi və ya KŞDM) verilməsi tövsiyə olunur.

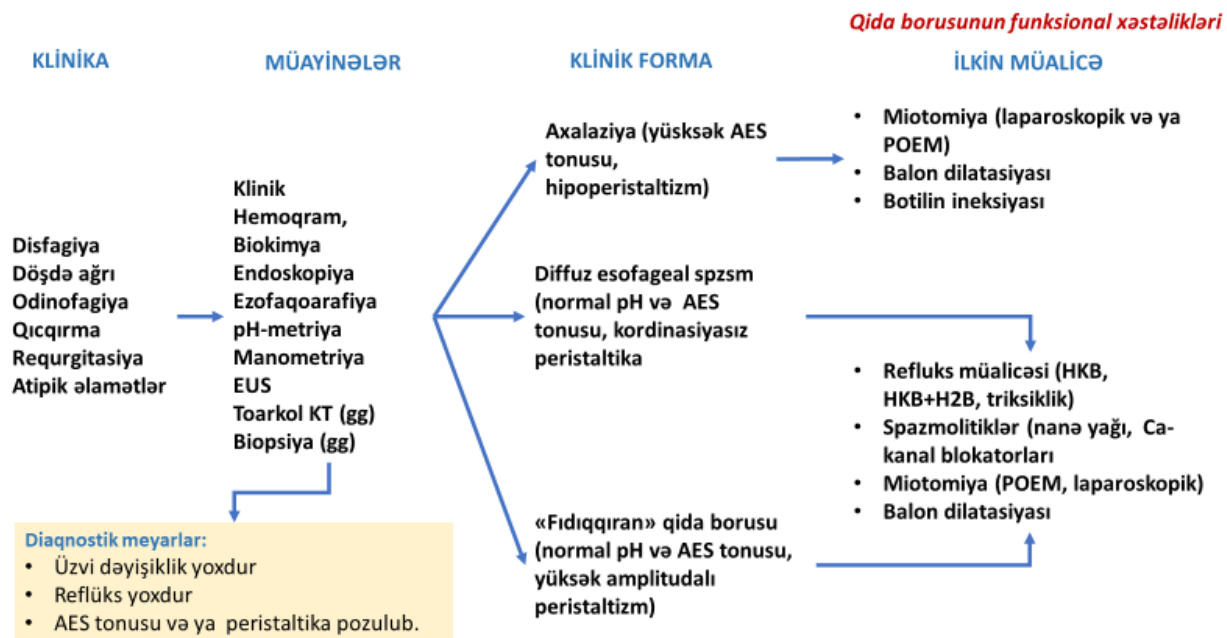
Ağırlaşmalar

- Qeyri – rezektabel törəmələrdə KŞDM və ya palliativ müalicələr tətbiq edilə bilər.
- Ezofaqotraxeal fistulda üzəri örtülü stent taxılması ilk seçimdir.
- QB-nin tıxanmasında udlaqdan 2 sm distal törəmələrdə stent taxılması ilk seçimdir. Lazer şüası ilə rekanalizasiya, ardınca şüa müalicəsi tətbiq edilə bilər. Qidalandırıcı stomalara nadir hallarda ehtiyac yaranır.

QIDA BORUSUNUN HƏRƏKİ FUNKSİYASININ POZULMALARI

Özət

QB əzələlərinin üzvi dəyişikliklə ələqadar olmayan funksional pozulmaları birincili funksional xəstəliklər adlanır və bunlara eninəzolaqlı əzələlərin dismotorikası (orofaringeal disfagiya) və saya əzələlərin dismotorikası (axalaziya, diffuz və seqmentar ezofageal spazm və “fındıqqıran qida borusu”) aid edilə bilər. Funksional xəstəliklər kəskin və ya xroniki disfagiya, ağrı, requrgitasiya, aspirasiya əlamətləri ilə ortaya çıxır. Diaqnozu kardioloji və QB-nin üzvi xəstəlikləri inkar edildikdən sonra funksional müayinələrlə dəqiqləşdirilir. Ona görə də geniş müayinələr aparmaq lazım gəlir. Müalicəsi üçün konservativ (spazmolitiklər, dilatasiya) və cərrahi (miotomiya) üsullar tətbiq edilir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart ezofaqus müayinələri: klinik, hemoqram, kontrastlı ezofaqoqrafiya, ezofaqoskopiya, KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Döşdə ağrı • Disfagiya • Odinofagiya • Qıcqırma • Requrgitasiya • Atipik əlamətlər Görüntüləmə və digər müayinələr • Kontrastlı Rentgenoqrafiya • Endoskopiya • Manometriya • pH-metriya • KT • Endoskopik UltraSonoqrafiya (EUS) • Biopsiya • <i>Helicobacter pylori</i> testi	• Maqnit Rezonans Tomoqrafiyası • PET • Laparoskopiya və Torakoskopiya • Hemoqram • Biokimya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Ca-kanal blokatorları • Dilatasiya • Cərrahi müalicələr – miotomiya, fundoplikasiya	• Botulin inyeksiyası • Endoskopik miotomiya • Ezofaqektomiya • <i>Helicobacter pylori</i> müalicəsi

QIDA BORUSUNUN FUNKSIONAL XƏSTƏLİKLƏRİNDƏ DİAQNOSTİK TAKTİKA

- Döş ağrıları ilə müşayiət olunan xəstəliklərdə ilk növbədə kardioloji müayinələr edilir.
- Kardial xəstəliklər inkar olunduqda və ya disfagiya dominantlıq etdikdə QB-nin üzvi xəstəlikləri və ikincili disfagiya törədən sistemik xəstəliklər araşdırılmalıdır. Bu məqsədlə kontrastlı rentgenoqrafiya və endoskopiya, göstərişlərə görə KT və endoUSM yerinə yetirilməlidir.
- QB-nin üzvi xəstəlikləri və sistem xəstəliklər inkar edildikdə reflüks ezofagit araşdırılmalı və funksional xəstəliklərlə differensiasiya (manometriya və pH-metriya) aparılmalıdır.
- İlk növbədə reflüks xəstəliyini təsdiq və ya inkar etmək lazımdır. Çünki reflüks xəstəliyi ən çox rast gəlinən xəstəliklərdəndir, ikincili dismotorika törədən xəstəliklər arasında ilk yeri tutur və yanlış olaraq cərrahi əməliyyat (fundoplikasiya) icra edilərsə, birincili dismotorikani ağırlaşdırı bilər. Ona görə də disfagiya və döş ağrıları olan bütün xəstələrdə reflüks xəstəliyinin

ağırlaşmaları, QB-nin üzvi və digər funksional xəstəliklərinin təsdiqi (inkarı) məqsədilə diaqnostika prosesi davam etdirilməlidir.

- 24 saatlıq pH-metriyada reflüks, ezofagusun aşağı sfinkterinin zəif tonusu və zəif peristaltizmin müəyyən edilməsi reflüxslə əlaqəli ikincili dismotorika üçün xarakterikdir.
- Reflüksü olmayan xəstələrdə manometrik müayinə ilə aşağı sfinkterin tonusu, qida borusu peristaltizmi qiymətləndirilir və Çikaqo təsnifatına görə funksional xəstəliklərin aşağıdakı 4 əsas forması ayırd edilir:
 - Normal pH-metriya, aşağı sfinkterin yüksək tonusu, zəif və ya müəyyən edilməyən peristaltizm axalaziya üçün xarakterikdir.
 - Normal pH-metriya, aşağı sfinkterin normal tonusu, koordinasiyasız, lakin normal amplitudlu peristaltizm ezofagusun diffuz spazmı üçün xarakterikdir.
 - Normal pH-metriya, aşağı sfinkterin normal tonusu yüksək təzyiqli və uzunmüddətli peristaltizm “fındıqqıran” QB-yə xarakterikdir.
 - Aşağı sfinkterin normal və ya azalmış tonusu, qida borusunun kəskin zəifləmiş peristaltizmi revmatik xəstəliklərdə rast gəlinən aperistaltizm üçün xarakterikdir.



AXALAZİYA

Tərif

Axalaziya qida borusu divarındakı mienterik qanqlionların degenerasiyası nəticəsində meydana gələn, aşağı sfinkterin tonusunun artması və udma prosesində boşalmaması, distal hissəsində peristaltikasının kəskin zəifləməsi və ya olmaması ilə xarakterizə olunan birincili funksional xəstəlikdir.

Diaqnostika

Şübhə

Aşağıdakı əlamətlərin hər hansı birinin olması axalaziyaya şübhə doğurmalıdır:

- Disfagiya
- Disfagiya baxmayaraq uzun müddət arıq və stabil çəkili xəstələr
- Paradoksal disfagiya
- Requrgitasiya
- Qıcqırma
- Döş ağrıları
- Ağızdan pis qoxu gəlməsi
- Rentgenoloji və endoskopik müayinələrdə QB-nin distal hissəsinin daralması
- KT-də distal sfinkter nəhiyəsində qalınlaşma.

Dəqiqləşdirmə

Axalaziyanın dəqiq diaqnostikası üçün ilk növbədə QB-nin üzvi xəstəlikləri inkar edilməlidir. Sonra QB-nin peristaltikası və aşağı sfinkterin tonusu funksional müayinələrlə qiymətləndirilməlidir. Diaqnoz əsasən manometriya üsulu ilə dəqiqləşdirilir.

Kontrastlı Rh – qrafiya – distalda daralma (“quş dimdiyi” və ya “siçan quyruğu” simptomu) və proksimalda peristaltika etməyən genişlənmiş hissə. Sonrakı mərhələlərdə S-vari bağırsağa bənzər QB (intestinalizasiya simptomu).

Endoskopiya – genişlənmiş QB, köhnə qida qalıqları, kandida ezofagiti, aşağı sfinkter səviyyəsində daralma.

Manometriya – QB-nin peristaltikasının olmaması və ya mənfəzi tam sıxmayan zəif dalğalar, aşağı sfinkterin tonusunun yüksək olması (> 40 mm Hg st.) və onun udma vaxtı yetərli boşalmaması.

KT və endoskopik USM – şişlərlə differensiasiya etmək üçün aparılır

Diaqnostik meyarlar:

- Disfagiya
- Distal ezofagusun daralması, proksimalda genişlənmə
- Manometriyada (əsas diaqnostik müayinədir):
 - » peristaltizmin olmaması və ya çox zəif dalğalar
 - » aşağı sfinkterin yüksək təziqi (>40 mm Hg st.)

- » udma vaxtı aşağı sfinkterin az boşalması (mədədaxili təzyiqdən 10 mm Hg st. çox olması).
- Endoskopik USM və ya KT-də kütlənin (törəmənin) görünməməsi.

Müalicə

Müalicə prinsipi

Peristaltikanın konservativ (medikamentoz, fiziki üsullar və s.) bərpaı mümkün olmadıqda maneəni aradan qaldırmaq – aşağı sfinkterin genişləndirilməsi.

Müalicə metodları

Axalaziyanın müalicəsində aşağı sfinkterin mexaniki destruksiyası (balon dilatasiyası, cərrahi miotomiya, peroral endoskopik miotomiya), kimyəvi destruksiyası (botulin inyeksiyası) və medikamentoz relaksantlar tətbiq edilir.

Medikamentoz – kalsium kanalı blokatorları 10% hallarda səmərəli olur. Yaşlı xəstələrdə dilatasiya və ya cərrahi əməliyyata əks göstəriş olduqda tətbiq edilir. *Helicobacter pylori* testi müsbət olanlarda antihelikobakter müalicəsi verilir.

Endoskopik botulin inyeksiyası – Botulin asetilxolin sekresiyasını blokada edir. İlk vaxtlarda 60% hallarda effektiv olur, 2 – 3 il ərzində xəstələrin 30%-də residiv baş verir. Yaşlı xəstələrdə, dilatasiya və cərrahi müalicəyə əks göstəriş olduqda istifadə olunur.

Endoskopik dilatasiya – ilk vaxtlarda 70 – 80% hallarda effektivdir. 10 il ərzində klinik effekt 50% azalır. Perforasiya hadisələrinə rast gəlinir (2 – 5%).

Cərrahi müalicə – laparoskopik miotomiya və fundoplikasiya ilk seçim əməliyyatıdır. 90% hallarda effektiv olur, lakin 10 il sonra xəstələrin 30%-də təkrarlana bilər. QB-nin distal hissəsi və kardianın əzələsi 8 – 10 sm uzunluqda boylama kəsilir, mukoza zədələnmir və reflüksün profilaktikası üçün fundoplikasiya icra edilir.

Ezofagektomiya əməliyyatının göstərişlərinə miotomiya və dilatasiyanın effektivsiz olması, S-vari dilatasiya və xərçəng şübhəsi aiddir.

Peroral endoskopik miotomiya (POEM) – miotomiya endoskopik yolla aparılır. Son illərdə əsasən ağır dərəcəli axalaziyalarda tətbiq edilməyə başlamışdır.

Müalicə taktikası

- İlk seçim laparoskopik miotomiya və fundoplikasiyadır. Uzun seqmentli spastik axalaziyada (spastik tip) POEM edilə bilər.
- Əməliyyata əks – göstəriş varsa, miotomiya+fundoplikasiyadan sonra residiv baş verərsə və ya əməliyyat istəməyən xəstələrdə endoskopik dilatasiya edilir.
- Əməliyyata və dilatasiyaya əks – göstəriş olduqda, botulin inyeksiyası və ya kalsium kanalı blokatorları tətbiq edilir.
- Xərçəng şübhəsi, S-vari QB, miotomiya+fundoplikasiya və dilatasiya effektivsiz olduqda ezofagektomiya icra edilir.

DİFFUZ VƏ SEQMENTAR EZOFAGEAL SPAZM

Tərfi

Qida borusunun bir neçə yerində eyni anda başlayan peristaltik yığılmaların ardıcılığının pozulması ilə xarakterizə olunan funksional xəstəlikdir.

Diaqnostika

Şübhə

Döş ağrıları (xüsusilə gecələr və spontan), disfagiya və requrgitasiya diffuz və seqmentar ezofageal spazma şübhə yaradan əlamətlərdir.

Dəqiqləşdirmə

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün əvvəl döş qəfəsində ağrılar törədən xəstəliklər (xüsusilə kardioloji), sonra digər üzvi və funksional xəstəliklər araşdırılmalıdır. Diaqnoz manometrik göstəricilərə istinad edilməklə dəqiqləşdirilir.

Obyektiv müayinə – disfagiya şikayətlərinə baxmayaraq arıqlama qeyd edilmir.

Kontrastlı Rh – qrafiya – Əksər xəstələrdə (70%) anormal olur, seqmentar spazm, qeyri – müntəzəm (irrequlyar), koordinasiyasız peristaltika (“çərəkəşəkili” QB) və epifrenik divertikul görünür.

Endoskopiya – əksər xəstələrdə mukozada ciddi dəyişikliklər olmur. Spazmlar görünə bilər.

Manometriya – dəqiqləşdirici müayinədir: normal və ya zəif amplitudlu koordinasiyasız dalğalar (QB-nin müxtəlif yerlərində eyni anda başlayan yığılmalar) və aşağı sfinkterin normal tonusu müəyyən edilir.

pH – metriya – pH-in normal səviyyələri qeyd edilir. Bu reflüks xəstəliyinin differensiasiyasında çox önəmlidir.

KT və endoskopik USM – daha çox şişlərlə differensiasiya etmək üçün aparılır.

Diaqnostik meyarlar:

- Fasiləli döş ağrıları və/ya disfagiya
- Endoskopiya və KT-də üzvi dəyişikliklərin olmaması
- Kontrastlı Rh-qrafiya müayinəsində koordinasiyasız üçüncü dalğalar (“çərəkəşəkili” QB)
- Manometriyada:
 - » Aşağı sfinkterin normal tonusu.
 - » Normal və ya zəif amplitudlu koordinasiyasız dalğalar;
 - » Normal pH – metriya.

Müalicə

- Effektiv müalicəsi dəqiqləşdirilməmişdir.
- Ümumi yanaşma aşağıdakı kimidir: ilk növbədə reflüks nəzarətə alınır (tək doza, iki doza HKB, sonra HKB+H2 blokatorlar, antidepressantlar), sonra spazmolitiklər (nanə yağı və kalsium kanal blokatorları) tətbiq edilir, bunlar da faydasız olarsa, miodestruksiya üsulları tətbiq edilir (dilatasiya, POEM, cərrahi miotomiya, botulin inyeksiyası).
- Dilatasiya və botulin inyeksiyası müvəqqəti effekt verir.
- Miotomiyanı uzun seqmentdə etmək lazım gəlir, ona görə də POEM daha faydalı görünür. Miotomiya 50% hallarda ağrıları, 80% hallarda isə disfagiyanı azaldır.
- *Helicobacter pylori* testi müsbət olanlarda antihelikobakter müalicəsi verilir.

“FINDIQQIRAN” QIDA BORUSU

Tərif

Güclü döş ağrıları, qida borusunda yüksək amplitudlu, təzyiqli (>180 mm Hg st.) və uzunmüddətli (>6 san) peristaltik dalğaların olması ilə səciyyələnən hərəkəi pozulmadır.

Diaqnostika

Şübhə

Güclü döş ağrıları və disfagiya “fındıqqıran” QB-dən şübhələnməyə əsas verir. Kardioloji müayinələrdə patologiya müəyyən edilmədikdə şübhələr daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

QB-nin digər funksional xəstəliklərində olduğu kimi əvvəl üzvi, sonra funksional xəstəliklər araşdırılır.

Funksional müayinə (manometriya) dəqiqləşdirici müayinə hesab olunur.

Obyektiv müayinə – arıqlama qeyd edilmir.

Kontrastlı Rh – qrafiya – QB əksər xəstələrdə normal olur. Bəzən epifrenik divertikul görünür.

Endoskopiya – əksər xəstələrdə QB-nin mukozasında ciddi dəyişikliklər olmur. Az hallarda spazmlar görünür.

Manometriya – dəqiqləşdirici müayinədir: koordinasiyalı normal dalğalar var, lakin onların amplitudu və təzyiqi yüksəkdir (>180 mm Hg st.), müddəti isə uzun olur (>6 san). Aşağı sfinkter tonusu normal olur və ya artır.

PH – metriya – normal səviyyələrdə pH qeyd edilir. Bu reflüks xəstəliyi ilə differensiasiya üçün çox önəmlidir.

KT və endoUSM – daha çox şişlərlə differensiasiya etmək üçün aparılır.

Diaqnostik meyarlar:

- Güclü döş ağrıları;
- Kontrastlı müayinələrdə normal peristaltika;
- Manometriyada:
 - » Koordinasiyalı, lakin yüksək amplitudlu peristaltika (18 mm Hg st.);
 - » Uzunmüddətli dalğalar (6 san);
 - » Aşağı sfinkterin normal tonusu.
 - » Normal pH-metriya;
 - » Endoskopik, KT/EndoUSM və kardioloji müayinələrdə patologiya müəyyən edilmir.

Müalicə

- Diffuz ezofageal spazmda olduğu kimi effektiv müalicəsi dəqiqləşdirilməmişdir və ümumi yanaşma aşağıdakı kimidir: ilk növbədə reflüks nəzarətə alınır (tək doza, iki doza HKB, sonra HKB+H2 blokatorlar, antidepressantlar), sonra spazmolitiklər (nanə yağı və kalsium kanal blokatorları) tətbiq edilir, bunlar faydasız olarsa, destruktiv üsullar (dilatasiya POEM, cərrahi fundoplikasiya və ya botulin inyeksiyası) tətbiq edilir.
- Dilatasiya və botulin inyeksiyası müvəqqəti effekt verir.

Ədəbiyyat

(1), (4)(5)(3)(2)(6)(7)(8)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb e.d. Nizami Vəliyev Dos. Alim Məmmədov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKLƏR

- Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi
- Kəskin stress xoraları
- İkincili hormonal və dərman xoraları
- Xora xəstəliyinin ağırlaşmaları
 - » Xora qanaxması
 - » Xora perforasiyası
 - » Pilorostenoz
- Mədənin törəmələri
 - » Mədə adenokarsinoması
 - » Mədə limfoması
 - » Mədə polipləri
 - » Menetrier xəstəliyi
 - » Gastrointestinal stromal tumorlar (QİST)
 - » Karsinoid törəmələr
- Mədənin digər xəstəlikləri
 - » Mədə burulması
 - » Mədə bezoarları
 - » Mədə divertikulu

- Mədə əməliyyatından sonrakı ağırlaşmalar
 - » Anastomoz xorası
 - » Gətirici və aparıcı ilgək sindromları
 - » Reflüks gastrit
 - » Öd daşı xəstəliyi
 - » Dəmpinq sindromu
 - » İshal
 - » Mədə – durğunluğu (qastrostaz, atoniya)
 - » Qida azlığı – qidalanma çatışmazlığı

MÜAYİNƏLƏR

Standart müayinələr	
Klinik müayinələr	• Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Köp və diskomfort • Qıcqırma – mexanizmi • Hıçqırma – mexanizmi • İshal, sekretor ishal – mexanizmi • Qanqusma • Həyat tərz • Qidalanma tərz • Qəbul etdiyi dərmanlar, mədəyə təsir edən dərmanlar • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.)
Laborator müayinələr	• <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya
Görüntüləmə və digər müayinələri	• Endoskopik müayinə • USM • Endoskopik USM • KT • Biopsiya
Göstərişə görə müayinələr	
	• Mədə şirəsi analizi – turşuluq, bazal və stimulyasiya turşuluğu, öd və s. • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan • Gastrin • MRT

- Rentgenoloji müayinə
- Radioizotop müayinə
- PET
- Funksional müayinələr

MÜALİCƏLƏR

- Antasid və anti-sekretor müalicələr (antasidlər, HKB, H2B və d.)
- Anti-helikobakter müalicəsi
- Qastrostoma – endoskopik, laparoskopik və açıq
- Kənarı rezeksiyalar
- Perforasiyanın örtülməsi (omentoplastika)
- Qastroenteroanastomozlar
- Distal rezeksiyalar – həcminə görə və qastroenteroanastomoza görə növləri (antrumektomiya, 2/3, subtotal, Bilrot-1, Bilrot-2, Ru-Y, Balfur və s.)
- Proksimal rezeksiya
- Qastrektomiya
- Vaqotomiya (trunkal, proksimal, selektiv) və drenəedici əməliyyatlar
- Mədə arteriyalarının bağlanması
- Qastropeksiya
- Fundoplikasiya
- Bariatrik mədə kiçiltmə əməliyyatları (ballon, kəmənd, sleeve qastrektomiya, qastroplastika, Ru-yanyol, diversiya və s.)

MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİ

Tərfi və özət

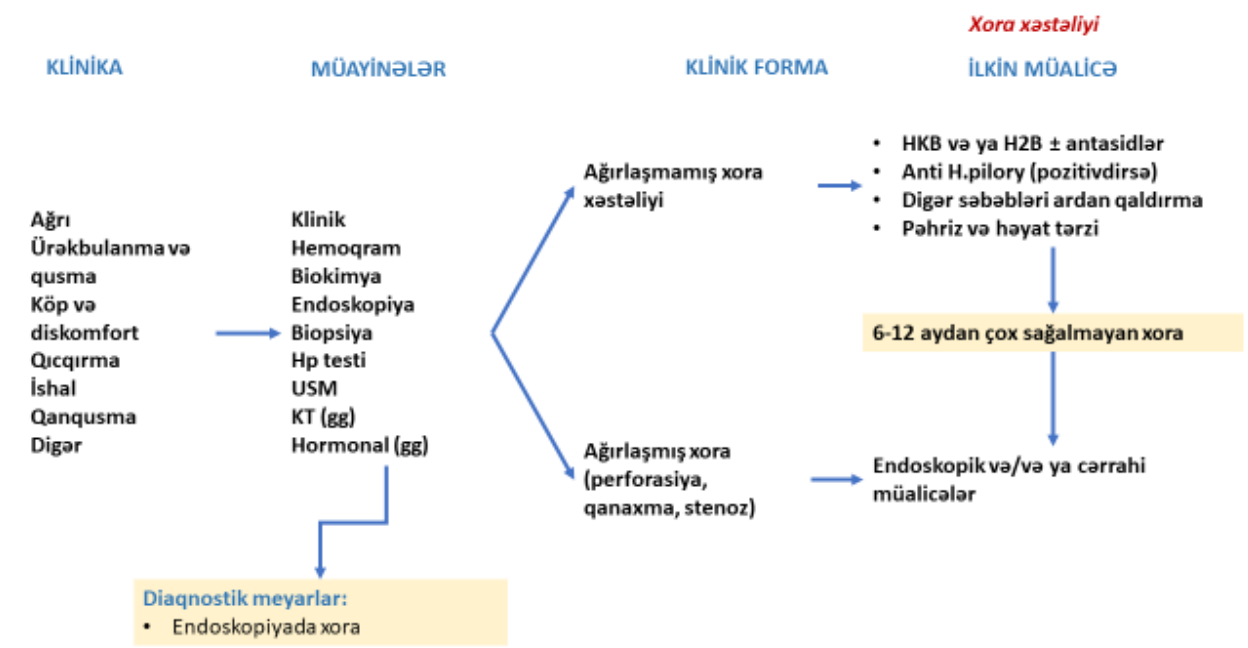
Xora – trofiki pozulma nəticəsində epitel və dərin qatlarda əmələ gələn qeyri – travmatik defektdir.

Eroziya – epitel qatında defektə deyilir.

Peptik xora – mədə şirəsinin iştirakı ilə əmələ gələn xora (selikli qışanın qoruyucu mexanizmləri ilə mədə şirəsinin aqressivliyi arasındakı disbalans nəticəsində əmələ gələn xora).

İkincili və ya simptomatik xoralar – digər xəstəliklərin əlamətlərindən biri və ya ağırlaşması kimi meydana gələn mədə və 12bb xoralarıdır (endokrin, dərman, stress xoraları və s.).

Birincili xora və ya xora xəstəliyi – mədə və ya onikibarmaq bağırsaq (12bb) divarında xoralaşma ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir və xəstəliyin əsas klinik və morfoloji əlaməti xoradır. *Helicobacter pylori* əsas səbəb kimi qəbul edilir, lakin siqaret, QŞİƏD, qeyri-müntəzəm qidalanma, stress, genetik meyllilik və s. amillərin də rolu vardır. Bu amillər selikli qışanın müdafiəsi ilə mədə şirəsinin aqressivliyi arasındakı tarazlığı pozaraq xoranın əmələ gəlməsinə səbəb olur. Xəstəlik adətən vaxtaşırı təkrarlanan epiqastral ağrılarla başlayır, nadir hallarda isə ağrısız ola bilər və ağırlaşmalarla ortaya çıxır. Xoranın yerindən və ağırlaşmalardan asılı olaraq ağrı ac qarına, gecələr, yeməkdən sonra və ya daimi ola bilər. Ağrı ilə yanaşı qıçqırma, bulantı və qusma da ola bilər. Xəstəlik həftələr və aylarla davam edə bilər, vaxtında müalicə olunmadıqda qanaxma, perforasiya, stenoz törədə bilər. Diaqnozu endoskopik müayinə ilə dəqiqləşdirilir, xora defektinin görünməsi xarakterikdir. Müalicəsi əsasən konservativdir, turşu sekresiyasını azaltmaq və anti-helikobakter tədbirlər əksər hallarda xoranı sağaldır və residivlərin qarşısını alır. Cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır: ağırlaşmalar və konservativ müalicəyə cavab verməyən hallar.



Prof. Dr. NYBəy

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Köp və diskomfort • Qıcqırma • Hıçqırma • İshal, sekretor ishal • Qanqusma • Həyat tərz • Qidalanma tərz • Qəbul etdiyi dərmanlar, mədəyə təsir edən dərmanlar • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopik müayinə • USM • Biopsiya	• Mədə şirəsi analizi – turşuluq, bazal və stimulyasiya turşuluğu, öd və s. • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s • Nəcisdə gizli qan • Qastrin • Endoskopik USM • KT • MRT • Rentgenoloji müayinə • Radioizotop müayinə • PET • Funksional müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Xoraəlehinə müalicələr: antasidlər, HKB, H2B, anti-H.pylori müalicəsi və digər	• Distal rezeksiyalar – həcminə görə və gastroenteroanastomoza görə növləri (antrumektomiya, 2/3, subtotal, Bilrot-1, Bilrot-2, Ru-Y və s.) • Vaqotomiya (trunkal, parietal, selektiv) və drenaj əməliyyatları • Kənarı rezeksiyalar • Xoraların tikilməsi, vaqotomiya, piloroplastika • Total qastrektomiya • Mədə damarlarının bağlanması

- Ağırlaşmalara və səbəbə görə digər müalicələr

Diagnostika

Şübhə

Aşağıdakı əlamətləri olanlarda xora xəstəliyindən şübhələnmək olar:

- Təkrarlayan epiqstral ağrı
- Qida qəbulu ilə dəyişən ağrılar (artan və ya azalan)
- QSiƏD qəbul edənlərdə epiqstral ağrı və qanaxma əlamətləri
- Əvvəllər təkrarlanan, hazırda davamlı ağrı
- Ağrı ilə yanaşı ürəkbulanma və qusma

Dəqiqləşdirmə

- Xora endoskopiya ilə dəqiqləşdirilir. Endoskopiya mümkün olmayanda kontrastlı gastroqrafiya edilə bilər.
- Diagnostik əlamətləri:
 - » Epigastral ağrı və ya ağırlaşma əlamətləri (qanaxma, perforasiya, obstruksiya) və ya asimptomatik
 - » Endoskopiya xoranın görünməsi.

Səbəbin təyini

- Xoranın səbəbini təyin etmək üçün ilk növbədə QSiƏD və H.pylori axtarılır, sonra digər səbəblər araşdırılır.
- **QSiƏD** təyini üçün anamnestik məlumatlar nəzərə alınır.
- **Helicobacter pylori** müayinəsi bütün xəstələrdə aparılır və aşağıdakı testlərdən hər hansı biri tətbiq edilə bilər:
 - » nəfəsdə sidik cövhəri testi
 - » qanda anticisim təyini
 - » mədə mukoza biopsiyasının histoloji müayinəsi
 - » mədə mukozal biopsiyasında təcili ureaza testi (CLO testi)
- **Qastrin səviyyəsinin təyini** – Zollinger-Ellison sindromunu yoxlamaq üçün aparılır. H.pylori tapılmayanlarda, QSiƏD qəbul etməyənlərdə, çoxsaylı, tez – tez təkrarlanan, atipik lokalizasiyalı və ağırlaşmalar törədən xoralarda göstəricidir. Bu sindrom 0,1 – 1% hallarda xoranın səbəbini təşkil edə bilər.
- **Xoranın endoskopik biopsiyası** mədə xoralarında bədxassəli şişləri təsdiq və ya inkar etmək üçün mütləq aparılır (mədə xoralarında 3% hallarda xərçəng tapılır – mədə xoralarının maliqnezasiyasının rastgəlmə tezliyi xəstəliyin müddətinin uzanması ilə artır).

Müalicəsi

Prinsipi

- Xora xəstəliyinin sağlamlasını təmin etmək üçün xora defektini sağaltmaq və residivin qarşısını almaq lazımdır.
- Xora xəstəliyinin əsas müalicəsi konservativdir, cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.

Müalicə üsulları

- Konservativ üsullara aiddir:
 - » Xoranı sağaltma – turşuluğu azaltma üsulları
 - Antisekretorlar – histaminoblokatorlar (H2B), hidrogen körüyü blokatorları (HKB)
 - Antasidlər – sukralfat, alginat duzları, hidroksidlər
 - Xoranın çapıqlaşmasını sürətləndirən preparatlar
 - Selikli qışanı bürüyücü preparatlar
 - » Residivin qarşısını alma – etiotrop müalicələr
 - Anti – helikobakter müalicəsi – antihelikobakter dərmanlar
 - Dərmanların və xoranın yaranmasına şərait yaradan digər amillərin kəsilməsi (həyat tərzinin dəyişdirilməsi)
- Cərrahi müalicələr – turşuluğu azaltmaq və xoranı götürmək məqsədi daşıyır:
 - » **Vaqotomiyalar**
 - Trunkal vaqotomiya və piloroplastika – residivləri və ağırlaşmaları çoxdur.
 - Proksimal selektiv vaqotomiya – ağırlaşmaları azdır (3-8%), lakin residivi çoxdur (5 – 15%) və texniki olaraq çətindir.
 - » **Rezeksiya üsulları**
 - 1/3, 2/3 subtotal, total rezeksiyalar, qastroenteroanastomozlar – Bilrot 1, Bilrot 2, Ru və digər – residivi və ağırlaşmaları çoxdur.
 - » **Vaqotomiya və rezeksiya**
 - Trunkal vaqotomiya və antrumektomiya – xora residivi çox azdır (1 – 2%), lakin ağırlaşma (15 – 30%) və letallıq (1 – 2%) yüksəkdir.

Müalicə seçimi

- Müalicə seçimində ilk növbədə xoranın lokalizasiyası, səbəbi və ağırlaşmaları nəzərə alınır.
- **Ağırlaşmamış** mədə və 12bb xoralarında üçkomponentli konservativ müalicə tətbiq edilir:
 - » xoranı sağaltmaq üçün antisekretor dərmanlar: (2 – 4 həftə)
 - » residivin profilaktikası üçün H.pylori eradikasiyası (ikili və ya üçlü antibiotikoterapiya)
 - » həyat tərzini dəyişmə (qidalanma, siqaret, alkoqol və s.)
- **QŞİƏD mənşəli xoralarda** dərmanlar kəsilir və antisekretor (H2B və ya HKB) verilir. QŞİƏD-i kəsmək mümkün olmayanda HKB davam etdirilir.
- Digər mənşəli xoralarda xora sağaldıcı müalicələrlə yanaşı residivin profilaktikası üçün uyğun etiotrop müalicələr aparılır.
- **Ağırlaşmış** (perforasiya, qanaxma, stenoz) və konservativ müalicə ilə sağalmayan 6 aydan çox və ya tez-tez kəskinləşən kallyoz xoralar cərrahi müalicəyə göstəriş sayılır:
 - » duodenal xoralarda vaqotomiyalar, mədə xoralarında isə rezeksiya ilk seçimdir.
 - » qanaxmalarda ilk seçim endoskopik hemostazdır, bu effekt vermədikdə cərrahi müalicə seçilir.

Mədə xoralarına prinsipial yanaşmanın xüsusiyyətləri

- **Diagnostikada biopsiyanın rolu.** Mədə xoralarının təxminən 3%-i xərçəng mənşəli olur. Ona görə də mədə xoralarında həm ilkin müayinədə, həm də müalicədən 4 – 6 həftə sonra xoradan biopsiya alıb xərçəngi təsdiq və ya inkar etmək lazımdır.
- **Cərrahi müalicənin seçimi.** Xora xəstəliyində cərrahi müalicə göstərişdirsə, ilk seçim mədənin xora ilə birlikdə klassik rezekziyasıdır. Xoranın lokalizasiyası mədə rezeksiyasının müxtəlif növlərini tələb edir. Duodenal xoralarla birlikdə rast gəlinən prepilorik xoralarda trunkal vaqotomiya və antrumektomiya edilə bilər.

KƏSKİN STRES XORALARI

Klinikası və diaqnostikası

- Stress xoraları əksər hallarda asimptomatik olur (subklinik forma – endoskopiya tapılır), qanaxma və ya perforasiya törətdikdə klinik olaraq ortaya çıxır.
- Diaqnostikasında əsas yeri endoskopiya tutur.

Profilaktikası

- Stress xoralarının profilaktikası müalicəsindən daha effektiv və məqsədəuyğundur. Böyük stress hadisələrində (böyük əməliyyatlar, travma, şok, sepsis, yanıq, beyin zədələnməsi və törəmələri və s.) aşağıdakı profilaktik tədbirlər tövsiyə edilir:
 - » Şokun erkən aradan qaldırılması
 - » H2B və ya HKB və ya sukralfat
 - » Şok olmayan hallarda erkən oral qidalandırma

Müalicəsi

- Subklinik stress xoralarında profilaktik müalicələr əksər hallarda yetərlidir.
- Stress xora **qanaxmalarının** müalicəsində ilk olaraq konservativ müalicə başlanır: antisekretor, vazopressor, azsayılı xoralarda endoskopik hemostaz.
- Konservativ – endoskopik tədbirlər yetərsiz olarsa, cərrahi əməliyyat göstərişdir. Aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar tətbiq edilə bilər:
 - » Xoraların tikilməsi, vaqotomiya, piloroplastika
 - » Subtotal və total qastrektomiya
 - » Mədə damarlarının bağlanması
- Perforativ ağırlaşmalarda isə perforasiyanın müxtəlif üsullarla örtülməsi, parsial və ya total qastrektomiya edilir (çoxsaylı xora perforasiyalarında).

İKİNCİLİ (HORMONAL VƏ DƏRMAN) XORALARI

Diaqnostikası

- Anamnez və endoskopiya diaqnostikada əhəmiyyətlidir.
- Çoxsaylı olma və eroziyalarla birlikdə rast gəlmə xarakterikdir.
- Hormonal müayinələr

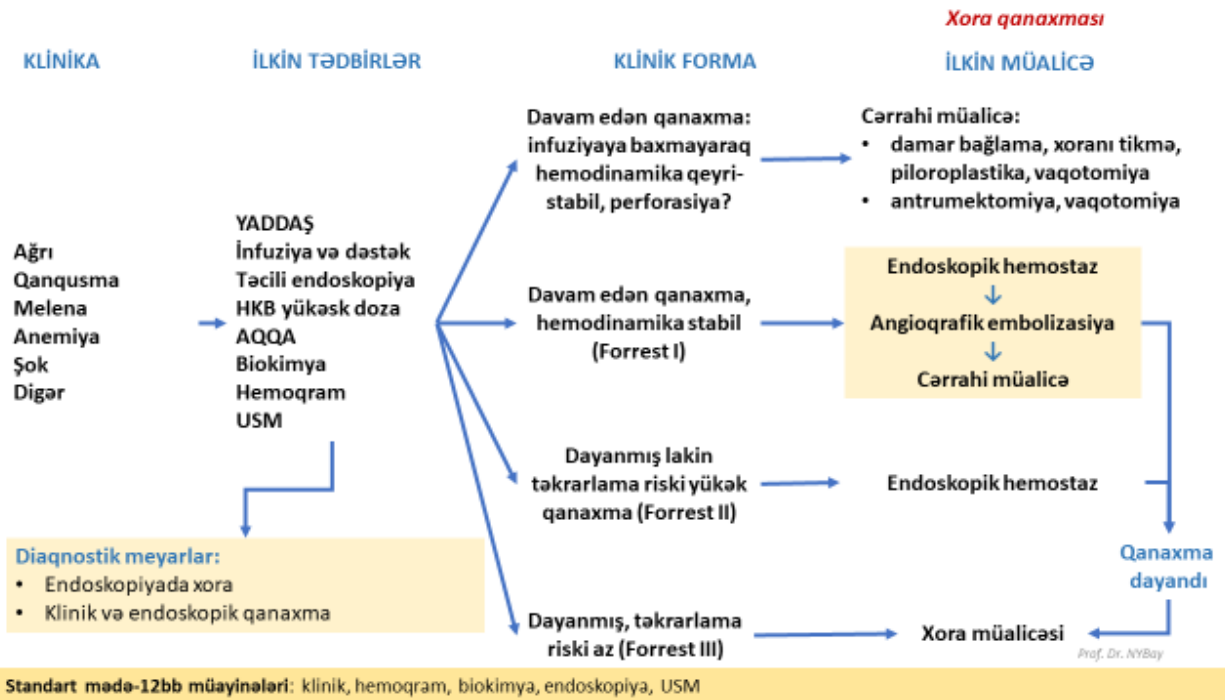
Müalicəsi

- Konservativ müalicə ilkin və əsas müalicədir:
 - » dərmanları kəsmək
 - » hormonal xəstəliklərin müalicəsi
 - » medikamentoz – HKB, H2B, anti-H.Pylori
- Cərrahi müalicələr – ağırlaşmalarda göstərişdir.
 - » Əməliyyat seçimi – aspirin mənşəli qanaxmalarda və konservativ müalicəyə tabe olmayan çoxsaylı xora qanaxmalarında total qastrektomiya

XORA QANAXMALARI

Özət

Xora qanaxması ən çox rast gəlinən xora ağırlaşmasıdır (20%), yuxarı mədə-bağırsaq qanaxması (50%) və xora letallığının səbəbidir (40%). Dərin, kallyoz, duodenumun arxa divarında və mədədə yerləşən, aspirin mənşəli xoralar qanaxmaya meyillidir. Kiçik qanaxmalar ciddi əlamətlər törətmir və nəcisdə gizli qan testində tapıla bilər, davam edən kiçik qanaxmalar anemiya əlamətləri ilə biruzə verir. Birdən-birə başlayan böyük qanaxmalar ağır anemiya və şok əlamətləri ilə ortaya çıxır. Böyük qanaxmaların əksəriyyəti konservativ müalicələrlə dayanır, lakin bir qismi davam edir və ya təkrarlanır, vaxtında müdaxilə olunmazsa, letallığa səbəb olur. Endoskopik müayinə xora qanaxmasının diaqnozunu dəqiqləşdirir, proqnozunu təyin edə bilər (Forrest təsnifatı), müalicə imkanları yaradır. Ağırliq dərəcəsi hemodinamik və hemokonsentrasiya göstəricilərinə əsasən təyin edilir. Müalicəsi üçün ilkin olaraq dəstək, medikamentoz və endoskopik hemostaz tədbirləri həyata keçirilir. Endoskopik yolla dayanmayan və ya təkrarlanan qanaxmalarda cərrahi hemostaz lazım gəlir (damar bağlanması, rezeksiya və s.).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Qıcqırma • Qanqusma • Qəbul etdiyi dərmanlar, mədəyə təsir edən dərmanlar • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Qan qrupu • Biokimya • AQQA (arterial qan qazları analizi) • Laktat Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopik müayinə • USM • Biopsiya	• Mədə şirəsi analizi – turşuluq, bazal və stimulyasiya turşuluğu, öd və s. • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan • Qastrin • Endoskopik USM • KT • MRT • Rentgenoloji müayinə • Radioizotop müayinə • Funksional müayinələr • Kritik xəstələrdəki müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İntensiv müalicə • Endoskopik hemostaz • Splankxik vazokonstriktorlar (sandostatin) • Antasid və anti-sekretor müalicələr (antasidlər, HKB, H2B və s.) • Anti-helikobakter müalicəsi	• Kənarı rezeksiyalar • Distal rezeksiyalar – həcminə görə və gastroenteroanastomoza görə növləri (antrumektomiya, 2/3 subtotal, Bilrot-1, Bilrot-2, Ru-Y və s.) • Qastrektomiya • Vaqotomiya (trunkal, parietal, selektiv) və drenaj əməliyyatları • Mədə arteriyalarının bağlanması • Damar embolizasiyası

Diaqnostikası

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlərin hər hansı biri varsa, xora qanaxmasından şübhələnmək lazımdır:
 - » qanqusma, melenə, hemoxeziya
 - » nəcisdə gizli qan testi
 - » anemiya, şok
- Anamnezində xora xəstəliyi olanlarda bu əlamətlərdən hər hansı biri varsa, şübhə daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

- Qanaxmanın olub-olmamasını və xora mənşəli olduğunu dəqiqləşdirmək üçün təcili (ilk 6 – 12 saat ərzində) endoskopiya edilir.
- Endoskopiya davam edən və ya dayanmış qanaxma əlamətləri (Forrest I və II) qanaxmanı təsdiqləyir.
- Endoskopiya qanaxma əlamətləri görünməyən xəstələrdə (Forrest III) dəqiqləşdirmək üçün klinik əlamətlər və gediş nəzərə alınır. Qanaxma davam edərsə, təkrari endoskopiya edilir və digər səbəblər araşdırılır.

Endoskopik olaraq gedişinə və proqnozuna görə Forrest təsnifatı

- Forrest I – davam edən qanaxma
 - » Ia – qan fışqırır
 - » Ib – qan sızır
- Forrest II – qanamış və hazırda dayanmış qanaxma
 - » IIa – xora dibində damar görünür
 - » IIb – xora üzərində qan laxtası var
 - » IIc – xora dibində hematin pərdəsi var
- Forrest III – qanaxma əlamətləri yoxdur

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Ağırlıq dərəcəsinin təyini üçün hemodinamik və hemokonsentrasiya göstəriciləri nəzərə alınır:
 - » Yüngül dərəcəli – anemiya və hipovolemiya yoxdur. Bu hal adətən az miqdardakı qanaxmalarda rast gəlinir.
 - » Orta dərəcəli – anemiya var, hemodinamika stabildir. Bu hal adətən uzunmüddətli təkrarlanan qanaxmalarda rast gəlinir.
 - » Ağır dərəcəli – anemiya və şok əlamətləri var, bu hal böyük qanaxmalarda rast gəlinir.

Gedişin müəyyənləşdirilməsi – qanaxmanın dayanıb – dayanmaması

- Qanaxmanın davam edib – etməməsini göstərən əlamətlərə aşağıdakılar aiddir:
 - » klinik – melenə, qanqusma, nazoqastral drenajdan qan gəlmə
 - » laborator – qanda Hb və ya Ht
 - » hemodinamik göstəricilər – nəbz, təzyiq, laktat, oksigenasiya

- » endoskopik əlamətlər – laxta, sızma və s.
- Adətən bu göstəricilər birlikdə qiymətləndirildikdə daha düzgün nəticə verir.
- Mena olmaması, Hb sabit qalması və hemodinamikanın stabiləşməsi qanaxmanın dayanmasını göstərir. Əks hallar qanaxmanın davam etdiyinin işarəsidir və endoskopiya ilə dəqiqləşdirmək lazım gəlir.

Qanaxmanın təkrarlama ehtimalı

- Xora qanaxmalarının təkrarlanması adətən ilk 2 gün ərzində özünü göstərir.
- Təkrarlanma riskini qiymətləndirmək üçün klinik və endoskopik nəticələr nəzərə alınır (bax yuxarı).

Müalicəsi

Prinsipi

- Xora mənşəli qanaxmaların müalicə prinsipi digər mədə – bağırsaq qanaxmalarında olduğu kimidir: əvvəlcə **qanaxmanı dayandırma (hemostaz) və dəstək tədbirləri**, sonra **xoranın müalicəsi**

Qanaxmanı dayandırma üsulları (hemostaz) üsulları

- Medikamentoz – antisekretor (HKB), splanxik vazokonstriktorlar (somatostatin və vazopressin analoqları)
- Endoskopik üsullar – skleroterapiya, koaqulyasiya, klipsləmə, adrenalin inyeksiyası, hidroinyeksiya və digər topikal müalicələr
- Endovaskulyar – embolizasiya (koyl, trombin və s.)
- Cərrahi üsullar – damar bağlanması, rezeksiya və digər.

Müalicə taktikası

- Xora mənşəli qanaxmalarda müalicə tədbirləri aşağıdakı ardıcılıqla yerinə yetirilir:
 - » İlk tədbirlər təcili həyata keçirilir:
 - **Dəstək tədbirləri:** infuziya, göstərişə görə transfuziya və digər.
 - **Medikamentoz hemostaz-72 saat:** HKB (80 mq bolus, sonra 8 mq/saat infuziya və ya 40 mq gündə 2 dəfə), varikoz varsa və ya endoskopiya gecikirsə oktreotid .
 - **Endoskopik diaqnostika:** (ilk 6 – 12 saat ərzində)
 - **Qanaxmanın effektiv dayandırılması:** endoskopik, transarterial embolizasiya və ya cərrahi.
 - **Xora müalicəsi.**
- İlk stabiləşdirmə və diaqnostika tədbirləri ilə yanaşı qanaxmanın proqnozu müəyyənəşdirilir (klinik və endoskopik) və qanaxmanın effektiv dayandırılması üçün endoskopik hemostaz, transarterial embolizasiya və cərrahi hemostaz üsulu seçilir.
- Infuzion-transfuzion və medikamentoz hemostaz tədbirləri ilə **stabiləşməyən xəstələrdə**, xüsusən perforasiya şübhəsi də varsa, cərrahi hemostaz ön planda tutulur.

- **İlkin tədbirlərlə stabilləşmiş, qanaxması davam edən və ya hazırda dayanmış, lakin təkrarlanma riski yüksək olan** xəstələrdə (Forrest I və II) endoskopik hemostaz həyata keçirilir (mümkünsə, elə ilk endoskopiya). Bu məqsədlə endoskopik klips, inyeksiya, koagulyasiya, toz püskürtmə və s. istifadə edilə bilər.
- **Endoskopiya ilə qanaxması dayanmayan və ya təkrarlanan** qanaxmalarda arterial embolizasiya və ya cərrahi hemostaz seçilir.
- **Qanaxması dayanmış və təkrarlanma riski aşağı olan** xəstələrdə (Forrest III) konservativ müalicə davam etdirilir, təkrarlanma yoxdursa, xora müalicəsi başlanır, təkrarlanma olanlarda isə endoskopik hemostaz aparılır.
- **Cərrahi əməliyyata göstərişlər** (təxminən 10% xəstələrdə lazım gəlir):
 - » endoskopik müalicə mümkün olmadıqda (kallyoz xora, maliqnezasiya şübhəsi, pilor deformasiyası)
 - » endoskopiya ilə dayanmayan qanaxmalar
 - » endoskopik hemostazdan sonra təkrarlanan qanaxmalar
 - » profuz qanaxmalar və şok (24 saat ərzində 4-6 vahid qan transfuziyası edilən xəstələr).

Cərrahi üsul seçimi

- Duodenal xora qanaxmalarında:
 - » Qastroduodenal arteriyanın bağlanması, duodenotomiya və xora daxilindəki damarın 3-lü z-vari tikişlə tikilməsi, piloroplastika və trunkal vaqotomiya.
 - » Kallyoz, stenotik xora qanaxmalarında xəstə hemodinamik stabildirsə, rezeksiya və ya antrumektomiya+vaqotomiya edilə bilər.
- Mədə xorası qanaxmalarında:
 - » xəstə hemodinamik olaraq stabildirsə, mədə xora ilə birlikdə rezeksiyası edilir: antrumektomiya+vaqotomiya, mədənin 2/3 və ya subtotal rezeksiyası.
 - » xəstə hemodinamik qeyri – stabildirsə, xora ekssiziyası və ya tikilməsi həyata keçirilir. Lakin xoranın ekssiziyasından sonra daha çox qanaxma residivi nəzərə alınmalıdır.

XORA PERFORASIYASI

Özət

Xora perforasiyası peptik xoranın mədə divarını destruksiya edərək deşilməsi və möhtəviyyatın kənara çıxması nəticəsində yaranan təcili iltihabi ağırlaşmadır. Əksər hallarda möhtəviyyat periton boşluğuna yayılır və diffuz peritonit baş verir, bəzən hüdudlanır və abses əmələ gəlir, orqanlara deşilərsə, fistullar meydana gəlir, nadir hallarda isə spontan örtülür. Xəstəlik adətən birdən-birə şiddətli ağrılarla başlayır, peritonit əlamətləri ortaya çıxır, bir neçə saat ərzində artan diffuz və ya lokal peritonit əlamətlərinə sepsis əlamətləri qoşulur. Erkən saatlarda müalicə edilmədikdə diffuz peritonitə bağlı letallıq artır. Klinik əlamətlər perforasiyaya yüksək şübhə yaradır və diaqnozu dəqiqləndirmək üçün KT edilir. Qarında kəskin başlayan ağrı, peritonit və sepsis əlamətləri ilə yanaşı qarında sərbəst hava və ya kontrastın ekstravazasiyası xarakterik əlamətlərdir. Müalicəsi üçün təcili əməliyyat edilir və perforasiyanın örtülməsi və ya xoranın ekssiziyası ilk seçimdir, erkən mərhələlərdə radikal xora əməliyyatları da edilə bilər.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Qəbul etdiyi dərmanlar, mədəyə təsir edən dərmanlar • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Peritonit və sepsis əlamətləri Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pilory</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Elektrolitlər • CRP • Kültür Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Rentgenoloji müayinə • USM • Biopsiya	• Mədə şirəsi analizi – turşuluq, bazal və stimulyasiya turşuluğu, öd və s. • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan • Qastrin • Endoskopiya • Endoskopik USM • KT • MRT • Funksional müayinələr • Kritik xəstələrdəki müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İntensiv müalicə • Təcili əməliyyat – perforasiyanın örtülməsi və ya xoranın ekssiziyası, qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı (açıq və ya laparoskopik) • Antibiotiklər • Antasid və anti-sekretor müalicələr (antasidlər, HKB, H2B və s.) • Anti-helikobakter müalicəsi	• Nazoqastral aspirasiya • Stent • Perkutan drenaj • Distal rezeksiyalar – həcminə görə və gastroenteroanastomoza görə növləri (antumektomiya, 2/3 subtotal, Bilrot-1, Bilrot-2, Ru-Y və s.) • Qastrektomiya • Vaqotomiya (trunkal, parietal, selektiv) və drenaj əməliyyatları • Ağırlaşmalara görə əməliyyatlar

Diaqnostika

Şübhə

Aşağıdakı əlamətlər olduqda peptik xora perforasiyasından şübhələnmək olar:

- Qarında şiddətli ağrı
- “Taxta qarın” simptomokompleksi
- Diffuz və yerli peritonit əlamətləri
- Qarındaxili abses (qaraciyəraltı, diafraqmaaltı, kiçik piylik cibində və digər)
- Epiqastral davamlı ağrı
- Fistullar
- Pankreatit
- Digər

Dəqiqləşdirmə

Perforasiyanı dəqiqləşdirmək üçün kontrastlı KT ilk seçimdir. KT həm də perforasiyanın yerini, klinik formasını göstərə bilər və differensiasiyada faydalıdır. Lakin rentgen müayinəsi də (80%) qarında hava göstərə bilər. USM spesifik deyil (qarında mayeni göstərir), endoskopiya ilkin müayinə deyil, differensial diaqnostika lazım gəldikdə çox ehtiyatla aparıla bilər.

- **Sərbəst perforasiyanın diaqnostik meyarları:**
 - » şiddətli ağrı ilə başlama
 - » ağrı və peritonizm
 - » qarın boşluğunda sərbəst hava və ya kontrast ekstravazasiyası (KT və ya rentgenoqrafiyada)
- **Perforativ absesin diaqnostik əlamətləri:**
 - » şiddətli ağrı ilə başlama
 - » ağrı və sepsis əlamətləri
 - » KT-də qaraciyəraltı, diafraqmaaltı, retroqastral və ya digər yerlərdə yığıntı
 - » kontrast müayinədə ekstravazasiya ola bilər
 - » drenajdan mədə-bağırsaq möhtəviyyatının gəlməsi
- **Penetrasiya əlamətləri**
 - » Şiddətli ağrı ilə başlama
 - » Davam edən ağrılar
 - » Yerli peritonizm və sepsis əlamətləri ola bilər
 - » KT-də ətraf orqanlara bitişik iltihabı kütlə
 - » Kontrastın digər orqana keçməsi
 - » Endoskopiya orqana açılmış xora
- **Örtülmüş perforasiyanın əlamətləri**
 - » perforasiyadan 24 – 48 saat keçməsinə baxmayaraq diffuz peritonit, abses və penetrasiya əlamətləri yoxdur
 - » dinamik müayinədə də bu əlamətlər ortaya çıxmır və iltihab əlamətləri sönür
 - » kontrastlı müayinədə ekstravazasiya görünür
 - » əməliyyat vaxtı xoranın spontan olaraq piyliklə və ya hər hansı hərəkətli yanaşı orqanla effektiv örtülməsi olur

Differensiasiya

Xora perforasiyasını qarında şiddətli ağrı və şok əlamətləri törədən xəstəliklərlə differensiasiya etmək lazım gələ bilər ki, bu da adətən görüntülmədə klassik perforasiya əlamətləri görünməyən xəstələrdə lazım gəlir:

- kəskin pankreatit
- kəskin xolesistit
- mezenterik damar trombozu
- aorta anevrizma partlaması
- sist partlamaları
- mədə burulmaları
- miokard infarktı
- digər

Müalicəsi**Prinsipi**

Ekstravazasiyasını aradan qaldırmaq (dəliyi örtmə və ya xoranın ekssiziyasından sonra tikişlərin qoyulması) və ağırlaşmanın müalicəsi (peritonit, abses, penetrasiyanın müalicəsi), sonra isə xoranın patogenetik müalicəsi əsas prinsiplərdir.

Müalicə üsulları (ekstravazasiyanı aradan qaldırma üsulları)

- Cərrahi üsullar (standart və ən effektiv üsuldur)
 - » Perforasiya dəliyini örtmək (açıq və ya laparoskopik yolla dəliyin piyliliklə örtülməsi)
 - » Xoranın ekssiziyası (kənari rezeksiya) vaqotomiya ilə və vaqotomiyasız
 - » Mədə rezeksiyası
- Qeyri – cərrahi üsullar
 - » Stent
 - » Daimi nazoqastral aspirasiya (Teylorə görə)

Müalicə taktikası

Xora perforasiyasının müalicəsi əsasən təcili cərrahi yolladır və üsulun seçilməsində perforasiyanın klinik forması, mərhələsi və xəstənin vəziyyəti nəzərə alınır:

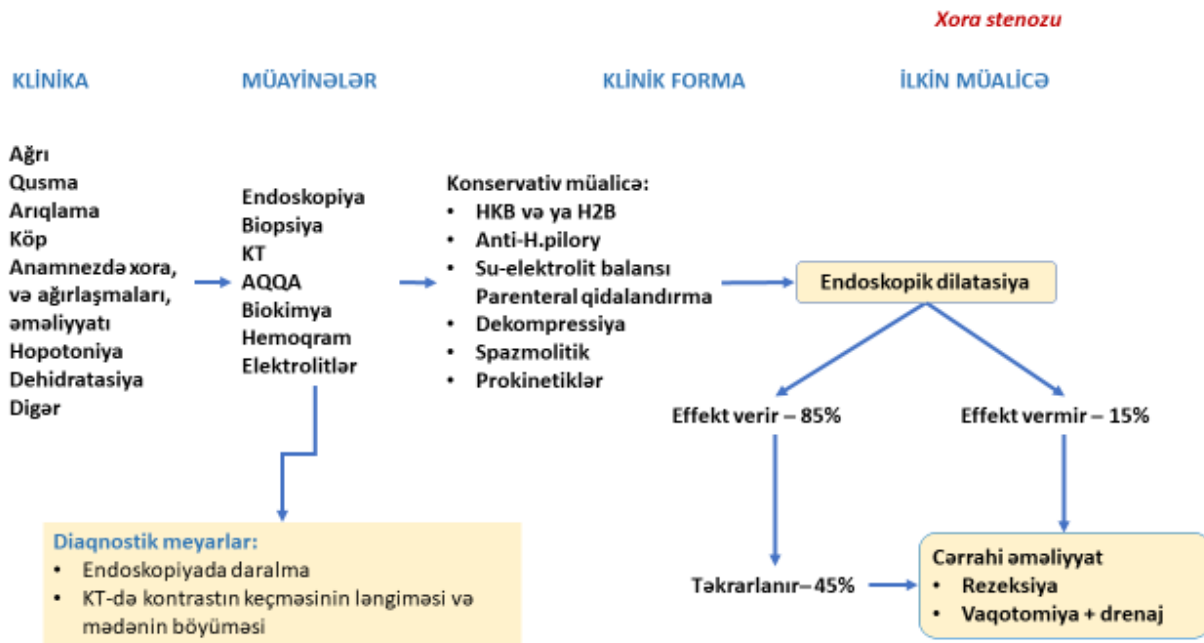
- **Sərbəst perforasiyalarda:**
 - » sərbəst perforasiyada təcili olaraq açıq və ya laparoskopik əməliyyat edilir, dəliyin bilavasitə piyliliklə örtülməsi və ya xoranın ekssiziyasından sonra örtülməsi həyata keçirilir, qarın boşluğu təmizlənir, irinli peritonit yoxdursa və xəstə stabildirsə, xora müalicəsi əlavə edilə bilər.
- **Duodenal perforasiyalarda:**
 - » irinli peritonit varsa, perforasiya piyliliklə örtülür və periton boşluğu sanasiya edilir.
 - » irinli peritoniti olmayan stabil xəstələrdə xora ekssiziyası, piloroplastika + vaqotomiya edilə bilər.

- » böyük xora defektlərində və örtmə mümkün olmayan hallarda yöndəyişmə əməliyyatları edilə bilər (12bb xorasını saxlamaqla güdülün hazırlanması və duodenostomiya, gastroenteroanastomoz, mədə rezeksiyası və s.).
- **Mədə xorasının perforasiyalarında:**
 - » irinli peritonit varsa və ya xəstə stabil deyilsə, ekstravazasiyanı aradan qaldırmaq və xərçəngi inkar etmək üçün kənarı rezeksiya edilir və ya biopsiya edilərək perforasiya piyliliklə örtülür.
 - » irinli peritonit yoxdursa və xəstə stabildirsə, mədə xora ilə birlikdə rezeksiya edilir.
- **Qeyri – operativ müalicələr** (antibiotikoterapiya, nazoqastral aspirasiya, stent, infuziya) çox az hallarda və spesifik göstərişlər olarsa tətbiq edilir:
 - » əməliyyat riski çox yüksəkdir
 - » 24 saatdan çox keçməsinə baxmayaraq diffuz peritonit əlamətləri yoxdur
 - » ağrılar lokallaşmışdır
 - » kontrast müayinədə ekstravazasiya görünmür.
- **Absesdə** ilk seçim perkutan drenajdır. Drenajdan sonra fistul əmələ gələ bilər və müəyyən müddətdən sonra spontan bağlanır. Perkutan drenajla sağalmayan, fistulu uzun müddət bağlanmayan xəstələrdə əməliyyat və ya stent tətbiq edilə bilər.
- **Örtülmüş perforasiyada** perforasiyanın örtüldüyü dəqiqləşirsə, müşahidə edilə bilər.
- **Orqanlara perforasiya (penetrasiya).** Penetrasiya təyin edilən xəstələrdə əməliyyatın hazırlıq aparılır və planlı olaraq əməliyyat həyata keçirilir – xora ilə birlikdə rezeksiya. Bəzən stent də istifadə edilə bilər.

PİLOROSTENOZ

Özət

Pilorostenoz xora xəstəliyinin törətdiyi iltihabi-fibrotik daralmadır, uzunmüddətli, kallyoz və müalicə olunmayan xoralarda rast gəlinir. Erkən mərhələdə (kompensator) klinik əlamətlər olmur, daralma radioloji və ya endoskopik müayinədə təyin olunur. Daralma artdıqca mədədə hipertrofiya və genişlənmə meydana gəlir, bərk qidaların keçməsi çətinləşir (subkompensasiya), ara-sıra qusmalar müşahidə edilir. Xəstəlik irəlilədikcə mənfəzin tama yaxın tutulması və mədə atoniyası baş verir (dekompensasiya), kəskin mədə keçməzliyi və ağrılaşmalar meydana çıxır: bir neçə saat əvvəl yediyi yeməkləri qusma, dehidratasiya, elektrolit pozulması, arıqlama və s. Diaqnostikası üçün KT, endoskopiya və xərçəngdən fərqləndirmək üçün biopsiya edilir. Pilorun daralması, deformasiyası, kontrastın keçməməsi və ya gecikməsi, mədənin böyüməsi xarakterik əlamətlərdir. Müalicəsində əvvəlcə dəstək müalicələri və dekompressiya ilə su-elektrolit balansı və qidalanma statusu korreksiya olunur. Keçiriciliyin bərpası üçün ilk növbədə konservativ tədbirlər və endoskopik dilatasiya sınaqdan keçirilir. Bu müalicələr fayda vermədikdə cərrahi müalicə lazım gəlir (rezeksiya, vaqotomiya+drenaj).



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Qəbul etdiyi dərmanlar, mədəyə təsir edən dərmanlar • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Dehidratasiya və malnutrisiya əlamətləri Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Elektrolitlər • CRP Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • USM • Biopsiya	• Mədə şirəsi analizi – turşuluq, bazal və stimulyasiya turşuluğu, öd və s. • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan • Qastrin • Endoskopik USM • KT • MRT • Funksional müayinələr • Kritik xəstələrdəki müayinələr. • Nazoqastral zondla mədə keçiriciliyi testi
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İntensiv müalicə • Parenteral qidalandırma • Nazoqastral zond • Digər konservativ müalicələr: antisekretor, anti-helikobakter, spazmolitik və prokinetiklər. • Endoskopik dilatasiya • Cərrahi müalicə: antrumektomiya + vaqotomiya, Bilrot II mədə rezeksiyası.	• Stent • Vaqotomiya + drenaj əməliyyatları: gastro-enteroanastomoz, gastroduodenoanastomoz, piloroplastika • Qastrektomiya • Ağırlaşmalara görə əməliyyatlar

Diaqnostikasi

Prinsip

Mədə keçməzliyində əvvəlcə mexaniki səbəblər axtarılır, mexaniki səbəb olanlarda isə ilk növbədə neoplastik səbəblər təsdiq və ya inkar edilir.

Şübhə

- Mədə keçməzliyi əlamətləri olanlarda (qusma, arıqlama, ağrı, köp) pilorostenozdan şübhələnmək lazımdır.
- Anamnezində xora xəstəliyi, kallyoz xora olan və perforasiyaya görə əməliyyat olunan xəstələrdə bu şübhə artır.

Dəqiqləşdirmə

- Mədə keçməzliyini dəqiqləşdirmək üçün kontrastlı müayinələr aparılır. Kontrastlı rentgen və ya KT-də mədədən kontrastın 12bb-a keçməməsi və ya keçidinin gecikməsi, mədə genişlənməsi keçməzliyi göstərir.
- Keçməzliyin mexaniki və ya dinamik olduğunu dəqiqləşdirmək üçün qastroskopiya və KT nəticələrinin birlikdə qiymətləndirilməsi lazımdır. Endoskopiya intralüminal səbəbləri, KT isə ekstralüminal səbəbləri təsdiq – inkar edə bilər.
- Mexaniki səbəblər tapılmayan hallarda funksional qastrostaz törədən səbəblər arasında differensiasiya aparılır (diabet, gecikmiş mədə evakuasiyası və s.)
- Mexaniki keçməzlik tapılırsa, ilk növbədə mədənin, periqastral bölgənin bədən- və xoşxassəli törəmələri təsdiq və ya inkar etmək lazım gəlir (pankreas şişləri, sistləri, qaraciyər və öd yolları törəmələri). Bu məqsədlə endoskopik biopsiya və KT lazımdır.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

Pilorostenozun ağırliq dərəcəsini təyin etmək üçün klinik və görüntüləmə nəticələri nəzərə alınır: Stenozun üç ağırliq dərəcəsi ayırd edilir:

- Yüngül dərəcəli (kompensator) stenozlarda – radioloji və ya endoskopik olaraq daralma təyin olunur, lakin klinik olaraq keçməzlik əlamətləri və mədə dilatasiyası görünmür.
- Daralma artdıqca və müddət uzandıqca mədə divarında hipertrofiya və mənfəzində genişlənmə meydana gəlir, maye və duru qidaların keçməsində ciddi problem olmur, lakin bərk qidaların keçməsi pozula bilər (orta dərəcəli – subkompensasiya).
- Ağır dərəcəli stenozlarda (dekompensasiya) tam tıxanmaya və ya mədə atoniyasına bağlı kəskin keçməzlik əlamətləri və ağırlaşmaları meydana gəlir.

Müalicəsi

Prinsipi

- Təcili olaraq su – elektolit, qidalanma dəstəyi və mədənin dekompressiyası, daha sonra keçiriciliyin bərpası.

Müalicə üsulları

- **Dəstək müalicəsi** – dehidratasiyanı, elektrolit disbalansını və malnutrisiyanı aradan qaldırmaq üçün infuzion müalicə (alkalozu aradan qaldırmaq üçün NaCl infuziyası) və parenteral qidalandırma
- **Dekompressiya** – ağırlaşmaların profilaktikası və mədə motorikasına kömək üçün mədəyə zond qoyularaq boşaldılır və yuyularaq qida qalıqları təmizlənir.
- **Keçiriciliyin bərpası:**
 - » Konservativ müalicələr – iltihabı və ödemi azaltmaq, spazmı aradan qaldırmaq və pilor motorikasının bərpası üçün aparılır: QSiƏD kəsilməsi, antisekretor, anti-helikobakter, spazmolitik və prokinetiklər.
 - » Endoskopik müalicələr: dilatasiya, stent (nadir hallarda tətbiq olunur)
 - » Cərrahi müalicələr
- Rezeksiya üsulları – antrumektomiya + vaqotomiya, Bilrot I və ya II mədə rezeksiyaları
- Vaqotomiya + drenaj əməliyyatları: gastro-enteroanastomoz, qastroduodenoanastomoz, Piloroplastika

Müalicə yanaşması

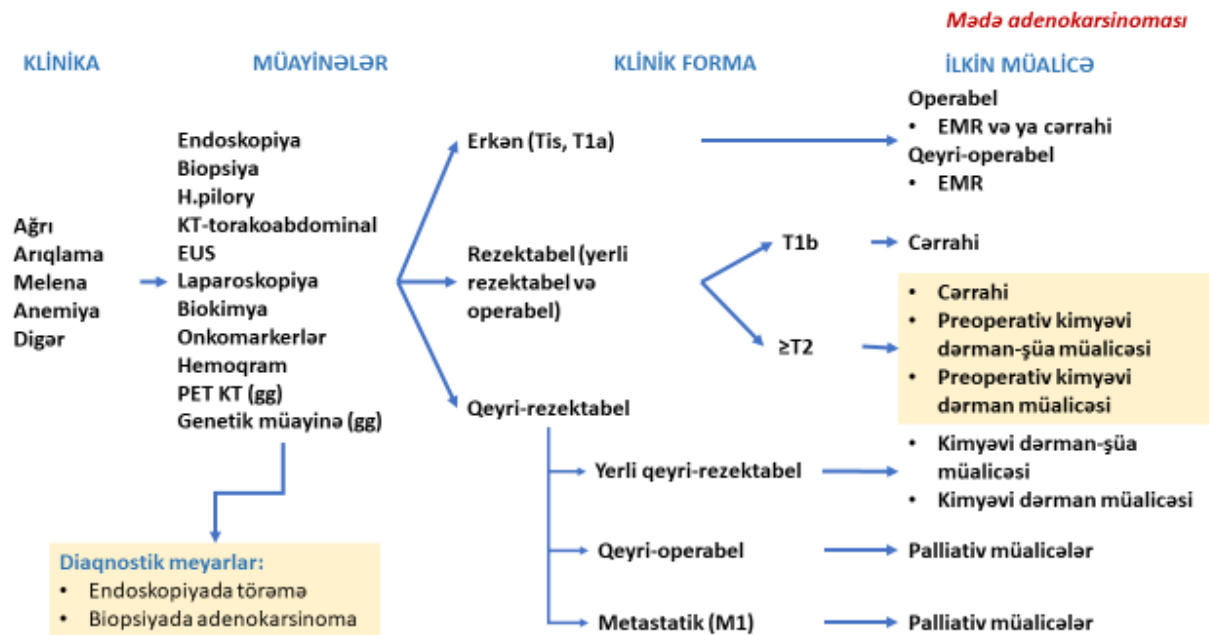
- Təcili olaraq dəstək müalicələri və dekompressiya aparılaraq xəstənin su-elektrolit balansını və qidalanma statusunu korreksiya olunur.
- Keçiriciliyin bərpası üçün ilk növbədə konservativ tədbirlərlə iltihab, spazm və dismotorika aradan qaldırılır.
- Konservativ müalicənin effektivliyini yoxlamaq üçün su testi aparıla bilər. Boşaldılmış mədəyə 700 ml 3 – 5 dəq. ərzində otaq temperaturunda fizoloji məhlul yeridilir, zond bağlanır və 30 dəq. sonra mədədən maye aspirasiya edilir. Aspiratın miqdarı 350 ml-dən çoxdursa, bu keçməzliyi göstərir. Bu test müalicədən əvvəl, 3 – 4 və 6 – 7 gün sonra təkrarlanır.
- Konservativ müalicələrlə keçməzliyi düzələn xəstələrə əvvəl duru qidalar, sonra isə qatı qidalar başlanır.
- Konservativ müalicələrlə düzəlməyən hallar fibrozun üstünlük təşkil etdiyini göstərir və endoskopik dilatasiya aparılır. Endoskopik dilatasiya ilkin endoskopik müayinədə də aparıla bilər.
- Endoskopik dilatasiya təxminən 85% hallarda faydalı olur, lakin bunların 45%-dən çoxunda 3 ay müddətində stenoz əlamətləri təkrarlanır.
- Konservativ və endoskopik müalicələr fayda vermədikdə cərrahi müalicə seçilir.
- **Cərrahi müalicəyə göstərişlər:**
 - » 5-7 gün aparılan konservativ müalicəyə və endoskopik dilatasiyaya baxmayaraq, düzəlməyən stenozlar.
 - » Endoskopik dilatasiyadan sonra təkrarlanan stenozlar.
 - » Bədxassəli törəmənin inkar edilməməsi.
- Cərrahi müalicə kimi ilk seçim xora ilə birlikdə rezeksiyadır (antrumektomiya + vaqotomiya ən yaxşı seçimdir).

- Rezeksiyanı çətinləşdirən peripilorik iltihab və fibroz olduqda ikinci seçim kimi vaqotomiya və drenaj əməliyyatları yerinə yetirilir. Laparoskopik yanaşma üçün trunkal vaqotomiya və gastro – enteroanastomoz ilk seçimdir.

MƏDƏ ADENOKARSİNOMASI

Özət

Mədə adenokarsinoması epitelial xarakterli bədxasssəli törəmədir və mədənin ən çox rast gəlinən bədxasssəli şişidir. Etiologiyası dəqiq bilinmir, lakin qidalanma tərz, radiasiya, A və C vitamin azlığı, genetik amillər, kişi cinsi və bəzi xərçəngönü xəstəliklər (*H.pylori* gastriti, mədə rezeksiyası, adenomatoz polip) risk təşkil edir. Erkən mərhələdə törəmə selikli qışa səviyyəsində olur və adətən əlamətlər törətmir, təsadüfi və ya profilaktik müayinələrdə tapılır. Xəstəlik irəlilədikcə mədə divarının dərin qatlarına, ətraf və uzaq orqanlara, limfa düyünlərinə yayılır və əlamətlər meydana çıxır. Arıqlama, ağrı, qanaxma, anemiya, iştahsızlıq çox rast gəlinən əlamətlərdir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün endoskopiya və biopsiya edilir, mədədə sərt, xoralaşmış, qanaxmaya meyilli törəmə və biopsiyada adenokarsinoma hüceyrələrinin tapılması xarakterikdir. Mərhələni təyin etmək üçün KT, EUS, laparoskopiya və PET-KT edilir. Rezektabel mərhələdə (erkən və gecikmiş rezektabel) radikal əməliyyat edilir (endoskopik mukozal rezeksiya, total və ya subtotal qastrektomiya və limfadisseksiya), əməliyyatətrafı dövrdə kimyəvi dərman – şüa müalicəsi əlavə edilir (trimodal müalicə). İrəliləmiş qeyri – rezektabel hallarda isə palliativ əməliyyatlar və ya kimyəvi dərman – şüa müalicəsi tətbiq edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Arıqlama, iştahsızlıq • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Elektrolitlər • CRP • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT (qarın boşluğu, torakal, beyin) • Endoskopik USM • Biopsiya • Diaqnostik laparoskopiya və ya laparotomiya	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr • Funksional müayinələr • Kritik xəstələrdəki müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Total qastrektomiya • Subtotal qastrektomiya • Kimyəvi dərman müalicəsi • Şüa müalicəsi • Parenteral qidalandırma	• Qastro-enteroanastomoz • Palliativ rezeksiya • Endoskopik müalicələr: dilatasiya, stent, mukozal rezeksiya • Embolizasiya • Eksperimental müalicələr

- Ağırlaşmalara görə əməliyyatlar

Diaqnostikası

Şübhə

Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, mədə xərçəngindən şübhələnmək lazımdır:

- Arıqlama
- Ağrı
- ürəkbulanma
- iştahsızlıq
- köp
- melena
- anemiya
- mədə rezeksiyası olanlar
- KT-də mədədə kütlə görünmə
- Endoskopiya mədədə törəmə

Dəqiqləşdirmə

- Mədə xərçəngi endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir.
- Diaqnostik əlamətləri:
 - » Erkən mərhələlərdə adətən asimptomatik, gecikmiş mərhələlərdə simptomatik (ağrı, arıqlama, dispepsiya, qanaxma və s.)
 - » Endoskopiya törəmə
 - » Biopsiyada adenokarsinoma

Mərhələnin təyini

Mərhələ 2 etapda təyin olunur – klinik (əməliyyatözü) və cərrahi (əməliyyatdan sonra).

Klinik (əməliyyatözü) mərhələ müalicə üsulunu seçmək üçün lazım gəlir və iki qrup göstəricilərə əsasən müəyyənləşdirilir: ümumi vəziyyət və yayılma dərəcəsi. Ümumi vəziyyəti qiymətləndirmək üçün sistemli müayinələrlə yaş və yanaşı xəstəliklərlə bağlı orqan disfunksiyaları axtarılır. Törəmənin yayılma dərəcəsini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı görüntüləmə müayinələri edilir:

- yerli yayılmanı təyin etmək üçün **KT və endoskopik USM** tətbiq edilir.
- uzaq yayılmaları təyin etmək üçün **laparoskopiya, döş qəfəsi KT, PET-KT** tövsiyə edilir.

Törəmənin yayılmasına və xəstənin ümumi vəziyyətinə əsaslanan və müalicə seçiminə yol göstərən klinik təsnifata görə mədə xərçənginin 3 mərhələsi ayırd edilir:

- **Erkən mərhələ**- kiçik və mukoza səviyyəsində olan törəmələr, cərrahi əməliyyat və ya lokal ablasiyalar tətbiq edilən və uzaq nəticələri çox yaxşı olan mərhələ.
- **Rezektabel mərhələ (irəliləmiş yerli rezektabel, lokoregional rezektabel)** - lokal yayılmış, lakin radikal əməliyyat mümkün olan mərhələ (distal metastazlar və ətrafdakı böyük

damarlara invaziya görünür, xəstə operabeldir), göstərişə görə əməliyyatətrafı kimyəvi dərman-şüa müalicəsi edilə bilər (trimodal müalicə)

- **Qeyri-rezektabel mərhələ** - radikal əməliyyat mümkün olmayan və ya əks göstəriş olan hallardır ki, bunlara aşağıdakılar aid edilir:
 - ✓ böyük damarlara invaziyalar olur (**irəliləmiş yerli qeyri-rezektabel, lokoregional qeyri-rezektabel**):
 - günəş kötüyünü, qaraciyər arteriyasını və ya yuxarı çöz arteriyasını tutan törəmə
 - aortanı tutan törəmə
 - portal venaya və aşağı boş venaya geniş invaziya
 - Ümumi vəziyyəti qeyri-operabel olan xəstələr
 - ✓ uzaq orqanlara çoxsaylı metastazlar (**irəliləmiş metastatik**):
 - KT-də peritoneal karsinomatoz
 - laparoskopiyada peritoneal metastazlar və ya pozitiv sitologiya
 - çoxsaylı qaraciyər metastazı
 - çoxsaylı ağciyər və digər uzaq metastazlar
 - ✓ qeyri-operabel xəstə

Cərrahi mərhələ proqnozu təyin etmək və müalicə üsullarını müqayisə etmək üçün lazım gəlir. Müəyyənləşdirmək üçün əməliyyatözü və əməliyyatdan sonrakı patohistoloji müayinələrlə (kəsik xətti, invaziya dərəcəsi, limfa düyünlərinə yayılma) törəmənin yayılma dərəcəsi yoxlanılır. Bunlarla yanaşı şişin bioloji davranışını göstərən digər markerlər də istifadə edilə bilər (genetik, reseptorlar və s.).

Müalicəsi

Prinsipi

- Radikal rezeksiya və residivi azaltmaq üçün göstərişə görə kimyəvi dərman-şüa müalicəsi əsas prinsipdir (trimodal müalicə).
- Mədə xərçəngində laparotomiya və ya laparoskopiya ön planda tutulur, çünki:
 - » peritoneal, yerli yayılmanı və rezektabelliği dəqiqləşdirə bilər.
 - » radikal rezeksiya edilə bilər.
 - » palliativ əməliyyatlar edilə bilər.

Müalicə üsulları

- Radikal üsullar
 - » Endoskopik mukozal rezeksiya
 - » Cərrahi rezeksiya (açıq və laparoskopik) – distal mədə rezeksiyası və ya qastrektomiya, omentektomiya və limfadenektomiya (D1 – D2)
- Köməkçi üsullar
 - » Kimyəvi dərman müalicəsi
 - » Şüa müalicəsi

- Palliativ üsullar
 - » Yanyol anastomozlar
 - » Stent

Müalicə seçimi

- Müalicə seçimində xəstəliyin yayılma dərəcəsinə və xəstənin operabelliyyəinə əsaslanan klinik mərhələsi nəzərə alınır.
- **Erkən mərhələdə** (mukoza səviyyəsindəki törəmələr - Tins, T1a) radikal müdaxilələr həyata keçirilir - endoskopik mukozal rezeksiya (EMR) və ya cərrahi rezeksiya. EMR ölçüsü 2 sm-dən kiçik törəmələrdə göstəriş sayılır. Bu mərhələdə göstərişə görə postoperativ kimyəvi dərman-şüa müalicəsi edilir (pozitiv kənar, düynə yayılma varsa). Radikal cərrahi əməliyyatda aşağıdakı strukturlar en-blok şəkildə, törəməni zədələmədən çıxarılır:
 - mədə rezeksiyası (törəmədən ən azı 6 sm aralı) və ya total qastrektomiya
 - böyük piylik
 - I səviyyə limfa düyünləri – periqastrik limfa düyünləri (D1 limfadisseksiya – 1,2,3,4,5,6 məhəllə düyünləri)
 - II səviyyə limfa düyünləri – sol mədə, günəş kötüyü, qaraciyər və dalaq arteriyaları ətrafındakı düyünlər (D2 limfadisseksiya – 7,8,9,10,11,12 məhəllədəki düyünlər)
 - burssektomiyaya ehtiyac yoxdur
- **Rezektabel mərhələdə (irəliləmiş yerli rezektabel törəmə və operabel xəstə)** radikal əməliyyat edilir və residivləri azaltmaq üçün əməliyyatdan əvvəl və ya sonra kimyəvi dərman-şüa müalicəsi əlavə edilir (trimodal müalicə).
- **Qeyri – rezektabel mərhələdə (yerli qeyri-rezektabel və ya metastatik və ya qeyri-operabel)** palliativ əməliyyatlar və ya kimyəvi dərman-şüa müalicəsi edilir, şiş rezektabel vəziyyətə gələrsə, operabel xəstələrdə rezeksiya edilə bilər. Ümumi vəziyyəti qeyri-operabel olan xəstələrdə palliativ müalicələr həyata keçirilir.

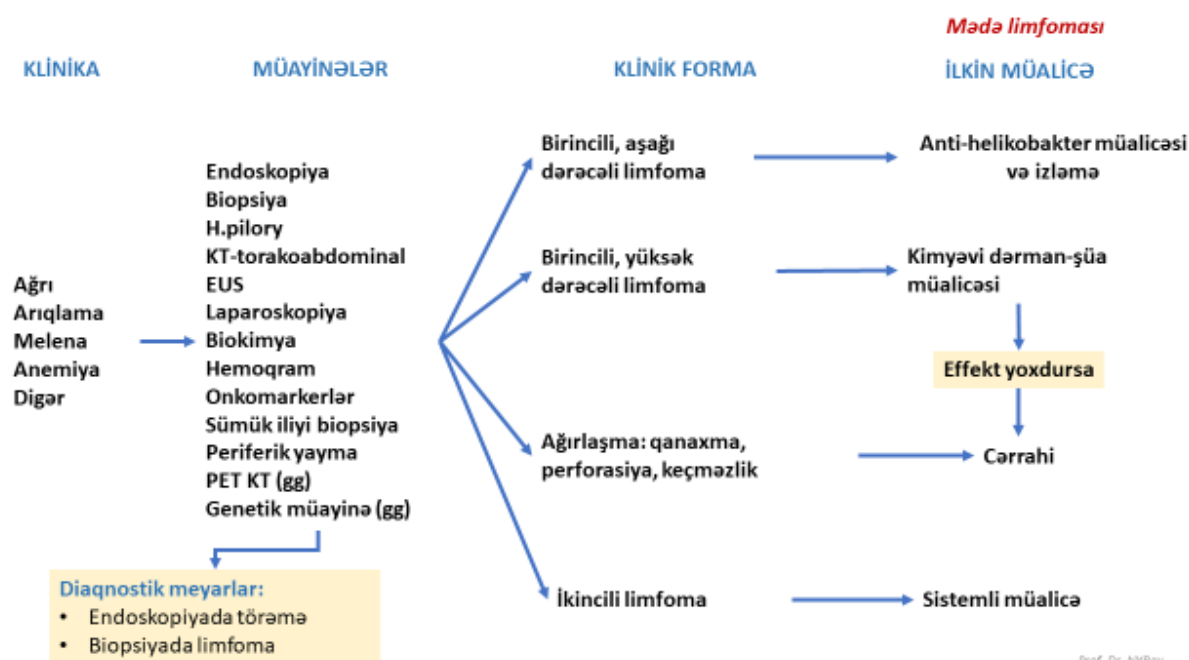
Proqnozu

- Ümumilikdə 5 illik yaşama 12% təşkil edir.
- Mərhələ proqnozu müəyyən edən önəmli göstəricidir:
- Erkən mərhələdə radikal rezeksiyalardan sonra yaxşı nəticə əldə edilir (5 illik yaşama 90%).
- Beş illik yaşama II mərhələdə 30%, III mərhələdə 10%, IV mərhələdə 0% təşkil edir.

MƏDƏ LİMFOMASI

Özət

Mədə limfomasi limfatik toxumadan inkişaf edən (MALT və diffuz B hüceyrəli) və ya metastatik xarakterli limfoproliferativ xəstəlikdir, adenokarsinomalardan sonra ən çox rast gəlinən 2-ci bədxassəli törəmədir. MALT-limfomalarda *H.pylori* infeksiyası mühüm rol oynayır. Klinikası adenokarsinomalara bənzəyir. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə qoyulur, ikincili limfomalardan fərqləndirmək üçün immunositokimya, qanın müayinəsi, sümük iliği biopsiyası aparılır. Müalicəsi əsasən konservativdir (anti-helikobakter, kimyəvi dərman-şüa müalicəsi), cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Arıqlama, iştahsızlıq • Ağrı • Ürəkbulanma və qusma • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Elektrolitlər • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT (qarın boşluğu, torakal, beyin) • Endoskopik USM • Biopsiya • Sümük ili biopsiyası • Periferik yayma • Diaqnostik laparoskopiya və ya laparotomiya	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Anti-helikobakter müalicəsi • Kimyəvi dərman-şüa müalicəsi • Parenteral qidalandırma	• Total qastrektomiya • Endoskopik müalicələr: dilatasiya, stent, mukozal rezeksiya • Ağırlaşmalara görə əməliyyatlar

Diaqnostikası

- Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir.
- İkincili limfomalardan fərqləndirmək üçün immunositokimya, qanın müayinəsi, sümük iliği biopsiyası aparılır.
- Mərhələsinin təyini üçün döş/qarın/çanaq KT, sümük iliği biopsiyası (30% hallarda cəlb olunur) və böyümüş limfa düyünlərinin biopsiyası aparılır.

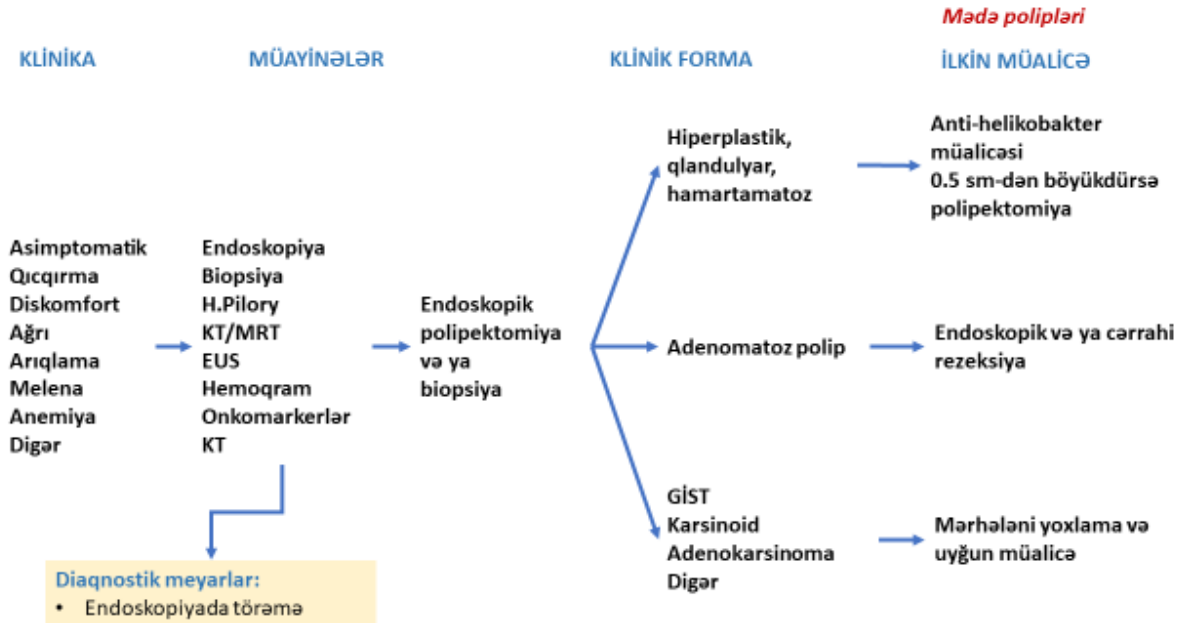
Müalicəsi

- Müalicə seçimində dərəcəsi, konservativ müalicəyə cavabı və histoloji növü nəzərə alınır.
- Aşağı dərəcəli birincili qastrik limfomalarda ilk növbədə anti – helikobakter müalicəsi verilir və 70-100% remissiya əldə edilir. Helikobakter eradikasion müalicəyə cavab verməyən hallarda kimyəvi-şüa müalicəsi edilir.
- Yüksək dərəcəli limfomalarda kimyəvi-şüa müalicəsi edilir.
- Cərrahi əməliyyat xüsusi göstərişə görə edilir:
 - » kimyəvi dərman-şüa müalicəsinə cavab verməyən törəmələr
 - » ağırlaşmalar (qanaxma, keçməzlik, perforasiya və s.)

MƏDƏNİN POLİPLƏRİ

Özət

Poliplər mədə divarından onun mənfəzinə doğru böyüyən neoplastik və qeyri – neoplastik xarakterli törəmələrdir. Neoplastik törəmələrin bədxassəliyə keçmə ehtimalı var. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə qoyulur. Standart müalicəsi endoskopik polipektomiyadır.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Ürəkbulanma və qusma • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pilory</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Endoskopik polipektomiya • Anti-helikobakter müalicəsi	• Mədə rezeksiyası • Endoskopik mukozal rezeksiya

Diaqnostikası

Endoskopiya və biopsiya diaqnostikada əsas müayinələrdir.

Endoskopik USM polipin ölçüsünü, divarda yerləşməsinə və polipəbənzər törəmələri müəyyənləşdirmək üçün istifadə edilə bilər.

Müalicəsi

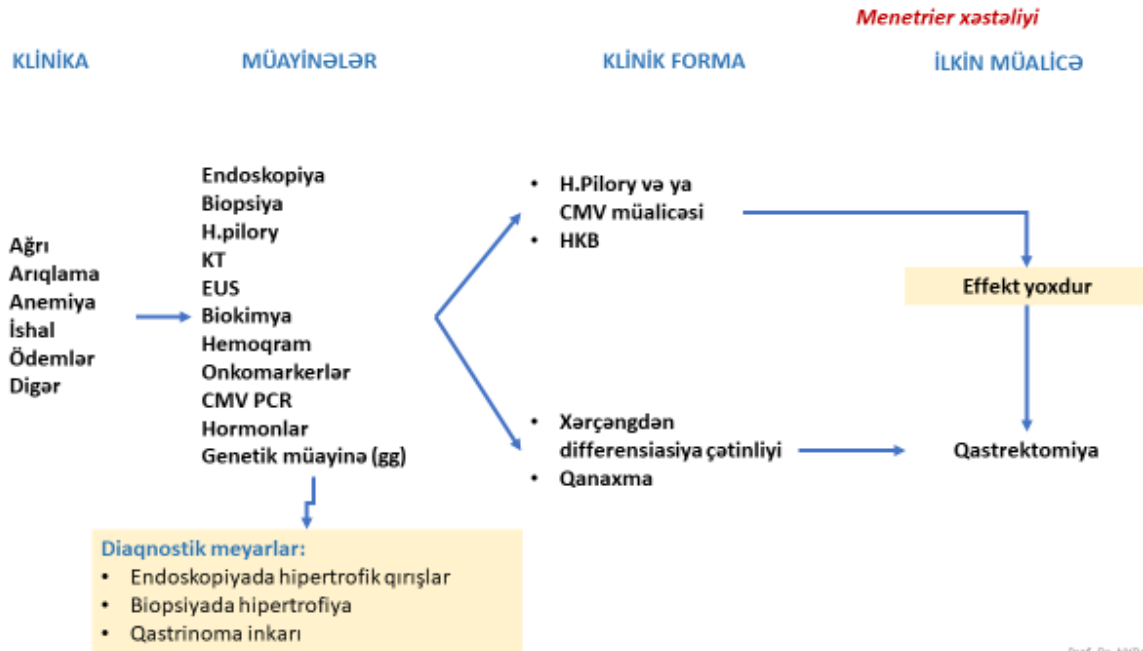
Endoskopik polipektomiya və patohistoloji müayinə ilk seçimdir.

Cərrahi müalicə çoxlu və ya böyük poliplərdə aparıla bilər: kənarı rezeksiyalar, mədə rezeksiyaları.

Biopsiya nəticəsinə əsasən sonrakı müayinə və müalicələr tətbiq edilir.

MENETRIER XƏSTƏLİYİ

Menetrier xəstəliyi hipertrofik gastritin formalarından biri olub, mədə büküşlərinin hipertrofiyası, həddən çox mədə sekresiyası, protein itkisi və anemiya ilə xarakterizə olunur, anemiya çox rastlanır. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə qoyulur. Müalicəsində antisekretor və anti-helikobakter müalicə ilk seçimdir, cərrahi müdaxilə göstərişə görə aparılır.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Ürəkbulanma və qusma • Keçirdiyi xəstəliklər • Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Anti-helikobakter müalicəsi • Antasid və antisekretor (HKB, H2B, sukralfat və digər)	• Mədə rezeksiyası, qastrektomiya

Diaqnostikası

Hipoproteinemiya və anemiyası olan xəstədə endoskopiya hipetrofik büküşlər görünür, biopsiyada mukozal hiperplaziya və sistik transformasiyalar tapılır. Bəzən xərçəngdən differensiasiya etmək çətin olur.

Müalicəsi

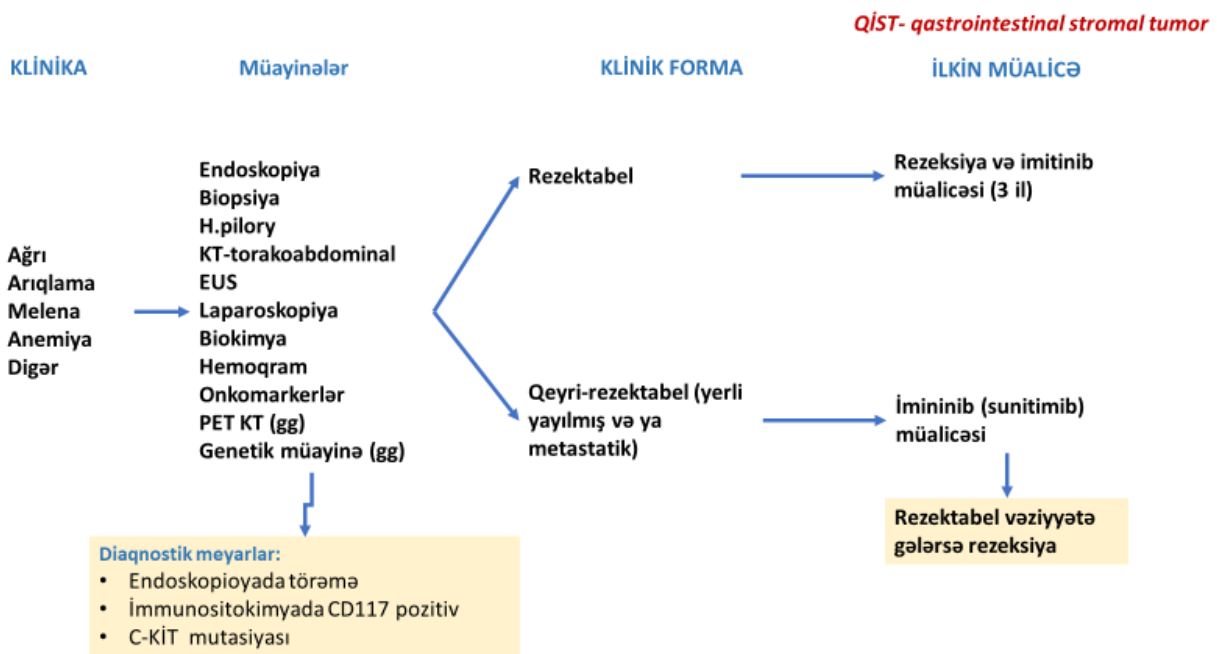
Konservativ müalicə ilk seçimdir – antisekretor və anti – H.pylori müalicələri

Cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır: refrakter hipoproteinemiya, anemiya və xərçəngdən differensiasiya çətinliyi.

QASTROİNTESTİNAL STROMAL TUMORLAR (QİST)

Özət

Gastrointestinal stromal törəmələr (QİST) subepitelial toxumadan inkişaf edən törəmələr arasında ən çox rast gəlinəndir (stromadan inkişaf edən digər törəmələrə leyomioma, leyomiosarkoma, lipoma, liposarkoma, şvannoma, desmoid törəmələr və s. aid edilir). QİST-lər kiçik ölçülərdə xoşxassəli, böyük ölçülərdə isə bədxassəli gedish göstərilir. Əksər hallarda asimptomatik olurlar. Diaqnostikası üçün endoskopiya və biopsiya lazım gəlir, immunohistokimyəvi müayinədə CD117 antigeninə və ya genetik müayinə ilə C-KİT mutasiyasına görə diaqnozu dəqiqləşdirilir. Müalicəsi üçün radikal çıxarma və kimyəvi dərman müalicə tətbiq edilir.



Prof. Dr. NYBoy

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Ürəkbulanma və qusma • Anemiya • Melena	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr
Laborator müayinələr	

• <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kimyəvi müalicə • Endoskopik və ya cərrahi rezeksiya	• Şişkiöldici cərrahiyyə • Eksperimental müalicələr • İntensiv müalicə • Endoskopik və cərrahi palliativ müalicələr

Diaqnostika

- Mədə QİST-lərinin diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə qoyulur.
- Adi histoloji müayinədə QİST leyomioma ilə eyni görünür. QİST-in diaqnozu toxuma biopsiyasının immunohistokimyəvi müayinəsi, CD117 antigeninin təyini və ya C-KİT mutasiyasının genetik təyini ilə dəqiqləşdirilir.
- Törəmənin ölçüsü və mərhələni təyin etmək üçün KT və endoskopik USM tətbiq edilir.

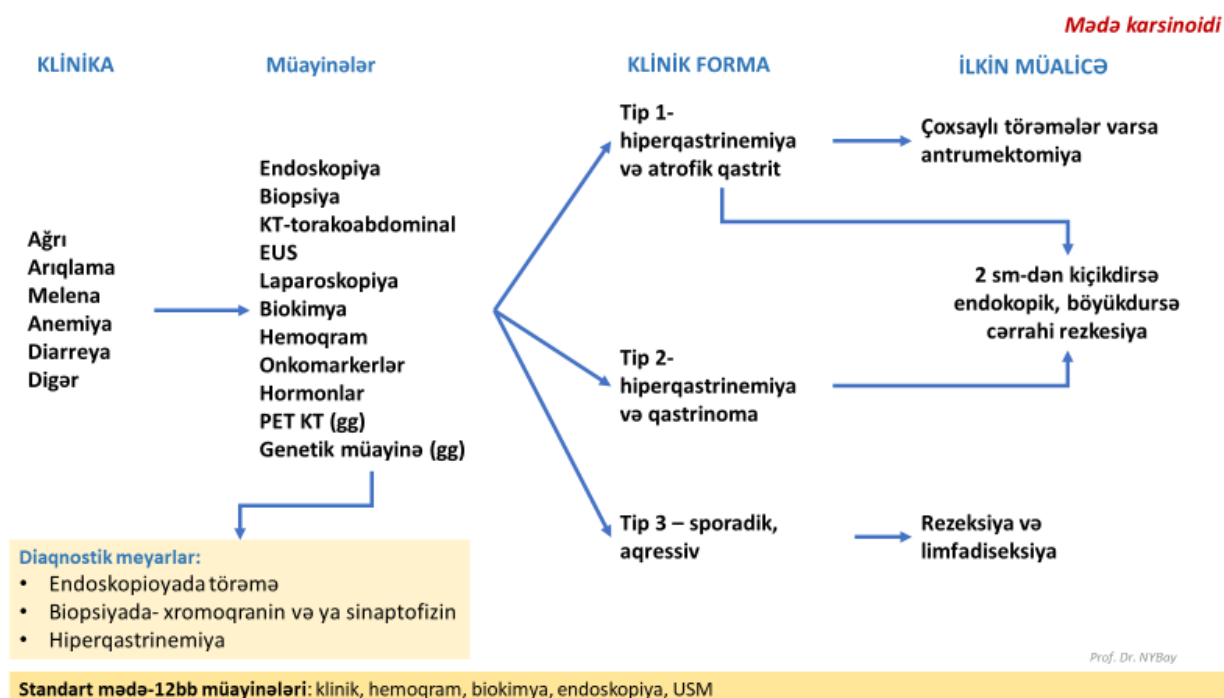
Müalicəsi

- QİST-lər bədxassəli potensialı olduğu üçün mütləq çıxarılmalıdır.
- Yerli rezektabel QİST-də radikal rezeksiya və imitinib müalicəsi tövsiyə olunur (3 ilə qədər). Limfadisseksiya zərurət yoxdur, çünki QİST limfatik yox, hematogen yayılmaya meyillidir.
- Yerli yayılmış və metastaz vermiş QİST-də əvvəl imitinib müalicəsi təyin edilir. Törəmələr kiçilərsə, cərrahi əməliyyat (radikal və ya sitoreduktiv əməliyyatlar) olunur. Proqressivləşmə davam edən xəstələrdə isə cərrahi əməliyyat məsləhət deyil. İmitinibə müsbət cavab verməyən hallarda sunitinib müalicəsi təyin edilə bilər.

KARSİNOİD TÖRƏMƏLƏR

Özət

Karsinoid törəmələr enteroxromaffin hüceyrələrdən inkişaf edən törəmələrdir, adətən böyüyürlər, ağırlaşma və karsinoid sindrom törədə bilirlər. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə qoyulur. Əsas müalicəsi radikal çıxarmadır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Ürəkbulanma və qusma • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr

- Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. - Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya - KT - Endoskopik USM - Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Kimyəvi müalicə - Endoskopik və ya cərrahi rezeksiya	- Şişkiçildici cərrahiyyə - Eksperimental müalicələr - İntensiv müalicə - Endoskopik və cərrahi palliativ müalicələr

Diaqnostika

- Mədənin karsinoid törəmələri mənşəyinə və gediş xüsusiyyətlərinə görə 3 tipə ayrılır:
- Tip 1 – ən çox rast gəlinən formadır (70-80%), atrofik qastrit nəticəsinə meydana gəlir, turşu azlığı qastrin ifraz edən hüceyrələri stimulyasiya edərək hipertrofiya və hiperplaziyasına səbəb olur. Nəticədə hiperqastrinemiya və mədə antrumunda çoxsaylı karsinoid düyünlər əmələ gəlir, yavaş gedişlidir.
- Tip 2 – hiperqastrinemiya ilə müşahidə olunur, Zollinger-Ellison sindromunun tərkib hissəsidir, yavaş gedişlidir.
- Tip 3 – sporadik formadır, atrofik qastrit və Zollinger-Ellison sindromu yoxdur, adətən antrumda təksaylı törəməyə rast gəlinir, aqressiv gedişlidir, 65% hallarda metastazlar verir.
- Diaqnozu endoskopiya, biopsiya və qanda qastrin təyini ilə qoyulur. Biopsiyada xromoqranin və ya sinaptofizin tapılması xarakterikdir.

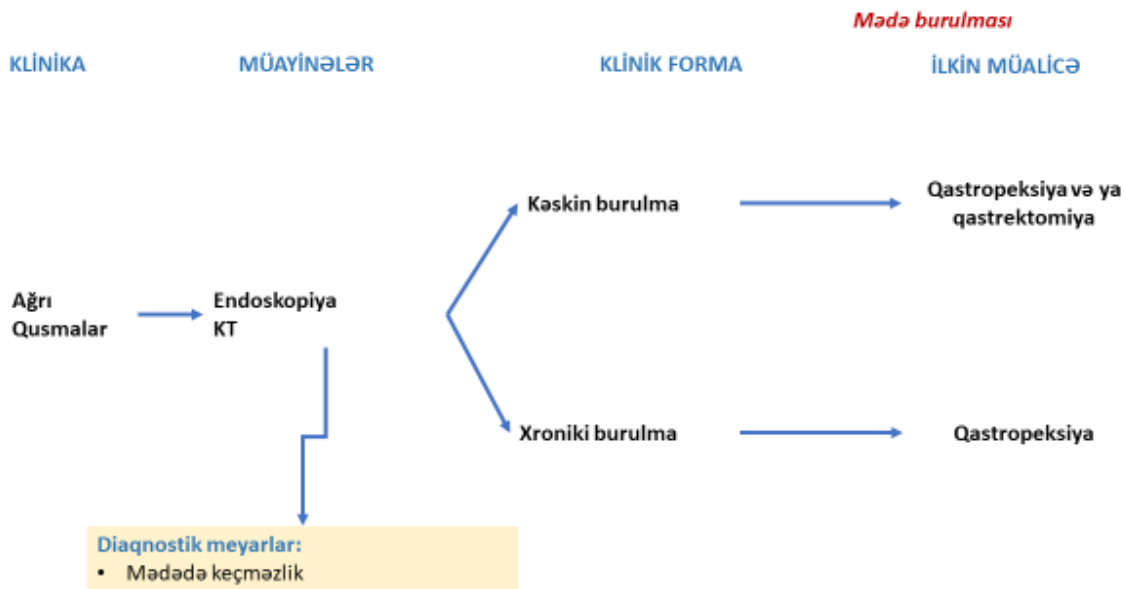
Müalicəsi

- Tip 1 və 2 karsinoidlərdə ölçüsü 2 sm-dən kiçikdirsə, endoskopik rezeksiya, bundan böyüklərdə isə cərrahi rezeksiya edilə bilər. Çoxsaylı kiçik karsinoidlərdə törəmələrlə birlikdə rezeksiya və ya törəməsiz antrumektomiya (qastrin ifrazını azaltmaq üçün) tətbiq edilə bilər.
- Tip 3 karsinoidlərdə mədə rezeksiyası və geniş limfadisseksiya tövsiyə edilir.

MƏDƏ BURULMASI

Tərifi

Nadir rast gəlinən xəstəliklərindəndir, mədənin boylama və ya köndələn oxu boyunca burulması nəticəsində təkrarlanan keçməzlik (xroniki forma) və ya mədə nekrozu (kəskin forma) baş verir.



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ürəkbulanma və qusma • Anemiya • Melena Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s.	• PET-KT • MRT • Genetik müayinələr

- Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya - KT - Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Qastropeksiya - Rezeksiya, qastrektomiya	Stend

Diaqnostikasi

- Diaqnozu KT ilə dəqiqləşir

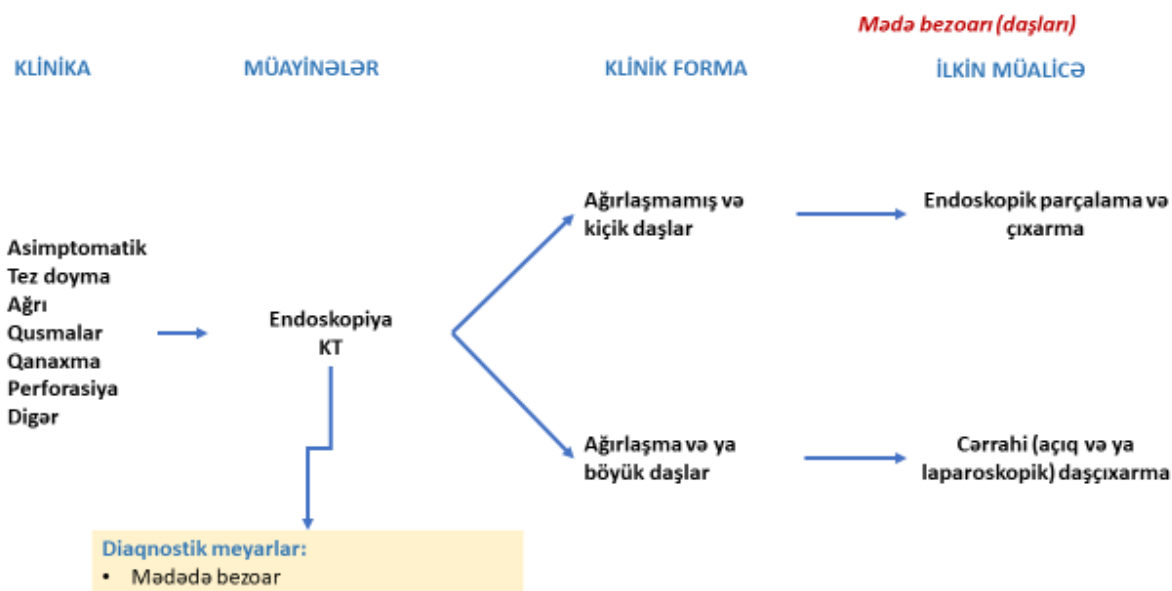
Müalicəsi

- Kəskin burulmada – təcili əməliyyat: qastropeksiya və ya rezeksiya
- Xroniki burulmada – qastropeksiya

MƏDƏ BEZOARLARI

Tərif

Mədədə yaranan müxtəlif tərkibli daşlardır, keçməzlik, divarda xoralaşma və digər ağrılaşmalara səbəb ola bilər.



Prof. Dr. NYBəy

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr <i>Helicobacter pylori</i> testi - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. - Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya	- PET-KT - MRT - Genetik müayinələr

• KT • Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Endoskopik çıxarema • Cərrahi çıxarma və ya rezeksiya	

Diagnozlaşdırma

- Diaqnozu endoskopiya ilə qoyulur. Mədədə bezorain görünməsi xarakterikdir.

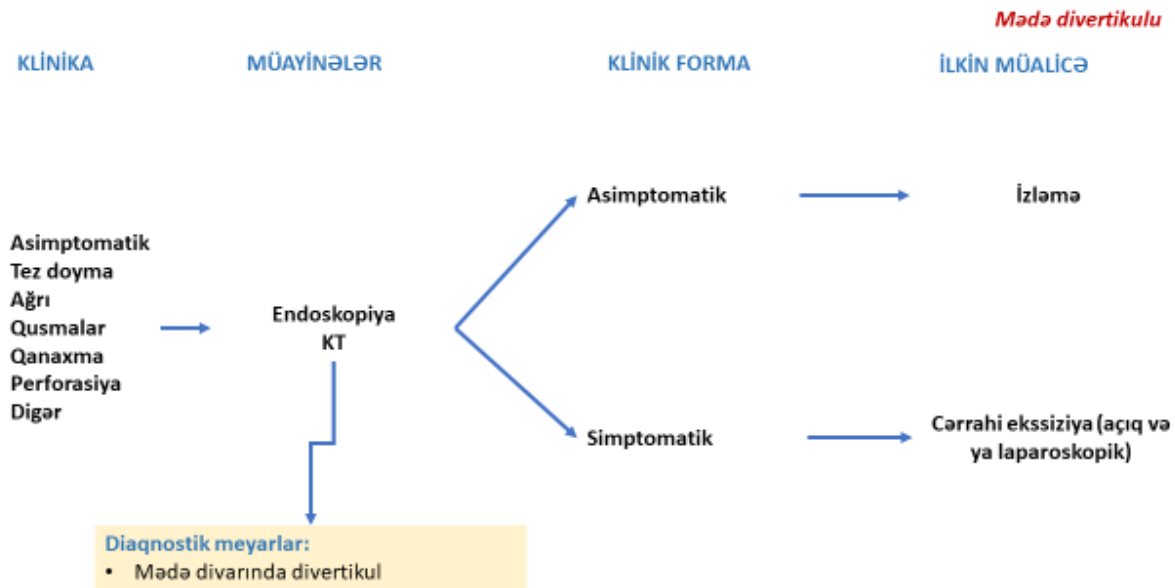
Müalicəsi

- İlk seçim endoskopik parçalama və çıxarmadır.
- Cərrahi müalicə böyük və ağırlaşmış bezoarlarda göstəridir (qanaxma, perforasiya, obstruksiya).

MƏDƏ DİVERTİKULU

Özət

Mədə divarının bütün qatlarının və ya selikli qişasının mənfəzdən kənara qabarmasıdır (yırtığı), çox az hallarda əlamət və ağrılaşma törədirlər. Simptomatik hallarda əməliyyat, asimptomatik hallarda müşahidə edilir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Asimptomatik - Ürəkbulanma və qusma - Anemiya - Melena	- PET-KT - MRT - Genetik müayinələr
Laborator müayinələr <i>Helicobacter pylori</i> testi - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Nəcisdə gizli qan	

Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• İzləmə • Divertikulektomiya	

Diagnostikası

- Endoskopiya və rentgenoloji müayinə ilə dəqiqləşdirilir.
- Rentgen əlamətləri xora ilə səhv salına bilər.

Müalicəsi

- Asimptomatik – izləmə
- Simptomatik – eksiziya

MƏDƏ ƏMƏLİYYATINDAN SONRAKİ AĞIRLAŞMALAR

Özət

Mədə əməliyyatından sonra anastomoz buraxması, duodenal güdül buraxması kimi təcili ağırlaşmalarla rast gəlinə bilər. Xroniki ağırlaşmalar və ya sindromlar **isə üzvi mənşəli** (anastomoz daralması, anastomoz xorası, gətirici ilgək sindromu, aparıcı ilgək sindromu, reflüks-qastrit, öd daşı) və ya **funksional mənşəli** ola bilər (dempinq sindromu, ishal, qastrostaz, qida azlığı).

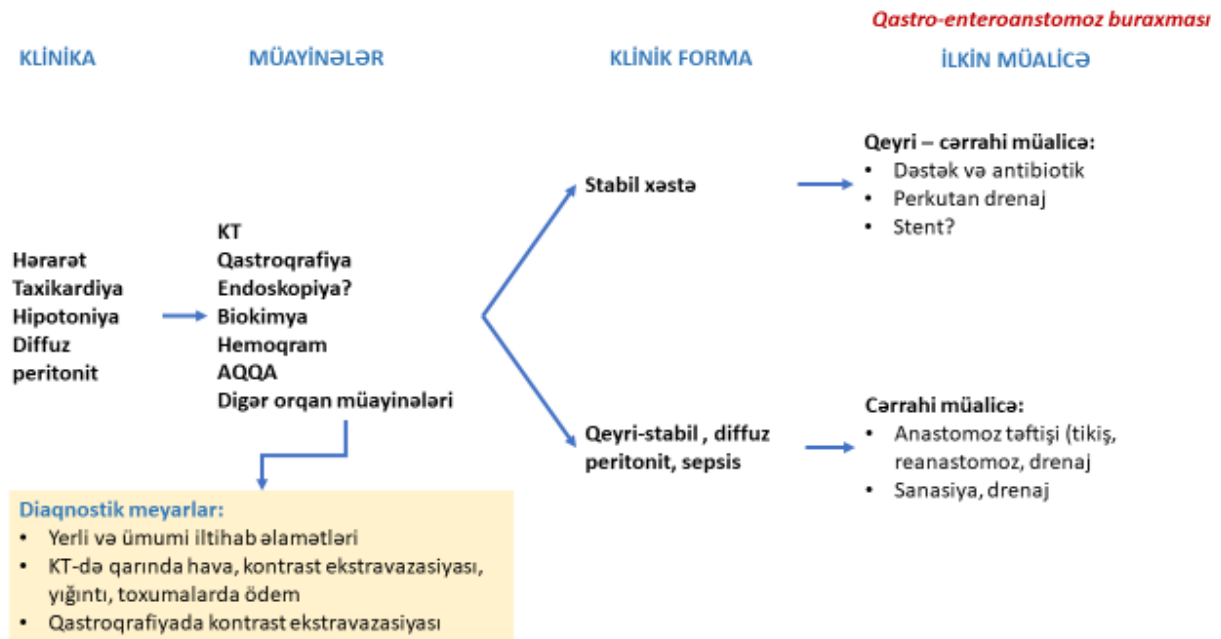
Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Anamnezdə mədə əməliyyatı - Ürəkbulanma və qusma - Anemiya - İshal - Dempinq - Melena - Digər Laborator müayinələr <i>Helicobacter pylori</i> testi - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Elektrolitlər - Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. - Qastrin - Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya - KT - Endoskopik USM - Rentgenoqrafiya - Biopsiya, immunositokimya	- PET-KT - Funksional müayinələr - Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr

• Konservativ müalicələr: parenteral qidalandırma, intensiv müalicə, antibiotiklər, antisekretor və s. • Təkrari əməliyyatlar • Xolesistektomiya	

ANASTOMOZ BURAXMASI

Özət

Anastomoz buraxması gastroenteroanastomoz xəttində və ya rezeksiya xəttində rastlanır, adətən 7-10-cu günlərdə ortaya çıxır. İzah olunmayan hərarət, taxikardiya, hipotoniya ağrı və bəzən də diffuz peritonit əlamətləri ilə təzahür edir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün KT və gastroqrafiya lazım gəlir, ekstravazasiya, qarında hava, yığıntı xarakterik əlamətlərdir. Stabil xəstələrdə konservativ tədbirlər və perkutan drenaj qoyularaq fistulizasiya gözlənilir, stent də əlavə edilə bilər. Diffuz peritonitdə təcili əməliyyat edilir, qarın boşluğu sanasiya və drenaj edilir, buraxmanın qarşısını almaq üçün tədbirlər yerinə yetirilir (təkrari anastomoz, tikiş, stent və s.).



Prof. Dr. NYBey

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Anamnezdə mədə əməliyyatı - Peritonit və sepsis əlamətləri	- PET-KT - Funksional müayinələr - Genetik müayinələr
Laborator müayinələr - Arterial qan qazları analizi (AQQA) - Qanın ümumi analizi - Biokimya	

• Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Dəstək • Antibiotik • Stend • Perkutan drenaj • Əməliyyat	

Diaqnostikasi

- Anastomoz buraxması (qastro-enereoanastomoz, stapler xətti və s.) ədətən əməliyyatdan sonrakı 7-10 günlərdə ortaya çıxır. Hərərət, taxikardiya, hipotoniya, qarında ağrı, bəzən də peritonit əlamətləri ilə biruzə verir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün KT və kontrastlı qastroqrafiya lazım gəlir.
- Buraxmanın diaqnostik əlamətləri:
 - Yerli və ümumi iltihab əlamətləri
 - KT-də qarında hava, kontrast ekstravazasiyası, yığıntı, toxumalarda ödem
 - Qastroqrafiyada kontrast ekstravazasiyası

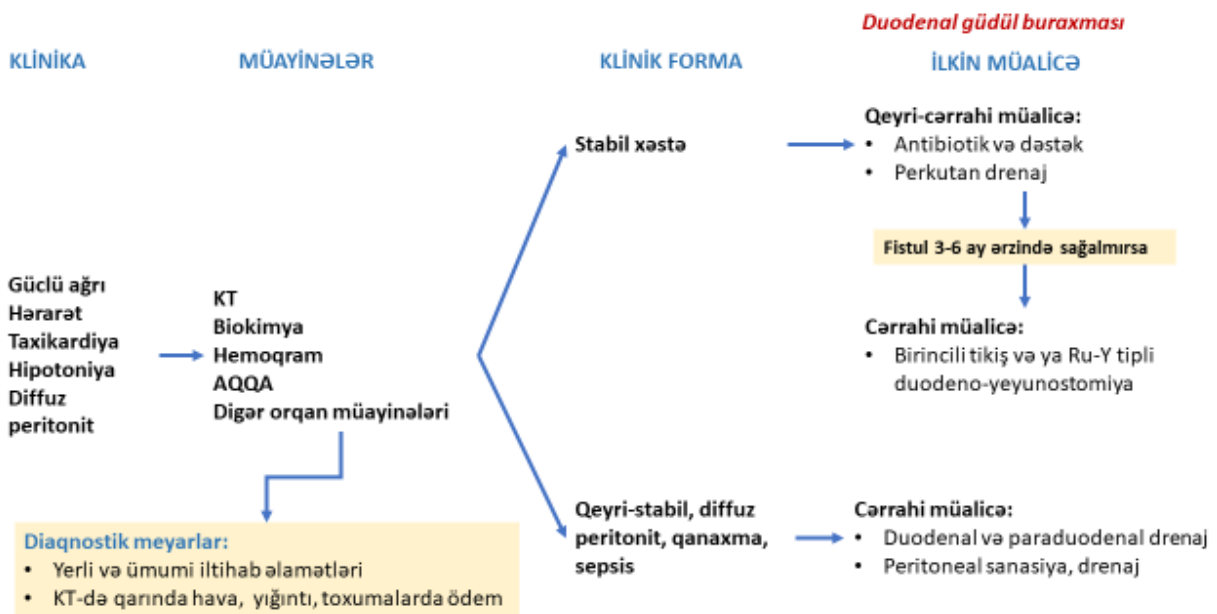
Müalicəsi

- Anastomoz buraxması baş verən hallarda hədəf buraxmanın qarşısını almaq və ya kirlənməni hüdudlandırmaq, ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsidir.
- Xəstə təcili yatırılır, oral qidalandırma kəsilir, infuziya və antibiotik başlanır. Xəstənin vəziyyətinə görə ilkin müalicə yanaşması seçilir.
- Diffuz peritonit və sepsis əlamətləri olanlarda təcili əməliyyat edilərək qarın sanasiya və drenaj edilir, buraxmanın qarşısını almaq üçün anastomoz təftiş edilir (təkrari anastomoz, tikişlər, stent və s.)
- Stabil xəstələrdə konservativ müalicə ilə yanaşı perkutan drenajla yığıntı drenaj edilir, fistulizasiya üçün şərait yaradılır. Əlavə olaraq stent qoyula bilər. Bu üsullara cavab verməyən xəstələrdə əməliyyat tətbiq edilir.

DUODENAL GÜDÜL BURAXMASI

Özət

Duodenal güdül buraxması mədə əməliyyatlarından sonra rastlanır, adətən 5-14-cü günlərdə ortaya çıxır, klinik olaraq anstomoz buraxmasını xatırladır (izah olunmayan hərarət, taxikardiya, hipotoniya ağrı və bəzən də diffuz peritonit əlamətləri), lakin ağrı daha güclü olur. Diaqnozu klinik əlamətlərinə, drenajdan duodenal möhtəviyyət gəlməsinə və KT-də yığıntı əlamətlərinə görə qoyulur. Müalicəsi anastomoz buraxmasında olduğu kimidir - stabil xəstələrdə qeyri-cərrahi müalicələrlə fistulizasiya (perkutan drenaj və dəstək tədbirləri), peritonitdə isə təcili əməliyyat - qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı, möhtəviyyəti kənarlaşdırmaq üçün duodenostomiya və periduodenal drenaj.



Prof. Dr. NYBəy

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Anamnezdə mədə əməliyyatı • Peritonit və sepsis əlamətləri Laborator müayinələr • Arterial qan qazları analizi (AQQA) • Qanın ümumi analizi	• PET-KT • Funksional müayinələr • Genetik müayinələr

• Biokimya • Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Dəstək • Antibiotik • Stend • Perkutan drenaj • Əməliyyat	

Diaqnostikasi

- Duodenal güdül buraxması mədə rezeksiyalarından sonra rast gəlinir (Bilrot, Ru-Y) ədətən əməliyyatdan sonrakı 5-10 günlərdə ortaya çıxır. Hərarət, taxikardiya, hipotoniya, qarında ağrı, bəzən də peritonit əlamətləri ilə biruzə verir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün KT və lazım gəlir.
- Buraxmanın diaqnostik əlamətləri:
 - Yerli və ümumi iltihab əlamətləri
 - KT-də qarında hava, yığıntı, toxumalarda ödem

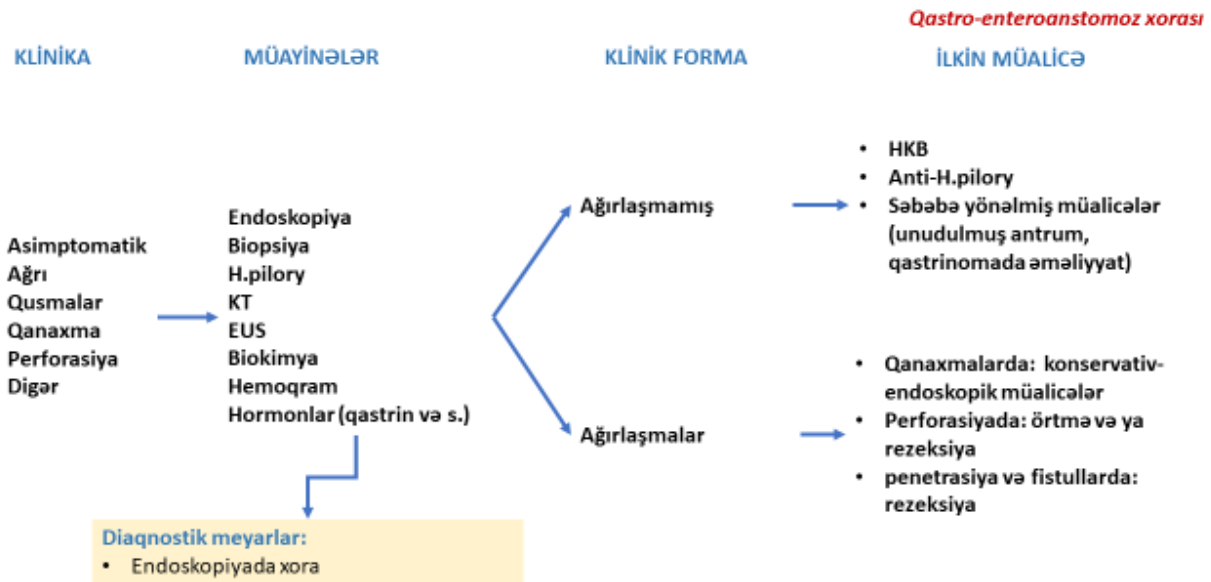
Müalicəsi

- Güdül buraxması baş verən hallarda müalicə prinsipləri xəstəni stabilləşdirmək, kirlənməni hüdudlandırmaq, sepsis və peritonitin profilaktikası və müalicəsidir.
- Xəstə təcili yatırılır, infuziya, antibiotik başlanır, digər dəstək müalicələri verilir. Anastomoz buraxmasında olduğu kimi xəstənin vəziyyətinə görə ilkin müalicə yanaşması seçilir.
- Diffuz peritonit və sepsis əlamətləri olanlarda təcili əməliyyat edilərək qarın sanasiya və drenaj edilir, ekstravazasiyanı hüdudlandırmaq üçün güdülətrafı drenaj və duodenostomiya qoyulur (uc və ya yan duodenostomiya).
- Stabil xəstələrdə konservativ müalicə ilə yanaşı perkutan drenajla yığıntı drenaj edilir, fistulizasiya üçün şərait yaradılır. Fistul 3-6 ay ərzində sağalmırsa, distal obstruksiya yoxlanılır və xəstə əməliyyat edilir. Kiçik defektlərdə tikiş və ya yerli toxumalarla örtmə təbiq edilir, böyük defektlərdə isə Ru-Y ilgəyi ilə duodenoyeyunostomiya qoyulur.

ANASTOMOZ XORASI

Özət

Anastomoz xorası mədə ilə bağırsaqlar arasında qoyulan anastomoz xəttində və ya bağırsaq ilgəyində meydana gələn peptik xoradır, ağırlaşma törətmə ehtimalı yüksəkdir. Asimptomatik, simptomatik (ağrı) və ya ağırlaşma əlamətləri ilə biruzə verə bilər (qanaxma və digər). Diaqnozu endoskopiya ilə dəqiqləşdirilir. Səbəbini təyin etmək üçün KT, qanda qastrin təyini, vaqotomiyanın tamlığını yoxlama və s. testləri aparılır. Müalicəsi üçün üç: xora ələhinə tədbirlər, səbəbin aradan qaldırılması və ağırlaşmalara qarşı tədbirlər həyata keçirilir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart mədə-12bb müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, endoskopiya, USM

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - H.pilory testi - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Elektrolitlər - Qastrin	- PET-KT - Funksional müayinələr - Genetik müayinələr

Görüntüləmə və digər müayinələri	
• Endoskopiya • KT • EUS • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Cərrahi	

Diaqnostikası

- Anastomoz xorasının diaqnozu endoskopiya ilə dəqiqləşdirilir.
- Diaqnostikada ikinci vacib məsələ səbəbin müəyyən edilməsidir. Bu məqsədlə KT, qanda gastrin təyini, vaqotomiyanın tamlığını yoxlama və s. testləri aparılır.
- Diaqnostik əlamətləri:
 - » Asimptomatik, ağrı və ya ağırlaşma əlamətləri
 - » Endoskopiya xora

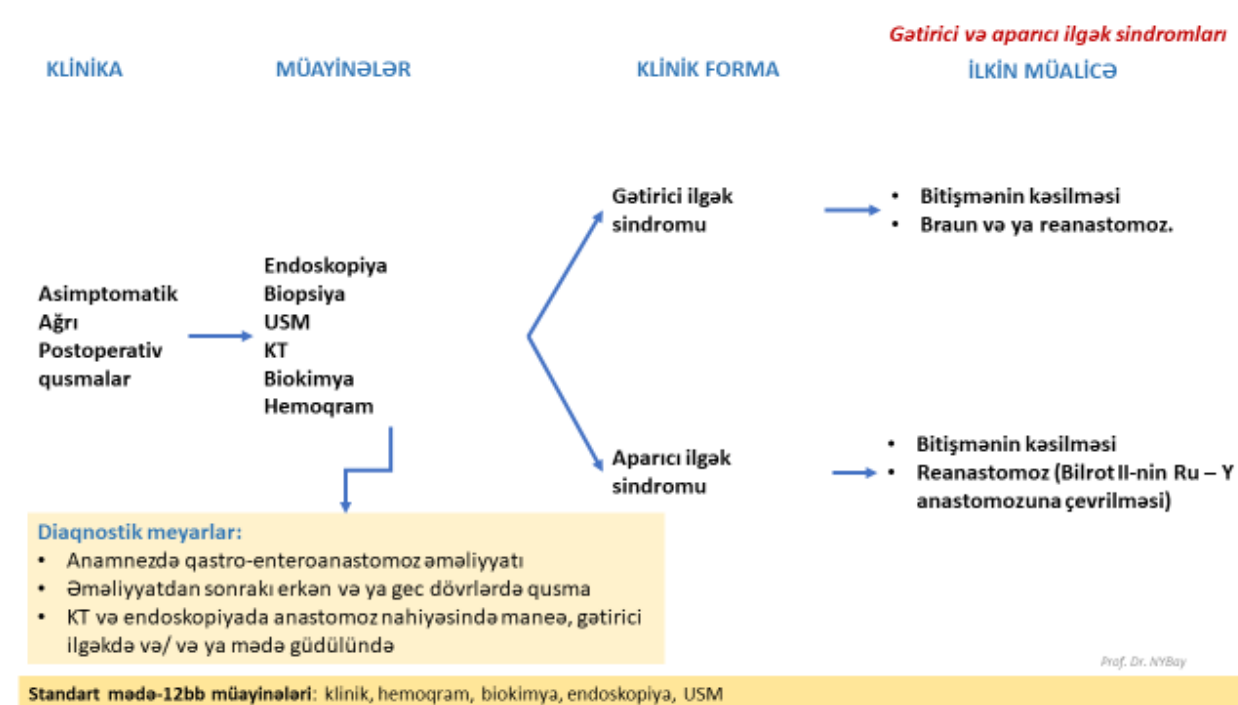
Müalicəsi

- Müalicəsi üçün üç qrup tədbirlər həyata keçirilir:
 - » Xora ələhinə müalicələr
 - » Səbəbin aradan qaldırılması: rezeksiyanın və ya vaqotomiyanın tamamlanması, gastrinomanın və ya antrumun çıxarılması və s.
 - » Ağırlaşmaların müalicəsi:
 - qanaxmalarda konservativ-endoskopik müalicələr
 - perforasiyada örtmə və ya rezeksiya
 - penetrasiya və fistullarda rezeksiya

GƏTİRİCİ VƏ APARICI İLGƏK SİNDROMLARI

Özət

Gətirici və aparıcı ilgək sindromu mədə ilə anastomoz qoyulan ilgəyin gətirici və ya aparıcı qolunda baş verən mexaniki keçməzlikdir, əksər hallarda əlamətlər və ağrılaşmalar törədir. Diaqnozu KT və endoskopiya ilə qoyulur. Gətirici ilgək sindromu üçün 12bb-nin genişlənməsi, aparıcı ilgək sindromu üçün isə mədə güdülünün genişlənməsi xarakterikdir. Hər iki sindromun müalicəsi cərrahidir, bitişmələrin kəsilməsi, anastomozun yenilənməsi, Braun anastomozu (gətirici ilgək sindromunda), Bilrot II-nin Ru – Y anastomozuna çevrilməsi və s. lazım gələ bilər.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Elektrolitlər	- PET-KT - Funksional müayinələr - Genetik müayinələr

Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Dəstək • Antibiotik • Əməliyyat	• Stend

Diaqnostikası

- Diaqnozu KT və endoskopiya ilə qoyulur. Gətirici ilgək sindromu üçün 12bb-nin genişlənməsi, aparıcı ilgək sindromu üçün isə mədə güdülünün genişlənməsi xarakterikdir. Endoskopiya da maneənin yerini təyin etmək mümkün ola bilər.
- **Diaqnostik əlamətləri:**
 - » Anamnezdə gastro-enteroanastomoz əməliyyatı
 - » Əməliyyatdan sonrakı erkən və ya gec dövrlərdə qusma
 - » KT və endoskopiya da anastomoz nahiyəsində maneə

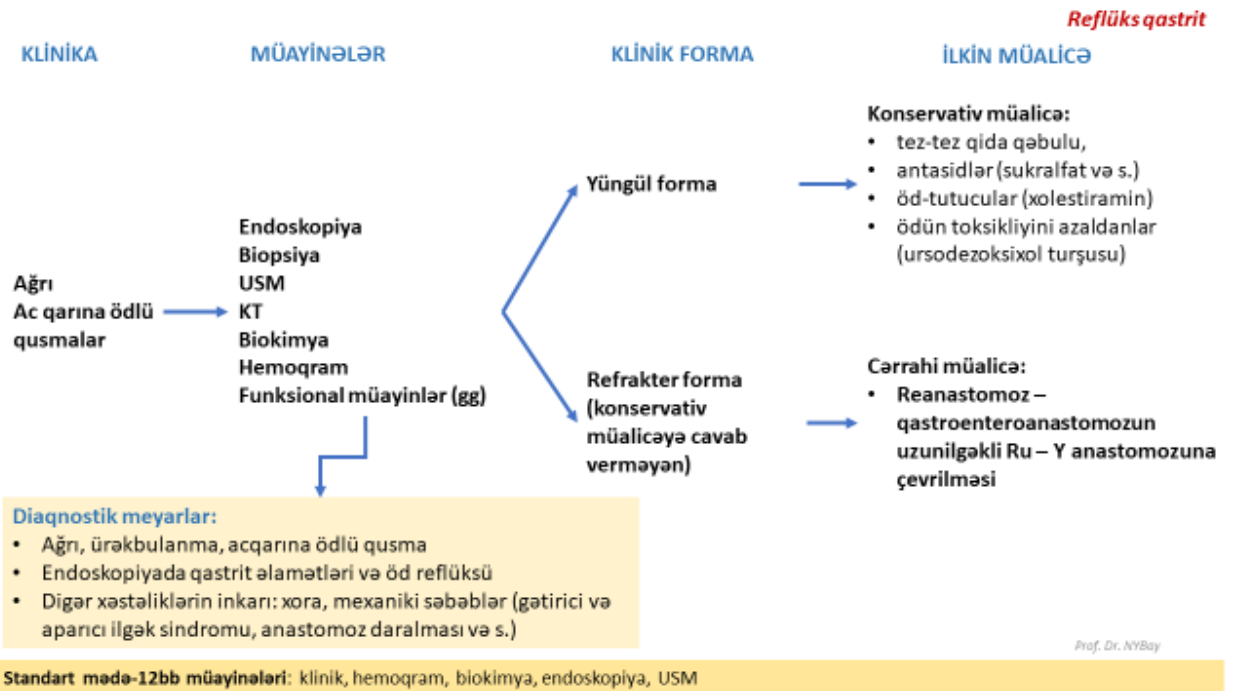
Müalicəsi

- Gətirici və aparıcı ilgək sindromunun müalicəsi cərrahidir və aşağıdakı əməliyyatlar tətbiq edilə bilər:
 - » Bitişmələrin kəsilməsi
 - » Anastomozun yenilənməsi
 - Braun anastomozu (gətirici ilgək sindromunda)
 - Bilrot II-nin Ru – Y anastomozuna çevrilməsi

REFLÜKS QASTRİT

Özət

Reflüks qastrit gastroenteronastomozlardan sonra ödün mədəyə qayıtması nəticəsində baş verən qastritdir, ağrı, qıçırma ilə biruzə verir, əksər hallarda spontan olaraq keçib gedir, az hallarda isə davamlı olur. Diaqnozu endoskopiya ilə qoyulur. Konservativ müalicə əkər hallarda faydalı olur pəhriz, antasidlər, öd tutucular və s.). Konservativ müalicəyə tabe olmayan ağır formalarda cərrahi müalicə göstərilir (Ru – Y tipli anastomoza çevirmək).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Elektrolitlər - H.pilory testləri Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya	- PET-KT - Funksional müayinələr - Genetik müayinələr

• KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Əməliyyat	

Diaqnostika

- Endoskopiya əsas diaqnostik müayinədir. Radioizotop müayinə də istifadə edilə bilər.
- Əsas diaqnostik əlamətləri:
 - Ağrı, ürəkbulanma, acqarına ödlü qusma
 - Endoskopiya qastrit əlamətləri və öd reflüksi
 - Digər xəstəliklərin inkarı: xora, mexaniki səbəblər (gətirici və aparıcı ilgək sindromu, anastomoz daralması və s.)

Müalicəsi

- **Konservativ müalicə** yüngül formalarda faydalı olur: tez-tez qida qəbulu, antasidlər (sukralfat və s.), öd-tutucular (xolestiramin), ödənin toksikliyi azaldanlar (ursodezoksixol turşusu)
- **Cərrahi müalicə** konservativ müalicəyə tabe olmayan ağır formalarda göstəridir. Ən effektiv üsul gastroenteroanastomozu Ru-en-Y tipli (45 – 60 sm) anastomoza çevirməkdir.

ÖD DAŞI

Diaqnostika və müalicəsi

Öd daşı mədə əməliyyatlarından sonra 20 – 30% hallarda rast gəlinir. Əlamətləri, diaqnostikası və müalicəsi standart qaydada aparılır (USM ilə diaqnostika, simptomatikdirsə, laparoskopik xolesistektomiya).

DEMPİNQ SİNDROMU

Özət

Dempinq və ya düşmə sindromu mədə əməliyyatlarından sonra qidaların mədədən bağırsağa sürətlə keçməsi ("düşməsi") nəticəsində meydana gələn, yemək qəbulundan sonra hipovolemiya, hipoqlikemiya və qarın əlamətləri ilə xarakterizə olunan vəziyyətdir. Əksər hallarda spontan keçir, çox az hallarda isə ağır formada davam edir. Diaqnozu əksər hallarda klinik və anamnestik müayinələrə görə qoymaq mümkündür. Digər səbəbləri inkar etmək üçün endoskopiya, funksional və hormonal müayinələr aparıla bilər. Konservativ müalicə əksər hallarda faydalı olur (pəhriz, medikamentoz), konservativ müalicə ilə düzəlməyən ağır formalarda cərrahi müdaxilə lazım gəlir (Ru – Y tipli anastomoz və digər).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Qanın ümumi analizi • Biokimya	• PET-KT • Funksional müayinələr • Genetik müayinələr

• Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Əməliyyat	

Diaqnostikasi

- Diaqnozu əksər hallarda klinik və anamnestik müayinələrə görə qoymaq mümkündür.
- Digər səbəbləri inkar etmək üçün endoskopiya, funksional və hormonal müayinələr aparıla bilər.
- **Diaqnostik əlamətləri:**
 - » Yaxın vaxtlarda mədə əməliyyatı keçirmə
 - » Yemək qəbulundan sonra qarın əlamətləri (sancılar, ürəkbulanma, ishal) və vazomotor əlamətlər (hipotoniya, taxikardiya, təngənəfəslik, gözqarılama və s.)
 - » Digər xəstəliklərin inkarı

Müalicəsi

- **Konservativ müalicə** əksər hallarda faydalı olur və bağırsaq adaptasiyasına şərait yaradır:
 - **pəhriz** – az-az, tez-tez yemək, karbohidratları və duru qidaları kəsmək, bərk, yağlı və ya proteinli qidaların qəbulu, suyu yeməkdən 30 dəq. sonra qəbul etmək
 - **medikamentoz** – oktreotid, xolinoblokatorlar tətbiq edilə bilər.
- **Cərrahi müalicə** nadir hallarda (1 – 2%) göstərişdir: konservativ müalicə ilə düzəlməyən ağır formalar.
 - Ru-en-Y tipli anastomoz ən effektiv üsuldur.
 - Anastomozu kəçiltmə və antiperistaltik bağırsaq ilgəyi də tətbiq edilə bilər.

POSTQASTROREZEKSİYON İSHAL

Özət

İshal mədə əməliyyatlarından sonra meydana gələn epizodik və sulu defekasiya ilə xarakterizə olunan vəziyyətdir, əksər hallarda spontan və ya konservativ müalicələrlə keçib gedir. Diaqnozunu klinik olaraq qoymaq olur, lakin dəqiqləşdirmək üçün digər səbəbləri inkar etmək lazımdır (sekretor, osmotik, iltihabi və hipermotorika). Əksər hallarda konservativ tədbirlərlə aradan qalxır, əməliyyat nadir hallarda gərəkir (antiperistaltik ilgək, Ru – Y tipli gastroenteroanastomoz və s.).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Elektrolitlər • H.pilory testi • Nəcis analizi • Kültür	• PET-KT • Funksional müayinələr • Genetik müayinələr

Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Əməliyyat	• Stend

Diaqnostikası

- Klinik olaraq diaqnoz qoymaq mümkündür, lakin qısa müddətdə təkrarlanan və uzun müddət davam edən ishallarda digər xəstəliklərlə **differensiasiya** etmək lazımdır:
 - sekretor ishal (aclıqda olur, duru xarakterlidir)
 - osmotik ishal (osmotik aktiv maddələrin qəbulundan sonra baş verir)
 - iltihabi ishal (bağırsağın iltihabi xəstəliklərində)
 - hipermotorika (prokinetiklərin təsiri)
- **Diaqnostik əlamətləri:**
 - Mədə əməliyyatlarından sonra meydana gələn epizodik ishal
 - Digər ishalların inkarı (sekretor, osmotik, iltihabi və hipermotorika)

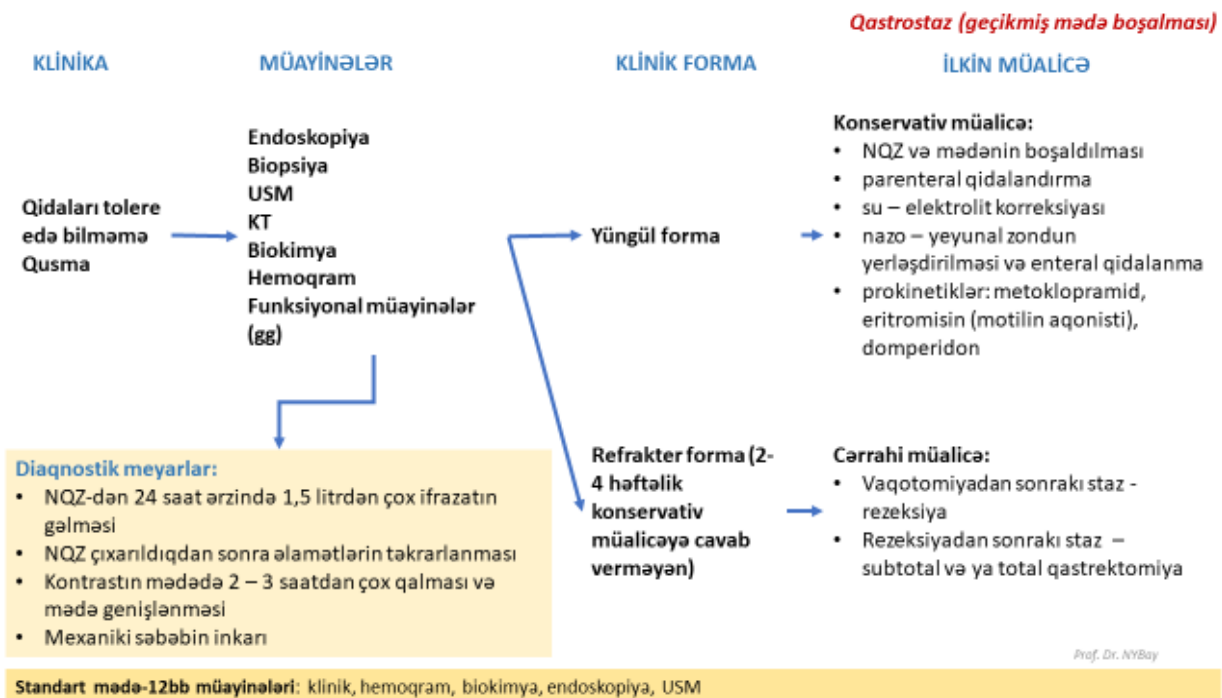
Müalicəsi

- **Konservativ müalicə** əksər hallarda effektiv olur: pəhriz, hipokinetik dərmanlar (loperamid, somatostatin və s.)
- **Cərrahi müalicə** nadir hallarda gərəkir – konservativ müalicəyə tabe olmayan hallar. Vaqotomiya olunanlarda rezeksiya, Bilrot rezeksiyalarından sonra antiperistaltik ilgak və ya Ru – Y tipli gastroenteroanastomoz istifadə edilə bilər.

MƏDƏ DURĞUNLUĞU (QASTROSTAZ, ATONIYA)

Özət

Qastrostaz evakuasiyanın pozulması nəticəsində baş verən mədə durğunluğudur. Xarakterik əlaməti mədənin öz sekresiyasını və ya az miqdarda qidaları evakuasiya edə bilməməsidir (nazoqasttral zondan gün ərzində 1,5 litrdən çox ifrazat, zond çıxarıldıqda sonra təkrarlanması, kontrastın mədədə 2 – 3 saatdan çox qalması, mədə genişlənməsi). Səbəbini dəqiqləşdirmək üçün endoskopiya və kontrastlı KT edilir. Mexaniki durğunluğun müalicəsi əsasən cərrahi yolla, funksional qastrostazların müalicəsi isə əsasən konservativdir, cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Qanın ümumi analizi • Biokimya	• PET-KT • Funksional müayinələr • Genetik müayinələr

• Elektrolitlər • H.pilory testi • Nəcis analizi • Kültür Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Rentgenoqrafiya • Biopsiya,	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Əməliyyat	• Stend

Diaqnostikası

- Diaqnostikasında əsas məsələlər gastrostazın olub – olmasını və səbəbini dəqiqləşdirməkdir.
- Qastrostaz üçün xarakterik diaqnostik əlamət mədənin öz sekresiyasını və ya az miqdarda qidaları evakuasiya edə bilməməsidir.
- Mədə durğunluğunun **diaqnostik əlamətləri**:
 - Nazoqastral zond 24 saat ərzində 1,5 litrdən çox ifrazatın gəlməsi
 - Nazoqastral zond çıxarıldıqdan sonra əlamətlərin təkrarlanması (12 – 24 saat ac saxladıqda və ya yüngül yeməklərdən sonra)
 - Kontrastlı müayinələrdə kontrastın mədədə 2 – 3 saatdan çox qalması və mədə genişlənməsi
- **Səbəbini dəqiqləşdirmək** üçün endoskopiya və kontrastlı KT edilir. İlk növbədə obstruktiv səbəblər təsdiq və ya inkar edilməlidir. Mexaniki səbəb tapılmayan hallarda əlavə funksional müayinələr edilə bilər.

Müalicəsi

- **Mexaniki** gastrostazların müalicəsi əsasən cərrahi yollaadır.
- **Funksional** gastrostazların müalicəsi əsasən konservativdir, cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.
 - **Konservativ** müalicə aşağıdakılardan ibarətdir:
 - Nazoqastral zond qoyulması və mədənin boşaldılması

- parenteral qidalandırma
 - su – elektrolit balansının korreksiyası
 - nazo – yeyunal zondun yerləşdirilməsi və enteral qidalanmanın təşkili
 - prokinetiklər: metoklopramid, eritromisin (motilin aqonisti), domperidon
- **Cərrahi müalicə**, 2 – 4 həftəlik konservativ müalicəyə cavab verməyən qastrostazlarda göstərişdir:
 - Vaqotomiya olunmuş xəstələrdə – mədə rezeksiyası yerinə yetirilir.
 - Mədə rezeksiyası olunmuş xəstələrdə – subtotal və ya total mədə rezeksiyası edilir.

QIDA AZLIĞI

Qida azlığı daha çox vitamin B12, D və dəmir əksikliyi şəklində rast gəlinir. Diaqnozu qandakı səviyyələrinə görə müəyyənləşdirilir və əvəzedici tədbirlərlə aradan qalxır

Vitamin B12 defisiti

- B12 vitamini mədənin distal hissəsindən ifraz olunan daxili Kassel faktoru ilə birləşdikdən sonra qalça bağırsaqlardan sorulur. Ona görə də distal mədə rezeksiyalarından sonra bu vitaminin sorulması azalır və B12 defisiti baş verir.
- Klinik olaraq B12 vitamin defisiti əməliyyatdan sonrakı 1 – 5 il ərzində anemiya və neyropatiya ilə özünü göstərir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün qanda B12 təyini lazım gəlir.
- Profilaktika və müalicəsi üçün rezeksiyalardan sonra parenteral olaraq B12 vitamini verilməlidir.

Dəmir defisiti

- Dəmir və digər mikroelementlərin əksəriyyəti 12bb-dən sorulur. Ona görə də duodenumun kənarlaşdırılması ilə nəticələnən əməliyyatlar (Bilrot II, Ru – Y mədə yanyolu, duodenal yankeçmə və s.) dəmir sorulmasında ciddi azalmaya səbəb olur.
- Dəmir defisiti əsasən anemiya ilə biruzə verir.
- Qanda dəmirin və transferrin saturasiyasının azalması diaqnozu dəqiqləşdirir.
- Profilaktika və müalicəsi üçün dəmir preparatları verilir.

Vitamin D və digər defisitlər

- Əksər vitaminlər və minerallar kimi vitamin D də 12bb və nazik bağırsaqlardan sorulduğu üçün bu bağırsaqların kənarlaşdırılması əməliyyatları vitamin və mineral defisitinə səbəb ola bilər.
- Ona görə də bu tip əməliyyatlardan sonra vaxtaşırı vitamin və mineral səviyyəsini yoxlamaq və profilaktik olaraq qidalara bu maddələri əlavə etmək lazım gəlir.

Ədəbiyyat

(9),(10),(11),(12),(13),(14),(15),(16),(1)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

ONİKİBARMAQ BAĞIRSAQ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dos. Babək Zeynalov Dr. Xatirə Şirinova	Dos. Şahin Hüseynov Tibb ü.f.d. Aydın Əliyev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKƏR

- Divertikul
- Törəmələr
- Periampulyar törəmələr
- Yuxarı mezenterik arteriya sindromu

MÜAYİNƏLƏR

Klinik müayinələr	• Ağrı • Ürəkbulanma • Köp • Qusma • İshal • Qaz və nəcisin çıxmaması • Melena • Kütlə əllənməsi
Laborator müayinələr	• Anticisimlər (Çoliak xəstəliyi) • Absorbasiya testləri (Shilling testi, D-ksiloza testi və s.) • Möhtəviyyətin kulturu

	• Onkomarkerlər • Digər
Görüntüləmə və digər müayinələri	• USM • Rentgenoloji • KT • MRT • Endoskopiya • Endoskopik USM • Laparoskopiya • Biopsiya

MÜALİCƏLƏR

Onikibarmaq bağırsaqda icra olunan cərrahi əməliyyatlar

- Rezeksiya
- Perforasiya dəliyinin və travmatik yaraların tikilməsi
- Panbkreatoduodenal rezeksiya
- Duodeno-yeyunostomiya
- Endoskopik müalicələr

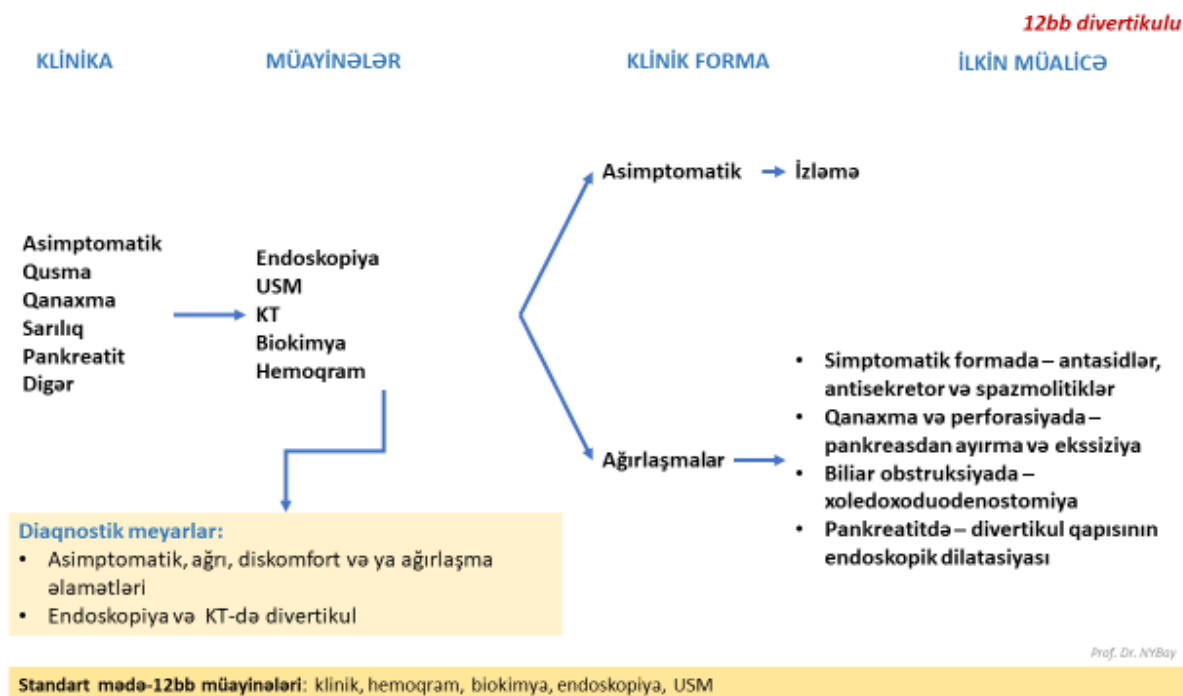
Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

- Qanaxma
- Anastomoz tutarsızlığı
- Strikturn(lar)
- Fistul(lar)

ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN DİVERTİKULU

Özət

12bb divertikulu bağırsaq divarının kənara qabarmasıdır (yırtığıdır), çox az hallarda əlamət və ağrılaşma (qanaxma, perforasiya, daş, pankreatit və s.) törədir, diaqnozu endoskopiya və kontrastlı müayinələrlə dəqiqləşdirilir, asimptomatik formada izləmə, simptomatik formada konservativ, ağrılaşmalarda isə cərrahi və ya endoskopik müdaxilə lazım gəlir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s.	• Kontrastlı rentgen • PET-KT • MRT • İntraduktal USM • Genetik müayinələr

- Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələr - Endoskopiya - KT - Rentgen - Endoskopik USM - Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Konservativ müalicələr - Endoskopik və ya cərrahi ekssiziyalar - PDR - Qastroenteroanastomoz - Duodeno-yeyunoastomoz - Bilio-digestiv anastomoz - ERXPQ	- Endoskopik stent - Perkutan transhepatik stent

Diaqnostika

Diaqnozu endoskopiya və kontrastlı müayinələrlə dəqiqləşdirilir (rentgen, KT). Ağırlaşmaları klinik və endoskopik üsullarla müəyyən edilir.

Müalicəsi

12bb divertikullarında müalicə yanaşması ümumi prinsipə əsaslanır – asimptomatik olduqda izləmə, simptomatikdirsə müalicə:

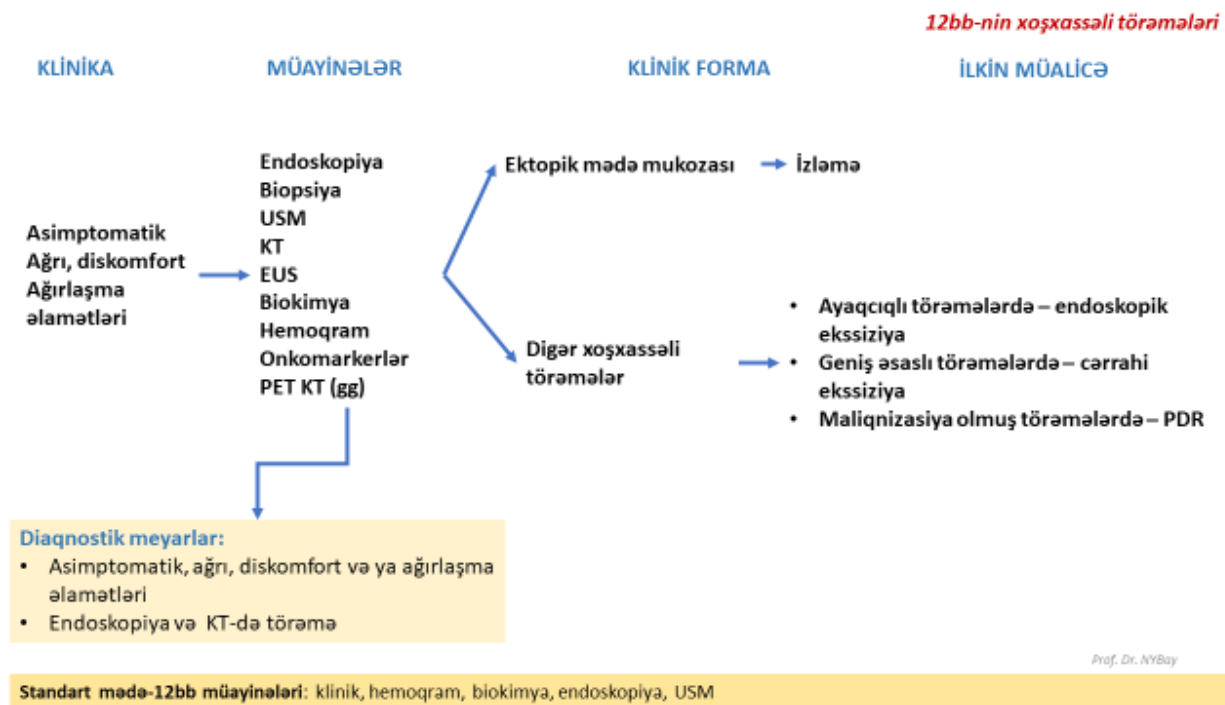
- Asimptomatik formada – izləmə
- Simptomatik formada – antasidlər, antisekretor və spazmolitiklər
- Qanaxma və perforasiyada – pankreasdan ayırma və ekssiziya
- Biliar obstruksiya – xoledoxo – duodenostomiya
- Pankreatit – divertikul qapısının endoskopik dilatasiyası

ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XOŞXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

12bb-nin birincili xoş- və bədxassəli törəmələri az rast gəlinir, əksər hallarda böyüməyə və ağırlaşmalara meyillidirlər. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Ektopik mədə mukozası istisna olmaqla bütün duodenal törəmələr çıxarılmalıdır. Qeyri – rezektabel törəmələrdə palliativ əməliyyatlar və şüa müalicəsi edilə bilər.

Adenomalarda endoskopik və ya lokal ekssiziya, pankreato-duodenal rezeksiya (PDR) edilə bilər.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s.	• Kontrastlı rentgen • PET-KT • MRT • İntraduktal USM • Genetik müayinələr

- Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri - Endoskopiya - KT - Endoskopik USM - Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Endoskopik və ya cərrahi ekssiziya - PDR - Qastroenteroanastomoz - Duodeno-yeyunoastomoz - Bilio-digestiv anastomoz	- Endoskopik stent - Perkutan transhepatik stent

Diaqnostika

Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir.

Törəmənin ölçüsünü təyin etmək üçün KT və endoskopik USM lazım gəlir.

Müalicəsi

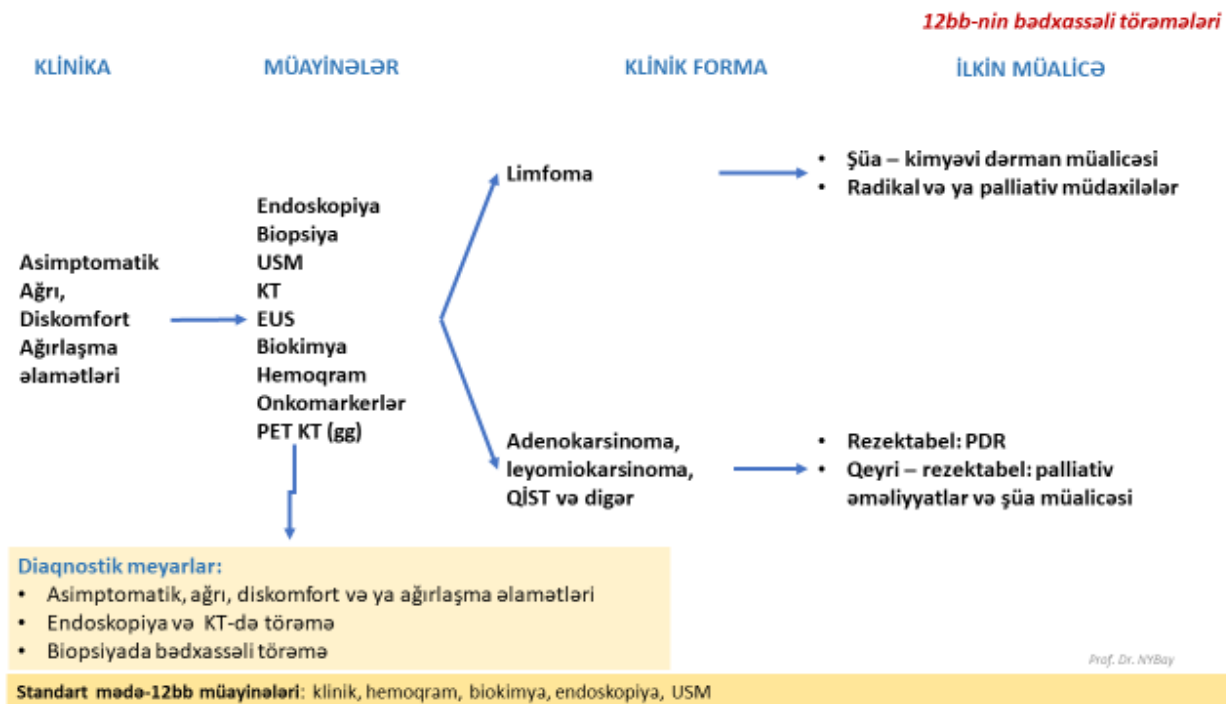
Ektopik mədə mukozası istisna olmaqla bütün duodenal törəmələr çıxarılmalıdır.

- Ayaqcıqlı törəmələrdə – endoskopik ekssiziya
- Geniş əsaslı törəmələrdə – cərrahi ekssiziya
- Maliqnizasiya olmuş törəmələrdə – pankreato – duodenal rezeksiya

ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN ADENOKARSİNOMASI

Özət

12bb-nin birincili bədxassəli törəmələri az rast gəlinir, əksər hallarda böyüməyə və ağırlaşmalara meyllidirlər. Diaqnozu endoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. **Adenokarsinomalarda** rezektabel hallarda PDR, qeyri-rezektabel hallarda isə palliativ müalicələr edilir. Erkən mərhələdəki 6 mm-dən kiçik törəmələrdə lokal ekssiziya edilə bilər.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr <i>Helicobacter pylori</i> testi - Qanın ümumi analizi - Biokimya - Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. - Nəcisdə gizli qan	- Kontrastlı rentgen - PET-KT - MRT - İntraduktal USM - Genetik müayinələr

Görüntüləmə və digər müayinələri	
• Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Endoskopik və ya cərrahi ekssiziyalar • PDR • Qastroenteroanastomoz • Duodeno-yeyunoastomoz • Bilio-digestiv anastomoz • Kimyaterapiya, radioterapiya	• Endoskopik stent • Perkutan transhepatik stent

Diaqnostika

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün endoskopiya və biopsiya edilir.

Mərhələnin təyini üçün endoskopik USM və KT edilir, göstərişə görə PET-KT aparılır.

Müalicəsi

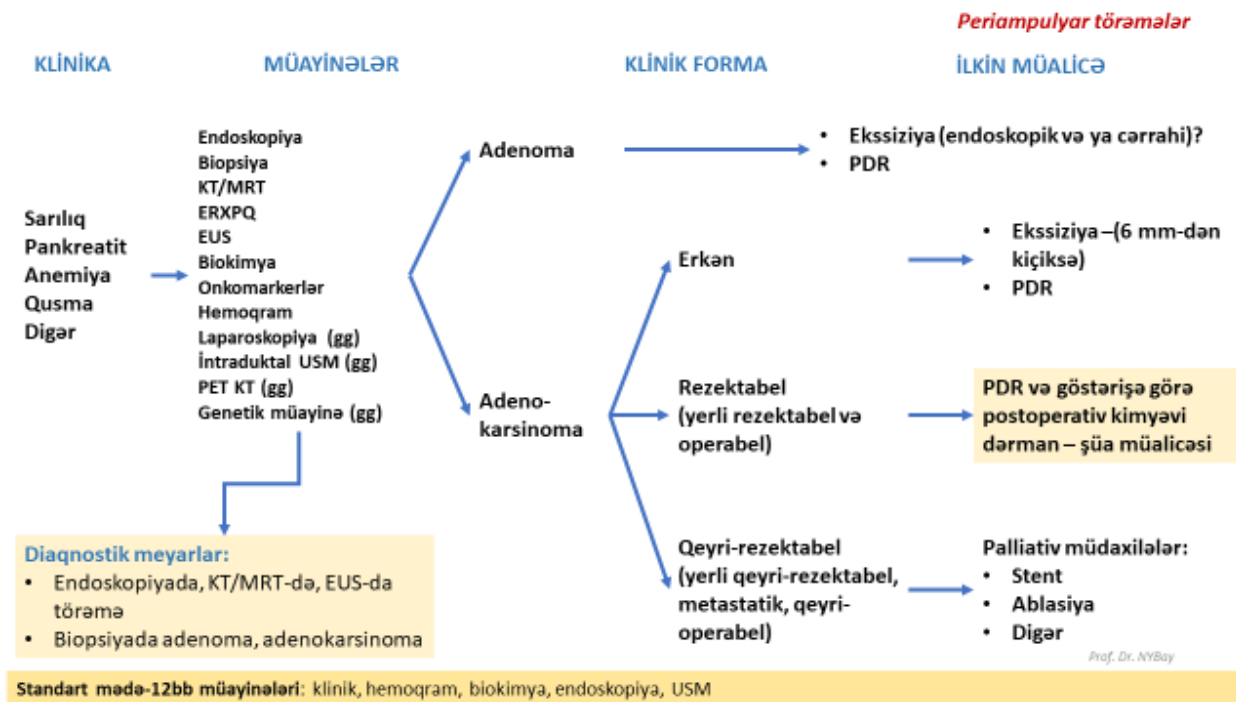
Törəmənin histoloji növünə və yayılma dərəcəsinə görə seçilir:

- **Adenokarsinoma və leyomiosarkomalarda:**
 - » rezektabel mərhələdə – pankreatoduodenal rezeksiya
 - » qeyri – rezektabel mərhələdə – palliativ əməliyyatlar və şüa müalicəsi
- **Limfomada** radio- və kimyəvi müalicə, göstərişə radikal və ya palliativ müdaxilələr

PERİAMPULYAR TÖRƏMƏLƏR

Özət

Periampulyar törəmələr papilla Vaterdən və ətrafındakı toxumalardan (distal xoledox, pankreas, duodenum) inkişaf edən törəmələrə verilən ümumi addır, adətən sarılıqla biruzə verirlər, əksəriyyəti bədxassəlidir, az qismini xoşxassəli və maliqnezasiya potensialı olan adenomalar təşkil edir (5-10%). Bu törəmələr nadir hallarda erkən mərhələlərdə tapılır, əksəriyyəti ağırlaşma törətdikdə tapılır: sarılıq, zəif qanaxma və anemiya, kəskin pankreatit, böyük törəmələrdə duodenal obstruksiya. Törəmənin olub-olmadığını dəqiqləşdirmək üçün transabdominal USM az həssasdır, KT/MRT, duodenoskopiya, ERXPQ və EUS, bəzən də intraduktal USM lazım gəlir. Biopsiyanın adenoma və adenokarsinomanın differensiasiyasında həssaslığı 50% civarındadır, ona görə də biopsiyada adenoma gələrsə, xərçəng istisna edilmir. Əməliyyatın müayinələrə törəmənin hansı anatomik strukturdan inkişaf etdiyini əksər hallarda təyin etmək mümkün olmur. Periampulyar törəmələrdə əsas müalicə prinsipi radikal çıxarmadan ibarətdir və bu məqsədlə endoskopik rezeksiya, lokal cərrahi ekssiziya və pankreato-duodenal rezeksiya tətbiq edilir. Bilio-pankreatik və duodenal adenokarsinomlarla müqayisədə papilla Vater mənşəli adenokarsinomaların proqnozu daha yaxşıdır.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya • Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya, immunositokimya	• Kontrastlı rentgen • PET-KT • MRT • İntraduktal USM • Genetik müayinələr • Laparokopiya
Standart müalicələr • Endoskopik və ya cərrahi ekssiziyalar • PDR • Qastroenteroanastomoz • Duodeno-yeyunoastomoz • Bilio-digestiv anastomoz • Kimyaterapiya, radioterapiya	Göstərişə görə müalicələr • Endoskopik stent • Perkutan transhepatik stent

Diaqnostikası

Şübhə

- Mexaniki sarılıqda, xroniki anemiyalarda, təkrarlanan kəskin pankreatitlərdə və duodenal keçməzliklərdə periampulyar törəmələrdən şübhələnmək lazımdır. Növbəti diaqnostik məsələlər törəmənin olub-olmadığını, bəd- və ya xoşxassəliliyini və mərhələsini məyyənləşdirməkdir.

Dəqiqləşdirmə

- Törəməninə olub-olmadığını dəqiqləşdirmək üçün trasnabdominal USM az həssasdır, KT/MRT, ERXPQ və EUS, bəzən də intraduktal USM lazım gəlir. KT/MRT 0.5-1 sm-dən böyük

törəmələri göstərə bilər. Duodenoskopiya ən vacib müayinədir, həm törəmənin görünməsinə, həm də biopsiyaya, həm də lazım gəldikdə stent qoyulmasına şərait yaradır. EUS törəmənin olub-olmadığını və yerini təyin etmək üçün ən həssas müayinədir, lakin xarakterini təyin etməkdə çətinlik törədir. İntraduktal USM divara invaziya dərəcəsinin təyini üçün istifadə edilir, erkən mərhələ törəməni müəyyənləşdirmək, xüsusən də lokal ekssiziya planlaşdırılan formalarda faydalıdır.

- ***Diagnostik əlamətləri:***

- Sarılıq, pankreatit, anemiya və ya təsadüfi müayinədə tapılır
 - Görüntülmədə törəmə (endoskopiya, KT/MRT, EUS)
- Periampulyar törəmə tapıldıqdan sonra ən vacib ikinci məsələ bəd- və ya xoşxassəli olduğunu təyin etməkdir. Bu məqsədlə endoskopik və ya EUS altında aspirasyon biopsiya vacib müayinədir, lakin adenoma və adenokarsinomanın differensiasiyasında həssaslığı 50% civarındadır. Ona görə də biopsiyada adenokarsinoma gələrsə təsdiqləyir, adenoma gələrsə xərçəngi istisna etmir. Adenomaların maliqnezasiya ehtimalını və biopsiyanın yalançı neqativ ehtimalının yüksək olduğunu nəzərə alaraq adenomaların da radikal yolla çıxarılması tövsiyə edilir. Qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyatın müayinələrə törəmənin hansı anatomik strukturdan inkişaf etdiyini əksər hallarda təyin etmək mümkün olmur.
- Mərhələnin təyini üçün KT/MRT, EUS, intraduktal USM və gərəkərsə PET-KT edilə bilər.

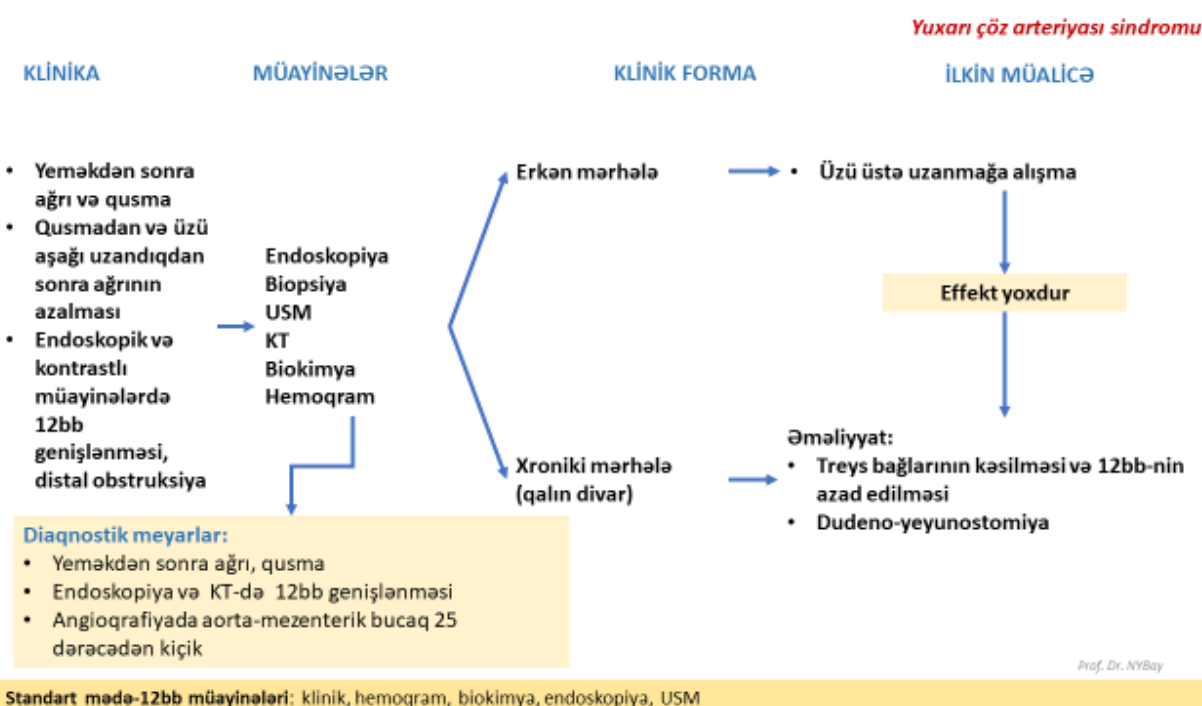
Müalicəsi

- Periampulyar törəmələrdə əsas müalicə prinsipi radikal çıxarmadan ibarətdir və bu məqsədlə endoskopik rezeksiya, lokal cərrahi ekssiziya və pankreato-duodenal rezeksiya tətbiq edilir. Müalicə seçimində histoloji tipi və mərhələsi nəzərə alınır.
- **Adenomalarda** ilk seçim endoskopik və ya lokal ekssiziya olsa da, preoperativ biopsiya ilə adenokarsinomalardan differensiasiya çətinliyini nəzərə alaraq radikal əməliyyat – pankreato-duodenal rezeksiya tövsiyə edilir.
- **Adenokarsinomalarda** müalicə seçimində klinik mərhələsi nəzərə alınır.
- **Erkən mərhələdə** (qeyri-invaziv Tins) ölçüsü 6 mm-dən kiçik törəmələrdə endoskopik rezeksiya tətbiq edilə bilər. Lakin erkən mərhələ kimi qəbul edilən xəstələrin əksəriyyətində patohistoloji müayinələrdə invaziya görünür və radikal əməliyyat lazım gəlir.
- **Rezektabel mərhələdə** pankreato-duodenal rezeksiya və limfadiseksiya ilk seçimdir. Postoperativ dövrdə mənşəyinə və limfatik yayılmalarına görə kimyəvi dərman-şüa müalicəsi tətbiq edilir.
- **Qeyri-rezektabel mərhələdə** (ətraf damarlara geniş invaziya, metastazlar, qeyri-operabel xəstə) palliativ tədbirlər müalicələr tətbiq edilir: biliar stent, pankreatik stent, lazer ablasiyası, fotodinamik ablasiya, endoskopik ekssiziya və s.

YUXARI ÇÖZ ARTERİYASI SİNDROMU

Özet

Yuxarı çöz arteriyası sindromu onikibarmaq bağırsağın 3-cü hissəsinin yuxarı çöz arteriyası ilə aorta arasında sıxılması nəticəsində meydana gələn duodenal keçməzlikdir (mexaniki duodenostaz). Yeməkdən sonra ağrı və qusma əlamətləri ilə biruzə verir. Diaqnostikası üçün endoskopiya, kontrastlı müayinə və KT angiografiya aparılır, üzü aşağı uzandıqda ağrının azalması, duodenal genişlənmə, törəmənin olmaması və arterio – aortal bucağın 25 dərəcədən kiçik olması xarakterik əlamətlərdir. Müalicəsi əksər hallarda cərrahi yollaadır (Treys bağlarının kəsilməsi, duodenoyeyunostomiya).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr	• Kontrastlı angiqrafiya • PET-KT • MRT • İntraduktal USM • Genetik müayinələr
Laborator müayinələr • <i>Helicobacter pylori</i> testi • Qanın ümumi analizi • Biokimya	

• Onkomarkerlər – CEA, CA-19-9, CA-74-2 və s. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • KT • Endoskopik USM • Biopsiya, immunositokimya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Treytz bağının kəsilməsi • Duodeno-yeyunoastomoz	• Endoskopik stent • PDR • Qastroenteroanastomoz

Diaqnostika

Şübhə

Aşağıdakı əlamətləri olanlarda yuxarı çöz arteriyası sindromundan şübhələnmək lazımdır:

- Yeməkdən sonra ağrısı, qusması olanlarda
- Qusmadan və üzü aşağı uzandıqdan sonra ağrısı azalanlarda
- Endoskopik və kontrastlı müayinələrdə 12bb genişlənməsi, diffuz divar qalınlaşması və distal obstruksiya

Dəqiqləşdirmə

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün angioqrafiya (KT – angioqrafiya ilk seçimdir) və tomoqrafiya aparılır, digər mexaniki duodenastazlardan differensiasiya edilir və bucaq ölçülür: arterio – aortal bucağın 25 dərəcədən kiçik olması diaqnozu təsdiqləyir.

Müalicə

Erkən mərhələdə konservativ tədbirlər (üzü üstə vəziyyətə alışma) bəzən faydalı olur.

Xroniki mərhələdə (qalın divar) əməliyyat mütləqdir:

- » Treys bağlarının kəsilməsi və 12bb-nin azad edilməsi və ya
- » Dudenoyeyunostomiya

Ədəbiyyat

(1), (17),(18),(19),(20),(21),(22)



BCK | BİRİNCİ
CƏRRAHİYYƏ
KOLLEKTİVİ

NAZİK BAĞIRSAQ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dos. Babək Zeynalov Dr. Xatirə Şirinova	Dos. Şahin Hüseynov Tibb ü.f.d. Aydın Əliyev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKƏR

- Qısa bağırsaq sindromu
- Kəskin nazik bağırsaq keçməzliyi
- Kor ilgək sindromu
- Mekkel divertikulu
- Kron (CROHN) xəstəliyi
- Nazik bağırsağın işemik xəstəlikləri
- Nazik bağırsağın törəmələri
- Nazik bağırsağın fistulları

MÜAYİNƏLƏR

Klinik müayinələr	
	• Ağrı • Ürəkbulanma • Köp • Qusma • İshal • Qaz və nəcisin çıxmaması • Melena

	• Kütlə əllənməsi
Laborator müayinələr	• Genetik (Crohn xəstəliyi) • Anticisimlər (Çoliak xəstəliyi) • Absorbasiya testləri (Shilling testi, D-ksiloza testi və s.) • Möhtəviyyətin kultürü • Digər
Görüntüləmə və digər müayinələri	• USM • Rentgenoloji • KT • MRT • Endoskopiya – intestinoskopiya, tək və ikibalonlu enteroskopiya, kapsul endoskopiya • Laparoskopiya • Biopsiya

MÜALİCƏLƏR

Nazik bağırsaqda icra olunan cərrahi əməliyyatlar

- Rezeksiya
- Perforasiya dəliyi və travmatik yaraların tikilməsi
- İleostoma
- Peksiyalar
- Transpozisiyalar
- Transplantasiya

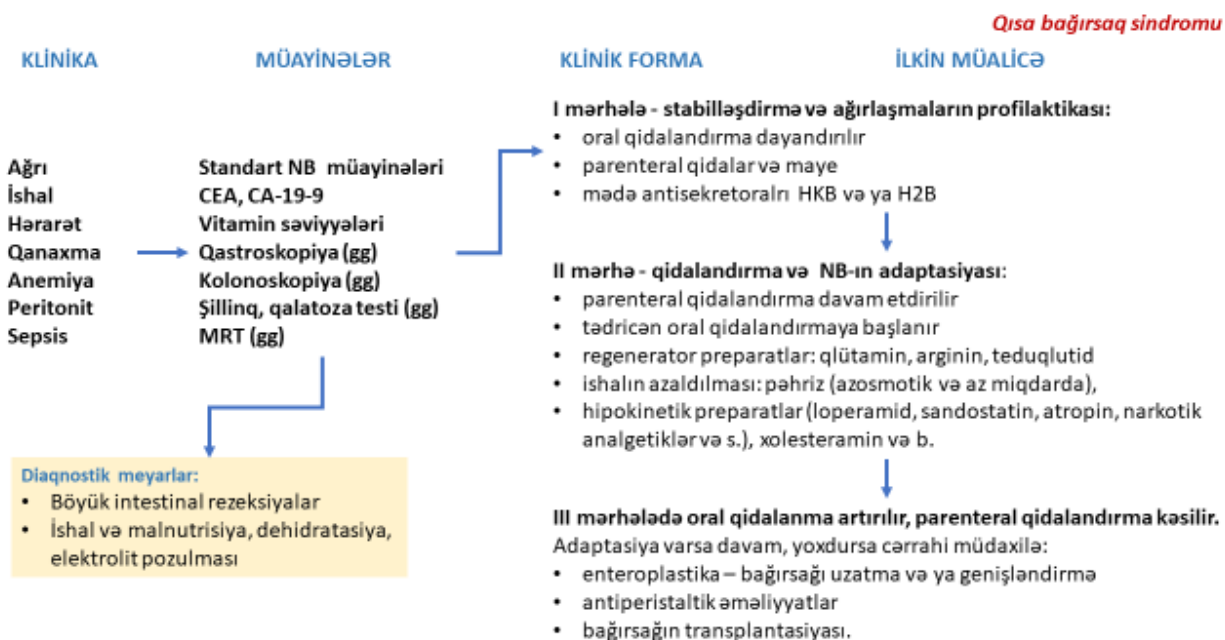
Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

- Qanaxma
- Anastomoz tutarsızlığı
- Striktur(lar)
- Fistul(lar)
- Qısa bağırsaq sindromu
- Bitişmə xəstəliyi və bağırsaq keçməzliyi

QISA BAĞIRSAQ SİNDROMU

Özət

Qısa bağırsaq sindromu bağırsağın geniş rezeksiyalarından sonra meydana gələn ağır dərəcəli malabsorbsiyadır (sorulma yetməzliyidir), adətən rezeksiyadan sonra 100-120 sm-dən az nazik bağırsaq qaldıqda meydana çıxır. Xəstəlik əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə ağır ishal (gündə 2 l-dən çox) ilə təzahür edir, progressiv arıqlama, steatorreya, dehidratasiya, elektrolit pozğunluqları, qanda proteinlərin miqdarının azalması, kəskin zəiflik müşahidə edilir, oral qidalanma ishalı daha da artırır. Müalicə olunmazsa, qısa müddətdə letallığa səbəb olur. Diaqnozu klinik olaraq qoyulur - böyük həcmli rezeksiyadan sonra ağır ishal və kəskin malnutrisiya. Müalicəsi mərhələli xarakterlidir, erkən mərhələdə stabilləşdirmə, oral qidalanmanın kəsilməsi, parenteral qidalandırma və mədə sekresiyasını azaltma tədbirləri həyata keçirilir. Növbəti mərhələdə tədricən oral qidalandırma və bağırsaq regeneratörləri başlanır, sonra isə parenteral qidalandırma kəsilir. Cərrahi müalicə adaptasiya baş verməyən (enteroplastika və ya antiperistaltik əməliyyatlar), kateter sepsisi və qaraciyər yetməzliyi medana gələn xəstələrdə göstərişdir (bağırsaq transplantasiyası).



Prof. Dr. NYBey

Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • İshal • Arıqlama • Dehidratasiya Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • Rentgenoloji • KT • Endoskopiya • Elastografiya • Biopsiya	• MRT • Angiografiya • Laparoskopiya • Qaraciyər biopsiyası • Hormonal müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
Dəstək müalicələri • Parenteral qidalandırma • Bağırsaq regenerətorları • Bağırsağı uzatma əməliyyatları	• Bağırsaq transplantasiyası

Diaqnostika

- Qısa bağırsaq sindromu adətən əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə ağır ishal (gündə 2 l-dən çox) əlaməti ilə təzahür edir.
- Proqressiv arıqlama, steatorreya, dehidratasiya, elektrolit pozğunluqları, qanda proteinlərin miqdarının azalması, kəskin zəiflik müşahidə edilir.
- Oral qidalanma yetərsizdir və ishalı artırır.
- Böyük həcmli rezeksiyadan sonra ağır ishal və kəskin malnutrisiya əlamətləri diaqnozu dəqiqləşdirir.

Müalicə

Qısa bağırsaq sindromunun müalicəsində konservativ və cərrahi tədbirlər həyata keçirilir.

Konservativ müalicə əsasən **dəstək xarakterlidir**, ağırlaşmaların qarşısını almaq və adaptasiyanı gözləmək prinsipləri üzərində qurulur. Müalicə tədbirləri mərhələli şəkildə aparılır:

- İlkin mərhələdə stabiləşdirmə və həyat üçün təhlükəli ağırlaşmaların profilaktikası həyata keçirilir:
 - » oral qidalandırma dayandırılır
 - » parenteral qidalar və maye verilir
 - » mədənin sekresiyasını azaltmaq üçün hidrogen körüyü (pompa) blokatorları və ya H₂ reseptorlarının blokatorları təyin edilir.
- II mərhələdə qidalandırma ilə yanaşı NB-nin adaptasiyasını təmin edən tədbirlər həyata keçirilir:
 - » parenteral qidalandırma davam etdirilir
 - » tədricən oral qidalandırmaya başlanılır
 - » regeneratör preparatlar: qlutamin, arginin, teduqlutid (qlükogenəbənzər peptidin analoqu), ishalın azaldılması üçün: pəhriz (azosmotik və az miqdarda), hipokinetik preparatlar (loperamid, sandostatin, atropin, narkotik analgetiklər və s.), xolestiramin və b.
- III mərhələdə oral qidalanma artırılır, parenteral qidalandırma kəsilir.

Cərrahi müalicə. Klinik praktikada qısa bağırsaq sindromunun 3 növ cərrahi müalicə üsulu tətbiq olunur:

- enteroplastika – bağırsağı uzatma və ya genişləndirmə
- antiperistaltik əməliyyatlar
- bağırsağın transplantasiyası

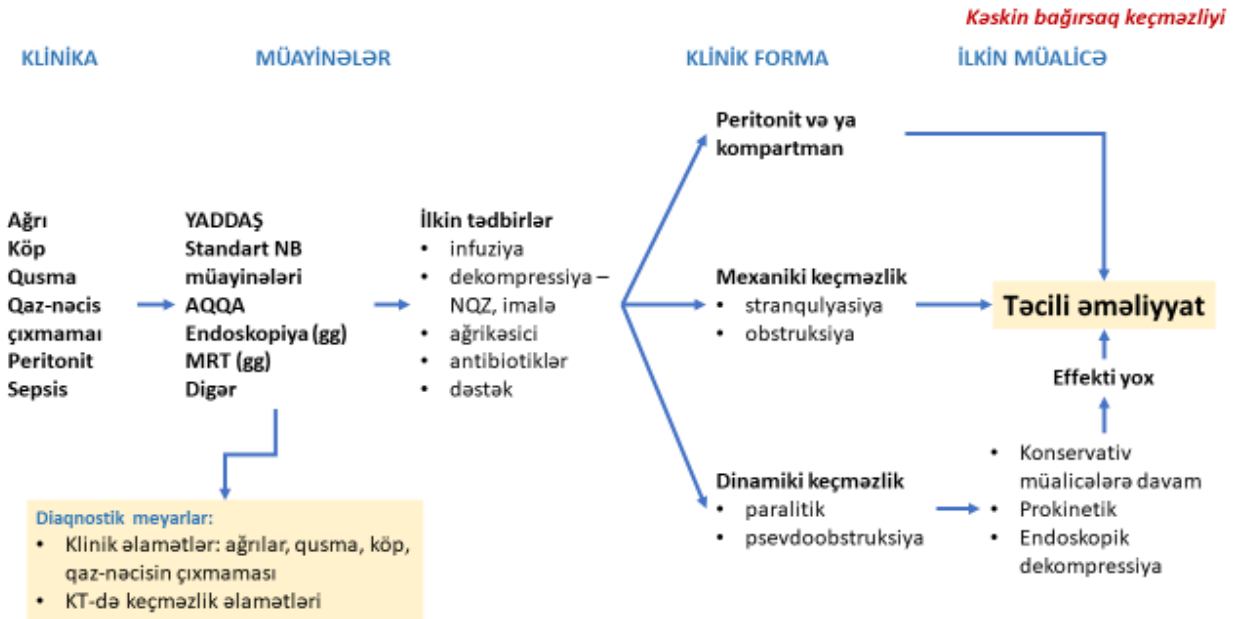
Enteroplastika və antiperistaltik əməliyyatlar adaptasiya baş verməyən xəstələrdə tətbiq edilir.

Cərrahi ağırlaşmalar, xüsusilə ağır qaraciyər disfunksiyası və nəzarət oluna bilməyən kateter sepsisi bağırsağın transplatasiyasına göstərişlərdir.

NAZİK BAĞIRSAQ KEÇMƏZLİYİ

Özət

Kəskin bağırsaq keçməzliyi möhtəviyyatın bağırsaqdan keçidinin kəskin dayanması nəticəsində meydana çıxan təcili cərrahi vəziyyətdir. Mənfəzi daraldan mexaniki (bitişmələr, törəmə, yırtıqlar, invaginasiya, burulma, yad cisimlər, helmint invaziyası, öd daşı, iltihabi bağırsaq xəstəlikləri, strikturlar, hematoma və s.) və dinamik səbəblərdən (spastik, paralitik) baş verə bilər. Xəstəlik adətən kəskin başlayır və proqressiv gediş göstərir, erkən mərhələdə ağrı, qusma ön planda olur, növbəti dehidratasiya mərhələsində hipovolemiya əlamətləri ortaya çıxır, ardınca sepsis kompartment mərhələsi başlayır. Müalicə olunmazsa, letallığa səbəb olur. Klassik olaraq 4 klinik forması qeyd edilir. Mənfəzin mexaniki tutulması ilə xarakterizə olan obstruktiv forma adətən 4 klassik əlamətlə başlayır (köp, qarında ağrılar, qusma, qazların və nəcisin xaric olmaması), dehidratasiya və sepsis mərhələsi bir neçə saat (proksimal keçməzlik) və gün (distal keçməzlik) çəkə bilər. Bağırsağın mexaniki tutulması və işəmiya-nekrozu ilə xarakterizə olunan stranqulasion keçməzlik şiddətli qarın ağrıları və çoxsaylı qusma ilə başlayır, qarının ön divarının deformasiyası və asimmetriyası görünür, qısa müddətdə dehidratasiya, şok və bağırsaq nekrozuna bağlı sepsis meydana gəlir. Bağırsağın total hipotoniyası ilə xarakterizə olunan paralitik keçməzlik adətən peritonitdə, zəhərlənmələrdə rast gəlinir, daimi küt və diffuz ağrılar, köp, qusma, qazların və nəcisin sərbəst xaric olmaması ilə biruzə verir. Obstruktiv və stranqulasion keçməzliklərin gec mərhələlərində ortaya çıxan kompartment sindromunda ağrılı, gərgin və köpmüş qarın, təngnəfəslik, sepsis əlamətləri ön planda durur. Kəskin bağırsaq keçməzliyinin diaqnozu adətən klinik olaraq qoyulur, KT ilə dəqiqləşdirilir, qarında ağrılar, qusma, köp, qazların və nəcisin xaric olmaması ilə yanaşı görüntüləmədə obstruksiya əlamətləri (bağırsağın genişlənməsi, daralması, kontrast məhlulun maneədən keçməməsi, stranqulasiya və b.) xarakterikdir. KT ilə həm də səbəbi təyin etmək mümkün olur. Bağırsaq keçməzliyinin müalicəsi təcili başlanır, stabilləşdirmə tədbirləri ilə yanaşı səbəbin (maneənin) aradan qaldırılması və bağırsağın dekompressiyası üçün təcili cərrahi müalicələr gərəkir, göstərişə görə endoskopik müalicələr də aparıla bilər.



Prof. Dr. NYBəy

Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Ürəkbulanma • Köp • Qusma • Qaz və nəcisin xaric olmaması • Kütlə əllənməsi • Dehidratasiya Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • Rentgenoloji • KT • Biopsiya	• MRT • Angioqrafiya • Laparoskopiya

Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Dəstək müalicələri • Antibiotiklər • Nazoqastral zond Cərrahi əməliyyatlar • rezeksiya • boğulmanın aradan qaldırılması • düzəltmə (dezinvaginasiya) • çıxarılma (daş, askarid və s.) • nazointestinal intubasiya • gastrostoma • yeyunostomiya • laparostomiya • (rezeksiya, stoma, bitişmənin kəsilməsi)	• Endoskopik müalicələr (detorsiya, stent, dekompressiya)

Diaqnostika

Şübhə

Aşağıdakı simptomokomplekslərin hər hansı birinin olması KBK-yə şübhə yaradır:

- **obstruksiya əlamətləri:** qarın ağrıları, qusma, köp, qazlar və nəcisin xaric olmaması
- **stranqulasiya əlamətləri:** şiddətli qarın ağrıları, qarının deformasiyası, çoxsaylı qusma, şok
- **peritonit** – abdominal kompartiment əlamətləri: gərgin, şişkin və ağrılı qarın, sepsis
- **paralitik BK (bağırsaq keçməzliyi) əlamətləri:** əməliyyatdan 3 gün sonra qazların və nəcisin xaric olmaması, köp

Dəqiqləşdirmə

- KBK-nin spesifik klinik və laborator əlamətləri yoxdur. Diaqnoz klinik və görüntüləmə müayinələrinin nəticələri əsasında qoyulur.
- Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün ilk seçim kontrastlı KT-dir.
- **Laborator** – KBK-nin spesifik laborator əlamətləri yoxdur. Laborator göstəricilər dehidratasiya, sepsis və elektrolit disbalansına xarakterikdir:
 - » hematokritin artması
 - » leykositoz
 - » hipokaliemiya (qusma ilə əlaqədar hidrogen ionları itirildiyi üçün K ionları hüceyrə daxilinə keçir)

- » hipoperfuziyaya bağlı laktik asidoz
- **USM** – Diaqnostik əhəmiyyəti çox azdır, lakin köpün assitdən differensiasiyası üçün tətbiq edilə bilər. Uşaqlarda və arıq xəstələrdə invaginat, bəzi həcmli törəmələr görünür.
- **Rentgenoqrafiya** – Əvvəllər rutin müayinə üsulu kimi geniş istifadə edilirdi. Lakin son illər KT-nin geniş tətbiqi hesabına tətbiq dairəsi məhdudlaşır. Bağırsaq ilgəklərinin genişlənməsi və maye – hava səviyyəli ilgəklərin görünməsi (Kloubert kasaları) xarakterikdir. Lakin bu əlamət adətən xəstəliyin gec mərhələlərində görünür.
- **KT** – Hazırda kəskin bağırsaq keçməzliyinin diaqnostikasında standart müayinə kimi qəbul edilir. Oral və intravenoz kontrastlı məhlulla KT keçməzliyin olma(ma)sı, lokalizasiyası və səbəbi 90% həssaslıqla dəqiqləşdirilir. Bağırsağın genişlənməsi, maye – qaz səviyyələri, kontrast maddənin maneədən keçməməsi, maneədən distal hissənin normal və yapışmış görünməsi KBK-nin KT əlamətləridir.

Differensial diaqnoz

- KBK-nin bəzi təcili və qeyri-cərrahi xəstəliklərlə differensiasiyası diaqnostika prosesinin mühüm tərkib hissəsidir.
- **Kəskin appendisit** adətən peritonit, abses, iltihab mənşəli bitişmələr kimi ağırlaşmalar törətdikdə, KBK əlamətləri meydana çıxa bilər. Bu halda differensiasiya çox çətin və diaqnoz KT və ya əməliyyat vaxtı dəqiqləşir.
- **Kəskin peritonit** adətən paralitik BK və kompartment əlamətləri ilə büruzə verir və ya KBK gec mərhələlərdə peritonitə səbəb olur. Çox vaxt KT ilə differensial diaqnostikaya ehtiyac olmur. Çünki hər 2 halda təcili əməliyyat tələb olunur.
- **Stranqulasion keçməzlik** ilə **kəskin pankreatiti** klinik fərqləndirmək bir çox hallarda çətindir. Çünki hər 2 halda şiddətli ağrılar, qusma və şok əlamətləri qabarıqlığı ilə seçilir. Bağırsağın divarının nekrozunda da qanda α -amilaza artdığı üçün onun differensial diaqnostik əhəmiyyəti olmur. Ən önəmli müayinə KT-dir.
- **Kəskin gastroenterit** əksər hallarda ishal və qusma ilə başlayır, sonra ağrılar qoşulur. Rhji və KT müayinələrdə obstruksiya əlamətləri müəyyən olunmur.
- **Toksik meqakolon** kolitlərin ağırlaşmasıdır, sepsis, köp, peritonit, qanlı ishal əlamətləri ilə təzahür edir. KT-də kolon genişlənmiş vəziyyətdə görünür, lakin kontrast maddənin keçidi pozulmur.
- **Kəskin intestinal psevdooobstruksiya** (Ogilvie sindromu) yoğun bağırsağın mexanik tıxanma olmadan atonik genişlənməsidir. Kor bağırsağın perforasiyası ilə ağırlaşması hadisələrinə səbəb ola bilər. Ekstraintestinal ağır xəstəlik (böyrək, ürək, ağciyər) və ya travma almış yataq xəstələrində müşahidə edilir. Aerofagiya və bağırsağın motorikasının zəifləməsi bu sindromun inkişafına şərait yaradır. Kəskin psevdooobstruksiya adətən ağrısız köp əlamətləri ilə başlayır. Rentgenoloji olaraq daha çox sağ kolonda genişlənmə görünür, kontrastlı müayinələrdə obstruksiya müəyyən olunmur. Bu sindromun müalicəsi başlanğıcda konservativdir (bağırsağın stimulasiyası, kolonoskopik dekompressiya, rektal zond).

Diaqnostik meyarlar:

- Klinik əlamətlər (qarında ağrılar, qusma, köp, qazların və nəcisin xaric olmaması)

- KT-də obstruksiya əlamətləri (bağırsağın genişlənməsi, daralması, kontrast məhlulun maneədən keçməməsi, stranqulasiya və b.)

KBK-nin növü və səbəbinin təyini

- KBK-nin növü və səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik məlumatlarla KT-nin nəticələri birgə qiymətləndirilir. Bir sıra hallarda keçməzliyin səbəbi əməliyyat vaxtı müəyyən edilir.
- **Obstruktiv KBK** – adətən 4 klassik əlamətlə başlayır: köp, qarında ağrılar, qusma(lar), qazlar və nəcisin xaric olmaması. Proksimal obstruksiyalarda adətən köp olmur və ya zəif təzahür edir, xəstəliyin erkən mərhələsində aramsız qusma meydana çıxır. Ağrılar başlanğıcda tutmaşəkili olur və tutmalararası intervallarda azalır və ya tam aradan qalxır. Xəstəlik davam etdikcə intervalların müddəti qısılır, ağrıların intensivliyi qismən azalır, peritonit başladıqda isə davamlı xarakterli olur. Erkən müddətlərdə maneədən distal hissədə toplanmış nəcis və qazlar xaric olur. Bu vəziyyət diaqnostik yanlışlıqla nəticələnə bilər. Distal obstruksiyalarda əksinə, artıq erkən mərhələdə qazlar və nəcis xaric olmur, qusma gecikmiş mərhələdə rast gəlinir. KT müayinəsinin maneənin səbəbini və səviyyəsini müəyyən etmək imkanları çoxdur.
- **Stranqulasion BK** üçün şiddətli qarın ağrıları, qarının ön divarının deformasiyası, asimmetriyası, həmçinin xəstənin ümumi vəziyyətinin qısa müddətdə pisləşməsi xarakterikdir. Şok, çoxsaylı qusmalar müşahidə olunur. Daimi güclü ağrılar fonunda (işemik ağrılar) peristaltizmə bağlı sancışəkili ağrılar və ağrılararası intervallarda ağrıların intensivliyinin azalmaması və ya qismən azalması, erkən müddətlərdə həmin intervalların itməsi stranqulasiya üçün xarakterikdir. Stranqulasianın gec mərhələsində peritonit əlamətləri meydana çıxır. Boğulmuş ventral yırtıqlarda (yırtığın düzəlməməsi, öskürək təkanı simptomunun olmaması, gərgin və ağrılı yırtıq kisəsi, iltihab əlamətləri) diaqnozu klinik müayinə ilə təyin etmək mümkündür. Lakin kök xəstələrdə, kiçik, xüsusilə bud və divaryanı boğulmuş yırtıqlarda, o cümlədən daxili yırtıqların boğulması hadisələrində stranqulasion BK-nin klinik diaqnostikası xeyli çətinləşir, bir sıra hallarda isə ümumiyyətlə mümkünsüz olur. Arıq adamlarda və uşaqlarda bir çox hallarda invaginasiya, burulmalar və düyünlənmələri klinik və USM ilə təyin etmək olur (qarının asimmetriyası, ağrılı kütlə əllənməsi, USM-də bağırsağın divarının qalınlaşması). Lakin KT müayinəsi daha dəqiq, həssas və informativdir.
- **Paralitik BK-də** peritonit və keçməzlik əlamətləri yanaşı olur: daimi küt və diffuz ağrılar, köp, qusma, qazların və nəcisin sərbəst xaric olmaması. Auskultativ bağırsaq küyləri eşidilmir. Lakin keçməzliyin bu formasının peritonit mənşəli funksional BK və abdominal kompartment sindromu ilə differensiasiyası çox mürəkkəbdir. Paralitik BK əlamətlərinin stimulasiya və təmizləyici imalə(lər)lə müvəqqəti aradan qalxması yanıldıcı ola bilər. Differensial diaqnostika üçün KT olduqca vacibdir.
- **Peritonit – abdominal kompartment** əlamətləri adətən obstruktiv və stranqulasion BK-lərin gec mərhələlərində ortaya çıxır: ağrılı, gərgin və köpmüş qarın, təngnəfəslik, sepsis əlamətləri, auskultativ “qəbiristanlıq sükunəti”. Paralitik BK-dən fərqli olaraq, peritonitlə ağırlaşmış KBK zamanı KT-də obstruksiya yeri dəqiq müəyyən olunur.

Ağırlaşmaların diaqnostikası

- Klinik, laborator müayinələr və KT ağırlaşmalarının təyində önəmlidir.

- Quru dil və dəri, taxikardiya, sidik ifrazının azalması, qanda hematokritin artması dehidratasiyanın göstəriciləridir.
- Hipotoniya, laktik asidoz, soyuq dəri hipovolemiya və şok üçün xarakterikdir.
- Kompartiment, peritonizm, KT-də sərbəst maye, kontrastın ekstravazasiyası, sərbəst hava perforasiyanı göstərir.

Müalicə

Prinsiplər

- KBK təcili xəstəlikdir, müalicə dərhal başlanmalıdır.
- Xəstənin ümumi vəziyyətinin stabilləşdirilməsi (infuziya, dəstək müalicəsi), səbəbin (maneənin) erkən aradan qaldırılması və bağırsağın dekompressiyası əsas istiqamətlərdir.
- Mexanik BK-də cərrahi, dinamik BK-də isə konservativ müalicə və əsas xəstəliyin aradan qaldırılması ön planda durur.

Müalicə üsulları

- **Maneənin ləğvi**
 - » Rezeksiya
 - » boğulmanın aradan qaldırılması
 - » düzəltmə (dezinvaginasiya)
 - » çıxarılma (daş, askarid və s.)
- **Dekompressiya**
 - » nazoqastral zond
 - » nazointestinal intubasiya
 - » gastrostoma
 - » yeyunostomiya
 - » laparostomiya
- **İnfuzion müalicə**
 - » Kristalloid məhlulları (Ringer, Ringer – laktat, 0,9%-li NaCl, 5%-li qlükoza məhlulları və s.)
 - » Kolloid məhlulları (5 – 20%-li albumin, jelatin, dekstran məhlulları və s.)
- **Dəstək müalicəsi**
 - » Orqan və sistemlərə funksional dəstək

Müalicə taktikası

- KBK şübhəsi olan və diaqnoz qoyulmuş bütün xəstələrdə təcili ilkin müalicə tədbirləri ilə ümumi vəziyyət stabilləşdirilir və ardınca klinik formasına uyğun müalicə üsulu tətbiq edilir.
- İlkin müalicə tədbirləri adətən diaqnostik prosedurlarla paralel aparılır və səbəbdən asılı olmayaraq bütün xəstələrdə yerinə yetirilir. İlkin müalicə tədbirlərinə aşağıdakılar aiddir:
 - » yataq rejimi
 - » hipovolemiyanın aradan qaldırılması – infuziya
 - » bağırsağın dekompressiyası – nazoqastral zond, imalə
 - » ağrıkəsici
 - » antibiotiklər
 - » göstərişə görə dəstək müalicələri

- İlkin müalicə tədbirlərindən qısa müddət sonra stabilləşdirilən xəstələrdə BK-nin növünə uyğun müalicə üsulu seçilir: **mexanik BK** - cərrahi müalicə, **dinamik BK** - **konservativ müalicə**

Kəskin bağırsaq keçməzliyinin ayarı-ayrı formalarında müalicə taktikası

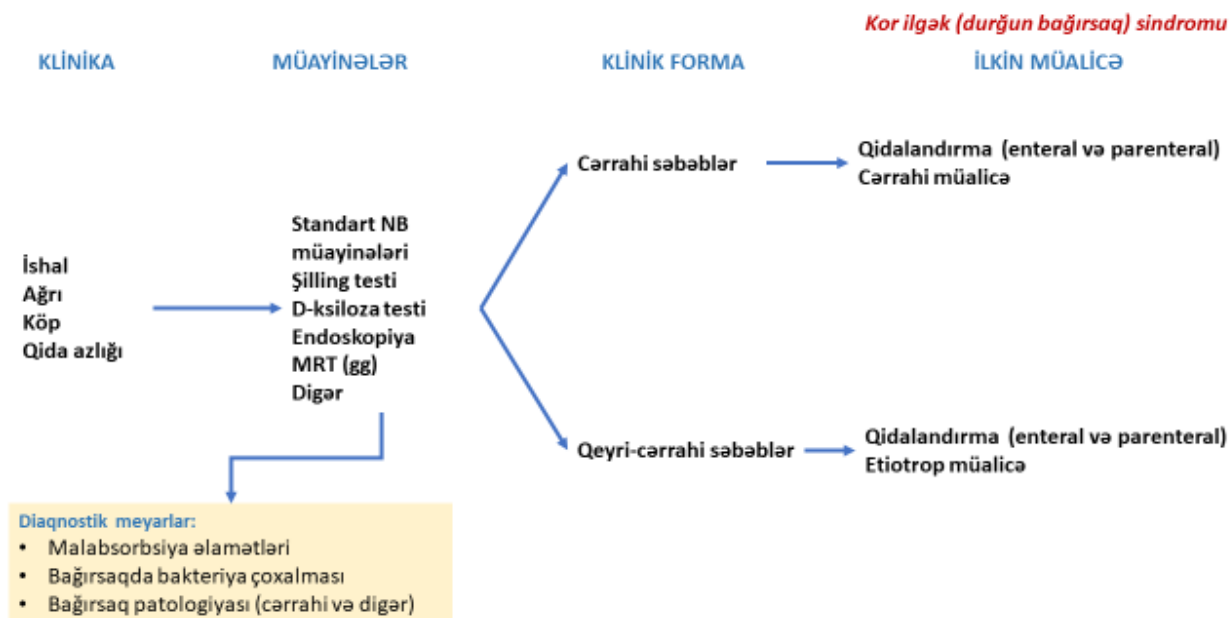
- **Stranqulasion BK**
 - » Qısamüddətli (2 saata qədər) hazırlıqdan sonra xəstələr **təcili əməliyyat** olunmalıdır.
 - » Cərrahi əməliyyat üsulu stranqulasiyanın növünə və bağırsağın həyat qabiliyyətinə görə seçilir.
 - » Nekroz olduqda həmin hissənin sağlam hədudlarda rezeksiyası icra edilir.
 - » Peritonit olmadıqda birincili anastomoz qoyulur, əks halda stoma qoyulur. Anastomoz qoyularsa, anastomoz qoruyucu vasitələr istifadə olunur. Bağırsağın dekompressiyası tövsiyə edilir.
- **Obstruktiv BK**
 - » Xəstənin ümumi vəziyyəti stabilləşdikdən sonra bir neçə saat ərzində cərrahi əməliyyat nəzərdə tutulmalıdır.
 - » Cərrahi əməliyyat üsulu obstruksiyaedici səbəbə görə seçilir. Əməliyyat vaxtı bağırsağın dekompressiyası vacibdir.
 - » Konservativ tədbirlər (nazoqasttral zond, imalə, prokinetiklər, endoskopiya və s.) çox az hallarda (erkən postoperativ keçməzlik, təkrarlanan bitişmə mənşəli BK, radiasion enterit, Crohn xəstəliyi, divertikulit, peritoneal, karsinomatöz və b.) tövsiyə olunur.
- **Bağırsaq seqmentinin invaginasiyası**
 - » Diaqnostik və müalicə tədbirləri eyni zamanda aparılmalıdır. Uşaqlarda peritonit əlamətləri yoxdursa, ilk seçim pnevmokolon, imalə və ya kontrastlı irriqoqrafiyadır. Bu fayda verərsə, xəstə həkim nəzarətində saxlanmalıdır.
 - » Pnevmonokolon fayda vermirsə və ya peritonit əlamətləri varsa, cərrahi əməliyyat göstərişdir. Laparoskopik və ya açıq üsulla dezinvaginasiya və ya rezeksiya edilir. Cərrahi əməliyyat üsulu invaginasiyanın əmələgəlmə vaxtı və bağırsağın həyat qabiliyyətini saxlaması səviyyəsinə görə seçilir. Bağırsağın həyat qabiliyyəti saxlandıqda dezinvaginasiya, əks hallarda, o cümlədən şübhəli vəziyyətlərdə sağlam hədudlarda rezeksiya icra edilməlidir.
- **Hissəvi obstruksiya**
 - » İlkin müalicə tədbirləri ilə xəstə stabilləşdirilir və bağırsaq fəaliyyətinin bərpası izlənməlidir.
 - » BK aradan qalxmazsa və ya bir neçə gün ərzində təkrarlanarsa, cərrahi əməliyyat edilməlidir.
- **Postoperativ pərez**
 - » Əksər xəstələrdə yetərli ağrısızlaşdırma, erkən aktivləşdirmə, su – elektrolit balansının korreksiyası və yüngül prokinetiklər (metklopamid) 48-72 saat ərzində bağırsaq fəaliyyətinin bərpasına səbəb olur.

- » 72 saatdan çox davam edən parezə paralitik BK kimi yanaşılmalı və müalicə edilməlidir.
- **Paralitik BK**
 - » Paralitik BK-nin müalicə tədbirlərinə əsas xəstəliyin aradan qaldırılması və konservativ müalicə aiddir.
 - » Konservativ müalicə tədbirlərinə elektrolitlərin korreksiyası, bağırsağın stimulasiyası (prokinetik infuziyası – neostiqmin 2 mg/saat), nazoqasttral zond, rektal zond, kolonoskopik dekompressiya, ödem ələhinə müalicə (albumin, diuretik) aiddir.
 - » Abdominal kompartiment olarsa, laparostoma qoyulur.
- **İntestinal psevdooobstruksiya**
 - » Müalicə əsasən konservativ və kolonoskopik yollaadır.
 - » İlkin tədbirlərə (aktivləşdirmə, nazoqasttral zond, infuziya, elektrolit korreksiyası) əlavə olaraq prokinetik infuziyası (neostiqmin 2 mg/saat) başlanır. Klinik effekt əldə edilmədikdə və ya kor bağırsağın diametri 12 sm-dən çoxdursa, təcili kolonoskopik dekompressiya olunmalıdır. Kolonoskopik dekompressiya 70 – 90% hallarda effektiv olur, lakin 10 – 30% hadisələrdə residiv baş verir. Perforasiya və peritonit təcili əməliyyata – total kolektomiya və ileostomiya əməliyyatına göstərişdir.

KOR İLGƏK SİNDROMU (DURĞUN BAĞIRSAQ SİNDROMU)

Özət

Kor ilgək və ya durğun bağırsaq sindromu nazik bağırsaqda bakteriyaların çox artması ilə (bakteriyaların miqdarı $>105/\text{ml}$) əlaqədar meydana çıxan funksional pozğunluq (ishal, steatorreya) və malabsorbsiyadır. Cərrahi (striktur, divertikul, bağırsağın kor segmenti, fistul) və qeyri-cərrahi səbəblərlə (durğunluq, immun çatmazlıq) əlaqədar baş verə bilər. Adətən ishal və steatorreya əlamətləri ilə biruzə verir, qida azlığına gətirib çıxarır (arıqlama, avitaminoz, anemiya və s.). Diaqnostikası üçün bağırsaqda flora və malabsorbsiya göstəriciləri yoxlanılır, görüntüləmə müayinələri (KT, endoskopiya) lazım gəlir. Bağırsaqda bakteriyaların çoxalması, malabsorbsiya əlamətləri, bağırsaq xəstəliyinin tapılması və ishal törədən digər səbəblərin inkarı (osmotik, sekretor, iltihabi, hipermotorika) ilə diaqnoz dəqiqləşdirilir. Müalicəsi üçün malabsorbsiya aradan qaldırıldıqdan sonra səbəbə yönəlik cərrahi və ya konservativ tədbirlər həyata keçirilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • ishal • Arıqlama Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • Qanda vitaminlər • Malabsorbsiya testləri • Bağırsaq kultürü • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • Rentgenoloji • KT • MRT • Endoskopiya • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya • Hormonal müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi (divertikulektomiya, fistulektomiya, rezeksiya və s.) • Konservativ (antibiotiklər, parenteral və enteral qidalandırma, antidiarreya, etiotrop və s.)	

Diaqnostika

Şübhə

- Malabsorbsiya əlamətləri olan xəstələrdə kor ilgək sindromundan şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə

- Kor ilgək sindromunu dəqiqləşdirmək üçün 3 meyar vacibdir:
 - » Malabsorbsiya əlamətləri
 - » Bağırsaqda bakteriya çoxalması
 - » Bağırsaq patologiyası (cərrahi və digər)

- Malabsorbsiyanın klinik və laborator olaraq təsdiq (inkar) etmək olar:
 - » Klinik - ishal, steatorreya, arıqlama
 - » Laborator – B12 vitamininin sorulma testi (Şilling testi), nəcisdə yağların, qanda kalsiumun miqdarının təyini, D-ksiloza testi. Bu müayinələr arasında nəfəsdə nişanlanmış 14C-D-ksilozanın təyini testi ən dəqiq müayinə üsuludur.
- Bağırsaq mənfəzində bakteriyaların ifrat çoxalmasını təyin etmək üçün endoskopik yolla nazik bağırsaqdan götürülmüş kultür nümunəsinin bakterioloji müayinəsi aparılmalıdır. Bakteriyaların miqdarının 105/ml-dən çox olması kor ilgək sindromuna xasdır.
- Nazik bağırsağın cərrahi və ya qeyri-cərrahi patologiyalarının diaqnostikası üçün KT və endoskopiya (biopsiya ilə) müayinələrinin aparılması vacibdir.

Səbəbin təyini

- Kor ilgək sindromunun cərrahi və ya qeyri-cərrahi səbəbinin təyini üçün KT ilk müayinə üsuludur. Göstərişə görə endoskopiya, laparoskopiya və digər müayinələr də aparıla bilər.
- İshal törədən digər səbəblərin inkarı vacibdir:
 - » Osmotik ishallar
 - » Sekretor ishallar
 - » İltihabi ishallar
 - » Hipermotorika

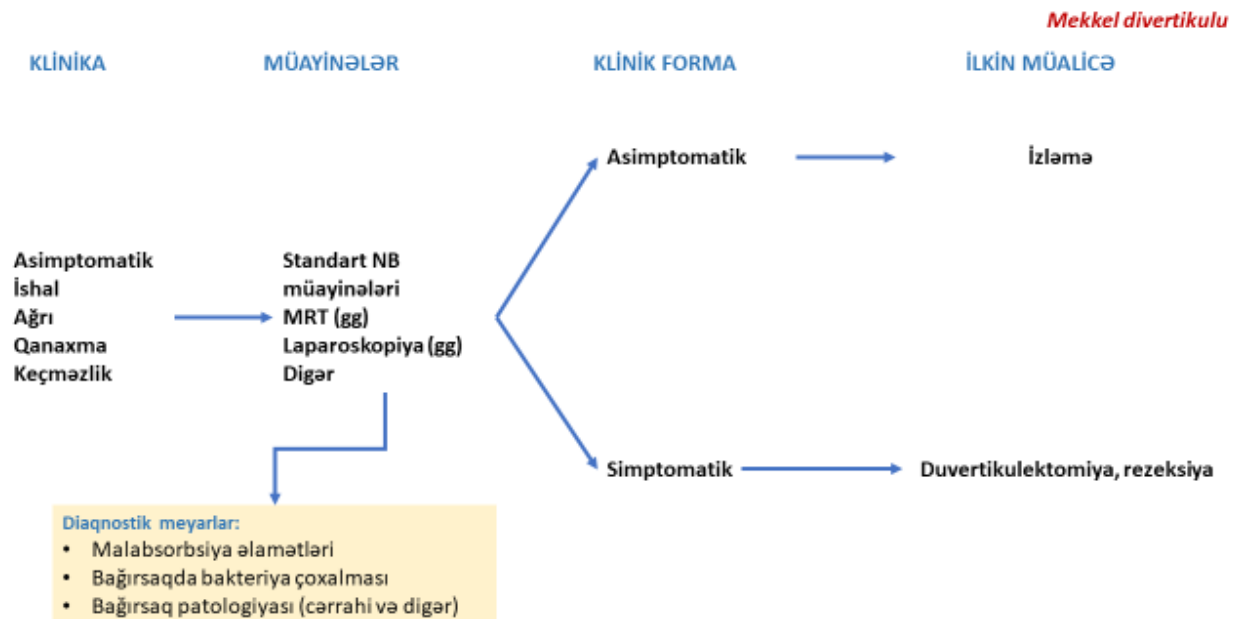
Müalicə

- İlk növbədə **qida azlığı aradan** qaldırılmalı (enteral və parenteral qidalandırma), sonra səbəbə uyğun müalicə üsulu seçilməlidir:
 - » Cərrahi səbəb müəyyən edildikdə mənbəni aradan qaldırmaq üçün **müvafiq cərrahi əməliyyat yerinə** yetirilməlidir: divertikulektomiya, fistulektomiya, kor ilgəyin, strikturun, törəmənin aradan qaldırılması və s.
 - » Qeyri – cərrahi mənşəli malabsorbsiyalar zamanı: **etiotrop** müalicə, yanaşı **antibiotikoterapiya, antidiarreya** (oktreotid, loperamid və b.) müalicəsi və dəstək (nutritiv) müalicəsi.

MEKKEL (MECKEL) DİVERTİKULU

Özət

Mekkel divertikulu embrionun sarı cisim ilə nazik bağırsağı birləşdirən vitellointestinal axarın bağırsağa yaxın hissəsinin tam bağlanmaması nəticəsində meydana çıxan həqiqi divertikuldur. Əksər hallarda asimptomatikdir, laparotomik və ya laparoskopik təftiş zamanı aşkar edilir, çox az hallarda isə qanaxma, divertikulit və bağırsaq keçməzliyi törədə bilər. Klinik əhəmiyyəti appendisitdən differensiasiyada və səbəbi tapılmayan mədə-bağırsaq qanaxmalarında ortaya çıxır. Diaqnozuna bəzən KT-də və qanaxma mənbəyi axtarışı vaxtı ssintiqrafiyada şübhə yaranır, laparotomiya və ya laparoskopiya ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsi asimptomatik hallarda izləmə, ağırlaşmalarda isə divertikulektomiyadır.



Prof. Dr. NYBəy

Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Ağrı • Qanaxma • Keçməzlik Laborator müayinələr • Hemoqram • CRP • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • MRT • Laparoskopiya • Laparotomiya • Ssintiqrafiya • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya • Hormonal müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi – divertikulektomiya, • Nazik bağırsaq rezeksiyası	

Diaqnostika

Şübhə

- Aşağıdakı hallarda Mekkel divertikulu ağırlaşmalarına şübhə yaranır:
 - » uşaqlarda və gənclərdə endoskopiya (qastro-, kolonoskopiya) yeri tapılmayan qanaxmalar;
 - » kəskin bağırsaq keçməzliyi;
 - » kəskin appendisitinin differensial diaqnostikası prosesində.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi

- Mekkel divertikulunun dəqiq diaqnozu laparoskopiya və ya laparotomiya zamanı qoyulur.
- Kontrastlı müayinələr (enteroklizis, KT) azinformativdir. Mədə mukozasının təyini üçün istifadə edilən radioizotop müayinənin (Texnesium99m, pertexnetat) həssaslığı 50%-dən azdır.

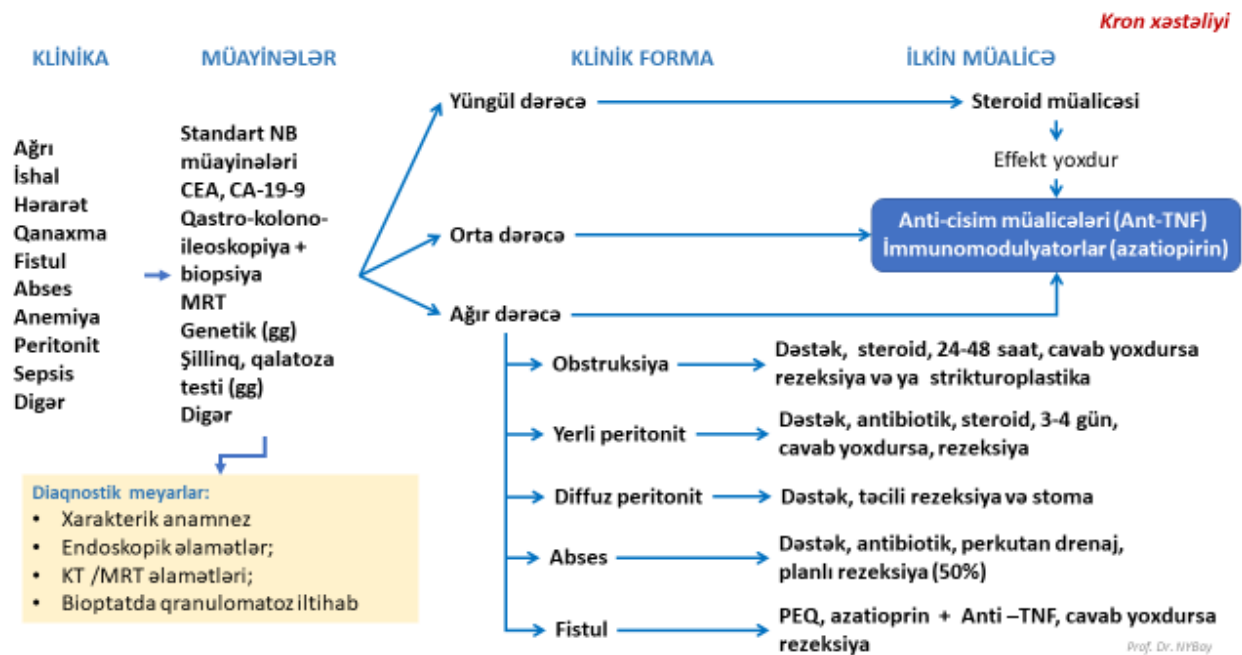
Müalicə

- Asimptomatik gedikli və təsadüfən tapılan Mekkel divertikulunu ağırlaşma ehtimalı az olduğuna (4%-dən az) görə həmin insanların klinik izlənməsi məsləhətdir.
- Ağırlaşmış divertikulda əsas səviyyəsində ekssiziyası və ya nazik bağırsaq segmenti ilə birgə rezeksiyası tövsiyə edilir.

KRON (CROHN) XƏSTƏLİYİ

Özət

Kron xəstəliyi həzm traktını segmentar tutan və bütün qatlarını əhatə edən (transmural) qranulomatoz iltihabi xəstəlikdir. Səbəbi dəqiq məlum deyil. Nazik bağırsağın distal hissəsinin iltihablaşması regional və ya terminal ileit də adlanır. Bəzi hallarda asimptomatik ola bilər, lakin əksər hallarda ishal və ağrılarla başlayır və uzun müddət davam edir. Kəskinləşmə və remissiya fazaları təkrarlanır, qida azlığı, keçməzlik, abses, fistul, ekstraintestinal ağrılaşmalar və sepsis törədə bilər. Xəstəliyin diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi üçün klinik müayinələrlə yanaşı KT/MRT, endoskopiya+biopsiya, bəzən genetik müayinə və digər xəstəliklərdən differensiasiya lazım gəlir. Uzunmüddətli ishal, təkrarlanan qarın ağrıları, özündə və ya ailə üzvlərində Crohn xəstəliyi, görüntülmədə iltihab, divar qalınlaşması, bağırsaqətrafı infiltrasiya, biopsiyada qranulomatoz iltihab xarakterik əlamətlərdir. Müalicəsi əsasən konservativdir (antibiotik, QSiƏD, steroidlər, anti-TNF), cərrahi müalicə ağırlaşma olduqda göstərilir.



Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • İshal • Arıqlama • Malabsorbsiya • Sepsis • Keçməzlik • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • CRP • Qanda vitaminlər • Malabsorbsiya testləri • Bağırsaq kultürü • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • Rentgenoloji • KT • MRT • Endoskopiya • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ (antibiotiklər, iltihabələhinə, parenteral və enteral qidalandırma, antidiarreya, və s.) • Cərrahi (rezeksiya, strikturoplastika, stoma, geniş rezeksiyalar və s.)	• Bioloji müalicələr və s.

Diaqnostika

Şübhə

- Uzunmüddətli ishal, təkrarlanan qarın ağrıları və subfebril hərarət olan xəstələrdə Crohn xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır;
- Ailə üzvlərində və anamnezində Crohn xəstəliyi olan şəxslərdə anorektal patologiya, qarındaxili abseslər, xarici fistullar olması şübhələri daha da artırır;
- Kəskin bağırsaq keçməzliyi, bağırsaqdaxili kütlə, abses müəyyən edilən xəstələrdə Crohn xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi

Crohn xəstəliyinin spesifik klinik, laborator və görüntüləmə əlamətləri yoxdur. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün klinik müayinələrlə yanaşı KT/MRT, endoskopiya+biopsiya, bəzən genetik müayinə və alınmış məlumatların differensial diaqnostik interpretasiyası lazım gəlir.

Laborator	Laborator dəyişikliklər (yüksək leykositoz, EÇS və CRP-nin artması, anemiya, hipalbuminemiya, steatorreya, D-ksilozanın absorbsiyasının azalması, nəcisin bakterioloji kultürü, genetik müayinələr (NOD2/CARD15 genləri)) iltihabı, prosesin ağırlıq dərəcəsini və ağırlaşmaları təyin etməyə yardım edir.
Görüntüləmə - KT /MRT	Bağırsaq divarının qalınlaşması Bağırsağın daralması Çözün infiltrasiyası Limfadenopatiya Abses(lər) Xarici və daxili fistul(lar)
Endoskopik müayinə	Endoskopik müayinə mütləq müayinədir, patoloji prosesin lokalizasiyasını, əlavə lokalizasiyaları, diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və biopsiya materialı alınması üçün (vacib müayinədir) aparılmalıdır. Qastroduodenoskopiya, kolonoskopiya, yeyunoskopiya, ileoskopiya (kolektomiya olunmuş xəstələrdə) və zəruri hallarda kapsul endoskopiyası edilməlidir. Terminal ileitdə fibrokolonoskopla distal ileuma daxil olaraq biopsiya etmək mühümdür. Striktur(lar), fistul(lar) kəskin bağırsaq keçməzliyi və bağırsağın perforasiyası hadisələrinə şübhələr olduqda kapsul endoskopiyası məsləhət deyil.

- Crohn xəstəliyinin diaqnostik əlamətlərinə aiddir:
 - » Xarakterik anamnez (uzunmüddətli ishal, təkrarlanan qarın ağrıları, özündə və ya ailə üzvlərində Crohn xəstəliyinin mövcudluğu);
 - » Endoskopik əlamətlər;
 - » KT /MRT əlamətləri;

» Bioptatda qranulomatoz iltihab əlamətləri.

Differensial diaqnoz

- Crohn xəstəliyinin diaqnostikasında uyğun lokalizasiyalı digər xəstəliklərin differensiasiyası olduqca əhəmiyyətlidir: kəskin appendisit, nazik bağırsağın vərəmi, limfoma və digər mənşəli ileitlər; Crohn xəstəliyi mənşəli koliti isə qeyri – spesifik xoralı kolit və yoğun bağırsağın adenokarsinoması ilə differensiasiya etmək lazımdır.
- **Qeyri – spesifik xoralı koliti** yoğun bağırsağın Crohn xəstəliyindən klinik baxımdan differensiasiya etmək bəzən çətin olur. İshalın nisbətən azsaylı və qansız olması, perianal patologiyalar, seqmentar zədələnmələr, transmural zədələnmələr, bağırsağın divarının və çözün qalınlaşması, böyük mukozal xoralar və çatlar, düz bağırsağın normal görünüşü, qranulomalar və biopsiya materialında xarakterik transmural qranulomatoz iltihab (patohistoloji müayinənin nəticəsi) Crohn xəstəliyi üçün xarakterikdir. Differensiasiya çətinlikləri olduqda genetik müayinələr aparılmalıdır. Az hallarda xəstələrə “Təyin olunmayan kolit” diaqnozu qoyulur.
- **Kəskin appendisiti** Crohn xəstəliyindən differensiasiya etmək çətinidir və əksər hallarda səhih diaqnoz əməliyyat vaxtı qoyulur. Əməliyyatözü dövrə şübhələr yarandıqda KT faydalı ola bilər.
- **Bağırsağın vərəmi** mədə-bağırsaq traktının hər yerində rast gəlinir. Lakin qalça bağırsağın distal hissəsi hər 2 patologiyada daha çox zədələnir. Differensiasiya çətinlikləri bu amillə və klinik oxşarlıqlarla bağlıdır. KT-nin informativliyi azdır, çünki hər 2 halda bağırsağın divarının və çözün qalınlaşması, limfadenopatiya müəyyən edilir. Differensiasiya prosesində anamnez, genetik müayinələr və biopsiya materialının patohistoloji müayinələrinin nəticələri faydalı ola bilər. Lakin əksər hallarda diaqnoz bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyasından sonra (bağırsaq vərəmində cərrahi müalicə tövsiyə olunur) qoyulur.
- **Limfoma** Crohn xəstəliyindən görüntüləmə (KT/MRT) əlamətləri ilə differensiasiya oluna bilər. Lakin diaqnozun verifikasiyası üçün biopsiya alınması vacibdir.
- **Karsinoma** yalnız patomorfoloji müayinələrin nəticələri əsasında Crohn xəstəliyindən differensiasiya olunur. Bəzi xəstələrin nazik bağırsağından biopsiya üçün material götürmək mümkün olmur və ya bioptatın histoloji müayinələrinin nəticələri yanlış (yalançı müsbət və ya yalançı mənfi) olur. Belə hallarda bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası vacibdir.

Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Klinik praktikada Crohn xəstəliyinin ağırlıq dərəcələri ilə əlaqədar bir neçə təsnifat istifadə edilir: Crohn’s Disease Activity Index (CDAI), Harvey – Bradshaw Index (HBI).
- Sadə klinik təsnifata görə xəstəliyin 4 dərəcəsi ayrılır:
 - » **Asimptomatik**;
 - » **Yüngül dərəcə** - oral qidalanma narahatlıq yaratmır (ishal və ağrı olmur), dehidratasiya, qarında ağrılar, kütlə, bağırsaq keçməzliyi, sepsis əlamətləri və arıqlama olmur;
 - » **Orta dərəcə** - oral qidalanma narahatlıq yaradır (qarında ağrılar, ürəkbulanma, qusma), hərarət, anemiya və arıqlama müşahidə olunur;

- » **Ağır dərəcə** - qlükokortikoid və digər immunomodulyator müalicəsinə baxmayaraq, xəstələrin vəziyyətinin yaxşılaşması baş vermir və ya kaxeksiya, toksik – septik əlamətlər və cərrahi ağrılaşmalar (abses, fleqmona, kəskin peritonit, kəskin bağırsaq keçməzliyi) meydana çıxır.

Müalicə

- Crohn xəstəliyinin spesifik müalicə üsulu yoxdur. Mövcud konservativ və cərrahi əməliyyat üsulları iltihabın şiddətinin və residivlərin tezliyinin azaldılmasına, remissiya vəziyyətinin uzadılmasına, ağrılaşmaların profilaktikası və müalicəsinə yönəlmişdir.

Konservativ müalicə tədbirləri:

- anti-cisim terapiyası - infliksimab (anti-TNFα)
- immunosupressor terapiya (azatioprin, steroid preparatları - prednizolon, hidrokortizon, budesonid);
- antibiotikoterapiya (siprofloksasin, metronidazol);
- iltihabələhinə müalicə: aminosalisilatlar (mesalazin, sulfosalazin) sol kolon lokalizasiyasında faydalı ola bilər;
- pəhriz (əsirgəyici) qidalanma.

Cərrahi müalicə

Cərrahi müalicə palliativ xarakter daşıyır, əsasən ağrılaşmalarda və konservativ müalicəyə tabe olmayan bəzi hallarda göstərişdir:

- obstruksiya (ən çox rast gəlinən göstərişdir);
- perforasiya (abses, daxili və xarici fistullar, kəskin peritonit);
- massiv qanaxma;
- neoplastik proseslərdən differensiasianın çətinlikləri (mümkünsüzlüyü).

Crohn xəstəliyində laparoskopik yol ilk seçimdir və aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar aparılır:

- bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası;
- strikturoplastika;
- abses(lər)in sanasiyası və drenajı.

Əməliyyatdan sonra profilaktik məqsədlə uzunmüddətli mesalazin və metronidazol istifadəsi tövsiyə olunur.

- **Diqqət!!!** Kəskin appendisit diaqnozu və ya şübhəsi ilə laparotomiya və ya laparoskopiya zamanı xəstədə Crohn xəstəliyinə şübhələr yaranarsa və kor bağırsaq iltihablı deyilsə, terminal ileitə görə distal ileuma toxunmama və appendektomiya, kor bağırsaq iltihablıdırsa, ileosekal rezeksiya və appendektomiya icra oluna bilər.

Müalicə üsulunun seçimi

Müalicə üsulunun seçimi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə əsaslanır:

- **Yüngül dərəcəli** iltihab prosesi zamanı konservativ müalicə təyin edilir: əsirgəyici pəhriz, antibiotik və steroid (budenosid). Müsbət cavab alındıqda davamedici müalicə kimi steroid verilir. Müsbət reaksiya alınmadıqda anti-TNF və immunomodulyatorlar (azatioprin) verilir. Müsbət cavab alınarsa, anti-TNF müalicəsi davam etdirilir.
- **Orta və ağır dərəcəli** Crohn xəstəliyində müalicəyə anti-TNF və immunomodulyatorla (azatioprin) başlanır, göstərişə görə cərrahi müalicə edilir.
- **Cərrahi ağırlaşmalara** görə uyğun müalicə üsulu seçilir: bağırsağın obstruksiyası ilk 24 – 48 saat müddətlərində (işemiya əlamətləri yoxdursa) konservativ müalicə edilir, müalicəyə müsbət cavab olmasa, cərrahi əməliyyat göstəridir. Diffuz peritonitdə əməliyyatönu hazırlıqdan sonra təcili əməliyyat – bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası və stoma qoyulması məqsədəuyğundur. Lokal peritonitlərdə antibiotikoterapiya aparılır, effekt olmazsa, cərrahi əməliyyat tövsiyə edilir. Abseslər zamanı antibiotikoterapiya və perkutan drenaj, sonra bağırsağın rezeksiyası məsləhət görülür (cərrahi əməliyyat residivlərin tezliyini aşağı salır). Fistulların (daxili və xarici) ən effektiv müalicəsi azatioprin və anti-TNF preparatlarının kombinasiyası ilə əldə edilir. Bu müalicə əksər hallarda fistulların bağlanmasına şərait yaradır. Konservativ müalicəyə cavab verməyən xəstələrdə bağırsağın fistulgəzdirici hissəsi sağlam toxuma hədlərində rezeksiya olunmalıdır.
- **Perianal lokalizasiyalı** Crohn xəstəliyində zədələnmənin xarakterinə uyğun müalicə üsulu seçilməlidir:
 - ✓ Anal çatlarda standart konservativ müalicə aparılmalı (nəcisin durulaşdırılması, isti vannalar, nitroqliserin və ya kalsium kanalı blokatorları, məlhəm müalicəsi), effektiv hadisələrdə yan sfinkterotomiya icra olunmalıdır;
 - ✓ Perianal fistullarda müalicə üsulunun seçimi prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. Yüngül dərəcəli fistullar konservativ müalicə (oral və ya lokal metronidazol, və ya siprofloksasin) edilməlidir. Ağır dərəcəli perianal fistullar zamanı konservativ və cərrahi üsulların kombinasiyası (antibiotik müalicəsi, immunosupressiya və ya anti-TNF, kövşək seton) effektiv olur. Çox ağır formalarda proktotomiya icra edilməli və süni anus qoyulmalıdır.
 - ✓ Anal abseslərdə antibiotik, drenaj və əmələ gələn fistulun müalicəsi aparılır.
 - ✓ Anal stenozlarda dilatasiya tövsiyə edilir.
 - ✓ Hemorroidlərdə konservativ müalicə tövsiyə olunur.
- **Duodenal obstruksiyada** ən çox stenoz və fistullar rast gəlinir. Bu xəstələrdə duodenumun rezeksiyası ilə müqayisədə gastroenterostomiya daha effektivdir;
- **Kolon lokalizasiyalı** segmentar obstruksiyalarda rezeksiya, geniş həcmli obstruksiyalarda kolektomiya, toksik meqakolonda isə total kolektomiya tövsiyə edilir.

NAZİK BAĞIRSAĞIN İŞEMİK XƏSTƏLİKLƏRİ

Özət

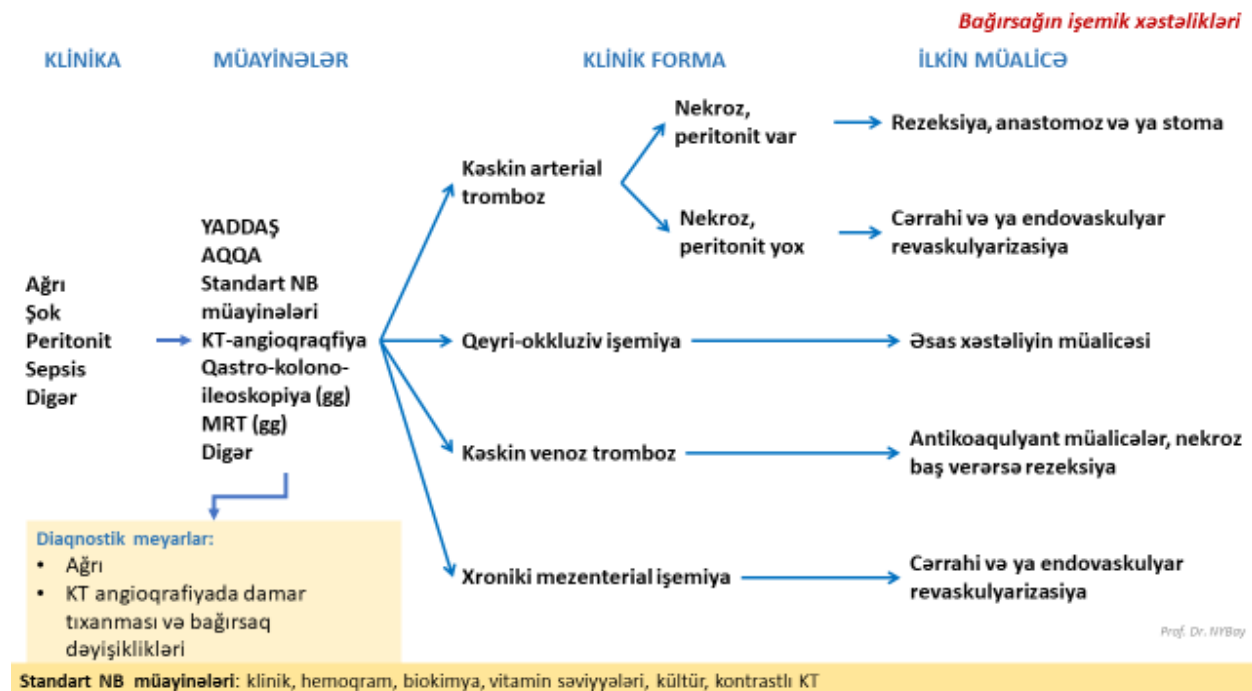
Nazik bağırsağın işemik xəstəliklərinə kəskin arterial tıxanma, kəskin qeyri-okkluziv işemiya, kəskin venoz tromboz və xronik arterial işemiya aid edilir.

Kəskin arterial tıxanma tromboemboliya və ya tromboz nəticəsində meydana çıxır, kəskin və saatlarla davam edən şiddətli qarın ağrıları ilə başlayır, bağırsaq nekrozu ortaya çıxır, proqressiv pisləşmə (şok, peritonit, sepsis) meydana gəlir, yüksək letallıqla seyr edir. Diaqnozu KT-angioqrafiya və ya laparoskopiya ilə dəqiqləşdirilir. Təcili əməliyyat lazım gəlir.

Kəskin qeyri-okkluziv işemiya adətən şok, aritmiya və septik xəstələrdə rastlanır, kiçik damarların spazmı işemiyanın baş verməsində əsas mexanizm hesab edilir. Gedişi çox ağırdır, yüksək letallıqla seyr edir.

Mezenterial venaların trombozu sirrozda, bədxassəli şişlərdə və hiperkoagulyasion xəstələrdə rast gəlinir, gedişi nisbətən qənaətbəxşdir, diaqnozu KT angiografiya ilə qoyulur, cərrahi müalicə az hallarda- nekroz baş verərsə göstəriş sayılır.

Xroniki arterial işemiya yuxarı çöz arteriyasının və ya böyük şaxələrinin xroniki tıxanması nəticəsində meydana gəlir, yeməklərdən sonra başlayan ağrı xarakterikdir. Diaqnozu KT angiografiya ilə qoyulur, revaskulyarizasiya lazım gəlir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Şok • Sepsis • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • CRP Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • KT-angioqrafiya • Endoskopiya • EUS • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya • Angioqrafiya • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ (antikoaqulyant və digər) • Cərrahi (rezeksiya, damar əməliyyatları) • Endovaskulyar müalicələr • Digər	

Kəskin amezenterik arterial tıxanma

Diaqnostika

Şübhə

- Bu xəstəliyə yüksək şübhə yaradan əlamətlərə aiddir:
 - » Ani başlayan şiddətli qarın ağrıları ən xarakterik əlamətdir. Ağrılar şiddətinə görə kəskin pankreatit, bağırsağın stranquliyası, aorta anevrizmasının partlaması zamanı rast gəlinən ağrılara bənzəyir.
 - » Ağrılar adətən narkotik analgetiklərin təsirindən aradan qalxmır.

- » Şiddətli ağrılara baxmayaraq qarın əlamətlərinin olmaması və ya çox zəif təzahür etməsi xəstəliyin erkən mərhələləri üçün xarakterikdir. Ona görə də bəzən bu **“ağrı – qarın uymazlığı”** əlaməti adlandırılır.
- » Ağrılar fonunda qanlı ifrazat və nəcis ifrazından sonra ağrıların azalmaması.
- » Miokard infarktı və aritmiyalardan sonra ağrıların baş verməsi.
- » Xəstənin ümumi vəziyyətinin bir neçə saat ərzində proqressiv pisləşməsi.
- » Gec mərhələlərdə kəskin peritonit və kompartment əlamətləri.
- » Leykositoz, amilaza və CRP-nin artması qeyri-spesifikdir, qaraciyər arteriyasının yanaşı trombozunda qaraciyər enzimlərinin miqdarı da yüksələ bilər.
- » İnfüziyaya və oksigenasiyaya baxmayaraq asidozun davam etməsi və qanda bağırsağa bağlı kreatinin kinazanın (BB-KK) artması daha xarakterikdir.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi

- Mezenterial arterial trombozun spesifik klinik, laborator və standart görüntülmə əlamətləri yoxdur. Diaqnoz yüksək şübhə əlamətlərinə və differensiasiyaya əsaslanaraq, KT-angioqrafiya və ya diaqnostik laparotomiya (laparoskopiya) ilə dəqiqləşdirilir.
- Differensial diaqnostika və **diaqnozun dəqiqləşdirilməsi** üçün ilk seçim KT-angioqrafiyadır. Əməliyyatın müayinələrin, o cümlədən KT-angioqrafiyanın diaqnozu dəqiqləşdirmə imkanları 60-70%-dir.
- Mezenterial arterial trombozu olan xəstələrin yarısından çoxunda dəqiq diaqnoz gec, əməliyyat zamanı qoyulur. Əməliyyat vaxtı erkən mərhələlərdə nazik bağırsağın divarının avazıması, pulsasiyanın itməsi, gec mərhələlərdə isə lokal və ya geniş qanqrena, perforasiya, kəskin peritonit müəyyən edilir.

Diaqnostik əlamətlər

- Kəskin başlayan və saatlarla davam edən şiddətli qarın ağrıları
- Proqressiv pisləşmə - şok, sepsis və orqan yetməzliyi
- KT-angioqrafiyada arterial tıxanma və bağırsaq divarının ödəmi
- Laparotomiya zamanı bağırsağın işemiyası və nekrozu

Differensial diaqnoz

- Mezenterial arterial trombozu stranqulasiyadan, xüsusilə kəskin pankreatitdən differensiasiya etmək lazımdır. Çünki, kəskin pankreatit əsasən konservativ müalicə, tromboz və stranqulasiya isə təcili cərrahi müdaxilə tələb edir.
- Mezenterial arterial tromboz və kəskin pankreatit şiddətli ağrılarla başlayır, “ağrı-qarın uymazlığı” olur, xəstələrin ümumi vəziyyəti proqressiv pisləşir, qanda amilaza artır. Kəskin pankreatit zamanı KT-də pankreasın ödəmi, həcmnin böyüməsi, parapankreatik maye və infiltrasiya müəyyən edilir. Tromboz üçün bağırsaq divarının qalınlaşması, damar bloku daha xarakterikdir. Endoskopik olaraq selikli qişanın kəskin avazıması və nekroz sahələri görünə bilər.

Müalicəsi

- Nekroza qədərki mərhələdə revaskulyarizasiya, nekroz olduqda isə rezeksiya və təkrar yoxlama mezenterial arterial trombozun əsas müalicə prinsipləridir.
- Kəskin peritonit və ya perforasiya əlamətləri olmadıqda və əməliyyatdan əvvəl dəqiq diaqnoz qoyularsa, angiografik revaskulyarizasiya üsullarından biri seçilə bilər: stent qoyulması, embolektomiya
- Əməliyyat vaxtı mezenterial arterial tromboz müəyyənləşdirildikdə və bağırsağın nekrozu olmadıqda revaskulyarizasiya əməliyyatı (embolektomiya, stent qoyulması, yan-yol (şuntlama) əməliyyatı) icra edilir.
- Kəskin peritonit əlamətləri olarsa, təcili laparotomiya edilir, sağlam sərhədlərdə nekrotik bağırsaq hissəsinin rezeksiyası yerinə yetirilir, situasiyadan asılı olaraq anastomoz və ya stoma qoyulur. İmkan olarsa, rezeksiya ilə birlikdə revaskulyarizasiya edilə bilər. Anastomoz qoyularsa, 24 – 48 saat sonra relaparotomiya və ya laparoskopiya vasitəsi ilə anastomoz bölgəsi və bağırsağın vəziyyəti qiymətləndirilməlidir.
- Bəzi xəstələrdə bağırsağın bütün hissələri, hətta qaraciyər və mədə arteriyaları da trombozlaşır. Bu hal inkurabel vəziyyət kimi qəbul edilir.

Kəskin qeyri-okkluzion işemiya

Diaqnostikası

- Kritik xəstələrdə qarın ağrılarının olmaması və ya zəif olması, şokun davam etməsi, bədən temperaturunun, asidozun, amilazanın, CRP və leykositozun izah olunmayan artması, bağırsaq qanaxmaları mezenterial işemiyaya şübhə yaradan əlamətlərdir.
- Okklüziv işemiyadan fərqli olaraq ağrılar qəflətən başlamır və çox şiddətli olmur. Lakin digər əlamətlər (erkən mərhələlərdə qarın əlamətləri zəif, gec mərhələlərdə isə kəskin peritonit və sepsis) oxşardır.
- KT-arteriografiyada magistral tıxanma müəyyən edilmir. Lakin endoskopiya zamanı selikli qişanın nekrozu və xoralaşması görünə bilər.

Müalicəsi

- Erkən mərhələlərdə əsas xəstəliyin müalicəsi ilə yanaşı arteriyadaxili vazodilatatorların (papaverin və ya prostoqlandin) yeridilməsi effektiv ola bilər. Cərrahi əməliyyat adətən digər cərrahi xəstəliklərin inkarı (diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və aradan qaldırılması) üçün edilir, vizual (makroskopik) nekroz sahələri rezeksiya olunmalıdır. Lakin əksər hallarda cərrahi əməliyyat faydasız olur.

Mezenterial venaların kəskin trombozu

Diaqnostikası

- **Yüksək şübhə əlamətlərinə** aiddir:
 - » Portal hipertenziyada qaraciyərin qəflətən dekompensasiyası (sarılığın, assitin, enzimlərin qəfləti artması);
 - » Hiperkoagulyasiyalı xəstələrdə kəskin qarın əlamətləri, bağırsaq qanaxmaları;
 - » Kəskin abdominal xəstəliklərdə xəstənin ümumi vəziyyətinin qəflətən pisləşməsi, kəskin peritonit, perforasiya əlamətləri, sepsisin ağırlaşması, assitin artması və s.
- Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün KT-angioqrafiya ən effektiv müayinədir. Venalarda trombonun görünməsi və çözün ödemləşməsi xarakterik əlamətlərdir. Bəzən diaqnoz kəskin qarın və abdominal travmalara, digər patologiyalara görə aparılan laparotomiya (laparaskopiya) zamanı təyin edilir (çözün qalınlaşması, kəsik venaların mənfəzində trombların görünməsi).

Müalicəsi

- Bağırsağın nekrozu yoxdursa, antikoagulyant və trombolitik müalicə başlanır. Fibrinolitiklərin rolu mübahisəlidir.
- Bağırsağın nekroz əlamətləri (peritonizm, perforasiya, sepsis, asidoz və s.) cərrahi əməliyyata mütəq göstərişdir: rezeksiya, anastomoz və təkrar təftiş üçün relaparotomiya və ya kontrol laparotomiya.

Xronik bağırsaq işemiyası

Diaqnostikası

- Yeməkdən sonra başlayan və 3-4 saat davam edən qarın ağrıları xəstəliyin xarakterik klinik əlamətidir. Xəstələr yeməkdən qorxurlar və ciddi arıqlayırlar. Anamnezdə digər damarların aterosklerozunun olması xəstəliyə şübhələri artırır.
- Digər mədə-bağırsaq xəstəlikləri endoskopik müayinələrlə inkar edilməlidir. KT dəqiqləşdirici müayinədir. Mezenterik arteriyalarda və günəş kötüyündə kirəcləşmə və daralma diaqnozu dəqiqləşdirir.

Müalicəsi

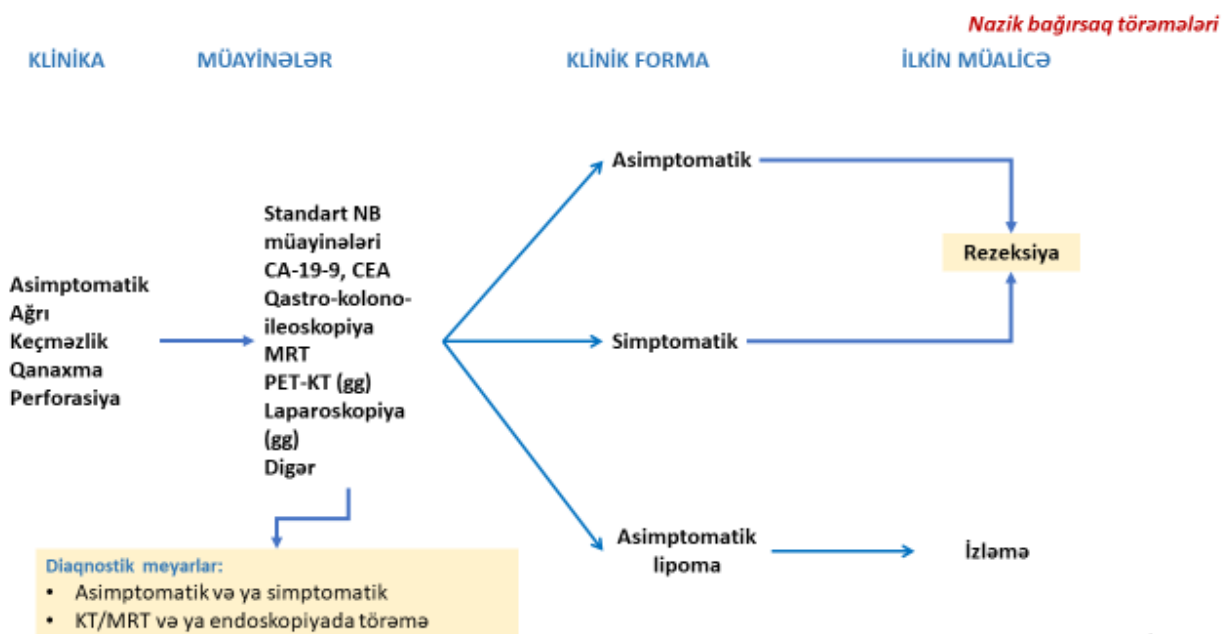
- Cərrahi revaskulyarizasiya əsas müalicə üsuludur.
 - Mezenterik arteriyanın və günəş kötüyünün yan-yol (şunt) qreftlə revaskulyarizasiyası ilk seçimdir.

- Alternativ olaraq aortanın və ya magistral arteriyaların endarterektomiyası əməliyyatları seçilə bilər.
- Əməliyyatdan sonra revaskulyarizasiya sindromu (ağrılar, taxikardiya, bağırsağın ödəmi, leykositoz) baş verərsə, ilk növbədə arterial tromboz KT-angiografiya ilə inkar edilməlidir. Revaskulyarizasiya sindromu adətən müvəqqəti xarakter daşıyır və splanxik vazokonstriktorlarla (sandostatin, noradrenalin və s.) müalicə olunur.

NAZİK BAĞIRSAĞIN TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

Nazik bağırsaq toxumasından inkişaf edən birincili və ya metastaz nəticəsində meydana çıxan neoplastik törəmələrdir. Xoşxassəli törəmələr arasında ən çox adenoma, leyomioma, lipoma və fibromalar, birincili bədxassəli törəmələri arasında ən çox adenokarsinoma, karsinoid, QİST törəmələr və limfomalara rast gəlinir. Xoşxassəli kiçik törəmələrin əksəriyyəti asimptomatik, böyük və bədxassəli törəmələrin isə əksəriyyəti simptomatik olur, keçməzlik, qanaxma, ağrı, perforasiya əlamətləri ilə biruzə verir. Törəmələrin diaqnostikasında KT, MRT, endoskopiya tətbiq edilir, bəzən laparotomiya və laparoskopiyaya ehtiyac yaranır. Törəmənin növünü biopsiya ilə dəqiqləşdirmək mümkün olur. Asimptomatik lipomalar istisna olmaqla bütün törəmələrin çıxarılması tövsiyə edilir.



Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Keçməzlik • Qanaxma • Perforasiya Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • CRP • Onkomarkerlər • Hormonal müayinələr Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • KT • MRT • Endoskopiya • EUS • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya • Genetik müayinələr
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi (rezeksiya və s.) • Endoskopik müdaxilələr • Digər	

Diaqnostika

- Kiçik ölçülü NB törəmələri ağırlaşmalar törətmədikdə asimptomatik olur.
- Böyük törəmələr qanaxma, BK, nekroz və perforasiya kimi ağırlaşmalar törədirlər. Bu hallarda simptomlar meydana çıxır:
 - » ağrılar (sancışəkilli və təkrarlanan)
 - » ürəkbulanma, qusma
 - » qanaxma
 - » BK
 - » perforasiya

- » bəzi törəmələrin spesifik əlamətləri olur (karsinoid sindrom).
- Xoşxassəli törəmələr əksər hallarda (50-90%) asimptomatik gedişli olur, təsadüfi müayinələrdə aşkar edilir, ağırlaşma törətdikdə və ya çox böyük ölçülərə çatdıqda klinik simptom müşahidə olunur.
 - Bədxassəli törəmələrin əksəriyyəti (75%) klinik əlamətlərlə biruzə verir, ağrılar, qanaxma və BK ən çox rast gəlinən əlamətlərdir.
 - Simptomatik törəmələrin əksəriyyəti bədxassəlidir.
 - Klinik olaraq bəd- və xoşxassəli törəmələri fərqləndirmək çətin olur.
 - Törəmələrin diaqnostikasında KT, MRT, endoskopiya tətbiq edilir, bəzən laparotomiya və laparoskopiyaya ehtiyac yaranır.
 - Lipomalar istisna olmaqla törəmələri bir-birindən görüntüləmə müayinələri ilə fərqləndirmək əksər hallarda çətin olur.
 - Diaqnoz histoloji müayinə, hətta immunohistokimya üsulları ilə verifikasiya edilir.

Müalicəsi

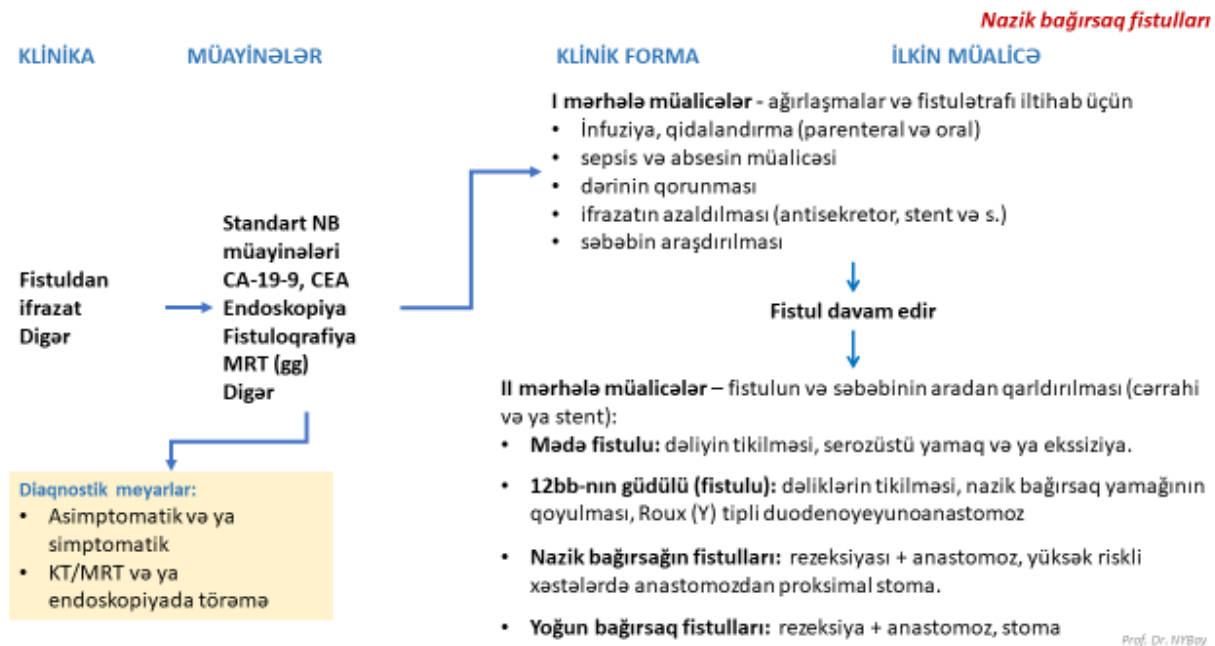
Müalicə prinsipləri

- Neoplastik törəmələrin müalicə xüsusiyyətləri lokalizasiyası, xarakteri və klinik formasından asılı olaraq dəyişir.
- Ümumiyyətlə, bədxassəli törəmələrdə erkən müalicə göstərişdir və cərrahi müalicə ön plandadır. Ağırlaşmalar zamanı (perforasiya, BK, qanaxma) palliativ xarakterli cərrahi əməliyyatlar icra edilə bilər.
- Xoşxassəli törəmələrin bəzilərinin maliqnezasiya potensialını (adenomalar), digərlərinin isə (leyomioma) bədxassəli törəmələrdən differensiasiyasının çətinliklərini nəzərə alaraq onların ekssiziyası və ya rezeksiyası lazım gəlir. Yalnız lipomalar bu qaydadan istisnadır.

NAZİK BAĞIRSAĞIN FİSTULLARI

Özət

Fistullar – iki epitelial səth arasında yaranmış patoloji əlaqədir. Fistullar adətən bağırsaq əməliyyatlarının, zədələnmələrinin və xəstəliklərinin ağırlaşmaları kimi meydana gəlir. Nazik bağırsağın fistullarının əksəriyyəti spontan bağlanır, bir qismi isə su-elektrolit mübadiləsinin pozğunluqları, malnutrisiya, sepsis, abses, dəri dəyişiklikləri (dermatit, hiperpigmentasiya və s.) ilə ağırlaşır və letallığa səbəb ola bilər. Fistulun gedişi ölçüsündən, yerindən və dərəcəsiindən asılı olaraq dəyişir. Diaqnostika üçün boyayıcı maddələr, kontrastlı müayinələr, KT, endoskopiya aparılır. Müalicəsi ikimərhələlidir, birinci mərhələdə konservativ tədbirlərlə ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi aparılır, ikinci mərhələdə isə fistulu aradan qaldırmaq üçün cərrahi, endoskopik tədbirlər həyata keçirilir.



Prof. Dr. N.Y. Boy

Standart NB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, vitamin səviyyələri, kultür, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Yaradan bağırsaq ifrazatı • Dehidratasiya • Malabsorbsiya • Arıqlama Laborator müayinələr • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • CRP • Onkomarkerlər • Hormonal müayinələr Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • Kontrastlı rentgen • KT • MRT • Endoskopiya • EUS • Biopsiya	• Laparoskopiya, laparotomiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi (rezeksiya və s.). • Endoskopik müdaxilələr • Konservativ	

Diaqnostika

- Fistullar yaradan nazik bağırsaq möhtəviyyatının gəlməsi, abses və sepsis əlamətləri ilə meydana çıxır.
- Diaqnostika üçün boyayıcı maddələr, kontrastlı müayinələr (kontrastlı Rentgenoloji və ya KT), endoskopiya mühümdür.
- Ağırlaşmaların müəyyənləşdirilməsi üçün elektrolitlər, hemodinamika, qidalanma səviyyəsi, qarındaxili abseslər, dəri dəyişiklikləri, ifrazatın miqdarı, xarakteri, kimyəvi tərkibi və s. öyrənilməlidir.

- Səbəbin təyini anamnez (əməliyyat, travma, xəstəliklər), KT və digər müayinələrin nəticələrinə əsaslanır.

Müalicə

- İkimərhələli müalicə planı tətbiq edilir.
- **I mərhələdə** məqsəd ağrılaşmaları aradan qaldırmaq, fistulətrafı iltihabın sönməsinə şərait yaratmaq (infiltrativ-bitişmə peritonitinin sönməsi) və onun spontan bağlanmasını təmin etməkdir. Bu müalicə ilk 24 saat ərzində başlanmalı, 4-6 həftə, bəzən 3 ay ərzində davam etdirilməlidir. Bu mərhələdə aşağıdakı müalicə tədbirləri aparılır:
 - » infuziya
 - » qidalandırma (parenteral və oral)
 - » sepsis və absenin müalicəsi
 - » dərinin qorunması (sarğılar, məlhəmlər, örtüklər və vakuum aspirasiya sistemləri)
 - » ifrazatın azaldılması (sandostatin, oral qidalandırılmanın kəsilməsi, stenoz distal hissələrdə yerləşərsə, nazoqastral zond və ya stent taxılması)
 - » səbəbin araşdırılması
- **II mərhələ** bağlanmayan fistullarda başlanır. Məqsəd fistulun və fistul əmələgəlmənin səbəb(lər)inin aradan qaldırılmasından ibarətdir. Fistulun bağlanması cərrahi əməliyyat və örtüklü stentlər qoyulması yolu ilə təmin edilir.
- Cərrahi üsulun seçimində fistulun səbəbi və lokalizasiyası önəmlidir.
 - » Mədənin kiçik ifrazatlı fistulları adətən spontan bağlanır, bağlanmayan fistullarda dəliyin tikilməsi, serozüstü yamaq qoyulması və ya ekssiziya səmərəlidir.
 - » 12bb-nin güdülü (fistulu) əksər hallarda ilkin tədbirlərlə spontan bağlanır. Bağlanmayan fistullarda fistul dəliyinin ölçüsünə, lokalizasiyasına və stenozun olma(ma)sına görə müalicə üsulu seçilir. Kiçik dəliklər tikilir. Böyük defektli və ampulyar hissəyə yaxın fistullara nazik bağırsaq yamağının qoyulması məqsədəuyğundur. Distal stenozla bağlı fistullarda Roux (Y) tipli duodenoyeyunoanastomoz qoyulur.
 - » Nazik bağırsağın fistullarının spontan bağlanmadığı hallarda fistulgəzdirci hissənin rezeksiyası və təkrar anastomoz qoyulması ilk seçimdir. Daxili fistullarda bağırsaq və orqanın *en bloce* rezeksiyası yerinə yetirilir. Yüksək riskli xəstələrdə rezeksiyadan sonra proksimal stoma qoyulması göstərişdir.
 - » Yoğun bağırsaq fistulları çox az hallarda bağlanmır. Bu fistullarda fistulgəzdirci hissənin rezeksiyası və ya anastomoz qoyulması ilk seçimdir. Defektin birincili bağlanması, stoma qoyulması əməliyyatları da tətbiq edilə bilər.
- Fistul cərrahlığında qidalandırıcı yeyunostomiyanın qoyulması və perioperativ antibiotikoterapiya unudulmamalıdır.

Ədəbiyyat

(1),(23),(24),(25),(25–30)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

YOĞUN BAĞIRSAĞIN CƏRRAHİ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Xaləddin Musayev Tibb ü.f.d. Aynur Səfiyeva Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. Niyazi Eminov Dr. İlqar İsmayılov Dr. Elgün Səmədov

XƏSTƏLİKLƏR

- Qeyri – spesifik xoralı kolit
- Divertikul, divertikulyoz və divertikulit
- Yoğun bağırsağın polipləri
- Yoğun bağırsağın bədxassəli törəmələri – yoğun bağırsaq xərçəngi (adenokarsinoması)
- Düz bağırsağın adenokarsinoması
- Yoğun bağırsağın burulması
- *C.difficile koliti* (pseudomembranoz kolit)
- Kəskin obstruktiv bağırsaq keçməzliyi
- Kəskin qeyri – obstruktiv meqakolon (Ogilve sindromu)
- Toksik meqakolon
- Xroniki qeyri – obstruktiv bağırsaq keçməzliyi
- Anadangəlmə aqanqlionar meqakolon (Hirschsprung xəstəliyi)

MÜAYİNƏLƏR

Klinik müayinələr	• Ağrı • İshal • Qəbizlik • Köp • Qanaxma • Palpator kütlə • Digər
Laborator müayinələr	• Nəcis analizi və kultürü • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9) • Hemoqram • Biokimya • Elektrolitlər • Kolprotektin
Görüntüləmə və digər müayinələri	• Rentgenoqrafiya • Defekoqrafiya • KT • MRT • Virtual kolonoskopiya • Kolonoskopiya • EUS • Biopsiya • Laparoskopiya, laparotomiya

MÜALİCƏLƏR

Konservativ müalicələr

- Antibiotiklər
- Pro- və prebiotiklər
- QŞİƏD
- Steroidlər
- Anti-sitokin və reseptor blokatorları
- Anti-diarreya
- İslədiciilər
- İmalə
- Şamlar
- Kimyəvi dərman müalicəsi
- Digər

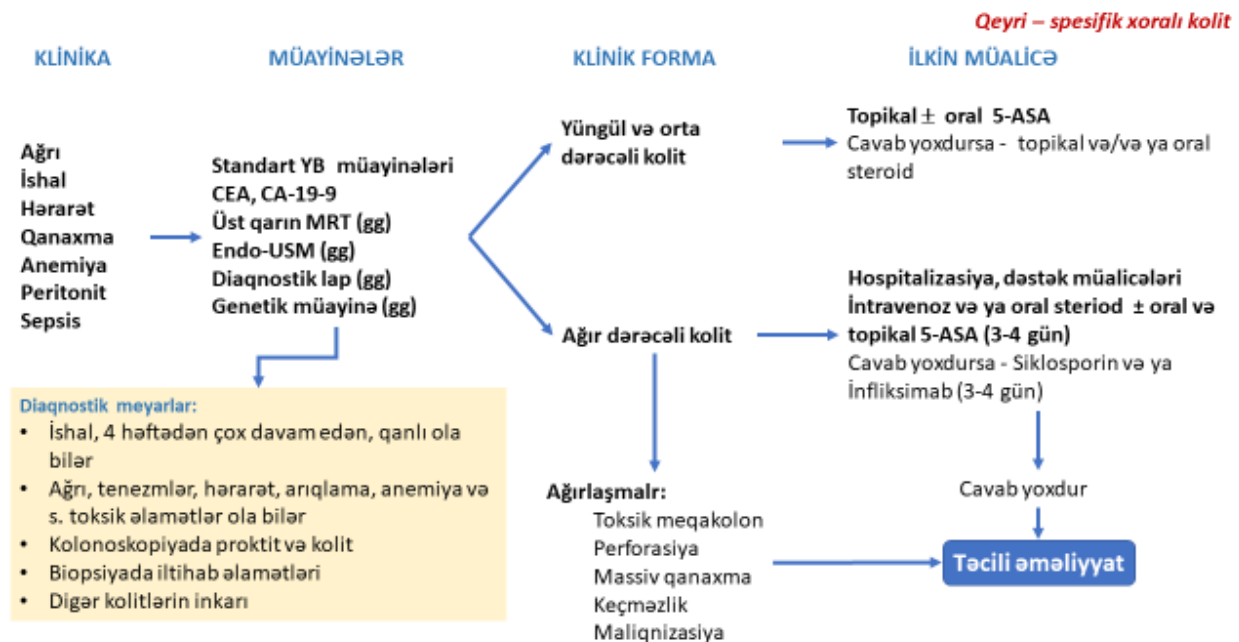
Açıq, laparoskopik və endoskopik müdaxilələr

- Sağ hemikolektomiya
- Sol hemikolektomiya
- Trasversektomiya
- Sekumektomiya
- Sigmoidektomiya
- Total kolektomiya
- Subtotal kolektomiya
- Koloproktektomiya
- Ön və aşağı ön rezeksiyalar
- Rezeksiya və transpozisiya (ileal poş və digər)
- Hartman əməliyyatı (rezeksiya + stoma)
- Kolostoma
- Kolopeksiya
- Endoskopik mukozal rezeksiya (EMR)
- Endoskopik polipektomiya

QEYRİ-SPEŞİFİK XORALI KOLİT

Özət

Qeyri-spesifik xorali kolit və ya qısaca xorali kolit yoğun bağırsağın selikli qişasının xroniki iltihabıdır, düz bağırsaqdan başlayıb proskimala doğru yayılır. Xorali kolitin səbəbi və mexanizmi dəqiq bilinmir, lakin genetik, infeksiyon, immun, pəhriz və digər xarici amillərin xroniki iltihabı prosesdə rolu ehtimal edilir. Xəstəlik əksər hallarda kəskinləşmələrin (ağrı, qanlı ishal, hərarət) və remissiyaların təkrarlanması ilə gedir, bəzən ağırlaşmalara səbəb olur (qanaxma, toksik dilatasiya, perforasiya və s.). Diaqnozu meyarlara və differensial diaqnoza əsaslanaraq qoyulur, ona görə də, xəstələrə geniş müayinələr aparmaq lazım gəlir (nəcis analizi, iltihab göstəriciləri, kolonoskopiya, biopsiya, KT və digər). Diaqnostik meyarlara dörd həftədən çox davam edən ishal, ağrı, tenezmlər, kolonoskopiya proktit və kolit, biopsiyada iltihab əlamətləri və digər kolitlərin inkarı aiddir. Xorali kolitin əsas müalicəsi konservativdir, kəskinləşməni söndürmək üçün (induksiya) və residivin profilaktikası üçün (davamedici müalicə) aparılır, cərrahi müalicə ağırlaşmalarda göstərişdir.



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, QF, QQT, bilirubin, albumin, CRP, kreatinin, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Ağrı • İshal • Köp • Qanaxma • Hərərət • Ekstrakolon əlamətlər Laborator müayinələr • Nəcis analizi • Şiş markerləri • CRP • Hemoqram • Biokimya • Elektrolitlər • Kolproktin Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	• Genetik müayinə • Rentgenoqrafiya • MRT • Virtual kolonoskopiya • EUS • Laparoskopiya, laparotomiya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antibiotiklər • Pro- və prebitiklər • QSiƏD • Steroidlər • Anti-diarreya • İmalə • Şamlar • Digər	• İmmunosupressiv müalicələr • Proktokolektomiya + ileoanal anastomoz (İPAA) • Proktokolektomiya + ileostomiya • İki etaplı əməliyyat (kolektomiya + ileostomiya, sonra proktokolektomiya + ileoanal anastomoz) • Endoskopik polipektomiya • Digər

Diaqnostikası

Şübhə

Aşağıda qeyd edilən hallarda xoralı kolitdən şübhələnmək lazımdır:

- İshalı olanlar, xüsusən 4 həftədən çox davam edən və qanlı ishalla, tenezmlərlə, qarın ağrıları və hərarətlə müşayiət olunan hallar
- Ailəsində xoralı koliti olanlarda bu şübhə daha da artır
- Kolonoskopiya rektumda və bununla yanaşı proksimalda olan iltihab, eroziyalar, xoralar və s.
- USM/KT/MRT- də bağırsaq divarının qalınlaşması olanlarda
- Biopsiyada kolit görünənlərdə

Dəqiqləşdirmə

Xoralı kolitin spesifik klinik, laborator, görüntülmə və biopsiya əlaməti olmadığına görə diaqnoz meyarlara və differensial diaqnoza əsaslanaraq qoyulur. Ona görə də, xəstələrə geniş müayinələr aparmaq lazım gəlir.

Laborator	Laborator müayinələrdə iltihab, malabsorbsiya, anemiya əlamətləri görünə bilər: EÇS artması, steatorreya, albuminin azalması və s. Bu əlamətlərin də heç biri spesifik deyil. Nəcis analizi vacib müayinədir, infeksiya ishalın (bakterial, parazitar və s.) inkarı üçün aparılır. Müştərək skleroz xolangiti təsdiq və ya inkar etmək üçün xolestaz göstəricilərinə baxmaq lazımdır (QF, QQT və bilirubin artması).
Görüntülmə	USM-in xoralı kolit diaqnostikasında əhəmiyyəti yoxdur. Qaraciyər və digər parenximatoz orqanlardakı dəyişikliyi göstərə bilər. KT xoralı kolitdə ağırlaşmaların diaqnostikasında və differensial diaqnostikada istifadə edilir. Adətən bağırsaq divarının diffuz qalınlaşması və ödemi görünə bilər ki, bu da spesifik deyil. İrriqoskopiya hazırda geniş istifadə edilmir. MRT müştərək skleroz xolangiti dəqiqləşdirmək üçün aparılır.
Kolonoskopiya + biopsiya	Kolonoskopiya və biopsiya xoralı kolit diaqnostikasında mütləq müayinədir, iltihabı, yayılma dərəcəsini, selikli qışada dəyişikliyin dərəcəsini qiymətləndirə bilər və biopsiya aparılır. Kolonoskopiya selikli qışanın müxtəlif dərəcəli dəyişiklikləri görünə bilər: eritema, səthi eroziyalar, dərin xoralar, psevdopoliplər, selikli qışanın düzləşməsi, strikturlar və s. Kəskinləşmə fazasında, xüsusən də dilatasiya olanlarda perforasiya riski yaratdığı üçün kolonoskopiya məhdud şəkildə aparılır, rektosigmoid bölgəyə baxılır və biopsiya alınır. Bağırsağın tam müayinəsi kəskin faza söndükdən sonra aparılır.

Aşağıdakı meyarlara əsasən xoralı kolit diaqnozu qoyulur:

- İshal, 4 həftədən çox davam edən, qanlı ola bilər
- Ağrı, tenezmlər, hərarət, arıqlama, anemiya və s. toksik əlamətlər ola bilər
- Kolonoskopiya proktit və kolit
- Biopsiyada iltihab əlamətləri
- Digər kolitlərin inkarı

Differensial diaqnoz

- Xoralı koliti ilk növbədə infeksiyon, Kron, CMV, işemik, divertikulyar, medikamentoz, radiasion, eozinofilik kolitlərdən, solitar rektal xoradan və bədxassəli törəmələrdən fərqləndirmək lazımdır.
- Bunun üçün klinik-anamnestik məlumatlarla yanaşı spesifik müayinələr aparılır: nəcis analizi, biopsiya, KT və s.
- **Kron xəstəliyi** üçün aşağıdakılar xarakterikdir: ishalın nisbətən az sayda və qansız olması, perianal patologiyalar, segmentar zədələnmə, transmural zədələnmə, divar qalınlaşması, böyük mukozal xoralar və çatlar, düzbağırsağın normal görünüşü, gecə tərləmələri və hərarəti, qranulomalar və biopsiyada xarakterik transmural qranulomatoz iltihab. Differensiasiya çətinliyi olanlarda genetik müayinə aparılır və ya “Təyin olunmayan kolit” diaqnozu qoyulur.
- **İnfeksiyon ishal** adətən kəskin başlayır və xəstələrdə tez bir zamanda ağır vəziyyət yarada bilər. Anamnezdə endemik bölgələrə səyahət, natəmiz su və qida qəbulu infeksiyon kolitlərə xarakterikdir. Bakteriya və parazitlərin yoxlanması üçün nəcisin boyanması, kultürü, mikroskopiyası və biopsiyanın Qram boyanması və kultürü aparılmalıdır. Salmonella, Shigella, Kampilobakter yeyuni, Legionella, Xlamidiya, amöbiaz, histoplazmoz, vərəm, CMV, Qonokokk, QİÇS və s. kimi infeksiyalar xoralı kolit kimi klinik və endoskopik əlamətlər verə bilər. Xüsusən amöbiaz inkar olunmadan xəstələrə kortikosteroid verilməməlidir, çünki steroidlər amöbiazi progressivləşdirir.
- **Radiasion kolit** qarın və çanağın şüa müalicəsindən sonra meydana gəlir və endoskopik olaraq xoralı koliti xatırladır. Anamnezdə şüa müalicəsi və biopsiyada eozinofil infiltratlar, epitelial atipiya, fibroz və kapillyar teleangioektaziya radiasion kolit üçün xarakterikdir.
- **Diversion kolit** kolostomiyalardan distalda funksiyasız qalmış bağırsaqda baş verir. Yoğun bağırsağın mukozası normalda əsas qidasını bağırsaq möhtəviyyatından, xüsusən də mikrofloranın ifraz etdiyi yağlardan alır. Defunksional bağırsaq segmentində mikroflora olmadığından epitelin qidalanması zəifləyir və atrofik kolit baş verir. Yağların yerli istifadəsi və kolostomiyanın ləğvi koliti aradan qaldırır.
- **Divertikulyar kolit** üçün xarakterik cəhət divertikullararası nahiyyənin iltihablaşması, divertikul girişinin isə iltihabsız olmasıdır. Divertikul fonunda xoralı kolit olduqda isə həm

divertikulararası, həm də divertikul girişində iltihab görünür, biopsiyada qeyri-spesifik iltihab qeyd edilir.

- **Solitar rektal xoralar**ın xoralı kolitdən differensiasiyası yerinə görə və adətən biopsiya ilə mümkün olur.
- Bəzi dərmanlar xüsusən də, qeyri-steroid iltihabəlehinə dərmanlar, retinokolit törədə bilirlər.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

- Ağırliq dərəcəsinin təyini üçün klinik və endoskopik klassifikasiyalardan istifadə edilir.
- Ən çox tövsiyə olunan klassifikasiya Montreal klinik dərəcələndirilməsidir ki, ishal sayı, toksik əlamətlər və laborator göstəricilər nəzərə alınır:
 - **Yüngül dərəcə** (23-30%) - gündəlik ishal 4 dəfədən az, qansız və ya az qanlı olur, ümumi əlamətlər olmur (anemiya, taxikardiya, hərarət, arıqlama), EÇS normaldır.
 - **Orta dərəcə** (25-30%) - gündəlik 4-6 dəfə qanlı ishal olur, ağrılar yüngül, lakin daimidir, yüngül ümumi əlamətlər var (hərarət $<37.5^{\circ}\text{C}$, zəif anemiya, arıqlama).
 - **Ağır dərəcə** - gündəlik ishal sayı 6 dəfədən çox və qanlı, daimi güclü ağrılar, ağır sistem əlamətləri: temperatur $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$, taxikardiya ≥ 90 , anemiya (hemoglobin <10.5 q/dL) və EÇS ≥ 30 mm/saat

Müalicəsi

Prinsip Xoralı kolitin müalicəsində əsas hədəf kəskin fazanı söndürmək və uzunmüddətli remissiyanı təmin etməkdir. Müalicəsi üçün konservativ və cərrahi tədbirlər mövcuddur.

Müalicə üsulları

Konservativ müalicələr – kəskin fazanı söndürmək və residivin profilaktikası üçün aparılır:

- Pəhriz
- İltihabəlehinə (yerli və ya oral)
 - » 5-aminosalisilatlar
 - sulfosalazin (2–4 q/gün)
 - mesalamin (2–5 q/gün)
 - osalazin (1–3 q/gün)
 - balsalazid (6,7 q/gün)
 - » İmmunosupressorlar
 - Steroidlər
 - Siklosporin
 - Anti – TNF
- Simptomatik

- » Spazmolitik
- » Ağrıkəsici
- » Antidiarreya
- Antibiotiklər
- Probiotiklər
- Vitamin müalicəsi

Cərrahi müalicələr – ağırlaşmaların müalicəsi üçün aparılır

- Proktokolektomiya + ileoanal anastomoz (İPAA)
- Proktokolektomiya + ileostomiya
- İki etaplı əməliyyat: kolektomiya + ileostomiya, sonra proktektomiya + ileoanal anastomoz

Əməliyyata göstərişlər:

- Konservativ müalicəyə cavab yoxdur
- Ağırlaşmalar:
 - » Massiv qanaxma
 - » Perforasiya
 - » Toksik meqakolon
 - » Striktur və keçməzlik
 - » Xərçəng və ya şübhəsi

Müalicə seçimi

- Xoralı kolitin əsas müalicəsi konservativdir, cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.
- Konservativ müalicə kəskinləşməni söndürmək üçün (induksiya) və residivin profilaktikası üçün (davamedici müalicə), əməliyyat isə adətən ağırlaşmaların müalicəsi üçün aparılır.
- Müalicə üsulunun seçilməsi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə və yoğun bağırsağın zədələnmə dərəcəsinə əsaslanır.
 - » Yüngül və orta dərəcədə topikal və oral 5-ASA başlanır, cavab yoxdursa, steroid əlavə edilir.
 - » Ağır dərəcədə steroid müalicəsi başlanır, cavab yoxdursa, güclü immunosuppressorlar (siklosporin və ya infliksimab) əlavə edilir və ya cərrahi müalicə edilir.
 - » Cərrahi ağırlaşmalar varsa, əməliyyat göstərişdir.

YOĞUN BAĞIRSAQ DİVERTİKULU VƏ DİVERTİKULİTİ

Özət

Divertikul bağırsaq divarının bir qatının və ya bütün qatlarının torbaşəkilli kənara çıxmasıdır, iç qatı epitellə örtülüdür (“divar yırtığı”). **Divertikulyoz** çoxsaylı divertikullara deyilir. Yoğun bağırsaq divertikulları əksər hallarda əlamət vermirlər, sol tərəfdə yerləşirlər, çox az hallarda divertikulit və qanaxma ilə ağırlaşirlər. Diaqnozu adətən təsadüfi KT və kolonoskopiya ilə qoyulur. Ağırlaşma yoxdursa, müalicəyə ehtiyac yoxdur.

Divertikulit kolon divertikullarının iltihabı və perforativ ağırlaşmasıdır. Divertikulit zəif iltihabi infiltrasiyadan tutmuş abses və ağır nəcis peritonitinə qədər dərinləşə bilər, keçməzlik, fistul kimi ağırlaşmalara da gətirib çıxara bilər. Diaqnostikası üçün klinik, laborator və KT müayinəsi lazım gəlir. Kəskin qarın (qarında ağrı, gərginlik, infiltrat, abses, peritonit) leykositoz, CRP artması, tomoqrafiyada bağırsaq divarının qalınlaşması, perikolik infiltrasiya, maye, abses, perforasiya (sərbəst hava, kontrast ekstravazasiyası) xarakterik əlamətləridir. Müalicəsi ağırlaşmamış divertikulitdə konservativdir, ağırlaşmış divertikulitlərdə (abses, peritonit, keçməzlik) cərrahi müdaxilə lazım gəlir (perkutan drenaj, rezeksiya, Hartman əməliyyatı).

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Kəskin qarın əlamətləri - Anamnezdə divertikul Laborator müayinələr - Nəcis analizi - Şiş markerləri (CEA, CA-19-9) - CRP - Hemoqram - Biokimya - Elektrolitlər Görüntüləmə və digər - KT - Kolonoskopiya - Biopsiya - Digər	- Maye biopsiyası - MRT - Virtual kolonoskopiya - EUS - Laparoskopiya, laparotomiya - Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr

- Antibiotiklər
- Pro- və prebiotiklər
- QSiƏD
- Digər

- Laparoskopik sanasiya və drenaj
- Perkutan drenaj
- Kolon rezeksiyası
- Hartman əməliyyatı
- Fistula görə əməliyyatlar
- Digər

Divertikul

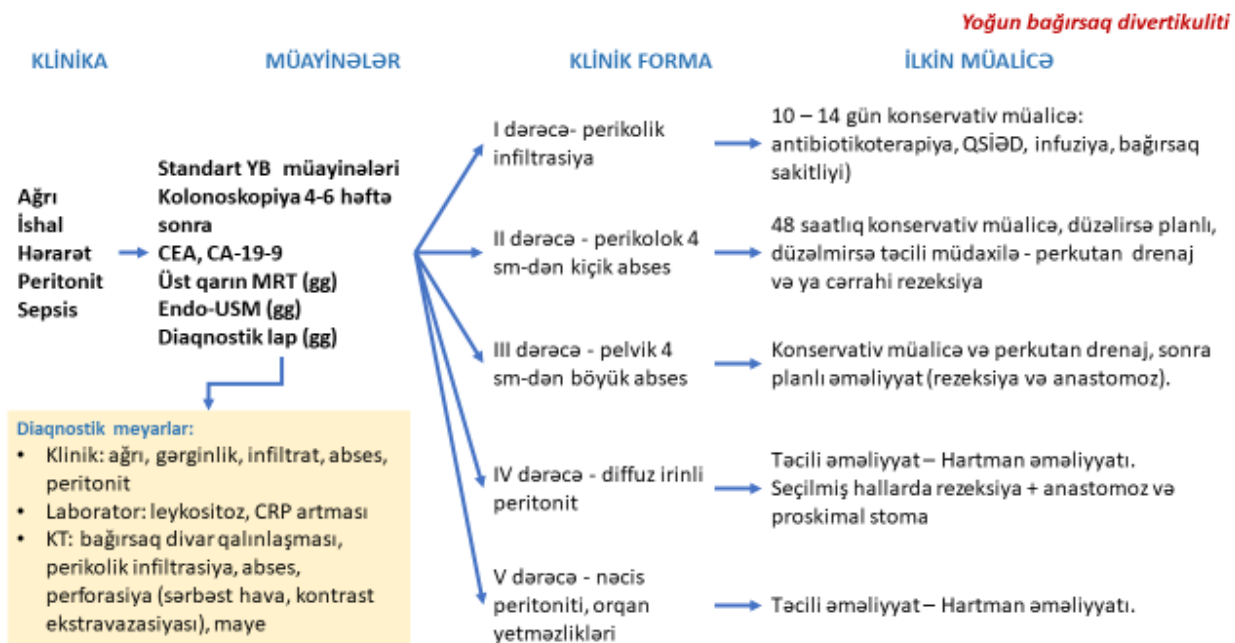
Klinika və diaqnostikası

- Divertikullar ağırlaşma törətdikdə əlamətlər ortaya çıxır, əks halda simptom törətmirlər, ona görə də əksəriyyəti asimptomatıkdir və təsadüfi müayinələrdə tapılır.
- Kontrastlı rentgendə və KT-də divertikullar havalı və ya kontrastlı qabarmalar kimi görünür.
- Kolonoskopiya isə bağırsaq mənfəzindən əlavə dəlik və mənfəzlər görünür.

Müalicəsi

- Asimptomatik divertikullarda müalicəyə ehtiyac yoxdur
- Simptomatik (ağırlaşmış) divertikullarda isə ağırlaşmaya uyğun müalicə seçilir.
- Ağırlaşmaların profilaktikası üçün lifli qidalara üstünlük vermək və qəbizliyi aradan qaldırmaq tövsiyə olunur.

Divertikulit



Prof. Dr. NYBəy

Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Diaqnostikası

Şübhə

- Anamnezində divertikulu olan xəstələrdə qarında ağrı və hərarət
- Soltərəfli ağrıları, yerli iltihab əlamətləri və hərarəti olanlarda
- Yaşlı xəstələrdə qarındaxili ağrılı infiltrat, abses, peritonit, keçməzlik
- Kolonoskopiya da bağırsaq divarında infiltrasiya
- Sidik kisəsi və ya vaginadan nəcis və qaz ifrazı olanlarda

Dəqiqləşdirmə

Divertikulit diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün klinik, laborator və KT müayinələrinin nəticələri nəzərə alınır və differensiasiya aparılır.

Laborator	Divertikulitdə özünə yox, sistemli iltihaba xas olan leykositoz və CRP artması müşahidə edilir. Bu göstəricilər abses və peritonitlərdə daha yüksək səviyyələrə çatır
Görüntüləmə	
USM	USM ilə divertikulitin diaqnozunu dəqiqləşdirmək çətindir, lakin divertikulitin dolayı əlamətlərini görmək olar və digər patologiyalardan fərqləndirmək üçün tətbiq edilə bilər.
KT	KT (oral + i.v. kontrastla) divertikulit diaqnostikasında standart üsuldur. Bağırsaq divarının qalınlaşması, ətrafında infiltrasiya, abses, kontrastın ekstravazasiyası, qarında sərbəst hava, maye, divertikulyozun görünməsi divertikulitin KT əlamətləridir. KT ilə divertikuliti appendisitdən, appendagitdən fərqləndirmək olur, lakin iltihablaşmış və perforasiya etmiş törəmələrdən fərqləndirmək çətin olur.
Kolonoskopiya	Kolonoskopiya divertikulit diaqnostikasında ilkin üsul kimi tövsiyə edilmir, çünki divertikuliti ağırlaşdırma bilər. Ona görə də divertikulit şübhəsi olanlarda kolonoskopiyanı bağırsaq divarında iltihab söndükdən sonra (4 – 6 həftə) şişdən və iltihabi bağırsaq xəstəliklərindən differensiasiya məqsədi ilə aparmaq olar. Kəskin divertikulitlərdə kolonoskopiya da bağırsaq divarında qalınlaşma, iltihab (divertikulyar kolit), hətta sərbəst perforasiya görünür.

Diaqnostik əlamətlər:

- Klinik olaraq qarında iltihab əlamətləri: ağrı, gərginlik, infiltrat, abses, peritonit
- Laborator olaraq iltihab əlamətləri: leykositoz, CRP artması

- KT əlamətləri: bağırsaq divarının qalınlaşması, perikolik infiltrasiya, abses, perforasiya (sərbəst hava, kontrast ekstravazasiyası), maye

Differensial diaqnoz

- Divertikulitləri kolon xərçənglərindən, iltihabi (kron, xoralı kolit) və işemik bağırsaq xəstəliklərindən fərqləndirmək lazımdır. KT bəzi hallarda bunun üçün faydalı ola bilər, lakin dəqiqləşdirmək əksər hallarda çətin olur. Ona görə də, kəskin iltihab söndükdən sonra (4 – 6 həftə) kolonoskopiya və biopsiya etmək lazımdır.
- Uzun S-vari bağırsaq sağtərəfli yerləşdikdə və ya sağ kolon divertikulitlərini ilk növbədə kəskin appendisitdən fərqləndirmək lazımdır, çünki kəskin appendisit təcili əməliyyat tələb edir. KT bu məqsədlə faydalı ola bilər, lakin çətinlik olarsa, əməliyyat lazımdır. Soltərəfli appendisiti də unutmamaq lazımdır. Soltərəfli divertikulitləri bəzən appendagitdən (piy artımlarının iltihabı) fərqləndirmək çətin olur. Appendagitlər gənc yaşlarda rast gəlir, lokal nöqtəvari ağrılar olur, leykositoz xarakterik deyil və KT-də abses görünür.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

- Divertikulitin ağırliq dərəcəsinə təyin etmək üçün ağırlaşmalara (ağırlaşmış və ağırlaşmamış divertikulitlər) və klinik gedişə diqqət edilir.
- Divertikulitin törətdiyi intraabdominal infektiv ağırlaşmaların dərəcəsinə qiymətləndirmək üçün modifikasiyalı Hinchey təsnifatından istifadə edilir ki, bunun üçün də klinik və KT nəticələri nəzərə alınır:
 - I dərəcə (ağırlaşmamış) - kolonətrafi infiltrasiya
 - II dərəcə - kiçik abses (4 sm-dən kiçik)
 - III dərəcə - böyük abses (4 sm-dən böyük)
 - IV dərəcə - diffuz irinli peritonit
 - V dərəcə - diffuz nəcis peritoniti və orqan yetməzlikləri

Müalicəsi

Prinsip

Divertikulitin müalicəsində əsas prinsip ağırliq dərəcəsinə və gedişinə görə konservativ, azinvaziv və cərrahi müalicə seçimidir. Profilaktik rezeksiya və kolektomiya tövsiyə edilmir.

Müalicə üsulları

Konservativ müalicə - ağırlaşmamış divertikulitdə tətbiq edilir:

- Antibiotikoterapiya

- infuziya
- Bağırsaq sakitliyi
- Pəhriz

Perkutan drenaj absədə tətbiq edilir.

Cərrahi müalicələr

- Hartman əməliyyatı
- Rezeksiya və anastomoz

Əməliyyata təcili göstəriş

- Peritonit
- Müalicəyə tabe olmayan abses

Əməliyyata planlı göstəriş

- perkutan drenajdan sonra
- fistul
- differensiasiya çətinliyi
- iki dəfədən çox divertikulit

Müalicə taktikası

Divertikulitlərin müalicəsinə ümumiyyətlə baxılırsa, ağırlaşmamış divertikulitdə konservativ müalicə seçilir, ağırlaşmış divertikulitlərdə (abses, peritonit, keçməzlik) müdaxilə lazım gəlir.

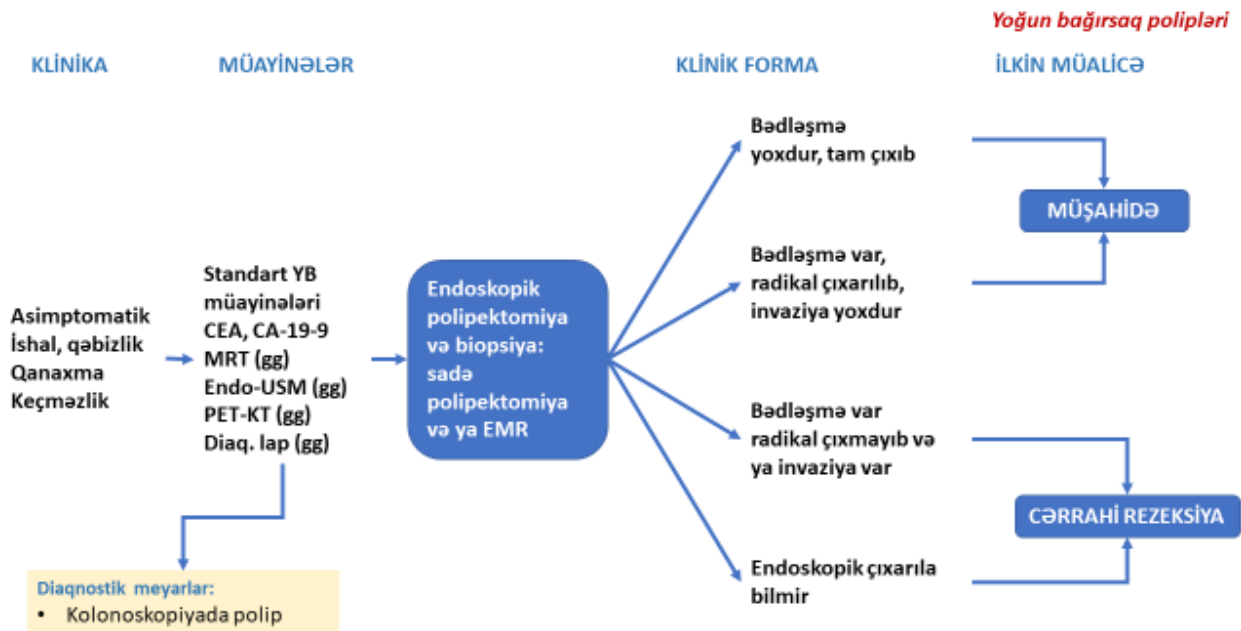
Ağırlaşmamış divertikulit (I dərəcə-perikolik infiltrat)	10 – 14 gün konservativ müalicə (antibiotikoterapiya, QŞİƏD, infuziya, bağırsaq sakitliyi) aparılır, 4–6 həftə sonra differensiasiya məqsədilə kolonoskopiya edilir. Əgər iki dəfədən çox divertikulit epizodu olmuşsa, planlı rezeksiya edilə bilər.
Perforativ	• II dərəcə (abses 4 sm-dən kiçik -Hinchey I) – konservativ müalicə edilir, əgər 48 saat ərzində düzəlmirsə təcili müdaxilə (perkutan drenaj və ya cərrahi rezeksiya), düzəliyə planlı rezeksiya edilir. • III dərəcə (pelvik abses 4 sm-dən böyük - Hinchey II) – konservativ müalicə və perkutan drenaj, sonra planlı cərrahi müdaxilə edilir (rezeksiya və anastomoz). • IV dərəcə (seroz və ya irinli peritonit Hinchey III) – təcili Hartman əməliyyatı tövsiyə edilir (rezeksiya və proksimal stoma). Aşağı riskli xəstələrdə rezeksiya (orqan yetməzlilikləri olmayan hallar), proksimal ileostoma ilə anastomoz qoyula bilər. • V dərəcə (nəcis peritoniti və ya orqan yetməzlilikləri - Hinchey IV) – təcili Hartman əməliyyatı tövsiyə edilir.

Keçməzlik	• təcili əməliyyata göstərişdir.
Fistullarda	• adətən kəskin iltihabı söndürdükdən sonra planlı əməliyyat lazımdır.

YOĞUN BAĞIRSAĞIN POLİPLƏRİ

Özət

Polip boşluqlu orqanlarda epitelial səthdən mənfəzə doğru qabarmış törəmədir. Gastrointestinal poliplərin ən sıx görüldüyü yer kolorektumdur. **Polipoz** çoxsaylı poliplərə deyilir, **polipoz sindrom** isə genetik xəstəlik olub, yoğun bağırsaqda çoxsaylı poliplərlə xarakterizə olunur, digər orqanlarda patologiya tapıla bilər. Poliplər kiçik ölçülərdə olduqda klinik əlamət törətmirlər, lakin nekrozlaşarsa, qanaxma, böyüyərsə, obstruksiya və malignizasiya kimi ağırlaşmalar törədə bilər. Adenomatöz poliplərin, polipoz sindromların malignizasiya riski çox yüksək, iltihabi, hiperplastik poliplərinki isə çox aşağıdır. Poliplərin diaqnozu kolonoskopiya ilə qoyulur, histoloji tipi isə biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Poliplərin müalicəsi “**çıxar bax**” prinsipini üzərində qurulur: kolonoskopik polipektomiya və/və ya biopsiya edilir, xoşxassəli polipdirsə izlənilir, bədxassəli polip gələrsə, əlavə əməliyyat edilir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Qanaxma • Keçməzlik Laborator müayinələr • Nəcis analizi • Şiş markerləri • Hemoqram • Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonokopiya • Biopsiya • Digər	• MRT • Virtual kolonoskopiya • EUS • Laparoskopiya, laparotomiya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Polipektomiya	• Kolon rezeksiyası • Total kolektomiya • Digər

Diaqnostikasi

Şübhə

Poliplərin spesifik klinik, laborator və görüntüləmə əlamətləri yoxdur və aşağıdakı hallarda polipdən şübhələnmək olar:

- Ailədə polip anamnezi
- Bağırsaq fəaliyyətinin dəyişməsi (qəbizlik, ishal)
- Rektal müayinədə kütlə
- Bağırsaq qanaxması
- Bağırsaq keçməzliyi
- Gizli qan testinin müsbət olması
- KT və ya rentgenoqrafiyada bağırsaqda kütlə tapılması.

Dəqiqləşdirmə

- Polipi təsdiq və ya inkar etmək üçün kolonoskopiya lazımdır.
- Kolonoskopiya polipin yerini, sayını, ölçüsünü, ayaqcığını, hətta bəzi ağırlaşmalarını təyin etmək üçün əsas müayinədir.
- Polipin histoloji növünü təyin etmək üçün kolonoskopik biopsiya aparılmalıdır.

Müalicəsi***Müalicə prinsipi***

Poliplərin histoloji tipini təyin etmək və ağırlaşma potensialını nəzərə alaraq aşağıdakı ikimərhələli yanaşma tətbiq edilir - **“çıxar bax”** prinsipini:

- ilk olaraq kolonoskopik polipektomiya və/və ya biopsiya edilir
- ikinci mərhələdə histologiyasına görə qərar verilir.

Polipektomiya üsulları

- Endoskopik polipektomiya
- Endoskopik mukoza rezeksiyası (EMR)
- Cərrahi – bağırsaq rezeksiyası

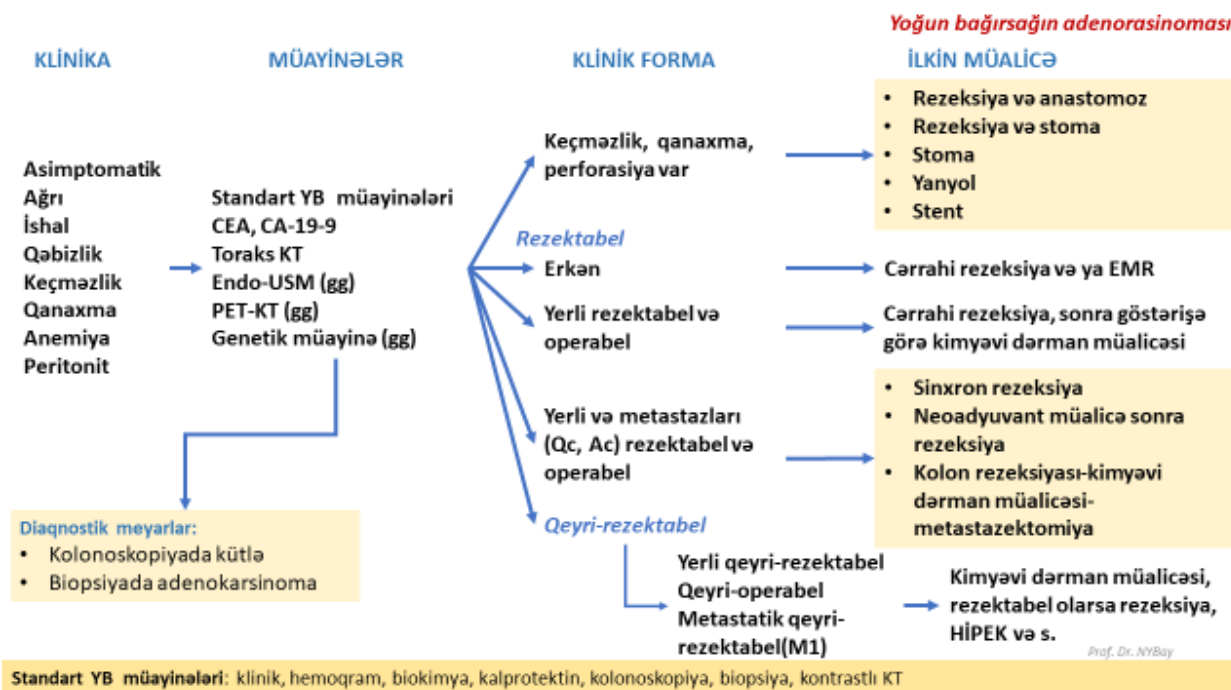
Cərrahi rezeksiyaya göstərişlər (açıq və ya laparoskopik):

- Endoskopik çıxarılması mümkün olmayan poliplər
- Bədləşməsi olan, invaziv (bağırsaq divarına və limfa düyününə) və ya tam çıxarılmamış poliplər

YOĞUN BAĞIRSAQ XƏRÇƏNGİ

Özət

Yoğun bağırsağın bədxassəli törəmələrinin əksəriyyəti selikli qışadan inkişaf edən adenokarsinomalardır, karsinoidlər və digər mezenximal törəmələr az rast gəlinir. Adenokarsinomaların etiologiyası dəqiq bilinmir, lakin bəzi irsi xəstəliklər (polipoz sindromlar, qeyri-polipoz sindrom), poliplər, iltihabi xəstəliklər və yağlı qidalar risk amili hesab edilir. Klassik olaraq kolon xərçənginin əksəriyyətinin polip - xərçəng mərhələləri üzrə inkişaf etdiyi ehtimal olunur. Xəstəlik adətən erkən mərhələdə asimptomatik olur, böyüdükcə və yayıldıqca qarın əlamətləri (qəbizlik, ishal, köp, diskomfort, ağrı və qarında kütlə) və ya ağırlaşmalar (qanaxma, anemiya, keçməzlik, perforasiya – abses və peritonit) ortaya çıxa bilər. Kolon və düz bağırsaq xərçənginin diaqnozu kolonoskopiya və biopsiya ilə dəqiqləşdirilir, mərhələsini müəyyənləşdirmək üçün KT, MRT, EUS, bəzən də PET-KT lazım gəlir. Həm kolon və həm də düz bağırsaq xərçənglərində radikal rezeksiya əsas müalicədir, residivi azaltmaq və şişi kiçiltmək üçün göstərişə görə kimyəvi dərman və şüa müalicəsi əlavə edilir. Kolon xərçəngində “əvvəl rezeksiya, sonra göstərişə görə kimyəvi dərman müalicəsi”, düz bağırsaq xərçəngində isə “əvvəl kimyəvi dərman-şüa müalicəsi, sonra əməliyyat, sonra isə kimyəvi dərman müalicəsi” ardıcılığı seçilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Bağırsaq fəaliyyətinin dəyişməsi • Anamnezdə bağırsaq xəstəliyi • Qanaxma • Keçməzlik • Abses, peritonit Laborator müayinələr • Nəcis analizi • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • MRT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	• Genetik müayinə • Virtual kolonoskopiya • EUS • PET-KT • Laparoskopiya, laparotomiya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Kimyəvi dərman müalicəsi • Şüa müalicəsi	• Endoskopik mukozal rezeksiya • Stoma • Stent • Ablativ rekanalizasiyalar • Pelvik ekzantrasiya • Genişləndirilmiş rezeksiyalar • Digər

Diaqnostikası

Şübhə

Aşağıda qeyd edilən hallarda kolon xərçəngindən şübhələnmək lazımdır:

- 50 yaşından yuxarı olanlar (ildə bir dəfə kolonoskopiya olunmalıdır)
- Nəcisdə gizli qan testi müsbət olanlar
- Bağırsaq fəaliyyətində dəyişiklik (ishal, qəbizlik)
- Bağırsaq qanaxması
- Bağırsaq keçməzliyi
- Bağırsaq perforasiyası
- Ailədə kolon xərçəngi
- Əvvəllər kolon xərçəngi
- Bağırsaq polipi, polipozu, Kron və xorali koliti olanlar
- KT-də bağırsaqda törəmə, divar qalınlaşması tapılan xəstələr
- Digər

Dəqiqləşdirmə

- Kolon xərçənginin dəqiqləşdirilməsi üçün standart üsul **kolonoskopiya və biopsiyadır**.
- Kolonoskopiya törəmənin yerini, sayını, ölçüsünü dəqiqləşdirə bilir və biopsiya etməyə imkan verir

Mərhələnin təyini

- Mərhələni təyin etmək üçün törəmənin divara və ətraf orqanlara invaziyasını, limfatik düyünlərə və uzaq orqanlara yayılmasını müəyyənləşdirmək lazımdır.
- **Klinik mərhələnin** (əməliyyatözü) təyini üçün endoskopik USM, KT/MRT və göstərişə görə PET-KT istifadə edilir.
- Törəmənin divara invaziyasını təyin etmək üçün ən həssas üsul endoskopik USM-dir.
- Limfatik düyünlərə yayılmanı müəyyənləşdirmək üçün düz bağırsaq xərçəngində MRT, kolon xərçəngində isə MRT və ya KT tətbiq edilir.
- Uzaq metastazların təyini üçün standart olaraq qarın boşluğu və döş qəfəsi KT aparılır. Bəzi hallarda pozitron emission tomoqrafiya (PET) da tətbiq edilə bilər.
- **Cərrahi mərhələnin** (intraoperativ və patoloji) təyini əməliyyatdan sonra çıxarılan bağırsağın və limfa düyünlərinin müayinəsi ilə həyata keçirilir.

Müalicəsi

Müalicə prinsipi

- Həm kolon, həm də düz bağırsaq xərçənglərində törəməni radikal çıxartmaq əsas prinsipdir (tam mezokolon və mezorektal ekssiziya).
- Residivi azaltmaq və şişi kiçiltmək üçün göstərişə görə kimyəvi dərman və şüa müalicəsi aparılır.

- Heç bir kimyəvi dərman və şüa müalicəsi düzgün olmayan cərrahi müalicəni korreksiya etmir, bu baxımdan yoğun və düz bağırsağın bədxassəli törəmələrində ən doğru müalicə şişin radikal çıxarılmasıdır!!!

Müalicə üsulları

- Radikal üsullar
 - » Cərrahi rezeksiya (açıq və laparoskopik)
 - » Endoskopik mukozal rezeksiya
- Köməkçi üsullar
 - » Kimyəvi dərman müalicəsi (FOLFOKS, FOLFİRİ, hədəf müalicələri və s.)
 - » Şüa müalicəsi
- Palliativ üsullar
 - » Yanyol anastomozlar
 - » Proksimal stoma
 - » Stent

Müalicə seçimi

Müalicə üsulunun və ardıcılığının seçimində törəmənin lokalizasiyası (düz və yoğun bağırsaq), mərhələsi və risk amilləri əsas götürülür.

Yoğun bağırsaq xərçəngində “rezektabel mərhələdə əvvəl rezeksiya, sonra göstərişə görə kimyəvi dərman müalicəsi, qeyri-rezektabel mərhələdə isə əvvəl kimyəvi dərman müalicəsi, sonra rezektabel vəziyyətə gələrsə rezeksiya” prinsipinə əsaslanılır:

- Mərhələsindən asılı olmayaraq törəmənin törətdiyi **cərrahi ağırlaşma** (keçməzlik, massiv qanaxma, perforasiya) varsa, təcili olaraq radikal və ya palliativ müdaxilələr edilir və göstərişə görə kimyəvi dərman müalicəsi verilir:
 - radikal rezeksiya və anastomoz
 - rezeksiya və stoma (Hartman əməliyyatı)
 - proksimal stoma
 - yanyol anastomoz
 - stent
- **Törəmə rezektabeldirsə və xəstə operabeldirsə** əvvəlcə rezeksiya etmək və sonra isə göstərişə görə kimyəvi dərman müalicəsi aparmaq lazımdır. Açıq və ya laparoskopik yoğun bağırsaq rezeksiyası və geniş limfadisseksiya standartdır. Erkən mərhələdə (selikli qışanı keçməyən) endoskopik mukozal rezeksiya (EMR) tətbiq edilə bilər.
- **Törəmənin özü və metastazları (Qc və Ac) rezektabeldirsə** və xəstə operabeldirsə, üç yanaşmadan biri seçilə bilər:
 - sinxron rezeksiya sonra kimyəvi dərman müalicəsi,

- əvvəl yoğun bağırsaq rezeksiyası sonra kimyəvi dərman müalicəsi sonra isə metastazektomiya
- əvvəl kimyəvi dərman müalicəsi sonra rezeksiyalar
- Törəmənin özü, peritoneal və digər metastazları **qeyri-rezektabeldirsə və ya xəstə qeyri-operabeldirsə**, kimyəvi dərman müalicəsi etmək və rezektabel vəziyyətə gələrsə, əməliyyat etmək lazım gəlir. Peritoneal yayılması olan bəzi xəstələrdə şışazaldıcı cərrahiyyə və hipertermik intraperitoneal kimyəvi dərman müalicəsi (HİPKDM) edilə bilər.

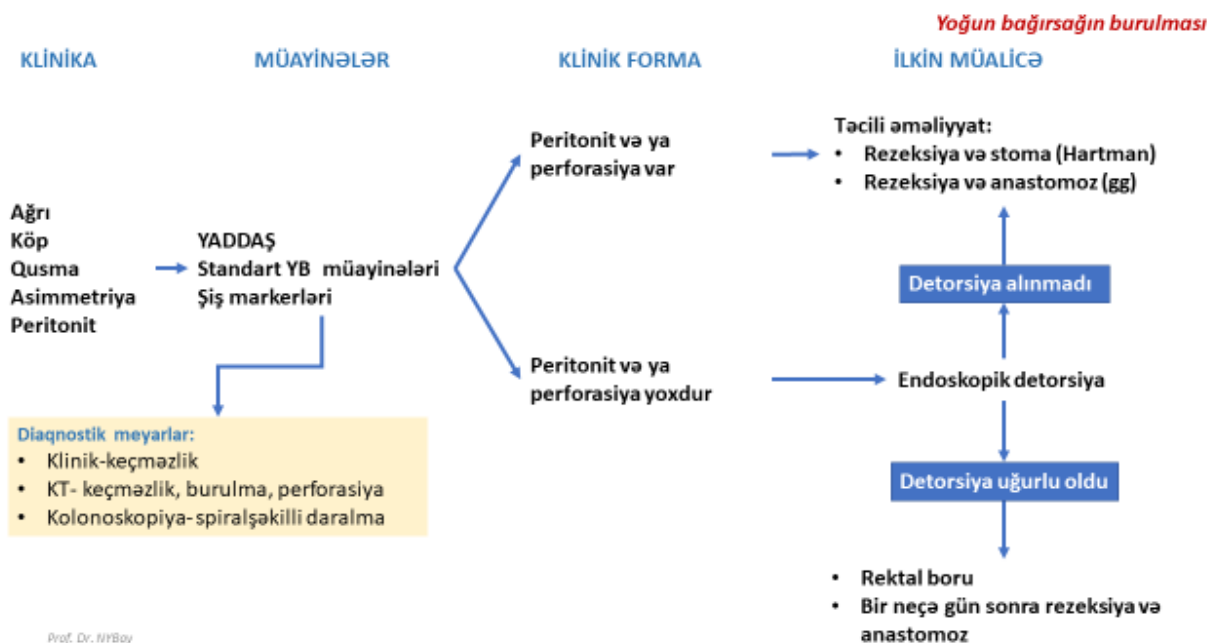
Düz bağırsaq xərçəngində də radikal rezeksiya əsas müalicədir, lakin yoğun bağırsaq xərçəngindən fərqli olaraq neoadyuvant (əməliyyatdan əvvəl) kimyəvi dərman-şüa müalicəsinə geniş yer verilir “erkən mərhələdən başqa həm rezektabel, həm də qeyri-rezektabel mərhələdə əvvəl kimyəvi dərman-şüa müalicəsi, sonra göstərişə görə əməliyyat, sonra isə kimyəvi dərman müalicəsi”:

- **erkən mərhələdəki** törəmələrdə (I mərhələ - T1–T2) əvvəl rezeksiya, sonra göstərişə görə kimyəvi dərman müalicəsi edilir.
- törəmənin bağırsaq divarına, ətraf toxumalara invaziyası və ya limfatik düyünlərə yayılması varsa (II–III mərhələlər), əvvəlcə kimyəvi dərman-şüa müalicəsi, sonra rezeksiya, sonra isə kimyəvi dərman müalicəsi edilir.
- törəmənin **metastazları varsa (IV mərhələ) və ya rezektabel deyilsə**, əvvəlcə neoadyuvant kimyəvi dərman-şüa müalicəsi, sonra rezektabel olarsa, rezeksiya, rezektabel olmazsa və ya ağırlaşmaları varsa, palliativ müalicələr (stoma, lazer destruksiya, stent və s.)

YOĞUN BAĞIRSAĞIN BURULMASI

Özət

Yoğun bağırsağın burulması bağırsaq seqmentinin öz müsariqəsi ətrafında dönməsidir, adətən bağırsağın stranqulasion keçməzliyi əlamətləri ilə biruzə verir. Ən çox siqmoid, kor bağırsaq və köndələn bağırsaqda görünür, mədə, öd kisəsi, nazik bağırsaq və yoğun bağırsağın dalaq ayrılıyında isə nadir rast gəlinir. Bağırsağın, müsariqənin uzun olması və qəbizliyə meyillilik risk amilləri hesab edilir. Xəstəlik ağrı və bağırsaq keçməzliyi əlamətləri ilə başlayır, bəzən öz-özünə düzəlir, əksər hallarda isə bağırsaq nekrozu, perforasiya və peritonit əlamətləri baş verir. Görüntüləmə müayinələri, xüsusən KT və endoskopiya diaqnostikada həlledici rol oynayır. Klinik bağırsaq keçməzliyi əlamətləri (ağrı, köp, qusma, qaz və nəcisin çıxmaması), asimmetrik qarın, irəliləmiş mərhələlərdə peritonit əlamətləri, KT-də lokal genişlənmiş bağırsaq (“maşın təkəri”, “qəhvə dənəsi” və s.) kolonoskopiya spiralşəkilli daralma xarakterik diaqnostik əlamətlərdir. Radikal müalicəsi rezeksiyadır. Endoskopik detorsiya və peksiyanın residivi yüksəkdir, ona görə də radikal müalicəyə hazırlıq üçün və əməliyyat riski yüksək olan xəstələrdə tətbiq edilir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Keçməzlik • Peritonit • Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	• MRT • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Endoskopik detorziya • Kolon rezeksiyası	• Endoskopik stoma • Endoskopik və ya cərrahi peksiya

Diaqnostika

- Klinik müayinədə erkən mərhələdə bağırsaq keçməliyi əlamətləri, bir neçə gün sonra isə peritonit əlamətləri xarakterikdir. Bəzi xəstələr anamnezdə belə halların bir neçə dəfə təkrarlandığını bildirir.
- Laborator müayinədə keçməzliyə (elektrolit pozulması), SIRS və sepsisə xarakterik əlamətləri görünə bilər (leykositoz, CRP artması və disfunksiyalar).
- Görüntüləmə müayinələri, xüsusən KT və endoskopiya diaqnostikada həlledici rol oynayır, icmal rentgenoqrafiya şübhə əlamətlərini ortaya çıxara bilər:
 - » Ümumi Rg-qrafiya bağırsaq seqmentinin “maşın təkəri” və ya “qəhvə dənəsi” şəklində genişlənməsi (70-90%)

- » KT-də lokal genişlənmiş bağırsaq seqmenti görünür (“maşın təkəri” və ya “qəhvə dənəsi” simptomu), perforasiya əlaməti (qarında sərbəst hava), bəzən də burulmuş müsariqə görünür.
- » Endoskopiya spiralşəkilli daralma görünür.

Diaqnostik əlamətləri

- Klinik: bağırsaq keçməzliyi əlamətləri (ağrı, köp, qusma, qaz və nəcisin çımaması), asimmetrik qarın. İrəliləmiş mərhələlərdə peritonit əlamətləri.
- Görüntülmə: lokal genişlənmiş bağırsaq (“maşın təkəri”, “qəhvə dənəsi” və s.), kolonoskopiya spiralşəkilli daralma.

Müalicəsi

Prinsipi

Bağırsaq burulmasının radikal müalicəsi rezeksiyadır. Endoskopik detorsiya və peksiyanın residivi yüksəkdir, ona görə də radikal müalicəyə hazırlıq üçün və əməliyyat riski yüksək olan xəstələrdə tətbiq edilir.

Müalicə üsulları

- Endoskopik və ya cərrahi detorsiya və peksiya
- Rezeksiya və anastomoz
- Rezeksiya və stoma.

Müalicə seçimi

Müalicə seçimində xəstəliyin mərhələsi və xəstənin operabelliği ön planda tutulur.

- Xəstədə həyəcən əlamətləri (peritonit və perforasiya) varsa, təcili əməliyyat edilir və burulmuş bağırsaq rezeksiya edilir. Rekonstruksiya üsulunun seçimində xəstənin, peritonun və proksimal bağırsağın vəziyyəti nəzərə alınır. İrinli peritonit, sepsis, yanaşı kardivaskulyar xəstəliklər varsa Hartman əməliyyatı (stoma) edilir. Proksimal bağırsaq işemikdirsə total kolektomiya edilir və ileostoma qoyulur. Seçilmiş xəstələrdə (ağır peritonit, sepsis, perforasiya və yanaşı xəstəliklər yoxdursa, proksimal bağırsaq normaldırsa və xəstə stabildirsə) birincili anastomoz qoymaq olar.
- Stoma qoyulmuş xəstələrə bir neçə həftə sonra anastomoz qoymaq lazım gəlir.
- Peritonit və perforasiya əlamətləri olmayan xəstələrdə ilk seçim endoskopik detorsiyadır. Endoskopik detorsiya uğurlu olarsa, rektal boru qoyulur və bir neçə gün hazırlıqdan sonra açıq

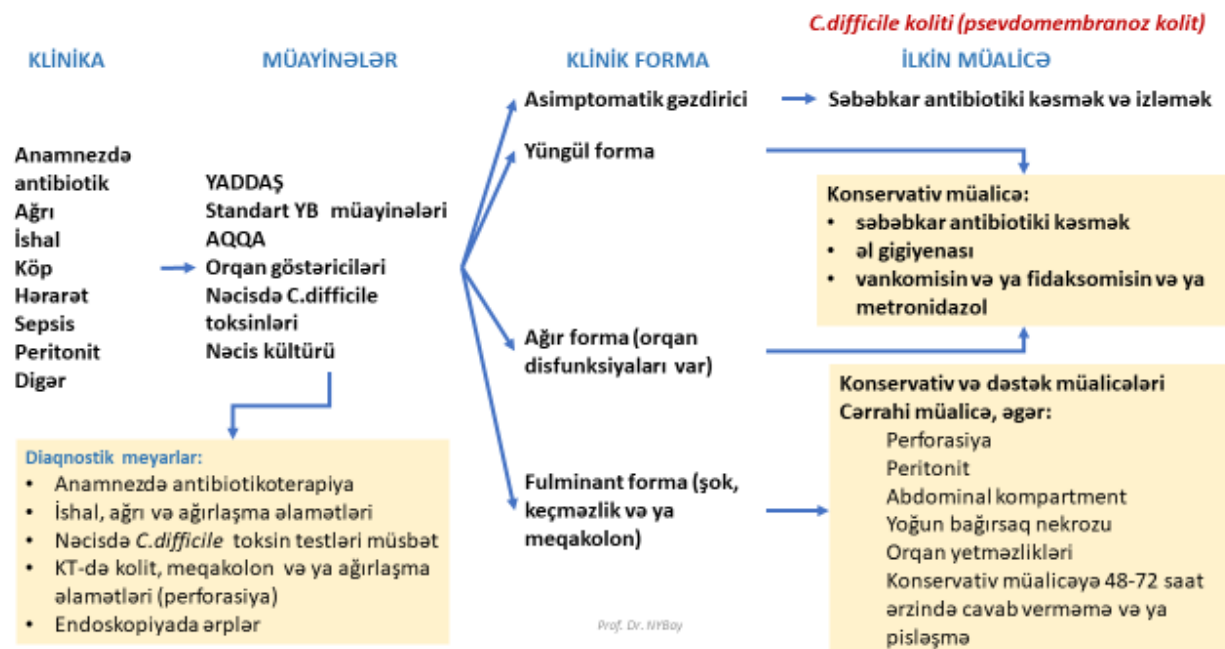
və ya laparoskopik rezeksiya və anastomoz qoyulur. Kolopeksiya yüksək residiv verdiyi üçün tövsiyə edilmir.

- Endoskopik detorsiya uğursuz olarsa, təcili əməliyyat edilir - burulan bağırsaq rezeksiya edilir, birincili anstomoz və ya stoma qoyulur.
- Əməliyyatdan sonra letallıq bağırsağın həyat qabiliyyəti qalırsa 3-12%, qanqrena olduqda isə 10-20% təşkil edir.

PSEVDOMEMBRANÖZ KOLİT

Özət

Pseudomembranoz kolit *Clostridioides* (əvvəllər *Clostridium*) *difficile* (*C.difficile*) bakteriyalarının törətdiyi iltihabi bağırsaq xəstəliyidir, antibiotikoterapiyadan sonra meydana gəlir. Flüorxinolonlar, klindamisin, sefalosporin və penisillinlər ən çox rast gəlinən səbəbləridir. Xəstəlik asimptomatik gəzdirici kimi, yüngül formada (ishal, ağrı, hərarət), ağır (ishal, köp və ağrı ilə yanaşı orqan disfunksiyaları) və fulminant formada (hipotenziya, keçməzlik və ya toksik meqakolon və orqan yetməzlikləri) ortaya çıxa bilər. Diaqnostikası üçün klinik müayinə, KT, nəcisdə *C.difficile* toksinlərinin təyini və bəzən də endoskopiya tətbiq edilir. Anamnezdə antibiotikoterapiya, ishal, ağrı və ağırlaşma əlamətləri ilə yanaşı nəcisdə müsbət *C.difficile* toksin testləri diaqnoz qoydurucudur. KT ağırlaşmaları (perforasiya, meqakolon) göstərmək üçün, endoskopiya differensial diaqnostika üçün lazım gəlir. Müalicəsində konservativ müalicə əsas yer tutur (səbəbkar antibiotiki kəsmək, əl gigiyenası və anti-klostridial antibiotiklər – vankomisin, fidaksomisin, metronidazol), cərrahi müalicə isə fulminant formada göstərişə görə aparılır: perforasiya, peritonit, abdominal kompartiment, yoğun bağırsaq nekrozu, orqan yetməzlikləri, konservativ müalicəyə 48-72 saat ərzində cavab verməmə və ya pisləşmə.



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Köp • Keçməzlik • Peritonit • Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • Nəcis analizi Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Digər	• MRT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Kolon rezeksiyası • Stoma, lavaj	• Plazmoferez və digər dəstək müalicələri

Diaqnostika

- Son 3 ayda antibiotikoterapiya alanlarda ishal, izah olunmayan leykositoz, hipotenziya, keçməzlik və toksik meqakolon əlamətləri varsa, psevdomembranoz kolitdən şübhələnmək lazımdır.
- Diaqnozun dəqiqləşdirilməsində laborator, KT və endoskopiya istifadə edilir.
- Laborator olaraq nəcisdə *C.difficile* toksinlərinin təyini (sitotoksik koproloji test, ELISA, PZR) spesifik və diaqnoz qoydurucudur.
- KT- differensial diaqnostika və ağırlaşmaları müəyyənləşdirmək üçün vacibdir (selikli qışanın qalınlaşması, haustrasiyanın itməsi, toksik meqakolon, perforasiya).

- Kolonoskopiya mütləq müayinə deyil, diaqnostik çətinlik olarsa aparılır və perforasiyaya yol verməmək üçün az hava vuraraq yerinə yetirilir. Kolonoskopiya sarı ərpli 2-10 mm-lik xoraların (membranabənzər) olması xarakterikdir

Differensial diaqnostika

- Xoralı kolit
- İnfeksion kolit
- Divertikulyoz
- İşemik kolit

Diaqnostik əlamətləri

- Anamnezdə antibiotikoterapiya
- İshal, ağrı və ağırlaşma əlamətləri (böyrək disfunksiyası, keçməzlik, toksik meqakolon, sepsis, şok)
- Nəcisdə *C.difficile* toksin testləri müsbət
- KT-də bağırsaq divar qalınlaşması, meqakolon və ya ağırlaşma əlamətləri (perforasiya)
- Endoskopiya ərplər və kolit

Müalicə

Prinsipi

C.difficile kolitinin müalicəsində konservativ müalicə əsas yer tutur (səbəbkar antibiotiki kəsmək, əl gigiyenası və anti-klostridial antibiotik başlamaq), cərrahi müalicə göstərişə görə aparılır.

Müalicə üsulları

Anti-klstridial antibiotiklər

- Vankomisin
- Fidaksomisin
- Metronidazol
- Rifaksimin

Cərrahi

- Total kolektomiya və ileostomiya
- İleostomiya və kolon lavajı

Müalicə seçimi

Müalicə seçimi klinik formadan asılıdır.

- Asimptomatik formada müalicə lazım deyil, səbəbkar antibiotikin kəsilməsi yetərlidir.
- Yüngül və ağır formada - konservativ müalicə verilir: səbəbkar antibiotik kəsilir, əl gigiyenasına diqqət edilir, oral vankomisin və ya fidaksomisin verilir, bunlar olmadıqda metronidazol verilə bilər.
- Fulminant formada oral vankomisin və venadaxili metronidazol verilir, cərrahi əməliyyata **göstərişlər** axtarılır:
 - Perforasiya
 - Peritonit
 - Abdominal kompartiment
 - Yoğun bağırsaq nekrozu
 - Orqan yetməzlikləri (şok, respirator yetməzlik, prekoma-koma, renal yetməzlik və s.)
 - Konservativ müalicəyə 48-72 saat ərzində cavab verməmə və ya pisləşmə
- Əməliyyatın seçimi fulminant formadakı ağırlaşmadan asılı olaraq dəyişir:
- Abdominal kompartiment, perforasiya və yoğun bağırsaq nekrozu olanlarda total kolektomiya edilir və ileostomiya qoyulur.
- Bu ağırlaşmalar yoxdursa, total kolektomiya+ileostomiya edilə bilər və ya yalnız ileostomiya edilir və yerli müalicə üçün yoğun bağırsaq lavajı qoyulur. Kolon lavajı üçün ileosekal bucaqdan 20-40 sm məsafədə nazik bağırsaq kəsilir, proksimal ucu stoma kimi çıxarılır, distal ucuna isə kateter qoyulur, əlavə olaraq rektuma kateter yerləşdirilir. Əməliyyatdan sonra kateterlərdən işlədicilər və antibiotiklər yeridilə bilər.
- Təkrarlanan formalarda vankomisin istifadə edilir və fekal transplantasiya tətbiq edilə bilər.

MEQAKOLON

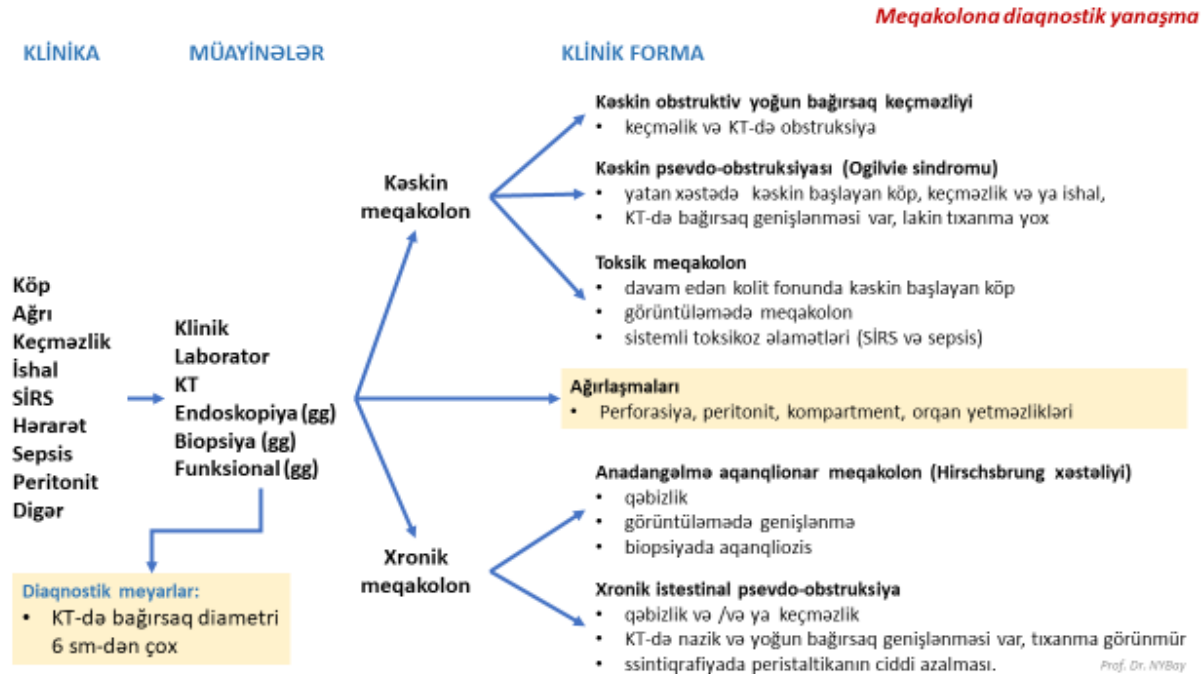
Özət

Meqakolon yoğun bağırsağın total və ya seqmentar genişlənməsinə verilən ümumi addır (diametri 6 sm-dən çox). Bu sərbəst xəstəlik deyil, xəstəliklərin əlaməti və ya ağırlaşması hesab edilir (məsələn hepatomeqaliya, splenomeqaliya və s. kimi). Bağırsağın genişlənməsinin iki başlıca mexanizmindən biri obstruksiya və mənfəzdaxili hipertenziya, ikincisi isə bağırsaq əzələlərinin zədələnməsidir.

Meqakolon törədən xəstəliklərin səbəbinə (anadangəlmə, qazanılma), mexanizminə (obstruktiv, qeyri-obstruktiv), gedişinə (kəskin, xroniki) görə müxtəlif növləri var.

- Kəskin meqakolon:
 - Kəskin obstruktiv meqakolon - mexaniki bağırsaq keçməzliyi
 - Kəskin qeyri-obstruktiv meqakolon - kəskin psevdoobstruktiv meqakolon (Oligve sindromu)
 - Toksik meqakolon
- Xroniki meqakolon:
 - Xroniki obstruktiv meqakolon: kolon aqanqliozu - Hirschsbrung xəstəliyi, pelvik obstruktiv sindrom
 - Xroniki qeyri-obstruktiv meqakolon – xronik psevdo-obstruksiya.

Meqakolonda diaqnostik yanaşma



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Anamnezdə xəstəliklər • Ağrı • Keçməzlik • Qəbizlik • Peritonit • Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya	• MRT • Funksiyonal müayinələr – manometriya, defekoqrafiya, peristaltika və s.

• Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Stoma • Stoma + lavaj • Endoskopik dekompressiya • Stent	• Bağırsaq transplantasiyası

Prinsip

- Meqakolona diaqnostik yanaşma qaydası prinsipcə digər sindromlarda olduğu kimidir: “şübhə?, varmı?, səbəbi nədir?, ağırlaşması varmı?”. Bu məqsədlə ilkin olaraq standart klinik, tomoqrafik və laborator müayinələr aparılır, sonra göstərişə görə endoskopiya, biopsiya və digər spesifik müayinələr edilir.

Müayinələr

- Klinik müayinələr xəstəliyin kəskin, xroniki olduğunu, yanaşı xəstəlikləri, sistemli toksikoz əlamətlərini (yüksək hərarət, taxikardiya, ortostatik hipotenziya, təngnəfəslik, mental dəyişiklik, sidik ifrazının azalması, anemiya və s.), ağırlaşmaları – peritonit, kompartment, orqan yetməzlilikləri və s. ortaya çıxarır. KT diaqnozu dəqiqləşdirməklə yanaşı, obstruksiyanı, ağırlaşmaları (perforasiya və s.) göstərir. Endoskopiya xroniki formalarda aparılır, kəskin formalarda isə diaqnostik çətinlik olarsa və ya müalicə məqsədi ilə aparılır, perforasiya şübhəsi olanlarda isə əks göstərişdir. İrriqoskopiyanın tətbiqi ciddi şəkildə azalmışdır, xüsusən kəskin formalarda əks göstərişdir. Biopsiya obstruktiv formalarda vacib müayinədir.

Şübhə

- Qarında köp və ağrısı olan bütün xəstələrdə meqakolondan şübhələnmək lazımdır. Köp ilə yanaşı ürəkbulanma, qusma, qaz-nəcis çıxmaması, ishal, gərginlik kimi yerli əlamətlər ola bilər.

Dəqiqləşdirmə

- Meqakolonu dəqiqləşdirmək üçün standart müayinə tomoqrafiyadır və ilk seçim kontrastlı KT-dir, lakin bəzi hallarda MRT də lazım gəlir. Bağırsağın makismal genişlənmə yerində diametrin 6 sm-dən çox olması meqakolon diaqnozunu dəqiqləşdirir.

Səbəbin müəyyənləşdirilməsi

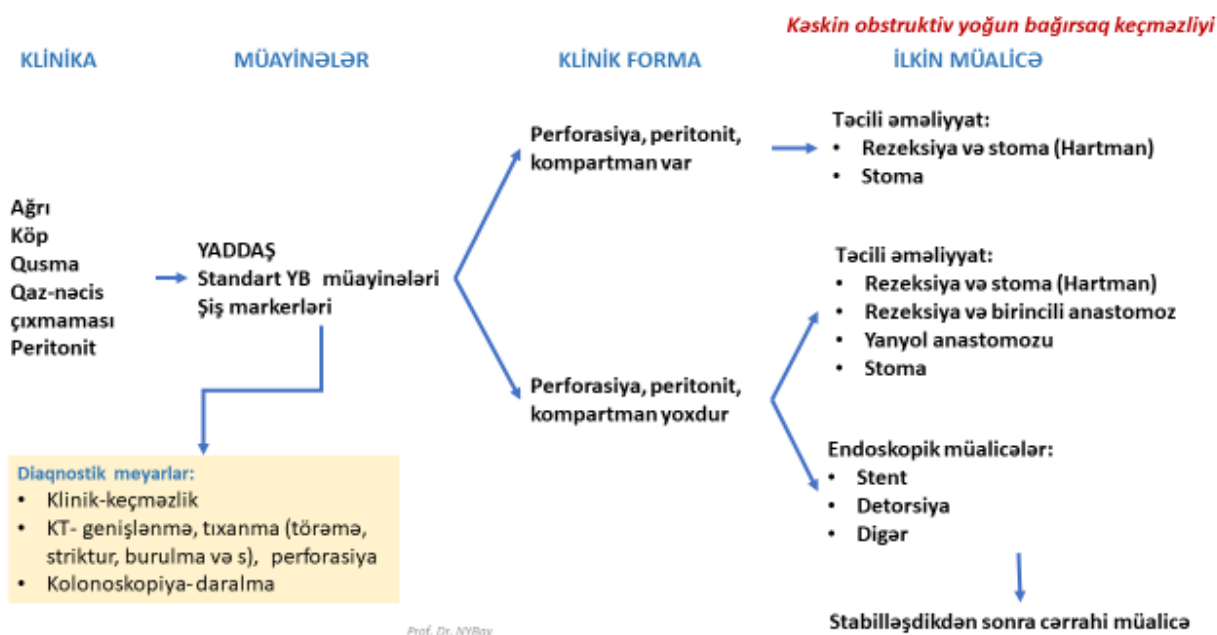
- Səbəbin müəyyənləşdirilməsi üçün ilk növbədə kəskin və xroniki olduğu, sistemli toksikozun olub-olmadığı, obstruksiyanın olub-olmadığı araşdırılır. Sistemli toksikoz (SIRS və sepsis) klinik və laborator müayinələrlə müəyyənləşdirilir. Obstruksiyanı yoxlamaq üçün KT əksər hallarda faydalı olur, bəzən endoskopiya gərəkə bilər.
- Kəskin meqakolon olanlarda obstruktiv, qeyri-obstruktiv və toksik meqakolon arasında differensiasiya aparmaq lazımdır.
- **Kəskin obstruktiv meqakolon** və ya kəskin yoğun bağırsaq keçməzliyi adətən başlanğıcda ağrı, qaz və nəcis çıxması ilə başlayır, ardınca köp, ürəkbulanma və qusma meydana gəlir, bir neçə gün davam edərsə, perforasiya, peritonit, kompartiment ortaya çıxır, KT-də obstruksiya görünür. KT əksər xəstələrdə obstruksiyanın səbəbini göstərə bilər (törəmə, burulma, koprostat və s.), bəzən obstruksiyanın səbəbini dəqiqləşdirmək üçün kolonoskopiya gərəkə bilər (əgər perforasiya yoxdursa).
- **Kəskin yoğun bağırsaq psevdo-obstruksiyası (Ogilve sindromu)** adətən yataq xəstələrində tədricən köp əlamətləri ilə başlayır, qaz-nəcis çıxması, bəzən də ishal ola bilər, KT-də segmentar (adətən kor bağırsaq və sağ kolonun), bəzən də total yoğun bağırsaq genişlənməsi görünür, obstruksiya əlamətləri görünür. Toksik əlamətləri (SIRS və sepsis) başlanğıcda xarakterik deyil, bir neçə gün sonra perforasiya və peritonit baş verərsə ortaya çıxır. Bəzən kəskin segmentar psevdo-obstruksiyanı kor bağırsaq burulması ilə differensiasiya çətinliyi yarana bilər ki, bu halda endoskopiya faydalı olur.
- **Toksik meqakolonun** xarakterik cəhətləri anamnezdə iltihabi bağırsaq xəstəliyi və kəskin infeksiya kolitlə əlaqədar bir neçə gün davam edən qanlı ishal fonunda başlaması, ishalın birdən-birə kəsilməsi, köp və toksik əlamətlərinin ortaya çıxması və bir neçə saat ərzində artması, KT-də yoğun bağırsağın total genişlənməsi, kolit əlamətləri və obstruksiyanın görünməməsidir. Bu xəstələrdə perforasiya riskini nəzərə alaraq kolonoskopiya ya edilməməli, edilməsi məcburidirsə (səbəbi araşdırmaq üçün), məhdud şəkildə edilir – yalnız düz bağırsaq və siqmaya baxılır.
- **Xroniki meqakolonda** obstruktiv və qeyri-obstruktiv səbəblər arasında differensiasiya aparılır. Bunun üçün klinik məlumatlarla yanaşı KT və endoskopiya nəticələri əhəmiyyətlidir, biopsiya və funksional müayinələr lazım gələ bilər.
- **Anadangəlmə aqanqlionar meqakolon (Hirschsprung xəstəliyi)** üçün xarakterik cəhətlər yenidoğulmuşlarda və uşaqlarda rastlanması, əksər hallarda düz bağırsağın normal diametrdə olması (ultra-qısa segment istisnadır), KT-də xarakterik əlamət (geniş bağırsağın birdən-birə normal bağırsağa keçməsi) və biopsiyada aqanqliozistir.
- **Pelvik obstruktiv sindrom** üçün (çanaq divarı diskoordinasiyası) defekasiya çətinliyi və bəzən meqarektum olur. Bunu ultra-qısa segment aqanqliozisə bağlı meqarektumdan fərqləndirmək üçün distal biopsiya və funksional müayinələr (anal manometriya, defekoqrafiya, MRT-defekoqrafiya lazım gələ bilər).
- **İntestinal psevdo-obstruksiya** üçün KT və gastro-kolonoskopiya nazik və yoğun bağırsaqda total və ya segmentar genişlənmə görünür, mexaniki səbəb tapılmaz, ssintiqrafiyada peristaltikanın ciddi azalması müşahidə edilir.

- Meqakolonu olanlarda ilk və əsas məsələ təhlükəli və təcili əməliyyat tələb edən ağrılaşmaların təyin edilməsidir ki, bunlara perforasiya, peritonit, abdominal kompartment və orqan yetməzlikləri aid edilir. Bu ağrılaşmaların diaqnostikasında klinik və laborator müayinələr həlledicidir, KT müəyyən köməklik edə bilər. Perforasiya üçün peritonit əlamətləri və KT-də qarında sərbəst hava görünməsi xarakterikdir. Lakin mikroperforasiyalarda (kəskin bağırsaq keçməzliyi, toksik meqakolon, kəskin psevdo-obstruksiya) sərbəst qaz görünməyə bilər.
- Peritonit və kompartment sindromunun diaqnozu əsasən klinik-laborator müayinələrlə qoyulur - qarında diffuz ağrı, palpator ağrı və gərginlik, SIRS və sepsis əlamətləri.

Kəskin obstruktiv yoğun bağırsaq keçməzliyi

Özət

Kəskin obstruktiv meqakolon və ya kəskin yoğun bağırsaq keçməzliyi bağırsaq mənfəzinin mexaniki və funksional səbəblərdən tutulması nəticəsinə əmələ gələn kəskin bağırsaq durğunluğudur (şişlər, burulma, koprostat, bitişmə, boğulmuş yırtıq, stikturlar və s.). Adətən başlanğıcda ağrı, qaz və nəcisin çıxmaması ilə başlayır, ardınca köp, ürəkbulanma və qusma meydana gəlir, bir neçə gün davam edərsə, perforasiya, peritonit, kompartment ortaya çıxır, KT-də obstruksiya görünür. KT əksər xəstələrdə obstruksiyanın səbəbini göstərə bilər (törəmə, burulma, koprostat və s.), bəzən obstruksiyanın səbəbini dəqiqləşdirmək üçün kolonoskopiya gərəkə bilər (əgər perforasiya yoxdursa). Müalicəsi əsasən cərrahi yolla (rezeksiya, stoma, anastomoz), bəzən əməliyyatın hazırlığı üçün stent istifadə edilə bilər.



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Köp • Keçməzlik • Peritonit	• MRT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər

• Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya • Nəcis analizi Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ • Kolon rezeksiyası • Stoma, lavaj	• Plazmoferez və digər dəstək müalicələri

Klinika və diaqnostikası

- Yoğun bağırsağın kəskin mexaniki keçməzliyinin ən çox rast gəlinən səbəblərinə şişlər, burulma, koprostaz aid edilir, bitişmə, boğulmuş yırtıq və stikturlar az rast gəlinən səbəblərdir.
- Xəstəlik adətən klassik kəskin bağırsaq keçməzliyi əlamətləri ilə ortaya çıxır. Başlanğıcda ağrı və köp olur, bir neçə saat və ya gün sonra prosesə nəcis və qaz çıxışının durması və qusma qoşulur. Erkən dövrdə xəstələr stabil olur, proses irəlilədikcə dehidratasiya, kompartment, peritonit və sepsis əlamətləri ortaya çıxır.
- Diaqnostikasında KT və endoskopiya müstəsna rol oynayır. Bu müayinələrdə obstruksiyanın səbəbi və yeri müəyyənləşdirilir.

Müalicəsi

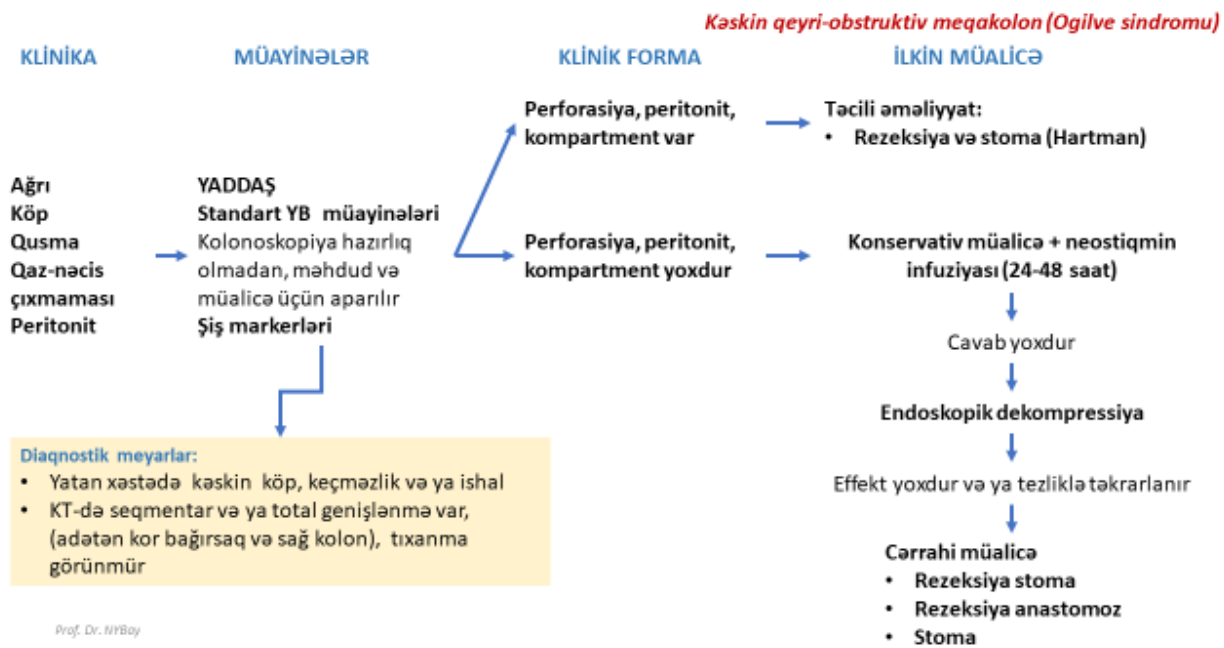
- Mexaniki bağırsaq keçməzliyinin standart müalicəsi dəstək tədbirləri ilə yanaşı maneənin təcili ardan qaldırılması və bağırsağın dekompressiyasıdır. Bu məqsədlə cərrahi üsullar (rezeksiya+stoma, rezeksiya+birincili anastomoz, proksimal stoma, yan-yol anastomozu) və stent tətbiq edilə bilər.
- Müalicə üsulunun seçilməndə obstruksiyanın səbəbi, xəstənin və bağırsağın vəziyyəti nəzərə alınır.

- Rezektabel şişlərdə və çıxarılabilən digər səbəblərdə rezeksiya edilir, bağırsaqda işemik və iltihabi dəyişiklik, perforasiya, peritonit, sepsis, hipotenziya və kardivaskulyar xəstəliklər yoxdursa, birincili anastomoz qoyulur. Rezeksiyadan sonra anastomoz üçün göstərilən risk amillərindən hər hansı biri varsa, stoma çıxarılır (Hartman əməliyyatı).
- Qeyri-rezektabel törəmələrdə yanyol anastomozları, proskimal stoma qoyula bilər. Qeyri-operabel xəstələrdə proskimal stoma və ya stent qoyula bilər.
- Stent adətən iki halda göstəriş ola bilər: qeyri-operabel xəstələrdə operativ məqsədlə və rezektabel xəstələrdə preoperativ hazırlıq üçün. Stent bağırsağı müvəqqəti dekompressiya edir, beləliklə, birmomentli rezeksiya və birincili anastomoza, o cümlədən laparoskopik girişə imkan yaranır.
- Koprostatda ilk seçim bağırsağın daxildən təmizlənməsidir, bu mümkün olmadıqda cərrahi əməliyyat gərəkə bilər.

Yoğun bağırsağın kəskin psevdo-obstruksiyası (Ogilvie sindromu)

Özət

Kəskin kolon psevdo-obstruksiyası (Ogilvie sindromu) bağırsağın segmentar və ya total kəskin genişlənməsi ilə xarakterizə olur, lakin mənfəzində anatomik tıxanma olmur, perforasiyaya səbəb ola bilər. Adətən yataq xəstələrində tədricən köp əlamətləri ilə başlayır, qaz-nəcis çıxmaması, bəzən də ishal ola bilər, KT-də segmentar (adətən kor bağırsaq və sağ kolonun), bəzən də total yoğun bağırsaq genişlənməsi görünür, obstruksiya əlamətləri görünür. Toksik əlamətləri (SIRS və sepsis) başlanğıcda xarakterik deyil, bir neçə gün sonra perforasiya və peritonit baş verərsə ortaya çıxır. Bəzən kəskin segmentar psevdo-obstruksiyanı kor bağırsaq burulması ilə differensiasiya çətinliyi yaranır ki, bu halda endoskopiya faydalı olur. Müalicəsində əvvəlcə konservativ (dəstək, prokinetik) və endoskopik dekompressiya istifadə edilir, fayda verməyə cərrahi əməliyyat edilir (rezeksiya, stoma).



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Anamnezdə xəstəliklər • Ağrı • Keçməzlik • Qəbizlik • Peritonit • Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	• MRT • Funksiyonal müayinələr – manometriya, defekoqrafiya, peristaltika və s.
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Stoma • Stoma + lavaj • Endoskopik dekompressiya • Stent	• Bağırsaq transplantasiyası

Klinika və diaqnostikası

- Yoğun bağırsağın kəskin psevdo-obstruksiyası bağırsağın kəskin genişlənməsi ilə xarakterizə olur, lakin mənfəzində anatomik tıxanma olmur.
- Adətən xəstəxanada yatan xəstələrdə rastlanır, əməliyyat, travma, infeksiya, kardioloji xəstələrdə müşahidə edilir, metabolik dəyişikliklər bu riski artırır.
- Etiologiya və patogenezi dəqiq bilinmir.
- Kəskin genişlənmə adətən kor bağırsağı və sağ kolonu, bəzən də yoğun bağırsağı bütünlüklə əhatə edir.
- Xəstəliyin əsas əlaməti qarının köpməsidir. Köp əksər hallarda 3-7 gün ərzində, bəzən də 1-2 gün ərzində artmağa başlayır, ağrı, ürəkbulanma, qusma və qəbizliklə müşayiət olunur. Paradoksal olaraq bəzi hallarda (40%) ishal da ola bilər. Genişlənmə perforasiya, peritonit

sepsis və yüksək letallığa səbəb olur. Bağırsağın diametri 12 sm-i aşdıqda perforasiya riski də artır.

- Diaqnostikasında klinik müayinə və KT önəmlidir. Yatan xəstədə kəskin başlayan köp, keçməzlik və ya ishal əlamətləri, KT-də bağırsaq genişlənməsinin görünməsi (adətən kor bağırsaq və sağ kolon), lakin tıxanmanın görünməməsi xarakterik əlamətlərdir. Kolonoskopiya diaqnostik məqsədlə yox müalicə məqsədilə aparılmalıdır (perforasiya riski).

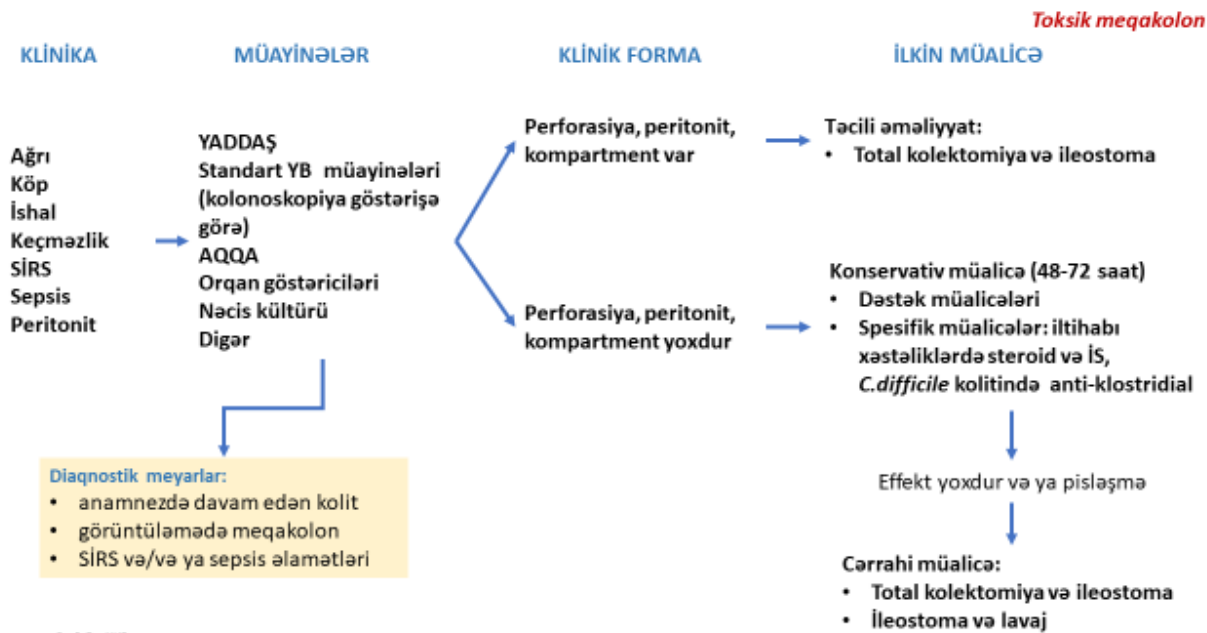
Müalicəsi

- Müalicəsində əsas prinsip perforasiyanın qarşısını almaq üçün erkən dekompressiyadır və bu məqsədlə konservativ, prokinetik, kolonoskopik dekompressiya və cərrahi müalicələr tətbiq edilir.
- Perforasiyası, peritoniti və perforasiya riski olmayan (diametr 12 sm-dən az) stabil xəstələrdə konservativ müalicələr başlanır (NQZ, infuziya və oral qidaların kəsilməsi, elektrolit korreksiyası) və 24-48 saat ərzində nəticəsinə baxılır.
- Perforasiya və peritoniti olmayan, lakin perforasiya riski olanlarda (diametr 12 sm-dən çox) və konservativ müalicəyə cavab verməyənlərdə prostiqmin infuziyası edilir (1-3 mq, 5-10 dəq. ərzində infuziya) və nəticəsinə baxılır.
- Neostiqmin infuziyasına cavab alınmırsa və ya təkrarlayırsa, kolonoskopik dekompressiya edilir və boru qoyula bilər.
- Peritonit və ya perforasiya varsa və ya kolonoskopik dekompressiya fayda vermirsə əməliyyat lazımdır: perforasiyada rezeksiya və stoma edilir, perforasiya olmayanlarda proksimal stoma və ya rezeksiya + anastomoz tövsiyə edilir.

Toksik meqakolon

Özət

Toksik meqakolon bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin və infeksiyon kolitlərin həyati təhlükəli ağırlaşması olub, bağırsağın kəskin qeyri-obstruktiv dilatasiyası və sistemli toksikoz (SIRS və sepsis) əlamətləri ilə xarakterizə olunur. Xarakterik cəhətləri anamnezdə iltihabi bağırsaq xəstəliyi və kəskin infeksiyon kolitlə əlaqədar bir neçə gün davam edən qanlı ishal fonunda başlaması, ishalın birdən-birə kəsilməsi, köp və toksikoz əlamətlərinin ortaya çıxması və bir neçə saat ərzində artması, KT-də yoğun bağırsağın total genişlənməsi, kolit əlamətləri və obstruksiyanın görünməməsidir. Bu xəstələrdə perforasiya riskini nəzərə alaraq kolonoskopiya ya edilməməli, edilməsi məcburidirsə (səbəbi araşdırmaq üçün) məhdud şəkildə edilir – yalnız düz bağırsaq və siqmaya baxılır. Müalicəsi üçün konservativ müalicə başlanır, fayda vermədikdə qısa müddət ərzində əməliyyat edilir.



Prof. Dr. N.Yəy

Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Anamnezdə xəstəliklər • Ağrı • Keçməzlik • Qəbizlik • Peritonit	• MRT • Funksiyonal müayinələr – manometriya, defekoqrafiya, peristaltika və s.

• Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Stoma • Stoma + lavaj • Endoskopik dekompressiya	• Bağırsaq transplantasiyası

Klinika və diaqnostikası

- Toksik meqakolon bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin və infeksiyon kolitlərin təhlükəli ağırlaşması olub, bağırsağın kəskin qeyri-obstruktiv dilatasiyası və sistemli toksikoz (SİRS və sepsis) əlamətləri ilə xarakterizə olunur.
- Toksik meqakolon ən çox iltihabi bağırsaq xəstəliklərinin və infeksiyon kolitlərin fonunda inkişaf edir, lakin bağırsaqdakı istənilən itihabi proses toksik meqakolona səbəb ola bilər.
- Patogenezi dəqiq məlum deyil. Hesab edilir ki, mukozal iltihab nəticəsində meydana çıxan nitrik oksid və iltihabın əzələ qatına yayılaraq onu zədələməsi dilatasiyaya səbəb olur. Bağırsaq divarının diffuz zədələnməsi bakterial translokasiya, SİRS-ə və sepsisə gətirib çıxarır ki, bu da klinik olaraq toksikoz adlanan əlamətlərlə biruzə verir.
- Xəstəlik adətən bir neçə gün ərzində mövcud olan və qanlı ishal ilə gedən kolit fonunda inkişaf edir. İshal birdən-birə kəsilir, qarında köp meydana gəlir və sistemli toksikoz əlamətləri başlayır: yüksək hərarət, taxikardiya, ortostatik hipotenziya, təngnəfəslik, mental dəyişiklik, sidik ifrazının azalması, anemiya və s. Xəstəlik irəlilədikcə perforasiya, peritonit, kompartiment və orqan yetməzlikləri meydana gəlir.

- Müalicəsiz letallıq mütləqdir, konservativ müalicələrlə xəstələrin 50-70% sağala bilir, erkən cərrahi müdaxilədən sonra letallıq 1-15%-dir, orqan yetməzliyi və perforasiyalardan sonra aparılan əməliyyatlardan sonra isə 60%-dən çoxdur.
- Kəskin və xroniki ishalı və qarında köpü olan bütün xəstələrdə toksik meqakolondan şübhələnmək lazımdır. Qanlı ishal, ishalın birdən – birə kəsilməsi, köpün başlaması və mental dəyişikliyin meydana çıxması yüksək şübhə əlamətidir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün klinik və görüntüləmə müayinələri həlledici rol oynayır.
- Oral və intravenoz kontrastlı KT diaqnostikada mühüm rol oynayır, qeyri-obstruktiv meqakolonu göstərir (diametr 6 sm-dən çox), təcili cərrahi göstəriş tələb edən patologiyaları təsdiq və ya inkar edə bilər (obstruksiya, perforasiya və digər).
- Endoskopiya differensial diaqnostika üçün lazım gəlir, perforasiya riskini nəzərə alaraq total kolonoskopiya şəkildə yox, məhdud şəkildə və az hava vuraraq aparılır, siqmaya qədər baxılır. Perforasiya riskini nəzərə alaraq irriqoskopiya və təmizləyici imalə əks göstərişdir.
- Toksik meqakolon diaqnozu aşağıdakı meyarların kombinasiyasına görə qoyulur:
 - anamnezdə davam edən kolit
 - görüntülmədə meqakolon (bağırsaq diametri 6 sm-dən çox)
 - sistemli toksikoz əlamətləri: yüksək hərarət, taxikardiya, ortostatik hipotenziya, təngnəfəslik, mental dəyişiklik, sidik ifrazının azalması, anemiya və s.

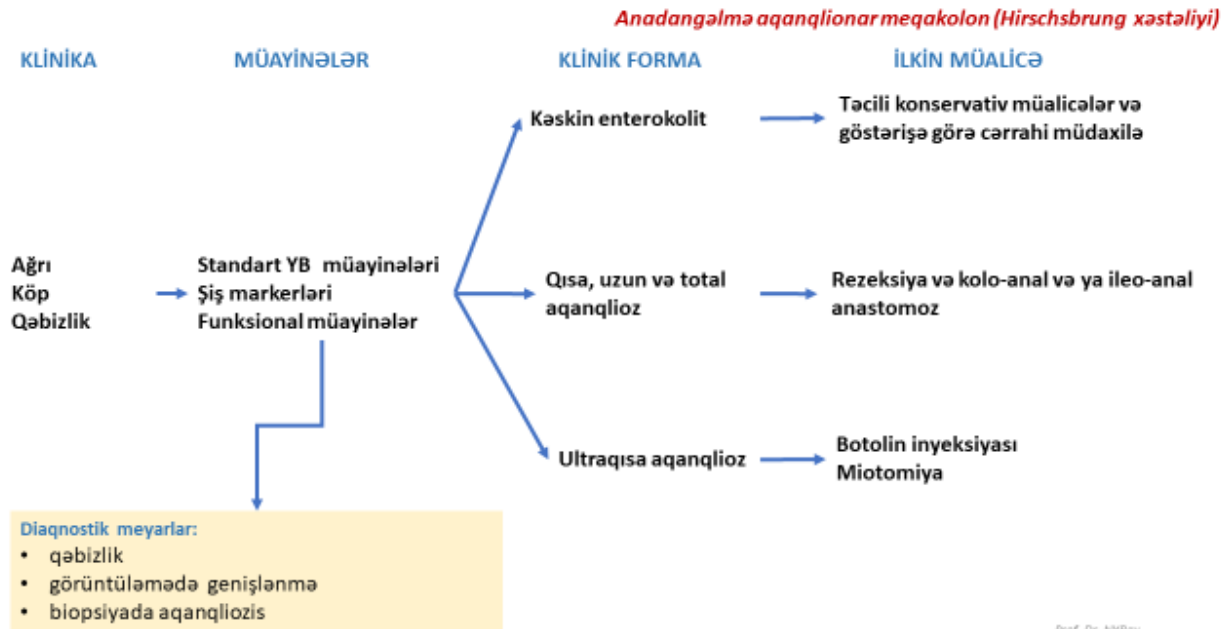
Müalicəsi

- Toksik meqakolonun müalicəsində əsas hədəf iltihabın şiddətini azaldaraq peristaltikanı bərpa etmək və perforasiyanın qarşısını almaqdır. Bu məqsədlə dəstək, konservativ və cərrahi müalicələr var və müalicə seçimində xəstəliyin mərhələsi və səbəbi önəmli rol oynayır.
- Bütün xəstələrə dəstək müalicələri başlanır: intensiv monitorizasiya, infuziya, elektrolit korreksiyası və digər dəstəklər, antibiotik və s.
- Təcili əməliyyat göstərişi varsa (perforasiya, peritonit, yoğun bağırsaq nekrozu, kompartiment və orqan yetməzliyi) təcili əməliyyat edilir - total kolektomiya və ileostomiya ilk seçimdir.
- Təcili əməliyyat göstərişi olmayanlarda dəstək müalicələri davam etdirilir, spesifik konservativ tədbirlər başlanır və 48-72 saat ərzində cərrahi yöndən izlənilir.
- İltihabi bağırsaq xəstəliyində 3 gün venadaxili steroid verilir, fayda yoxdursa, daha 3 gün infliksimab və ya siklosporin verilir. Bu müalicələrə cavab yoxdursa və ya müalicə əsnasında xəstədə pisləşmə varsa, vaxt itirmədən əməliyyat edilir (total kolektomiya və ileostomiya)
- *C.difficile* kolitində anti-klostridial antibiotiklər (vankomisin, metronidazol) verilir. Bu müalicəyə 48-72 saat ərzində cavab yoxdursa və ya pisləşmə varsa, təcili əməliyyat edilir - total kolektomiya və ya proksimal stoma+ lavaj.

Anadangəlmə aqanqlionar meqakolon (Hirschsprung xəstəliyi)

Özət

Anadangəlmə aqanqlionar meqakolon (Hirschsprung xəstəliyi) düz bağırsağın və ya bununla birlikdə çənbər bağırsağın divarında sinir qanqlionlarının anadangəlmə yoxluğu nəticəsində meydana gələn funksional keçməzlikdir, xroniki qəbizliyə və meqakolona gətirib çıxarır. Xəstəlik üçün xarakterik cəhətlər yenidöğulmuşlarda və uşaqlarda rastlanması, əksər hallarda düz bağırsağın normal diametrdə olması (ultra-qısa seqment istisnadır), KT-də xarakterik əlamət (geniş bağırsağın birdən-birə normal bağırsağa keçməsi) və biopsiyada aqanqliozisdir. Müalicəsi cərrahi yolla (ultra-qısa seqment istisna olmaqla), aqanqlionar seqmentin kəsilməsi və anastomoz (kolo-anal və ya ileo-anal anastomoz).



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Anamnezdə xəstəliklər • Ağrı • Keçməzlik • Qəbizlik • Peritonit	• MRT • Funksiyonal müayinələr – manometriya, defekoqrafiya, peristaltika və s.

• Sepsis, septik şok Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Stoma • Stoma + lavaj • Endoskopik dekompressiya • Stent	• Bağırsaq transplantasiyası

Klinika və diaqnostikası

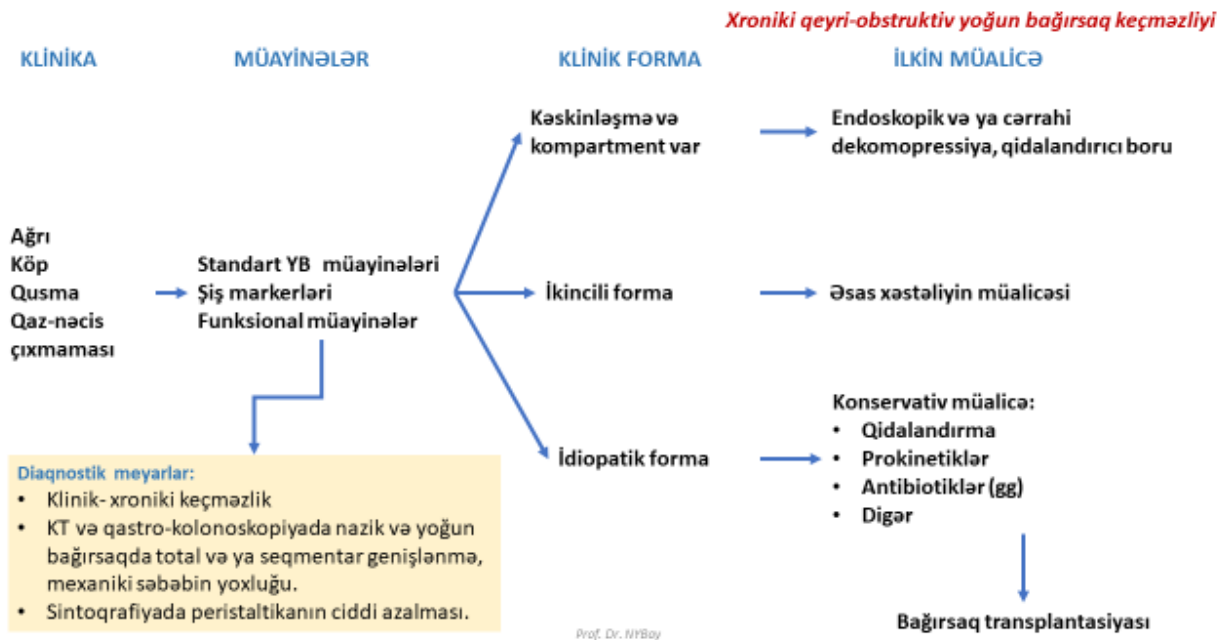
- Hirschsbrung xəstəliyi düz bağırsağın divarında sinir qanqlionlarının anadangəlmə yoxluğu nəticəsində meydana gələn funksional keçməzlikdir, qəbizliyə və meqakolona gətirib çıxarır.
- Bağırsağın aqanqlionar hissəsi peristaltika və relaksasiya etmədiyi üçün funksional keçməzlik yaranır, bunun nəticəsində qəbizlik və proksimal sağlam hissədə genişlənmə baş verir.
- Aqanqlionar seqmentin ölçüsünə görə xəstəliyin bir neçə forması var:
 - Ultra-qısa seqment formada aqanqlioz düz bağırsağın distalında, daxili anal sfinkterə 2-4 sm məsafəni əhatə edir.
 - Qısa seqment forması (80%) - klassik Hirschsbrung xəstəliyi adlanan bu formada qanqlioz düz bağırsağı və siqmanın bir hissəsini əhatə edir.
 - Uzun seqment formasında (15-20%) aqanqlioz siqmadan proksimal hissələrə qədər çatır.
 - Total kolon aqanqliozunda (5%) – bütövlükdə yoğun bağırsaqda qanqlionlar olmur.
 - Nazik bağırsaq forması nadir rast gəlinir.
- Kolon aqanqliozu əksər hallarda yenidoğulmuşlarda, bəzən də uşaqlarda, yeniyetmələrdə və böyüklərdə qəbizlik və keçməzlik əlamətləri ilə ortaya çıxır.

- Diaqnostikasında klinik əlamətlərə yanaşı irriqoskopiya, anal manometriya, KT, kolonoskopiya və rektal biopsiya istifadə edilir.
- İrriqoskopiya və KT-də aqanqlioz hissə normal ölçüdə olur (adətən düz bağırsaq və proksimalı) birdən-birə genişlənmiş qanqlionlu hissəyə keçir. Lakin ultra-qısa formada düz bağırsağın genişlənməsi qeyd edilir.
- Anal manometriyada daxili sfinkterin relaksasiya etməməsi xarakterikdir, lakin axalaziyadan fərqli olaraq qanqlion olmur.
- Rektal biopsiya diaqnozu dəqiqləşdirən müəyinədir və bu məqsədlə aspirasion, ekssizional mukozal və ya tam qat biopsiyaları almaq lazım gəlir. Biopsiyada aqanqliozisin görünməsi patognomonikdir. Biopsiyanı həm dişli xəttədən 2 sm proksimaldan almaq lazımdır ki, fizioloji hipoqanqlioz sahəyə düşməsin, həm də 4 sm-dən proksimaldan almaq lazımdır ki, qısa (klassik) və ultra-qısa formaları fərqləndirmək mümkün olsun.
- Hirschsbrung xəstəliyinin müalicəsi cərrahi yolladır - aqanqlioz seqmentin rezeksiyası, daxili sfinkterin qorunması və kolo-anal anastomoz. Bu əməliyyat müxtəlif modifikasiyalarda, bir və ya ikimərhələli (əvvəl kolostoma, sonra rezeksiya və anastomoz) şəkildə aparıla bilər.
- Ultra-qısa seqmentli aqanqliozu digər formalardan görüntüləmə və biopsiya ilə fərqləndirmək lazımdır, çünki ultra-qısa formada rezeksiya lazım olmur, pəhriz, botulin inyeksiyası və ya miotomiya yetərli olur.

Xroniki qeyri – obstruktiv yoğun bağırsaq keçməzliyi

Özət

İntestinal psevdobstruksiya nadir rast gəlinən xəstəlik olub, mexaniki obstruksiya olmadan nazik və yoğun bağırsaqların genişlənməsi və motorikasının zəifləməsi ilə xarakterizə olunur. Xəstəlik təkrarlanan keçməzliklərlə və ağır qidalanma pozulmalarına səbəb olur. Xəstəlik üçün KT və gastro-kolonoskopiya nazik və yoğun bağırsaqda total və ya segmentar genişlənmə görünür, mexaniki səbəb tapılmaz, ssintiqrafiyada peristaltikanın ciddi azalması müşahidə edilir. Müalicəsi əsasən konservativdir (qidalandırma) ağırlaşmalarda və refrakter formalarda bağırsaq transplatasiyası lazım gəlir.



Standart YB müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, kalprotektin, kolonoskopiya, biopsiya, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Anamnezdə xəstəliklər • Ağrı • Keçməzlik • Qəbizlik • Peritonit • Sepsis, septik şok	• MRT • Funksiyonal müayinələr – manometriya, defekoqrafiya, peristaltika və s.

Laborator müayinələr • Şiş markerləri (CEA, CA-19-9, digər) • Hemoqram • Elektrolitlər • Biokimya Görüntüləmə və digər müayinələri • KT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Kolon rezeksiyası • Stoma • Stoma + lavaj • Endoskopik dekompressiya • Stent	• Bağırsaq transplantasiyası

Klinika və diaqnostikası

- Xronik intestinal psevdo-obstruksiya nadir rast gəlinən xəstəlik olub, mexaniki obstruksiya olmadan nazik və yoğun bağırsaqların genişlənməsi və motorikasının zəifləməsi ilə xarakterizə olunur.
- Xəstəliyin baş verməsində əsas mexanizm peristaltikanın ciddi dərəcədə azalmasıdır ki, bu da bağırsaq divarındakı sinir kələfində (neyrogen), əzələlərdə (miogen) və interstisial Cajal hüceyrələrdə (peysmeker hüceyrələri) baş verən zədələnmələr nəticəsində meydana gəlir.
- Xəstələrin təxminən yarısında səbəb tapılmır (idiopatik), digər yarısında isə sistemli xəstəliklərin ağırlaşmaları kimi ortaya çıxır (ikincili).
- İkincili səbəblər arasında ən çox rast gəlinənlərə neyrodegenerativ xəstəliklər (Parkinson, diabetik neyropatiya), paraneoplastik sindrom (kiçik hüceyrəli ağciyər xərçəngi, timoma, karsinoid və s.), autoimmun (skleroderma, lupus və s.), infeksiyon (Chagas xəstəliyi) və genetik xəstəliklər aid edilə bilər.
- Xəstəlik adətən qarında köp və ağrı əlamətləri ilə ortaya çıxır, proksimal formalarda ürəkbulanma və qusmalar olur, bəzi hallarda paradoksal olaraq ishal ola bilər ki, bu da durğun bağırsaq sindromuna bağlı meydana gəlir. Bu əlamətlər kəskin, xroniki və təkrarlanan şəkildə meydana çıxır.

- Xəstələr adətən bir və ya bir neçə dəfə uğursuz cərrahi müalicəyə məruz qalırlar, malnutrisiyaya görə 60%-dən çoxu parenteral qidalanmaya düçar olur, 10-40% letalqla nəticələnir.
- Diaqnostikasında klinik, tomoqrafik, görüntüləmə, peristaltika və manometriya müayinələri aparılır, biopsiya və genetik müayinələr də lazım ola bilər.
- Tomografiya və endoskopiya ilə bağırsaq genişlənməsi müəyyənləşdirilir, mexaniki səbəb inkar edilir. Peristaltikanı qiymətləndirmək üçün ssintiqrafik müayinə aparılır. Manometriya müayinəsi ilə əzələlərin vəziyyəti araşdırılır ki, bu da müalicə seçimində əhəmiyyətlidir.
- Diaqnostik əlamətləri aşağıdakılardır:
 - Qarında köp və ağrı ilə yanaşı qaz-nəcis çıxarmaması və ya ishal, bəzən də ürəkbulanma və qusma
 - KT və gastro-kolonoskopiya nazik və yoğun bağırsaqda total və ya segmentar genişlənmə, mexaniki səbəbin yoxluğu.
 - Ssintiqrafiyada peristaltikanın ciddi azalması.
- Diaqnoz dəqiqləşdirildikdən sonra anamnestik və laborator müayinələrlə ikincili səbəblər (neyrodegenerativ, metabolik, paraneoplastik, autoimmun, genetik) axtarılır. Səbəb tapılmadıqda mexanizmi müəyyənləşdirmək üçün manometriya edilir, endoskopik biopsiya edilə bilər.

Müalicəsi

- İkincili formanın müalicəsində əsas xəstəliyin müalicəsi ön planda tutulur, qidalandırma üçün yol seçilir.
- İdiopatik formanın müalicəsində əsas tədbirlər aşağıdakılardır:
 - Qidalandırma – az-az və tez-tez oral (neyrogen formada) və parenteral qidalandırma (miogen formada).
 - prokinetiklər – kəskinləşmə dövründə eritromisin, neostiqmin, uzunmüddətli müalicə üçün prukaloprid (serotonin reseptor antoqonisti, sisprid analoqu)
 - antibiotiklər – durğun bağırsaq sindromu olanlarda kultür nəticəsinə görə (ishal)
 - cərrahi əməliyyat – kəskinləşmə dövründə dekompressiya və qidalandırma üçün kateter stomalar qoyula bilər, rezeksiya məsləhət deyil
 - bağırsaq transplantasiyası – konservativ müalicələr fayda vermirsə və parenteral qidalanmanın ağırlaşmaları ortaya çıxarsa (kateter sepsis, qaraciyər xəstəlikləri).

Ədəbiyyat
(31–38)

**BCK**BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

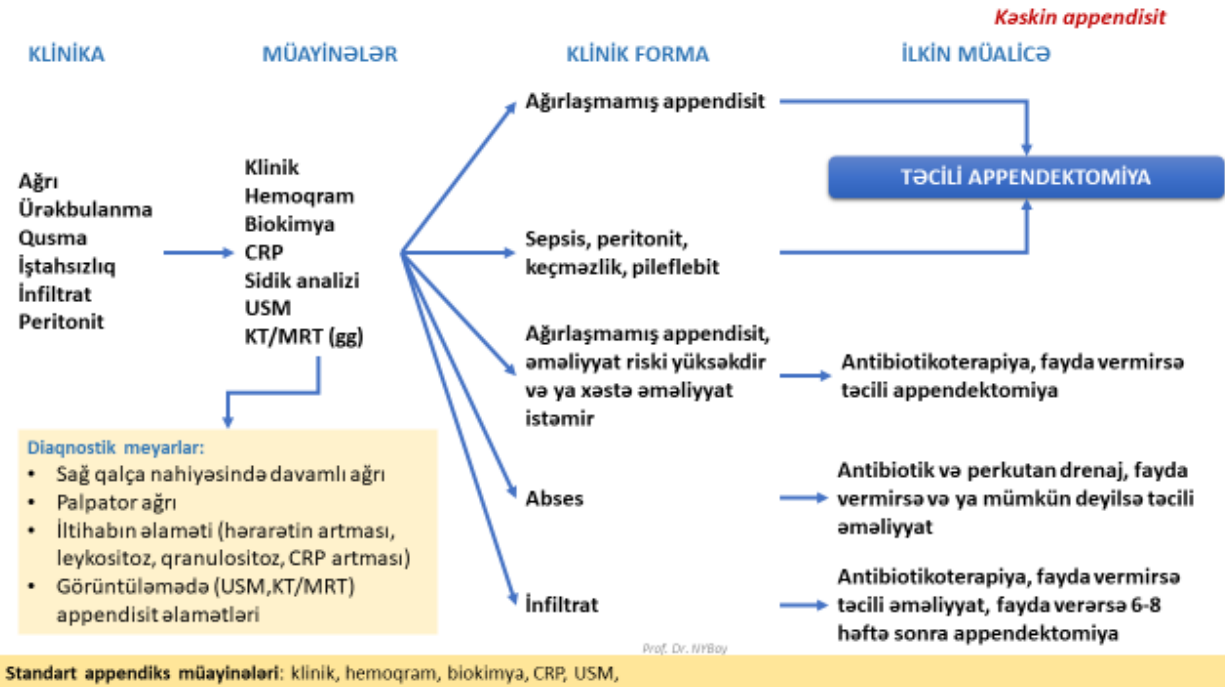
KƏSKİN APPENDİSİT VƏ AĞIRLAŞMALARINA DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Mübariz Əliyev Dr. Ziyalı Rzayev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

Özət

Kəskin appendisit soyulcanabənzər çıxıntının kəskin iltihabi xəstəliyidir, əksər hallarda çıxıntının mənfəzinin tıxanması nəticəsində (nəcis daşları, limfod hiperplaziya, qurd invaziyası və s.) meydana gəlir. Mənfəzdaxili durğunluq və hipertenziya əvvəl selikli qışada aseptik iltihab törədir, sonra infeksiyanın inkişafı prosesi ağırlaşdırır və divarda destruksiya meydana gəlir. Xəstəlik tipik halda epiqastral və ya göbəkətrafi ağrılarla kəskin başlayır, bir neçə saat ərzində ağrılar sağ qalça nahiyyəsində lokallaşır, ürəkbulanma və azsaylı qusmalar ola bilər. Müalicə olunmadıqda bir neçə saat sonra perforasiya, peritonit, abses, sepsis, keçməzlik və s. kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər. İlk klinik, laborator və USM müayinəsi ilə əksər hallarda diaqnozunu qoymaq mümkün olur, bəzən KT (uşaqlarda və hamilələrdə MRT), hətta laparoskopiya görə bilər. Sağ qalça çuxurunda ağrı, palpator ağrı, iltihab göstəriciləri (leykositoz, qranulositoz, CRP artması), USM-də kəskin apendisit əlamətləri və digər xəstəliklərin inkarı xarakterik əlamətləridir. Kəskin apendisit standart müalicəsi appendektomiyadır, laparoskopik üsul ilk seçimdir.

Kəskin apendisit ağırlaşmalarında uyğun müalicələr seçilir: infiltratda konservativ, absədə drenaj, peritonitdə sanasiya və drenaj, tiflində extraperitonizasiya, pifeflebitdə antibiotikoterapiya və s.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik • Ağrı • Ürəkbulanma-qusma • Hərərət • Gərgin qarın Laborator müayinələr • Nəcis analizi • Şiş markerləri • CRP • Hemoqram • Biokimya • Elektrolitlər Görüntüləmə və digər müayinələri • USM	• KT/MRT • Kolonoskopiya • Biopsiya • Genetik müayinə • Virtual kolonoskopiya • Laparoskopiya, laparotomiya • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Appendektomiya	• Hemikolektomiya • Antibiotikoterapiya

Diaqnostik yanaşma

Şübhə

- Kəskin qarın əlamətləri ilə daxil olan bütün xəstələrdə kəskin appendisitdən şübhələnmək lazımdır.
- Aşağıdakı hallar kəskin appendisitə yüksək şübhə əlamətləri sayılır:
 - » Bir neçə saat əvvəl başlayan, hazırda davam edən sağ qalça nahiyyəsində ağrı
 - » Qarının sağ aşağı hissəsində palpator ağrı və gərginlik

Dəqiqləşdirmə

- Kəskin appendisitə patognomonik əlaməti yoxdur diaqnoz adətən meyarlar əsasında qoyulur.
- Diaqnostikada klinik müayinə əsas yer tutur, laborator müayinələr (leykositoz, qranulositoz, CRP və s.) və USM diaqnozu dəstəkləyir, lakin inkar etmir, KT və ya MRT isə diaqnozu dəstəkləyir, bəzi hallarda isə inkar edir.

Kəskin appendisitlərdə klinik əlamətlər öz diaqnostik əhəmiyyətlərinə görə üç yerə bölünür: əsas, ikinci və üçüncü dərəcəli meyarlar.

- » **Əsas meyarlar** – bu meyarlar mütləq meyarlardır və bunların olmaması diaqnozu şübhə altına alır.
 - Sağ qalça nahiyyəsində davamlı ağrı
 - Sağ qalça nahiyyəsinin ağrılı olması: hərəkətə bağlı (yerimə, öskürmə, çevrilmə) və ya palpasiya vaxtı ağrı
 - İltihabın ümumi əlamətlərindən ən azı biri – hərarətin artması, leykositoz, qranulositoz, CRP artması
 - KT və ya MRT-də appendiksin böyüməsi və ətrafında ödem, maye
- » **İkinci dərəcəli meyarlar** – bu əlamətlərin olması diaqnozu dəstəkləyir, olmaması isə diaqnozu inkar etmir.
 - Əzələ gərginliyi
 - Əli çəkmə simptomu (Şötkin – Blumberq simptomu).
 - Ürəkbulanma
 - İştahsızlıq
 - Bir – iki dəfə qusma
 - USM əlamətləri
- » **Üçüncü dərəcəli meyarlar** – bu əlamətlər ola bilər, lakin xarakterik deyil. Bunlar xəstəliyin atipik formalarına və ya başqa xəstəliklərə şübhə yaradır.
 - Kəskin başlayan ağrı
 - Sol alt kvadrantda, hipoqastal, sağ bel və qabırğaaltı nahiyyədə ağrılar
 - Sancışəkilli ağrı
 - Təkrari qusmalar
 - İshal
 - Dizuriya
 - Kəskin appendisitə şübhə əlamətləri olan xəstələrdə (adətən kəskin qarın əlamətləri olan xəstələr) diqqətli klinik müayinə aparılır, laborator və USM nəticələri birlikdə qiymətləndirilir.
- İlkin klinik – laborator – USM nəticələrinə görə bir neçə variant ola bilər:
 - » **A variantı – tipik variant**
 - Sağ qalça nahiyyəsində davamlı ağrı
 - Sağ qalça nahiyyəsinin ağrılı olması: hərəkətə bağlı (yerimə, öskürmə, çevrilmə), palpasiya vaxtı ağrı.
 - İltihabın ümumi əlamətlərindən ən azı biri – hərarətin artması, leykositoz, qranulositoz, CRP artması.
 - Görüntülmədə digər orqan patologiyası yoxdur.
 - ***Bu vəziyyət kəskin appendisit kimi qəbul edilir və təcili əməliyyat edilir.***
 - » **B variantı – klinik variant**
 - Klinik əlamətlər kəskin appendisitə göstərir, lakin laborator və USM bunu dəstəkləmir və əlavə patologiyanı da göstərmir.

- ***Bu variant kəskin appendisit kimi qəbul edilə bilər və ya KT (hamilələrdə və uşaqlarda MRT) edilə bilər.*** Belə hala retrosekal appendisitdə, absesdə, infiltratda daha çox rast gəlinir.
- » **C variantı – atipik variant**
 - Klinik əlamətlər tipik deyil, peritonit və sepsis əlamətləri yoxdur. Lakin laborator və USM appendisitə uyğun əlamətləri göstərir. Bu xəstələrdə atipik appendisit və ya digər xəstəliklər ola bilər.
 - Bu variantda KT ***(hamilələrdə və uşaqlarda MRT) və ya bir neçə saatlıq dinamik müşahidə aparıla bilər.***
 - Dinamik müşahidə ilə kəskin appendisiti inkar etmək mümkün deyilsə, diaqnostik laparotomiya və ya laparotomiya edilə bilər.
- » **D variantı – ağırlaşmış variant**
 - Klinik əlamətlər tipik deyil, peritonit və sepsis əlamətləri var, USM və laborator əlamətlər qarındaxili iltihabı göstərir. Peritonitin mənbəyini dəqiqləşdirmək məqsədi ilə oral kontrastlı KT edilə bilər. Bu xəstələr təcili əməliyyat olunmalıdırlar.

Differensial diaqnostika

- Kəskin appendisiti kəskin qarın törədən cərrahi və qeyri – cərrahi xəstəliklərlə differensiasiya etmək lazım gəlir. Differensiasiyada ən əhəmiyyətli göstəricilər klinik və tomoqrafik göstəricilərdir.
- Differensiasiya edilməsi lazım olan xəstəliklərə aşağıdakıları aid etmək olar.
 - » Qarın boşluğunun kəskin cərrahi xəstəlikləri
 - Mədə, 12bb perforasiyası
 - Kəskin xolesistit
 - Kəskin pankreatit
 - Kəskin bağırsaq keçməzliyi
 - Mekkel divertikulu
 - Kron xəstəliyi
 - Qeyri – spesifik xoralı kolit
 - » **Ginekoloji xəstəliklər**
 - Uşaqlıqdan kənar hamiləlik
 - Yumurtalıq sistləri
 - Pelvioperitonit
 - Adneksit
 - » **Uroloji xəstəliklər**
 - Böyrək sancısı
 - Kəskin pielonefrit
 - Kəskin paranefrit
 - » **Digər**
 - Qastroenterit
 - Enterokolit
 - Dövrü xəstəlik

- Hepatit
- Plevrit
- Nevrit
- Herpes zoster

Müalicəsi

Prinsip

- Kəskin appendisitinin standart müalicəsi açıq və ya laparoskopik appendektomiyadır.
- Bu prinsiptən nadir istisnalar var (infiltrativ appendisit, əməliyyat riski çox yüksək olan xəstələrdə ağırlaşmamış appendisit əlamətləri).

Metodlar və seçimi

- **Laparoskopik appendektomiya** ən çox tövsiyə olunan üsuldur, həm ağırlaşmamış, həm ağırlaşmış appendisitlərdə, hətta hamilələrdə aparıla bilər. Qadınlarda və diaqnostik çətinlikdə laparoskopiya ilk seçim sayılır.
- **Açıq appendektomiya** ədətən sağ aşağı çəp (McBurney nöqtəsindən keçən kəsik) və ya sağ aşağı pararektal kəsiklə icra olunur.
- Əməliyyat vaxtı normal görünən appendiksi çıxarmaq və patoloji müayinəyə göndərmək lazımdır (5-20% hallarda appendisit makroskopik görünməyə bilər), lakin qarın boşluğunu diqqətli təftiş etmək də unudulmamalıdır.
- **Antibiotikoterapiya** əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikası üçün aparılır, əməliyyatdan əvvəl bütün xəstələrə, sonra isə yalnız perforativ appendisitlərdə tövsiyə edilir.
- Appendisitinin ağırlaşmalarının müalicəsi digər bölümdə verilmişdir.

KƏSKİN APPENDİSİTİN AĞIRLAŞMALARI

Abses

- Perforativ appendisitinin piylik və bağırsaqlar tərəfindən həddəndirilməsi nəticəsində əmələ gəlir.
- Adətən appendisit başladıqdan 48 – 72 saat sonra meydana çıxır.
- Yüksək hərarət, qarında davamlı ağrı, palpasiyada sağ alt kvadranda ağrılı kütlə və sepsis əlamətləri ilə biruzə verir.
- Diaqnozu əməliyyatdan əvvəl USM və ya KT ilə və ya əməliyyat vaxtı dəqiqləşdirilir.
- Əməliyyatdan əvvəl tapılan appendikulyar absesləri USM və ya KT nəzarəti altında dəridən keçən drenajla və ya cərrahi yolla müalicə etmək olar.
- Əməliyyat vaxtı təyin edilən abseslərdə bitişmələr ayrılır, irin təmizlənir, mümkünə appendektomiya edilir. İltihablaşmış piylik və piy artımları rezeksiya olunur. Abses bölgəsi və çanaq drenajlanır. Appendiks lizisə məruz qalıbsa, əməliyyat abses boşluğunun drenajı ilə tamamlanır.

Appendikulyar infiltrat

- Appendisit hüddüdləndirmə üçün ətrafındakı bağırsaqlar və digər toxumalar infiltratlaşır və sərt bitişmələr əmələ gətirir.
- Appendisit tutmasından 3 – 4 gün sonra ortaya çıxır.
- Qarında ağrı və sağ alt kvadrantda ağrılı kütlə əlamətləri ilə biruzə verir.
- Spontan və ya müalicə ilə sönə bilər (4 – 6 həftə) və ya absesə çevrilə bilər.
- Əməliyyatdan əvvəl klinik əlamətlərlə və KT ilə diaqnozu dəqiqləşdirmək olar.
- Əməliyyatdan əvvəl təyin olunan appendikulyar infiltratda 2 həftə konservativ müalicə aparılır və nəzarət edilir.
- Absesləşmə baş verərsə, cərrahi və ya dəridən keçən yolla (USM və ya KT nəzarəti altında) drenaj edilir. İltihab sönərsə, 1,5-2 aydan sonra planlı appendektomiya tövsiyə olunur.
- İnfiltrat əməliyyat vaxtı tapılsa, əməliyyat qarın boşluğunun drenajı ilə tamamlanır, əməliyyatdan sonrakı dövrdə infiltratın müalicəsi aparılır və gedişinə nəzarət edilir.

Yayılmış peritonit

- Appendiksin perforasiyası və ya absesin peritona yayılması nəticəsində əmələ gəlir.
- Yayılmış peritonit əlamətləri ilə biruzə verir (qarında diffuz ağrı, gərginlik, köp, sepsis əlamətləri)
- Əməliyyatdan əvvəl KT ilə peritonitin mənbəyini dəqiqləşdirmək olar.
- Təcili əməliyyat mütləqdir və peritonitin müalicəsi həyata keçirilir: laparotomiya/laparoskopiya, mənbənin aradan qaldırılması, sanasiya, drenaj, infuziya, antibiotikoterapiya, digər dəstək müalicələri.

Pileflebit

- Portal venanın irinli tromboflebitidir. Appendisitdən başqa digər qarındaxili irinli xəstəliklər (divertikulyar, pankreatit, xolesistit və s.) də pileflebit törədə bilər.
- Pileflebit antibiotikoterapiyaya tabe ola və ya qaraciyər absesləri, sepsis və letallıq törədə bilər.
- Üşütmə, yüksək qızdırma, sarıqlı xarakterik əlamətləridir.
- Appendisitdə üşütmə və sarıqlı görünərsə, pileflebitdən şübhələnmək lazımdır.
- Dəqiq diaqnozu USM və KT ilə portal venada tromb, hava görünməsi ilə qoyulur.
- Müalicəsi üçün yüksək doza antibiotik, qaraciyər absesi baş verərsə drenaj edilməlidir.

Tiflit və peritiflit

- Appendisitdəki iltibabi prosesin kor bağırsağa və ətrafındakı toxumalara yayılmasıdır, adətən sərbəst və ya müəssisə kökünə perforasiya nəticəsində baş verir.
- Kor bağırsaqda və nazik bağırsaqlarda perforasiyalar meydana gələ bilər.
- Diaqnozu adətən əməliyyat vaxtı təyin olunur.
- Appendektomiya edildikdən sonra iltihaba uğramış bağırsaq segmenti (kor bağırsaq və ileosekal bölgə) mobilizə edilir və laparotom yaradan xaricə çıxarılır. Perforasiya dəlikləri tikilir. Bağırsaq segmenti 4 – 7 gün ərzində xaricdə saxlanır (**ekstraperitonizasiya**) və gedişə nəzarət edilir.

- Perforasiya olmadıqda və ya dəliyin örtüldüyünə əmin olduqdan sonra ileosekal seqment qarın boşluğuna salınır.
- İleosekal bölgənin geniş nekrozu olarsa, hemikolektomiya edilə bilər.

Entero-kutaneal fistul

- Appendiks əsasının nekrozu, güdülün nekrozu və ya açıq qalması, bağırsaq perforasiyaları bağırsaqda dəri arasında fistula səbəb olur.
- Kəskin appendisitdə entero-kutanoz fistullar aşağıdakı hallarda çox rast gəlinir:
 - » Appendikulyar absesin drenajından sonra (cərrahi və ya perkutan müdaxilə, nadir hallarda spontan)
 - » Nekrotik appendektomiyalardan sonra
 - » Tiflit və peritiflit olan xəstələrdə.
 - » Bədxassəli törəmələrdə
- Bu fistullar əksər hallarda spontan bağlanır. Ağırlaşma görünərsə əməliyyat edilir.

Bağırsaq keçməzliyi

- Kəskin appendisit abses, infiltrat və bitişmə törədərək kəskin bağırsaq keçməzliyinə səbəb ola bilər.
- Diaqnozu KT ilə və ya əməliyyat vaxtı təyin edilir.
- Belə xəstələrdə kor bağırsaq törəməsini unutmamaq lazımdır.

Ədəbiyyat

(1),(23),(39,40)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

QARACİYƏR XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb e.d. Emil İsgəndərli Dr. Namiq Novruzov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. Eldar Əhmədov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKLƏR

- Sindromlar
 - » Portal hipertenziya (PH)
 - » Varikoz və qanaxma
 - » Assit
 - » Qaraciyər yetməzliyi – kəskin qaraciyər yetməzliyi
 - » Hepatorenal sindrom (HRS)
 - » Hepatik ensefalopatiya (HEP)
- Qaraciyər sistləri
 - » Exinokokk (hidatik) sisti
 - » Neoplastik sistlər
- Qaraciyərin xoşxassəli törəmələri
 - » Hemangioma
 - » Fokal nodulyar hiperplaziya (FNH)
 - » Hepatosellulyar adenoma (HSA)
- Qaraciyərin birincili bədxassəli törəmələri
 - » Hepatosellulyar xərçəng (HSX)
 - » İntrahepatik xolangiokarsinoma (İHX)
 - » Hepatoblastoma

- » Eitelioid hemangioendotelioma (EHE)
- Qaraciyərin metastatik törəmələri
 - » Kolorektal xərçəng metastazı
 - » Neyroendekrin törəmələrin qaraciyərə metastazları
- Qaraciyər absesi
- Qaraciyərin travmaları
- Sirroz
- Qaraciyərin damar xəstəlikləri
 - » Badd – Kiari sindromu
 - » Portal vena trombozu (PVT)

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
<i>Klinik müayinələr</i> • Ağrı • Sarılıq • Qaşınma • Ürəkbulanma və qusma • Köp, şişkinlik • Halsızlıq • Palpator – sərt qaraciyər • Ağrılı qaraciyər • Kütlə • Assit • Ensefalopatiya	• Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya • Perkutan xolangioqrafiya • Diagnostik ERXPQ • PET – KT • Biopsiya • İndosianin yaşıl boyası (İYS) sınağı
<i>Laborator müayinələr</i> • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • CA-19-9 • Alfa-fetoprotein	
<i>Görüntüləmə və digər müayinələri</i> • Elastografiya • USM • MRT • KT	

• Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qaraciyər rezeksiyası • Hepatiko-yeyunoanastomoz • İntrahepatik xolangio-enteroanastomoz • Sist, abses drenajı • Arterial kimyaembolizasiya • Ablasiyalar • Varikozun endoskopik müalicə üsulları (liqasiya, skleroterapiya) • ERXPQ, sfinkterotomiya, stent • Perkutan biliar drenaj, stent • Plazmaferez	• Qaraciyər transplantasiyası • TİPS • MARS • Dializ

PORTAL HİPERTENZIYA

Özət

Normada qarı venası ilə boş vena arasındakı təzyiqlər fərqi 5 mm Hg st. təşkil edir. Bu fərqi 5 mm Hg st.-dan çox olması portal hipertenziya kimi qəbul olunur. Qarı venasında təzyiqin artmasında iki amil əsas rol oynayır: müqavimətin artması və gələn qanın artması (portal hipervolemiya). Anatomik bölgüyə əsaslanaraq portal qan axınına əngəl olan (radiusu kiçildən) amilləri üç qrupa bölmək olar: qaraciyəraltı, qaraciyərdaxili və qaraciyərüstü. Qaraciyəraltı səbəblər arasında ən çox rast gəlinəni portal vena trombozu və venaətrafı şişlərdir (qarı, mədə, MAV, öd kisəsi və xoledox şişləri, limfomalar). Splenomeqaliya, arterio-venoz fistullar, porto-sistemik paradoks portal hipervolemiya və hipertenziya törədə bilər. Qaraciyərdaxili amillər, xüsusən də sirroz portal hipertenziyanın ən çox rast gəlinən səbəbləridir (80%). Aşağı boş vena membranı, trombozu, zirehli perikardit, sağ ürək yetməzliyi qaraciyərüstü səbəblərə aiddir. Portal venalarda təzyiqin artması nəticəsində assit, varikoz və qanaxma, ensefalopatiya, splenomeqaliya, hepatorenal sindrom, porto-hipertenziv gastro-enteropatiya və s. kimi ağrılar meydana çıxır. Assit portal hipertenziyaya şübhə əlamətidir, dəqiqləşdirmək üçün endoskopiya və elastoqrafiya edilir, lazım gələrsə, porto-kaval qradient ölçülür. Varikoz genişlənmə, qaraciyər sərtliyinin 17 kPa-dan çox, dalaq sərtliyinin 33 kPa-dan çox və porto-kaval qradientin 5 mm Hg st.-dan çox artması portal hipertenziyanı təsdiqləyən əlamətlərdir. PH-nin müalicəsində ilk və əsas hədəf səbəbin aradan qaldırılmasıdır. İlk hədəfə çatmaq mümkün olmadıqda ikinci hədəf seçilir – ağrılarının profilaktika və müalicəsi. Ağrılarının müalicəsi iki yolla həyata keçirilir: portal təzyiqi azaltmaq və ağrılaşmaya spesifik birbaşa tədbirlər görmək. Portal təzyiqi azaltmaq üçün porto-kaval yanyollar (dekompressiya), splanxik vazokonstriktorlar (somatostatin, vasopressin, β -adrenoblokatorlar), diuretiklər və s. istifadə edilir. Ağrılaşma yoxdursa və ya riski yüksək deyilsə, profilaktik olaraq PH-ı azaltmağa ehtiyac yoxdur.

Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Ağrı • Sarılıq • Qaşınma • Ürəkbulanma və qusma • Köp, şişkinlik • Halsızlıq • Palpator – sərt qaraciyər • Ağrılı qaraciyər • Kütlə • Assit • Ensefalopatiya Laborator müayinələr • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Hemoqram • Kreatinin • CA-19-9 • Alfa-fetoprotein • Assitik maye müayinələri (protein, albumin, leykosit, xolesterolin, kültür, sitologiya və s.) Görüntüləmə və digər • Elastografiya • Endoskopiya • USM • MRT • KT • Biopsiya	• Diaqnostik ERXPQ • PET – KT
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ: vazokonstriktorlar, diuretiklər, albumin, antibiotik və s. • Varikozun endoskopik müalicə üsulları (liqasiya, skleroterapiya) • TİPS	• Porto-kaval cərrahi yanyollar • Qaraciyər transplantasiyası • MARS • Dializ • Qaraciyər rezeksiyası

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assit punksiyası • Plazmaferoz | <ul style="list-style-type: none"> • Arterial kimyaembolizasiya • Ablasiyalar • Digər |
|---|--|

Diaqnostikası

Şübhə

- Xronik qaraciyər xəstəliyi əlamətləri (teleangioektaziya, palmar eritema, hepatomeqaliya, palpator sərt qaraciyər), assit, mədə – bağırsaq qanaxması və splenomeqaliya PH-a şübhə yaradan göstəricilərdir.

Dəqiqləşdirmə

- PH-ı təsdiqləyən üç əlamət:
 - » varikoz genişlənmə
 - » qaraciyər və dalaq sərtliyinin artması
 - » portal təzyiqin artması
- Göbəkətrafı varikozlar adi müayinə ilə, qida borusu varikozları endoskopik müayinə ilə, portal vena genişlənməsi və kollaterallar Doppler USM, KT və ya MR – angioqrafiya ilə müəyyən edilir.
- Portal hipertenziyanı təyin etmək üçün ikinci azinvaziv yol elastografiyadır, qaraciyər sərtliyinin 17 kPa-dan, dalaq sərtliyinin isə 33 kPa-dan çox artması portal hipertenziyanı göstərir.
- PH-ın üçüncü xarakterik əlaməti sayılan təzyiqin artmasını təyin etməyə həmişə ehtiyac qalmır. Təzyiqi ölçmək üçün iki yol mövcuddur – birbaşa və dolayı.
 - » Birbaşa üsul yalnız əməliyyat vaxtı tətbiq edilir və təzyiq portal venaya müdaxilə edilərək ölçülür.
 - » Dolayı üsul qapı venası ilə aşağı boş vena arasındakı təzyiqlər fərqi təyin etməyə əsaslanır. Təzyiqlər fərqi 5 mm Hg st-dan çox olması portal hipertenziyanı göstərir.

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- PH-ın ağırlıq dərəcəsini klinik və ya manometrik üsullarla təyin etmək olar.
- Klinik olaraq varikoz və splenomeqaliya varsa, yüngül dərəcə, assitin varlığı orta dərəcə kimi, varikoz qanaxma, refrakter assit, hepatorenal sindrom kimi ağırlaşmaların olması isə ağır dərəcə kimi qiymətləndirilir.
- Manometriya üçün vidaci və yuxarı boş venadan qaraciyər venalarına daxil olunur, uc təzyiqlər və kava təzyiqləri ölçülür, qapı təzyiqi ilə kava təzyiqlər fərqi hesablanır. TİPS metodunun istifadəsi ilə son illər bu üsul geniş tətbiq edilməyə başlamışdır.

Səbəbin təyini

- PH-ı olan bütün xəstələrdə ilk növbədə Qc-in funksional (QcFT) və morfoloji (görüntüləmə və biopsiya) vəziyyətini dəqiqləşdirmək lazımdır. İlk növbədə sirrozun olub – olmadığını yoxlamaq vacibdir.
- Qaraciyər patologiyası tapılmayan hallarda digər səbəblər, xüsusən ürəyin funksional vəziyyəti (EXO kardiografiya) dəqiqləşdirilməlidir.
- Əksər hallarda klinik və görüntüləmə müayinələri PH-ın yeri və səbəbini təyin etməyə imkan verir.

Müalicəsi

- PH-ın müalicəsində prinsiplər:
 - » səbəbin aradan qaldırılması (sirrozda Qc transplantasiyası, birincili splenomeqaliyada splenektomiya, arterio – portal fistulda fistulektomiya və s.)
 - » ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi üçün PH-ı azaltmaq
 - » ağırlaşmaların spesifik müalicəsi

Portal təzyiqi azaltma

- Portal təzyiqi azaltmaq üçün iki qrup tədbirlər var:
 - » müqaviməti azaltmaq (porto – kaval yanyollar)
 - » portal sistemə qan axını azaltmaq (medikamentoz və digər)

Medikamentoz tədbirlər

- Somatostatin, vasopressin analogları və beta – adrenoblokatorlar splanxik vazokonstriksiya törədərək portal sistemə gələn qanı azaldırlar.
- Somatostatin və analogları varikoz qanaxmalarda qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq üçün istifadə edilir.
- Beta blokatorlar qanaxmanın uzunmüddətli profilaktikası üçün tətbiq edilir.

Porto-kaval şunt və ya yanyol (PKYY)

- Porto – kaval şunt və ya yanyol (PKYY) mahiyyətə portal sistemlə aşağı boş vena və ya şaxələri arasında anastomoz yaratmaqdır. Nəticədə qan yüksək təzyiqli qapı sistemindən aşağı təzyiqli boş venaya axır, portal sistemdə təzyiq enir. Bu əməliyyatlar PH-ı azaltmaq üçün ən effektiv tədbir sayılır. PKYY nəticəsində portal qanın bir hissəsi (bəzən əksəriyyəti) qaraciyərdən yan keçdiyi üçün iki ciddi problem törədir: qaraciyərin qidalanması pozulur və hepatosellulyar yetməzlik dərinləşir, ensefalopatiya artır.
- PKYY – əməliyyatları digər tədbirlər effektiv olmadıqda və Qc funksiyası saxlanılan hallarda istifadə olunur.
- PKYY-nin iki növü var: intrahepatik və ekstrahepatik.
- **Qaraciyərdaxili porto – kaval yanyol (TIPS – transyuqulyar intrahepatik porto – sistemik yanyol)** endovaskulyar üsulla aparılır, qaraciyər venaları ilə qapı venası arasında stent yerləşdirilir. PH ağırlaşmalarında geniş tətbiq edilən müdaxilələrdəndir.
- **Ekstrahepatik PKYY-lər cərrahi yolla** yaradılır və portal axını nə dərəcədə dəyişdirdiyinə əsasən bunları 3 qrupda cəmləşdirmək olar: ümumi, *selektiv və hissəvi*

- » Ümumi (*total*) *yanyol* əməliyyatları həm çözü, həm də dalaq venasından gələn qanın əksər hissəsini aşağı boş venaya yönəldir. Bu üsulda ensefalopatiya dərinləşir, qaraciyər atrofikləşir.
- » *Hissəvi yanyollar* kiçik diametrli ümumi şuntlardır və portal vena və ya böyük şaxələri (çöz və ya dalaq venaları) ilə aşağı boş vena və ya şaxələri (adətən böyrək venası) arasında kiçik diametrli (8 mm) damar protezləri yerləşdirilir.
- » *Selektiv yanyol* əməliyyatlarında qapı venoz sisteminin iki bölgəsi – dalaq və çöz hövzələri arasında əlaqə kəsilir, dalaq hövzəsinin qanı aşağı boş venaya yönəldilir, bağırsaq qanı isə, təbii yolu ilə qaraciyərə gedir. Nəticədə, *bir tərəfdən* gastroezofaqosplenik bölgədə təzyiq azaldığı üçün qanaxma, qastropatiya və splenomeqaliya kimi *ağırlaşmalar aradan qalxır*. Digər tərəfdən isə, toksik olan mezenterik qan Qc-ə getdiyi üçün hepatosellulyar funksiya pozulmur, *ensefalopatiyaya çox az rast gəlinir*, retroqrad axın baş vermir, *hepatosellulyar yetməzlik dərinləşmir və dalaq saxlanılır*.
- » Portal təzyiqi azaltmaq üçün məlum olan splenektomiya, hissəvi dalaq embolizasiyası hazırda geniş istifadə edilmir.

Səbəbi aradan qaldırma	• Qc transplantasiyası • Portal trombektomiya • Splenektomiya • Membranektomiya • Kardio – korreksiya • Arterio – venoz fistulun ləğvi • Digər
Portal təzyiqi azaltma	• Müqaviməti azaltma » Qaraciyərdaxili porto – kaval yanyol (TIPS) » Qaraciyərxarici porto – kaval yanyollar • Portal qan axınını azaltma » Splanxik vazokonstriktorlar » Somatostatin (oktreotid) » Vazopressin (glipressin) » β-adrenoblokatorlar • Diuretiklər • Splenektomiya • Hissəvi dalaq embolizasiyası • Dalaq arteriyası stentlənməsi
Ağırlaşmaların müalicəsi	• Endoskopik liqasiya • Endoskopik skleroterapiya • Zondla tamponada • Ezofageal stent • Devaskulyarizasiya • Varikozlara tikiş • Diuretik

- Laktuloza, laktibiol
- Ornitin – asetat
- Ornitin-qlutamat
- Rifaksimin

VARİKOZ VƏ QANAXMA

Özət

Varikoz portal təzyiqin artması nəticəsində porto-kaval kollaterallarda baş verən kompensator genişlənmələrdir. Porto-kaval təzyiq fərqi 8 mm Hg st. aşarsa venalarda və kollaterallarda genişlənmə başlayır, fərq 10 mm Hg st. olduqda genişlənmə bariz şəkil alır, 12 mm Hg st. aşdıqda isə, qanaxma təhlükəsi meydana gəlir. Kollateralların genişlənməsi və qanaxma ən çox gastroezofageal səviyyədə, sonra rektal, göbəkətrafı və retroperitoneal səviyyədə ortaya çıxır. Ölçülərinə görə qida borusu varikozlarını 4 dərəcəyə ayırırlar:

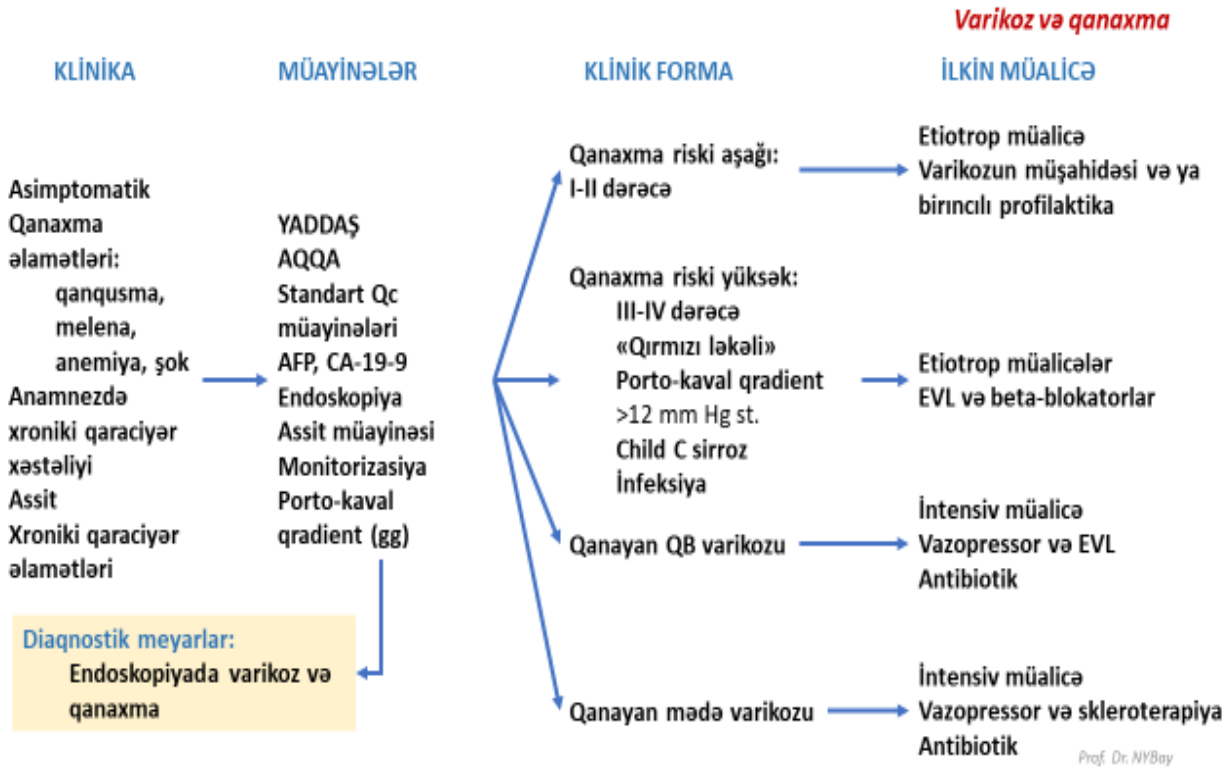
- I dərəcə – selikaltı qatda geniş vena var, qabarmır
- II dərəcə – mənfəzə doğru qabarmış venalar, mənfəzi tutmur
- III dərəcə – qabarmış venalar mənfəzi tama yaxın tutur
- IV dərəcə – qabarmış venalar mənfəzi tam tutur.

Böyük varikozlar (III-IV dərəcə), nazik divarlı varikozlar, Child C və porto-kaval gradient >12 mm Hg st. və dalaq sərtliyi >60 kPa varikoz qanaxma üçün yüksək risk göstəriciləridir və birincili profilaktika lazım gəlir.

Sirrotik xəstələrin təxminən 60%-də varikoz baş verir və bunların da təxminən 30%-də 2 il ərzində qanaxma rast gəlir. Birinci dəfə baş verən qanaxma adətən 70-80% hallarda öz-özünə və ya müalicə ilə dayanır. Lakin xəstələrin 60-70%-də bir il ərzində təkrarlanma baş verir və ən çox ilk saat və ya günlərdə müşahidə edilir. Qanaxmalarda letallıq təxminən 20% təşkil edir, qanaxma təkrarladıqca letallıq da artır. Hipertenziyanın səbəbi aradan qaldırıldıqda varikoz genəlmələr geriye inkişaf edir.

Varikoz qanaxmalar iki qrup əlamətlərlə – yerli (qanqusma, melenə, NQZ-dan qangəlmə) və ümumi (anemiya, hipovolemiya, şok) əlamətlərlə büruzə verir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün təcili endoskopiya aparılır.

Varikoz qanaxmalarda müalicə ikimərhələli şəkildə aparılır: ilkin tədbirlər və həlledici müalicə. Təcili ilkin tədbirlərə hemodinamikanı stabilləşdirmə, endoskopik diaqnostika, qanaxmanın endoskopik və medikamentoz dayandırılması və digər dəstək müalicələri aiddir. İlkin tədbirlərə baxmayaraq qanaxma davam edirsə və ya tezliklə təkrarlanarsa, qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol (TİPS) və ya örtüklü metal stent tövsiyə edilir. Əgər TİPS və ya stent imkanı yoxdursa, üçüncü seçim cərrahi müdaxilədir (transseksiya, tikiş, yanyol). Qanaxması dayanan xəstələrdə həlledici müalicə kimi əsas xəstəliyin müalicəsi və qanaxmanın ikincili profilaktikası həyata keçirilir.



Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Qanqusma - Melena - Anemiya - şok - Assit - Ensefalopatiya Laborator müayinələr - AQQA - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP - Kreatinin - Prokalsitonin	- Diagnostik ERXPQ - PET – KT - Biopsiya

• Orqanlara spesifik müayinələr • CA-19-9 • Alfa-fetoprotein • Assitik maye müayinələri (protein, albumin, leykosit, xolesterol, kultür, sitologiya və s.) Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • Elastografiya • USM • MRT • KT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ: vazkonstriktorlar, diuretiklər, albumin, antibiotik və s. • Endoskopik varikoz müalicələri (liqasiya, skleroterapiya) • Assit punksiyası • Plazmaferez • Dəstək müalicələri	• TIPS • Stent • Porto-kaval cərrahi yanyollar • Qaraciyər transplantasiyası • MARS • Dializ • Digər

Diaqnostika

Şübhə

- Mədə-bağırsaq qanaxması olan bütün xəstələrdə varikoz qanaxmadan şübhələnmək lazımdır
- Anamnezində və ya hazırda xroniki qaraciyər xəstəliyi əlamətləri varsa, bu şübhəni daha da artırır.

Dəqiqləşdirmə

- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün təcili endoskopiya aparılır.
- Endoskopiya qanaxmanın yerini və səbəbini təyin edir.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

- Qanaxmanın ağırliq dərəcəsinə təyin etmək üçün klinik, laborator və hemodinamik göstəricilər nəzərə alınır:
 - » yüngül dərəcəli qanaxma – melena, qanqusma var.
 - » orta dərəcəli qanaxma – melena, qanqusma ilə yanaşı anemiya var.
 - » ağır dərəcəli qanaxma – şok əlamətləri var.

Müalicəsi

- Varikoz qanaxmaların müalicə və profilaktika tədbirləri 3 prinsip üzərində qurulmuşdur:
 - » portal təzyiqi azaltma – dekompressiya (porto – kaval yanyollar, medikamentoz),
 - » varikozlarda qan axınını kəsmə – devaskulyarizasiya (transseksiya, kardio – fundal tikiş, Siqura əməliyyatı)
 - » varikozlara birbaşa müdaxilə (varikoz liqasiyası, skleroterapiya, balon tamponadası).

Müalicə yanaşması

- Varikoz qanaxmalarda müalicə taktikası iki mərhələli şəkildə aparılır: ilkin tədbirlər və həlledici müalicə.
- Təcili ilkin tədbirlərə aiddir:
 - » Hemodinamikanı stabilizə etmə (infuziya, vazopressor, inotrop, göstərişə görə intubasiya və s.)
 - » Endoskopik diaqnostika
 - » Qanaxmanın endoskopik liqasiyası (EVL) və medikamentoz dayandırılması
 - » Digər müalicələr.

Cədvəl 4. Varikoz qanaxmada ilkin tədbirlər.

Yerləşdirmə

- Xəstə təcili olaraq reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilir, cərrah, reanimatoloq və endoskopist briqadası tərəfindən nəzarətə alınır.

Həyati funksiyalara nəzarət və stabilizə etmə

- Monitorizasiya qoşulur (saturasiya, təzyiq, nəbz və s.)
- Tənəffüs yolu yoxlanılır və keçiriciliyi təmin edilir. Aramsız qanaxmalarda və ensefalopatik xəstələrdə təcili intubasiya edilir.
- Hemodinamika qiymətləndirilir və hipovolemiya varsa (taxikardiya, hipotenziya, ortostatik kollaps) infuziyaya başlanılır.
- Şokda olan xəstələrə Ringer – Laktat bolyus şəklində 1000 ml verilir və kolloid infuziyasına (plazma, albumin, jelatin, dekstran) başlanılır.
- Damar yolu açılır, təhlillər alınır (Hemoqram, PTZ, APTZ, qanaxma, laxtalanma zamanı, qlükoza, ALT, AST, sidik cövhəri, kreatinin, albumin, bilirubin, elektrolitlər, HBsAg, Anti-HCV).
- Sidik kateteri qoyulur.

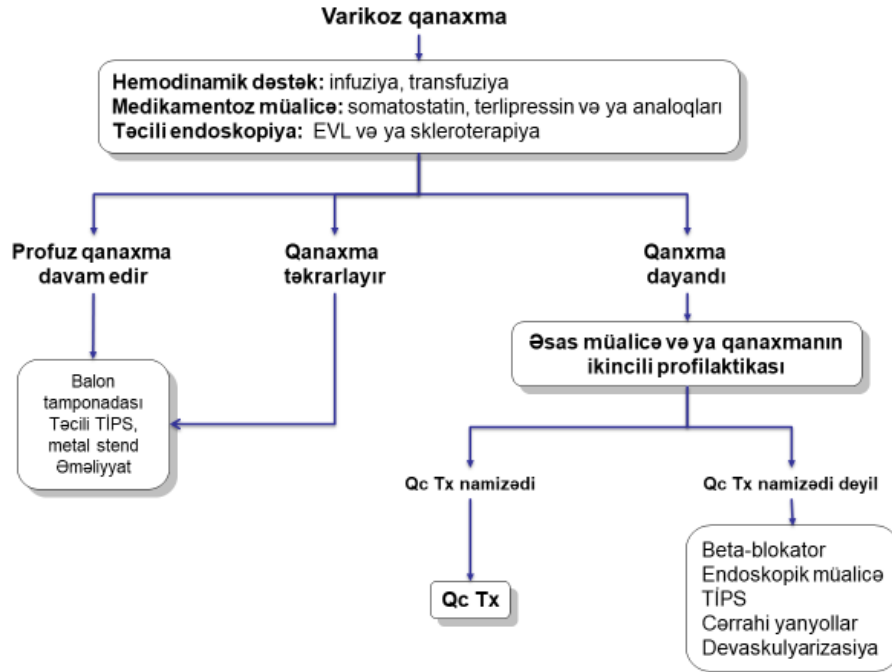
Qanaxmanı dayandırma – medikamentoz + endoskopik

- Sandostatin (250 mkq ilk doza, 250 mkq/saat infuziya) və ya oktreotid (50 mkq ilk doza, 50 mkq/saat infuziya) və ya terlipressin (2 mq hər 4 saatda) müalicəsinə başlanılır və 5 günə qədər davam etdirilir.
- Hemodinamika stabilləşmişsə, təcili endoskopik müayinə və varikozun liqasiyası edilir (12 saat ərzində). EVL yoxdursa skleroterapiya edilir.
- Xəstə stabilləşməmişsə və qanaxma artaraq davam edirsə, Blekmor zondı qoyulur və intubasiya edilir. Blekmor zonduna baxmayaraq stabilləşmə yoxdursa, təcili angiografiya

(QDPKYY + ezofagus stenti, embolizasiya) və ya əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı endoskopik müayinə aparılması vacibdir.

Digər tədbirlər

- Antisekretor ranitidin (Ranitidin 50 mq x 3) və ya rabeprazol infuziya edilir.
 - Eritrositar kütlə, plazma tədarük edilir.
 - Hb < 8-10 q/dL və ya Ht < 30% olan xəstələrə hemotransfuziya başladılır.
 - TDP koagulopatiyası varsa (INR>1,5) və qan transfuziyası alanlarda (hər 2 vahid qana 1 vahid plazma).
 - Vikasol (10 mq) təyin edilir. Fibrinogeni az olanlara (<200 mq) kriopresipitat verilir. Trombositopeniya (<50 x 10⁹/L) olarsa, trombosit kütləsi köçürülür.
 - Şəkər, elektrolit tənzimlənir. Hipoqlikemiya və hipokalemiya ensefalopatiyanı dərinləşdirir.
 - Qarın boşluğu USM və portal doppler edilir.
 - Xəstənin hərtərəfli monitorinqi davam etdirilir (hemodinamika, tənəffüs, sidik ifrazı, NQZ-dən ifrazat, melena, Hb, Ht, huş və digər).
 - Ensefalopatiya və infeksiyaların profilaktikasına başlanılır.
- İlkin tədbirlərə baxmayaraq qanaxma davam edirsə və ya tezliklə təkrarlanarsa, müvəqqəti Blekmor zondı qoyulur və qaraciyərdaxili portokaval yanyol (TİPS) və ya örtüklü metal stent tövsiyə edilir. Əgər TİPS və ya stent imkanı yoxdursa, üçüncü seçim cərrahi müdaxilədir (transseksiya, tikiş, yanyol) tətbiq edilir.
 - Qanaxması dayanan xəstələrdə həlledici müalicə kimi əsas xəstəliyin müalicəsi və qanaxmanın ikincili profilaktikası həyata keçirilir.
 - Mədə varikozlarında da qanaxmanı dayandırmaq üçün ilk seçim medikamentoz + endoskopik yoldur. Lakin qida borusu varikozlarından fərqli olaraq mədə varikozlarında ilk seçim spirtlə yox, yapışdırıcılarla (N – butyl – sianakrilat, donuz trombinini) skleroterapiyadır. I tip gastroezofageal varikozlarda EVL edilə bilər.
 - Adi hemorroidlərdən fərqli olaraq PH-də klassik hemorroidektomiya tövsiyə olunmur (çünki ağır qanaxmalar başlaya bilər). Ona görə də, daha konservativ cərrahi müdaxilə seçilməlidir: liqasiya, skleroterapiya, lazer və ya infraqırmızı koagulyasiya. TİPS istifadə edilə bilər.



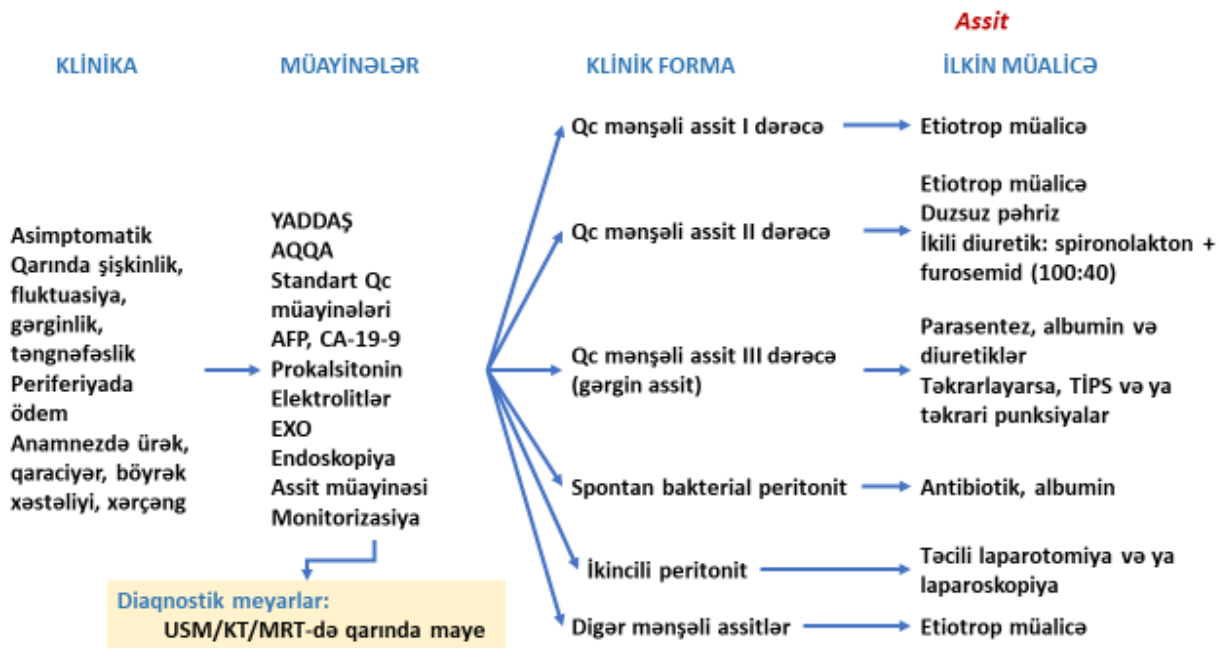
Varikoz qanaxmada müalicə taktikası

ASSİT

Özət

Assit periton boşluğuna maye toplanmasına deyilir. Peritonda ifrazat və sorulma arasındakı tarazlığın pozulması assitin əmələ gəlməsinə səbəb olur (portal hipertenziya, ürək yetməzliyi, sirroz, nefrotik sindrom, miksedema, mezotelioma, peritoneal karsinomatoz, ekstravazasiya və limfatik blok). Assitlərin əksəriyyəti sirroz mənşəlidir. Assit yüngül (USM və ya KT-də görünür), orta (klinik təyin olunur) və böyük dərəcələri var (qarında böyük şişkinlik). Refrakter assit, spontan bakterial peritonit (assitin infeksiyalaşması), hepatorenal sindrom, hidrotoraks və hiponatremiya kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər.

Assiti təyin etmək üçün ən hassas üsullar USM və tomoqrafiyadır, səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik və görüntüləmə müayinələri yetərsiz olarsa, plazma-assit albumin fərqi (PAAF) hesablamaq lazımdır. Portal hipertenziya üçün yüksək fərqli (PAAF>1,1 q/dl) assit xarakterikdir. Assitin müalicəsində əsas hədəf səbəbin aradan qalırılmasıdır, bu mümkün olmadıqda Na⁺ qəbulunu azaltmaq və diuretik lazım gəlir. Gərgin assitlərdə punksiya edilir. Yüksək doza diuretikə baxmayaraq aradan qalxmayan assitlərdə vaxtaşırı parasentez və ya portokaval yanyollar seçilə bilər.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemogram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Qarında şişkinlik • Periferik ödemlər • Ensefalopatiya Laborator müayinələr • AQQA • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP • Elektrolitlər • Kreatinin • Orqanlara spesifik müayinələr • CA-19-9 • Alfa-fetoprotein • Assitik maye müayinələri (protein, albumin, leykosit, xolesterin, kultür, sitologiya və s.) Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • Elastografiya • USM • MRT • KT • Biopsiya	• Diaqnostik ERXPQ • PET – KT • Biopsiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ: vazokonstriktorlar, diuretiklər, albumin, antibiotik və s. • Assit punksiyası • Dəstək müalicələri	• TİPS • Porto-kaval cərrahi yanyollar • Qaraciyər transplantasiyası • MARS • Dializ • Digər

Diaqnostikasi

Şübhə

- Qaraciyər xəstəlikləri
- Mədə və bağırsaq xəstəlikləri
- Qarında şişkinlik
- Perkutor kütlük

Dəqiqləşdirmə

- Assiti təyin etmək üçün ən hassas üsul USM və tomoqrafiyadır

Səbəbin təyini

- Assitin səbəbini təyin etmək üçün klinik və görüntüləmə müayinələri yetərsiz olarsa, punksiya edərək assitik mayeni müayinə etmək və plazma-assit albumin fərqi (PAAF) hesablamaq lazımdır.
- Yüksək fərqli assit (PAAF > 1,1 q/dl) 97% həssaslıqla portal hipertenziyanı göstərir, o cümlədən sağ ürək yetməzliyində və miksedemada rast gəlinir.
- Sağ mədəciyin böyüməsi, atım fraksiyasının azalması, qaraciyər venalarının və aşağı boş venanın genişlənməsi, kontrastlı KT-də arterial fazada hər iki kamerada kontrastın görünməsi, kontrastın aşağı boş venaya və qaraciyər venalarına requrgitasiyası ürək yetməzliyinin əlamətləridir. Pastoz sifət, sərt ödemlər, aşağı T3, T4 və yüksək TSH miksedemanı göstərir.
- Aşağı fərq (PAAF < 1,1 q/dl) isə 97% həssaslıqla portal hipertenziyanı inkar edir və iltihabi, neoplastik, ekstravazasiya, limfatik assitlər üçün xarakterikdir. Nefrotik sindromda da aşağı fərqli assit təyin edilir. Aşağı fərqli assitlərdə əlavə müayinələrlə (sitoloji, mikrobioloji, ödə pıqmenti, amilaza, qlükoza, LDH və b.) iltihabi, neoplastik, ekstravazasiya, limfatik səbəblər axtarılır.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

Klinik göstəricilərə görə assitin 3 ağırliq dərəcəsi müəyyən olunur:

- Yüngül assit (subklinik və ya I dərəcəli) klinik təyin edilmir, USM və ya KT-də görünür.
- Orta dərəcəli assit (II dərəcəli) qarında şişmə törədir və klinik təyin olunur: perkutor kütlük, dalğalanma və s.
- Böyük assitdə (III dərəcəli) qarında böyük şişkinlik, hətta gərginlik ola bilər.

Müalicəsi

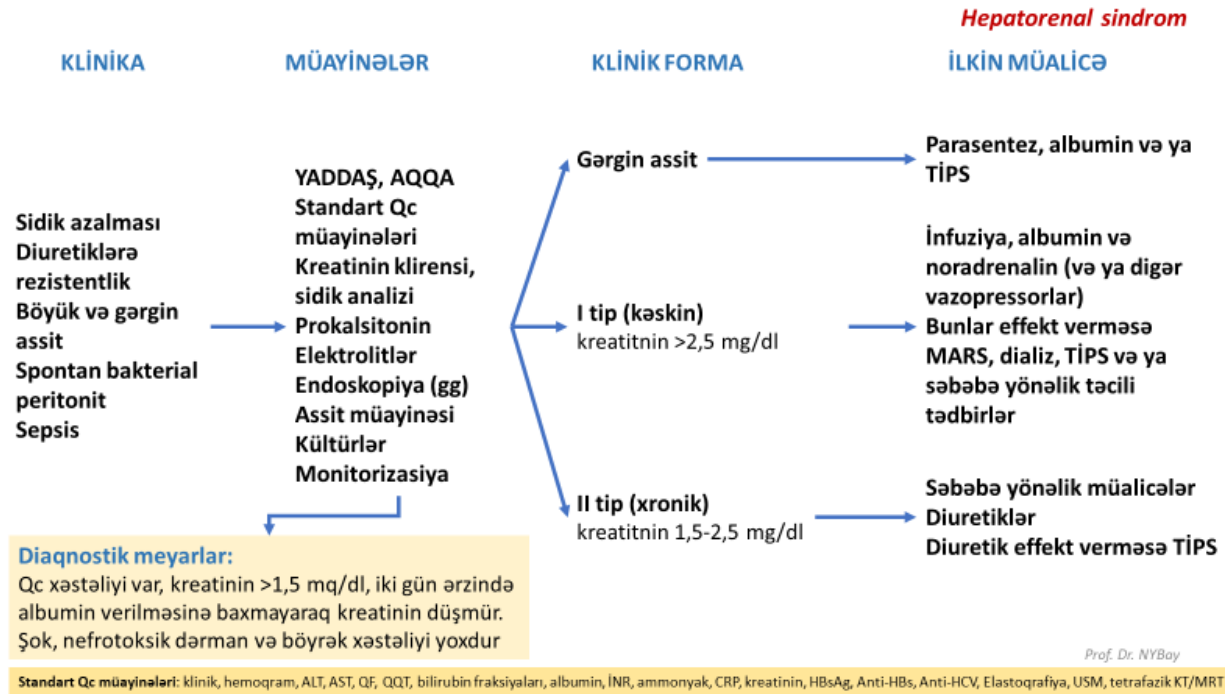
- Assitin müalicəsində əsas hədəf səbəbin, ilkin tədbir isə təcili vəziyyəti aradan qaldırılmasıdır.
- Gərgin assit, ikincili peritonit və spontan bakterial peritonit təcili müalicə tələb edir.
- Səbəbin aradan qaldırılması mümkün olmadıqda ikinci hədəf kimi patogenetik mexanizmlərə təsir tədbirləri həyata keçirilir.
- Qc mənşəli assitlərdə **əsas vasitələr** portal hipertenziyanı, orqanizmdə Na⁺ və suyu azaltmaqdır.

- Natrium qəbulunun azaldılması və spironolakton (aldesteron antaqonisti) müalicəsi xəstələrin 50%-də faydalı olur. Bu kombinasiya faydalı olmadıqda furosemid əlavə edilir. Adətən 3-lü kombinasiya (Na^+ azaltma + spironolakton + furosemid) 90% xəstədə faydalı olur.
- Diuretiklərin yüksək dozalarına baxmayaraq (spironolakton 400mq+ furosemid 160 mq) assit azalmırsa (refrakter assit), albumin+oktreotid+adrenomimetik kombinasiyası, vaxtaşırı parasentez və ya portokaval yanyollar seçilə bilər.
- Qaraciyərdaxili portokaval yanyol refrakter assitin ən effektiv müalicəsidir.

HEPATORENAL SİNDROM

Özət

- Hepatorenal sindrom (HRS) qaraciyərin kəskin və xronik xəstəliklərinin törətdiyi böyrək disfunksiyasıdır, qlomerulyar filtrasiyanın azalması, Na^+ və su tutulmasının artması ilə xarakterizə olunur. Böyrəklərdə xəstəlik, morfoloji dəyişiklik, nefrotoksik təsir və ya böyrək funksiyasını pozan amillər olmur (hipovolemiya, obstruksiya və s.). Böyrək arteriyalarının spazmı hepatorenal sindromun meydana gəlməsində əsas mexanizm hesab edilir.
- Hepatorenal sindrom subklinik, kəskin və xroniki formada ortaya çıxa bilər. Kəskin forma və ya I tip HRS, böyrək funksiyasının kəskin azalması ilə xarakterizə olunur, adətən kəskin xəstəliklərdə və ya ağırlaşdırıcı amillərin təsiri ilə meydana gəlir (spontan bakterial peritonit, sepsis, qanaxma və s.). Xroniki forma və ya II tip HRS-də böyrək funksiyalarının azalması yavaş inkişaf edir adətən refrakter assit və ya diuretikə rezistent assit kimi biruzə verirlər.
- HRS-nin diaqnozu qanda kreatinin artmasına ($>1,5$ mq/dl) və böyrək funksiyasını pozan digər səbəblərin inkar olunmasına görə dəqiqləşdirilir.
- I tip HRS-nin müalicəsində əsas hədəf səbəbin və ağırlaşdırıcı amillərin aradan qaldırılmasıdır. İkinci hədəf kimi böyrək damarlarının genişləndirilməsi və reabsorbsiyanın azaldılması seçilir: volemik (infuziya, albumin), vazokonstriktorlar (midoridin, noradrenalin, terlipressin) və renal vazodilatatorlar (N-asetilsistein, pentoksifillin). Bu tədbirlər fayda vermədikdə süni qaraciyər sistemləri (MARS, Prometheus), dializ və qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol tətbiq edilə bilər. Gərgin assiti olan xəstələrdə parasentez və TİPS edilir. İkinci tip HRS-də su və Na^+ reabsorbsiyasını azaltmaq üçün spironolakton (100-400 mq/gün), furosemid (40-160 mq/gün) istifadə edilə bilər.
- I tip HRS-nin proqnozu pisdır və müalicə olunmazsa, xəstələr adətən 2 -4 həftə ərzində itirilir. II tip HRS diuretiklərə cavab versə də, xəstələrin yaşama müddəti qısalar (1 illik yaşamı 20%, 5 illik yaşamı isə 39% azaldır), müalicə olunmadıqda isə 4-6 ay ərzində letallığa səbəb olur.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Qarında şişkinlik • Oliqouriya Laborator müayinələr • AQQA • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, INR, Ammonyak, CRP • Elektrolitlər • Kreatinin • Kreatinin klirensi • Sidik analizi • Orqanspesifik müayinələr • Alfa-fetoprotein	• Diagnostik ERXPQ • PET – KT • Biopsiya

- Assitik maye müayinləri (protein, albumin, leykosit, xolesterin, kultür, sitologiya və s.) Görüntüləmə və digər müayinləri - Endoskopiya - Elastoqrafiya - USM - MRT - KT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Konservativ: vazokonstriktorlar, diuretiklər, albumin, antibiotik və s. - Assit punksiyası - Dəstək müalicələri	- TİPS - Porto-kaval cərrahi yanyollar - Qaraciyər transplantasiyası - MARS - Dializ - Digər

Diagnozistikası

Şübhə

- Kəskin və xroniki qaraciyər xəstəlikləri
- Qaraciyər, böyrək və ürək yetməzliyi
- Refrakter assit
- Spontan bakterial peritonit

Dəqiqləşdirmə

- Hepatorenal sindromun spesifik klinik və ya laborator əlaməti yoxdur və diaqnozu meyarlar əsasında qoyulur (İnternational Ascites Club meyarları):
 - » Sirroz, kəskin qaraciyər yetməzliyi və ya portal hipertenziya var.
 - » Kreatinin 1,5 mq/dl-dən yüksək və ya 48 saatlıq müşahidədə kreatinin 0,3 mq/dl-dən çox artıb.
 - » İki gün ərzində diuretiklərin kəsilməsinə və vaskulyar həcmə albuminlə artırılmasına (1-1,5 q/kq/gün albumin) baxmayaraq kreatininin 1,5 mq/dl-dən aşağı düşməməsi
 - » Şok yoxdur.
 - » Nefrotoksik dərman istifadə edilməyib.
 - » Böyrəyin parenxima xəstəliyi yoxdur (proteinuriya <500 mq/gün, eritrosit <50/görmə sahəsində, USM normal).

Növünün təyini

- Hepatorenal sindromun növünü təyin etmək üçün kreatinin səviyyəsi və dinamikası nəzərə alınır.

Müalicəsi

- HRS-nin müalicəsində *ilk hədəf əsas səbəbin və ağırlaşdırıcı amillərin aradan qaldırılmasıdır*. Kəskin qaraciyər yetməzliyi və sirrotik xəstələrdə Qc transplantasiyası, mexaniki sarılıqda biliar drenaj HRS-nin ən radikal və effektiv müalicəsidir.
- Bu mümkün olmadıqda ikinci hədəf kimi patomexanizmlərə təsir seçilir: böyrək damarlarının genişləndirilməsi və reabsorbsiyanın azaldılması.
- Renal vazodilatasiya üçün dövr edən qanın həcmi artırma (infuziya, albumin), ümumi (midoridin, noradrenalin) və ya splanxik vazokonstriksiya (somatostatin, oktreotid, terlipressin) və renal vazodilatatorlar (N-asetilsistein, pentoksifillin) istifadə edilir.
- Bu tədbirlərə baxmayaraq, böyrək fəaliyyəti bərpa olunmazsa, süni qaraciyər sistemləri (MARS, Prometheus), dializ və qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol tətbiq edilə bilər. Gərgin assiti olan xəstələrdə paracentez və TİPS edilir. Digər hallarda son vasitə kimi hemodializ və ya albumin dializi (MARS) tətbiq edilə bilər.
- İkinci tip HRS-də əsas müalicə prinsipi *su və Na⁺ reabsorbsiyasını azaltmaq və ağırlaşdırıcı amillərin profilaktikasıdır*. Aldosteron antaqonisti – spironolakton (100 – 400 mq/gün) bu məqsədlə ən çox istifadə edilən dərmandır. Bu effekt vermədikdə müalicəyə furosemid (40 – 160 mq/gün) də əlavə edilə bilər.

HEPATİK ENSEFALOPATIYA

Özət

Hepatik ensefalopatiya kəskin və xronik qaraciyər xəstəliklərinin beyin funksiyalarında törətdiyi geriyədənən və ləngimə xarakterli neyro-psixoloji (şüur, dərkətmə və hərəkətə nəzarət) dəyişikliklərdir. Bu sindrom ağırlaşdırıcı amillərin təsiri ilə dərinləşə bilər (infeksiya, qanaxma, elektrolit pozulması və s.) və adətən geriyədənəndir.

Ensefalopatiyanın diaqnozu və ağırlıq dərəcələri klinik olaraq müəyyən edilir. Gizli forma (subklinik) klinik olaraq biruzə vermir, lakin neyro-psixoloji testlərdə ortaya çıxır, yüngül dərəcədə yaddaş, yuxu pozulması, tremor görünür, xəstə ilə kontakt qurmaq olur, ağır dərəcədə xəstə ilə kontakt qurmaq olmur, anlaşılmayan hərəkətlər və danışığıqlar olur, koma rastlanır.

Hepatik ensefalopatiyanın müalicəsində ilk hədəf əsas səbəbin – qaraciyər xəstəliyinin və ya porto-sistemik yanyolun aradan qaldırılmasıdır. Bu mümkün olmayanda ikinci hədəf kimi ammoniyakı azaltma tədbirləri (laktuloza, L-ornitin-L-aspartat, rifaksimın), ağırlaşdırıcı amillərin aradan qaldırılması (mədə – bağırsaq qanaxmasını dayandırma, bağırsaqları qan və ekzogenoz proteinlərdən təmizləmə, sedativləri dayandırma, su-elektrik mübadiləsini düzəltmə və s.), beyin ödeminin azaldılması tədbirləri həyata keçirilir. Medikamentoz müalicə effekt vermədikdə ekstrakorporal detoksikasiya üsulları (süni qaraciyər sistemləri, plazmaferez və s.) istifadə edilə bilər. Yanyol ensefalopatiyasında şuntu kiçiltmək və ya bağlamaq əsas tədbirdir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammoniyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Şüur, intellektual və hərəkət pozulmaları • Koma Laborator müayinələr • AQQA • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Elektrolitlər • Kreatinin • Orqanlara spesifik müayinələr • Alfa-fetoprotein • Assitik maye müayinələri (protein, albumin, leykosit, xolesterin, kultür, sitologiya və s.) • Kültürlər Görüntüləmə və digər müayinələri • Endoskopiya • Elastografiya • USM • KT	• Biopsiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ: laktuloza, LOLA, rifaksimın, antibiotiklər, albumin və s. • Beyin ödeminə qarşı müalicələr (hipertonik NaCl, mannitol, propofol və s.) • Assit punksiyası • Dəstək müalicələri • Ağırlaşmalara görə müalicələr	• Plazmaferez • TİPS • Qaraciyər transplantasiyası • MARS • Dializ • Digər

Diaqnostikasi

Şübhə

- Qaraciyər xəstəliyi olanlarda HE–yə şübhə var.
- Qeyri – adekvat hərəkət və davranışı olanlarda bu şübhə artır.
- Komada olanlarda.

Dəqiqləşdirmə

- Hepatik ensefalopatiya klinik müayinələrlə dəqiqləşdirilir və 2 meyarın olması vacibdir:
 - » Qaraciyər xəstəliyinin olması
 - » Beyinin əsas funksiyalarının birində və ya bir neçəsində pozulma
- Laborator olaraq ammonyakın artması, görüntülmədə beyində spesifik dəyişikliklər diaqnozu dəstəkləyə bilər, lakin olmazsa inkar etməz.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

- Ağırliq dərəcəsi klinik əlamətlərə görə təyin edilir və 5 dərəcəsi müəyyən edilir: subklinik və ya gizli, I, II, III və IV dərəcəli.
 - » Subklinik ensefalopatiyada adi klinik müayinələrdə beyin fəaliyyəti normal görünərsə də, xüsusi neyro – psixoloji testlərlə intellekt və hərəkətlərdə incə dəyişikliklər təyin edilir.
 - » I və II dərəcəli ensefalopatiyalarda xəstə ilə kontakt qurmaq olur: I dərəcədə xəstə ayıqdır, cavab var, lakin intellektual zəifləmə (yaddaş, diqqət) və tremor qeyd edilir, II dərəcədə isə yuxululuq olsa da, cavab var, lakin yavaşdır.
 - » III və IV dərəcəli ensefalopatiyalarda xəstə ilə kontakt qurmaq olmur: III dərəcədə cavab var, lakin anlaşılmır, IV dərəcədə isə cavab yoxdur – koma.

Səbəbin və ağırlaşdırıcı amillərin təyini

- Hepatik ensefalopatiyanın səbəbini və ağırlaşdırıcı amillərini təyin etmək üçün hərtərəfli klinik, laborator, görüntülmə müayinələri aparılır.

Müalicəsi

- Hepatik ensefalopatiyanın müalicəsində ilk hədəf əsas səbəbin – qaraciyər xəstəliyinin və ya porto – sistemik yanyolun aradan qaldırılmasıdır.
- Səbəb aradan qaldırılmadıqda ensefalopatiyanın müalicəsi üçün ikinci hədəf kimi patogenetik mexanizmlərə təsir strategiyası seçilir ki, bu da klinik formaya görə dəyişir.
- Xroniki ensefalopatiyada əsas müalicə ammonyakı azaltmağa yönəlmişdir və bu məqsədlə laktuloza, L – ornitin – L – aspartat, antibiotiklər (rifaksimın) tətbiq edilir.
- Kəskinləşmiş xroniki ensefalopatiyada (epizodik) ağırlaşdırıcı amillərin aradan qaldırılması ilə yanaşı (mədə – bağırsaq qanaxmasını dayandırma, bağırsaqları qan və ekzogenoz proteinlərdən təmizləmə, sedativləri dayandırma, su – elektrik mübadiləsini düzəltmə və s.) ammonyakı azaltma və dəstək tədbirləri həyata keçirilir.
- Kəskin ensefalopatiyalarda xəstələri sağaltmanın ən effektiv yolu Qc transplantasiyasıdır. Qc transplantasiyası mümkün deyilsə, müalicələr toksikozun və beyin ödeminin azaldılmasına yönəldilir. Medikamentoz müalicə effekt vermədikdə ekstrakorporal detoksikasiya üsulları

(süni qaraciyər sistemləri, plazmaferez və s.) istifadə edilə bilər. Bunlara baxmayaraq kəskin ensefalopatiyada letallıq yüksək dərəcədə (70 – 80%) seyr etməkdədir.

- Yanyol ensefalopatiyasında şuntu kiçiltmək və ya bağlamaq əsas tədbirdir. Bu mümkün deyilsə, müalicə xroniki ensefalopatiyada olduğu kimi aparılır.

QARACİYƏR TÖRƏMƏLƏRİNƏ DİAQNOSTİK YANAŞMA

Qaraciyər, törəmələrin ən çox rast gəlinəyi orqandır və klinik praktikada tərkibinə görə bunlar sistik və solid (toxumalı), gedişinə görə bəd- və xoşxassəli ola bilirlər. Qaraciyərdə ən çox rast gəlinən törəmələrə sadə və exinokokk sistləri, hemagioma, adenoma, fokal nodulyar hiperplaziya, hepatosellulyar karsinoma və metastatik törəmələr aid edilir. Lipoma, angiomiolipoma, psevdotumor, limfoma, xolangiokarsinoma az rast gəlinən törəmələrdir.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Hepatomeqaliya • Qarında şişkinlik, palpator kütlə • Sarılıq • Ağrı • Hərarət • SIRS-sepsis əlamətləri • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Exinokokk ig • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT • Rezeksiya

Şübhə

Qaraciyər törəmələrinə şübhə əksər hallarda ilkin klinik və USM müayinəsindən sonra meydana gəlir. Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, qaraciyər xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır və müayinə etmək gərəkir:

- USM-də törəmə
- Qarında şişkinlik
- Qarında kütlə əllənməsi
- Sarılıq
- Halsızlıq
- Qaşınma
- Qarında ağrı
- Assit
- Köklük
- Mədə-bağırsaq qanaxması
- Hepatomeqaliya
- Laborator dəyişikliklər
- Metastaz axtarışı
- Skrinning

Dəqiqləşdirmə

Qaraciyər törəmələrinin diaqnostikası adətən 2 və ya 3 mərhələli prosesdir. **İlkin mərhələdə** ümumi klinik, laborator, USM aparılır və qaraciyərdə törəmənin olub-olmadığı və varsa, **sistik yoxsa toxumalı** olduğu araşdırılır. **İkinci mərhələdə** isə ikinci görüntülmə müayinəsi (adətən kontrastlı KT, MRT və ya USM) yerinə yetirilərək törəmənin təbiəti dəqiqləşdirilir. Bu mərhələdə hər iki görüntülmə müayinələrinin klinik və laborator nəticələrlə birlikdə qiymətləndirilməsi əksər hallarda törəmənin diaqnozunu və ya diaqnostik qrupunu təyin etməyə imkan verir. **Üçüncü mərhələdə** isə ya əvvəlki göstəricilərə əsaslanaraq, ya da əlavə müayinələr apararaq (laborator, PET-KT, biopsiya və digər) diaqnostik qruplar daxilində differensial diaqnostika həyata keçirilir.

Sistoz törəmələrin differensiasiyası

Sistik törəmələrin xarakterik əlamətləri aşağıdakılardır:

- USM-də anexoik və ya hipoexoik törəmə
- Dopplerdə axın görünür
- Kontrast tutmur
- T1-də hipointens, T2-də parlaq görünür.

Ölkəmizin endemik bölgə olduğunu nəzərə alaraq, ilk mərhələdə sist tapılırsa, növbəti məsələ sistin exinokokk sisti olub-olmadığını müəyyənləşdirməkdir. Bu məqsədlə kontrastlı müayinə, xüsusən də kontrastlı KT və ya MRT və gərəkərsə, seroloji müayinə aparılır (exinokokk İg). Kontrastlı müayinələrin 3-4 fazalı yerinə yetirilməsi məsləhətdir (nativ, arterial faza, portal venoz faza və hepatik faza).

Bu müayinələrlə exinokokk sisti təsdiq edilsə, uyğun müalicələr edilir, exinokokk təsdiq edilmirsə, əlavə müayinələrlə sistin xarakteri dəqiqləşdirilir.

Exinokokk sisti

Ən səciyyəvi əlamətləri içərisindəki xitin qatının və/və ya qız qovucuqlarının görünməsidir. USM və tomoqrafiyalarda bunlar ikiqatlı divar, “arı pətəyi”, “yun yumağı” şəklində görünür.

İncə divarlı və xitin qatı USM və KT-də görünməyən sistlər (I tip) anadangəlmə sistlərə çox bənzəyir. Bunları ayırmaq üçün MRT daha yararlıdır, çünki, MRT-də sistin içərisi daha yaxşı göründüyü üçün nazik xitin qatı ortaya çıxır.

Differensiasiası çətin olan sistlərdə seroloji və immunoloji müayinələr də aparıla bilər.

Abses

Yüksək hərarət, ağrı, leykositoz kimi septik əlamətlər sistşəkilli törəmənin abses və ya absesləşmiş sist olduğunu göstərir.

Sistdə hava-mayə səviyyəsi xarakterik görüntü əlamətidir.

Anadangəlmə sistlər

Divarın nazik, hamar, möhtəviyyatın az sıxlıqlı və homogen olması anadangəlmə sistlər üçün xarakterikdir. Bu tipli sistin bir neçə ədəd olması və böyrəklərdə, sümüklərdə də müşahidə edilməsi polisistik xəstəliyi göstərir.

Çoxlu, kiçik (<5 sm) sistlər, xolangit əlamətləri Karoli xəstəliyinə şübhə yaradır. Xolangioqrafiyada intrahepatik öd yollarında sistşəkilli genişlənmələr diaqnozu dəqiqləşdirir.

Neoplastik sistlər

Neoplastik sistlərdə qalın, kələ-kötür divar və divardan sist mənfəzinə doğru papillomatoz toxuma və arakəsmələr görünür. Bir-birinə yaxın və möhtəviyyatlarındakı sıxlığın müxtəlif olması da neoplastik sistlər üçün xarakterikdir.

Bəzən çoxkamaralı və arakəsmələri olan sistoadenomaları III tip exinokokk sistlərindən fərqləndirmək çətin olur. Exinokokkdan fərqli olaraq sistoadenomalarda arakəsmələri kontrast tutur, seroloji reaksiyalar neqativ olur və sist mayesinde CA-19-9 səviyyəsi yüksək olur. Arakəsməli və çoxkamaralı sistlərin neoplasik olma ehtimalının yüksək olduğunu (25-45%) nəzərə alaraq bu tip sistləri əməliyyat etmək tövsiyə edilir.

Neoplastik sistlərin dəqiq diaqnozu patohistoloji müayinədə qoyulur.

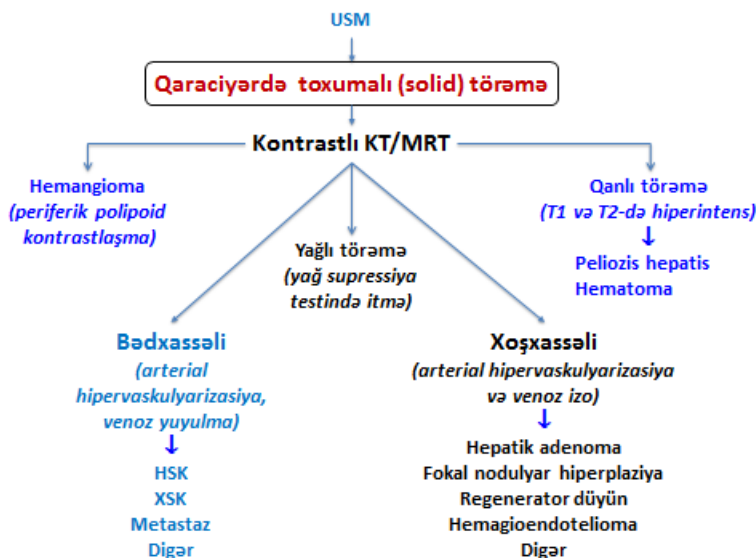
Travmatik sistlər

Travmatik sistləri anadangəlmə sistlərdən fərqləndirmək çətindir. Anamnezdə travma və möhtəviyyat sıxlığının yüksək olması travmatik sistə şübhə yaradır.

Diaqnoz əməliyyat vaxtı içində öd və qan tapılması ilə, patoloji müayinədə isə divarında epitel qatının olmaması ilə qoyulur.

Solid (toxumalı) törəmələrin diaqnostikası

İlkin mərhələ müayinələrdə solid törəmə tapılan hallarda növbəti məsələ törəmənin bəd- və ya xoşxassəli olduğunu müəyyənləşdirməkdir. Bu məqsədlə kontrastlı müayinə, xüsusən də kontrastlı KT və ya MRT aparılır. İki mərhələli müayinələrin nəticələrinə əsasən qaraciyərdəki solid törəmələri bəzi diaqnostik qruplara ayırmaq olar: *hemangioma*, *bədxassəli*, *yağlı*, *qanlı*, *xoşxassəli* və *dəqiqləşməmiş* törəmələr.



Solid törəmələrin diaqnostikası

Hemangioma

Zəif klinik əlamətləri olan və QcFT-də ciddi dəyişikliyi olmayan xəstələrdə törəmə Dopplərdə hipo, avaskulyar, kənarları paycılıq, T1-də hipointens, T2-də parlaq görünərsə və ya arterial fazada periferiyası polipsəkilli kontrastlaşarsa, hemangioma diaqnozu dəqiqləşir.

Bədxassəli törəmələr

Bədxassəli törəmələrin ən xarakterik əlaməti arterial fazada kontrastlaşma, venoz fazada kontrastın yuyulmasıdır. Bu əlamət bədxassəli törəmələri bəzi xoşxassəli şişlərdən (regenerator düyün, FNH, adenoma, və s) fərqləndirə bilir. Bədxassəli törəmələrin ikinci vacib görüntüləmə əlaməti PET-KT-də flüordeoksiqlükoza toplanmasıdır. Şişin birincili bədxassəli və ya metastatik şiş olduğunu bilmək üçün klinik və laborator məlumatlarla təkrar gözdən keçirilməlidir. Qaraciyər sirrozunda metastazlar nadirdir, normal parenximada isə, çoxsaylı birincili xərçəng az rast gəlinir. Alfa-fetoprotein (AFP) yüksəlməsi hepatosellulyar xərçəng, karsinoembrionik antigenin (CEA) artması kolorektal xərçəng üçün xarakterikdir. Anamnezdə bədxassəli şişi olanlarda metastatik

şiş olma ehtimalı daha yüksəkdir. Metastatik şişlərdə ilkin ocağın müəyyənləşdirilməsi vacib məsələdir.

Yağlı törəmələr

Yağlı törəmələr üçün xarakterik əlamətlərə USM-də hiperexotik, KT-də hipodens, həm T1, həm də T2-də hiperintens görünmə və yağ supressiya testində signalın itməsi aiddir. Yağlı törəmələrə lipoma, angiomiolipoma, lokal yağlanma, siderotik adenoma və bəzi HSX-lər aiddir. Metastatik törəmələrin əksəriyyətində yağ olmur və yağ supressiya testində görüntü dəyişmir. Bu əlamətə görə metastatik törəmələri inkar etmək olar. Yağlı törəmələr arasında lipomalar adətən kontrast tutmurlar.

Qanlı törəmələr

Qanlı törəmələr üçün xarakterik əlamətlərə T1 və T2-də hiperintens görünmə aiddir. Yağlı törəmələrdən fərqli olaraq qanlı törəmələrdə yağ supressiya testində signal itmir. Qanlı törəmələrə pelioz, hematomalar, geniş sinusoidli adenomalar və angiomiolipomalar aiddir.

Fokal nodulyar hiperplaziya

Əksər hallarda asimptomatikdir və laborator əlaməti olmur. Xarakterik görüntü əlamətləri: hipervaskulyar törəmədir, arterial fazada hipervaskulyar, venoz və parenximatöz fazalarda izo- və ya zəif hiper- görünürlər, ulduzşəkilli və ya çarxşəkilli mərkəzi arteriya (ən xarakterik əlamət), mərkəzi çapığı olur (70%). Bəzən FNH-ni adenoma və HSX-dən fərqləndirmək çətin olur. Belə hallarda hepatositlər tərəfindən tutulan kontrastla MRT etmək lazım gəlir. Normal hepatositlər tərəfindən tutulan kontrastlar (gadoxetate, gadobenate dimeglumine) adətən 20-60 dəq. sonra qaraciyərdən təmizlənir, dəyişilmiş hepatositlər isə adətən hepatosit-spesifik kontrastı tutmurlar. FNH-də hepatositlər normal olduğu üçün hepatositar fazada (20-ci dəqiqə) boyanırlar, adenomalarda və HSX-də isə hepatositlər patoloji olduğu üçün hipo görünürlər.

Hepatik adenoma

Hepatik adenomalarda anemiya, ağrı, kontraseptiv hormon qəbul edən qadınlar, normal qaraciyər fonunda kütlə xarakterikdir. MRT T1-də hiperintens (yağ, qanaxma, geniş sinusoid), heterogen və psevdokapsullu görünür. Kontrastlı müayinələrdə arterial fazada hipervaskulyar görünür, venoz yuyulma adətən olmur. Normal hepatositlər tərəfindən tutulan və biliar sistemdən ifraz edilən kontrastlı müayinələrin hepatosit fazasında (20-60 dəq. sonra) hipo- (qara) görünürlər. Müayinələr diaqnozu dəqiqləşdirə bilmirsə, rezeksiya zərurəti yaranır.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

Törəmələrin yayılma dərəcəsini təyin etmək üçün tomoqrafiya əksər hallarda yetərli ola bilər. Uzaq metastazların təyini üçün KT və ya PET-KT istifadə edilə bilər. Bəzi törəmələrin, xüsusən hepatosellulyar xərçəngin (HSX) ağırliq dərəcəsini təyin etmək üçün qaraciyərin funksional vəziyyətini və orqanizmin vəziyyətini də qiymətləndirmək lazım gəlir.

QARACİYƏR SİSTLƏRİ

Özət

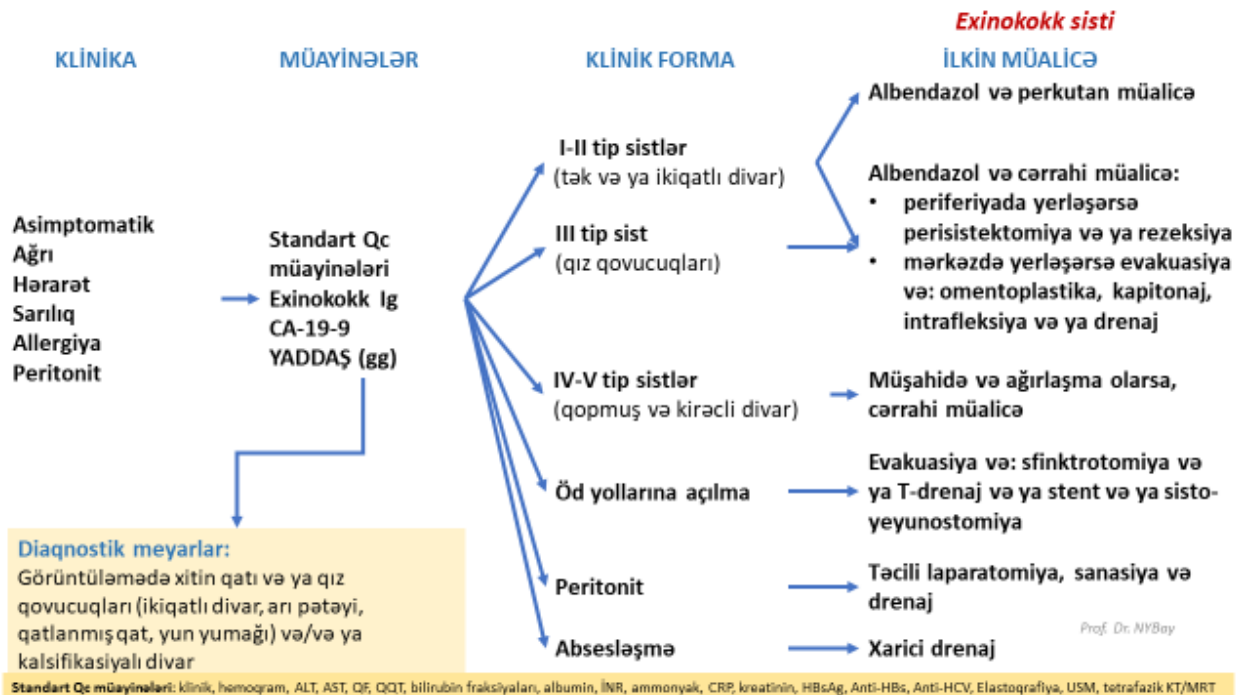
- Qaraciyərin “sist” və ya “suluq” adlanan maye tərkibli törəmələri səbəblərinə görə anadangəlmə, parazitar, neoplastik, travmatik və iltihabi sistlərə ayrılırlar.
- Qaraciyərin **anadangəlmə sistləri** genetik defekt nəticəsində meydana gələn fibropolisistik xəstəliyin klinik-morfoloji formaları hesab edirlər ki, bunlara sadə sist, polisistoz, Karoli xəstəliyi və s. aid edilə bilər.
- **Sadə qaraciyər sistlərinin** ölçüləri 2-5 sm arasındadır və adətən təkşaylıdır, öd yolları ilə əlaqəsi və arakəsmələri yoxdur. Görüntülmədə nazik divarlı və arakəsməsiz görünür, I tip exinokokk sistindən fərqləndirmək çətin olur. Nadir hallarda simptom və ağırlaşma törədir. Ağırlaşma və əlamət törətmirsə, müalicəyə ehtiyac yoxdur.
- **Qaraciyər polisistozunda** sistlər çoxşaylıdır və ölçüləri 1-20 sm arasındadır, öd yolları ilə əlaqəsi və arakəsmələri yoxdur. Adətən böyrək polisistozu ilə birlikdə rast gəlinir, Qc-i sıxışdırma əlamətləri törədə bilər (PH, sarılıq). Simptomatik formalarda müalicə edilməlidirlər – rezeksiya, fenestrasiya.
- **Karoli xəstəliyi** – öd yolları ilə əlaqəsi olan çoxşaylı sistlərdir, təkrarlayan xolangit əlamətləri törədə bilər. Müalicəsi üçün rezeksiya, drenaj, hətta Tx lazım gəlir.
- İnsanlarda **parazitar sistlərdən** ən çox rast gəlinəni Echinococcus granulosae tərəfindən törənən böyük sistlər - hidatidoz tip, Echinococcus alveolaris tərəfindən törənən xərçəngəbənzər mikrosistlər alveolokokkozdur.
- **Hidatidoz (sistik) exinokokkozun** xitin qatı var, adətən böyüyür və ağırlaşma törədir (təzyiq, öd yollarına açılma, infeksiyalaşma və s). Diaqnozu USM, KT/MRT və seroloji müayinə ilə (exinokokk Ig) dəqiqləşdirilir, ikiqatlı divar, qız qovucuqları (“arı pətəyi” əlaməti), qatlanmış xitin qatı (“yun yumağı” əlaməti), divarda kalsifikasiya, pozitiv serologiya xarakterik əlamətləridir. Əsas müalicəsi cərrahi müdaxilədir (sist drenajı, perisistektomiya, rezeksiya), əməliyyatdan əvvəl və sonra albendazol müalicəsi verilir, bəzi xəstələrdə perkutan drenaj tətbiq edilə bilər.
- **Alveolyar exinokokkoz** bir-birinə bitişik millimetrik sistlərdən ibarətdir. Klinik və görüntülmə əlamətlərinə görə bədxassəli şişlərə bənzəyir, periportal və kapsul boyunca yayılır. Diaqnozu biopsiya ilə dəqiqləşdirilir, ən effektiv müalicəsi cərrahi ekssiziyadır.
- **Neoplastik sistlərin** epitel qatı neoplastik xarakterlidir (çoxqatlı, polipoid, adenokarsinoma), möhtəviyyəti seroz yox, musin tipli qatı mayedir, mayədə CA 19-9 yüksəkdir, divarı qalın, polipoid çıxıntılı, arakəsməli və ya çoxkameralı olur. Diaqnozu histoloji müayinə ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsi radikal ekssiziyadır.
- **Travmatik sistlər** hematoma və biliomanın yerində əmələ gəlir, divarı fibroz toxumadan ibarətdir, epitel qatı yoxdur (yalançı sistdir). İltihablaşma varsa drenaj edilir.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • SIRS-sepsis əlamətləri • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP • Kreatinin • Exinokokk ig • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ: albendazol, antibiotiklər və s. • Cərrahi müalicələr (sist drenajı, sistektomiya, perisistektomiya, Qc rezeksiyası, fenestrasiya)	• Perkutan drenaj • Transplantasiya

EXINOKOKK (HİDATİK) SİSTİ

Özət

- İnsanlarda **parazitar sistlərdən** ən çox rast gəlinəni *Echinococcus granulosae* tərəfindən törənən böyük sistlər - hidatidoz tip, *Echinococcus alveolaris* tərəfindən törənən xərçəngəbənzər mikrosistlər alveolokokkozdur.
- Hidatidoz (sistik) exinokokkozun** xitin qatı var, adətən böyüyür və ağırlaşma törədir (təzyiq, öd yollarına açılma, infeksiyalaşma və s). Diaqnozu USM, KT/MRT və seroloji müayinə ilə (exinokokk Ig) dəqiqləşdirilir, ikiqatlı divar, qız qovucuqları ("arı pətəyi" əlaməti), qatlanmış xitin qatı ("yun yumağı" əlaməti), divarda kalsifikasiya, pozitiv serologiya xarakterik əlamətləridir. Əsas müalicəsi cərrahi müdaxilədir (sist drenajı, perisistektomiya, rezeksiya), əməliyyatdan əvvəl və sonra albendazol müalicəsi verilir, bəzi xəstələrdə perkutan drenaj tətbiq edilə bilər.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • SIRS-sepsis əlamətləri	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT

- Digər Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP - Kreatinin - Exinokokk İg - Şiş markerləri - Kültürlər - Digər Görüntüləmə və digər müayinələri - Elastoqrafiya - USM - KT - MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Konservativ: albendazol, antibiotiklər və s. - Cərrahi müalicələr (sist drenajı, sistektomiya, perisistektomiya, Qc rezeksiyası, fenestrasiya)	- Perkutan drenaj - Transplantasiya

Diaqnostikası

Şübhə

- Görüntüləmədə qaraciyərində sist tapılan xəstələrdə ilk növbədə exinokokk sistindən şübhələnmək lazımdır.
- Arakəsməli sistlər
- Divarı kalsifikasiyalı sistlər
- Sarılıq, peritonit əlamətləri ilə yanaşı qaraciyərdə sist
- Abses əlamətləri

Dəqiqləşdirmə

- Xitin qatı və ya qız qovucuqlarının görünməsi exinokokk sistinin xarakterik əlamətidir.
- Bu əlamətlər USM və tomoqrafiya üsulları ilə ikiqatlı divar (fibroz və xitin qatlar), qız qovucuqları ("arı pətəyi" əlaməti), qatlanmış xitin qatı ("yun yumağı" əlaməti) kimi görünür.

- Qanda və mayədə exinokokk antigenlərinin (seroloji müayinə) və anticisimlərinin (ELİSA, immunoelektroferez, blotting) təyininə əsaslanan laborator müayinələr 90 – 100% həssaslıq göstərir və daha çox differensial diaqnostikada və əməliyyatdan sonra residivin olub-olmadığını aşkar etmək üçün istifadə edilir.
- Əməliyyat vaxtı da sist içərisində xitin qatı və qız qovucuqlarının görünməsi exinokokk sistləri üçün patognomonikdir.

Diaqnostik meyarları

- Xitin qatı və ya qız qovucuqlarının görünməsi (USM, KT, MRT)
 - » İkiqatlı divar
 - » Arı pətəyi
 - » Qatlanmış qat
 - » Yun yumağı
- Əməliyyatda xitin qatının görünməsi
- Exinokokka qarşı anticisimlər təyini

Differensial diaqnostika

- Sadə və polisistik xəstəlik – təkqatlı divarlı göründükləri üçün I tip sistlə qarışdırıla bilər, exinokokk antigeni neqativdir.
- Neoplastik sistlər – arakəsməli olduğu üçün III tip sistlə qarışdırıla bilər, exinokokk antigeni neqativdir, CA – 19 – 9 pozitivdir, divarı qalın və kontrast tutur.
- Posttravmatik sist – divarında kalsifikasiya olduğu üçün exinokokkla qarışdırıla bilər, exinokokk antigeni neqativdir.

Müalicəsi

- Müalicəsində 3 üsul mövcuddur:
 - » Kimyəvi müalicə
 - » Dəridən keçən punksiya – aspirasiya üsul
 - » Cərrahi üsul
- Hazırkı antihelmint dərmanlar (mebendazol, albendazol) residivin profilaktikası (cərrahi və punksiya müdaxilələrindən əvvəl və 279ntra) və bəzi xəstələrdə ilkin müalicə (gənc xəstələrdə, kiçik və təkkameralı sistlərdə) məqsədilə geniş istifadə edilir.
- Dəridən keçən kateterizasiya üsulu monovezikulyar və öd yolları ilə əlaqəsi olmayan sistlərdə aparılır.
- Açıq və ya laparoskopik cərrahi üsul hazırda exinokokkun müalicəsində əsas yer tutur.
- Cərrahi üsulları iki qrupa ayırmaq olar: **radikal və konservativ**.
- Radikal cərrahi üsullarda sistin təbəqələrinin tamlığı pozulmur və tam çıxarılır. Buna rezeksiya və perisistektomiya aiddir. Bunlardan sonra residiv 0 – 1,5% civarındadır.
- Konservativ cərrahiyyədə isə, sistin təbəqələrindən biri və ya hamısı açılır, parazitlər tamamilə çıxarılır, fibroz qatı isə tam və ya hissəvi saxlanılır. Bunlardan sonra residivlər 10 – 15% təşkil edir.
- Paraziti çıxarma (exinokokkektomiya) üsulları:
 - » **Evakuasiya** – fibroz və xitin qatları açılır, sist möhtəviyyatı sorucu və ya “qaşıqla” çıxarılır.

- » **Enokulyasiya** – fibroz qat açılır, xitin qatı bütövlükdə partlatmadan çıxarılır.
- » **Perisistektomiya** – exinokokk fibroz qatla (perisist) birlikdə ətraf toxumadan ayrılıb çıxarılır.
- Qalıq boşluğu ləğv etmə üsulları:
 - » **Marsupializasiya** – sist divarını dəriyə tikərək boşluq bayıra açılır və qranulyasiya ilə dolması gözlənilir.
 - » **Xaricə drenaj** – marsupializasiyadan fərqli olaraq, sist xaricə drenaj vasitəsi ilə açılır. İrinlənmiş sistlərdə istifadə olunur.
 - » **Omentoplastika** – sist boşluğu böyük piyliklə doldurulur.
 - » **Kapitonaj, intrafleksiya** – sist içəridən və ya bayırdan qatlanıb tikilərək boşluq bağlanır.

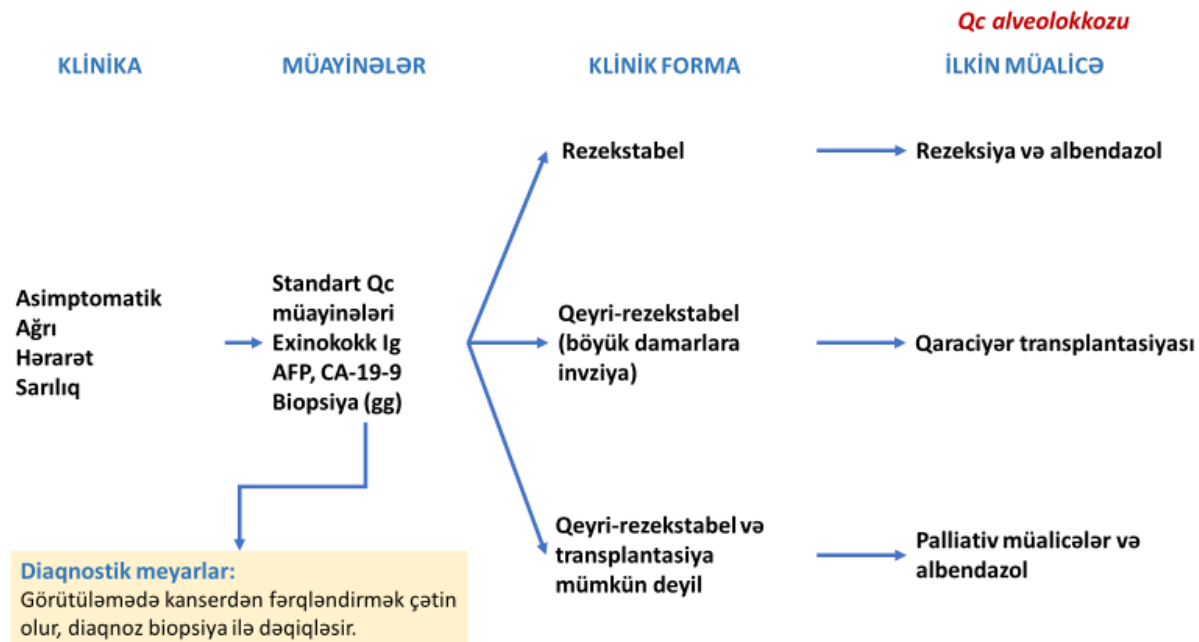
Müalicə yanaşması

- Müalicə üsulunun seçilməndə sistin tipi və ağırlaşmaları ön planda tutulur.
- I-II tip sistlərdə antihelmint müalicə fonunda perkutan və ya cərrahi üsullar seçilə bilər.
- III tip sistlərdə cərrahi müalicə seçilir. Periferiyada yerləşən sistlərdə radikal cərrahiyyə (rezeksiya, perisistektomiya), mərkəzdə yerləşən sistlərdə isə konservativ cərrahi üsullar (evakuasiya, enukleasiya, parsial perisistektomiya) ön planda tutulur. Qalıq boşluğun işlənməsi üçün omentoplastika, kapitonaj, interfleksiya və drenaj istifadə edilir. Son illər laparoskopik drenaj çox tətbiq edilir.
- IV və V tip sistlərdə antihelmint müalicə verib diqqətlə izləmək lazım gəlir və ağırlaşma baş verərsə müdaxilə edilir.
- Öd yollarına açılma olan sistlərdə exinokokkun çıxarılması ilə yanaşı öd yollarının drenajı və ya stentlənməsi tövsiyə edilir.
- İrinlənmiş exinokokkda perkutan drenaj, peritonitlə ağırlaşmış sistlərdə isə təcili laparotomiya/laparoskopiya edərək sanasiya və drenaj məsləhət görülür.
- Əməliyyat ətrafı dövrə albendazol verilməsi vacibdir.

ALVEOLYAR EXINOKOKK

Özət

İnsanlarda **parazitar sistlərdən** ən çox rast gəlinəni Echinococcus granulosae tərəfindən törənən böyük sistlər - hidatidoz tip, Echinococcus alveolaris tərəfindən törənən xərçəngəbənzər mikrosistlər alveolokokkozdur. **Alveolyar exinokokkoz** bir-birinə bitişik millimetrik sistlərdən ibarətdir. Klinik və görüntüləmə əlamətlərinə görə bədxassəli şişlərə bənzəyir, periportal və kapsul boyunca yayılır. Diaqnozu biopsiya ilə dəqiqləşdirilir, ən effektiv müalicəsi cərrahi ekssiziyadır.



Prof. Dr. NYBay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

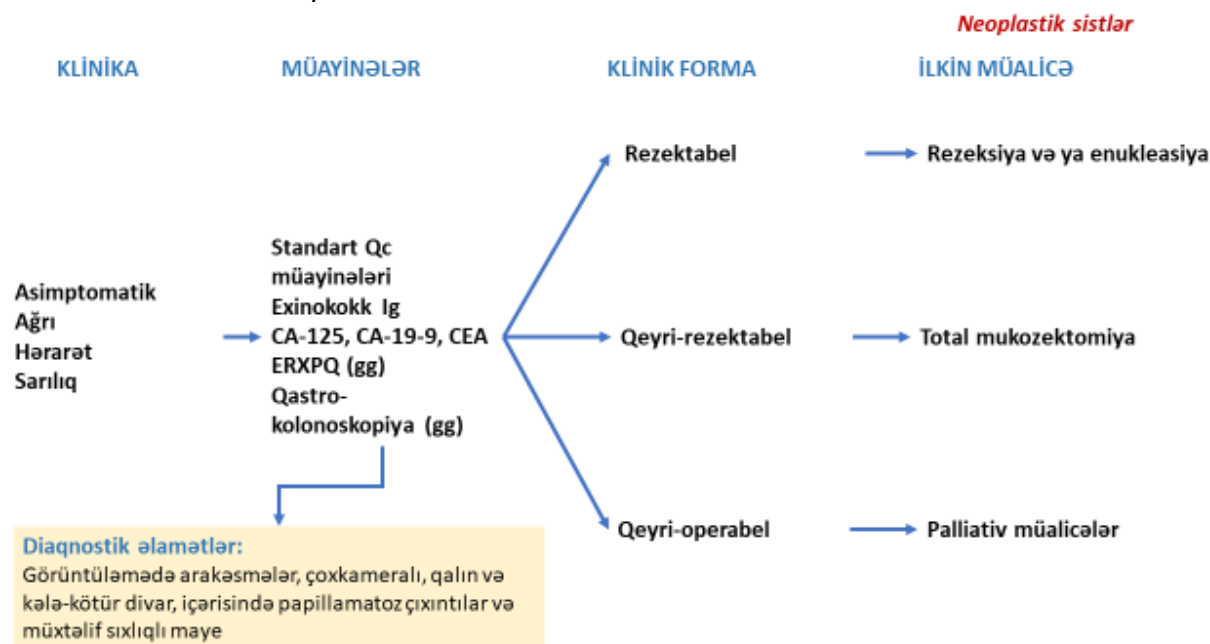
Diaqnostika və müalicə

- Klinik və görüntüləmə əlamətlərinə görə bədxassəli şişlərə bənzəyir, periportal və kapsul boyunca yayılır.
- Diaqnozu biopsiya ilə dəqiqləşdirilir.
- Ən effektiv müalicəsi cərrahi ekssiziyadır.

NEOPLASTİK SİSTLƏR

Özət

Neoplastik sistlərin epitel qatı neoplastik xarakterlidir (çoxqatlı, polipoid, adenokarsinoma), möhtəviyyəti seroz yox, musin tipli qatı mayedir, mayədə CA 19-9 yüksəkdir, divarı qalın, polipoid çıxıntılı, arakəsməli və ya çoxkamaralı olur. Diaqnozu histoloji müayinə ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsi radikal ekssiziyadır.



Prof. Dr. NYBey

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SİRS-sepsis əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT
Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP	

• Kreatinin • Exinokokk ig • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi müalicə-sistektomiya, Qc rezeksiyası	• Transplantasiya • Kimyaterapiya

Diaqnostikası

- Residiv və metastazvermə ehtimalının yüksək olduğunu və radikal sistektomiya və ya rezeksiya ehtiyacını nəzərə alaraq neoplastik sistləri bəsit sistlərdən ayırmaq çox vacibdir.
- Görüntüləmə əlamətləri: bir – birinə yaxın bir neçə sistin olması, arakəsmələrin olması (40%), çoxkəmerli olma, divarının qalın və kələ-kötür olması, içərisində papillamatoz çıxıntılar, mayenin müxtəlif sıxlıqlı olması.
- Laborator əlaməti: mayədə yüksək CA – 19 – 9.
- Dəqiq diaqnozu mayədə və ya biopsiya ilə divarda şiş hüseyrələrinin tapılması ilə qoyulur.

Müalicəsi

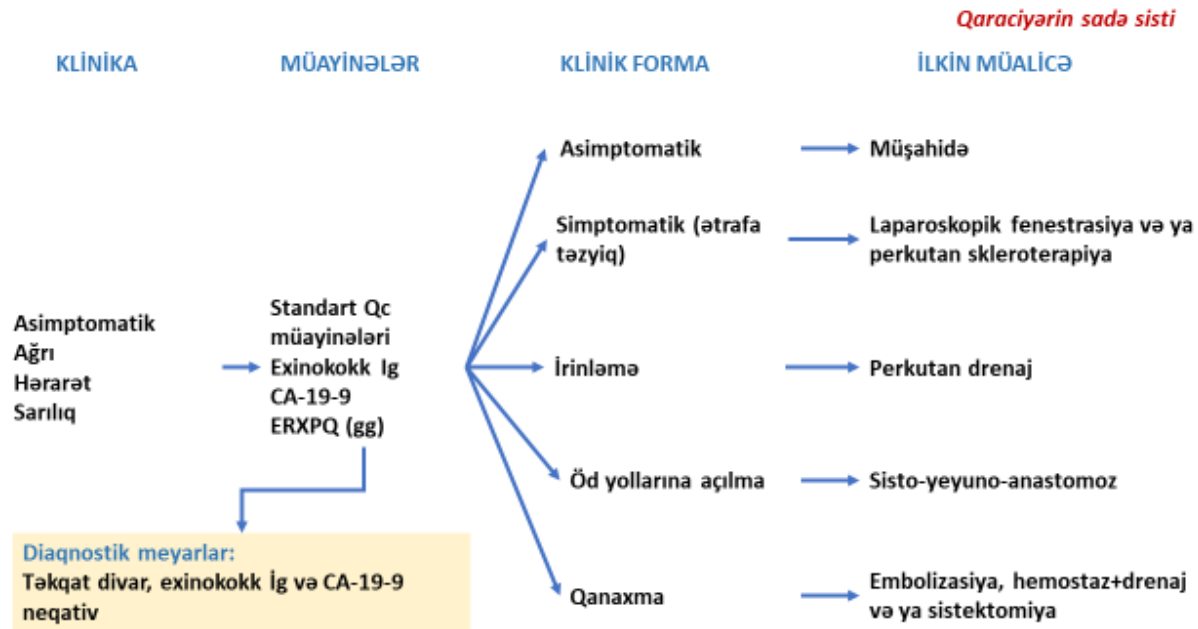
- Simptomatik və ya asimptomatik olmasından asılı olmayaraq sistadenomalar müalicə olunmalıdırlar (maliqnizasiya riski) – sist epiteli tamamilə aradan qaldırılmalıdır.
- Sistektomiya (enukleasiya) və ya rezeksiya ilk seçimdir.
- Çətin hallarda total mukozektomiya edilə bilər.
- Maliqnizasiya ehtimalını nəzərə alaraq hissəvi sistektomiya, ablasiya, fenestrasiya, kauterizasiya və sistoyeyunostomiya isə tövsiyə edilmir.

SADƏ SİST

Özət

Qaraciyərin **anadangəlmə sistləri** genetik defekt nəticəsində meydana gələn fibropolisistik xəstəliyin klinik-morfoloji formaları hesab edirlər ki, bunlara sadə sist, polisistoz, Karoli xəstəliyi və s. aid edilə bilər.

Sadə qaraciyər sistlərinin ölçüləri 2-5 sm arasındadır və adətən təkşaylıdır, öd yolları ilə əlaqəsi və arakəsmələri yoxdur. Görüntüləmədə nazik divarlı və arakəsməsiz görünür, I tip exinokokk sistindən fərqləndirmək çətin olur. Nadir hallarda simptom və ağırlaşma törədir. Ağırlaşma və əlamət törətmirsə, müalicəyə ehtiyac yoxdur.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • SIRS-sepsis əlamətləri • Digər	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT

Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Exinokokk İg • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi müalicələr sist drenajı, sistektomiya, perisistektomiya, Qc rezeksiyası, fenestrasiya • Skleroterapiya	• Perkutan drenaj • Embolizasiya • Sisto-yeyunoanastomoz • Transplantasiya

Diagnostikası

- Təsadüfi müayinələrdə və asimptomatik xəstələrdə qaraciyərdə tək və nazik divarlı sist tapıldıqda sadə sistdən şübhələnmək olar. USM-də nazik divarlı, anexoik və ya hipoexoik görünmə, kontrastı tutmama, T1-də hipo, T2-də isə hiperintens görünmə sistlərin xarakterik diaqnostik əlamətləridir. Sist daxili qanaxma olarsa, heterogen və T1-də hiperintens görüntü meydana çıxar.

Müalicəsi

- Ölçüsündən asılı olmayaraq asimptomatik sistlərin müalicəsinə ehtiyac yoxdur. Simptomatik sistlər isə, müalicə olunmalıdır: punksiya, skleroterapiya və cərrahi.
- Punksiyadan sonra sistlərin əksəriyyəti təkrarlandığı üçün bu üsul daha çox diaqnostik məqsədlə tətbiq edilir.

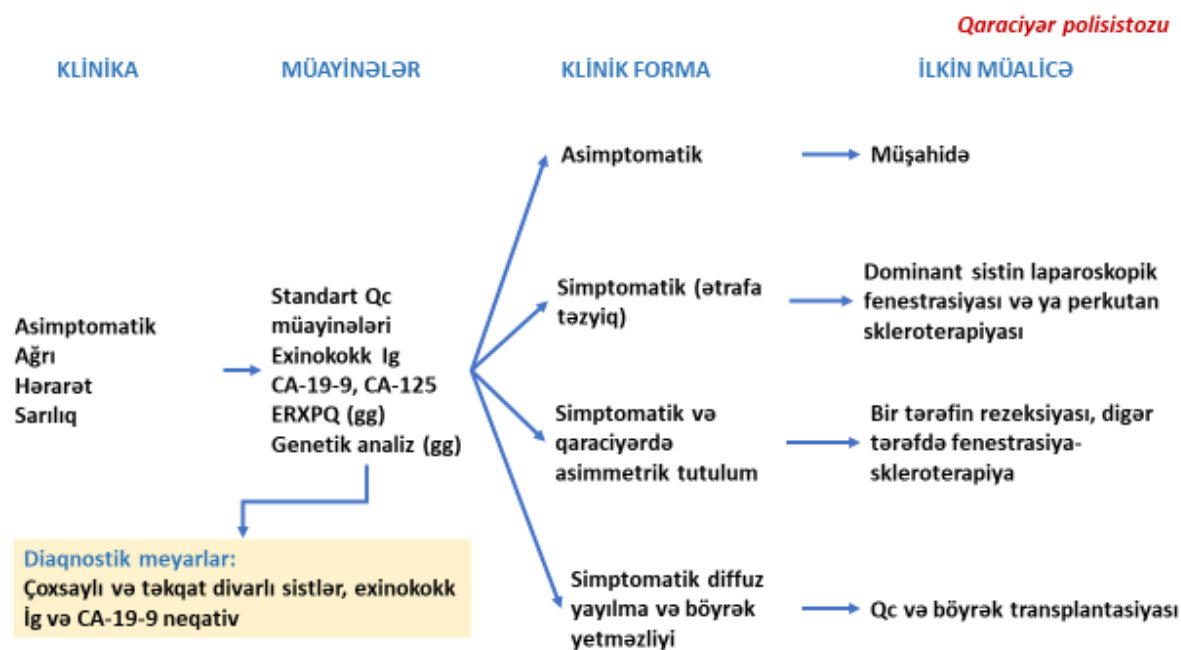
- Skleroterapiyada sist epiteli sklerotik maddə ilə (etanol, monosiklin hidroxlorid) kimyəvi destruksiyaya uğradılır. Sislərin 65-95%-ni bu yolla müalicə etmək mümkündür. Sistin öd yolları ilə əlaqəsinin olması skleroterapiyaya əks göstərişdir.
- Böyük və Qc səthindən çıxan sistlərin ən effektiv müalicəsi cərrahi üsuldur. Sist divarının kəsilib götürülməsi və peritona açılması (fenestrasiya) ən sadə və effektiv cərrahi müalicədir.
- İrinlənmiş sistlərdə xarici drenaj, qanaxmalarda embolizasiya, hemostaz+drenaj və ya sistektomiya, öd yollarına açılmış sistlərdə sistoyeyunostomiya tətbiq edilir.

POLİSİSTOZ XƏSTƏLİYİ

Özət

Qaraciyərin **anadangəlmə sistləri** genetik defekt nəticəsində meydana gələn fibropolisistik xəstəliyin klinik-morfoloji formaları hesab edirlər ki, bunlara sadə sist, polisistoz, Karoli xəstəliyi və s. aid edilə bilər.

Qaraciyər polisistozunda sistlər çoxsaylıdır və ölçüləri 1-20 sm arasındadır, öd yolları ilə əlaqəsi və arakəsmələri yoxdur. Adətən böyrək polisistozu ilə birlikdə rast gəlinir, Qc-i sıxışdırma əlamətləri törədə bilər (PH, sarılıq). Simptomatik formalarda müalicə edilməlidirlər – rezeksiya, fenestrasiya.



Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SIRS-sepsis əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT
Laborator müayinələr	

• Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Exinokokk ig • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Cərrahi müalicələr sist drenajı, sistektomiya, perisistektomiya, Qc rezeksiyası, fenestrasiya • Skleroterapiya	• Perkutan drenaj • Embolizasiya • Sisto-yeyunoanastomoz • Transplantasiya

Diagnostikası

- Qc-də çoxsaylı sistlər tapıldıqda polisistozdan şübhələnmək olar. Qc ilə birlikdə böyrəkdə də polisistoz varsa, bu şübhə daha da artır.
- Nazik divarlı, arakəsməsiz, çoxsaylı və müxtəlif ölçülü sist görüntüsü (anexoik, kontrast tutmayan, T1-də hipo, T2-də isə hiperintens) polisistoz üçün xarakterikdir. Kontrastlı xolangioqrafiyalarda öd yolları ilə əlaqəsi tapılmaz.

Müalicəsi

- Müalicə üçün aspirasiya-skleroterapiya, fenestrasiya, rezeksiya və Tx üsulları var.
- Müalicə üsulunun seçimində klinik gediş, Qc-in işğal dərəcəsi, sistlərin ölçüsü və böyrəyin vəziyyəti diqqətə alınır.
- Asimptomatik xəstələrdə müalicəyə ehtiyac yoxdur, müşahidə yetərlidir.

- Simptomatik (təzyiq, diskomfort) və ağırlaşmalı xəstələrdə sisti boşaltmaq və Qc-i sıxılmadan azad etmək əsas hədəfdir. Bu məqsədlə dominant sistlər skleroterapiya və ya fenestrasiya edilir.
- Qc-in asimmetrik zədələndiyi hallarda zədələnən tərəfin rezeksiyası, digər tərəfin isə fenestrasiyası (rezeksiya+fenestrasiya) tətbiq edilə bilər.

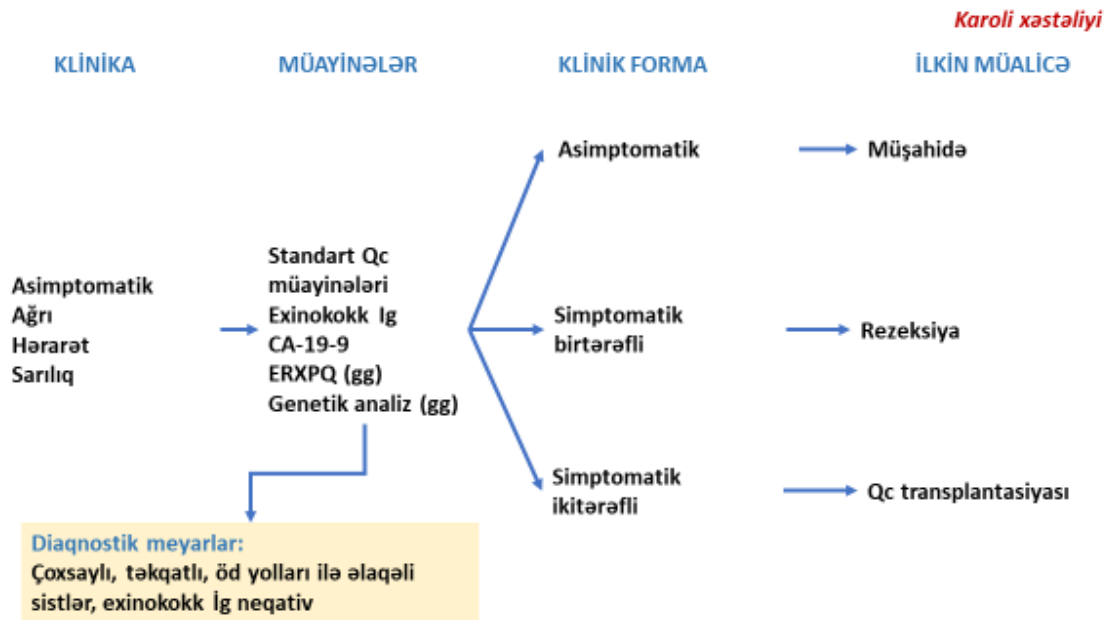
Qc-in diffuz zədələnməsində, dekompressiya faydalı olmayanda (rezeksiya + fenestrasiyadan sonra proqressivləşən) və böyrək yetməzliyi ilə yanaşı gedən simptomatik xəstələrdə birmomentli Qc-böyrək köçürülməsi tövsiyə edilir. Belə xəstələrdə uzaq nəticələr (rəddetmə) və ağırlaşma halları tək orqan köçürülməsi ilə müqayisədə daha qənaətbəxşdir.

KAROLİ XƏSTƏLİYİ

Özət

Qaraciyərin **anadangəlmə sistləri** genetik defekt nəticəsində meydana gələn fibropolisistik xəstəliyin klinik-morfoloji formaları hesab edirlər ki, bunlara sadə sist, polisistoz, Karoli xəstəliyi və s. aid edilə bilər.

Karoli xəstəliyi – öd yolları ilə əlaqəsi olan çoxsaylı sistlərdir, təkrarlayan xolangit əlamətləri törədə bilər. Müalicəsi üçün rezeksiya, drenaj, hətta Tx lazım gəlir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SIRS-sepsis əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT
Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin	

(ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Exinokokk İg • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Rezeksiya • Transplantasiya	• Perkutan drenaj

Diaqnostikası

- Qaraciyərdə çoxsaylı, kiçik (<5 sm) sistlərin xolangit klinikası ilə birlikdə olması Karoli xəstəliyinə şübhə yaradır.
- Retroqrad xolangioqrafiyada intrahepatik öd yollarının sistşəkilli genişlənməsi Karoli xəstəliyi diaqnozunu dəqiqləşdirir. Bəzən xəstələrə sekretin verilir və öd ifrazına baxılır. Karoli xəstəliyində sekretindən sonra öd ifrazı artır, lakin bu əlamət digər xəstəliklərdə də müşahidə edilə bilər.

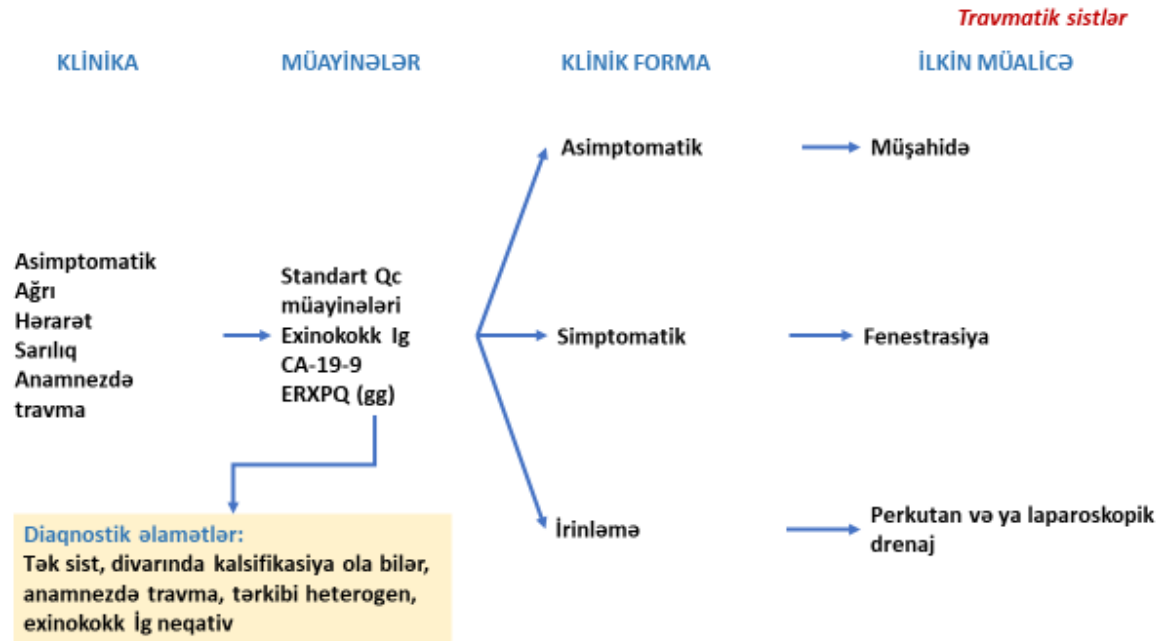
Müalicəsi

- Karoli xəstəliyinin müalicəsi digər sistik xəstəlikdən fərqlənir.
- Asimptomatik hallarda müşahidə edilir.
- Simptomatik hallarda isə xəstəliyin yaygınlıq dərəcəsinə görə müalicə seçilir. Xəstəlik bir payı tutarsa, rezeksiya ən uyğun müalicə üsuludur. Hər iki payı tutan hallarda öd yollarının drenajı, daşların çıxarılması lazım gəlir. Bu xəstələrdə xolangit tez-tez təkrarlandığında qaraciyər köçürülməsi tövsiyə olunur.

TRAVMATİK SİSTLƏR

Özət

Travmatik sistlər hematoma və biliomanın yerində əmələ gəlir, divarı fibroz toxumadan ibarətdir, epitel qatı yoxdur (yalancı sistdir). İltihablaşma varsa drenaj edilir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SİRS-sepsis əlamətləri - Digər Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP - Kreatinin - Exinokokk İg - Şiş markerləri	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT

• Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Perkutan drenaj • Cərrahi müalicələr (sist drenajı, sistektomiya, perisistektomiya, Qc rezeksiyası, fenestrasiya)	

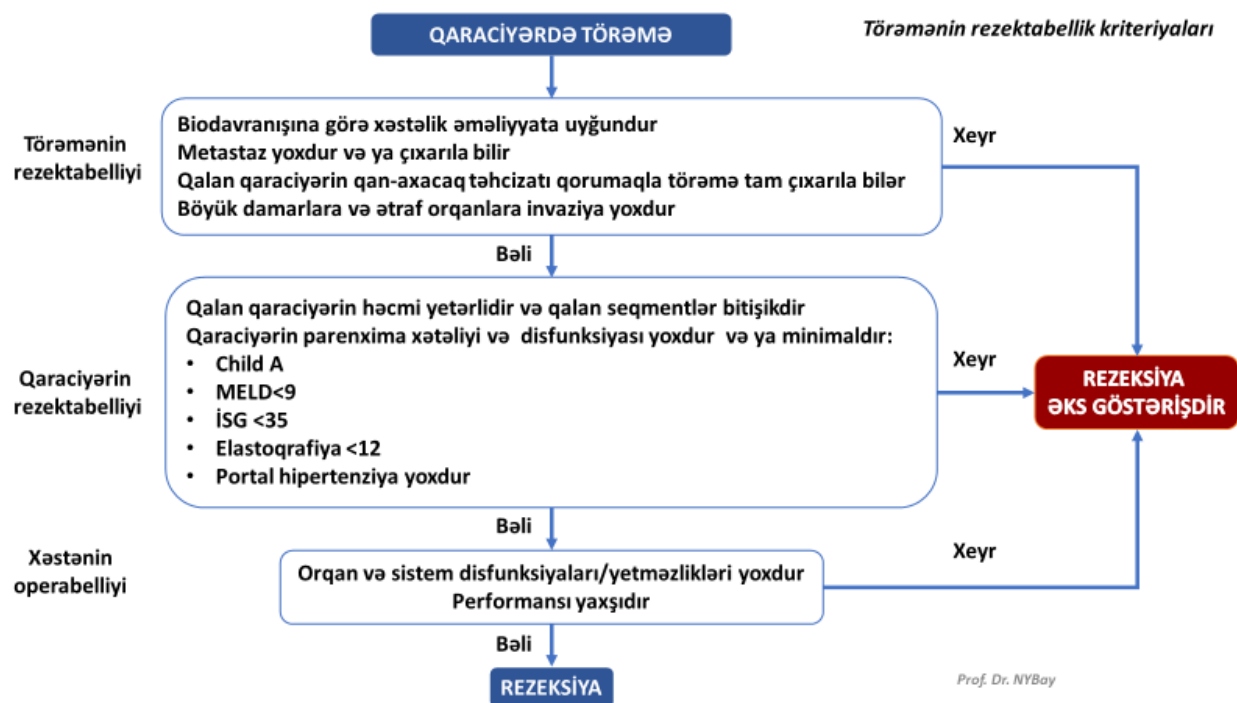
Diaqnostika və müalicə

Diaqnozu anamnezə, görüntüləmədə digər sistlərin inkarına görə qoyulur. Divarda kalsifikasiyalar ola bilər. Diferensasiya çətinliyi olarsa divar biopsiyası lazım gəlir. Travmatik sistlərin infeksiyalaşma ehtimalı yüksəkdir. Asimptomatik sistlər müşahidə edilir, infeksiya inkişaf edən hallarda isə xarici drenaj edilir.

QARACİYƏR TÖRƏMƏLƏRİNDƏ REZEKTABELLİYİN MÜƏYYƏNLƏŞDİRLMƏSİ

Qaraciyər törəmələrində rezeksiyaya göstəriş və əks göstərişləri müəyyənləşdirmək üçün mərhələli müayinə apararaq 3 suala cavab axtarılır:

- Törəmə rezekstabeldirmi?
- Qaraciyər rezekstabeldirmi?
- Xəstə operabeldirmi?



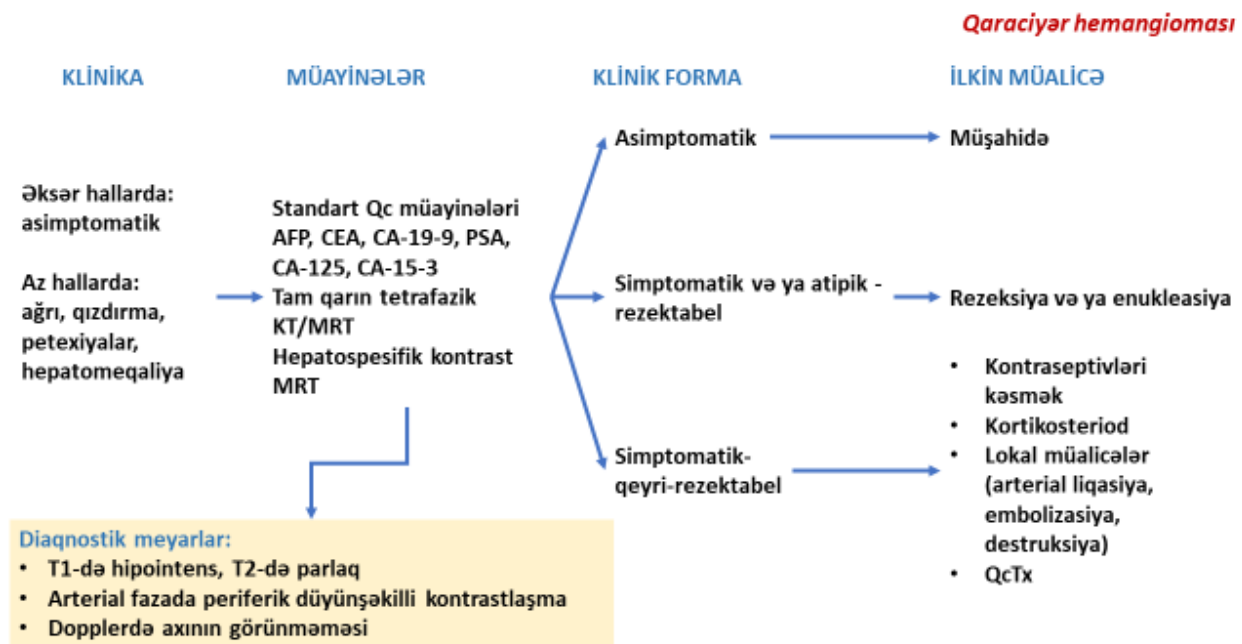
Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • SIRS-sepsis əlamətləri • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT

(ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Əməliyyatözü müayinələr • Ürək-damar • Ağciyər • Böyrək • Qastrointesinal • Hematoloji • Endokrin • Digər	•

HEMANGİOMA

Özət

Hemangioma damarların torbaşəkilli genişlənməsi nəticəsində əmələ gələn damar şişidir, qaraciyərin ən çox rast gəlinən xoşxassəli törəməsidir, əksəriyyəti 5 sm-dən kiçikdir. Hemangiomalar zəif böyüyürlər, az hallarda isə (10%) iltihablaşma, nekrozlaşma, fibroz, tromblaşma, trombotopeniya ilə ağırlaşa bilərlər. Qanaxma riski çox az, maliqnizasiya riski isə yox dərəcəsindədir. Diaqnozu əksər hallarda (90%) görüntüləmə ilə qoyulur, T1-də hipointens, T2-də parlaq görünmə, arterial fazada periferik düyünşəkilli kontrastlaşma, dopplerdə axının görünməməsi xarakterik əlamətləridir. Asimptomatik hemangiomalarda müalicəyə ehtiyac yoxdur, simptomatik və ağırlaşmış hemangiomalarda rezeksiya və ya enukulyasiya tövsiyə edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SIRS-sepsis əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT

Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası	• Qc transplantasiyası • Lokal terapiyalar (arterial liqasiya, embolizasiya, destruksiya)

Diaqnostikasi

Şübhə

- Qaraciyərdə törəmə tapılan xəstələrdə ilk növbədə hemangiomadan şübhələnmək lazımdır.
- Qc parenximası və laborator göstəriciləri normal olarsa, anamnezində onkoloji xəstəlik yoxdursa, bu şübhə daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

- Hemangioma qaraciyərin yeganə toxumalı törəməsidir ki, diaqnozunu görüntüləmə üsulları ilə 90 – 95% dəqiqliklə təyin etmək olur.
- Diaqnozunda USM, kontrastlı KT/MRT və ilk seçim MRT-dir.

Diaqnostik meyarları:

- » T1-də hipodens, T2-də “lampa parlaqlığı”, kənarları dəqiq və paycılı
- Kontrastlaşma xüsusiyyəti (**yavaş axın**): arterial fazada periferik düyünşəkilli kontrastlaşma, venoz fazada mərkəzə doğru kontrastlaşma, gec fazada kontrast tutma
- Kiçik hemangiomalar üçün: USM-də dəqiq sərhədli, haşiyəsiz, qan axını görünməyən hiperexoik kütlə, anamnezdə bədxassəli şiş yoxdur.

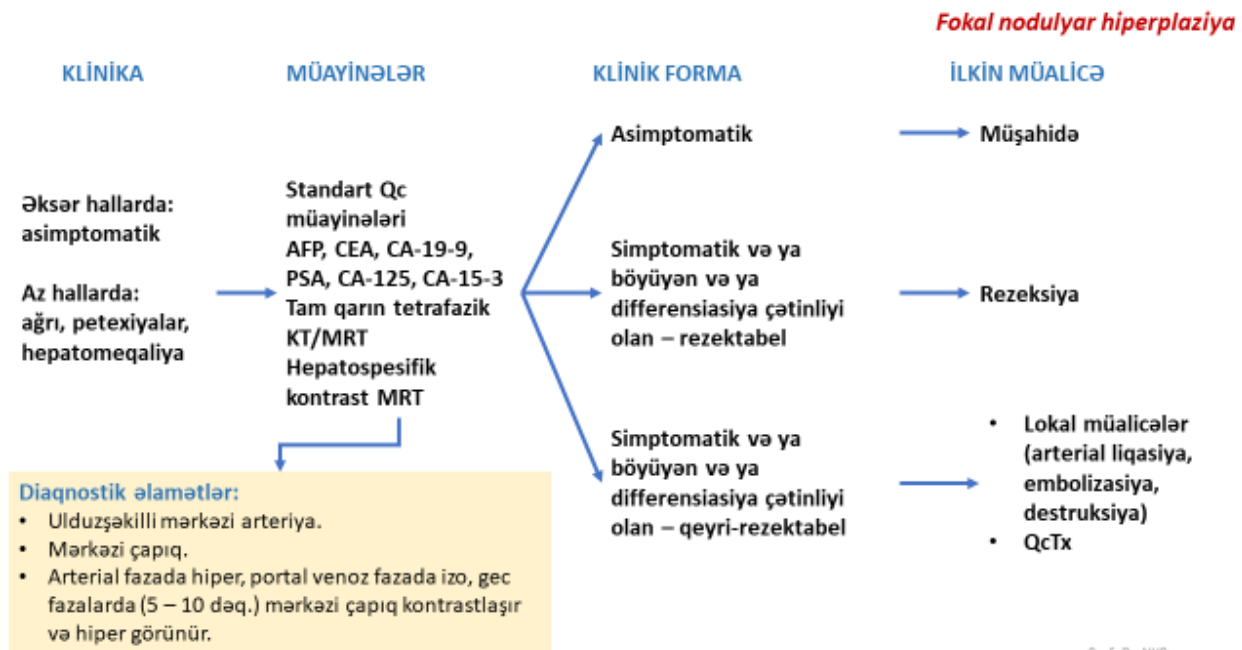
Müalicəsi

- Asimptomatik hemangiomalarda müalicəyə ehtiyac yoxdur.
- Simptomatik və ağırlaşmış hemangiomalarda rezeksiya və ya enakulyasiya tövsiyə edilir. Qeyri – rezektabel vəziyyətlərdə arterial liqasiya, embolizasiya və ya radiotezlikli destruksiya tətbiq edilə bilər.

FOKAL NODULAR HİPERPLAZİYA (FNH)

Özət

Fokal nodulyar hiperplaziya (FNH) qaraciyərdə damar malformasiyası ətrafında normal hepatositlərin çoxalmasından əmələ gələn regenerativ düyündür, neoplastik proses sayılır. Xəstəlik adətən simptom törətmir, təsadüfi müayinələrdə tapılır, nadir hallarda böyüyərək sıxılma ilə əlaqəli əlamət törədir. Əsas klinik əhəmiyyəti bədxassəli şişlərdən ayırmanın lazım olmasıdır ki, bu da atipik variantda çox rast gəlinir. Diaqnostikası üçün standart tomoqrafiyadan başqa hepatositar kontrastlı MRT lazım gəlir, mərkəzində çarxşəkilli şaxələnmiş arteriya, mərkəzi çapıqın olması, çapıqətrafı homogen görünmə, arterial fazada hipervaskulyar, venoz fazada izo və ya zəif hiper görünmə, hepatositar kontrastı gec buraxma xarakterik əlamətləridir. FNH-ni müşahidə etmək məsləhətdir, böyümə göstərən, ciddi simptomlar törədən və bədxassəli şişlərdən fərqləndirilməsi mümkün olmayan hallarda rezeksiya edilə bilər.



Prof. Dr. NYBey

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • SIRS-sepsis əlamətləri • Digər	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT

Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası	• Qc transplantasiyası • Lokal terapiyalar (arterial liqasiya, embolizasiya, destruksiya)

Diaqnostikası

Şübhə

- Qaraciyərdə törəmə tapılan xəstələrdə FNH-dən şübhələnmək lazımdır.
- Xüsusən əlamət verməyən, qaraciyəri laborator və görüntüləmədə normal olan xəstələrdə və hipervaskulyar törəmələrdə bu şübhə daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

- Görüntüləmə üsulları FNH-nin diaqnozunu 30 – 70% hallarda dəqiqləşdirməyə imkan verir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün MRT və üçfazlı kontrastlı müayinələr aparılır.
- Mərkəzi arteriyanın görünməsi FNH diaqnozunu təsdiqləyir. Bu olmadıqda, diaqnoz qoymaq üçün ikinci qrup əlamətlərindən (çapıqətrafı homogenlik, mərkəzi çapıq, normal qaraciyərdən az fərqlənmə, kontrastlaşma xüsusiyyəti) ən azı üçünün olması vacibdir.

Diaqnostik meyarları:

- Əsas meyar (olması diaqnozu təsdiqləyir):
 - » Ulduzşəkilli və ya çarxşəkilli mərkəzi arteriya (bu əlamət kontrastlı USM, Doppler, KT-angiografiya və MRT ilə görünə bilər)

- İkinci dərəcəli meyarlar (ən azı üçü olmalıdır)
 - » Mərkəzi çapıq 30-70% hallarda rast gəlinir, USM-də hiperexogen, KT-də hipodens, MRT-də isə T1-də hipodens, T2-də hiperdens görünür və adətən ulduzşəkilli olur.
 - » Çapıqətrafı homogen görüntü (96%). FNH normal hepatositlərdən təşkil olunduğu üçün və qanaxma, kalsifikasiya, nekroz, degenerasiya kimi görüntünü dəyişdirən proseslər olmadığına görə, çapıqətrafı hissələr homogen görünür, qaraciyər toxuması ilə eyni sıxlıq göstərir.
 - » Normal Qc-lə müqayisədə zəif siqnal fərqi.
 - » Xarakterik kontrastlaşma xüsusiyyəti: arterial fazada hiper, portal venoz fazada izo, gec fazalarda (5 – 10 dəq.) mərkəzi çapıq kontrastlaşır və hiper görünür.

Differensial diaqnostika

- Atipik formalarında qeyri-xarakterik əlamətlər (heterogen, qanaxma, piy distrofiyası və s.) görünə bilər və bunu HSX-dən, adenomadan, hemangioma və metastazlardan fərqləndirmək çətin ola bilər. Belə hallarda hepatositlər tərəfindən tutulan kontrastla MRT etmək lazım gəlir. Normal hepatositlər tərəfindən tutulan kontrastlar (gadoxetate, gadobenate dimeglumine) adətən 20-60 dəq. sonra qaraciyərdən təmizlənir, dəyişilmiş hepatositlər isə adətən hepatosit-spesifik kontrastı tutmurlar. FNH-də hepatositlər normal olduğu üçün hepatositar fazada (20-ci dəqiqə) boyanırlar, adenomalarda və HSX-də isə hepatositlər patoloji olduğu üçün hipo- görünürlər. Bəzən biopsiya, hətta rezeksiya zərurəti yaranır.

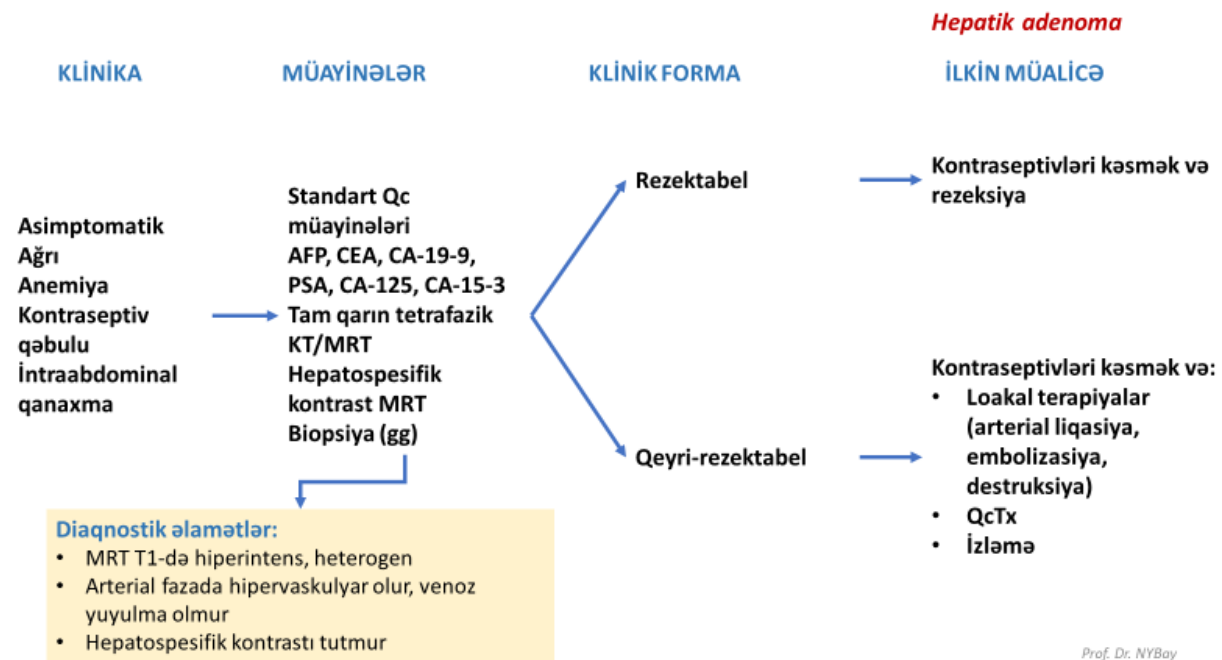
Müalicəsi

- FNH-nin hər iki formasını (tipik və atipik) müşahidə etmək məsləhət görülür.
- Rezeksiya böyümə göstərən, ciddi simptomlar törədən və bədxassəli şişlərdən fərqləndirilməsi mümkün olmayan hallarda göstəridir.
- Qeyri-rezektabel simptomatik formalarda lokal terapiyalar (arterial liqasiya, embolizasiya, destruksiya), həttda transplantasiya tətbiq edilə bilər.

HEPATOSELLÜLYAR ADENOMA

Özət

Hepatik adenoma (HA) hepatositlərdən inkişaf edən xoşxassəli törəmədir, steroid hormonların istifadəsi (kontraseptiv və digər), qadın cinsi, çoxsaylı hamiləlik və qlükogen depo xəstəlikləri risk amilləri sayılır, qanaxmaya və maliqnezasiyaya meyilli törəmədir. Kiçik adenomalar asimptomatik olur, böyük adenomalar isə qanaxma verdikdə ağrı və anemiya, hətta hemorragik şok əlamətləri ilə biruzə verir. Diaqnozu kontrastlı görüntülmə müayinələrinə əsasən qoyula bilər. Hipervaskulyar görünmə, heterogen, T1-də hiperintens və kapsullu görünmə kimi xarakterik əlamətləri hemangioma və FNH-dən fərqləndirməyə imkan verir, lakin bu əlamətlər HSX-dən fərqləndirmək üçün kifayət deyil. HA-nın radikal müalicəsi kontraseptivlərin kəsilməsi və rezeksiyadır.



Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Ağrı - Hərərət - SIRS-sepsis əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT

Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri • Kültürlər • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası	• Qc transplantasiyası • Lokal terapiyalar (arterial liqasiya, embolizasiya, destruksiya)

Diaqnostikası

Şübhə

- Anemiyası, ağrısı olan və kontraseptiv hormon qəbul edən qadınlarda, normal qaraciyər fonunda kütlə tapıldıqda HA şübhəsi var.

Dəqiqləşdirmə

- HA-nın spesifik görüntüləmə əlaməti yoxdur, diaqnozu differensiasiya əsasında və ya rezeksiyadan sonra qoyulur. Kontrastlı MRT ilk seçimdir.
- MRT T1-də hiperintens (yağ, qanaxma, geniş sinusoid), heterogen və psevdokapsullu görünmə xarakterikdir.
- Kontrastlı müayinələrdə arterial fazada hipervaskulyar görünür, venoz yuyulma olmur (izodens olur).

Differensial diaqnostika

- Heterogen, T1-də hiperintens və kapsullu görünmə kimi xarakterik əlamətləri, hemangioma və FNH-dən fərqləndirməyə imkan verir (90%).
- Adenomalarda biliar kanallar olmadığına görə hepatositlərdə tutulub biliar sistemdən ifraz olunan kontrast (gatoxtetat disodium, gadobenat dimeglumine), hepatosit fazasında qaraciyərə toplanmır və hipo– görünürlər. Bu əlamətə görə FNH-dən fərqləndirmək olur.
- Venoz yuyulmanın olmamasına görə HSX-dən fərqlənir.
- HSX-dən fərqləndirilməsi çətin olan hallarda həm diaqnostika, həm də müalicə məqsədi ilə rezeksiya məsləhətdir.
- Biopsiyada qanaxma təhlükəsi yüksəkdir.

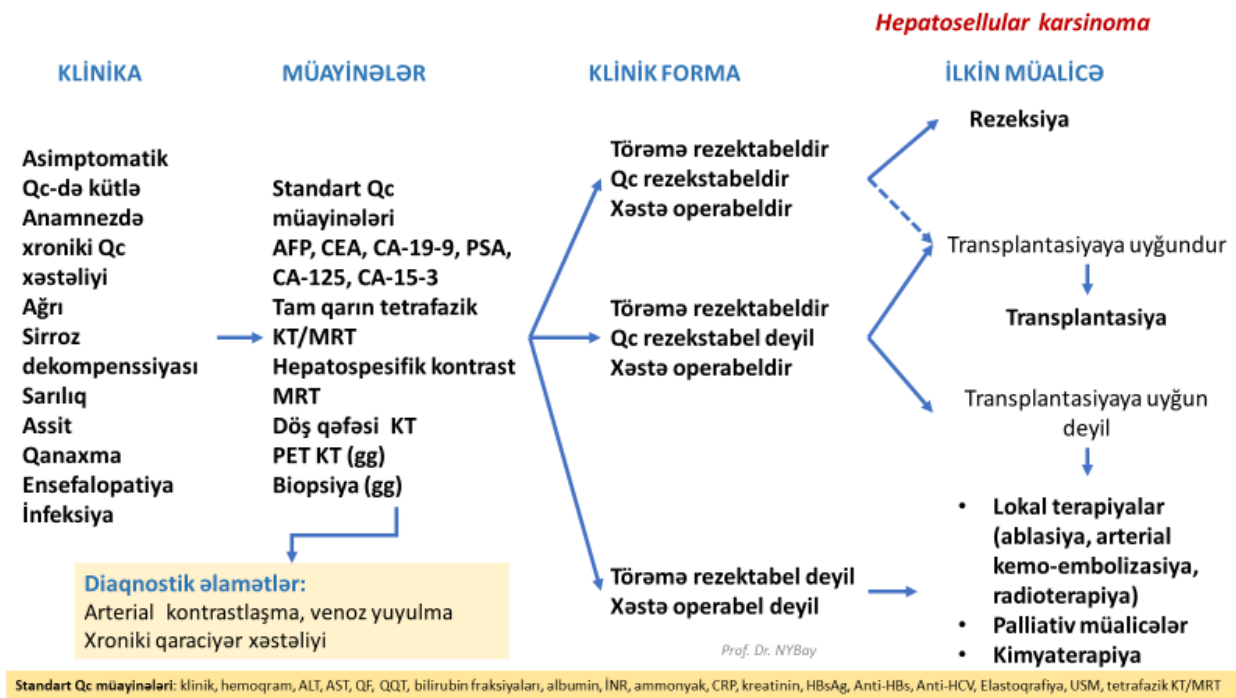
Müalicəsi

- HA-nın radikal müalicəsi kontraseptivlərin kəsilməsi və rezeksiyasıdır.
- Kiçik adenomalarda kontraseptivi dayandırdıqdan sonra kiçilmə ola bilər.
- Rezeksiya mümkün olmayan hallarda local müalicələr (embolizasiya, destruksiya), həttdə transplantasiya edilə bilər.

HEPATOSELLÜLAR XƏRÇƏNG

Özət

Hepatosellülar xərçəng (HSX) hepatositlərdən inkişaf edən, qaraciyərin ən çox rast gəlinən birincili bədxassəli şişidir, sirroz ən çox rast gəlinən risk amilidir, xroniki viral hepatitlər, karsinogenlər (aflatoksin, siderozis, oral kontraseptivlər və torotrast), metabolik pozğunluqlar (α -antitripsin defisiti, Vilson xəstəliyi, qalaktozemiya), hepatik adenoma və displastik düyünlər də risk amilləridir. Xəstəlik əksər hallarda proqressiv və geriyyədməzdir, yerli yayılmaya meyllidir, az hallarda isə uzaq metastazlar verir. HSX asimptomatik ola bilər və ya qeyri-spesifik əlamətlərlə meydana çıxar: qarında ağrı, hepatomeqaliya, sarılıq, sirrotik xəstədə vəziyyətin birdən-birə pisləşməsi, intraperitoneal qanaxma, ağrı və hərarət. Diaqnostikasında əsas yeri üçfazlı kontrastlı KT, MRT müayinələri tutur, “arterial fazada kontrastlaşma, venoz fazada yuyulma” xarakterik əlaməti sayılır, biopsiya xüsusi hallarda göstərişdir. Erkən çıxarıla bilən mərhələlərdə radikal üsullar (rezeksiya, transplantasiya, destruksiya), çıxarıla bilməyən gecikmiş mərhələlərdə şişkiçildici müalicələr (arteriyadaxili kimyaembolizasiya, şüa müalicəsi, kimyəvi dərman müalicəsi), terminal mərhələdə isə simptomatik müalicələr tövsiyə edilir. Proqnozu erkən mərhələdə 5 illik yaşam 50-70%, gecikmiş mərhələdə ortalamaya yaşam 1 ilə qədərdir.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Zəiflik • Arıqlama • Ağrı • Hərərət • Hepatomeqaliya • Sirroz əlamətləri • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Qc transplantasiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiyalar) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Eksperimental müalicələr

Diaqnostikası

Şübhə

- Sirrotik xəstələrdə qaraciyərdə törəmə tapılsa, ilk növbədə HSX-dən şübhələnmək lazımdır.
- Sirrozda, virus hepatitlərində vaxtaşırı HSX-ya görə müayinə olunmalıdırlar.
- AFP artması olanlarda HSX yoxlanılmalıdır.

Dəqiqləşdirmə

- HSX-nin diaqnostikasında üçfazlı kontrastlı görüntüləmələr (KT, MRT) və AFP əsas yer tutur, biopsiya göstərişə görə aparılır.
- Xarakterik görüntüləmə əlaməti kontrastlaşma xüsusiyyətidir: arterial fazada hipervaskulyar, venoz fazada yuyulma (arterial qanla təchiz olunduqlarına görə və sürətli qan axınına sahib olduqları üçün arterial fazada qaraciyərə görə tez kontrastlaşırlar, hepatositləri anormal olduğuna görə venoz fazada 307ntrahep yuyulur).
- Bu əlamət digər bədxassəli törəmələrdə də görünür. Lakin sirroz fonundakı düyündə bu əlamətin görünməsi HSX üçün çox spesifikdir (həssaslığı 80%, spesifikliyi – 95 – 100%).

Diaqnostik meyarları:

- Xarakterik kontrastlaşma xüsusiyyəti: **arterial fazada hipervaskulyar, venoz fazada yuyulma.**
- İki kontrastlı müayinənin heç birində yuxarıdakı əlamət yoxdursa biopsiya.

Mərhələnin təyini

- HSX-nin mərhələsinin təyində TNM klassifikasiyası özünü doğrultmur.
- HSX-də şişin yayılma dərəcəsi ilə yanaşı, qaraciyərin funksional vəziyyəti və orqanizmin ümumi vəziyyəti də mərhələ və proqnozun təyində rol oynayır.
- Barselona klassifikasiyasına görə 5 mərhələ ayrılmalıdır: çox erkən, erkən, aralıq, gecikmiş və terminal mərhələlər.
 - » *Çox erkən mərhələdə* tək şiş <2 sm və ya karsinoma in situ görünür, qaraciyər normal və ya kompensator sirroz (Child A), ümumi vəziyyəti isə normal olur.
 - » *Erkən mərhələdə* tək şiş <5 sm və ya 3-ə qədər 3 sm-dən kiçik şişlər olur, qaraciyər normal və ya kompensator sirroz (Child A), ümumi vəziyyəti isə normal olur. Bu xəstələrdə radikal müalicələr (rezeksiya, transplantasiya, destruksiya) faydalı olur və 5 illik yaşama 50 – 70% təşkil edir.
 - » *Üçüncü – aralıq mərhələdə* böyük (>5 sm) və ya çoxlu (>3) şiş tapılır, damar invaziyası olmur, qaraciyər funksiyası saxlanılır (Child A,B), ümumi vəziyyəti stabildir. Bu xəstələrdə 307ntrahepat müalicə ilə (embolizasiya) 3 illik 50% yaşama təmin edə bilər.
 - » *Dördüncü – gecikmiş mərhələdə* qaraciyər funksiyası saxlanılsa da (Child A, B), damar invaziyası, ekstrahepatik yayılma və ya xərçənglə əlaqədar ümumi və yerli əlamətlərdən ən azı biri olur (arıqlama, çox zəifləmə, sarılıq). Bu qrupda ortalama yaşama 1 il təşkil edir. Sorafenib və yeni müalicələr araşdırılır.
 - » *Beşinci – terminal mərhələdə* qaraciyərdə dekompensasiya və ya ümumi vəziyyətin ciddi pisləşməsi qeyd edilir. Bu xəstələrin yaşama müddəti bir neçə ay təşkil edir. Yalnız simptomatik müalicələr tövsiyə edilir.

Müalicəsi

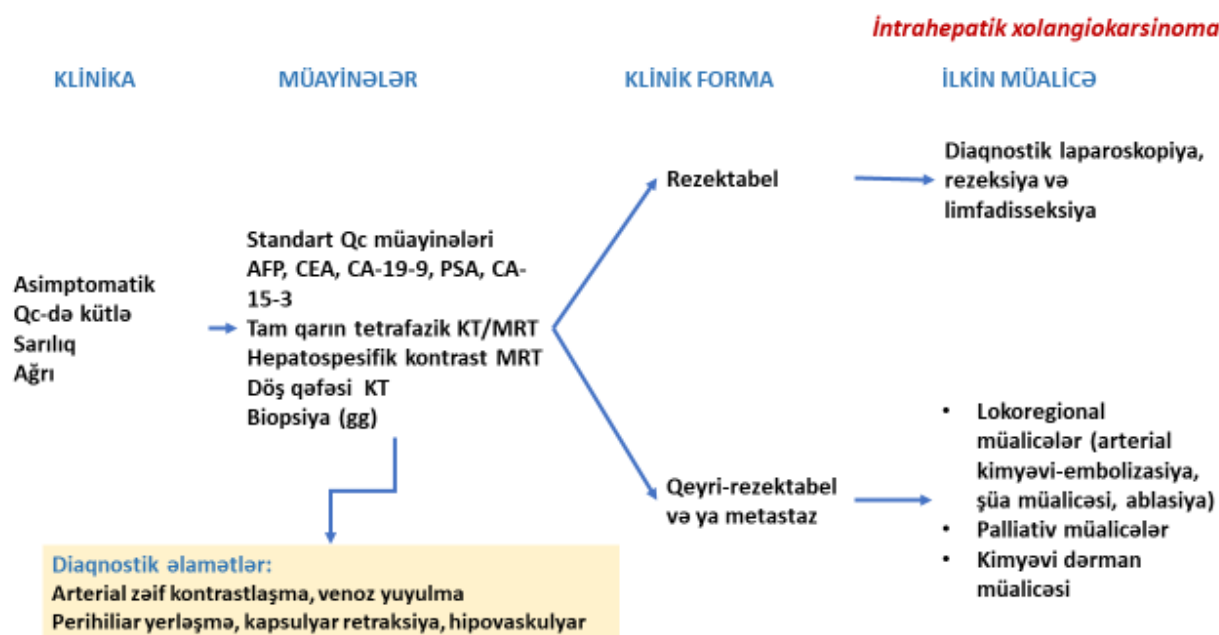
- Müalicəsində radikal (rezeksiya, transplantasiya və destruksiya – ablasiya) və palliativ (arteriyadaxili kimyaembolizasiya, şüa müalicəsi, kimyəvi dərman müalicə) üsullar istifadə edilir.

- Müalicə üsulu seçiminin ardıcılığı aşağıdakı kimidir: *rezeksiya* → *transplantasiya* → *destruksiya* → *arterial kimyaembolizasiya* → *digər alternativlər*.
- Müalicə yanaşması üçün müxtəlif klassifikasiyalar tətbiq edilə bilər.
- Barselona klassifikasiyasına əsaslanaraq erkən mərhələlərdə radikal üsullar, aralıq və gecikmiş mərhələlərdə şışazaldıcı müalicələr, terminal mərhələdə isə simptomatik müalicələr tövsiyə edilir.
- Sadə klinik yanaşmaya görə, müalicə seçimində əsas yol göstərici kimi törəmənin rezektabelliği, qaraciyərin rezektabelliği və xəstənin operabelliği qəbul edilir. Törəmə və qaraciyər rezektabeldirsə və xəstə operabeldirsə rezeksiya və ya transplantasiya seçilə bilər. Bu mərhələdə adətən qaraciyər sirrozu varsa, transplantasiya, sirroz yoxdursa, rezeksiya ilk planda tutulur. Törəmə rezektabel, xəstə operabeldirsə, lakin qaraciyər rezektabel deyildirsə, transplantasiya ilk seçim sayılır. Transplantasiya mümkün olmayanda şışazaldıcı müalicələr edilir. Törəmə rezektabel deyilsə və ya xəstənin əməliyyat riski çox yüksəkdirsə şışazaldıcı, yerli və simptomatik müalicələr edilir.
- Bu prinsiplərlə müalicə olunan xəstələrdə proqnoz: erkən mərhələdə 5 illik yaşama 50 – 70%, aralıq mərhələdə 3 illik yaşama 50%-ə qədər, irəliləmiş mərhələdə ortalama yaşama 1 ilə qədər, terminal mərhələdə isə bir neçə ay təşkil edir.

İNTRAHEPATİK XOLANGİOKARSİNOMA

Özət

Intrahepatik xolangiokarsinoma qaraciyərdaxili öd epitelindən inkişaf edən, hepatosellulyar xərçəngdən sonra ən çox rast gəlinən birincili bədxassəli qaraciyər törəməsidir. Birincili biliar sirroz və skleroz xolangit risk amilləri sayılır, daha çox mərkəzdə və öd yolları ətrafında yerləşir, intrahepatik və portal strukturlara yayılmağa, atrofiya törətməyə meyllidir, ekstrahepatik metastazları azdır, HSX-dən fərqli olaraq sirroz fonunda az rast gəlinir. Diaqnostikası və müalicəsi HSX kimidir, lakin diffuz yayılmada Qc Tx yaxşı nəticələr vermir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Zəiflik • Ağırlama • Ağrı • Hərərət • Hepatomeqaliya • Sirroz əlamətləri • Digər	• Laparoskopiya • PET-KT
Laborator müayinələr	

• Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələr • Elastografiya • USM • KT • MRT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiya) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Qc transplantasiyası • Eksperimental müalicələr

Diaqnostikası

Şübhə

- Qc-də kütlə tapılan xəstələr
- Perihiliar yerləşmiş, kapsulyar retraksiyası olan, hipovaskulyar kütlə
- Birincili biliar sirrozda və skleroz xolangiti olan xəstələrdə
- Sarılıq və xolestaz əlaməti olanlarda

Dəqiqləşdirmə

- İntrahepatik xolangiokarsinomanın spesifik diaqnostik əlamətləri yoxdur, diaqnoz differensiasiya əsasında, əksər hallarda isə patomorfoloji müayinə ilə dəqiqləşir.
- Xolangiokarsinoma üçün xarakterik əlamətlər:
 - » Kontrastlı müayinədə (KT, MRT) xarakterik bədxassəlilik əlaməti: arterial kontrastlaşma, venoz yuyulma
 - » Perihiliar yerləşmiş, kapsulyar retraksiyası olan, hipovaskulyar kütlə
 - » Digər bədxassəli törəmələrin (xüsusən də HSX və metastazların) inkarı

- Görüntüləmə üsulları ilə HSX və İHX-ni bir-birindən ayırmaq çətinlik tələb edir və bəzən biopsiya ilə də fərqləndirmək çətinlik tələb edir. Hər iki patologiyada da bədxassəli törəmələrə məxsus sürətli qan axını və kontrastlaşma əlaməti (arterial kontrastlaşma, venoz yuyulma) nəzərə çarpır. HSX-dən fərqli olaraq İHX-nin əksəriyyəti hipovaskulyardır, perihiliar yerləşmə və “kapsulyar retraksiya” əlaməti çox rast gəlinir.
- Biopsiyada İHX-lər adenokarsinoma kimi görünür və immunositokimyəvi müayinə aparmadan metastatik adenokarsinomalardan fərqləndirmək çətin olur.

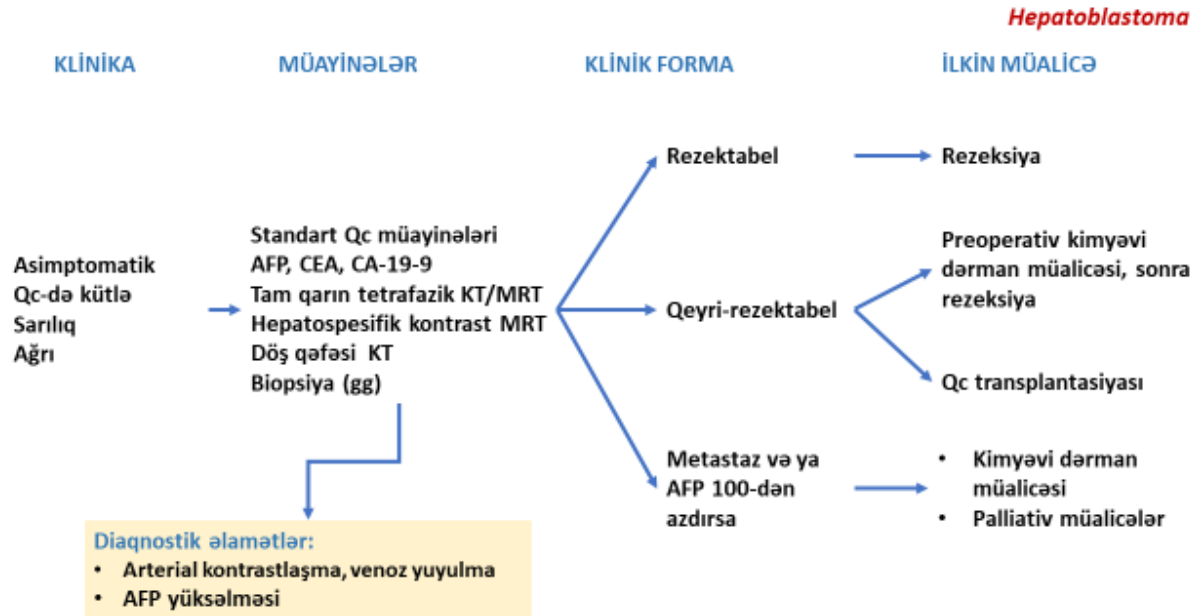
Müalicəsi

- Xolangiokarsinomanın radikal müalicəsi cərrahi üsuldur, rezeksiya ilk plandadır, transplantasiya isə xüsusi göstərişlərlə aparılır.
- HSX-dən fərqli olaraq intrahepatik xolangiokarsinomada qaraciyər parenximası normal olduğu üçün rezeksiyaya göstəriş geniş tutulur və rezektabellik imkanı da daha çox olur (6-70%).
- Ekstrahepatik yayılması, magistral damar invasiyası və hər iki payda yayılması olmayan şişlər rezektabel qəbul edilir.
- Radikal rezeksiyaya baxmayaraq residiv ehtimalı yüksəkdir (iki ildə 80 – 90%), yaşama müddəti isə 8 – 50 ay arasında dəyişir.
- Qeyri – rezektabel şişləri kiçiltmək və rezektabel hala gətirmək üçün və postrezeksion residivi azaltmaq üçün *floksuridin* infuziyası tətbiq edilir.
- Diffuz yayılmada Qc Tx yaxşı nəticələr vermir.

HEPATOBLASTOMA

Özət

Hepatoblastoma uşaqlarda ən çox rast gəlinən bədxassəli birincili qaraciyər şişidir. Törəmədə kalsifikasiyalar çox rast gəlinir, rezektəbellik ehtimalı yüksək olan törəmələrdən hesab olunur.



Prof. Dr. NYBəy

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Zəiflik - Arıqlama - Ağrı - Hərərət - Hepatomeqaliya - Sirrozu əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT
Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfatəza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP	

• Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiya) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Qc transplantasiyası • Eksperimental müalicələr

Diagnostikası

Şübhə

- Uşaq yaşlarında qaraciyərdə törəmə tapılırsa, ilk növbədə hepatoblastomadan şübhələnmək lazımdır.
- Alfa-fetoprotein əksər hallarda yüksəlir.

Dəqiqləşdirmə

- Görüntüləmə əlamətlərinə görə qaraciyərin digər şişlərindən ciddi fərqlənir: ipoexoyik, hipodens, hipervaskulyar, T1-də hipointens, T2-də hiperintens, heterogen.
- Dəqiq diaqnozu patohistoloji müayinə ilə qoyulur.

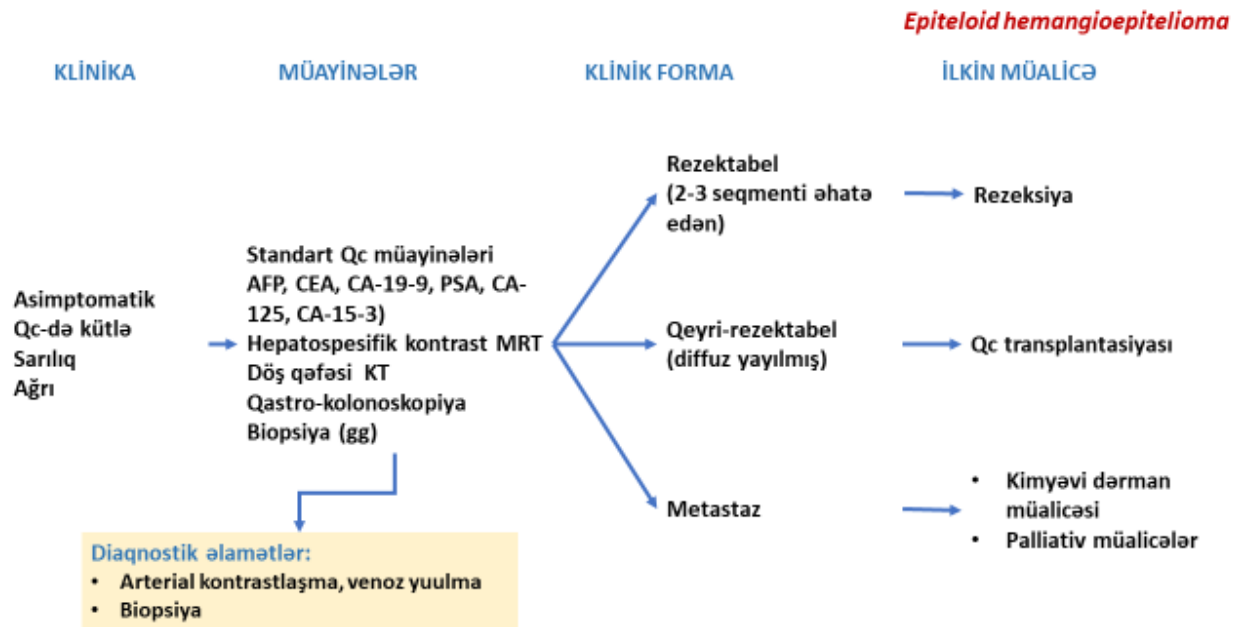
Müalicəsi

- Qaraciyər rezeksiyası radikal müalicə üsuludur.
- Qeyri-rezektabel hepatoblastomalarda iki seçim ola bilər: əvvəl neoadyuvant kimyəvi dərman müalicəsi tətbiq edərək törəməni rezektabel vəziyyətə gətirmək, sonra rezeksiya və ya qaraciyər transplantasiyası
- Böyüklərdəki hepatosellulyar xərçəngdən fərqli olaraq hepatoblastoma əksər hallarda (60%) rezektabel vəziyyətdə olur. Lakin ölüm halları çox yüksəkdir (20 – 70%).

EPİTELİOİD HEMANGİOENDOTELİOMA

Özət

Hemangioendotelioma endotelə bənzər hüceyrələrdən təşkil olunmuş, gedşinə görə xoş və bədxassəli şişlər arasında dayanır. Əksəriyyəti çoxsaylı olur, hətta limfomaya bənzər konqlomeratı ola bilər, diffuz formalarda transplantasiya yaxşı nəticələr verir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, Q5, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Zəiflik • Arıqlama • Ağrı • Hərarət • Hepatomeqaliya • Sirroz əlamətləri • Digər	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT
Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin	

(ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiyalar) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Qc transplantasiyası • Eksperimental müalicələr

Diaqnostikasi

Şübhə

- Qc-də çoxsaylı düyünlər (şiş markerləri artmır – α -fetoprotein, CEA, CA – 19 – 9)
- Ağrı, hepatomeqaliya
- Qc enzimlərində dəyişmə

Dəqiqləşdirmə

- Xarakterik görüntüləmə əlaməti yoxdur, əksər əlamətləri metastazları xatırladır (normal Qc fonu, çoxsaylı düyünlər, USM-də hiper- və ya hipoexoyk, kapsulyar retraksiya, periferik haşiyə, T1-də hipointens, T2-də hiperintens, kalsifikasiya).
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün biopsiya lazımdır.

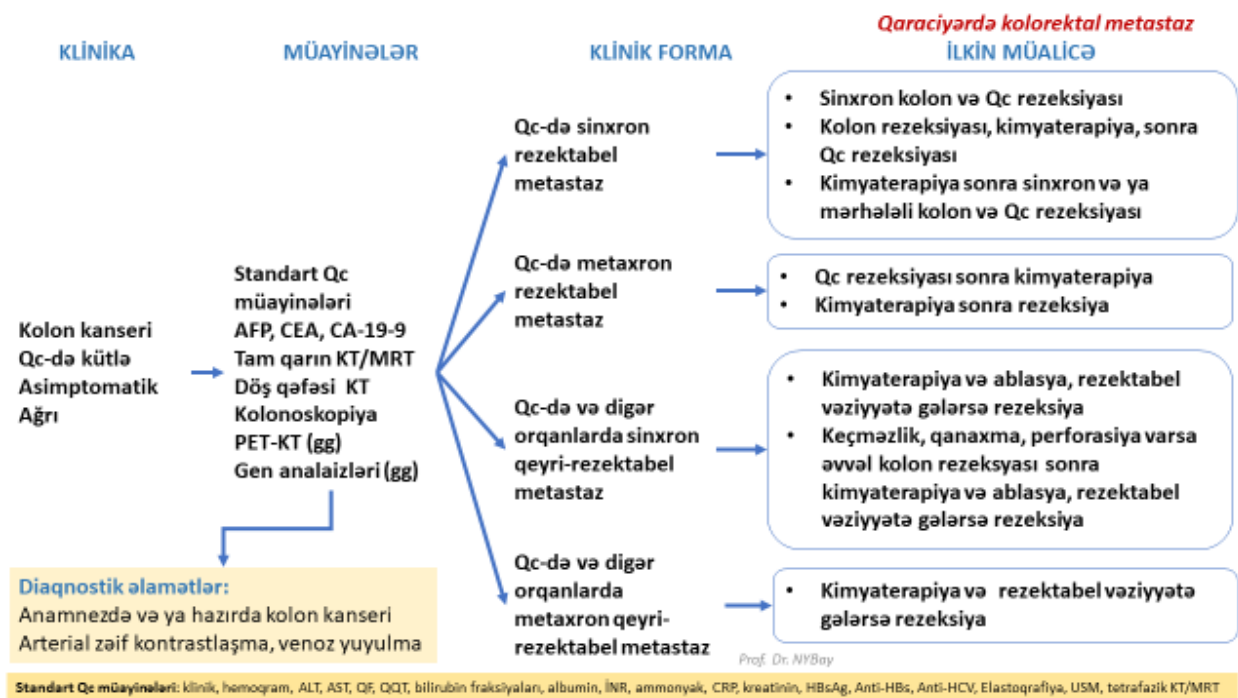
Müalicəsi

- Hemagioendoteliomanın müalicəsində rezeksiya və Qc Tx əsas yer tutur.
- Qaraciyərin 2 – 3 segmenti tutulan xəstələrdə rezeksiya, diffuz tutulmada Qc Tx, ekstrahepatik yayılmalarda isə kimyəvi dərman müalicəsi tövsiyə edilir.
- Qc Tx ən çox tövsiyə olunan üsuldur və yaxşı uzaq nəticələr verir (5 illik yaşama 70%, 10 illik yaşama 64%).

KOLOREKTAL XƏRÇƏNG METASTAZI

Özət

Kolorektal xərçəng (KRX) qaraciyərə ən çox metastaz verən şişdir, metastazların təxminən üçdə biri bağırsaqda şiş tapıldığı vaxt olur (sinxron metastazlar), qalanı isə metaxro ortaya çıxır. KRX metastazlarının spesifik diaqnostik əlaməti yoxdur, anamnezdə və ya hazırda KRX olması, xarakterik kontrastlaşma əlaməti (arterial fazada kontrastlaşma, venoz fazada yuyulma), normal parenxima görünməsi və yüksəlmiş CEA xarakterik əlamətləri sayılır. Ən çox tövsiyə olunan müalicələr rezeksiya, radiotezlikli destruksiya, arteriyadaxili və sistemik kimyəvi müalicədir. Rezeksiyadan sonra ortalama yaşam 30-40 ay, 5, 10, 20 illik yaşam isə 25-40%, 25% və 20% təşkil edir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Zəiflik - Arıqlama - Ağrı - Hərərət - Hepatomeqaliya - Sirrozu əlamətləri - Digər	- Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT

Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiya) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Qc transplantasiyası • Eksperimental müalicələr

Diaqnostikası

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, kolorektal xərçəng metastazından şübhələnmək lazımdır:
 - » Anamnezində və hazırda KRX olanlar
 - » Normal qaraciyər fonunda törəmə tapılan xəstələrdə
 - » CEA artması

Dəqiqləşdirmə

- Kolorektal metastazların spesifik diaqnostik əlaməti yoxdur, diaqnoz meyarlara və differensiasiyaya əsasən qoyulur.
- Görüntüləmə üsulları diaqnozun dəqiqləşdirilməsində və mərhələnin təyininə önəmlidir.
- CEA artması diaqnozu dəstəkləyir, artmaması isə inkar etmir.
- **Biopsiya** differensial diaqnostikada çətinlik olarsa tətbiq edilir.

Diaqnostik meyarları:

- Hazırda və anamnezdə kolorektal xərçəng.
- Görüntülmədə bədxassəli şişlərə məxsus kontrastlaşma (arterial fazada periferik kontrastlaşma, venoz fazada yuyulma).
- Biopsiyada adenokarsinoma metastazı.

Differensial diaqnostika

- Qaraciyərin xoşxassəli törəmələri
- HSX
- Digər metastazlar

Mərhələləri

- Geniş yayılan TNM təsnifat sistemi HSX-də olduğu kimi qaraciyərin kolorektal metastazlarında da özünü doğrultmur.
- Hazırda daha obyektiv mərhələ və proqnostik sistemlər araşdırılmaqdadır.
- Şişin histoloji tipinin, ikitərəfli tutulmanın, differensiasiya dərəcəsinin, yoğun bağırsaqda yerinin, cinsin və yaşın proqnostik əhəmiyyət daşımadığı məlum olmuşdur.
- KRX metastazlarında proqnostik əhəmiyyət daşıyan əsas 7 amil aşağıdakılardır: ekstrahepatik yayılma, rezeksiya sərhəddində şiş, limfa düyünündə ilkin metastaz, şişin 5 sm-dən böyük olması, 1-dən çox şiş, ilkin şişlə Qc-yə metastaz arasındakı müddətin 1 ildən az olması, CEA >200 nq/ml.

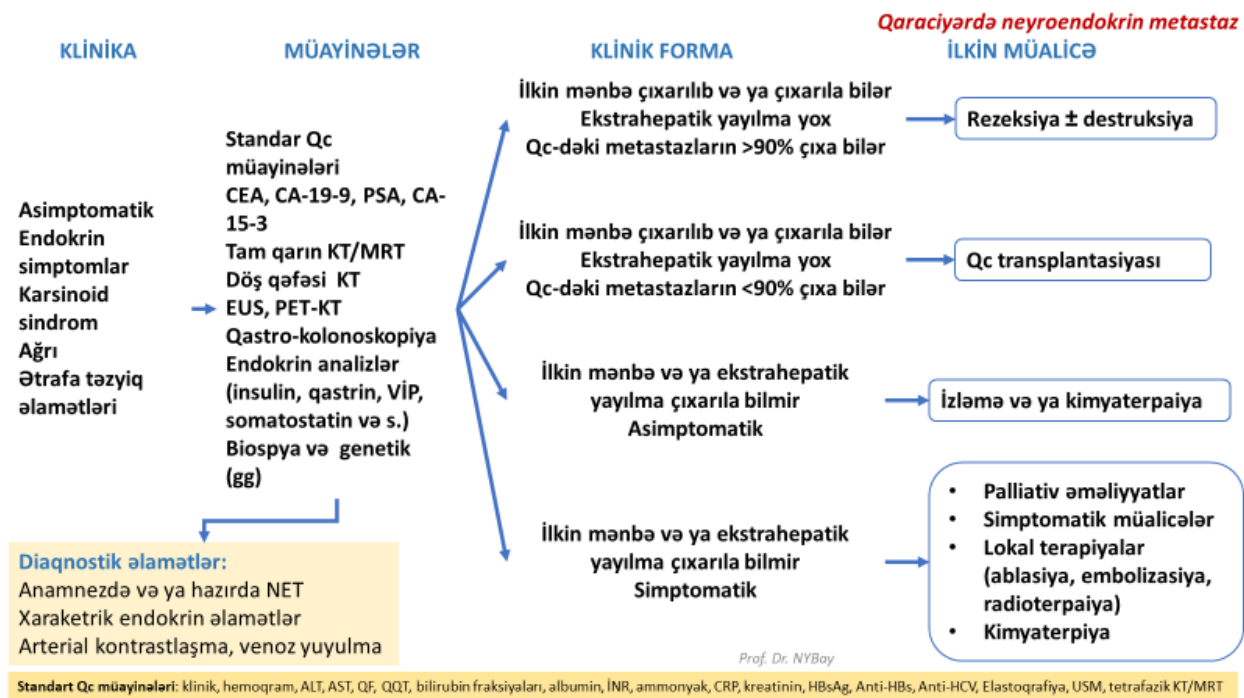
Müalicəsi

- KRX metastazlarında hazırkı müalicə strategiyası rezeksiya üzərində qurulmuşdur: şiş rezektabeldirsə, birbaşa rezeksiya etmək, qeyri – rezektabel şişlərdə isə kimyəvi müalicə, destruksiya və s. kimi üsullarla şişi rezektabel **vəziyyətə gətirmək və rezeksiya etmək, rezeksiyadan sonra isə, göstərişə görə kimyəvi müalicə etmək.**
- Rezeksiya KRX metastazlarının ən radikal, hətta sağaldıcı müalicəsi sayılır. Rezeksiyadan sonra orta yaşama 30 – 40 ay, 5, 10, 20 illik yaşama isə 25 – 40%, 25% və 20% təşkil edir.
- Qeyri-rezektabel şişlərdə şişi kiçiltmək üçün ilk seçim radiotezlikli destruksiya, ikinci seçim isə kimyəvi müalicədir.
- Qalan qaraciyərin həcmi artırmaq üçün portal vena embolizasiyası istifadə edilir. KRX metastazları müasir kimyəvi müalicələrə yüksək həssaslıq göstərilir. Kimyəvi müalicədə ilk seçim preparatları 5-florurasil + leukovorin + irinotekan (FOLFRI) və 5 – florurasil+ leukovorin + oxaliplatin (FOLFOX) kombinasiyalarıdır.
- Bu kombinasiyalara böyümə amilləri anticisimlərini (vaskulyar böyümə amili anticismi olan bevacizumab, və ya epidermal böyümə anticismi – setuximab) əlavə etmək olar. Bu kombinasiyalara 40 – 50% hallarda cavab alınır, 18 – 20 aylıq yaşama təmin edilir.

NEYROENDOKRİN TÖRƏMƏLƏRİN QARACİYƏRƏ METASTAZLARI

Özət

Neyroendokrin törəmələr (NET), orqan və toxumalardakı yerli endokrin hüceyrələrindən və mədəaltı vəzidəki (MAV) adaçiq hüceyrələrindən inkişaf edən şişlərdir. Həm karsinoid (əsasən mədə – bağırsaq toxumalarından inkişaf edən), həm də qeyri-karsinoid şişlər (əsasən MAV adacıqlarından inkişaf edən) Qc-ə metastaz verə bilirlər. *NET-lərin* hormonal aktiv və ya qeyri-aktiv formaları ola bilər. Karsinoidlərin aktiv forması serotonin və digər aktiv maddələr ifraz edərək (prostaqlandin, kinin və s.) karsinoid krizlər törədə bilirlər. Qeyri-karsinoidlərin aktiv formaları isə, ifraz etdikləri hormonlara uyğun endokrinopatiya törədirlər. NET-lərin bəd- və xoşxassəli formaları sitoloji və histoloji cəhətdən fərqlənmir, bədxassəliliyin yeganə əlaməti metastazların olmasıdır. Diagnostikada klinik əlamətlərlə yanaşı endokrin müayinə, tomoqrafiya və ssintiqrafiya istifadə edilir. NET-lərin hamısında xromoqrafin A və neyron spesifik enolaza tapılır ki, bu da digər törəmələrdən differensiasiya üçün çox faydalıdır. Rezeksiya NET metastazlarının əsas müalicəsidir. Qaraciyərin digər bədxassəli şişlərindən fərqli olaraq NET metastazlarında *sitoreduktiv rezeksiya (şişin 90%-dən çoxu çıxarılmalıdır)* aparıla bilər.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Zəiflik • Arıqlama • Ağrı • Hərərət • Hepatomeqaliya • Sirroz əlamətləri • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri - AFP, CEA, CA-19-9 və s. • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Biopsiya	• Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qc rezeksiyası • Lokal ablativ müalicələr (arterial kimyaembolizasiya, radiomebolizasiya, destruksiya) • Kimyəvi dərman müalicəsi	• Qc transplantasiyası • Eksperimental müalicələr

Diagnostikasi

Şübhə

- Anamnezində və hazırda NET-i olanlarda,
- Endokrinopatiyası olanlarda (karsinoid krizi, ishal, şəkərli diabet, hipo- və hipertoniya, hipokalsemiya, xoralar və s.) qaraciyərdə kütlə tapılırsa
- Kontrastlı müayinələrdə hipervaskulyar törəmə tapılırsa

Dəqiqləşdirmə

- Dəqiqləşdirmək üçün klinik əlamətlərlə yanaşı endokrin müayinə, tomoqrafiya və ssintiqrafiya aparılır.
- NET-in qaraciyər metastazlarının xarakterik xüsusiyyəti *hipervaskulyar* olmasıdır ki, bu da Doppler müayinəsində intensiv axın şəklində, kontrastlı müayinələrdə isə, arterial fazada kontrastlaşma və venoz fazada yuyulma əlaməti ilə təyin edilir.
- Hormonal aktiv şişlərdə endokrin əlamətlərlə yanaşı qanda hormonların səviyyəsi artır.
- Funksional karsinoidlərdə sidikdə 5-hidroksiindol turşusunun təyini, adacıq şişlərində isə hormonların təyini diaqnozda faydalıdır.
- Adacıq şişlərinin yayılmasını və diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün somatostatin ssintiqrafiyası faydalı ola bilər.
- Histokimyəvi müayinədə xromoqrafin A və neyron – spesifik enolazanın tapılması diaqnozu dəqiqləşdirir.

Müalicəsi

- **Rezeksiya** NET metastazlarının əsas müalicəsidir.
- Qaraciyərin digər bədxassəli şişlərindən fərqli olaraq NET metastazlarında *sitoreduktiv rezeksiya (şişin 90%-indən çoxu çıxarılmalıdır)* aparıla bilər.
- Bu bir neçə səbəblə əlaqədardır:
 - » neyroendokrin şişlərin əksəriyyəti yavaş inkişaf edir, kimyəvi dərman müalicəsi və şüa müalicəsinə isə az həssasdırlar.
 - » şişin hormonal aktivliyi ilə ölçüsü arasında ciddi paralellik var.
 - » şişi tam çıxarma ilə tama yaxın (>90%) çıxarma arasında uzaq nəticələrdə ciddi fərq görünür (5 illik yaşam 60 – 70%, residiv 80%).
- Rezeksiya mümkün olmayan hallarda Tx, RTD, kimyəvi dərman müalicəsi (somatostatin, streptozosin, interferon, 5 – flüorurasil, doksorubisin və s.) və digər tədbirlər tövsiyə edilir.
- Karsinoid şişlərdə krizin profilaktikası üçün əməliyyatdan və prosedurlardan əvvəl və sonrakı ilk günlərdə somatostatin analogları istifadə edilməlidir.

QARACİYƏR ABSESİ

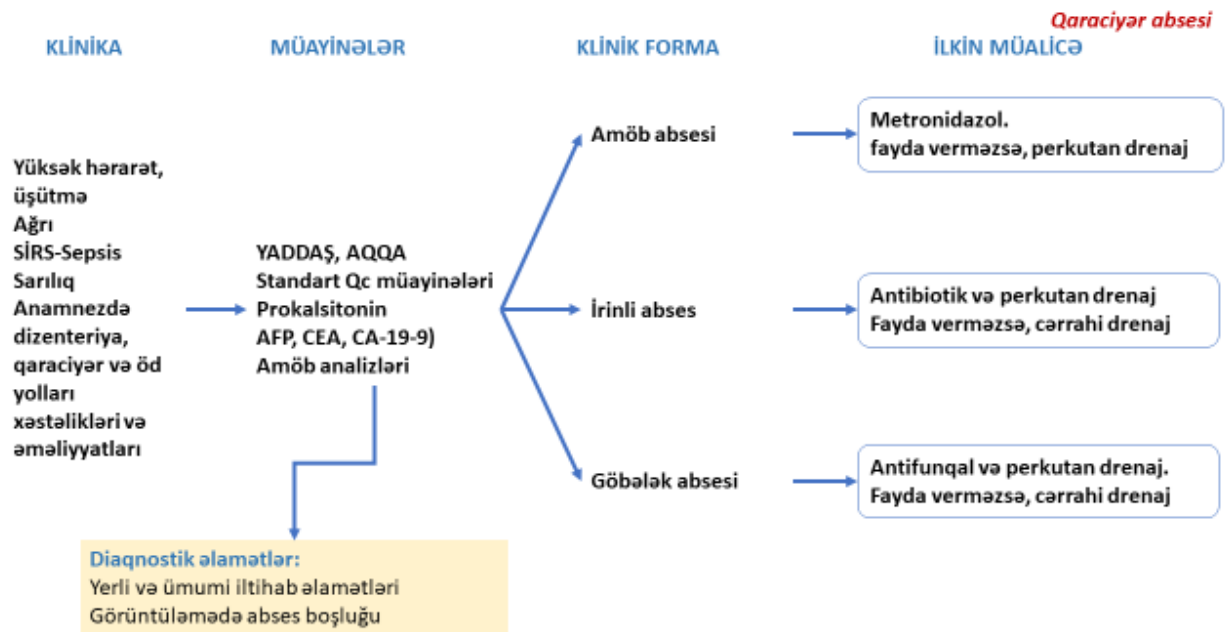
Özət

Abses qaraciyər toxumasında nekroz, infeksiyon iltihab və septik əlamətlərlə xarakterizə olunan xəstəlikdir, səbəbinə görə irinli (piogenik), amöb və göbələk absesi ayırd edilir.

İrinli abses adətən qaraciyərin və öd yolları xəstəliklərinin ağırlaşmasıdır, qaraciyərdə nekroz, işemiya, durgunluq və infeksiyalaşma əmələ gəlmə mexanizmləridir. Xəstədə kəskin ağrı, hərarət, sarılıq əlamətləri olur, xəstələrin vəziyyəti ağır və septik olur, müalicə olunmadıqda letallıq çox yüksəkdir. Diaqnozu klinik və görüntülmə əlamətlərinə görə qoyulur. Müalicəsi üçün drenaj, antibiotikoterapiya, dəstək müalicələri tətbiq edilir.

Amöb absesi trofozoid olan *Entamoebae histolitica* tərəfindən törədilir, adətən amöb dizenteriyası keçirmiş xəstələrdə rast gəlinir, letallığı irinli absesdən azdır, plevropulmonal ağırlaşmalar çox rast gəlir. Diaqnostikasında immunoloji və ZPR müayinələr tətbiq edilir. Antiamöb müalicə əksər hallarda fayda verir, drenaj az hallarda lazım gəlir.

Göbələk absesi immunosuppressiv xəstələrdə rast gəlir, törədicisi adətən *Candida* göbələkləridir, letallığı yüksəkdir, müalicəsi üçün drenaj və antifunqal müalicə lazımdır.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart Qc müayinələri: klinik, hemogram, ALT, AST, Q5, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HbSAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastografiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Hərərət • Hepatomeqaliya • SIRS-sepsis • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP • Kreatinin • Şiş markerləri (AFP, CEA, CA-19-9 və s.) • Digər Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT	• Amöb serologiyası, ZPR • Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Antibiotikoterapiya, antiparazitar, antifungal • Perkutan drenaj • Laparoskopik drenaj • Cərrahi drenaj	• Şüa embolizasiyası • Eksperimental müalicələr

Diaqnostikası

Şübhə

- Hərərət, üşütmə, sepsis və qarında ağrı əlamətləri olan xəstədə aşağıdakılardan hər hansı biri varsa, absesdən şübhələnmək olar:
 - » son bir neçə ay ərzində dizenteriya
 - » öd yolları xəstəlikləri və müdaxilələri

- » şəkərli diabet
- » qaraciyər xəstəlikləri (exinokokk, törəmələr və s.), travmaları
- » qarın boşluğunda iltihabi xəstəliklər
- » immunosupressiya

Dəqiqləşdirmə

- Abses diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün klinik əlamətlərlə yanaşı görüntüləmə və laborator müayinələr aparılmalıdır.
- Yerli və ümumi sepsis əlamətləri ilə yanaşı USM və ya tomoqrafiyada qaraciyərdə abses boşluğunun görünməsi abses diaqnozunu dəqiqləşdirir.
- Absesdə qaztörədən bakteriyalar olduqda və ya abses bağırsağa açıldıqda içərisində qaz görünür (25%).

Differensial diaqnostika

- İrinli və amöb absesinin differensiasiyasında iki yol tövsiyə edilir: patogen parazitin tapılması və ya empirik müalicəyə cavab.
- İFA metodu ilə plazmada amöb anticisimlərinin təyini (95%) differensiasiyada, plazmada antigenlərin titrinin təyini isə (ELIZA) müalicənin effektivliyinin və residivlərin müəyyənəşdirilməsində istifadə edilir.
- Absesin müalicəsinə metronidazol əlavə etməklə gedişə baxılır. Amöb abseslərində bu müalicə adətən 3 – 4 gün ərzində effekt verir.
- Sistolərdən fərqli olaraq abseslərin sərhədi kəskin olmur, möhtəviyyatının sıxlığı yüksək, hətta nekrotik toxumalar olarsa, heterogen görünür.

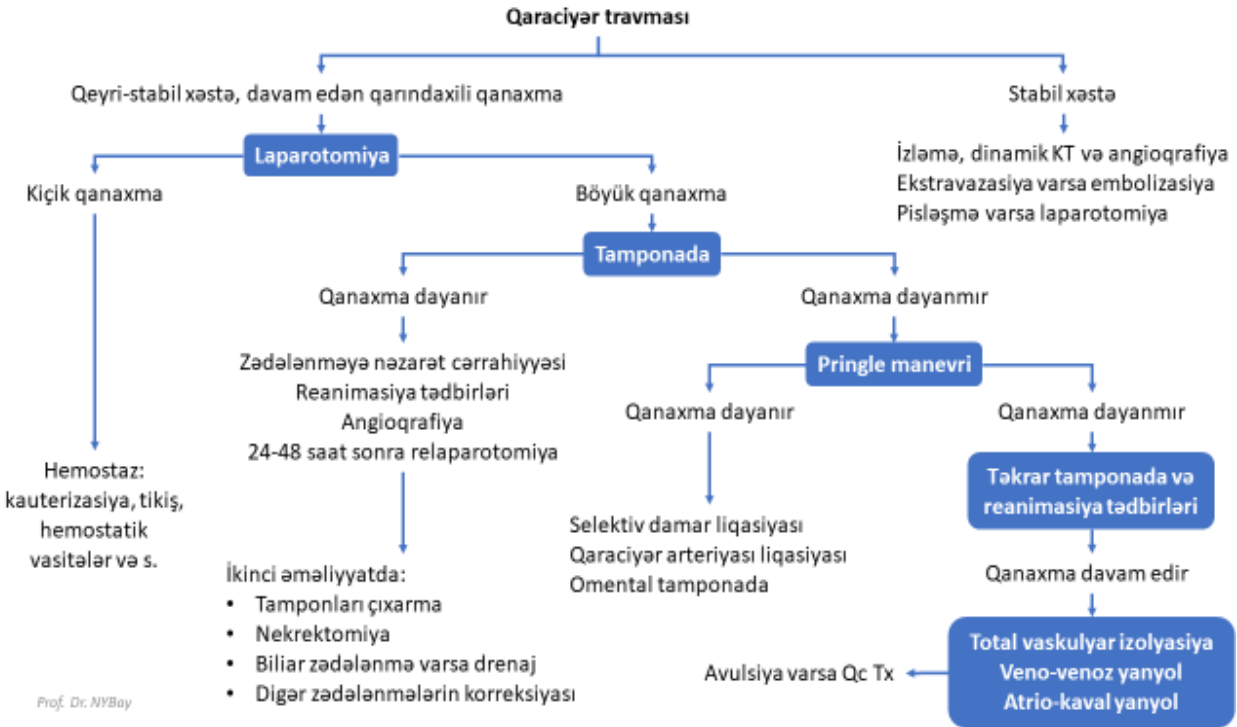
Müalicəsi

- Amöb absesləri əsasən konservativ yolla, piogen və göbələk absesləri isə drenaj və antibiotiklərlə müalicə edilir.
- Amöb abseslərində ilk seçim metronidazoldur: (gündə üç dəfə 750 mq dozada, 5 – 10 gün, sonra lüminal müalicə kimi yodoxinol 20 gün, paramomisin 7 gün, diloksanid format 10 gün) aparılır.
- Amöb absesində cərrahi müalicəyə (dəridənkeçən və ya cərrahi drenaj) az hallarda (10%) ehtiyac yaranır.
- İrinli abseslərin müalicəsində standart tədbirlər antibiotikoterapiya və drenajdır.
 - » Antibiotikoterapiya 6-8 həftə davam etdirilir.
 - » Absesin drenajı üçün dəridən keçən və cərrahi drenajlar yerinə yetirilə bilər.
 - » Qarın boşluğunda əməliyyat tələb edən xəstəliklər olduqda, böyük (>5 sm) və çoxlu abseslərdə, qatı tərkibli abseslərdə, dəridən keçən drenaj yetərsiz olduqda abses boşluğu açıq və ya laparoskopik yolla drenaj edilir. Lakin şok və poliorqan yetməzliyi əməliyyata əks göstərişdir.
- Göbələk abseslərində drenajla yanaşı antifunqal dərmanlar (amfoterisin) istifadə edilməlidir.

QARACİYƏR TRAVMALARI

Özət

Küt və açıq travmalar nəticəsində qaraciyərdə baş verən yaralanma, parçalanma, əzilmə, hematoma və s. kimi zədələnmələr aiddir.



Diagnozika

Şübhə

- Qarının açıq və ya küt travması olan bütün xəstələr
- Qarındaxili qanaxma
- Şok
- USM-də qarında maye və ya qaraciyərdə dəyişiklik

Dəqiqləşdirmə

- Dəqiqləşdirici müayinə kontrastlı KT-dir.

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Qaraciyər zədələnmələrinin müalicə tələb etməyən kiçik hematomalardan başlamış, geniş parenxima destruksiyası və magistral damarların zədələnməsinə qədər dəyişən müxtəlif ağırlıq dərəcələri vardır.

- Hazırda zədələnmələrin ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirmək üçün ən çox tətbiq edilən Amerika Travma Cərrahiyyəsi Cəmiyyətinin təklif etdiyi təsnifatdır.

Amerika Travma Cərrahiyyəsi Cəmiyyətinin təsnifatı		
Dərəcə	Morfologiyası	Təsviri
I	Hematoma	Subkapsulyar, səthini sahəsinin <10%
	Yaralanma	Kapsulun yaralanması, dərinliyi <1 sm
II	Hematoma	Subkapsulyar, səthin sahəsinin 10-50% İntraparenximal <10 sm
	Yaralanma	Dərinliyi 1-3 sm, uzunluğu <10 sm
III	Hematoma	Subkapsulyar, səthin sahəsinin >50% Genişlənən hematoma Partlamış subkapsulyar və ya parenximal İntraparenximal, >10 sm
	Yaralanma	Dərinliyi >3 sm
IV	Yaralanma	Bir payın 25-75%-ni və ya 1-3 seqmenti əhatə edən parenximal destruksiya
V	Yaralanma	Bir payın 75%-dən və ya 3 seqmentindən çox hissəsini əhatə edən destruksiya Ekstrahepatik venoz zədələnmə (retro326etabol boş vena, böyük qaraciyər venaları)
VI		Hepatik avulsiya

Müalicə prinsipləri

- Qaraciyər travmalarına yanaşma prinsipləri digər travmalarda olduğu kimidir:
 - » ümumi tədbirlər – YADDAŞ qaydası ilə həyati funksiyalara nəzarət və korreksiya,
 - » yerli tədbirlər – hemostaz, nekrektomiya və bərpa.
- Qaraciyər zədələnmələrinin erkən dövr əlamətlərində qanaxma ön plandadır və cərrahi müalicədə də ilk və mütləq tədbir **hemostazdır**.
- Müvəqqəti hemostaz* üçün əllə sıxma, tamponada, Pringle manevri, subtotal hepatik devaskulyarizasiya (Pringle manevri + aşağı boş venanın infrahepatik və suprahepatik klemplənməsi), total hepatik devaskulyarizasiya (subtotal devaskulyarizasiya + aorta klemplənməsi) istifadə edilə bilər.
- Qanaxmanı *daimi dayandırılması* üçün kauterizasiya, lokal hemostatiklər (süngər, tor, yapışqan və s.) hepatotomiya və damar bağlanması, tikilməsi və embolizasiya tətbiq edilir.
- Koaqulopatiyası olan xəstələrdə hemostaz üçün tək tədbir – tamponada həyata keçirilir.
- Tamponada qanaxmanı dayandırmırsa, magistral damar zədələnməsi şübhəsi var və bunu bərpa etmək lazımdır.

- Digər tədbirlər (nekrektomiya, bərpa, biliostaz, drenaj) hemostazdan sonra və ya ikinci əməliyyatda yerinə yetirilə bilər.
- Qaraciyərin əksər küt yaralanmaları (70-80%) **konservativ müalicə** oluna bilər. Bunun üçün aşağıdakı üç şərt mütləq təmin olunmalıdır:
 - » Xəstə hemodinamik stabil olmalıdır.
 - » Qarındaxili digər zədələnmə olmamalıdır.
 - » Sıx hemodinamik və görüntüləmə (USM, kontrastlı KT) müşahidəsi olmalıdır.
- Bu şərtlərdən ən azı biri ödənilmirsə, qeyri-cərrahi yanaşma qəbul edilmir.
- Qaraciyər zədələnmələrində iki və ya çoxetaplı müdaxilələr lazım gələ bilər.

Müalicə yanaşması

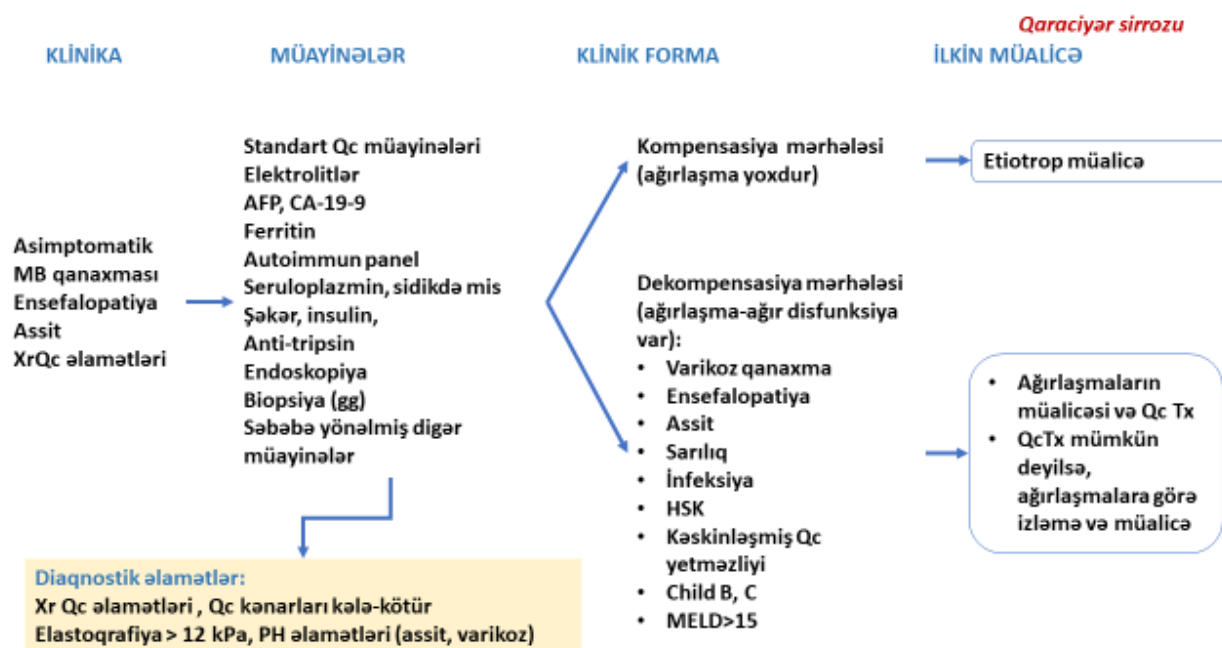
- Bütün xəstələrdə YADDAŞ ardıcılığı ilə həyatqurtarma tədbirləri həyata keçirilir.
- Küt travmalarda görüntüləmədə qaraciyər zədələnməsi təyin olunursa, lakin xəstə stabildirsə və digər qarındaxili orqan zədələnməsi görünmürsə, xəstə qeyri-operativ izləyə bilər. Belə xəstələr yatırılır, hemodinamik monitorizasiya, hemoqlobin təqibi, vaxtaşırı USM və KT angiografiya edilir. Angiografiya ekstravazasiya görünərsə, fistulaların və hemobiliyanın profilaktikası üçün selektiv arterial embolizasiya edilir. Hematomada böyümə, hemodinamikanın enməsi, hemoqlobinin sürətlə azalması, embolizasiyanın fayda verməməsi əməliyyata göstəriş sayılır.
- Hemodinamika qeyri-stabildirsə, qarındaxili digər orqan zədələnməsi, açıq yaralanma peritonit əlamətləri varsa, təcili laparotomiya edilir.
- Əməliyyat vaxtı standart olaraq təcili sürətdə 4 bölgə (sağ və sol yan kanallar, orta və çanaq) tamponada edilir və qan təmizlənərək təftiş edilir. Qaraciyər zədələnməsinin tipinə uyğun yanaşma seçilir. Qaraciyər travmalarına cərrahi yanaşmada Amerikan Cərrahlar Cəmiyyətinin klassifikasiyası adətən çox faydalı olmur, ona görə də klinik vəziyyətə görə davranmaq lazım gəlir. Qeyd edildiyi kimi, qaraciyər zədələnməsində birinci və əsas məsələ qanaxmanı dayandırmaqdır, ödə yolları zədələnməsinə müdaxilə xəstə stabildirsə və koagulopatik deyilsə edilir, əks halda sonrakı mərhələyə saxlanır. Əməliyyat vaxtı adətən qaraciyərdə 3 vəziyyətlə rastlaşılır: **hematoma, kiçik və ya böyük qanaxmalı yaralanma**.
- Hematomalara əksər hallarda toxunmaq lazım deyil, sürətlə böyüyən hematomalar istisnadır.
- Kiçik qanaxmalarda kauterlə, hemostatik vasitələrlə və ya tikişlərlə hemostaz edilir.
- Böyük qanaxmalarda adətən 2 litrdən çox qanıtirmə olur, xəstələr koagulopatik və hemodinamik qeyri-stabil olurlar. Ona görə də belə hallarda həyatqurtarma tədbiri kimi ilk olaraq qanaxmanı dayandırmaq lazımdır və bu məqsədlə aşağıdakı prinsipial ardıcılıq tətbiq edilir: **“tamponada, Pringle manevri, total vaskulyar izolyasiya, veno-venoz yanyol”**.
- Qaraciyərətrafı sahənin tamponadası ilk tədbirdir və anestezioloqun xəstəni stabilləşdirilməsinə dəstək verir.

- Tamponada qanaxmanı dayandırarsa, zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi tətbiq edilir – digər zədələnmələr nəzarətə alınır və qarın boşluğu tamponada edilərək reanimasiyaya köçürülür. Reanimasiyada damar zədələnməsini müəyyən etmək üçün KT angiografiya edilə bilər. Xəstə stabilləşərsə, 24-48 saat sonra əməliyyat edilir, tamponlar çıxarılır, qanaxma yoxlanılır, nekrotik parenxima çıxarılır, öd yollarında zədələnmə varsa drenaj edilir, digər qarındaxili zədələnmələr bərpa edilir. Qanaxma davam edərsə, selektiv liqasiya edilə bilər.
- Əgər əməliyyat vaxtı tamponada qanaxmanı dayandırmırsa, böyük damar zədələnməsini göstərir və ilk olaraq Pringle manevri edilir. Pringle manevri qanaxmanı dayandırarsa, qaraciyər arteriyası və ya portal vena şaxələrindən qanaxmanı göstərir. Belə vəziyyətdə yarada qan axan damarı tapıb bağlamaq, sağ və ya sol şaxələri, hətta ümumi qaraciyər arteriyasını bağlamaq lazım gələ bilər.
- Tamponada və Pringle manevrinə baxmayaraq, qanaxma davam edərsə, qaraciyər venalarından və ya aşağı boş venadan qanaxmanın olduğunu göstərir. Belə hallarda əllə sıxaraq qanaxma dayandırılır, qaraciyər və aşağı boş vena mobilizasiya edilir və klemlənir. Qaraciyəri sərbəstləşdirmək üçün girdə, oraqvarı və tac bağlar kəsilir. Aşağı boş venanın qaraciyərüstü hissəsini sərbəstləşdirmək üçün sol pay tərəfdən müdaxilə edilir, qaraciyəraltı hissəsini sərbəstləşdirmək üçün isə Koxer manevri edilir. Qaraciyərin subtotal vaskulyar izolyasiyası (Pringle, supra və infrahepatik kaval klempaj) qanaxmanı dayandırmırsa, aorta klemlənməsi də əlavə edilə bilər. Vaskulyar izolyasiya ilə damar zədələnməsini tapıb tikmək mümkün olmadıqda kava-yuqulyar yanyol və ya kava-atrial yanyol tətbiq edilərək damar bərpasını sonrakı mərhələyə saxlamaq olar.
- Qaraciyərin total avulsiyasında transplantasiya lazım gəlir.

SİRROZ

Özət

Sirroz xronik xəstəliklərin nəticəsi kimi meydana çıxan son dövr qaraciyər xəstəliyidir və iki arxitektomatik dəyişikliyin birlikdə olması ilə xarakterizə olunur: fibroz və düyün. Sirroz üçün “ikilər qaydası” xarakterikdir: 2 qrup səbəbdən əmələ gəlir (xronik qaraciyər xəstəlikləri və naməlum səbəblər), 2 dəyişiklik xarakterikdir (fibroz və düyün), 2 qrup sindrom törədir (qaraciyər disfunksiyası və portal hipertenziya). Sirroz uzun müddət simptomuz gedə bilir, laborator dəyişiklik olmaya bilir (kompensator faza), lakin proses davam etdikcə ağırlaşmalar ortaya çıxır və dekompensasiya fazası başlayır: assit, varikoz qanaxma, ensefalopatiya, infeksiyon ağırlaşmalar, hepatosellulyar xərçəng və s. Sirrozun diaqnozu klinik, görüntüləmə və elastoqrafiya ilə müəyyən edilir, ağırlaşmalar, görüntüləmədə qaraciyərin kənarlarının və hepatik venaların divarının kələ-kötür olması, sıxlığın 12 kPa-dan çox olması xarakterik əlamətləridir. Etiotrop müalicələr (antiviral, anti-hemoxromatoz və s.) erkən fazalarda aparılırsa, sirrozun inkişafının qarşısını ala bilir, hətta repressiyasına səbəb ola bilir. Dekompensasiya fazası meydana gəldikdə ən effektiv müalicə qaraciyər transplantasiyasıdır. Transplantasiyaya qədərki dövrdə və transplantasiya mümkün olmayan hallarda müalicələr sirrozun ağırlaşmalarının profilaktika və müalicəsinə yönəldilir.



Prof. Dr. Niyəy

Standart Qc müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, Q5, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, INR, ammonyak, CRP, kreatinin, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, Elastoqrafiya, USM, tetrafazik KT/MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Asimptomatik • Yorğunluq • Halsızlıq • Assit • Ensefalopatiya • Mədə-bağırsaq qanaxması • Tez-tez təkrarlayan infeksiyalar • Xroniki qaraciyər əlamətləri (palmar eritema, dəri ulduzları, splenomeqaliya və s.) • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Elektrolitlər • Şiş markerləri (AFP, CEA, CA-19-9 və s.) • Virus müayinələri (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HCV) • Ferritin, dəmir və dəmir bağlama qabiliyyəti • Autoimmun panel • Seruloplazmin, sidikdə 24 saatlıq mis • Qanda şəkər, insulin, insulin rezistentliyi, alikohemoqlobin, xolesterin, triqliserid • Anti-tripsin Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Endoskopiya	• Metabolik və anadangəlmə xəstəliklərə görə spesifik müayinələr • Anti-HDV • Virus DNT • Tromboz paneli • Biopsiya • Laparoskopiya • PET-KT

Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Etiotrop müalicələr (antiviral və s.) • Diuretiklər • EVL • Ensefalopatiyaya görə müalicələr • Qidalanma və digər müalicələr	• Qc transplantasiyası • TİPS • Digər

Diaqnostikasi

Şübhə

- Xroniki qaraciyər əlamətləri (zəiflik, tez yorulma, palmar eritema, qırmızı dil, angioektaziyalar) sirroza şübhə yaradır.
- Portal hipertenziyanın olması, görüntülmədə kələ-kötür qaraciyər, qaraciyər venalarının dəqiq seçilməməsi, öd kisəsi divarının qalınlaşması və s. əlamətlər sirroz üçün ciddi şübhə əlamətləridir.

Dəqiqləşdirmə

- Sirrozun diaqnozunu klinik olaraq qoymaq olar: xarakterik klinik, laborator və görüntülmə əlamətləri, portal hipertenziya əlamətləri.
- Əvvəllər biopsiya sirrozu dəqiqləşdirmək üçün yeganə və mütləq müayinə sayılırdı, lakin hazırda görüntülmə və elastografiya müayinələri sirrozu dəqiqləşdirə bildiyi üçün biopsiya differensiasiyaya ehtiyac olduqda aparılır.
- **Sirrozun xarakterik əlamətləri:**
 - » Görüntülmədə qaraciyərin kənarlarının və 331etabol venaların divarının kələ-kötür olması
 - » Elastografiyada sıxlığın 12 kPa-dan çox olması
 - » Portal hipertenziya əlamətləri (varikozlar, kollaterallar, splenomeqaliya, assit)

Səbəbin təyini

- Səbəbi müəyyənləşdirmək üçün klassik 8 qrup səbəb axtarılır: virus, alimentar, dərman, damar, 331etabolic331, 331etabolic, anadangəlmə və nadir (VADDAMAN).

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Ağırlıq dərəcəsi və ya mərhələsinin təyini üçün mövcud şkalalar tətbiq edilə bilər:

Klinik təsnifat

Kompensator mərhələ	Varikoz, assit və ensefalopatiya yoxdur
Subkompensator	Varikoz və ya 1 dərəcəli assit var, ağırlaşmalar yoxdur

Dekompensasiya mərhələsi	Hepatik yetməzlik və ya portal hipertenziya ağırlaşmaları varsa: • 2-3 dərəcəli assit • Qanaxma • Ensefalopatiya • İnfeksiya və s.
Kəskinləşmiş qaraciyər yetməzliyi	Kəskin dekompenasiya ilə birlikdə orqan yetməzliyi var

Child-Turcotte-Pugh təsnifatı

Göstərici	Bal qiyməti		
	1	2	3
Ensefalopatiya	yox	1 – 2	3 – 4
Assit	yox	Zəif və ya diuretiklə nəzarət olunur	Diuretiklə azalmır
Protrombin zamanı			
Normadan artma miqdarı (san)	< 4	4 – 6	> 6
INR	< 1,7	1,7 – 2,3	>2,3
Albumin (q/dl)	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
Bilirubin (mq/dl)	< 2	2 – 3	> 3
5-6 bal – A dərəcə, 7-9 bal B dərəcə, 10-15 bal C dərəcə			

MELD təsnifatı

Göstərici	Regressiya koefisienti
Kreatinin (Log _e miqdarı)	0,957
Bilirubin (Log _e miqdarı)	0,378
Protrombin zamanı – INR (Log _e miqdarı)	1,120
Etiologiyası*	0,643
Proqnostik risk aşağıdakı düsturla hesablanır: $R = 0,957 \times \text{Loge (kreatinin mq/dl)} + 0,378 \times \text{Loge (bilirubin mq/dl)} + 1,120 \times \text{Loge (INR)} + 0,643 \times \text{(etiologiya)}$	

Etiologiyayı qiymətləndirərkən, alkoqol və xolestatik xəstəliklərdə 0, digər xəstəliklərdə isə 1 qiymət hesablanır.

Müalicəsi

Kompensator sirrozda etiotrop müalicələr başlanır və bu müalicələr bəzən sirrozu reqressiya edə bilir (virus hepatitlərində antiviral müalicə, hemoxromatozda qan eksfuziyası, autoimmun xəstəliklərin müalicəsi, Wilson xəstəliyinin müalicəsi və s.).

Dekompensasiya mərhələsi başladıqda qaraciyər transplantasiyası ilk planda durur.

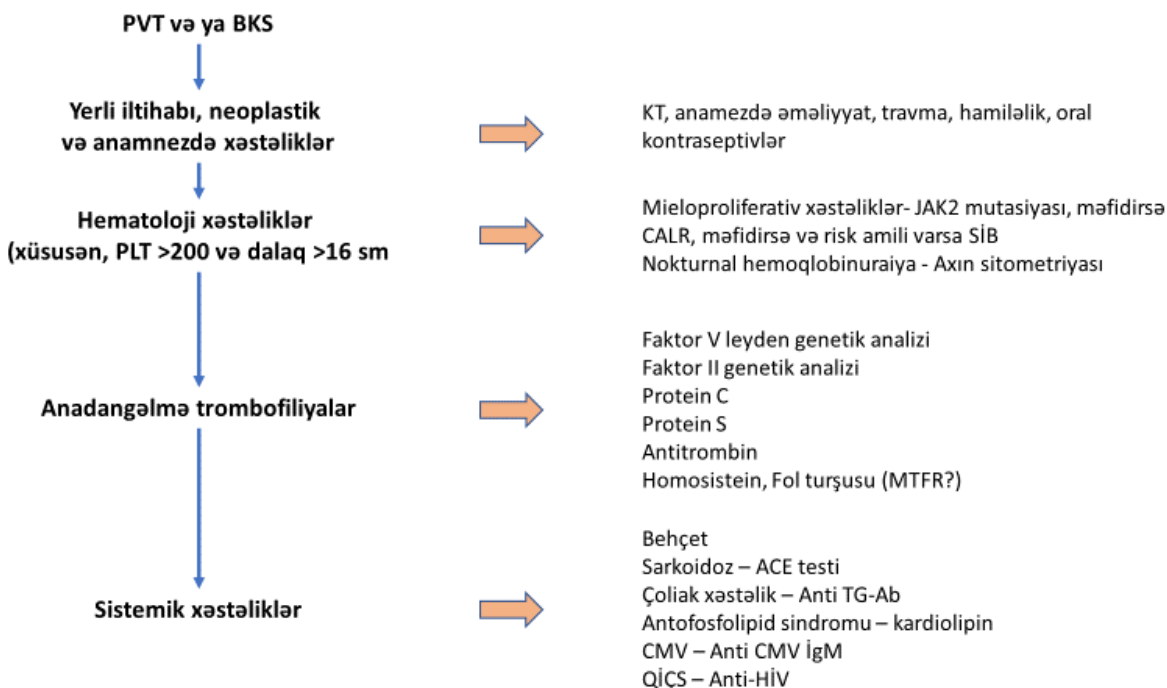
Transplantasiyaya qədərki dövrdə və transplantasiya mümkün olmayan hallarda müalicələr iki istiqamətdə aparılır:

- » Sirrozun ağırlaşmalarının profilaktika və müalicəsi (assit, varikoz qanaxma, ensefalopatiya, hepatorenal sindrom və s.)
- » Sirrozun səbəbinin aradan qaldırılması və proqressivləşməsinin qarşısının alınması

QARACİYƏRİN DAMAR TROMBOZLARINDA SƏBƏBİN ARAŞIRILMASI ALQORİTMİ

Portal vena tromozunda və Badd-Kiari sindromunda tromozun səbəbini müəyyənləşdirmək üçün ardıcıl müayinələr aparılır. İlk növbədə qaraciyərdə, qarın boşluğunda neoplastik və iltihabi xəstəliklər yoxlanılır. Bunun üçün kontrastlı KT ilk seçimdir.

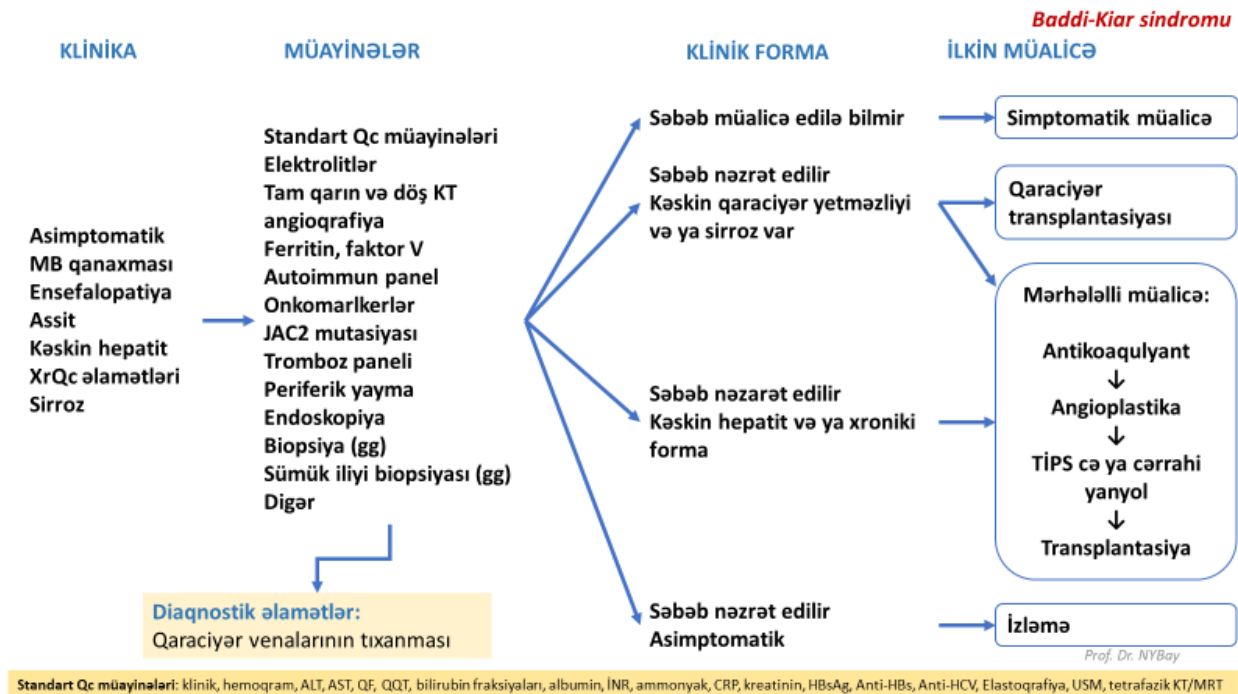
Qaraciyər sirrozu, neoplastik və iltihabi xəstəliyi olmayanlarda ikinci pillə müayinələrlə mieloproliferativ, andangəlmə trombofilik vəziyyətlər və sistemik xəstəliklər araşdırılır. Bu məqsədlə JAK2 mutasiyası, bu məfidsə və risk qrupudursa (xüsusən, $PLT > 200$ və dalaq > 16 sm) CALR mutasiyası yoxlanılır, gərəkərsə sümük iliği biopsiyası edilir. Anadangəlmə trombofiliyaları yoxlamaq üçün Faktor V və II gen mutasiyaları, qanda protein C, S, antitrombin və homosistein səviyyələrinə baxılır (MTFR mutasiyasının rolu mübahisəlidir). Sistemik xəstəliklərdən Behçet (aftoz xoralar), sarkoidoz (ACE testi), çoliak xəstəlik (Anti-TG-Ab), antifosfolipid sindromu (kardiopilin), CMV (Anti CMV İgM), QİÇS (Anti-HİV) yoxlanılır. Lakin xəstələrin təxminən 40%-ində səbəbi dəqiqləşdirmək mümkün olmur.



BADD – KİARİ (BUDD – CHIARI) SİNDROMU

Özət

Baddi-Kiar sindromu böyük qaraciyər venalarının tıxanması nəticəsində meydana gələn venoz durğunluqdur, qaraciyər venaları ilə yanaşı aşağı boş venada da tıxanma ola bilər. Tromboz, fibroz, membran və infiltrasiya (şişlər, iltihab) ən çox rast gəlinən səbəblərdir. Erkən mərhələlərdə kəskin hepatit və kəskin qaraciyər yetməzliyi, xroniki mərhələdə sirroz və PH meydana gələ bilər. Diaqnozu üçün tomoqrafiya və kontrastlı angioqrafiya lazım gəlir, Qc venalarının trombotik tutulması diaqnozu təsdiqləyir. Digər xarakterik əlaməti birinci segmentin hipertrofiyasıdır. Erkən mərhələdə dekompressiya (cərrahi və stent) sirroz əmələ gəldikdə isə transplantasiya ön planda tutulur.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Hemoqram - Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin	- Metabolik və anadangəlmə xəstəliklərə görə spesifik müayinələr - Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT - Angioqrafiya

(ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammonyak, CRP • Kreatinin • Elektrolitlər • Şiş markerləri (AFP, CEA, CA-19-9 və s.) • Virus müayinələri (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HCV) • Ferritin, dəmir və dəmir bağlama qabiliyyəti • Autoimmun panel • Seruloplazmin, sidikdə 24 saatlıq mis • Qanda şəkər, insulin, insulin rezistentliyi, alikohemoqlobin, xolesterin, triqliserid • Tromboz paneli (FV və protrombin gen analizi, protein C və S, antitrombin, antifosfolipidlər, homosistein, B12, folat turşusu, MTHFR gen mutasiyası) Görüntüləmə və digər müayinələri • Elastografiya • USM • KT • MRT • Endoskopiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Etiotrop müalicələr • Antikoaqulyant • TİPS • Stent • Cərrahi yanyol • Qc transplantasiyası • Endoskopik müalicələr • Endovaskulyar müdaxilələr • Digər müalicələr	

Diaqnostikası

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlər Baddi-Kiar sindromuna şübhə yaradır:

- » Kəskin qaraciyər yetməzliyi (sarılıq, koagulopatiya, ensefalopatiya və Qc enzimlərində yüksəlmə)
- » Kəskin hepatit (kəskin qarın ağrısı, ağrılı hepatomeqaliya, assit, qaraciyər enzimlərində yüksəlmə)
- » Görüntülmədə I segment hipertrofiyası (yüksək şübhə əlaməti)
- » Sirroz
- » Refrakter assit
- » Assitik mayədə proteinin yüksək olması

Dəqiqləşdirmə

- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün Qc venaları yoxlanmalıdır. Bunun üçün doppler USM, KT-angiografiya, MRT-angiografiyalar və ya kontrastlı venografiya edilir.
- Görüntülmədə Qc venalarının trombotik tutulması diaqnozu dəqiqləşdirən əlamətdir.

Diaqnostik meyarları:

- Kəskin qaraciyər yetməzliyi və ya kəskin hepatit, refrakter assit və ya sirroz və ya asimptomatik
- Görüntülmədə qaraciyər venalarının tıxanması

Səbəbin təyini

Diaqnoz dəqiqləşdikdən sonra səbəbin axtarışı, Qc-in vəziyyəti və aşağı boş venada tıxanma olub-olmadığı araşdırılır.

Səbəb axtarmaq üçün ilk növbədə abdomino-torakal bölgədə iltihabı, neoplastik xəstəliklər, anamnezdə əməliyyat, travma, hamiləlik, kontraseptiv qəbulu araşdırılır. Sonra mieloproliferativ xəstəliklər (periferik yayma, JAC2 mutasiyası, axın sitometriyası), anadangəlmə trombofiliyalar (tromboz paneli) və sistemik xəstəliklər araşdırılır.

Müalicəsi

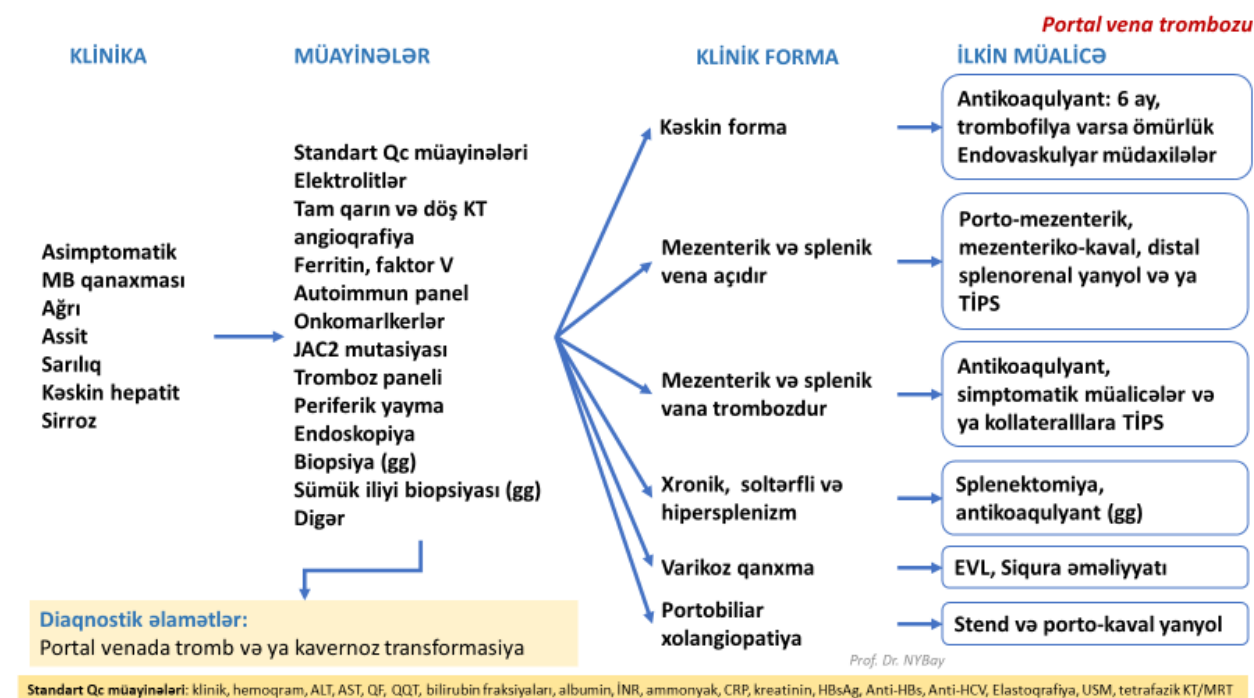
- Badd – Kiari sindromunun müalicəsi aşağıdakı prinsiplər üzərində qurulur:
 - » Trombozun artmasının qarşısını alma
 - » Əsas xəstəliyin müalicəsi və ya nəzarətə alınması
 - » Tıxanmanın aradan qaldırılması (rekanalizasiya)
 - » Qc-də geriyə dönməz dəyişiklikləri qabaqlamaq üçün venoz durğunluğu azaltmaq (dekompressiya).
 - » Ağırlaşmaların müalicəsi
- Müalicə yanaşmasında xəstəliyin klinik forması nəzərə alınır və müasir strategiyaya görə tıxanmanı və portal hipertenziyanı aradan qaldırmaq üçün azinvaziv üsullara üstünlük verilir, cərrahi üsullar isə göstərişə görə tətbiq edilir.
- Əsas xəstəlik müalicə oluna və ya nəzarət altına alınsa, durğunluğu azaltmaq üçün mini-invaziv üsullardan başlayan mərhələli rekanalizasiya-dekompressiya tədbirləri tətbiq edilir: antikoagulyant-angioplastika-TİPS və ya cərrahi yanyol - transplantasiya.

- » Fulminant formada və sirrozda birbaşa Qc transplantasiyası və ya mərhələli müalicə tətbiq edilir.
- » Kəskin formada və qaraciyər funksiyası saxlanılan xroniki formada ilk olaraq antikoagulyant başlanılır və adətən 1-2 həftə ərzindəki effektdə baxılır. Effekti qiymətləndirmək üçün portal hipertenziya göstəriciləri (assit, varikoz, qanaxma, kompartman), Qc göstəriciləri (enzimlər, bilirubin, xüsusən faktor V səviyyəsi, İNR və s), xüsusən də elastoqrafiya istifadə edilir. Effekt yoxdursa angioplastika edilir. Stend qoyula bilər, lakin stend TİPS və yanyol şansını çətinləşdirdiyi üçün tez çıxarıla bilər (2 həftədə) stend qoyula bilər. Angioplastika da fayda verməzsə TİPS və ya cərrahi yanyol edilir. TİPS faydalı olmadıqda transplantasiya tətbiq edilir.
- » Asimptomatik formada müşahidə edilə bilər..
- Əsas xəstəlik müalicə olunmursa və ya nəzarət altına alınmırsa, əsasən simptomatik müalicə edilir, bəzən dekompressiya əlavə edilə bilər.

PORTAL VENA TROMBOZU

Özət

Portal vena trombozu qarı venasının özünün və ya böyük şaxələrinin trombotik tıxanmasıdır, durğunluq, trombofiliya və tibbi müdaxilələr ən çox rast gəlinən səbəbləridir. Yerinə görə 4 forması var: əsas portal vena (ekstrahepatik), intrahepatik şaxə, dalaq venası və çöz venası. Ekstrahepatik formanın kəskin fazası (tromboz) kəskin hepatit, xroniki fazası (kaverna) isə PH əlamətləri ilə biruzə verir. İntrahepatik formada qaraciyər nekrozu meydana gəlir. Dalaq venası trombozunda splenomeqaliya, hipersplenizm və fundal varikozlar baş verir, çöz venası trombozu bağırsaq qanqrenasına səbəb olur. Diaqnozunu təyin etmək üçün kontrastlı müayinələr lazım gəlir, damarda trombun və ya kavernoz transformasiyanın görünməsi diaqnozu dəqiqləşdirir. Ekstrahepatik formada antikoagulyant və PH müalicəsi, dalaq venası trombozunda splenektomiya, çöz venası trombozunda rezeksiya və embolektomiya, intrahepatik formada rezeksiya və ya transplantasiya gərəkə bilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Asimptomatik - Kəskin hepatit - Assit - Ensefalopatiya - Mədə-bağırsaq qanaxması	- Metabolik və anadangəlmə xəstəliklərə görə spesifik müayinələr - Biopsiya - Laparoskopiya - PET-KT - Angioqrafiya

- Tez-tez təkrarlanan infeksiyalar
- Xroniki qaraciyər əlamətləri (palmar eritema, dəri ulduzları, splenomeqaliya və s.)
- Digər

Laborator müayinələr

- Hemoqram
- Qaraciyər funksional testləri (QcFT): ALT, AST, Qələvi fosfataza (ALP), QQT, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), Albumin, İNR, Ammoniyak, CRP
- Kreatinin
- Elektrolitlər
- Şiş markerləri (AFP, CEA, CA-19-9 və s.)
- Virus müayinələri (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HCV)
- Ferritin, dəmir və dəmir bağlama qabiliyyəti
- Autoimmun panel
- Seruloplazmin, sidikdə 24 saatlıq mis
- Qanda şəkər, insulin, insulin rezistentliyi, alikohemoqlobin, xolesterin, triqliserid
- Tromboz paneli (FV və protrombin gen analizi, protein C və S, antitrombin, antifosfolipidlər, homosistein, B12, folat turşusu, MTHFR gen mutasiyası)

Görüntüləmə və digər müayinələri

- Elastografiya
- USM
- KT
- MRT
- Endoskopiya

Standart müalicələr

- Etiotrop müalicələr
- TİPS
- Stent
- Cərrahi yanyol

Göstərişə görə müalicələr

- Digər

- Qc transplantasiyası
- Splenektomiya
- Endoskopik müalicələr
- Endovaskulyar müdaxilələr
- Digər müalicələr

Diaqnostikasi

Şübhə

Aşağıdakı vəziyyətlər portal vena trombozuna (PVT) şübhə yaradır:

- Sarılıq, assit və splenomeqaliyanın birdən-birə ortaya çıxması,
- Qc enzimlərinin kəskin artması
- Stabil gedən sirrozda, HSX-də, müdaxilələrdən sonra (splenektomiya, skleroterapiya), septik xəstələrdə, infeksiyalarda xəstədə kəskin sarılıq, assit, splenomeqaliya, hətta mədə-bağırsaq qanaxması.
- Normal qaraciyər fonunda portal hipertenziya.

Dəqiqləşdirmə

- PVT diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün portoqrafiya aparılır – Doppler USM, KT və ya MRT angioqrafiya
- Aşağıdakılarla diaqnoz dəqiqləşdirilir:
 - » portoqrafiyada vena mənfəzində trombun görünməsi.
 - » venanın distalında genişlənmə və kavernoz transformasiyanın görünməsi.

Səbəbin təyini

- İlk növbədə qaraciyərdə, qarın boşluğunda neoplastik və iltihabi xəstəliklər yoxlanılır. Bunun üçün kontrastlı KT ilk seçimdir.
- Qaraciyər sirrozu, neoplastik və iltihabi xəstəliyi olmayanlarda ikinci pillə müayinələrlə mieloproliferativ, andangəlmə trombofilik vəziyyətlər və sistemik xəstəliklər araşdırılır. Bu məqsədlə JAK2 mutasiyası, bu mənfədirsə və risk qrupudursa (xüsusən, PLT >200 və dalaq >16 sm) CALR mutasiyası yoxlanılır, gərəkərsə sümük iliği biopsiyası edilir. Andangəlmə trombofiliyalı yoxlamaq üçün Faktor V və II gen mutasiyaları, qanda protein C, S, antitrombin və homosistein səviyyələrinə baxılır (MTFR mutasiyasının rolu mübahisəlidir). Sistemik xəstəliklərdən Behçet (aftoz xoralar), sarkoidoz (ACE testi), çoliak xəstəlik (Anti-TG-Ab), antifosfolipid sindromu (kardiopilin), CMV (Anti CMV İgM), QİÇS (Anti-HİV) yoxlanılır. Lakin xəstələrin təxminən 40%-ində səbəbi dəqiqləşdirmək mümkün olmur.

Müalicəsi

- PVT-nin **müalicə prinsiplərinə** tıxanmanın və səbəbinin aradan qaldırılması, trombozun yayılmasının qarşısının alınması, portal hipertenziyanın və ağırlaşmalarının müalicəsi aiddir.

- Tıxanmanı aradan qaldırmaq üçün trombolizis, trombektomiya, angioplastika, stend tətbiq edilə bilər.
- Müalicə yanaşmasında xəstəliyin klinik forması nəzərə alınır və müasir strategiyaya görə tıxanmanı və portal hipertenziyanı aradan qaldırmaq üçün azinvaziv üsullara üstünlük verilir, cərrahi üsullar isə göstərişə görə tətbiq edilir.
- **Kəskin dövrə** tədbirlər əsasən trombozun yayılmasının qarşısının alınmasına və portal venanın rekanalizasiyasına yönəlik. Bu mərhələdə əks-göstəriş yoxdursa (qanaxma və digər), antikoagulyant müalicəyə başlanılır (3 – 6 ay). Bu məqsədlə əvvəl kiçik molekululu heparinlər, sonra isə varfarin və ya yeni oral antikoagulyantlar (ksabanlar, dabiqatran) verilə bilər. Erkən dövrə, xüsusən də mezenterik venada tromb varsa endovaskulyar müdaxilələr edilə bilər (transyuqulyar trombektomiya, tromboliz və TİPS istifadəsi kavernoma ehtimalını azaldır). Kəskin formada cərrahi müalicə səbəbin ləğvi və ya intestinal infarkt varsa göstəriş sayılır.
- **Xronik mərhələdə** tədbirlər əsasən PH-in azaldılmasına və ağırlaşmaların müalicəsinə yönəlik. Asimptomatik gedişli xəstələrdə müşahidə məsləhət görülür. Trombofiliyası olan xəstələrdə uzunmüddətli antikoagulyant müalicə verilir. Ağırlaşmalarda uyğun müalicələr seçilir. Təkrarlayan varikoz qanaxmalarda və refrakter assitdə portal vena rekanalizasiyası və TİPS edilə bilər. Portal vena rekanalizasiyası üçün dalaqdan və ya hepatik venalardan portaya daxil olunur, angioplastika edilir və gərəklərsə stend qoyulur. Spleno-mezenterik birləşmə açıqdırsa cərrahi yanyollar və ya TİPS edilə bilər. Spleno-mezenterik birləşmə açıq deyilsə kollaterallarla vena kava arasında şunt qoyula bilər. Soltərəfli PVT-də (dalaq venası trombozunda) ən effektiv müalicə splenektomiyadır.

Ədəbiyyat

(1),(41–43), (44),(45–49), (50),(51)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

ÖD YOLLARI XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Surxay Hədiyev Tibb ü.f.d. Aslan Abdullayev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. Eldar Əhmədov Dr. Niyazi Eminov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKLƏR

- Sindromlar
 - » Öd sancısı
 - » Sarılıq
 - » Xolestaz
 - » Mexaniki sarılıq
- Öd daşı xəstəliyi
- Öd sancısı xəstəliyi (xroniki daşlı xolesistit)
- Kəskin daşlı xolesistit
- Xoledoxolitiaz
- Kəskin bakterial xolangit
- Təkrarlanan irinli xolangit
- Birincili skleroz xolangit
- Öd kisəsi polipləri
- Öd yollarının törəmələri
 - » Öd yolları adenomaları
 - » Öd kisəsi xərçəngi

- » Xolangiokarsinoma
- Öd yollarının zədələnmələri
- Öd yollarının funksional xəstəlikləri
 - » Öd kisəsi diskineziyası
 - » Oddi sfinkteri disfunksiyası
- Öd yolları sistləri (suluqları)
- Postxolesistektomik sindrom

MÜAYİNƏLƏR

- **Klinik müayinələr**
 - » Ağrı – öd sancısı
 - » Ağrı – sağ qabırğaaltı küt
 - » Sarılıq
 - » Qaşınma
 - » Ürəkbulanma – qusma
 - » Köp
 - » Qıcqırma
 - » Palpator ağrılılıq
 - » Assit
 - » Axolik nəcis
 - » İshal
- **Laborator müayinələr**
 - » ALT, AST
 - » ALP
 - » QQT
 - » Amilaza
 - » Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş)
 - » Albumin
 - » Protrombin
 - » Autoimmun göstəricilər (AMA, ANA, LKM)
 - » İltihab göstəriciləri (CRP, EÇS)
 - » Şiş markerləri (CA-19-9, AFP, CEA)
- **Görüntüləmə və digər müayinələr**
 - » USM
 - » Endoskopik USM
 - » Əməliyyatdaxili USM
 - » MRT
 - » KT
 - » ERXPQ
 - » PTX
 - » Xoledoxoskopiya
 - » Laparoskopiya
 - » Biopsiya

MÜALİCƏLƏR

- Perkutan xolesistostoma
- Perkutan xolangiografiya
- Laparoskopik və açıq xolesistektomiya
- Radikal xolesistektomiya
- Bilio – biliar anastomozlar
- Bilio – digestiv anastomozlar
- Sfinkterotomiya (transduodenal, endoskopik)
- Biliar darlıqda dilatasiya, stent
- Litotomiya (açıq, laparoskopik, endoskopik)
- Xoledox eksiziyaları

ÖD SANCISI

Özət

Sağ qabırğaaltı və ya epigastral nahiyyədə kəskin başlayan, 15-30 dəq. ərzində artan, bir neçə saat (3-6 saat) sabit davam etdikdən sonra yavaş-yavaş azalan ağrı öd sancısı adlanır. Öd sancısının ikinci xüsusiyyəti də vaxtaşırı təkrarlanmasıdır. Ədəbiyyatlarda öd sancısı simptom, sindrom, hətta xəstəlik kimi də təqdim edilir.

Digər visseral ağrılar kimi öd sancısının da əsasında işemiya durur. Hesab edilir ki, ilk dəqiqələrdə artan ağrı spazm, davam edən ağrı divarın gərilməsi, azalma isə dekompressiya ilə əlaqədardır. Öd yollarının həm daşlı, həm də daşsız xəstəlikləri öd sancısı törədə bilirlər. Xroniki daşlı xolesistit və xoledoxolitiaz adətən öd sancısı şəklində meydana çıxır, kəskin xolesistit, daşlı xolestaz, xolangit, pankreatit isə adətən öd sancısı əlamətləri ilə başlayır. Öd sancısı törədən daşsız xəstəliklərdən ən çox rast gələri öd kisəsi diskineziyası (xronik daşsız xolesistit və ya daşsız öd sancısı), Oddi sfinkteri diskineziyasıdır, az rast gələn xəstəliklərə isə kəskin daşsız xolesistit, öd kisəsi polipi, adenomatozu, xolesterozu, idiopatik xoledox genişlənməsi, xoledox daralmaları, sistləri və s. aid edilir.

Öd sancısı sindromunun diaqnozu klinik olaraq ağrı dinamikasına görə qoyulur, səbəbini müəyyənləşdirmək üçün görüntüləmə və laborator müayinəsi aparılır (USM, bilirubin, QF, QQT, ALT, AST, amilaza, hemoqram, CRP), gərəkərsə MRT edilir. Öd yollarında üzvi və ya funksional xəstəliklər tapılan xəstələrdə əlavə müayinələrlə xəstəlik dəqiqləşdirilir, bu dəyişiklik tapılmayan xəstələrdə isə digər orqanlar araşdırılır.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər - USM	- Autoimmun göstəricilər (AMA, ANA, LKM) - İltihab göstəriciləri (CRP, EÇS) - Şiş markerləri (CA-19-9, AFP, CEA) - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - MRT - KT - ERXPQ - PTX - Xoledoxoskopiya - Funksional sınaqlar - Laparoskopiya - Biopsiya

Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
Səbəb uyğun müalicə	

Diaqnostika

Şübhə

- Qarının üst nahiyyəsində kəskin başlayan ağrılarda öd sancısından şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə – differensiasiya

- Öd sancısı diaqnozu klinik olaraq dəqiqləşdirilir. Bunu üçün ağrının yerinə, müddətinə, xarakterinə və dinamikasına diqqət etmək və digər ağrılardan differensiasiya etmək lazımdır.
- Sağ qabırğaaltı və ya epigastral nahiyyədə kəskin başlayan, 15-30 dəqiqə ərzində artan, bir neçə saat (3-6 saat) sabit davam etdikdən sonra yavaş-yavaş azalan ağrı **öd sancısı** üçün xarakterikdir. Ağrı belə, sağ çiyinə, boyuna hətta ürək nahiyyəsinə yayıla bilər. Öd sancısı xəstələrin təxminən yarısında yeməkdən sonra başlayır, qalan hissəsində gecə, səhərə yaxın, fiziki aktivlik, soyuq, həyəcan və s. səbəblər ağrını başlada bilər.
- Bağırsağ sancısı** göbəkətrafı ağrı, qaz çıxarma və ya defekasiya ilə sıx əlaqəli olur.
- Böyrək sancısı** beldən başlayır və qasıq nahiyyəsinə yayılır, diurezdə pozulmalar ilə müşayiət olunur.
- Xora sancıları** adətən ac qaldıqda və ya gecələr başlayır, qida alınması ilə azalır.
- Qarında güclü və davamlı ağrılar** da sancışəkilli (artan intensivlikdə) başlaya bilər. Lakin öd sancısından fərqli olaraq bu ağrılar kəsilir, yüksək tempdə davam edir (pankreatit, müsəriqə trombozu, aorta partlaması, perforasiya, stranqulyasiya).
- Öd sancıları üçün qısa müddətli – bir neçə dəqiqə ərzində başlayıb keçmə xarakterik deyildir.
- Öd sancısını şərti olaraq öd ağrısından da fərqləndirmək lazımdır. Öd ağrılarında adətən qida qəbulundan 1 – 2 saat sonra başlayan və 2 – 3 saat davam edən küt ağrılar qeyd edilir. Öd ağrıları da epigastral və ya sağ qabırğaaltı nahiyyədə yerləşir, lakin sancışəkilli deyil, küt xarakterli olur.

Səbəbin təyini

- Öd sancısı olan xəstədə öd yollarının görüntülmə və laborator müayinəsi aparılır: USM, xolestaz (bilirubin, QF, QQT), zədələnmə (ALT, AST, amilaza) və iltihab (leykosit, CRP) göstəriciləri.
- Öd kisəsində və öd yollarında daş tapılsa, əlavə müayinələrlə daşın törətdiyi xəstəlik müəyyənləşdirilir.
- Daş tapılmazsa, lakin görüntülmə, klinik və laborator əlamətlər daş ehtimalını artırarsa (pankreatit, sarılıq, anamnezdə daş, xolestaz, amilazemiya, aminotransferaza artışı, xoleldox genişlənməsi, öd kisəsi böyüməsi, xolangit) xolangioqrafiya edilir.

- Üzvi dəyişiklik tapılmayan xəstələrdə funksional sınaqlar aparılır (öd kisəsinin yığılma funksiyası, Oddi sfinkteri müayinəsi və s.).
- Öd yollarında üzvi və funksional dəyişiklik tapılmayan xəstələrdə digər xəstəliklər araşdırılır.

SARILIQ

Özət

Sarılıq simptomu toxumaların sarı rəngdə boyanması əlamətidir, **sarılıq sindromu** isə orqanizmdə bilirubinin artması olub, toxumaların sarı rəngdə boyanması ilə biruzə verə bilər. Həm sərbəst, həm də birləşmiş (bilirubin-qlükronid) bilirubinin artması toxumaların saralmasını törədir. Etiopatogenezinə görə sarılıq hemolitik, hepatosellülar (xolestatik və qeyri-xolestatik) və obstruktiv növlərə ayrılır.

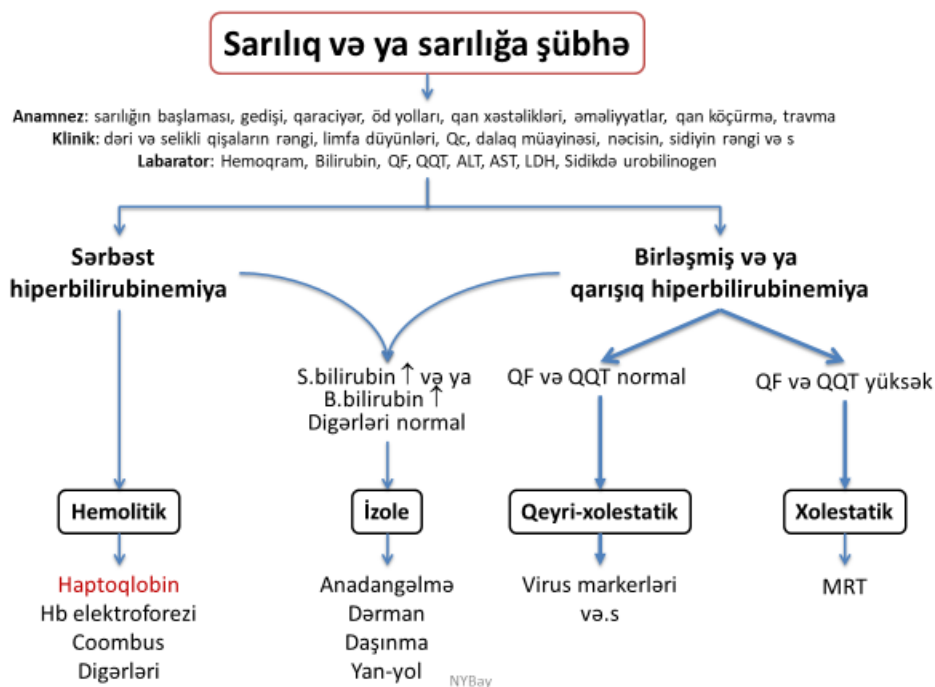
Sarılıq əlaməti olan xəstədə əvvəlcə sarılıq dəqiqləşdirilir, sonra isə növü və səbəbi müəyyənləşdirilir. Bilirubinin normadan yüksək olması (ümumi bilirubin >1 mq/dl) sarılığı dəqiqləşdirir. Sarılığın növünü və səbəbini müəyyənləşdirmək üçün ilk mərhələdə klinik, laborator və görüntüləmə müayinələri aparılır (hemoqram, sərbəst və birləşmiş bilirubin, QF, QQT, ALT, AST, USM, gərəkersə MRT).

Hemolitik sarılıq üçün qanda sərbəst bilirubinin və sidikdə urobilinogenin artması xarakterikdir. Dəqiqləşdirmək üçün qanda haptoglobinin yoxlanılır.

Hepatosellülar (parenximatoz) qeyri-xolestatik sarılıq üçün birləşmiş bilirubinin təkbəşinə və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması ilə yanaşı qaraciyər enzimlərinin xolestaz enzimlərindən daha çox artması xarakterikdir. Səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik əlamətlər nəzərə alınır, əlavə laborator müayinələr lazım gələ bilər.

İntrahepatik xolestatik sarılıq birləşmiş bilirubinin təkbəşinə və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması ilə yanaşı xolestaz enzimlərinin qaraciyər enzimlərindən daha çox artması və öd yollarının genişlənməməsi ilə xarakterizə olunur. Səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik məlumatlar, autoimmun markerlər, hətta biopsiya lazım gəlir.

Obstruktiv sarılıq (mexaniki sarılıq, ekstrahepatik xolestaz) üçün birləşmiş bilirubinin təkbəşinə və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması, xolestatik enzimlərin artması və öd yollarının genişlənməsi xarakterikdir. Öd yollarında genişlənmə USM və MRT ilə görünə bilər, göstəriş olarsa ERXPQ də edilir. Öd yollarında tıxanma törədən səbəbləri müəyyənləşdirmək üçün (daşlar, çapıq daralmalar, törəmələr, iltihabixəstəliklər, travma-əməliyyat, damar xəstəlikləri, parazitlər və yad cisimlər) MRT əksər hallarda yetərli olur, çətinlik olarsa, kontrastlı xolangioqrafiya (ERXPQ, PTX, T-xolangioqrafiya, əməliyyatdaxili xolangioqrafiya) və xoledoxoskopiya lazım gəlir. Mexaniki sarılığın müalicəsində səbəbin aradan qaldırılması və dekompressiya üçün cərrahi və azinvaziv tədbirlər həyata keçirilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər - USM - MRT	- Autoimmun göstəricilər (AMA, ANA, LKM, digər) - Şiş markerləri (CA-19-9, AFP, CEA) - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - KT - ERXPQ - PTX - Xoledoxoskopiya - Laparoskopiya - Biopsiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
Səbəb uyğun müalicə	

Diaqnostikası

Şübhə

- Dəri və skleralarında saralma olanlarda, qaraciyər və öd yolları xəstəliklərinə şübhə əlamətləri olanlarda sarılıq yoxlanılır.

Dəqiqləşdirmə

- Sarılığın dəqiqləşdirilməsi üçün qanda bilirubin miqdarı yoxlanılır. Bilirubinin normadan yüksək olması (ümumi bilirubin >1 mq/dl) sarılığı dəqiqləşdirir.

Növünün və səbəbinin təyini

- Növünün və səbəbinin təyini üçün anamnestik, klinik, laborator (qanın ümumi analizi, sərbəst və birləşmiş bilirubin, QF, QQT, ALT, AST, sidikdə urobilinogen) və görüntüləmə müayinələri (USM, MRT və s.) birlikdə qiymətləndirilməlidir.
- Yalnız sərbəst bilirubin artdığı sarılıqlarda **hemolitik, daşınma, yanyol və anadangəlmə hiperbilirubinemiyalar** araşdırılır.
- **Hemolitik sarılıq** üçün qanda sərbəst bilirubinin və sidikdə urobilinogenin artması xarakterikdir. Dəqiqləşdirmək üçün qanda *haptoglobinin* yoxlanılır. Haptoglobinin plazmada hemoqlobinlə birləşərək retikuloendotelial sistem tərəfindən tutulduğu üçün hemoliz də kəskin azalır. Bununla yanaşı eritrosit miqdarında azalma, formasında dəyişmə (oraq hüceyrəli, kürəşəkilli və s.), retikulosit sayında artma (kompensator reaksiya), osmotik fragilliyin artması, immun testin (Coombs testi) müsbət olması, LDH-də artma rast gəlinir. Hemoliz təsdiqləndikdə hemolizə səbəb olan xəstəlik dəqiqləşdirilir. Bunun üçün spesifik testlər edilir: hemoqlobinin elektroforezi, enzim təyini və s.
- Əgər bilirubin fraksiyalarından yalnız biri artarsa və digər laborator göstəricilərdə dəyişiklik olmazsa, bunu **daşınma və anadangəlmə hiperbilirubinemiya** (izolə hiperbilirubinemiya) qrupu kimi qəbul etmək olar. Sərbəst bilirubinin artması *Crigler-Najjar* və *Gilbert* sindromlarında, birləşmiş bilirubinin artması isə *Dubin-Johnson*, *Rotor* sindromlarında olur. Dəqiqləşdirmək üçün müayinələr və qaraciyər toxumasında enzimlər araşdırılır.
- **Daşınma azlığına** bağlı sarılıqlar az rast gəlinir. Dərman, xüsusən *sulfonamidlərin* istifadəsi, qanda albumin miqdarının təyini faydalı olur.
- Birləşmiş bilirubinin təkbaşına və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması ilə xarakterizə olunan sarılıqda ilk növbədə xolestaz (QF, QQT) və hepatosellülar disfunksiya (ALT, AST və digər) göstəricilərinə baxılır.
- Qaraciyər enzimləri artarsa, xolestaz göstəriciləri isə normal olarsa və ya zəif artarsa, bu hal **qeyri – xolesatatik və ya hepatosellülar (parenximatöz) sarılıq** qəbul edilir. Səbəbini dəqiqləşdirmək üçün qaraciyərin zədələnmə, sintetik göstəriciləri, virus markerləri, görüntüləmə nəticələri araşdırılır.
- Birləşmiş bilirubinin təkbaşına və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması ilə yanaşı xolestaz enzimləri (QF, QQT) artarsa və qaraciyər enzimləri normal səviyyədə və ya nisbətən az

artarsa, bu hal **xolestatik sarılıq** qəbul edilir. Xolestatik sarılığın növünü, səbəbini dəqiqləşdirmək üçün əlavə müayinələr lazım gəlir (**bax xolestaz bölümünə**).

Müalicəsi

- Sarılığın əsas müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasıdır.

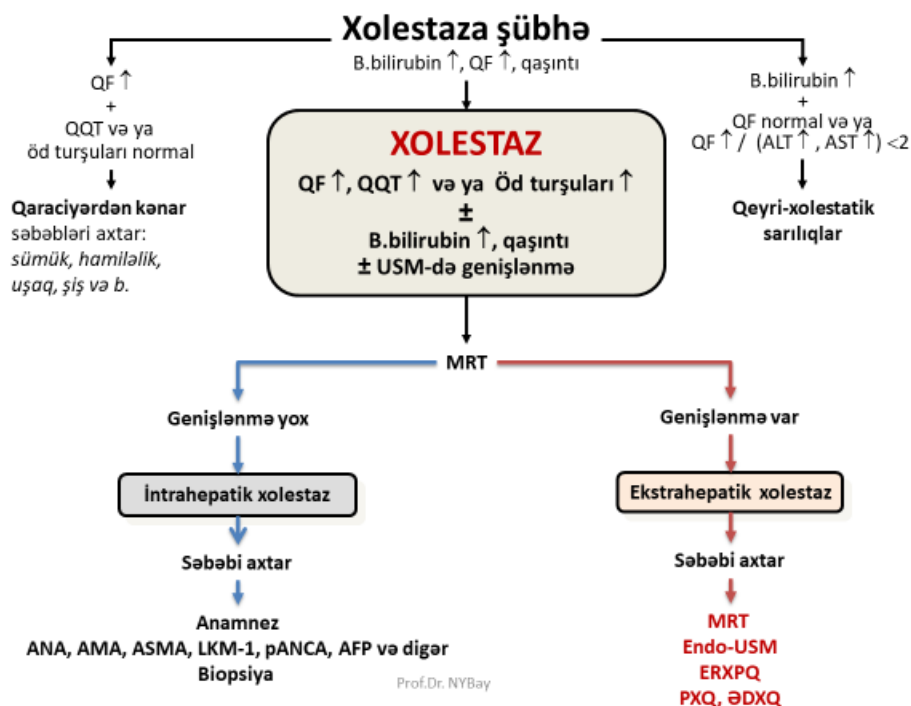
XOLESTAZ

Özət

Xolestaz ödün qaraciyər hüceyrələrində və öd yollarında durğunluğudur, ödün sekresiyasının və ya bağırsaqlara axının əngəllənməsi nəticəsində meydana gəlir. Funksional baxımdan xolestaz bağırsaqda ödün azlığına (axoliya), qanda isə artmasına (xolemiya) səbəb olur. Xolestaz ilə birlikdə olan sarılıqlara xolestatik sarılıq deyilir. Səbəblərinə görə xolestaz iki qrupa bölünür: intrahepatik və ekstrahepatik.

Intrahepatik xolestatik sarılıq birləşmiş bilirubinin təkbəşinə və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması ilə yanaşı xolestaz enzimlərinin qaraciyər enzimlərindən daha çox artması və öd yollarının genişlənməməsi ilə xarakterizə olunur. Səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik məlumatlar, autoimmun markerlər, hətta biopsiya lazım gəlir.

Obstruktiv sarılıq (mexaniki sarılıq, ekstrahepatik xolestaz) üçün birləşmiş bilirubinin təkbəşinə və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması, xolestatik enzimlərin artması və öd yollarının genişlənməsi xarakterikdir. Öd yollarında genişlənmə USM və MRT ilə görünə bilər, göstəriş olarsa ERXPQ də edilir. Öd yollarında tıxanma törədən səbəbləri müəyyənləşdirmək üçün (daşlar, çapıq daralmalar, törəmələr, iltihabi xəstəliklər, travma-əməliyyat, damar xəstəlikləri, parazitlər və yad cisimlər) MRT əksər hallarda yetərli olur, çətinlik olarsa kontrastlı xolangioqrafiya (ERXPQ, PTX, T-xolangioqrafiya, əməliyyatdaxili xolangioqrafiya) və xoledoxoskopiya lazım gəlir. Mexaniki sarılığın müalicəsində səbəbin aradan qaldırılması və dekompressiya üçün cərrahi və azinvaziv tədbirlər həyata keçirilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər - USM - MRT	- Autoimmun göstəricilər (AMA, ANA, LKM, digər) - Şiş markerləri (CA-19-9, AFP, CEA) - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - KT - ERXPQ - PTX - Xoledoxoskopiya - Laparoskopiya - Biopsiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
Səbəb uyğun müalicə	

Diaqnostikasi

Şübhə

- Sarılıq və/və ya qaşınma olarsa, qaraciyər və öd yolları xəstəliklərinə şübhə əlamətləri olanlarda xolestaz yoxlanılır.

Dəqiqləşdirmə

- Xolestazı dəqiqləşdirmək üçün **QF və QQT səviyyələri** yoxlanılır və **hər ikisinin birlikdə artması** xolestazı dəqiqləşdirir.
- Bununla birlikdə birləşmiş və ya qarışıq hiperbilirubinemiya olarsa, diaqnoz dəstəklənir, olmadıqda isə sarılıqsız xolestaz kimi qəbul olunur. Çox nadir hallarda xolestaz olmasına baxmayaraq QQT artmaya bilər (xoşxassəli ailəvi xolestaz, progressiv ailəvi xolestaz) və ya QF artmaya bilər (hipotiroidizm, hipofosfatemiya və hipomagnezemiya).
- Xolestazı dəqiqləşdirən digər bir göstərici qanda öd turşularının artmasıdır.

Növünün təyini

- Xolestazın intrahepatik yoxsa ekstrahepatik olduğunu müəyyənləşdirmək üçün ən önəmli göstərici öd yollarında maneə və genişlənmədir.
- İlkin olaraq USM edilir, lakin dəqiqləşdirmək üçün MRT lazımdır.
- Çox az hallarda (müvəqqəti tıxanma, düşən daş, «qapaqşəkilli daş», aktiv azalan sarılıq, sarkoidoz, sirroz) böyük öd yollarında genişlənmə görünməyə bilər. Belə hallarda qaraciyər biopsiyası edilərək xolestazın intra – yoxsa ekstrahepatik olduğu müəyyənləşdirilir.

Səbəbin təyini

Intrahepatik xolestazın səbəbini müəyyənləşdirmək üçün klinik və laborator məlumatlar diqqətli şəkildə araşdırılır.

- » **Birincili biliar sirrozda – AMA** (anti – mitoxondrial anticisimlər)
- » **Autoimmun hepatitlərdə – ANA** antinuklear anticisim), **ASMA** (sayə əzələlərə qarşı anticisimlər), **LKM – 1** (qaraciyər – böyrək mikrosomal anticisimlər), soluble anticisimlər, **İgG**
- » Sklerozlaşdırıcı xolangitin kiçik axacaq formasında - **pANCA**
- » Hepatosellülar xərcəngdə - AFP (alfa – fetoprotein).
- » Autoimmun xolangitdə - **İgG4**
- » Dərman, keçirdiyi xəstəliklər, əməliyyatlar, anamnez, hamiləlik və s. diaqnozda köməkçi olur.
- » Bunlar yetərsiz və ya mənfi olduqda son diaqnostik vasitə kimi **biopsiya** edilir.
- **Ekstrahepatik xolestazların** səbəbini dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya lazımdır. Bu məqsədlə MRT ilk seçimdir. MRT öd yollarında genişlənmə ilə yanaşı, divarındakı və daxilindəki patologiyaları (daş, törəmə, damar genişlənməsi və s) göstərə bilər. Bəzən daş ilə törəmələri differensiasiya etmək də çətin ola bilər ki, bunun üçün endoskopik USM də istifadə oluna bilər. MRT iltihabi daralmaları və distal xoledox daralmasını göstərməkdə nisbətən zəif həssaslıq göstərir. Belə hallarda kontrastlı xolangioqrafiya (ERXPQ, perkutan və ya əməliyyatdaxili xolangioqrafiya) edilə bilər (Bax mexaniki sarılığa).

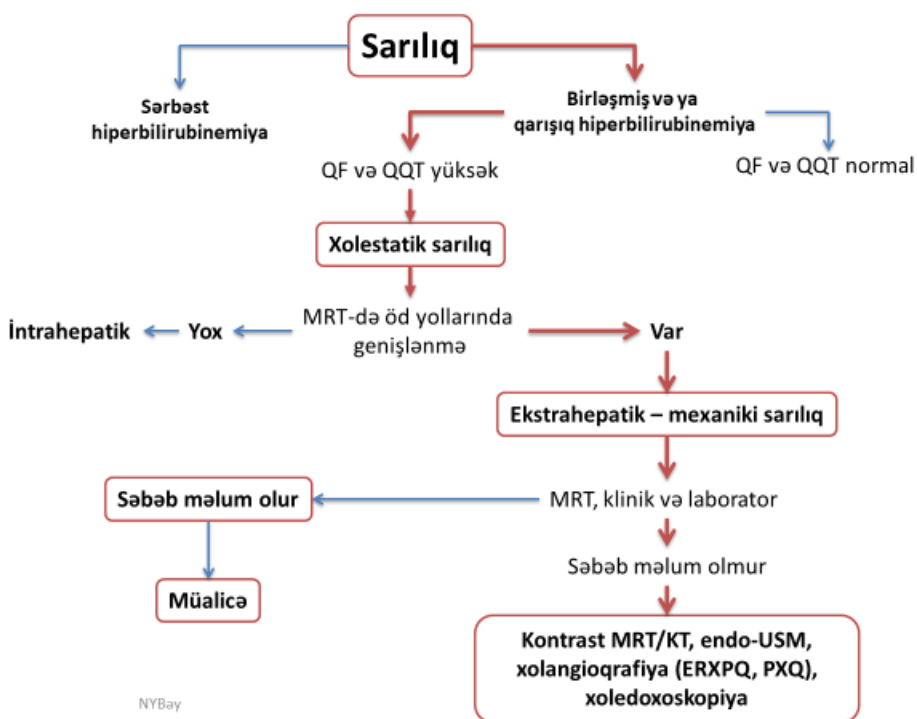
Müalicəsi

- Xolestazın əsas müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasıdır.

MEXANİKİ SARILIQ

Özət

Obstruktiv sarılıq (mexaniki sarılıq, ekstrahepatik xolestaz) üçün birləşmiş bilirubinin təkbaşına və ya sərbəst bilirubinlə birlikdə artması, xolestatik enzimlərin artması və öd yollarının genişlənməsi xarakterikdir. Öd yollarında genişlənmə USM və MRT ilə görünə bilər, göstəriş olarsa ERXPQ də edilir. Öd yollarında tıxanma törədən səbəbləri müəyyənləşdirmək üçün (daşlar, çapıq daralmalar, törəmələr, iltihabixəstəliklər, travma-əməliyyat, damar xəstəlikləri, parazitlər və yad cisimlər) MRT əksər hallarda yetərli olur, çətinlik olarsa kontrastlı xolangioqrafiya (ERXPQ, PTX, T-xolangioqrafiya, əməliyyatdaxili xolangioqrafiya) və xoledoxoskopiya lazım gəlir. Mexaniki sarılığın müalicəsində səbəbin aradan qaldırılması və dekompressiya üçün cərrahi və azinvaziv tədbirlər həyata keçirilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), - Hemoqram	- Autoimmun göstəricilər (AMA, ANA, LKM, digər) - Şiş markerləri (CA-19-9, AFP, CEA) - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - KT

• CRP Görüntüləmə və digər • USM • MRT	• ERXPQ • PTX • Xoledoxoskopiya • Laparoskopiya • Biopsiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Səbəb uyğun müalicə	

Diagnostikası

Şübhə

- Sarılıq əlaməti ekstrahepatik xolestaza ən çox şübhə yaradan əlamətdir.
- Klinik və ya laborator xolestaz (qaşınma, sarılıq, QF və QQT artması)
- USM-də öd yollarında genişlənmə
- Öd yolları, qaraciyər və mədəaltı vəzi xəstəlikləri

Dəqiqləşdirmə

- Mexaniki sarılığı dəqiqləşdirmək üçün iki meyar olmalıdır:
 - » xolestaz (xolestatik sarılıq)
 - » öd yollarında genişlənmə
- Xolestatik sarılıq klinik və laborator müayinələrlə dəqiqləşdirilir: bilirubin, QF və QQT artması.
- Öd yollarında genişlənməni dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya edilir və MRT ilk seçimdir.
- Qeyd etmək lazımdır ki, dilatasiya təkbəşinə mexaniki sarılığı təsdiq və ya inkar edə bilmir. Çox nadir də olsa mexaniki sarılıq olmasına baxmayaraq, öd yollarında genişlənmə olmaya bilər, lakin xolestatik enzimlər yüksək olur (tıxanmadan sonrakı ilk saatlarda, hissəvi tıxanmalarda, fistullarda, fibrotik öd yolları və sirrozu olanlarda öd yolları genişlənməyə bilər). Belə hallarda mexaniki sarılıq diaqnozu laborator xolestazın olmasına və xolangioqrafiyalarda maneənin görünməsinə görə qoyulur. Bəzi hallarda isə, xüsusən də anadangəlmə xoledox sistlərində və idiopatik xoledox dilatasiyasında genişlənmə ola bilər, lakin, enzimlərdə və bilirubində artma olmur.

Səbəbin təyini

- İlk növbədə daş, törəmə və daralmalar axtarılır, parazitlər, yad cisimlər, iltihab və s. unudulmamalıdır.
- Anamnez, keçirdiyi müdaxilələr, xəstəliklər və klinik gediş köməkçi ola bilər, lakin həlledici müayinə görüntüləmə müayinələridir.
- MRT əksər hallarda mexaniki sarılığın səbəbini təyin etməyə imkan verir. MRT-nin dəqiqləşdirmədiyi hallarda endoskopik ultrasəs müayinəsi (endo – USM) və kontrastlı

xolangioqrafiyalar (endoskopik retrograd xolangioqrafiya (ERXPQ), perkutan xolangioqrafiya – PXQ və digər), hətta xoledoxoskopiya və intraduktal – USM görə bilər.

Müalicə

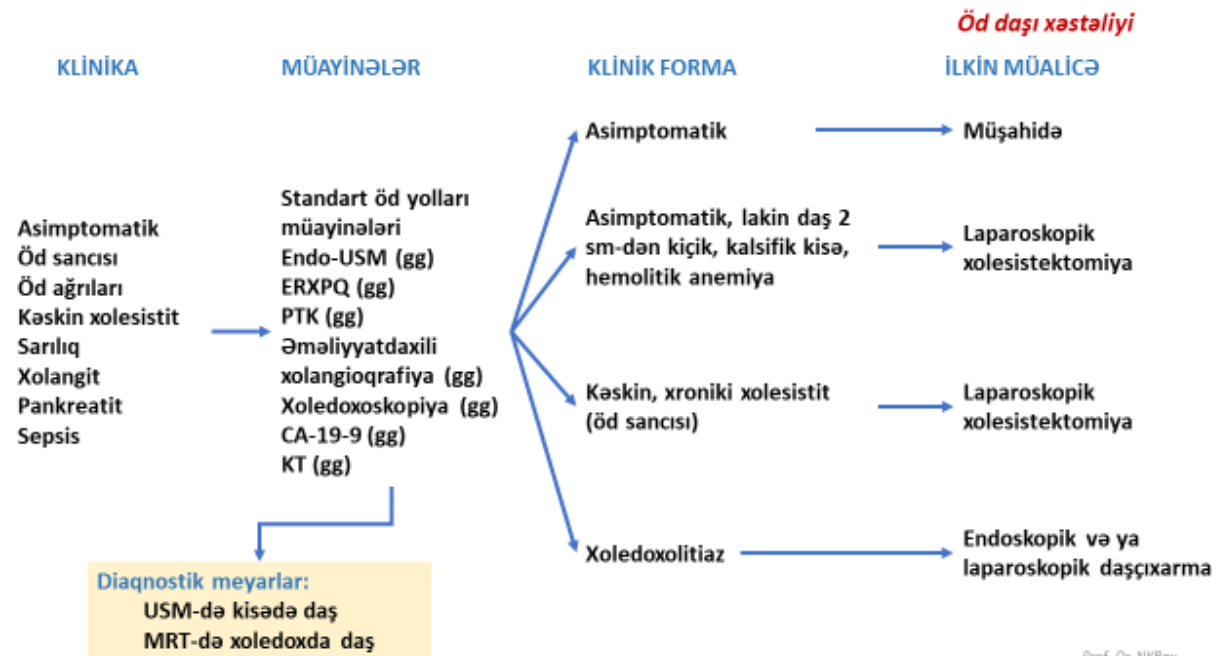
- Mexaniki sarılıqda müalicə tədbirləri təcili qaydada həyata keçirilir və aşağıdakı prinsiplər üzərində qurulur:
 - » Səbəbin aradan qaldırılması
 - » Öd yollarının dekompressiyası
 - » Ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi
- **Səbəbi aradan qaldırmaq** radikal müalicədir və ilk seçimdir. Bunun üçün səbəbə uyğun müalicə üsulu seçilir (məsələn daşları, parazitləri, yad cisimləri çıxarma, törəmələri eksiziya və s.). Bu barədə uyğun bölümlərdə məlumat verilmişdir.
- **Dekompressiya** səbəb aradan qaldırmaq mümkün olmadıqda və ya gecikdikdə, tətbiq edilir. Bu məqsədlə perkutan, endoskopik drenajlar, stent və ya yan – yol əməliyyatları tətbiq edilə bilər.
- **Ağırlaşmaların profilaktika və müalicə tədbirləri** əməliyyatətrafı dövrdə aparılır və aşağıdakıları əhatə edir:
- İnfuziya – 3 – 4 L/gün: ekstrasellülar maye defisitini aradan qaldırmaq və böyrək yetməzliyinin profilaktikası üçün
 - » Antibiotik – bakterial xolangitin profilaktikası üçün
 - » Öd turşuları – ursodezoksixol turşusu: malabsorbsiyanın, sepsisin və hepatorenal yetməzliyin profilaktikası üçün.
 - » Vitamin K – koagulyopatiyanın düzəldilməsi və müdaxilələrdə qanaxmanın profilaktikası üçün
 - » Digər müalicələr – ağırlaşmalara uyğun (osteoporozda Ca və vitamin D, qaşınmanın müalicəsi üçün xolestiramin, plazmoferez və s., avitaminozların müalicəsi, malabsorbsiyada qidalandırma və s.).

ÖD DAŞI XƏSTƏLİYİ

Özət

Öd daşı ödün maye konsistensiyasının dəyişərək bərk hala keçməsi nəticəsində daşların əmələ gəlməsidir (xolesterin və bilirubin daşları). Xəstəlik əhali arasında ən çox rast gəlinən və qarın boşluğunda ən çox əməliyyata səbəb olan xəstəlikdir. Yaşlanma, qadın cinsi, köklük, hamiləlik, estrogen və progesteron müalicəsi, genetik amillər, dislipoproteinemiyalar, iltihab və diskineziya daş əmələ gəlməsinə ən çox səbəb olan amillərdir. Öd daşları əksər hallarda simptomuz gedir, lakin obturasiya, eroziya-nekroz və ya neoplaziya səbəb olduqda klinik əlamətlərlə ortaya çıxır: təkrarlanan öd sancıları, kəskin xolesistit, xolelithiaz, pankreatit və s.

Öd kisəsindəki daşları təyin etmək üçün USM, xolelithiazda daşları təyin etmək üçün isə MRT ilk seçimdir. Simptomatik öd daşı xəstəliyinin standart müalicəsi laparoskopik xolesistektomiyadır, xolelithiazda daşların çıxarılması üçün laparoskopiya və ERXPQ ilk seçimdir. Asimptomatik öd daşında əksər xəstələrdə müalicə gərəkmir.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT	- Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - ERXPQ - Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Laparoskopik litotomiya - ERXPQ	

Diagnostikası

Şübhə

- Asimptomatik öd daşı qeyd edildiyi kimi təsadüfi müayinələrdə (USM, KT, MRT) tapılır, bəzi hallarda isə autopsiyalarda, başqa xəstəliklərə görə laparotomiyalarda rast gəlinir.
- Epigastral kəskin ağrıları, öd sancıları, sarılıq, kəskin xolesistit, xolangit, mexaniki sarılıq və pankreatit əlamətləri olan xəstələrdə ilk növbədə öd daşından şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə

- Öd daşını dəqiqləşdirmək üçün ilk seçim USM-dir.
- USM-in nəticəsi şübhəli olarsa və ya choledox daşına şübhə olarsa, MRT lazımdır.
- MRT-də daş görünmürsə, öd daşını inkar etmək olar.
- KT yalnız tərkibində Ca⁺ duzları olan daşları göstərə bilər ki, bu da 15-20% hallarda rast gəlinir.

Ağırlaşmanın təyini

- Öd daşı tapılan xəstələrdə əlavə müayinələrlə klinik forma təyin edilir və choledox mütləq yoxlanılır.

Müalicəsi

- Öd kisəsinin simptomatik daşlarında **laparoskopik xolesistektomiya “qızıl standartdır”**.

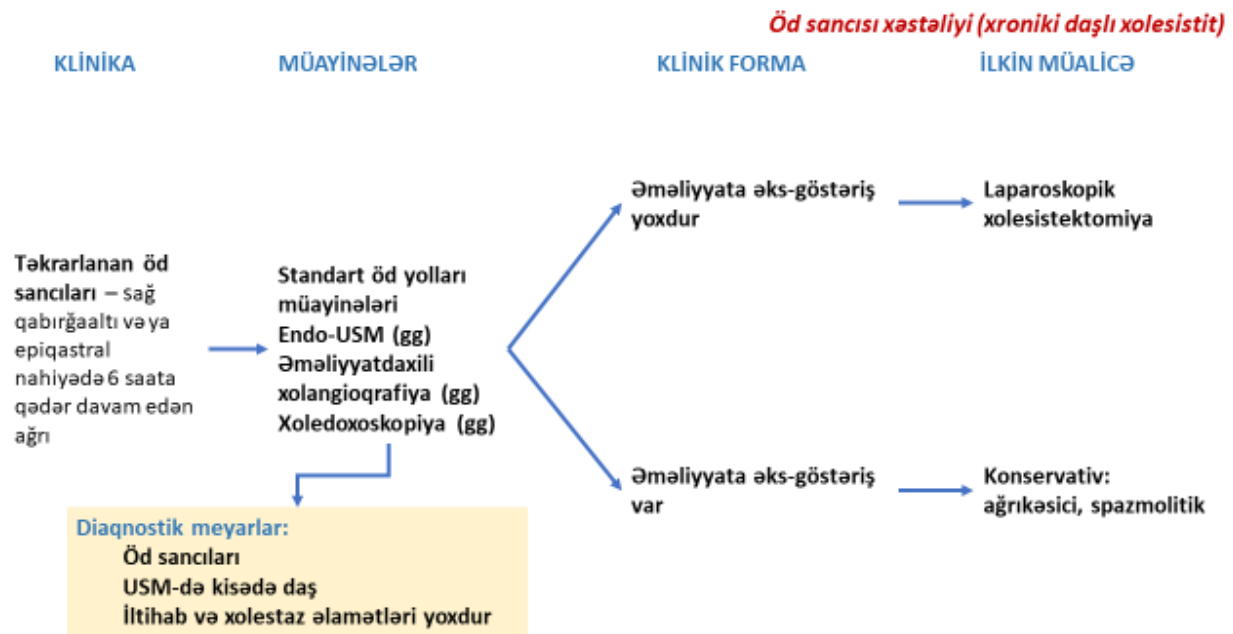
- Asimptomatik öd kisəsi daşlarında müalicə lazım deyil, lakin istisna olaraq 2 sm-dən böyük və hemolitik anemiyalarda asimptomatik öd kisəsi daşlarında laparoskopik xolesistektomiya tövsiyə edilir.
- Xolebox daşlarını mütləq çıxarmaq lazımdır.
- Öd daşlarını əritmə üsulları özünü doğrultmur.

ÖD SANCISI XƏSTƏLİYİ (XRONİKİ DAŞLI XOLESİTİT)

Özət

Öd sancısı xəstəliyi və ya xronik daşlı xolesistit tutması öd daşının kisə axacağını təkrarlanan və müvəqqəti tıxaması nəticəsində kisədə yaranan morfofunksional dəyişikliklərlə (durğunluq, hipoaktiv kisə, fibroz, iltihab) xarakterizə olunur. Avropa ədəbiyyatlarında bu xəstəlik öd sancısı da adlanır. Xəstəlik adətən öd sancısı ilə başlayır, sancı əksər hallarda spontan və ya dərmanlarla (spazmolitik, ağrıkəsicilərlə) 6 saat, ən gec isə 24 saat ərzində keçib gedir, lakin vaxtaşırı təkrarlanma xarakterikdir. Təkrarlanan tutmalar adətən öd kisəsi fibrozuna, durğun kisəyə, Oddi fibrozuna, xronik pankreatitə gətirib çıxarır, bəzən ağrı tutmalarının ardınca ağırlaşmalar baş verir (kəskin xolesistit və pankreatit, xolelithiaz və xolangit və s.).

Diagnostikasında klinik, laborator və USM əsas yer tutur, öd sancısı, USM-də kisədə daşların tapılması ilə yanaşı klinik, laborator və görüntülmə müayinələrində iltihabi, xolestatik və zədələnmə əlamətlərinin olmaması və 12-24 saatlıq izləmədə də ortaya çıxmaması xarakterikdir. Xroniki daşlı xolesistitin (öd sancısı xəstəliyinin) standart müalicəsi laparoskopik xolesistektomiyadır.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş) - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT	- Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - ERXPQ - Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Laparoskopik litotomiya - ERXPQ	

Diaqnostikasi

Şübhə

- Epiqastral və ya sağ qabırğaaltında sancışəkilli ağrıları olan xəstələrdə öd sancısından şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə

- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün klinik, laborator və USM aparılır.
- Xroniki daşlı xolesistit tutması (öd sancısı xəstəliyi) üçün diaqnostik meyarlar:
 - » Sağ qabırğaaltı və ya epiqastral nəhiyədə 6 saata qədər davam edən ağrı
 - » Öd kisəsində daş
 - » Klinik, laborator və görüntüləmə ilə iltihabi, xolestatik və zədələnmə əlamətlərinin olmaması və 12 – 24 saatlıq izləmədə də ortaya çıxmaması.

Differensiasiya

- Öd sancısı xəstəliyini aşağıdakı xəstəliklərlə differensiasiya etmək lazım gəlir.
 - » Kəskin daşlı xolesistit adətən öd sancısı ilə başlayır və ağrı 6 saatdan çox davam edir, klinik, laborator və USM-də iltihab əlamətləri ortaya çıxır: hərərətin artması, palpator gərginlik, leykositoz, CRP artması, USM-də kisənin böyüməsi, divar qalınlaşması, ətrafında maye və s.

- » Kəskin xolangit üçün xarakterik klinik triada ilə yanaşı (ağrı, sarılıq, üşütmə – yüksək hərarət) laborator olaraq xolestaz və iltihab, görüntüləmədə öd yollarında patologiya tapılır.
- » Kəskin pankreatitdə şiddətli və davam edən ağrılar (ən azı 3 gün), ümumi vəziyyətin progressiv pisləşməsi, amilazanın artması, USM-də pankreatit əlamətləri görünür.
- » Kəskin qastritlərdə sancışəkilli ağrılar ola bilər, lakin qusma, ürəkbulanma, qıcqırma, xüsusən qida qəbulundan sonra şiddətlənən ağrı, anamnezdə zədələyici qidalar xarakterikdir.
- » Kəskin hepatitlərdə adətən ağrılar daimi və küt xarakterli olur, qaraciyər enzimlərində və bilirubində artma, USM-də qaraciyərin böyüməsi və periportal ödem qeyd olunur.
- » Böyrək daşına bağlı sancılarda ağrı bel nahiyyəsində olur, bir neçə dəqiqədən bir tutub-buraxır, USM-də sidik yollarında blok görünür.
- » Spastik kolit ağrılarını bəzən öd sancısından fərqləndirmək çətin olur, xüsusən öd kisəsində daşı olanlarda bu differensiasiya ciddi çətinliklər törədə bilər. Spastik kolit üçün qısamüddətli olma və defekasiyadan sonra aradan qalxma xarakterikdir. Belə xəstələr əksər hallarda daşa görə əməliyyat olunurlar və spastik kolit əməliyyatdan sonra təkrarlanır.

Müalicəsi

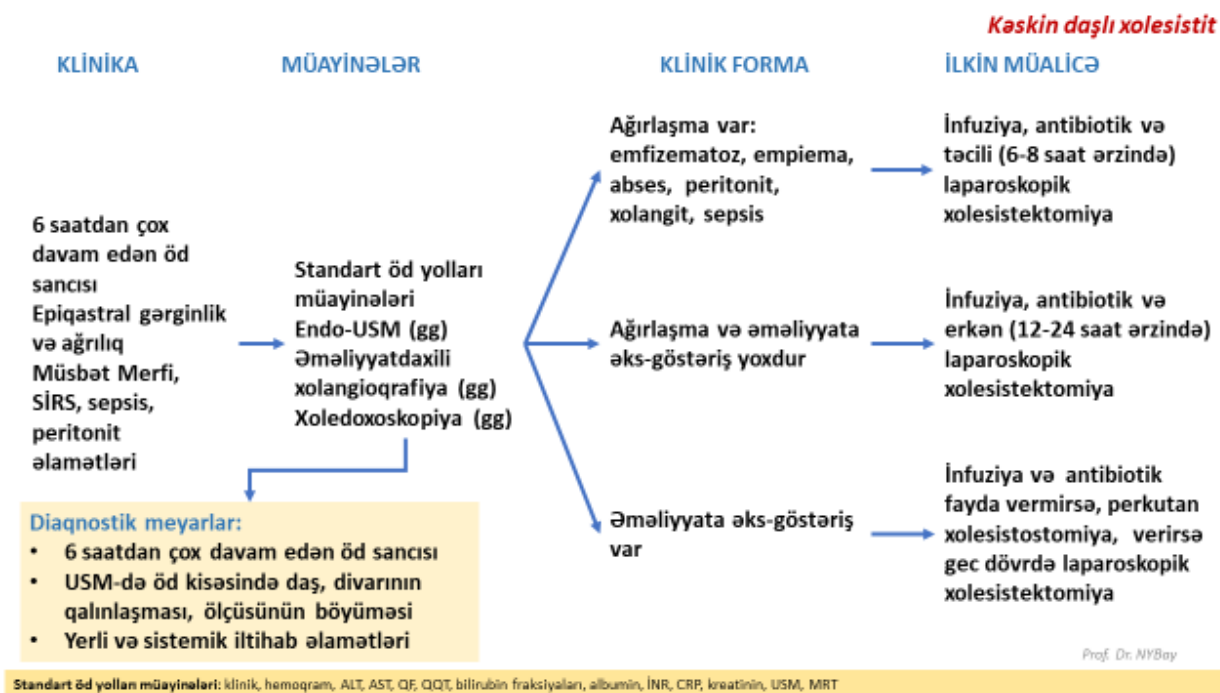
- Öd sancısı xəstəliyinin (xroniki daşlı xolesistitin) «qızıl standart» müalicəsi laparoskopik xolesistektomiyadır.
- Ağır ürək – ağciyər yetməzliyi və yaygın damardaxili laxtalanma sindromu istisna olarsa, laparoskopik xolesistektomiyaya mütləq əks-göstəriş yoxdur.

KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİT

Tərif

Kəskin xolesistit öd kisəsinin kəskin iltihabı olub əksər hallarda (90%) öd daşının kisə axacağına pərçimlənməsi nəticəsində, az hallarda isə ümumi ağır xəstəlik və əməliyyatlarla əlaqədar meydana gəlir. Kəskin daşlı xolesistit əksər hallarda öd sancısı ilə başlayır, sancı 6 saatdan çox davam edir və buna iltihab əlamətləri qoşulur. Xəstələrin yarısında tıxanma spontan aradan qalxır və iltihab 7-10 gün ərzində spontan sönür, digər yarısında isə aseptik prosesə infeksiya qoşulur ki, bu da destruktiv (fleqmanoz, qanqrenoz xolesistit) formaların, bəzi hallarda isə ağırlaşmaların (perforasiya, infiltrat, abses, fistula, peritonit, emfizematoz xolesistit, empiema, sepsis) meydana çıxmasına səbəb olur. Diabet, irəli yaş, ürək-damar xəstəlikləri destruktiv forma üçün risk amilləridir. Kəskin daşsız xolesistit əsər hallarda kisə divarının birincili işemiya – nekrozu nəticəsində meydana gəlir, adətən ağır xəstələrdə (yanıqlar, böyük travma, əməliyyatlar, sepsis, kəskin ürək-damar yetməzliyi və s.) rast gəlir, gedişi çox ağırdır və letallığı yüksəkdir.

Diagnostikasında klinik, laborator və görüntülmə müayinələri əsas yer tutur, diaqnozu meyarlar əsasında qoyulur ki, bunlara 6 saatdan çox davam edən öd sancısı, yerli və sistemli iltihab əlamətləri (Merfi simptomu, sağ qabırğaaltı ağrılılıq, Ortner simptomu, leykositoz, CRP artması, qranulositoz), görüntülmədə kisənin böyüməsi, divarının qalınlaşması (> 2 mm) və ətrafında maye aiddir. Müalicəsi erkən laparoskopik xolesistektomiyadır. Digər müalicələr (konservativ və dekompressiv) köməkçi vasitə kimi və ya əməliyyata əks göstəriş olduqda istifadə edilə bilər. Daşlı xolesistitlərdə letallıq müalicə olunmazsa, 1-3%, əməliyyat olunarsa, <0,5%, daşsız xolesistitdə isə çox yüksək (40%) olur.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş) - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT	- Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - ERXPQ - Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	- Açıq xolesistektomiya - Perkutan xolesistosoma - Laparoskopik xolesistostomiya - Laparoskopik hissəvi xolesistektomiya - Laparoskopik choledox eksplorasiyası

Diaqnostika

Şübhə

- Öd sancısı olan xəstələrdə kəskin xolesistitdən şübhələnmək lazımdır.
- Kritik xəstələrdə izah olunmayan hərarət, leykositoz və hiperamilazemiya kəskin daşsız xolesistitə yüksək şübhə yaradır.

Dəqiqləşdirmə

- Kəskin xolesistit diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün klinik müayinələrlə yanaşı iltihabın göstəriciləri yoxlanılır, görüntüləmə müayinələri ilə öd kisəsi qiymətləndirilir (USM ilk seçimdir). Qaraciyər göstəriciləri və digər görüntüləmə müayinələri adətən göstərişə görə ağırlaşmaları müəyyənləşdirmək və ya inkar etmək üçün aparılır.
- Kəskin daşlı xolesistitin patognomonik simptomu yoxdur və diaqnozu klinik – laborator – görüntüləmə meyarlarına əsasən qoyulur:
 - » Altı saatdan çox davam edən öd sancısı
 - » Yerli iltihab əlamətləri – Merfi simptomu, sağ qabırğaaltı nahiyyədə gərginlik və ya ağrılı kütlə
 - » Ümumi iltihab əlamətləri - temperatur $> 37,5^{\circ}\text{C}$, Leykositoz $> 12 \times 10^9/\text{l}$ və ya qranulositoz və ya CRP $> 3 \text{ mq/dl}$. Bilirubin və enzim səviyyələri zəif arta bilər.

- » Görüntülmədə (USM, KT, MRT): kisənin böyüməsi, divarının qalınlaşması (> 4 mm) və ətrafında maye tapılması, ssintiqrafiyada kisə bloku.
- Ssintiqrafiyada və funksional USM-də kisə bloku yoxdursa, kəskin xolesistit inkar edilir, blokun olması isə təkbəşinə kəskin xolesistiti göstərmir.
- Kritik xəstələrdə izah olunmayan hərarət, leykositoz və hiperamilazemiya kəskin daşsız xolesistitə yüksək şübhə yaradır. Dəqiqləşdirmək üçün görüntülmə ilə (USM, KT, ssintiqrafiya) kisədə böyümə, divar qalınlaşması, ətrafında maye və kisə bloku təyin edilməlidir.

Ağırliq dərəcəsinin təyini (Tokyo klassifikasiyası 2013/18)

I dərəcəli (yüngül dərəcə)	Kəskin xolesistit əlamətləri var, lakin orqan yetməzliyi və yerli ağırlaşma əlamətləri (peritonit, abses, infiltrat, empiema, emfizematoz) yoxdur.
II dərəcəli (orta dərəcə)	Ağır yerli iltihab əlamətlərindən ən azı biri var və xolesistektomiyada texniki çətinlik törənir: 72 saatdan çox davam edən tutma, leykositoz $>18 \times 10^9/L$, palpator kütlə İltihabi proses təcili əməliyyat tələb edən ağırlaşma törətmişdir: biliar peritonit, emfizematoz xolesistit, empiema və sepsis, yanaşı xolangit
III dərəcəli (çox ağır dərəcə)	Kəskin xolesistitlə yanaşı bir və ya bir neçə orqan və ya sistem disfunksiyası var. Dəstək müalicələrinə ehtiyac var.

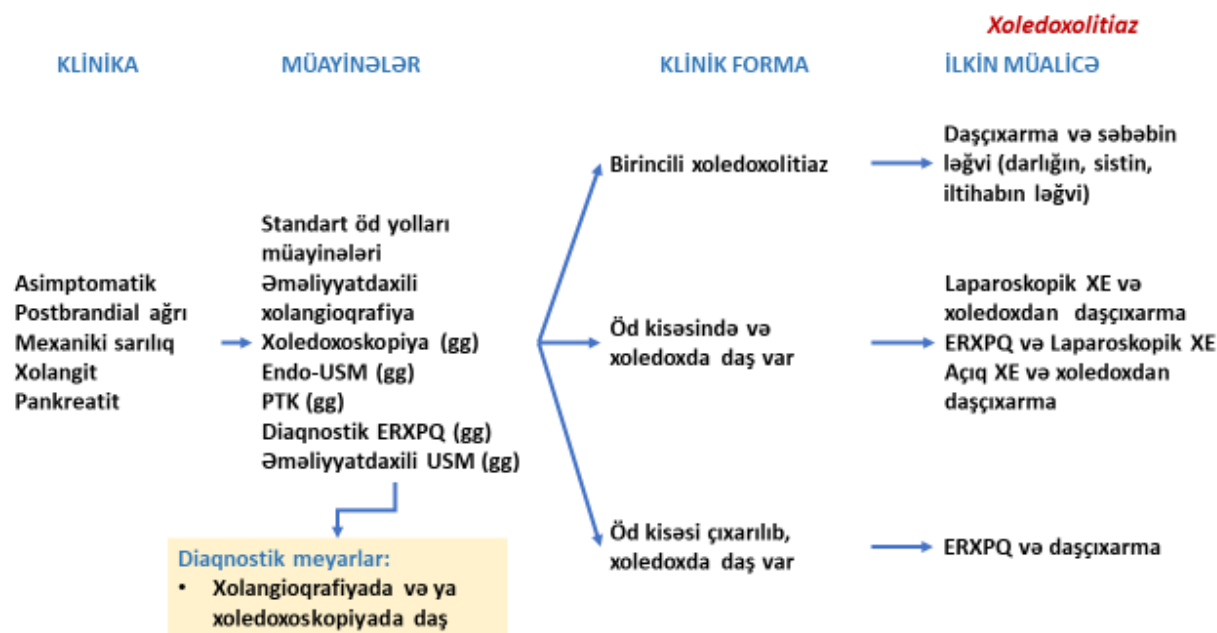
Müalicəsi

- Kəskin xolesistitin əsas və radikal müalicəsi erkən (12-24 saat) laparoskopik xolesistektomiyadır.
- Digər müalicələr (konservativ və dekompressiv) köməkçi vasitə kimi və ya əməliyyata əks göstəriş olduqda istifadə edilə bilər.
- Təcili müdaxilə tələb edən ağırlaşmalar olarsa (emfizematoz xolesistit, empiema, peritonit, abses, sepsis, ağır xolangit) ilk 6-8 saat ərzində əməliyyat etmək lazım gəlir.
- Əməliyyata əks-göstəriş olarsa, əvvəlcə konservativ müalicə ilə (infuziya, antibiotik, ağrıkəsici) iltihab söndürülməyə çalışılır. İltihab sönmürsə, dəridən keçən xolesistostoma qoyulur, 1,5 – 2 ay sonra xəstənin ümumi vəziyyəti düzəlsə əməliyyat edilir, düzəlməzsə dəridən keçən yolla daşlar çıxarılır.
- Əməliyyat vaxtı öd kisəsi ətrafında ağır iltihabi və sklerotik dəyişikliklər olarsa və kisənin tam çıxarılması ağırlaşma ehtimalını artırarsa (qanaxma, orqan zədələnməsi və s), xolesistostomiya və ya hissəvi xolesistektomiya edilə bilər.

XOLEDOXOLİTİAZ

Tərif

Öd axacaqlarında daşın olması xolelithiaz adlanır. Xolelithiazda əmələ gələn daşlara birincili, öd kisəsindən düşən daşlara isə ikincili daşlar deyilir və daşların əksəriyyəti ikincilidir. Xolelithiaz çox az hallarda asimptomatik olur, əksər hallarda isə öd yollarında tıxanma törədərək təkrarlanan sarılıq, mexaniki sarılıq, xolangit, pankreatit, hətta biliar sirroz əlamətləri ilə meydana çıxır. Klinik (ağrı, öd daşları, sarılıq, xolangit, pankreatit), laborator (xolestatik enzimlərdə artma) və görüntülmə üsullarında (geniş xolelithiaz) daş şübhəsi olan xəstələrdə daşın olub-olmamasını dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya edilir və MRT ilk seçimdir. Öd kisəsi daşlarından fərqli olaraq həm asimptomatik, həm də simptomatik xolelithiaz daşları müalicə olunmalıdırlar. Birincili xolelithiaz daşlarının müalicəsində əsas hədəf xolelithiaz patologiyasını aradan qaldırmaqdır (darlığın ləğvi, sistin çıxarılması, infeksiyanın müalicəsi və s.). İkincili xolelithiaz daşlarının müalicəsi üçün öd kisəsinin laparoskopik yolla, xolelithiazdakı daşın isə laparoskopik və ya endoskopik yolla çıxarılması tövsiyə edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər - USM - MRT - Elastoqrafiya - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - Xoledoxoskopiya	- Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - ERXPQ - PTX
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya və xoledox eksplorasiyası - ERXPQ və ST - Xoledox patologiyalarına görə spesifik müalicələr (darlığın, sistin, infeksiyanın müalicəsi) - Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər.	- Xoledox stenti - PTX

Diaqnostika

Şübhə

- Xoledoxolitiazaya yüksək şübhə əlamətləri olan aşağıdakı hallarda xoledoxu daşa görə yoxlamaq lazımdır:

Klinik şübhə	Laborator şübhə	Görüntüləmə şübhəsi
- Epiqastral yaygın ağrı - Simptomatik öd daşı - Təkrarlanan sarılıq - Mexaniki sarılıq - Xolangit	- Bilirubin artması ($>1,5$ mq/dl) - Xolestaz enzimlərində artma - Qaraciyər enzimlərində artma	- USM və ya KT-də xoledox genişlənməsi ($>7 - 10$ mm) - USM-də öd yollarında exopozitiv kütlə

• Pankreatit • Kəskin xolesistit • Yaşlı (>60) xəstələrdə simptomatik öd daşı • Postxolesistektomik sindrom • Postbrandial öd ağrısı	• Amilaza artması	
---	---	--

Dəqiqləşdirmə

- Xoledox daşını dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya etmək lazımdır (MRT, endoskopik retroqrad xolangiopankreatoqrafiya – ERXPQ, endoskopik USM, əməliyyatdaxili xolangioqrafiya – ƏDXQ, dəridən-qaraciyərdən keçən, T – drenaj).
- Maqnit rezonans xolangioqrafiya ilk seçimdir və xoledox daşlarını 99 – 100% həssaslıqla göstərir.
- MRXQ mümkün olmayanda endoskopik retroqrad xolangioqrafiya və ya endoskopik USM edilə bilər.
- Əməliyyat vaxtı xoledox daşını yoxlamaq üçün əməliyyatdaxili xolangioqrafiya və ya əməliyyatdaxili USM edilir. Əməliyyatdan sonrakı xəstələrdə T – drenaj varsa, drenajdan xolangioqrafiya edilir.
- USM-in xoledoxolitiazda həssaslığı aşağıdır (50%), KT-nin həssaslığı isə daha azdır (20%).

Müalicəsi

Prinsip

- Öd kisəsi daşlarından fərqli olaraq həm asimptomatik, həm də simptomatik xoledox daşları müalicə olunmalıdır, çünki bunların ağırlaşma törətmə ehtimalı çox yüksəkdir.

Müalicə üsulları

- Xoledox daşlarının müalicə tədbirlərinə **səbəbin aradan qaldırılması, daşın çıxarılması və ağırlaşmaların müalicəsi** aiddir.
- **Səbəbin aradan qaldırılması** xoledox daşlarının təkrarlanmasının qarşısını almaq üçün vacib tədbirdir:
 - » İkincili daşlarda öd kisəsinin çıxarılması (xolesistektomiya)
 - » birincili daşlarda isə darlığın, sistin və ya iltihabın müalicəsi
- **Xoledox daşının çıxarılması** üçün üsullar:
 - » aşağıdan (sfinkterdən): endoskopik daşçıxarma
 - » ortadan (xoledoxotomiya): laparoskopik və ya açıq xoledoxolitotomiya
 - » yuxarıdan (perkutan): dəridən-qaraciyərdən keçən yolla daşçıxarma
- Əritmə çox nadir tətbiq olunan üsuldur.

Müalicə seçimi

- Xoledoxolitiazda müalicə üsulunun seçimində daşın səbəbi önəmli rol oynayır.

- **Birincili** xoledox daşlarının, yəni xoledox patologiyasına bağlı əmələ gələn daşların müalicəsində əsas hədəf xoledox patologiyasını aradan qaldırmaqdır. Darlıqlarda rekonstruktiv əməliyyatlar və ya darlığı aradan qaldıran tədbirlər həyata keçirilir. Xoledoxoyeyunostomiya, endoskopik balon dilatasiyası və stent ən çox tövsiyə edilən üsullardır.
- **İkincili** xoledox daşlarının, yəni öd kisəsindən gələn daşların müalicəsi üçün öd kisəsinə və xoledox daşlarını çıxarmaq lazımdır və bunu aşağıdakı birmərhələli və ya ikimərhələli yollardan biri ilə yerinə yetirmək olar:
 - » Birmərhələli laparoskopik xolesistektomiya və xoledoxolitotomiya
 - » Birmərhələli laparoskopik xolesistektomiya və əməliyyatdaxili endoskopik litotomiya
 - » Birmərhələli açıq xolesistektomiya və xoledoxolitotomiya
 - » İkimərhələli üsul: əməliyyatdan əvvəl və ya sonra ERXPQ + laparoskopik xolesistektomiya.
- Bu üsullar arasında birmərhələli laparoskopik üsul və ikimərhələli üsul (ERXPQ+laparoskopik xolesistektomiya) son illər daha çox tövsiyə olunur.
- Xolesistektomiyadan sonra tapılan daşlarda ilk seçim ERXPQ-dir.

XOLANGİTLƏR

Özət

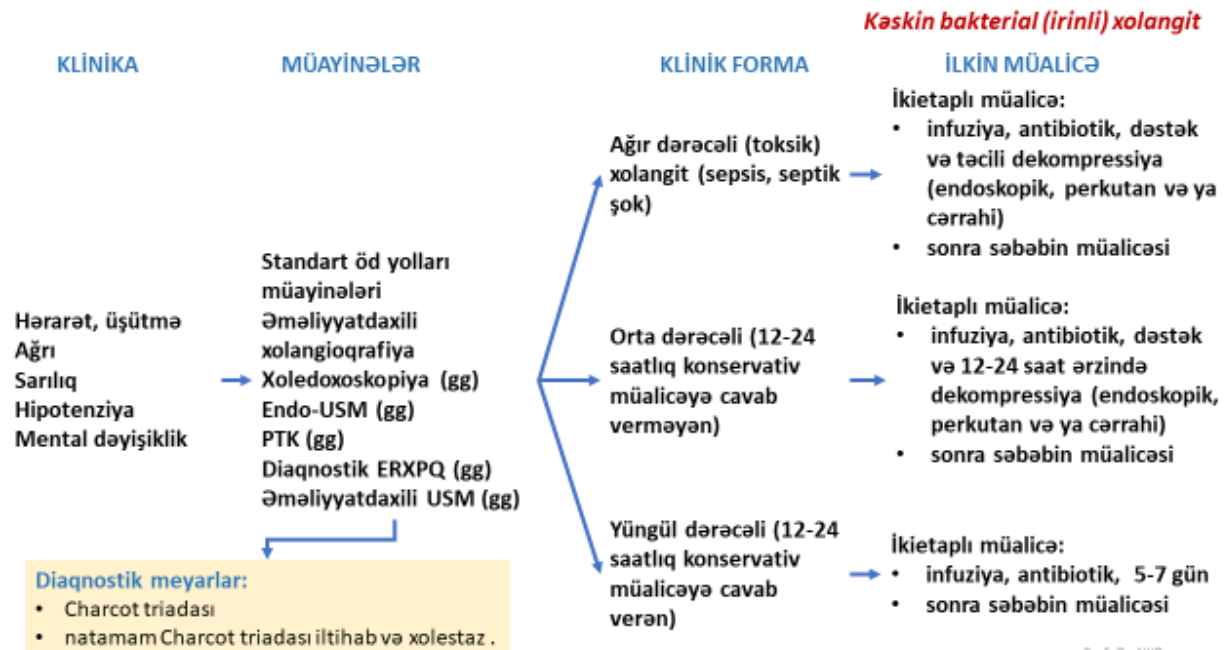
Öd yollarının iltihabı xolangit və xolangiolit kimi tərif edilir:

- **Xolangiolit** – kiçik öd yollarının iltihabi xəstəliyi olub adətən hepatitlə birlikdə rast gəlinir (viruslar, autoimmun proseslər, sarkoidoz, tuberkuloz, dərmanların təsirindən və köçürülən qaraciyərdə)
- **Xolangit** – qaraciyərdaxili və xarici böyük öd yollarındakı iltihabi xəstəliklərə deyilir, adətən axacaqlarda dəyişiklik və zədələnmə ilə birlikdə olur. Xolangitin aşağıdakı klinik formaları var:
 - **Kəskin bakterial xolangit**
 - **Təkrarlayan irinli xolangit**
 - **Birincili sklerozlaşdırıcı xolangit**
 - **İkincili sklerozlaşdırıcı xolangitlər**

KƏSKİN BAKTERIAL XOLANGİT

Özət

Kəskin bakterial xolangit – böyük axacaqların tıxanması və ya zədələnməsi fonunda meydana gələn bakterial infeksiyaya deyilir ("**öd yollarında təzyiqli irin**"). Kəskin xolangit ədəbiyyatlarda kəskin bakterial xolangit, irinli xolangit, obstruktiv xolangit və s. adlarla da qeyd edilir. Tıxanmanı törədən bütün xəstəliklər xolangitə şərait yaradır, daşlar, darlıqlar və şişlər xolangitin ən çox rast gəlinən səbəbləridir. Xəstəlik əksər hallarda kəskin şəkildə və Charcot triadası ilə başlayır (sağ qabırğaltı ağrı, sarılıq və hərarət - üşütmə ilə və ya üşütməsiz), sürətlə inkişaf edir, sepsis əlamətləri (orqan yetməzlikləri) baş verir, müalicə olunmazsa, letallığa səbəb ola, səbəb aradan qaldırılmadıqda isə təkrarlana bilər. Kəskin bakterial xolangitin diaqnozu klinik olaraq Charcot triadasına əsasən qoyulur, laborator və xolangioqrafik müayinələrdə xolestaz və iltihab əlamətləri ilə dəqiqləşdirir. Müalicəsi təcili başlanılır və iki etaplı tədbirlərdən ibarətdir: əvvəl iltihabi proses söndürülür (antibiotikoterapiya, infuziya, dəstək müalicələri, gərəkirsə dekompressiya), sonra isə əsas maneə aradan qaldırılır. Dekompressiya üçün endoskopik, perkutan, laparoskopik və ya laparotomik yollar istifadə edilir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP - Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA digər) Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT - Elastoqrafiya - Xoledoxoskopiya - Endoskopik USM	- Əməliyyatdaxili USM - ERXPQ - PTX
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- ERXPQ daşçıxarma, nazobiliar drenaj, stent - Cərrahi xoledox drenajı - Perkutan xoledox drenajı - Ru-Y tipli bilioenterik anastomoz - Stent (endoskopik, perkutan) - Xoledox patologiyalarına görə digər spesifik müalicələr (sistin, infeksiyanın müalicələri) - Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	- Açıq yolla xoledox drenajı - Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostikası

Şübhə

- Sarılığı, hərarəti və ağrısı olan xəstə ilkin olaraq xolangit kimi qəbul edilərək müayinəyə və müalicəyə başlanır.

Dəqiqləşdirmə

Xolangitin diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün hərtərəfli klinik, laborator və görüntüləmə müayinləri edilir:

- » Anamnezdə – öd yolları xəstəlikləri, əməliyyatları, müdaxilələri
- » Klinik müayinədə – Charcot triadası (ağrı, hərarət, sarılıq)
- » Laborator müayinədə - iltihab (leykositoz və/və ya sola meyllilik, CRP) və xolestaz (bilirubin, QF, QQT artması).
- » Görüntülmədə (USM, MRT, KT, xolangioqrafiyalar) – obstruksiya, dilatasiya və səbəb (daş, şiş, darlıq və s.).
- Kəskin xolangitin diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün xolestaz (və ya müdaxilə) və iltihabın birlikdə olması lazımdır. Bunu aşağıdakı iki yolla təyin etmək olar:
 - » Klinik olaraq – anamnezdə öd patologiyası və ya müdaxiləsi olanlarda Charcot triadası varsa,
 - » Klinik – laborator – görüntüləmə – natamam Charcot triadası ilə yanaşı laborator və görüntülmədə iltihab və xolestaz varsa

Ağrılıq dərəcəsinin təyini

- Ağrılıq dərəcəsini təyin etmək üçün ilkin təzahürlərlə yanaşı müalicəyə cavab da qiymətləndirilir.
- Xolangit əlamətləri ilə yanaşı şok əlamətlərinin olması (hipotenziya, mental dəyişiklik) toksik xolangiti göstərir (**ağır dərəcəli**). Müalicəyə 12 – 14 saatda cavab verən hallar **yüngül**, verməyən hallar **orta dərəcəli** qəbul edilir və ağrılaşmaları axtarmaq lazımdır.

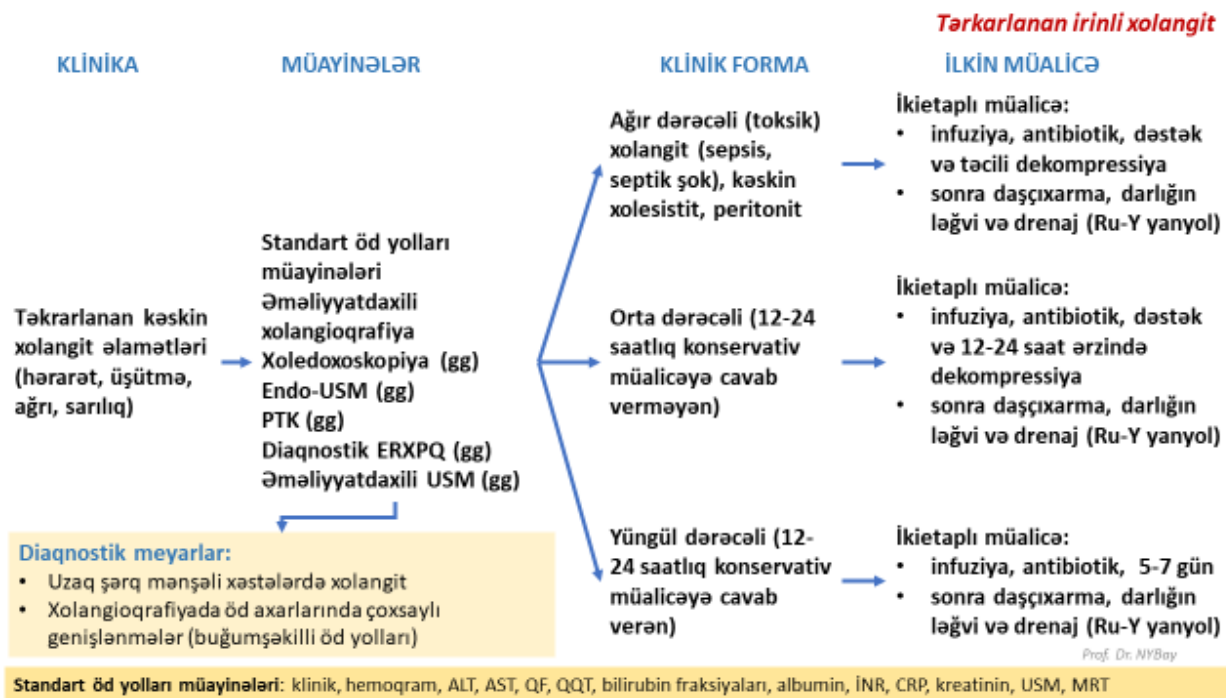
Müalicəsi

- Kəskin xolangitdə təcili olaraq ilkin müalicələrlə iltihabi proses söndürülməli antibiotikoterapiya, infuziya, ehtiyac olarsa, dekompressiya), sonra isə əsas səbəb aradan qaldırılmalıdır.
- Bütün xəstələrdə təcili konservativ müalicəyə başlanılır (antibiotiklər, infuziya) və bu müalicə 70%-ə yaxın xəstələrdə iltihabı söndürə bilər.
- Toksik xolangitdə və konservativ müalicə 24 saat ərzində effekt verməyən xəstələrdə təcili dekompressiya gərəkir (belə xəstələrdə qaraciyər absesi, striktur, alətlə zədələnmə, böyrək yetməzliyi düşünülür).
- Dekompressiya üç üsulla yerinə yetirilə bilər:
 - » Endoskopik drenaj (stent, nazobiliar, daşçıxarma)
 - » Dəridən – qaraciyərdən keçən drenaj proksimal şiş tıxanmalarında istifadə olunur.
 - » Cərrahi üsul – laparoskopiya ilə xoledoxotomiya edilir, daş çıxarılır, T – drenaj qoyulur. Bu üsul yuxarıda qeyd edilənlər mümkün olmadıqda və ya xəstədə kəskin xolesistit olarsa, ilkin seçim sayılır.

TƏKRARLANAN İRİNLİ XOLANGİT

Özət

Təkrarlanan irinli (piogen) xolangit (TİX) böyük öd axacaqlarının (segment, pay və ümumi öd axarı) diffuz genişlənməsi, qaraciyərdaxili axacaqlarda yerli darlıqlar, çoxlu daşlar və kəskin xolangitin vaxtaşırı təkrarlanması ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir. Ədəbiyyatlarda oriental xolangiohepatit, hepatolitiaz kimi də adlanır. Xəstəlik əsasən Uzaq Şərq ölkələrində (Tayvan, Çin, Yaponiya və s.) rast gəlinir, parazitar infeksiyaların (*Clonorchis*, *Opsistorchis*, *Ascaridis*), qidalanma azlığının və genetik amillərin rolu ehtimal olunur. Xəstəlik adətən təkrarlanan kəskin xolangit əlamətləri ilə meydana çıxır, sepsisə, xolelax perforasiyasına və peritonitə, xolangiokarsinomaya və ölümə səbəb ola bilər. Diaqnostikası üçün klinik-laborator əlamətlərlə yanaşı xolangioqrafiya və tomoqrafiya lazım gəlir, xolangit əlamətləri ilə yanaşı öd yollarında genişlənmə fonunda daralmaların, daşların görünməsi və digər xolangitlərin inkarı xarakterikdir. Müalicəsi kəskin bakterial xolangitdə olduğu kimidir - ilk növbədə təcili olaraq kəskin xolangiti söndürmək, sonra isə təkrarlanmanın qarşısını almaq lazımdır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
<i>Klinik müayinələr</i>	• Əməliyyatdaxili USM • ERXPQ • PTX
<i>Laborator müayinələr</i>	

• ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, • Hemoqram • CRP • Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA digər) Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • MRT • Elastografiya • Xoledoxoskopiya • Endoskopik USM	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• ERXPQ daşçıxarma, nazobiliar drenaj, stent • Perkutan xoledox drenajı • Ru-Y tipli bilioenterik anastomoz • Stent (endoskopik, perkutan) • Xoledox patologiyalarına görə digər spesifik müalicələr (sistin, infeksiyanın müalicələri) • Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	• Açıq yolla xoledox drenajı • Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostikası

Şübhə

- Təkrarlanan kəskin xolangiti olan və uzaq şərq mənşəli xəstələrdə TİX-dən şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə

- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün öd yollarının görüntülənməsi və **differensiasiyası** gərəkir.
- USM öd yollarında genişlənməni (95%) və daşları (50%) göstərə bilər. Lakin dəqiqləşdirmə və differensiasiya üçün xolangioqrafiya və tomoqrafiya lazımdır (ERXPQ, PTX və MRT).
- TİX-in bəzi ümumi və spesifik **görüntüləmə əlamətləri** var:
 - » ümumi əlamətlər: öd yollarında *genişlənmə və daş*.
 - » spesifik əlamətlər: qaraciyərxarici və qaraciyərdaxili böyük axacaqların *diffuz genişlənməsi*, qaraciyərdaxili axacaqların *düzləşməsi*, yerli *strikturları* və «nizaşakilli» görünüşü.

Differensiasiya

- *Birincili skleroz xolangitdən* fərqli olaraq TİX-də diffuz daralma yox, diffuz genişlənmə olur və daralmalar isə yerli xarakterlidir.
- *Darlıqlardan* fərqli olaraq TİX-də genişlənmə həm daralmadan proksimalda, həm də distalda görünür və darlıqlar adətən intrahepatik axacaqlarda rast gəlinir.
- Şişə bağlı mexaniki sarılıqlarda qaraciyərxarici və qaraciyərdaxili bütün axacaqlarda genişlənmə qeyd edildiyi halda, TİX-də genişlənmə ancaq böyük axacaqları əhatə edir.
- *Karoli* xəstəliyində axacaqlarda genişlənmələr diffuz yox, yerli və torbaşəkilli olur.

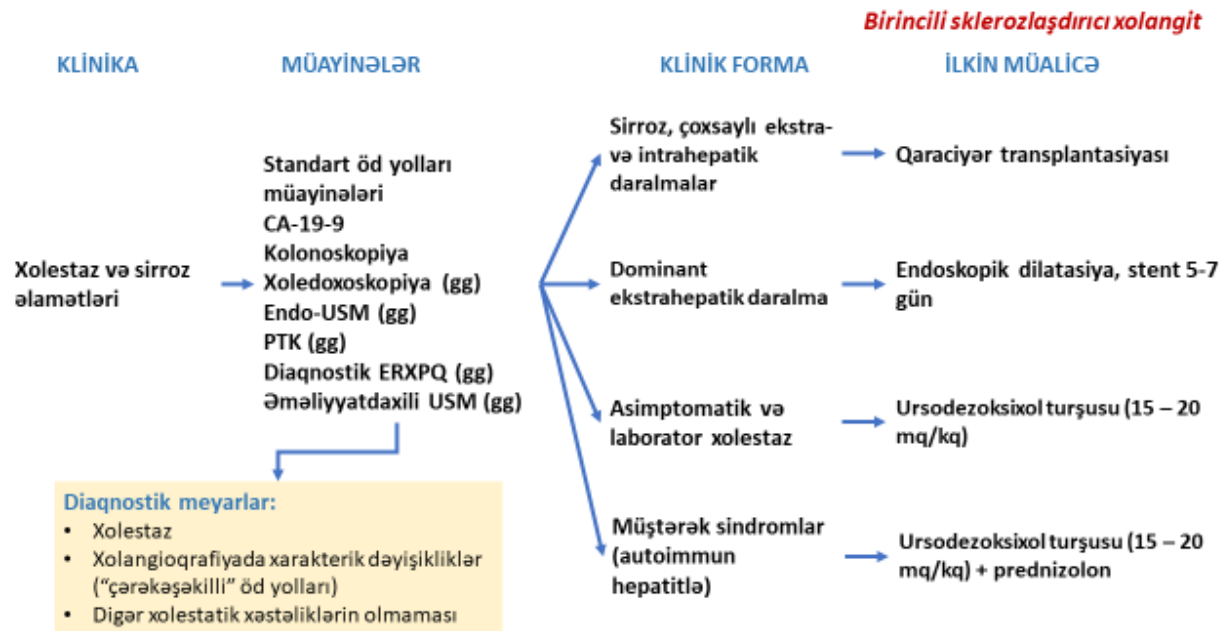
Müalicəsi

- TİX-in müalicəsi kəskin xolangitdə olduğu kimi ikimərhələlidir:
 - » birinci mərhələdə kəskin iltihab söndürülür
 - » ikinci mərhələdə təkrarlanmanın profilaktikası üçün müdaxilə edilir.
- Konservativ müalicə əksər hallarda (80%) kəskin xolangiti söndürə bilər. Toksik xolangitdə, müalicəyə cavab verilməyən hallarda və kəskin xolesistit inkar edilmirsə, cərrahi dekompressiya etmək gərəkdir.
- Təkrarlanmanın qarşısını almaq üçün: daşlar çıxarılmalı, darlıq ləğv edilməli, yetərli drenaj və təkrari giriş yolu təmin edilməlidir.
 - » Qaraciyərdaxili daşları çıxarmaq üçün əməliyyatdaxili xoledoxoskopiya tətbiq edilir, drenaj üçün Ru – en – Y tipli anastomoz (hepatoyeyunostomiya) tövsiyə olunur. Sol pay atrofiyasında rezeksiya effektivdir.
- Təkrari giriş yolunun təmin edilməsi (yeyunokutaneostomiya) təkrarlanan darlıqlara və daşlara az invaziv müdaxilə imkanı yaradır.

BİRİNCİLİ SKLEROZLAŞDIRICI XOLANGİT

Özət

Birincili sklerozlaşdırıcı xolangit (BSX) autoimmun xolestatik xəstəlik olub, öd yollarında çoxsaylı fibrotik daralmalarla və seqmentar genişlənmələrlə xarakterizə olunur, bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri və digər autoimmun patologiyalarla birlikdə rast gələ bilər. BSX progressiv xəstəlikdir, davam edən xolestaz biliar sirroza gətirib çıxarır, xolangiokarsinoma (30%) və bağırsaqlarda xərçəng riskini artırır, diaqnoz qoyulduqdan sonra isə yaşama ehtimalı 10 ildir. Xəstəlik asimptomatik ola bilər, lakin əksər hallarda xolestaz, xolangit və sirroz əlamətləri ilə ortaya çıxır. Diaqnostikası üçün laborator və xolangioqrafik müayinələr lazım gəlir, xolestaz, xarakteristik xolangioqrafik görüntü (çəpərkəşəkilli öd yolları), digər xolangitlərin inkarı və iltihabi bağırsaq xəstəlikləri ilə diaqnoz dəqiqləşdirilir. Müalicəsi üçün qaraciyər transplantasiyası, endoskopik dilatasiya, ursodezoksixol turşusu və az hallarda isə cərrahi anastomozlardan istifadə edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR,	- Əməliyyatdaxili USM - ERXPQ - PTX

• Hemoqram • CRP • Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA digər) Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • MRT • Elastografiya • Xoledoxoskopiya • Endoskopik USM	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Qaraciyər transplantasiyası • ERXPQ daşçıxarma, nazobiliar drenaj, stent • Perkutan xoledox drenajı • Ru-Y tipli bilioenterik anastomoz • Stent (endoskopik, perkutan) • Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	• Açıq yolla xoledox drenajı

Diaqnostikasi

Şübhə

- Xronik xolestaz əlamətləri olan kişi xəstələrdə və sirrozda BSX-dən şübhələnmək lazımdır. Xəstədə bağırsağın iltihabi xəstəliyi varsa, bu şübhə ciddi şəkildə artır.

Dəqiqləşdirmə

- Birincili skleroz xolangitin diaqnozu 3 meyar əsasında dəqiqləşdirilir:
 - » Xolestaz
 - » Xolangioqrafiyada xarakterik dəyişikliklər ("çərəkəşəkili" öd yolları)
 - » Digər xolestatik xəstəliklərin olmaması
- **Xolestaz** klinik və laborator müayinələrlə dəqiqləşdirilir.
- **Xolangioqrafiya** üçün MRT ilk seçimdir. MRT-də öd yolları normal görünərsə və ya qeyri – diaqnostik olarsa, lakin klinik yüksək şübhə varsa, ERXPQ və ya perkutan xolangioqrafiya edilir. Xolangioqrafiyada öd yollarının "çərəkəşəkili" görüntüsü klassik BSX üçün xarakterikdir.
- Xolestaz və xarakterik xolangioqrafik görüntü BSX diaqnozunu təkbəşinə təsdiq və ya inkar etmir. Bunun üçün 3-cü meyar - **digər xolestatik xəstəliklərin inkar edilməsi** lazımdır.
- Xolangioqrafiyalarda dəyişiklik tapılan xəstələrdə klassik BSX ilə böyük axarlarda daralma törədən xəstəlikləri differensiasiya etmək gərəkir:

- » Postoperativ (anastomoz strikturları, postravmatik, posttransplant və digər)
- » Xoledoxolitiaz
- » İgG4 xolangiti
- » İşemik (transplantatın qeyri-anastomotik darlıqları, arterial liqasiya, embolizasiya və s.)
- » Parazitar, infeksiyon (təkrarlanan piogen xolangit, QİÇS xolangiopatiyası və s.)
- » İnfiltrativ (sarkoidoz, tuberkuloz və s.)
- » Neoplastik (xolangiokarsinoma, hepatosellüler karsinoma, pankreatik və digər neoplazmalar)
- » Anadangəlmə (biliar atreziya, Karoli xəstəliyi və s.)
- » Toksik (kimyəvi dərman xolangiti, 5-flüorurasil və s.)
- » Digər (portal hipertenziv biliopatiya və s.)
- Xolangioqrafiyada dəyişiklik tapılmayan xolestatik xəstələrdə isə kiçik axacaq formalı BSX ilə intrahepatik xolestazları differensiasiya etmək lazım gəlir. Bunun üçün ilk növbədə aşağıdakı xəstəlikləri göz önünə almaq lazımdır:
 - » Birincili biliar sirroz və müştərək sindromlar
 - » Dərman xolestazi
 - » Xolestatik hepatitlər (autoimmun və alkohol)
 - » Bədxassəli xolestazlar (HSX, XSX, limfoma, Stafler sindromu, metastaz)
- Differensiasiya üçün klinik məlumatlar, autoimmun markerlər (AMA, ANA, ASMA, LKM), hətta qaraciyər biopsiyası lazım gəlir.
- Digər xolestatik xəstəliklər inkar edilərsə və xəstədə iltiahabi bağırsaq xəstəliyi varsa, belə hal kiçik axacaq formalı BSX qəbul edilir.

Müalicəsi

- Müalicəsində **konservativ, endoskopik dilatasiya, cərrahi anastomozlar və transplantasiya**dan istifadə edilir.
- **Qaraciyər transplantasiyası** BSX-nin ən effektiv müalicəsidir, 5 və 10 illik yaşama 86% və 70% təşkil edir, çoxsaylı ekstra- və intrahepatik daralmalarda və sirroz inkişaf edənlərdə göstərişdir.
- Konservativ və endoskopik müalicələr simptomları azaltmaq və ağırlaşmaların müalicəsi üçün aparılır.
- **Konservativ müalicə** asimptomatik və xolestatik xəstələrdə tətbiq edilir. Ursodezoksixol turşusu (15 – 20 mq/kq) ən effektiv dərmandır. İmmunosupressiv, iltihabəlehinə və digər dərmanlar (qlükokortikoidlər, azatioprin, siklosporin, takrolimus, metotreksat, kolxisin, pentoksifillin, d-pensilamin, xolestiramin) faydalı deyil, digər autoimmun xəstəliklərlə yanaşı gedən hallarda UDXT ilə birlikdə tətbiq edilir. Bundan başqa xolestaz ağırlaşmalarının (osteopeniya, osteoporoz, avitaminozlar, qaşınma və s.) profilaktika və müalicəsi üçün də konservativ tədbirlər aparılır.
- **Endoskopik dilatasiya** dominant ekstrahepatik daralmalarda, xoledox daşlarında, təkrarlanan bakterial xolangitlərdə tətbiq edilir. Stent infeksiyalaşmanı artırdığı üçün tövsiyə edilmir və ya qısamüddətli (3-12 gün) tətbiq edilə bilər. Endoskopik müalicə ilə UDXT-nin birlikdə istifadəsi xəstələrin 50%-də simptomları azaldır.

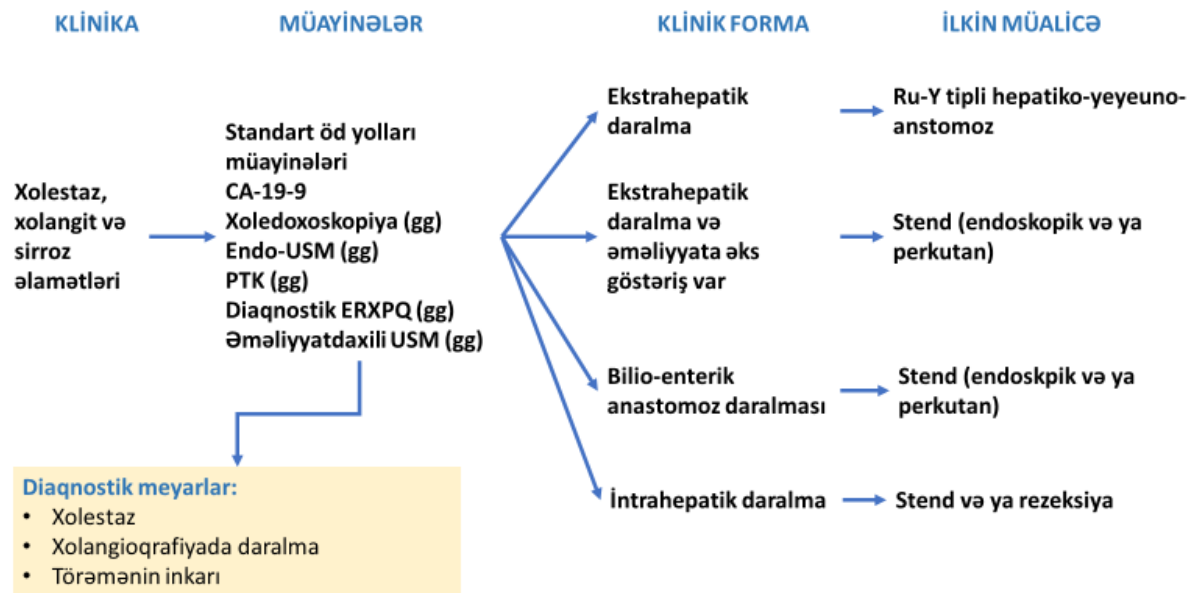
- **Cərrahi müalicələr (strikturun rezeksiyası, bilioenterik anastomozlar)** sirrozu olmayan xəstələrdə dominant (mənfəzi 1-1,5 mm-ə qədər daralması) ekstrahepatik daralma olduqda aparıla bilər. Lakin kəskin xolangit ehtimalını artırdığı üçün (50 %) **hazırda az tövsiyə olunur.**

İKİNCİLİ SKLEROZLAŞDIRICI XOLANGİT (ÇAPIQ DARALMALARI)

Özət

İkincili sklerozlaşdırıcı xolangitlər və ya çapıq daralmalar xroniki iltihabın, travmanın və ya anadangəlmə proseslərin öd yollarında törətdiyi fibrotik ağırlaşmadır. İkincili fibrotik darlıqların əksəriyyəti əməliyyatlardan sonra, az hallarda isə xronik iltihaba (xolangit, pankreatit, xora, Kron xəstəliyi, daşlar və s.) bağlı meydana gəlir. Darlıqlar asimptomatik ola və ya xolestaz və xolangit əlamətləri ilə meydana çıxa bilər. Təkrarlanan və uzunmüddətli xolestaz biliar sirroza gətirib çıxarır. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya və tomoqrafiya vacibdir. Müalicəsi üçün ilk seçim Ru-Y tipli ilgəklə bilio-enterik anastomozdur, ikinci seçim isə biliar stentdir.

İkincili skleroz xolangit – çapıq daralmalar



Prof. Dr. NYBoy

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, • Hemoqram • CRP	• Əməliyyatdaxili USM • ERXPQ • PTX

• Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA digər) Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • MRT • Elastografiya • Xoledoxoskopiya • Endoskopik USM	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Ru-Y tipli bilioenterik anastomoz • Stent (endoskopik, perkutan) • ERXPQ daşçıxarma, nazobiliar drenaj, stent • Perkutan xoledox drenajı • Xoledox patologiyalarına görə digər spesifik müalicələr (sistin, infeksiyanın müalicələri) • Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	• Açıq yolla xoledox drenajı • Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostikasi

Şübhə

- Əməliyyatdan sonra öd sızması olanlarda, xolestaz, xolangit, xoledox daşlarında və sirrozu olanlarda öd yolları daralmalarından şübhələnmək lazımdır.

Dəqiqləşdirmə

- Daralmanı dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya lazımdır və bu məqsədlə ilk seçim MRT-dir.
- MRT daralmanı dəqiqləşdirə bilmirsə, kontrast xolangioqrafiya aparılır.
- Mənfəzin 2 mm-dən çox daralması və ya proksimal hissənin distala nəzərən genişlənməsi daralmanı təsdiqləyən əlamətlərdir.
- Daralmanın çapıq, yoxsa digər mənşəli olduğunu təyin etmək üçün klinik, laborator, tomoqrafik və xolangioqrafik məlumatlar nəzərə alınır. İlk növbədə daş, törəmə ilə sonra isə parazitlər, yad cisimlər, iltihab və s. arasında differensiasiya gərəkir.

Səbəbin təyini

- Daralmanın çapıq mənşəli olduğu məlum olduqdan sonra səbəbini araşdırmaq üçün ilk növbədə anamnestik məlumatlar nəzərə alınır.
- Anamnezdə öd yollarında və ya ətrafındakı əməliyyatlar, əməliyyatdan sonrakı müddət, əməliyyatın növü və göstərişi darlığın differensiasiyasına kömək edə bilər.

- Anamnezində əməliyyat olmayan xəstələrdə sklerozlaşdırıcı xolangitin digər növləri arasında differensiasiya aparmaq lazım gəlir.

Daralmanın yerinin təyini

- Daralmanın yerini təyin etmək üçün xolangioqrafiya aparılır və Bismut klassifikasiyasına görə qiymətləndirilir.

Müalicəsi

- Öd axacaqları darlıqlarının müalicəsində əsas hədəf ödün bağırsağa normal, uzunmüddətli axınını təmin etmək, təkrarlanmanın qarşısını almaq və ağırlaşmaları aradan qaldırmaqdır.
- Ödün bağırsağa axınını təmin etmək üçün anastomoz və stent tətbiq edilir.
- Postoperativ darlıqlarda anastomoz ən effektiv drenaj üsulu sayılır. Bilio-biliar anastomozlarda daralma, bilioenterik anastomozlarda isə reflüks və qalxan xolangit ehtimalı yüksəkdir. Bunu nəzərə alaraq Ru-Y tipli uzun nazik bağırsaq (>60 sm) ilgəyi ilə öd yolları arasında 4 sm-dən geniş yan-yana anastomoz ilk seçim əməliyyatı sayılır.
- Stent əməliyyat riski yüksək olanlarda tövsiyə edilir.
- Anastomoz stenozunun profilaktikası üçün anastomozun klassik 10 şərtinə əməl olunmalıdır:
 - » Sağlam toxuma səviyyəsində anastomoz qoyulmalıdır
 - » Ətrafında iltihab olmamalıdır
 - » Qan təchizatı qorunmalıdır
 - » Gərginlik olmamalıdır
 - » Eyniadlı toxumalar yaxınlaşdırılmalıdır (mukoza-mukoza anastomozu)
 - » Arada yad cisim olmamalıdır (hematoma, nekrotik toxuma, sap və s.)
 - » Mənfəzdaxili hipertenziya olmamalıdır (axın əngəllənməməlidir)
 - » Tikişlər toxumaları sıxmamalıdır
 - » Mənfəz daralmamalıdır (geniş olmalıdır mümkünə >2 sm)
 - » Burulma olmamalıdır.

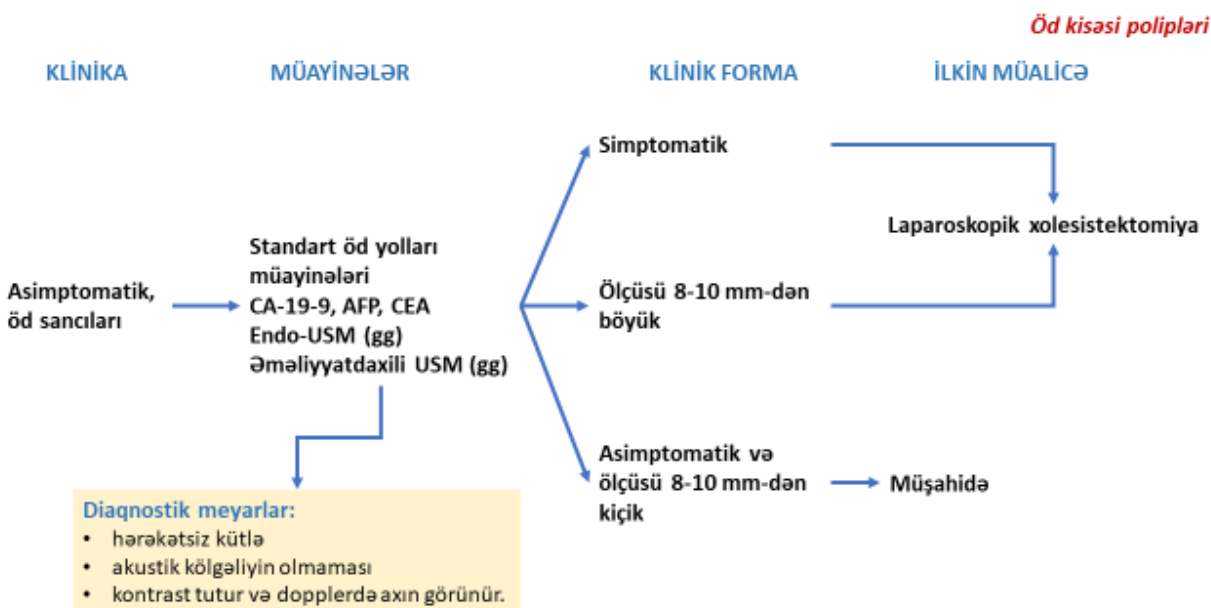
ÖD YOLLARININ TÖRƏMƏLƏRİ

Xolangiokarsinoma ən çox qapı bölgəsində, sonra distal hissədə, ən az isə (6%) intrahepatik öd yollarında yerləşir. Birincili sklerozlaşdırıcı xolangit, intrahepatik xolelitiaz, darlıqlar, xoledoxolitiaz, xoledox sistləri, anomaliyalar xolangiokarsinoma üçün risk amilləridir. İntrahepatik xolangiokarsinomalar HSX kimi biruzə verir, lakin ondan fərqli olaraq adətən normal qaraciyər zəminində rastlanır. Ekstrahepatik xolangiokarsinomalar başlanğıcda asimptomatik olur, tıxanma artdıqca mexaniki sarılıq əlamətləri ortaya çıxır. Diaqnostikada xolangioqrafiya, tomoqrafiya və angioqrafiya lazım gəlir. Xolangiokarsinomanın əsas müalicəsi radikal rezeksiyadır: intrahepatik formada Qc rezeksiyası, qapı formasında haça ±Qc rezeksiyası, distal formada isə PDR aparılır. Qeyri-rezektabel hallarda sarılığı aradan qaldırmaq üçün yanyol anastomozları və stent tətbiq edilir.

ÖD KİSƏSİ POLİPLƏRİ

Özət

Poliplər öd kisəsinin divarından mənfəzə doğru çıxıntışəkilli törəmələrə deyilir və müxtəlif mənşəli ola bilər: xolesterin, adenomiyomatoz, iltihabi, neoplastik və s. Öd kisəsi poliplərinin əksəriyyəti qeyri-neoplastik mənşəlidirlər (xolesterin, adenomiyomatoz, iltihabi). Poliplər daşla birlikdə və təkbaşına rast gələ bilər, xolesterin polipləri öd daşının səbəbi və mexanizmi ola bilər. Ölçüsü 10 mm-dən böyük olan neoplastik poliplərin maliqnezasiya ehtimalı var. Öd kisəsi polipləri əksər hallarda simptom törətmirlər, az hallarda öd sancısı, təkrarlanan pankreatit, nadir hallarda isə hemobiliya əlamətləri ilə ortaya çıxırlar. Diaqnostikası üçün USM edilir, daşdan fərqləndirmək üçün Doppler və kontrast müayinə ilə kütlədə qan axınının olub-olmadığı yoxlanılır. Əməliyyatı müayinələrə polipin təbiətini müəyyənləşdirmək mümkün deyil, dəqiqləşmə histopatoloji müayinədə mümkündür. Simptomatik və ya ölçüsü 10 mm-dən çox olan poliplərdə laparoskopik xolesistektomiya, asimptomatik və 10 mm-dən kiçik poliplərdə isə müşahidə tövsiyə edilir.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR,	• Əməliyyatdaxili USM • PET-KT • Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya • ERXPQ • PTX

• Hemoqram • CRP • Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA, digər) Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • MRT/KT • Elastografiya • Biospsiya	• Endoskopik USM • Biopsiya • Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Laparoskopik xolesistektomiya	• Radikal xolesistektomiya • Xoledox ekssiziyası və limfadisseksiya • Sağ və ya sol hepatektomiya

Diaqnostikasi

Şübhə

- Poliplərin spesifik klinik əlaməti yoxdur.
- Təkrarlanan öd sancıları, pankreatit, hemobiliya USM-də divarda kütlə və ya çıxıntı görüntüsü polipə şübhə yaradır.

Dəqiqləşdirmə

- Dəqiqləşdirmə üçün daşla differensiasiya etmək lazımdır və bunun üçün görüntüləmə müayinələri (USM, doppler, kontrastlı tomoqrafiya) ilə törəmənin hərəkətliliyi və qan axını yoxlanılır.
- Poliplər üçün xarakterik əlamətlər:
 - » hərəkətsiz olması
 - » akustik kölgəliyin olmaması
 - » poliplər toxuma olduqları üçün kontrast tutur və dopplərdə qan axını görünür.

Növünün təyini

- Əməliyyatın müayinələrlə polipin təbiətini müəyyənləşdirmək mümkün deyil, dəqiqləşdirmə histopatoloji müayinədə mümkündür.

Müalicəsi

- Poliplərə müalicəvi yanaşmada simptomatikliyi və ölçüsü nəzərə alınır.
- Simptomatik poliplərdə xolesistektomiya məsləhətdir.
- Simptom verməyən kiçik (<10 mm) poliplərdə müşahidə, böyük poliplərdə isə (>10 mm) xolesistektomiya tövsiyə olunur.

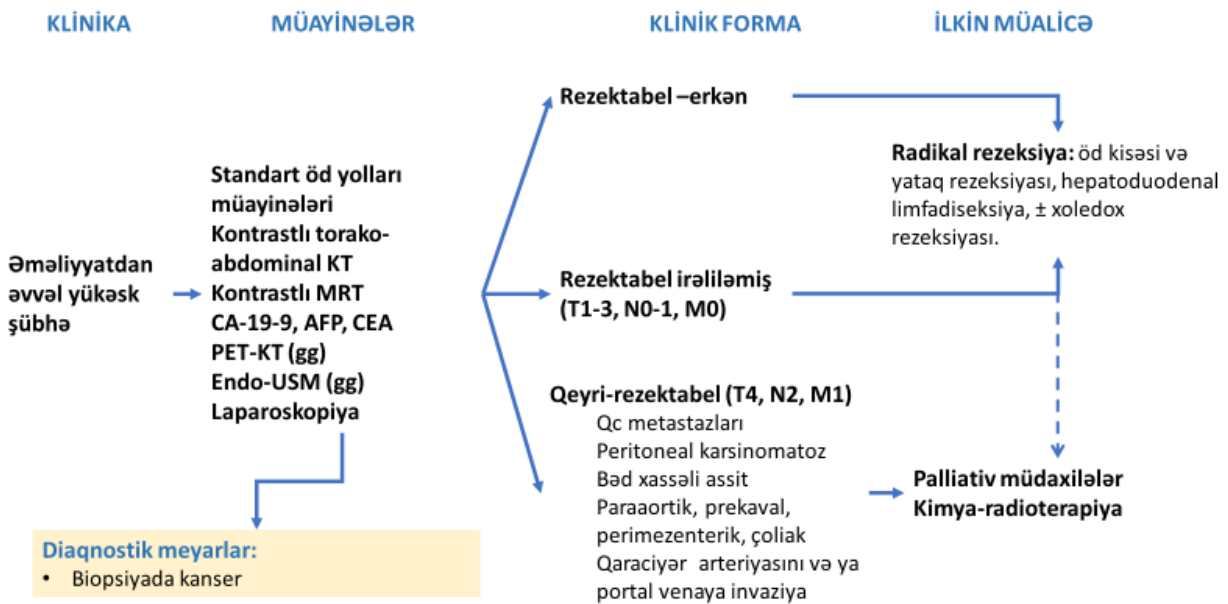
ÖD KİSƏSİ XƏRÇƏNGİ

Özət

Öd epitelindən inkişaf edən bədxassəli törəmələrə **öd kisəsi xərçəngi, ekstrahepatik və intrahepatik xolangiokarsinomalar** aid edilir.

Öd kisəsinin bədxassəli şişlərinin əksəriyyəti adenokarsinomalardır, adenoma, kirəcləşmiş kisə, yaşlılarda böyük (> 2 sm) daş və xoledox anomaliyaları (sist, birləşmə) risk amilləri sayılır. Xəstəlik başlanğıcda adətən asimptomatik olur, irəlilədikcə öd sancısı, kəskin xolesistit və ya mexaniki sarılıq əlamətləri ilə ortaya çıxırlar. Simptomatik mərhələdə əksəriyyəti qeyri-rezektablel olur. Erkən mərhələdə diaqnozu patohistoloji müayinə ilə dəqiqləşdirilir, gecikmiş mərhələlərdə USM və tomoqrafiyada kisə divarında və ətrafında törəmə görünür. Öd kisəsi xərçənginin əsas müalicəsi cərrahi müalicədir: erkən mərhələdə sadə xolesistektomiya, yerli-yayılmış lakin rezektablel mərhələdə radikal xolesistektomiya və ya qaraciyər rezeksiyası. Qeyri-rezektablel hallarda palliativ tədbirlər – yanyol anastomozları və ya stent istifadə edilir.

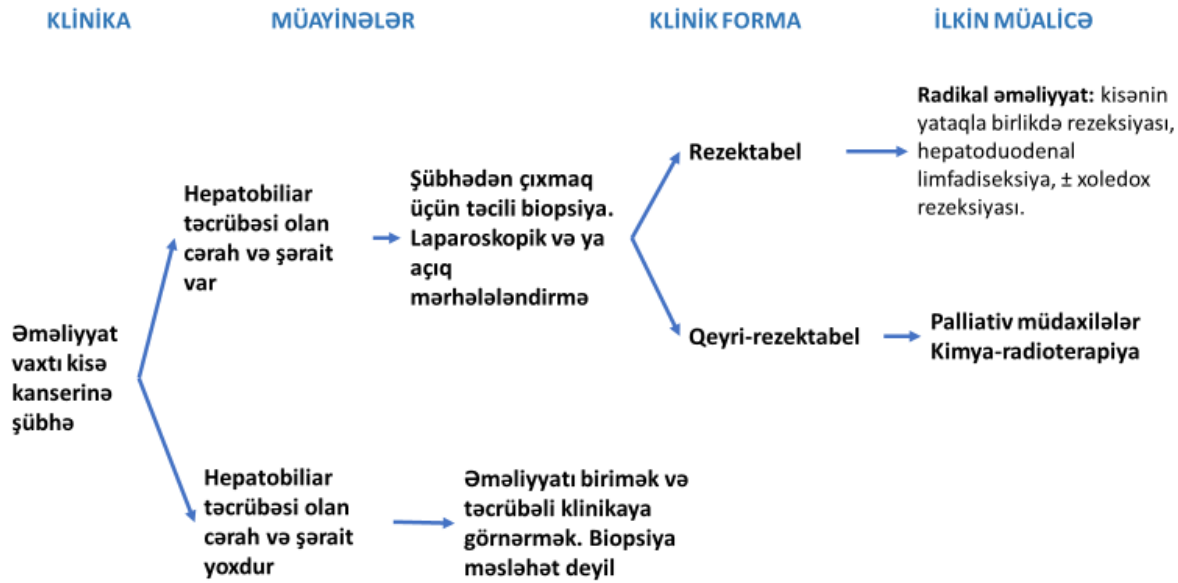
Öd kisəsi xərçəngi - əməliyyatınə yanaşma



Prof. Dr. NYBoy

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

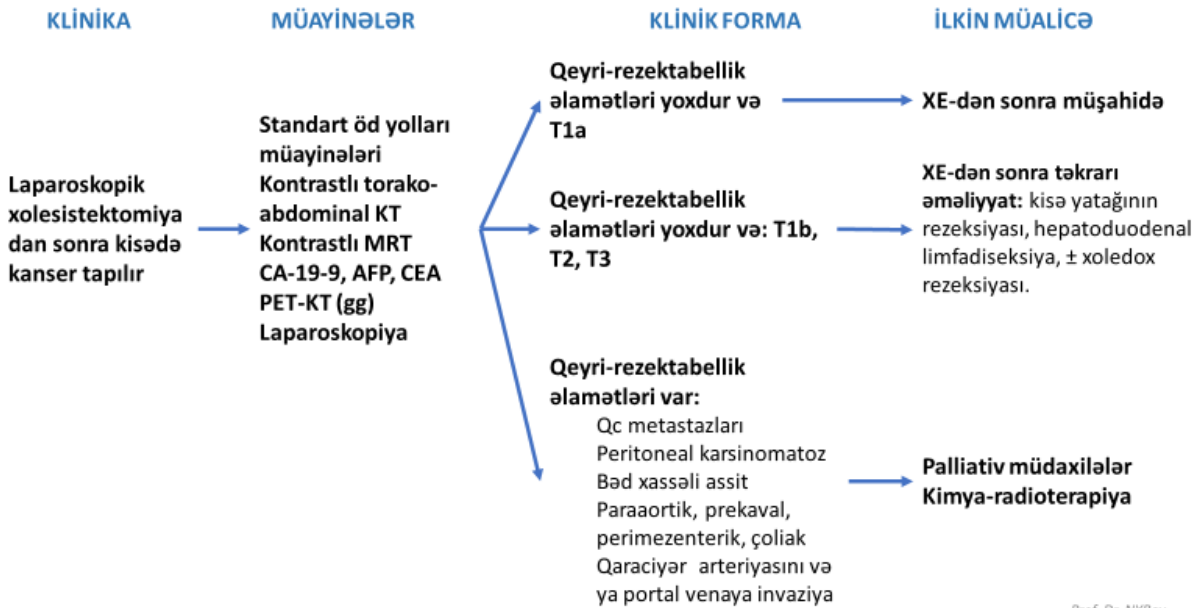
Öd kisəsi xərçəngi - əməliyyatdaxili yanaşma



Prof. Dr. NYBay

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Öd kisəsi xərçəngi - əməliyyatsonrası yanaşma



Prof. Dr. NYBay

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP - Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA, digər) Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT/KT - Elastoqrafiya - Biospsiya	- Əməliyyatdaxili USM - PET-KT - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - ERXPQ - PTX - Endoskopik USM - Biopsiya - Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Radikal xolesistektomiya - Xoledox eksiziyası və limfadisseksiya - Sağ və ya sol hepatektomiya - Mərkəzi rezeksiya - Pankreatoduodenal rezeksiya - Segment-3 yanyol - Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	- Açıq yolla xoledox drenajı - Stent - Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostikası

Şübhə

- Öd kisəsi xərçənginin spesifik əlamətləri yoxdur və aşağıdakı hallarda öd kisəsi xərçəngindən şübhələnmək olar:
 - » Yaşlı xəstələrdə kəskin xolesistit, xolangit və mexaniki sarılıq
 - » Kirəcləşmiş öd kisəsi
 - » Böyük daşlarda (>2 sm)

- » USM-də və ya tomoqrafiyada kisə divarında qalınlaşma və qaraciyərə, qapıya doğru inkişaf edən kütlə
- » CA – 19 – 9 artması

Dəqiqləşdirmə

- Öd kisəsi xərçənginin diaqnozu biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Erkən mərhələ xərçənglərdə bu adətən çıxarılmış öd kisəsinin patohistoloji müayinələrində ortaya çıxır.
- Gecikmiş mərhələlərdə isə tomoqrafiyada öd kisəsi divarından ətrafa doğru inkişaf edən kütlələrdən biopsiya diaqnozu dəqiqləşdirə bilər, lakin bəzən buna ehtiyac qalmır.
- Bəzən differensiasiya çətinliyi olarsa, PET-KT etmək lazım gəlir.

Mərhələnin təyini

- Törəmənin kisə divarına yayılma dərəcəsini təyin etmək üçün histoloji müayinə edilir.
- Qaraciyərə, qapı elementlərinə yayılmasını və distal metastazları təyin etmək üçün kontrastlı KT və ya MRT etmək lazımdır. Qarındaxili yayılmanı dəqiqləşdirmək üçün diaqnostik laparoskopiya, uzaq metastazların axtarışı üçün PET-KT lazım gələ bilər.
- TNM klassifikasiyasına görə öd kisəsi xərçənginin 4 mərhələsi müəyyən edilir:
 - I mərhələ - şiş mukoza səviyyəsidədir xüsusi qışaya (T1a) və ya əzələ qatına invaziya edir (T1b), düyünə və ya uzağa yayılma yoxdur (N0, M0)
 - II mərhələ - şiş əzələətrafı qatlara invaziya edir, serozaya (T2a) və ya qaraciyərə (T2b) invaziya etmir, limfa düyünlərinə və uzağa metastaz yoxdur (N0, M0)
 - III mərhələ - şiş serozanı aşır, yaxın orqanlardan birinə invaziya edir (qaraciyərə, xoledoxa, 12bb-a, kolona, mədəyə), limfa düyününə yayılma ola bilər
 - IV mərhələ - şiş portal venaya və ya ekstrahepatik orqanlardan iki və ya çoxuna invaziya edir (T4) və ya ikinci qrup limfa düyünlərinə və ya uzaq metastazlar (M1) var.
- Klinik klassifikasiyaya görə öd kisəsi xərçəngini adətən 3 mərhələsi qeyd edilir:
 - **Erkən mərhələ** - şiş öd kisi divarından kənara çıxmır, limfa düyünlərinə və uzaq metastazlar yoxdur.
 - **İrəliləmiş rezektabel mərhələ** - şiş kisə divarından kənara çıxır, ətraf orqanlara invaziya edir, lakin radikal çıxarıla bilər.
 - **İrəliləmiş qeyri-rezektabel mərhələ** - şişin uzaq metastazları var və ya geniş yerli yayılmaları var:
 - Qc-ə metastazları var
 - peritoneal karsinomatoz
 - bəd xassəli assit var
 - paraaortik, prekaval, perimezenterik, çoliak düyünlərə yayılma var
 - hepatoduodenal bağın geniş tutulması var
 - şiş qaraciyər arteriyasını və ya portal venanı tutur.

Müalicəsi

- Öd kisəsi xərçənginin əsas müalicəsi radikal əməliyyatdır, lakin bu 10-20% hallarda mümkündür.

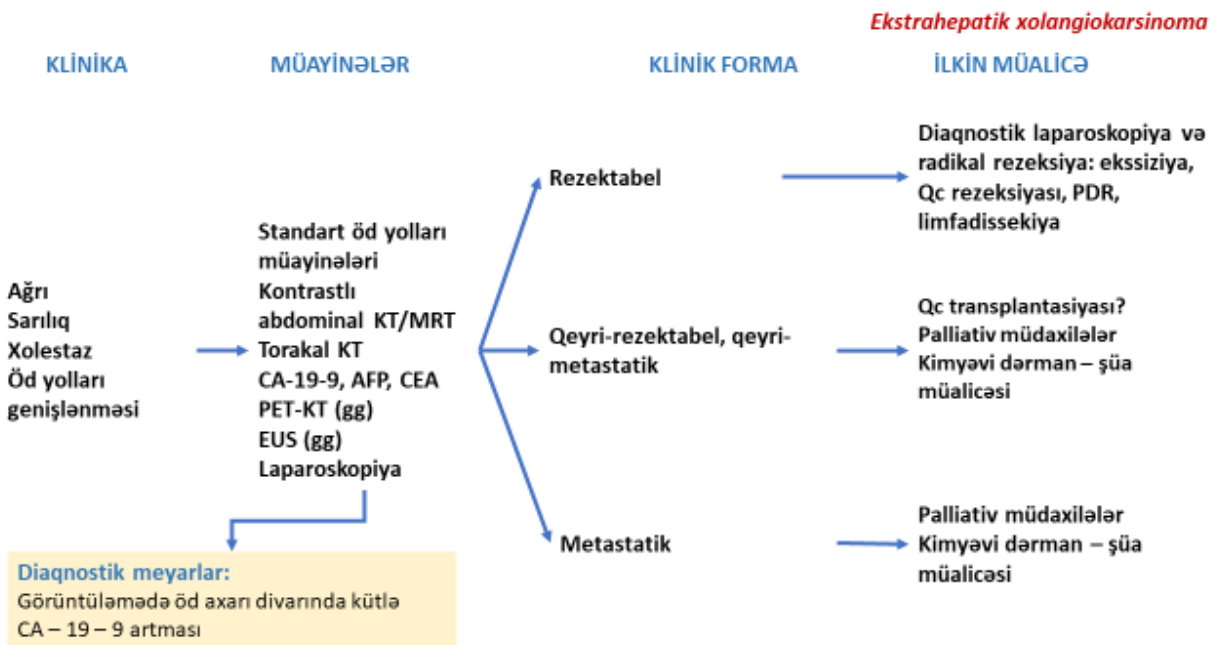
- Ümumi müalicə prinsipi rezektabel vəziyyətlərdə (erkən və irəli rezektabel mərhələlər) radikal cərrahi müdaxilədən, qeyri-rezektabel vəziyyətlərdə isə palliativ müdaxilə və kimya-radioterapiyadan ibarətdir.
- Törəmənin tapılma dövrü və mərhələsi nəzərə alınıraraq diaqnostika və müalicə yanaşması seçilir.
- **Əməliyyatdan əvvəl** tapılan və ya yüksək şübhə olan öd kisəsi xərçəngində (öd kisəsi divarında qalınlaşma, qaraciyər yatağında kütlə, qaraciyər qapısında kütlə, peritoneal karsinomatoz, mexaniki sarılıq, kirəcləşmiş kisə, yükək CA-19-9 və s) ilk məsələ törəmənin mərhələsini təyin etməkdir. Bu məqsədlə kontrastlı MRT, kontrastlı abdominal və toraks KT ilə qaraciyər, damarlar, öd yolları, limfatik düyünlər, ekstrahepatik orqanlar və ağciyər yoxlanılır. PET-KT limfatik düyünləri yoxlamaq üçün daha həssas üsuldur. Qarındaxili yayılmanı dəqiqləşdirmək üçün diaqnostik laparoskopiya edilməsi lazım gəlir. Aparılan müayinələrdə əldə edilən nəticələrə görə müalicə üsulu seçilir.
 - Törəmə rezektabel görünərsə, (metastaz, assit, karsinomatoz, damar invaziyası, ekstra-regional limfa düyünlərinə yayılma yoxdursa) diaqnostik laparoskopiya edilir və resektabellik təsdiq olunrsa radikal xolesistektomiya edilir: öd kisəsinin qaraciyər yatağı ilə birlikdə rezeksiyası, gərəkərsə IV və V segmentlərin rezeksiyası, limfadiseksiya, əlavə olaraq kisə axacağının təcili biopsiyasında törəmə varsa xoledox rezeksiyası.
 - Törəmənin rezektabel ekstrahepatik orqan invaziyası varsa geniş radikal rezeksiya edilə bilər (qaraciyər rezeksiyası, PDR, kolon və digər rezeksiyalar) və ya kimyaterapiya edilərək cavab nəzər alınə bilər.
 - Müayinələrdə törəmə qeyri-rezektabel görünərsə (metastaz, assit, karsinomatoz, damar invaziyası, ekstraregional limfa düyünlərinə yayılma varsa) palliativ müdaxilələr və kimya-radioterapiya edilir.
- **Əməliyyat vaxtı** öd kisəsi xərçənginə şübhə yaranarsa (öd kisində törəmə, ətrafa bitişmələr qalın divar və s.) cərrahin və klinikanın təcrübəsinə uyğun yol seçilir. Hepatobiliar təcrübəsi olan cərrah və şərait yoxdursa əməliyyat sonlandırılır və təcrübəli klinikaya göndərilir. Yayılmaya səbəb olduğu üçün biopsiya çox tövsiyə edilmir, lakin xolesistektomiya edilə bilər. Hepatobiliar təcrübəsi olan cərrah və şərait varsa açığa keçilir, rezektabellik yoxlanılır, rezektabeldirsə radikal rezeksiya edilir, rezektabel deyilsə biopsiya edilərək əməliyyat tamalanır.
- **Əməliyyatdan sonra tapılan** öd kisəsi xərçəngində görüntüləmə müayinələr edilir (kontrastlı torakoabdominal KT, kontrastlı MRT və göstərişə görə PET-KT və laparoskopiya) və histoloji müayinənin nəticələri nəzərə alınır.
 - Qeyri-rezektabellik əlamətləri varsa palliativ müdaxilələr (məsələn sarılıqda stent və yanyol anastomozları) və kimya-radioterapiya edilir.
 - Görüntüləmələrdə qeyri-rezektabellik əlamətləri yoxursa patohistoloji müayinələrin nəticəsinə görə davranılır:
 - T1a olan hallada (törəmə lamina propriaı keçmir) əlavə müalicəyə ehtiyac qalmır və xəstə izlənilir.
 - T1b, T2 və T3 (törəmə əzələ qatına, serozaya və ya yaxın orqanlardan birinə invaziya edir) mərhələsindəki şişlərdə radikal əməliyyat edilir: öd kisəsi ən azı 2 sm və ya daha gərin yataq rezeksiyası, hepatoduodenal limfadiseksiya, öd kisəsi axacağının təcili biopsiyası müsbətdirsə xoledox rezeksiyası.

- 5 illik yaşam rezeksiyalardan sonra I-II mərhələdə – 70 – 100%, III mərhələdə 40 – 60%, IV mərhələdə isə 20 – 40% ola bilər.

XOLANGİOKARSİNOMA

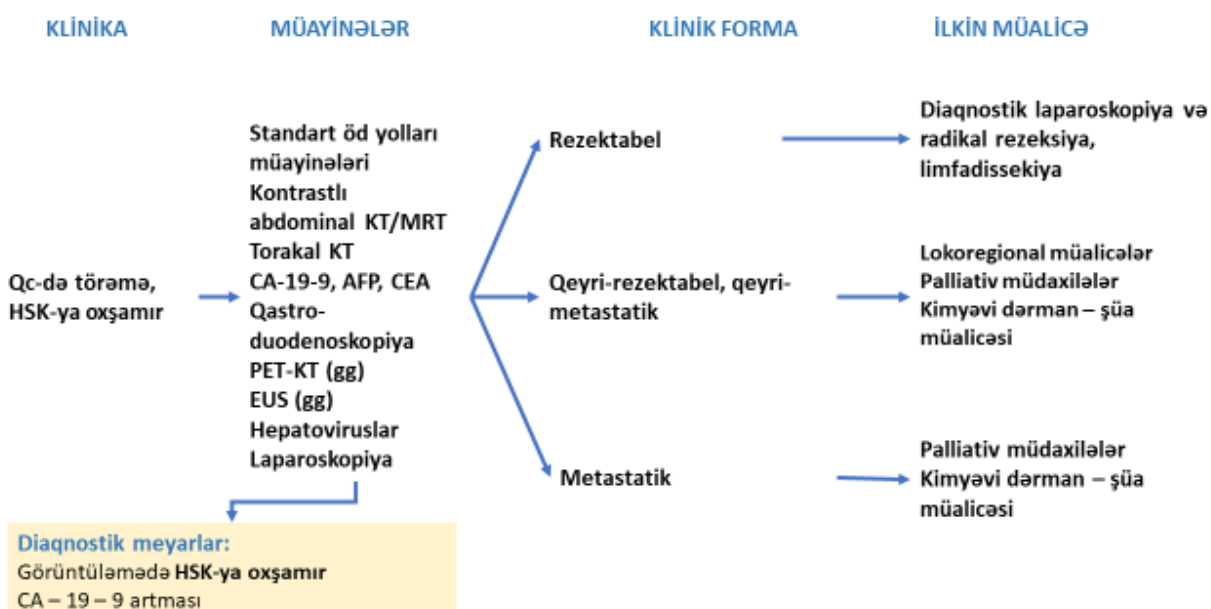
Özət

Xolangiokarsinoma ən çox qapı bölgəsində, sonra distal hissədə, ən az isə (6%) intrahepatik öd yollarında yerləşir. Birincili sklerozlaşdırıcı xolangit, intrahepatik xolelitiaz, darlıqlar, xoledoxolitiaz, xoledox sistləri, anomaliyalar xolangiokarsinoma üçün risk amilləridir. İntrahepatik xolangiokarsinomalar HSX kimi biruzə verir, lakin ondan fərqli olaraq adətən normal qaraciyər zəminində rastlanır. Ekstrahepatik xolangiokarsinomalar başlanğıcda asimptomatik olur, tıxanma artdıqca mexaniki sarılıq əlamətləri ortaya çıxır. Diaqnostikada xolangioqrafiya, tomoqrafiya və angioqrafiya lazım gəlir. Xolangiokarsinomanın əsas müalicəsi radikal rezeksiyadır: intrahepatik formada Qc rezeksiyası, seçilmiş halarda Qc transplantasiyası, qapı formasında haça ±Qc rezeksiyası, distal formada isə PDR aparılır. Qeyri-rezektabel hallarda sarılığı aradan qaldırmaq üçün yanyol anastomozları və stent tətbiq edilir.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

İntrahepatik xolangiokarsinoma

Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP - Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA, digər) Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT/KT - Elastoqrafiya - Biospsiya	- Əməliyyatdaxili USM - PET-KT - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - ERXPQ - PTX - Endoskopik USM - Biopsiya - Xoledoxoskopiya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
miya	Stent

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Qaraciyər rezeksiyası • Pankreatoduodenal rezeksiya • Segment-3 yanyol | <ul style="list-style-type: none"> • Qaraciyər transplantasiyası |
|--|---|

Diaqnostikası

Şübhə

- Aşağıdakı hallarda xolangiokarsinomadan şübhələnmək və yoxlamaq lazımdır
 - » Mexaniki sarılığı olan yaşlı xəstələr
 - » Xolangiokarsinomanın risk amilləri olanlarda (birincili skleroz xolangit, intrahepatik xolelitiaz, xoledoxolitiaz, darlıqlar, xoledox sistləri, xoledox anomaliyaları (xoledoxun pankreatik axacağa duodenumdan kənarda birləşməsi, parazitik infeksiyaları (*Opisthochis*, *Clonorchis*))
 - » CA – 19 – 9 və CEA artan xəstələrdə
 - » USM-də daş görünməyən mexaniki sarılıqlarda
 - » Öd kisəsi böyüməyən mexaniki sarılıqlarda Klatskin törəməsinə böyük şübhə
 - » Qaraciyərdə kütlə tapılan xəstələrdə
 - » Xolestaz göstəriciləri yüksək olan xəstələrdə

Dəqiqləşdirmə

- Aşağıdakı meyarların olması əksər hallarda ekstrahepatik xolangiokarsinoma diaqnozunu dəqiqləşdirir:
 - » Tomoqrafiyada, endoskopik USM və ya xoledoxoskopiya öd axarı divarında kütlə görünməsi
 - » CA – 19 – 9 artması
 - » Bəzən diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün xoledoxoskopik yolla sitoloji və histoloji müayinələr və PET-KT gərəkir.
- İntrahepatik xolangiokarsinomanın diaqnozu aşağıdakı meyarlara əsasən dəqiqləşdirilir:
 - » kontrastlı müayinələrdə arterial hipervaskulyarizasiya və venoz yuyulma
 - » biopsiya
- Bəzən birincili sklerozlaşdırıcı xolangitdə dominant daralma ilə xolangiokarsinoma arasında differensiasiya etmək lazım gəlir. Tomoqrafiyada törəmənin görünməsi və CA-19-9 səviyyəsinin 139-dan yüksək olması xolangiokarsinoma lehinə qərar kimi qəbul edilir. Belə hallarda dilatasiyadan sonra CA-19-9 dinamikasına da baxmaq faydalı olur – sklerozlaşdırıcı xolangitdə azalır, xolangiokarsinomalarda isə artmaqda davam edir.

Mərhələnin təyini

- Tıxanmanın xarakterini, yerini və şişin yayılmasını dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya, tomoqrafiya və angioqrafiya lazımdır.
- Törəmənin yerini və öd yollarında yayılmasını müəyyənləşdirmək üçün MRT ilk seçimdir.
- Qaraciyərə və damarlara yayılmanı dəqiqləşdirmək üçün KT – angioqrafiya və ya MR angioqrafiya edilir.
- Uzaq metastazların təyində KT və ya PET-KT istifadə edilə bilər.

- Distal törəmələrin diaqnostikasında endoskopik USM edilə bilər.

Müalicəsi

- Xolangiokarsinomanın əsas müalicəsi radikal rezeksiyadır.
- Rezektabel vəziyyətlərdə lokalizasiyadan asılı olaraq qaraciyər rezeksiyası, ekssiziya və pankreatoduodenal rezeksiya əməliyyatları aparılır:
 - » İntrahepatik formada rezektabel vəziyyətlərdə (qaraciyər parenximasının >30% saxlana bilirsə) qaraciyər rezeksiyası edilir (bu 15 – 20% halda mümkün olur). Qaraciyər parenximasının 60%-dən çoxu çıxarılacaqsə, əməliyyatdan əvvəl portal vena embolizasiyası və ya liqasiya və seperasiya edilərək qalacaq pay böyüdüldür (ALPPS). Seçilmiş xəstələrdə Qx transplantasiyası edilə bilər.
 - » Damara yayılması olmayan Klatskin şişində haça rezeksiya edilir, bilio-enterik anastomoz qoyulur.
 - » Damarı və axacağı birtərəfli tutan Klatskin şişində haça və Qc rezeksiyası edilir, buna pankreato – duodenoektomiya da əlavə edilə bilər. Damar və axaqları ikitərəfli tutulması, portal venaya geniş yayılma, limfatik və distal yayılmalar rezeksiyaya əks göstərişdir.
 - » Supraduodenal yerləşən rezektabel törəmələrdə xoledox ekssiziyası, limfadisseksiya aparılır.
 - » Distal rezektabel formada isə PDR aparılır və bu 80% hallarda mümkün olur.
- Qeyri-rezektabel hallarda sarılığı aradan qaldırmaq üçün palliativ tədbirlər həyata keçirilir: operabel xəstələrdə yanyol anastomozları, qeyri-operabel xəstələrdə isə stent ilk seçimdir.

ÖD YOLLARI ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Özət

Əməliyyat vaxtı və ya travma nəticəsində axacaqların kəsilməsi (divar defekti, yaralanması, kauterlə nekrozu), bağlanması və ya arteriyaların zədələnməsi nəticəsində baş verən işemiya öd yolları zədələnməsi adlanır. Öd yolları zədələnmələrinin böyük əksəriyyəti əməliyyat vaxtı, az hissəsi isə travmalarda baş verir. Xolesistektomiya zədələnməyə ən çox səbəb olan əməliyyatdır və bu əməliyyat vaxtı 0,3-0,6% hallarda zədələnmə baş verir. Yetərsiz görüş sahəsi, köklük, qanaxma, iltihab, kobud texnika, təcrübəsizlik zədələnməyə şərait yaradır. Zədələnmə əməliyyat vaxtı öd sızması, erkən dövrdə öd sızması (drenajdan, yarıdan öd gəlməsi, qarında öd) və mexaniki sarılıq, gec dövrdə isə mexaniki sarılıq və xolangit əlamətləri ilə biruzə verir.

Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya lazım gəlir və MRT ilk seçimdir, lakin əksər hallarda kontrastlı xolangioqrafiyaya da ehtiyac yaranır (endoskopik, perkutan). Müalicəsi üçün anastomozlar (bilio-biliar və bilio-digestiv), drenaj, stent istifadə edilir. Müalicə üsulunun seçimində zədələnmənin təyin olunma vaxtı, yeri və dərəcəsi nəzərə alınır. Əməliyyat vaxtı tapılan zədələnmələr təcrübəli mütəxəssis varsa və əks-göstəriş yoxdursa, birincili bərpa edilir, bu şərtlər yoxdursa drenaj edilib ixtisaslaşdırılmış mərkəzə göndərilir. Əməliyyatdan sonra tapılan zədələnmələrdə isə bərpa əməliyyatına tələsmək lazım deyil, axacaqların genişlənməsini və ya iltihabın sönməsini gözləmək lazımdır: tam bağlanmalarda 2-3 həftə, hissəvi zədələnmələrdə isə 3-4 ay gözləmək və bərpa üçün bilio-digestiv anastomozlar tövsiyə edilir. Gözləmə dövründə ağırlaşmaların profilaktikası üçün stent, biliar kateter qoyula bilər, təcili əməliyyat isə abses və peritonit olarsa aparılır.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT - KT - Elastoqrafiya - ERXPQ - PTX - T-xolangioqrafiya	- PET-KT - Şiş markterləri (CA-19-9, AFP, CEA, digər)

• Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya • Xoledoxoskopiya • Endoskopik USM • Əməliyyatdaxili USM • Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Birincili bərpa əməliyyatları • Rekonstruktiv bilio-enterik anastomozlar • T-drenaj • Mercedes+1 drenaj əməliyyatı • Endoskopik və ya perkutan stent, kateter • Antibiotik, ağrıkəsici, infuziya və digər	• Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostika

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, öd yolları zədələnmələrindən şübhələnmək lazımdır:
 - » Əməliyyat vaxtı öd sızması, anlaşılmayan anatomiya
 - » Əməliyyatdan sonra:
 - yaradan öd sızması
 - drenajdan öd gəlməsi
 - sarılıq
 - peritonit
 - qarında maye
 - xolangit əlamətləri
 - qaşınma
 - qarındaxili abses

Dəqiqləşdirmə

- Zədələnmələrin olub-olmamasını, yerini və xarakterini dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya edilir. MRT ilk seçimdir, lakin dəqiqləşdirmək üçün adətən kontrastlı xolangioqrafiya edilir: əməliyyat vaxtı əməliyyatdaxili xolangioqrafiya, əməliyyatdan sonra isə endoskopik və ya perkutan xolangioqrafiya.
- Öd yollarına yeridilən kontrastın kənara çıxması və ya “blok” (bağlanma) zədələnməni təsdiqləyən əlamətlərdir.

Növünün təyini

Öd yolları zədələnmələrinin növünü təyin etmək üçün xolangioqrafiya, tomoqrafiya və angioqrafiya lazım gəlir. Öd yolları zədələnmələrinin müxtəlif cəhətlərinə görə çoxlu klassifikasiyaları var və bunların çoxu mürəkkəbdir, yadda çətin qalır, klinik mənzərəni,

diaqnostikanı əhatə etmir. Sadə **klinik klassifikasiyada** öd axacaqlarının zədələnmələrinin mexanizmi, dərəcəsi və yeri nəzərə alınaraq 3 qrupa ayrılır:

- **Yaralanma və ya fistullar (öd sızması törədən zədələnmələr)**
 - » Magistral axacaq yaralanması (xoledox, qaraciyər axacağı, haça və pay axarları)
 - Hissəvi (diametrin 50%-dən azı) kəsilmə, kauterizasiya
 - Tam (diametrin 50%-dən çox) kəsilmə, kauterizasiya
 - » Yan şaxələrin açıq qalması (kisə axarı, Luşka, əlavə qaraciyər axarı)
 - » İzolə axacaq kəsilməsi
- **Bağlama və ya okkluzion zədələnmələr (mexaniki sarılıq törədən zədələnmələr)**
 - » Magistral axacaqların bağlanması və ya çapıq daralması (xoledox, qaraciyər axacağı, haça və pay axarları)
 - Hissəvi
 - Tam
 - » İzolə axacaq bağlanması və ya çapıqlaşması
- **Qarışıq (həm öd sızması, həm də mexaniki sarılıq törədən zədələnmələr)**

Müalicəsi

Müalicə üsulları

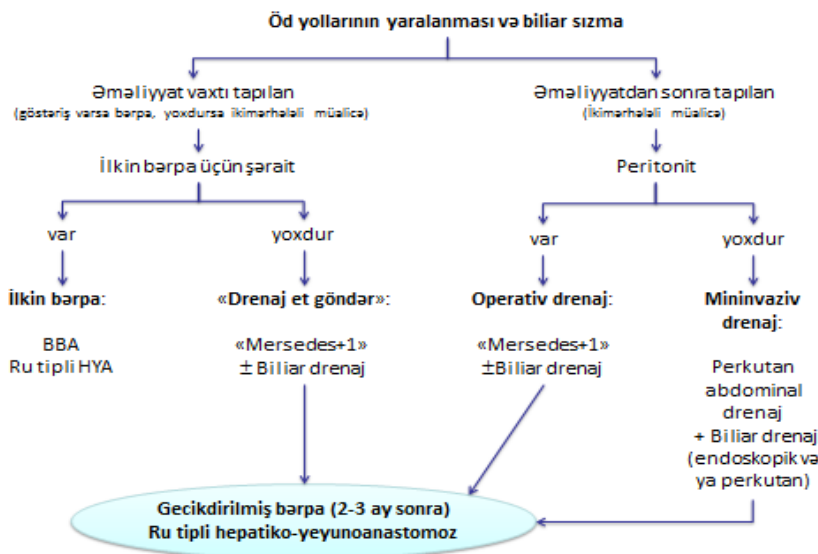
- Öd yolları zədələnmələrində əsas prinsip ödün bağırsağa daimi keçidini bərpa etmək və ağırlaşmaları aradan qaldırmaqdır. Bu məqsədlə aşağıdakı müalicə üsulları istifadə edilir:
 - » Birincili bərpa – öd yollarının uc-uca anastomozudur (öd – öd anastomozları): ümumi öd axarının zədələnməsində, defekt 1 sm-dən kiçik olarsa, T-drenaj üzərindən aparılır. Striktur ehtimalı yüksəkdir, lakin striktur əmələ gəldikdə endoskopik müdaxilə imkanı yaradır.
 - » Rekonstruksiya – bilio-digestiv anastomozlardır, yerindən asılı olmayaraq bütün zədələnmələrdə tətbiq edilə bilər, Ru-Y tipli bilio – enterik anastomoz ən çox tövsiyə olunur.
 - » Dekompressiya – biliar drenaj, stent, dilatasiya və s. adətən ilkin mərhələdə öd sızmasının qarşısını almaq, xolangitin müalicəsi üçün tətbiq edilir.

Müalicə seçimi

- Müalicə üsulunun seçimində önəmli yol göstərici zədələnmənin aşkarlanma vaxtı, mexanizmi, dərəcəsi və yeridir.

Öd sızmasında taktika

Öd sızmasında bəzi əməliyyatdaxili təcili bərpaları çıxmaq şərtilə müalicə əsasən ikimərhələli yanaşma prinsipi üzərində qurulur: ilkin mərhələdə öd sızmasının və peritonitin qarşısını almaq, ikinci mərhələdə isə bərpa əməliyyatı etmək.



Şəkil. Öd sızmasında müalicə taktikası.

Əməliyyat vaxtı tapılan zədələnmələrdə yanaşma

Əməliyyat vaxtı tapılan yaralanmalarda təcrübəli cərrah çağırılır və ya konsultasiya edilir, xolangioqrafiya edilərək zədələnmənin yeri, dərəcəsi və xarakteri dəqiqləşdirilir, müalicə üçün iki yoldan biri seçilir: **“birincili bərpa”** yoxsa **“drenaj et göndər”**.

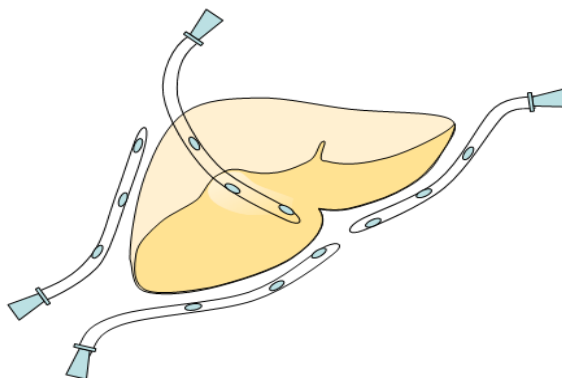
Birincili bərpa yanaşması. İlk əməliyyatda bərpa, xüsusən də magistral yolların anastomozları təcrübəli cərrah tərəfindən aşağıdakı şərtlər daxilində aparıla bilər: öd yollarının anatomiyası, zədələnmənin yeri, xarakteri və dərəcəsi tam müəyyən olunarsa, iltihabi və destruktiv proseslər yoxdursa, əməliyyatxana şərtləri imkan verirsə və s. **Magistral axacaqların hissəvi zədələnmələrində** ilk seçim T-drenajdır (**Şəkil**). Lakin bəzi təcrübəli cərrahlar T-drenaj üzərindən yan-yan bilio-enterik anastomoz qoya bilərlər. **Magistral axacaqların tam kəsilməsində** birincili bərpa və ya bilioenterik anastomoz edilə bilər. Kəsilmə xoleddox səviyyəsindədirsə, axacağın defekti kiçikdirsə (1 sm-dən kiçik), uclar gərginliksiz yaxınlaşırsa, T-drenaj üzərində birincili uc-uc anastomoz qoymaq olar. Böyük defektlərdə və yuxarı zədələnmələrdə (qaraciyər, haça və pay axacaqları) transanastomotik drenajla hepato-yeyunoanastomoz qoyula bilər. **Luşka axacağından sızıntı** varsa, tikiş qoyularaq bağlanır və mütləq magistral axacaqlarda blok inkar olunmalıdır. Çünki distalda blok olarsa, tikiş tutmazlığı və öd sızması baş verir. Blok varsa, aradan qaldırmaq və ya magistral axacaqları dekompressiya etmək lazımdır. Magistral yollarla əlaqəsi olmayan **izolə axacaqlardan** sızıntı varsa, diametri 3 mm-dən kiçik axacaqları bağlamaq olar, 3-4-mm-dən böyük axacaqları isə bərpa etmək lazımdır və bilio-enterik anastomoz tövsiyə edilir.

“Drenaj et, göndər” yanaşması. İlk əməliyyat vaxtı ilkin bərpa üçün aşağıdakı hər hansı əks göstəriş və ya risk varsa “drenaj et göndər” yanaşması seçilir:

- Təcrübəli cərrah yoxdursa
- Öd yollarının anatomiyasını, zədələnmənin yerini və xarakterini təyin etmək çətinliyi varsa

- Öd yollarında və ətrafında iltihabi və destruktiv proseslər varsa
- Arteriya zədələnməsinə böyük şübhə varsa
- Klinika ixtisaslaşmış klinika deyilsə

“Drenaj et göndər” yanaşmasında məqsəd ikimərhələli müalicə taktikasının birinci mərhələsini həyata keçirməkdir. Yəni ödün qarın boşluğuna sızmasının qarşısını almaqdır. Bu məqsədlə iki drenaj tətbiq edilir: öd yolunun özünün birbaşa xaricə drenajı və ətrafa sızan ödə xaricə drenajı. Öd yolunun drenajı üçün T-drenaj, retroqrad kateter tətbiq edilə bilər. Öd yolunun özünü xaricə drenaj etmək mümkün olmayanda (çox kiçik axar, yeri tapılmayan, görünməyən axacaq və s.) sızıntının xaricə adekvat çıxmasını təmin etmək üçün “Mercedes +1” adlandırılan 4 drenaj qoymaq lazımdır: sağtərəfli və soltərəfli qaraciyəraltı, kisə yatağı boyunca və diafraqmaaltı drenajlar (**Şəkil**). Belə xəstələr ixtisaslaşmış mərkəzə göndərilir, bərpa əməliyyatı 6-8 həftə sonra yerinə yetirilir.



Şəkil. Biliar sızıntılarda və peritonitlərdə dördlü “Mercedes+1” drenajı.

Əməliyyatdan sonra tapılan öd sızması

Əməliyyatdan sonra tapılan biliar sızmalarda klassik ikimərhələli müalicə seçilir: **birinci mərhələdə sızıntı və ağırlaşmaları aradan qaldırılır, ikinci mərhələdə isə bərpa edilir**. Birinci mərhələdə biliar peritonitin olub-olmamasına görə müalicə taktikası seçilir. **Biliar peritonit** varsa, təcili əməliyyat edilir, qarın boşluğu yuyulur və ödə xaricə drenajı təmin edilir. Zədələnən axar aydın görünürsə, birbaşa xaricə drenaj edilə bilər. Aydın görünməyən defektin axtarışı və qapı nahiyyəsinin geniş disseksiyası tövsiyə edilmir, çünki iltihab və retraksiya ilə əlaqədar zədələnmə yerini tapmaq çətin olur və disseksiya əksər hallarda əlavə zədələnmələrə səbəb olur. Belə hallarda qaraciyər ətrafı nahiyyələrə “Mercedes + 1” drenajları qoyaraq ödə xarici drenajını təmin etmək lazımdır. Bərpa əməliyyatı 2-3 ay sonra edilə bilər.

Peritonit yoxdursa, birinci mərhələdə abdominal yığıntının perkutan drenajı və öd yollarının dekompressiyası həyata keçirilir. Öd yollarının dekompressiyası üçün zədələnmənin xarakterindən asılı olaraq endoskopik (stent, nazobiliar drenaj) və ya perkutan (stent, xolangiokateter) dekompressiyası seçilə bilər.

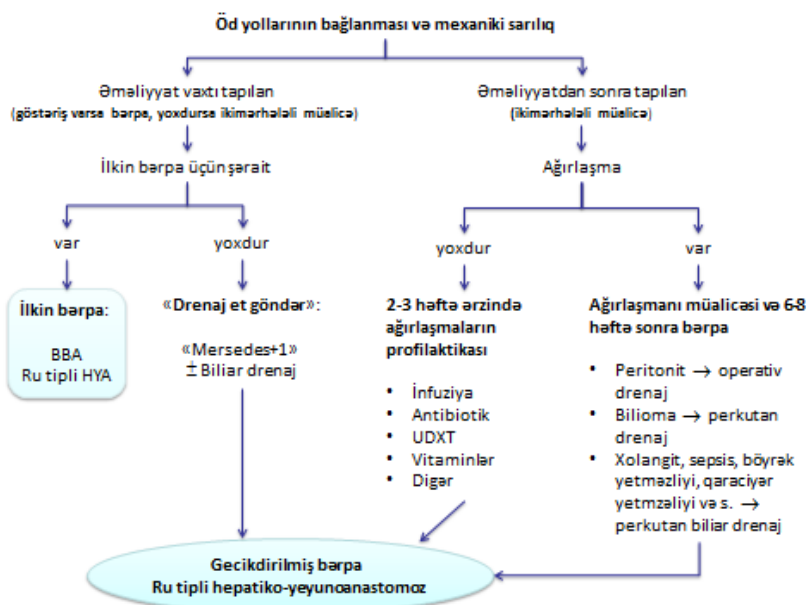
Endoskopik dekompressiya magistral axacaqların hissəvi yaralanmalarında, kisə güdülü və ya Luşka axarı açıq qaldıqda tətbiq edilir. Qaraciyərdən keçən perkutan biliar dekompressiya isə adətən magistral axacaqların tam kəsilmələrində lazım gəlir. Öd yolları yetərli dekompressiya olunarsa, qarın drenajından öd ifrazı adətən 2-3 gün sonra kəsilir. Xolangioqrafiyada da sızma yoxdursa, stent 2-3 həftə sonra çıxarıla bilər. Bu müalicə adətən kisə güdülü və kiçik axacaqların açıq qaldığı hallarda yetərli olur. Perkutan abdominal drenaj və biliar stent magistral axacaqların hissəvi yaralanmalarında da faydalı olur, lakin sonrakı dövrlərdə striktur inkişaf edə bilər.

Magistral axarların tam zədələnməsində isə biliar drenaj 2-3 ay davam etdirilir, anastomoz üçün uyğun şərait yarandıqdan sonra, xüsusilə də iltihab aradan qalxdıqdan, öd yolları genişləndikdən və divarı qalınlaşdıqdan sonra bərpa əməliyyatı yerinə yetirilir. Bərpa üçün ilk seçim geniş mənfəzli (4 sm-dən çox) və uzun seqmentli (60-70 sm) Ru tipli yan-yan hepatiko-yeyunoanastomozdur.

İzolə axacaq zədələnmələrində magistral öd yollarına stent qoyulması faydalı olmur və perkutan abdominal drenajı uzun müddət saxlamaq lazım gəlir. Çapıq daralma əmələ gələn və genişlənən izolə axacaqlara anastomoz qoyula bilər, atrofiya və xolangiti təkrarlanan xəstələrdə isə rezeksiya edilə bilər.

Öd yolları bağlanması taktika

Bağlanma və mexaniki sarılıqda da müalicə yanaşması ümumi prinsipə əsaslanır: bərpa əməliyyatı üçün tələsməmək, geniş və etibarlı anastomoz üçün vaxt qazanmaq lazımdır (öd yollarının genişlənməsini, divarının qalınlaşmasını və iltihabın sönməsini gözləmək).



Şəkil. Öd yollarının bağlanmasında müalicə taktikası.

Əməliyyat vaxtı tapılan bağlanmalar

Əməliyyat vaxtı tapılan bağlanmalarda xolangioqrafiya edərək zədələnmə yeri dəqiqləşdirilir. Magistr al axarın sadə bağlanmasında (axar tam və ya hissəvi bağlanır və ya klipslanır, lakin axacağın bütönlüyü saxlanır) əvvəlcə liqatur açılır, liqatur divarı kəsibə T-drenaj edilir, liqatur divarı kəsməyibə, axar ətrafı sahəyə drenajlar qoyulur. Hər iki halda da xəstə ixtisaslaşmış klinikaya göndərilir və nəzarətdə saxlanır. Belə xəstələrdə erkən dövrdə öd fistulu və gec dövrdə çapıq daralma ehtimalı var.

Magistral axacaqlar bağlanıb və kəsilibə, əks göstəriş də yoxdursa, bərpa əməliyyatı edilə bilər (bax yuxarı). Bərpa üçün imkan yoxdursa liqatur açılır, qaraciyəraltı nahiyyə drenaj edilir və ixtisaslaşmış klinikaya göndərilir ("drenaj et göndər").

İzolə axacaq liqasiyalarında əməliyyat sahəsini xaricə drenaj etmək və gözləmək olar.

Əməliyyatdan sonra tapılan bağlanmalar və strikturlar

Əməliyyatdan sonra tapılan bağlanmalarda xəstə ixtisaslaşmış klinikaya göndərilir. Belə xəstələrdə ilk olaraq MRT edilərək bağlanma yeri dəqiqləşdirilir. MRT yetərsiz olarsa, ERXPQ edilə bilər. Əlavə olaraq KT angioqrafiya və ya doppler USM ilə arteriya zədələnməsini yoxlamaq lazımdır. Diaqnostik müdaxilələrdən sonra zədələnmə yerinə və ağırlaşmalara görə müalicə taktikası seçilir. **Magistral axacaqların bağlanmasında** xəstə nəzarət altında saxlanır, anastomoz üçün 2-3 həftə gözlənir və ağırlaşmaların profilaktikası həyata keçirilir. Bu müddət öd yollarının genişlənməsi, divarının qalınlaşması, iltihabın sönməsi və anastomoz üçün əlverişli şərait yaratmaq məqsədi daşıyır. Gözləmə müddətində ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi üçün aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

- xolangit profilaktikası üçün antibiotikoterapiya
- qaraciyər zədələnməsinin profilaktikası üçün hepatoprotektorlar və bağırsaq probiotikləri
- böyrək yetməzliyinin profilaktikası üçün infuzion müalicə
- malabsorbsiyanın profilaktikası üçün oral ursodezoksixol turşusu və vitaminlər
- biliar sızıntı olarsa (magistral axar bağlanmalarında biliar hipertenziya ilə əlaqədar öd kisəsi yatağındakı kiçik öd axacaqlarından öd sızması ola bilər), perkutan drenaj edilir, hətta operativ drenaj gərəkə bilər.
- digər

Gözləmə müddətində adətən bilirubin və xolestatik göstəricilər artır və iki gediş ola bilər: ağırlaşmasız və ağırlaşmalı gediş (xolangit, sepsis, böyrək yetməzliyi və s.). Ağırlaşma olmazsa, 2-3 həftə sonra öd yollarının təkrari müayinəsi aparılır və bərpa əməliyyatı həyata keçirilir. **Magistral axarların bağlanmasında ilk seçim Ru-tipli bilio-enterik anastomozdur.** Gözləmə müddətində xolangit, qaraciyər yetməzliyi, böyrək yetməzliyi, sepsis və s. kimi ağırlaşmalar başlarsa, təcili olaraq perkutan drenajla öd yolları dekompressiya edilir, bərpa əməliyyatı 6-8 həftə sonra həyata keçirilir.

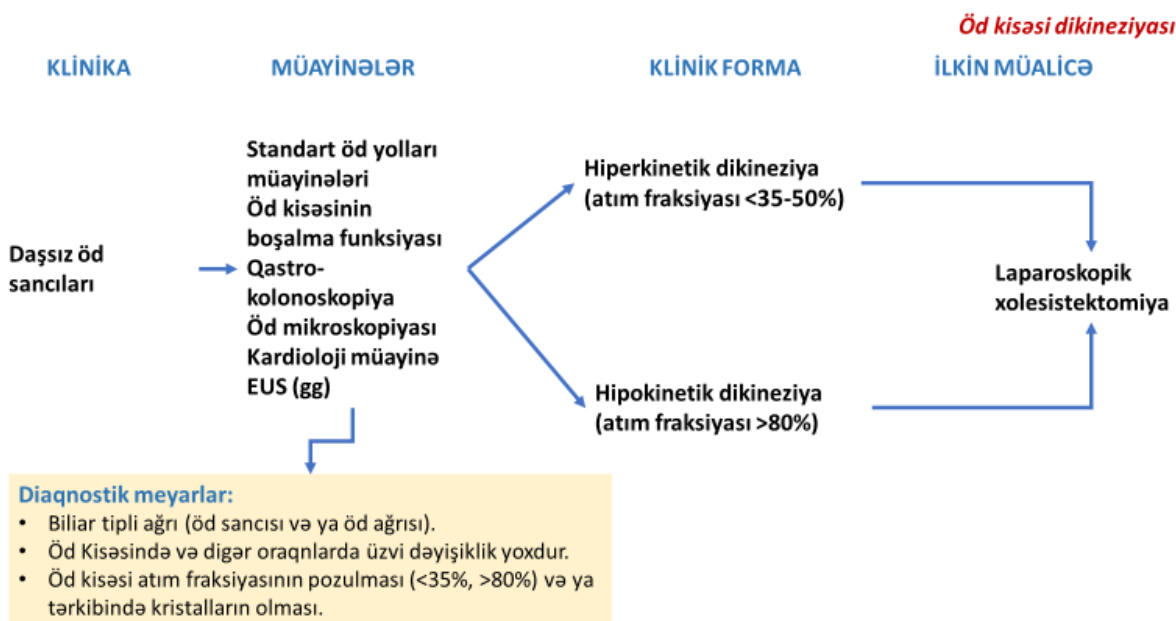
İzolə axacaq bağlanmasıda gözləmə müddətini 2-3 ay uzatmaq olar, atrofiya qeyd edilərsə, müdaxiləyə ehtiyac qalmır. Lakin xolangit, abses, sepsis əlamətləri ortaya çıxarsa, perkutan drenaj edilir. İltihab söndükdən sonra Ru tipli bilioenterik anastomoz, rezeksiya və ya izləmə seçilə bilər.

ÖD KİSƏSİ DİSKİNEZİYASI

Özət

Öd yolları funksiyasının pozulması əlaməti olan xəstədə klinik, laborator və görüntülmə üsulları ilə morfoloji (daş, şiş, iltihab və s.) və ya hormonal dəyişiklik (hamiləlik, diabet və s.) tapılırsa, bu ikincili pozulma kimi, tapılmazsa, birincili funksional xəstəlik kimi qəbul olunur. Öd yollarının ən çox rast gəlinən iki funksional xəstəliyinə öd kisəsi diskineziyası və Oddi sfinkteri disfunksiyası aid edilir.

Öd kisəsi diskineziyası kisə funksiyasının (yığılmasının) pozulması ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir, makroskopik patologiya tapılmaz, lakin mikroskopik səviyyədə dəyişikliklər ola bilər. Ədəbiyyatda bu xəstəlik müxtəlif adlarla adlanır: öd kisəsi diskineziyası, xronik daşsız xolesistit, daşsız öd sancısı və s. Xəstəlik adətən 25-30 yaş arasındakı qadınlarda rast gəlinir və klinik olaraq iki formada ortaya çıxır: hiperkinetik və hipokinetik. Hiperkinetik forma atım fraksiyasının artması ilə xarakterizə olunur klassik öd sancısı şəklində, hipokinetik forma isə atım fraksiyasının azalması ilə xarakterizə olunur, yeməkdən sonra bir neçə saat davam edən küt ağrılarla (öd ağrısı) ortaya çıxır. Diaqnostikası üçün öd yollarının, mədə-bağırsaqların, ürəyin orqanik xəstəliklərini inkar etmək üçün hərtərəfli müayinələr aparılır və öd kisəsinin atım fraksiyası yoxlanılır. Öd sancısı və ya ağrısının olması, klinik, laborator və görüntülmə müayinələrində (hətta təkrari müayinədə) öd kisəsi və yollarında daş və üzvi dəyişikliyin olmaması, öd kisəsinin atım fraksiyasının dəyişməsi (<35% və ya >80%) və ya ödənin tərkibində kristalların olması diskineziyanın diaqnostik kriteriyalarıdır. Müalicəsi laparoskopik xolesistektomiyadır.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT - KT - Elastoqrafiya - ERXPQ - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - Xoledoxoskopiya - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - Endoskopiya - Kardioloji müayinələr - Yükləmə sınaqları - Biopsiya	Manometriya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Endoskopik sfinkterotomiya - Spazmolitiklər	- Pankreatoduodenal rezeksiya - Duodeno-pankreatik vaqotomiya

Diagnostikası

Şübhə

- Tipik öd sancısı və ya yeməkdən sonra sağ qabırğaaltında bir neçə saat davam edən ağrısı olanlarda (öd ağrısı) USM-də kisədə daş və ya polip tapılırsa, öd kisəsi diskineziyasından şübhələnmək olar.

Dəqiqləşdirmə

- Öd kisəsi diskineziyasının diaqnostikası inkar prinsipi üzərində qurulur.
- Öd sancısı tipli ağrıları olanlarda USM və laborator olaraq öd yollarının digər xəstəliyi tapılmırsa, ikinci mərhələdə mədə-bağırsaq və ürək-damar xəstəlikləri araşdırılır. Bunun üçün gastroskopiya, kolonoskopiya və kardioloji müayinələr aparılır. Bu müayinələrdə də ağrını izah edən xəstəlik tapılmırsa, öd kisəsi diskineziyasına ciddi şübhə yaranır və öd kisəsinin atım fraksiyası və ya öddə kristallar araşdırılır. Atım fraksiyasını yoxlamaq üçün xəstəyə xolesistokinin vurulmasından əvvəl və 30 dəq. sonra öd kisəsinin həcmi USM ilə hesablanır. Kisənin 80%-dən çox kiçilməsi hipertkinetik, 35-50%-dən az yığılması isə hipokinetik diskineziya qəbul olunur. Xolesistokinin verildikdən sonra ağrının baş verməsi də diaqnostik əlamət sayıla bilər. Kisənin 75%-dən çox kiçilməsi normal sayılır, 35-50%-dən az yığılması isə diskineziya qəbul olunur. *Öd tərkibini* yoxlamaq üçün duodenoskopiya edilir, xolesistokinin vurularaq öd alınır, mikroskopik və biokimyəvi müayinə edilir. Öddə kristalların görünməsi diskineziya diaqnozunu təsdiqləyir.
- Beləliklə, öd kisəsi diskineziyasının diaqnostik meyarları aşağıdakılardır:
 - » Biliar tipli ağrı (öd sancısı və ya öd ağrısı).
 - » Klinik, laborator və görüntüləməyə görə (hətta təkrari müayinədə və endoskopiya) öd kisəsində, öd yollarında, mədə-bağırsaqda, mədəaltı vəzidə və ətraf orqanlarda üzvi dəyişiklik yoxdur.
 - » Öd kisəsinin atım fraksiyasının azalması (<35-50%), artması (80%-dən çox) və ya tərkibində kristalların olması.

Müalicəsi

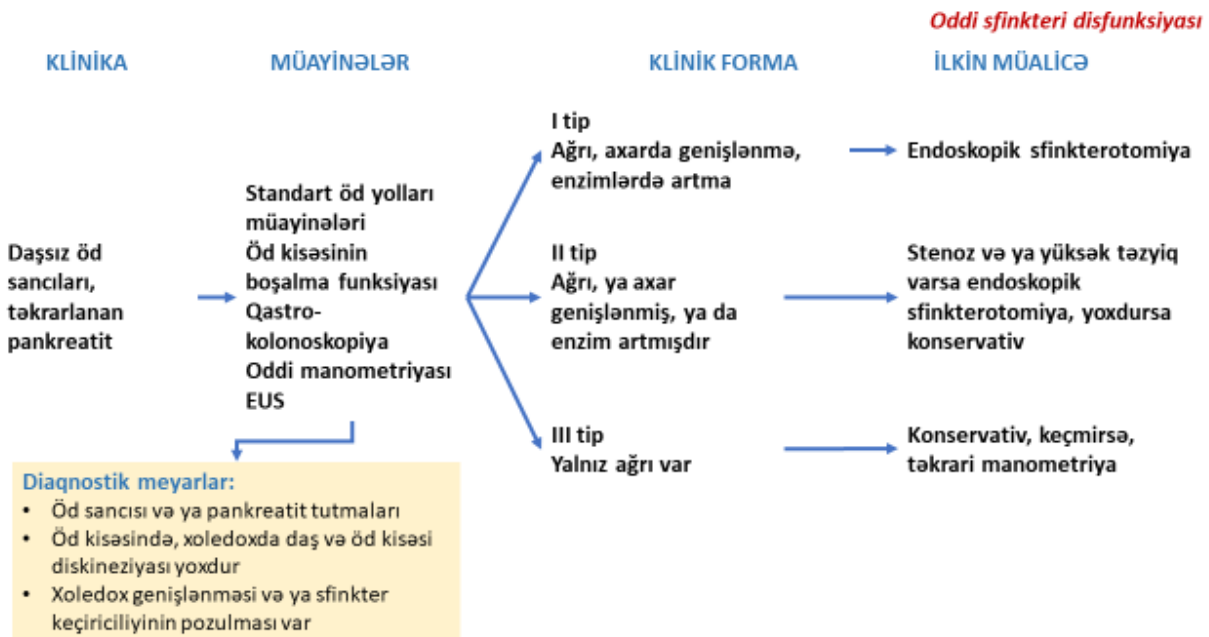
- Öd kisəsi diskineziyasında ən effektiv müalicə laparoskopik xolesistektomiyadır.

ODDİ SFİNKTERİNİN DİSFUNKSİYASI (OSD)

Özət

Öd yolları funksiyasının pozulması əlaməti olan xəstədə klinik, laborator və görüntülmə üsulları ilə morfoloji (daş, şiş, iltihab və s.) və ya hormonal dəyişiklik (hamiləlik, diabet və s.) tapılırsa, bu ikincili pozulma kimi, tapılmazsa, birincili funksional xəstəlik kimi qəbul olunur. Öd yollarının ən çox rast gəlinən iki funksional xəstəliyinə öd kisəsi diskineziyası və Oddi sfinkteri disfunksiyası aid edilir.

Oddi sfinkterinin disfunksiyası (OSD) sfinkterin daşla yox, fibroz, iltihab və ya spazm səbəbilə hissəvi və ya vaxtaşırı təkrarlanan daralmasına deyilir. OSD-nin əsas əlaməti ağrıdır və üç klinik formada ortaya çıxır: biliar, pankreatik və qarışıq forma. Biliar forma öd sancısı və ya öd ağrısı şəklində ortaya çıxır, postxolesistektomik və daşsız öd sancıları olan xəstələrdə rastlanır. Pankreatik forma isə təkrarlanan kəskin və ya xronik pankreatit əlamətləri ilə ortaya çıxır. OSD-nin diaqnozunu müəyyənləşdirmək üçün şübhəli xəstələrdə əvvəlcə öd sancısını törədən digər xəstəliklər inkar olunmalıdır, sonra sfinkterin keçiriciliyi yoxlanmalıdır. Sfinkterin keçiriciliyini qiymətləndirmək üçün yükləmə sınaqları (yağlı yeməklər, sekretin, xolesistokinin sınaqları), manometriya, klinik göstəricilər (xoledox genişliyi, ağrı, enzimlər), kontrastın çıxma müddəti, hətta müalicə sınaqları (stent, dilatasiya, botulin toksini) aparıla bilər. Öd sancısı və ya pankreatit tutmalarının olması, öd kisəsində, xoledoxda daş və öd kisəsi diskineziyası olmaması, xoledox genişlənməsi və ya sfinkter keçiriciliyinin pozulması OSD-nin diaqnostik meyarlarıdır. OSD-nin əsas müalicəsi sfinkterotomiyadır, axacaq genişlənməsi, yüksək sfinkter təzyiqi və təkrarlanan pankreatitlər sfinkterotomiyaya göstərişlərdir.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT - KT - Elastoqrafiya - ERXPQ - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - Xoledoxoskopiya - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - Endoskopiya - Kardioloji müayinələr - Yükləmə sınaqları - Biopsiya	Manometriya
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Laparoskopik xolesistektomiya - Endoskopik sfinkterotomiya - Spazmolitiklər	- Pankreatoduodenal rezeksiya - Duodeno-pankreatik vaqotomiya

Diaqnostika

Şübhə

- Aşağıdakı üç qrup xəstələrdə OSD-dən şübhələnmək lazımdır:
 - » Postxolesistektomik ağrısı olanlarda
 - » Daşsız öd sancısı olanlarda (biliar tipli ağrısı olub, lakin öd daşı və ya öd kisəsi diskineziyası inkar olunanlarda)
 - » Təkrarlanan pankreatiti olanlarda

Dəqiqləşdirmə

- OSD-nin diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün şübhəli xəstələrdə əvvəlcə öd sancısını törədən üzvi xəstəliklər inkar olunur, sonra isə sfinkterin keçiriciliyi yoxlanılır. Bunun üçün ilkin mərhələdə klinik müayinə edilir, qaraciyər və xolestatik enzimlər, amilaza yoxlanılır və MR-xolangiopankreatografiya və Endoskopik USM edilir.
- MRT-də və EUS-da Oddi sfinkterində dəyişiklik görünürsə, sfinkterin keçiricilik funksiyasını yoxlamaq lazım gəlir:
 - » yükləmə sınaqları (yağlı yeməklər, sekretin, xolesistokinin sınaqları)
 - » manometriya (>40 mm Hg st.)
 - » klinik göstəricilər (xolelax genişliyi, ağrı, enzimlər)
 - » kontrastın çıxma müddəti
 - » müalicə sınaqları (stent, dilatasiya, botulin toksini)
- OSD diaqnozu xarakterik 3 meyar əsasında qoyulur:
 - » Öd sancısı və ya pankreatit tutmaları olmalıdır
 - » Öd kisəsində, xolelaxda daş və öd kisəsi diskineziyası yoxdur
 - » Xolelax genişlənməsi və ya sfinkter keçiriciliyinin pozulması var

Tipinin təyini

OSD tiplərinin xarakterik əlamətləri aşağıdakılardır:

- **Biliar tipli OSD** – biliar tipli ağrı ilə biruzə verir, 3 tipi var:
 - » I tip – biliar ağrı ilə yanaşı qaraciyər və xolestatik enzimlərdə artma və xolelaxda dilatasiya olur (8 mm-dən çox)
 - » II tip – biliar tipli ağrı ilə yanaşı ya dilatasiya, ya da enzimlərdə artma olur.
 - » III tip – yalnız biliar tipli ağrı olur
- **Pankreatik tip OSD** – təkrarlanan kəskin pankreatit tutmaları və ya pankreatik tipli ağrılarla xarakterizə olunur, 3 tipi var:
 - » I tip – pankreatik ağrı ilə yanaşı amilazada artma (normadan 1,5 dəfə çox) və pankreatik axacaqda genişlənmə olur (baş nahiyəsində 6 mm-dən çox, cisminə 5 mm-dən çox).
 - » II tip – pankreatik ağrı ilə yanaşı ya dilatasiya, ya da amilazada artma olur.
 - » III tip – yalnız pankreatik tipli ağrı olur.

Müalicəsi

- Müalicə üsulunun seçimində OSD-nin tipi əsas götürülür:
- Birinci tip OSD-də, yüksək sfinkter təzyiqində və təkrarlanan pankreatitlərdə sfinkterotomiya lazım gəlir (endoskopik və ya cərrahi)
- İkinci tipdə manometriya edilir və stenoz varsa sfinkterotomiya tövsiyə edilir.
- Üçüncü tipdə konservativ (spazmolitiklər) müalicə aparılır (nifedipin, skopolamin, nitratlar, mebeverin, no-şpa və s.), effekt verməzsə, təkrari manometriya edilir və nəticəsinə görə sfinkterotomiyaya qərar verilir.

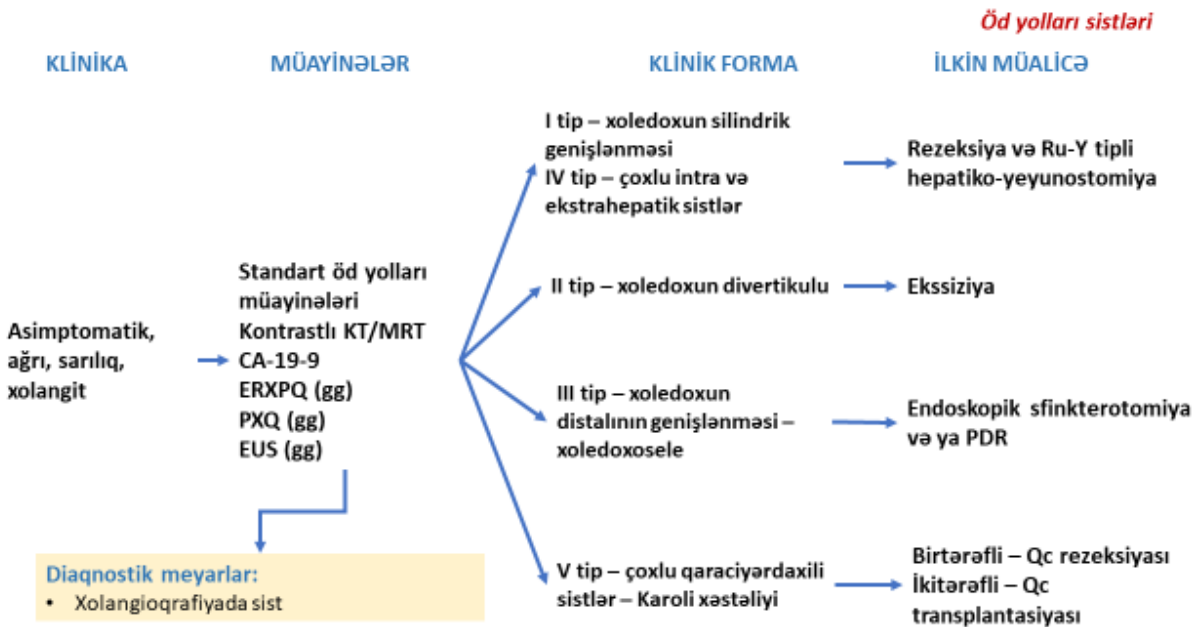
ÖD YOLLARI SİSTLƏRİ (SULUQLARI)

Özət

Öd yollarının hər hansı bir hissəsində torbaşəkilli genişlənməsi sistlər-suluqlar adlanır. Sistlər anadangəlmə səbəblərdən meydana gəlir, MAV axacağı və Qc anomaliyaları ilə birlikdə rast gələ bilər. Yerinə görə sistlərin aşağıdakı növləri ayırd edilir:

- I növ – xoledoxun diffuz genişlənməsi
- II növ – xoledoxun divertikulu
- III növ – xoledoxosele
- IV növ – daxili və xarici çoxsaylı sistlər
- V növ – daxili çoxsaylı sistlər (Karoli xəstəliyi)

Sistlərin əksəriyyəti 10 yaşına qədər meydana çıxır, asimptomatik ola və ya sarılıq, xolestaz, ağrı, kütlə, xolangit əlamətləri ilə biruzə verə bilər. Sist epitelinin maliqnezasiya ehtimalı var. USM, KT və əməliyyat vaxtı sistik törəmənin tapılması şübhə yaradır, dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya edilir və sistlə öd yolları arasında əlaqə diaqnozu təsdiqləyir. Müalicəsi üçün sistin çıxarılması və bilio-digestiv anastomoz lazımdır. Sist çıxarılmazsa, epitelini soymaq lazımdır (maliqnezasiya ehtimalı). Karoli xəstəliyində rezeksiya, hətta transplantasiya gərəkə bilər.



Prof. Dr. NYBey

Standart öd yolları müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, MRT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, - Hemoqram - CRP - Şiş markerləri Görüntüləmə və digər müayinələri - USM - MRT - Elastoqrafiya - ERXPQ - Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya - Xoledoxoskopiya - Endoskopik USM - Əməliyyatdaxili USM - Endoskopiya - Biopsiya	PXQ
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Xoledox eksiziya və bilio-enterik anastomoz - Endoskopik sfinkterotomiya - Qaraciyər rezeksiyası	- Mukozektomiya - Pankreatoduodenal rezeksiya - Qaraciyər transplantasiyası

Diaqnostika

Şübhə

- Öd yolları sistləri nadir rast gəlinən xəstəliklər olmasına baxmayaraq, aşağıdakı hallarda bu xəstəliklərdən şübhələnmək lazımdır:
 - » Klinik triada – ağrı, sarılıq və kütlə
 - » USM-də geniş öd yolları görünən, lakin xolestaz əlamətləri olmayan xəstələr.
 - » USM və ya KT-də qaraciyər daxilində və ya qaraciyər qapısında sistlər.

Dəqiqləşdirmə

- Dəqiqləşdirmək üçün xolangioqrafiya lazımdır və MRT ilk seçimdir.
- MRT ilə dəqiqləşdirmək mümkün olmadıqda Endoskopik USM və kontrastlı xolangioqrafiya edilir (ERXPQ, PXQ). Digər anadangəlmə sistlərdən fərqli olaraq öd yolları sistlərinin biliar sistemlə birbaşa əlaqəsi olur. Ona görə də kontrastlı xolangioqrafiyalarda sistlər üçün xarakterik əlamət ortaya çıxır – kontrast sistə keçir.

Müalicəsi

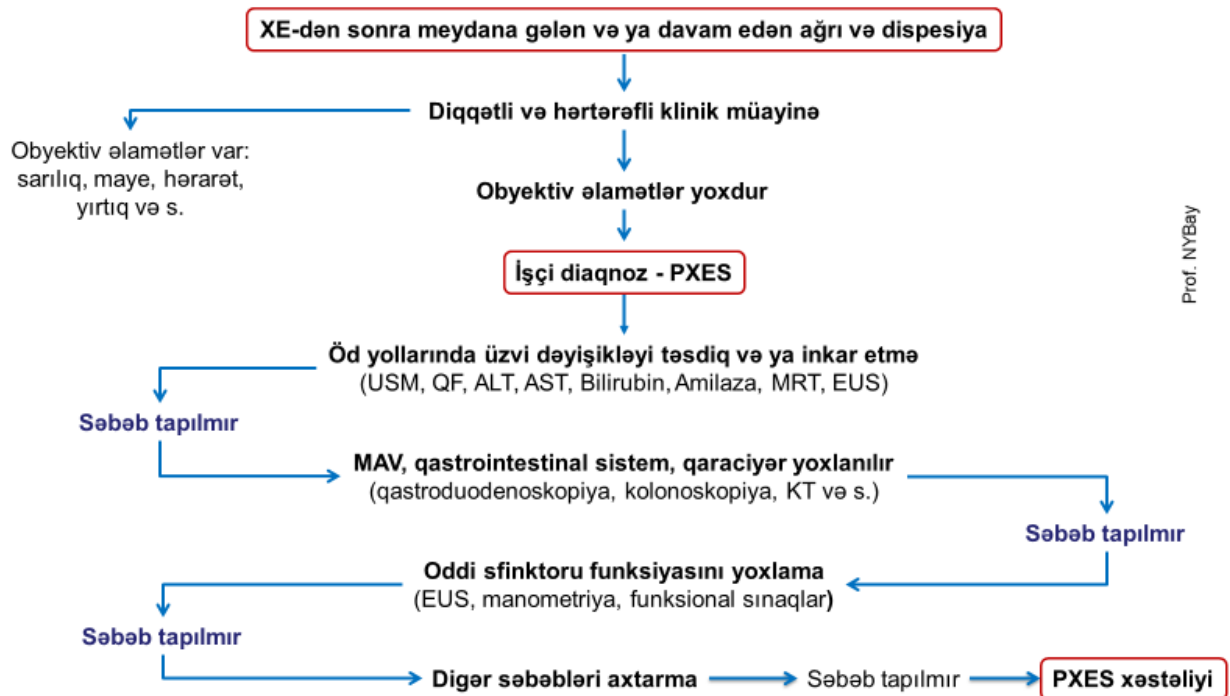
- Sistlərin ağırlaşma və maliqnizasiya ehtimalını nəzərə alaraq cərrahi çıxarılması tövsiyə olunur. Müalicə üsulunun seçimində sistin tipi nəzərə alınır:
 - » I və IV tipdə - maliqnizasiya riskinin yüksək olduğunu nəzərə alaraq sistin kəsilib götürülməsi və Ru – Y tipli hepatikoyeyunoanastomoz tövsiyə olunur.
 - » II tipdə – ekssiziya yetərlidir.
 - » III tipdə – endoskopik sfinkteroplastika və ya PDR tövsiyə edilir.
 - » V tipdə – qaraciyər rezeksiyası (birtərəfli olarsa) və ya qaraciyər transplantasiyası (ikitərəfli olanlarda) lazım gəlir
- Sistin ağırlaşmaları və epitelinin maliqnizasiya ehtimalını nəzərə alaraq bilio – enterik anastomozlar məsləhət görülmür. Sisti tamamilə çıxarmaq mümkün olmadıqda epitelinin soymaq olar.

POSTXOLESİSTEKTOMİK SİNDROM

Özət

Postxolesistektomik sindrom (PXES) xolesistektomiyadan sonra meydana gələn və ya davam edən (təkrarlanan) ağrı və dispepsiyaya deyilir. Ağrılar əməliyyatdan əvvəlki ilə eyni və ya fərqli olur və adətən təkrarlanır.

PXES diaqnozu iki halda istifadə edilə bilər: **ilkin (işçi) diaqnoz və əsas xəstəlik kimi**. Xolesistektomiyadan sonra biliar tipli ağrısı olan və klinik müayinələrdə obyektiv səbəbi tapılmayan hallarda ilkin (işçi) diaqnoz kimi PXES istifadə edilə bilər. Əgər sonrakı laborator, görüntülmə, funksional müayinələrlə öd yollarında, mədəaltı vəzidə, mədə-bağırsaq sistemində və digər orqanlarda ağrıya səbəb olan xəstəlik tapılırsa və əməliyyatın törədə biləcəyi patologiyalar da (uzun güdül, darlıq, bitişmə və yara nevroması) inkar edilərsə, belə halda PXES əsas diaqnoz kimi istifadə edilə bilər. Əksər hallarda PXES-in səbəbini tapmaq mümkün olur, lakin xəstələrin təxminən 1/5-də ağrının səbəbini müəyyənləşdirmək olmur və bu vəziyyət əsl PXES adlanır. Xolelithiaz, xora, pankreatit, OSD və spastik kolit PXES-in çox rast gəlinən səbəbləridir. PXES-in müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasından ibarətdir, əsl PXES-də isə sakitləşdiricilər və psixoterapiya ön planda tutulur, bəzən müayinələri təkrarlamaq lazım gəlir.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr Laborator müayinələr • ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, Bilirubin (ümumi, sərbəst, birləşmiş), albumin, İNR, • Hemoqram • CRP • Şiş markerləri Görüntüləmə və digər müayinələri • USM • MRT • Endoskopik USM • Elastografiya • Endoskopiya • Yükləmə sınaqları • Biopsiya	• ERXPQ • Əməliyyatdaxili xolangioqrafiya • Xoledoxoskopiya • Əməliyyatdaxili USM • Manometriya
Standart müalicələr • Səbəbə yönəlmiş müalicələr • Spazmolitiklər, sakitləşdiricilər, psixoterapiya	Göstərişə görə müalicələr

Diaqnostika

Şübhə

- Xolesistektomiya əməliyyatından sonrakı ilk günlərdə və ya aylar, illər sonra epigastral və ya sağ qabırğaaltı nəhiyədə ağrıları olan xəstələrdə PXES düşünmək olar.
- Ağrılar dispeptik əlamətlərlə müşayiət oluna bilər: köp, qıçırma, ishal, diskomfort və s.

Dəqiqləşdirmə

- Xolesistektomiyadan sonra ağrı və dispepsiyası olan xəstə diqqətli klinik müayinə edilir və aşağıdakı meyarlar varsa, **işçi diaqnoz kimi PXES** (və ya ilkin klinik diaqnoz kimi) qəbul olunur və səbəbin axtarışı başlanır:
 - » Ağrı varsa (ağrı ilə yanaşı dispeptik əlamətlər də ola bilər)
 - » Digər xəstəliklərin obyektiv əlamətləri yoxdursa (sarılıq, hərarət, kütlə, yırtıq, qarında maye və s.)
- Xəstədə ağrı yoxdursa və ya ağrı ilə yanaşı digər xəstəliklərin obyektiv əlamətləri (sarılıq, hərarət, kütlə, yırtıq, qarında maye və s.) mövcuddursa, PXES inkar edilə bilər.

- Əməliyyatdan sonra şikayətlərin müəyyən müddət olmaması aparılan əməliyyatın düzgün seçildiyini göstərir, şikayətlərin dəyişməməsi isə başqa xəstəliyin olduğuna şübhə yaradır.

Səbəbin təyini

- Xəstədə PXES ilkin diaqnozu qoyularsa, səbəblərin axtarışı rastgəlmə tezliyinə əsaslanan ardıcılıqla aparılır:
 - » öd yolları
 - » pankreas
 - » mədə – bağırsaqlar
 - » qaraciyər
 - » Oddi sfinkteri
 - » ekstraintestinal orqanlar müayinə edilir
- İlk olaraq öd yollarında üzvi dəyişiklər axtarılır. Bunun üçün laborator (xolestaz) və görüntülmə müayinələri aparılır. Xolestaza şübhə varsa, mütləq MRT lazımdır. Bu müayinələrlə PXES-in ən çox rast gəlinən səbəbi-xoledoxolitiyaz və əməliyyatın texniki qüsurları (uzun güdül, zədələnmə və darlıq) təsdiq və ya inkar edilə bilər.
- MRT-də öd yollarında patologiya tapılmazsa. pankreas, mədə – bağırsaqlar və qaraciyər yoxlanılır: qaraciyər enzimləri, amilaza. Ardınca qastroduodenoskopiya, endoskopik USM və gərəkərsə, kolonoskopiya edilir.
- Bu müayinələr də nəticə verməzsə, Oddi sfinkterinin funksiyası araşdırılır. Bu məqsədlə manometriya və ya funksional sınaqlar aparıla bilər.
- OSD inkar olunan xəstələrdə klinik – laborator – görüntülmə nəticələri təkrar qiymətləndirilməlidir. Həzm sistemi patologiyaları ciddi şəkildə inkar olunarsa, nevroloji və psixiatrik müayinələr aparılır.
- Aparılan hərtərəfli müayinələrlə əksər hallarda (80%) PXES-in səbəbini tapmaq mümkün olur.
- Lakin müasir müayinələrə baxmayaraq xəstələrin təxminən 20%-də ağrının səbəbini müəyyənləşdirmək olmur.
- **Bütün imkanlara baxmayaraq, ağrının səbəbi tapılmayan hallar PXES xəstəliyi qəbul olunur.** Əsl PXES üçün meyarlar:
 - » XE-dən sonra ağrı və dispepsiya.
 - » Klinik, laborator, görüntülmə və funksional müayinədə ağrı törədən xəstəlik tapılmır.
- Belə xəstələrdə bəzən diqqətli klinik müayinələr, müşahidələr və təkrar müayinələr gizli səbəbləri aşkarlayır (10%).

Müalicəsi

- PXES əksər hallarda (80-90%) digər xəstəliyin təzahürüdür və müalicə əsas xəstəliyə yönəldilir.
- Səbəb tapılmayan hallarda (əsl PXES) müalicə üçün trankvilizantlar, spazmolitiklər və psixoterapiya faydalı ola bilər.

Ədəbiyyat

(52),(23),(1),(44,53),(54),(54–58)

**BCK**BİRİNCİ
CƏRRAHİYYƏ
KOLLEKTİVİ

MƏDƏALTİ VƏZİ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Tibb ü.f.d.Taryel Ömərov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb e.d. Müşfiq Həsənov Tibb e.d. Zərraf Şirinov Dr. Eldar Əhmədov Dr. İlqar İsmayılov Dr. Elgün Səmədov

XƏSTƏLİKLƏR

- Kəskin pankreatit
- Xroniki pankreatit
- Mədəaltı vəzinin törəmələri
 - » Mədəaltı vəzinin adenokarsinoması
 - » Adacıq şişləri
- Pankreas sistləri
- Pankreas travmaları

MÜAYİNƏLƏR

- **Klinik**
 - » Ağrı
 - » Qusma
 - » İshal
 - » Sarılıq
 - » Arıqlama
 - » Qarın əlamətləri
 - » Anamnez
 - » Öd daşı, öd yolları xəstəlikləri

- » Alkoqol
- » Hipertriqliseridemiya
- » Qastrointestinal əməliyyatlar
- » Digər
- **Laborator**
 - » Amilaza
 - » Lipaza
 - » Nəcisdə yağlar
 - » Hormonlar (insulin, qastrin, qlükaqon, somatostatin, pankreatik polipeptid və s.)
 - » CA-19-9
 - » CEA
 - » Kültürlər
 - » Triqliseridlər
 - » Genetik müayinələr
 - » Digər
- **Görüntüləmə və digər**
 - » USM
 - » Endo USM
 - » KT
 - » MRT
 - » PET-KT
 - » ERXPQ
 - » Pankreatoskopiya
 - » Biopsiya

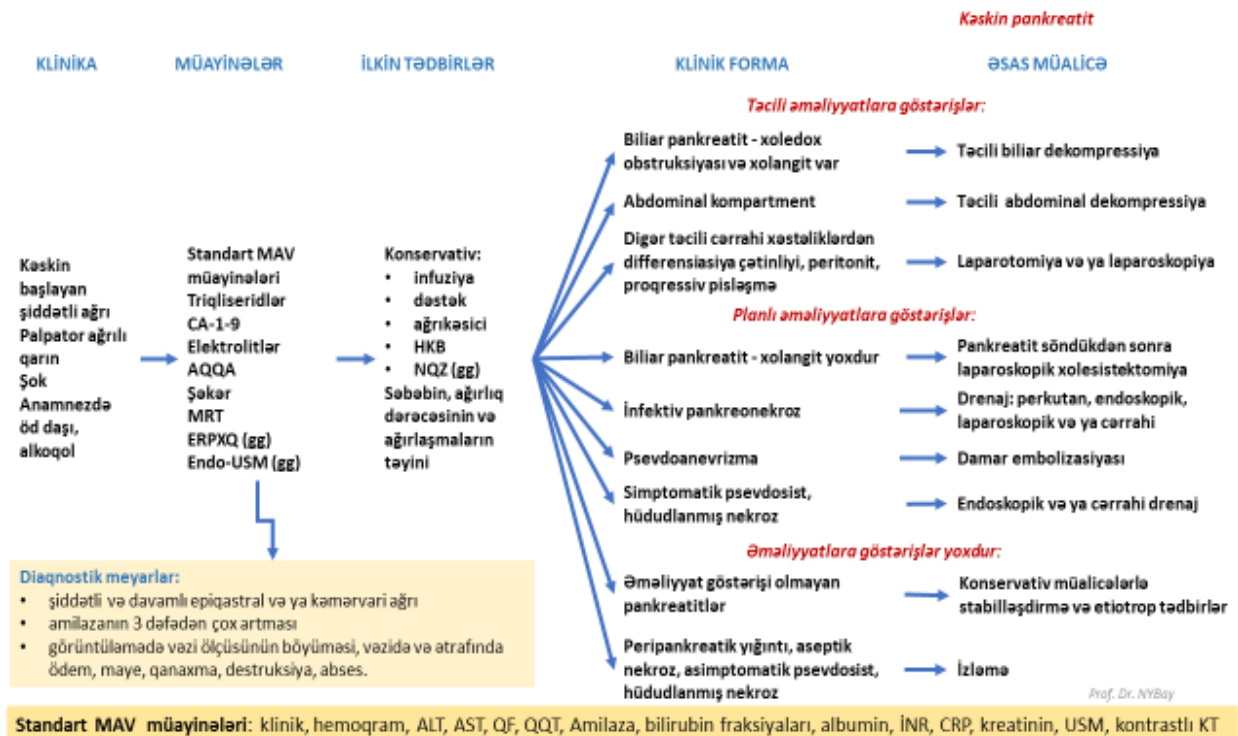
MÜALİCƏLƏR

- Perkutan drenaj
- Laparoskopik və açıq drenajlar
- Pankreato – digestiv anastomozlar
- Pankreato – duodenal rezeksiyalar
- Distal pankreas rezeksiyası
- Adacıq törəmələrində enukleasiya, rezeksiya
- Axacağın stentlənməsi

KƏSKİN PANKREATİT

Özət

Kəskin pankreatit (KP) mədəaltı vəzinin öz enzimlərinin vəzidaxili aktivləşməsi nəticəsində vəzidə və ətraf toxumalarda baş verən enzimatik destruksiya, SIRS/sepsis və ağırlaşmalar törədə bilər. Öd yolları xəstəlikləri, alkoqol və hipertrigliseridemiya ən çox rast gəlinən səbəbləridir. Xəstəlik şiddətli epiqastral ağrı ilə başlayır, aramsız qusma qoşula bilər, bir neçə saat ərzində xəstənin vəziyyəti pisləşir. Əksər hallarda xəstəlik yüngül gedişli olur, ağrıkəsici və infuziya ilə 5-6 gün ərzində stabilləşir. Lakin xəstələrin təxminən 1/5-də ağır gedişli olur, vəzidə və ətraf toxumalarda destruksiya meydana gəlir, infeksiya, hemorragik ağırlaşmalı və sepsis meydana çıxır, letallıq baş verə bilər. Kəskin pankreatitin diaqnostikası üçün laborator, USM və KT/MRT müayinələri lazım gəlir, şiddətli və davamlı ağrı, amilazanın artması və görüntüləmədə vəzi və ətrafında dəyişikliklər (ödem, nekroz, maye və s.) xarakterik əlamətlərdir. Kəskin pankreatit əksər hallarda konservativ müalicə olunur, cərrahi və azinvaziv müdaxilələr göstərişə görə aparılır (digər kəskin cərrahi xəstəliklərdən differensiasiya çətinliyi, intensiv terapiyaya baxmayaraq vəziyyətin pisləşməsi, biliar pankreatit, infektiv nekroz).



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Amilaza • Lipaza • Triqliseridlər • Orqan göstəriciləri • Kültürlər Görüntüləmə və digər • USM • KT • MRT • Biopsiya	• Endo USM • ERXPQ • CA-19-9 • CEA • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ, dəstək	• Perkutan drenaj • ERXPQ • Laparoskopik və açıq nekrektomiya, sanasiya, drenajlar • Laparostoma • Digər

Diaqnostikasi

Şübhə

- Kəskin başlayan və davam edən güclü epigastrik və ya kəmərvari ağrıları olan, qısa müddətdə ümumi vəziyyəti pisləşən xəstələrdə pankreatitdən şübhələnmək lazımdır. Belə güclü ağrılar mezenterial trombozda və aorta anevrizması partlamasında rast gəlinir.
- Ağrılar alkoqol qəbulundan sonra, öd yolları xəstəliklərində rastlanarsa və amilazanın artması da olarsa, şübhə daha da artır

Dəqiqləşdirmə

- Kəskin pankreatitin diaqnostikasi üçün klinik müayinələrlə yanaşı laborator (amilaza və ya lipaza, triqliseridlər, orqan göstəriciləri) və görüntüləmə müayinələri (USM, KT/MRT, hətta endo-USM) lazım gəlir.

- Kəskin pankreatitin patognomonik simptomu yoxdur və diaqnozu meyarlar və differensiasiya əsasında qoyulur.
- Amilazanın 2 – 12 saat ərzində normadan 3 dəfədən çox artması, 2 – 5 gün ərzində normallaşması xarakterikdir. Amilaza artmasının 10 gündən çox davam etməsi ağırlaşmaları (psevdosist, infeksiya) göstərir. Amilaza digər xəstəliklərdə də arta, nekrotik və hemorragik formalarda artmaya bilər. Amilaza ağırlıq dərəcəsini göstərmir.
- Lipaza artması çox həssas və spesifikdir (95%), lakin bahalı müayinədir.
- Tripsin – aktivləşdirən peptitin sidikdə artması çox həssas və spesifikdir (95%).
- CRZ (C – reaktiv zülal) artması qeyri – spesifikdir, lakin destruktiv formada həssaslığı yüksəkdir.
- Kalsiumun azalması destruktiv formalarda rast gəlinir.
- USM pankreatiti göstərə bilər, lakin köplə əlaqədar 40% halda MAV-ı görmək olmur.
- Kontrastlı KT pankreatitin diaqnostikasında qızıl standart sayılır və xüsusən pankreatitin başlanmasından 24 – 48 saat sonra dəyişikliklər daha bariz görünür: böyümə, ödem, destruksiya, vəzi ətrafında maye, infiltrasiya, qarında maye.
- MRT biliar pankreatit ehtimalı olanlarda ilk seçimdir.
- Kəskin pankreatitin **diaqnostik meyarları**:
 - » Klinik: şiddətli və davamlı epigastral və ya kəmərvəri ağrı, ağırlı qarın və ya epigastral kütlə
 - » Laborator: amilazada 3 dəfədən çox artma
 - » Görüntüləmə: vəzi ölçüsünün böyüməsi, vəziətrafı ödem, maye, qanaxma, vəzi daxilində və ya ətrafında destruksiya, abses.

Differensial diaqnostika

- Mezenterial tromboz
- Aorta anevrizma partlaması
- Perforativ xora
- Kəskin xolesistit
- Kəskin xolangit
- Kəskin appendisit
- Yumurtalıq sistinin partlaması
- Digər

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Ağırlıq dərəcəsinin (gediş formasının) təyini üçün Ranson meyarları, KT – ağırlıq indeksi, Glasgow şkalası, APACHE II şkalası və ya Atlanta klinik klassifikasiyası istifadə edilir.
- Klinik qiymətləndirmə ilə (Atlanta klassifikasiyası) orqan – sistem yetməzliyi, yerli destruksiya – ağırlaşma və ümumi ağırlaşmalar nəzərə alınaraq kəskin pankreatitin 3 ağırlıq dərəcəsi müəyyənləşdirilir:
 - » Yüngül dərəcə – orqan və sistem yetməzlikləri, destruksiya, yerli və ümumi ağırlaşmalar yoxdur.
 - » Orta dərəcə – müvəqqəti orqan yetməzlikləri (48 saat ərzində aradan qalxan) və/və ya vəzidə destruksiya, yerli (peripankreatik maye yığıntısı, pankreatik nekroz yığıntısı,

hüddüdlənmiş pankreatik nekroz, psevdosist, fleqmona, perforasiya və s.), ümumi ağırlaşmalar var.

- » Ağır dərəcə – ilk saatlarda sürətlə progressivləşən orqan-sistem yetməzliyi 48 saatdan çox davam edir, yerli və ümumi ağırlaşmalar var.

Ranson meyarları:

Daxil olarkən

Yaş >55
 Leykosit >16 000
 Qlükoza >200
 LDH >350
 AST >250

48 saat sonra

Hematokrit 10% az.
 Nitrogen >5 mq/dl
 Ca++ < 8 mq/dl
 pO₂ <60 mmHg
 Qələvi defisiti 4 mEq/l
 Maye sekvestr >6L

KT indeksi

Normal – 0
 Böyümə - 1
 Peripankreatik az maye – 2
 Peripankreatik çox maye – 4

Nekroz

<30% - 2
 30-50% - 4
 >50% - 6

Ranson meyarlarında göstəriciyə 1 bal verilir, ballar toplanır və nəticəyə görə letallıq təxmin edilir:

- » 0 – 2 bal – letallıq 5%
- » 3 – 4 bal – letallıq 15%
- » 5 – 6 bal – letallıq 40%
- » 7 – 8 bal – letallıq 100%

Səbəbin təyini

İlk növbədə ən çox rast gəlinən səbəbləri (biliar, alkoqol, hipertriqliseridemiya, yatrogen, autoimmun) araşdırmaq lazım gəlir.

Anamnez alkoqolu, yatrogen səbəbləri (ERXPO, stent) və biliar xəstəlikləri göstərə bilər.

Xolestatik göstəricilərdə artma, USM-də öd kisəsində daş və ya çöküntü biliar pankreatitə yüksək şübhə yaradır, dəqiqləşdirmək üçün MRT və ya EUS ilə öd yollarını yoxlamaq lazım gəlir.

Öd kisəsində daşlar və anamnezində alkoqol olmadıqda qanda triqliseridlər təyin edilməli və 1000 mq/dl-dən çox olduqda etioloji amil kimi qəbul edilməlidir.

40 yaşından yuxarı olan xəstələrdə kəskin pankreatitin səbəbi kimi mədəaltı vəzinin şişi ehtimal edilir.

Alkohol, biliar və hipertriqliseridemiya inkar olunan gənc xəstələrdə, görüntüləmədə pankreasın “sosisşəkilli” görüntüsü autoimmun pankreatit üçün xarakterikdir və dəqiqləşdirmək üçün İgG4 yoxlamaq lazımdır.

İdiopatik kəskin pankreatit olan xəstələr təcrübəli mərkəzlərə göndərilməlidirlər.

30 yaşından cavan xəstələrdə digər səbəb olmadıqda və ailə anamnezində mədəaltı vəzinin xəstəliyi olduqda genetik testlər aparıla bilər.

Müalicəsi

Prinsipi

- Enzimatik destruksiyanın təbii gedişini dəyişdirə bilən effektiv müalicə imkanımız yoxdur, ona görə də kəskin pankreatitdə müalicə tədbirləri əsasən ağırlaşmaların profilaktika və müalicəsinə yönəlmişdir.
- Müalicədə konservativ tədbirlər əsas yer tutur (dəstək və ağrıkəsici), perkutan, endoskopik və cərrahi müdaxilələr isə göstərişə görə aparılır.

Metodları

- Kəskin pankreatitdə aşağıdakı müalicələr özünü doğrultmuşdur:
 - » İnfuzion müalicə – bütün xəstələrdə
 - » Ağrıkəsicilər – bütün xəstələrdə
 - » Antisekretor (H_2 blokator və ya hidrogen körüyü blokatorları) – müvəqqəti
 - » Digər intensiv terapiyalar – göstərişə görə
 - » Nazoqastral zond – göstərişə görə (qusmada və qidalandırma üçün)
 - » Qidalandırma – göstərişə görə (oral qidalanmanı tolerə etmədikdə)
 - » Antibiotiklər – göstərişə görə (infeksiyalarda)
 - » Endoskopik sfinkterotomiya və ya T-drenaj – göstərişə görə (xoledox obstruksiyası olanlarda xolangiti aradan qaldırmaq üçün)
 - » Perkutan drenaj əməliyyatları – göstərişə görə (abseslərin müalicəsi üçün)
- Cərrahi müalicə aşağıdakı hallarda göstəriş sayılır.
 - » Kəskin pankreatiti digər kəskin cərrahi xəstəliklərdən fərqləndirmək mümkün olmadıqda
 - » İntensiv müalicəyə baxmayaraq vəziyyətin pisləşməsi: peritonit, kompartiment, kolon perforasiyası və nekrozu (qarın boşluğunun sanasiyası, peripankreatik sahələrin drenajı, orqan rezeksiyaları və s. edilir).
 - » Biliar pankreatitdə öd yollarında əməliyyat (xolesistektomiya, sfinkterotomiya, xoledox drenajı)
 - » Nekrozun infeksiyalaşması (dəridən keçən, laparoskopik və ya açıq drenaj)
- Antiferment preparatları eksperimentdə pankreatitin qarşısını alır, lakin klinikada kəskin pankreatitin gedişini və ağırlıq dərəcəsini dəyişmir.

Müalicə taktikası

- Kəskin pankreatitli xəstələrdə diaqnostika və müalicə tədbirləri paralel olaraq aparılır, ilkin tədbirlər başlanır və müalicə üsulunun seçimində gedişi və ağırlaşmaları əsas götürülür.

İlkin tədbirlər və konservativ müalicələr

- İlkin tədbirlərə təcili hospitalizasiya, konservativ tədbirlər (infuziyon terapiya, ağrıkəsici, qısamüddətli antisekretor və ac saxlamaq, NQZ və dəstək müalicələri), ağırlıq dərəcəsinin müəyyənləşdirilməsi və əməliyyata təcili göstərişlərin təyin edilməsi aiddir.
- Orqan yetməlikləri olan ağır və çox ağır xəstələr **reanimasiyaya** yatırılır:
 - » nəbz 150-dən çox və ya 40-dan az, sistolik təzyiq 80-dən az, diastolik təzyiq 120 mm Hg.st-dən çox, orta arterial təzyiq 60 mm Hg st.-dən az
 - » pH 7,1-dən az, 7,7-dən çox
 - » tənəffüs sayı 35-dən çox, PaO₂ 50 mm Hg st. az
 - » qlükoza 800 mq/dl-dən çox
 - » anuriya
 - » koma
- **İnfuzion müalicə** – dehidratasiyanın müalicəsi və şokun profilaktikası üçün aparılır. İlk saatda bolyus şəklində 5-10 ml/kq dozada kristalloid verilir, sonrakı 12-24 saatda isə 3 ml/kq/saat dozada davam etdirilir. Infuziyanın adekvatlığı hər 4-6 saatda yoxlanılır və hemodinamik göstəricilərə (orta arterial təzyiq 65-85 mm Hg st, nəbz 120-dən az, digər), sidik ifrazına (0.5-1 ml/saat), hematokrit (35-40) və qalıq azota görə tənzim edilir. Adekvat infuziyaya baxmayaraq hemodinamika stabilləşmərsə, vazotoniklər tətbiq edilir. Ürək-damar, böyrək və başqa yanaşı xəstəlik olan hallar bundan istisnadır. Aqressiv infuziyon müalicə erkən mərhələlərdə (ilk 12-24 saatlar) daha faydalıdır, gec mərhələlərdə isə faydası ciddi azalır.
- **Ağrıkəsicilər** – narkotik analgetiklərə (fentanil) ehtiyac olur, epidural anesteziya istifadə edilə bilər.
- **Antisekretor** (H₂ blokator və ya hidrogen körüyü blokatorları) – stress xoralarının profilaktikası üçün qısamüddətli verilir, xəstə qidalandırılmağa başladıqda kəsilir.
- **Nazoqastral zond** ilk günlərdə qusmanı və mədənin genişlənməsini azaltmaq üçün lazım olur, sonrakı günlər isə enteral qidalandırma üçün istifadə edilə bilər.
- **Qidalandırma** İlk günlər ağrı və qusma törətdiyi üçün oral qidalanma kəsilir. Yüngül pankreatitlərdə əlavə qidalandırmaya ehtiyac qalmır və 3-4 gün sonra oral qidalandırmaya başlamaq lazım gəlir. Yüngül kəskin pankreatitdə az yağlı qida maye qəbulu qədər zərərsizdir. Ağır pankreatitlərdə şok yoxdursa, erkən oral qidalandırmaya başlamaq olar, lakin xəstə tolerə edə bilmərsə, nazoqastral və ya nazoyeyunal zond qoyaraq enteral qidalandırmaya başlamaq lazımdır. Effektiv və təhlükəsizliyinə görə nazoqastral və ya nazoyeyunal enteral qidalandırma yolları arasında ciddi fərq yoxdur. Parenteral qidalandırma enteral qidalandırma mümkün və ya yetərli olmayanda göstəriş sayılır.
- **Antibiotiklər** ekstrapankreatik infeksiyalarda (xolangit, kateter infeksiyası, sidik yollarının iltihabı) və infektiv nekrozlarda təyin edilə bilər. Ödematoz pankreatitdə və ağır kəskin pankreatitdə steril nekrozun infeksiyalaşmasının profilaktikası üçün antibiotikoterapiya tövsiyə edilmir. Infeksiyalaşmış nekrozu olan xəstələrdə nekrotik pankreas toxumasına nüfuz

edən antibiotiklər (karbapenem, kinolonlar, metronidazol) cərrahi müdaxilənin təxirə salınmasına, bəzi hallarda onsuz müalicəni davam etdirməyə kömək edir, ağırlaşma və letallığı azaldır. Antifungal preparatların profilaktik və ya müalicəvi antibiotiklərlə birlikdə rutin istifadəsi tövsiyə edilmir.

Müdaxilələr

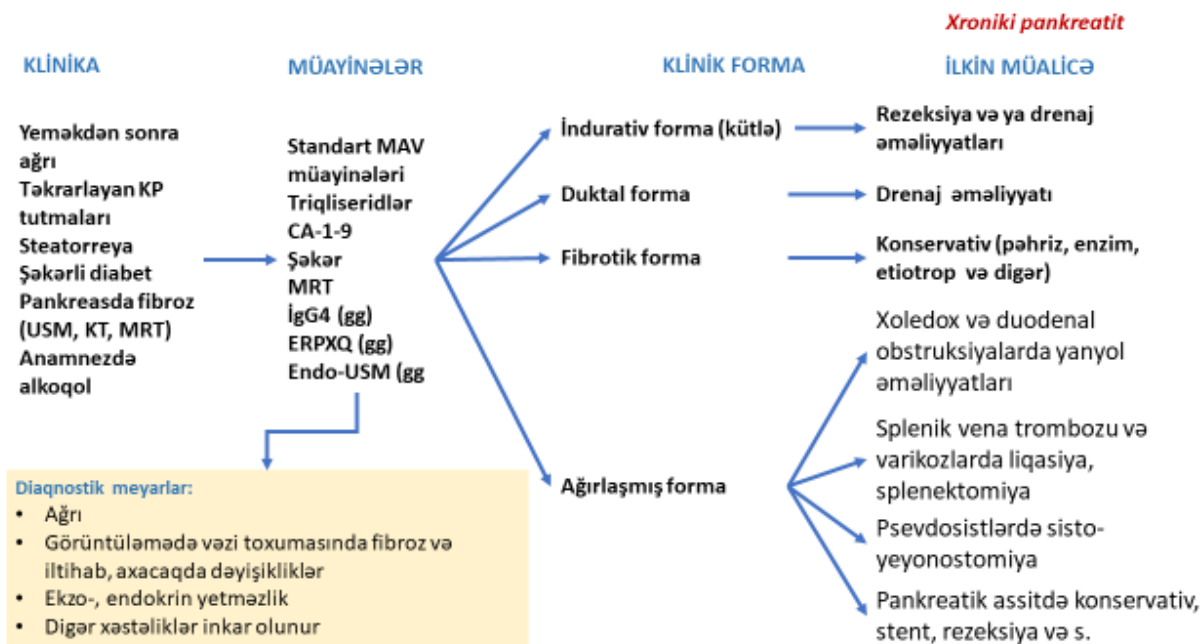
- Sonrakı müalicələrin və müdaxilələrin seçimində ilkin tədbirlərin effektivinə, ağırlıq dərəcəsinə və ağırlaşmalara əsaslanılır.
- **Təcili əməliyyata göstəriş olanlarda** (biliar obstruksiya-xolangit, digər təcili cərrahi xəstəliklərdən differensiasiya çətinliyi, progressiv pisləşmə, peritonit, kompartment və s.) açıq və ya laparoskopik yolla əməliyyat edilir. **Abdominal kompartment** olduqda dekompresiya edilə bilər və bu məqsədlə qarında mayenin üstünlük təşkil etdiyi hallarda perkutan və ya laparoskopik sanasiya-drenaj, qarındaxili orqanların və retroperitoneal ödemənin üstünlük təşkil etdiyi hallarda isə laparostoma ilk seçimdir. İlk 24-48 saat ərzində stabilləşməyən (çox ağır gediş) və ya təcili göstərişə görə əməliyyat edilən xəstələrdə tövsiyə edilən işləmlər: Koxer manevri, pankreasın ön və arxa hissəsinin mobilizasiyası, sağ və sol parakolik sahələrin geniş açılması, köndələn çənbər bağırsağın diqqətli müayinəsi və nekroz varsa, rezeksiyası, kiçik yan kəsiklərlə parakolik sahələrin drenaj edilməsi, çıxarılmayan nekrozlarda və kompartmentlərdə laparostomiya və ya süngər-vakuüm sistemi qoyulması.
- **Yüngül** ödematoz pankreatitlərdə 5-7 günlük konservativ müalicə aparılır və etiotrop müalicə həyata keçirilir.
- **Orta və ağır destruktiv** pankreatitlərdə ilkin konservativ və dəstək müalicələri aparılır, nekrozun və sepsisin gedişi izlənilir. Orqan yetməzliklərində dəstək müalicələri ilə yanaşı detoksikasiya üsulları da istifadə edilə bilər.
- Kəskin pankreatitin ən çox rast gəlinən yerli **ağırlaşmalarına** ilk 4 həftədə ortaya çıxan peripankreatik maye yığıntısı və nekrotik yığıntı, 4 həftədən sonra görünən psevdosist, həddəlanmış nekroz və damar psevdooanaevrizmləri aid edilir. Peripankreatik maye yığıntısı və nekrozlarda formalaşmış divar olmur. Psevdosistlərdə və həddəlanmış nekrozlarda formalaşmış divar rastlanır. Psevdosistlər üçün formalaşmamış divar, ekstrapankreatik yerləşmə və tərkibində maye komponentinin olması xarakterikdir. Həddəlanmış nekroz üçün isə formalaşmış divarın və tərkibində maye-nekroz komponentinin olması xarakterikdir.
- **Peripankreatik maye yığıntılarını** izləmək tövsiyə edilir.
- **Pankreatik və ekstrapankreatik nekrotik yığıntı və həddəlanmış nekroz** erkən mərhələdə adətən steril olur, lakin infeksiyalaşa bilər. Ölçüsündən, yerləşməsindən və yayılmasından asılı olmayaraq, aseptik pankreatik və ya ekstrapankreatik nekrozlar, həddəlanmış nekrozlar və psevdosistlər cərrahi müdaxiləyə göstəriş deyil.
- Xəstənin vəziyyətinin pisləşməsi (sepsis əlamətləri, yüksək hərarət, iltihab göstəricilərinin artması) və ya 7-10 gün ərzində yaxşılaşmaması **infektiv nekroza** yüksək şübhə yaradır. Bu xəstələrdə ilk növbədə antibiotikoterapiya aparılır. Antibiotikoterapiya fayda vermədikdə **drenaj və sanasiya** lazımdır, azinvaziv üsullar (perkutan, laparoskopik) ilk seçimdir. Xəstənin vəziyyəti imkan verirsə, drenajın 3-4 həftədən sonra aparılması tövsiyə edilir.

- **Simptomatik psevdosistlərdə və hədudlanmış nekrozlarda** ilk seçim endoskopik drenaj və sanasiyadır (təcrübəli endoskopist varsa, divar yaxşı formalaşıbsa, mədə və ya 12bb ilə yetərli təmas varsa), ikinci seçim isə perkutan və ya laparoskopik-açıq drenajdır.
- **Psevdoanevrizmlər** adətən qastroduodenal və dalaq arteriyalarında rastlanır, KT angiografiya ilə aşkarlanır, bəzən qanaxma verərək sistin ölçüsünün kəskin artmasına səbəb olur. Qanaxma və letallıq riski çox yüksək olduğu üçün psevdoanevrizmləri asimptomatik olsa da embolizasiya etmək lazımdır. Xüsusən də nekrozların və sistlərin drenajından əvvəl psevdoanevrizmi yoxlamaq və varsa, embolizasiya etmək vacibdir.
- **Biliar pankreatitlərdə** öd yoluna müdaxilənin nə zaman aparılması biliar patologiyanın xarakterindən asılıdır. Proqressiv sarılıq və ya xolangit əlamətləri varsa, təcili **ERXPQ** məsləhətdir, yoxdursa, xoledoxa müdaxilə xəstə stabilləşdikdən, ağırlaşmalar nəzarət altına alındıqdan sonra, xəstəxanadan çıxmamış aparılmalıdır. **Laparoskopik xolesistektomiya** öd kisəsi daşlarında və çöküntülərində pankreatitin profilaktikası üçün lazımdır, yüngül pankreatitlərdə xəstə evə yazılmadan əvvəl aparılır, nekrotik pankreatitdə isə iltihab əlamətləri aradan qaldırılana qədər təxirə salınır.

XRONİKİ PANKREATİT

Özət

Xroniki pankreatit mədəaltı vəzi parenximasının fibrotik toxuma ilə əvəz edilməsi, axacaq arxitektikasının pozulması ilə xarakterizə olan xronik iltihabi prosesdir, ekzo-, endokrin yetməzliyə, ağrıya və ağırlaşmalara səbəb olur. Etiologiyasında alkoqol və idiopatik səbəblər ilk yerdə durur. Xəstəlik təkrarlanan kəskin pankreatit tutmaları ilə (ağrı, bulantı, qusma, intoksikasiya) və ya davamlı ağrı, ekzo-, endokrin yetməzlik (steatorreya, diabet) əlamətləri ilə biruzə verə bilər. Təkrarlanan və davam edən iltihabi proses vəzi toxumasının fibrozuna, axacaq arxitektikasının pozulmasına və ətraf orqanların prosesə qoşulmasına gətirib çıxarır, nəticədə ekzo-, endokrin yetməzliklər və ağırlaşmalar meydana gəlir (xolebox, 12bb stenozu, fistullar, dalaq venası trombozu və s.). Klinik-morfoloji olaraq duktal, diffuz fibrotik, lokal-indurativ və ağırlaşmış formaları var. Diaqnostikası üçün klinik, laborator, görüntülmə müayinələri ilə digər xəstəlikləri inkar etmək, vəzidə struktur dəyişikliyi (fibroz, duktal dəyişiklik, kütlə, kalsifikasiya və s.) axtarmaq lazımdır. Ağrı, ekzo-, endokrin yetməzlik, görüntülmə üsulları və histoloji müayinələrlə vəzi toxumasında fibrozun, iltihabın, kalsifikasiyaların tapılması ən önəmli diaqnostik əlamətlərdir. Müalicəsi ağrının, ekzo-, endokrin yetməzliyin azaldılmasına və ağırlaşmaların aradan qaldırılmasına yönəldilir və bu məqsədlə konservativ (pəhriz, enzimlər, ağrıəkəsicilər), endoskopik (stent, dilatasiya, litotripsiya) və cərrahi (rezeksiya, drenaj, denervasiya) tədbirlər həyata keçirilir. Konservativ müalicənin effektivliyi, iltihabi kütlələr, axacaq genişlənməsi, xərçəngdən fərqləndirmə çətinliyi və stenotik ağırlaşmalar cərrahi müalicəyə göstərişdir. Xroniki pankreatit bədxassəli xəstəlik deyil, lakin ömrü 5-10 il qısaldır.



Prof. Dr. NYBey

Standart MAV müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, Amilaza, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, USM, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Amilaza • Lipaza • Nəcisdə yağlar • Sekretin stimulyasiya testi • Orqan göstəriciləri • CA-19-9 • CEA • Kültürlər Görüntüləmə və digər • USM • KT • MRT • Endo USM • Endoskopiya • Biopsiya	• ERXPQ • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Konservativ	• Rezeksiya • Drenaj əməliyyatları • Denervasiya • Endoskopik müalicələr • Ağırlaşmalara görə müdaxilələr • Digər

Diaqnostikası

Şübhə

Aşağıdakı əlamətləri olanlarda xroniki pankreatitdən şübhələnmək olar:

- Epigastral və sol bel nahiyyəsinə yayılan ağrı:
 - » yeməkdən sonra başlayırsa
 - » ishal və arıqlama varsa
 - » saatlarla davam edirsə
 - » ağrıkəsicilərə zəif cavab verirsə

- Təkrarlanan kəskin pankreatit tutmaları
- Pankreasda kütlə
- Şəkərli diabet
- Xoledoxun distal hissəsinin daralması
- 12bb stenozu
- Qarında assit
- Plevral maye
- Dalaq venası trombozu

Dəqiqləşdirmə

- Xronik pankreatitin diaqnozunu qoymaq üçün klinik, laborator, görüntüləmə və duktoqramma müayinələri ilə vəzi parenximasında iltihab, fibroz, axacaqlarda dəyişiklik, ekzo – endokrin yetməzlik axtarılır.
- Amilaza və lipaza xronik pankreatitlərdə adətən artmır (vəzi parenximası azaldığı üçün).
- Ekzokrin funksiyayı qiymətləndirmək üçün:
 - » sekretin stimulyasiya testi (qızıl standart)
 - » 72 saatlıq nəcisdə yağlar (ucuz testdir, lakin həssaslığı *zəifdir*)
- Endokrin funksiyayı qiymətləndirmək üçün qanda şəkər və qlükoza tolerantlıq testi yoxlanılır.
- USM zəif həssaslıq göstərir.
- KT 80% həssaslıq və spesiflik göstərir, fibroz və kalsifikasiyalar xroniki pankreatitin xarakterik əlamətləridir.
- Pankreatik duktoqram vacib müayinədir, Endo-USM, ERXPQ və MRT ilə axacağın vəziyyəti qiymətləndirilir.
- Xroniki pankreatitin patonomonik əlaməti yoxdur və diaqnozu **meyarlar** əsasında qoyulur:
 - » Ağrı
 - » Görüntüləmədə və ya histoloji müayinələrlə vəzi toxumasında fibroz, iltihab (sərtləşmə, böyümə, kələ-kötürlük, kalsifikasiyalar (30-50%), iltihabi kütlə və s.)
 - » Ekzo-, endokrin yetməzlik və axacaq dəyişikliyi ola bilər.
 - » Digər xəstəliklər inkar olunur.

Forma və ağırlaşmaların təyini

- » Formasının müəyyənləşdirilməsi üçün duktoqrafiya və tomoqrafiya nəticələrinə diqqət edilir.
- » Ağırlaşmaları müəyyənləşdirmək üçün ətraf orqanların, xüsusən 12bb-ın, xoledoxun, dalaq venasının müayinəsi lazımdır.

Differensial diaqnostika

- Xroniki pankreatit diaqnozunu qoymaq üçün əksər hallarda digər xəstəlikləri inkar etmək lazım gəlir.
 - » Fibrotik formanı – digər gastrointestinal xəstəliklərlə
 - » İndurativ formanı – mədəaltı vəzi xərçəngi ilə
 - » Duktal formanı – axacaq neoplaziyaları və Oddi fibrozu ilə

Müalicəsi

Prinsip

- Hazırda xronik pankreatitin təbii gedişini dəyişdirə bilən müalicə məlum deyil və tədbirlər aşağıdakı prinsiplər üzərində qurulur:
 - » Səbəbin aradan qaldırılması
 - » Simptomları azaltma (ağrı və ekzo-, endokrin yetməzliyi)
 - » Duktal obstruksiyanın aradan qaldırılması
 - » Ağırlaşmaların müalicəsi

Metodları

- Konservativ müalicələr:
 - » Alkoqolun kəsilməsi
 - » Ağrıkəsicilər (qeyri – steroid, narkotik, sitrat)
 - » Pəhriz (az yağlı, az – az, tez – tez)
 - » Ferment verilməsi
 - » Endokrin korreksiya
- Endoskopik müalicələr
 - » endoskopik drenaj
 - » stent
 - » sfinkterotomiya
- Cərrahi müalicələr:
 - » Denervasiya (cərrahi və kimyəvi)
 - » Drenaj (pankreato – yeyunostomiya – Duval, Pestow, Partington – Rochelle),
 - » Rezeksiya (PDR, distal, mərkəzi rezeksiyalar, total pankreatektomiya)
 - » Rezeksiya + drenaj (Beger, Frey, Berne)
- Cərrahi müalicəyə göstərişlər:
 - » Konservativ müalicəyə baxmayaraq, şiddətli və davamlı ağrılar
 - » Pankreasda kütlə (xüsusən kanserdən fərqləndirmək çətindir və simptomatikdirsə)
 - » Axacaq genişlənməsi
- Denervasiya üsulları ağrını azaltmaq üçündür, geniş istifadə edilmir.
- Drenaj əməliyyatları axacaq genişlənməsi olan xəstələrdə tövsiyə olunur, cərrahi üsullar endoskopik üsuldən daha effektivdir (80% yaxşılaşma).
- Rezeksiya indurativ formada, xərçəngdən ayırd etmək çətin olduqda, bəzən ağırlaşmalarda və drenaj effektiv olmadıqda tövsiyə edilir.
- Pankreas transplantasiyasının inkişafı rezeksiya əməliyyatlarını genişləndirməyə imkan verəcəkdir.
- Ağırlaşmaların müalicəsi üçün daxili drenaj əməliyyatları və rezeksiya aparıla bilər.

Müalicə yanaşması

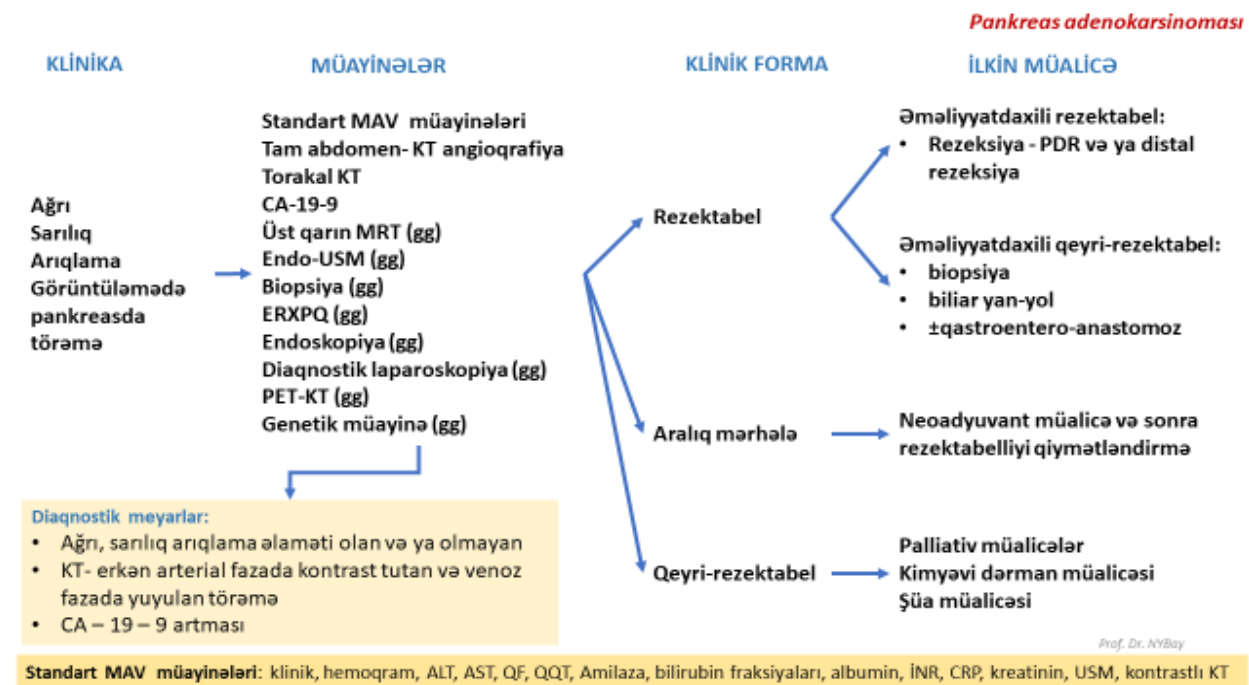
- Xroniki panreatitdə müalicənin məqsədi ağrını, steatorreyanı azaltmaq və ağırlaşmaları aradan qaldırmaqdır.
- Ağrını və ekzo-endokroin yetməzliyi aradan qaldırmaq üçün əvvəlcə konservativ tədbirlər başlanır: alkoqol və siqaret kəsilir, yüngül və az yağlı pəhriz, lipaza fermenti və antisekretor (HKB) dərmanlar verilir. Ağrı azalmırsa, bunlara, ağrıkəsicilər əlavə edilir.
- Konservativ müalicələr faydasız olduqda endoskopik və cərrahi müdaxilələr gündəmə gəlir, müdaxilə seçimində klinik morfoloji forma nəzərə alınır.
- **Kütlə formasında** (indurativ forma) və xərçəngdən fərqləndirmək çətin olduqda ilk seçim cərrahi rezeksiyadır. Kütlənin lokalizasiyasından asılı olaraq pankreas başının və ya distalının rezeksiyaları aparılır. İltihabi kütlələr əksər hallarda pankreas başında və gövdəsində yerləşdiyi üçün PDR ilk seçimdir, gövdədə yerləşən hallarda distal rezeksiya və anastomoz da istifadə edilə bilər. Total zədələnmədə total pankreatektomiya və pankreatik adacıq köçürülməsi əməliyyatı tövsiyə edilir.
- **Duktal formada** drenaj və ya drenaj-rezeksiya əməliyyatları aparıla bilər (yan-yan pankreato-yeyunostomiya və ya Frey əməliyyatı – pankreas başının hissəvi rezeksiyası və yan-yan pankreato-yeyunostomiya). Bu formada endoskopik müdaxilələr (stent, daşçıxarma, litotripsiya) ikinci seçimdir, çünki effektivlikləri azdır.
- **Fibrotik formada** konservativ müalicəyə davam edilə bilər, denervasiya və ya total pankreatektomiya (adacıq transplantasiyası ilə) əməliyyatları aparıla bilər.
- Ağırlaşmalar üçün uyğun müalicələr yerinə yetirilir: xoledox və duodenal abstraksiyalarda yanyol əməliyyatları, splenik vena trombozu və varikozlarda liqasiya, splenektomiya, psevdosistlərdə sisto-yeyunostomiya, pankreatik assitdə konservativ, stent, rezeksiya və s.

MƏDƏALTİ VƏZİNİN ADENOKARSİNOMASI

Özet

Mədəaltı vəzinin törəmələri mənşəyinə görə birincili və ikincili ola bilər. Birincili şişlər axacaq və asinar epiteldən, adacıq hüceyrələrindən və mezenximal toxumalardan inkişaf edirlər. Birincili törəmələrin əksəriyyəti (90%) epiteldən inkişaf edən toxumalı törəmələrdir, az qismi (7%) sistoz neoplaziyalar və adacıq (3%) şişləridir. Epiteldən inkişaf edən şişlərin əksəriyyəti 90-95% bədxassəli şişlərdir-adenokarsinomalardır, xoş xassəli şişlər-adenomalar nadir rast gəlir (1-2%). Metastatik şişlər birincili şişlərdən 3 dəfə çox rast gəlir.

Mədəaltı vəzi xərçəngi vəzinin epitel toxumasından inkişaf edən bədxassəli törəmədir. Xəstəlik əksər hallarda asimptomatik başlayır, törəmə böyüdükcə yaxın və ətraf orqanlara invaziya edir və əlamətlər ortaya çıxır: ağrı, arıqlama, sarılıq, duodenal obstruksiya, hətta paraneoplastik sindromlar. Diaqnostikasında görüntüləmə müayinələri (KT/MRT) əsas yer tutur, kontrastı tez buraxan (venoz fazada kontrastı buraxan) kütlənin görünməsi xarakterik əlamətdir, biopsiyaya əksər hallarda ehtiyac qalmır. Mərhələsinin təyini üçün KT angiografiya standartdır, endoskopik USM və PET edilə bilər. Rezektabel mərhələdə (metastazları və damarlara invaziyası olmayan hallar) radikal rezeksiya edilir, ara mərhələdə kimyaterapiya sonra radikal rezeksiya, qeyri-rezektabel mərhələdə palliativ müalicələr (sarılıq və duodenal obstruksiyalarda yanyol anastomozları və ya stent, ağrı üçün alqoloji müalicələr və s.) və kimyəvi dərman müalicəsi edilir.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr

- Biopsiya

Laborator müayinələr • Amilaza • Lipaza • QcFT • CA-19-9 • CEA • Genetik müayinələr • Hormonlar (insulin, qastrik, qlükaqon, somatostatin, VIP və s.) Görüntüləmə və digər • USM • KT • MRT • Endo USM • Endoskopiya • Sekretin stimulyasiya testi	• PET-KT • ERXPQ • Digər
Standart müalicələr • Rezeksiya • Yan-yol anastomozları • Kimyəvi-Şüa müalicəsi	Göstərişə görə müalicələr • Endoskopik stent • Perkutan drenaj və ya stent • Digər

Diaqnostikası

Şübhə

- Epigastral ağrısı, kütləsi, arıqlaması olan yaşlı xəstələrdə, mexaniki sarılıqda pankreas törəməsi unudulmamalıdır.
- USM-də pankreasda kütlə, sist
- CA – 19 – 9 artması
- Yaşlı xəstələrdə kəskin pankreatit

Dəqiqləşdirmə

- Pankreas adenokarsinomasına şübhə olan xəstələrdə klinik, laborator və görüntüləmə müayinələri aparmaq lazımdır.
- Laborator müayinələr spesifik deyil:
 - » Xolestaz göstəricilərində (bilirubin, QF, QQT) və qaraciyər enzimlərində artma ola bilər.

- » Şiş markerlərindən CA – 19 – 9 artması xarakterikdir, şişin kütləsinə paralel artır (90% həssaslıq, 70% spesifiklik).
- Görüntüləmə üsulları diaqnostikada və mərhələnin təyində önəmlidir.
 - » USM ilkin müayinədir, 2 sm-dən böyük törəmələrdə 70%, kiçiklərdə 30% həssaslıq göstərir.
 - » Kontrastlı KT və ya MRT standart müayinədir, şişin və yayılma dərəcəsinin müəyyənəşdirilməsində önəmlidir.
 - » Endoskopik USM kiçik törəmələrin və limfatik yayılmanın təyində KT-dən daha həssasdır və mərhələnin təyini üçün istifadə edilə bilər.
 - » Diaqnostik laparoskopiya peritoneal karsinomatozun təyini üçün aparıla bilər.
 - » PET törəmənin bədən və ya xoşxassəli olmasını və distal metastazları göstərə bilər.
- Biopsiyanın rolu böyük deyil, rezektabel törəmələrdə tövsiyə edilmir, qeyri – rezektabel törəmələrdə və differensiasiya çətinliyində dəridən keçən üsulla aparılır (spesifikliyi 90%, həssaslığı 50 – 70%)

Diaqnostik meyarları:

- **Klinik:** ağrı, arıqlama, sarılıq əlaməti olan və ya olmayan
- **Görüntüləmədə:** erkən arterial fazada kontrast tutan və venoz fazada yuyulan, MRT-də hipointens, ətraf toxumalara invaziv, böyüməyə meyli, baş nahiyyəsində yerləşərək xoledoxu və pankreatik axacağı genişləndirən (“iki axacaq simptomu”) törəmə
- **Laborator** CA – 19 – 9 artması diaqnozu dəstəkləyir, artmaması inkar etmir.

Mərhələnin təyini

- Mərhələnin və rezektabelliğin təyini üçün ilk olaraq KT angiografiya və endoskopik USM, sonra diaqnostik laparoskopiya edilir və gərəkərsə, PET istifadə edilir. Mərhələni müəyyənəşdirmək üçün TNM klassifikasiyasına, cərrahi rezektabelliğin təyini üçün əməliyyatönu və əməliyyatdaxili müayinələrlə əldə edilən metastaz və yerli yayılmalara istinad edilir. Cərrahi rezektabellik nöqtəyi nəzərdən pankreas adenokarsinoması prinsipial olaraq rezektabel və qeyri-rezektabel formalara ayrılır və aşağıdakı klinik variantları ayırd edilir:
 - » **Rezektabel** – distal metastaz və ətrafdakı böyük damarlara invaziya yoxdur (yuxarı çöz arteriyasına və venasına, günəş kötüyünə, qaraciyər arteriyasına, aşağı boş venaya, aortaya, böyrək damarlarına) və xəstə operabeldir.
 - » **Ara mərhələ** – distal metastaz yoxdur, ətrafdakı damarlara 180 dərəcədən az invaziya var (yuxarı çöz arteriyasına və venasına, günəş kötüyünə və qaraciyər arteriyasına).
 - » **Yerli gecikmiş qeyri-rezektabel** mərhələ – ətrafdakı damarlara 180 dərəcədən çox invaziya var (yuxarı çöz arteriyasına və venasına, günəş kötüyünə, qaraciyər arteriyasına və ya yuxarı çöz venasının okkuluzyası), boş venaya, aortaya invaziya var
 - » **Metastatik qeyri-rezektabel** – distal metastaz var (qaraciyər, ağciyər, çanaq, peritoneal karsinomatoz).

Müalicəsi

Prinsipi

Radikal müalicəsi rezeksiyadır, rezekiya mümkün olmayanda palliativ müalicələr aparılır.

- **Rezeksiya** xəstələrin 10-15%-dən azında mümkün olur və aşağıdakı hallar rezektabel qəbul edilir:
 - » Distal metastazlar yoxdur
 - » Törəmə ilə yuxarı çöz venası arasında yağ toxuması qorunmuşdur
 - » Qaraciyər, yuxarı çöz və günəş kələri arteriyalarına invaziya yoxdur
 - » Ətraf orqanlara invaziya yoxdur (nisbi)
 - » Peritoneal karsinomatoz yoxdur
- Rezeksiya həcmi proksimal (pankreato – duodenal rezeksiya), distal və total ola bilər.

Palliativ müalicələrə simptomları və ağrılaşmaları azaltma (ağrı, sarılıq, duodenal və qastral obstruksiya), kimyəvi dərman və şüa müalicəsi aiddir.

- **Ağrını azaltma**
 - » Qeyri – steroid ağrıkəsicilər
 - » Opioid ağrıkəsicilər
 - » Seliak qanqlionun kimyəvi bloku
 - » Torakoskopik splanxik sinir transseksiyası
 - » Epidural blokada
- **Sarılığın müalicəsi (drenaj)**
 - » Cərrahi üsulla bilio-digestiv yanyol (hepatiko – yeyunostomiya, segment-3 yanyol)
 - » Endoskopik stent
 - » Dərindən keçən drenaj, stent
- **Doudenal/qastral obstruksiyanın müalicəsi**
 - » Laparoskopik və ya açıq qastro – yeyunostomiya
 - » Endoskopik stent
- **Kimyəvi dərman və şüa müalicəsi**
 - » 5-flüorurasil ən effektiv dərmanlardan sayılır. Son illər gemitabin və interferon da əlavə edilir. Kimyəvi dərman müalicəsi adjuvant (437onar437erative), şüa müalicəsi ilə kombinasiyalı və sərbəst şəkildə istifadə edilə bilər.

Müalicə seçimi

MAV xərcənginin müalicə üsulunun seçimində mərhələsinə, xüsusən də rezektabelliyyə əsaslanılır:

- **Rezektabel** görünən törəmələrdə diaqnostik laparoskopiya/laparotomiya ilə rezektabellik təkrar qiymətləndirilir. Törəmə rezektabeldirsə, radikal rezeksiya edilir: pankreas başında yerləşən törəmələrdə pankreato-duodenal rezeksiya (PDR), cisim və quyruqda yerləşən törəmələrdə isə distal rezeksiya seçilir. Əməliyyatdaxili müayinədə törəmə qeyri-rezektabel çıxarsa biopsiya edilir və göstərişə görə palliativ əməliyyatlar yerinə yetirilir: mexaniki sarılıq

varsa, biliar yanyol, duodenal obstruksiya və ya riski varsa qastroentero-anastomoz. Əməliyyat açıq və ya laproskopik üsulla aparıla bilər. Rezektabel törəmələrdə əməliyyatın dövrə sarılığı azaltmaq üçün endoskopik stent tövsiyə edilmir, çünki stent radikal əməliyyatı gecikdirir və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları artırır.

- **Aralıq mərhələdə** neoadyuvant müalicələr edilir və rezektabellik təkrar dəyərləndirilir.
- **Qeyri – rezektabel** törəmələrdə palliativ və ya simptomatik müalicələr aparılır, xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verirsə, kimyəvi dərman və şüa müalicəsi aparıla bilər. Mexaniki sarılıqda ilk seçim bilio-digestiv anastomozdur, bu mümkün olmayanda endoskopik və ya perkutan stent tətbiq edilə bilər. Duodenal obstruksiyalarda ilk seçim qastro-enteroanastomozdur.

Proqnoz

Radikal rezeksiyalardan sonra 5 illik yaşam 5 – 20%, kiçik və limfatik yayılması olmayan törəmələrdə 40% təşkil edir.

ADACIQ TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

Mədəaltı vəzinin törəmələri mənşəyinə görə birincili və ikincili ola bilər. Birincili şişlər axacaq və asinar epiteldən, adaciq hüceyrələrindən və mezenximal toxumalardan inkişaf edirlər. Birincili törəmələrin əksəriyyəti (90%) epiteldən inkişaf edən toxumalı törəmələrdir, az qismi (7%) sistoz neoplaziyalar və adaciq (3%) şişləridir. Epiteldən inkişaf edən şişlərin əksəriyyəti 90-95% bədxassəli şişlərdir-adenokarsinomalardır, xoş xassəli şişlər-adenomalar nadir rast gəlir (1-2%). Metastatik şişlər birincili şişlərdən 3 dəfə çox rast gəlir.

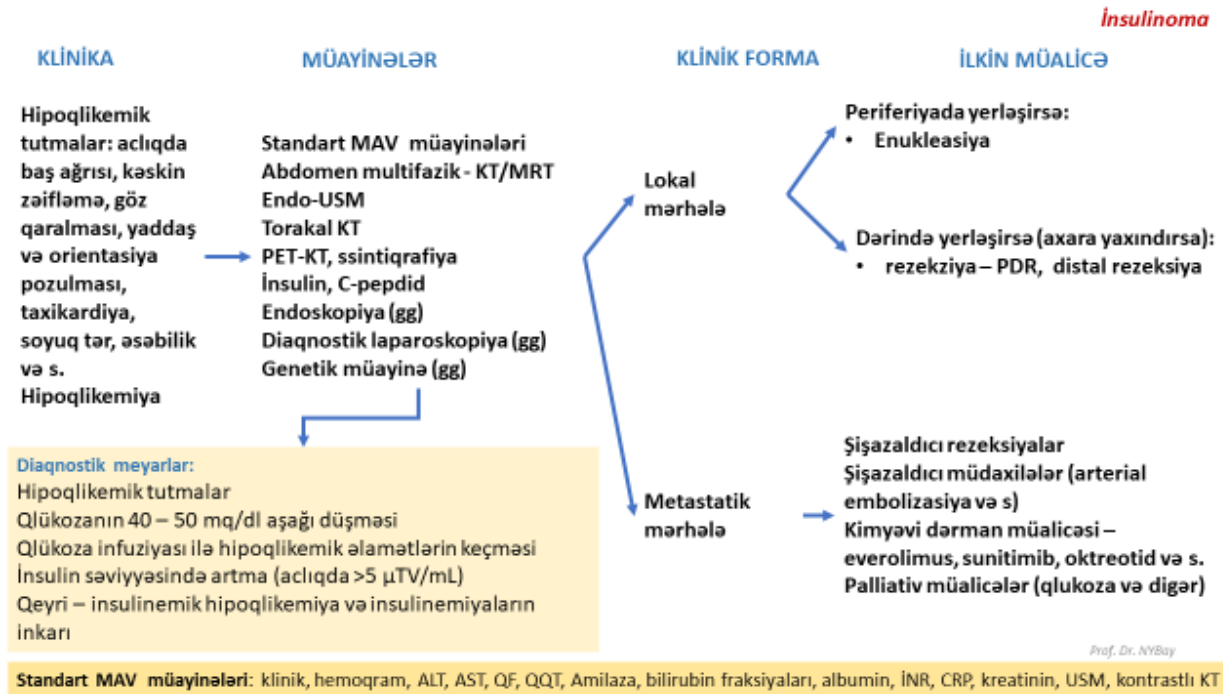
Adaciq şişləri adaciq hüceyrələrindən inkişaf edən şişlərdir, funksional aktiv və qeyri-aktiv, xoş və bədxassəli ola bilərlər. Funksional aktiv şişlərə insulinoma, gastrinoma, VIP-oma, qlükaqonoma, somatostatinoma, PP-oma aid edilir. Bəd- və xoşxassəlilik metastazların olub-olmamasına görə müəyyən edilir. İnsulinomalardan başqa digər şişlərin əksəriyyəti (>50-60%) bədxassəlidir. Funksional aktiv şişlər ifraz etdiyi hormona bağlı endokrin əlamətlərlə, qeyri-aktiv şişlər isə kütlə effekti ilə biruzə verirlər:

- İnsulinomalarda – hipoglikemiya
- Gastrinomalarda – çoxlu xora, mədə hipersekresiyası, ishal
- Qlükaqonomalarda – şəkərli diabet, anemiya, nekrolitik anemiya
- Somatostatinomalarda – şəkərli diabet, öd daşı, steatorreya
- VIP-omada – sekretor ishal

Şişin növünü dəqiqləşdirmək üçün xarakterik klinik əlamətlərlə yanaşı qanda uyğun hormonun səviyyəsini təyin etmək lazımdır. Hormon səviyyəsi yüksək olmadıqda stimulyasiya testləri - sekretin testi, sekretin+kalsium testi aparıla bilər. Şişin yerinin təyini üçün USM, KT və ya MRT, endoskopik USM, angiografiya, PET-KT, somatostatin reseptor izotop müayinəsi aparıla bilər. Adaciq şişlərinin əsas müalicəsi cərrahi müalicədir: mümkün olarsa, radikal çıxarılır, buna imkan yoxdursa, kütləazaldıcı əməliyyatlar icra olunur. Bununla yanaşı, simptomatik (insulinomalarda qlükoza verilməsi, gastrinomalarda hidrogen köpüyü blokatorları, nazoqastral zond, qlükaqonomalarda aminturşu köçürülməsi, VIP-omalarda su-elektrolit köçürülməsi və s.) və hormon ifrazını azaltmaq üçün somatostatin istifadə edilir.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Amilaza • Lipaza • QcFT • CA-19-9 • CEA • Genetik müayinələr • Hormonlar (insulin, qastrik, qlükaqon, somatostatin, VIP və s.) Görüntüləmə və digər • USM • KT • MRT • Endo USM • Endoskopiya • Sekretin stimulyasiya testi	• Biopsiya • PET-KT • ERXPQ • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Rezeksiya • Yan-yol anastomozları • Kimyəvi-Şüa müalicəsi	• Endoskopik stent • Perkutan drenaj və ya stent • Digər

İNSULİNOMA



Diaqnostikasi

Şübhə

Aşağıdakı hallarda insulinomadan şübhələnmək lazımdır:

- Aclıq vaxtı hipoglikemik əlamətlərin ortaya çıxması və qida qəbulu ilə keçməsi.
- Qanda qlükozanın 50 mq/dL-dən aşağı düşməsi.

Dəqiqləşdirmə

Dəqiqləşdirmə üçün klinik və laborator üsullarla **avvalca** nevroloji əlamətlərin hipoglikemiya ilə əlaqəli olması, sonra bunun insulin yüksəkliyi ilə əlaqəli olduğu araşdırılır, daha sonra isə hipoglikemiya və hiperinsulinemiyanı törədən digər xəstəliklər axtarılır.

Diaqnostik meyarları:

- Whipple triadası (nevroqlikopeniya əlamətləri):
 - » Hipoglikemik tutmalar (baş ağrısı, kəskin zəifləmə, göz qaralması, yaddaş və orientasiya pozulması, aclıq, hətta koma, taxikardiya, soyuq tər, əsəbilik)
 - » Qlükozanın 40 – 50 mq/dl (2 – 2,2 mmol/l) aşağı düşməsi
 - » Qlükoza infuziyası ilə hipoglikemik əlamətlərin keçməsi
- İnsulin səviyyəsində artma (aclıqda >5 µTV/mL)
- Qeyri – insulinemik hipoglikemiya və insulinemiyaların inkarı – şəkərli diabet, insulin qəbulu, andidiabetik dərmanlar, anti-insulin anticismləri, mədə rezeksiyaları, nesidoblastoz)
- Whipple triadasını yoxlamaq üçün xəstə xəstəxanada nəzarət altında 24 – 72 saat ac saxlanılır, insulin, proinsulin, C – peptid və qlükoza yoxlanılır. Qlükoza 50 – 60 mq/dl-dən aşağı düşdükdə

neyroqlikopenik əlamətlərin ortaya çıxması və qlükoza infuziyası ilə keçməsi klinik meyarı təsdiqləyir.

- Hipoqlikemik vəziyyətlərdə hiperinsulinemiyanın olması (aclıqda $>5 \mu\text{TV}/\text{mL}$) ikinci meyarı təsdiqləyir.

Differensiasiya

- Ekzogenoz insulin – C-peptidin və proinsulinin aşağı olması
- Diabetik dərmanlar – qanda diabetik dərmanların yoxlanması
- Autoimmun qeyri – insulinoma – insulina qarşı anticisimlərin tapılması
- Qeyri – insulinoma pankreatogen hipoqlikemiya sindromu (adaciq hipertrofiyası) – uşaqlarda və mədə əməliyyatı keçirənlərdə rast gəlinir, aclıqda deyil, yeməkdən 2 – 4 saat sonra hipoqlikemiya başlayır.

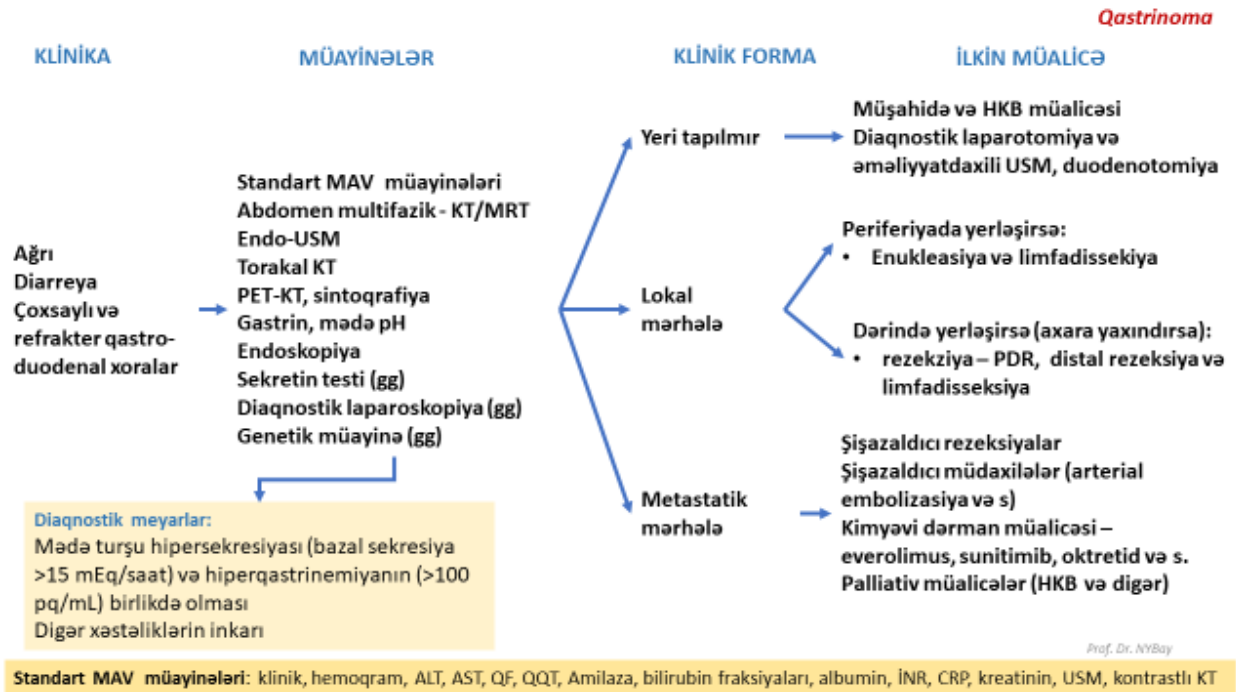
Yerinin təyini

- Şişin əksər hallarda kiçik ($<1,5 \text{ sm}$), tək (90%) olması onun tapılmasını çətinləşdirir. Aşağıdakı üsullar istifadə edilə bilər:
 - » Kontrastlı KT/MRT (5 mm-lik kəsiklərlə aparılan kontrastlı KT/MRT 50 – 60% həssaslıq göstərir.
 - » Endoskopik USM (ən həssas müayinədir)
 - » PET-KT
 - » Portal vena kateterizasiyası
 - » Oktreotid ssintiqrafiyası
 - » Əməliyyatdaxili palpasiya və USM

Müalicəsi

- İnsulinomaların müalicə tədbirləri aşağıdakılardır:
 - » Krizlərin profilaktikası və müalicəsi
 - » **Əsas müalicə – cərrahi rezeksiya**
 - » Palliativ müalicə – kimyəvi dərman müalicəsi
- Krizlərin qarşısını almaq və baş verdikdə aradan qaldırmaq üçün tez – tez qida qəbulu və qlükoza infuziyası lazımdır.
- Şişin çıxarılması insulinomanın radikal müalicəsidir – enukleasiya və ya rezeksiya. Cərrahi müalicənin effektivliyini dəqiq təyin etmək üçün əməliyyat vaxtı qanda qlükoza və insulini təyin etmək lazımdır.
- Çoxsaylı şişlərdə (nezidoblastozis və ya adaciq hipertrofiyası) pankreasın hissəvi rezeksiyası edilə bilər.
- **Konservativ müalicə** şiş çıxarılmadıqda, tapılmadıqda, geniş yayılmış hallarda, əməliyyata əks göstəriş olduqda və əməliyyata hazırlıq dövründə aparılır (diazoksid, streptazosin və somatostatin).

QASTRİNOMA (ZOLLİNGER – ELLİSON) SİNDROMU



Diaqnostikasi

Şübhə

Aşağıdakı hallarda xəstədə qastrinoma şübhəsi var və bunlar qastrinomaya görə yoxlanmalıdır:

- Xoraəleyhinə standart müalicəyə tabe olmayan və ya müalicədən dərhal sonra təkrarlanan xora
- Postbulbar xoralar (12bb-ın II, III, IV hissələri, acı bağırsaq xoraları)
- Mədə və 12bb-də çoxlu xoralar
- Xoraya görə aparılan əməliyyatlardan sonra anastomoz xoraları
- Aclıq ishalı olan və antidiaretiklərə tabe olmayan xəstələr
- Paratiroid adenoması (hiperkalsiemiya olan) və mədə 12bb şikayətləri olan xəstələr

Dəqiqləşdirmə

- Qastrinomaya şübhə olarsa, turşu hipersekresiyası, hiperqastrinemiya axtarılmalıdır və bunları törədən digər xəstəliklər araşdırılmalıdır. Bu məqsədlə klinik, laborator və görüntülmə müayinələri aparılır.
- Qastrinomanın diaqnostikasında “*olmazsa – olmaz*”-“*sine non qua*” şərtlər:
 - » Mədə turşu hipersekresiyası (bazal sekresiya >15 mEq/saat) və hiperqastrinemiyanın (>100 pq/mL) birlikdə olması
 - » Digər xəstəliklərin inkarı

- Hiperqastrinemiyaşız turşu hipersekresiyası (hiperasid qastrit, 12bb xorası) və ya hipersekresiyasız hiperqastrinemiya (atrofik qastrit, pernisiyoz anemiya, vaqotomiya) qastrinoma üçün xarakterik deyil.
- Diaqnostik çətinliklərdə sekretin testi yerinə yetirilir.

Yerinin təyini

- Lokalizasiyanın təyini üçün kontrastlı KT, MRT, endoskopik USM, sekretin reseptoru izotop müayinəsi, əməliyyatdaxili USM, PET-KT aparılır.

Müalicəsi

- Qastrinomaların əsas müalicəsi şişin radikal çıxarılmasıdır, limfadisseksiya da lazım gəlir. Periferik yerləşən törəmələrdə enukleasiya və limfadisseksiya, dərinə və axacağa yaxın törəmələrdə isə rezeksiya (PDR və ya distal rezeksiya) edilir, yerli limfadisseksiya da əlavə edilir.
- Radikal müalicə mümkün olmadıqda (şiş tapılmazsa, metastaz varsa) palliativ üsullar istifadə edilir.
 - » *Kütləazaldıcı cərrahiyyə.* Çıxarılabilən kütlələrin çıxarılması əməliyyatıdır, adətən sporadik formada istifadə edilir.
 - » *Antisekretor müalicə.* H₂ blokatorlar, hidrogen körüyü blokatorları (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol və s.) yüksək dozada (80 – 120 mq) istifadə edilir.
 - » *Qastrektomiya.* Hazırda geniş istifadə edilmir. Hidrogen körüyü blokatorları sekresiyayı nəzarət altında saxlaya bildikləri üçün qastrektomiya az hallarda, xüsusən ağırlaşmaların müalicəsində istifadə edilir.
 - » *Kimyəvi dərman müalicəsi.* Everolimus, sunitimib, siazoksid, doxorubisin, 5-flüorurasil kombinasiyası metastatik formalarda istifadə edilə bilər.
- Xoşxassəli gedişdə 10 illik yaşama 80%, bədxassəliyədə isə 30% təşkil edir. MEN formalı qastrinomalarda gediş nisbətən qənaətbəxşdir.

ADACIĞIN DİGƏR ŞİŞLƏRİ

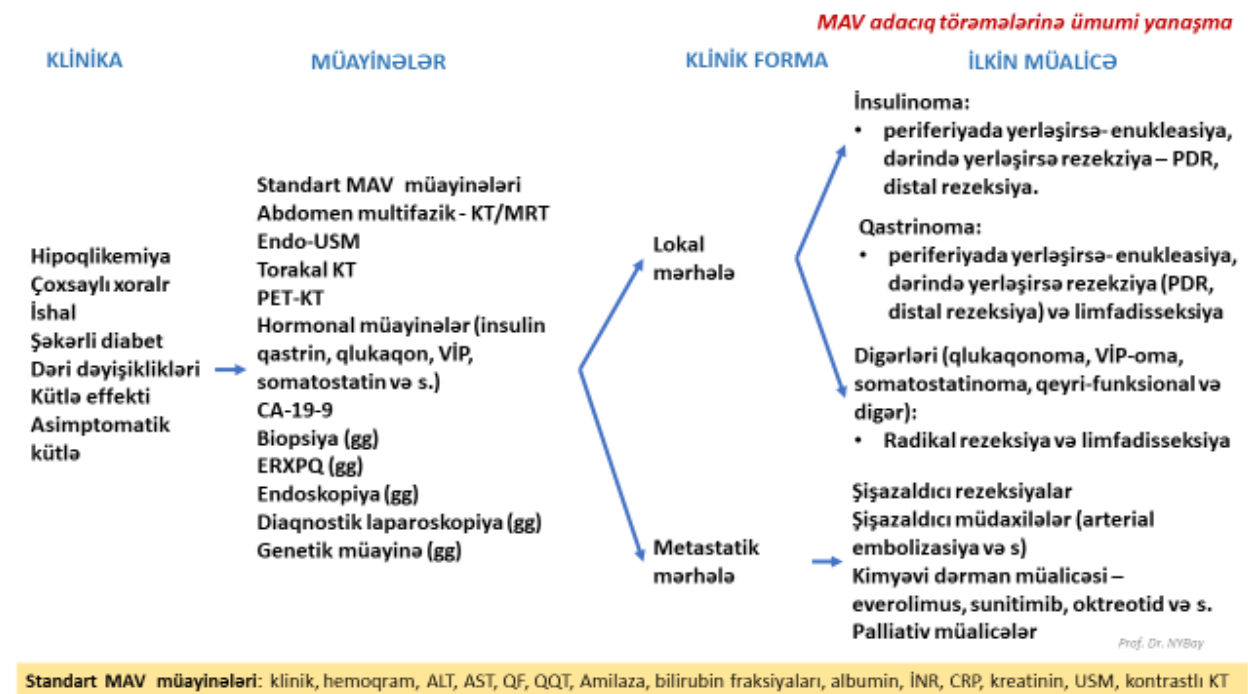
Qlükaqonoma adacıqların A tipli hüceyrələrinin şişi olub, həddən artıq qlükogen ifraz edir, hiperqlikemiya, lipoliz və aminturşu azlığı törədir ki, bu da özünü dəri dəyişiklikləri (nekrotik miqrasiyaedici eritema, ağız və anus ətrafında rast gələn eritematoz ləkələr), şəkərli diabet və anemiya ilə göstərir. Qlükaqonomaların əksəriyyəti bədxassəli gedişə malikdirlər, metastaz və tez residiv verirlər, radikal əməliyyatdan sonra tam sağalma 30% hallarda mümkündür. Qanda qlükaqonun yüksək olması (>200 pq/ml) qlükaqonoma diaqnozunu dəqiqləşdirir. Əsas müalicəsi radikal çıxarmadır.

Somatostatinoma adacıqların D hüceyrə tipli şişi olub, həddən artıq somatostatin ifrazı ilə xarakterizə olunur, adətən diabet, steatorreya və öd daşı ilə biruzə verir, əksəriyyəti (70%) bədxassəlidir. Somatostatinomaların müalicəsi cərrahi eksiziyadır.

VİP-oma adacıqların D2 hüceyrələrinin şişi olub həddən artıq vazointestinal peptid ifraz edilir, sulu ishal, hipokalemiya və asidoz törədir, yarısından çoxu bədxassəlidir. İshal, VIP-in 200 pq/ml-dən yüksək olması və MAV-da kütlə diaqnostik meyarlardır. Əsas müalicəsi şişin çıxarılmasıdır (enukleasiya, rezeksiya).

PP-omalar pankreasın F hüceyrə tipli şişidir və pankreatik polipeptid ifraz edirlər. PP-nin fizioloji rolu dəqiq məlum deyil, lakin hesab edilir ki, PP insulin ifrazında rol oynayır. PP-omaların dəqiq endokrin əlaməti yoxdur.

Adacıqların hormon sintez etməyən şişləri adətən kütlə effekti ilə biruzə verir (sarılıq, təzyiq və s.), tapıldıqları halda 60%-dən çoxu bədxassəlidir. Lakin 5 illik yaşama 40-50% təşkil edir.



MƏDƏALTİ VƏZİNİN SİSTLƏRİ (SULUQLARI)

Özət

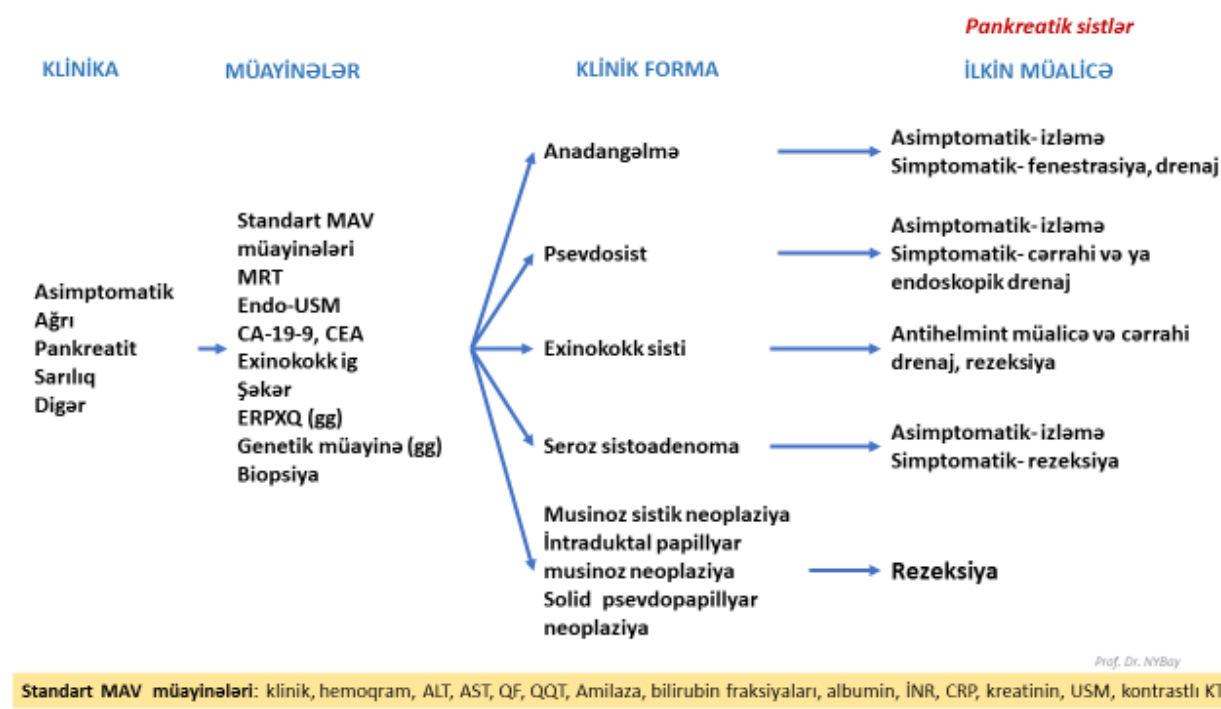
Pankreas suluqları (sistlər) epitel qatı və ya birləşdirici toxuma ilə əhatə olunan maye tərkibli törəmələrdir. Divarının quruluşuna və mənşəyinə görə pankreas suluqlarının 4 əsas növü ayırd edilir: **həqiqi, yalançı, neoplastik və parazitar suluqlar**.

Həqiqi suluqların divarının daxili səthini epitel qatı təşkil edir, əmələ gəlmə səbəblərinə görə anadangəlmə və qazanılma ola bilər. Anadangəlmə sistlər inkişaf pozğunluğu nəticəsində, qazanılmış həqiqi sistlər isə, axacağının tıxanması nəticəsində distal hissəsinin genişlənməsi ilə bağlı meydana çıxır (retension sistlər). Bu sistlər simptom vermirsə izlənilir, simptomatik olarsa çıxarılır.

Psevdosistlərin – yalançı suluqların divarını ətraf orqanlar və iltihabi reaksiya nəticəsində əmələ gəlmiş birləşdirici toxuma təşkil edir. Yalançı sistlər adətən pankreatit və ya travma ilə əlaqədar axacaq zədələnməsi və pankreatik şirənin həddüddanması nəticəsində meydana gəlir. Adətən zədələnmədən 4 həftə sonra davam edən maye yığıntıları psevdosistlər adlanır. Psevdosistlər asimptomatik ola bilər, ətraf orqanlara təzyiq və ağırlaşma (infeksiyalaşma, qanaxma, fistul və s.) əlamətləri ilə biruzə verə bilərlər. Anamnezdə travma və pankreatit, sist mayesində amilazanın yüksək olması və divarında epitelin olmaması xarakterik əlamətlərdir. Asimptomatik və kiçik sistlər müşahidə edilir, simptomatik və 6 sm-dən böyük sistlər müalicə tələb edir, drenaj (sistodigestiv anastomozlar) ilk seçimdir.

Neoplastik suluqlar şiş təbiətli törəmələrdir, daxili divarında şiş təbiətli epitel hüceyrələri olur, təbiətinə görə xoş və bədxassəli şişlər ola bilərlər. Pankreasın epitel mənşəli neoplastik sistlərinə seroz sistoadenoma, musinoz sistik neoplaziya, intraduktal papillyar musinoz neoplaziya, solid psevdopapillyar neoplaziya və bədxassəli sistoadenokarsinoma aid edilir. Bundan başqa endokrin və metastatik sistlər də ola bilər. Anamnezdə pankreatitin olmaması, divarının qalın olması, arakəsmələr, sistik mayədə CEA və CA-19-9 səviyyəsinin yüksək olması neoplastik sistlər üçün xarakterikdir, diaqnozu biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsi, seroz sistlər istisna olmaqla digərlərinin radikal çıxarmasından ibarətdir.

Parazitar sistlərdən ən çox rast gəlini exinokokk sistləridir. Exinokokk nadir hallarda tək pankreası tutur, adətən birincili orqanlarla (qaraciyər, ağciyər) birlikdə rast gəlir. Müalicəsi sistektomiyadır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Amilaza - Lipaza - Orqan göstəriciləri - CA-19-9 - CEA - Kültürlər Görüntüləmə və digər - USM - KT - MRT - Endo USM - Endoskopiya - Biopsiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr

• Rezeksiya • Drenaj əməliyyatları • Endoskopik müalicələr • Ağırlaşmalara görə müdaxilələr • Digər	

Diaqnostikası

Şübhə

Aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri olarsa, pankreas sistlərindən şübhələnmək olar:

- Kəskin və xroniki pankreatit keçirmiş xəstə
- Qarında ağrı, tez doyma hissi
- Qarında şişkinlik, ürəkbulanma, bəzən qusma
- Görüntülmədə MAV-da sist

Dəqiqləşdirmə

- Sistlərin müəyyən edilməsi üçün USM (85%), KT/MRT (100%) həssas üsullardır.
- Sistlərin təbiətini müəyyənləşdirmək üçün anamnez, görüntülmə və sist mayesinin tədqiqatı (amilaza, lipaza, CA – 19 – 9, sitologiya,), seroloji müayinələr nəzərə alınır və gərəkərsə biopsiya edilir.
- Sist mayesini götürmək üçün perkutan və ya endoskopik USM altında punksiya edilir.
- Bu müayinələr yalnız 40 – 45% hallarda sistin təbiətini ortaya çıxarır. Bütün hallarda, xüsusən də, anamnezdə pankreatit olmadıqda sist divarından biopsiya etmək mütləqdir, adətən əməliyyat vaxtı təcili biopsiya şəklində aparılır.
- Pseudosistlər üçün ən xarakterik əlamətlər:
 - » anamnezdə pankreatit və ya travmanın olması
 - » görüntülmədə arakəsməsiz və toxumasız sist
 - » mayedəki amilaza və lipazanın plazmadan yüksək olması
- Neoplastik sistlər üçün xarakterik əlamətlər:
 - » Anamnezdə pankreatitin olmaması
 - » Görüntülmədə qalın divarlı və arakəsməli törəmələr
 - » Sistik mayədə CA-19-9 səviyyəsinin yüksək olması
- Exinokokk sisti üçün xarakterik əlamətlər
 - » İkiqatlı divar, arakəsmələr, divarında kalsifikasiya
 - » Seroloji müayinənin müsbət olması

Müalicəsi

- MAV sistlərinin müalicəsi sistin təbiətindən asılıdır və ümumi yanaşıldıqda neoplastik, parazitar, simptomatik və ağırlaşmış sistlər müalicə olunmalıdırlar, asimptomatik pseudosistlər və sadə sistlər izlənə bilər.

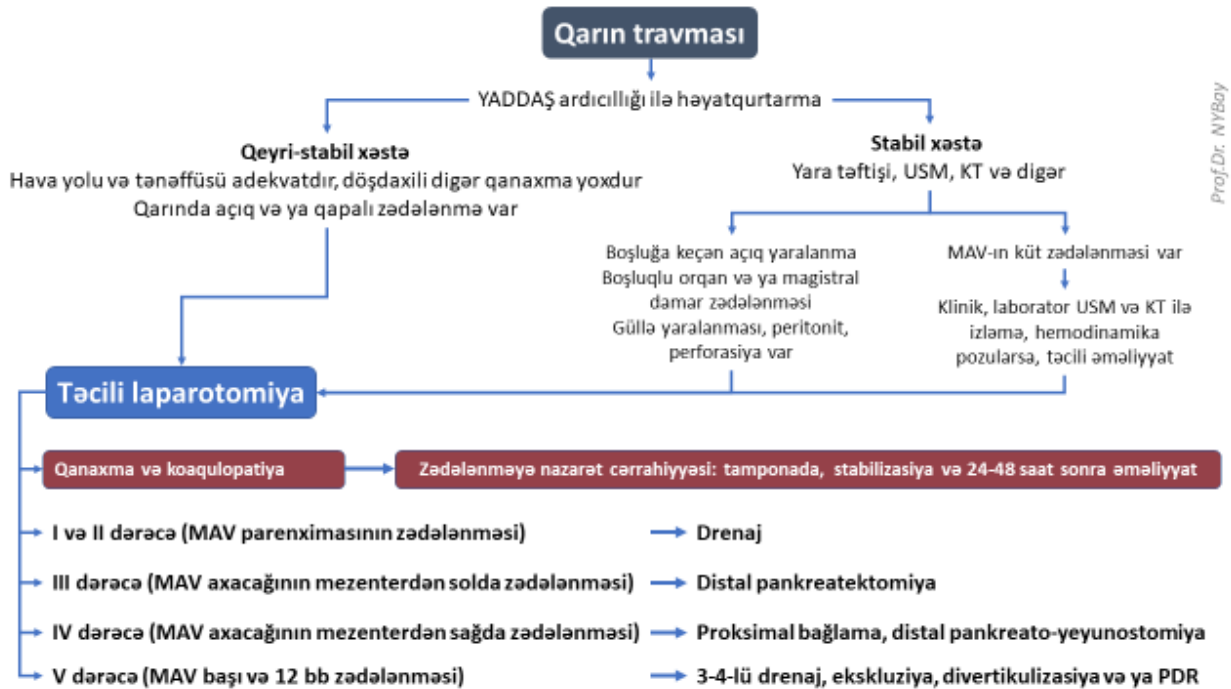
- **Psevdosistlərə** yanaşmada sistin ölçüsü, simptomatikliyi nəzərə alınır. Kiçik (< 6 sm) və erkən (< 6 həftə) sistləri ağırlaşması yoxdursa izləmək lazımdır. Böyük (> 6 sm) və ağırlaşmış psevdosistlər müalicə olunmalıdırlar. Psevdosistlərin əsas müalicəsi drenajdır, rezeksiya nadir hallarda tətbiq edilir. Drenaj üçün cərrahi, endoskopik və ya perkutan drenaj tətbiq edilə bilər. Cərrahi və endoskopik daxili drenajlar ən effektiv üsullardır (sisto – yeyunostomiya, sisto – qastrostomiya, sisto – duodenostomiya). Perkutan xarici drenaj ağırlaşmalarda istifadə edilir.
- **Neoplastik sistlərdə** standart yanaşma radikal çıxarmaqdan ibarətdir və adətən distal və ya proksimal rezeksiyalar şəklində aparılır. Əməliyyatın müayinələrdə bədxassəli patensiali nadir olan seroz sistoadenoma təsdiqlənərsə və asimptomatik olarsa izləyə bilər.
- **Parazitar sistlərdə** antihelmint müalicəsi və sistektomiya lazım gəlir.

MƏDƏALTI VƏZİNİN TRAVMALARI

Özət

- MAV travmaları abdominal zədələnmələr arasında az (2%) rast gəlir, daha çox açıq yaralanmalarda görünür, müştərək xarakterli olur və digər orqanların zədələnməsi ilə müşayiət olunur.
- MAV açıq, qapalı, odlu silahlarla və ERXPQ vaxtı zədələnə bilir.
- MAV zədələnməsinin spesifik klinik əlaməti yoxdur. Qanaxma, şok, peritonit ən çox rast gəlinən əlamətlərdir. İstənilən açıq və qapalı qarın travmalarında MAV zədələnməsi unudulmamalıdır.
- Açıq travmalarda MAV zədələnməsi laparotomiyada müəyyən olunur. Qapalı travmalarda MAV zədələnməsini müəyyənləşdirmək üçün vaxtaşırı KT və amilaza təyini önəmli yer tutur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi və müalicə üsulunun seçimi üçün tomoqrafik üsullar və pankreatik duktoqrafiya vacib şərtidir: MRT, ERXPQ, əməliyyatdaxili duktoqrafiya.
- MAV zədələnmələrinin ağırlıq dərəcəsinin təyində 3 zədələnmə əhəmiyyət kəsb edir:
 - » Axacaq zədələnməsi və yeri (yuxarı çöz venasına görə proksimal və distal)
 - » Parenxima destruksiyası
 - » Ətraf orqanlarda zədələnmə
- Bu göstəricilərə əsaslanaraq MAV travmalarının 5 ağırlıq dərəcəsi ayrıldı:
 - » I dərəcə – kapsula zədələnmir, parenximdə kiçik (< 2 sm) hematoma
 - » II dərəcə – kapsul və parenximdə zədələnmə var, axacaq zədələnməyib
 - » III dərəcə zədələnmə – axacağın distal hissəsində zədələnmə var
 - » IV dərəcə zədələnmə – axacağın proksimal hissəsində zədələnmə var
 - » V dərəcə zədələnmə – pankreas başında və 12bb-da zədələnmə var
- MAV travmalarının müalicəsində prinsiplər:
 - » Hemostaz
 - » Debridment
 - » Axacaq drenajı və pankreas şirəsinin kənara çıxmasının qarşısının alınması
 - » Yara drenajı
- Müalicə üsulunun seçilməsində zədələnmə növü (açıq, qapalı) və dərəcəsi əsas götürülür.
- Açıq travmaların əksəriyyəti təcili əməliyyat olunur.
- Qapalı travmalarda əməliyyata göstərişlər:
 - » hemodinamika qeyri – stabil
 - » KT-də böyük və artan hematoma, peripankreatik maye
 - » peritonit, psevdosist, abses
 - » digər orqanların zədələnməsi inkar edilməyən hallar
- I və II dərəcəli yaralanmalarda zədələnmə bölgəsi sorucu drenaj edilir.
- III dərəcəli zədələnmələrdə (axacaq zədələnməsi mezenterik damarlardan solda yerləşir) distal pankreatektomiya edilir.

- IV dərəcəli zədələnmələrdə (axacaq zədələnməsi mezenterik damarlardan sağda yerləşir), axacağın proksimal ucunun tikilməsi, distal hissəyə Ru – tipli pankreato-yeyunostomiya tövsiyə edilir (mərkəzi pankreatektomiya).
- V dərəcəli zədələnmələrdə isə MAV və 12bb zədələnmələrinin müalicə prinsipləri rəhbər tutularaq (debridment, axacaq və yara drenajı, yara tikilməsi, dekompressiya, bağırsağa axının kəsilməsi) yamaq, 3-4-lü drenaj, ekskluziya, divertikulizasiya və ya PDR aparıla bilər.
- ERXPQ vaxtı zədələnmələrdə erkən əməliyyat sağalma ehtimalını artırır.



Ədəbiyyat

(59),(23),(1)(44),(60,61),(62)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

DALAQ XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Dos. Cümşüd Cümşüdoğ Tibb ü.f.d. Sədaqət Bağirova Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

XƏSTƏLİKLƏR

- Diffuz splenomeqaliya
- Dalaq törəmələri
- Dalağın damar xəstəlikləri
- Dalaq travması
- Hiposplenizm
- Splenektomiya

MÜAYİNƏLƏR

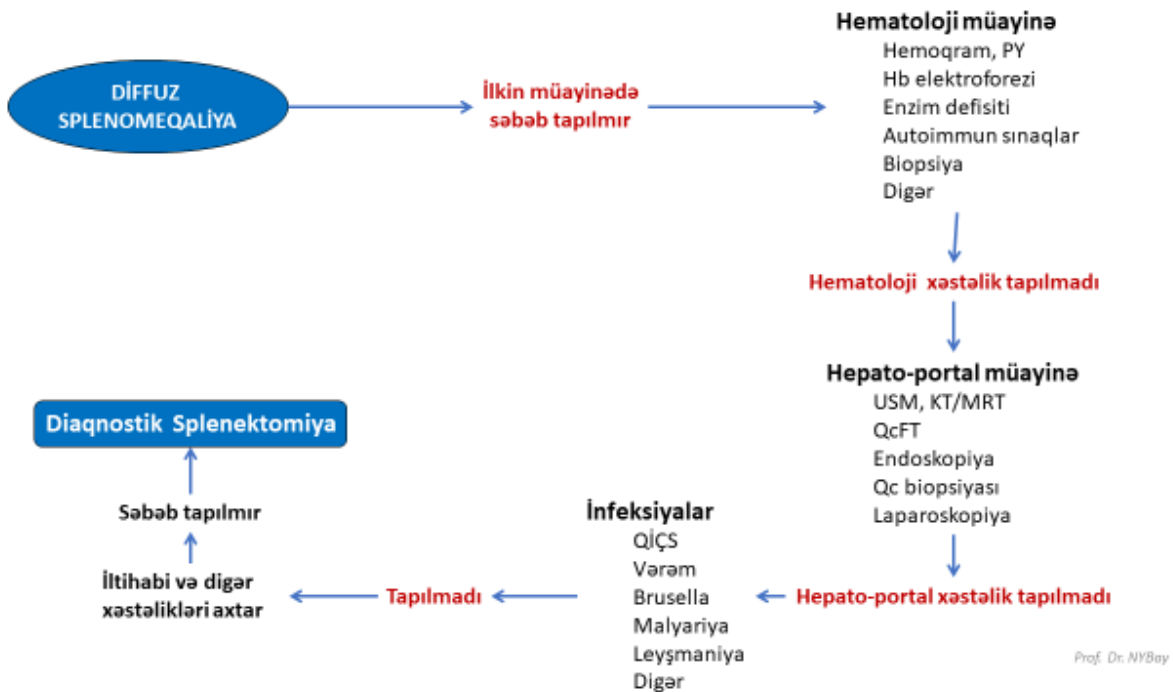
- **Klinik**
- **Laborator**
 - » Hemoqram
 - » Periferik yaxma
 - » Hemolitik sınaqlar
 - » Sümük iliği aspirasiya və biopsiyası
- **Görüntüləmə və digər**
 - » USM
 - » Elastografiya
 - » KT

- » MRT
- » PET – KT
- » Laparoskopiya
- » Radioizotop müayinə
- » Biopsiya

DİFFUZ SPLENOMEQALİYAYA DİAQNOSTİK YANAŞMA

Özət

Splenomeqaliya dalaq həcmnin böyüməsinə, hipersplenizm isə dalaq ölçüsünün və funksiyasının artmasına deyilir. Yəni hipersplenizm olması üçün aşağıdakı üç meyar olmalıdır: splenomeqaliya, sitopeniya (mono-, di-, trisitopeniya) və sümük iliylə reaktiv hiperplaziya. Diffuz splenomeqaliya əksər hallarda ikincilidir və onu törədən səbəblər arasında ilk yerləri hematoloji, qaraciyər, infeksiyon və autoimmun xəstəliklər tutur. Bu sindromun klinikası və gedişi səbəbindən asılıdır, əsas xəstəliyin əlamətləri ilə birlikdə ola bilər, asimptomatik ola bilər və ya ağırlaşma əlamətləri ilə biruzə verə bilər (sitopeniya, portal hipertenziya, orqanları sıxma və s.). Diffuz splenomeqaliyada əsas diaqnostik məsələ səbəbin araşdırılmasıdır və bu məqsədlə ardıcıl olaraq hematoloji, qaraciyər, infeksiyon və autoimmun xəstəliklər yoxlanılır. Müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasından ibarətdir, səbəb aradan qaldırılmazıqda palliativ məqsədlə splenektomiya, dalaq arteriyasının embolizasiyası, parsial splenektomiya və s. istifadə edilə bilər.



Prof. Dr. N.Y.Bay

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Hemoqram - Periferik yaxma Görüntüləmə və digər - USM - Elastoqrafiya - KT	- Hemolitik sınaqlar - Hemoqlobin elektroforezi - Sümük iliyi aspirasiya və biopsiyası - Autoimmun sınaqlar - Genetik müayinələr - QcFT - İnfeksiyalar - MRT - PET – KT - Laparoskopiya - Radioizotop müayinə - Biopsiya - Digər

Diaqnostika

Prinsip

- Dalağın böyüməsi əksər hallarda ikincili (95%) xarakterlidir, yəni başqa xəstəliklərin təzahürüdür. Ona görə də splenomeqaliyada əsas diaqnostik məsələ səbəbin axtarışıdır.

Şübhə

- Splenomeqaliyaya şübhə əlamətləri aşağıdakılardır:
 - » qarında böyümə
 - » qarının sol qabırğaaltı nahiyyəsində kütlə əllənməsi
 - » sitopeniyaya məxsus əlamətlər (anemiya, qanaxma, təkrarlanan infeksiyalar)
 - » portal hipertenziya əlamətləri (varikozlar, qanaxmalar və s.)
 - » qarındaxili sıxılma əlamətləri (tez doyma, yeməkdən sonra təngnəfəslik və s.)

Dəqiqləşdirmə

- Splenomeqaliyanı dəqiqləşdirmək üçün görüntüləmə üsulları ilə dalağın ölçüləri təyin edilir. İlk seçim USM-dir. Dəqiqləşdirmək üçün KT lazım gələ bilər. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi dalağın uzununa ölçüsünün 14 sm-dən, həcmnin isə 200 sm³-dən çox olması splenomeqaliyanı göstərir.
- Hipersplenizmi dəqiqləşdirmək üçün üç meyar birlikdə olmalıdır:
 - » Splenomeqaliya
 - » Sümük iliyində reaktiv hiperplaziya
 - » Sitopeniya
- Sitopeniya tək trombositopeniya (< 100), leykopeniya (<4), anemiya (Hb<10) şəklində və ya bunların birliyi ilə (di-, pansitopeniya) ortaya çıxa bilər.

Səbəbin təyini

- Anamnezində və klinik olaraq hematoloji, Qc və infeksiyon xəstəlikləri olan xəstələrdə splenomeqaliya səbəbinin təyini ciddi problem təşkil etmir.
- Anamnez, klinik müayinə, USM və KT ilə Qc, qan xəstəlikləri və infeksiyon xəstəliklər (malyariya, brusellyoz, QİÇS, leyşmaniya və s.) təyin edilmirsə, ardıcıl görüntüləmə və laborator müayinələrlə səbəb araşdırılmalıdır.
- Araşdırma planı ən çox rast gələn səbəbdən başlayaraq aparılır. Yəni əvvəlcə hematoloji, sonra Qc, sonra isə infeksiyon xəstəliklər araşdırılır:
 - » **Hematoloji müayinələr.** Əsas hədəflər hemolitik, limfoproliferativ və mieloproliferativ xəstəliklərin axtarışdır. Bu məqsədlə qanın ümumi analizi ilə yanaşı periferik yayma, hemolitik sınaqlar, enzim təyini, hemoqlobin elektroforezi, sümük iliği biopsiyası, reseptor təyini, immunositokimya kimi müayinələr aparılır. Anemiya və hemoliz əlamətlərində (LDH artışı, bilirubinemiya) ilk növbədə hemolitik xəstəliklər, digər hallarda isə neoplastik xəstəliklər yoxlanmalıdır.
 - » **Qaraciyər xəstəlikləri.** Hematoloji xəstəliklər inkar olunarsa, hepatoloqun nəzarəti altında Qc və portal vena sistemi yoxlanılır: diqqətli klinik müayinə, Elastografiya, USM, KT və Qc funksional göstəriciləri. Klinik müayinələrlə xronik Qc əlamətləri (palmar eritema, teleangioektaziya, ensefalopatiya, qarında venoz genişlənmələr), Qc-nin palpator vəziyyəti yoxlanılır. Elastografiya ilə qaraciyərin sərtliliyi yoxlanılır. USM və KT ilə Qc ölçüsü, strukturu, kənarları, aşağı boş vena və portal vena haqqında yetərli məlumat almaq olar. Laborator müayinələrlə Qc-nin sintetik (albumin, protrombin), xolestaz (bilirubin, QF, QQT), hepatosellülar zədələnmə (ALT, AST) və infiltrasiya (QF) göstəriciləri araşdırılır. Bunlarla yanaşı hepatotrop viruslar (HBV, HCV, HAV), sarılıq, travma, malyariya, alkoqol, hepatotoksinlər yoxlanmalıdır. İlkin müayinələrdə Qc “normal” çıxan xəstələrdə qaraciyər xəstəliyini inkar etmək olar. Lakin subklinik və asimptomatik Qc xəstəliklərinin mövcudluğunu da nəzərə alaraq hər hansı müayinədə kiçik də olsa, kənarçıxma olarsa, daha irəli təhlillərə ehtiyac yaranır. Bunlara hemoxromatoz (dəmir, ferritin, dəmir bağlama qabiliyyəti və transferrin doyması), autoimmun hepatit (ANA, disproteinemiya), birincili biliar xolangit (AMA, QF), damarlar (portal, splenik vena trombu, Badd – Kiari sindromu) yoxlanılır, hətta Qc biopsiyası, laparoskopiya və endoskopiya gərəkə bilər.
 - » **İnfeksiyalar.** Aparılan müayinələrdə hematoloji, hepatoportal (durğunluq hepatomeqaliyası) xəstəliklər inkar edilərsə, infeksiyonistin nəzarəti altında infeksiyon xəstəlikləri araşdırmaq gərəkir. Bu məqsədlə ən çox dalaq böyüməsi törədən infeksiyon xəstəliklər klinik-laborator olaraq araşdırılır (QİÇS, malyariya, leyşmaniya, vərəm, brusellyoz).
 - » **Sistem və autoimmun xəstəliklər.** Infeksiyon yoxlamalardan sonra kollagen xəstəliklər, autoimmun xəstəliklər araşdırılır.
- Bütün müayinələrə baxmayaraq splenomeqaliyanın səbəbi tapılmazsa, **diaqnostik məqsədlə splenektomiya** gərəkir. Çünki səbəbi bilinməyən splenomeqaliyaların əksəriyyətində limfoma tapılır.

Müalicə

- Splenomeqaliyanın radikal müalicəsi əsas xəstəliyin aradan qaldırılmasıdır.
- Əsas xəstəlik müalicə olunmadıqda splenomeqaliya ağırlaşmalarının müalicəsi üçün palliativ tədbirlər həyata keçirilir:
 - » Splenektomiya
 - » hissəvi dalaq embolizasiyası
 - » dalaq arteriyası liqasiyası
 - » böyümə amili istifadəsi (trombopoetin, qranulosit – monosit stimulyasiya amili və s.)

DALAQ TÖRƏMƏLƏRİNƏ DİAQNOSTİK YANAŞMA

Özət

Dalaq kütlələri dalaqda yerləşən neoplastik və ya digər mənşəli sistik, toxumalı və ya qarışıq tərkibli yerli xəstəliklərə verilən ümumi addır. Dalaq törəmələrinin yarısından çoxu bədxassəlidir və bunların arasında ən çox rast gəlinəni limfoma və metastatik adenokarsinomadır. Xoşxassəli törəmələrin təxminən yarısı sistlərdir və bunların da əksəriyyətini parazitər sistlər təşkil edir. Dalaq kütlələri klinik olaraq müxtəliflik göstərə bilirlər: kiçik (5 sm-dən kiçik) xoşxassəli sistik və toxumalı törəmələr adətən asimptomatik olur, böyük kütlələr ətrafa təzyiq, hipersplenizm və digər ağırlaşmalarla biruzə verə bilər, metastatik törəmələrdə adətən əsas xəstəliyin əlamətləri ön planda olur. Diaqnostikası üçün əvvəlcə klinik və USM müayinələri aparılır, törəmənin ilk növbədə abses, sistik və ya toxumalı olduğu müəyyən edilir, sonra isə səbəbi dəqiqləşdirmək üçün KT və digər müayinələr aparılır. Bu müayinələrlə səbəb dəqiqləşdirilmirsə və bədxassəlilik inkar edilmirsə biopsiya və ya splenektomiya edilə bilər. Dalaq törəmələrinə də səbəbinə uyğun müalicə aparılır.

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Hemoqram - Periferik yaxma Görüntüləmə və digər - USM - KT	- Sümük iliyi aspirasiya və biopsiyası - Genetik müayinələr - Seroloji müayinələr - QcFT - İnfeksiyalar - MRT - PET – KT - Endoskopiya - Laparoskopiya - Biopsiya - Splenektomiya - Digər

Diaqnostikası

Prinsipi

- Dalaqda kütlə tapılan xəstələrdə

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlər olduqda dalaqda kütlədən şübhələnmək olar
 - » Tez doyma

- » Epiqastral və ya sol qabırğaaltı palpator kütlə (dalaq əllənməsi)
- » Sol qabırğa altında ağrı
- » Qaraciyərdə exinokokk
- » Limfoma
- Yüksək hərarət
- Dalaq kütlələri əksər hallarda qarın boşluğunun USM və ya KT ilə müayinəsində ortaya çıxır.

Dəqiqləşdirmə

- Dalaqda kütlə olub-olmadığını dəqiqləşdirən müayinə USM və/və ya venoz faza KT-dir.
- Kütlənin təyini üçün erkən arterial faza KT məsləhət deyil. Çünki bu fazada dalaq mozaik boyanır ("zebra görüntüsü").

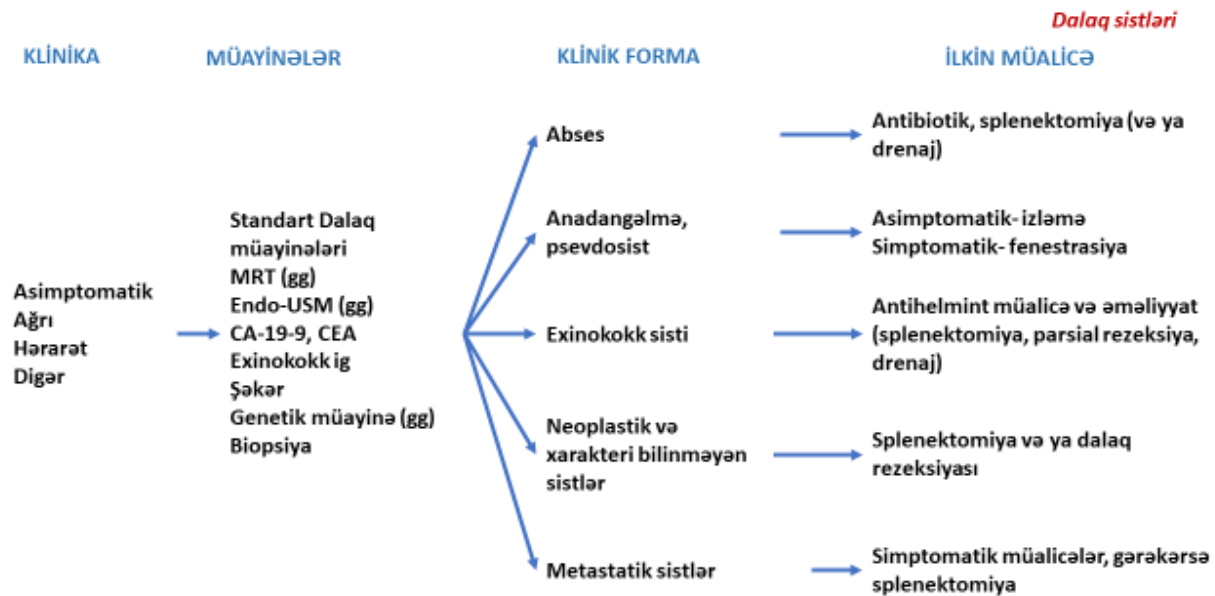
Səbəbin təyini

- İlkin görüntüləmə müayinəsi, xüsusən də USM törəmənin sistik, toxumalı və qarışıq olduğunu müəyyənləşdirə bilir.

Abses

- Abses üçün ağrı, sepsis əlamətləri və USM-də mayeli və ya qarışıq törəmə, KT-də hipodens kütlə və tərkibində hava qabarcıqları xarakterikdir.

Sistik törəmələr



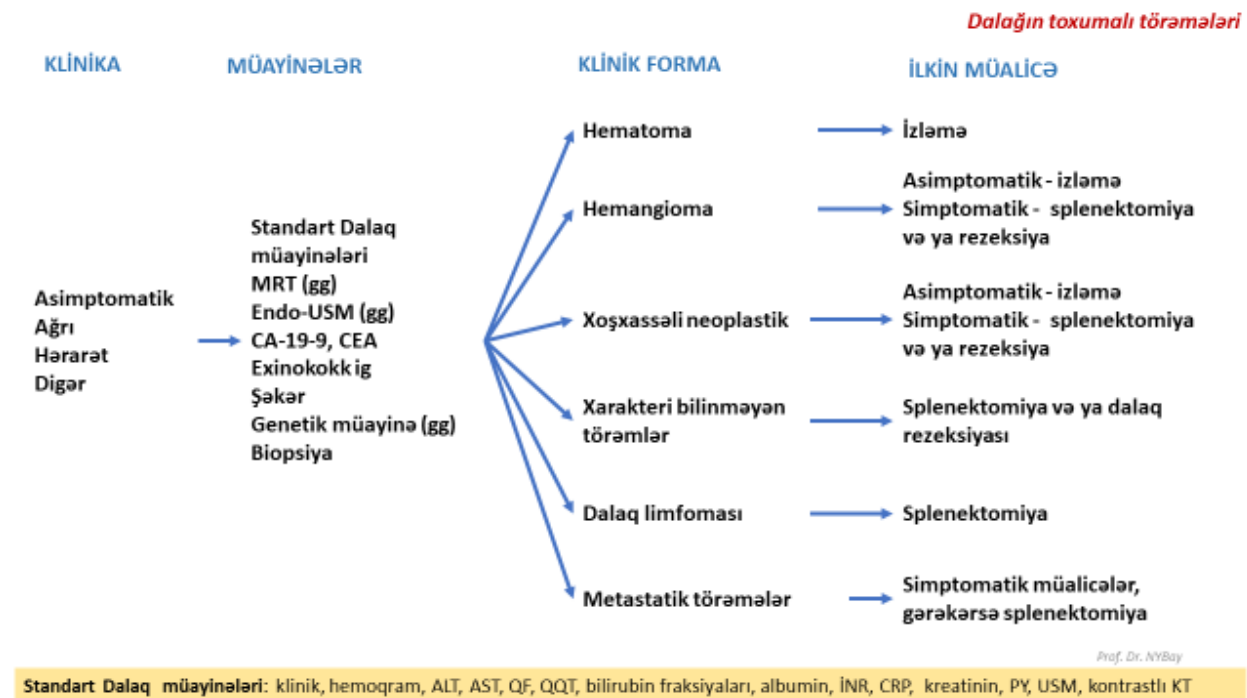
Prof. Dr. NYBey

Standart Dalaq müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, PY, USM, kontrastlı KT

- Sistik törəmələr USM-də anexoik görünür, kontrastlı KT-də kontrast tutmur və oval görünür.

- Sistin təbiətini müəyyənləşdirmək üçün exinokokk, sadə sist (anadangəlmə sist), psevdosistlər (post – travmatik və ya postinfarkt) və digər sistlər arasında differensiasiya aparmaq lazımdır.
- USM-də sist tapılan xəstələrdə KT edilir və ilk növbədə exinokokk sisti təsdiq və ya inkar edilir.
- Exinokokk sisti üçün xarakterik əlamətlər:
 - » ikiqat divar
 - » qız qovucuqları və ya arakəsmələr, partlamış sist əlaməti
 - » divarda kalsifikasiya
 - » anamnezdə exinokokk və ya hazırda digər orqanlarda, xüsususən də qaraciyərdə exinokokk.
- Görüntülmədə exinokokk sistlərinə məxsus əlamət tapılmırsa digər sistlər arasında differensiasiya aparılır.
- Nadir də olsa rast gəlinən dermoid sistlər üçün qalın divar, tərkibində sümük, diş qalıntıları görünür (KT-də).
- Metastatik sistlərdə digər orqanlarda ilkin ocaq tapılır (peritoneal karsinomatoz, musinoz adenokarsinoma və s.).
- Görüntülmə üsulları ilə sadə, psevdosist və incə divarlı exinokokk sistlərini bir-birindən ayırmaq çətin olur. Belə hallarda asimptomatik və kiçik sistlərdə (5 sm-dən kiçik) izləmə, simptomatik və böyük sistlərdə isə cərrahi müdaxilə məsləhət görülür.

Toxumalı törəmələr



- Toxumalı törəmələr USM-də izo, hiperexoiq və ya heterogen, KT-də isə adətən kontrast tutur (bəzi törəmələr istisnadır).

- Dalaqda USM – də toxumalı törəmə tapılırsa, kontrastlı KT və ya MRT edilir.
- Kütlənin xarakterini təyin etmək üçün klinik və görüntüləmə nəticələri birlikdə qiymətləndirilir və aşağıdakı ardıcılıqla differensiasiya aparılır (diaqnostik asanlıqə görə):
 - » infarkt
 - » hematoma
 - » hemangioma
 - » bədxassəli törəmələr
 - » xoşxassəli törəmələr
 - » digər
- İnfarkt üçün aşağıdakı əlamətlər xarakterikdir:
 - » sol qabırğa altında güclü ağrılar
 - » fon xəstəliyi (digər orqanlarda tromboz, trombofilik vəziyyətlər və s.)
 - » kontrastlı KT-də piramidşəkilli kontrastlaşmayan sahə
- Hematoma üçün xarakterik əlamətlər
 - » anamnezdə travma
 - » KT-də kontrast tutmayan hiperdens (parlaq sahə)
- Hemangioma üçün xarakterik əlamətlər:
 - » kontrastlı KT və ya MRT-də arterial fazada periferik düyünşəkilli kontrastlaşma, venoz və gec fazalarda kontrastı buraxmama.
- Klinik və USM+KT müayinələri ilə infarkt, hematoma və hemangioma əlamətləri görünməyən xəstələrdə neoplastik xəstəliklər, xüsusən, limfomalar və metastatik törəmələr ilk planda tutulur və bu məqsədlə endoskopiya, PET-KT aparılır. Bu xəstəliklər üçün dalaqda çoxsaylı kontrastlaşan kütlələrin olması xarakterikdir.
- Əgər dalaqdakı kütlənin bəd- və ya xoşxassəli olduğu müəyyən edilə bilmirsə, diaqnostik məqsədlə splenektomiya aparıla bilər.

Müalicə prinsipləri

- Dalaq kütləsində müalicə yanaşması kütlənin səbəbindən asılıdır.
- Abseslərdə drenaj lazımdır.
- Kalsifikasiyalarda, hamartomalarda, infarktda, hematomalarda, asimptomatik və kiçik qeyri – parazitar sistlərdə və hemangiomalarda izləmə tövsiyə olunur.
- Parazitar, simptomatik və ya böyük ölçülü epitelial və psevdosistlərdə və səbəbi bilinməyən sistlərdə əməliyyat lazım gəlir.
- Simptomatik xoşxassəli neoplastik və ya xarakteri məlum olmayan toxumalı törəmələrdə splenektomiya edilə bilər.
- Metastatik törəmələrdə splenektomiya palliativ məqsədlə aparıla bilər.

DALAĞIN DAMAR XƏSTƏLİKLƏRİ

Özət

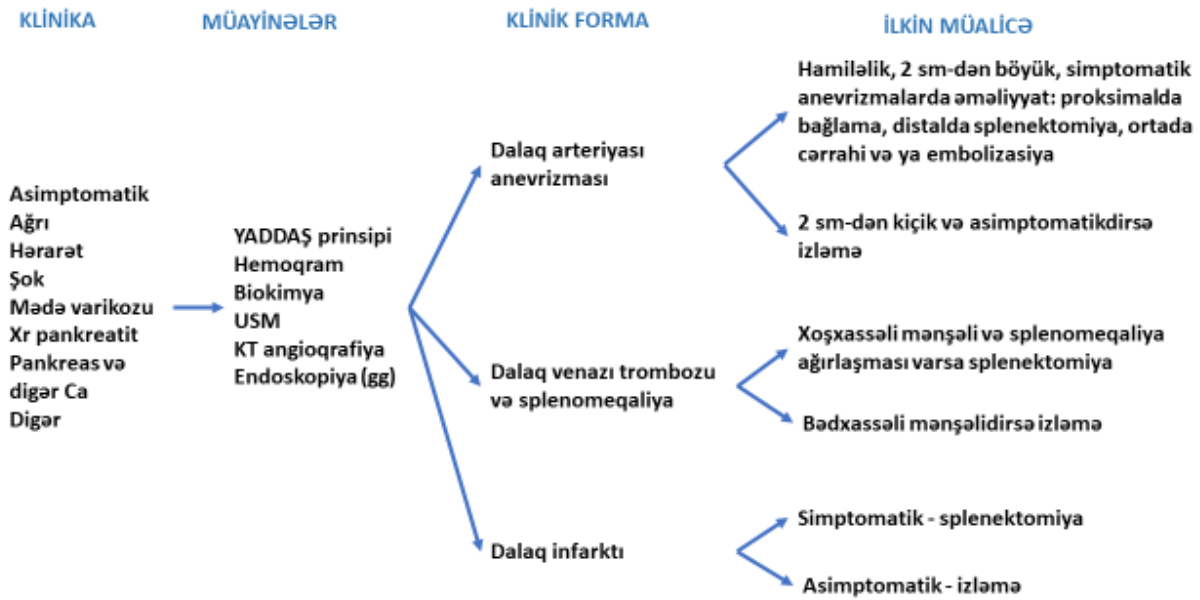
Dalağın ən çox rast gəlinən damar xəstəliklərinə dalaq infarktı, dalaq arteriyası anevrizması və dalaq venası trombozu aid edilir.

Dalaq infarktı dalaq arteriyasının və ya şaxələrinin trombla, embolla tutulması və ya sıxılması nəticəsində meydana gələn işemik nekrozdur. Trombofilik vəziyyətlər (bədxəssəli xəstəliklər, antifosfolipid sindromu və s.), emboliyalar (atrial fibrillyasiya, açıq oval dəlik, ateroskleroz, müalicəvi embolizasiya), mieloproliferativ xəstəliklər (polisitemiya vera, mielofibrozu, trombositemiya və s.), hemoqlobinopatiyalar (orac hüceyrəli anemiya), böyük splenomeqaliyalar, dalaq burulması və dalaq travması infarkta səbəb ola bilər. İnfarkt xəstələrin təxminən yarısında simptomuz və ya zəif əlamətlərlə biruzə verir, yarısında isə qarının sol tərəfində ağrı, ürəkbulanma və qusma, hərarətin artması, leykositoz ilə biruzə verir, əksər hallarda fibrozla nəticələnir, az hallarda isə absesə və qanaxmaya səbəb olur. Diaqnozu kontrastlı KT ilə qoyulur: kontrast tutmayan piramidşəkilli bölgənin görünməsi xarakterikdir. Asimptomatik hallarda izləmə, ağırlaşmalarda (qanaxma, infeksiya) isə cərrahi müdaxilə lazım gəlir (adətən splenektomiya).

Dalaq arteriyasının anevrizması qarın boşluğu damarlarının anevrizması arasında aorta və qalça arteriyaları anevrizmalarından sonra üçüncü yerdə durur. Ağrı və dalaq infarktı əlamətləri ilə ortaya çıxır, hamiləlikdə isə partlama ehtimalı çox yüksəkdir. Diaqnozu KT angioqrafiya ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsində ölçüsü, simptomları və hamiləlik nəzərə alınır: hamiləlik planlaşdırarlarda, ölçüsü 2 sm-dən böyük, simptomatik anevrizmalarda müalicə lazımdır (distal və proksimalının bağlanması, splenektomiya, embolizasiya); ölçüsü 2 sm-dən kiçik və asimptomatik anevrizmalarda müşahidə tövsiyə olunur.

Dalaq venasının trombozu və ya soltərəfli portal hipertenziya qarındaxili venaların ən çox rast gəlinən trombozudur. Ən çox rast gəlinən səbəbi pankreatitdir, ikinci yerdə pankreas xərçəngi və mədənin arxa divar xorası durur, retroperitoneal fibroz və splenektomiya digər səbəbləri arasındadır. Xəstəlik mədə dibi varikozlarını və varikoz qanaxma (15 – 20%), splenomeqaliya və hipersplenizm törədə bilər. Diaqnozu KT/MRT angioqrafiya ilə dəqiqləşdirilir. Xoşxəssəli xəstəlik mənşəli dalaq venası trombozunda splenektomiya tövsiyə edilir, bədxəssəli xəstəlik mənşəli trombozlarda isə splenektomiya faydasızdır.

Dalağın damar xəstəlikləri



Prof. Dr. NYBey

Standart Dalaq müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, PY, USM, kontrastlı KT

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Hemoqram - Periferik yaxma - QcFT Görüntüləmə və digər - USM - KT - Endoskopiya	- Sümük iliyi aspirasiya və biopsiyası - Genetik müayinələr - Seroloji müayinələr - İnfeksiyalar - MRT - PET – KT - Endoskopiya - Laparoskopiya - Biopsiya - Splenektomiya - Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
- Splenektomiya - Embolizasiya - Perkutan drenaj	

Diaqnostika

Şübhə

Dalağın damar xəstəlikləri asimptomatik ola bilər və ya müxtəlif əlamətlərlə biruzə verə bilər. Qarının sol tərəfində ağrı, bəzən hərarət, splenomeqaliya, USM-də dalaqda, dalaq qapısında və ya arteriya proyeksiyasında kütlə görünməsi, hamilələrdə isə hemorragik şok əlamətləri, endoskopiya mədə varikozları dalağın damar xəstəliklərinə şübhə yaradır.

Dəqiqləşdirmə

Dalağın damar xəstəliklərini dəqiqləşdirmək üçün əsas müayinə angioqrafiyadır və KT-angioqrafiya ilk seçimdir.

Dalaq infarktı üçün kontrast tutmayan piramidşəkilli bölgənin görünməsi xarakterikdir. Bu xəstələrdə infarktın aşağıdakı səbəblərini axtarmaq lazımdır:

- trombofilik vəziyyətlər (bədxəssəli xəstəliklər, antifosfolipid sindromu və s.)
- embologen səbəblər: atrial fibrilyasiya, açıq oval dəlik, ateroskleroz, müalicəvi embolizasiya
- mieloproliferativ xəstəliklər (polisitemiya vera, mielofibrozu, trombositemiya və s.)
- hemoqlobinopatiyalar (oraq hüceyrəli anemiya)
- böyük splenomeqaliyalar
- dalaq burulması
- dalaq travması

Dalaq arteriyası anevrizması üçün KT angioqrafiyada anevrizmanın görünməsi xarakterikdir. Hamilələrdə partlama və hemorragik şok əlamətləri də ola bilər.

Dalaq venası trombozu KT angioqrafiyada venanın trombozu və ya görünməməsi şəklində ortaya çıxır. Bu xəstələrdə trombozun səbəbini təyin etmək lazım gəlir (pankreatit, pankreas xərçəngi, mədənin arxa divar xorası, retroperitoneal fibroz və splenektomiya).

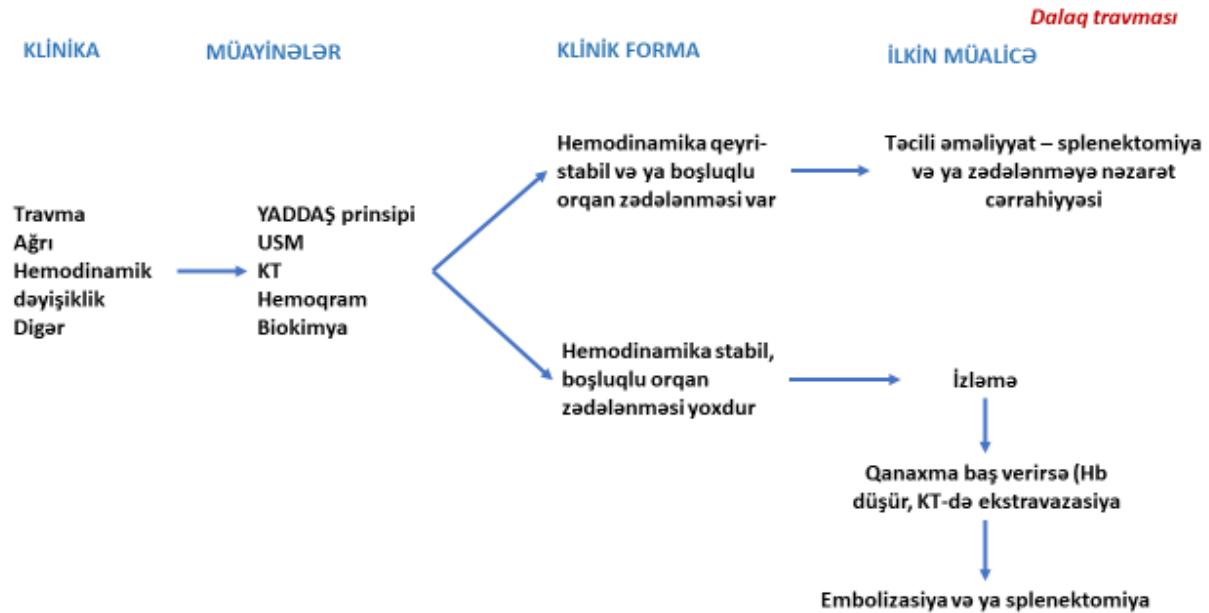
Müalicəsi

- Dalaq infarktında asimptomatik və ağırlaşmamış hallarda izləmə, ağırlaşmalarda (qanaxma, infeksiya) isə cərrahi müdaxilə lazım gəlir (adətən splenektomiya).
- Dalaq arteriyası anevrizmasında ölçüsü, simptomları və hamiləlik nəzərə alınır:
 - » hamiləlik planlaşdırılan xəstələrdə müalicə lazımdır (partlama ehtimalı yüksək olduğu üçün)
 - » ölçüsü 2 sm-dən kiçik və asimptomatik anevrizmalarda müşahidə tövsiyə olunur.
 - » ölçüsü 2 sm-dən böyük və ya simptomatik və ya ətrafında iltihab olan anevrizmalarda müalicə lazımdır.
 - » İlk seçim anevrizmanın distal və proksimalının bağlanmasıdır. Dalaq arteriyasının günəş kötüyündən çıxan yerə yaxın yerləşən anevrizmalarında cərrahi üsul, ortada yerləşənlərdə cərrahi və ya embolizasiya, splenektomiya ilə birlikdə eksiziya tövsiyə edilir. Rekanalizasiya (cərrahi rekonstruksiya və ya stent) ola bilər, lakin tövsiyə edilmir. Embolizasiyalarda dalaq infarktı inkişaf etdiyi də unudulmamalıdır.

- Dalaq venası trombozu xoşxassəli xəstəlik mənşəlidirsə, splenektomiya tövsiyə edilir, bədxəssəli xəstəlik mənşəli trombozlarda isə splenektomiya faydasızdır.

DALAQ TRAVMASI

Travmalarda dalaq qaraciyərdən sonra ən çox zədələnən parenximatöz orqandır, küt travmalarda isə ən çox zədələnən orqandır. Dalaq zədələnməsi **hematoma, yaranma və avulsiya şəklində ola bilər.**



Prof. Dr. NYBəy

Standart Dalaq müayinələri: klinik, hemoqram, ALT, AST, QF, QQT, bilirubin fraksiyaları, albumin, İNR, CRP, kreatinin, PY, USM, kontrastlı KT

Dalaq travmalarının ağırlıq dərəcələri (Amerika Travma Cərrahiyyə Cəmiyyətinin və AIS-90 təsnifatı)

Dərəcə	Morfologiyası	Açıqlama	Letallıq ehtimalı
I	Hematoma	subkapsulyar, səthin 10%-dən az sahəsində	1-2%
	Yaranma	kapsul yarası, qanaxma yox, dərinliyi 1 sm-dən az	1-2%
II	Hematoma	subkapsulyar, səthin 10-50% arası sahəsində	1-2%
	Yaranma	kapsul yarası, parenxima dərinliyi 1-3 sm, trabekulyar damarlar zədələnməyib	1-2%
III	Hematoma	subkapsulyar, səthin 50%-dən çoxunu əhatə edən və ya genişlənən	8-10%

		açılmış subkapsulyar və ya intraparenximal 5 sm-dən böyük və ya genişlənən.	
	Yaralanma	3 sm-dən çox parenxima dərinliyi olan və ya trabekulyar damarların zədələnməsi	8-10%
IV	Yaralanma	dalağın 25%-dən çoxunun devaskulyarizasiyasına səbəb olan seqmentar və ya qapı damar zədələnməsi	5-50%
V	Yaralanma	dalağı tam devaskulyarizə edən hilus zədələnməsi	5-50%

Diaqnostikasi

İstənilən qarın travmasında dalaq zədələnməsi ilk planda tutulmalıdır. Soltərəfli qabırğa sınıqlarında və qarındaxili qanaxma və şok əlamətləri olanlarda dalaq zədələnməsinə şübhə daha da artır. Açıq zədələnmələrin diaqnozu adətən əməliyyat vaxtı qoyulur. Küt zədələnmələrin diaqnozu KT ilə və ya əməliyyat vaxtı dəqiqləşdirilir.

Müalicəsi

Prinsipi

Dalaq zədələnmələrində əsas prinsip qanaxmanı dayandırmaqdır (hemostaz) və bu məqsədlə aşağıdakı tədbirlər mövcuddur:

- cərrahi üsullar – splenektomiya, sintetik yamaq və torbalar, tamponada və digər
- dalaq arteriyası embolizasiyası
- spontan hemostazı gözləmə

Müalicə yanaşması

Dalaq zədələnmələrinin müalicəsi aşağıdakı iki prinsip üzərində qurulur:

- **Qeyri – operativ** (50 – 80%/) – hemodinamikası stabil olan və əməliyyat tələb olunmayan digər zədələnmələr yoxdursa, xəstələr müşahidə edilir (hemodinamika, KT). Əgər qanaxma varsa (hemoqlobində düşmə, KT-angiografiyada ekstravazasiya) embolizasiya edilir, hemodinamika qeyri – stabildirsə əməliyyat edilir.
- **Operativ** – hemodinamikası qeyri – stabil olan, əməliyyat tələb edən digər qarındaxili zədələnmə və ya açıq travmalar əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı yaralanmanın ağırlıq dərəcəsindən və xəstənin stabilliyindən asılı olaraq hemostaz üsulu seçilir. Qanamayan kiçik yaralanmalarda əlavə müdaxiləyə ehtiyac yoxdur. Hematomaları açmaq məsləhət deyil, açılmış hematomalar yaralanmalar kimi müalicə olunur. Qeyri-stabil xəstələrdə qanaxma mənbəyi dalaqdırsa, ilk seçim splenektomiyadır, lakin koagulopatiyası olanlarda tamponada edilir (zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi). Stabil xəstələrdə alternativ hemostaz üsulları da seçilə bilər: sintetik yamaq və torbalar, hissəvi rezeksiya və s. Splenektomiyalarda postsplenektomik ağırlaşmaların profilaktikası üçün dalaq autotransplantasiyası edilə bilər və ya əməliyyatdan sonra kapsullu bakteriyalara qarşı immunizasiya etmək olar.

SPLENEKTOMİYA

Özət

Splenektomiya müalicə və ya diaqnostika məqsədilə dalağın çıxarılma əməliyyatıdır, açıq və ya laparoskopik üsulla aparıla bilər. Bu əməliyyat bəzi xəstəliklərdə birinci seçim müalicə tədbiri kimi (ağır travma, dalağın bədxasssəli törəmələri, nekrozu, dalaq venası trombozu və varikoz qanaxma, böyük exinokokk və s.), bəzi xəstəliklərdə ikinci seçim müalicə tədbiri kimi (sferositoz, autoimmun hemolitik anemiya, oraq hüceyrəli anemiya, immun trombositopeniya, immun neytropeniya, abses, hipersplenizm, desensibilizasiya və s.) tətbiq edilir. Kəskin leykemiya, aqranulositoz və asimptomatik hipersplenizm splenektomiyaya əks göstəriş hesab edilir. Splenektomiyadan sonra plevral maye, qanaxma, hematoma, orqan zədələnməsi, abses dalaq venası trombozu, trombositoz, splenoz, postsplenektomik sepsis kimi ağırlaşmalar meydana gələ bilər. Əməliyyatdan əvvəl və ya sonrakı həftələrdə kapsullu bakteriyalara qarşı peyvənd, aztravmatik əməliyyat, trombositozlarda anti-aqreqant istifadəsi ağırlaşmaların profilaktikası üçün vacib tədbirlərdir.

Splenektomiyaya göstərişlər və əks göstərişlər

Mütləq göstərişlər (splenektomiya ilk və ya yeganə seçimdir)

- Ağır dalaq travmaları (davam edən qanaxma, şok)
- İnvaziv şişlərdə en-blok splenektomiya
- Böyük exinokokk sisti
- Dalaq venası trombozuna bağlı splenomeqaliya və mədə varikozu qanaxması
- Dalağın birincili törəmələri
- Xəstə dalağın zədələnməsi
- Dalağın burulması və nekrozu

Nisbi göstərişlər (splenektomiya yeganə seçim deyil, digər müalicələr fayda vermədikdə tövsiyə edilir)

- Sferositoz
- Autoimmun hemolitik anemiya
- Oraq hüceyrəli anemiya
- İdiopatik trombositopenik purpura
- Felty sindromu (immun neytropeniya)
- Dalaq absesi
- Birincili hipersplenizm

Mübahisəli göstərişlər (splenektomiyanın faydası mübahisəlidir)

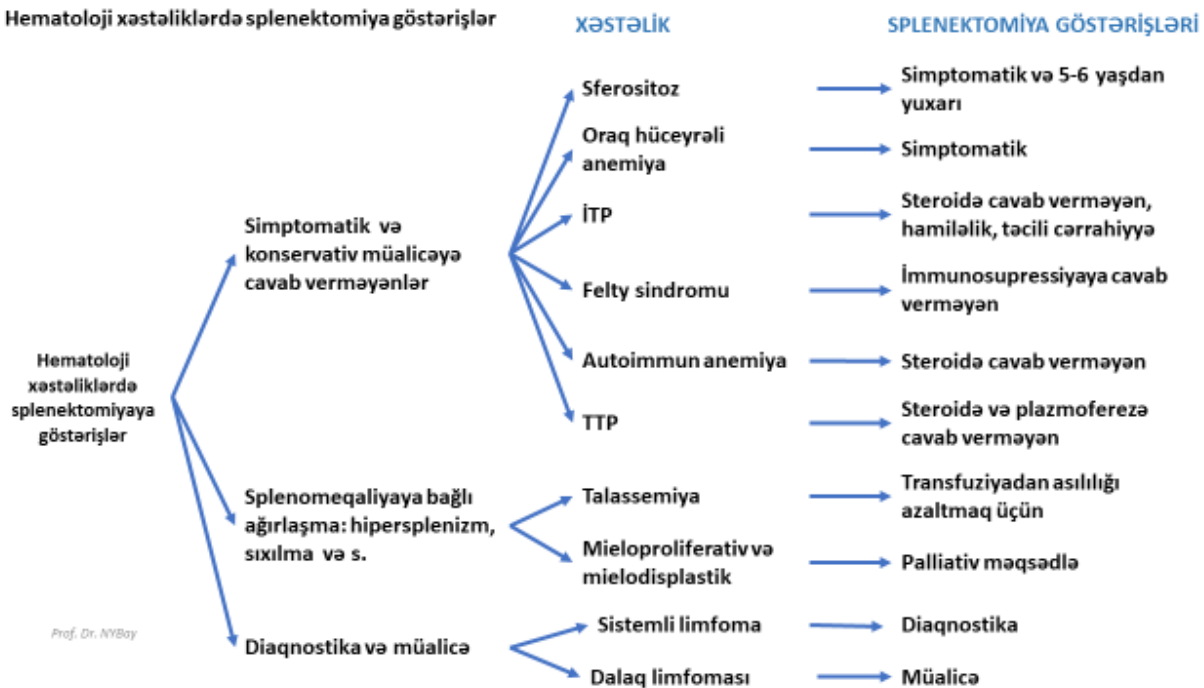
- Qeyri-parazitar sistlər
- Talassemiya
- Limfomalar
- Trombotik trombositopenik purpura
- Mielofibrotik xəstəliklər
- İkincili hipersplenizm

Əks göstərişlər

- Kəskin leykemiya

- Aqranulositoz
- Asimptomatik hipersplenizm

Splenektomiyaya göstəriş təşkil edən bəzi hematoloji xəstəliklər



Qeyd edildiyi kimi hematoloji xəstəliklərdə splenektomiya edilməsinin əsas məqsədi xəstəliyi müalicə etmək deyil, xəstə qan hüceyrələrinin ömrünü uzatmaqdır. Bundan başqa, hepatoloji xəstəliklərin törətdiyi splenomeqaliyanın ağırlaşmalarının müalicəsi üçün də splenektomiya edilir. Splenektomiya lazım gələn hematoloji xəstəlikləri klinik baxımdan 4 qrupda cəmləşdirmək olar:

- Anemiyalar (sferositoz, hemoqlobinopatiyalar, autoimmun hemolitik anemiya və s.)
- Trombositopeniyalar (idiopatik trombositopenik purpura, trombotik trombositopenik purpura və s.)
- Neytropeniyalar (Felty sindromu və s.)
- Neoplastik xəstəliklər (mieloproliferativ və limfoproliferativ xəstəliklər)

Sferositoz

Sferositoz eritrositlərin anadangəlmə membran defektidir. Eritrosit membranında spektin adlı proteinin defisiti nəticəsində kürəşəkilli forma alan və elastikliyi azalan eritrositlər dalaq mikrosirkulyasından keçə bilmirlər və parçalanırlar.

Anemiya ilə yanaşı hemolitik sarılıq, splenomeqaliya və öd kisəsində pigment daşları meydana gəlir (85%). Xəstəlik asimptomatik ola və ya hemolitik krizlərlə biruzə verə bilər. Diaqnozu osmotik fragilliyin artmasına, Coombs testinin mənfi olmasına və kriohemoliz testinə (inkubasiya olunmuş eritrositlərdə hemoliz testi) görə qoyulur.

Sferositozun ən effektiv müalicəsi splenektomiyadır: anemiya və sarılıq aradan qalxır. Uşaqlarda gözləmək və splenektomiyanı 5-6 yaşından sonra etmək məsləhətdir. Lakin transfuziya gərəkdirən çoxsaylı hemolizlərdə dalağın subtotal (80%) rezeksiyası edilə bilər.

Oraq hüceyrəli anemiya

Hemoqlobinopatiyalardan biridir, hemoqlobinin betta zəncirinin S variantı ilə xarakterizə olunur. Bu xəstələrdə malyariyanın az rast gəlməsinə əsaslanaraq xəstəliyi malyariyaya qarşı adaptiv mutasiya da hesab edirlər. Quruluşu və elastikliyi dəyişilmiş eritrositlər kapilyarlarda tıxacların əmələ gəlməsinə, işemik, hemolitik krizlərə, anemiya və sarılığa səbəb ola bilər. Xəstələrdə əksər hallarda çoxsaylı işemiyalara bağlı autosplenektomiya rast gəlinir (büzüşmüş fibrotik dalaq). Simptomatik splenomeqaliyalarda və dalaq abseslərində splenektomiya lazım gəlir.

Talassemiya

Hemoqlobin sintezinin anadangəlmə defekti olub, betta zəncirinin defekti və alfa zəncirinin artıqlığı ilə xarakterizə olunan xəstə eritrositlər meydana gəlir.

Talassemiya həm hemoqlobin sintezinin azalması, həm də hemoliz ağır anemiyaya gətirib çıxarır. Davamlı hemoliz isə splenomeqaliyaya, dəmir yığılmasına (ikincili hemoxromatoz) və ağırlaşmalarına səbəb olur. Kiçik talassemiyalarda (heteroziqot) yüngül hemolizlər rastlanır, böyük talassemiyalarda isə (homoziqot) uşaqlıqdan başlayan hemolizlər ciddi ağırlaşmalar törədir.

Talassemiyanın müalicəsi dəmiri azaltma və transfuziyalardan ibarətdir, son illər sümük iliği transplantasiyası tətbiq edilməkdədir. Sferositozdan fərqli olaraq talassemiya splenektomiya anemiya və hemolizi aradan qaldırmır. Lakin transfuziya ehtiyacını azaltmaq üçün və splenomeqaliya ağırlaşmalarının müalicəsi (ağrı, infarkt və təzyiq) üçün splenektomiya gərəkə bilər.

Autoimmun hemolitik anemiya

Eritrosit membranına qarşı anticisimlərin və komplementin membrana yapışaraq dalaqda və ya damar daxilində törətdiyi immun hemolizdir.

Klinik olaraq kəskin başlayan yorğunluq, sarılıq əlaməti ilə biruzə verir, splenomeqaliya, davamlı anemiya və retikulositoz tapılır. Diaqnozu normosistik normoxrom anemiya, müsbət düz Coombs testi, retikulositoz (10%-dən çox), qanda birləşmiş bilirubinin artması, sümük iliyində eritroid hiperplaziya, haptoglobulin azalması əsasında qoyulur. Müalicəsi üçün 4-6 həftə steroid verilir, steroidə cavab verməyən və ya təkrarlanan hallarda splenektomiya və ya rituksimab tətbiq edilir.

İdiopatik trombositopenik purpura və ya immun trombositopeniya

Trombositlərə qarşı anticisimlərin trombositlərə birləşməsi və dalaqda tutulması nəticəsində meydana gələn immun trombositopeniyadır. Qazanılma xəstəlik hesab olunur, trombositlərin divarındakı qlikoproteinlərə qarşı yaranan İgG tipli anticisimlər əsas səbəbkar sayılır və dalaq həm anticisimlərin mənbəyi, həm də trombositlərin tutulduqları yer hesab edilir.

Trombositopeniya, sümük iliyində artmış meqakariositlər, petexiya və ekximozlar, diş əti qanaxması və hematuriya tez-tez rast gəlinir, anemiya və leykopeniya olmur, dalaq adətən böyümür. Diaqnozu trombositopeniya, normal dalaq ölçüsünə və antitrombositar anticisim təyininə görə qoyulur.

Müalicə yanaşması aşağıdakından ibarətdir:

- trombosit sayı 50 000/ml-dən yuxarı olan asimptomatik xəstələr izlənə bilər.
- simptomatik xəstələrdə və ya trombosit sayı 30 000/ml –dən kiçik olan xəstələrdə əvvəlcə 6-8 həftəlik steroid müalicəsinə başlanılır və bu 50% hallarda effektiv olur.
- steroid müalicəsinə cavab verməyən və ya tezliklə təkrarlanan və ya qanaxması olan xəstələrdə venadaxili immunoqlobulin istifadə edilir.
- bu müalicələrə cavab verməyən, təcili əməliyyat gərəkdirən hallarda və həyatı təhlükəli qanaxmalarda (beyindaxili və s.) splenektomiya tətbiq edilir.
- splenektomiyaya əks göstəriş olarsa, anti B-limfosit monoklonal anticismi olan rituksimab (anti –CD20 monoklonal anticisim) istifadə edilir.

Steroid + splenektomiya 90% remissiya verir. Splenektomiyadan sonra təkrarlanan trombositopeniyalarda ilk növbədə əlavə dalaq axtarmaq lazımdır və bu məqsədlə qanda Hovell-Jelly cisimcikləri yoxlanılır. Qanda bu cisimciklər tapılırsa, əlavə dalaq və ya splenozisi göstərir, KT, ssintiqrafiya edərək yerini müəyyənləşdirmək və çıxarmaq lazım gəlir. Qanda Hovell-Jelly cisimciklərinin varlığı əlavə dalağı və splenozisi inkar edir, refrakter trombositopeniyanı göstərir. Belə hallarda trombositlərin sayı 30 000/ml–dən kiçik olarsa, steroid və ya immunoqlobulin tətbiq edilir.

Trombotik trombositopenik purpura

Endotel hüceyrələrinə və trombositlərə qarşı anticisimlərin törətdiyi kəskin immun iltihabi proses hesab edilir, vaskulit, tromboz və qanaxmalarla biruzə verir. Qazanılmış xəstəlikdir, əksər hallarda viral və bakterial infeksiya fonunda meydana gəlir.

Klinik olaraq pentada ilə ortaya çıxır: hərarət, trombositopenik purpura, hemolitik anemiya, nevroloji pozğunluq, böyrək yetməzliyi. Diaqnozu mikroangiopatiyaya və purpurik zədələnmədən alınan biopsiya ilə dəqiqləşdirilir. Müalicəsində plazmoferez ilk seçimdir, steroid və ya rituksimab plazmoferezə əlavə edilə bilər. Splenektomiya az hallarda - yuxarıdakı müalicələrə cavab verməyən xəstələrdə plazmoferezlə birlikdə tətbiq edilir.

Felty sindromu

İmmun neytropeniyadır və triada ilə xarakterizə edilir: revmatoid artrit, splenomeqaliya və neytropeniya

Hesab edilir ki, revmatoid artritdə neytrofillərin səthində yüksək miqdarda İgG toplanır və belə neytrofillərin dalaq tərəfindən tutulması nəticəsində neytropeniya baş verir (immmun neytropeniya).

Klinik olaraq təkrarlanan infeksiyalarla biruzə verir. Diaqnozu klinik triadaya (revmatoid artrit, splenomeqaliya və neytropeniya), neytrofillərdə İgG yüksəkliyinə və sümük iliyində qranulopoezin artmasına əsaslanaraq qoyulur. Simptomatik hallarda splenektomiya göstərişdir (60-70% faydalı olur).

Neoplastik hematoloji xəstəliklər

Mieloproliferativ və mielodisplastik xəstəliklərdə adətən splenektomiya splenomeqaliyanı və hipersplenizmi aradan qaldırmaq üçün tətbiq edilir. Splenomeqaliya limfoproliferativ xəstəliklərdə mərhələnin təyini, dalaq limfomasında isə müalicə məqsədilə tətbiq edilir.

Əməliyyatözü hazırlıq

Əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikası üçün splenektomiyadan əvvəl ümumi hazırlıq tədbirləri ilə yanaşı 3-4 həftə əvvəl kapsullu bakteriyalara qarşı peyvənd tövsiyə edilir. Əgər əməliyyat təcili edilsə, 2 həftə sonra peyvənd edilməsi tövsiyə olunur.

Splenektomiyanın texnikası

Splenektomiya açıq və laparoskopik üsulla aparıla bilər. Təcrübə və imkan varsa, laparoskopik üsul ilk seçimdir.

Splenektomiyanın ağırlaşmaları***Soltərəfli plevral maye və ağciyər atelektazi***

Ən çox rast gəlinən ağırlaşmadır (10%), ağrıya və diafraqmaaltı iltihaba bağlı meydana gəlir. Yetərli ağrısızlaşdırma, laparoskopik əməliyyat və erkən aktivləşdirmə, fizioterapiya əsas profilaktik tədbirlərdir. Davamlı hallarda diafraqmaaltı absesi yoxlamaq lazımdır.

Qonşu orqan yaralanması

Yetərsiz disseksiya və enerji qaynaqlarının orqan divarına yaxın istifadəsi yaralanma və yanıq nekrozlarına səbəb olur. Ən çox pankreasın quyruğu (6-15%) və mədənin böyük ayrılığı zədələnir və nəticədə abses və ya fistullar əmələ gəlir. Bunlardan başqa diafraqma, kolon və digər orqanlar da zədələyə bilər. Əməliyyat vaxtı tapılan ağırlaşmalarda tikiş qoymaq və drenaj etmək lazımdır. Əməliyyatdan sonra tapılan zədələnmələrdə drenaj ilk seçimdir.

Qanaxma

Əməliyyatdaxili qanaxma adətən qapı disseksiyasında və kapsul zədələnməsi nəticəsində baş verir (2-6%). Əməliyyatdan sonrakı qanaxmalar adətən yetərsiz hemostaza və ya hipokoaqulyasiyaya bağlı meydana gəlir, hematoma, massiv qanaxma və şok əlamətləri ilə biruzə verə bilər. Massiv qanaxmalarda təcili təkrar əməliyyat, asimptomatik hematomalarda izləmə, infeksiiv hematomalarda (abses) drenaj lazımdır.

Subdiafraqmatik abses

Splenektomiyalardan sonra 2-3% hallarda rast gəlinir, adətən hematomanın irinləməsi, pankreatik və ya mədə yaralanması nəticəsində əmələ gəlir. Əməliyyatdan sonrakı ilk həftələr və ya aylarda görünə bilər. Diaqnozu klinik (ağrı və sepsis) və görüntüləmə əlamətlərinə (KT-də yığıntı) görə qoyulur. Müalicəsi üçün perkutan drenaj və antibiotikoterapiya ilk seçimdir.

Trombositoz

Splenektomiyadan sonra trombositlərin eliminasiyasının azalması nəticəsində trombositlərin sayı artır. Splenomeqaliyalara və mielofibrozisə görə aparılan splenektomiyalar trombositoz üçün

yüksək risk amilidir. Trombosit sayı 1 milyonu keçərsə, tromboz profilaktikası üçün aspirin istifadə edilir.

Dalaq venası trombozu

Splenektomiyalardan sonra 8-10% hallarda dalaq venası trombozu baş verir. Venada axının azalması, trombositoz və trombofiliya əsas mexanizmləri hesab edilir. Geniş splenik vena (splenomeqaliyalar), mielofibrozis və vena güdülünün tikişlə yox büzülərək bağlanması risk amilləridir. Dalaq venası trombozu müalicə olunmadıqda portal və mezenterik venalara yayıla bilər. Klinik olaraq adətən ağrı və zəif hərərlə biruzə verir. Diaqnozu kontrastlı KT ilə dəqiqləşdirilir. Tromboz təyin edilərsə, təcili antikoagulyant müalicəyə başlanır. Profilaktikası üçün trombosit sayı 1 milyon/ml-dən çox olanlarda aspirin, trombofilik vəziyyətlərdə və böyük splenomeqaliyalarda antikoagulyant tövsiyə edilir.

Splenoz

Splenoz dalaq toxumasının qarın daxilində diffuz implantasiyası və inkişafıdır. Adətən dalağın travmatik, spontan və ya yatrogen partlaması nəticəsində meydana gəlir. İmplantatlar autotransplantat kimi dalağın immun və digər funksiyalarını davam etdirirlər. Ona görə də postsplenektomik sepsis, trombositoz kimi ağırlaşmalar meydana gəlmir. Lakin bitişmələr və bağırsaq keçməzliyi, xəstəliklərin residivi kimi ağırlaşmalar da törədə bilirlər. Əksəriyyəti asimptomatik gedir, ağırlaşmalar meydana gəldikdə simptomlar ortaya çıxır. Splenektomiyalardan və ya dalaq travmalarından sonra bağırsaq keçməzliyi, trombositozun olmaması, qanın hüceyrələrinin normal quruluşu, görüntüləmədə qarında çoxsaylı törəmələr splenozisə şübhə yaradır. Diaqnozu qanda Hovel-Jolly cisimciklərinin olmaması (bu cisimlər eritrosit qalıntılarıdır və dalaq tərəfindən təmizlənilir, splenektomiyalarda çox rastlanır), KT-də çoxsaylı dalaqşəkilli törəmələr, biopsiyada dalaq toxuması əlamətlərinə görə dəqiqləşdirilir. Profilaktikası üçün əməliyyat vaxtı dalağın bütövlüyünə diqqət etmək lazımdır. Ağırlaşma olmadıqda heç bir müalicəyə ehtiyac yoxdur. Ağırlaşma zamanı çıxarmaq və ya bitişmələri kəsmək lazım gəlir.

Postsplenektomik sepsis

Dalaq çıxarıldıqdan sonra meydana gələn nadir ağırlaşma olub, sürətlə inkişaf edən ağır bakterial sepsisdir. Kapsullu bakteriyalar, xüsusən də pnevmokokk, hemofilus və meningokokklar ən çox rast gəlinən mikroorqanizmlərdir. Təxminən 80%-i ilk 2 ildə rast gəlinir. Xəstəlik əvvəlcə zəif qeyri-spesifik əlamətlərlə (halsızlıq, yorğunluq, burun axıntısı və s.) başlayır, sürətlə proqressivləşərək yüksək hərərət, septik şok və yaygın damardaxili laxtalanma sindromu meydana gəlir, müalicə olunmazsa, 12-48 saat ərzində ölümə nəticələnə bilər. Müalicədə yüksək doza antibiotiklər verilir və dəstək müalicələri aparılır. Profilaktikası üçün:

- splenektomiyadan 2-3 həftə əvvəl və ya 2 həftə sonra kapsullu bakteriyalara qarşı polivalent vaksinasıya (Pneumovax)
- yüksək riskli qruplarda əlavə olaraq uzunmüddətli antibiotikoterapiya (2 yaşındakı uşaqlarda 6 yaşına qədər penisillin və ya ampisillin)
- dalaq travmalarında autotransplantasiya
- Splenektomiya olunmuş xəstələrdə ilkin əlamətlər olarsa, təcili antibiotikoterapiya.

Hipospelenizm

Hipospelenizm dalağın funksiyasında azalmanı ifadə edir, ölçüsü ilə düz mütənasib deyildir. Dalağı cırılanlarda və total dalaq infarktından sonra müşahidə edilir. Hipospelenizmin xarakterik əlaməti qanda Hovell-Jelly cisimciklərinin tapılmasıdır. Spesifik müalicəsi yoxdur.

Ədəbiyyat

(1),(63,64)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

PERİTON VƏ PİYLIK XƏSTƏLİKLƏRİNƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. İdris Axundov Tibb ü.f.d. Elmar Şərifov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov Dr. Elgün Səmədov

XƏSTƏLİKLƏR

- Peritonit (ikincili peritonit)
- Tuberkulyoz peritoniti
- Spontan bakterial peritonit
- Qarındaxili abseslər
 - » Peritondaxili abseslər
 - » Retroperitoneal/Retrofassial (Preperitoneal) abseslər
- Retroperitoneal fibroz
- Omentum infarktı
- Müsariqə sisti
- Peritonun törəmələri

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr • Ağrı • Kəskin qarın • Kompartiment • Assit • Qarında kütlə • Digər Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Laparoskopiya • Laparotomiya • Sistektomiya • Drenaj • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr • Antibiotikoterapiya • Steriodlər • Dəstək müalicələri • Anti-tuberkuloz	• Laparostoma • VAC sistemləri • Stent

PERİTONİT

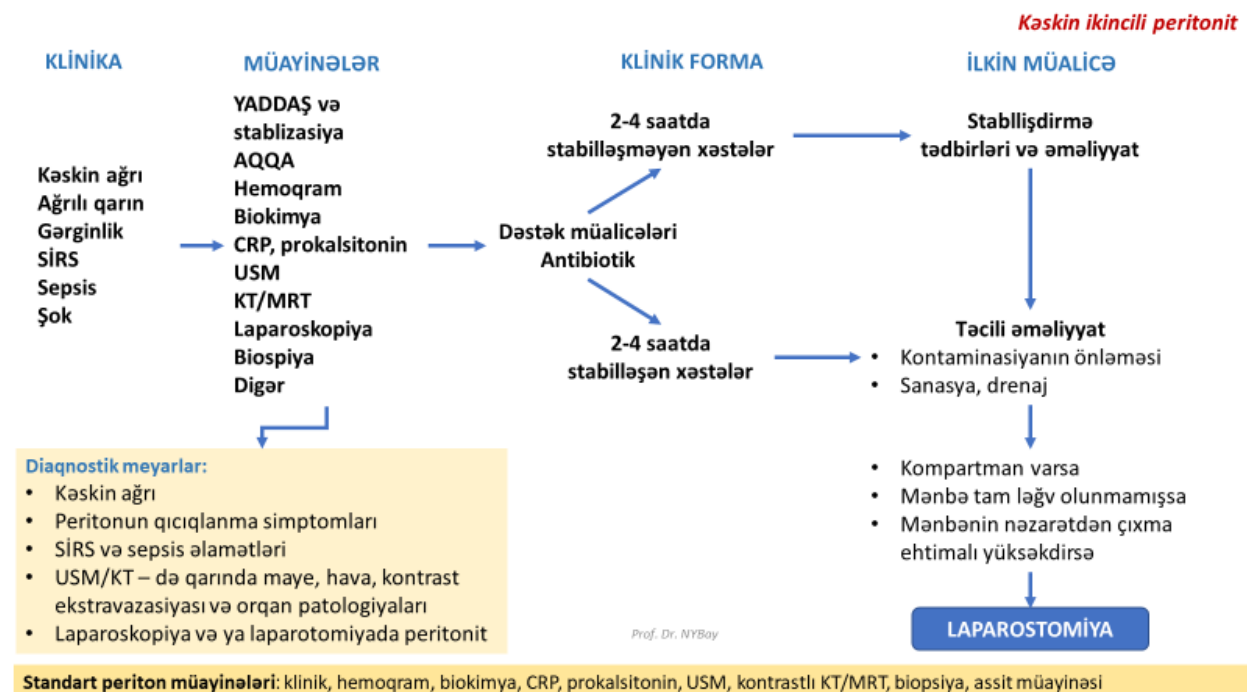
Özət

Peritonit periton qişasının müxtəlif septik və ya aseptik səbəblərdən meydana gələn iltihabına deyilir. Klinik praktikada ən çox istifadə olunan təsnifata görə peritonitlər kəskin və xronik peritonitlərə bölünür. Kəskin peritonit – kəskin zədələnmə və eksudativ iltihabla xarakterizə olunur və 3 klinik forması var: birincili, ikincili və üçüncülü peritonitlər. Xroniki peritonit isə xroniki zədələnmə, fibroz və ya qranulomaların inkişafı ilə xarakterizə olunur (tuberkuloz, qranulomatoz, fibroz-skleroz və s.)

Birincili peritonitlər - orqan möhtəviyyatının ekstravazasiyası olmadan periton boşluğundakı (birincili bakterial peritonit, vərəm, brusselyoz) iltihabdır.

İkincili və ya cərrahi peritonitlər – boşluqlu-vəzili orqanların möhtəviyyatının və ya iltihabi eksudatın periton boşluğuna keçməsi (iltihab, perforasiya, nekroz, yaralanma) nəticəsində baş verir. Xəstəlik əksər hallarda kəskin ağrılarla başlayır, bir neçə saat ərzində SIRS və sepsis əlamətləri qoşulur, ardınca kompartment və multi-orqan yetməzlikləri meydana gəlir. Diaqnozu klinik əlamətlər əsasında qoyulur (ağrılı gərgin qarın, SIRS və sepsis əlamətləri), laparoskopiya və ya laparotomiya ilə dəqiqləşdirilir. Ağırliq dərəcəsini, səbəbini müəyyənləşdirmək və differensial diaqnostika üçün laborator, görüntülmə müayinələri aparılır. İkincili peritonitlərdə təcili əməliyyat (mənbənin və irinli-nekrotik toxumaların aradan qaldırılması) antibiotikoterapiya, anti-kompartiment və dəstək müalicələri lazımdır.

Üçüncülü peritonit periton boşluğunu çirkləndirən mənbənin aradan qalxmasına baxmayaraq, davam edən ikincili peritonitə deyilir. İmmunosupressiyanın baş verməsi ilə əlaqədar olduğu ehtimal edilir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Laparoskopiya • Laparotomiya • Drenaj • Antibiotikoterapiya • Dəstək müalicələri • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr	• Laparostoma • VAC sistemləri • Stent

Diaqnostikasi

Şübhə

- Qarında kəskin ağrısı olan bütün xəstələrdə kəskin peritonitdən şübhələnmək olar. Ağrı gərginlik, SIRS və sepsis əlamətləri ilə müşayiət olunarsa, bu şübhə daha da artır.

Dəqiqləşdirmə

Kəskin peritonit diaqnozunu dəqiqləşdirmək, differensiasiya etmək, səbəbini və ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün təcili qaydada aşağıdakı ilkin və əlavə müayinələr aparılır.

- **Hərtərəfli klinik müayinə** - anamnezdə xəstəlik, əməliyyat, travma, ağrının xarakteri, həyati vacib orqanların vəziyyəti, qarının müayinəsi (palpasiya, perkusiya və auskultasiyası). Sepsis əlamətləri (orqan disfunksiyaları) ilə yanaşı peritonun qıcıqlanma əlamətləri (qarında palpator ağrı, gərginlik, əlçəkmə simptomları və s.) peritonit üçün xarakterikdir.
- **Laborator müayinələr:** hemoqram, CRP, biokimya (bilirubin, ALT, AST, amilaza, kreatinin, sidik cövhəri, şəkər), elektrolitlər (K⁺, Na⁺, Cl⁻), AQQA və göstərişə görə digər müayinələr. Peritonit üçün leykositoz, CRP və prokalsitoninin artması xarakterikdir, sepsisə bağlı orqan disfunksiyası əlamətləri də olur.
- **USM** ilkin müayinədir, peritonitin əlamətlərini göstərə bilər (qarında maye, azhərəkətli və ya hərəkətsiz bağırsaqlar, orqan patologiyaları), səbəbini ortaya çıxara bilər, lakin neqativ nəticə peritoniti inkar etmir.
- **KT** peritonitin səbəbini müəyyənləşdirmədə standart müayinədir. Qarında maye, sərbəst hava, kontrast ekstravazasiyası, orqan patologiyaları peritonitin xarakterik əlamətləridir.
- Kəskin peritonitin patoqnomonik əlaməti yoxdur və diaqnoz klinik meyarlar əsasında qoyulur, laparoskopiya və ya laparotomiyada dəqiqləşdirilir.
- **Diaqnostik meyarlar.** Xəstədə qarındaxili iltihab əlamətləri ilə yanaşı SIRS-sepsis əlamətləri varsa, peritonit diaqnozu qoyulur:
 - » Kəskin ağrı
 - » Peritonun qıcıqlanma simptomları - palpator ağrı, gərginlik, bağırsaq səslərinin azalması, köp, qarının tənəffüsdə iştirak etməməsi və s.
 - » SIRS və sepsis əlamətləri - **taxikardiya, təngnəfəslik, leykositoz, yüksək hərarət, dehidratasiya, oliqouriya, tərləmə, şok və s.**
 - » USM/KT – də qarında maye, hava, kontrast ekstravazasiyası və orqan patologiyaları.
 - » Laparoskopiya və ya laparotomiyada periton boşluğunda ekssudat, peritonda iltihab.

Differensial diaqnostika

- infeksiya (qonokokk, amöb və s.)
- qeyri – infeksiya (uremiya, diabet, kollagenozlar və s.)
- periodik xəstəlik
- birincili bakterial peritonit
- digər

Ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Peritonitin ağırlıq dərəcəsini təyin etmək üçün müxtəlif klassifikasiyalar tətbiq edilir.
- Peritonitin gedişində əsas mexanizm sepsis hesab edilir və ağırlıq dərəcəsinin təyində də orqan disfunksiyalarının ağırlıq dərəcələrinə əsaslanan şkalalar daha geniş tətbiq edilir (SOFA, CLIF-C-OF, APACHE və s.).

Peritonitin səbəbinin təyini

- Əksər hallarda anamnestik və klinik məlumatlara əsasən peritonitin səbəbini təyin etmək olar. Bir çox hallarda isə USM və KT köməkçi ola bilər.
- Səbəbin dəqiqləşməsi adətən əməliyyat vaxtı mümkün olur.
- Əməliyyatı dövrə peritonitin səbəbinin axtarışına vaxt sərf etmək düzgün sayılır.

Proqnozun təyini

- Peritonitin səbəbi, ağırlıq dərəcəsi, kompartment, ekssudatın xarakteri, müddəti, orqanizmin rezervi proqnoza təsir edən vacib amillərdir. Proqnozlaşdırma üçün **Manheym indeksi** istifadə edilə bilər.

Peritonitlərdə Manheym indeksi

Yaşı 50 çox	5
Qadın cinsi	5
Orqan yetməzliyinin olması	7
Bədxassəli törəmənin olması	4
Peritonitin səbəbi – yoğun bağırsaq	4
Peritonitin müddəti – 24 saatdan çox	4
Diffuz peritonit	6
Ekssudat:	
şəffaf	0
bulanlıq – irinli	6
nəcis – irinli	12
• 20 baldan aşağı – I dərəcə (letallıq – 0) • 20 – 30 bal – II dərəcə (letallıq – 29%) • 30 baldan çox – III dərəcə (letallıq – 100%)	

Müalicəsi

Prinsipi

- Kəskin ikincili peritonitin müalicəsi klassik "4+ prinsipi" üzərində qurulur:
 - » SIRS və sepsisə görə dəstək müalicələri

- » Kontaminasiyanın (qarın boşluğunu çirkləndirən mənbənin) ləğv edilməsi
- » İrinli – nekrotik toxumaların aradan qaldırılması (sanasiya, debridment, drenaj)
- » Antibiotikoterapiya
- » Kompartiment varsa, qarın boşluğunun dekompressiyası
- Kəskin ikincili peritonitin əsas müalicəsi təcili əməliyyatdır: laparotomiya və ya laparoskopiya ilə mənbənin aradan qaldırılması və ya nəzarətə alınması, peritonun sanasiyası və drenajı. Digər mütləq tədbirlər isə (dəstək, antibiotikoterapiya) əməliyyatdan əvvəl və sonra aparılır.

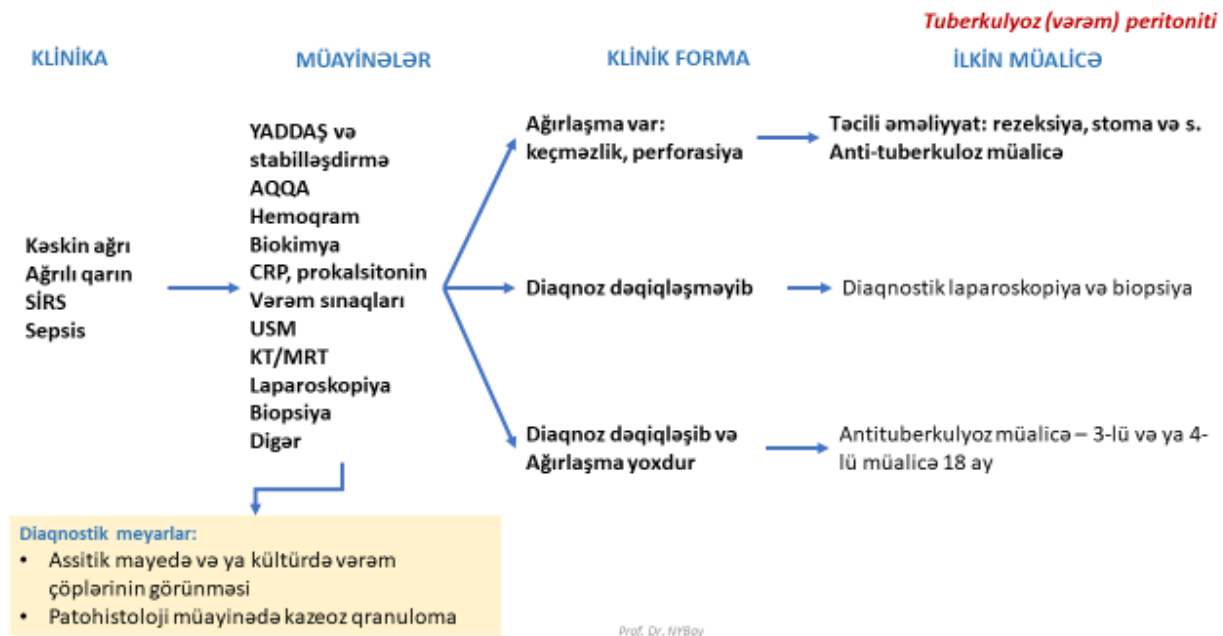
Müalicə taktikası

- Kəskin peritonit diaqnozu qoyulan xəstələr təcili olaraq stasionara yerləşdirilir və əməliyyata hazırlanır.
- Stabilləşmə tədbirləri (oksigenasiya, infuzion müalicə və s.) və antibiotikoterapiya başlanır.
- Xəstə 2 – 4 saat ərzində stabilləşərsə, əməliyyata alınır, stabilləşməyən xəstələrdə (septik şok, MOY) reanimasiya tədbirləri həyata keçirilir. Bu da fayda verməzsə, yüksək risklə əməliyyat oluna bilər.
- Əməliyyat açıq və ya laparoskopik üsulla edilə bilər.
- Əgər xəstədə aşağıdakı vəziyyətlər olarsa, laparoskopiya əks göstəriş sayılır:
 - » Köp və kompartiment
 - » Əməliyyatdan sonrakı böyük çapıq
 - » Stabilləşməyən xəstələr
- Əməliyyat vaxtı aşağıdakı işləmlər həyata keçirilir:
 - » Kültür götürülür, ekssudat sorulur, ilkin yuyulur (2 – 3 L 0,9 % Na Cl).
 - » Mənbənin aradan qaldırılması: ocaq çıxarılır, nekrotik toxumalar maksimal dərəcədə ekssiziya edilir. Tam çıxarılmayan mənbələrdə peritona ekstravazasiyanı aradan qaldırma tədbiri icra edilir (drenaj, ekstrapertonizasiya).
 - » Periton boşluğu tam yuyulur (8 – 10 L 0,9 % Na Cl).
 - » Bağırsaqlardakı və divardakı fibrin ərplər yaş tamponlarla təmizlənir.
 - » Laparoskopiyada qarın boşluğuna 8 – 10 mm Hg st, 10 dəq. oksigen vurulur.
 - » Drenaj: 3 – 4 drenaj qoyulur: mənbə yatağı, çanaq, qaraciyərüstü, sol yan kanal.
 - » Laparotomiyanın tikilməsi. Aponevroz prolenlə tikilir, əlavə 2 – 3 ədəd kövşəldici “U” şəkilli prolen tikişlər qoyulur. Dəri yarası açıq saxlanılır.
- Laparostomiya (qarının açıq saxlanması) aşağıdakı hallarda tətbiq edilir:
 - » Kompartiment varsa (bağırsaq köpü və ödemi)
 - » Mənbə tam ləğv olunmamışsa (destruktiv pankreatit, ayrılmayan irinli ərplər)
 - » Mənbənin nəzarətdən çıxma ehtimalı yüksəkdirsə (anastomoz qoyularsa, perforasiyanın bağlanmama ehtimalı varsa, 12 bb yaralanması və s.)
- Əməliyyatdan sonra dəstək tədbirləri və antibiotikoterapiya davam etdirilir.

TUBERKULYOZ PERİTONİTİ

Özət

Tuberkulyoz peritoniti birincili olaraq peritonda ola bilər və ya qarındaxili və qarınxarici orqanlardakı prosesin yayılması kimi meydana çıxar bilər. Vərəm peritoniti əksər hallarda xroniki assit əlamətləri ilə biruzə verir, az hallarda isə kəskin peritonit əlamətlərinə rastlanır. Assitlə yanaşı hərarət və gecə tərləmələri xarakterikdir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün assitik mayenin müayinəsi, KT, periton biopsiyası edilir. Assitik mayədə vərəm çöplərinin və ya DNT-nin tapılması və ya biopsiyada nəhəng hüceyrəli kazeoz qranuloma vərəm peritoniti diaqnozunu dəqiqləşdirir. Vərəm peritonitinin əsas müalicəsi antituberkulyoz müalicədir, əməliyyat göstərişə görə aparılır (keçməzlik, perforasiya, diaqnostik çətinlik).



Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Laparoskopiya • Laparotomiya • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr • Antibiotikoterapiya • Dəstək müalicələri • Anti-tuberkuloz	• Laparostoma • VAC sistemləri • Stent

Diaqnostika

Şübhə

- Qarında ağrı və/və ya assit olan xəstələrdə aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri varsa, vərəm peritonitindən şübhələnmək olar:
 - » Anamnezdə və ya hazırda digər orqanlarda vərəm (50%)
 - » Bir neçə həftə davam edən ağrı, hərarət, gecə tərləmələri

- » Obyektiv müayinə – assit və ya kütlə (60%), keçməzlik əlamətləri (10%), ekstrapéritoneal əlamətlər (50%)
- » USM – maye və ya peritoneal qalınlaşma
- » KT – məhdud və ya diffuz maye, periton qalınlaşması, bağırsaq və digər orqanlarda infiltratlar, omentumda düyünlər
- » Assitik maye analizi – albumin qradienti, limfositoz, adenozin deaminaza
- » Tuberkulin testi (Mountuox) müsbət olanlarda 50% həssaslıq
- » Eritrositlərin çökmə reaksiyası çox yüksək olanlar
- » Laparoskopiya və ya laparotomiyada – peritonda diffuz millimetrik düyünlər

Dəqiqləşdirmə

- Vərəm peritonitinə şübhə olanlarda aşağıdakı ardıcılıqla müayinələr aparılır:
 - » klinik, laborator (EÇS, tuberkulin testi) və görüntülemə (USM, KT) ilə vərəmə məxsus əlamətlər, qarındaxili və ekstraabdominal orqanların patologiyaları axtarılır.
 - » parasentez edilərək assitin xarakteri və digər səbəbləri ilə differensiasiya aparılır.
 - » laparoskopiya edilərək peritondan və piylikdən biopsiya götürülür.
- Vərəm peritonitinin ***diaqnostik əlamətləri aşağıdakılardır:***
 - » Assitik mayədə və ya kulturdə vərəm çöplərinin görünməsi
 - » Patohistoloji müayinədə kazeoz qranuloma

Müalicəsi

Prinsipi

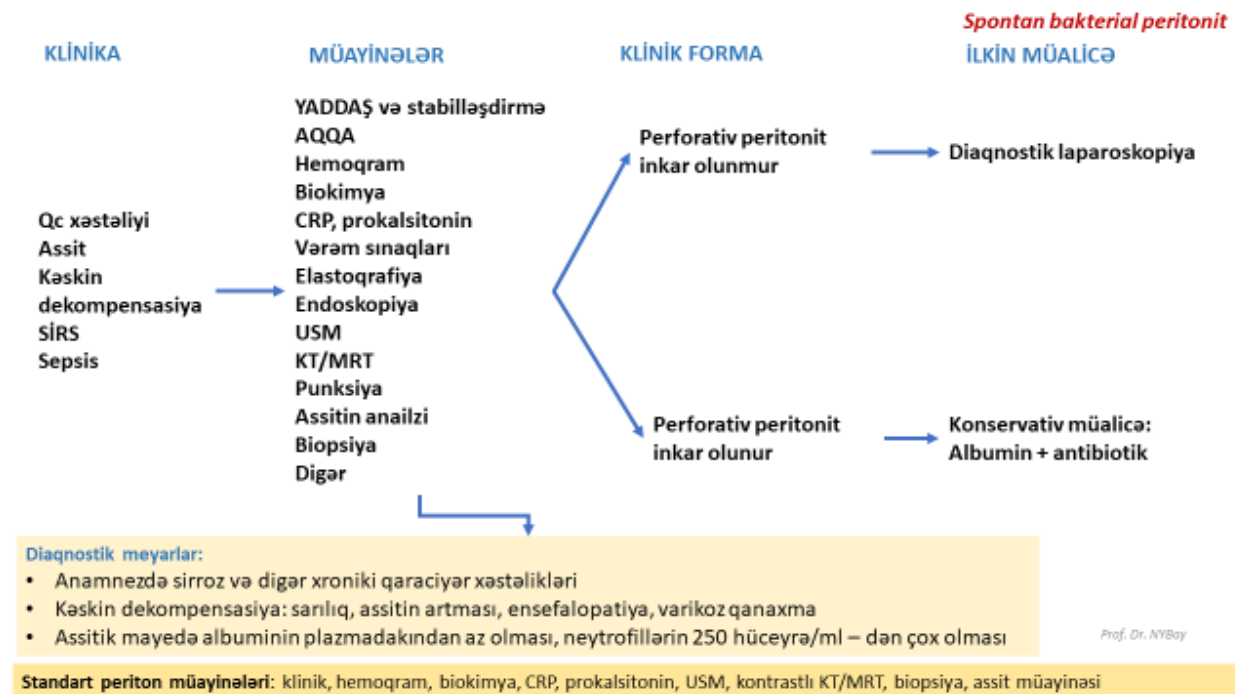
- Vərəm peritonitində əsas müalicə antituberkulyoz müalicədir, əməliyyat göstərişə görə aparılır.

Müalicə üsulları

- Antituberkulyoz müalicə – 3-lü və ya 4-lü müalicə 18 ay davam etdirilir.
- Cərrahi müdaxilə aşağıdakı hallarda göstərişdir:
 - » Keçməzlik və ya perforasiya varsa, rezeksiya edilir.
 - » Diaqnostik çətinlik varsa, periton biopsiyası edilir.

SPONTAN BAKTERIAL PERİTONİT

- Spontan bakterial peritonit (SBP) assitik mayenin infeksiyalaşması nəticəsində meydana gəlir, müalicə olunmazsa, yüksək letallıq törədir.
- SBP assitli xəstənin pisləşməsi, ensefalopatiyanın dərinləşməsi, bəzən də yerli peritonit əlamətləri ilə biruzə verir.
- Diaqnozu assitik mayədə neytrofil miqdarının 250 hüceyrə/ml – dən ($0,25 \times 10^9/L$) çox olması ilə qoyulur.
- İkincili peritonitlərdən fərqli olaraq spontan bakterial peritonitlərdə peritoneal ekssudatda albumin miqdarı qandakından çox aşağı olur və tək növ mikroflora tapılır.
- Müalicəsi adətən konservativdir və albumin + antibiotik kombinasiyası istifadə edilir.

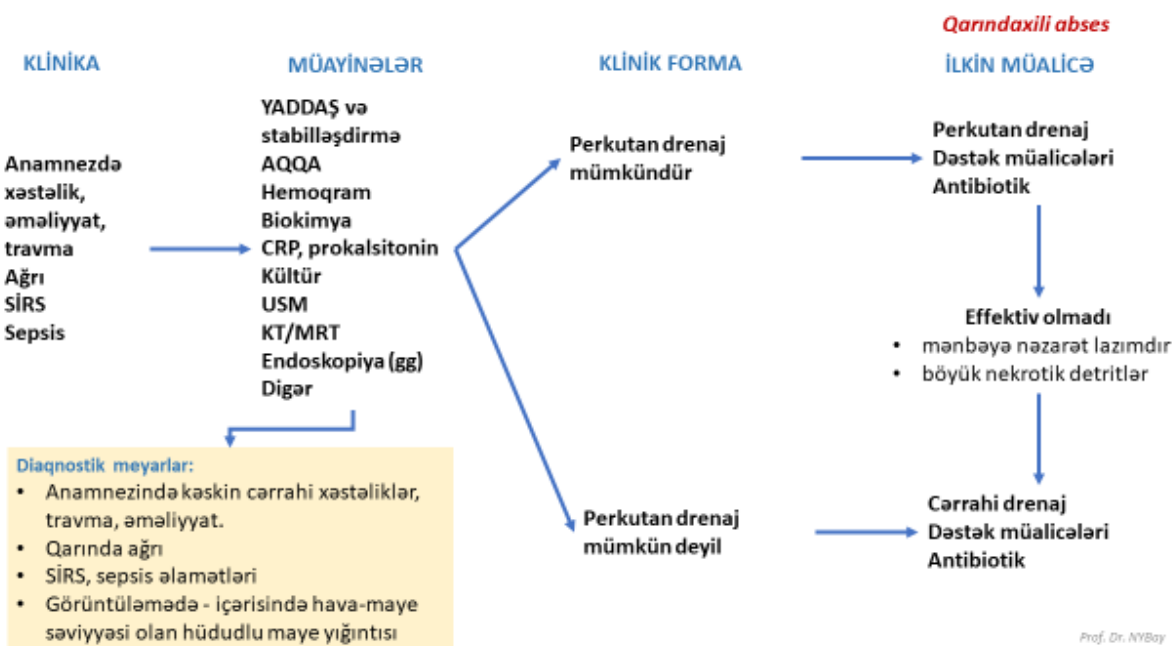


PERİTONDAXİLİ / RETROPERİTONEAL ABSESLƏR

Özət

Peritondaxili abseslər qarındaxili orqanların xəstəlikləri, travmaları və əməliyyatlarından sonra (perforasiya, nekroz, anastomoz buraxması, yaralanma, urogenital infeksiya, qan, yığıntı, yad cisim və s.) qarın boşluğuna toplanmış möhtəviyyatın və ya yığıntının hüdudlanması və infeksiyalaşması nəticəsində meydana gəlir. Adətən ağrı, SIRS-sepsis əlamətləri ilə biruzə verir, müalicə olunmazsa, sepsis və orqan yetməzliklərinə, letallığa, bəzən də fistullara səbəb olur. Diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün KT lazım gəlir, ağrı, SIRS-sepsis əlamətləri ilə yanaşı mayeli boşluğun görünməsi xarakterikdir. Qarındaxili abseslərin müalicəsi üçün drenaj (Perkutan və ya cərrahi), antibiotikoterapiya, dəstək müalicələri və səbəbin aradan qaldırılması lazımdır.

Retroperitoneal abseslər adətən peritonarxası orqanların (böyrək, bağırsaq, mədəaltı vəzi, onurğa sütunu) travmalarından, əməliyyatlarından və ya xəstəliklərindən sonra bu sahəyə yığılan möhtəviyyatın və hematomanın infeksiyalaşması nəticəsində meydana gəlir. Adətən ağrı, SIRS-sepsis əlamətləri ilə biruzə verir, müalicə olunmazsa, sepsis və orqan yetməzliklərinə, letallığa, bəzən də fistullara səbəb olur. Diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün KT lazım gəlir, ağrı, SIRS-sepsis əlamətləri ilə yanaşı mayeli boşluğun görünməsi xarakterikdir. Müalicəsi üçün təcili drenaj, mənbəni aradan qaldırma, antibiotikoterapiya və dəstək tədbirləri həyata keçirilir.



Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Perkutan drenaj • Laparoskopiya • Laparotomiya • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr • Antibiotikoterapiya • Dəstək müalicələri	• Laparostoma • VAC sistemləri • Stent

PERİTONDAXİLİ ABSESS

Diaqnostika

Şübhə

- Aşağıdakı əlamətlər qarındaxili abseslərə şübhə yaradır:
 - » Qarında ağrı, kütlə və sepsis əlamətləri
 - » Əməliyyat və ya travmadan sonra ağrı, yüksək hərarət və leykositoz və/və ya CRP artması

- » Peritonitlərdən sonra hektik hərarət, davam edən leykositoz və/və ya CRP artması

Dəqiqləşdirmə

- Qarındaxili absesə şübhə əlamətləri olan xəstələrdə diaqnozu və səbəbi müəyyənləşdirmək üçün ilkin klinik, laborator (hemoqram, CRP, biokimya, elektrolitlər) və USM ilə yanaşı KT edilir.
- Abses diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün klinik, laborator və görüntülmə müayinələri birlikdə qiymətləndirilir. Qarındaxili absesi təsdiq və ya inkar etmək üçün ən vacib müayinə tomoqrafiyadır- “qızıl standart”.
- **Qarındaxili absesin diaqnostik əlamətləri:**
 - » Anamnezində kəskin cərrahi xəstəliklər, travma və ya əməliyyat.
 - » Qarında ağrı, kütlə ola bilər
 - » İltihab əlamətləri: yüksək hərarət, leykositoz, CRP artması
 - » Görüntülmədə xarakterik əlamətlər (içərisində hava-mayə səviyyəsi olan hüdudlu mayə yığıntısı)

Müalicəsi

Prinsipi

- Qarındaxili abseslərin müalicəsi təcili olaraq aparılır və prinsipləri digər irinli – septik xəstəliklərdə olduğu kimi “klassik 4 prinsip” üzərində qurulur:
 - » mənbənin aradan qaldırılması
 - » irinli – nekrotik toxumaların kənarlaşdırılması (sanasiya və drenaj)
 - » antibiotikoterapiya
 - » SIRS və sepsisə görə dəstək müalicələri

Drenaj üsulları

- Absesləri drenaj etmək üçün 3 klassik drenaj üsulu var:
 - » Perkutan (dəridən keçən)
 - » Laparoskopik
 - » Açıq

Müalicə taktikası

- Qarındaxili abseslərdə ilk seçim perkutan drenajdır.
- Perkutan drenaj mümkün olmadıqda və ya yetərsiz olduqda, cərrahi drenaj tətbiq edilir.
- Cərrahi drenaj açıq və ya laparoskopik yolla yerinə yetirilə bilər və aşağıdakı hallarda göstəriş sayılır:
 - » dərin yerləşən və perkutan girişi çətin olan abseslər
 - » mənbəyə nəzarət lazım gələn hallar (anastomoz buraxması, divertikulu, fistullar və s.)
 - » perkutan drenajla çıxmayan böyük nekrotik detritlər
- Əməliyyatdan əvvəl və sonra antibiotikoterapiya və dəstək müalicələri aparılır.

RETROPERİTONEAL / RETROFASİAL (PREPERİTONEAL) ABSES**Diaqnostikası****Şübhə**

- Anamnezində travma, sidik yolları, bağırsaq (xüsusən 12bb və yoğun bağırsaq), mədəaltı vəzi xəstəlikləri və əməliyyatları olanlarda bel ağrıları və sepsis əlamətləri varsa, retroperitoneal absedən şübhələnmək olar.
- Palpator bel ağrıları və gərginlik bu şübhəni daha da artırır.

Dəqiqləşdirmə

- Retroperitoneal absesin diaqnozunu dəqiqləşdirmək üçün KT “Qızıl standart” sayılır. KT-də retroperitoneal sahədə ödem, maye, hətta qaz görünə bilər.
- Retroperitoneal absesin diaqnostik əlamətləri:
 - » Bel ağrıları
 - » Sepsis əlamətləri
 - » KT-də retroperitoneal iltihab əlamətləri (maye, infiltrasiya, ödem, hava)

Differensial diaqnostikası

- soyuq abses
- retroperitoneal törəmələr

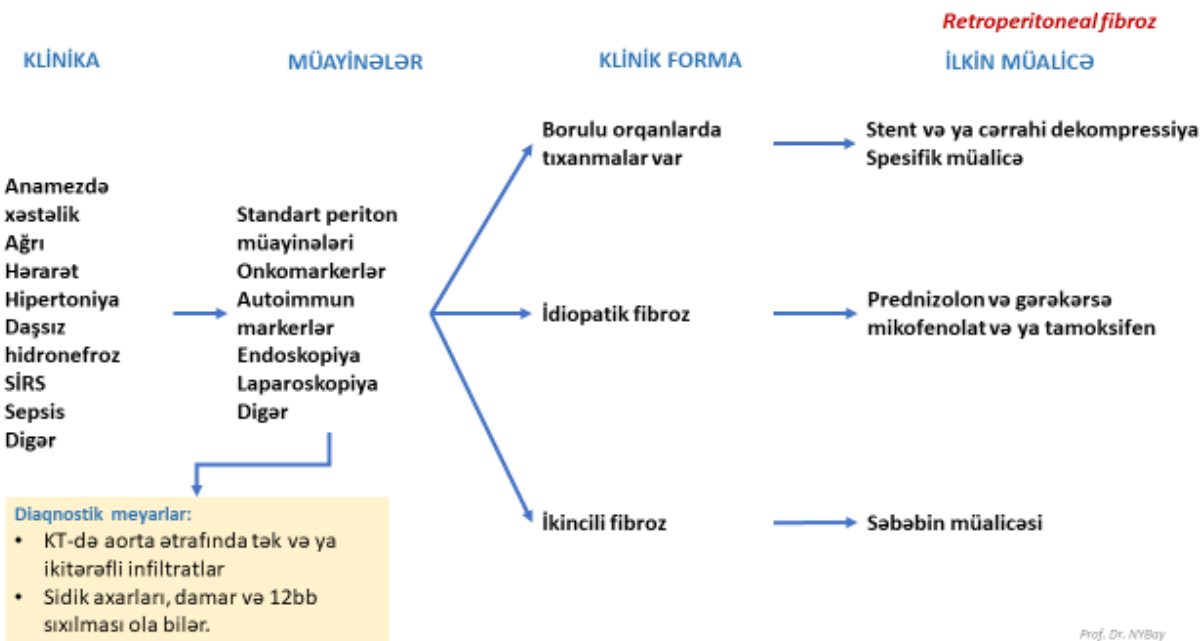
Müalicəsi

- Təcili drenaj, mənbəni aradan qaldırma, antibiotikoterapiya və dəstək retroperitoneal absesin müalicə prinsipləridir.
- Drenaj üçün perkutan və cərrahi üsullar tətbiq edilə bilər. Perkutan drenaj ilk seçimdir.

RETROPERITONEAL FİBROZ

Özət

Retroperitoneal fibroz az rast gəlinən patologiya olub retroperitoneal sahədə iltihabın və fibrozun inkişafı ilə xarakterizə olunur, retroperitoneal orqanların sıxılmasına gətirib çıxarır. Bu vəziyyət əksər hallarda birincili - idiopatik olur (Ormond xəstəliyi, periaortit, fibroz periuretrit), az hallarda isə ikincili səbəblidir (dərmanlar, kimyəvi dərman müalicəsi, şüa müalicəsi, əməliyyat, travma və s.). **İdiopatik retroperitoneal fibroz** bel ağrısı, hərarət, sidik axarı və ya damar obstruksiyası ilə meydana çıxır, KT və ya MRT-də retroperitonda infiltrasiya görünür. Bədxassəli infiltrasiyalardan differensiasiya etmək üçün biopsiya lazım gəlir. İkincili fibrozda səbəbə yönəlmiş müalicələr, birincili fibrozda isə prednizolon immunosupressorlar tətbiq edilir, obstruksiya varsa, stent qoyulur.



Prof. Dr. NYBey

Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Onkomarkerlər • Autoimmun markerlər Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Endoskopiya • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Əməliyyat • Stend • Steroidlər • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr •	• Laparostoma • VAC sistemləri

Diaqnostikası

Prinsip

- Retroperitoneal fibrozun diaqnostikasına prinsipial yanaşma ondan ibarətdir ki, şübhəli xəstələrdə əvvəlcə fibrozun olub-olmadığı dəqiqləşdirilir, fibroz dəqiqləşərsə, ilk növbədə ikincili səbəblər araşdırılır. Səbəbi tapılmayan fibrozlar idiopatik qəbul olunur.

Şübhə

- Aşağıdakı hallarda retroperitoneal fibroza şübhə yaranır:
 - » İkincili fibroz törədə bilən xəstəliklərdə (dərman qəbul edənlərdə, qarında əməliyyat keçirmişlərdə, limfomalarda, vərəm və histoplazmoz və s.) bel ağrısı, hidronefroz, hipertoniya və aşağı ətraflarda ödem müşahidə edilərsə.
 - » Autoimmun xəstəliklər, o cümlədən İgG4 xəstəliyi olanlar.
 - » Tək və ya ikitərəfli daşsız hidronefroz
 - » Refrakter hipertoniya
 - » Aşağı ətraflarda ikitərəfli venoz durğunluq

Dəqiqləşdirmə

- Retroperitoneal fibrozu dəqiqləşdirən müayinə kontrastlı KT-dir. KT-də aorta ətrafında tək və ya ikitərəfli infiltratlar xarakterikdir. Bununla yanaşı, sidik axarlarında obstruksiya, hidronefroz, damar sıxılması və s. kimi ağırlaşma əlamətləri də görünə bilər.
- Böyrək yetməzliyi olanlarda MRT istifadə edilə bilər.
- Retroperitoneal fibrozun spesifik klinik və laborator əlaməti yoxdur.
- Laborator müayinələr qeyri – spesifikdir, iltihab əlamətləri (EÇS və CRP artması), bəzi anticisimlərdə artma (ANA, İgG4), kreatinin və qalıq azotda artma müşahidə edilə bilər.

Səbəbin təyini

- Retroperitoneal fibroz təyin edildikdən sonra ikinci məsələ səbəbin təyini.
- Klinik və anamnestik məlumatlara əsasən səbəb müəyyən olunmursa, bədxassəli xəstəlikləri və xroniki spesifik iltihabı təsdiq və ya inkar etmək üçün **biopsiya** edilir.

İdiopatik retroperitoneal fibrozun diaqnostik əlamətləri

- Bel ağrısı var, xroniki iltihab və ya ağırlaşma əlamətləri ola bilər.
- KT və ya MRT-də retroperitonda infiltrasiya
- İkincili səbəblərin klinik-anamnestik və ya biopsiya ilə inkarı

Ağırlaşmalarının təyini

- Retroperitoneal fibrozun ağırlaşmalarının təyini üçün tomoqrafiya vacib müayinədir.

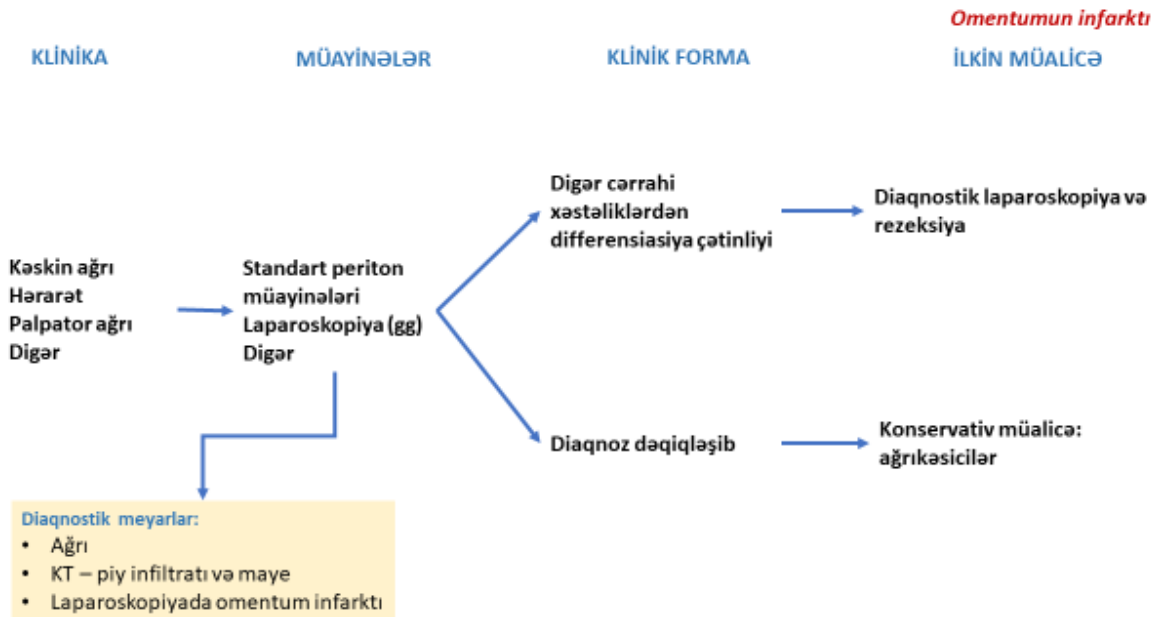
Müalicəsi

- Müalicəsi səbəbinə və ağırlaşmasına uyğun aparılır.
- İkincili retroperitoneal fibrozda əsas müalicə səbəbin aradan qaldırılmasıdır: dərmanların kəsilməsi, bədxassəli və iltihabi xəstəliklərin müalicəsi və s.
- İdiopatik retroperitoneal fibrozda ilk seçim prednizolondur (birinci ay induksion dozada - 1 mq/kq dozada, sonrakı 6-18 ay ərzində 10 mq/gün dozada).
- Prednizolona zəif cavab verənlərdə mikofenolat mofetil əlavə edilir, əks göstəriş olanlarda isə tamoksifen istifadə edilir.
- Hidronefrozu olanlarda kreatinində artma varsa stent, qoymaq gərəkir, kreatinin yüksək deyilsə, prednizolon müalicəsi fonunda izləmə tövsiyə olunur.

OMENTUMUN İNFARKTI

Özət

Omentumun infarktı piyliyin burulması və ya yırtıq kisəsində boğulması nəticəsində baş verən işemik nekrozdur. Adətən kəskin başlayan ağrılarla biruzə verir, palpator ağrı, müvəqqəti hərarət, zəif leykositoz, bəzən də qarında kütlə müşahidə edilə bilər. Əməliyyat vaxtı tapılırsa rezeksiya edilir.



Prof. Dr. NYBəy

Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər

Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Rezeksiya	•

Diaqnostikası

- Omentumun nekrozu adətən kəskin başlayan ağrılarla biruzə verir. Palpator olaraq ağrı qeyd edilir, müvəqqəti hərarət, zəif leykositoz bəzən də qarında kütlə müşahidə edilə bilər. Bəzən appendisit və ya xolesistit klinikasına bənzəyir.
- USM – qarında maye və ya kütlə ola bilər.
- KT – qarında piy infiltratı və maye göstərir.
- Laparoskopiyada hemorragik maye, nekrotik omentum müşahidə edilir
- Differensial diaqnostika – appendisit və xolesistit, divertikulit, appendagit və s.

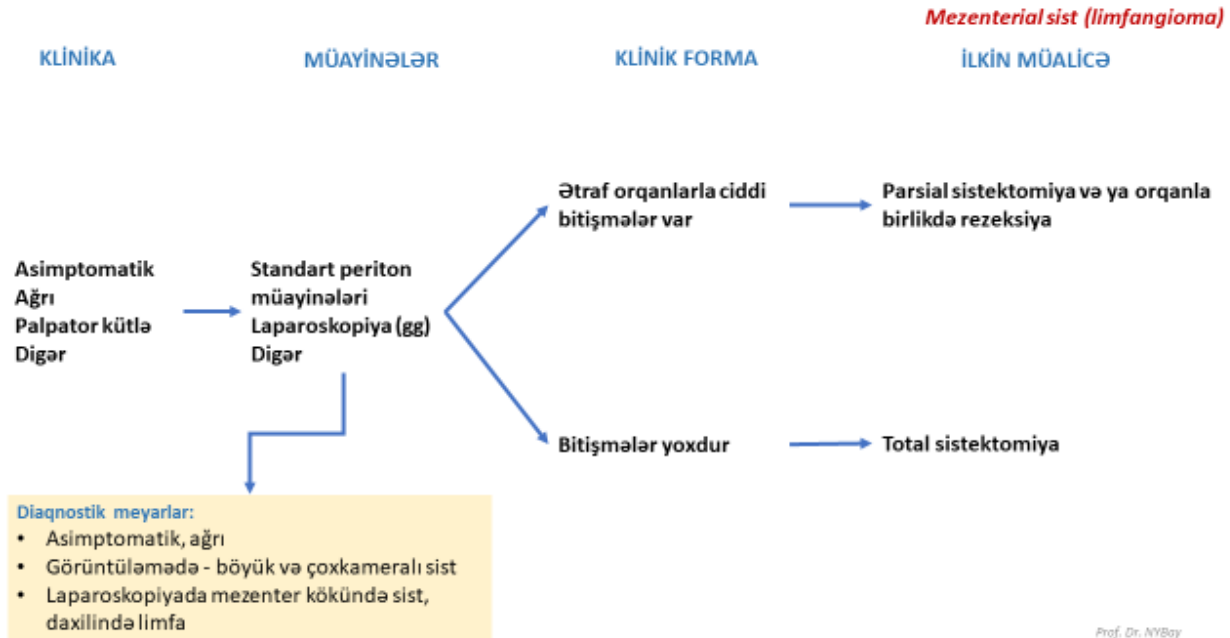
Müalicə

- Diaqnoz əməliyyatdan əvvəl məlum olarsa, müşahidə edilə bilər.
- Əməliyyat vaxtı tapılan omentum nekrozunda rezeksiya radikal müalicədir.

MÜSARİQƏNİN SİSTİ

Özət

Müsariqə sisti anadangəlmə inkişaf qüsuru olub, ektopik limfoid və ya yumurtalıq toxumasının sistoz transformasiyasıdır, böyüməyə və ağırlaşmalara meyllidirlər. Bu sistlərin xilioz tərkibli olanlarına sistik limfangioma da deyilir. Əksər hallarda klinik görüntüləmə ilə digər sistlərdən fərqləndirmək çətin olur. Müalicəsi radikal sistektomiyadır.



Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PCR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər

• USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Rezeksiya	•

Diaqnostikası

- Sistlər asimptomatik ola bilər, qarında xroniki ağrı və ya kəskin qarın və kütlə əlamətləri (şişkinlik, palpator yumşaq və hərəkətli kütlə) ilə biruzə verirlər. Adətən bağırsaq fəaliyyəti pozulmur.
- USM – də sist
- KT/MRT – də mezenter kökündə, piylikdə, retroperitonda böyük, paycıqlı sist
- Laparoskopiyada müsbət nəticədən çıxan sist
- Biopsiyada divarda endotel və ya epitel.

Differensial diaqnostikası

- pankreatik psevdosist
- yumurtalıq sisti
- retroperitoneal törəmələr

Müalicəsi

- Radikal sistektomiya və göstərişə görə bağırsaq rezeksiyası lazımdır. Sistlərin divarı endotel və ya epitellə örtülü olduğu üçün radikal çıxarmadıqda residiv verir.
- Ətraf orqanlarla ciddi bitişmələr varsa, orqanla birlikdə rezeksiya və ya parsial sistektomiya edilə bilər.
- Punksiya, drenaj, skleroterapiya və kapitonaj residiv verdiyi üçün tövsiyə edilmir.

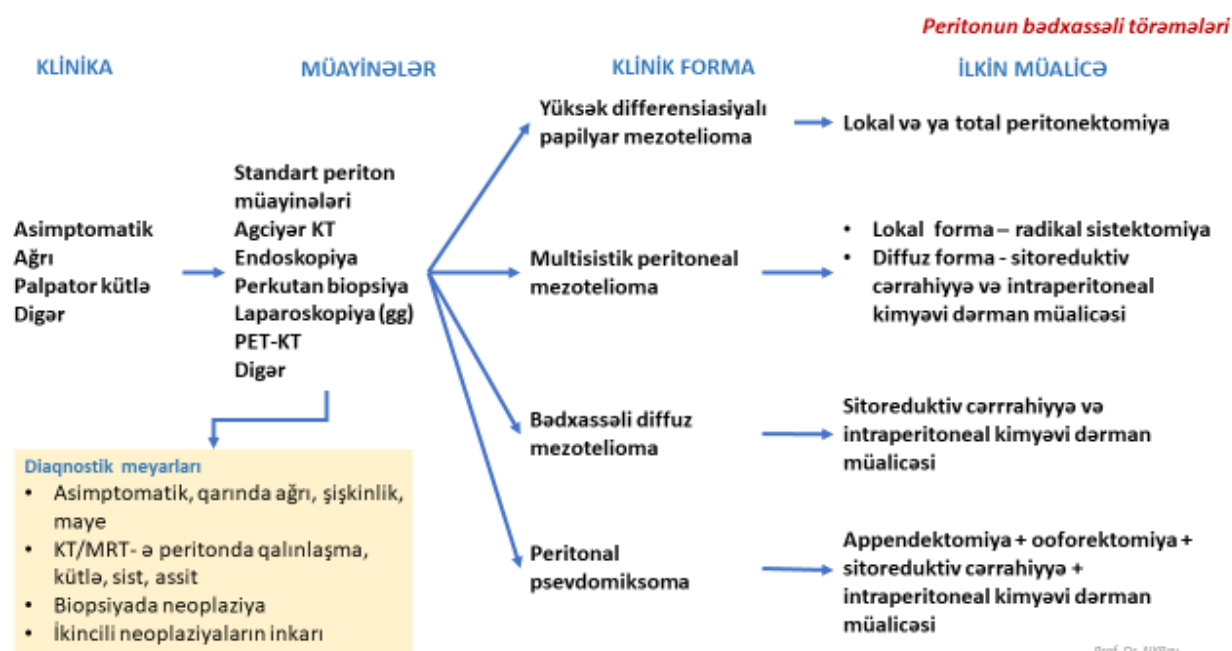
PERİTONUN TÖRƏMƏLƏRİ

Özət

Mənbəyinə görə **peritoneal törəmələr** iki qrupa bölünür: birincili və ikincili.

Peritonda rast gəlinən törəmələrin əksəriyyəti **ikincilidir** (peritoneal karsinomatoz), adətən mədə-bağırsaq, yumurtalıq və digər orqanların bədxassəli şişlərinin yayılması nəticəsində meydana gəlir, əsasən assit və kütlə əlamətləri ilə biruzə verirlər.

Peritonun **birincili** törəmələri nadir rast gəlir, xoşxassəli (lipoma, fibroma, və s.) və bədxassəli mezotelioma, psevdomiksoma) olur.



Standart periton müayinələri: klinik, hemoqram, biokimya, CRP, prokalsitonin, USM, kontrastlı KT/MRT, biopsiya, assit müayinəsi

Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr - Hemoqram - Biokimya - CRP - Prokalsitonin - Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. - Assit müayinəsi	- PET-KT - Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) - PCR - Autoimmun markerlər - Şiş markerləri - Digər

• Onkomarkerlər Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT • MRT • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Digər	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Rezeksiya • İntraperitoneal kimyaterapiya	•

Periotoneal mezotelioma

Peritoneal mezotelioma peritonun mezotelindən inkişaf edən törəmələrdir. Morfoloji və gediş xüsusiyyətlərinə görə mezoteliomaların 3 növü ayırd edilir:

- Bədxassəli diffuz mezotelioma
- Yüksək differensiasiyalı diffuz mezotelioma
- Multisistik mezotelioma

Bədxassəli diffuz mezotelioma

- Bədxassəli diffuz mezotelioma aqressiv gedişli bədxassəli xəstəlikdir.
- Plevral mezotelioma kimi adətən asbestozla əlaqəlidir.
- Törəmələr əksər hallarda periton boyu diffuz şəkildə böyüyür, qarın divarına invaziya xarakterik deyil, lakin qarın daxilində böyük törəmələr və assit əmələ gətirir, metastazlar verə bilər.
- Ağırlaşmaların və letallığın başlıca səbəbi qarındaxili orqanlara invaziyadır.
- Xəstəlik daha çox qadınlarda rastlanır, qarında ağrı və şişkinliklə biruzə verir.
- Diaqnozu qoymaq üçün USM, KT və biopsiya edilir.
- KT-də peritonda qalınlaşma, qarın divarına invaziya etməyən düyünşəkilli törəmələr, omentum və müsariqədə törəmələr, az miqdarda assit görünür. Plevrada da qalınlaşma və törəmələr görünə bilər.

- Peritoneal karsinomatozdan fərqli olaraq assitik mayenin sitoloji müayinəsi diaqnozda faydalı olmur. Ona görə də dəqiqləşdirmək üçün perkutan, laparoskopik və ya açıq biopsiya lazım gəlir.
- Bədxassəli diffuz mezoteliomanın müalicəsi sitoreduktiv cərrahiyyə və peritondaxili kimyəvi dərman müalicəsidir.
- Sitoreduktiv cərrahiyyə aşağıdakılardan ibarətdir:
 - » parietal peritonun çıxarılması (mezoteliomalar əksər hallarda vertikal invaziya etmədikləri üçün peritonu çıxarmaq olur
 - » piyliyin çıxarılması
 - » visseral peritondakı törəmələrin çıxarılması
 - » gərəkərsə orqan çıxarılması və rezeksiyaları (xolesistektomiya, splenektomiya, kolon rezeksiyası və s.)
- İntraperitoneal kimyəvi dərman müalicəsi iki üsulla aparıla bilər:
 - » əməliyyatdaxili hipertermik kimyəvi dərman müalicəsi (sisplatin, doksorubisin, tamoksifen və s.)
 - » əməliyyatdan sonra 5 gün ərzində peritondaxili infuziya
- Əməliyyat olunmayan yüksək riskli xəstələrdə sistemik kimyəvi dərman müalicəsi aparıla bilər.

Yüksək differensiasiyalı papillyar mezotelioma

Yüksək differensiasiyalı papillyar mezotelioma bədxassəli diffuz mezoteliomanın formalarından biri hesab edilir və bir çox cəhətlərinə görə ondan fərqlənir:

- asbestozla əlaqəsi olmur
- əksər hallarda çanaq peritonu səviyyəsində olur və assitlə biruzə verir.
- əksər hallarda başqa xəstəliyə görə aparılan əməliyyatlarda təsadüfən tapılır.
- yerli peritonektomiya əksər hallarda sağaldıcı nəticə verir, ona görə də ilkin olaraq geniş peritonektomiyaya və intraperitoneal kimyəvi dərman müalicəsinə ehtiyac qalmır.

Multisistik peritoneal mezotelioma

- Multisistik mezotelioma və ya xoşxassəli sistik mezotelioma peritondan inkişaf edən neoplastik xəstəlikdir, mezotellə örtülü proliferativ sistlərin olması və xoş gedişli olması ilə səciyyələnir.
- Xəstəlik ən çox qadınlarda rast gəlinir.
- Əsas morfoloji əlaməti tək və ya çoxkameralı sistdir (sistlərdir.)
- Sistlər adətən başlanğıcda çanaqdan inkişaf edir, yayılaraq parietal və visseral peritonun digər hissələrində də ola bilər. Sistlər radikal çıxarıldıqdan sonra 50% hallarda 1-30 il ərzində təkrarlana bilər.

- Qarında qeyri-spesifik əlamətlərlə biruzə verirlər, görüntüləmədə və ya laparotomiyada tək və ya çoxsaylı sistlər tapılır.
- Diaqnozu sistin patohistoloji müayinəsi ilə dəqiqləşdirilir.
- Yayılmamış, lokal formalarda sistin radikal çıxarılması əsas müalicədir. İlk yayılmış və ya residivləşmiş vəziyyətlərdə sitoreduktiv cərrahiyyə və peritondaxili kimyəvi dərman müalicəsi lazım gəlir.

Peritoneal psevdomiksoma

- Peritoneal psevdomiksoma yumurtalıq və ya appendiksdən inkişaf edən aşağı dərəcəli musinoz adenokarsinoma hesab edilir, çoxlu miqdarda seliklə zəngin epitel hüceyrəsinin “sekresiyası” ilə xarakterizə olunur (“şiş ifraz edən törəmə”).
- Xarakterik olaraq qarında jelatinəbənzər maye tapılır və mayenin histoloji müayinəsində seliklə zəngin adenokarsinoma hüceyrələri müəyyən edilir.
- Bədxassəli hüceyrələr appendiks və ya yumurtalıqdan “ifraz” olunsalar da, bəzən bu orqanlarda makroskopik törəmə tapılmır, lakin qarının iki bölgəsində - diafraqmal səthdə və yan kanal-çanaqda depozitlər ola bilər.
- Klinik olaraq adətən qarında şişkinliklə ortaya çıxır.
- KT-də qarında maye və bəzən də depozit bölgələrində (diafraqma, yan kanal, çanaq) törəmələr görünə bilər. Əməliyyat vaxtı qarında jelatinəbənzər qatı maye tapılır, appendiks və yumurtalıqlarda törəmə olmaya bilər.
- Diaqnozu patohistoloji müayinədə selik tərkibli hüceyrələrin tapılması ilə dəqiqləşdirilir. Appendikal mukoseledən fərqləndirmək lazım gəlir.
- Müalicəsi üçün sitoreduktiv cərrahiyyə və intraperitoneal kimyəvi dərman müalicəsi tövsiyə edilir. Sitoreduktiv əməliyyatlar bir və ya bir neçə dəfə aparıla bilər. İlk əməliyyatda appendiks və ya yumurtalıqda törəmə tapılmasa belə bu orqanların çıxarılması tövsiyə edilir.

Ədəbiyyat

(1),(65),(65–67),(40)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

YIRTIQLARA DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Fariz Camalov Tibb ü.f.d. Elnur Qasimov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

Özət

Orqanların yerləşdiyi boşluqdan kənara çıxmasının 3 formasına yırtıq, eventrasiya və prolaps aiddir. **Yırtıq**, orqanların yerləşdiyi boşluğun divarındakı təbii və ya qazanılma dəliklərdən – defektdən peritonla birlikdə kənara çıxmasına deyilir. **Eventrasiya (evisserasiya)** orqanların yaradan periton səhifəsiz kənara çıxmasıdır. **Prolaps** (sallanma) orqanın bitişik olduğu təbii dəlikdən təkbəşinə və ya digər orqanlarla birlikdə kənara çıxmasıdır.

Yırtığın əmələ gəlməsində **əsas və köməkçi** amillər yer almaqdadır. Əsas səbəbləri toxumaların möhkəmliyini zəiflədərək qarın divarında əzələ – fassiya defektini törədən anadangəlmə və qazanılmış amillər təşkil edir. Köməkçi səbəblər isə qarındaxili təzyiqi artıraraq yırtığa şərait yaradırlar. Yerinə görə yırtıqların daxili, xarici, qasıq, bud, göbək, bel, əməliyyatdansonrakı növləri, gedişinə görə ağırlaşmamış, düzəlməyən və ağırlaşmış formaları olur. Yırtıqların ağırlaşmaları arasında boğulma ən çox rast gəlinənidir. Yırtıqlar asimptomatik ola bilər, klassik yırtıq əlamətləri ilə və ya ağırlaşmalarla biruzə verə bilər. Diaqnostikasında klinik müayinə əsas yer tutur, görüntüləmə üsulları (USM, KT, MRT) differensial diaqnostika və diaqnostik çətinlikdə tətbiq edilir. Fiziki aktivlik vaxtı ağrı və şişkinliyin meydana gəlməsi və ya artması, yırtıq qapısının əllə hiss edilməsi, öskürmə vaxtı dəlikdən möhtəviyyatın çıxması, spontan və ya əllə geriye qayıtması (boğulmuş yırtıqlarda bu əlamətlər adətən olmur), görüntüləmədə defekt və möhtəviyyatın kənara çıxması yırtıqların xarakterik əlamətləridir.

Yırtığın **müalicəsi cərrahi yolladır**: yırtıq kisəsinin çıxarılması, orqanların boşluğa qaytarılması və defektin bərpası. Bu məqsədlə üç qrup üsullar mövcuddur: herniotomiya (yırtıq kisəsi ləğv edilir), herniorafiya (herniotomiya edilir və defekt yerli toxumalarla bərpa olunur), hernioplastika – herniotomiyadan sonra defekt yamaqla möhkəmləndirilir (gərginliksiz üsullar da deyilir). Son illər yamaqla bərpa üsullarına üstünlük verilməkdədir.

Qasıq yırtığı qasıq kanalından çıxan yırtıqdır. Çəp, düz, qarışıq və idmançı klinik-morfoloji formaları var. Müalicəsi üçün gərginliksiz (yamaqla bərpa) laparoskopik və ya açıq üsullar ilk seçimdir, gərginlikli üsullar yamağa əks göstəriş olduqda tətbiq edilir (Bassini, Shouldice, McVay və s.).

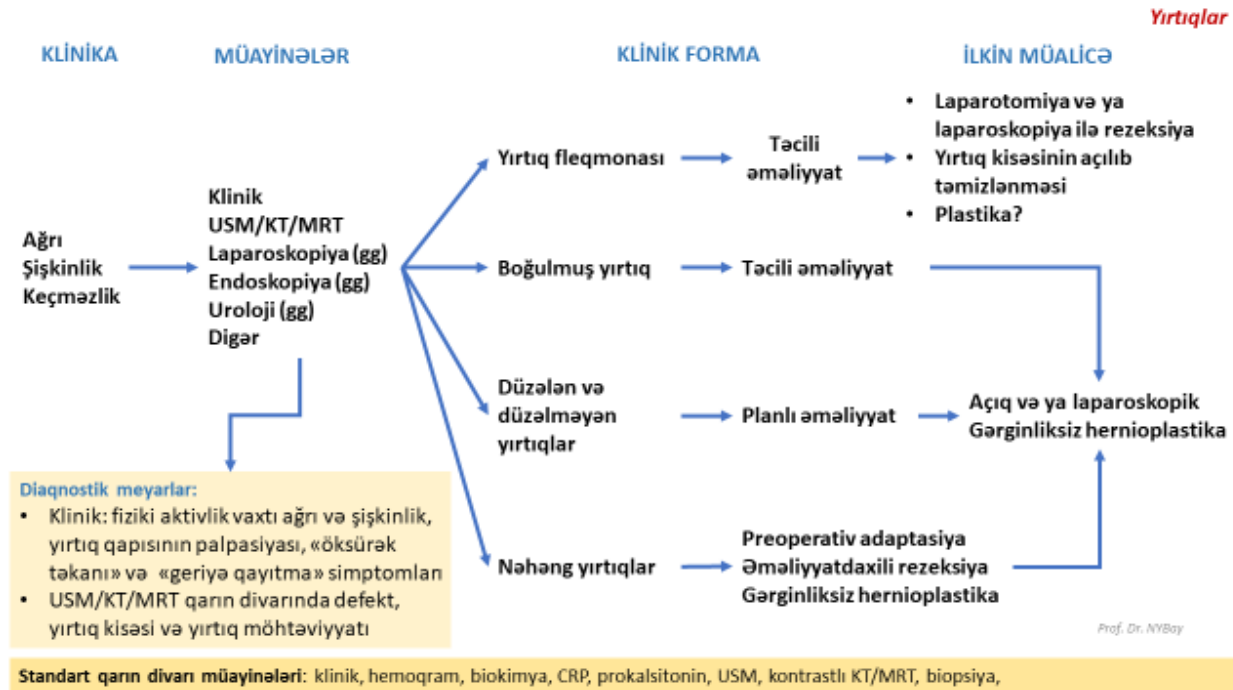
Bud yırtığı bud kanalından çıxan yırtıqdır, köndələn fassiyanın bud kanalının daxili dəliyi səviyyəsindəki defekti ilə əlaqədar meydana gəlir. Klinikası və diaqnostikası qasıq yırtıqlarına çox bənzəyir. Lakin qasıq yırtıqlarından fərqli olaraq qapısı qasıq bağından aşağıda yerləşir, qadınlarda çox rast gəlinir, boğulmağa meyillidir. Müalicəsi üçün laparoskopik yamaqla bərpa ilk seçimdir.

Göbək yırtığı göbək həlqəsindən çıxan yırtıqdır. İki yaşına qədər uşaqlarda, kiçik və asimptomatik hallarda izləmə, digər hallarda isə yamaqla gərginliksiz hernioplastika tövsiyə edilir (açıq və ya laparoskopik).

Ağ xətt yırtığına yanaşma göbək yırtığında olduğu kimidir.

Əməliyyatdansonrakı yırtıqlar qarın divarı yaralarında yarada meydana gələn yırtıqdır, çoxkəməralı, bitişmələrin və boğulmaların olma ehtimalı yüksəkdir. Standart müalicəsi açıq və ya laparoskopik üsulla yamaqla hernioplastikadır.

İdmançı yırtığı ağır atletika ilə məşğul olan kişilərdə rast gəlinir, xarakterik əlaməti ağrıdır və ağrı adətən qarındaxili təzyiqin kəskin artdığı vəziyyətlərdə meydana gəlir və ya artır. Xarakterik olaraq klinik müayinədə adətən yırtıq əllənmir, lakin qasıq nahiyyəsi ağrılı olur, MRT yırtıq, əzələdə, qasıq sümüyündə, sümüküstlüyündə və digər orqanlarda zədələnmə göstərmir, ağrılar istirahətdən və ya iltihabələhinə müalicələrdən sonra keçmir və ya təkrarlanır. İdmançı yırtığının müalicəsi açıq və ya laparoskopik hernioplastikadır.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
- Klinik - Laborator (digər xəstəliklər üçün lazım olur) - USM - KT/MRT	- Laparoskopiya - Endoskopiya - Uroloji müayinələr - Digər
Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Cərrahi – açıq və ya laparoskopik: - Herniotomiya - Herniorafiya - Hernioplastika (bioloji və sintetik materiallarla)	

Diaqnostika

Şübhə

Qarın divarının zəif (qasıq, göbək, bel) və əməliyyatdansonrakı çapıq bölgələrində qabarmanın və ağrının olması ventral yırtığa şübhə yaradır. Qabarma və ağrının fiziki gərginlik vaxtı (iş, öskürək, defekasiya və s.) əmələ gəlməsi və ya artması yırtığa böyük şübhə yaradır.

Dəqiqləşdirmə

Xarici yırtıqların diaqnozu əksər hallarda klinik olaraq qoyulur, görüntüləmə üsulları erkən mərhələ yırtıqlarda, differensiasiyada, yanaşı xəstəlikləri və yırtığın ağırlaşmalarını müəyyənləşdirmək üçün tətbiq edilir. USM bütün xəstələrdə aparılır, KT isə əməliyyatdansonrakı yırtıqlarda yırtığın ölçülərini və möhtəviyyatını müəyyənləşdirmək və daxili yırtıqları təyin etmək üçün vacibdir. MRT idmançı yırtıqlarını digər xəstəliklərdən (periostit, nevralgiya və s.) differensiasiyada ilk seçimdir. Yırtığa böyük şübhə olduqda, lakin klinik və görüntüləmə üsulları ilə təsdiq etmək çətinliyi olanlarda laparoskopiya aparıla bilər.

Differensiasiya üçün aşağıdakı xəstəlikləri nəzərdə tutmaq lazımdır:

- Törəmələr (lipoma, qranuloma, bədxassəli törəmələr)
- Sistlər
- Seromalar
- Limfadenopatiya
- İnfiltratlar

Yırtıqların **xarakterik əlamətləri** aşağıdakılardır:

- fiziki aktivlik vaxtı ağrı və şişkinliyin meydana gəlməsi və ya artması
- yırtıq qapısının əllə hiss edilməsi, dəliyin genişlənməsi
- “Öksürək təkanı” simptomu: öskürərkən qabarmanın meydana çıxmasını, böyüməsini və ya hərəkətli strukturu görmə və ya palpator hiss etmə.
- “Geriye qayıtma” simptomu: qabarmanın uzanarkən spontan və ya əllə tam və ya hissəvi aradan qalxması
- USM-də yırtıq kisəsi və Valsalva testində orqanın kisəyə yerdəyişməsi.
- KT və ya MRT-də qarın divarında defekt, yırtıq kisəsi və yırtıq möhtəviyyatının (bağırsaq, piylik və digər) görünməsi.

Ağırlaşmaların təyini

Yırtıqların ağırlaşmaları arasında boğulma, düzəlməmə, iltihablaşma, fleqmona çox rast gəlinir. Bu ağırlaşmaların diaqnozu klinik və görüntüləmə ilə bəzən də əməliyyat vaxtı qoyulur. Yırtığın boğulmasını və iltihablaşmasını ilk növbədə təsdiq və ya inkar etmək lazımdır, çünki təcili əməliyyat tələb edir.

Boğulmanın xarakterik əlamətləri:

- kəskin başlayan və davam edən ağrı

- kəskin ağrılı və gərgin yırtıq qabarı
- öksürək təkanı simptomunun mənfi olması
- görüntüləmədə orqanların ödemi və yırtıq kisəsində maye

İltihablaşmanın əlamətləri:

- Yırtıq qabarında ağrı, ödem, qızartı və ümumi iltihab əlamətləri

Düzəlməmə əlamətləri:

- “Öksürək təkanı” simptomu müsbət olur, lakin yırtıq möhtəviyyəti spontan və ya palpator olaraq qarın boşluğuna salına bilmir.

Ağırliq dərəcəsinin təyini

Yırtığın yerinə, ölçüsünə və ağırlaşmalarına əsaslanan müxtəlif təsnifatlar istifadə edilir.

Müalicəsi

Prinsip

Yırtığın yeganə müalicəsi cərrahi əməliyyatdır – yırtıq kisəsinin ləğvi (herniotomiya) və defektin bərpası. Defekti bərpa etmək üçün yerli toxumalar (herniorafiya) və ya sintetik və ya təbi yamaqlar (hernioplastika) tətbiq edilir. Son illər laparoskopik üsulla və yamaqla bərpa standart kimi qəbul edilməkdədir.

Müalicə yanaşması

Yırtılarda əməliyyatın vaxtı və üsulunun seçimində ağılşma, yeri və ölçüsü nəzərə alınır. Ağırlaşmamış yırtıqlar planlı qaydada, ağırlaşmış yırtıqlar isə təcili qaydada əməliyyat olunurlar.

Boğulmuş yırtıqlar təcili əməliyyat edilir. Laparoskopik abdominal və ya açıq üsullar tətbiq edilə bilər (ekstraperitoneal giriş məsləhət deyil), boğulmuş orqanın həyat qabiliyyətini yoxlamaq vacib şərtidir.

Yırtıq fleqmonası təcili əməliyyat edilir, birbaşa laparotomiya və ya laparoskopiya girişi ilə bağırsaq rezeksiyası həyata keçirilir, sonra yırtıq kisəsi açılıb təmizlənir.

Nəhəng yırtıqlar adətən qarın boşluğu orqanlarının ən azı 1/3 hissəsinin kənara çıxması ilə xarakterizə olunur. Belə yırtıqların bərpası vaxtı orqanların qarın boşluğuna yerləşməsi çətinləşir və kompartment əmələ gəlir. Kompartimentin profilaktikası üçün adaptasiya, mərhələli əməliyyatlar və ya rezeksiyalar tətbiq olunur.

Qasıq yırtığı

Qasıq yırtıqlarının müalicəsində standart müalicə kimi açıq və laparoskopik hernioplastika üsulları tətbiq edilir. Üsulun seçimində cərrahın təcrübəsi və xəstənin vəziyyəti nəzərə alınır. Preperitoneal nəhiyədə əvvəllər əməliyyat keçirmiş xəstələrdə (aşağı laparotomiya,

histerektomiya, Sezar, laparoskopik hernioplastika və s.) açıq üsul ilk seçimdir, ikitərəfli yırtıqlarda, birincili və ya açıq əməliyyatdan sonra residiv yırtıqlarda laparoskopiya ilk seçimdir. Açıq üsullar kimi gərginlikli - yamaqsız (Bassini, Shouldice, McVay və digər) və gərginliksiz - yamaqlı (Lichtenshtein, Trabucco və s.) üsullar tətbiq edilir. Əməliyyat bölgəsində infeksiya olduqda yamaqsız, digər hallarda isə yamaqlı üsullar ilk seçimdir. Laparoskopik üsullar arasında ciddi fərqlər yoxdur, həkimin təcrübəsinə görtə hər hansı biri seçilə bilər.

Residiv qasıq yırtığı laparoskopiyadan sonra baş veribsə, açıq, açıq əməliyyatdan sonra baş veribsə, laparoskopik üsul seçilir.

Qasıq yırtığının bərpa üsulları

Qasıq yırtığının açıq hernioplastika (gərginliksiz) üsullarına aşağıdakılar aiddir:

- **Lichtenşteyn üsulu** – qasıq kanalının arxa divarına, köndələn fassiyanın üstünə yamaq qoyulur.
- **Trabucco üsulu** – qasıq kanalı ləğv edilir, aponevrozun üstünə, yamaq qoyulur, toxum ciyəsi dəri altına çıxarılır.
- **Sintetik dolğu** – daxilə dəliyə sintetik dolğu yerləşdirilir (hazırda az istifadə edilir).
- **Yırtıq sistemi (hernia sistem)** – arxa divarı ikiqat yamaqla möhkəmləndirilir.

Qasıq kanalının açıq herniorafiya üsulları (yamaqsız, gərginlikli bərpa) hazırda az tətbiq edilir, əsasən toxumaları normal olan gənc xəstələrdə və yamaq qoymağa əks göstəriş olduqda tətbiq edilir

- **Bassini üsulu** – arxa divarın möhkəmləndirilməsi üsuludur, yuxarı çəp və köndələn əzələlərin aponevrozu və köndələn fassiya qasıq bağına tikilir, düz əzələ yatağında kövşəldici kəsik aparılır. Hernioplastikaya qədərki dövrdə ən çox tətbiq edilən üsul idi.
- **Shouldice üsulu** – arxa divar 4 qat möhkəmləndirilir: köndələn fassiya kəsilərək üst-üstə ikiqat tikilir, köndələn-çəp əzələ aponevrozu isə ikiqat tikişlə qasıq bağına tikilir.
- **McVay üsulu** – arxa divarı möhkəmləndirmək üçün köndələn fassiya qalça venasına qədər qasıq sümüyü periostuna (Cooper bağına), venadan lateralda isə qasıq bağına tikilir. Bu üsul bud yırtıqlarında da istifadə edilə bilər.
- **Darn üsulu** – arxa divarın gərginliksiz möhkəmləndirmə üsuludur, köndələn və çəp əzələ aponevrozu fasiləsiz tikişlərlə qasıq bağına gərginliksiz tikilir.
- **Ön divarın möhkəmləndirilməsi** (Martınov, Spasokukotski, Jirari və s.) nadir hallarda tətbiq edilir.
- **Postemski** – qasıq kanalı ləğv edilir, toxum ciyəsi dəri altına çıxarılır, çox az hallarda residiv yırtıqlarda tətbiq edilir.

Qasıq kanalının laparoskopik hernioplastikasının iki üsulu geniş tətbiq olunur:

- **Laparoskopik transabdominal hernioplastika (TAPP)** – qarın boşluğuna daxil olunur, periton kəsilir, retroperitoneal sahəyə (köndələn fassiya ilə peritonun arasına) yamaq qoyulur.
- **Laparoskopik total ekstraperitoneal hernioplastika (TEPP)** – periton açılmadan retroperitoneal sahəyə daxil olunur, köndələn fassiya ilə peritonun arasına yamaq qoyulur

Bud yırtığı

Bud yırtığında standart yanaşma arxa divarın yamaqla bərpasıdır, laparoskopik üsul ilk seçimdir. Açıq üsulla bərpa üsulları yamağa və laparoskopiyaya əks göstəriş olarsa tətbiq edilir.

Bud yırtığının açıq hernioplastika üsulları

- **Preperitoneal giriş** açıq və laparoskopik yolla aparıla bilər. Açıq girişdə qasıq kanalından yuxarıda köndələn kəsilərək preperitoneal sahə açılır, yırtıq kəsəsi ləğv edilir. Defektin bərpası üçün herniorafiya (qasıq bağı Cooper bağına tikilir) və ya yamaqla hernioplastika edilir.
- Laparoskopik giriş qasıq yırtıqlarındakı kimi yerinə yetirilir və boğulma olmayan hallarda tövsiyə edilir.
- **Inguinal girişdə** (yuxarı giriş) qasıq kanalı açılır, arxa divarındakı köndələn fassiya kəsilir və preperitoneal sahə açılır, qasıq bağının altında yerləşən yırtıq ləğv edilir. Defektin bərpası üçün McVay üsulu ilə herniorafiya (qasıq bağı Cooper bağına tikilir) və ya yamaqla hernioplastika edilə bilər.
- **Femoral girişdə** (aşağı giriş) yırtıq üzərində və qasıq bağından aşağı və paralel kəsiklə bud kanalı açılır, yırtıq kəsəsi ləğv edilir. Defektin bərpası üçün herniorafiya (qasıq bağının Cooper bağına tikilməsi) və ya yamaqla hernioplastika tətbiq edilə bilər.

Göbək yırtığı

İki yaşına qədərki uşaqlarda gözləmə tövsiyə olunur.

Böyükklərdə kiçik ölçülü (1,5 sm-dən kiçik), böyüməyən və asimptomatik göbək yırtıqları da müşahidə edilə bilər. Simptomatik və ağırlaşma riski yüksək olan yırtıqlar əməliyyat olunmalıdır.

- **Herniorafiya** kiçik yırtıqlarda tətbiq olunur: göbəyi çıxarmadan aponevrozdakı defekt təkqat və ya ikiqat (Meyo üsulu) tikişlərlə bərpa olunur.
- **Hernioplastika** 3 **sm**-dən böyük yırtıqlarda göstərişdir. Yamaq aponevrozüstu, aponevrozaltı və ya periton üzərinə qoyula bilər (İPOM –intraperitoneal online mesh). İPOM açıq və ya laparoskopik üsulla edilə bilər.

Ağ xətt yırtığına yanaşma göbək yırtığında olduğu kimidir.

Əməliyyatdansonrakı yırtıqlar

Əməliyyatdansonrakı yırtıqların standart müalicəsi hernioplastikadır, herniorafiya (təkqat və ya ikiqat tikişlər) 2 sm-dən kiçik yırtıqlarda istifadə edilə bilər. Yamaq açıq və laparoskopik yolla qoyula bilər.

İdmançı yırtığı

İdmançı yırtığı ağır atletika ilə məşğul olan kişilərdə rast gəlinir, xarakterik əlaməti ağrıdır və ağrı adətən qarındaxili təzyiqin kəskin artdığı vəziyyətlərdə meydana gəlir və ya artır. Xarakterik olaraq klinik müayinədə adətən yırtıq əllənmir, lakin qasıq nahiyyəsi ağrılı olur, MRT yırtıq, əzələdə, qasıq sümüyündə, sümüküslüyündə və digər orqanlarda zədələnmə göstərmir, ağrılar istirahətdən və ya iltihabələhinə müalicələrdən sonra keçmir və ya təkrarlanır. İdmançı yırtığının müalicəsi açıq və ya laparoskopik hernioplastikadır.

Ədəbiyyat

(1),(68)



BCK | BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

KƏSKİN QARINA DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Prof. Elçin Ağayev Tibb ü.f.d. Bəhruz Musayev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

Özət

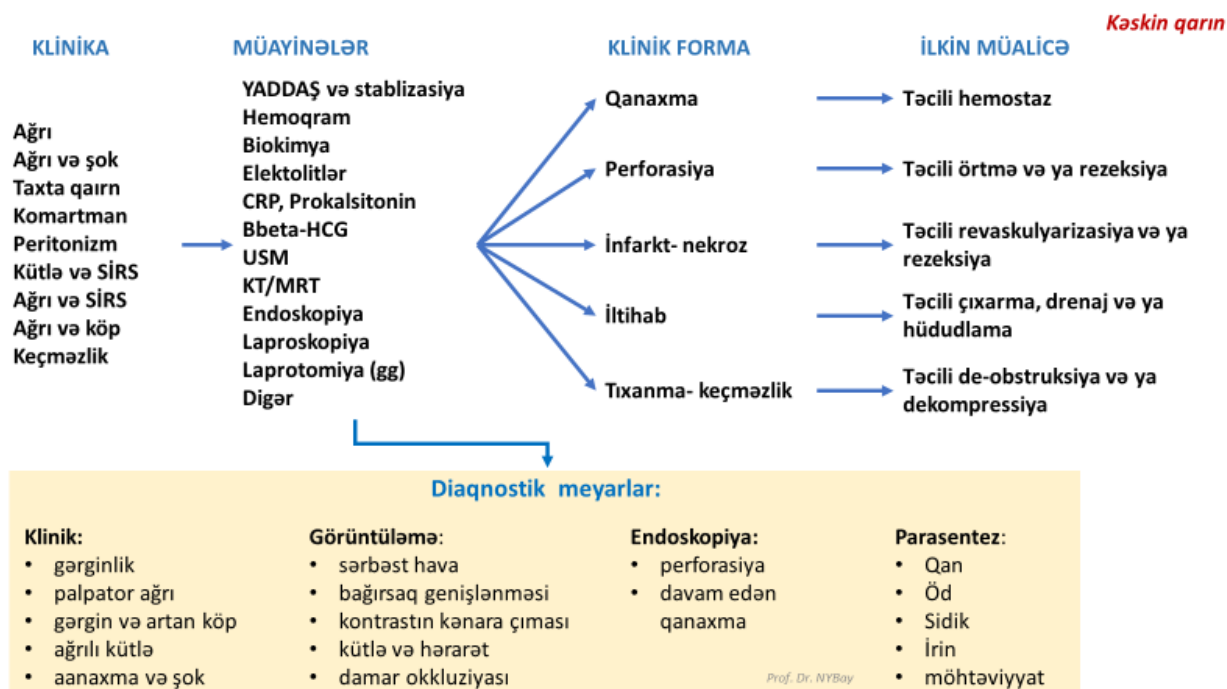
Kəskin qarın – kəskin və spontan başlayan qeyri-travmatik ağrı və digər qarın əlamətləri ilə biruzə verən (qusma, ishal, qəbizlik və digər), təcili diaqnostika lazım gələn və təcili əməliyyat gərəkdirə bilən patologiyalara verilən ümumi addır. Adətən ilkin diaqnostik etaplarda işçi diaqnoz kimi istifadə edilir. Kəskin qarın əlamətlərini həm qarındaxili orqanların, həm də qarından kənar orqan və sistemlərin təcili cərrahi əməliyyat tələb edən (təcili cərrahi xəstəliklər) və əməliyyat tələb etməyən (konservativ xəstəliklər) xəstəlikləri törədə bilər:

Orqanlar	Təcili cərrahi xəstəliklər	Əsasən konservativ müalicə
Qastro-intestinal xəstəliklər	Appendisit Perforativ xora Bağırsaq perforasiyası Qida borusu perforasiyası (Boerhave sindromu) Divertikulit Boğulmuş yırtıqlar Bağırsaq keçməzliyi	İltihabi bağırsaq xəstəlikləri Mallori-Veys sindromu Qastroenterit Kəskin gastrit Mezenterik adenit Parazitar xəstəliklər Qeyri-spesifik qarın ağrısı

Qaraciyər və öd yolları xəstəlikləri	Öd sancısı Kəskin xolesisit Kəskin xolangit Qaraciyər absesi Partlamış qaraciyər törəməsi Badd-Kiari sindromu (kəskin faza)	Kəskin hepatit Spontan bakterial peritonit Portal vena trombozu Badd-Kiari sindromu (kəskin)
Mədəaltı vəzi xəstəlikləri	Kəskin pankreatit	Xroniki pankreatit tutması
Dalaq xəstəlikləri	Spontan dalaq partlaması	Dalaq infarktı
Sidik yolları xəstəlikləri	Sidik daşı sancısı	Kəskin pielonefrit Kəskin sistit Böyrək infarktı Sidik daşı sancısı
Ginekoloji xəstəliklər	Uşaqlıqdankənar hamiləliyin partlaması Yumurtalıq sisti partlaması Yumurtalıq burulması Pelvioperitonit	Kəskin salpingit Dismenoreya Endometrioza
Damar xəstəlikləri	Aorta və ya damar anvrizmalarının partlaması Mezenterial tromboz İşemik kolit	
Periton xəstəlikləri	İntraabdominal abses	Birincili peritonit Tuberkulyoz peritoniti Piylik infarktı
Retroperitoneal xəstəliklər	Retroperitoneal abses	Retroperitoneal hematoma

Bu xəstəliklər qarındaxili qanaxma, perforasiya, infarkt-nekroz, destruktiv iltihab, keçməzlik və kompartment kimi klassik 6 patologiya törədərək (Qan-Per-İn-İl-Ti-K) kəskin qarın şəklində ortaya çıxırlar. Kəskin qarın əlamətləri olan xəstələr təcili olaraq xəstəxanaya yatırılır, təcili qaydada müayinə və müalicə olunurlar. Müayinələrin hədəfi ilk növbədə kritik vəziyyələri (YADDAŞ prinsipi üzrə hemodinamika, tənəffüs, beyin yoxlanılır) və təcili cərrahi xəstəlikləri (24 saat ərzində əməliyyat tələb edən) təsdiq və ya inkar etməkdir. Klinik müayinə həlledicidir, laborator və ya görüntüləmə müayinələri isə klinik nəticəni dəstəkləmək və ya differensiasiya üçündür (diaqnozu inkar etmir). Diaqnostik prosesin bütün mərhələlərində əsas istiqamət təcili cərrahiyyəyə göstəriş olan əlamətlərin və ya sindromların axtarışdır (qarındaxili qanaxma, perforasiya, işemiya-nekroz, destruktiv iltihab, keçməzlik, kompartment), nozoloji səbəbin (xəstəliyin) axtarışı isə ikinci planda tutulur. İlkin müayinələrdə (klinik, laborator, USM) ortaya çıxan ağrı-şok, taxta qarın, kompartment, kütlə-sepsis, yerli peritonit və keçməzlik kimi simptomokomplekslər kəskin cərrahi qarına yüksək şübhə əlamətləridir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün bəzən stabil xəstələrdə

tomoqrafiya lazım gəlir, bəzi hallarda isə invaziv diaqnostik müdaxilələrə ehtiyac yaranır (diaqnostik laparoskopiya, laparotomiya, endoskopiya və s.). Müayinə pillələrinin hər hansı birində qanaxma, perforasiya, infarkt, destruktiv iltihab, keçməzlik və ya kompartment təsdiqlənsə, bu təcili əməliyyata göstərişdir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • Elektolitlər • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzlikləri ilə əlaqəli digər laborator müayinələr. • Assit müayinəsi Görüntüləmə və digər • USM • Rentgen • KT/MRT • Endoskopiya • Laparoskopiya və ya laparotomiya • Biopsiya • Konsultasiyalar • Digər	• PET-KT • Genetik müayinə (dövrü xəstəlikdə) • PZR • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Laparoskopiya • Laparotomiya • Rezeksiya, anastomoz, drenaj, stoma və s. • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicələr	• Laparostoma • VAC sistemləri • Stent • Digər

Diaqnostika

Prinsiplər

- Kəskin qarın əlaməti olan xəstələr təcili qaydada müayinə və müalicə olunmalıdırlar.
- Qarında kəskin ağrısı olan bütün xəstələrdə ilk növbədə kritik vəziyyətləri (YADDAŞ prinsipi üzrə hemodinamika, tənəffüs, beyin yoxlanılır) və təcili cərrahi xəstəlikləri (24 saat ərzində əməliyyat tələb edən) təsdiq və ya inkar etmək lazımdır.
- Diaqnostikada ilk və əsas istiqamət təcili cərrahiyyəyə göstəriş olan əlamətlərin və ya sindromların axtarışdır (bunlara qarındaxili qanaxma, perforasiya, işemiya-nekroz, destruktiv iltihab, keçməzlik və kompartiment aiddir), nozoloji səbəbin (xəstəliyin) axtarışı isə ikinci planda tutulur.
- Təcili cərrahi xəstəliklərin patonomik simptomu yox dərəcəsindədir, diaqnoz simptomokompleksə və differensiasiyaya əsasən qoyulur.
- Klinik müayinə həlledicidir, laborator və ya görüntülmə müayinələri isə klinik nəticəni dəstəkləmək və ya differensiasiya üçündür (diaqnozu inkar etmir).
- Təcili cərrahi xəstəlik inkar edilə bilmirsə, xəstə əməliyyat olunmalıdır (laparoskopiya və ya laparotomiya).

Şübhə

- Qarında kəskin bağlayan ağrısı olan bütün xəstələr kəskin qarın kimi qəbul edilməli və yoxlanmalıdır.
- Kəskin qarına yüksək şübhə əlamətləri aşağıdakılardır:
 - » Ağrı
 - » Şok, sepsis
 - » Peritonizm (ağrılı qarın və ya gərginlik, əlçəkmə simptomu müsbət)
 - » Keçməzlik əlamətləri (qusma, köp və qaz-nəcis çıxmaması)
 - » Ağrı hissiyatı aradan qalxmış xəstələrdə (intubasiya, koma və s.) qarın əlamətləri (köp, kompartiment, qaz və nəcisin çıxmaması), sepsis və asidoz kəskin qarına şübhə yarada bilər.

Dəqiqləşdirmə - birinci pillə

Bu mərhələdə məqsəd **kritik vəziyyətləri** (şok, tənəffüs yetməzliyi, koma) və qarında klassik 6 təcili cərrahi patologiyaları – **qanaxmanı, perforasiyanı, işemik nekrozu, destruktiv iltihabı, keçməzlik-tıxanmanı və kompartimenti** göstərən və ya yüksək şübhə yaradan əlamətləri axtarmaqdır (bu patologiyaların axtarış ardıcılığını qısaca olaraq **“Qan-Per-in-il-Tı-K” adlandırmaq olar**). Bunun üçün aşağıdakı ilkin müayinələr təcili şəkildə aparılır:

- Anamnez
- Diqqətli obyektiv müayinə
- Hemoqram
- Biokimya, elektrolitlər

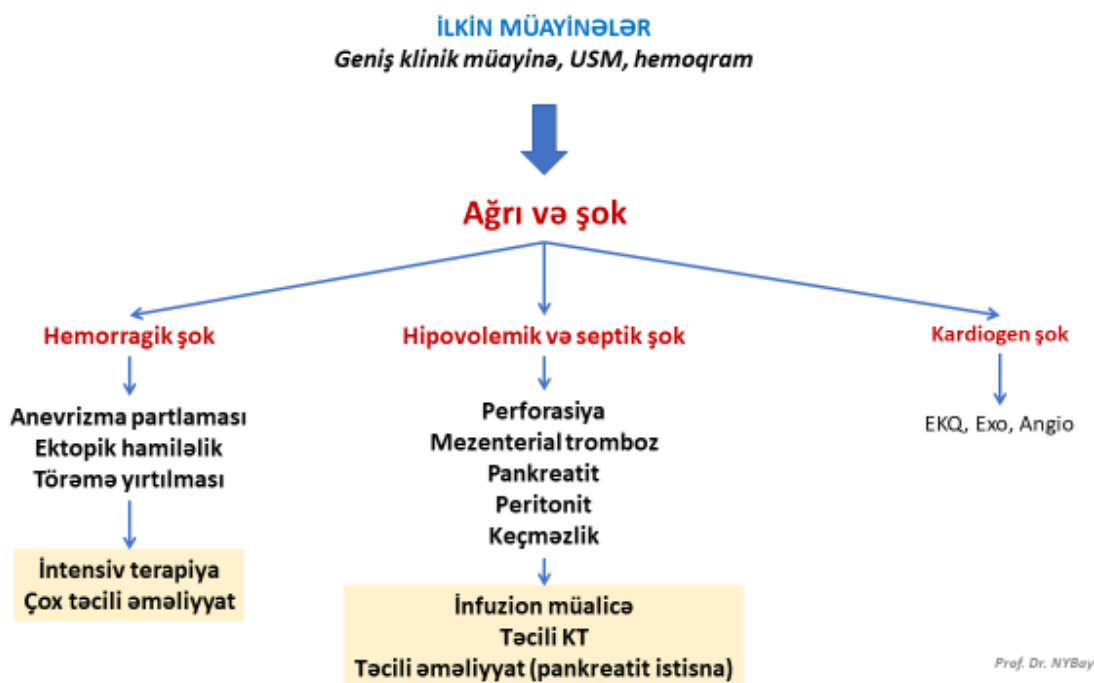
- CRP
- USM

Bu müayinələr əksər hallarda kəskin qarını təsdiq və ya inkar etməyə imkan verir. Klinik əlamətlər arasında ağrının xarakteri, qarın və ümumi əlamətlər önəmli yer tutur. Ağrının xarakteri, qarın əlamətləri (peritonizm, keçməzlik) və ümumi əlamətlər (şok, SIRS, sepsis) nəzərə alındıqda birinci mərhələ müayinələrdən bir neçə nəticə ortaya çıxır.

Qarında şiddətli ağrı və şok

Bu klinik vəziyyət aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Bir neçə dəqiqə əvvəl başlayan şiddətli ağrılar
- » Avazımiş rəng, soyuq dəri və tər
- » Taxikardiya, hipotenziya
- » Ortostatik kollaps
- » Qarın ağrılı, əlçəkmə müsbət
- » Qarın gərgin və şişkin ola bilər
- » Hemoqramda anemiya ola bilər
- » USM-də qarında maye ola bilər



Şəkil. Qarında ağrı və şok əlamətləri olan xəstələrdə diaqnostik yanaşma.

Şok və qarın əlamətləri olan xəstələrdə bir neçə dəqiqə ərzində hemorragik, hipovolemik, septik və kardiogen şok arasında differensiasiya aparmaq lazımdır (**Şəkli**).

- **Hemorragik şok** qarındaxili qanaxma nəticəsində meydana gəlir:
 - » Aorta anevrizması partlaması
 - » Uşaqlıqdankənar hamiləlik

- » Törəmələrin yırtılması və qanaxma
- **Hipovolemik və septiki şoku** aşağıdakı patologiyalar törədə bilir:
 - » Perforasiya
 - » Kəskin mezenterial tromboz
 - » Stranqulasiya
 - » Kəskin pankreatit
 - » Exinokokk sistinin abdominal yırtılması
- **Kardiogen şok**
 - » Miokard infarktı (abdominal forma)

Bu xəstələrdə ilk növbədə qarındaxili qanaxma və kardiogen şok təsdiq və ya inkar edilməlidir. Hemorragik şokda infuzion-transfuzion müalicəyə paralel olaraq hemostaz məqsədilə dəqiqələr içərisində cərrahi müdaxilə gərəkir.

Diffuz peritonit – “taxta qarın”

“Taxta qarın” klinik vəziyyəti aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Bir neçə dəqiqə əvvəl başlayan şiddətli ağrılar
- » Hərəkətsiz və çəkilməmiş qarın
- » Palpator ağrılı və gərgin
- » “Əlçəkmə” müsbət
- » Bağırsağ səsləri zəifdir və ya eşidilmir
- » Qaraciyər kütlüyü itə bilər
- » Şok əlamətləri ola bilər
- » USM qarında maye göstərə bilər



Şəkil. “Taxta qarın” əlamətləri olan xəstələrdə diaqnostik yanaşma.

“Taxta qarın” klinikasını aşağıdakı xəstəliklər törədə bilər (**Şəkil**):

- » Perforasiya
- » İltihabi, işemik xəstəliklərin və keçməzliyin gec mərhələsi

Bu klinik vəziyyətlərdə adətən təcili əməliyyat edilir. Differensiasiya çətinliyi olarsa KT edilir. Lakin əməliyyata əks göstəriş olan xəstəlikləri də unutmamaq lazımdır:

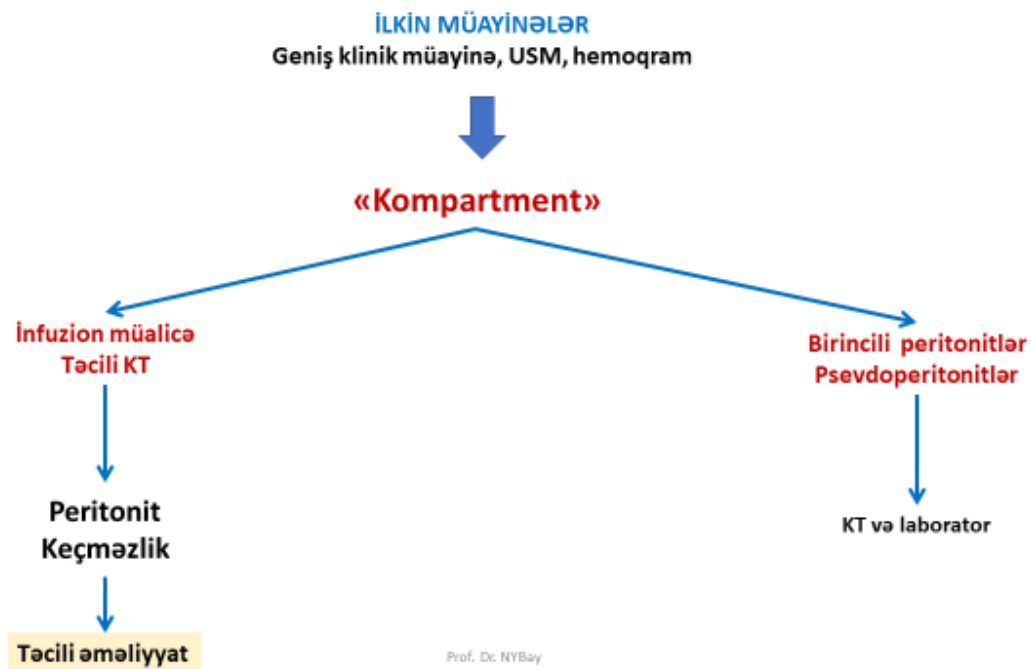
- » Ailəvi Ağdəniz qızdırması (periodik xəstəlik)
- » Birincili peritonitlər (spontan bakterial peritonit, vərəm peritoniti, psevdoperitonitlər)

Diffuz peritonit – kompartment

Kompartiment sindromu aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Qarında bir neçə saat və ya gün əvvəl başlayan, hazırda davam edən küt diffuz ağrılar
- » Hərəkətlə ağrılar artır
- » Şişkin və hərəkətsiz qarın
- » Palpator diffuz gərgin və ağrılı qarın
- » “Əlçəkmə” müsbət
- » Bağırsaq səsləri yoxdur və ya azalıb
- » Sepsis - orqan və sistem yetməzlikləri (taxikardiya, hipotenziya, taxipnoe, hərarət, septik şok, quru dil, diurez kəskin azalıb)
- » Leykositoz xarakterikdir
- » USM qarında maye göstərə bilir.

Kompartiment əlaməti adətən peritonitin və bağırsaq keçməzliyinin gec mərhələsində rast gəlir (**Şəkil**). Aorta anevrizma partlaması və retroperitoneal böyük qanaxmalarda da kompartment rast gələ bilər. Stabil xəstələrdə təcili KT diaqnozu dəqiqləşdirmədə faydalı olur.



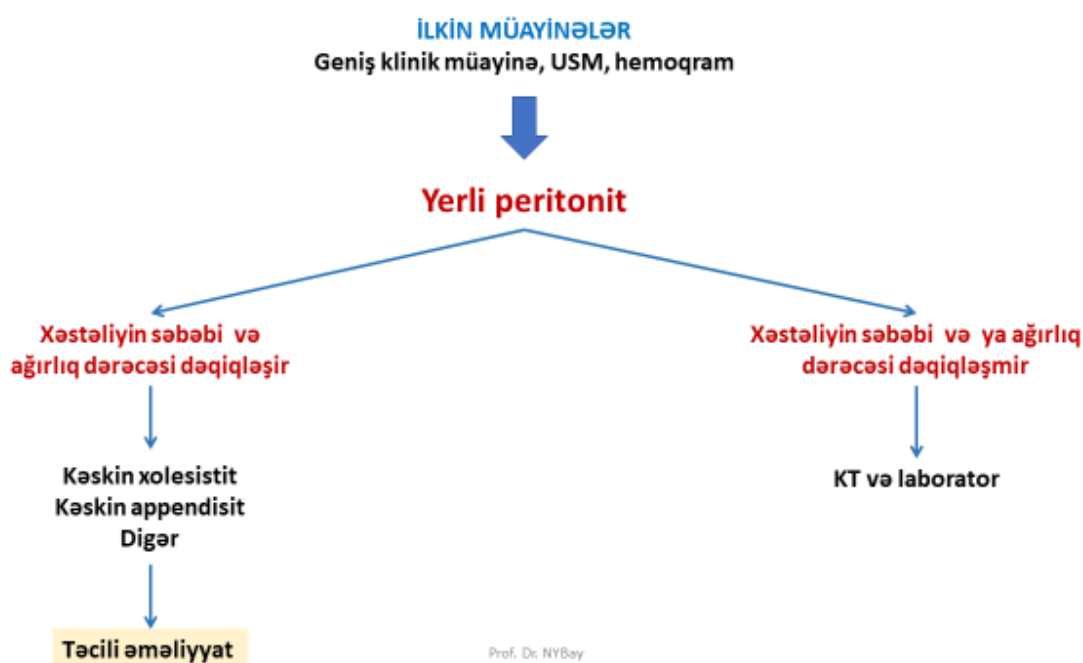
Prof. Dr. NYBəy

Şəkil. Komartment sindromunda yanaşma

Yerli peritonit

Yerli peritonit klinikası aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Qarında bir neçə saat və ya gün əvvəl başlayan, hazırda davam edən küt ağrı
- » Hərəkətlə ağrılar artır
- » Yerli palpator ağrı, gərginlik və ya gərmə
- » “Əlçəkmə” müsbət ola bilər
- » Stabildir, ümumi iltihab əlamətləri ola bilər (hərarət, taxikardiya)
- » Leykositoz xarakterikdir
- » USM-də qarında maye və orqanlarda iltihab əlaməti görünə bilər.



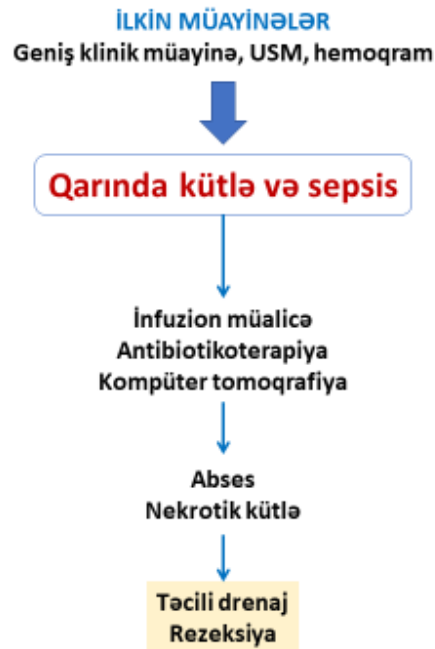
Şəkil. Yerli peritonit əlamətləri olan xəstələrdə diaqnostik yanaşma.

- Yerli peritonit əlamətlərini aşağıdakı iltihabi xəstəliklər törədir:
 - » Kəskin appendisit
 - » Kəskin xolesistit
 - » Divertikulit
 - » Pankreatit
 - » Pelvioperitonit
- Bu klinik vəziyyətdə klinik və USM əlamətləri diaqnozu dəqiqləşdirmirsə, növbəti müayinə kimi KT tətbiq edilə bilər.

Qarında kütlə və SIRS-sepsis (abses, infiltrat)

Bu klinik vəziyyət aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Qarında bir neçə gün başlayan, davam edən küt ağrı
- » Palpator ağırlı kütlə
- » Sepsis-SIRS əlamətləri (hərarət, taxikardiya, taxipnoe və s.)
- » Leykositoz xarakterikdir
- » USM-də kütlə, maye görünə bilər.



Prof. Dr. NYBəy

Şəkil. Qarında palpator kütlə və SIRS əlamətləri olan xəstələrdə diaqnostika.

Qarında palpator kütlə və sepsis əlamətlərini aşağıdakı destruktiv iltihabi xəstəliklər törədə bilər:

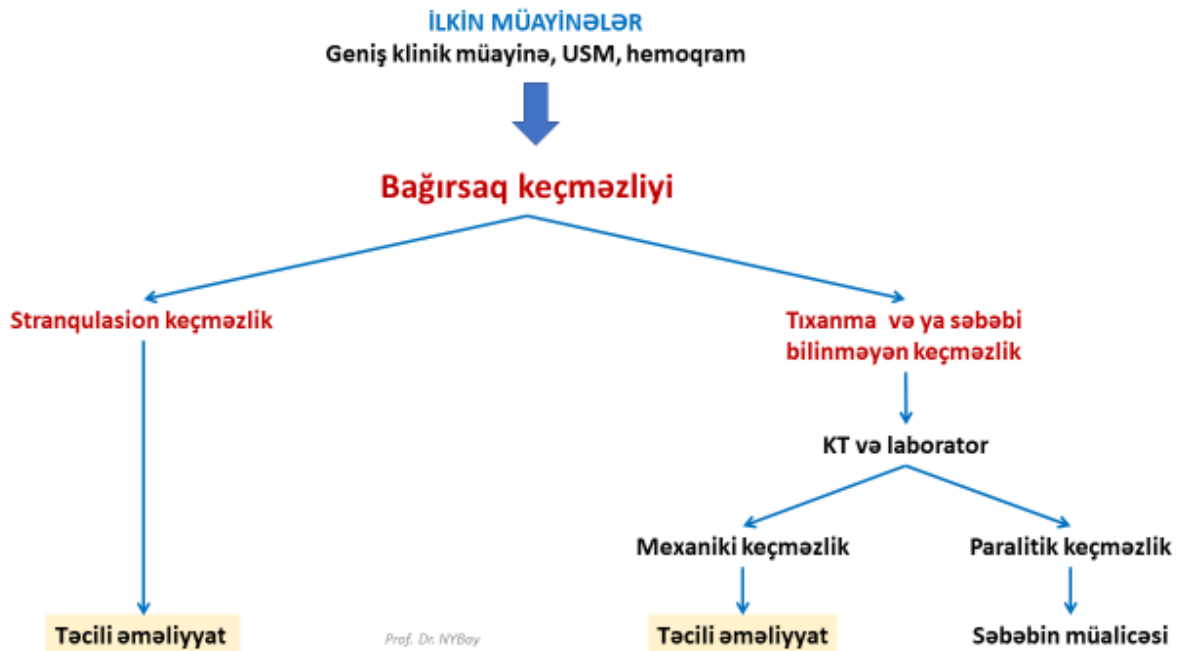
- » Appendikulyar infiltrat, abses
- » Destruktiv xolesistit
- » Divertikulit, divertikulyar abses
- » İnfektiv pankreatit, pankreatik fleqmona
- » Kron xəstəliyi
- » Törəmələrin destruksiyası
- » Tubo-ovarian abses
- » Pielonefrit
- » Digər abdominal abseslər

Qarında kütlə və sepsis əlamətləri olan xəstələrdə klinik və USM əlamətləri diaqnozu dəqiqləşdirmirsə, növbəti pillə müayinə kimi KT tətbiq edilə bilər (**Şəkil**).

Bağırsaq keçməzliyi

Bağırsaq keçməzliyi aşağıdakı əlamətlərlə biruzə verir:

- » Qarında davam edən daimi və sancışəkilli ağrılar
- » Qusma
- » Köp (diffuz və ya regional)
- » Qaz və nəcisin çıxmaması
- » Bağırsaq səsləri əvvəl artır, sonra azalır
- » Qarın ağrılı, erkən mərhələdə gərginlik olmur, gec mərhələdə kompartment
- » Hipovolemiya
- » Leykositoz erkən mərhələdə xarakterik deyil
- » USM faydalı olmur.



Şəkil. Bağırsaq keçməzliyində diaqnostika.

Bağırsaq keçməzliyini müxtəlif xəstəliklər törədə bilər (**Şəkil**):

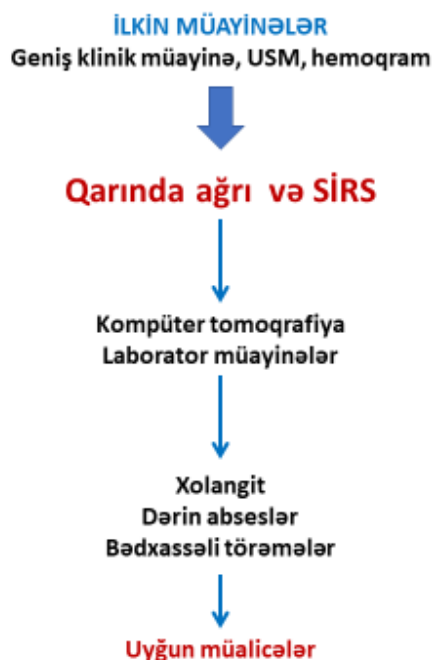
- » Mexaniki bağırsaq keçməzliyi
 - Nazik bağırsaq keçməzliyi (bitişmə, yırtıqda boğulma, burulma, törəmə və s.)
 - Yoğun bağırsaq keçməzliyi (şişlər, nəcis daşları, burulma, boğulma və s.)
- » Paralitik bağırsaq keçməzliyi

- Peritonit
 - Əməliyyatdan sonra
 - Sepsis və şok
 - Zəhərlənmələr
 - Digər
- » Stabil xəstələrdə diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün adətən KT edilir.

Qarında ağrı və SIRS

Bu klinik vəziyyət az da olsa rast gəlir və aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə olunur:

- » Qarında bir neçə gün əvvəl başlayan və hazırda davam edən küt ağrı
- » SIRS əlamətləri var
- » Qarın əlamətləri zəifdir və ya şübhəlidir (qarında gərginlik, gərilmə, törəmə və keçməzlik yoxdur, palpator ağrı zəifdir və ya şübhəlidir)
- » Leykositoz
- » USM öd yolları genişlənməsi, retroperitonda dəyişiklik və ya şübhəli əlamətlər göstərə bilər.
- Bu hal adətən aşağıdakı hallarda çox rast gəlir:
 - » Xolangit
 - » Dərində yerləşən abseslər (qaraciyər absesi, dalaq absesi, retroperitoneal abses və s.)
 - » Bədxassəli törəmələr



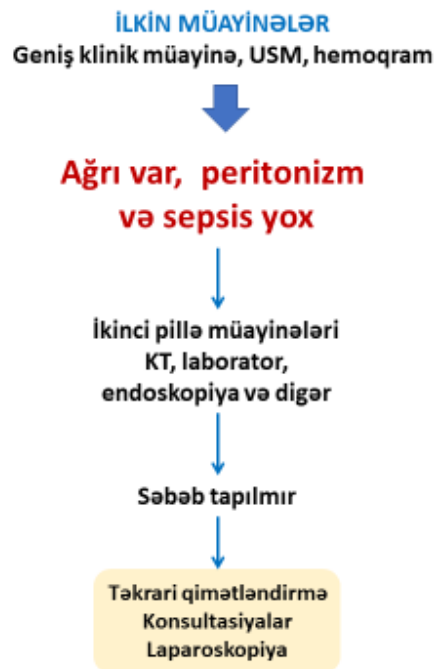
Prof. Dr. NYBəy

Şəkil. Qarında ağrı və SIRS əlamətləri olan xəstələrdə diaqnostika.

- Qarında ağrı və SIRS əlamətləri olanlarda növbəti müayinə ilə, xüsusən də KT və ya MRT ilə diaqnozu dəqiqləşdirmək lazım gəlir (**Şəkil**).

Qarında ağrı var, peritonizm və SIRS-sepsis yox

- Bu klinik vəziyyətdə adətən qarında küt və ya sancışəkilli ağrılar olur, lakin kəskin qarın və ümumi əlamətlər olmur və ya çox zəif olur. USM bəzən diaqnozu dəqiqləşdirir (öd daşları, sidik daşları və yırtıqları). Əks halda ikinci pillə müayinələrə ehtiyac yaranır (**Şəkil**).



Prof. Dr. N.Y. Bay

Şəkil. Qarında ağrısı olan, lakin peritonit və sepsis əlamətləri olmayan xəstələrdə diaqnostika.

Dəqiqləşdirmə - ikinci və üçüncü pillə müayinələr

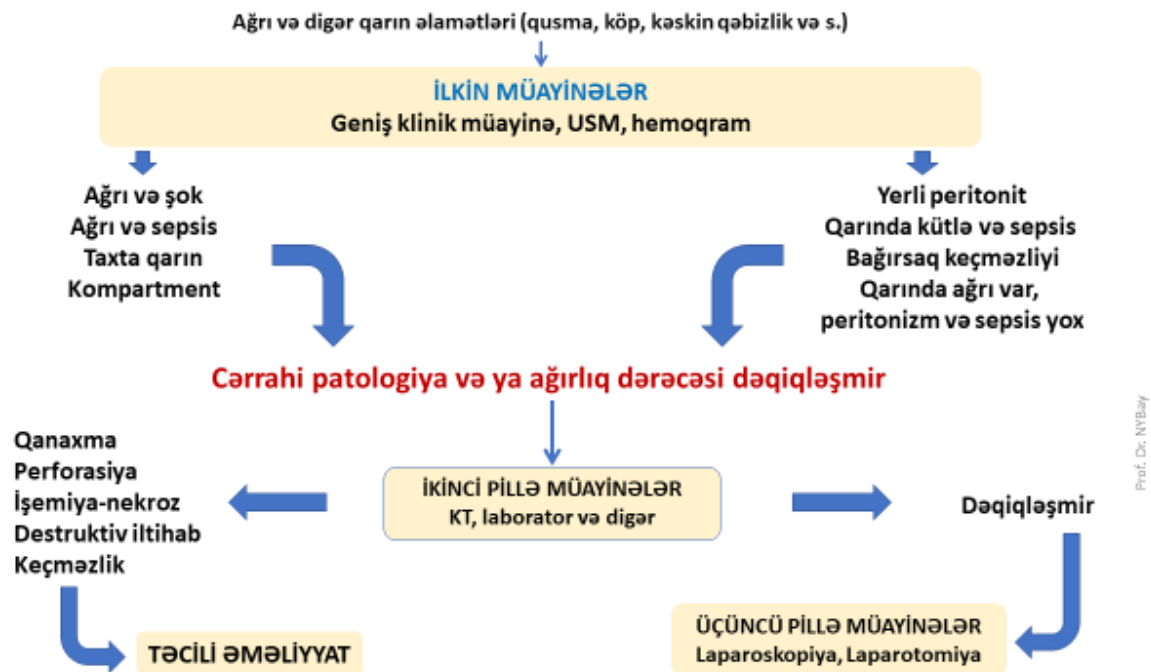
Bu mərhələdə məqsəd qarındaxili **cərrahi patologiyayı dəqiqləşdirməkdir**. Bunun üçün əvvəlki klinik, hemoqram və USM nəticələri də nəzərə alınmaqla əlavə müayinələr aparılır:

- » KT
- » Laborator müayinələr
- » Konsultasiyalar
- » Digər (rentgen, MRT, endoskopiya və s.)

Bu pillə müayinələr adətən stabil xəstələrdə və əvvəlki mərhələdə diaqnozu və ya ağırlıq dərəcəsi müəyyən olmayan xəstələrdə aparılır. İkinci pillə müayinələr əksər hallarda qarının kəskin cərrahi patologiyalarını dəqiqləşdirə bilir. Bu pillədə də patologiyalar dəqiqləşmirsə, üçüncü pillə

müayinələrə ehtiyac yaranır (**Şəkil**). Bunun üçün adətən aşağıdakı invaziv müayinələr aparılır ki, bunlardan da ən çox tətbiq olunanı diaqnostik laparoskopiyadır.

- » Laparoskopiya
- » Laparotomiya
- » Angioqrafiya
- » Digər



Şəkil. Kəskin qarında ikinci pillə müayinələri və nəticələri.

İlkin və ikinci pillə müayinələrlə dəqiqləşdirilən təcili cərrahi abdominal patologiyaların əlamətləri aşağıdakılardır:

Sindrom	Klinik	Dəqiqləşdirici əlamət
Qanaxma	- Qarında kəskin başlayan güclü ağrı - Hemorragik şok (taxikardiya, hipotenziya, ortostatik kollaps, soyuq və avazımsız dəri, soyuq tər) - Zəif gərginlik, əlçəkmə müsbət - Köp ola bilər - Kompartment ±	- USM və ya KT-də qarında qan əlamətləri - Hemoqlobinin kəskin azalması - Parasentezdə peritonda qan

Perforasiya	• Qarında kəskin başlayan güclü ağrı (bir neçə dəqiqə və ya saat əvvəl) • Diffuz peritonit (hərəkətsiz və gərgin qarın, palpator ağrı, əlçəkmə) • Qaraciyər kütlüyünün itməsi • Sepsis • Şok əlamətləri ola bilər.	• Sərbəst hava • Ekstravazasiya (kontrast və ya boya) • Peritoneal mayədə öd, bağırsaq möhtəviyyəti, sidik
İnfarkt-nekroz	• Qarında bir neçə dəqiqə və ya saat əvvəl başlayan güclü ağrılar • Şok (taxikardiya, hipotenziya) • Rektal qanaxma ola bilər	• KT: ○ bağırsaqların difuz divar qalınlaşması ○ angioqrafiyada blok
İltihab	• Qarında bir neçə saat əvvəl başlayan (sancışəkilli, küt, güclü) və hazırda davam edən ağrılar və: • yerli peritonit əlamətləri $\pm$ sepsis • diffuz peritonit əlamətləri $\pm$ sepsis • Qarında kütlə və sepsis • Zəif ağrı fonunda sepsis əlamətləri	• USM/KT: ○ Orqan böyüməsi ○ Divar qalınlaşması ○ Ətrafında maye, ○ Abses • Parasentezdə irin
Obstruksiya (tıxanma)	• Qarında davam edən daimi və sancışəkilli ağrılar • Qusma • Köp • Qaz və nəcisin çıxmaması • Kompartiment $\pm$	• Proksimal dilatasiya, proqressivləşən • KT-də kontrastın keçməməsi, bağırsaq dilatasiyası və daralmış bölgə
Kompartiment	• Peritonit və keçməzliyin gec mərhələsində (adətən bir neçə gün sonra) • Böyümüş (köpmüş) qarın • Gərgin qarın • Hərəkətsiz qarın • Təngnəfəslik və şok əlamətləri ola bilər.	• Qarındaxili təzyiqin 25 mm Hg sütunundan çox olması

Müalicə

Prinsip

Kəskin cərrahi qarının müalicə prinsipi **stabilizasiya və təcili cərrahi müdaxilədir**.

Stabilizasiya tədbirləri standart YADDAŞ ardıcılığı ilə aparılır (hava Yolu, Ağciyər, qan Dövrəsi, beyin – Düşüncə). Orqan yetməzlikləri olanlar reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilir (təngnəfəslik, hipotenziya, şüur dəyişiklikləri və s.). Stabil xəstələr təcili yardım şöbəsində yerləşdirilir, infuziya, ağrıkəsici başlanır və paralel olaraq müayinələr edilir. Antibiotik septic (orqan yetməzliyi olanlar) xəstələrdə ilk saat ərzində verilir.

Aşağıdakı əlamətlərdən və ya cərrahi sindromlardan hər hansı biri varsa, **təcili əməliyyat** lazım gəlir:

Sindromlar (Qan-Per-in-İL-Tı)	Aşağıdakı sindromlardan hər hansı biri dəqiqləşmişə: • Qarındaxili qanaxma • Perforasiya • İşemiya və nekroz • Destruktiv iltihab • Bağırsaq keçməzliyi (tıxanması)
Obyektiv müayinə əlamətləri:	• Qarında gərginlik • Palpator ağrı • Qarında gərgin və ya artan köp • Ağrılı kütlə • Davam edən qanaxma və şok • Qarında zəif ağrı və ya zəif palpator ağrı və aşağıdakılardan hər hansı biri: » Sepsis » Qanaxma » İşemiyaya şübhə (asidoz, hərarət, taxikardiya) » Konservativ müalicəyə baxmayaraq pisləşmə
Görüntüləmə əlamətləri	• Sərbəst hava • Böyük və ya progressivləşən bağırsaq genişlənməsi • Kontrastın kənara çıxması • Abdominal kütlə və hərarət • Angioqrafiyada damar okkluziyası
Endoskopiya əlamətləri	• Perforasiya • Davam edən və dayandırılmayan qanaxma
Parasentez əlaməti	• Qan

- Öd
- Sidik
- İrin
- Bağırsaq möhtəviyyatı

Təcili cərrahiyyədə tətbiq edilən əsas müdaxilələr:

- Qanaxmada – təcili hemostaz
- Perforasiyada – təcili örtmə və ya rezeksiya
- İşemiyada – təcili revaskulyarizasiya və ya rezeksiya
- İltihabda – təcili çıxarma, drenaj və ya hüdudlandırma
- Obstruksiya – təcili de-obstruksiya və ya dekompressiya

Ədəbiyyat

(1),(69,70)



BCK | BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

MƏDƏ-BAĞIRSAQ QANAXMASINA DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb ü. e.d. Rasim Cəfərli Tibb ü.f.d. Kamil Hacıyev Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. İlqar İsmayılov

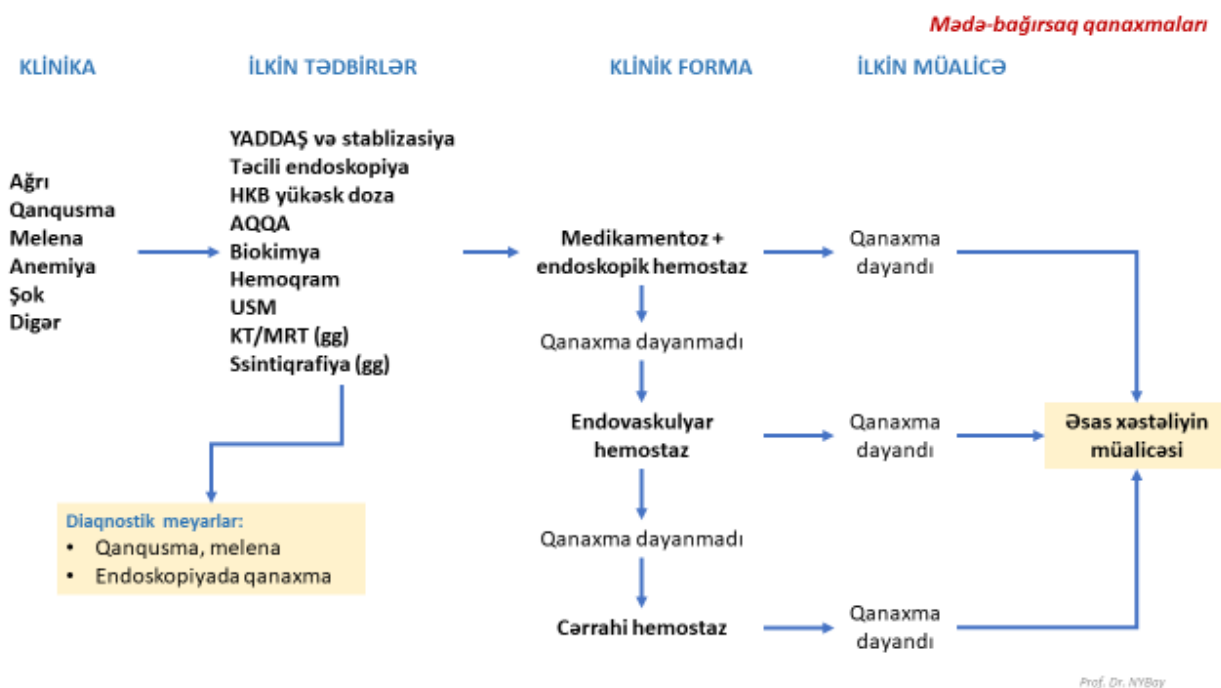
Özət

Mədə-bağırsaq və digər orqanların müxtəlif xəstəlikləri mədə-bağırsaq sistemində destruksiya törədərək qanaxma ilə ağırlaşma bilər. Yuxarı massiv qanaxmaların səbəbləri arasında xora, varikoz, gastrit və Mallori-Veys sindromu (10%), aşağı massiv qanaxmaların səbəbləri arasında isə hemorroy, divertikulyoz və angioektaziya çox rast gəlinir.

Qida borusu xəstəlikləri Varikoz venalar Şişlər Xoralı ezofagit Yanıqlar, travmalar Mədə, 12BB xəstəlikləri Xora Stress xoraları Portal hipertenziya Mallori-Veys Şişlər Divertikul Hemorragik gastrit	Aşağı qanaxmalar – nazik, yoğun və düz bağırsaq xəstəlikləri Mekkel divertikulu Divertikulyoz Poliplər Xərçəng Xoralı kolit Hemorroy, çat Dizenteriyalar Qarışıq Sistem xəstəlikləri Qan xəstəlikləri Qan – damar xəstəlikləri
--	---

Travmalar Aorto-duodenal fistul Hepatobiliar Şişlər Travmalar	
--	--

Böyük qanaxmalar qanqusma, melena və qanlı ishal kimi yerli və anemiya, hipovolemik şok kimi ümumi əlamətlərlə biruzə verir, kiçik qanaxmalar isə xroniki anemiya və ya nəcisdə gizli qan testində meydana çıxır. Diaqnostikası üçün klinik, laborator və endoskopik müayinələr edilir, qanaxmanın olub-olmadığı, ağırlıq dərəcəsi, yeri-səbəbi və dayanıb-dayanmadığı müəyyənləşdirilir. MB qanaxmalarında təcili olaraq ilkin tədbirlər həyata keçirilir (xəstəxanaya yatırma, stabilləşdirmə, endoskopik müayinə, medikamentoz-endoskopik hemostaz), sonrakı mərhələdə isə səbəbə yönəlmiş müalicə aparılır. Cərrahi müalicə medikamentoz və endoskopik müalicə effekt vermədikdə hemostaz tədbiri kimi, stabilləşmiş xəstələrdə isə cərrahi səbəblərə görə aparılır.



Standart müayinələr

Göstərişə görə müayinələr

Klinik müayinələr • Şikayətlər • Anamnez • Obyektiv müayinə Laborator müayinələr • Hemoqram • Biokimya • Elektolitlər • CRP • Prokalsitonin • Etiologiyaya və orqan yetməzliklərinə bağlı digər laborator müayinələr. • Nəcisdə gizli qan Görüntüləmə və digər • USM • KT/MRT • Endoskopiya • Biopsiya • Konsultasiyalar • Digər	• Əməliyyatdaxili endoskopiya • Radioizotop müayinə • PET-KT • Autoimmun markerlər • Şiş markerləri • Digər
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
• Medikamentoza hemostaz • Endoskopik hemostaz (liqasiya, skleroterapiya, klips, inyeksiya və s.) • Endovaskulyar müdaxilələr • Əməliyyatlar • Rezeksiya, anastomoz, drenaj, stoma və s. • Səbəbə yönəlmiş spesifik müalicə	• Balon • TİPS • Stent • Digər əməliyyatlar • Digər

Diaqnostika

Prinsip

- Kəskin anemiya və şok əlamətləri ilə biruzə verən qanaxmalarda müayinələr stabilizasiya tədbirləri ilə paralel aparılmalıdır.
- Diaqnostik plan 4 klassik məsələnin həllinə yönəlir:
 - » qanaxma varmı?

- » ağrılıq dərəcəsi (miqdarı və sürəti)?
- » yeri və səbəbi?
- » davam edib-etməməsi?

Qanaxma varmı?

Xroniki anemiya, kəskin anemiya və şok əlamətləri mədə-bağırsaq qanaxmasına şübhə yaradan əlamətdir. Qanqusma və melenə mədə-bağırsaq qanaxmalarını təsdiqləyir, bununla yanaşı şok və kəskin anemiya ağır dərəcəli qanaxmanın olduğunu göstərir. Klinik biruzə verməyən (kiçik və zəif qanaxmalarda melenə və ya qanqusma, anemiya olmaya bilər) və ya şübhəli hallarda nəcisdə gizli qan testi ilə qanaxma təsdiq və ya inkar edilir.

Qanaxmanın ağrılıq dərəcəsi?

Qanaxmanın ağrılıq dərəcəsini müəyyən edən amillər qanaxmanın sürəti və miqdarıdır. Bunu təyin etmək üçün müxtəlif təsnifatlar mövcuddur. Ən çox istifadə edilən **sadə klinik** təsnifat və **Amerika Cərrahlar Kollecinin qanaxmalar** təsnifatıdır.

Hemodinamik və qanda hemoqlobin konsentrasiyasına əsaslanan **sadə klinik dərəcələndirməyə** görə 3 ağrılıq dərəcəsi ayrılmalıdır:

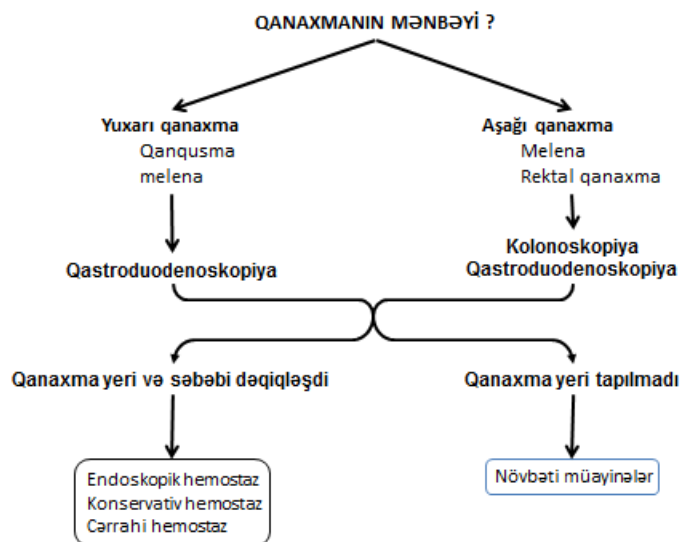
- » Yüngül dərəcəli – anemiya və hipovolemiya yoxdur. Bu hal adətən az miqdardakı qanaxmalarda rast gəlinir.
- » Orta dərəcəli – anemiya var, hemodinamika stabildir. Bu hal adətən uzunmüddətli təkrarlayan qanaxmalarda rast gəlinir
- » Ağır dərəcəli – anemiya və şok əlamətləri var, bu hal böyük qanaxmalarda rast gəlinir.

Amerika Cərrahlar Kollecinin qanaxmalar təsnifatında hemodinamik və perfuzion göstəricilərə əsaslanaraq **kəskin qanaxmalar** 4 dərəcəyə ayrılır:

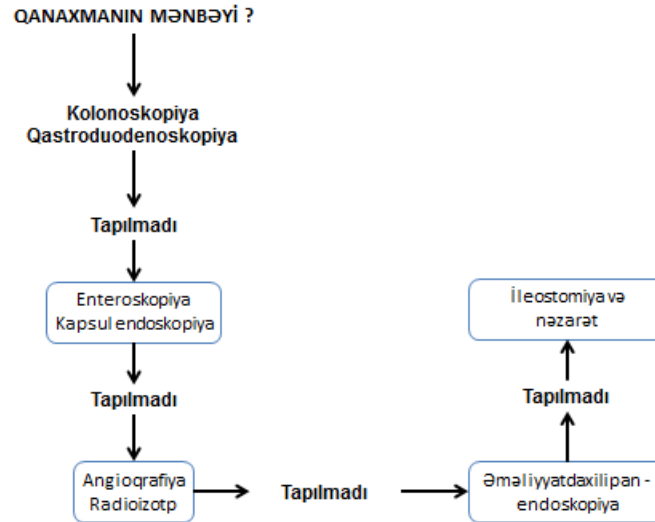
Dərəcə	Dövr edən qan həcmnin təxmini itirilmə miqdarı	Klinik əlamətlər
I dərəcə	15%-dən az	Klinik simptomlar yoxdur və ya ortostatik taxikardiya var (nəbz 20 və ya daha çox artması)
II dərəcə	20-25%	Ortostatik hipotenziya var – sistolik təzyiq 15 mm Hg st. və ya daha çox azalır. Diurez normaldır.
III dərəcə	30-40%	Uzanmış vəziyyətdə belə arterial hipotenziya və oliguriya var (400 ml/sutkadan az olması).
IV dərəcə	40%-dən çox	Huşun pozulması və koma

Qanaxmanın yeri və səbəbi?

Qanaxmanın yeri və səbəbini dəqiqləşdirmək üçün ilk seçim müayinəsi endoskopiya. Yuxarı qanaxmalarda gastro-duodenoskopiya, aşağı qanaxmalarda kolonoskopiya aparılır. Kəskin anemiya və şok əlamətləri olan aşağı qanaxmalarda qastroduodenoskopiya da aparılmalıdır.



Yeri tapılmayan qanaxmalarda kapsul endoskopiya, angioqrafiya, radioizotop və əməliyyatdaxili endoskopiya tətbiq edilir. Əməliyyatdaxili endoskopiya da yeri tapılmayan qanaxmalarda ileostomiya qoyulur və xəstə izlənilir. Əgər qanaxma ileostomiyadan olarsa, nazik bağırsaq təkrari yoxlanılır (enteroskopiya, angioqrafiya, radioizotop). Əgər yoğun bağırsaqdan olarsa, təkrar müayinələr edilir (kolonoskopiya, angioqrafiya). Yoğun bağırsaqdan olan və səbəbi tapılmayan qanaxmalarda çıxış yolu kimi total kolektomiya edilə bilər. Endoskopiya əksər hallarda səbəbi də göstərə bilər. Qaraciyər və mədəaltı vəzi mənşəli qanaxmalarda USM və KT köməkçi olur.



Qanaxma davam edirmi?

Qanaxmanın davam edib-etməməsini müəyyənləşdirmək üçün aşağıdakı göstəricilərə baxılır:

- klinik - melenə, qanqusma, nazoqastral drenajdan qan gəlmə
- laborator - qanda Hb və ya Ht
- hemodinamik göstəricilər - nəbz, təzyiq, laktat, oksigenasiya
- endoskopik əlamətlər - laxta, sızma və s.

Adətən bu göstəricilər birlikdə qiymətləndirildikdə daha düzgün nəticə verir. Melenanın olmaması, Hb sabit qalması və hemodinamikanın stabilləşməsi qanaxmanın dayanmasını göstərir. Əks hallar qanaxmanın davam etdiyinin işarəsidir və endoskopiya ilə dəqiqləşdirmək lazım gəlir.

Müalicəsi

Prinsipi

Mədə-bağırsaq qanaxmalarında müalicə tədbirləri digər qanaxmalarda olduğu kimidir: ilkin tədbirlərlə **qanaxmanı dayandırma** (hemostaz) və **dəstək tədbirləri**, sonra **etiotrop müalicə**.

Hemostaz üsulları

- Medikamentoz – antisekretor, vazoaaktiv, anti-fibrinolitiklər.
- Endoskopik üsullar – liqasiya, skleroterapiya, koaqulyasiya, klipsləmə, adrenalın inyeksiyası
- Endovaskulyar – embolizasiya (koyl, trombin və s.), porto-kaval yanyol

- Cərrahi üsullar – damar bağlanması, rezeksiya, porto-kaval yanyollar və digər spesifik əməliyyatlar.

Müalicə taktikası

İlkin tədbirlər

Mədə-bağırsaq qanaxmalarında yanaşma ilkin tədbirlərlə başlayır ki, bunlara stabilləşdirmə, endoskopik diaqnostika, medikamentoz və endoskopik hemostaz və digər müalicələr aiddir:

Yerləşdirmə

- Xəstə təcili olaraq reanimasiya şöbəsinə yatırılır, cərrah, reanimatoloq və endoskopist briqadası tərəfindən nəzarətə alınır.

Həyati funksiyalara nəzarət və stabilləşdirmə

- Monitorizasiya edilir (saturasiya, təzyiq, nəbz və s.)
- Tənəffüs yolu yoxlanır və keçiriciliyi təmin edilir. Aramsız qanaxmalarda və ensefalopatik xəstələrdə təcili intubasiya edilir.
- Hemodinamika qiymətləndirilir və hipovolemiya varsa (taxikardiya, hipotenziya, ortostatik kollaps), infuziyaya başlanır.
- Şokda olan xəstələrə Ringer – Laktat bolus şəklində 1000 ml verilir və kolloid infuziyasına (plazma, albumin, jelatin, dekstran) başlanır.
- Damar yolu açılır, təhlillər alınır (Hemoqram, PTZ, APTZ, qanaxma, laxtalanma zamanı, qlükoza, ALT, AST, sidik cövhəri, kreatinin, albumin, bilirubin, elektrolitlər, HBsAg, Anti-HCV).
- Sidik kateteri qoyulur.

Qanaxmanı dayandırma – medikamentoz + endoskopik

- Sandostatin (250 mkq ilk doza, 250mkq/saat infuziya) və ya oktreotid (50 mkq ilk doza, 50mkq/saat infuziya) və ya terlipressin (2 mq hər 4 saatda) müalicəsinə başlanır və 5 günə qədər davam etdirilir.
- Hemodinamika stabilləşərsə, təcili endoskopik müayinə və hemostaz (12 saat ərzində).
- Xəstə stabilləşmərsə, qanaxma artaraq davam edərsə və endoskopik hemostaz mümkün olmur, varikoz qanaxmalarda Blekmoor zond qoyulur, əməliyyata hazırlanır (bax. varikoz qanaxmalar), qeyri – varikoz qanaxmalarda isə təcili əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı endoskopik müayinə aparılması vacibdir.

Digər tədbirlər

- Antisekretor HKB (esomeprazol, rabeprazol və s.) infuziyası edilir.
- Eritrositar kütlə, plazma tədarük edilir.
- Hb < 8-10 q/dL və ya Ht < 30% olan xəstələrə hemotransfuziya başlanır.
- TDP koagulopatiyası olan (INR>1,5) və qan transfuziyası alanlarda (hər 2 vahid qana 1 vahid plazma).

- Vikasol (10 mq) təyin edilir. Fibrinogeni az olanlara (<200 mq) kriopresitat verilir. Trombositopeniya ($<50 \times 10^9/L$) olarsa, trombosit kütləsi köçürülür.
- Şəkər, elektrolit tənzimlənir. Hipoqlikemiya və hipokaliemiya ensefalopatiyanı dərinləşdirir.
- Qarın boşluğu USM və portal doppler edilir.
- Xəstənin hərtərəfli monitorinqi davam etdirilir (hemodinamika, tənəffüs, sidik ifrazı, NQZ-dan ifrazat, melena, Hb, Ht, huş və digər).
- Ensefalopatiya və infeksiyaların profilaktikasına başlanılır.

Spesifik müalicələr

İlkin tədbirlərin ardınca və ya ona paralel olaraq qanaxmanın səbəbinə yönəlmiş hemostatik və digər müalicələr həyata keçirilir. Bu barədə uyğun bölmələrdə geniş məlumat verilmişdir. Qısa şəkildə aşağıdakıları qeyd etmək olar.

Varikoz qanaxmalarda endoskopik liqasiya və ya skleroterapiya əsas hemostatik tədbirdir, bu fayda vermədikdə Blekmor zondı qoyulur, stent, TIPS və ya cərrahi əməliyyat planlaşdırılır.

Mədə-12bb xoralarında konservativ və endoskopik hemostaz ilk planda durur, qanaxma dayanarsa, xoraəlehinə müalicə təyin edilir. Davam edən və ya təkrarlanan qanaxmalarda endoskopik müalicə yetərsiz olarsa, cərrahi müalicə lazım gəlir və rezeksiya ilk seçimdir.

Antikoaqulyant və aspirinə bağlı kəskin mədə qanaxmalarında ilkin tədbirlərə əlavə olaraq aspirin və antikoaqulyantlar kəsilir, bürüyücülər verilir, trombositlər kütlə köçürülür və plazma verilir. Qanaxma dayanarsa, xoraəleyhinə müalicə 1 ay davam etdirilir, qanaxma dayanmırsa, təcili əməliyyat edilir, total qastrektomiya və ya mədə arteriyalarının bağlanması.

Sepsisə bağlı stress xoralarında ilkin tədbirlərə əlavə olaraq bürüyücülər, antiferment (kontrikal, aprotinin), plazma köçürülür, faktor VII verilə bilər. Davam edən qanaxma mədə eroziyalarındandırsa və bağırsaqlarda eroziv qanaxmalar yoxdursa, qastrektomiya edilə bilər.

Mallori-Veys sindromunda endoskopik müdaxilə effektiv olarsa, əməliyyat – çatın tikilməsi yerinə yetirilir.

Zondun yataq yarasından qanaxmalarda zondun çıxarılması və ilkin tədbirlər əksər hallarda effektiv olur. Buna baxmayaraq qanaxma davam edərsə, endoskopik müdaxilə (adrenalin inyeksiyası və koagulyasiya) edilir. Endoskopik müdaxilənin faydasızlığı böyük yataq yarasını göstərir və əməliyyat – qastrotomiya və yaranın tikilməsi gerçəkləşdirilir. Yanaşı çoxsaylı qanayan eroziyalar da olarsa qastrektomiya edilir.

Mədə şişindən qanaxmalarda cərrahi müdaxilə ön planda tutulur. İlkin tədbirlər qanaxmanı dayandırarsa, xəstə stabilləşdirildikdən sonra əməliyyat edilir. Davam edən və ya təkrari qanaxmalarda təcili əməliyyat edilir. Yayılmış şişlərdə palliativ rezeksiya edilə bilər.

Biliar qanaxmalarda ilkin tədbirlər effekt verməzsə, angiografiya və embolizasiya planlaşdırılır.

Pankreatitlərdə MB qanaxması qanaxma stress xoralarındandır, yuxarıda göstərilən şəkildə müalicə olunur. Perforasiyaya bağlı qanaxmalarda (pankreatik nekrozun mədə - bağırsağa perforasiyası) ilkin tədbirlər faydasız olarsa və ya qanaxma təkrarlayarsa (belə qanaxmalar adətən güclü ağrılardan sonra baş verir) əməliyyat edilir. Nekroz ocağı boşaldılır, hemostaz və tamponada edilir, perforativ dəlik tikilir və ya ekssiziya edilir.

Bağırsaq şişlərindən qanaxmalarda cərrahi müalicə ön planda tutulur, qanaxma dayanarsa, planlı şəkildə, davam edən hallarda isə təcili şəkildə rezeksiya edilir, xəstənin vəziyyəti çox ağır olarsa, kolostoma formalaşdırılır (Hartman əməliyyatı), stabil xəstələrdə anastomoz qoyulur.

Divertikul mənşəli qanaxmalarda divertikul ekssiziyası (açıq və ya laparoskopik) ilk seçimdir.

Angiodisplaziyalarda endoskopik koagulyasiya ilk seçimdir. Bu effektiv olarsa və qanaxma davam edərsə rezeksiya edilir. Əməliyyat vaxtı çənbər bağırsaq və distal nazik bağırsaq endoskopik müayinə edilir.

Xorali kolitlərdə (qeyri – spesifik, infeksiyon, işemik) əksər hallarda konservativ müalicə qanaxmanı dayandırır və spesifik müalicələr davam etdirilir. Qanaxma davam edərsə, xüsusən də toksik meqakolon və ya perforasiya əlamətləri də varsa, təcili əməliyyat – total və ya hissəvi kolektomiya icra olunur.

Mekkel divertikuluna gənc yaş, qarında hərəkətli kütlə (divertikulda hematoma), profuz qanaxma, gastroduodenoskopiya və kolonoskopiya patologiyasının olmaması yüksək şübhə yaradır. Oral kontrastlı KT və laparoskopiya diaqnozu dəqiqləşdirir, təcili ekssiziya radikal müalicədir.

Hemorroidal qanaxmalarda hemorroidektomiya radikal müalicə sayılır. PH-li xəstələrdə düyünlərin bağlanması məsləhətdir. Çox ağır xəstələrdə liqasiya, skleroterapiya oluna bilər.

Kimyəvi dərman müalicəsindən sonrakı qanaxmalarda ilkin tədbirlər davam etdirilir, əlavə olaraq bürüycülər (sukralfat) və vit B15 (Bepantene) istifadə edilir.

Ədəbiyyat

(41),(43),(1),(16)(14),(32),(71–73)


BCK

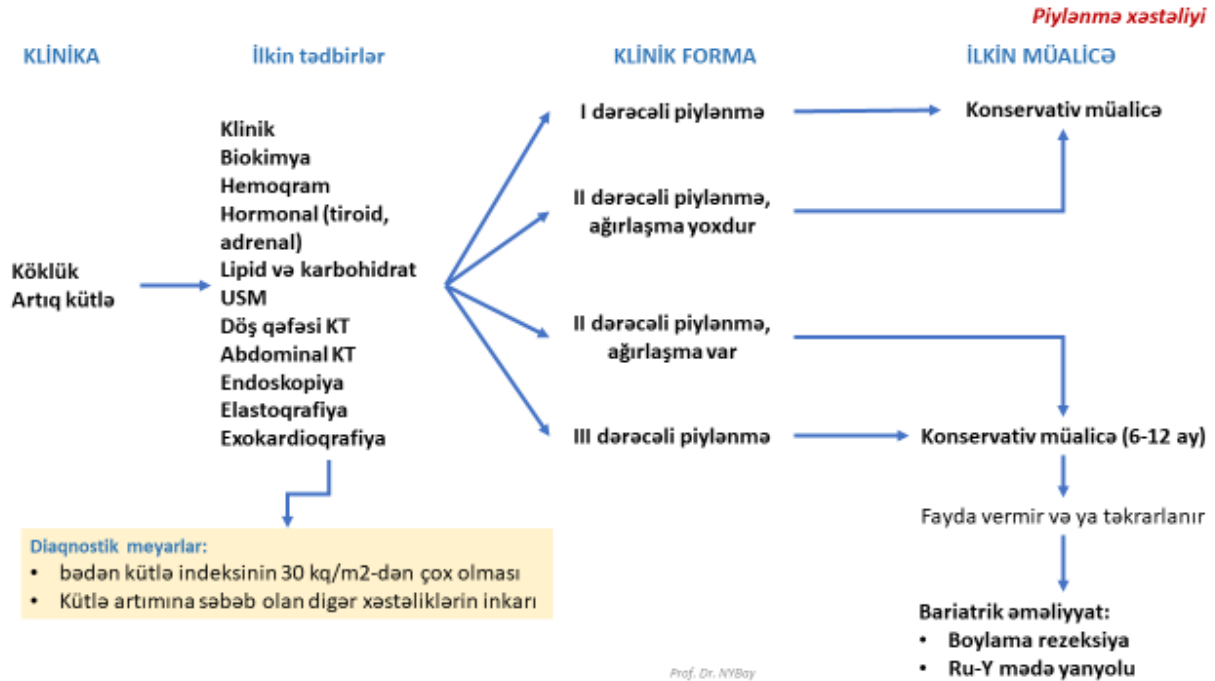
 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

PIYLƏNMƏYƏ DAİR QAYDALAR

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb e.d. Müşfiq Həsənov Tibb e.d. Zərraf Şirinov Dr. Eldar Əhmədov Dr. İlqar İsmayılov Dr. Elgün Səmədov

Özət

Piylənmə bədəndə piy toxumasının həddən artıq toplanması ilə xarakterizə olunan xroniki xəstəlikdir, əksər orqan və sistemlərdə ağırlaşmalara səbəb olur ki, bunlar arasında ürək-damar, diabet, yağlı qaraciyər, oynaq xəstəlikləri çox rast gəlinən ağırlaşmalardır. Mərkəzi (visseral) formasında və III dərəcəli piylənmədə (aşırı piylənmə) ağırlaşmalar daha çox rast gəlinir. Kütlənin 5-10% azalması ilə əksər ağırlaşmaların geriye inkişafı başlayır. Diaqnozu bədən kütlə indeksinin 30-dan çox olmasına və kütlə artması törədən digər xəstəliklərin inkarına əsasən qoyulur. Müalicəsində həyat tərzini dəyişdirmə (pəhriz və fiziki aktivlik), farmakoterapiya və bariatrik əməliyyatlar tətbiq edilir. Bariatrik cərrahiyyə ən effektiv müalicədir, artıq kütlənin 60%-dən çoxunun uzunmüddətli azalmasına və əksər ağırlaşmaların ardan qalxmasına imkan verir.



Standart müayinələr	Göstərişə görə müayinələr
Klinik müayinələr - Həyat tərz - Qidalanma tərz - Qəbul etdiyi dərmanlar - Allergiya - Keçirdiyi xəstəliklər - Ailə anamnezi (ailədəki mədə xəstəlikləri və s.) - Həyat anamnezi – Anamnezdəki məlumatlar aşağıda göstərilən altı sualı cavablandırmalıdır: Laborator müayinələr - Hemoqram, CRP - Koaquloqram - Qc və böyrək testləri: kreatinin, ALT, AST, QQT, QF, Bilirubin, Albumin, - Karbohidrat testləri: qlükoza, qlikohemoqlobin, insulin və insulinə rezistentlik (HOM – İR) - Lipid profili: triqliserid, xolesterin, LDL	- Mədə-bağırsaq hormonları (qrelın, leptin, GLP və digər) - Aşağı ətraf venalarının doppler müayinəsi

• Tiroid hormaonları: TSH, sərbəst T3, T4 • Steroidlər: kortizol, deksametazon testi • İnfeksiyalar (HBsg, Anti-HBc, Anti-HBs, Anti-HCV, RPR (Sifilis). Anti-HİV) Görüntüləmə müayinələr • Döş qəfəsi KT • Qarın – çanaq KT • Endoskopiya • Elastografiya • Exokardioqrafiya	
Standart müalicələr	Göstərişə görə müalicələr
Konservativ • Qidalanma ilə (pəhriz) müalicə • Fiziki aktivlik müalicəsi • Davranış müalicəsi Cərrahi • Mədənin boylama rezeksiyası • Ru-Y üsulu ilə mədə yanyolu	• Farmakoterapiya » Mərkəzi təsirli iştahəleyhinə dərmanlar » Periferik təsirli iştahəleyhinə dərmanlar » Endokannabinoid sistem • Cərrahi • Restriktiv əməliyyatlar » Mədənin boylama rezeksiyası » Qastroplastika » Qastroplikasiya » Mədə kəməndi (tənzimlənən və ya tənzimlənməyən) » Vertikal gastroplastika və kəməndləmə » Endoluminal gastroplastika • Malabsorbtiv əməliyyatlar » Yeyuno-ileal yanyol » Bilio-pankreatik yöndəyişmə » Duodenal kənarlaşdırma ilə bilio-pankreatik yöndəyişmə » Endoluminal gastro-intestinal yanyol • Qarışıq (malabsorbtiv və restriktiv) əməliyyatlar » Ru üsulu ilə mədə yanyolu » Mini-qastrik yanyol (omeqa yanyol) • Endoskopik • Botulin inyeksiyası, plikasiya və s.

Diaqnostikasi

Şübhə

Köklük və artıq kütlə piylənmə üçün şübhə əlamətləridir. Belə xəstələrdə bədən kütlə indeksini hesablamaq lazım gəlir və bunun üçün bədən kütləsi boyun kvadratına bölünür:

$$BKİ = \text{bədən kütləsi} / \text{boyun kvadratı}$$

BKİ-nin 30 kq/m²-dan çox olması piylənmə üçün yüksək şübhə əlamətidir.

Dəqiqləşdirmə

Piylənmə xəstəliyinin patognomonik simptomu və ya biomarkeri olmadığına görə diaqnozu kütlə artımına səbəb olan digər xəstəliklərin inkarına əsasən qoyulur. Differensiasiya ilk növbədə aşağıdakı xəstəliklərlə aparılır:

- Hipotiroidizm – qanda tiroid hormonlarının (sərbəst T3, T4) azalması və TSH artması xarakterikdir.
- Hiperkortizolizm – anamnezdə steroid müalicəsi, qanda kortizol artması və müsbət deksametazon testi xarakterikdir.
- Ödem törədən xəstəliklər- ürək, böyrək və qaraciyər xəstəlikləri. Ürək yetməzliyi üçün atım fraksiyasının azalması, beta-natriuretik peptid artması, böyrək yetməzliyi üçün kreatinin artması, qaraciyər xəstəlikləri üçün assit və qaraciyər fibrozlaşması (elastometriya) xarakterikdir. Unutmamaq lazımdır ki, bu xəstəliklər piylənmə ilə birlikdə və ya piylənmənin ağırlaşması da ola bilər.
- Əzələ hipertrofiyası idmançılarda və əzələlərini inkişaf etdirənlərdə rast gəlinir. Piylənmə ilə bunu fərqləndirmək üçün bəzən KT volumetriya lazım gəlir.

Piylənmə xəstəliyinin diaqnozu **iki meyar** əsasında qoyulur:

- bədən kütlə indeksinin 30 kq/m²-dən çox olması
- kütlə artımına səbəb olan digər xəstəliklərin inkarı

Ağırliq dərəcəsinin və formasının təyini

Ağırliq dərəcəsi adətən bədən kütlə indeksinə görə müəyyən edilir:

Dərəcə	BKİ (kq/m ²)
Arıq	< 18,5
Normal kütləli	18,5 – 24,9
Artıq kütləli	25,0 – 29,9
I dərəcə piylənmə	30,0 – 34,9

II dərəcə piylənmə	35,0 – 39,9
III dərəcə piylənmə (izafi piylənmə)	≥ 40

Piylənmənin **visseral yoxsa periferik** olduğunu müəyyən etmək üçün klinik müyinə (“alma və armud”) görüntü və göbək səviyyəsində çevrə ölçülür. Son illər bu məqsədlə daha dəqiq üsul kimi visseral və dəraltı piy həcmnin tomoqrafik ölçülməsi həyata keçirilir.

Ağırlaşmaların təyini üçün ürək, damarlar, ağciyər, qaraciyər, endokrin - lipid profili, böyrək, oynaqlar və digər orqanlar hərtərəfli yoxlanılır.

Müalicəsi

Prinsip

Piylənmənin aradan qaldırılması ilə əksər ağırlaşmalarının da aradan qalxdığını nəzərə alaraq izafi piy toxumasını qalıcı azaltmaq (kütləni azaltmaq) əsas müalicə hədəfidir.

Metodları

Piylənmənin müalicəsi üçün konservativ müalicələr (həyat tərzini dəyişmə, farmakoterapiya) və bariatrik əməliyyatlar tətbiq edilir.

Həyat tərzini dəyişmə

- **Həyat tərzini dəyişmə** dedikdə pəhriz dəyişikliyi (az yağlı və karbohidratlı, çox proteinli və tərəvəzli), fiziki aktivliyi artırma və davranış nəzərdə tutulur. Bu metod bütün piylənməli xəstələrdə birinci mərhələ müalicədir. Həyat tərzini dəyişməklə 6 ay ərzində 8-10% kütlə azaldıla bilər, xəstələrin 50%-də 1 il sonra yenidən kütlə artması baş verir.

Farmakoterapiya

- **Farmakoterapiya** məqsədlə iştahazaldıcıları (sibutramin) və lipid absorbsiyasını azaldan (orlistat) istifadə edilir. Bu dərmanlarla kütlənin 6-10%-ni azaltmaq mümkündür, lakin dərmanlar kəsildikdən sonra kütlə yenidən artır.

Bariatrik cərrahiyyə

- **Bariatrik cərrahiyyə** piylənmənin ən effektiv müalicəsi sayılır. Bariatrik əməliyyatlardan sonra xəstələrin əksəriyyətində izafi kütlə uzunmüddətli aradan qalxır, 60-80%-də hipertenziya, diabet, yuxu apnoe sindromu, hiperlipidemiya kimi ağırlaşmaların əksəriyyəti aradan qalxır və ya yaxşılaşır.

- Hazırda tətbiq olunan bariatrik əməliyyatlar törətdikləri mexanik effektlərə görə 3 qrupa bölünür: **restriktiv, malabsorbtiv və qarışıq** (Cədvəl).
- Restriktiv əməliyyatlarda mədə həcmi kiçildilir, qida qəbulu azaldılır. Qidanın fizioloji ötürülməsi yolu dəyişmədiyi üçün malabsorbtiv fəsadlar baş vermir. Restriktiv əməliyyatlar arasında ən çox tətbiq ediləni boylama mədə rezeksiyasıdır.
- Malabsorbtiv əməliyyatlarda nazik bağırsağın müəyyən hissəsi həzmdən kənarlaşdırılır və qida maddələrinin sorulma səthi azaldılır. Hazırda bu qrup əməliyyatlar az tətbiq edilir.
- Qarışıq əməliyyatlarda isə həm qida qəbulu, həm də sorulma azaldılır. Bu usullar arasında ən çox tətbiq ediləni Ru-Y tipli mədə yanyolu, mini mədə yanyolu və duodenal yankeçmə əməliyyatlarıdır.

Cədvəl. Bariatrik əməliyyatların növləri

Əməliyyat qrupu	Əməliyyatlar
Restriktiv əməliyyatlar	Mədənin boylama rezeksiyası Qastroplikasiya Mədə kəməndi (tənzimlənən və ya tənzimlənməyən) Vertikal qastroplastika və kəməndləmə Endoluminal qastroplastika
Malabsorbtiv əməliyyatlar	Yeyuno-ileal yanyol Bilio-pankreatik yöndəyişmə Duodenal kənarlaşdırma ilə bilio-pankreatik yöndəyişmə Endoluminal qastro-intestinal yanyol
Qarışıq (malabsorbtiv və restriktiv) əməliyyatlar	Ru üsulu ilə mədə yanyolu Mini-qastrik yanyol (tək anastomozlu yanyol)

Müalicə yanaşması

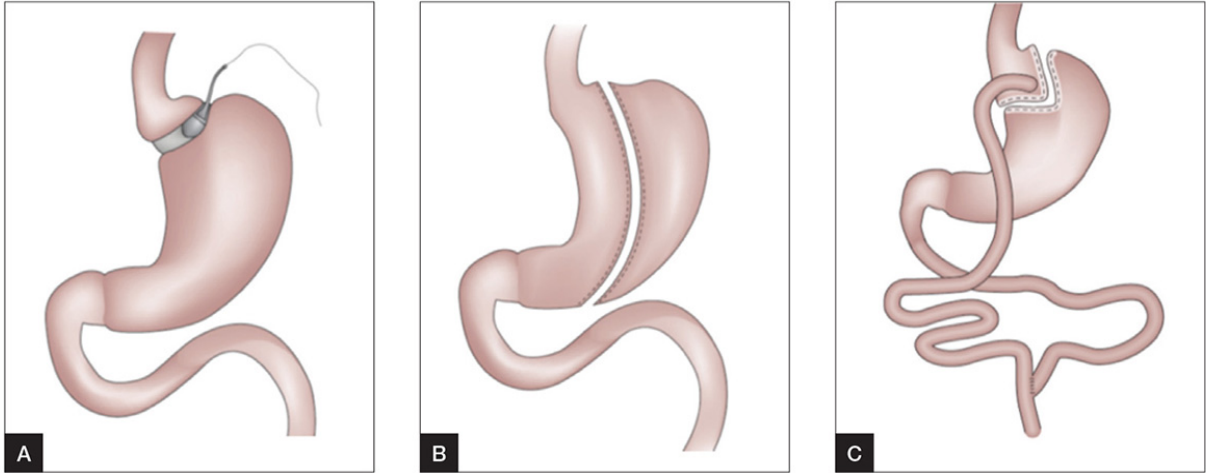
Piylənmə xəstəliyinin müalicə yanaşmasında ağırlıq dərəcəsi və ağırlaşmaları nəzərə alınır və “konservativ müalicə fayda verməsə cərrahi müdaxilə” prinsipi rəhbər tutulur.

Birinci dərəcəli və ağırlaşması olmayan ikinci dərəcəli piylənmədə konservativ müalicə tətbiq edilir.

Bariatrik əməliyyatlar iki halda göstəriş sayılır:

- BKİ-si 40-dan çox olan xəstədə konservativ tədbirlərə baxmayaraq kütlənin azalmaması və ya azaldıqdan sonra yenidən artması.
- BÇİ-si 35-dən çox və ağırlaşması olan xəstədə konservativ tədbirlərə baxmayaraq kütlənin azalmaması və ya azaldıqdan sonra yenidən artması ilə yanaşı ağırlaşmasının olması.

Bu məqsədlə ən çox tövsiyə edilən üsullar boylama rezeksiya və Ru-Y tipli mədə yanyolu əməliyyatlarıdır, mədə kəməndi az tövsiyə edilir.



Şəkil. Bariatrik – metabolik əməliyyatlar: A. Tənzimlənən Mədə kəməndi, B. Mədənin boylama rezeksiyası, C. Ru-en-Y mədə yanyolu

Ədəbiyyat
(1),(74–76)


BCK

 BİRİNCİ
CƏRRAHIYYƏ
KOLLEKTİVİ

QARIN TRAVMASINA YANAŞMA QAYDALARI

Hazırlayanlar:	Rəyçilər:
AMEA müxbir üzvü, professor Nuru Bayramov Dr. Xatirə Şirinova	Tibb ü.f.d. Taryel Ömərov

Travmalarda yardımın ümumi prinsipləri

Travmalı xəstələrə müasir tibbi yardım travmanın təbii gedşinə və həyati vacib orqanların funksiyasına əsaslanır və aşağıdakı prinsiplər üzərində qurulur:

- **Erkən yardım** – travmadan sonrakı ilk 60 dəqiqədə həyatqurtarma (“qızıl saat”).
- **Ardıcıl yardım** – yardım YADDAŞ adlandırılan ardıcılıqla (Yol, Ağciyər, Dövrən, beyin (Düşüncə), Açıq müayinə, Şərait) edilməlidir.
- **Pilləli yardım** – həyati vacib orqanlardan birinin müayinəsi bitirildikdən və tapılan patologiya aradan qaldırıldıqdan sonra digərinə keçmək lazımdır (birini bitir, sonra digərinə keç).
- **Mərhələli yardım** – əvvəl həyatqurtarma tədbirləri, sonra isə bərpa tədbirləri həyata keçirilməlidir: xəstəxanayaqədərki yardım (“bölgədən çıxar və xəstəxanaya qaç”), ilkin xəstəxana yardımı (həyatqurtarma – stabiləşdirmə və göndərmə), ixtisaslaşmış yardım – erkən bərpa və sepsisin profilaktikası.

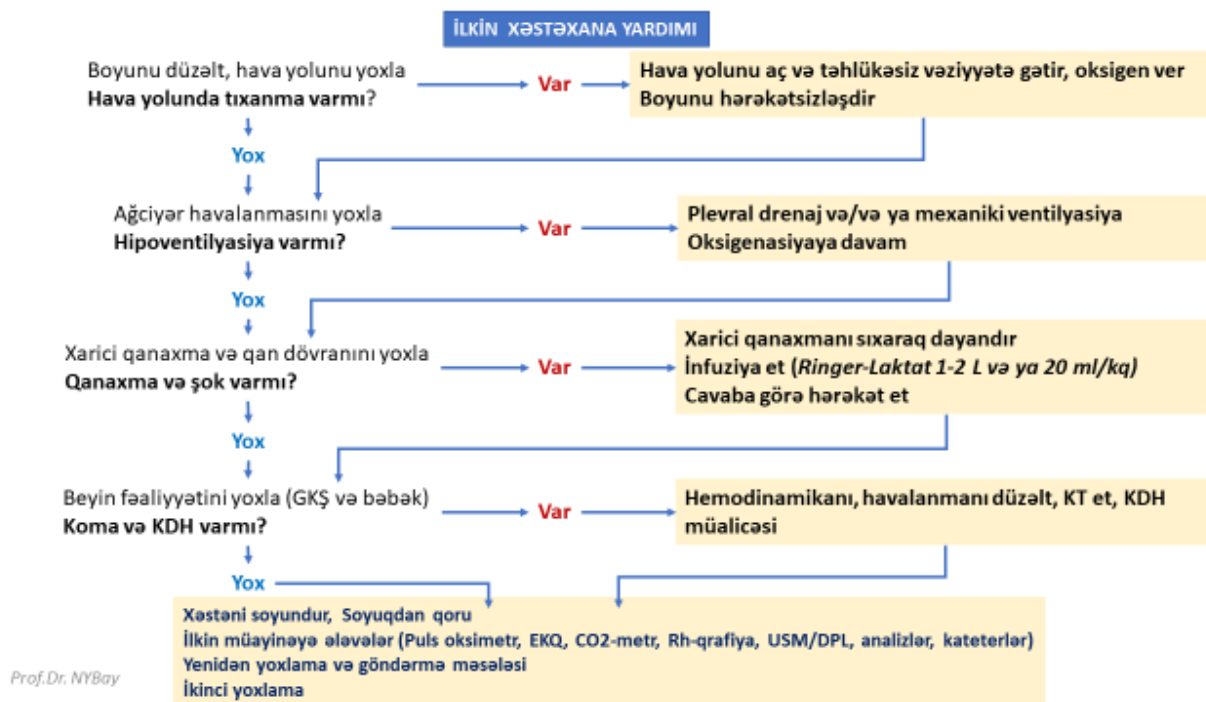
Xəstəxanayaqədərki yardım mərhələsində əsas məqsəd xəstəni zədələyici amilin təsirindən qurtarmaq, təcili yardım çağırmaq və ya xəstəxanaya erkən çatdırmaq, ilkin yardımı

göstərməkdir. İlk yardımda sadə və sürətli üsullarla həyati vacib funksiyalar qiymətləndirilir və həyatqurtarma tədbirləri həyata keçirilir:

- **Nəfəs alırmı?** Əgər nəfəs almırsa hava yolunu açmaq və maska ilə nəfəs vermək
- **Nəbzi və ya ürək döyüntüsü varmı?** Əgər yoxdursa ürək masajına başlamaq
- **Davam edən xarici qanaxma varmı?** Varsa dayandırmağa çalışmaq
- **Boyun və ya onurğa zədələnməsinə şübhə varmı?** Varsa və ya bilinmirsə xəstəni tərpətməzdən əvvəl boynunu və onurğa sütununu qorumaq
- **Sümük sınıqları varsa şına qoymaq**

İlkin xəstəxana yardımı mərhələsində məqsəd travmadan sonrakı ilk 60 dəqiqədə (“qızıl saat”da) baş verən ölüm hallarının qarşısını almaq üçün həyati funksiyaları (tənəffüs, qan dövranı, beyin) sabitləşdirmək (həyatqurtarma) və vaxt itirmədən ixtisaslaşdırılmış yardıma göndərməkdir. Bu məqsədlə birincili (ilkin) və ikincili yoxlamalar adlanan iki qrup tədbirlər həyata keçirilir.

Birinci yoxlama tədbirlərinin məqsədi xəstənin həyatını qurtarmaqdır, yəni stabilləşdirməkdir – orqanizmin adekvat oksigenasiyasına nail olmaq üçün adekvat hava yolunu, ventilyasiyanı, perfuziyanı və beyin fəaliyyətini təmin etməkdir. Bu məqsədlə həyati vacib orqanlar YADDAŞ ardıcılığı ilə müayinə edilir və tapılan həyati təhlükəli patologiyalar təcili aradan qaldırılır (“axtar-tap-düzəlt”).



Şəkil. Travmada YADDAŞ ardıcılığı ilə birincili yoxlama və stabilləşdirmə

Birinci yoxlama bitdikdən, yəni həyatqurtarma tədbirlərilə xəstə stabilləşdirildikdən sonra **ikinci yoxlama** başlanır. İkinci yoxlamanın məqsədi travmalı xəstədə bütün zədələnmələri aşkarlamaq, qeyd etmək və ixtisaslaşmış yardıma göndərməkdir. İkinci yoxlamada xəstə anatomik bölgələr üzrə başdan ayağa doğru (“təpədən dırnağa”) ardıcıl müayinə edilir. Baş, boyun, döş, qarın, çanaq-aralıq, onurğa sütunu və ətraflar əvvəlcə klinik müayinə edilir, şübhəli əlamətlər olarsa, dəqiqləşdirmək üçün spesifik instrumental və laborator müayinələr başlanır. Hər bölgənin müayinəsində ilk növbədə həyati təhlükəli, sonra təhlükə törədə biləcək, sonra isə digər zədələnmələri aşkar etmək, ağırlıq dərəcəsini və xarakterini müəyyənləşdirmək lazım gəlir. Unutmamaq lazımdır ki, ikincili yoxlama, o cümlədən instrumental müayinələr xəstə sabitdirsə aparıla bilər. Digər tərəfdən travmalarda instrumental və laborator müayinələr və müalicə təcili şəkildə yerinə yetirilməlidir.

İlkin xəstəxana yardımını mərhələsindəki birincili və ikincili yoxlamalar bitdikdən və xəstə stabilləşdikdən sonra **ixtisaslaşmış yardım mərhələsi** başlanır. Bu mərhələ bərpa prinsipi üzərində qurulur - xəstə hərtərəfli müayinə edilir və bütün yaralanmalar bərpa edilir. İxtisaslaşmış yardım adətən uyğun sahənin mütəxəssisləri tərəfindən həyata keçirilir.

QARIN TRAVMASINA YANAŞMANIN ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ

İlkin tədbirlər

Qarın travmasında xəstənin stabil olub-olmamasından asılı olmayaraq əvvəlcə standart ardıcılıqla (YADDAŞ) birinci yoxlama təkrarlanır, sabillik qiymətləndirilir və gərəkdirsə stabilləşdirmə tədbirləri həyata keçirilir (**Şəkil 1**).

Qarın zədələnmələrində ilk növbədə stabilləşdirmə tədbiri tələb edən (laparotomiyaya göstərişlər) aşağıdakı həyati təhlükəli zədələnmələr yoxlanmalıdır:

- **qarındaxili qanaxma** – parenximatoz, boşluqlu orqan və damar zədələnməsi nəticəsində şoka səbəb ola bilər.
- **boşluqlu orqan zədələnmələri** – qida borusu, mədə-bağırsaq möhtəviyyatı, öd, pankreas şirəsi və sidik ilə kontaminasiya nəticəsində peritonit, mediastinit, abses, fistul, eroziv qanaxma meydana gəlir.

Qeyri-stabil xəstələrdə qarında açıq və ya qapalı zədələnmə əlaməti varsa təcili əməliyyat edilir.

Xəstə stabildirə zədələnmələri dəqiqləşdirmək və gözdən qaçırmamaq üçün ikinci yoxlama (“təpədən dırnağa”) yenidən təkrarlanır (üçüncü yoxlama). Bundan sonra qarın travmasının xarakteri, zədələnən orqan və ağırlıq dərəcəsi müəyyənləşdirilir. Bu məqsədlə klinik müayinə, USM (FAST) və stabil xəstələrdə KT edilir. Bu standart müayinələrə əlavə olaraq endoskopiya, laparoskopiya, laborator və digər müayinələr aparıla bilər. Qarın zədələnmələrində digər orqanlarda, xüsusən də döş və çanaqda zədələnmə ehtimalı yüksəkdir. Ona görə də belə xəstələrdə döş və çanaq diqqətli klinik müayinə və KT edilməlidir.

Qarının açıq yaralanmalarında yanaşma

Açıq zədələnmənin (yaralanmalar) 3 növü ola bilər ki, bunlara daxilə keçməyən (1/3), daxilə keçən, lakin qarındaxili zədələnmə törətməyən (1/3), daxilə keçən və qarındaxili orqan zədələnməsi törədən zədələnmələr (1/3) aid edilir. Klinik – USM müayinəsinin 4 nəticəsi ola bilər.

I variant – ilkin müayinə ilə daxilə keçən yaralanma təyin edilir: qarın divarında yaranın daxilə keçdiyini göstərən aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri var və bu təcili laparotomiya və ya laparoskopiyaya göstərişdir:

- tək qarın zədələnməsi olan qeyri-stabil xəstə
- yarada qarındaxili orqanların görünməsi (piylik, bağırsaq qaraciyər və s.)
- yaradan möhtəviyyət gəlməsi (bağırsaq möhtəviyyəti, öd, sidik)
- diffuz peritonit və sepsis əlamətləri
- qaraciyər kütlüyünün itməsi
- qarının dinamikada böyüməsi
- Qarının güllə yaralanması
- USM və ya KT-də qarında artan maye

II variant – təftiş edilərkən yaranın daxilə keçdiyi müəyyən olunur. Əgər klinik olaraq yuxarıda göstərilən daxilə keçmə əlamətləri yoxdursa, yara yerli keyləşdirilmə ilə genişləndirilir, aponevrozu və peritonu keçib-keçmədiyinə baxılır. Təftişdə peritonu keçmə görünürsə, bu daxilə keçən yaralanmanı göstərir və təcili laparotomiya/laparoskopiyaya göstərişdir.

III variant – təftişdə aponevrozu keçir, lakin peritonu keçib-keçmədiyi bilinmir. Aponevrozu keçən yaraların daxilə keçmə ehtimalı (50%) yüksəkdir və əlavə müayinələrlə peritonu keçib-keçmədiyi dəqiqləşdirilir. Bu məqsədlə laparotomiya, laparoskopiya, KT edilə bilər.

IV variant – təftişdə yara aponevrozu keçmir. Belə vəziyyətlər daxilə keçməyən yaralanma kimi qəbul olunur.

Qeyd etmək lazımdır ki, **odlu silah yayralanmalarında** yara daxilə keçməyə də silkələnmə effekti ilə əlaqədar qarındaxili zədələnmələr törədə bilər. Ona görə də bu qrup xəstələrdə dəqiqləşdirici müayinə üçün adətən laparotomiya/laparoskopiya lazım gəlir. Lakin, stabil və peritonit əlamətləri olmayan xəstələrdə bu məqsədlə üçlü-kontrastlı KT ilə qeyri-operativ izləmə də tövsiyə edilir.

Qarının küt travmasında yanaşma

Qarının küt travmalarında qarındaxili orqan yaralanmasını təyin etmək klinik olaraq çətin ola bilər. Ona görə də bu qrup xəstələrdə sabillik ilk planda tutulur və qarındaxili zədələnmələri yoxlamaq üçün aşağıdakı yanaşma tövsiyə olunur.

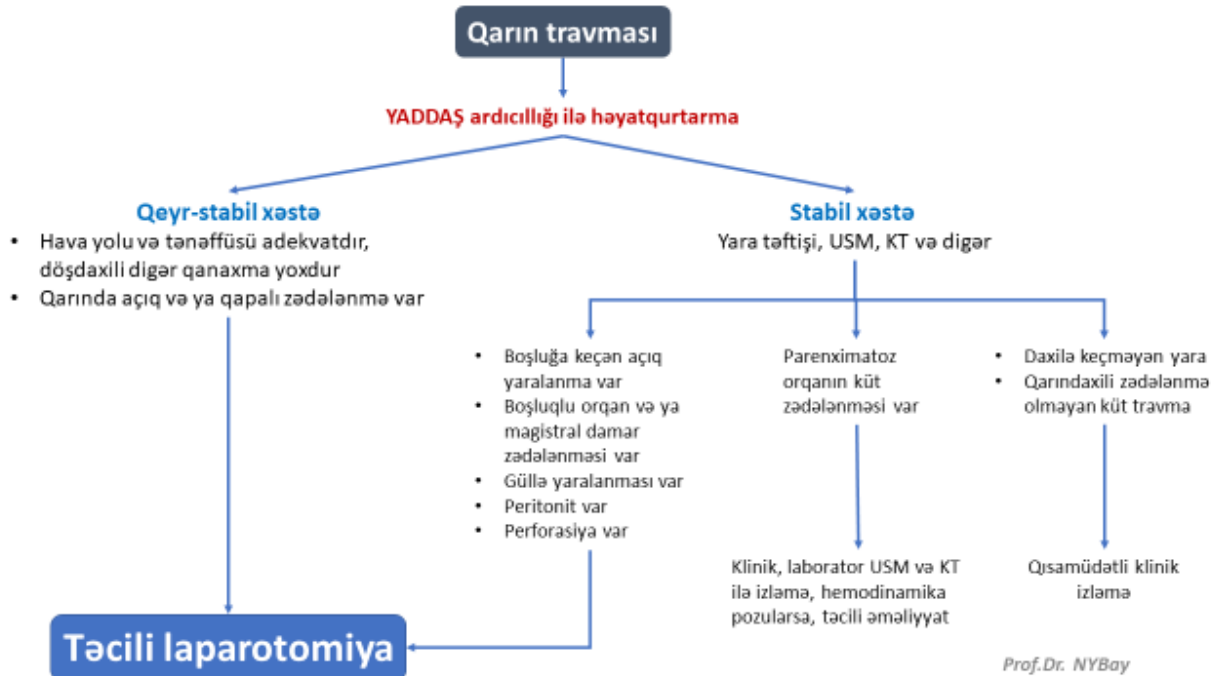
- **Qeyri-stabil xəstə, klinik olaraq qarın zədələnməsi var.** Belə xəstədə qarındaxili qanaxma və ya zədələnmə ehtimalı çox yüksəkdir, ona görə də təcili laparotomiya göstərişdir.
- **Qeyri-stabil, çoxlu zədələnməsi olan** və ilkin infuzion müalicəyə baxmayaraq stabilləşməyən xəstə. Bu xəstələrdə döş boşluğu, qarın boşluğu və çanaq yoxlanılır, USM ilk seçimdir, imkan olarsa KT edilə bilər.

- **Stabil, çoxlu travması olan xəstədə** “gizli” qarındaxili zədələnmələri aşkarlamaq üçün qarın boşluğu KT müayinəsi etmək lazımdır. Belə xəstələrdə KT müayinəsi parenximatoz orqan zədələnmələrinin konservativ müalicəsində (dalaq, qaraciyər) izləmə məqsədi ilə də istifadə edilə bilər.
- **Ayıq, huşu yerində və stabil xəstədə qarında şikayəti yoxdur**, baxmada zədələnmə əlaməti və palpasiyada peritonizm yoxdursa, USM-də (FAST) maye yoxdursa qarındaxili zədələnmə ehtimalı minimumdur.

Laparotomiyaya göstərişlər və əks-göstərişlər

İlkin və ikincili yoxlama nəticəsində bir neçə variant ola bilər (**Şəkil 2**):

- **I variant – təcili laparotomiyaya göstərişləri** olan xəstələr:
 - » hemodinamikası qeyri-stabil, açıq və ya qapalı qarın travması (klinik müayinədə və ya USM-də qarındaxili zədələnməsi var, hava yolu və tənəffüsü adekvatdır, döşdaxili qanaxması yoxdur)
 - » hemodinamikası stabildir, lakin aşağıdakılardan hər hansı biri varsa:
 - küt travmalı xəstələr, klinik, USM və ya kontrastlı KT müayinəsində boşluqlu orqan zədələnməsi və ya magistral damar zədələnməsi var (mərkəzi hematoma)
 - qarın boşluğuna keçən açıq yaralanmalar
 - qarının güllə yaralanmaları
 - travma keçirmiş xəstədə peritonit və perforasiya əlamətləri
- **II variant** – hemodinamikası stabil olan küt travmalı xəstə, klinik, USM və KT müayinəsində boşluqlu orqan zədələnməsi görünür, parenximatoz orqan zədələnməsi var. Bu xəstələri izləmək lazımdır, qanaxma davam edərsə, laparotomiya və ya angiografik müdaxilələr lazımdır.
- **III variant** – ayıq, hemodinamik stabil, klinik və USM ilə qarındaxili zədələnməsi görünməyən küt travmalı və ya qarın boşluğuna keçməyən yaralanma. Bu xəstələri qısamüddətli izləmədən sonra evə buraxmaq olar.



Şəkil. Qarın travmasında yanaşma

Əməliyyat prinsipləri

- Qarın travmalarında orta laparotomiya ilk seçimdir. Lakin stabil xəstələrdə laparoskopiya da tətbiq edilə bilər.
- Əməliyyat vaxtı standart yanaşma ardıcılığı tətbiq olunmalıdır: **əvvəl qanaxma dayandırılır, sonra kontaminasiya aradan qaldırılır**. Bu məqsədlə əvvəl dalaq, qaraciyər və böyük damarlar, sonra mədə, 12bb, nazik bağırsaq, yoğun və düz bağırsaq, genital orqanlar və retroperiton yoxlanılır.
- Qarındaxili qanaxma əvvəl əllə sıxaraq və ya tamponlarla müvəqqəti dayandırılır, sonra daimi hemostaz tədbiri həyata keçirilir (liqasiya, tikiş, bərpa, kauterizasiya, hemostatik vasitələr və s.)
- Əməliyyat vaxtı qanaxmanı daimi dayandırmaq mümkün olmur, stabilləşdirmə tədbiri kimi **zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi** adlanan **üçmərhləli müalicə** tətbiq edilir:
 - » ilk mərhələdə tamponada ilə qanaxma müvəqqəti dayandırılır, bağırsaq kontaminasiyasının qarşısını almaq üçün yaralara müvəqqəti tikiş qoyulur, qarın müvəqqəti tikilir
 - » ikinci mərhələdə 24-48 saat ərzində reanimasiya tədbirlərlə stabilləşdirilir

- » üçüncü mərhələdə qarın təkrar açılaraq tamponlar çıxarılır, daimi hemostaz təmin edilir və orqanlarda bərpa əməliyyatları (işlənmə, rezeksiya, anastomoz) həyata keçirilir.
- Qanaxma dayandırıldıqdan sonra zədələnmələrin xarakteri və ağırlıq dərəcəsi müəyyənləşdirilir və uyğun bərpa tədbirləri həyata keçirilir.

Boşluqlu orqan zədələnmələrində yanaşma

- Xarakterinə görə boşluqlu orqan zədələnmələri hematoma-əzilmə, yaralanma və devaskulyarizasiya şəklində olur. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsi müalicə seçimi və proqnoz üçün önəmlidir.
- Boşluqlu orqandakı zədələnmənin ağırlıq dərəcələrini təyin etmək üçün ***Amerika Travma Cərrahiyyəsi Cəmiyyətinin*** 6 dərəcəli təsnifatından istifadə edilə bilər:
 - » kiçik (I dərəcə) – divarda hematoma və mənfəzə keçməyən yaralanmalar
 - » orta (II dərəcə) – mənfəzə keçən kiçik yaralanmalar (divar çevrəsinin yarısından azını tutan)
 - » ciddi (III dərəcə) – mənfəzə keçən böyük yaralanmalar (divar çevrəsinin yarısından çoxunu tutan)
 - » ağır (IV dərəcə) – divar çevrəsinin tam yaralanması (transseksiya)
 - » kritik (V dərəcə) – seqmentar devaskulyarizasiya
 - » maksimum (VI dərəcə) – orqanın bərpa olunmayan bütöv zədələnməsi
- Boşluqlu orqan zədələnməsində bərpa əməliyyatının birinci məqsədi **qanaxmanı və kontaminasiyanı dayandırmaqdır, funksiyanın bərpası isə adətən ikincidir**. Bu məqsədlə zədələnmənin yerindən və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq aşağıdakı əməliyyatlar icra oluna bilər:
 - » birincili işlənmə, tikiş və ya anastomoz
 - » rezeksiya + anastomoz .
- **Boşluqlu orqan hematomalarını** açmaq, qanaxmanı dayandırmaq, mənfəzə keçib-keçmədiyini və bağırsağın qan təchizatını yoxlamaq lazımdır (qida borusu və 12bb hematomaları bundan istisnadır)
- **Yaralanmalar** birincili işlənir və yara defektinin ölçüsündən asılı olaraq tikiş və ya anastomoz qoyulur. Mənfəzi daraltmamaq üçün yaraların köndələn tikilməsi məsləhətdir. Anastomoz əllə və ya mexaniki alətlərlə qoyula bilər. Əllə tikişlər təqat və ya ikiqat qoyula bilər (sorulan sapla daxili hemostatik, sorulmayan sapla xarici seroz tikişlər). Mədənin vaskulyarizasiyası yüksək olduğu üçün yaralarına ikiqat tikişlər qoyulur.
- **Devaskulyarizasiya** və ya destruksiya olmuş seqmentləri rezeksiya etmək və anastomoz qoymaq lazımdır.
- Tikişin və ya anastomozun **buraxma ehtimalı yüksək** olan bölgələrdə (qida borusu, 12bb və düz bağırsaq) aşağıdakı profilaktik tədbirlər həyata keçirilə bilər:
 - » yamaqlar (plevral, diafraqmal yamaqlar, fundoplikasiya)

- » dekompressiya (hissəvi stoma, drenajlar)
- » defunksiya (proksimal stoma, piloru bağlama, divertikulizasiya)

Parenximatoz orqanların zədələnmələrinə yanaşma

- Parenximatoz orqanların zədələnmələri hematoma-əzilmə, yaralanma və avulsiya şəklində ola bilər.
- Parenximatoz orqanların zədələnmələrində hemostaz ilk və əsas tədbirdir, nekrektomiya və bərpa göstərişə görə aparılır.
- Dalaq və qaraciyər **hematomalarını** açmaq lazım deyil (pankreas hematoması istisnadır), lakin böyük damar zədələnməsi əlamətləri (böyümə, pulsasiya) və ya partlamalarda açmaq və qanayan damarı bağlamaq və ya bərpa etmək lazımdır.
- **Yaralanmalarda** hemostaz etmək lazımdır, **avulsiyalarda** rezeksiya, ektomiya (dalaq) hətta transplantasiya (qaraciyər) aparıla bilər. Pankreas travmalarında axacaq zədələnmələrinə uyğun müalicələr seçilməli, qaraciyər zədələnmələrində isə öd yollarına diqqət edilməlidir.
- Stabil xəstələrdə qaraciyər və dalağın küt travmaları qeyri-operativ izləyə bilər.

Böyük damar zədələnmələrinə yanaşma

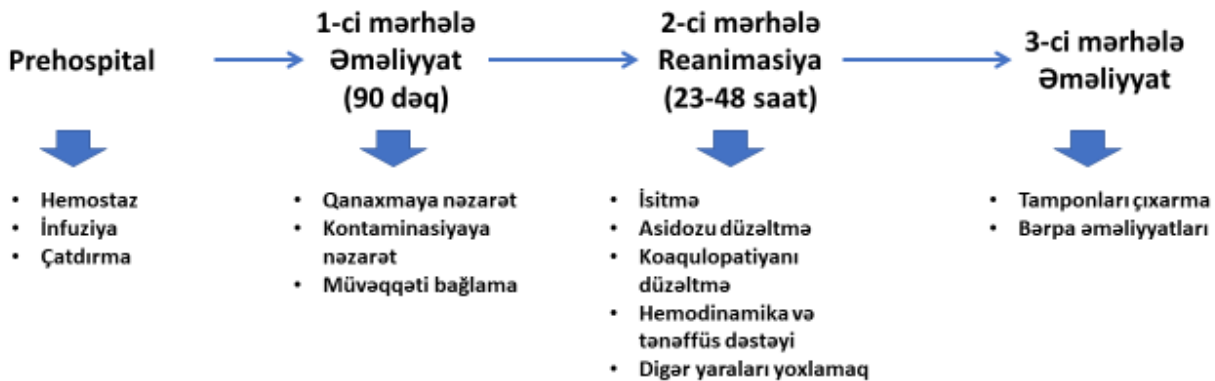
- Böyük damar zədələnmələri qarındaxili qanaxma (açıq yaralanmalar) və ya retroperitoneal hematoma əlamətləri ilə büruzə verir.
- Abdominal damar zədələnmələrində əsas prinsip qanaxmanı dayandırmaq və orqanın qan təchizatını təmin etməkdən ibarətdir (bərpa).
- **Açıq zədələnmələrdə** ilk növbədə müvəqqəti hemostaz, sonra damara giriş və bərpa həyata keçirilir. Müvəqqəti hemostaz üçün tamponada və ya damara proksimal nəzarət (aortaya klemp və ya balon), damarlara girişi təmin etmək üçün visseral orqanların soldan ortaya və ya sağdan ortaya disseksiyası lazım gəlir. Zədələnən damardan asılı olaraq bərpa (tikiş, anastomoz və greft) və ya liqasiya həyata keçirilir.
- Retroperitoneal hematomalara yanaşma prinsipi hematomanın yerləşməsindən asılıdır: mərkəzi hematomaları mütləq açmaq lazımdır, yan və çanaq hematomalarını isə göstərişə görə açmaq lazımdır (qalça və ya böyrək arteriyasının zədələnməsi varsa). Damar zədələnmələrində angioqrafik müdaxilələri, çanaq hematomalarında isə çanaq sümüklərinin fiksasiyasını unutmamaq lazımdır.

Zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi

Özət

Qeyd edildiyi kimi travmalı xəstəyə ümumi yanaşma “əvvəl stabilləşdirmə (həyat qurtarma), sonra anatomik bərpa prinsipi üzərində qurulur. Qarın boşluğu zədələnmələrində stabilləşdirmə

(qeyri-stabil xəstələrdə) və ya bərpa məqsədilə (stabil xəstə) təcili laparotomiya edilir. Əksər hallarda həm hemostaz, həm dekontaminasiya (boşluqlu orqan möhtəviyyatı ekstravazasiyasını aradan qaldırma), həm də bərpa işləmlərini bir əməliyyatda yerinə yetirmək mümkün olur. Lakin bəzi hallarda, xüsusən, koagulopatiya, asidoz və hipotermiyası olan xəstələrdə bu işləmləri bir əməliyyatda etmək mümkün olmur, çünki koagulopatiyalarda qanaxmanı daimi saxlamaq mümkün olmur, bərpa işləmləri isə vaxt alır və xəstənin vəziyyətini daha da pisləşdirir. Belə vəziyyətlərdə standartdan fərqli olan və **zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi** adlanırlan yanaşma tətbiq edilir. Zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsində stabilizasiya və bərpa tədbirləri eyni əməliyyatda yox, üçmərhləli şəkildə aparılır: ilk mərhələdə sürətli cərrahi yolla qanaxma və kontaminasiya müvəqqəti nəzarət altına alınır, sonra reanimasiyada bir neçə saat ərzində stabilləşdirilir, üçüncü mərhələdə isə bərpa əməliyyatları gerçəkləşdirilir. Klinik təcrübə göstərmişdir ki, bu yanaşmanın tətbiqi ilə ağır travmalarda letallığı 77%-dən 11%-ə qədər azaltmaq mümkün olur.



Şəkil. Zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsinin prinsipləri

Göstərişlər

Zədələnməyə nəzarət cərrahiyyəsi (ZNC) ağır, çoxsaylı zədələnmələri və böyük qanıtırmələri olan letallığı yüksək travmalarda tətbiq edilir. Xüsusən, çoxsaylı qarındaxili yaralanmalar, qarındaxili orqan və damar yaralanmaları, qarın, döş və digər bölgələrin müştərək yaralanmalarda tətbiq edilir. Konkret olaraq “ölüm triadası” olan xəstələr ZNC-yə göstəriş sayılır:

- Asidoz
 - pH < 7.2
 - HCO₃ < 15 mEq/L
 - Laktat > 5 mmol/L
- Hipotermiya < 34 C
- Koaqulopatiya
 - PT/aPTT normaldan > %50
 - Massiv transfuziya
 - İntraoperativ infuziya miqdarı > 12 L

Metodikası

ZNC prinsipial olaraq üçmərhələli yardım sistemidir.

1-ci mərhələ

1-ci mərhələ ilkin cərrahi əməliyyat mərhələsidir, əsas işləm təcili olaraq laparotomiya edərək qanaxmanı və kontaminasiyanı dayandırmaqdan və qarını müvəqqəti bağlamaqdan ibarətdir (adətən 90 dəqiqə). Bu mərhələdə bərpa və rekonstruktiv əməliyyat edilmir.

- Təcili olaraq orta kəsiklə laparotomiya edilir
- Parenximatoz orqan qanaxmaları tamponada ilə dayandırılır
- Damar qanaxmalarını dayandırmaq üçün bağlama və ya intraluminal şunt istifadə edilir
- Mədə - bağırsaq yaralanmaları tikilir, nekrotik ilgəklər rezeksiya edilir və uclar tikilir, stoma və ya anastomoz qoyulmur.

Spesifik orqan zədələnmələrinə yanaşmalar

- Qaraciyər zədələnmələrində əvvəl Pringle ilə qanaxma dayandırılır, sonra tamponada ilə dayandırılmağa çalışılır. Dəlib keçən yaralanmalarda Foley kateteri ilə tamponada etmək olar.
- Dalaq yaralanmalarında splenektomiya, tamponada və ya digər hemostatik üsullar tətbiq edilir (yapışqan, torlar, tozlar və s.)
- Böyrək yaralanmalarında nefrektomiya, tikiş istifadə edilə bilər
- MAV yaralanmalarında axacağın zədələnilib-zədələnməməsindən asılı olmayaraq hemostaz və drenaj edilir, təmir edilmir.
- Öd yolları zədələnməsi varsa bağlanılır və ya drenaj edilir
- Arteriya zədələnmələrində:
 - Günəş kötüyü – bağlanılır
 - Böyrək arteriyası – bağlanır və nefrektomiya edilir (əks tərəfdə böyrək varsa)
 - Yuxarı çöz arteriyası – intraluminal şunt (drenaj borusu)
 - Aorta - toraks borusu ilə intraluminal şunt
 - Qalça arteriyaları – intraluminal şunt

- Çanaqda tamponada ilə dayanmayan qanaxma varsa daxili qalça arteriyasında klips
- Vena zədələnmələrində:
 - infrarenal aşağı boş vena, iliak venalar, yuxarı və aşağı mezenterik venalar, həttə portal vena bağlanır.
 - Suprarenal vena yaralanmalarında kateter-tampoanda texnikası istifadə edilə bilər.
- Beyin zədələnmələrində - hematomanın boşaldılması
- Toraks zədələnmələrində - staplərlə və ya sapla tikişlər
- Çanaq zədələnmələrində - pelvik kəmə, eksternal fiksator və tamponada
- Ətraf yaralamalarında – eksternal fiksator, arteriyalarda intraluminal şunt, venaları bağlamaq

2-ci mərhələ

2-ci mərhələdə reanimasiyada stabilləşdirmə və korreksiya tədbirləri həyata keçirilir (24-48 saat):

- Asidozun korreksiyası
- Hipotermiyanın aradan qaldırılması
- Koaqulopatiyanın düzəldilməsi
- Abdominal kompartimentin təqib edilməsi

3-cü mərhələ

3-cü mərhələdə təkrari əməliyyata alınaraq və bərpa-rekonstruktiv əməliyyatlar edilir:

- 24-48 saat sonra əməliyyata alınır və tamponlar çıxarılır
- Qanaxma yeri daimi hemostaz edilir.
- Yaralanmalar yenidən yoxlanılır.
- Bərpa əməliyyatları icra edilir.
- Qarın bağlanır.

Ədəbiyyat

(1),(77–83)

ƏDƏBİYYAT

1. Bayramov NY, Abbasov AH, Aslanova KD, Əhmədov Ə M, Əhmədov FF, Əliyev EA, et al. Cərrahi xəstəliklər. 2-ci nəşr. 2nd ed. Bayramov NY, editor. Baku: Azərbaycan Tibb Universiteti; 2019. 2163 p.
2. Fuchs KH, Babic B, Breithaupt W, Dallemagne B, Fingerhut A, Furnee E, et al. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surgical Endoscopy*. 2014;28(6):1753–73.
3. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2017;51(6):467–78.
4. ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE B, Qumsey B, Sultan S, Bain P, Jamil L, Jacobson B, et al. ASGE guideline on screening and surveillance of Barrett's esophagus. *Gastrointestinal endoscopy* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Jun 25];90(3):335-359.e2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31439127>
5. Zaninotto G, Bennett C, Boeckstaens G, Costantini M, Ferguson MK, Pandolfino JE, et al. The 2018 ISDE Achalasia guidelines. *Diseases of the Esophagus*. 2018;31(9):1–29.
6. NCCN Guidelines Panel. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers v. 2.2018. Nccn [Internet]. 2017; Available from: <https://www.dropbox.com/s/zz62u2s3oy0p2zm/esophagealNCCN.pdf?dl=0>
7. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2019;14(1):1–15.
8. Liu LWC, Andrews CN, Armstrong D, Diamant N, Jaffer N, Lazarescu A, et al. Clinical Practice Guidelines for the Assessment of Uninvestigated Esophageal Dysphagia. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2018;1(1):5–19.
9. Article S. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*. 2020;2018(0123456789).
10. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15(1):1–24.
11. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2017;112(2):212–38.
12. Casali PG, Abecassis N, Bauer S, Biagini R, Bielack S, Bonvalot S, et al. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2018;29(May):iv68–78.
13. (UK) NGA. Oesophago-gastric cancer: Assessment and management in adults. NICE

- Guideline. 2018;(January 2018).
14. Stanley W Ashley M. Postgastrectomy Complications. Up-to-date. 2020;
 15. NCCN. Gastric Cancer. NCCN. 2020;
 16. Nimish B Vakil. Overview of complications of peptic ulcer disease. Up-to-date. 2020;
 17. Mathis KL, Farley DR. Operative management of symptomatic duodenal diverticula. American Journal of Surgery. 2007 Mar;193(3):305–9.
 18. Sahned J, Hung Fong S, Mohammed Saeed D, Misra S, Park IS. Duodenal Diverticulitis: To Operate or Not To Operate? Cureus. 2019;11(11):1–5.
 19. Moysidis M, Paramythiotis D, Karakatsanis A, Amanatidou E, Psoma E, Mavropoulou X, et al. The challenging diagnosis and treatment of duodenal diverticulum perforation: a report of two cases. BMC gastroenterology. 2020 Jan;20(1):5.
 20. Sherry Scovell. Superior mesenteric artery syndrome. Up-to-date. 2020;
 21. Ryan DP, Tanabe KK. Ampullary carcinoma: Treatment and prognosis <http://www.uptodate.com/contents/ampullary-car...> 2016;1–28.
 22. DePeralta DK, Ferrone CR. Chapter 63 - Duodenal adenocarcinoma. Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas: Sixth Edition. 2016;1–2:988-991.e1.
 23. Bayramov NY. Təcili abdominal cərrahiyyədə müayinə və müalicə qaydaları. Baku: Qismət, Azərbaycan Tibb Universiteti; 2009. 138 p.
 24. Bayramov NY, Rüstəm Ə.M., Zeynalov BM. Nazik bağırsağın cərrahi xəstəlikləri. Bayramov NY, editor. Baku: Təbib, Azərbaycan Tibb Universiteti; 2016. 173 p.
 25. Lichtenstein GR, Loftus E V., Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. American Journal of Gastroenterology. 2018;113(4):481–517.
 26. Lamont JT. Management of the short bowel syndrome in adults. 2011;1–15.
 27. ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffl WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2018;13(1):1–13.
 28. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen Y-J, Ciombor KK, et al. Small Bowel Adenocarcinoma, Version 1.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2019 Sep;17(9):1109–33.
 29. Smith LA, Barker DE, Chase CW, Somberg LB, Brock WB, Burns RP, et al. Enterocutaneous and enteroatmospheric fistulas - UpToDate. 2019 [Internet]. 2019;63(12):1–26. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/enterocutaneous-and-enteroatmospheric->

- fistulas/print%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9393260%5Cnhttp://proquest.umi.com/pdf/6b24bf16a30c27e938cba2b4a008e3e0/1291418302//share3/pqimage/pqirs103v/201012031748/21770/651
30. Merritt RJ, Cohran V, Raphael BP, Sentongo T, Volpert D, Warner BW, et al. Intestinal Rehabilitation Programs in the Management of Pediatric Intestinal Failure and Short Bowel Syndrome. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2017;65(5):588–96.
 31. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations. *World Journal of Surgery*. 2013;37(2):259–84.
 32. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, Siddique SM, Falck-Ytter Y, Singh S, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1450–61.
 33. Al B. Benson, Venook AP, Al-Hawary MM, Mwanzi SA, Al EN et. Colon Cancer Colon Cancer. *NCCN Harmonized Guidelines™ for Sub-Saharan Africa - Colon Cancer*. 2018;Version 2.(Colon Cancer):1–5.
 34. Treatment S. SSAT patient care guidelines: Surgical treatment of cancer of the colon or rectum. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2007;11(9):1200–2.
 35. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15(1):1–18.
 36. Peppercorn MA, Farrell RJ. Management of the hospitalized adult patient with severe ulcerative colitis. *UpToDate* [Internet]. 2020;1–26. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-hospitalized-adult-patient-with-severe-ulcerative-colitis>
 37. Anderson BO, Smith M Lou. *Practice Guidelines in Oncology. Cancer*. 2008;
 38. Bortlík M, Lukáš M. Toxic megacolon. *Casopis lékařů českých*. 2001;140(20):619–23.
 39. Mittal R, Chandramohan A, Moran B. Pseudomyxoma peritonei: natural history and treatment. *International Journal of Hyperthermia*. 2017;33(5):511–9.
 40. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15(1):1–42.
 41. Bayramov NY. *Portal hipertenziya*. Baku: Azərbaycan Tibb Universiteti; 2007. 138 p.
 42. Yılmaz S, Bayramov NY, Kayaalp C, Məmmədov R, Novruzov N. *Canlıdan qaraciyər transplantasiyasında əməliyyatdan əvvəl və sonrakı müayinə və müalicə qaydaları*. Baku: Qismət, Azərbaycan Tibb Universiteti; 2012. 132 p.

43. Bayramov NY. Qaraciyərin cərrahi xəstəlikləri. Bakı: Qismət, Azərbaycan Tibb Universiteti; 2012. 327 p.
44. Abbasoğlu O. Karaciger, Safra Yolları ve Pankreas Cerrahisi. Türk HPB Cerrahi Derneği. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 2019.
45. Association E. EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. Journal of Hepatology [Internet]. 2017;66(5):1047–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.12.003>
46. Galle PR, Forner A, Llovet JM, Mazzaferro V, Piscaglia F, Raoul JL, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. Journal of Hepatology [Internet]. 2018;69(1):182–236. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.019>
47. Omata M, Cheng AL, Kokudo N, Kudo M, Lee JM, Jia J, et al. Asia–Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma: a 2017 update. Hepatology International. 2017;11(4):317–70.
48. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic Encephalopathy in Chronic Liver Disease: 2014 Practice Guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases. Journal of Hepatology [Internet]. 2014;61(3):642–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>
49. DeLeve LD, Valla DC, Garcia-Tsao G. Vascular disorders of the liver. Hepatology. 2009;49(5):1729–64.
50. Hirschfield GM, Beuers U, Corpechot C, Invernizzi P, Jones D, Marziani M, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. Journal of Hepatology [Internet]. 2017;67(1):145–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2017.03.022>
51. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. Journal of hepatology. 2016 Aug;65(2):386–98.
52. Bayramov NY. Öd yollarının cərrahi xəstəlikləri. Ankara: Azərbaycan Tibb Universiteti; 2004. 333 p.
53. Sayek İ. Sayek Temel Cerrahi 1-2. 4-cü baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.
54. Lammert F, Acalovschi M, Ercolani G, van Erpecum KJ, Gurusamy KS, van Laarhoven CJ, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. Journal of Hepatology [Internet]. 2016;65(1):146–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005>
55. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). Vol. 25, Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. Japan; 2018. p. 17–30.

56. Overby DW, Apelgren KN, Richardson W, Fanelli R. SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. *Surgical Endoscopy*. 2010;24(10):2368–86.
57. Snyder RA, Vauthey JN. Hepatobiliary cancers. *The MD Anderson Surgical Oncology Handbook, Sixth Edition*. 2018;357–97.
58. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):41–54.
59. Bayramov NYNY. Mədəaltı vəzin cərrahi xəstəlikləri. Ankara: Azərbaycan Tibb Universiteti; 2002. 225 p.
60. Gardner TB, Adler DG, Forsmark CE, Sauer BG, Taylor JR, Whitcomb DC. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis. *The American journal of gastroenterology*. 2020;115(3):322–39.
61. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. Directrices WSES 2019 para el tratamiento de la pancreatitis aguda grave. 2019;0:1–20.
62. Abbott DE. Pancreatic adenocarcinoma. *Complex General Surgical Oncology: A Case-Based Approach*. 2014;2:129–41.
63. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood advances*. 2019 Dec;3(23):3829–66.
64. Bona AR. Evaluation of splenomegaly and other splenic disorders in adults - UpToDate. 2020;1–50.
65. The World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. Intra-abdominal Hypertension and the Abdominal Compartment Syndrome: Updated Consensus Definitions and Clinical Practice Guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. :55.
66. Genuit T, Napolitano L, Jacocks A, Talavera F, Morris DL, Zamboni P. Peritonitis and Abdominal Sepsis. *Continuing Education*. 2005;44:1–44.
67. Roufosse F, Klion AD, Weller PF, Connor RF. Overview of gastrointestinal tract perforation - UpToDate. 2016;1–21.
68. International guidelines for groin hernia management. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*. 2018 Feb;22(1):1–165.
69. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive Surgery*. 2015;32(1):23–31.
70. Kendall JL, Moreira ME. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency

department Authors. 2010;1–33.

71. John R Saltzman, MD, FACP, FACG, FASGE A. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate. UpToDate [Internet]. 2019;(table 1):1–43. Available from: [https://crai.referencistas.com:2069/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?source=history_widget%0Ahttps://nebulosa.icesi.edu.co:2104/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?sectionName=Bleeding m](https://crai.referencistas.com:2069/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?source=history_widget%0Ahttps://nebulosa.icesi.edu.co:2104/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?sectionName=Bleeding%20m)
72. Strate LL, Gralnek IM. ACG clinical guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *American Journal of Gastroenterology*. 2016;111(4):459–74.
73. Strate L. Approach to acute lower gastrointestinal bleeding in adults. UpToDate [Internet]. 2015;1–16. Available from: www.uptodate.com
74. Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, Fried M, et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*. 2018;10(6):597–632.
75. Nightingale CE, Margaron MP, Shearer E, Redman JW, Lucas DN, Cousins JM, et al. Perioperative management of the obese surgical patient 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia. *Anaesthesia*. 2015;70(7):859–76.
76. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Timothy Garvey W, Hurley DL, Molly McMahon M, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Endocrine Practice. *Endocrine Practice*. 2013;19(2):337–72.
77. Trauma EA for the S of. Trauma guidelines. Available from: <https://www.east.org/education/practice-management-guidelines/category/trauma>
78. Eastern Association for the Surgery of Trauma. Trauma guidelines. Available from: <https://www.east.org/education/practice-management-guidelines/category/trauma>
79. Bouzat P, Valdenaire G, Gauss T, Charbit J, Arvieux C, Balandraud P, et al. Early management of severe abdominal trauma. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine*. 2020;39(2):269–77.
80. Cannon JW, Khan MA, Raja AS, Cohen MJ, Como JJ, Cotton BA, et al. Damage control resuscitation in patients with severe traumatic hemorrhage: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017;82(3):605–17.
81. Barton RG, Cerra FB. Initial management of trauma. *Postgraduate Medicine*. 1990;88(5):83–90.

82. NICE. Recommendations | Major trauma: assessment and initial management | Guidance | NICE. 2016;(February). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG39/chapter/Recommendations#management-of-haemorrhage-in-prehospital-and-hospital-settings>
83. National Clinical Guideline Centre, Brohi K, Fitzsimmons C, Hughes S, Jarma H, Lee R, et al. Major trauma: assessment and initial management. NICE Guideline. 2016;39(February):115–85.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurasının 25 dekabr 2019 tarixli 30 nömrəli qərarı ilə metodik tövsiyə kimi təsdiq edilmişdir.

Kitab www.bck.az saytında yerləşdirilmişdir.

Əlçatanlıq sərbəstdir.

DOI 10.25045/k.nurubay.abcqayd-1

ISBN ISBN: 9789952536270