

Seminar 10

MƏDƏALTI VƏZİ TRAVMALARI

Tezislər

1. MAV travmaları abdominal zədələnmələr arasında az (2%) rast gəlinir, daha çox açıq (2/3) xarakterli olur və digər orqanların zədələnməsi ilə müşayiət olunur.
2. MAV zədələnməsinin spesifik klinik əlaməti yoxdur. Qanaxma, şok, peritonit ən çox rast gəlinən əlamətlərdir. İstənilən açıq və qapalı qarın travmalarında MAV zədələnməsi unudulmamalıdır.
3. Açıq travmalarda MAV zədələnməsi laparotomiyada müəyyən olunur. Qapalı travmalarda MAV zədələnməsini müəyyənləşdirmək üçün aralıqlı KT və amilaza təyini önəmli yer tutur.
4. Parenxima, axacaq və ətraf orqan zədələnməsinə əsaslanaraq MAV travmalarının 4 ağırlıq dərəcəsi təyin olunur:
 - I dərəcə zədələnmə - kapsula zədələnmir, parenximada kiçik (< 2 SM) hematoma
 - II dərəcə zədələnmə - kapsul və parenximada zədələnmə var, axacaq zədələnməyib
 - III dərəcə zədələnmə - axacaq zədələnməmişdir
 - IV dərəcə zədələnmə - pankreas başı geniş və 12bb zədələnməsi var
5. MAV travmalarının müalicəsində hemostaz, debridment, axacaq və yara drenajı əsas prinsiplərdir. Müalicə üsulunun seçilməsində zədələnmə növü (açıq, qapalı) və dərəcəsi əsas götürülür.
6. Açıq travmaların əksəriyyəti, qapalı travmalarda hemodinamikası qeyri-stabil, KT-də böyük və artan hematoma, peripankreatik maye kolleksiyonu, peritonit, psevdokist, abses, digər orqanların zədələnməsi inkar edilməyən hallar əməliyyata göstərişdir.
7. I və II dərəcəli yaralanmalarda zədələnmə bölgəsi drenaj edilir. III dərəcəli zədələnmələrdə distal pankreatektomiya və ya Ru-tipli pankreatoyeyunostomiya tövsiyyə edilir. IV dərəcəli zədələnmələrdə isə MAV və 12bb

zədələnmələrinin müalicə prinsipləri rəhbər tutularaq (debuidment, axacaq və yara drenajı, yara tikilməsi, dekompressiya, bağırsağa axının kəsilməsi) yamaq, 3-4-lü drenaj, ekskluziya, divertikulizasiya və ya PDR aparılır.

8. ERXPQ vaxtı zədələnmələrdə erkən əməliyyat sağalma ehtimalını artırır.

MAV travmaları abdominal zədələnmələr arasında 2% halda rast gəlinir. Zədələnmələrin 2/3-sini açıq, 1/3-ni isə qapalı travmalar təşkil edir. MAV travmaları adətən çoxlu orqan zədələnmələri ilə birlikdə rast gəlinir və xəstələrdə pankreasla yanaşı təxminən 3-4 orqan zədələnir. Açıq travmalarda letallıq 5-15%, atəşli silah yaralanmalarında və qapalı travmalarda isə 50%-ə qədər çatır. Ölüm başlıca olaraq erkən dövrdə qanaxmaya, gec dövrlərdə isə intraabdominal infeksiyaya bağlıdır.

KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİ

Açıq travmalar **qanaxma, hipovolemiya və peritonit** əlamətləri ilə bürüzə verirlər. Qapalı travmaların əlamətləri zədələnmənin dərəcəsinə və sayından asılı olaraq dəyişir. Yüngül, izolə zədələnmələr epigastral ağrı və zəif gərginliklə bürüzə verdikləri halda, ağır, çoxsaylı zədələnmələrdə qanaxma, şok, peritonit simptomları ortaya çıxır. **Bir sözlə, pankreas zədələnməsinin spesifik klinik əlaməti yoxdur. İstənilən açıq və qapalı qarın travmalarında MAV zədələnməsi unudulmamalıdır.**

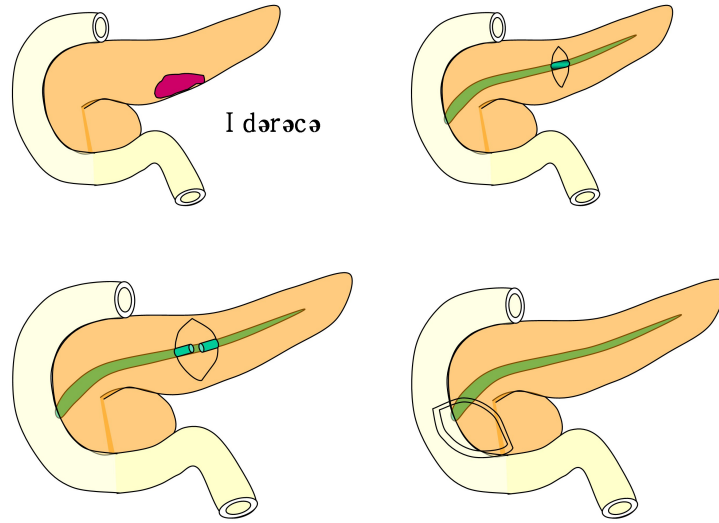
DİAQNNOZU

Diaqnostikada 3 əsas məsələ həll edilməlidir:

1. Pankreas zədələnməsi varmı?
2. Zədələnmə dərəcəsi nədir?
3. Ətraf orqan zədələnməsi varmı?

Açıq travmalarda adətən laparotomiya və təftiş olunduğu üçün MAV zədələnməsini təyin etmək çətinlik törətmir. Əsas çətinlik qapalı travmalar vaxtı MAV zədələnməsinin təyiniyədir. Vaxtaşırı **amilaza təyini və KT** qapalı pankreas travmalarında ən önəmli vasitələrdir.

Amilaza artışı pankreas zədələnməsi üçün spesifik deyil, digər orqan zədələnmələrində də arta bilər. Hətta açıq zədələnmələrdə normal ola bilər. Lakin pankreas zədələnmələrində amilazanın gedərək artması daha xarakterikdir. KT pankreas zədələnməsini və ətraf orqanların vəziyyətini göstərməkdə həssas üsuldür. Lakin erkən dövrdə kiçik zədələnmələr görünməyə bilər.



Şəkil 1. MAV travmalarının ağırlıq dərəcələri

Ona görə də KT aralıqlarla bir neçə dəfə aparılmalıdır. Pankreas ətrafı hematoma, maye yığılması, psevdokist olması MAV zədələnməsini göstərir. USM pankreas zədələnməsini göstərmədə az həssasdır.

Zədələnmə dərəcəsini təyin etmək üçün **axacağın vəziyyəti, parenximada destruksiya miqdarı və ətraf orqanlardakı zədələnmə** müəyyən olunmalıdır. Axacağı qiymətləndirmək üçün əməliyyatın dövründə ERXPQ və MRT pankreatografiya, əməliyyat vaxtı isə intraoperativ pankreatografiya aparıla bilər. Lakin erkən dövrdə ERXPQ məsləhət görülmür. Ətraf orqanların zədələnməsi və parenxima destruksiyası KT və MRT ilə təyin oluna bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, zədələnmə dərəcəsinin dəqiq tə'yini əməliyyat vaxtı mümkün olur. Pankreas Koxer manevri və alt hissəsinin peritonu kəsilərək, dalaq sərbəstləşdirilərək tam əldə edilir və yoxlanılır.

AĞIRLIQ DƏRƏCƏLƏRİ

Pankreas zədələnmələrinin müxtəlif ağırlıq dərəcələri təklif edilmişdir. Ən çox istifadə olunan və praktik əhəmiyyət daşıyanların əsasında parenxima zədələnmə dərəcəsi, axacaq zədələnməsi və yaxın orqan, xüsusən 12 barmaq bağırsağın zədələnməsi durur (**Şəkil 1**). Bu göstəricilərə əsasən pankreas zədələnməsi 4 dərəcəyə bölünür:

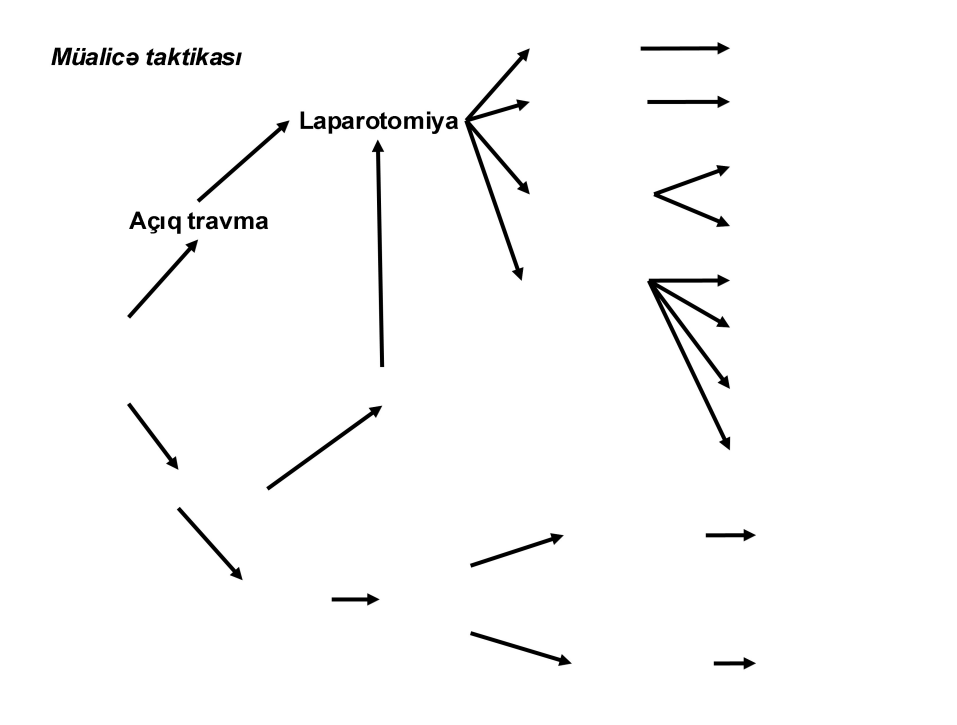
I dərəcə zədələnmə - kapsula zədələnmir, parenximada kiçik (<2 sm) hematoma

II dərəcə zədələnmə - kapsul və parenximada zədələnmə var, axacaq zədələnməyib

III dərəcə zədələnmə - axacaq zədələnməmişdir

IV dərəcə zədələnmə - pankreas başı geniş və 12bb zədələnməsi var

Pankreas zədələnmələrinin 2/3-si I-II dərəcəli olur.



Şəkil 2. MAV travmalarının müalicə taktikası

MÜALİCƏSİ

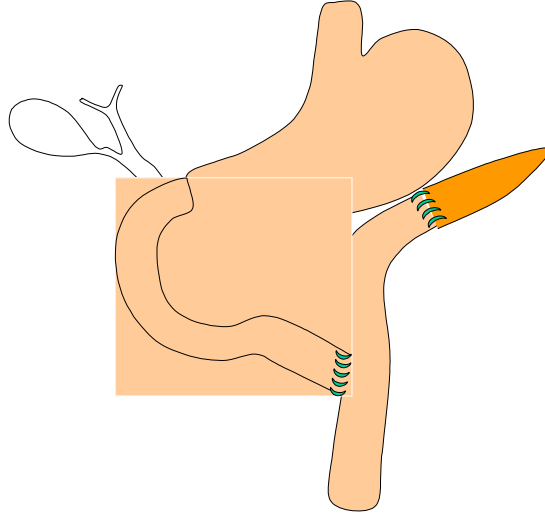
Pankreas zədələnməsində əsas prinsip qanaxmanı dayandırma devitalizə toxumalarının götürülməsi, axacaq sisteminin yetərli drenajı, yara drenajıdır. Bu prinsipləri həyata keçirmək üçün müxtəlif üsullar mövcuddur və hansı üsulun seçilməsi xəstənin vəziyyətindən, zədələnmənin növü və dərəcəsindən asılıdır (Şəkil 2).

Qapalı MAV travmasında xəstənin vəziyyəti stabildirsə və pisləşmə, xüsusən hemodinamik və aralıqlı KT-də ciddi dəyişiklik yoxdursa 5-7 gün müşahidə altında saxlanılmalıdır. Bu müddət ərzində ağırlaşmalar - psevdokist, infeksiya ortaya çıxarsa cərrahi müalicə edilir. Qapalı travmada xəstənin vəziyyəti stabil deyilsə və gedərək pisləşmə, peritonit əlamətləri qeyd edilirsə xəstə təcili əməliyyat olunmalıdır. Açıq travmalarda isə xəstələr adətən təcili laparotomiya edilməlidirlər. Ümumiyyətlə pankreas travmalarında əməliyyata göstərişlər aşağıdakılardır:

1. Açıq travmalar

2. Qapalı travmalarda:

- Hemodinamikası qeyri-stabil xəstələr
- KT-də böyük və ya artan hematoma olan xəstələr
- KT-də pankreas ətrafı maye kolleksiyonu olan və ya artan xəstələr
- Ağırlaşmalar - peritonit, psevdokist, abses meydana çıxan xəstələr
- Digər orqanların, xüsusən boşluqlu orqanların zədələnməsi inkar edilmədikdə



Şəkil 3. MAV proksimal axacaq yaralanmalarında axacağın proksimalı bağlanır, distal hissə ilə bağırsaq arasında pankreatoyeyunoanastomoz qoyulur

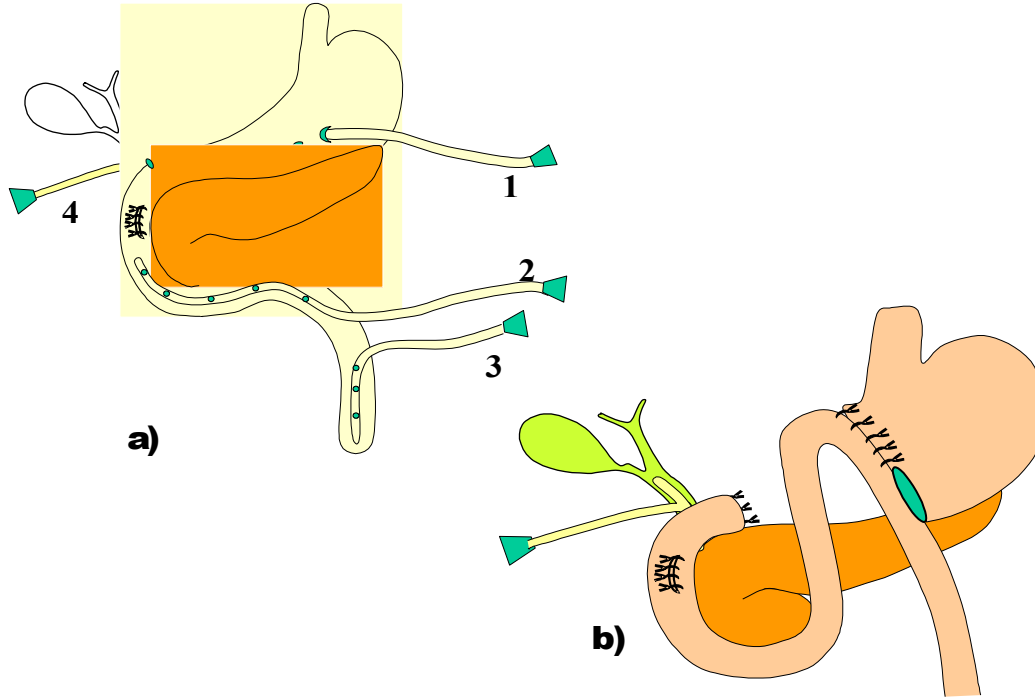
Laparotomiya vaxtı ilk növbədə qanaxma dayandırılır. Sonra pankreas və ətraf orqanlar diqqətli təftiş edilməlidir. Bunun üçün Koxer manevri və gastrokolik bağ kəsilərək vəzi geniş görünməlidir. Pankreas bölgəsindəki bütün hematoma açılmalı, qanaxan damar bağlanmalı və ya təmir edilməlidir. Çünki pankreas arxasında bir çox böyük və orta damarlar var ki, hematoma bunların zədələnməsinin göstəricisi ola bilər. Hematoma açıldıqdan və qanaxma dayandırıldıqdan sonra pankreas və yaxın orqanlardakı zədələnmənin dərəcəsi təyin edilir. Bundan sonrakı cərrahi müalicənin tərkibi zədələnmə dərəcəsindən asılıdır.

I dərəcəli zədələnmələrdə, varsa devitalizasiya olunmuş toxumalar çıxarılır və yara bölgəsi drenaj edilir.

II dərəcəli yaralanmalarda qanaxma dayandırıldıqdan, devitalizə toxumalar ehtiyatla çıxarıldıqdan sonra yara bölgəsi drenaj olunur. Sorucu drenajların istifadəsi daha məqsədəuyğundur.

III dərəcəli yaralanmalarda axacaq zədələnməsi olduğunu nəzərə alaraq əsas tədbir axacağın yetərli drenajının təmin edilməsidir. Seçiləcək müalicə üsulu zədələnmə yerindən asılı olaraq dəyişir. Zədələnmə cisim və quyruq nahiyəsində olarsa distal pankreatektomiya edilir, proksimal uc isə bağlanır. Zədələnmə yuxarı çöz venasından sağda yerləşdikdə isə, ya distal pankreatektomiya və proksimal ucun bağlanması aparılır, ya da proksimal uc bağlanır, distal hissə ilə nazik bağırsaq arasında Ru tipli pankreatoyeyunoanastomoz qoyulur (**Şəkil 3**). Sonuncu əməliyyat vəzi parenximasını qoruyur, lakin vaxt aparır, anastomoz sayını artırır. Ona görə də bu üsul stabil, əlavə yaralanması olmayan xəstələrdə tövsiyə edilə bilər.

IV dərəcəli yaralanmalarda pankreasla yanaşı 12bb yaralanması olduğu üçün hər iki orqanın zədələnmə dərəcəsi və müalicə prinsipləri nəzərə alınmalıdır.



Şəkil 4. Pankreatoduodenal yaralanmalarda 3-4-lü drenaj (a) və divertikulizasiya (b)

Pankreas zədələnməsində parenxima debridmenti və axacaq drenajı yerinə yetirilir. 12bb yaralanmalarında isə defektin bərpası, bağırsağın dekompressiyası və ona gələn mayelərin öd, mədə şirəsinin kəsilməsi əsas prinsipdir. Hazırda 1V dərəcəli yaralanmalarda bir neçə üsul təklif edilmişdir.

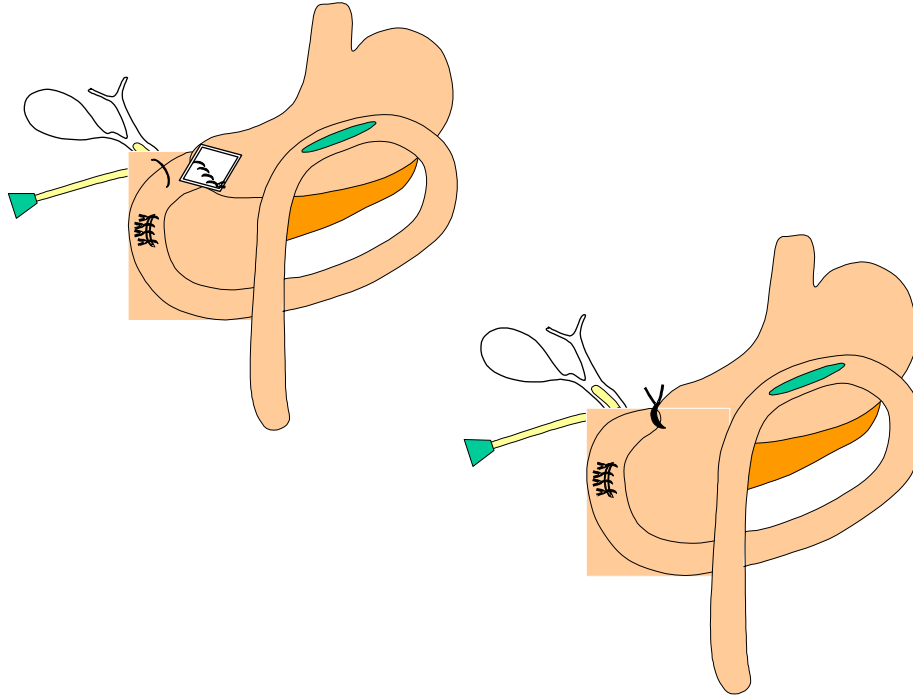
Yamaq metodu

12bb yarası nazik bağırsaqdan hazırlanmış yamaqla (duodenoyeyunostomiya) örtülür, Pankreas bölgəsi drenaj edilir. Yamaq həm defekti örtür, həm də 12bb-ğın dekompressiyasını edir.

"Üçlü və ya dördlü stoma" metodu (Şəkil 4a). 12bb yarası tikilir, 3 və ya 4 stoma qoyulur: qastrostoma, retroqrad yeyunostomiya - 12bb dekompressiyası üçün, anteqrad yeyunostomiya - qidalandırma üçün. Bunlara xoledox "T" drenajı da əlavə edilə bilər.

Ekskluziya və ya divertikulizasiya metodu.

Bu üsulda mədə ilə 12bb arasında əlaqə müvəqqəti (ekskluziya) və ya daimi (divertikulizasiya) kəsilir, qastroenteroanastomoz qoyulur. Divertikulizasiyada pilor və antrum rezeksiya edilir. 12bb yarası tikilir, duodenostomiya və xoledoxa "T" drenaj qoyulur (Şəkil 4b). Ekskluziyada qastrotomik yaradan pilora büzməli tikiş qoyulur (Şəkil 5). Pankreas bölgəsi drenaj edilir.



Şəkil 5. 12bb yaralanmalarında eksklüziya əməliyyatı

Pankreatoduodenal rezeksiya.

Klassik (pilorotrümektomiya) və ya pilorqoruyucu şəkildə aparılır. Bu ağır və travmatik üsuldür, ölüm faizi 50%-ə qədərdir (planlı əməliyyatlarda 5%-dən azdır). Ona görə də PDR yalnız başqa üsulları istifadə etmək mümkün olmadıqda, xüsusən 12bb və MAV başının ağır zədələnmələrində həyata keçirilməlidir. PDR-ə göstərişlər: MAV başının geniş destruksiyası, ampulanın ağır zədələnmələri, 12bb bərpası mümkün olmayan travmaları, xolebox və pankreas axacağıının ampula səviyyəsində avulsiyası (tam kəsilməsi) və 12bb və ya mədəaltı başından ağır qanaxmalar. Bir sözlə, PDR 12bb , MAV başı və ampulanın bərpası spontan və ya cərrahi yolla mümkün olmayan, (geniş destruksiya, avulsiya) həyati təhlükəsi yüksək olan (qanaxma) zədələnmələrdə uyğun görülür.

ERXPQ VAXTI DUODENAL YARALANMALARIN DIAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

ERXPQ öd yolları və pankreas xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsində ən önəmli bir metoddur. Lakin bu üsul 10% hallarda ağırlaşmaya, 1-1, 5% hallarda isə ölümə səbəb ola bilər. Ağırlaşmalar arasında (qanaxma, pankreatit, xolangit) ən ağırı sayılan perforasiya 1% halda rast gələ bilər və 15-20% halda ölüm törədə bilər. Perforasiya endoskopiya və ya istifadə olunan alətlər tərəfindən törədilə bilər.

Təsnifatı.

ERXPQ vaxtı baş verən perforasiyanın anatomik yerləşməsinə görə 4 növü, ağırlığına görə isə 2 ağırlıq dərəcəsi müəyyən edilir.

Anatomik yerləşməsinə görə aşağıdakı perforasiya növləri qeyd edilir.

I növ - yalançı perforasiya adlanır. Retropinitoral sahədə kiçik hava qeyd edilir. Havanın bağırsaqdan diffuziya ilə keçdiyi ehtimal olunur, həqiqi perforasiya sayılmır və xüsusi müalicə tələb etmir.

II növ - ampula bölgəsinin zədələnməsi. Bu yaralanmalar kiçik olarsa 50-60% hallarda spontan sağala bilirlər. Böyük yaralanmaların isə spontan sağalma ehtimalı azdır.

III növ - xoledox distal səviyəsində yaralanma. Bu növ yaralanmalar kiçik olarsa spontan bağlana bilirlər (50%), böyük yaralanmalar isə mütləq cərrahi əməliyyat tələb edirlər.

IV növ - 12bb ön və yan divarlarının perforasiyası. Bu yaralanmaların ölçüsündən asılı olmayaraq spontan bağlanma ehtimalı çox azdır, təcili əməliyyat tələb olunur.

Ağırlıq dərəcəsi başlıca olaraq zədələnmənin ölçüsü ilə əlaqəlidir. Bunu isə əməliyyatdan əvvəl kontrastlı müayinə və KT ilə dəqiqləşdirmək mümkündür.

Böyük yaralanma

Kontrast mənfəzdən kənara çıxır və 1 dəq müşahidədən sonra davam edir və ya KT-də retroperitoneal və ya intraperitoneal maye təyin edilir və ya peritonda çoxlu sərbəst qaz, retroperitonda dərialtında hətta mediastinumda geniş emfizema təyin edilir. Böyük yaralanmalar spontan sağala bilmirlər, cərrahi əməliyyat tələb olunur.

Kiçik yaralanmalar: Mənfəzdən kənara çıxan kontrast 1 dəq ərzində itir, KT-də maye yığılması, sərbəst qaz və emfizema təyin edilmir. Bu yaralanmaların II və III növü 50-60% hallarda spontan sağala bilir, IV növü (ön-yan duodenum) isə spontan sağalma imkanı çox azdır.

Gedişi

Yaralanma vaxtında müalicə olunmadıqda 12bb ətrafında iltihabın baş verməsinə gətirib çıxarır. Bu lokal peritonit, retroperitoneal maye, hepatoduodenal bağı ödəmi şəkilində ortaya çıxır. Perforasiya spontan qapanmadıqda (böyük yaralanma, kiçik yaralanmanın IV növü və bəzi II, III tip yaralanmalar) bağırsaq möhtəviyyatının kənanaçıxması davam edir, perifokal kimyəvi iltihaba infeksiyon proses qoşulur. İltihabi prosesin genişlənməsi nəticəsində tipik proses: ***“perforasiya →kimyəvi iltihab→yayılmış peritonit, retroperitoneal fleqmona,***

abses, hepatoduodenal bağıın ödemi” baş verir. Peritonit və ya retroperitoneal iltihab perforasiyadan 6 saat sonra baş verir, və müalicə nəticələrinə ciddi mənfi təsir göstərir. Ona görə də perforasiyaların erkən dövrdə müəyyənləşdirilməsi və müalicəsi sağalma imkanını artırır.

Kiçik yaralanmalar qapanarsa iltihabi proses genişlənmir və böyük iltihabi proses baş vermir.

Diaqnostikası.

Bağırsağın perforasiyasına şübhə adətən ERXPQ vaxtı epdoskopist tərəfindən müəyyən edilir. Böyük divertikul hesab edilən hallar bəzən perforasiyanın özü olur. Kontrastın kənara çıxma görüntüsü, daş pərçimlənməsi, 12bb ətrafında qaz, emfizema görüntüləri ciddi əlamətlərdir. Belə hallarda xəstədə perforasiyanın olub olmadığı mütləq dəqiqləşdirilməlidir.

Kontrastın mənfəzdən kənara çıxması, KT-da tutan və intra – və ya retroperitoneal maye toplanması, geniş retroperitoneal, dərialtı, mediastinal emfizema və periton boşluğunda sərbəst hava perforasiyanı göstərən erkən əlamətlərdir. Peritonit əlaməti gec ortaya çıxar, leykositoz və hərarət (xolangit, pankreatit) spesifik deyildir, çünki xolangit və pankreatitdə də qorunə bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, erkən dövrdə peritonit əlamətləri perforasiyanı göstərir, lakin peritonitin olmaması perforasiyanı inkar etmir.

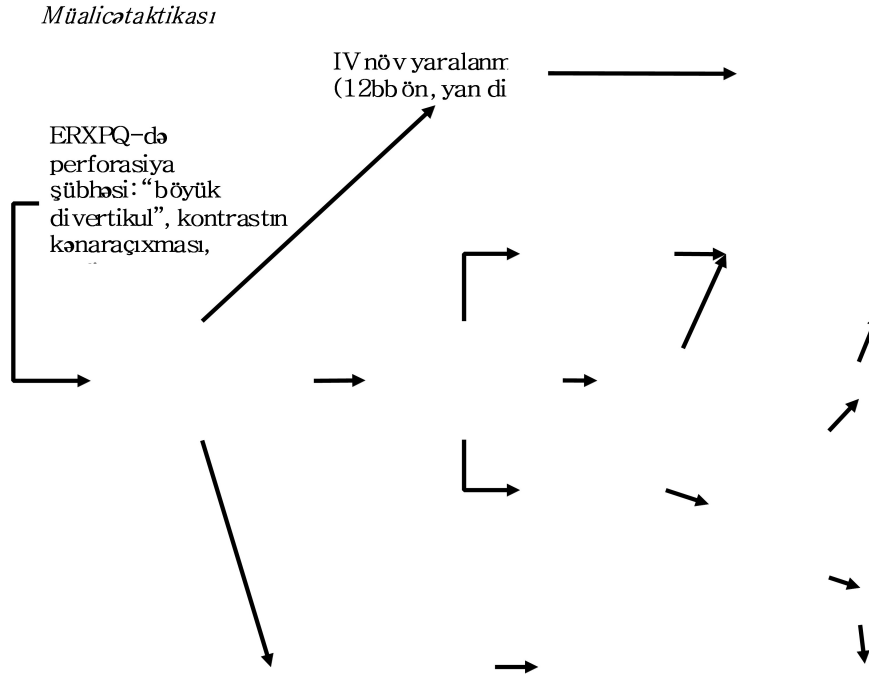
Perforasiya şübhəsi olan xəstələrdə ERXPQ vaxtı kontrast müayinə aparılır. Bu edilməzsə ilk 1 saat ərzində oral kontrast verilərək rentgen filmi çəkilir. Kontrast mənfəzdən kənara çıxırsa çıxma yeri və kontrastın orada qalma müddəti izlənilir. Kontrast çıxdığı yerdə 1 dəq. çox qalarsa böyük yaralanma, 1 dəq. ərzində itirsə kiçik yaralanma hesab edilir. Kontrast kənara çıxmayan və ya kiçik yaralanma hesab edilən hallarda xəstəyə təcili KT edilərək 12bb ətrafında maye toplanması, qarında sərbəst hava, dərialtı, retroperitoneal, mediastinal emfizema araşdırılır. KT-də bunlardan hər hansı birinin olması böyük yaralanmanı göstərir. Kontrastlı müayinədə kənara çıxma və KT-də perforasiya əlamətləri yoxdursa xəstə 1 gün müşahidə altında saxlanmalı, peritonit nöqtəyi-nəzərdən yoxlanılmalı, şübhəli hallarda 12, 24 saat sonra bu müayinələr təkrarlanmalıdır.

Kiçik, II, III tip yaralanmalarda əgər xəstə təcili əməliyyata gətirilmirsə və konservativ müalicə planlanırsa 6-8 saat, 24 saat, 48 saat sonra kontrastlı müayinə təkrarlanmalıdır.

Müalicəsi

Müalicədə əsas hədəf deşilmiş yeri qapatmaq və ekstravazasiyanı önləməkdir. Erkən müalicə sağalma imkanını artırır. Klinikanın imkanları, perforasiyanın növü (yeri), və dərəcəsi müalicə üsulunun seçimində önəmli amillərdir.

Klinikada dinamik olaraq kontrastlı müayinə və KT imkanı yoxdursa perforasiyası olan xəstə təcili əməliyyat olunmalıdır. Klinikada bu imkanlar var isə, bəzi kiçik yaralanmaların spontan qapanmasını nəzərə alaraq aşağıdakı taktika həyata keçirilə bilər (**Şəkil 6**).



Şəkil 6. ERXPQ vaxtı pankreatoduodenal yaralanmalarda müalicə taktikası

Təbii ki, I tip yaralanmalarda (yalançı, perforasiya) spesifik müalicəyə gerek yoxdur. Bu xəstələr 24 saatlıq müşahidədən sonra evə buraxıla bilər. Lakin bu xəstələrdə digər göstərişlər - ERXPQ vaxtı pərçimlənmiş daş, istifadə olunan alətlərin parçaları qırılıb qalarsa, daşlı xolesistit varsa xəstələr əməliyyat olunmalıdırlar. **Ölçüsündən asılı olmayaraq bütün IV növ yaralanmalar, böyük ölçülü II, III növ yaralanmalar təcili əməliyyat edilməlidir.**

II və III növ kiçik yaralanmalar konservativ olaraq müalicə oluna bilər. Belə halda xəstəyə NQZ qoyulur, oral qidalanma kəsilir, infuziyon, antibakterial və antiasid müalicə verilir. Bununla yanaşı xəstə mütləq ciddi nəzarətdə saxlınır. Leykositoz, hərarət, yerli gərginliyin yoxlanılması ilə yanaşı xəstələr ERXPQ-dən 2, 8, 24, 48 saat sonra təkrari kontrastlı müayinə və KT edilir. Təkrari müayinələrin hər hansı birində kontrastın kənara çıxması və ya KT-də intra-, retroperitoneal maye görünərsə təcili əməliyyat olunmalıdır. Bu əlamətlər yoxdursa xəstəyə 5-7 gün konservativ müalicə davam etdirilir. Peritonit əlamətlərinin ortaya çıxması yanlış erkən diaqnostikası göstərir ki, bu da gecikmiş cərrahi müalicəyə və ağırlaşma və ölüm halının artmasına səbəb olur.

Qeyd etmək lazımdır ki, erkən dövrdə aparılan əməliyyatlarda letallıq 10-15% təşkil edərsə, gecikmiş hallarda (6-8 saat sonra) bu göstərici 50%-ə qədər çatır.

Orta kəskin geniş laparotomiya edilərək 12bb sərbəstləşdirilir (Koxer üsulu), bağırsaq, ətraf orqanlar, retroperiton, hepatoduodenal bağ ciddi təftiş edilir, perforasiya yeri aşkarlanır. IV növ yaralanmaların tapılması çətinlik törətmir, intra

və ya retroperitoneal nahiyədə maye, hava, qazlı möhtəviyyat təyin edilir. II və III növ yaralanmalar adətən qaraciyər- 12bb bağında ödem şəklində bürüzə verirlər.

Cərrahi əməliyyatın növü 12bb yaralanmalarının müalicə prinsiplərinə (bağırsağın dekompressiyası, bağırsağa gələn yolların mümkün olduqca azaldılması, yara nahiyəsinin drenajı) uyğun olaraq və zədələnmə növünü və ölçüsünü nəzərə alaraq aparılır. IV tip yaralanmalarda 3-4-lü drenaj (qastrostoma, retrograd yeyunostomiya, qidalandırıcı yeyunostomiya ± xoledox T-drenajı), və ya ekskluziya (pilorun tikilməsi, qastrozeyunostomiya ± duodenostomiya, xoledox T- drenajı) aparılır. 12bb yarası erkən saatlarda tikilə bilər və ya duodenostomiya qoyula bilər. Intra- və ya retroperiton drenaj edilir.

II və III növ yaralanmalarda, xoledoxa "T"-drenaj qoyulur, retroperitoneal bölgə drenaj edilir. Yara böyük olarsa və gecikmiş hallarda 3-lü drenaj və ya ekskluziya da əlavə edilir.

Beləliklə, ERXPQ vaxtı 12bb perforasiyası erkən dövrdə diaqnoz qoyulmalı və müalicə olunmalıdır. Perforasiya şübhəsi olan xəstələrdə kontrastlı müayinə və KT edilərək perforasiyanın olub-olmadığı ilk saatlarda dəqiqləşdirilməlidir. Kontrastın mənfəzdən kənara çıxması, KT-də intra, - retroperitonda maye, sərbəst qaz, emfizema perforasiyanı göstərir. Peritonit əlamətləri erkən saatlarda ortaya çıxa bilər, lakin olmaması perforasiyanı inkar etmir. Perforasiyalar əksər hallarda cərrahi yolla müalicə olunurlar. Böyük yaralanmalar (çıxan kontrastın 1 dəq. çox qalması, intra, retroperitonda maye, qarında sərbəst qaz, retroperitoneal, mediastinal, dərialtı emfizema), 12bb -in medial və lateral perforasiyaları (IV növ), pərçimlənmiş daş, alət parçasının qalması, təkrari kontrastlı və KT müayinələrdə kontrastın kənara çıxması, maye toplanması təcili cərrahi əməliyyata göstərişdir.

Xoledox və ampula səviyyəsindəki (II və III növ) yaralanmalar kiçikdirsə (çıxan kontrastın 1 dəq. az qalması, maye və emfizemanın olmaması) təkrari müayinələr altında konservativ müalicə oluna bilər.

TEST SUALLARI

- 1. Qapalı travmaya görə əməliyyat olunan xəstədə pankreası da əhatə edən böyük hematoma görünür. Nə edilməlidir?*
 - a) hematoma toxunmadan ətrafına drenaj
 - b) hematoma açılmalı, qanaxma dayandırılmalıdır
 - c) közləməli, hematoma böyüyərsə açılmalıdır
 - d) hematoma punksiya edilməlidir
- 2. Açıq travmada pankreas cismində kapsulyar zədələnmə var, axacaq zədələnməyib. Nə edilməlidir?*
 - a) heç bir əməliyyat
 - b) yara nahiyəsinə sorucu drenaj
 - c) distal rezeksiya
 - d) Ru tipli pankreatoyeyunoanastomoz
- 3. Pankreas zədələnmələrində ilk növbədə hansı strukturun zədələnməsini dəqiqləşdirmək lazımdır.*
 - a) axacaq
 - b) kapsula
 - c) peripankreatik yağ
 - d) parenximanın distal hissəsi
- 4. Pankreas zədələnmələrində hansı müalicə prinsipi doğrudur?*
 - a) devitalizə toxumalarının çıxarılması
 - b) axacaq drenajı
 - c) yara nahiyəsinin drenajı
 - d) yuxarıdakıların hamısı
- 5. Hansı pankreas zədələnmələrində ağırlıq dərəcəsinin göstəricisi deyil?*
 - a) axacaq
 - b) parenximada devitalizasiya
 - c) 12bb -la birgə zədələnmə
 - d) kapsula zədələnməsinin yeri
- 6. Pankreas zədələnmələrinin təyininə ən dəqiq müayinə üsulu hansıdır?*
 - a) qanda amilaza
 - b) USM
 - c) KT və pankreatoqrafiya
 - d) abdominal R-qrafiya
- 7. Qapalı qarın travması olan xəstədə pankreas ətrafında 3x4 sm hematoma tapılır. Xəstənin vəziyyəti stabildir. Nə etmək lazımdır?*

- a) təcili əməliyyat
 - b) müşahidə altında tutmaq
 - c) evə göndərilməlidir
 - d) təcili ERXPQ
8. *Travmaya görə əməliyyat olunan xəstədə, pankreasın cismində yaranma, axacağın zədələnməsi, qaraciyər zədələnməsi, ağır qanaxma var. Pankreasda hansı əməliyyatı edərsiniz?*
- a) sorucu drenaj
 - b) PDR
 - c) Ru tipli pankreatoyeyunostomiya
 - d) distal pankreatektomiya
9. *Travmaya görə əməliyyat vaxtı 12bb zədələnməsi, pankreas başında axacağa toxunmayan zədələnmə tapılır. Nə edərsiniz?*
- a) PDR
 - b) Ekskluziya və peripankreatik drenaj
 - c) 12bb. tikilməsi və peripankreatik drenaj
 - d) duodenostomiya və peripankreatik drenaj
10. *Hansı axacaq zədələnməsi əlaməti deyil?*
- a) yaradan şirə ifrazı
 - b) yaraətrafı piy nekrozu
 - c) yaranın axacaq proeksiyasında olması
 - d) yaradan qanaxma
11. *Hansı travmalarda PDR-ə göstəriş deyil?*
- a) 12bb və pankreasın geniş devitalizasiyası
 - b) ampulanın geniş zədələnməsi
 - c) boyun hissəsində axacaq kəsilməsi
 - d) pankreas başından durmayan qanaxma
12. *Hansı pankreas və 12bb-in birgə zədələnməsində istifadə edilmir?*
- a) PDR
 - b) Ekskluziya
 - c) 3-4-lu drenaj
 - d) distal pankreatektomiya