

Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi
Azərbaycan Cərrah və
Qastroenteroloqların Assosiasiyası



Jurnal 2005-ci ildə təsis olunub,
ildə 4 dəfə buraxılır.

Ali Attestasiya komissiyasının Rəyasət
heyətinin 30.04.2010-cu il tarixli
(protokol №10-R) qərarı ilə
“Cərrahiyyə” jurnalı “Dissertasiyaların
əsas nəticələrinin dərc olunması
təvsiyə edilən elmi nəşrlərin müvafiq
elm sahələri üzrə siyahısı”na daxil
edilmişdir.

Nəşr olma lisenziyası № 1280.

Redaksiyanın ünvanı:

AZ 1122. Bakı ş., Şərifzadə küç., 196.
Akademik M.A. Topçubaşov adına
Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Адрес редакции:

AZ 1122. г. Баку, ул. Шарифзаде, 196.
Научный Центр Хирургии
им. академика М.А.Топчубашова.

Address:

AZ 1122. Str. Sharifzade 196,
Scientific Centre of Surgery named
after acad. M.A.Topchubashev
Baku, Azerbaijan Republic.

Tel.:

(99412) 434 07 90

(99412) 432 64 31

(99450) 325 33 08

Fax: (99412) 432 18 30, 497 71 58

web-site: www.acqa-az.com

e-mail: rainika@mail.ru

CƏRRAHİYYƏ

ХИРУРГИЯ SURGERY

№ 1, 2018

ELMI-PRAKTİK JURNAL

Redaksiya heyəti:

Baş redaktor: **B.A.Ağayev**

Baş redaktor müavini: M.Y.Nəsirov

Məsul katib: R.M.Ağayev

Şirəliyev O.K.
Abbasov F.E.
Bayramov N.Y.
Cəfərov Ç.M.
Əmiraslanov Ə.T.
Əliyev C.Ə.
Hidayətov Ə.A.
Hadiyev S.İ.
İbrahimli Ş.F.
İmamverdiyev S.B.
İsayev H.B.
Quliyev Ç.B.
Qarayev Q.Ş.
Seyidbəyov O.S.

Redaksiya şurası:

Abdullayev İ. (Azərbaycan, Naxçıvan)
Abdel-Vahab M. (Misir, Mansura)
Bayraktar Y. (Türkiyə, Ankara)
Bismut H. (Fransa, Paris)
Cəfərov İ.B. (Azərbaycan, Səlyan)
Fartinq M. (İngiltərə, Braiton)
Hüseynov Z.H. (Azərbaycan, Gəncə)
Maqomedov A.Q. (Rusiya, Mahaçqala)
Mamakeyev M.M. (Qırğızıstan, Bişkek)
Mosidze B.A. (Gürcüstan, Tiflis)
Musayev K. (Azərbaycan, Bakı)
Nazırov F.Q. (Özbəkistan, Daşkənd)
Nakao A. (Yaponiya, Naqoya)
Novruzov R.M. (Azərbaycan, Sumqayıt)
Novruzov S.A. (Azərbaycan, Naxçıvan)
Ozkan H. (Türkiyə, Ankara)
Post S. (Almaniya, Manhaym)
Parodi P.(Udine, Italy)
Qalperin E. (Rusiya, Moskva)
Qurbanov F.S. (Rusiya, Moskva)
Qupta S. (ABŞ, Nyu York)
Skiappa J. (Portuqaliya, Lissabon)
Sultanliyev T.A. (Qazaxıstan, Almatı)
Xacıbəyev A.M. (Özbəkistan, Daşkənd)

MÜƏLLİFLƏRİN NƏZƏRİNƏ

"Cərrahiyyə" jurnalı Azərbaycan Cərrah və qastroenteroloqların Assosiyasının elmi-praktiki jurnalı olub, və cərrahiyyənin, onkologiyanın, urologiyanın, travmatologiyanın, qastroenteroloqiyanın anesteziologiya və reanimatologiyasının müxtəlif sahələr üzrə məqalələrini dərc edir. Məqalələr Azərbaycan, rus və ingilis dillərdə qəbul olunur. Jurnal ildə 4 dəfə dərc edilir. Məqalələr redaksiya heyətinin qərarından sonra 3-6 ay müddətində çap olunur.

Jurnal aşağıdakı bölmələrdən ibarətdir: baş məqalə, orijinal məqalələr, praktikadan müşahidələr, icmal, mühazirələr, redaktora məktub, tibb tarixi, yubiley, xarici jurnallarda çap olunmuş məqalələrin xülasələri, rəy, yeni dərmanlar və s.

Məqalələrin dərc olunması üçün aşağıdakı qaydalara əməl olunması vacibdir:

1. Baş redaktorun adına göndərən müəssisənin rəhbərliyi tərəfindən göndəriş
2. Məqalənin ilk səhifəsinin yuxarı sol küncündə göndərən müəssisənin möhürü vurulur və müəssisə rəhbəri tərəfindən imzalanır.
3. Məqaləyə müvafiq sahəyə aid elmi dərəcəsi olan bir mütəxəssisin rəyi əlavə olunur.
4. Azərbaycan dilində olan məqalələrə ingilis və rus dillərində, rus dilində azərbaycan və ingilis dillərində, ingilis dilində olan məqalələrdə isə rus və azərbaycan dillərində bir vərəqə həcmində xülasələr əlavə olunur.
5. Məqalə A4 formatlı ağ kağızın bir üzündə yazılır. Vərəqin sol tərəfində 3 sm, sağ tərəfində - 1 sm boş sahə saxlanılır; hər səhifədə sətirlərin sayı 30 dan artıq olmamalıdır.
6. Məqalələrin həcmi (cədvəl, illüstrasiyalar, xülasələr və ədəbiyyat siyahısı ilə birgə) 8-10 səh., icmal və mühazirələr üçün 12 səh. artıq olmamalıdır.
7. Məqalə bir nüsxədə qəbul edilir və dərc olunduğdan sonra qeri qaytarılmır.
8. Məqalə diskdə Microsoft Word proqramında təqdim olunmalıdır (çap olunmuş nüsxə ilə bərabər). Bu zaman **Times New Roman (ingilis və rus mətnləri üçün)** şriftlərdən istifadə olunmalıdır.
9. Məqalənin ilk səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin inisialları və soyadı, müəlliflərin işlədiyi müəssisənin və kafedranın bütövlükdə adı, şəhər və ölkə göstərilir.
10. Məqalədə Beynəlxalq Vahidlər Sistemindən istifadə olunmalıdır.
11. Orijinal məqalələr aşağıdakı hissələrdən ibarət olmalıdır:
 - a) müqəddimə; b) material və tədqiqat metodları; c) tədqiqatın nəticələri; ç) müzakirə.
12. Hər məqalədə 3 cədvəl, 3 foto, və ya 3 qrafik verilə bilər.
13. Ədəbiyyat siyahısında: orijinal məqalələr üçün 7-10, icmal və mühazirələr üçün 40-50 əsər və məqalələrin siyahısı göstərilir.
14. Redaksiyanın göndərilən məqalələri ixtisar etmək və düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti vardır.
15. Dərc edilmiş məqalələrin dürüstlüyünə müəlliflər cavabdehdir.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал "Cərrahiyyə" ("Хирургия") является научно-практическим журналом Ассоциации Хирургов и Гастроэнтерологов Азербайджана. В нем публикуются статьи по различным аспектам хирургии, травматологии, онкологии, урологии, гастроэнтерологии, анестезиологии-реаниматологии. Журнал выходит 4 раза в год.

Статьи принимаются на азербайджанском, русском и английском языках. Журнал состоит из следующих разделов: оригинальные статьи, случаи из практики, письмо редактору, лекции, обзоры литературы, рефераты из зарубежных журналов, история медицины, юбилей, отзывы, новые лекарственные препараты и др.

При оформлении статьи для публикации необходимо соблюдать следующие требования:

1. Статья должна быть представлена вместе с сопроводительным письмом на имя главного редактора, подписанная руководителем учреждения в котором трудятся авторы.
2. В левом верхнем углу первой страницы необходимо поставить печать и подпись руководителя учреждения.
3. Отзыв специалиста с ученой степенью, не являющегося сотрудником отделения (кафедры), в котором трудятся авторы.
4. К статье прилагаются резюме на русском и английском языках (если статья написана на азербайджанском), азербайджанском и английском языках (для статей на русском языке), азербайджанском и русском языках (для статей на английском языке). Резюме должно быть в объеме не более 1 страницы.
5. Статья пишется на одной стороне белой бумаги формата А4. На каждой странице число строк не должно превышать 30. Отступ по левому краю - 3 см, по правому -1 см, сверху и снизу -2 см.
6. Объем статьи не должен превышать 10 страниц (вместе со списком литературы). Для литературных обзоров и лекций - объем не более 12 страниц.
7. Статья принимается в одном экземпляре и после печатания возврату не подлежит.
8. Статья должна быть представлена на диске в программе Microsoft Word (вместе с распечатанной формой). Для этого надо использовать **шрифты Times Roman** для текста на азербайджанском языке и **Times New Roman** - для **английского и русского текстов**.
9. На первой странице статьи указывается название статьи, инициалы авторов и их фамилии, полное название предприятия и кафедры, страна и город.
10. В статье необходимо использовать Систему Международных Единиц.
11. Оригинальные статьи должны состоять из следующих частей:
 - a) Введение; б) материалы и методы исследования; в) результаты исследований; г) обсуждения.
12. В каждой статье можно разместить не более 3-х таблиц, фотографий и графиков.
13. Количество использованных литературных источников не должно превышать 10 (для оригинальных статей) и 50 - для литературных обзоров.
14. Редакция имеет право производить сокращения и изменения в статьях.
15. За достоверность данных, напечатанных в статье, ответственность несут авторы.

ABDOMİNAL TRAVMALAR ZAMANI ŞÜA DİAQNOSTİKASININ MÜASİR METODLARININ PROQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

N.A.QASIMOV, G.Ş.QASIMZADƏ

Ə.Əliyev ad. ADHTİ, Bakı, Azərbaycan
(e-mail: govher_qasimzade@mail.ru)

The prognostic mean of methods of radiation diagnosis in abdominal injuries
N.A.Qasimov, G.Sh. Gasimzadeh

Summary: The aim of the study was to evaluate the diagnostic significance of various types of radiation diagnosis in patients with combined abdominal trauma.

In 88 patients with combined abdominal trauma, the results of various methods of radiation diagnosis were analyzed. The average age of the patients was 41.4 ± 5.13 years. There were 74 men (84.1%) of women - 14 (15.9%). Most of the injuries were caused by a road accident - 42 (47.7%), with a pedestrian collided with a car and motorcycle collisions - 26 (29.5%), 11 (12.5%), 9 (10.2%). The victims were examined by ultrasound, radiography, CT, MRI.

For the timely recognition of internal injuries and making the right decision in choosing the tactics of treatment, it is necessary to use methods of radiation diagnostics. For early diagnosis of abdominal injuries, the most accessible and sufficiently informative is the echography. In cases of questionable results of ultrasound in patients with blunt abdominal trauma, especially when suspected of intestinal damage or retroperitoneal hematoma, CT and MRI should be performed.

Key words: abdominal trauma, radiation diagnosis, radiography, ultrasound, CT, MRI.

Прогностическое значение современных методов лучевой диагностики при абдоминальных травмах

Н.А.Гасымов, Г.Ш. Гасымзаде

Резюме: Цель исследования - оценить диагностическую значимость различных видов лучевой диагностики у пациентов с сочетанной абдоминальной травмой.

У 88 пациентов с сочетанной травмой живота проанализированы результаты различных методов лучевой диагностики. Средний возраст пациентов составил $41,4 \pm 5,13$ лет. Мужчин было 74 (84,1%) женщин - 14 (15,9%). Большинство травм было связано с автодорожным происшествием - 42 (47,7%), со столкновением пешехода с автомобилем и мотоциклетные столкновения - 26 (29,5%), падением с высоты - 11 (12,5%), ударом в живот - 9 (10,2%). Пострадавшим проведены УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ.

Для своевременного распознавания повреждений внутренних органов и принятия правильного решения в выборе тактики лечения, необходимо обосновано использовать методы лучевой диагностики. Для ранней диагностики абдоминальных травм наиболее доступным и достаточно информативным является эхография. В случаях сомнительных результатов УЗИ у пострадавших с тупой травмой живота, особенно при подозрении на повреждение кишечника или забрюшинную гематому, необходимо выполнять КТ и МРТ.

Ключевые слова: абдоминальная травма, лучевая диагностика, рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ.

Açar sözlər: adbominal travma, şua diaqnostikası, renyqenoqrafiya, USM, KT, MRT

Hazırda müştərək travmaların payının artması ilə əlaqədar olaraq travma strukturunda keyfiyyət dəyişiklikləri baş vermişdir. Elmi-texniki tərəqqinin müasir mərhələsində inkişaf etmiş ölkələrdə müştərək travma əmək qabiliyyətli əhali arasında əsas ölüm səbəbi hesab edilir. ÜST-ün Harvard mərkəzi ilə birlikdə apardıqları tədqiqatların nəticələri belə qənaətə gəlməyə imkan verir ki, 2020-ci illərdə ilk növbədə yol nəqliyyat travmaları, təbii fəlakətlər və terrorizm travmatizmin əsas səbəbləri olacaqdır [9,15]. ÜST göstəricilərinə əsasən mexanik travmaları nəticəsində ölüm bütün letal sonluqlar arasında üçüncü yeri tutur və 40 yaşdan cavanlar arasında şəxslərin tələf olmasında birinci yerdə durur, gənclər və yeniyetmələr arasında 80% təşkil edir [11].

Abdominal travma müasir tibbdə aktual problemlərdən biridir. Bu yüksək yayılma dərəcəsi, letal sonluqlarının sayının artması, zərər çəkənlərin əlilləşməsi, nəzərəçarpan iqtisadi məsrəflər ilə şərtlənir [1,3,6].

Hazırda bütün dünyada abdominal travmaların sayının artması müşahidə edilir. Qarnın qapalı zədələnmələri müştərək travma olan hər 5 nəfərdən birində 5%-dən 40%-ə qədər təşkil edir [8,10, 12]. Müştərək travmalar ölümün 3 əsas səbəbindən biridir. Qarnın qapalı travması ağırlaşmaların yüksək tezliyi və letallığı ilə fərqlənir ki, bu müxtəlif göstəricilərə əsasən 25%-dən 65%-ə qədər təşkil edir [6,8].

Məlumdur ki, müştərək travma ümumi zədələnmələrin spesifik qrupudur, bu zaman travma alan vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi, sadəcə travmaların sayı ilə deyil, həmin zədələnmələrin qarşılıqlı təsirdə olan patofizioloji proseslərin getməsi ilə təyin edilir. Çoxsaylı ağrı mənbələri və qan itgisi, tənəffüs funksiyasının pozulması, komatoz vəziyyət, beyin strukturunun zədələnməsi, əzələlərin tonusunu və həssaslığını dəyişməsi daxili orqanların fəaliyyətinin mərkəzi tənzimlənməsini pozur ki, bu da qarın boşluğu orqanları üçün xarakterik olan klinik simptomların təhrif olunmasına və ya tamamilə görünməsinə gətirib çıxarır [6,8].

Qarın müştərək travmaları diaqnostikanın çətinliyi ilə xarakterizə olunur, belə ki, əziyyət çəkənin ümumi vəziyyəti ağırlaşır, şüurun pozulması nəticəsində onunla əlaqə yaratmaq mümkün olmur, başqa orqan və sistemlərin zədələnməsi simptomları meydana gəlir [8,13,14].

Abdominal travma zamanı diaqnostik baxımdan daha zəruri informasiya şüa diaqnostik metodları ilə əldə edilə bilər. Zərərçəkənin kompleks şüa müayinəsinə aiddir USM, ənənəvi rentgenoloji müayinə, eləcə də mümkün olduğu qədər rentgen KT. Zərərçəkənin vəziyyəti çox ağır olduqda müayinənin həcmi minimuma qədər azaldılmalıdır, lakin bununla yanaşı müalicə taktikası haqqında konkret qərarın qəbul edilməsi üçün kifayət qədər olmalıdır. Zədələnmənin klinik xarakteri və zədələnmənin həcmi çətinlik törətdikdə, yaralanan şok vəziyyətdə və ya qabarıq alkohollu sərxoşluq vəziyyətində olduqda, eləcə də ağır müştərək travma, çoxsaylı müxtəlif travmalar (qəlpəli yaralanma, əzilmə) zamanı, deşilmə-kəsilmə zədəli xəstə stasionara gec çatdırıldıqda şüa diaqnostikasının əhəmiyyəti artır [16,20].

Bir çox tədqiqatçılar qapalı qarın travması diaqnostikasında xəta və qüsurların böyük tezliyini (40%-ə qədər) qeyd edirlər [13,14]. Bununla əlaqədar olaraq ağır travmaya məruz qalanların diaqnostikası üçün müasir texnikaya olan tələbat artır. Son illər qarın boşluğu orqanlarının travmasının diaqnostikasında ultrasəs müayinə və başqa metodlar tətbiq edilir.

Qarın boşluğu orqanlarının erkən kompleks diaqnostikasında aparıcı yeri ultrasəs müayinəsi (USM) tutur ki, bu metod zərər çəkənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq, minimal zaman itgisi ilə qarın boşluğu orqanlarında dəyişiklikləri qiymətləndirməyə imkan verir [4,5]. Bununla əlaqədar olaraq abdominal travma zamanı sonografiya standart müayinə metodu hesab edilir ki, 100% halda intraabdominal mayenin olmasını təsdiq edilir, qaraciyər və dalaqda subkapsulyar hematomanın olmasının, qarın boşluğunda və onun arxa nahiyəsində hematomanı aşkar etməyə imkan verir. Peritoneal lavajdan fərqli olaraq qarın boşluğu arxası nahiyədə orqan zədələnmələrini təyin etməyə imkan verir [4,5].

Müasir şəraitdə ultrasəs müayinə- daha əlyetər, informativ və təhlüksəz qeyri-invaziv metod hesab edilir. USM-in vəzifəsi zədələnməni aşkar etmək, zədələnmənin xarakterini və onun kəskinlik dərəcəsini müəyyən etmək, eləcə də əsas və yanaşı zədələnməni ayırmaqdır. Travma nəticəsində zərərçəkən müayinə edildikdə real zaman rejimində işləyən və ya 2,5-5,0 MRS işçi tezlikli konveks və ya mexanik ötürücüsü və 5,0-7,5 MRS işçi tezlikli səthi ötürücüsü olan ultrasəs cihazların istifadə edilməsi məqsəduyğundur. Cihaz qan axınına öyrənməyə imkan verən blok ilə təmin edilməlidir. Cihazın iş parametrləri hər bir xəstə üçün fərdi seçilməlidir, bu zaman yoxlanan strukturların daha yaxşı vizuallaşdırılmasına nail olmaq lazımdır [19,20].

Qarın travması alan xəstələrə USM aparıldıqda təcili laparotomiyaya ehtiyacı olan xəstələri aşkar etməyə imkan verir (travmanın ağırlıq dərəcəsi metodun dəqiqliyinə təsir göstərmir). Cərrahi müdaxiləyə olan göstərişlərin təyin edilməsində qarın boşluğunda sərbəst mayenin həcmi böyük rol oynayır. Bu zaman seçim metodu USM olur. Peritonun vəərəqlərinin qopmasının aşkar etmək üçün USM-dən skrininq metod qismində istifadə edilir. 50 ml-dən çox olan mayenin həcminə müvafiq olan meyarlar işlənib hazırlanmışdır (təcili diaqnostika və ya cərrahi müdaxilə tələb edən hidroperitoneumun kritik həcmi) sərbəst mayenin belə həcmdə olduqda bir anatomik nahiyədə peritonun vəərəqlərinin qopması 4 sm-dən çox, ikidən çox nahiyədə 2 sm-dən, 3 nahiyədə 1 sm-dən çox təşkil edir [16,17].

USM vasitəsilə qarın boşluğu daxili qanaxmaya səbəb olmayan orqan zədələnmələrini də vizuallaşdırmağa imkan verir (məsələn, qaraciyərin və ya dalağın kapsul atlı və ya parenxima daxili hematomalar, böyrək və mədəaltı vəzinin zədələnmələri) [18,19].

USM-in parenximatoz orqanların zədələnməsini təyin etmə dəqiqliyi travmaya məruz qalmış orqan ilə cihazın texniki imkanlarından asılı olaraq dəyişmiş olur. USM nazik bağırsağ və diafraqmanın zədələnmələrinin qiymətləndirilməsində etibarlı metod hesab edilir. Bundan başqa, böyrəküstü vəzi və mezenteral damarların zədələnməsini aşkar etməyə imkan verir [16].

Kompyuter tomoqrafiyası (KT) parenximatoz orqanlarda və qarın boşluğu ətrafı nahiyələrdə hematomaların, qarın travması zamanı yadəcinsli maddələrin aşkar edilməsində böyük rol oynayır. KT-in tətbiq edilməsi skanirləmə vaxtını qısaltmağa imkan verir. Bundan başqa, metod damar strukturlarını və müxtəlif orqanlarının axarlarını kontrastlaşdırma vasitəsilə vizuallaşdırmağa imkan verir. Bununla yanaşı olaraq, tənəffüsünü saxlaya bilməyən ağır xəstələrdə interpretasiyanı çətinləşdirən və xəstələrin müayinə vaxtını artıran artefaktların meydana gəlməsi mümkündür [17,19].

Təxirəsalınmaz müayinələr təşkil edildikdə aşağıdakı əsas prinsipləri əldə rəhbər tutmaq lazımdır. Baş beyin, daxili orqan və skeletin zədələnməsi olan bütün xəstələrin travmanın və onun ağırlaşmalarının diaqnostikası və müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi məqsədilə təxirəsalınmaz rentgen KT diaqnostikasına ehtiyacı vardır. Təxirəsalınmaz KT-in aparılmasına əks göstərişlər orqanizmin həyati vacib funksiyalarının kəskin pozulmasına və profuz qanaxmanın olmasına gətirib çıxarır ki, bu da təcili cərrahi müdaxilənin aparılmasını tələb edir. Xəstənin vəziyyəti sabitləşdikdə başqa vizuallaşdırma metodu ilə görünütüsün nail olmaq mümkün olmayan orqan və strukturların vəziyyətini öyrənmək və ya təcili cərrahi əməliyyat zamanı təftişin aparılması üçün təxirə salınmış rentgen KT-ni aparmaq lazımdır. Təxirəsalınmaz rentgen KT-ni maksimal dərəcədə tez aparmaq lazımdır; o müalicə tədbirlərinin aparılmasına mənə olmalıdır. Təxirəsalınmaz KT aparıldıqda alınan informasiyanı klinik-laborator və instrumental göstəricilər ilə müqayisə etmək lazımdır ki, bu da daha rəşional müalicə taktikasını seçməyə imkan verəcək [17,18,19].

Eyni zamanda diaqnostik metodların taktika və xüsusiyyətlərində dəqiqlik yoxdur, diaqnostik xəstələrin ümumi payı yüksək olaraq qalmaqdadır. Bu baxımdan, abdominal travmaların sürətli və dəqiq diaqnostikasına tələbat artmaqdadır.

Tədqiqatın məqsədi- müştərək abdominal travmalı xəstələrdə müxtəlif növ şüa diaqnostikası metodlarının diaqnostik əhəmiyyətini qiymətləndirmək.

Tədqiqatın materialı və metodları. Tədqiqatlar 1 saylı Klinik Tibbi Mərkəzdə aparılmışdır. Müştərək qarın boşluğu travması olan 88 xəstənin müxtəlif şüa diaqnostikası metodları ilə müayinəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Əziyyət çəkənlərin yaş həddi 20-64 arasında olmuşdur, orta yaş həddi $41,4 \pm 5,13$ olmuşdur. 74 (84,1%) kişi, 14 (15,9%) qadın olmuşdur. Travmaların əksəriyyəti -42 (47,7%) yol nəqliyyatı, 26 (29,5%) piyadanın avtomobil və ya motosiklet ilə toqquşması, 9 (10,2%) - qarına zərbə ilə bağlı olmuşdur.

Diaqnostik tədbirlərin həcmi zərər çəkənin ümumi vəziyyətindən asılı olmuşdur. Stabil hemodinamikası olan, şok əlamətləri olmayan xəstələrə diaqnostik müayinələr (USM. rentgen), lazım olduqda zərər çəkənlərə KT və MRT aparılmışdır.

Stasionara daxil olan bütün xəstələrə Toshiba Xario (Yaponiya) Model SSA-660A B-rejimində konveks ötürücüsü 3,5 Hs və xətti ötürücüsü 7-10 Hs olan və Toshiba Nemio (Yaponiya) Model XG SSA-580A daşınan aparatın konveks ötürücüsü 3,5 Hs ultrasəs müayinəsi aparılmışdır.

Xəstələrin müayinələrinin aparılması üçün hazırlığı aparılmamışdır. Daxil olduqda zərər çəkən xəstələrə USM FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma –travma zamanı məqsədli ultrasəs müayinə) həcmində aparılmışdır: mütləq şəkildə qarın boşluğunda, qaraciyər altı nahiyədə hər iki tərəfdən, lateral kanallar üzrə, ilgəklər arası, kiçik çanaqda standart sxem üzrə sərbəst mayenin olması (qarın boşluğu vəzəqlərin parçalanması) aşkar edilmişdir. USM aparıldıqda qarın boşluğu daxili qanaxmanın olub-olmaması, qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin xarakteri, lokalizasiyası nəzərə alınmışdır. Müayinələr qarın sağ yarısının skanirlənməsindən başlanmışdır. Buraya diafraqma altı, qaraciyər altı, sağ lateral kanal daxil edilmişdir. Skanirləmə kiçik çanaq nahiyəsinin sağ lateral kanal, sol diafraqma altı nahiyə və dalaq nahiyəsinin müayinəsi ilə davam etdirilmişdir. Orqanın vəziyyəti, forması, ölçüləri, konturları, exostrukturları qiymətləndirilmişdir. Bununla yanaşı olaraq bütün parenximatov orqan üzrə exosiqnallar bərabər şəkildə paylaşdırılmış və onların eyni intensivliyi normal quruluş kimi qiymətləndirilmişdir. Zədələnməmiş orqanlar qeyri-bərabər exostruktur ilə xarakterizə olunmuşdur ki, bu da diffuz və ya ocaqlı xarakter daşımış, yüksək, aşağı və ya qarışıq exogenliyə malik olmuşdur. USM zamanı zədələnmə ocağını aşkar etməyə, ətraf orqanların vəziyyətini təyin etməyə, qarın boşluğunda sərbəst mayenin olmasını, onun toplanması və həcmi müəyyən etməyə çalışmışlar. İlk olaraq USM aparıldıqda dəyişikliklər aşkar edilmədikdə müayinələr sonrakı sutkalarda dinamikada aparılmışdır.

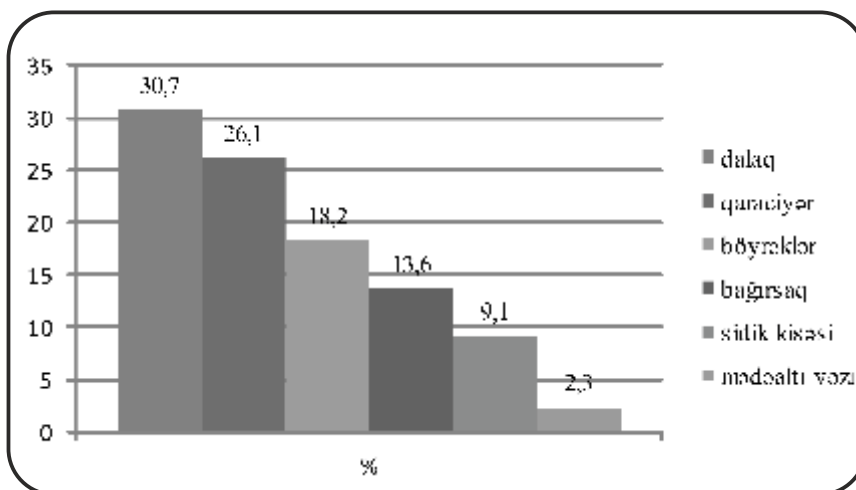
Daxil olduqda qarın boşluğunun baxış rentgenoqrafiyası Toshiba Plessart (Digital radiography system) Model DXB-0324CS=A vasitəsi ilə aparılmışdır.

Kompyuter-tomoqrafik (KT) müayinələr Toshiba Aquilion 16 Model TSX-101 A vasitəsi ilə yerinə yetirilmişdir.

KT-yə alternativ olaraq zərərçəkənlərə Toshiba Vantage Model MRI-1503 aparatında maqnit rezonans tomoqrafiyasının müayinəsi həyata keçirilmişdir. MRT metodunun əsas üstünlüyü bunlardır: qeyri-invazivlik, şüa yüklənməsinin olmaması, istənilən müstəvidə mənzerəsinin alınmasının mümkün olması, üçölçülü rekonstruksiya yerinə yetirilməsi, sümük strukturları nəticəsində artefaktların olmaması, müxtəlif toxumaların vizuallaşdırılmasında yüksək həlletmə qabiliyyəti, metodun praktik olaraq tamam təhlükəsiz olması.

Alınan göstəricilərin statistik işlənməsi standart Statistica-6.0 Microsoft Office (Excel) paketlərdən istifadə edilməklə aparılmışdır. Paylanmanın normallığı yoxlanmış, Stüdent (t) meyarı hesablanmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Zərər çəkənlərdə çox zaman dalaq və qaraciyərin zədələnməsi qeydə alınmışdır (Şək.).



Şək. Qarın qapalı travmaları olan xəstələrdə zədələnmələrin tezliyi

Daxil olduqda exogen homogen strukturdan ibarət olan sərbəst maye 65 (73,9%) aşkar edilmişdir, qalan 23 (26,1%) zərər çəkəndə dinamikada digər sutkalarda müəyyən edilmişdir. Sərbəst maye əsasən qaraciyər çuxurunda, nazik bağırsağın ilgəkləri arasında, qaraciyər, dalaq, qarın yan nahiyələrinin zədələnmələri olan yerlərdə vizuallaşdırılmışdır. Dalaq zədələnməsi olan xəstələrdə birinci sutkalarda düzgün və hamar olmayan koturlar olmuş, ölçüləri artmış, parenximada dəyişikliklər qeydə alınmışdır. İlk USM zamanı 46 (52,3%) xəstədə hematoma oval formada olmuşdur, dəqiq qeyri-düzgün konturlar və anexogen struktur vizuallaşdırılmışdır. Qaraciyər və mədəaltı vəzi zədələnməsi olan xəstələrdə qaraciyəri konturlarınının dəqiq olmadığı, onların kəsik-kəsik görünməsi, parenximanın bircinsli olmaması, strukturların anexogenliyi, piylik çantasında sərbəst mayenin olduğu aşkar edilmişdir. Müvafiq olaraq qarın qapalı travması olan xəstələrdə birinci sutkalarda exoqrafik olaraq tez-tez həm sərbəst maye əlamətləri, həm orqanın konturlarınının dəqiq olmaması, həm də parenximanın bircinsli olmaması aşkar edilmişdir. Diaqnostika üçün FAST protokolundan istifadə edilmişdir, sonralar parenximatov orqanların USM aparılmış və onların vəziyyəti haqqında kifayət qədər geniş məlumat alınmışdır.

Bəzi hallarda USM aparıldıqdan sonra diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün MRT aparılmışdır, onun köməkliyi ilə dalaq və onun damarları, qaraciyər yolları və qaraciyər, öd kisəsi, nazik və yoğun bağırsağ ilgəkləri, mədəaltı vəzi və onun axarları müəyinə edilmişdir.

Rentgenoloji müayinələr hemo- və pnevmotoroks, qarın boşluğunda sərbəst qazın olması üzrə travmanın xarakteri müəyyən edilmişdir. Sərbəst mayenin olması boşluq orqanının parçalanmasının etibarlı əlamətidir. Aparılan tədqiqatlara müvafiq olaraq sərbəst qaz bütün xəstələrdə olmamışdır, yalnız 72,7%-də qeydə alınmışdır. Güman ki, bitişmə prosesinə görə perforasiya bağlanmış və ya perforasiya bağırsağın zədələnən seqmentində qazın olmaması ilə əlaqədar olmuşdur. Qarın boşluğu arxası qansızma rentgenoloji olaraq böyrək konturlarının və m. Iliopsoas kölgə konturlarının dağılıq olması ilə özünü göstərmişdir ki, bu da qarın boşluğu arxası nahiyədə zədələnmə olmasını güman etməyə əsas vermişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, qarın qapalı travması zamanı klinik diaqnostikanın çətinliyi bağırsağın qapalı travmasının davamlı olmaması, eləcə də qarın boşluğunda morfoloji dəyişikliklərin olması ilə bağlı olmuşdur. Həmçinin qalça bağırsağ, onikibaramq bağırsağ və mədəaltı vəzi nahiyələrində parçalanmaların olması ilə bağlı olmuşdur. Adətən bu zaman klinik mənzərə əvvəlcə dağılıq olur və yalnız ağır fəsadlar baş verdikdən sonra özünü göstərir ki, bunlara da qarın boşluğu arxası fleqmona, peritonit, dinamik bağırsağ keçməzliyi aiddir [1,6].

40,9% halda (stabil dinamikası olan 36 xəstə) qarın KT-si aparılmışdır. Bununla yanaşı olaraq qarın boşluğu və qarın boşluğu arxası nahiyə haqqında geniş vizual informasiya alınmışdır, bu da küt travma alan stabil vəziyyətli xəstədə aparıcı informasiya hesab edilir. Qeyri-stabil hemodinamikası olan xəstələrə KT aparıla bilər. Belə ki, müayinənin nəticələrini tez əldə etmək olar. Tədqiqat bu və ya digər qarın boşluğudaxili orqan zədələnməsi aşkar edilərək, xəstədə asanlıqla hemodinamika stabilləşdiyi halda həkim-cərraha konservativ müalicə üsulunun seçilməsinə imkan verir [1]. Qeyd etmək lazımdır ki, qarın ağır travması olan xəstələrdə müayinənin xarakterik xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, müayinələr hər zaman şokəleyhinə və ya reanimasiya tədbirləri ilə yanaşı aparılır. Vaxt itirməmək və düzgün diaqnoz qoyulması üçün daşınan ultrasəs aparatından istifadə olunur. Diaqnostik mərhələnin əsas vəzifəsi- zədələnmənin xarakter və lokalizasiyasını təyin etməklə təxirəsalınmaz cərrahi müdaxiləyə olan göstərişi təyin etməkdir. Şok vəziyyətində olan zərərçəkənə rentgen diaqnostikası aparmaq mümkün olmur, çünki onun vəziyyəti çox ağır olur. Qarın qapalı travması zamanı əsas diaqnostik tədbirlərə FAST protokolu üzrə ultrasəs skanirləmə, yəni travmaya məruz qalmış nahiyənin sürətli sonografyası, KT aparılır. USM FAST protokolunu tətbiq edərək hospitalizasiya aparılarkən və ilkin stationar mərhələdə vaxt itgisinin

qarşısını almaq, çox tez bir şəkildə qarın boşluğuna daxili qanaxmaları və orqanın bu planda potensial cəhətdən təhlükəli zədələnmələrini aşkar etmək mümkündür. Protokol ATLS (Advanced Trauma Life Support) - əsas hissəsi hesab edilir ki, bu da öz effektivliyini sübut etmiş 50 ölkədə tətbiq edilir [9]. Qarın travması zamanı FAST rejimində aparılan USM adətən 5 dəqiqədən çox vaxt aparmır. Məsələn ondan ibarətdir ki, çox sürətlə iki suala cavab vermək mümkün olsun: 1) qarın və plevral boşluqlarda sərbəst maye varmı? 2) olduğu halda, haradadır və nə qədər həcmədir? Sərbəst mayeni daha çox perikardial çanta, döş qəfəsi, Morrison Mühiti (sağ yuxarı kvadrantda hepatorenal çuxur), sol yuxarı abdominal kvadrantda splenorenal çuxurda, kiçik çanaqda toplanır. 500 ml-dən çox olan maye həcminə müvafiq olan meyarlar işlənilib hazırlanmışdır (təcili diaqnostika və təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilələri tələb edən hidroperitoneumun kritik həcmi) [2]. Belə həcmdə sərbəst maye olduqda bir anatomik nahiyədə qarın boşluğu peritonun vərəqlərinin ayrılması nahiyəsində 4 sm-dən çox təşkil edir, iki nahiyədə- 2 sm, üç nahiyədə- 1 sm-dən çox təşkil edir. Qarın boşluğu daxili travmaların aşkar edilməsində USM-in həssaslığı 41-98,5%, spesifiklik- 97,51%, dəqiqlik- 96-98% təşkil edir. USM-in müsbət proqnoz vermə nəticələri qarın boşluğunun qapalı travması zamanı 84-100% -ə qədər, mənfi- 95-99% təşkil edir, bu zaman xəta ehtimalı 1,2%-ə bərabər olur [2].

Ədəbiyyat göstəriciləri və şəxsi nəticələrə əsasən USM-i qarın boşluğudaxili və qarın boşluğu arxası orqan zədələnmələrinin birbaşa və dolayısı əlamətlərinin aşkar edilməsinin skrining metodu kimi nəzərdən keçirilir və bu qarının küt travması olan bütün xəstələrə aparılır. Bəzi müəlliflərin göstəricilərinə əsasən USM-in diaqnostika dəqiqliyi 91,2%, həssaslığı-90,6%, spesifikliyi- 94,5% təşkil edir [2,6]. Bundan başqa, USM orqanlardakı dəyişikliklərin dinamik müşahidəsini aparmağa və vaxtında cərrahi müalicəyə olan göstərişləri aşkar etməyə imkan verir. Seçim metodu KT ola bilər [2].

Bu metod stabil və ya stabilləşməkdə olan hemodinamika zamanı istifadə edilmişdir. Müştərək travma zamanı KT-in köməkliyi ilə eyni zamanda başın, döş qəfəsinin, qarının və çanağın müayinəsini aparılması mümkündür. Müasir cihazlar orta hesabla bir neçə dəqiqə ərzində müayinələri aparmağa imkan verir. Müayinənin aparılması texnikası informativlik dərəcəsinə nəzərəcarpan təsir göstərir. Skanirləmə qarın və çanağı əhatə edir ki, bu da sub- və retroperitoneal hematomanı aşkar etməyə imkan verir. Bu hematomalar diffuzluq nəticəsində qarın boşluğu daxili maye toplantısına səbəb ola bilər. Kompüter tomoqrafiyası- parenximatoz orqanların zədələnməsi zamanı daha yüksək spesifiklik və həssaslığa malik müayinə metodudur (90%-dən çox) [1].

Bununla yanaşı olaraq bu metodların öz üstün cəhətləri və çatışmazlıqları vardır. Ultrasonoqrafiyanın üstünlükləri onun geniş şəkildə tətbiq edilməsinin mümkün olması, bəzi hallarda, o cümlədən reanimasiyada və digər şöbələrdə asanlıqla istifadə edilməsidir. Bu qeyri-invaziv müayinə metodunu lazım gəldikdə təkrar aparmaq mümkündür. Çatışmazlığı odur ki, xəstə artıq çəkili və piylənmə ilə olduqda, xəstədə reflektor parez, dərialtı emfizema, güclü ağrılar olduqda aparılması mümkün olmur. Parenximatoz orqanların travması zamanı o kompüter tomoqrafiyasına nisbətən daha az informativdir. KT-in üstün cəhətləri: zədə həcminin dəqiqliklə təyin edilməsi, ekstraabdominal orqanlarda yanaşı gedən zədələnmələrin müəyyən edilməsi, müayinənin nəticələri onu aparmanın subyektiv təsəvvürlərindən asılı olmur, nəticələri həm radioloq, həm də başqa ixtisasdan olan həkimlər interpretasiya edə bilər. KT-in çatışmayan cəhətlərinə bunları aid etmək olar: xəstəni diaqnostik kabinetə nəql etmək ehtiyacı, qarın boşluğunun boşluq orqanlarının müayinələri zamanı az informativ olması. Qeyd etmək lazımdır ki, MRT müayinə metodu KT kimi eyni zamanda aparıla bilər və eyni informativliyə malikdir. Lakin KT zamanı sümük və qığırdaq strukturları, MRT zamanı isə yumşaq toxumalar daha yaxşı vizuallaşdırılır. KT-də rentgen şüalanmasıdır, MRT elektromaqnit dalğalardır. MRT-in çatışmayan cəhətlərinə bunları aid etmək olar: prosedur zamanı qulaqlarda xoşagəlməz küyün olması, KT zamanı xoşagəlməz hissələr olmur.

Beləliklə, daxili orqanların zədələnmələrinin vaxtında aşkar edilməsi və müalicə taktikasının seçilməsində düzgün qərarın qəbul edilməsi üçün şüa diaqnostika metodunu istifadə etmək lazımdır. Belə ki, abdominal travmaların erkən diaqnostikası üçün daha əlçatan və kifayət qədər informativ olması exoqrafiyaya xasdır. Qarın boşluğunda küt travmalar olan xəstələrin USM zamanı şübhəli nəticələr alındıqda, bağırsağ zədələnməsi və ya qarın boşluğu arxası hematomoya şübhə olduqda KT və MRT aparmaq lazımdır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Абакумов М.М., Шарифуллин Ф.А., Бармина Т.Г. и др. Спиральная компьютерная томография в диагностике и лечении пострадавших с травматическими брюшинными кровоизлияниями // Хирургия, 2011, №8, с.19-23.

2. Алимов А.Н., Исаев А.Ф., Сафронов Э.П. и др. Хирургическая тактика и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме // Хирургия, 2006, №1, с.34–37.

3. Богницкая Т.В., Трофимова Е.Ю., Смоляр А.Н. Возможности ультразвуковой диагностики брюшинных кровоизлияний в ранние сроки после закрытой травмы живота / Невский радиологический Форум. Сборник научных тр. под. ред. Л.А. Тютина. СПб., 2011, с.27.

4. Ермолаева Н.К., Маскин С.С., Шварцман И.М., Боско О.Ю. и др. Ультразвуковая диагностика закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Вестник Волг.ГМУ, 2013, Выпуск 1 (45), с.54-57.
5. Ма О.Дж., Матиэр Дж.Р. Ультразвуковое исследование в неотложной медицине. Пер. с англ. Моск-ва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014, с.90-120.
6. Малков И.С., Филиппов В.А., Коробков В.Н. и др. Диагностические аспекты закрытых повреждений живота // Казанский медицинский журнал, 2016, Выпуск 6, с. 892-897. DOI: 10.17750/KMJ2016-892
7. Ургентная сонография при травме. FAST protocol. Dr.Yuliya, Ukraine, Sonologist, Regional General Hospital, Libya 2009, <http://sonomir.wordpress.com>.
8. Файзулина Р.Р., Нузова О.Б., Бобылева Е.О. Оптимизация диагностики тупой травмы живота // The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium", 2017, vol. 19, No5, с.9-11.
9. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual, 9th ed, American College of Surgeons, Chicago 2012.
10. E.Evans J.A., van Wesseem K.J., Mc Dougall D.et.al. Epidemiology of traumatic deaths: comprehensive population-based assessment// World J Surg, 2010, vol.34, p.158-163.
11. Global Status on Road Safety 2015, World Health Organization, http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/ (Accessed on April 04, 2016).
12. Lerner E.B., Shah M.N., Cushman J.T. et.al. Does mechanism of injury predict trauma center need?// Prehosp Emerg Care, 2011, vol. 15, p. 518-525.
13. Perel P., Prieto-Merino D., Shakur H. et.al. Predicting early death in patients with traumatic bleeding: development and validation of prognostic model// BMJ, 2012, vol.345, p. 1076-1081.
14. Soto J.R., Zhou C., Hu D. et.al. Skip and save: utility of pelvic x-rays in the initial evaluation of blunt trauma patients// Am J Surg, 2015, vol.210, p.1076-1081.
15. World Health Organization. Global burden of disease. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ (Accessed on May 01, 2010).
16. Wu S.R., Shakibai S., McGahan J.P., Richards J.R. Combined head and abdominal computed tomography for blunt trauma: which patients with minor head trauma benefit?// Emerg Radiol., 2006, vol.13(2), p.61-67.
17. Yao D.C., Jeffrey R.B., Mirvis S.E., Weekes A. et al. Using contrast-enhanced helical CT to visualize arterial extravasation after blunt abdominal trauma: incidence and organ distribution // AJR Am J Roentgenol., 2002, vol.178, p.17-20.
18. Yoon W., Jeong Y.Y., Kim J.K. et al. CT in blunt liver trauma// RadioGraphics, 2005, vol.25(1), p.87-104.
19. Yu J., Fulcher A.S., Wang D.B. et al. Frequency and importance of small amount of isolated pelvic free fluid detected with multidetector CT in male patients with blunt trauma// Radiology, 2010, vol.256(3), p.799-805.
20. Zwingmann J., Schmal H., Sudkamp N.P., Strohm PC: Injury severity and localisations seen in polytraumatised children compared to adults and the relevance for emergency room management // Zentralbl Chir, 2008, vol.133, p. 68-75.

Rayçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin professoru:

t.e.d. M.M.Məmmədov

Redaksiyaya 29.09.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

DIABETİK AYAĞIN MÜALİCƏSİNİN MÜASİR PRİNİPLƏRİ

S.Ə.HÜSEYNOV

Akad. M.Ə.Mirqasimov adına RKX, Bakı, Azərbaycan

Modern principles of diabetic foot treatment.

S.A.Huseynov

Summary: *Objectives assessment of the efficiency of the proposed surgical treatment and use of Altrazeal powder for dressing.*

Materials and methods: *the study included 97 patients with diabetic foot syndrome of different degree of gravity.*

Patients with the same degree of gravity were divided into three groups:

Group I - 30 patients, control group: patients in this group had standards traditional treatment.

Group II - 37 patients (main group A) - these patients had the proposed surgical method of treatment.

Group III - 30 patients (main group B) - patients of this group, along with traditional surgical method, had dressing with use of Altrazeal.

Conclusions: *The efficiency of the treatment after application of proposed surgical intervention in the Group II had increased from 69% from 86%/ In the III group, the used of Altrazeal had shortened the treatment period 2,5 times.*

Современные принципы лечения диабетической стопы.

С.А.Гусейнов

Резюме: Цель исследования оценка эффективности предложенного нами метода хирургического лечения и использования для перевязок порошка алтразеал.

Материал и методы. В исследование включены 97 больных с синдромом диабетической стопы различной степени тяжести.

Больные с одинаковой степенью тяжести разделены на 3 группы:

I группа - 30 больных, контрольная группа: у больных включенных в эту группу проводилась стандартная традиционная терапия.

II группа - 37 больных (основная группа А): у больных этой группы использовался предложенный нами метод хирургического лечения.

III группа - 30 больных (основная группа В): у этих больных наряду с применением традиционного хирургического метода для перевязки использовали алтразеал.

Выводы. Эффективность лечения после предложенного нами метода хирургического вмешательства в II основной группе повысилась с 69% до 86%. Во III основной группе применение порошка алтразеала для перевязок позволено сократить сроки эпителизации в 2,5 раза.

Açar sözlər: *diabet, ayaq, cərrahi, altrazeal.*

Dünya məstəbında şəkərli diabetlə (ŞD) xəstələrin progressiv çoxalması tibbi-sosial problem kimi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Son 20-25 il ərzində şəkərli diabetlə xəstələrin sayı dünyada praktik olaraq 2 dəfə artmışdır. ÜST-in məlumatına görə ŞD ilə xəstələrin sayı 2014-cü ildə 422 milyona çatmışdır [8]. ŞD ilə xəstələrdə orta ömür 10%-dən çox qısalır ki, bu da makro- və mikroangiopatiya ilə əlaqədar baş verən ağırlaşmalar ilə əlaqədardır [6].

Şəkərli diabetin ən qorxulu və təhlükəli ağırlaşması diabetik ayaq sindromudur (DAS). Bəzi müəlliflərin fikrincə qeyri-travmatik amputasiyaların 70%-ə qədərini səbəbi DAS-dır [8]. Şəkərli diabetli xəstələrdə 5 il müddətində təkrari amputasiya 14-49% təşkil edir [2,5,9,10]. Bu da əlilliyin artmasına gətirib çıxarır [2,10].

Hal-hazırda xətalı müalicə çox yayılmışdır. DAS-ın müalicəsi kompleks şəkildə aparılmalıdır: cərrahi, medikamentoz və yerli [1,7].

DAS-ın müalicəsində cərrahi taktika ən önəmli yeri tutur. Belə ki, adekvat cərrahi əməliyyat müalicənin əsasını təşkil edir. Xətalı əməliyyat prosesin inkişafının qarşısını ala bilmir. Aparılan sonrakı medikamentoz və yerli müalicə effekt vermir. Əsas vəzifələrdən biri isə adekvat və effektiv yara sarğılarından və örtüklərdən istifadə edilməsidir [3,4].

Tədqiqatın məqsədi tərəfimizdən təklif etdiyimiz cərrahi müalicə üsulunu və sarğı üçün altrazeal tozunun tətbiqinin effektivliyinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Material və metodlar. Tədqiqata akad. M.Ə.Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanasında 2016 - 2017-ci illərdə müalicə olunan DAS ilə 97 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin yaşı 38-dən 86-dək tərəddüd etmiş, onlardan 52-si kişi (53,6%), 45-i qadın (46,4%) olmuşdur. Xəstələrin müayinə və müalicəsi akad. M.Ə. Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanasında aparılmışdır. I qrupa daxil olan xəstələrdən 3-də (10%) I tip ŞD, 27-də (90%) II tip ŞD, II qrupa daxil olan xəstələrdən 5-də (13,5%) I tip ŞD, 32-də (86,5%) II tip ŞD, III qrupa daxil olan xəstələrdən isə 4-də (13,3%) I tip ŞD, 26-da (86,7%) II tip ŞD müəyyən edilmişdir. Tədqiqat zamanı dinamik müşahidə və müqayisə 1, 3, 7, 14 və 28-ci sutkalarda aparılmışdır. Xəstələrin vəziyyətlərini qiymətləndirmək üçün aşağıdakı üsullardan istifadə edilmişdir: xəstələrdən ciddi anamnez toplanması, şikayətləri, hemodinamik göstəricilərin təyini, koaquloqramma, qanda və sidikdə qlükozanın təyini, yaranın, nekroz sahəsinin, prosesin yayılma dərəcəsinin, səviyyəsinin, irinli-nekrotik prosesin dərinliyinin təyini.

Xəstələr daxil olan kimi qanda qlükozanın təyini ilə yanaşı, ayağın proyeksiyada rentgenoqrafiyası, aşağı ətraf arteriyalarının doppleroqrafiyası, qanın ümumi, biokimyəvi müayinəsi, infeksiyaların araşdırılması, koaquloqramma və digər müayinələr aparılmışdır. Xəstələrin ürək-damar sistemi, tənəffüs sistemi, sidik-cinsiyyət sistemi yoxlanılmışdır.

I qrupa (30 xəstə) daxil olan xəstələrdə ənənəvi cərrahi, yerli və ümumi müalicə üsullarından istifadə edilmişdir. Cərrahi müdaxilənin mahiyyəti ekzartikulyasiyadan, proses ayağın üstündə olduqda paralel, ayağın altında olduqda tərsinə T-şəkilli kəsiklərin aparılmasından, zədələnmiş vətər yataqlarının açılması və vətərlərin kəsilib götürülməsindən ibarət olmuşdur.

II qrupa (37 xəstə) daxil olan xəstələrdə bizim tərəfimizdən işlənilib hazırlanmış cərrahi müalicə üsullarından istifadə edilmişdir. DAS-da irinli-nekrotik prosesin ön, orta və arxa ayaqda yayılmasından asılı olaraq aşağıdakı üsullardan - cərrahi taktikadan istifadə olunmuşdur. Proses ön ayaqda olduqda barmağın ekzartikulyasiyası əməliyyatı icra olunmuşdur. Falanqa-ayaq darağı oynağında oynaq başı və oynaq çuxuru destruksiya uğradıqda əlavə T-şəkilli kəsiklə ayaq darağı sümüyünün distal rezeksiyası aparılır, vətər yatağı açılır, sağlam səviyyədə vətər (müvafiq barmağı bükən) kəsilib götürülür. Proses orta ayağa yayıldıqda I-şəkilli kəsikdən istifadə olunmuşdur. Zədələnmiş vətər yataqları açılmış, arxa ayaq sərhədində vətərlər kəsilib götürülmüşdür. Bütün hallarda ayaqaltı arteriya və venalar qorunub saxlanılır. İrinli-nekrotik proses topuq oynağı istiqamətində yayıldıqda kəsiklər müvafiq tərəfə uzadılır. Arxa ayaqda, daban nahiyəsində irinli-nekrotik proses olduqda yarımdairəvi kəsik aparılır. Əgər ayaq arxasında proses qeyd edilərsə, damarları qorumaqla paralel boylama kəsiklər aparılır, zədələnmiş vətər yataqları açılır, sağlam toxuma səviyyəsində vətərlər kəsilib götürülür.

III qrupa (30 xəstə) daxil olan xəstələrdə ənənəvi cərrahi, ümumi müalicə aparılmaqla yanaşı, yerli müalicə də sarğı üçün altrazeal tozundan istifadə edilmişdir. Altrazeal preparatı birdəfəlik istifadə üçün nəzərdə tutulan steril ağ tozdan ibarətdir. Son parçalanma məhsulu hidrat və aqreqat hissəciklərindən ibarətdir və preparatın kütləsinin 68%-ni təşkil edir. Altrazealin bir blisterində 75 qram liofilizə olunmuş toz var. Bu toz 84,8% pHEMA, 14,9% pHPMA və 0,3% natrium deoksikloratdan ibarətdir. Yara cərrahi yolla nekrotik toxumalardan təmizlənməli və antiseptik steril məhlullarla yuyulmalıdır. Yara səthi nəmli olmalıdır. Nəmli olmazsa, steril fizioloji məhlulla və ya antiseptik məhlulla nəmləndirilməlidir. Toz yara səthinə nazik və eyni bərabərdə tökülür. Tozu yaraya töküüb nəmləndirdikdən sonra bir neçə dəqiqədə sarğı əmələ gəlir. Altrazeal sarğısı yara üzərində 14 günə qədər saxlanıla bilər. Yara tam bağlanana qədər sarğı dəri ilə sıx təmasda olmalıdır. Sarğı 3-5 dəqiqə ərzində steril fizioloji məhlulla isladıldıqdan sonra yaradan götürülməlidir. Altrazeal tozu ABŞ istehsalı olub, qeyri-toksik və təhlükəsizdir.

Nəticələr və müzakirə. Nəzarət qrupunda 11 (36,7%), II əsas qrupda 29 (78,4%), III qrupda 19 (63,3%) xəstədə yaranın sağalması fəsadsız keçmişdir. Cədvəl 1-də ağırlaşmasız sağalan xəstələrdə yaranın dinamikası göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Fəsadsız sağalan xəstələrdə yaranın dinamikası.

Gün	Qruplar		
	I qrup (11)	II qrup (29)	III qrup (19)
1-ci gün	təmiz yara	təmiz yara	Təmiz yara
3-cü gün	qranulyasiya yoxdur	qranulyasiya yoxdur	qranulyasiya başlayır
7-ci gün	qranulyasiya başlayır	qranulyasiya başlayır	epitelizasiya başlayır
14-cü gün	epitelizasiya başlayır	aktiv epitelizasiya qeyd olunur	yaranın 1/4-də epitelizasiya qeyd olunur
28-ci gün	yaranın 1/4-də epitelizasiya qeyd olunur	yaranın 1/3-də epitelizasiya qeyd olunur	yaranın 1/2-də epitelizasiya qeyd olunur

Yaraların sağalmasının fəsadsız keçdiyi xəstələri analiz etdikdə görünür ki, 3-cü sutkada I və II qrupda qranulyasiya olmadığı halda, III qrupda qranulyasiyanın başladığı qeyd olunur. 7-ci sutkada I və II qrupda qranulyasiya qeyd olunmağa başlayır, III qrupda isə epitelizasiya müşahidə edilir. 14-cü sutkada I qrupda epitelizasiya, II qrupda aktiv epitelizasiya müşahidə edildiyi halda, III qrupda yaranın 1/4-də epitelizasiya qeyd edilir. 28-ci sutkada I qrupda yaranın 1/4, II qrupda 1/3, III qrupda 1/2 hissəsi epitelizasiya etmişdir.

Beləliklə, təmiz yaraların sağalması, III qrupda, yəni sarğı materialı kimi altrazeal tozundan istifadə edilən xəstələrdə epitelizasiya I qrupa nisbətən 2,5 dəfə, II qrupa nisbətən isə 2 dəfə tez baş vermişdir. Bu da nəmli mühitin yaranın sağalması üçün optimal şəraitin təmin edilməsi ilə əlaqədardır. Altrazeal yara yatağının səthində nəmlik vardır. Yarada nəmliyin saxlanması hüceyrələrin funksiya etməsi və regenerasiyası üçün optimal mühit yaradır. Yuxarıda qeyd olunanlar göstərir ki, DAS-da sarğı materialı kimi altrazeal tozundan istifadə edilməsi məqsəduyğun sayılır.

Nəzarət qrupuna daxil olan 30 xəstədən 19-da (63,3%), II qrupda 37 xəstədən 8-də (21,6%), III qrupa daxil olan 30 xəstədən 11-də (36,7%) ağırlaşma qeyd olunmuşdur. Bu xəstələrdə təkrari ekzartikulyasiya, yaranın genişləndirilməsi, nekrektomiya əməliyyatları icra olunmuşdur. Nəzarət qrupunda 10 xəstədə 2 dəfə, 5 xəstədə 3 dəfə təkrari əməliyyatlar aparılmışdır. 4 xəstədə isə 3 dəfədən çox təkrari əməliyyatlar aparılmasına baxmayaraq, prosesin qarşısını almaq mümkün olmamışdır. Ona görə də həyati göstərişlə amputasiya əməliyyatı icra olunmuşdur. II qrupa daxil olan xəstələrdən 5-də 2 dəfə, 3-də isə 3 dəfə təkrari əməliyyatlar icra olunmuşdur. III qrupa daxil olan xəstələrdən 4-də 2 dəfə, 5-də 3 dəfə təkrari cərrahi müdaxilə aparılmışdır. 2 xəstədə 3-dən artıq təkrari əməliyyat aparılmasına baxmayaraq, irinli-nekrotik proses inkişaf etmişdir. Ona görə də həmin xəstələrdə amputasiya icra olunmuşdur.

Cədvəl 2

Hər 3 qrupda müalicənin nəticələri

№	Müalicənin nəticələri	I qrup	II qrup	III qrup
1	Sağalma	11	29	19
2	Ağırlaşma	19	8	11
3	1 dəfə əməliyyat keçirən xəstələrin sayı	11	29	19
4	2 dəfə əməliyyat keçirən xəstələrin sayı	10	5	4
5	3 dəfə əməliyyat keçirən xəstələrin sayı	5	3	5
6	3 dəfədən çox əməliyyat keçirən xəstələrin sayı	4	-	2
7	Amputasiya	4	-	2

Cədvəldən də aydın görünür ki, II qrupda müalicə olunan xəstələrin müalicələrinin nəticələri daha qənaətbəxş olmuşdur. Bizim tərəfimizdən təklif edilən cərrahi müdaxilə üsullarının tətbiqi sayəsində sağalma ilə xəstələrin sayı nəzarət qrupu ilə müqayisədə 36,7%-dən 78,4%-ə yüksəlmiş, ağırlaşmalar isə 63,3%-dən 21,6%-ə qədər azalmışdır. Ənənəvi cərrahi müdaxilə və sarğı materialı kimi altrazeal tozundan istifadə edilən III qrup xəstələrdə sağalma 63,3%, ağırlaşma 36,7% təşkil etmişdir.

Bütün bunlardan başqa müalicənin nəticələri xəstənin daxil olarkən ümumi vəziyyətindən, ürək-damar sistemindən, ŞD-nin ağırlıq dərəcəsindən, qanda eritrositlərin, neytrofillərin, zülalların miqdarından da əhəmiyyətli dərəcədə asılıdır. DAS ilə xəstələrin müalicəsində immun sistem, karbohidrat və zülal mübadiləsinin korreksiyası önəmli rol oynayır.

Yekun. Aparılan tədqiqatlar göstərir ki, DAS-ın müalicəsinin effektivliyi, ilk növbədə, vaxtında aparılan adekvat cərrahi müdaxilədən asılıdır. Bizim tərəfimizdən təklif edilmiş cərrahi müalicə üsulunu tətbiq etməklə, ilkin əməliyyatdan sonra sağalma nəzarət qrupu ilə müqayisədə 36,7%-dən 78,4%-ə yüksəlmiş, ağırlaşmalar və təkrari əməliyyatlar 63,3%-dən 21,6%-ə qədər azalmışdır. Təmiz yaraların sağalması III qrupda, yəni sarğı materialı kimi altrazeal tozundan istifadə edilən xəstələrdə epitelizasiya, I qrupa nisbətən 2,5 dəfə, II qrupa nisbətən isə 2 dəfə tez baş vermişdir. Bu da nəmli mühitin yaranın sağalması üçün optimal şəraitin təmin edilməsi ilə əlaqədardır.

Beləliklə, cərrahiyyənin ən aktual problemlərindən olan DAS-ın müalicəsində bizim tərəfimizdən işlənilib hazırlanmış cərrahi müdaxilə üsulunu və sarğı materialı kimi altrazeal tozundan istifadə edilməsini effektiv müalicə metodu kimi klinik praktikada cərrahlar tərəfindən istifadə etməyi tövsiyə etmək olar.

ƏDƏBİYYAT:

1. Аникин А.И. Значение оценки микроциркуляторных нарушений хирургическом лечении гнойно - некротических поражений при синдроме диабетической стопы: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2009.
2. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы (клиника, диагностика, лечение и профилактика): М 1998; 136.

3. Дибиров М.Д., Гаджимурадов Р.У., Корейба К.А. Анализ клинического применения эпидермального фактора роста ("Heberprot-R") и биопластического материала ("Коллост") в лечении дефектов кожи и мягких тканей у больных с синдромом диабетической стопы: Хирургия. 2016; (3): 59-63.

4. Майбородин И.В., Береговой Е.А., Швела А.И., Кузнецова И.В., Баранник М.И., Манаев А.А., Майбородина В.И. Морфологическое изменения тканей после имплантации биодеградируемого материала на коллагеновой основе. Морфология. 2013; 144 (6): 63-68.

5. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В., Федосеева А.К. Комплексный подход в лечении критической ишемии при диабетической стопе. Труды научно-практической конференции "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом". М 1996; 157-161.

6. Рисман Б.В., Чмырев И.В., Гамалин С.В. Качество жизни и функции стоп пациентов с гнойно - некротическими осложнениями. СДС. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2011; 2; 87-96.

7. Сергеев Н.А. Низкоинтенсивное лазерное изучение в лечении трофических язв и длительно незаживающих ран. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 2: 16-20.

8. Ступин В.А., Силина Е.В., Горюнов С.В., Горский В.А., Кривихин В.Т., Богомолов М.С., Баранцевич Е.Р., Корейба К.А. Оценка динамики площади раны и частоты эпителизации при лечении синдрома диабетической стопы (результаты многоцентрового исследования). Хирургия. 2017; 3; 55-60.

9. Токмакова А.Ю. Эффективность различных методов консервативной терапии у больных с синдромом диабетической стопы: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М 1992; 234.

10. The high risc foot in diabetes mellitus. Edited by R.G. Frykberg 1991.

Rəyçi: *ATU-nun III Cərrahi xəstəlikləri kafedrasının müdiri, t.e.d., prof.:*

F.H.Camalov

Redaksiyaya 08.01.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

KƏSKİN DESTRUKTİV XOLESİSTİTLİ YAŞLI VƏ QOCA XƏSTƏLƏRDƏ LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**ZEYNALOV S.M., BAYRAMOV N.Y., ASLANOVA K.D.,
MAHMUDOV M.G., ƏLİYEV R.Y., RÜSTƏM Ə.M.**
ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
(*e-mail:adrust@mail.ru*)

Features of laparoscopic cholecystectomy in patients elderly and senile age with acute destructive cholecystitis

Zeynalov S.M., Bayramov N.Y., Aslanov K.D., Mahmudov M.G., Aliyev R.Y., Rustam A.M.

Summary: *In this paper, the results of laparoscopic surgical treatment of 343 elderly and senile patients with acute destructive cholecystitis are summarized and quantified. After establishing the diagnosis and concomitant diseases, the patients are operated on after urgent preoperative preparation. Gangrenous cholecystitis was revealed intraoperatively in 66 (19,2%), phlegmonous - in 277 (80,75%), widespread peritonitis in 2 (0,6%), local - 159 (46,35%), purulent cholangitis - 14 (4,1%), liver cirrhosis in 12 (3,5%) cases. The factors contributing to postoperative complications were studied, among the latter, abscesses of the abdominal cavity (subhepatic, interintestinal, subphrenic) predominated, leaving stones in the common bile duct, cholangitis, pancreatitis, bile duct and abdominal cavity, etc. There were no lethal outcomes.*

Key words: *Gallstone disease, acute destructive cholecystitis, acute peritonitis, purulent cholangitis, laparoscopic cholecystectomy*

**Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных
пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холециститом**
Зейналов С.М., Байрамов Н.Ю., Асланова К.Д., Махмудов М.Г., Алиев Р.Я., Рустам А.М.

Резюме: В данной работе обобщены и проанализированы результаты лапароскопического хирургического лечения 343 больных пожилого и старческого возраста с острым деструктивным холециститом. После установления диагноза и сопутствующих заболеваний и соответствующей предоперационной подготовки, все больные были прооперированы в срочном порядке. Интраоперационно выявлены гангренозный холецистит у 66 (19,2%), флегмонозный - у 277 (80,75%), распространенный перитонит в 2-х (0,6%), местный - 159 (46,35%), гнойный холангит - 14 (4,1%), цирроз печени в 12 (3,5%) случаях. Изучены факторы, способствующие к послеоперационным осложнениям, среди последних преобладали абсцессы брюшной полости (подпеченочный, межкишечный, поддиафрагмальный), оставление камней в общем желчном протоке, холангиты, панкреатиты, желчеизлияние в ложе и в брюшную полость и др. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, острый деструктивный холецистит, острый перитонит, гнойный холангит, лапароскопическая холецистэктомия.

Açar sözlər: *Öddəşi xəstəliyi, kəskin destruktiv xolesistit, kəskin peritonit, irinli xolangit, laparoskopik xolesistektomiya*

Giriş. Kəskin xolesistitə (KX) görə cərrahi şöbələrə daxil olun xəstələrin 60%-ə qədəri yaşlı və qoca şəxslərdir [1]. DST-nin məlumatlarına görə dünyada 60-70 yaşlı insanların ¼-ində, 70 yaşdan yuxarı isə ½-də qaraciyər xaric öd yollarında daş(lar) aşkar olunur [2]. Bu xəstəliyin laparoskopik müalicəsi uzun illər aktuallığını itirməmiş və günümüzdə qədrqızıl "standart" hesab olunmaqdadır [3, 4]. İnkişaf etmiş ölkələrdə öddəşi xəstəliyinin (ÖDX) 90%-in müalicəsi videolaparoskopik yerinə yetirilir, lakin 60-90 yaşlı kəskin destruktiv xolesistitli xəstələrdə bu göstərici xeyli aşağıdır [5-9].

Yuxarı yaş kateqoriyalı xəstələrin 80-100%-i yanaşı ağır ürək-damar və tənəffüs sistemi, digər sistemlərin və üzvlərin xəstəliklərindən əziyyət çəkir [10-12]. Bu vəziyyət ağırlaşmaların tezliyinin artmasına və arzuolunmaz nəticələrə səbəb olur. Belə xəstələrin konservativ müalicəsindən iltihab-infiltrativ prosesin sönməsinə səbəb olmur. Ona görə də cərrahi əməliyyatların xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığı şəraitində icra etmək zərurəti yaranır.

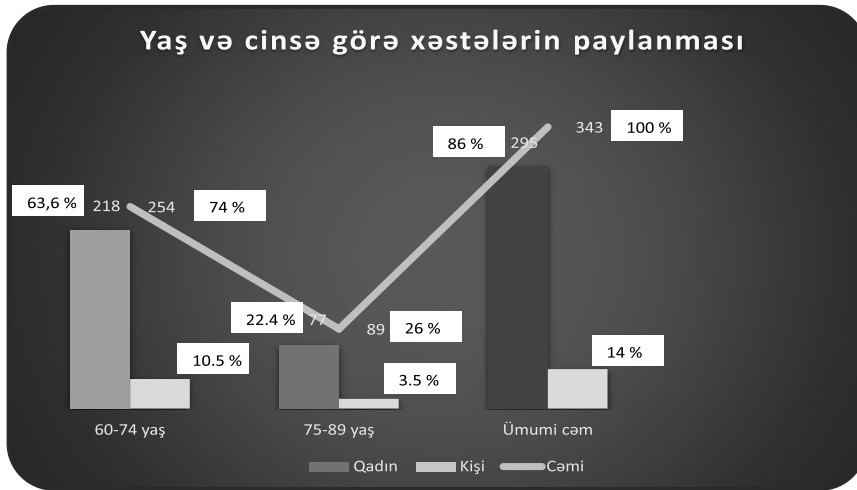
Hazırda yaşlı və qoca xəstələrdə aztravmatik laparoskopik cərrahi metodikaların icrasına göstərişlər, müalicə variantları və texniki müdaxilələr geniş müzakirə olunmaqdadır. Bu səbəbdən kəskin destruktiv xolesistitli 60-90 yaşlı xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiya (LXE) əməliyyatının bir çox aspektlərinin öyrənilməsi aktuallığını günümüzdə qədər saxlamışdır.

Məqsəd. Kəskin destruktiv xolesistit olan yaşlı və qoca şəxslərdə təcili laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatının nəticələrinin öyrənilməsi

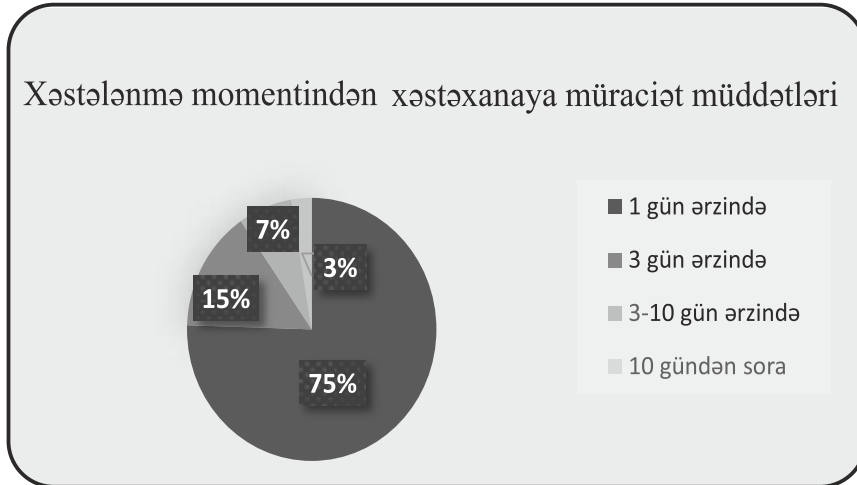
Material və metodlar. 2000-2016-cı illərdə Bakı ş. BSI-nin KTM və ATU-nin TCK-da kəskin destruktiv xolesistitlə bağlı yaşlı və qoca 343 xəstədə laparoskopik cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir. Qadınlar 86,0% (295) təşkil etmişdir. Yaş strukturu aşağıdakı kimi olmuşdur: yaşlı dövr (60-74) – 246 (71,7%), qoca dövr (75-89) – 97 (28,3%) (şək. 1). 118 xəstədə (34,4%) ÖDX-nin anamnezi 10 ildən çox olmuşdur.

Bütün xəstələr təcili göstərişlərlə xəstəliyin müxtəlif müddətlərində klinikaya daxil olmuşlar. Klinik situasiyadan asılı olaraq operativ müalicə təcili prinsiplərlə yerinə yetirilmişdir.

60 yaşdan yuxarı xəstələrin hospitalizasiya müddəti 2-ci şəkildə göstərilmişdir. Xəstəliyin ilk günündə 259 (75,5%), 2-3-cü günlərdə - 51 (15%), 4-10-cu günlərdə -14 (4,1%), 10 gündən sonra 9 xəstə (2,6%) müraciət etmişdir. Gec hospitalizasiya (xəstəliyin 3-cü günündən sonra 23 xəstə (6,7%) müalicənin sonrakı nəticələrinə mənfi təsir göstərmişdir.



Şək. 1. Xəstələrin yaş və cinsə görə bölgüsü

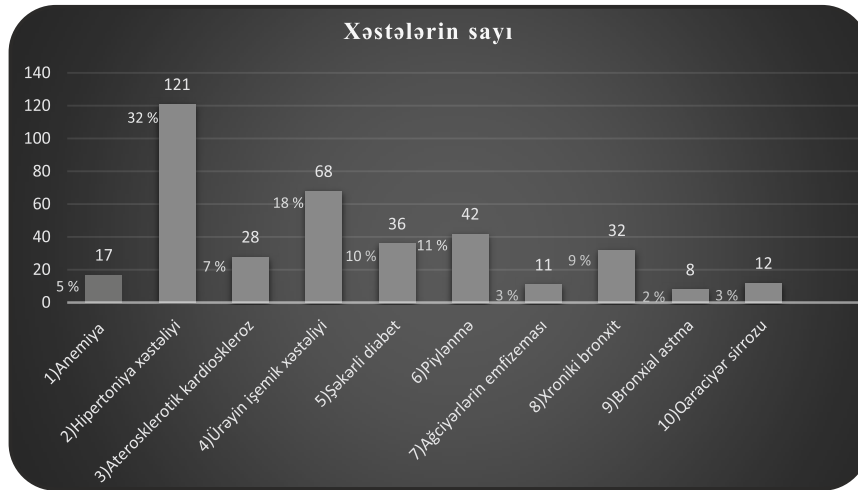


Şək. 2. Xəstələnmə anından hospitalizasiya müddətləri

Yanaşı xəstəliklər müalicə taktikasının, həcmnin və növünün seçimində mühüm rol oynayır, kəskin destruktiv xolesistitin və əməliyyatdan sonrakı gedişi ağırlaşdırır (şək. 3).

Kəskin xolesistitin diaqnostikasında USM ilk pillə müayinəsi kimi mühüm rol oynayır. Yalnız 43 xəstədə (12,5%) USM-in nəticəsi ilə intraoperasion nəticələrin uyğunsuzluğu aşkar edilmişdir.

Kəskin xolesistitin bütün formalarında anestezioloji risk aşağı olduqda aktiv taktikaya üstünlük verilmişdir (gecə vaxtları istisna olunmaqla), yəni stasionara daxil olduğu gün cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Anestezioloji risk anestezioloqlarla birlikdə ASA təsnifatı əsasında müəyyən edilmişdir.



Şək. 3. Yanaşı xəstəliklər

Intraoperasion olaraq 66 xəstədə (19,2%) qanqrenoz, 277-də (80,75%) fleqmonozxolesistit aşkar olunmuşdur. Yayılmış peritonit 2 (0,6%), yerli peritonit - 159 (46,35%), irinli xolangit - 14 (4,1%), qaraciyərin sirrozu – 12 xəstədə (3,5%) müəyyən edimişdir. Intraoperasion ağırlaşma 16 xəstədə (4,7%) baş vermişdir.

Əməliyyat zamanı aşağıdakı taktikaya üstünlük verilmişdir. Diaqnostik laparoskopiyaya mərhələsindən sonra 58 xəstədə (16,9%) öd kisəsi punksiya edilmiş, onlardan 33-də hidrops (9,6%), 25-də (43,1%) empiema aşkar olunmuşdur. 128 xəstədə (37,3%) bitişmələr disseksiya edilmişdir. Öd kisəsinin divarına fiksə olunmuş qonşu orqanlar, toxumalar və bitişmələr sıxıcı ilə kiçik hissələrlə dartılmaqla öd kisəsinin divarından azacıq uzaqlaşdırılmış, damarlar təyin edilmiş və koaqulyasiya edilməklə disseksiya olunmuşdur. Nəticədə qanaxmaların, vacib anatomik strukturların və boşluqlu orqanların yatrogen travmalarının qarşısı alınmışdır. 78 xəstədə (22,7%) disseksiya üçün kiçik tənzip tıfper istifadə olunmuş, kövsək toxumaların ayrılması asanlaşmışdır.

Bütün xəstələrdə öd kisəsinin boynu nahiyəsində periton geniş kəsilmiş, sıxıcı ilə Hartmann cibi fiksə olunmuş, kisə kranial tərəfə və sola traksiya edilmişdir. Bu nahiyədə kisə arteriyasının anomal yerləşməsi ehtimalını nəzərə alaraq kisə axarı lateral tərəfdən ayrılmışdır. Calot üçbucağından fərqli olaraq bu nahiyədə qanaxmanı saxlamaq çətinlik törətmir. Öd kisəsi axarı 5-10 mm uzunluqda açıldıqdan sonra onun arxasında sərbəst boşluq yaradılır və ümumi öd axarı identifikasiya olunur, Hartmann cibindən tutmaqla, həmçinin kaudal və lateral istiqamətlərdə traksiya aparmaqla Calot üçbucağı genişləndirilir. Nəticədə öd kisəsi hepatoduodenal bağ və qaraciyərin qapısından uzaqlaşır. Bununla hepatoduodenal bağın elementlərinin yatrogen zədələnmələrinin qarşısı alınır. Sonda kisə axarı 3 klipslə klipslənilir: 2 klips proksimal hissəyə, sonuncusu isə kisənin boynuna yaxın qoyularaq aradan kəsilir. Geniş öd axar olduqda (16 xəstədə: 4,7%) onun proksimal hissəsinin bağlanması klipslərin qarşı-qarşıya qoyulması ilə icra olunmuşdur. 28 xəstədə (8,2%) isə kisə axarı liqatura ilə bağlanmışdır. 22 xəstədə (6,4%) intraoperasion xolangioqrafiya yerinə yetirilmişdir. Kisə axarı klipsləndikdən sonra klipsdən aşağıda axar kəsilmiş, onun boşluğuna xoledox istiqamətində kateter salınmış, sıxıcı ilə fiksə edildikdən sonra xolangioqrafiya icra olunmuşdur. 16 xəstədə (4,7%) intraoperasion xoledoxoskopiya həyata keçirilmişdir. Ümumi öd axarında əməliyyat zamanı konkret aşkar olunması xolesistektomiyanın laparoskopik yolla yekunlaşdırılmasına əks-göstəriş olmamışdır. 18 xəstədə (5,25%) xoledoxda konkret aşkar edilmiş, onlardan 9-da (50,0%) xoledoskopun nəzarəti ilə çıxarılmışdır. 6 xəstədə (33,3%) xoledoxotomiyadan sonra sanasiya aparılmış, konkretlər Fugarti kateteri vasitəsilə 5 (83,3%), dissektorla 1 (16,7%), Dormia səbəti ilə 3 xəstədə (16,7%) çıxarılmışdır. Xoledoxun keçiriciliyi yoxlandıqdan sonra xoledox T-şəkilli boru ilə xaricə drenaj edilmişdir. 3 xəstədə isə (0,8%) eyni momentli (1) və erkən dövrdə (2) daşlar endoskopik papillosfinkterotomiya olunmaqla uğurla xaric edilmişdir.

34 xəstədə (9,9%) cərrahi əməliyyat zamanı ifrat infiltrasiya və Hartmann cibinin öd yolları ilə bitişmələri nəticəsində texniki çətinliklər yaranmışdır. Bu xəstələrdə LXE əməliyyatı kafedramızda işlənliib hazırlanmış prinsiplər əsasında icra olunmuşdur. Əməliyyat aşağıdakı üsulla aparılmışdır. İlk mərhələdə öd kisəsi Hartmann cibindən yuxarı ön divardan 2 sm köndələn istiqamətdə kəsilmiş, kisə möhtəviyyəti tamamilə sorulmuş, konkretlər xüsusi konteynerə yerləşdirilmişdir. Bu, kisənin infiltrativ divarının sıxıcı ilə traksiyasını asanlaşdırmışdır. Sonra Hartmann cibinin aşağı lateral divarı kisə axarına qədər kəsilmişdir. Kisə axarına yaxın kisənin divarı, Hartmann cibi ətraf toxumalardan (bitişmələrdən) ayrılmış və kisə arteriyası bağlanmışdır. Öd kisəsi kisə axarı səviyyəsində rezeksiya olunmuş və xaric edilmişdir. 32 xəstədə (9,3%) qaraciyərdən xaricə öd yollarının xoledoxoskopik sanasiyası aparılmışdır. 5 xəstədə (15,5%) kisə axarı, 11-də (34,4%) xoledox T-boru ilə xaricə drenaj edilmişdir. 3 xəstədə (0,9%) təcrid olunmuş öd kisəsi aşkarlandığı üçün kisə axarından öd ifrazı olmamışdır. Bu xəstələrdə əməliyyat qaraciyəraltı nahiyənin drenajı ilə yekunlaşmışdır. 10 xəstədə (2,9%) əməliyyat Pribram üsulu ilə yerinə yetirilmişdir.

4 xəstədə (1,2%) uzun sürən xroniki residivləşən xolesistit səbəbi ilə öd kisəsinin bütün hissələri, həmçinin dibi əhəmiyyətli səviyyədə perivezikal bitişmə prosesi hesabına ətraf orqanlarla (mədə, onikibarmaq bağırsağ, piylik) birləşmiş - "həbs olunmuşdur". 3 hadisədə (0,9%) öd kisəsi belə bitişmələrdən azad edildikdən sonra LXE-nin icrası mümkün olmuşdur. 1 xəstədə bitişmələrin bir hissəsinin ayrıldıqdan sonra boyun nahiyəsində bərkləşmiş infiltrat aşkar edilmişdir. Bu səbəbdən əməliyyat açıq üsulla davam etdirilmişdir. Kəskin xolesistitli 10 (2,9%), hidropslu 3 xəstədə (0,9%) öd kisəsinin kobud çapıq-infiltrativ dəyişikləri aşkar edilmişdir. 4 xəstədə (1,2%) kisə arteriyasından qanaxma olmuşdur. Onlardan 3-də qanaxma klipslərlə dayandırılmış, 1-də isə konversiya tələb olunmuşdur.

12 xəstədə (3,5%) öd kisəsi xaric edilərkən onun perforasiyası baş vermişdir. Perforasiya dəliyi kiçik olduğu hadisələrdə möhtəviyyatın hissəvi aspirasiyasından sonra sıxıcı ilə qapanmış və əməliyyat davam etdirilmişdir. 5 xəstədə böyük perforasiya dəliyi sıxıcı ilə qapamaq mümkün olmadığından kisə möhtəviyyatı tam aspirasiya edilmiş, konkretlər konteynerə yerləşdirilmişdir. Kisənin mənfəzi betadin məhlulu ilə yuyulduqdan perforasiya dəliyindən kisənin mənfəzinə 16F ölçülü Foley kateteri yeridilmiş, möhtəviyyat onun vasitəsi ilə xaric edilmiş, balon şişirdilmiş və geri dartılmaqla tutucu qismində istifadə edilmişdir. Yəni əməliyyatın davamı prosesində o, kisənin traksiyası üçün tətbiq olunmuşdur. Bu taktika əməliyyatın gedişini xeyli asanlaşdırmışdır. Sonda əməliyyat nahiyəsi fizioloji məhlulla yuyulmuş və sorucu ilə evakuasiya olunmuşdur. Qaraciyəraltı nahiyə drenaj olunmuşdur. Qarın boşluğundan öd kisəsi bütün hallarda konteyner vasitəsilə xaric edilmişdir.

Əksər əməliyyatlar 10-12 atm karbon qazı ilə insufflyasiyası şəraitində icra edilmişdir. Ağır ürək-damar çatmazlığı olan xəstələrdə LXE daha az təzyiq altında (6-8atm) həyata keçirilmişdir. 2 xəstədə (0,6%) konversiya olunmuşdur. Açıq xolesistektomiyaya keçidin səbəbləri öd kisəsinin büzülməsi və birləşmələrlə tam təcrid olması ("həbs olunması") (1), kisə arteriyasından infiltrasiya səbəbi qanaxmanın dayandırılmasının mümkün olmaması (1) olmuşdur.

Alınmış nəticələr SPSS statistik paketin Inc. 20.0 versiyası ilə işlənmişdir. Qruplardakı göstəricilər variasion sətərə düzölmüş və hər bir variasion sətərə üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Kəmiyyət dəyişənləri arasındakı fərq üçün χ^2 Pearson və Wilkoxson (Manna-Withni) meyarı (W) ilə hesablanmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Kəskin destruktiv xolesistit diaqnozu USM, KT, MRT və klinik-laborator analizlərlə qoyulmuşdur. Əməliyyat zamanı 1 saylı cədvəldə kəskin destruktiv xolesistitin ağırlaşmaları təqdim edilmişdir.

Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq anestezioloq, kardioloq, zərurət olduqda digər ixtisaslı həkimlərlə birgə aparılmışdır. Yanaşı xəstəliklər - ÜİX və HX zamanı kardioloqun, şəkərli diabet zamanı endokrinoloqun və digər ixtisaslı mütəxəssislərin konsiliumu aparılmışdır. 32 kardioloji xəstəyə korreksiyaedici və dəstək terapiyası (II dərəcəli ürək çatmazlığı – 6, ritm pozğunluqları və keçiriciliyin pozulması -4, HX -19, stenokardiya - 3xəstədə) tətbiq edilmişdir.

Cədvəl 1

Destruktiv xolesistitin ağırlaşmaları

ÖDX-nin ağırlaşmaları	Xəstələrin sayı	
	müt.	%
Perivezikal infiltrat	138	40,2
Öd kisəsinin empieması	34	9,9
Mexaniki sarılıq	12	3,5
Peritonit :		
yerli	159	46,4
yayılmış	2	0,6
Perivezikal abses	47	13,7
Xolangit	14	4,1

Kəskin xolesistitli bəzi xəstələrin konservativ müalicəsi iltihab prosesinin nisbi sönməməsi ilə nəticələnsə ağırlaşma fonunda məcburi təcili cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. Operasiya-anestezioloji riskin yüksək olması əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinin artmasına səbəb olmuşdur. Belə vəziyyət daha çox ürək-damar və tənəffüs, şəkərli diabet patologiyaları ilə bağlıdır. Çünki, həmin xəstələrdə orqanizmin funksional ehtiyatları və kompensator imkanları xeyli aşağı olur. Ona görə də bu xəstələr üçün konservativ terapiyanın effektivliyini və xəstəliyin proqnozunu daha qısa müddətdə qiymətləndirmək lazım gəlmişdir.

Qeyd etmək vacibdir ki, təcili əməliyyatlardan əvvəlki dövryalınız kəskin xolesistitin gedişinə nəzarət və konservativ müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək üçün deyil, həmçinin xəstənin müayinəsi, kompleks terapiya və həyati vacib orqanların funksional bərpası üçün mütləqdir. Adətən, xəstənin ümumi vəziyyətinin stabilləşməsi üçün 1 gün yetərli olur. Əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq bir qayda kimi əsas səbəbin aradan qaldırılmadığı hallarda əhəmiyyətsiz olur. 10 illik təcrübəmizə əsasən kəskin destruktiv xolesistitli yaşlı və qoca xəstələrdə belə taktika özünü doğruldur.

54 xəstədə (15,7%) öd peritoniti müşahidə olunmuşdur. Onlardan 52-də (96,3%) öd sızması, yerli peritonit, 2-də (3,7%) yayılmış peritonit müəyyən edilmişdir. Perforativ öd peritoniti 4 (7,4%) xəstədə, onlardan – 3-də (75,0%) yerli, 1-də (25,0%) yayılmış peritonit meydana çıxmışdır.

LXE-nin davam etmə müddəti orta hesabla $69,2 \pm 13,15$ dəq (25 dəq.-dən 140 dəq. qədər) təşkil etmişdir. Əməliyyat zamanı texniki çətinliklər 34 xəstədə (9,9%) müşahidə olunmuşdur. İntraoperasion ağırlaşmalar 16 xəstədə (4,7%) olmuş, 15 xəstədə (93,75%) laparoskopik olaraq aradan qaldırılmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları 2 qrupa ayrılmışdır: spesifik və qeyri-spesifik.

1. Spesifik – cərrahi əməliyyatla bilavasitə bağlı ağırlaşmalar;
2. Qeyri-spesifik – yanaşı xəstəliklərlə bağlı ağırlaşmalar (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı ağırlaşmalar

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar	Mütləq	%
Spesifik		
Qarındaxili abses	5	1,5
Qaraciyərəlti nahiyəyə mayenin toplanması	2	0,6
Qarındaxili qanaxma	1	0,3
Ödaxma	3	0,9
Kəskin xolangit	11	3,2
Troakar yaralarının irinləməsi	2	0,6
Kəskin pankreatit	6	1,8
Cəmi	30	8,75
Qeyri-spesifik		
Kardiovaskulyar ağırlaşmalar	4	1,2
Pnevmoniya	1	0,3
Kəskin mədə-bağırsaq qanaxmaları	1	0,3
Cəmi	6	1,8
Ümumi	36	10,5

8 xəstədə 4-6 gün davam edən subfebril qızdırma olmuşdur. Onlardan 2-də USM zamanı qaraciyərəlti nahiyədə maye toplanması aşkar edilmişdir. 5 xəstədə qarındaxili abses (qaraciyərəlti – 3, diafraqmaaltı – 1, ilgəklər arası -1) inkişaf etmişdir. Onlardan 3-də abses dəridən keçməklə punksiyon, 1-də relaparoskopiya ilə boşaldılmış, boşluq sanasiya və drenaj olunmuşdur. 1 xəstədə konservativ və yerli müalicənin sonra sorulma baş vermişdir

Qeyri-spesifik ağırlaşmalar xəstələrin yaşından və yanaşı xəstəliklərdən asılı olmuşdur. Bu qrupa kardiovaskulyar ağırlaşmalar və əməliyyatdan sonra inkişaf edən pnevmoniya aid edilmişdir. 4 xəstədə ağır ürək çatmazlığı inkişaf etmiş (səyirici aritmiya, hipertonik böhran), korreksiya edici və simptomatik müalicə ilə aradan qaldırılmışdır. 2 xəstədə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə ciddi ağırlaşma olmuşdur: ağciyər-ürək çatmazlığı, subkompensasiya mərhələsi (1) və ağır pnevmoniya (1). Bu xəstələrdə ürək, qaraciyər, böyrək və s. kimi həyati vacib orqanlar tərəfindən dərin dəyişikliklərə və ağır intoksikasiyaya görə sistemli şəkildə zülal, su-duz, vitamin balansının korreksiyası aparılmışdır.

Letal nəticə olmamışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövr orta hesabla $6,7 \pm 0,98$ gün ($p < 0,05$) davam etmişdir. 25 xəstədə bu dövr rahat keçmiş, onlar LXE-dən 3-4 gün sonra evə yazılmışlar.

Əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişi klinik, endoskopik, Rentgenoloji və sonografik olaraq dinamik yoxlanılmışdır.

LXE icrası üçün yaş bilavasitə risk faktoru deyildir. 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə müalicənin bütün mərhələlərində – əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq, əməliyyata göstərişlər və stasionardan evə yazılmaya qədərki dövr öz xüsusiyyətləri ilə seçilir.

Erkən əməliyyatlar kəskin kalkulyoz xolesistitin müalicəsinin nəticələrinə müsbət təsir göstərmişdir. Bu halda patoloji ocaq və intoksikasiya səbəbi aradan qaldırılır. Həmçinin erkən LXE daha az travmatikdir, planlı əməliyyatın ağırlığından az fərqlənir. Hətta tam formalaşmayan, kövsək infiltrat olduqda belə öd kisəsi və boynunun elementlərini asanlıqla ayırmaq mümkündür. Lakin kəskin tutmalardan 2-3 həftə sonra öd kisəsinin çıxarılması texniki çətinliklər törədir.

Beləliklə, 60 yaşdan yuxarı xəstələrdə kəskin destruktiv xoleistitin müalicəsinin bütün mərhələləri (əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı dövrlər) özünəməxsus xüsusiyyətlərə malikdir. Özünəməxsusluğun əsasında bir tərəfdən yaşla əlaqədar mövcud patoloji vəziyyətlər, yanaşı xəstəliklər və orqanizmin müdafiə-kompensator ehtiyatlarının zəifləməsi, digər tərəfdən iltihablaşmış öd kisəsində destruktiv proseslərin sürətli proqressivləşməsi və ağırlaşmaların mövcud olması durur. Əməliyyatdan sonrakı dövrün aktiv aparılmasına, ağciyər, tromboembolik və kardioloji ağırlaşmaların profilaktikasına diqqət ayrılması tövsiyə edilir.

Nəticələr:

1. Yaşlı və qoca xəstələrdə septik ocağın erkən müddətlərdə aradan qaldırılması əsas müalicə prinsipidir;
2. Əməliyyatın dövründə sürətli və hərtərəfli müayinələrlə yanaşı xəstəliklərin diaqnostikası, öd yollarından müayinəsi və qısamüddətli əməliyyatın hazırlıq aparılması mütləq şərtlərdir.
3. Əməliyyat vaxtı texniki çətinliklərin və ağırlaşmaların çox rast gəlməsini, qeyri-standart texnikalara, əlavə əməliyyatdaxili müayinələrə və müdaxilələrə zərurət yaranmasını nəzərə alaraq bu əməliyyatların yüksək ixtisaslı mütəxəssislər tərəfindən və ya ixtisaslaşmış mərkəzlərdə aparılması tələb olunur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Larckin C.J., Huibregtse K. Precut sphincterotomy: indications, pitfalls and complications // Curr. Gastroenterol.Rep. 2001. Vol.3.№2.-p.147-3
2. Рыбаков Г.С., Дибилов М.Д., Сычинский Ю.А., Просперов М.А. Малоинвазивные вмешательства в комплексном лечении лиц пожилого и старческого возраста, страдающих желчнокаменной болезнью //В сб.: Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии. Тверь.2004.-с. 150-2
3. De Dhritiman Maitra, Mrityunjay Mukherjee Unusual complications of laparoscopic cholecystectomy: A case series //International Journal of Case Reports and Images, Vol. 3No.4, April 2012
4. Turan Acar, Erdinç Kamer, Nihan Acar, Kemal Atahan, Halis Bağ, Mehmet Hacıyanlı, Özgün Akgül Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy //The Pan African Medical Journal. 2017;26:49
5. Do Amaral P.C., Azaro M., Filho Ede, Galvao T.D. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients //JSLS. 2006. Vol. 10(4). -p. 479-3
6. Kwon A.H., Matsui Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over //World J. Surg. 2006. Vol. 30.-p. 1204-0
7. Low S.W., Iyer S.G., Chang S.K. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates //Surg. Endosc. 2009. V. 23(11). P. 2424-9
8. Tuveri M., Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review //Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2007. Vol. 17, №5. P. 380-4
9. Diamantis T. Della, Corte C., Falchetti D. Management of cholelithiasis in Italian children: A national multicenter study //World Gastroenterol. 2008. Vol. 14.P. 1383-8
10. Славин Л.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии //Л.И. Славин //Эндоскопическая хирургия/под ред. И.В. Федорова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. -с. 260-90
11. Воробьев В.Н. и др. Осложнения лапароскопических холецистэктомий у пожилых больных и пути их профилактики /Материалы XII московского международного конгресса по эндоскопической хирургии: сборник тезисов. М., 2008. -с. 101-3
12. Keus F., Ahmed U. Ali, Noordergraaf G.J. et al. Laparoscopic vs. small incision cholecystectomy: Implications for pulmonary function and pain. A randomized clinical trial //Acta Anaesthesiol.Scand. 2008. Vol. 52, No 3.-p. 363-73

Рәғи: *Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin prof.:*

t.ü.e.d. Ə.Ə. Məmmədov

Redaksiyaya 11.01.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.

XRONİKİ ANAL ÇATIN CƏRRAHİ MÜALİCƏ TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİ

BAYRAMOVA E.M., SADIQZADƏ T.B., İSAZADƏ E.M.,
ƏLİYEV T.C., RZAYEV T.M., ƏLİYEV R.Y., RÜSTƏM Ə.M.

ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası,
ATU-nin TCK-nintransplantologiya şöbəsi, **Bakı, Azərbaycan**
(e-mail:adrust@mail.ru)

Choice of surgical tactics for chronic anal fissure

Bayramova E.M., Sadıq-zadə T.B., İsa-zadə E.M., Aliyev T.G., Rzaev T.M., Aliyev R.Y., Rustam A.M.

Summary: *In this study, the results of the conservative surgical treatment of 56 patients with chronic anal fissure were summarized and analyzed by various surgical methods: after saving the excision of the crack by precision technique, the lateral was performed in the I group (in 31 patients), and in the II group (25) - posterior internal affinorrhea. In the near and distant periods, the main physical parameters (tone, maximum and voluntary force of the sphincter muscles) of the rectum apparatus were comparatively studied, and the degree of anal insufficiency was determined. It was found that the functional results of both methods are close to each other, however, lateral sphincterotomy is characterized by additional and unnecessary traumatization of the musculoskeletal complex*

Key words: *Chronic anal fissure, excision of anal fissure, lateral sphincterotomy, posterior sphincterotomy, anal sphincter failure*

Выбор хирургической тактики хронической анальной трещины
Байрамова Э.М., Садыг-заде Т.Б., Иса-заде Э.М., Алиев Т.Г., Рзаев Т.М.,
Алиев Р.Я., Рустам А.М.

Резюме: В данной работе обобщены и проанализированы результаты берегающего хирургического лечения 56 больных с хронической анальной трещиной различными операционными методами: после берегающего иссечения трещины прецизионной техникой в I группе были выполнены латеральная (у 31 больных), а в II группе (25) – задняя интернальная сфинктеротомия. В ближайшем и отдаленном периодах были сравнительно изучены основные физические параметры (тонус, максимальная и волевая сила сфинктерных мышц) запирающего аппарата прямой кишки, определены степени анальной недостаточности. Установлено, что функциональные результаты обеих методик близки друг к другу, однако, латеральная сфинктеротомия отличается дополнительной и излишней травматизацией мышечно-сфинктерного комплекса

Ключевые слова: Хроническая анальная трещина, иссечение анальной трещины, боковая сфинктеротомия, задняя сфинктеротомия, недостаточность анального сфинктера.

Açar sözlər: *Xroniki anal çat, anal çatın kəsilməsi, yan sfinkterotomiya, arxa sfinkterotomiya, anal sfinkter çatmazlığı.*

Giriş. Xroniki anal çat (XAÇ) düz bağırsağın cərrahi xəstəlikləri arasında ilk yerlərdən birini tutur. Əhalinin hər 1000 nəfərinin 20-25-də rast gəlməklə cərrahi proktoloji xəstəliklərin 4-5%-ni təşkil edir [1-4]. Xəstəlik gənc və orta yaşlı, fəal əmək qabiliyyətli insanlar arasında daha çox rast gəldiyindən onun sosial əhəmiyyəti olduqca böyükdür. Xəstəliyin belə geniş yayılması, konservativ və cərrahi müalicəyə çətin təbə olması və mövcud üsulların effektivliyinin qeyri-qənaətbəxş olması cərrahi müalicə üsullarının sayının artmasına, 30-a çatmasına səbəb olmuşdur. Belə vəziyyət cərrahi müalicə üsullarının seçimi və onların təkmilləşdirilməsi kimi aktual məsələləri daim gündəmdə saxlamağa səbəb olmuşdur [5, 6]. Bu günə qədər xroniki anal çatın cərrahi müalicəsi üsulları içərisində çatın kəsilməsi və internal yan sfinkterotomiya “qızıl standart” hesab edilməkdədir və bu taktikanın tərədarları artmaqdadır [7-9]. Lakin bu yanaşma da qüsurları, əlverişsiz nəticələri, ilk növbədə əməliyyatdan sonrakı anal sfinkter çatmazlığı kimi ağırlaşmalarla xəstələrin rahatsızlığına səbəb olur [10, 11]. Ona görə də günümüzdə XAÇ-ın cərrahi müalicəsi üsullarının təkmilləşdirilməsinə tələblər artmaqdadır.

İşin məqsədi. Xroniki anal çatın fərqli cərrahi müalicəsi taktikalarının nəticələrinin müqayisəli öyrənilməsi

Materal və metodlar. Tədqiqat 2013-2017-ci illərdə Bakı ş. BSİ-nin KTM və ATU-nin TCK-nin cərrahiyyə şöbələrində xroniki anal çatı görə cərrahi müalicə olunmuş 56 xəstənin müalicəsinin nəticələrini retrospektiv öyrənməklə yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin 34-ü (%) qadın olmuş, orta yaş 32,6 ± 2,9 il (15-dən 47-yə qədər)

təşkil etmişdir. Xəstəlik anamnezi 1 ildən 5 ilə qədər müddətləri əhatə etmişdir. Anal nahiyədə ağrılar, ağrılı defekasiya zamanı vədərhal sonra şiddətlənməsi, ağrıların intensivliyinin azaldılması məqsədiilə xəstələrin ət yeməklərindən, quru qidalardan imtina etməsi və işlədici preparatların ifrat qəbulu, defekasiya vaxtı və az sonra anusdan al qırmızı, bəzən nəcislə çrklənmiş qan xaric olması və perianal qaşınma xəstələrin əsas şikayətləri olmuşdur. Əksər xəstələr (42) həkim təyinatı ilə 1-2 dəfə və daha çox konservativ müalicə seansları almış, digərləri isə əczaxana işçilərinin, bənzər əlamətləri olan tanışlarının və təsadüfi insanların tövsiyəsi ilə ağırkəsicə məlhəmlər, şamlar, həblər, dərman bitkiləri çayları, dəmləmələri və imalələri qəbul etmişlər. Sonda bütün xəstələr konservativ, simptomatik müalicə üsulları və alternativ təbabətvəsaitləri effektiv olmadığından həkim-cərrahlara müraciət etməyə məcbur olmuşlar.

Diaqnostika prosesi incə digital müayinə, güzgü müayinəsi və endoskopiya (ano-, rektoskopiya) ilə başlamış, göstəriş əsasında II və III pillə müayinələri (endorektal USM, endoskopik USM, çanaq MRT, fistuloqrafiya və s.) aparılmışdır. Sonuncu müayinələr sfinkter əzələlərinin xroniki çapıq prosesinə cəlb edilməsi səviyyəsini və onların anatomo-funksional rezervlərini qiymətləndirməyə imkan vermişdir. XAÇ 51 xəstədə arxa, 5-də arxa və ön (“güzgü”) komissuralarda yerləşmişdir. Müayinələr hesabına həmçinin yanaşı olaraq 18 xəstədə daxili, 6-da xarici, 5-də kombinə olunmuş hemorroy, 4-də müxtəlif gedişli anorektal fistullar, 3-də rektal polip, 2-də bütü-mün epitelial yolu, 1-də dermoid sist, 1-də itiuclu kondiloma müəyyən edilmişdir.

Cərrahi müalicə üsullarının seçiminə görə xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır: I qrupa aid 31 xəstədə XAÇ-ın kəsilməsi və lateral daxili sfinkterotomiya, II qrupa aid 25 xəstədə isə XAÇ-ın kəsilməsi və kəsilmiş nahiyədə dozalaşdırılmış arxa daxili sfinkterotomiya əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Cərrahi əməliyyatlar müvafiq əməliyyat önlü hazırlıq programından sonra planlı qaydada episakral anesteziya (51), endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli venadaxili anesteziya (3) və müştərək venadaxili anesteziya (2) altında icra edilmişdir. Yanaşı cərrahi proktoloji xəstələrdə simultan surətdə müvafiq əməliyyatlar – hemorrodektomiya (29 xəstədə), fistulektomiya (2), fistul yoluna plug yeridilməsi (1), seton qoyulması (1), polipektomiya (3), bütü-mün epitelial yolu, dermoid sist və kondilomanın haşyevi eksiziyası (4) yerinə yetirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ağrılar vizual analoq şkalası (VAŞ) əsasında dəyərləndirilmişdir.

Anal sfinkter əzələlərinin mühüm fiziki parametrləri (sfinkterlərin gücü, tonusu) əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdan 2 həftə, 1 ay, 3 ay, 6 ay və 1 il sonra sfinkterometriya üsulu ilə ölçülmüşdür.

Nəticələr və onların müzakrəsi. Cərrahi ağırlaşmalar yüngül, orta və ağır olmaqla 3 sinifə ayrılmışdır. Yüngül ağırlaşmalara stasionar müalicə müddətlərini artırmayan və əlavə müalicə xərcləri tələb etməyən ağırlaşmalar – bədən hərəkətinin subfebril və az müddətlərdə (1-2 gün) febril hədlərə qədər yüksəlməsi, yaranın qızarması, şişkinləşməsi, ödemləşməsi, VAŞ görə yüngül və orta səviyyəli (qeyri-narkotik ağırkəsicilər tələb etməyən və edən) ağrılar, ilk nəcis ifrazının orta şiddətli və şiddətli ağrılarla müşayiət olunması, öz-özünə dayanan kiçik qanaxmalar və b. aid edilmişdir. Orta dərəcəli ağırlaşmalara VAŞ görə şiddətli, dözülməz, gün ərzində bir neçə dəfə narkotik ağırkəsicilər və ya 2-3 saatlıq fasilələrlə uzunmüddətli epidural anesteziya tələb edən ağrılar, əməliyyat yarasının irinləməsi, konservativ olaraq dayanan rektal və ya əməliyyat qanaxmaları aid edilmişdir. Təkrar erkən (profuz, konservativ dayanmayan qanaxmalar) və mürəkkəb rekonsruktiv-bərpedici cərrahi əməliyyat tələb edən ağırlaşmalar (sfinkter əzələlərinin ifrat kəsilməsi, zədələnməsi) ağır dərəcəli ağırlaşmalara aiddir. Sonuncu ağırlaşmalar rast gəlməmişdir.

I qrupda əməliyyat yarasından erkən qanaxma 3 (9,7%), gecikmiş qanaxma 2 (6,45%), yaranın irinləməsi - 4 (12,9%), subfebril (5) və qısamüddətli febril temperatur 2 (6,45%), yaranın ödemi 11 (35,5%) xəstədə rast gəlməmişdir. II qrupda həmin ağırlaşmalar, müvafiq surətdə 2 (8,0%), 1 (4,0%), 5 (%), 6 (24,0%) və 2 (8,0%), 7 (28,0%) xəstədə meydana çıxmışdır. Bu qrupda yerli ağırlaşmaların çoxluğu əməliyyatın eyni bölgədə icra edilməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Bütün ağırlaşmalar I-II sinif ağırlaşmalara aid olmuş, yerli məlhəm müalicəsi, yerli və ümumi konservativ müalicə hesabına stasionar və ambulator şəraitlərdə aradan qaldırılmışdır.

Ümumi ağırlaşmalar 5 (I qrup) və 4 (II qrup) xəstədə (pnevmoniya- 2 (1), xroniki bronxitin kəskinləşməsi – 1 (1), kəskin tənəffüs çatmazlığı – 1 (1), hiperqlikemiya 1 (0) və ÜXIX-nin kəskinləşməsi 0 (1) rast gəlməmiş, həmin xəstələr müvafiq ixtisaslı həkimlər tərəfindən konservativ müalicə edilmişlər. Letal nəticə olmamışdır.

Sfinkter əzələlərinin fiziki parametrləri istər 1 ay, istərsə də 6 ay sonra bir-birinə çox yaxın olmuş, qruplararası fərqlər statistik etibarlılığı ilə seçilmişdir (cədvəl).

Uzaq nəticələr: residiv 4 (I qrup) və 3 (II qrup) xəstədə, I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı (ASÇ) 5 (I qrup) və 6 (II qrup), II dərəcəli ASÇ 3 və 3 xəstədə rast gəlməmişdir. I dərəcəli ASÇ xəstələri rahatsız etməmiş, II dərəcəli ASÇ olan xəstələrə müvafiq qida rejimi (lifli qidalar, quru yeməklər) təyin olunmuşdur. III dərəcəli ASÇ hadisəsi olmamışdır. Pektenoz 3 və 4 xəstədə meydana çıxmışdır. Bu xəstələr konservativ (1 və 2) və cərrahi (çapıqın kəsilməsi – 2 və 2) müalicə olunmuşlar.

Beləliklə, hər 2 qrupun xəstələrində daxili sfinkterotomiyanın fərqli lokalizasiyalarda (yan və arxa) aparılması cərrahi müalicənin nəticələrində ciddi fərqlərin baş verməsinə səbəb olmamışdır. Yan internal sfinkterotomiya əlavə aqressiyadır, əməliyyat müddətini və həcmi artırır. XAÇ-ın və ətraf çapıq toxumasının əsirgəyici kəsilmə-

sindən sonra arxa dozalaşdırılmış (4-5 mm dərinliyində) internal sfinkterotomiya işə əməliyyatın həcmi, müddətlərini və cərrahi aqressiyanı azaldır. Əməliyyat metodlarının nəticələrinin bir-birinə yaxınlığı arxa internal sfinkterotomiyaya skeptik yanaşmanı ön plana çıxarmağa elmi-patogenetik əsaslar yaradır.

Cədvəl

Anal sfinkter əzələlərinin əsas fiziki parametrlərinin sfinkterometrik göstəriciləri

Fiziki parametrlər	Qruplar			
	I		II	
Kişilər:	1 aydan sonra	6 aydan sonra	1 aydan sonra	6 aydan sonra
Tonus	340,1±21,3 (280-390)	375,5± 30,1 (295-406)	345,9±20,7** (277-381)	379,0±24,3** (315-412)
Maksimal güc	476,8±32,45 (394-587)	499,0±35,0 (410-605)	482,1±21,8* (422-519)	508,3±22,0* (434-522)
Sərbəst yığılma	135,4±5,6 (79-187)	151,3±9,5 (103-194)	130,9±6,7* (109-176)	154,4±7,9* (112-181)
Qadınlar:				
Tonus	312,5±19,9 (264-378)	335,7±16,2 (289-372)	319,7±12,9** (283-341)	341,9±14,4** (301-382)
Maksimal güc	425,1±23,5 (371-478)	446,8±29,0 (389-496)	432,0±18,8* (384-492)	452,1±15,9* (410-503)
Sərbəst yığılma	120,4±4,9 (67-155)	139,2±6,5 (98-171)	126,1±7,5* (89-152)	142,6±5,4* (115-178)

Qeyd: qruplararası fərqlərin statistik dürüstlüyü - * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nəticələr:

1. XAÇ olan xəstələrdə əlverişli nəticələrinə görə dozalaşdırılmış arxa internal sfinkterotomiya əməliyyatının icrası daha məqsədəuyğundur. Bu zaman daxili sfinkter əzələsi 4-5 mm qalınlığında kəsilməlidir. Sfinkter əzələlərinin ağır dərəcəli funksional çatmazlığını önləmək məqsədi ilə daxili sfinkter əzələsinin 4-5 mm-dən artıq kəsilməməsi mütləq şərtidir. Fərqli lokalizasiyalarda internal sfinkterotomiyadan sonra sfinkter əzələlərinin fiziki parametrlərinin erkən və uzaq göstəriciləri bir-birinə çox yaxın olmuş, qruplararası fərqlər statistik etibarlılığı ilə seçilmişdir.

2. Anal pektenozun profilaktikası məqsədi ilə çat və ətraf çapıq toxumasının, həmçinin daxili sfinkter əzələsinin kəsilməsi əməliyyatlarının əsirgəyici prinsiplərlə və presizion texnika tətbiq etməklə tamamlanması daha məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Крылов, Н. Н. Хроническая анальная трещина // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008. № 1. - с. 5–11
2. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. - 300 с.
3. Абдиева Г.Х., Насиров М.Я., Алиев А.Г., Шафиев И.А. О методах лечения анальной трещины // Сəğrahiyyə. 2016. № 3. - с. 33–36
4. Основы колопроктологии под редакцией академика РАМН, проф. Воробьева Г.И. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс». 2001. – 416 с.
5. Lindsey I., Jones O.M., Cunningham C., Mortensen N.J. Chronic anal fissure // Br. J. Surg., 2004, (91): 270-279
6. Жарков Е.Е. Комплексное лечение хронической анальной трещины / Автореф. дисс. на сосиск. уч. ст. к.м.н. Москва. 2009. - 24 с.
7. Menten B.B., Tezcaner T., Yilmaz U., Leventoglu S., Oguz M. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life // Dis. Colon. Rectum, 2006, 7(49): 1045-1051.

8. Rotholtz N.A., Bun M., Mauri M.V., Bosio R., Peczan C.E., Mezzadri N.A. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy //Tech. Coloproctol, 2005, 2(9): 115-118.

9. Abdulwahid M.S. Chronic anal fissures: Open lateral internal sphincterotomy result; a case series study //Ann Med Surg (Lond). Published online 2017 Feb 14. 2017 Mar; 15: 56–58. doi: 10.1016 /j.amsu. 2017. 02. 005 PMID: PMC5315438

10. Wald ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders //Am. J. Gastroenterol. 2014;109(8):1141–1157

11. Farkas N., Solanki K., Frampton A.E., Black J., Gupta A., West N.J. Are we following an algorithm for managing chronic anal fissure? A completed audit cycle //Ann Med Surg (Lond). 2015 Nov 25;5:38-44. doi: 10.1016/j.amsu.2015.11.008. eCollection 2016 Feb.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin qida borusu, mədə, 12b/b cərrahlığı şöbəsinin rəhbəri:

t.e.d. Rüstəmov E.A.

Redaksiyaya 09.01.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

QEYRİ-SPEŞİFİK XORALI KOLİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ YENİ YANAŞMA

MƏMMƏDOV M.M., MUSAYEV X.N., MƏMMƏDOV N.İ., ƏLİYEVƏ K.A.,
MƏMMƏDOVA N.A., MUSAYEV B.V., ƏLİZADƏ V.N., ƏLİYEVƏ A.O.

Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan

New aspects of surgical treatment of non specific ulcerative colitis.

Mammadov M.M., Musayev X.N., Mammadov N.I, Aliyeva K.A,

Mammadoa N.A., Musayev B.V. Alizade V.N., Aliyeva A.O.

Summary. In the period covered by 2005 and 2017, 34 patients were stationary in the surgical coloproctology of the Center for Scientific Surgery named after M.Topchubashov and in the surgical clinic of the Azerbaijan Medical University (ATU) with diagnosis of moderate and severe non-specific ulcers. During these years, total colectomy was performed in the departments with 34 single-focal and ileectomy on patients (aged 18 and 49).

Result. Evaluation of the long-term outcome of one-to-one total colectomy with the insertion of ileorectostomy with severe non-specific ulceration colitis revealed that 95% of the patients had a non-specific ulcerative colitis system disorder in the first 1-2 years postoperatively, while the ugly proctitis long-term remission. In the long run after total colectomy, almost all cases (94.4%) showed significant increase in compensatory amplitude of the gastrointestinal tube terminal tissue and in all patients with coronary abnormalities of the pelvic bowel diameter. Compared with the data obtained from endoscopic examinations, the findings of an extensive biopsy of mucous membrane of the terminal division of the gastrointestinal tract, peripheral gastrointestinal tract and ileorectanthomosis have shown that 76.3% of the patients did not have inflammatory changes in the mucous membrane of the smooth bowel, while catarrhal changes in the II degree activity of inflammation were noted during endoscopic examination.

Key words: Non specific ulcerative colitis, mucous membrane of the terminal division of the gastrointestinal tract, peripheral gastrointestinal tract and ileorectanthomosis.

Новые подходы в хирургическом лечении неспецифического язвенного колита.

Мамедов М.М, Мусаев Х.Н, Мамедов Н.И, Алиева К.А, Мамедова Н.А,

Мусаев Б.В, Ализаде В.Н, Алиева А.О.

Резюме: На базе Научного центра хирургии им.М.А. Топчибашева в отделение хирургической колопроктологии и хирургической клинике Азербайджанского Медицинского Университета (АМУ) на стационарном лечении находились 34 больных, проходивших лечение с диагнозом среднетяжелый и тяжелый неспецифический язвенный колит в период с 2005 по 2017 годы. За эти годы в отделении было выполнено 34 тотальных колэктомий с одномоментной илеоректостомией у больных (в возрасте от 18 до 49 лет).

Выводы: Оценка отдаленных результатов одномоментной тотальной колэктомии с илеоректостомией по поводу тяжелого неспецифического язвенного колита у больных показала, что почти у 95 % больных в первые 1-2 года после операции происходил регресс системных осложнений НЯК, а язвенный проктит имеет тенденцию к стиханию и стойким длительным ремиссиям. При рентгенологическом исследовании в отдаленном периоде после тотальной колэктомии почти во всех случаях (94,4%) отмечено значительное компенсаторное расширение ампулы прямой кишки и терминальных петель подвздошной кишки, а илеоректоанастомоз у всех пациентов соответствовал диаметру подвздошной кишки. Сопоставление данных эндоскопических исследований с результатами одновременной расширенной биопсии слизистой оболочки из терминального отдела подвздошной кишки, прямой кишки и из области илеоректоанастомоза показало, что у 76,3% пациентов воспалительные изменения слизистой оболочки прямой кишки отсутствовали при ее умеренной атрофии, у 23,7% больных в момент эндоскопического исследования отмечались катаральные изменения со II степенью активности воспаления.

Ключевые слова: Неспецифический язвенный колит, биопсия слизистой оболочки из терминального отдела подвздошной кишки, прямой кишки и из области илеоректоанастомоза.

Problemin aktuallığı. Qeyri-spesifik xorali kolit (QXK) - əsasən yoğun bağırsağın selikli qişası və selikaltı qatının hemorragik-irinli iltihabı, yerli və sistem ağırlaşmaların inkişafı ilə xarakterizə olunan xroniki xəstəlikdir[1,4,8, 14]...

QXK probleminə zəifləməyən maraq xəstəliyin klinik gedişatının ağırlığı, yüksək əlillik dərəcəsi və xəstələrin həyat keyfiyyətinin pisləşməsi ilə əlaqədardır [6,7,9, 15].

Hal-hazırda qeyri-spesifik xoralı kolitin müalicəsində konservativ terapiya aparıcı mövqeyə malikdir. Lakin bu zaman müsbət effekt xəstəliyin yüngül və orta ağırlıq dərəcəli formalarında müşahidə edilir, ağır formalarında isə konservativ müalicə praktiki olaraq uğursuzdur. [5,7,9, 10].

Vətən cərrahları və əksər əcnəbi müəlliflər həm təcili, həm də planlı əməliyyatlar zamanı çox vaxt müvəqqəti ileo- və siqmostomanın qoyulması ilə subtotal kolektomiya yerinə yetirirlər. Düz bağırsaqda qabarıq destruktiv-iltihabi proseslə əlaqədar olaraq ileorektoanastomozda çatışmamazlığın yüksək inkişaf etmə riski cərrahları əməliyyatı 2 mərhələdə yerinə yetirməyə məcbur edir (növbəti mərhələdə bərpəedici müdaxilə ilə). Halbuki bərpəedici əməliyyatda qalça bağırsağı kolit ilə zədələnmiş S-vari və ya düz bağırsağ güdülü ilə anastomozlaşdırmaq məcburiyyəti yaranır [5,6,7, 16].

Bir sıra cərrahlar qeyri-spesifik xoralı kolitin cərrahi müalicəsində seçim əməliyyatı kimi birmomentli ileorektostomiyanın qoyulması ilə total kolektomiyanın aparılmasını hesab edirlər. Qənaətbəxş nəticə zamanı bu əməliyyat təkrari müdaxilə etmək zərurətini aradan qaldırır, funksiya edən ileostoma olmadan sağalma prosesini sürətləndirir [2,16]. Xəstəliyin kəskin formasında və ya ağır residivləşməsində 7-10 gün ərzində intensiv kompleks terapiya qeyri-effektiv olduqda da cərrahi müalicəyə göstəriş təyin olunur [2, 9, 17]. QXK-nin ağır tutmaları son nəticəsində proqnozlaşdırılmır [3]. QXK zamanı letal nəticələr əksər hallarda peritonit və pnevmoniya inkişaf etdikdə müşahidə edilir [5.8,12,13].

Tədqiqatın material və metodları. 2005 və 2017-ci illəri əhatə edən müddətdə M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin cərrahi koloproktologiya və Azərbaycan Tibb Universitetinin (ATU) cərrahi klinikasında orta ağırlıqlı və ağır dərəcəli qeyri-spesifik xoralı kolit diaqnozu ilə 34 xəstə stasionar müalicədə olmuşdur. Bu illər ərzində şöbələrdə 34 birmomentli ileorektostomiyanın qoyulması ilə total kolektomiya əməliyyatı yerinə yetirilmişdir (18 və 49 yaş arası xəstələrə).

Qospitalizasiya olunmuş bütün xəstələrə ümumi klinik (şikayətlərin toplanması, anamnezin toplanması, fizikal müayinələrin nəticələri), laborator, həmçinin endoskopik, morfoloji və rentgenoloji müayinələr aparılmışdır. Qanın laborator müayinəsi, həmçinin biokimyəvi analiz, sidinin analizi, fekalinin mikrobioloji müayinəsi ümumi qəbul olunmuş metodika üzrə yerinə yetirilmişdir. Düz və yoğun bağırsaqların tədqiqatı ardıcıl aparılmışdır. Düz bağırsağa baxış zamanı və digital müayinədə perianal nahiyə toxumalarının və anal kanalın vəziyyəti, düz bağırsağ sfinkterinin qapayıcı funksiyası, düz bağırsağın endoskopik müayinəyə hazırlığı həmçinin patoloji proseslər və düz bağırsaqdan gələn ifrazatın xarakteri əvvəlcədən qiymətləndirilmişdir. Bütün xəstələrə biopsiya ilə rektoromanoskopiya yerinə yetirilmişdir, bu zaman selikli qişanın rəngi, damar şəkli, iltihabi-destruktiv dəyişikliklərin xarakteri, qanaxmaya meyillilik təyin edilmişdir. Qeyri-spesifik xoralı kolitli xəstələrdə rektoromanoskopiya hazırlıq məqsədilə müayinədən bir gün əvvəl axşam və bilavasitə manipulyasiyadan 1,5-2 saat əvvəl səhər imalə təyin edilmişdir.

Rektoromanoskopiya zamanı bütün xəstələrdə düz və S-vari bağırsağın selikli qişasının zədələnməsi qeyd edilmişdir, bu onların kəskin hiperemiyası, ödəmi, kövşəkliyi və kontakt qanamağa meyilliliyi ilə ifadə olunur. Bütün xəstələrdə qabarıq iltihabi proses fonunda həmçinin eroziv-xoralı dəyişikliklər müşahidə edilmişdir. Daha ağır kolit olan xəstələrdə çoxsaylı eroziya və xoralar izlənmişdir. 17 (15,5%) xəstədə düz bağırsağın qabarıq daralması aşkar edilmişdir, bunlardan 8 xəstədə düz bağırsağın mənfəzi uşaq rektoskopundan dar olmuşdur. 55 (50%) xəstədə S-vari bağırsaqda qranulyasion toxuma sahələri və ya çapıq çəkintiləri fonunda saxlanmış iltihabi selikli qişa adacıqları şəklində psevdopoliplər təyin edilmişdir. Rektoromanoskopiya zamanı təyin edilən patoloji dəyişikliklərin dərəcəsi klinik əlamətlərin ağırlığına adekvat olmuşdur. Xəstəliyin ağır və uzunmüddətli gedişatlı keçən formasında xəstələrin, demək olar ki, yarısından çoxunda iltihabi və destruktiv dəyişikliklər regenerasiya və çapıqlaşma ilə müşayiət olunmuşdur. Düz bağırsağın selikli qişasından biopstatların histoloji müayinəsi bütün xəstələrə yerinə yetirilmişdir. Bu zaman dibində irinli nekrotik detrit və ya qranulyasion toxuma olan yarığabənzər eroziyalar və xora defektləri aşkar edilmişdir. Selikli qişanın xüsusi lövhəsi limfositlər, plazmositlər, eozinofillərlə qabarıq infiltrasiyalaşmışdır. Kriptlərin mənfəzi kript-abseslərin formalaşması ilə iltihabi detritlərlə tutulmuşdur. Selikli qişa boyu leykodiapedez ilə kapilyarların qabarıq doluqanlılığı qeyd edilmişdir. Biopstat materialının və rezeksiya olunmuş bağırsağın histoloji müayinəsindən sonra məlumatların qarşılaşdırılması göstərmişdir ki, düz bağırsağın selikli qişasında gedən dəyişikliklər bağırsağın digər şöbələrində olan dəyişikliklərin mahiyyətini tam əks etdirir, ona görə də düz bağırsağın selikli qişasının biopsiyası prosesin xarakterini və gedişatının kəskinliyini təyin etmək üçün istifadə edilə bilər. QXK-li xəstələrdə biopsiya ilə fibrokolonoskopiya ən vacib müayinə üsullarından biridir. Lakin bu müayinə üsulunun ağırlı və travmatik olduğunu nəzərə alaraq, rektoromanoskopiya və irriqoskopiya inandırıcı dəlillər olduqda, biz onuxüsusilə 10 yaşa qədər uşaqlarda yerinə yetirməkdən imtina etməyə çalışmışıq. Fibrokolonoskopiya cərrahi stasionara daxil olana kimi xəstələrin 22-də icra edilmişdir. Bu

zaman total kolonoskopiyanı 10 (45,5%) halda, köndələn çənbər bağırsağa qədər 7 (31,8%) xəstədə, S-vari bağırsağa qədər 5 (22,7%) halda yerinə yetirilmişdir. Kolonoskopiyanın tam yerinə yetirilməməsinə bağırsağın yaxşı təmizlənməməsi, həmçinin yoğun bağırsaqda ayrılıqlar və dolixosiqma səbəb olur. Patoloji dəyişikliklər 100% halda qabarıq hiperemiya, 100% halda çoxsaylı eroziyalarla, 77,3% (17 xəstədə) - xoralarla, 59,1% (13 xəstədə) - psevdopolipozla, 31,8% (7 xəstə) - kontakt, spontan qanaxma ilə xarakterizə olunmuşdur. Bütün xəstələrə irriqoqrafiya yerinə yetirilmişdir. Ağır xəstələrə yalnız müayinə günü səhər təmizləyici imalə edilmişdir. Digər xəstələrdə bağırsağ həm də bir gün əvvəl təmizlənməmişdir. İmalə zamanı fizioloji məhluldan istifadə edilmişdir, heç vaxt işlədici dərmanlar təyin edilməmişdir. Bütün xəstələrdə qeyri-spesifik xoralı kolitin qabarıq rentgenoloji mənzərəsi qeyd edilmişdir: haustraların itməsi, konturların dişli olması, ayrılıqların düzlənməsi və selikli qişa relyefinin yenidənqurulması ilə bağırsağın qısalması. 31 (94,5%) xəstədə yoğun bağırsağın total zədələnməsi qeyd edilmişdir, 6 (5,5%) xəstədə isə bağırsağın sağ tərəfi patoloji proseslə zədələnməmişdir. Haustrasiyanın itməsi və bağırsağ divarlarında rigidlik ilə birlikdə yoğun bağırsağ mənfəzinin daralması bağçada istifadə olunan dar boru ilə müqayisə olunan klassik mənzərəyə yaradılmışdır. Həm uzunmüddətli keçən prosesli, həm də nisbətən yeni xəstələnmiş pasiyentlərdə də bu dəyişikliklərin aşkar edilməsi xarakterikdir. Bu ona dəlalət edir ki, ağır formalı kolitdə yoğun bağırsaqda iltihabi-destruktiv proses kifayət qədər sürətlə inkişaf edir və bu, nəinki aşkar klinik əlamətlərin, həm də dəqiq rentgenoloji simptomların yaranmasına səbəb olur. 22 xəstədə (56,4%) çoxsaylı dolma defektləri şəklində təzahür edən psevdopolipoz aşkar edilmişdir. Yoğun bağırsağı total zədələnməmiş 21 xəstədə (50,9%) patoloji prosesin həmçinin qalça bağırsağın terminal şöbəsinə yayılması-retroqrad ileit müəyyən edilmişdir.

Fibrokolonoskopiya zamanı əldə olunan yoğun bağırsağın endoskopik şəkli ilə rentgenoloji məlumatları müqayisə etdikdə, məlum olmuşdur ki, irriqoskopiya aşkar olunan simptomlar zədələnmənin xarakteri və yayılması haqqında dəqiq mülahizə yürütməyə imkan verir. Ağır formalı qeyri-spesifik xoralı kolitli xəstələrin müayinəsi zamanı aşkar etdiyimiz yoğun bağırsağ zədələnmələrinin xarakteri irriqogramma müayinəsi seriyalarında öz əksini tapmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, düzgün diaqnoz qoyulması, xəstəliyin gedişatının xarakteri və ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi, eləcə də cərrahi müalicənin aparılmasına göstərişlərin qoyulması üçün xəstəni planlı surətdə hərtərəfli müayinə etmək mütləqdir. Qeyri-spesifik xoralı kolitin klinik mənzərəsi olan bütün xəstələrin anamnezi ətraflı öyrənilməli, klinik, biokimyəvi və mikrobioloji müayinələr aparılmalı və nəcisin xarakteri diqqətlə izlənilməlidir. Endoskopik, morfoloji və rentgenoloji müayinə metodları da qeyri-spesifik xoralı kolit xəstələrinin müayinə sxemində mütləq komponent təşkil etməlidir.

Anastomozun formalaşma metodundan asılı olaraq bütün xəstələr iki qrupa bölünmüşdür. Nəzarət qrupuna 1998- 2006-cı illərdə ənənəvi üsulla əməliyyat olunmuş 11 xəstə daxil olmuşdur. Əsas qrupun xəstələri 2 yarımqrupa bölünmüşdür. 18 xəstədə total kolektomiyadan sonra terminolateral ileorektoanastomoz qoyulmuşdur (qalça bağırsağın kiçik bir hissəsinin düz bağırsağa salınması ilə). Qeyri-spesifik xoralı kolitə görə aparılmış total kolektomiya zamanı qalça bağırsağın güdülünə geniş silikon boru yerləşdirilir (ileostomik drenaj), transrektal olaraq xaricə çıxarılır və bu, erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə bağırsağ ximusunun ileorektoanastomozun tikişləri ilə təmasda olmadan nazik bağırsağdan boşalmasını təmin edir, bununla da bağırsağa qoyulmuş tikişlərin sağlması üçün əlverişli şərait yaranmış olur. Əsas yarımqrupa daxil olan 6 xəstədə terminolateral ileorektoanastomoz qoyulduqdan sonra nazik bağırsağın terminal şöbəsində formalaşmış ileorektoanastomozun səviyyəsindən 5-6 sm məsafədə seroz-əzələ tikişlərinin köməyi ilə uzunluğu 10-12 sm olmaqla nazik bağırsağ ilgəklərindən siklorezervuar formasında triplikatura yaradılır və vertikal yerləşdirilir. Nazik bağırsağ möhtəviyyatının hərəkətinin riyazi modelləşdirilməsinin nəticələrinə əsasən, qeyd edilən nazik bağırsağ rezervuarının anatomik- funksional konstruksiyasının yaradılması zamanı yalnız nazik bağırsağın incə ayrılıqları möhtəviyyatın effektiv ləngiməsini təmin edir.

Nəticə. Ağır formalı qeyri-spesifik xoralı kolit zamanı icra olunan ileorektostomanın qoyulması ilə birmomentli total kolektomiyanın uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsi göstərmişdir ki, xəstələrin 95%-də əməliyyatdan sonrakı ilk 1-2 ildə qeyri-spesifik xoralı kolitin sistem ağırlaşmalarının reqləsi baş vermiş, xoralı proktit isə sonməyə və uzunmüddətli remissiyaya meyill olmuşdur. Total kolektomiyadan sonrakı uzaq dövrdə aparılmış rentgenoloji müayinələrdə, demək olar ki, bütün hallarda (94,4%) düz bağırsağın ampulyar şöbəsi və qalça bağırsağın terminal ilgəklərinin əhəmiyyətli dərəcədə kompensator genişlənməsi qeyd olunmuş və bütün xəstələrdə ileorektoanastomoz qalça bağırsağın diametrinə müvafiq olmuşdur. Qalça bağırsağın terminal şöbəsinin, düz bağırsağın və ileorektoanastomoz nahiyəsinin selikli qişasından eyni vaxtda götürülmüş genişləndirilmiş biopsiyanın nəticələrinin endoskopik müayinələrdən alınmış məlumatlarla müqayisəsi göstərmişdir ki, xəstələrin 76,3 % - də orta dərəcəli atrofiya fonunda düz bağırsağın selikli qişasının iltihabi dəyişiklikləri qeyd olunmamışdır, 27,3 % xəstələrdə isə endoskopik müayinə zamanı iltihabın II dərəcəli fəallığı olan kataral dəyişikliklər qeyd olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит -М.: Гэотар Мед, 2001. -528с.
2. Александров В.Б., Юрков М.Ю. Место консервативного и хирургического методов в терапии неспецифического язвенного колита // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - №1. -С. 82-85.
3. Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Костенко Н.В. Хирургическое лечение гормонорезистентной формы неспецифического язвенного колита // Хирургия. - 2004. - №5. -С.39-45.
4. Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В. Эпидемиологические исследования воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Колопроктология. -2003. - №2(4). -С.3-5.
5. Каншина О.А., Каншин Н.Н. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых)- М.: Биоинформсервис, 2002. -212с.
6. Каншин Н.Н. Тотальная колэктомия с одномоментной илеоректостомией при тяжелом неспецифическом язвенном колите, осложненном сужением прямой кишки // Вестник хирургии им. И.И. Грекова.-2004. - Том 163.-№2.-С. 94-96.
7. Каншин Н.Н., Голубцова Е.Е. Тотальная колонэктомия с одномоментной илеоректостомией при тяжелом неспецифическом язвенном колите у детей и взрослых // Хирургия. - 2004. - №1. - С. 34-37.
8. Капуллер Л.Л., Маринушкин А.М., Костенко Н.В. Морфологические особенности раковых опухолей, возникающих на фоне хронического язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2003. - Том 13. -№4.-С.58-62.
9. Клинико-рентгенологические исследования больных неспецифическим язвенным колитом Н.Г. Халфиев, Р.Ш., Абдулхаев, Г.М. Халфиева и др. //Сб. научных трудов КГМУ. - Казань, 2000.-С. 297-299.
10. Коррекция нарушений метаболизма в раннем послеоперационном периоде при тяжелых формах неспецифического язвенного колита и болезни Крона / Э.А. Хачатурова, Т.Д. Ерошкина, О.В. Блинова и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2003.- Том 13.- №4.-С.63-68.
11. Морфофункциональные изменения и микробиоценоз тонкой кишки у больных язвенным колитом /А.И. Парфенов, П.О. Богомолов, В.М. Луфт и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000.- №1.-С.55-61.
12. Особенности клинической картины и терапевтического ответа на аminosалицилаты и кортикостероиды у больных неспецифическим язвенным колитом с ретроградным илеитом / О.В. Головенко, Т.Л. Михайлова, В.В. Веселов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2003. - Том 13.- 5.- С.71-74.
13. Оценка изменений показателей микроциркуляции и метаболизма на этапах операции и анестезии при тотальных формах неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Э.А. Хачатурова, В.А. Назаров и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2003.-Том 13.-№ 5.-С.66-70.
14. Применение энтерального питания у больных, оперированных по поводу неспецифического язвенного колита / Э.А. Хачатурова, Т.Д. Ерошкина, К.В. Вересов и др. // Вестник интенсивной терапии.- 2003.- №3.-С. 66-70.
15. Румянцев В.Г. Стратегия медикаментозной терапии язвенного колита (обзор иностранной литературы) // Тер. архив. - 2003. -Том 75.-№2.-С.77-81.
16. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Н.В. Костенко, Т.Л. Михайлова и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2003.-Том 13.-№ 1.-С.73-80.
17. Юхвидова Ж.М. Роль салюфалька в комплексной терапии неспецифического язвенного колита// Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - №1. -С. 78-82.

Рәүҗи: ATU-нун II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assist.:

t.ü.f.d. Qasimov R.Ş.

Redaksiyaya 14.12.2017-cı il tarixində daxil olmuşdur.

YEMƏK BORUSUNUN ABDOMİNOSERVİKAL KƏSİKDƏN EKSTİRPASİYASI VƏ BİRMƏRHƏLƏLİ QASTROPLASTİKASI: GÖSTƏRİŞLƏRİ, BƏZİ TEXNİKİ ASPEKTLƏRİ VƏ ÜSTÜNLÜKLƏRİ

Ş.F.İBRAHİMLİ, F.H.CAMALOV, İ.T.AXUNDOV, Ş.G.HÜSEYNOV,
R.Z.HƏSƏNOV, A.H.ƏLİYEV

ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan.
(*email:shakir.ibrahimli@mail.ru*)

*Extirpation of the esophagus with one-stage gastropasty abdomen-cervical access:
indications, some technical aspects, advantages*

Sh.F.Ibrahimli, F.H.Jamalov, I.T.Akhundov, Sh.G.Huseynov, R.Z.Hasanov, A.M.Aliyev

Summary: In the article was done the analysis of the results of surgical treatment of 86 patients with esophageal cances. It is noted, that if the tumor is located above the trachea bifurcation (9 patients), it is advisable to extirpate the esophagus with a one-stage plasty of its isoperistaltic tube, formed from the large curvature of the stomach by abdomen-thoraco-cervical access, and in cases of the tumor location below the bifurcation (77 patients) – abdomen – cervical access. Are presented the features of the technique and advantages of one – stage esophagogastropasty, performed by abdomen-cervical access.

Keywords: esophagus, extirpation, abdomen-cervical access

Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой абдоминоцервикальным доступом:
показания, некоторые технические аспекты, преимущества

Ш.Ф.Ибрагимли, Ф.Г.Джамалов, И.Т.Ахундов, Ш.Г.Гусейнов, Р.З.Гасанов, А.Г.Алиев

Резюме: В статье проведен анализ результатов хирургического лечения 86 больных раком пищевода. Отмечено, что если опухоль располагается выше бифуркации трахеи (9 больных) целесообразно произвести экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой его изоперистальтической трубкой, сформированной из большой кривизны желудка, абдомино-торако-цервикальным доступом, а в случаях расположения опухоли ниже бифуркации (77 больных) субтотальную резекцию абдомино-цервикальным доступом. Представлены особенности техники и преимущества операции одномоментной эзофагогастропластики, выполненной абдомино-цервикальным доступом.

Ключевые слова: пищевод, экстирпация, абдомино-цервикальный доступ.

Giriş. Yemək borusunun bədxassəli xəstəliklərinin müalicəsində daha çox mürəkkəb və sona qədər həll olunmamış problemlərdən biri cərrahi üsul seçimidir (1,2,3,5).1900-cü ildə V.D.Dobromislov tərəfindən eksperimentdə işlənmiş və 1913-cü ildə amerikalı cərrah Thorek tərəfindən kliniki aprobeşiyadan keçmiş yemək borusunun ikimərhələli ektirpasiyası (Dobromislov-Thorek əməliyyatı) artıq tarixə qovuşmuşdur. Yemək borusunun rezeksiya olunmuş hissəsinin mədə ilə əvəz olunması yemək borusu cərrahiyyəsində birmərhələli əməliyyatlar üçün yeni bir yol açdı. İlk dəfə olaraq 1894-ü cü ildə Levy transabdominal, 1895-ci ildə isə Biondie transplevral kəsiklə eksperimentdə, 1908-ci ildə isə Völeker abdominal kəsiklə klinikada yemək borusunun abdominal mədənin isə kardial hissəsini rezeksiya edərək uğurla birmərhələli ezofaqoqastroanasvomoz icra etdi. Təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, yemək borusunun orta və aşağı seqmentlərinin xərçəngi mediastinal sahədən başqa həm də mədənin kiçik əyriliyi boyunca yerləşmiş limfa düyünlərinə metastaz verdiyi üçün bütöv mədədən plastik material kimi istifadə etdikdə bu limfa düyünləri qalır və onkoloji radikallıq prinsipləri pozulur. Elə bu səbəbdən təkcə bütöv mədə deyil, həm də A.Jian (1912) və Y.Y.Qalpern (1912) tərəfindən təklif olunmuş mədənin böyük əyriliyindən düzəldilmiş antiperistallik mədə borusunun yemək borusunun xərçəngi zamanı plastik material kimi istifadəsi geniş yer tapmadı. 1923-cü ildə Rutkovski tərəfindən yemək borusunun rezeksiya olunmuş hissəsinin mədənin böyük əyriliyindən düzəldilmiş izoperistaltik mədə borusu ilə əvəz olunması təklif olundu. Bu əməliyyat zamanı mədənin dibi və kiçik əyriliyi rezeksiya olunduğu və ətrafdakı limfa düyünləri götürüldüyü üçün onkoloji radikallıq prinsipləri pozulmur. 1951-ci ildə İ.Boerema tərəfindən bu əməliyyat təkmilləşdirildikdən və onun iki variantı təklif olunduqdan sonra yemək borusunun güdülü ilə mədə borusu arasında istənilən səviyyədə anastomozun qoyulması mümkün oldu. Beləliklə, yemək borusu cərrahiyyəsində birmərhələli əməliyyatlara geniş yol açıldı.

Yemək borusu cərrahiyyəsində ikinci böyük problem birmərhələli ezofaqogastroplastika əməliyyatının hansı kəsikdən aparılması oldu. Uzun müddət bu əməliyyatın üç kəsikdən (abdominotorakoservikal) aparılması daha məqsədəuyğun hesab olunmuşdur. Torakotomik kəsiyin aparılmasını mediastinal limfa düyünlərinin götürülməsinin və yemək borusunun mobilizasiyasının daha rahat aparılması ilə əsaslandırılan müəlliflər torakotomik kəsiyə xas olan plevral ağırlaşmaların da yüksək faizdə rast gəlməsini qeyd edirlər. 1913-cü ildə Denk meytlər üzərində yemək borusunun abdominoservikal kəsikdən aparılmasını işləyib hazırladı. 1921-ci ildə Kummell klinikada 2 xəstə üzərində bu əməliyyatı apardı. Təəssüf ki, hər iki xəstə hemotoraksdan öldü. Denk əməliyyatını ilk dəfə 1933-cü ildə Grey Turner uğurla icra etdi. 1944-cü ildə A.Q.Savinix tərəfindən təklif olunmuş sagital diafraqmokrurrotomiya yemək borusunun ekstirpasiyasında abdominoservikal kəsiyin tətbiqinə geniş yol açdı. 1983-cü ildə yemək borusunun abdominaservikal kəsikdən birmərhələli ekstirpasiyasında daha çox (143 xəstə) təcrübəsi olan J.Orrinqer (6) torakotomik kəsikdən imtina olunmasını təklif etdi. Müəllifin fikrincə bu əməliyyat daha az travmatikdir, xüsusi alətlərdən istifadə etdikdə yemək borusunun mobilizasiyası və mediastinal limfa düyünlərinin götürülməsi göz nəzarəti altında aparılır və boyun nahiyəsində anastomoz tikişlərinin çatmazlığı adətədən ölümlə nəticələnir.

Qeyd olunanlara baxmayaraq hələ də yemək borusu şişlərinin hansı lokalizasiyasında və ölçüsündə abdominaservikal kəsiyin aparılmasının məqsədəuyğunluğu yaxud hansı hallarda torakotomik kəsiyin əlavə olunması mübahisəli problem kimi qalır.

Material və müayinə üsulları. Son 10 il ərzində klinikada yemək borusunun xərçəngi diaqnozu ilə 86 xəstə əməliyyat olunmuşdur. 9 xəstədə şiş traxeyanın bifurkasiyasından yuxarı, 77 xəstədə isə bifurkasiyadan aşağı yerləşmişdir. Bütün xəstələrə şişin lokalizasiyasını, ölçüsünü, mediastinal, intraabdominal limfa düyünlərinin və ağciyərin vəziyyətini öyrənmək məqsədi ilə endoskopik (biopsiya ilə) və kompüter tomoqrafiyası müayinləri aparılmışdır. Xəstələrin əsas şikayətləri disfaqiya, iştahasızlıq, arıqlama olmuşdur. Xəstələrə əməliyyatdan əvvəl 3-5 gün ərzində əməliyyatözü hazırlıq aparılmışdır. Alimentar statusa qiymət antropometrik (bədən çəkisinin defisiti, dəri büküşlərinin qalınlığı), biokimyəvi (ümumi zülal, albumin, albumin-qlobulin koefisienti) göstəricilərin və azot balansının vəziyyətinə əsasən verilmişdir. Xəstələrin hamısında müxtəlif dərəcəli (xəstəliyin müddətindən asılı olaraq) hipo və disproteinemiyə, mənfi azot balansına, anemiya və hipovolemiya müşahidə olunduğundan əməliyyatdan əvvəl zülal preparatları, eritrositar kütlə, su-duz mübadiləsini tənzimləmək məqsədi ilə kristalloid məhlullar, energetik balans bərpa etmək üçün 5% qlükoza məhlulu köçürülmüşdür. İrinli-iltihabi ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün əməliyyatdan əvvəl və sonra müvafiq antibiotikoprofilaktika aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirələr. Klinikada 86 xəstədə aparılmış yemək borusunun ekstirpasiyası və birmərhələli gastroplastikası əməliyyatının nəticələrinin analizi göstərdi ki, əməliyyatın uğurlu sonluğu əsasən asılıdır: adekvat cərrahi taktikanın seçilməsindən, əməliyyata əks göstərişlərin düzgün təyin edilməsindən, əməliyyat kəsiyinin düzgün seçilməsindən, anastomoz tikişlərinin çatmazlığının adekvat profilaktikasıdan və adekvat limfadenektomiyadan.

Adekvat cərrahi taktikanın seçilməsi. Şiş traxeyanın bifurkasiyasından yuxarı yerləşdikdə (9 xəstə) yemək borusunun ekstirpasiyası, bifurkasiyadan aşağı (77 xəstə) yerləşdikdə subtotal rezeksiyası icra olunmuşdur. Yemək borusunun ekstirpasiyası zamanı mədənin böyük əyriliyindən düzəldilmiş izoperistalirik boru birbaşa udlaq ilə, subtotal rezeksiyası zamanı isə udlaqdan aşağı saxlanmış 2,5-3 sm yemək borusu güdülü ilə anastomozlaşdırılmışdır. Yemək borusunun aşağı 1/3 hissəsində yerləşmiş şişlər zamanı hələ də tətbiq olunan Lyuis əməliyyatından imtina etmişik. Birincisi, bu əməliyyat zamanı rezeksiya şiş toxumasından kifayət qədər aralı aparılmadığı üçün yerli residivlərin yaranma ehtimalı yüksək olur və onkoloji radikallıq prinsipləri pozulur. İkincisi, yemək borusunun döş şöbəsinin qan təchizatı digər şöbələrindən zəif olduğu üçün plevra boşluğunda saxlanılmış anastomozlarda tikiş çatmazlığı ehtimalı və bu səbəbdən ölüm faizi yüksək olur. Boyun nahiyəsində qoyulmuş anastomozlar zamanı tikiş çatışmazlığı ehtimalı az olur (bu nahiyədə qan təchizatı yaxşı olduğu üçün), çatmazlıq adətən hissəvi olur və əsasən sağalma ilə nəticələnir.

Əməliyyata əks göstərişlər. Şişin ölçüsünün 10 sm-dən çox olması, onun divararalığının anatomik strukturlarına (traxeyanın bifurkasiyası, bronxlar, aorta, onurğa) intim sirayət etməsi, mediastinal sahədə və ağ ciyərlərdə çoxsaylı metastazların olması, 3 və daha çox regionar zonanın limfa düyünlərinin metastatik zədələnməsi, uzaq metastazların olması əməliyyata əks göstərişdir.

Şişin mediastinal plevraya, perikarda, ağ ciyərin kənarı seqmentinə sirayət etməsi, parakardial, kiçik piylik nahiyəsindəki limfa düyünlərinə yaxud ağ ciyəərə tək metastazları əməliyyata əks göstəriş sayılır.

Əməliyyat kəsiyinin düzgün seçilməsi: Yemək borusunun şişləri traxeyanın bifurkasiyasından aşağıda yerləşdikdə və ölçüsü 5 sm-dən kiçik olduqda, plevraya sirayət etmədikdə əməliyyatı iki kəsikdən (serviko-abdominal) icra etmişik; şiş traxeyanın bifurkasiyasından yuxarıda yerləşdikdə isə əlavə olaraq üçüncü (torakotomik) kəsik aparılmışdır. Şişin mediastinal plevraya, perikarda və ağ ciyərlərin kənarı seqmentlərinə sirayət etdiyi hallarda da (kompüter tomoqrafiyanın nəticəsinə əsasən yaxud abdominal kəsikdən yemək borusunun mobilizasiyası zamanı aşkar olunduqda) əməliyyat 3 kəsiyin (servika-torako-abdominal) köməyi ilə aparılmışdır. Düzgün qərarın verilməsi üçün şişin lokalizasiyasından asılı olmayaraq əməliyyatı abdominal kəsikdən başlamaq lazımdır.

Anastomoz tikişlərin çatmazlığının adekvat profilaktikası. Yemək borusunun ekstirpasiyası zamanı baş verə biləcək ağırlaşmalar içərisində anastomoz tikişlərinin çatmazlığı birinci yeri tutur. Tikiş çatmazlığının profilaktikası məqsədi ilə aşağıdakı prinsiplərə əməl olunmasını vacib hesab edirik:

Qeyd olunan prinsiplərə əməl olunması hesabına 86 xəstədən ancaq 2-də tikişlərin hissəvi çatışmazlığı müşahidə olundu və sağalma ilə nəticələndi.

Adekvat limfadenektomiya. Əməliyyatın vacib komponentlərindən biri də regionar limfatik zonalarda yerləşmiş limfa düyünlərinin çıxarılması və histoloji müayinəyə göndərilməsidir. Yemək borusunun regionar limfatik zonalarına aiddir: paraezofaqeal, traxeobronxial, parakardial və kiçik piyliyın limfa düyünləri.

CANLIDAN QARACIYƏR TRANSPLANTASIYASINDAN SONRA DONOR NƏTİCƏLƏRİ

NOVRUZOV N.H., BAYRAMOV N.Y., ƏLİYEV E.A., MƏMMƏDOV R.A.

*Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan
(email:surgeon.06@mail.ru)*

*Donor outcome in living donor liver transplantation
Novruzov N.H., Bayramov N.Y., Aliyev E.A., Mammadov R.A.*

Summary: Donor safety is very importance in Living donor liver transplantation (LDLT). However, most recent reports have focused on analyses of postprocedural recipients morbidity, while complications in donors have not been fully investigated.

The literature analysis showed that delayed liver function recovery and morbidity were significantly correlated with the functional liver mass. Presurgical body mass index (BMI), liver function tests, platelet counts, international normalized ratio, steatosis, and spleen volume were investigated as potential predictors of liver regeneration. Also, there is no association between the liver regeneration rate and the clinical outcome. Donor safety will be evaluated by the graft type, frequency, and severity of postoperative complications the using of the Clavien-Dindo classification system.

Key words: liver transplantation, donor outcome.

Результаты доноров после трансплантации печени
Новрузов Н.Г., Байрамов Н.Ю., Алиев Э.А., Мамедов Р.А.

Резюме: Вопрос безопасности донора является приоритетным аспектом трансплантации части печени от живых доноров. Однако, последнее время основное внимание уделяется анализу результатов реципиентов, в то время как осложнения у доноров не были полностью исследованы. Обзор литературы показал, что восстановление функции печени и послеоперационные осложнения у доноров были достоверно коррелированы с функциональной массой печени. Такие параметры как индекс массы тела, функциональные тесты печени, количество тромбоцитов, международное нормализованное отношение, степень стеатоза печени и объем селезенки были исследованы в качестве потенциальных прогностических факторов регенерации печени. Кроме того, не определена связь между частотой регенерации печени и клиническим исходом операции. Результаты гемигепатектомии у доноров должны оцениваться по типу графта, частоте и тяжести послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo.

Ключевые слова: трансплантация печени, результаты доноров.

Açar sözlər: qaraciyər transplantasiyası, donorların nəticələri

Qaraciyər köçürülməsi terminal mərhələ qaraciyər patolojiyası olan xəstələr üçün yeganə və həyat qurtarıcı müalicə yoludur. Kadaverik orqan transplantasiyasına alternativ olaraq Canlı Donordan Qaraciyər Köçürülməsi (CDQK) ilk dəfə 1988 ildə cəhd edilmiş və 1990 ildə pediatrik xəstədə ilk uğurlu əməliyyat icra edilmişdir [1].

Pediatrik xəstələrdə uğur qazandıqdan sonra Yapon transplantoloqları canlı donorlardan qaraciyər köçürmələrinə göstərişləri genişləndirərək sol pay graftını böyüklərdə tətbiq etməyə başladılar.

İnsan qaraciyəri hiperplastik reaksiya sayəsində regenerasiya etmək xüsusiyyətinə malikdir. CDQK zamanı böyük həcmli qaraciyər rezeksiyasının müvəffəqiyyəti məhz bu regenerasiya qabiliyyətindən asılı olur. Böyük həcmli rezeksiyalar qanda sitokinlərin konsentrasiyasını artırır ki, bu da öz növbəsində böyümə faktorlarını fəallaşdırır. Qaraciyər funksional parametrləri (İNR, Protrombin zamanı, Total Bilirubin, ASAT, ALAT) postoperativ dövrdə yüksələrək 4-5 günlər pik səviyyəyə çatır, İNR və Protrombin zamanı I həftənin sonunda, digər göstəricilər isə 1 həftədən sonra normal dəyərlər çərçivəsinə qaydır.

Müasir təsəvvürlərə görə sağtərəfli hepatektomiya zamanı qalan minimum həcmnin total qaraciyər həcmnin 20% qədərini təşkil etdiyi söylənilməkdədir. Xroniki qaraciyər xəstəliyi olmayan hepatobilyar törəməyə görə qaraciyərin funksional həcmnin 80% qədər geniş rezeksiyaların xəstələr tərəfindən tolerə edildiyi praktikada öz təsdiqi tapmışdır [2].

Qalan qaraciyər həcmi (future remnant liver volume (FRLV)) rezeksiyadan həmən sonra total qaraciyər həcmnin 20% dən az olarsa, metabolik, sintetik və detoksikasiya funksiyaları ləngiyir və bu postrezeksiyon qaraciyər yetməzliyi ilə sonlana bilər [3].

Canlı donordan qaraciyər transplantasiyası texniki çətinlik və etik dəyərlər baxımından donor secimi prosesində yüksək diqqət tələb edir. Müasir dövrdə radioloji texnikanın inkişafı funksional qaraciyər kütləsini preoperativ təxmin etməyə imkan verir. Qaraciyər həcmi hesablanması - volumetriya multidetektor kompyuter tomoqrafiya vasitəsi ilə üçfazlı venadaxili kontrastlanma rejimində çəkilən 1-2,5 mm kəsiklərlə modelləşdirilərək hesablanır. Radioloji müayinələrlə yalnız volumetriya deyil, eyni zamanda intrahepatik damar anatomiyası 3D konstruksiya olunur ki, bu da anatomik hepatektomiya icra etməyə, seqmentar qaraciyər venalarına selektiv yanaşmaya və öd axarlarının zədələnmələrindən maksimal qorunmağa zəmin yaradır.

Bu səbəbdən qaraciyər volumetriyası bir çox mərkəzlərin araşdırma obyektinə olmuşdur. *Pameha V* və başqalarının nəticələrinə əsasən donorluğa təqdim edilən 460 namizəddən 321 (69,7%) nəfəri uyğun görülmemişdir. Buna əsas səbəblər kimi: 23,5% hallarda donorluqdan imtina etmə, 16,5% hallarda qaraciyərin neqativ atenasion indeksi, anatomik variantlara görə 10,3% namizədlər, qeyri adekvat remnant qaraciyər həcminə görə 9,8%, qaraciyər biopsiya nəticələrinə görə 8,8% və qeyri adekvat graft həcminə görə 5,4% namizədlərdən imtina edilmişdir. Donorluğa namizədlərin 82,8%-i seçim prosesinin I və ya II etaplarında ələnmişdir [4].

Qalıq qaraciyər həcmi (QQH) preoperativ olaraq virtual cərrahi kəsik üzrə hesablanır. Rezeksiyadan sonra proqnozlaşdırılan təxmini qaraciyər həcmi sağ və sol hepatic venalar arası ilə öd kisəsi yatağının ortasını birləşdirən Cantlie's xəti üzrə anatomik sağ hepatektomiyaya uyğun hesablanır. Optimal QQH problemini həll etmək üçün bir çox müəlliflər rutin olaraq Orta Hepatik Venanın donorda qalması ilə sağtərəfli hepatektomiya edilməsini məsləhət görürlər. Bəzi mərkəzlər donor hepatektomiyasını minimal invaziv laparoskopik yolla icra etməyə üstünlük verirlər. Bu halda əməliyyatın kosmetik effekti ilə yanaşı, donorlar daha az ağrı ilə erkən mobilizasiya və erkən qidalanmaya başlayır ki, bu da postoperasion ağırlaşmaların azalması, çarpayı günlərinin qısalması və sərfəli ekonomik məsrəflərdə öz əksini tapır.

Qaraciyərin total və rezeksiyadan sonra təxmin edilən qalıq funksional kütləsini dəyərləndirmək üçün riyazi hesablama modellərindən istifadə edilir.

Bugünkü təsəvvürlərə görə canlı donordan alınacaq graft kütləsinin resipientin bədən kütləsinə nisbətinin (graft to body weight ratio (GB/RW) və ya graft weight to recipient weight ratio (GW/RW)) 0,8% dən az olduğu zaman və ya graft kütləsinin (GW) standart qaraciyər həcminə (standart liver volume (SLV), (GW/SLV)) nisbəti 40% dən az olduğu durumlar Kiçik Ölçülü Graft (small-for-size graft (SFG)) sayılır. Böyüklərdə həyatı təmin edəcək minimum qaraciyər həcmi sağ payın alınması ilə icra edilir. Remnant sol payın həcmi kiçik qalması əməliyyatdan sonra davamlı hiperbilirubinemiya, kooqulopatiya və bariz assitlə xarakterizə edilən Kiçik qaraciyər sindromu ilə nəticələnə bilər. Eyni zamanda Remnant həcmi total qaraciyər həcmi 30% qədərini təşkil etdiyi hallarda, Orta hepatic venanın qorunması ilə aparılan sağ hepatektomiya 50 yaşdan kiçik və yağlılıq dərəcəsi aşağı olan selektiv donorlar üçün təhlükəsizdir [5].

Kubota və başqalarının fikrinə görə sağlam qaraciyər paraximasi üçün uyğun ola biləcək qalıq qaraciyər həcmi (RLV) 40% təşkil edir [6,7]. *Fan* və tərəfdaşları isə bu limiti 27% qədər genişləndirdilər [8].

Kiçik ölçülü graft köçürüldükdə, xüsusilə resipientin bədən kütləsi alıcının bədən kütləsindən nəzərəcarpaçaq qədər çox olduğu durumlarda Kiçik qaraciyər sindromu (Small-for Size Syndrome (SFSS)) inkişaf edə bilər. Digər tərəfdən qalıq qaraciyər həcmi az olması postoperativ funksional yetməzliyə və donor həyat göstəricilərinə neqativ təsir göstərir.

Donor təhlükəsizliyi və qaraciyərin funksional fəaliyyətinin bərpa üçün remnant qaraciyərin həcmi önəmli faktor sayılmaqdadır [9].

Fərqli preoperativ parametrlər qaraciyərin regenerasiya xüsusiyyətinin proqnostik markeri kimi araşdırılmışdır. Qalıq qaraciyər həcmi regenerasiya prosesi üçün həlledici rol oynasa da yeganə faktor deyildir. Belə ki, qaraciyərin regenerasiya qabiliyyəti canlı donordan fərqli variyasyonlarla müşahidə edilir. Qaraciyərin regenerasiyası üçün transplantasiyadan sonra keçən vaxt əhəmiyyətli sayılır. Eyni zamanda, xəstənin yaşı, cinsi, BKİ kimi demoqrafik göstərilər, trombosit sayı, steatoz dərəcəsi kimi kliniki və biokimyəvi faktorların regenerasiya qabiliyyətinə təsir etdiyi söylənilməkdədir [10, 11, 12].

Kazuhiro və başqalarının nəticələrinə əsasən qaraciyərin funksional fəaliyyətinin bərpa olunması və ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi trombositlərin sayı ilə düz korrelyasiya olunur. Əməliyyatdan sonra platelet sayında $\leq 60\%$ azalma qaraciyərin güman edilən funksional bərpa və ağırlaşmalar üçün risk faktoruna sayıla bilər. Müəlliflərin qənaətinə görə parsial hepatektomiyadan sonra trombosit sayında azalma qaraciyərin funksional bərpa göstəricisi üçün erkən marker rolunu oynayır [13].

Salvatore Gruttadaria çalışması nəticəsinə görə əməliyyatdan 60 gün sonra regenerasiya ehtimalına QQH kiçik, BKİ və SV/FRLV nisbətini yüksək olması təsir etmişdir [14].

Donor təhlükəsizliyi və graft keyfiyyətinə təsir göstərən digər prediktiv faktor hepatic steatoz sayılır. Ciddi dərəcəli makrovezikulyar steatoz $>60\%$ üzərində olmaqla qaraciyərin birincili funksiyaya yetməzliyi (primary non-function (PNF)) ilə sonlana bilər. Orta dərəcəli makrovezikulyar steatoz (30-60%) isə qaraciyər funksional pozğunluğuna və regenerasiyaya yol açır [15].

Bəzi tədqiqatçılar CDQT zamanı post-reperfüziyon hiperglikemiya üçün hepatik steatozu donorla bağlı müstəqil risk faktoru sayırlar [16].

Bu səbəbdən hepatik steatoza görə donorların preoperativ seleksiyası vacibdir. Qaraciyər biopsiyası steatoz dəyərləndirməsi üçün standart müayinə hesab edilsə də, 1% qədər hemorragiya və 0,01% qədər letallıq riski daşıyır. İnvaziv müayinədən yayınaraq hepatik makrovezikulyar steatozu kəmiyyətə ifadə etmək məqsədi ilə kompyuter tomoqrafik attenuasiya indeksi, BKİ və serum lipid səviyyəsi kimi obyektiv kriteriyalara əsaslanan riyazi hesablama modelləri təklif edilmişdir ki, bunlar yağlılıq dərəcəsini təyin etməyə imkan verir [17].

Steatoz dərəcəsi <5% az olan donorlar sağlam, 5%-33% qədər yüngül dərəcəli, >33%-66% aralıqda orta dərəcəli və >66% yüksək ağır dərəcəli steatoz hesab edilir. Steatoz dərəcəsi <33% qədər olan şəxslər donorluğa namizəd sayıla bilərlər [18].

Canlı donorlardan qaraciyər köçürmələri zamanı donor təhlükəsizliyinin ön planda dayanmasına baxmayaraq, ədəbiyyatda mövcud çalışmaları böyük qismi resipient ağırlaşmalarının öyrənilməsinə həsr edilmişdir. Beləliklə canlı donorların təhlükəsizliyi diskussiya mövzusu olaraq qalır.

Müasir dövrdə böyük ölçüdə canlı donordan qaraciyər transplantasiyası sağ pay alınmaqla icra edilməkdədir. Sol pay alınması CDQT donor baxımından ideal hesab edilir. Belə ki, qaraciyərin sol payı alınan donordlarda heç bir həyatı təhlükə daşıyan aşırlaşma yaşanmamışdır [19].

Sağtərəfli hepatektomiya zamanı remnant sol pay təbii anatomik yatağında yerləşdirilərək oraqvari bağla fiksasiya edilir. Bu zaman sol payın normal perfuziyası təmin edilməlidir. Sol hepatik venanın qatlanması remnant qaraciyərin venoz boşalmasında durgunluğa, Baddi Kiari sindromunun inkişafına yol açır ki, bu da katastrofik sonluqla nəticələnə bilər.

Erkən dövr ədəbiyyat məlumatlarına görə donordlarda əməliyyat sonrası ağırlaşmalar 0-67% aralıqda dəyişir, letallıq isə 0,2% qədər müşahidə edilir [20].

Fərqli mərkəzlərdən təqdim edilən çalışmalarda ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin geniş diapozonda dəyişməsinə postoperasion dövrdə rast gəlinən ağırlaşmaların dəyərləndirilməsində istifadə olunan kriteriyaların müxtəlifliyi və qiymətləndirmə sistemindəki fərqli yanaşmalarla izah etmək olar. Bu uyğunsuzluğu aradan qaldırmaq məqsədi ilə 2006 ildə Vankuver Beynəlxalq Forumunda CDQK zamanı donor ağırlaşmalarını modifikasiya edilmiş Clavilen təsnifatı ilə dəyərləndirmək tövsiyyə edilmişdir ki, bu da canlı donor nəticələrinin təsviri üçün standart hesab edilir. Vancouver Forumunun global nəticələrə görə CDQT sonra 34 letal nəticə qeyd edilmişdir ki, bunlardan yalnız 4-ü sol pay alındıqdan sonra izlənmişdir. Ümumilikdə sol pay alınan donordlarda letallıq 0,1%, sağ pay alınan donordlarda isə 0,5% təşkil etmişdir [21].

Şimali Amerikadan olan çalışmaları tək mərkəzlərdən təqdim edildiyi və az saylı xəstə qruplarını əhatə etdiyi üçün Asiya multisentrik araşdırmaları ilə müqayisədə daha çətin interpretasiya olunurlar. 1996-2000 illəri əhatə edən nisbətən geniş həcmli araşdırmaya görə sağ və sol pay donordlarının nəticələri arasında statistik əhəmiyyətli fərq olmamışdır [22].

United Network for Organ Sharing baza nəticələrinin retrospektiv təhlilinə əsasən CDQT zamanı sol pay graftların sayında 2,3% dən 7,2% qədər artma izlənmişdir.

2011 il beynəlxalq qaraciyər transplantasiyası toplantısında (International Liver Transplant Society Meeting) verilən məlumata görə Şimali və Cənubi Amerika, Avropa, Asiya, Avstraliya və Yeni Zenlandiya, Orta Şərqdən toplam 71 mərkəzdə aparılan 11553 CDQT sonra 23 donör ölümü qeyd edilmişdir. Letallıq göstəricisi hepatektomiya tipindən asılı olmamışdır, 8734 sağ hepatektomiyadan sonra 18 donorda, 994 sol hepatektomiyadan sonra 2 donorda və 2168 sol lateral seqmentektomiyadan sonra isə 3 donorda letal sonluq izlənmişdir [23].

Yaponiya Qaraciyər Transplantasiyası Cəmiyyətindən (the Japanese Liver Transplantation Society) olan çoxmərkəzli retrospektiv araşdırmaya əsasən 3565 CDQT zamanı Clavien təsnifatı üzrə II-V dərəcəli ağırlaşmalar, sol lateral seqmentektomiya icra edilən 1045 donorda 3,5%, soltərəfli hepatektomiya olunan 1088 donorda 8,7% və sağ pay rezeksiya edilən 1378 donorda isə 9,7% hallarda müşahidə edilmişdir [24].

Marubashi və digərləri CDQT nəticələrini 3 eraya bölürlər, bu nəticələr transplantasiya mərkəzinin və cərrahların iş təcrübəsi ilə düz korrelyasiya olunur. Sağ pay donordları üçün Clavien təsnifatı üzrə bütün fəsadların rastgəlmə tezliyi 42,9%, sol pay donordları üçün 27,5% və sol lateral seqment alınan donordlar üçün isə 13,9% təşkil etmişdir. Ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi erkən inkişaf dövründən indiki dövrə qədər sağ pay donordlarında 61,5% dən 16,5% qədər, sol pay donordlarında 25,0% dən 14,3% qədər, sol lateral seqment donordlarında isə 15,4% dən 6,7% qədər enmişdir [25].

Yaponiyada 46 mərkəzdən toplam 1680 donörün nəticələrinə görə 443 sağ hepatektomiyadan sonra 19% hallarda, 484 sol hepatektomiyadan sonra 12% və sol lateral seqmentektomiya olunan 753 donorda 8,2% hallarda ağırlaşmalar inkişaf etmişdir [26].

Göründüyü kimi Yaponiya məktəblərindən təqdim edilən araşdırmalarda ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi hepatektomiya həcminə uyğun olaraq artmışdır. Təcrübə artdıqdan sonra isə ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi azalmışdır.

Meng Jiayin və digərləri 15 illik təcrübəni erkən və gec dövrlərə ayıraraq müqayisəli təhlil aparmışlar. Təcrübə qazanıldıqdan sonra aparılan CDQT zamanı donor hepatektomiyaların nəticələrində xeyli yaxşılaşma qeyd edilmiş, ümumi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi 32,6% dən 18,1% qədər azalmış, biliar ağırlaşmaların payı 8,4% təşkil etmişdir [27].

Digər mərkəzdən olan araşdırmada rezeksiya həcmi ilə ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi düz korrektyasiya olunmuşdur. Clavien təsnifatı ilə III dərəcə ağırlaşmalar qalıq qaraciyər həcmnin <35% qədər olduğu donordlarda, QQH nin 40% üzərində olduğu donordlarda müqayisədə daha çox təsadüf etmişdir [28].

Türkiyədə tək mərkəzdən verilən 500 donor nəticələri isə fərqli olmuşdur. Belə ki, sağ pay donorları 91,2% olmaqla üstünlük təşkil etmişlər. Ağırlaşmalar ümümlə 18,6% hallarda qeyd edilməklə, sağ pay donorları üçün bu göstərici 18,6%, sol pay donorları üçün 36,7% və sol lateral segment alınan donordlar üçün isə 10,8% olmuşdur. Digər mərkəzlərin nəticələrinə uyğun olmayan bu durumu cərrahların sağtərəfli hepatektomiya təcrübəsinin çox olması ilə izah etmək olar. Eyni zamanda biliar ağırlaşmalar daha çox rast gəlinmişdir (10,8%) [29].

Hashikura və başqaları 3565 canlı donordların nəticələrini analiz edərək ağırlaşmaların strukturunda öd axması və yara infeksiyalarının daha çox rast gəlindiyini vurğulayırlar. Öd sızması və striktur kimi biliar ağırlaşmalar sağ pay donordlarında daha çox izlənmişdir. Bu ağırlaşmalardan qaçmaq məqsədi ilə öd yollarının qan təhcizatını qorumaq, qaraciyər qapısında minimum disseksiya aparılması tövsiyyə edilir [30].

Ringe and Strong 2008 ildə canlı qaraciyər donordlarının letallıq göstəricilərini dərc etmişlər. Geniş icmal çalışmasında dünya üzrə donor letallığı 0,1-0,3% təşkil etmiş, sağ pay donorları üçün bu nəticə 0,5% qədər yüksəlmişdir. Maraqlıdır ki, müəlliflər ədəbiyyatda mövcud olan məlumatları yalnız 36% hallarda etibarlı hesab etmişlər [31].

Abecassis və digərlərinin araşdırmasına əsasən sağ pay donordlarında ağırlaşmalar 39% qədər hallarda rast gəlinir. Bu ağırlaşmaların yalnız 2,8% qədəri Clavien təsnifatı üzrə III-IV dərəcəyə uyğun olmuş, böyük əksəriyyətini isə kiçik ağırlaşmalar təşkil etmişdir ki, 3 ay müddətində 80% hallarda tamamilə sağalmışdır. Bu çalışmada ABD də 1994-2011 illərdə aparılan 4111 donor hepatektomiyasından sonra ölüm riski 1000 donor üçün 1,7 və transplantasiya ehtiyacı yaradan qaraciyər yetməzliyi kimi ağırlaşmalar hər 1000 donor üçün 2,9 halda izlənmişdir [32].

Avropa ölkələrində bu nəticələr hər 1000 donor üçün 2,3, Yaponiyada daha az 0,3 hallarda qeyd edilmişdir [33,34].

Rao və başqaları əməliyyatdan 6 ay sonra donordlardan "təkrar donor olmaq istəyi" soraraq, cavabı transplantasiya briqadasının təcrübəsinin surroqat markeri kimi dəyərləndirməyi tövsiyyə edirlər [35].

Canlıdan qaraciyər köçürülməsi üçün donor seçimi, həm donor həm də resipiyent əməliyyatları üçün həyati əhəmiyyət daşıyır. Donor hepatektomiyası əməliyyatını minimal risklə icra etmək müasir transplantologiyanın aktual problemi olaraq qalmaqdadır. Qalıq qaraciyər həcmi donor hepatektomiyası nəticələri üçün aparıcı faktor kimi görünsə də, yeganə səbəb hesab edilməməlidir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Strong RW, Lynch SV, Ong TH, Matsunami H. et.al. Successful liver transplantation from a living donor to her son. *N Engl J Med.* 1990;322(21):1505–1507.
2. Abdalla EK, Barnett CC, Doherty D, Curley SA, Vauthey JN. Extended hepatectomy in patients with hepatobiliary malignancies with and without preoperative portal vein embolization. *Arch Surg* 2002;137:675- 680.
3. Kishi Y, Abdalla EK, Chun YS, Zorzi D et al. Three hundred and one consecutive extended right hepatectomies: evaluation of outcome based on systematic liver volumetry. *Ann Surg* 2009;250:540-548
4. Pamecha V., Mahansaria S.S., Bharaty K.G., Kumar S.et.al. Selection and outcome of the potential live liver donor. *Hepatol Int.*2016 Jul;10(4):657-64.
5. Seong Hoon Kim, Young Kyu Kim, Seung Duk Lee, and Sang-Jae Park. Selection and Outcomes of Living Donors With a Remnant Volume Less Than 30% After Right Hepatectomy. *Liver Transpl* 19:872–878, 2013.
6. Uchiyama H, Shirabe K, Kimura K et al: Outcomes of adult-to-adult living donor liver transplantation in 321 recipients. *Liver Transpl*, 2016; 22: 305–15.
7. Kubota K, Makuuchi M, Kusaka K, Kobayashi T. et al. Measurement of liver volume and hepatic functional reserve as a guide to decision-making in resectional surgery for hepatic tumors. *Hepatology.* 1997;26:1176–1181.
8. Fan ST, Lo CM, Liu CL, Yong BH, Chan JK, Ng IO. Safety of donors in live donor liver transplantation using right lobe grafts. *Arch Surg.* 2000;135:336–340.
9. Guler N, Yaprak O, Gunay Y et al: Major complications of adult right lobe living liver donors. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2015; 14: 150–56.
10. Lesurtel M, Graf R, Aleil B, Walther DJ, Tian Y, Jochum W, et al. Platelet-derived serotonin mediates liver regeneration. *Science* 2006;312:104-107.

11. Murata S, Ohkohchi N, Matsuo R, Ikeda O, Myronovych A, Hoshi R. Platelets promote liver regeneration in early period after hepatectomy in mice. *World J Surg* 2007;31: 808-816.
12. Clavien PA, Graf R. Liver regeneration and platelets. *Br J Surg* 2009;96:965-966.
13. Kazuhiro T., Tomohiro K., Yukio Oshiro et.al. Postoperative Decrease in Platelet Counts Is Associated with Delayed Liver Function Recovery and Complications after Partial Hepatectomy. *Tohoku J. Exp. Med*, 2016, 239, 47-55
14. Salvatore Gruttadaria, Vishal Parikh, Duilio Pagano, Fabio Tuzzolino et.al. Early Regeneration of the Remnant Liver Volume After Right Hepatectomy for Living Donation: A Multiple Regression Analysis. *Liver Transplantation* 2012;18:907-913.
15. Chu MJ, Dare AJ, Phillips AR, Bartlett AS: Donor hepatic steatosis and outcome after liver transplantation: a systematic review. *J Gastrointest Surg*, 2015; 19: 1713–24.
16. Chung SH, Kim ES, Rho MC, Park CS: Contribution of donor factors to postreperfusion severe hyperglycemia in patients undergoing living donor liver transplantation. *Ann Transplant*, 2015; 20: 303–11
17. Liu ZJ, Gong JP, Yan LN: Quantitative estimation of the degree of hepatic macrovesicular steatosis in a disease-free population: A single-center experience in mainland China. *Liver Transpl*, 2009; 15: 1605–12
18. Kleiner DE, Brunt EM, Van Natta M, Behling C, Contos MJ, Cummings OW, et al.; for Nonalcoholic Steatohepatitis Clinical Research Network. Design and validation of a histological scoring system for nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2005;41:1313-1321.
19. Ikegami TM, Ohno Y, Mita A, Kobayashi A, Urata K, Nakazawa Y, et al. Prognosis of adult patients transplanted with liver grafts \geq 35% of their standard liver volume. *Liver Transpl* 2009;15:1622-1630.
20. Cheah YL, Simpson MA, Pomposelli JJ, Pomfret EA. Incidence of death and potentially life-threatening near-miss events in living donor hepatic lobectomy: a world-wide survey. *Liver Transpl*. 2013;19:499–506.
21. Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, Pomfret EA, Sutherland DS, Gruessner RW, et al. A report of the Vancouver Forum on the care of the live organ donor: lung, liver, pancreas, and intestine data and medical guidelines. *Transplantation* 2006;81:1373-1385.
22. Reichman TW, Sandroussi C, Azouz SM, Adcock L, Cattral MS, McGilvray ID, et al. Living donor hepatectomy: the importance of the residual liver volume. *Liver Transpl* 2011;17:1404-1411.
23. Cheah YL, Simpson MA, Pomposelli JJ, Pomfret EA. The incidence of death and potentially life-threatening "near miss" events in living donor hepatic lobectomy: a worldwide survey. *Liver Transpl*; doi:10.1002/lt.23575.
24. Hashikura Y, Ichida T, Umeshita K, Kawasaki S, Mizokami M, Mochida S, et al.; for Japanese Liver Transplantation Society. Donor complications associated with living donor liver transplantation in Japan. *Transplantation* 2009;88:110-114.
25. Marubashi S, Nagano H, Wada H, Kobayashi S, Eguchi H, Takeda Y, et al. Donor hepatectomy for living donor liver transplantation: learning steps and surgical outcome. *Dig Dis Sci* 2011;56:2482-2490.
26. Umeshita K, Fujiwara K, Kiyosawa K, Makuuchi M et al.; for Japanese Liver Transplantation Society. Operative morbidity of living liver donors in Japan. *Lancet* 2003;362:687-690.
27. Meng. Jiayin Yang, Lunan Yan. Donor Safety in Adult-Adult Living Donor Liver Transplantation: A Single-Center Experience of 356 Cases. *Med Sci Monit*, 2016; 22: 1623-1629.
28. Shi ZR, Yan LN, Li B, Wen TF. Evaluation of standard liver volume formulae for Chinese adults. *World J Gastroenterol*, 2009; 15: 4062–66
29. Ozgor D, Dirican A, Ates M, G€on€ultas F, Ara C, Yilmaz S. Donor complications among 500 living donor liver transplantations at a single center. *Transplant Proc* 2012;44:1604-1607.
30. Hashikura Y, Ichida T, Umeshita K et.al. Donor complications associated with living donor liver transplantation in Japan. *Transplantation*. 2009;88:110.
31. Ringe B, Strong RW. The dilemma of living liver donor death: to report or not to report? *Transplantation* 2008;85: 790.
32. Abecassis MM, Fisher RA, Olthoff KM, et al. Complications of living donor hepatic lobectomy – a comprehensive report. *Am J Transplant* 2012; 12: 1208.
33. Hashikura Y, Ichida T, Umeshita K, et al. Donor complications associated with living donor liver transplantation in Japan. *Transplantation* 2009; 88: 110.
34. Trotter JF, Adam R, Lo CM, Kenison J. Documented deaths of hepatic lobe donors for living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 2006; 12: 1485.
35. Rao P.P., Routh D., Naidu C.S.et. al., Donor outcome in live-related liver transplantation. *Med J Armed Forces India*. 2014 Apr; 70(2): 100–104.

Rəyçi: *ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrasının dosenti:*

t.ü.f.d. Rüstəmov Ə.

Redaksiyaya 25.12.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

SONSUZLUĞU OLAN QADINLARDA FUNKSIONAL HİPERPROLAKTİNEMİYANIN DƏRMAN KORREKSİYASININ TƏHLİLİ

Q.H.HACIZADƏ, H.F.BAĞIROVA, Ü.M.SİRACLİ, M.E.ƏZİZOVA

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan.

*Analysis of the medicamental correction of functional hyperprolactinaemia in women with infertility
Hajizade G.H., Baghirova Kh.F., Sirajli U.M., Azizova M.E.*

Summary: *The aim of the study was to examine the effectiveness of medicamental correction of functional hyperprolactinaemia in women with infertility.*

Pathogenetic therapy of hyperprolactinaemia with the medicine cabergoline (Dostinex) was performed in 127 patients with infertility. The main group was 77 (60.6%) patients with functional hyperprolactinaemia, combined with hypothyroidism. The comparison group comprised 50 (39.4%) patients with pure functional hyperprolactinaemia. Taking into account the individual initial level of prolactin, we determined the average therapeutic dose of cabergoline, which was 0.35 ± 0.1 mg per week. The treatment was carried out for 3 months under the control of serum prolactin and individual drug tolerance. Criteria for cessation of cabergoline intake were a decrease / normalization of prolactin level in the blood, cessation of galactorrhea, normalization of the menstrual cycle and restoration of ovulation. Patients with hypothyroidism received additional hormonal correction with L-thyroxine at an average therapeutic dose of 25-100 µg / day.

Based on the results of the study, medicamental therapy with the medicine Dostinex in patients with functional genesis of hyperprolactinaemia made it possible to achieve a normal level of prolactin, normalize menstrual function, and eliminate the galactorrhea in all observed patients.

Key words: *hyperprolactinaemia, cabergoline (Dostinex), treatment*

Анализ медикаментозной коррекции функциональной гиперпролактинемии у женщин с бесплодием

Гаджизаде Г.Г., Багирова Х.Ф., Сираджлы У.М., Азизова М.Э.

Резюме: Целью исследования явилось изучение эффективности медикаментозной коррекции функциональной гиперпролактинемии у женщин с бесплодием.

Патогенетическая терапия гиперпролактинемии препаратом каберголин (Достинекс) проводилась 127 пациенткам с бесплодием. Основную группу составили 77 (60,6%) пациенток с функциональной гиперпролактинемией, сочетанной с гипотиреозом. Группу сравнения составили 50 (39,4%) пациенток с чистой функциональной гиперпролактинемией. С учетом индивидуального исходного уровня пролактина нами была определена средняя терапевтическая доза каберголина, которая составила $0,35 \pm 0,1$ мг в неделю. Лечение проводилось на протяжении 3 месяцев под контролем пролактина сыворотки крови и индивидуальной переносимости препарата. Критериями прекращения приема каберголина являлись снижение/нормализация уровня пролактина в крови, прекращения галактореи, нормализации менструального цикла, восстановление овуляции. Пациентки с гипотиреозом получали дополнительную гормональную коррекцию препаратом L-тироксин в средней терапевтической дозе 25-100 мкг/сут.

По результатам исследования медикаментозная терапия препаратом Достинекс у пациенток с функциональным генезом гиперпролактинемии позволила добиться нормального уровня пролактина, нормализовать менструальную функцию, ликвидировать галакторею у всех наблюдаемых больных.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, каберголин (Достинекс), лечение.

Açar sözlər: *hiperprolaktinemiya, kabergolin (Dostineks), müalicə.*

Prolaktin qadının orqanizmində reproduktiv sistemin vəziyyətinə, implantasiya proseslərinə və baş verən hamiləliyin inkişafına böyük təsir etməklə, həmçinin doğuşdan sonrakı laktasiyada əvəzsiz rol oynamaqla çox saylı bioloji funksiyaları yerinə yetirir [8]. Bu hormon yumurtalıq follikullarının və oositlərin tam yetişməsi, sarı cismin normal funksiyası, estrogenlərin reseptorları ilə lüteinləşdirici hormon arasında tarazlığın saxlanması üçün vacibdir [7, 8].

Hiperprolaktinemiya çox vaxt hipotalamus-hipofiz disfunksi ilə təzahür edir və adətən sonsuzluqdan əziyyət çəkən reproduktiv yaşlı qadınlarda rast gəlinir [1, 3, 5].

Hazırda hiperprolaktinemiyanın aradan qaldırılmasının başlıca üsulu dofamin reseptorlarının aqonistləri ilə aparılan, çox yüksək effektivliyə və təhlükəsizliyə malik olan dərman terapiyası hesab edilir [2]. Prolaktinin səviyyəsini normallaşdırmaq məqsədi ilə biz dofaminin üçüncü nəsil aqonistlərindən olan kabergolin (Dostineks)– uzadılmış təsirə malik çovdar mahmızı alkaloidini (0,5 mq dozada həblər) istifadə etmişik. Məlumdur ki, kabergolin erqolinin dofaminergik birləşməsi olub, prolaktini kəskin və uzunmüddətli aşağı salan təsiri ilə xarakterizə edilir ki, bu da hipofizin laktotrop hüceyrələrinin D2-dofamin reseptorlarının birbaşa stimullaşdırılması ilə şərtlənmişdir [2,4,6].

Tədqiqat işinin məqsədi sonsuzluğu olan qadınlarda funksional hiperprolaktinemiyanın dərman korreksiya-sının effektivliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Hiperprolaktinemiyanın Dostineks preparatı ilə patogenetik terapiyası sonsuzluqdan əziyyət çəkən 127 pasiyentdə: funksional hiperprolaktinemiya olan 77 (60,0%) pasiyentdə, hipotireoz ilə birgə rast gələn və yalnız funksional hiperprolaktinemiya olan 50 (39,4%) pasiyentdə həyata keçirilmişdir. Bütün müayinə olunan qadınlar 19 yaşdan 41 yaşa qədər olmuşdur.

Preparatın dozası, qəbul müddəti fərdi şəkildə təyin edilmiş və bu zaman prolaktinin başlanğıc səviyyəsi nəzərə alınmışdır. Müalicə 3 ay ərzində qan zərdabında prolaktinə və preparata qarşı pasiyentin fərdi dözümlülü-yünə nəzarət etməklə aparılmışdır. Kabergolinin qəbulunun dayandırılmasının meyarları kimi qanda prolaktinin səviyyəsinin aşağı salınması və ya normallaşması, qalaktoreyanın dayanması, aybaşı tsiklinin normallaşması, ovulyasiyanın bərpa olunması qəbul edilmişdir.

Hipotireozu olan pasiyentlər əlavə olaraq L-tirotksin preparatı ilə sutkada 25-100 mkq orta terapevtik dozada hormonal korreksiya almışlar.

Xəstələrin müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi laborator göstəricilərin və klinik parametrlərin normallaşmasına: müntəzəm aybaşı tsiklinin, ovulyasiyanın bərpa olunması, qalaktoreyanın dayanması, hamiləliyin baş verməsinə əsaslanmışdır. Aparılan terapiyanın effektivliyinin müqayisəli təhlili müalicədən əvvəl və terapiyanın başlanmasından 6 ay sonra əldə edilən məlumatların öyrənilməsinin əsasında aparılmışdır.

Hormonal müayinələr üçün material qismində qan zərdabından istifadə edilmişdir. Pasiyentlərin hamısında Macro ELISA üsulu ilə Access 2 laborator sistem ilə qan zərdabında ümumi prolaktinin (PRL) səviyyəsində başqa, tireotrop hormonun (TSH), sərbəst triyodtironin (T3), ümumi tirotksinin (T4), lüteinləşdirici hormonun (LH), follikulstimuləedici hormonun (FSH), estradiolun (E2), dehidroepiandrosteronun (DHEA) səviyyəsi təyin edilmişdir. Kontrol göstəricilər qismində sağlam qadınlardan qan zərdabında aybaşı tsiklinin gedişində hormonların səviyyəsi öyrənilmişdir.

Əldə olunan məlumatların statistik işlənməsi Microsoft Excel cədvəl redaktorundan istifadə etməklə variasion statistika metodu ilə aparılmışdır. Göstəricilər arasındakı fərqlərin dürüslüyü Student (t-kriteriyası) və Fişerin üsulu ilə təyin edilmişdir. Fərqlər $p < 0,05$ qiymətlərində dürüst hesab edilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Funksional hiperprolaktinemiyanın dərman korreksiya-sının aparılmasından əvvəl müəyyən edilmişdir ki, prolaktinin orta səviyyəsi müalicədən əvvəl əsas qrupda $63,6 \pm 3,49$ nq/ml, müqayisə qrupunda isə $59,4 \pm 2,63$ nq/ml təşkil etmişdir. Prolaktinin fərdi başlanğıc səviyyəsini nəzərə alaraq biz kabergolinin orta terapevtik dozasını təyin etmişik ki, o, həftədə $0,35 \pm 0,1$ mq təşkil etmişdir. Klinik effekt əldə etmək üçün 66 (52,0%) pasiyentə onun həftədə 0,25 mq, 61 pasiyentə isə (48,0%) - 0,5 mq yeridilməsi kifayət etmişdir.

Cədvəl 1-də hər iki qrupda funksional hiperprolaktinemiya olan qadınlarda nəzarət qrupun məlumatları ilə müqayisədə Dostineks preparatı ilə aparılan müalicədən sonra alınan hormonal statusun göstəriciləri təqdim edilmişdir.

Əldə edilən məlumatlardan görüldüyü kimi, hər iki qrupda müalicədən sonranəzarət qrupuna münasibətdə dürüst fərqlər PRL ($20,7 \pm 1,29$ müqabilində $29,0 \pm 0,58$ nq/ml və $28,2 \pm 0,76$; $p < 0,001$), T3 ($2,0 \pm 0,09$ nq/ml və $2,6 \pm 0,05$ nq/ml; $p < 0,001$) və DHEA ($142,3 \pm 6,20$ müqabilində $251,2 \pm 1,45$ nq/ml və $251,6 \pm 1,58$; $p < 0,001$) göstəricilərində qeydə alınmışdır.

TSH münasibətdə nəzarət qrupundakı göstəricilərdə dürüst fərqləryalnız qadınlardan əsas qrupunda qeydə alınmışdır – onlarda hiperprolaktinemiya hipotireoz ilə birlikdə rast gəlmişdir ($2,5 \pm 0,19$ müqabilində $3,4 \pm 0,07$; $p < 0,001$). Belə fərqlər T4 zamanı da qeydə alınmışdır ($0,91 \pm 0,04$ nq/ml müqabilində $0,40 \pm 0,012$ nq/ml; $p < 0,05$). Nəzarət qrupundakı qiymətlərlə müqayisədə hormonal statusun digər göstəriciləri (LH, FSH və E2) üzrə dürüst fərqlər müşahidə edilməmişdir ($p > 0,05$).

Cədvəl 1.

Müalicədən sonra hormonal statusun göstəriciləri

Göstəricilər	Nəzarət qrupu (n=30)	Müalicədən sonra	
		Əsas qrup (n=77)	Müqayisə qrupu (n=50)
TSH	2,5±0,19(0,5-4,1)	3,4±0,07 (1,60-4,1) p<0,001	3,0±0,13(1,40-4,2)p>0,05
T3	3,0±0,05(2,6-3,6)	2,0±0,09(0,12-3,9) p<0,001	2,6±0,05(2,0-3,2)p<0,001
T4	0,91±0,04(0,56-1,56)	0,40±0,012(0,15-0,56)p<0,05	1,3±0,06(0,58-1,98)p>0,05
PRL	20,7±1,29(6,8-32,6)	29,0±0,58(16,2-34,8)p<0,001	28,2±0,76(18,2-36,8)p<0,001
LH	7,0±0,36(3,2-9,6)	7,4±0,17(3,8-9,9)p>0,05	7,0±0,25(3,6-10,1)p>0,05
FSH	8,1±0,33(4,6-10,6)	8,5±0,18(4,3-11,1)p>0,05	8,1±0,23(4,9-10,7)p>0,05
E2	106,1±2,01(95,0-150,0)	99,2±0,96(80,0-148,0)p>0,05	107,3±1,78(76,0-148,0)p>0,05
DHEA	142,3±6,20(110,0-260,6)	251,2±1,45(200,2-265,2)p<0,001	251,6±1,58(220,1-263,1)p<0,001

Cədvəl 2-də müalicə dinamikasında hormonal statusun göstəriciləri təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2

Müalicə dinamikasında hormonal statusun göstəriciləri

Göstəricilər	Əsas qrup		Müqayisə qrupu		Nəzarət qrupu (n=30)
	müal.əvvəl (n=80)	müal. sonra(n=77)	müal.əvvəl (n=50)	müal. sonra(n=50)	
TSH	6,9±0,19 (4,31-12,1)	3,4±0,07 (1,60-4,1) p<0,001	2,8±0,14 (0,50-4,2)	3,0±0,13 (1,40-4,2) p>0,05	2,5±0,19 (0,5-4,1)
T3	1,4±0,08 (0,1-3,8)	2,0±0,09 (0,12-3,9) p<0,001	3,0±0,04 (2,5-3,8)	2,6±0,05 (2,0-3,2) p<0,001	3,0±0,05 (2,6-3,6)
T4	0,36±0,013 (0,10-0,53)	0,40±0,012 (0,15-0,56) p<0,05	1,2±0,06 (0,52-1,98)	1,3±0,06 (0,58-1,98) p>0,05	0,91±0,04 (0,56-1,56)
PRL	59,4±2,63 (36,2-100,2)	29,0±0,58 (16,2-34,8) p<0,001	63,6±3,49 (37,6-100,5)	28,2±0,76 (18,2-36,8) p<0,001	20,7±1,29 (6,8-32,6)
LH	7,2±0,17 (3,8-9,6)	7,4±0,17 (3,8-9,9) p>0,05	6,8±0,25 (3,5-9,9)	7,0±0,25 (3,6-10,1) p>0,05	7,0±0,36 (3,2-9,6)
FSH	8,2±0,18 (4,5-10,6)	8,5±0,18 (4,3-11,1) p>0,05	7,9±0,24 (4,5-10,6)	8,1±0,23 (4,9-10,7) p>0,05	8,1±0,33 (4,6-10,6)
E2	99,8±0,99 (82,0-150,0)	99,2±0,96 (80,0-148,0) p>0,05	107,8±1,88 (76,0-150,0)	107,3±1,78 (76,0-148,0) p>0,05	106,1±2,01 (95,0-150,0)
DHEA	293,1±1,53 (269,9-330,2)	251,2±1,45 (200,2-265,2) p<0,001	291,2±2,08 (269,2-320,3)	251,6±1,58 (220,1-263,1) p<0,001	142,3±6,20 (110,0-260,6)

Qeyd: p– müalicədən əvvəlki göstəriciyə nəzərən fərqin statistik dürüstlüyü

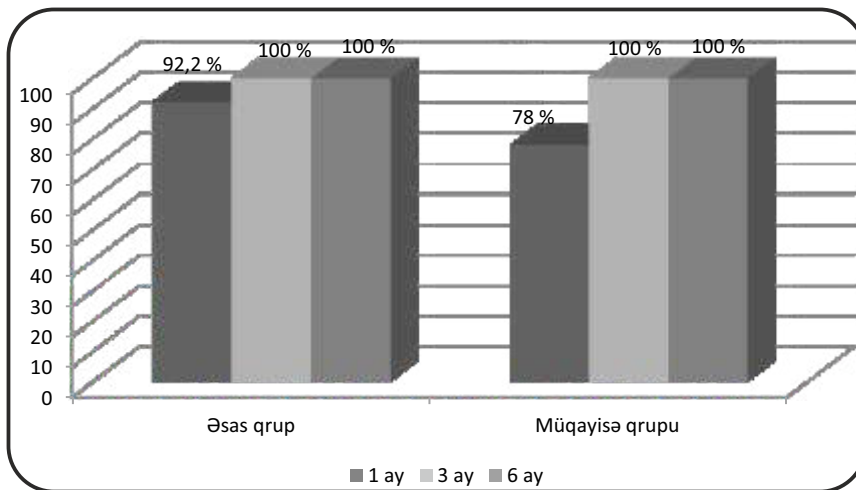
Belə ki, əsas qrupda kabergolin və L-tiroksin ilə müalicə alan pasiyentlərdə müalicənin dinamikasında baş verən dəyişikliklər aşağıdakı laborator göstəricilərdə nəzərə çarpmışdır. Müalicədən sonra qanda PRL-nin səviyyəsi $29,0 \pm 0,58$ nq/ml təşkil etmişdir ki, bu da müalicədən əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə 2 dəfə aşağı ($59,4 \pm 2,63$ nq/ml; $p < 0,001$) olmuşdur. Həmçinin TSH göstəriciləri (müalicədən əvvəl $6,9 \pm 0,19$ nq/ml-ə müqabilində $3,4 \pm 0,07$ nq/ml; $p < 0,001$), T3 (müalicədən əvvəl $1,4 \pm 0,08$ nq/ml müqabilində $2,0 \pm 0,09$ nq/ml; $p < 0,001$), T4 (müalicədən əvvəl $0,36 \pm 0,013$ nq/ml müqabilində $0,40 \pm 0,012$ nq/ml; $p < 0,05$) və DHEA (müalicədən əvvəl $293,1 \pm 1,53$ nq/ml müqabilində $251,2 \pm 1,45$ nq/ml; $p < 0,001$) Normallaşmışdır. Əsas qrupdakı pasiyentlərdə digər göstəricilər üzrə (LH, FSH və E2) dürüst fərqlər qeydə alınmamışdır ($p > 0,05$).

Yalnız kabergolin ilə müalicə alan müqayisə qrupunda PRL-nin səviyyəsi 2,3 dəfə azalmışdır (müalicədən əvvəl $63,6 \pm 3,49$ nq/ml müqabilində $28,2 \pm 0,76$ nq/ml; $p < 0,001$). Müalicənin dinamikasında kəskin dəyişikliklər həmçinin T3 (müalicədən əvvəl $3,0 \pm 0,04$ nq/ml müqabilində $2,6 \pm 0,05$ nq/ml; $p < 0,001$) və DHEA səviyyəsində nəzərə çarpmışdır (müalicədən əvvəl $291,2 \pm 2,08$ nq/ml müqabilində $251,6 \pm 1,58$ nq/ml; $p < 0,001$). TSH, T4, LH, FSH və E2 münasibətdə bu qrupda dürüst fərqlər qeydə alınmamışdır ($p > 0,05$).

Terapiyadan 1 ay sonra kabergolinlə aparılan terapiyanın effektivliyinin öyrənilməsi göstərmişdir ki, müşahidə altında olan pasiyentlərdə prolaktinin səviyyəsi hər iki qrupda 110 (87,0%) xəstədə laborator norma həddində olmuşdur. 1 aydan sonra prolaktinin göstəricisi laborator normativlərə çatmayan 127 pasiyentdən 17-də (13,4%) o, 3 aydan sonra normallaşmışdır. Kabergolinlə müalicə alan pasiyentlərin hamısında terapiyanın başlanmasından 3 ay sonra prolaktinin səviyyəsi normativ qiymətlər həddində olmuşdur.

Preparatın qəbulunda yandırılmasından sonra qan zərdabında prolaktinin miqdarı növbəti 3 ay ərzində səviyyəsi normadan yüksək olmamışdır. Müalicənin başlanmasından 6 ay sonrakontrol müayinələr zamanı prolaktinin səviyyəsi 127 pasiyentin hamısında (100,0%) norma həddində olmuş və həm əsas qrupda, həm də müqayisə qrupundastatistik əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır ($p < 0,001$).

Xəstələrin qrupları üzrə aparılan təhlil göstərmişdir ki, 1 ay ərzində aparılan müalicənin sayəsində əsas qrupda 77 pasiyentdən 71-də (92,2%) və müqayisə qrupunda 50 pasiyentdən 39-da (78,0%) ($p < 0,05$), terapiyadan 3 ay sonra isə - xəstələrin hamısının qan zərdabında prolaktinin göstəricilərinin normallaşması nəzərə çarpmışdır. Terapiyanın başlanmasından 6 ay sonra qan zərdabında prolaktinin səviyyəsinin normallaşması 100,0% halda, həm əsas qrupdakı, həm də müqayisə qrupundakı xəstələrdə baş vermişdir ki, bu da müvafiq olaraq orta hesabla $29,0 \pm 0,58$ nq/ml və $28,2 \pm 0,76$ nq/ml təşkil etmişdir (şəkil 1).



Şəkil 1. Xəstələrin müxtəlif qruplarında kabergolin ilə aparılan terapiyanın müddətindən asılı olaraq prolaktinin səviyyəsinin normallaşması (pasiyentlərin sayına görə).

Terapiyanın birinci ayında 76 (59,8%) qadında aybaşı tsiklinin bərpa olunması 3 ay sonra isə 104 (82,0%) qadında müşahidə edilmişdir.

Müalicənin başlanmasından 6 ay sonra kontrol müayinə zamanı qanda prolaktinin səviyyəsinin normallaşması pasiyentlərin 100,0%-də aybaşı tsiklinin bərpa olunmasına gətirib çıxarmışdır ki, o da müntəzəm, ovulyator xarakterli olmuşdur.

Əsas qrupdakı pasiyentlərdə terapiyanın birinci ayında aybaşı tsiklinin bərpa olunmasının məlumatları müqayisə qrupundakı analogi göstəricilərdən dürüst yaxşı olmuşdur. Əsas qrupda 77 xəstədən 59-da (76,6%) müqayisə qrupundakı 50 xəstədən 17-si ilə (34,0%) müqayisədə aybaşı tsiklinin bərpa olunması nəzərə çarpmışdır ($p < 0,05$). Dərman müalicəsindən 3 ay sonra əsas qrupda aybaşı tsiklinin bərpa olunması səviyyəsi

həmçinin xeyli yüksək olmuşdur: müvafiq olaraq 75 (97,4%) və 29 (58,0%), ($p < 0,05$). Müalicənin başlanmasından 6 ay sonra aparılan kontrol müayinə zamanı qanda prolaktinin səviyyəsi hər iki müşahidə qrupundakı pasiyentlərin 100,0%-də aybaşı tsiklinin bərpa olunmasına gətirib çıxarmışdır.

Kabergolin ilə müalicə alan xəstələrdə qalaktoreyanın simptomunun reqressiyası dinamikasının öyrənilməsi aşağıdakıları üzə çıxarmışdır. Terapiyadan 1 ay sonra qalaktoreyanın dayanmasının tezliyi 102 (80,3%) xəstədə nəzərə çarpmışdır. Terapiyadan 3 ay sonra qalaktoreya yalnız 1 pasiyentdə (0,78%) qorunub saxlanmışdır. Müalicənin başlanmasından 6 ay sonra xəstələrin hamısında (100,0%) qalaktoreyanın simptomları yox olmuşdur.

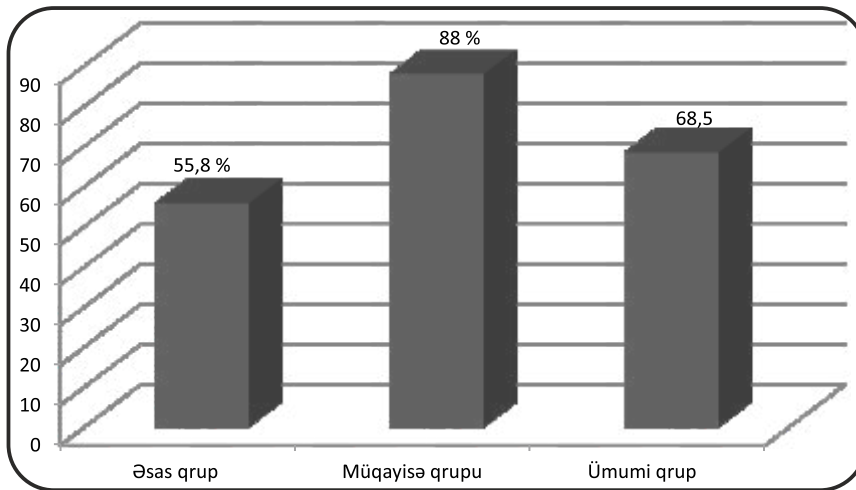
Xəstələrin qrupları üzrə aparılan təhlil göstərmişdir ki, müalicədən 1 ay sonra qalaktoreyanın simptomlarının qarşısının alınması əsas qrupda 77 pasiyentdən 67-də (87,0%) və müqayisə qrupunda 50 pasiyentdən 35-də (70,0%) müşahidə edilmişdir. Terapiyadan 3 ay sonra qalaktoreya əsas qrupda yalnız 1 (1,3%) xəstədə qorunub saxlanmış, 6 aydan sonra isə qalaktoreya simptomları xəstələrin hamısında yox olmuşdur.

Ovulyasiyanın qiymətləndirilməsi dinamik USM-nin məlumatlarına əsasən (bu zaman follikulun böyüməsi və inkişafı müşahidə edilmişdir), həmçinin bazal temperaturun xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi zamanı funksional diaqnostika testlərinə əsasən həyata keçirilmişdir. Xəstələrin əksəriyyətində - 127 xəstədən 119-da (93,7%) müalicənin 3 ayı ərzində ovulyasiyanın bərpa olunması nəzərə çarpmışdır. Müalicənin başlanmasından 6 ay sonra aparılan kontrol müayinə zamanı ovulyator sikllərin bərpa olunması xəstələrin hamısında (100,0%) qeydə alınmışdır.

Qruplar üzrə aparılan təhlil göstərmişdir ki, müalicədən 3 ay sonra ovulyasiyanın bərpa olunması əsas qrupda 77 pasiyentdən 73-də (94,8%) və müqayisə qrupunda 50 pasiyentdən 46-da (92,0%) nəzərə çarpmışdır. Müalicənin başlanmasından 6 ay sonra əsas və nəzarət qrupundakı xəstələrin hamısında ovulyator tsikllər qeydə alınmışdır.

Dostineks preparatı ilə müalicənin əlavə təsirləri 23 (18,1%) pasiyentdə baş ağrısı, başgicəllənmə, ürəkbulanma, ağızda quruluq şəklində özünü biruzə vermişdir. Bu simptomlar preparatların qəbul edilməsinin başlanğıcında müşahidə edilmiş və müalicənin birinci ayı ərzində yox olmuşlar. Əsas qrupda və müqayisə qrupundakı xəstələrdə əlavə reaksiyaların baş verməsi tezliyində dürüst fərqlər nəzərə çarpmamışdır ($p > 0,05$).

Pasiyentlərin müalicəsinin məlumatları reproduktiv sistemin dəyişikliklərinin korreksiyasında aparılan terapiyanın effektiv olduğunu göstərmişdir. Terapevtik tədbirlərin aparılmasından sonra hamiləlik erkən müşahidədə müddətində (müalicədən sonra 3-6 ay ərzində) hiperprolaktinemiya ilə xəstələrin 87-də (68,5%) baş vermişdir: əsas qrupda 77 pasiyentdən 43-də (55,8%) və müqayisə qrupunda 50 nəfərdən 44-də (88,0%) ($p < 0,05$). Hiperprolaktinemiya ilə xəstələrdə hamiləliyin baş verməsi tezliyi Şəkil 2-də təsvir edilmişdir.



Şəkil 2. Hiperprolaktinemiya ilə xəstələrdə hamiləliyin baş verməsinin tezliyi.

Müayinə etdiyimiz pasiyentlərin hamısında hiperprolaktinemiyanın Dostineks preparatı ilə dəf edilməsi 68,5% halda hamiləliyin baş verməsinə səbəb olmuşdur, lakin 31,5% halda sonsuzluq qalmışdır. Bununla əlaqədar olaraq aparılan müalicənin daha tam və obyektiv qiymətləndirilməsi üçün biz aşağıdakı formula üzrə Dostineks preparatı ilə aparılan terapiyanın effektivlik göstəricisini (TEG) hesablamışıq:

$TEG = (n1 - n2) / N \times 100\%$, burada

n1 – hamilə qalan xəstələrin sayı;

n2 – hamilə olmayan xəstələrin sayı;

N – xəstələrin ümumi sayı.

Terapiyanın effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün biz funksional hiperprolaktinemiya ilə xəstə qadınlarda sonsuzluğun korreksiyasının göstəricisini götürmüşük. Əldə olunan məlumatlar cədvəl 3-də təsvir edilmişdir.

Cədvəl 3

Funksional hiperprolaktinemiya ilə xəstə qadınlardaterapiyanın effektivliyinin göstəricisi

Xəstələrin qrupları	n1	n2	N	Terapiyanın effektivliyinin göstəricisi
Əsas qrup	43 (55,8%)	34 (44,2%)	77 (100,0%)	12%
Müqayisə qrupu	44 (88,0%)	6 (12,0%)	50 (100,0%)	76%
Cəmi	87 (68,5%)	40 (31,5%)	127 (100,0%)	37%

Nəticədə funksional hiperprolaktinemiya ilə xəstə qadınların hamısında Dostineks preparatı ilə aparılan terapiyanın effektivliyinin göstəriciləri müəyyən edilmişdir ki, o, 37%-ə bərabər olmuşdur. Dostineks preparatı ilə aparılan terapiyanın effektivliyinin göstəricisinin hesablanması göstərmişdir ki, o, gözləniləndən bir qədər aşağı olmuşdur ki, bu da çox güman ki, katamnestik müayinənin müddətinin qısa olması ilə bağlıdır. Digər tərəfdən – hiperprolaktinemiyaanovulyasiyanın və sonsuzluğun yeganə səbəbi deyildir. Fertilliyin bərpa olunması və təbii yolla hamiləliyin baş verməsi üçün proqnostik əlverişsiz amillərə həmçininmüvafiq endokrin patologiyanı aid etmək lazımdır. Hipotireozla birgə rast gələn hiperprolaktinemiya olan pasiyentlər qrupunda terapiyanın effektivlik göstəricisinin aşağı olması - yalnız funksional hiperprolaktinemiya olan qadınlar qrupunda 76% müqabilində 12% - bünütəsdıq edir ($p<0,05$).

Beləliklə, funksional hiperprolaktinemiya, o cümlədən hipotireozla birgə rast gələn hiperprolaktinemiya ilə şərtlənmiş sonsuzluqla xəstələrin uğurlu müalicəsi üçün preparatın, terapevtik dozanın, müalicə sxeminin və müddətinin seçilməsinə fərdi yanaşmaq lazımdır ki, bu da müvafiq tövsiyələrə uyğun olaraq və istifadə edilən dərman vasitələrinə qarşı xəstələrin dözümlülüyü nəzərə alınaraq aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Гаффарова И.И., Бучнева Н.В. Гиперпролактинемия. Диагностика и лечение. Молодежный научный форум: естественные и медицинские науки. 2016. № 5 (33). С. 32-36
2. Дзеранова Л.К., Воротникова С.Ю. Каберголин: 30-летнее единство опыта и доверия. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. Т. 13. № 6. С. 45-49.
3. Иловайская И.А. Гиперпролактинемия в акушерско-гинекологической практике. Акушерство и гинекология. 2017. № 4. С. 149-154.
4. Овсянникова Т.В. Дифференциальная диагностика и лечение бесплодия при гиперпролактинемии. Гинекология. 2014. Т. 16. № 2. С. 34-37.
5. Себко Т.В., Хейдар Л.А., Конеева С.С. Гиперпролактинемия. Российский медицинский журнал. 2016. Т. 22. № 5. С. 250-259.
6. Сойманова Е.В. Уровень пролактина и эффективность каберголина в зависимости от причин гиперпролактинемии/ В книге: Научная сессия Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера 2015. С. 93-95.
7. Capozzi A., Scambia G., Pontecorvi A., Lello S. Hyperprolactinemia: pathophysiology and therapeutic approach. Gynecol. Endocrinol. 2015; 31(7): 506-10.
8. Wang A.T., Mullan R.J., Lane M.A., Hazem A., Prasad C., Gathaiya N.W. et al. Treatment of hyperprolactinemia: a systematic review and meta-analysis. Syst. Rev. 2012; 1: 33

Rəyçi: ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.ü.e.d. Cəfərli R.E.

Redaksiyaya 25.12.2017-cı il tarixində daxil olmuşdur.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПИГМЕНТАЦИИ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ

КАСИМОВ Э.М., ПИРМЕТОВ М.Н.

Национальный Центр Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой,
Баку, Азербайджан.
(email: dr.pirmatov@gmail.com)

Early and contingencies – long – term results selective laser trabeculoplasty in patients primary open – angle glaucoma with varying degrees pigmentation in anterior chamber angle
Kasimov E.M., Pirmatov M.N.

Summary: Purpose: There were 10 patients (19 eyes) with the diagnosis of primary open angle glaucoma patients. All patients had accepted selective laser trabeculoplasty with 100-200 coagulates (180 °). The laser treatment effectiveness was assessed in terms of intraocular pressure, visual acuity and field view. During the observation period the intraocular pressure decreased an average of $5,0 \pm 0,5$ mm.Hg

Result: So the Selective laser trabeculoplasty had showed that is quite effective and safe method for lowering intraocular pressure in patients primary open angle glaucoma in the early and late periods conditional.

Key words: selective laser trabeculoplasty, primary open angle glaucoma

İlkin açıqbucaqlı qlaukoma və ön kameranın bucağının müxtəlif dərəcədə pigmentasiyası olan xəstələrdə selektiv lazer trabekuloplastikanın erkən və şərti - uzunmüddətli nəticələri
Qasimov E.M., Pirmatov M.N.

Xülasə: Məqsəd: İlkin açıqbucaqlı qlaukomalı xəstələrdə ön kameranın bucağının müxtəlif dərəcədə pigmentasiyadan asılı olaraq selektiv lazer trabekuloplastikanın (SLT) erkən və şərti – uzunmüddətli təsirin effektivliyini təyin etmək.

Material və metodlar. Bizim müşahidəmiz altında İlkin açıqbucaqlı qlaukoma diaqnozu ilə 10 xəstə (19 göz) olmuşdur. Bütün xəstələrdə «Lumenis Selecta II» aparatın və «Latina» goniolinzası vasitəsi ilə (180°) 100 – 200 lazer koagulyatdan ibarət olan SLT olunmuşdur.

Nəticə. Beləliklə minimal göz daxili təzyiqin enməsi 1 – 3 mm.c.st. 7 gözdə, maksimal enməsi 5 – 11 mm.c. st 11 gözdə müşahidə olmuşdur. 2 gözdə (1 xəstə) damcılarının tökülməsi dayandırılmışdır. Orta səviyyədə ilkin açıqbucaqlı qlaukomalı xəstələrdə, SLT - dan sonra xəstəliyin dərəcəsindən asılı olmayaraq gözdaxili təzyiqin enməsi $5,0 \pm 0,5$ mm.c.st. təşkil etmişdir. Yalnız 1 gözdə (5,2%) gözdaxili təzyiqin enməsi müşahidə olunmamışdır. Cərrahi müalicənin effektivliyi onun əməliyyatdan sonrakı dövrdə göz daxili təzyiqin, görmə sahəsinə və görmənin itiliyinə görə qiymətləndirilmişdir.

Yekun. Nəticə etibarlı ilə SLT ilkin açıqbucaqlı qlaukoma və ön kameranın bucağının müxtəlif dərəcədə pigmentasiyası olan xəstələrdə özünün effektivliyini və təhlükəsizliyini göstərmişdir.

Açar sözlər: ilkin açıq bucaqlı qlaukoma, selektiv lazer trabekuloplastika

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ), пигментация угла передней камеры.

Актуальность. В Азербайджане на долю слепоты и слабовидения по глаукоме приходится 14,5 - 18,7%; в структуре же первичной инвалидности 40,2% [1]. На сегодняшний день существуют три основных метода гипотензивного лечения глаукомы: медикаментозный, лазерный и хирургический [2]. Для снижения внутриглазного давления (ВГД) в настоящее время все больше внимания стало уделяться достаточно эффективному и наиболее безопасному методу – СЛТ [3]. Методика СЛТ в лечении больных ПОУГ, является линейная трабекулопластика, суть которой состоит в селективном воздействии лазерного излучения на зону трабекулы в проекции шлеммова канала без термо и коагулирующего действия на операционную зону и нижележащие коллагеновые структуры в отличие от аргонной лазерной трабекулопластики (АЛТ), которая вызывает термическое повреждение трабекулы. При этом происходит активация макрофагов, обеспечивающих фагоцитоз дебриса трабекулярных тканей [4, 5]. Учитывая противоречия об эффективности СЛТ в лечение ПОУГ в различные сроки, мы провели данное исследование.

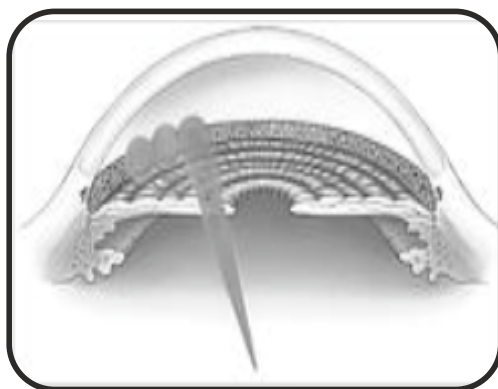
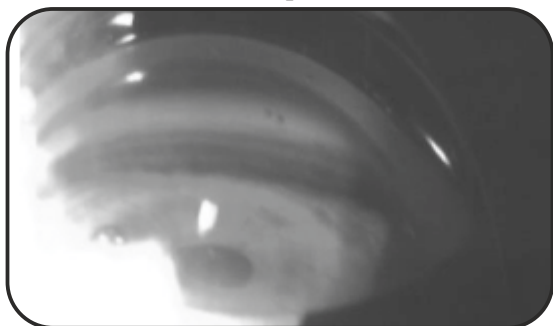
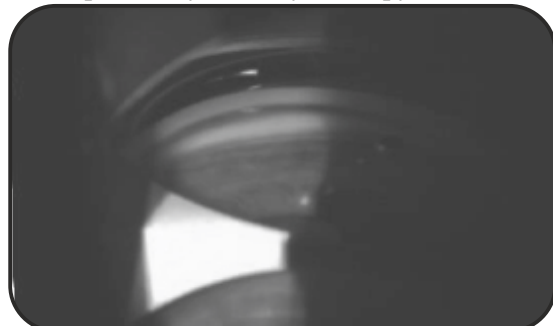


Рис. 1 способ проведения СЛТ(<http://eyesmtz.deal.by/>)

Результаты и обсуждения. За исключением легкого затуманивания зрения в течение первого часа после процедуры, связанное с наличием геля в конъюнктивальной полости и покраснения слизистой, никаких осложнений не наблюдалось. В связи с получением целевого гипотензивного эффекта, после операции, в зависимости от режима, больным было уменьшено количество закапываемых капель до одного вида (комбинированного препарата - «Азарга») [9]. В послеоперационном периоде назначали 4-кратные инстилляции нестероидных противовоспалительных препаратов (Диклофтил, Родиклоф) в течение одной недели и 3 – х дневные приемы таблетки «Диакарб» в дозе 250 мг 1 раза в день. Состояние глаз на 1 – 2 сутки после операции оставалось спокойным. На 15 сутки в подавляющей совокупности глаз (18 глаз 94,7%) отмечали различную степень гипотензивного эффекта, динамики в остроте зрения не наблюдалось. Таким образом, минимальное снижение ВГД на 1 – 3 мм рт.ст. от исходного уровня имело место в 7 глазах, а его максимальное снижение на 5 – 11 мм рт.ст. определяли в 11 глазах. 2 – им больным капли были полностью отменены. Средний уровень гипотензивного эффекта у больных ПОУГ вне зависимости от стадии заболевания после СЛТ составил $5,0 \pm 0,5$ мм рт.ст. Лишь в 1 (5,2%) глазу отсутствовало снижение ВГД от исходного уровня. Контрольная тонометрия через 1 месяц, а затем через 4 месяца выявила тенденцию к дальнейшему снижению ВГД, в среднем еще на 1 – 3 мм рт. ст. от полученного первоначального результата. На 1 глазу, вследствие отсутствия снижения ВГД (25 – 26 мм рт. ст, на каплях, 4 А глаукома), было назначено наблюдение. На фоне лечения у глаз, подвергшихся лазеру, не наблюдалось – повышение ВГД от исходного, сужение полей и снижения зрения, а также не наблюдались, нарушения в анатомических структурах глаз, отсутствовали – гифема, воспалительная реакция тканей которые могли бы привести к образованию экссудативной пленки, синехий угла передней камеры (Рис. 2), изменения формы зрачка и помутнения роговицы. Хрусталик в период проведенного лечения оставался интактным (Рис. 3). Трудности возникали у больных с узким углом и неравномерной глубиной передней камеры, в связи с этим коагуляция у этих больных проводилась в более доступной зоне с целью точной визуализации трабекулярной зоны. Отсутствие отдаленных данных офтальмотонуса группы больных, которым проводилось СЛТ, необходимо наблюдение и постоянный контроль офтальмотонуса для определения отдаленных сроков эффективности СЛТ. Ранние и условно – отдаленные результаты данной процедуры дают нам возможность говорить о стабилизации глаукомного процесса у исследуемой группы больных.

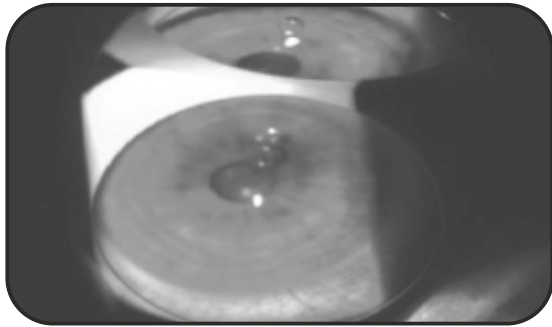


А) Интенсивная пигментация угла передней камеры.

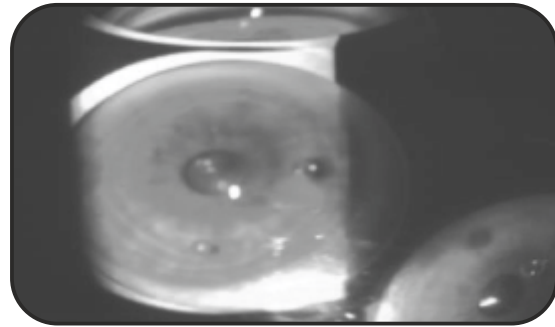


Б) Снижение пигментации, отсутствие термических и деструктивных изменений в области лазеркоагуляции.

Рис. 2 Гониоскопическое изменение угла передней камеры больного Г. Ш., до (А) и спустя 4 месяца после СЛТ (Б).



А) Анатомические структуры глаза в пределах нормы.



Б) Отсутствуют какие либо изменения в анатомических структурах глаза, после лазерного лечения.

Рис. 3 Биомикроскопическое наблюдение больного Г.Ш., до (А) и спустя 4 месяца после СЛТ (Б).

Выводы:

1. Селективная лазерная трабекулопластика является достаточно эффективным и безопасным методом для снижения уровня ВГД у больных ПОУГ с относительно высокими его исходными значениями не превышающий уровень толерантного ВГД на 10–20 %.

2. Гипотензивный эффект после проведенного 1сеанса СЛТ сохраняется, по данным нашего исследования, не менее 4 месяцев.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что СЛТ является щадящей процедурой, сопровождающийся меньшим количеством осложнений, обеспечивающий достаточно высокий гипотензивный эффект в раннем и условно – отдаленном послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Касимов Э.М., Керимов К.Т. Профилактика избыточного рубцевания склеры у пациентов с открытоугольной глаукомой / Сб.тр., Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний органа зрения, Баку, 2001, стр. 115-122.

2. Нестеров А.П. Глаукома, Москва, Медицина, 1995-С.25.

3. Магарамов Д.А., Качалина Г.Ф., Соколовская Т.В.,Кассем И. Лазерная активация трабекулы при лечении первичной открытоугольной глаукомы // Офтальмохирургия. – 2007. – № 1. – С. 29-32.

4. Latina M.A., Park C.H. Selective targeting of trabecular meshwork cells: in vitro studies at pulsed and CW laser interactions // Exp. Eye Res.- 1995.- No. 60.- P. 359-371.

5. Latina M., Sibayan S., Dong H. et al. Q-switched 532-nm Nd:YAG laser trabeculoplasty (selective laser trabeculoplasty) // Ophthalmology.- 1998.- Vol. 105.- No. 11.- P. 2082-2090.

6. Балалин С.В., Фокин В.П. К вопросу о толерантности и интолерантности зрительного нерва к внутриглазному давлению при глаукоме // Бюллетень СО РАМН. –

7. 2009. – № 4. – С. 44-50.

8. Уоллес Л.М., Оливер Г, Рейг А., Лонгмуа - «Атлас по гониоскопии» 2010 г. Глава 6 Гониоскопические классификации угла передней камеры. Стр. 50.

9. Goyal S., Beltran-Agullo L., Rashid S., Shah S.P. et al. Effect of primary selective laser trabeculoplasty on topographic outflow facility: a randomised clinical trial // Br J. Ophthalmol. — 2010. — Vol. 94. — N 11. — P. 1443—1447.

Рецензент: Национальный Центр Офтальмологии имени акад. З.Алиевой:

Раида Самедова.

Redaksiyaya 16.01.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

TƏKRARI VƏ MÜRƏKKƏB TİROIDEKTOMİYALARDA QAYIDAN QIRTLAQ SİNİRİNİN QORUNMASI

A.H.ABBASOV, A.F.HÜMMƏTOV, E.T.MƏMMƏDOVA

ATU-nun I-cərrahi xəstəliklər kafedrası , III-cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
(e-mail:azer_h_30@mail.ru)

Protection of the recurrent laryngeal nerve in secondary and complex thyroidectomy

A.H.Abbasov., A.F.Hummatov., E.T.Mammedova

Summary: *The study involved 79 patients who underwent surgery for benign thyroid disease, in order to study the nature of voice changes. Patients were divided into 2 groups: the I group consisted of patients who underwent neuromonitoring during thyroidectomy, and group II - patients operated without neuromonitoring. In Group I, 14 (70%), patients from 20 (25.3%) underwent terminal thyroidectomy due to recurrent goiter. In the postoperative period, 2 patients had paralysis of the vocal cords. In 1 (5%) of the patient, the voice was restored within 3 months, the other within 6 months. Group II accounted for 59 (75.7%) patients: 41 (69.5%) patients total, and 18 (30.5%) - neartotal thyroidectomy. In 13 (22%) patients during the operation, it was impossible to open the fascia over the nerve due to technical difficulties. In the postoperative period, 7 (53.8%) of them experienced a change in the timbre of the voice, which was independently restored within 1 month. In 3 (23%) patients, hoarseness was observed, which was restored during the course of 5 months against the background of the treatment. In order to prevent this problem, neuromonitoring of the recurrent laryngeal nerve should be performed throughout its entire length, up to the entrance to the trachea.*

Keywords: *thyroid nodul, total thyroidectomy, nerve monitoring, recurrent laryngeal nerve*

Защита возвратного гортанного нерва при вторичной и сложной тиреоидэктомии.

А.Г. Аббасов, А.Ф. Гумматов, Е.Т. Маммедова

Резюме: В исследование были привлечены 79 пациентов, прооперированных по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы, с целью изучения характера изменений голоса. Пациенты были разделены на 2 группы: I группу составляли пациенты, которым проводился нейромониторинг во время тиреоидэктомии, а II группу - пациенты, прооперированные без нейромониторинга. В I группе 14 (70%) пациентам из 20 (25,3%) проводилась завершающая тиреоидэктомия в связи с рецидивным зобом. В послеоперационном периоде у 2-х пациентов наблюдался паралич голосовых связок. У 1 (5%) пациента голос восстановился в течение 3-х месяцев, у другого же в течение 6 месяцев. II группу составляли 59 (75,7%) пациентов: у 41 (69,5%) пациента проводилась тотальная, а у 18 (30,5%) – “near”-тиреоидэктомия. У 13 (22%) пациентов в ходе операции невозможно было открыть фасцию над нервом в связи с техническими трудностями. В послеоперационном периоде у 7 (53,8%) из них наблюдалось изменение тембра голоса, которое самостоятельно восстановилось в течение 1 месяца. У 3 (23%) пациентов наблюдалась осиплость голоса, которая на фоне лечения была восстановлена на протяжении 5 месяцев. С целью профилактики данной проблемы следует проводить нейромониторинг возвратного гортанного нерва на всём его протяжении вплоть до входа в трахею.

Ключевые слова: узел щитовидной железы, тотальная тиреоидэктомия, мониторинг нерва, возвратный гортанный нерв.

Açar sözlər: *Düyünlü ur, total tiroidektomiya, qayıdan qırtlaq siniri, sinir monitorinqi, qayıdan qırtlaq siniri.*

Giriş. Tiroidektomiya yod azlığı və radiasiyanın yüksək olduğu bölgələrin əhalisi üzərində ən çox aparılan cərrahi əməliyyatlardandır. Qayıdan qırtlaq siniri (QQS) və paratireoid vəzilərin zədələnməsi bu əməliyyatlar zamanı ən çox rast gəlen ağırlaşmalardandır [1, 4, 10].

Total tiroidektomiyada QQS-nin zədələnməsi 1-10% , subtotal tiroidektomiyalar zamanı isə 0,9-6% hallarda rast gəlinir [2, 7, 9]. Lakin hər 2 əməliyyatdan sonra daimi səs iflicinin tezliyi eynidir, 0-1,4% təşkil edir []. Eyni ilə hər 2 əməliyyat zamanı paratireoid vəzilərin zədələnməsi tezliyi 1% və daha az hallarda müşahidə olunur. Əksər klinikalarda qalxanabənzər vəzin xoşxassəli xəstəliklərinə görə subtotal tiroidektomiya əməliyyatı xeyli çox icra olunur. Lakin bu əməliyyatdan sonra ilk xəstəliyin residivvermə ehtimalı yüksəkdir (3-30%) və səs tellərinin müvəqqəti (keçici) və qalıcı iflici hadisələri baş verə bilər [3]. Son elmi ədəbiyyat məlumatlarına görə QQS-nin daimi iflici 1,0-1,5%, müvəqqəti iflici isə 0.1-1.8% arasında dəyişir [4, 8, 9].

Təkrar, tamamlayıcı tiroidektomiya əməliyyatları bitişmələrə, deformasiyalara və anatomik dəyişikliklərə görə texniki cəhətdən çətin olur. Ona görə də QQS-nin zədələnməsi ilə bağlı ağırlaşmaların tezliyi normal əməliyyatlarla müqayisədə 4-8 dəfə çox baş verir [3]. Mürəkkəb və təkrar tiroidektomiya zamanı sinir zədələnmələrinə görə inkişaf edən ağırlaşmaların tezliyinin minimuma endirilməsi üçün differensiasiya məqsədi ilə sinir monitorizasiyasının tətbiqi vacibdir. Bu metodun tətbiqi mümkün olmadıqda isə tiroidektomiya zamanı traxeo-laringeal fassiyanın tamlığının qorunması QQS-nin zədələnməməsinin mühüm şərtidir [5, 14]. Ona görə də QQS, həmçinin paratiroid vəzilərin qorunması üçün Berry bağı sərbəstləşdirilərkən arxa fassiyanın tamlığının pozulmaması olduqca vacibdir [6, 11, 13].

İşin məqsədi: Tiroidektomiya əməliyyatından sonra səs dəyişikliklərinin xarakterinin və bərpa müddətlərinin qiymətləndirilməsi

Material və metodlar. 2014-2017-ci illərdə ATU-nin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında tiroidektomiya olunmuş 79 xəstə tədqiqata daxil edilmişdir. Onlardan 70 (89%) qadın, 9 (11%) kişi olmuşdur. Bu xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır: I qrup - tiroidektomiya zamanı sinir monitorizasiyası aparılan 20 və II qrup - sinir monitorizasiyası aparılmayan 59 xəstə.

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonra qırtlağın vizual (laringoskopik) müayinəsi aparılmış və səs tellərinin anatomik-funksional vəziyyəti öyrənilmişdir.

Əməliyyat zamanı QQS-nin monitorizasiyası DR LANGER AVALANCHE cihazı ilə aparılmışdır. Alınmış nəticələr Pearson (χ^2) və Mann Whitney (U) testləri ilə hesablanmış və dəyərləndirilmişdir.

Nəticələr və müzakirə. I qrupun bütün xəstələri qadın olmuşdur. Bu qrupun 14 xəstəsi (70,0%) ilk əməliyyatdan sonrakı residivə görə cərrahi təkrar əməliyyat (tamamlayıcı tiroidektomiya) olunmuşdur. Əməliyyat zamanı sinir monitorizasiyası aparılarsa da 2 xəstənin səs tellərinin iflici inkişaf etmişdir. Onlardan 1-də (5%) 3 ay, digərində 5 ay müddətində səs bərpa olunmuşdur. Bu tip iflic keçici adlanır. II qrupun xəstələrinin 50-i (84,8%) qadın olmuşdur. 41 xəstədə (69,5%) total, 18-də isə (30,5%) isə totalayaxın tiroidektomiya əməliyyatı icra edilmişdir. 13 xəstədə (22,0%) əməliyyat zamanı texniki çətinliklər olduğundan sinirin üzərindən fassiya açılmışdır. Onlardan 7-də (53,8%) əməliyyatdan sonra səs tembrində dəyişikliklər baş vermiş, 1 ay müddətində səs öz-özünə tam bərpa olmuşdur. Bu xəstələrdən 3-də (23%) səs karlılığı əmələ gəlmiş, təxminən 5 ay müddətində müalicə tələb etmədən aradan qalxmışdır. Digər 46 xəstədə isə (77%) əməliyyat zamanı sinirin fassiyası açılmamışdır. Bu qrupda əməliyyat zamanı QQS-nin görünməsi üçün o, disseksiya olunmamışdır.

Retrospektiv araşdırma zamanı hər 2 qrupun xəstələrində səsin keçici və qalıcı dəyişikliklərinin əmələ gəlməsi baxımından ciddi fərq müəyyən olunmamışdır. Səs dəyişikliklərinə səbəb qayıdan qırtlaq sinirin mobilizasiyası zamanı onun travmatizasiyası (travmatik, termik (koaqulyasiya)) olmuşdur. Sinirin hissi və hərəkətli şaxələrindən biri traxeyaya daxil olmazdan əvvəlki hissələrdə daha çox zədələnilir [8, 11].

Sinirin monitorizasiyası, disseksiya əksər hallarda traxeozofageal nahiyədə aparılır. Alınmış xarakterik siqnal və görüntüyə görə cərrah siniri differensiasiya edir və onun tamlığını qoruya bilir. Əməliyyatın davamı prosesində sinirin şaxələnmək traxeyaya daxil olduğu nahiyəyə qədər ciddi izlənilməməsi onun zədələnmələrinin əsas səbəblərindəndir. Məhz bu hallarda səs dəyişiklikləri baş verir. Bu tip dəyişikliklər adətən keçici olur. Çünki sinirin şaxələrindən biri zədələnilir [8, 9].

QQS 60-70% hallarda traxeozofageal şırımında, 25% - traxeyanın yan tərəfində, 5% - traxeyanın arxasında yerləşir, qalxanabənzər qıvrığın lateral kənarından qırtlağa daxil olur. Qırtlağa daxil olmazdan əvvəl hissi və hərəkətli olmaqla external və internal şaxələrə ayrılır. External şaxələr səs tellərinin hərəkətililiyini təmin etməklə motor innervasiyanı, internal şaxələr isə qırtlaq qapağını və səs yarığını innervasiya etməklə havanın tənəffüs yoluna daxil olmasını tənzimləyir [10]. QQS-nin birtərəfli zədələnməsi səs tembrinin zəifləməsinə, səsin xırıltılı, zəif (yorğun) olması və dispnoeyə səbəb olur [11]. Sinir ikitərəfli zədələndikdə xəstə nəfəs ala bilmir. Ona görə də ekstubasiya etmək, süni tənəffüsdən imtina mümkün olmur. Bu halda mütləq traxeostomiya qoyulur. Aşağı paratiroid vəzilər QQS-nin proksimalında, yuxarı vəzilər isə distalında yerləşirlər.

Sağ QQS traxeozofageal şırımdan 0-30°-lik bucaq, solda isə 15-45°-lik bucaq altında qırtlağa daxil olur. Lore üçbucağı adlandırılan sahə sinirin monitorizasiyası üçün ən elverişli nahiyədir. Üçbucağın tərəfləri qalxanabənzər vəzin alt səthi, traxeya və yuxarı arteriyasının ortasındakı sahədir. Bu sahədə sinirin gedişini izləmək mümkündür. QQS bu sahədə 60% hallarda Berry bağının altından keçir və şaxələnilir. Lore üçbucağında sinir və arteriya bir-birinə çox yaxın yerləşir. Ona görə də qanaxma olduqca kobud manipulyasiyalar (sərt tamponada, elektrokoaqulyasiya, travmatik tikiş qoyulması) sinirin zədələnməsi ilə nəticələnə bilər [12, 13].

Sinirin zədələnməsinə görə səs dəyişikliklərinin minimuma endirilməsi üçün traxeo-laringeal fassiyanın açılmaması vacib şərtidir. Ona görə sinirin gedişinin və şaxələnməsinin müəyyən edilməsi fassiyanın arxasında izlənilməlidir. Bu məqsədlə qalxanabənzər vəzi əks tərəfə yüngül traksiya edilməli, paratiroid vəzilərin yuxarı qütbü və Koxer venası bağlanmaqla vəzin orta 1/3-dən fassiya sərbəstləşdirilməklə aşağı endirilməlidir. Bu halda paratiroid vəziləri qorumaq mümkün olur. Sonra tədrisi olaraq Berry bağına yaxınlaşmalı və o, ehtiyatla sərbəstləşdirilməlidir. Yalnız bu manipulyasiyadan sonra siniri görmək mümkün olur. Birləşmələr və yapışlıqlar

olduqda traxeo-laringeal fassiya açıla bilər. Lakin sinirə toxunmaq, yaxud onu liqaturaya götürmək yolverilməzdir. Çünki belə manipulyasiyalar əməliyyatdan sonra ciddi səs pozğunluqlarının (ifficin) əmələ gəlməsinə səbəb olur [14,15].

Yekun. Təkrar əməliyyatlarda qırtlaq sinirinin differensiasiyası məqsədi ilə onun instrumental monitorizasiyası əməliyyatın vacib komponentidir. Təcrübə göstərir ki, hətta bu metodun tətbiqi əməliyyatdan sonrakı səs dəyişikliklərinin (keçici və qalıcı) əmələ gəlməsinə tam aradan qaldırır. Problemin aradan qaldırılması üçün QQS bütün proyeksiyası boyunca traxeyaya daxil olana qədər incə təftiş edilməli, traxeo-faringeal fassiyanın tamlığı pozulmamalıdır. Bu bölgədə manipulyasiyalar incə aparılmalı, elektrokoagulyasiya və digər kobud vasitələr istifadə edilməməlidir. Yalnız bu taktika sinirin şaxələrinin qorunmasını təmin edir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Anandi HW Schiphorst, et al. Randomized clinical trial of Ligasure versus conventional suture ligation in thyroid surgery. *Head Neck Oncol* 2012;4:22. PMID:22591514
2. Tanya F, Gallagher III, D. Joshua et al. Surgical anatomy of the Thyroid and Parathyroid Glands; *Otolaryngology Clinics of North America* APR2010;43(2):221-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2010.01.001> Pmid: 205 10710
3. Artido G, et al. Revisited Anatomy of the Recurrent Laryngeal Nerves. *Am J Surg.* 2004;187:249-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2003.11.001>. PMID:14769313
4. Lee MS, et al. Relative Direction and Position of Recurrent Laryngeal Nerve for an Anatomical Configuration. *Surg Radiol Anat* 2009;31:649-655. <http://dx.doi.org/10.1007/s00276-009-0494-y>. PMID:1932 6038
5. Acun Z, Cihan A, Ulukent S C. A randomized prospective study of complications between general surgery residents and attending surgeons in near-total thyroidectomies. *Surg Today* 2004; 34: 997-1001.
6. Uruno T, Miyauchi A, Shimizu K et al. A prophylactic infusion of calcium solution reduces the risk of symptomatic hypocalcemia in patients after total thyroidectomy. *World J Surg* 2006; 30: 304-308.
7. Özbaş S, Koçak S, Aydınтуğ S, et al. Comparison of the complications of subtotal, near total and total thyroidectomy in the surgical management of multinodular goitre. *Endocrine Journal* 2005;52:199-205.
8. Rosato L, Avenia N, Bernante P, et al. Complications of thyroid surgery: Analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg* 2004;28:271-276.
9. Calo PG, Pisano G, Medas F, Pittau MR, Gordini L, Demontis R, et al. Identification alone versus intraoperative neuromonitoring of the recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery: experience of 2034 consecutive patients. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 43: 16-23. [CrossRef]
10. Barczynski M, Konturek A, Pragacz K, Papier A, Stopa M, Nowak W. Intraoperative nerve monitoring can reduce prevalence of recurrent laryngeal nerve injury in thyroid reoperations: results of a retrospective cohort study. *World J Surg* 2014; 38: 599-606. [CrossRef]
11. Pisanu A, Porceddu G, Podda M, Cois A, Uccheddu A. Systematic review with meta-analysis of studies comparing intraoperative neuromonitoring of recurrent laryngeal nerves versus visualization alone during thyroidectomy. *J Surg Res* 2014; 188: 152-161. [CrossRef]
12. Wang CC, Wang CP, Tsai TL, Liu SA, Wu SH, Jiang RS, et al. The basis of preoperative vocal fold paralysis in a series of patients undergoing thyroid surgery: the preponderance of benign thyroid disease. *Thyroid* 2011; 21: 867-872. [CrossRef]
13. Landerholm K, Wasner AM, Jarhult J. Incidence and risk factors for injuries to the recurrent laryngeal nerve during neck surgery in the moderate-volume setting. *Langenbecks Arch Surg.* 2014; 399: 509-515. [CrossRef]
14. Erbil Y., Barbaros U., Salmasoğlu A. Ve ark. Tiroid reoperasyonunda zaman önemli mi?//*Endokrinolojide Diyaloq*; 1:32-38
15. Snyder SK, Sigmund BR, Lairmore TC, Govednik-Horny CM, Janicek AK, Jupiter DC. The long-term impact of routine intraoperative nerve monitoring during thyroid and parathyroid surgery. *Surgery* 2013; 154: 704-711. [CrossRef]

Rəyçi: ATU-nun *I cərrahi xəstəliklər kafedrasının dosenti:*

t.ü.f.d. Ədalət Rüstəm

Redaksiyaya 08.01.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.

YIRTIQ DEFEKTLƏRİ ZAMANI QARIN BOŞLUĞU DİVARININ REKONSTRUKSİYASINDA ESTETİK CƏRRAHİYƏNİN ELEMENTLƏRİNDƏN İSTİFADƏ

MƏHƏRRƏMOV D. M.

Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan

Problemin aktuallığı. Estetik abdominoplastika yüz ildən artıq tarixə malikdir (1,4). Ştolsun (Stolz) məlumatlarına görə ilk əməliyyat 1896-cı ildə Pokitansky tərəfindən həyata keçirilmişdir və dəri-piy önlüyünün sadə kəsiyindən ibarət olmuşdur (2, 11, 13). Sonralar çoxsaylı müxtəlif üsullar və onların əməliyyat girişinin növünə görə prinsipial fərqlənən modifikasiyaları (üfiqi, şaquli və kombinə edilmiş) təklif edilmişdir (1, 4, 6). Uzun müddət ərzində əməliyyat texnikası təkmilləşdirilmişdir. Toxumaların böyük sahələrinin aşağı qasıqüstü nahiyədən girişlə xəncərvari çıxıntı və qabırğa qövsələrinə qədər geniş toxuma laylarının ayrılaraq kənarlaşdırılmasının yeni üsulları yaranmışdır (3, 5, 7, 9). Əməliyyatdan sonrakı böyük və nəhəng ventral yırtığı olan xəstələr xüsusi mürəkkəb qrup təşkil edirlər. Buna görə də onları müstəqil kompleks xəstəlik kimi ayırmağa başladılar, hansı ki qarın boşluğu divarının bütün təbəqələrinin patologiyası yalnız ağciyərlərə deyil, eləcə də qarın boşluğu orqanlarına da əhəmiyyətli mənfi təsir göstərir (5, 8, 9, 10). Əməliyyatdan sonrakı yırtıqların yaranmasına səbəb adətən qarın daxili təzyiqin əhəmiyyətli dərəcədə artması, yaranın irinləməsi, piylənmə olmuşdur. Məlumdur ki, piylənmə əməliyyatdan sonrakı yırtıqların baş verməsinə səbəb olan vacib faktorlardan biridir (12, 14, 15). Bununla yanaşı, bir qayda olaraq, “sallaq” qarınla birgə piylənmədə müşahidə olunan dəri-piy önlüyü tikiş xəttinə əlavə yüklənmə yaradır. Hətta uğurlu yırtıq kəsikləri zamanı illər keçdikcə inkişaf edən qarının deformasiyası saxlanılır (1, 11). Qeyd etmək lazımdır ki, xüsusilə residiv ventral yırtıqlarda kobud çapıq deformasiyaları və qarın boşluğu divarının əzələ-aponevrotik strukturunun qəfil zəifləməsi baş verir. Bu fonda “dəri-piy önlüyü” daha aşkar görünməyə başlayır. Yuxarıda qeyd edilənlər qarının ön divarının anatomo-funksional çatışmazlığı adlandırılmışdır. Bu da, qeyri-qənaətbəxş xarici görünüş və mürəkkəb gigiyenik baxımla yanaşı, əmək qabiliyyətinin itirilməsinə də gətirib çıxarır (3, 12). Buna görə də plastik cərrahiyyə formalaşdıqca, abdominoplastika və ventral yırtıq kəsiyinin birgə həyata keçirilməsi məntiqə uyğun oldu. Bu problemin kompleks həlli nisbətən incə bədən quruluşunun, eləcə də bədənə daha təbii forma və konturlarının formalaşdırılması kimi estetik məsələləri də əhatə edir. Bununla belə, xüsusi ədəbiyyatlarda böyük və nəhəng yırtıqlar zamanı abdominoplastika və ventral yırtıq kəsiyinin eyni zamanda həyata keçirilməsinin məqsədəuyğunluğu və zəruriliyi haqda məlumatlar yoxdur (16, 17).

Tədqiqatın material və metodları. Bu işdə 2014-2017-ci illərdə əməliyyatdansonrakı ventral yırtıqlarda abdominoplastika ilə birgə yırtıq kəsiyi həyata keçirilən 52 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələri əks olunmuşdur. Pasiyentlər 49 qadın və 3 kişi olmaqla 36-67 yaş arası olmuşdur. Bununla yanaşı, xəstələrdən 47(3%)-si piylənmədən əziyyət çəkirdi. Qeyd etmək lazımdır ki, 3 xəstədə yırtıqlar residiv olmuşdur. Yanaşı patologiyalar nəzərə alınmaqla əməliyyat öncəsi hazırlıq aparılmış, xəstələr detallı şəkildə nüayinə edilmişdir. Mütləq şəkildə qarın boşluğunun FEQDS, USM və KT həyata keçirilmişdir. Bütün xəstələrlə kardioloq, endokrinoloq və ginekoloq tərəfindən konsultasiyalar aparılmışdır. Əməliyyatdan qabaq ayaq üstə əməliyyat sahəsinin ilkin nişanlanması aparılmışdır.



Şək. 1 Əməliyyat sahəsinin nişanlanması.

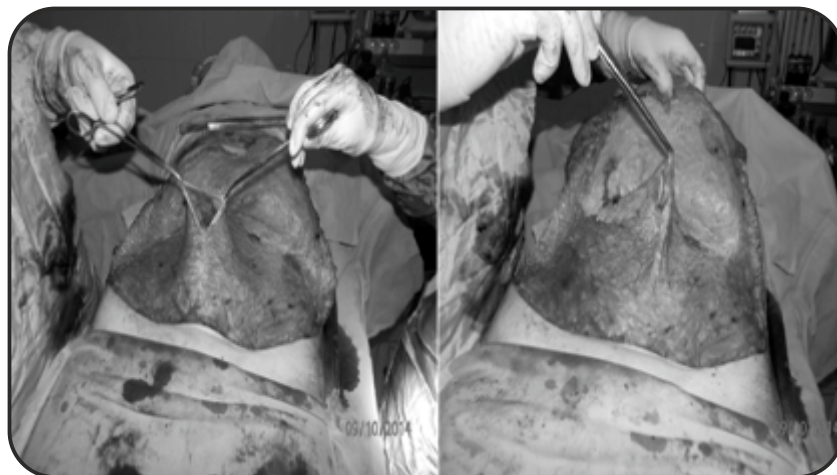
Səhər elastik bintlə aşağı ətraflar bintlənmişdir. Dəri və dərialtı piy toxumalarının nişanlanması variantları: Thorek, Kelly metodu ilə həyata keçirilmiş girişlərdən aparılan əməliyyatdan sonrakı çapıq üfiqi istiqamətdə, Pick-Barsky-Gonzales-Ulloa, F lesch-Thebesius-Wheisheimer, Castañares metodu ilə həyata keçirilmiş girişlərdən sonra üfiqi çapığın orta xətt üzrə müxtəlif uzunluqlu şaquli çapıqlar, Schepelman üsulu ilə isə əməliyyatdan sonra şaquli çapıq qalır. Qarının düz əzələlərinin aponevroz və diastazının 2-10 sm-ə qədər dartılması olduqda, tikiş qoyularkən toxumaların izafi gərilməsi olmadıqda, orta xətt üzrə aponevrozun dublikaturasının həyata keçirilməsinə göstəriş verilmişdir. Pasiyentin istəyindən asılı olaraq bel nahiyəsində daha incə cizgilərin alınması, tikişlər qoyulduqda toxumalarda izafi gərilmələrin olmaması, ön qarın divarında aponevrozun əhəmiyyətli dərəcədə paylanması üçün qarının xarici çəp əzələlərinin aponevrozunun duplikaturasını liflərin köndələn gedişi istiqamətində 5 sm enində və 12 sm uzunluğunda həyata keçirmək mümkündür.

Cədvəl 1.

Aponevrozun defektlərinin ölçüləri.

Defektlərinin ölçüləri, sm	Pasiyentlərin sayı, %
<5	2
5-10	11
11-15	29
16-20	7
>20	3
Cəmi	52 (100%)

Ön qarın divarının klassik plastikası ön qarın divarının yayılmış və birgə deformasiyaları olan xəstələrə tətbiq edilmişdir və özündə artıq dərialtı-piy toxumalarının çıxarılmasını, əzələ-aponevrotik karkasın möhkəmləndirilməsini, göbəyin ayrılmasından sonra onun yeni yerə bərkidilməsini və kosmetik tikişlərin tətbiqi ilə yara defektlərinin qatlarla tikişini əhatə edir. Ümumi ağrıkəsicinin təsiri altında nişanlanmanın aşağı sərhəddi boyunca dəri və dərialtı toxumaların kəsilməsindən sonra diqqətlə hemostaz yerinə yetirilməklə dəri-piy parçasının mobilizasiyası qabırğa qövlərinin və ön əzələaltı xəttin səviyyəsinə qədər flankalar boyunca göbək halqasının ayrılması ilə həyata keçirilmişdir. Aşkar dərialtı piy toxumaları olan pasiyentlərdə lazer koagulyasiya maqqaşı vasitəsilə piy toxumalarının daha az zədələnməsi, aponevrozla sərhəddə yerləşən damar şəbəkəsinin maksimal qorunması və yara kənarlarının uzlaşdırılması zamanı minimal dərəcədə gərilməsi ilə toxumaların bölünməsinin texniki üsulları tətbiq edilmişdir. Artıq dəri-piy parçasının rezeksiyası ilkin nişanlanmaya uyğun aparılmışdır.



Şəkil 2. Artıq dəri-piy parçasının ilkin nişanlanmaya uyğun rezeksiyası.

Göstəriş olduqda növbəti mərhələdə qarının düz əzələlərinin aponevrozunun diastazının qarının ağ xətti boyunca aponevrozun duplikaturasının yaranması yoluyla tikilməsi həyata keçirilmiş, xarici çəp əzələlərin bir və ya iki cərgə tək düyünlü və ya kəsilməz tikişin köməyi ilə plikasiya yerinə yetirilmişdir. Bundan sonra yaranın kənarlarını gərilmə olmadan uzlaşdırmaq məqsədilə pasiyent 30°-yə qədər Troyanova-Trendelenburq vəziyyətinə gətirilmişdir. Orta xətt boyunca qasıq bitişməsindən 10-11 sm məsafədə ayrıca kəsikdən göbək çıxarılaraq tək düyünlü tikişlə bərkidilmişdir. Aktiv və passiv drenaj sistemi qurulduqdan sonra yara üç cərgə tikilmişdir. Tikişlərin birinci cərgəsi 5 sm-ə qədər qalınlıqda dərialtı-piy toxumalarına səthi fassiyanın dərin təbəqəsini də tutmaqla, ikincisi səthi fassiyanın xarici təbəqəsinə, üçüncü dəri daxilinə qoyulmuşdur. Əməliyyat masasında,

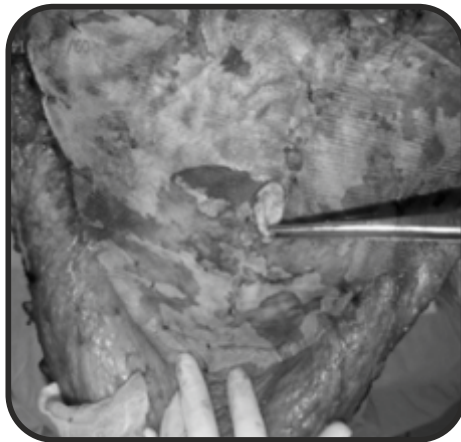
əməliyyat sahəsi işləndikdən sonra, tam miorelaksasiya zamanı ilkin nişanlama xətləri zəruri detallarla, hazırki müşahidədə şaquli və üfqi kəsiklərin kombinasiyası, tamamlanmışdır.



Şəkil 3 Dəri-piy parçasının götürülməsi mərhələsi.

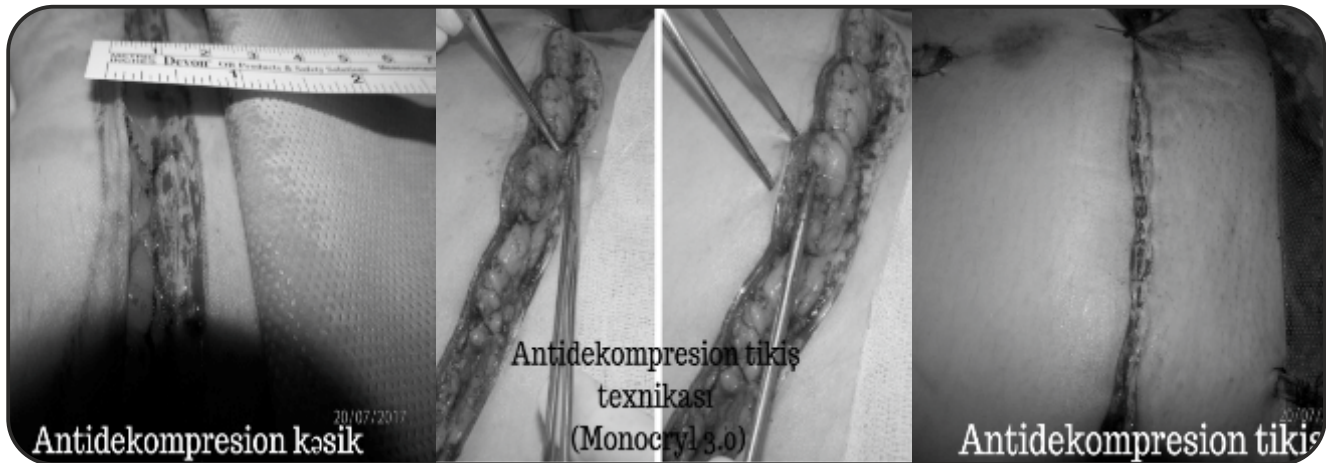
Dəri-piy parçasının götürülməsindən sonra ön qarın divarının dəri və dərialtı piy toxumalarının qabırğa qövsləri səviyyəsinə qədər və flanklardan ön əzələaltı xəttə qədər hemostazla mobilizasiyası həyata keçirilmişdir.

Növbəti mərhələdə qarının düz əzələlərinin diastazının dərəcəsi müəyyən edilmiş, əzələ-aponevrotik karkasın ağ xətt boyunca qasıq bitişməsindən xəncərəbənzər çıxıntıya və xarici çəp əzələlərə qədər ayrıca düyün tikişləri ilə bərkidilməsi həyata keçirilmişdir. Əzələ-aponevrotik karkasın ağ xətt boyunca bərkidilməsi mərhələsi, ölçülərin seçimi və endoprotezin modelləşdirilməsi aponevroz defektinin ölçülərinə uyğun olaraq intraoperasyon həyata keçirilmişdir. Ölçülərinə görə yırtıq darvazasının sahəsindən 5 sm böyük olan endoprotez ayrıca düyün tikişləri ilə yırtıq darvazası nahiyəsində çapıq dəyişkənli toxumalara və kəsilməz dəyirmi tikişlə ön qarın divarının aponevrozuna süni materialın bütün sahəsi boyunca bərkidilmişdir. Toplanmış toxuma mayesinin kənarlaşdırılması məqsədilə vakumlu aspirasiya üçün endoprometozun üzərinə iki drenaj (adətən birdəfəlik sistem altında iki trubka) qoyulmuşdur. Yara tikildikdən sonra kompres parçalardan istifadə edilmişdir. Gün ərzində bütün pasiyentlər intensiv terapiya şöbəsinə olmuşlar.



Şəkil 4 Ölçülərinə görə yırtıq darvazasının sahəsindən 5 sm böyük olan endoprotez ayrıca düyün tikişləri ilə çapıq dəyişkənlikli toxumalara bərkidilmişdir.

İkinci gün pasiyentlərin aktivliyi həyata keçirilmiş və ilkin olaraq yuxarı və aşağı ətraflara güc salmaqla müalicəvi fiziki hərəkətlər edilmişdir. Aşağı ətrafların bintlənməsi 7 gündən az olmayaraq davam etmişdir. 5 gün ərzində mütləq şəkildə antibakterial terapiya həyata keçirilmişdir. Yarının ilkin sağalmasında xəstələr 11-13 gün müddətinə ambulator nəzarətə buraxılmışdır.



Yırtıq darvazası təqribən 20 sm diametrdə (20x9 sm) olmuşdur. Yırtıq darvazası götürüldükdən sonra, müəyyən olunmuşdur ki, ətraf əzələ-aponevrotik toxumalar qəfil incəlmiş, fəaliyyətdən qalmış və üç böyük olmayan (2 sm-ə qədər) əlavə defektlər yaranmışdır. Yırtıq kəsəsi yarılmış və təmizlənmişdir. Sonra polipropilen torşəkilli endoprotezlə hernioplastika həyata keçirilmişdir. Endoprotezin ölçü və modelinin seçimi əməliyyat zamanı aponevroz defektinin ölçüsünə uyğun həyata keçirilmişdir. Endoprotezin üzərindən iki birdəfəlik sistem üzərindən drenaj trubkaları qoyulmuşdur. Yara kosmetik tikişlərlə tikildikdən sonra kompres parçadan istifadə edilmişdir. Sutka ərzində xəstə intensiv terapiya şöbəsində olmuşdur. İkinci sutkada pasiyent cərrahiyyə şöbəsinə keçirilmiş və müalicəvi fiziki hərəkətlər edilmişdir. Bint bir həftədən sonra aşağı ətraflardan açılmışdır. Antibakterial müalicə 5 gün davam etmişdir. 10-cu gün tikişlər sökülmüşdür (şəkil 5).



Şəkil 5 Əməliyyatdan 18 ay sonra yaranın görünüşü.

İlkin dartılma ilə yaranın sağalması. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar olmamışdır (Xəstə K. 52). Evə buraxılarkən yırtıq residivi barədə profilaktik rekomendasiyalar verilmişdir. 6, 12, 18 aydan sonra təkrar baxış keçirilmişdir. Yırtıq residivi qeydə alınmamışdır. Rasional qidalanma və fiziki hərəkətlər nəticəsində bədən çəkisi 19 kq azalmışdır. Klasifikasiyaya əsasən əməliyyatın nəticəsi yaxşı qiymətləndirilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aşağıdakı ağırlaşmalar qeydə alınmışdır: seroma -2, qarın boşluğunun infiltrasiyası -1, əməliyyatdan sonrakı çapıqın defarmasiyası -1. Seroma və qarın boşluğu infiltrasiyası konservativ tədbirlərlə aradan qaldırılmışdır.

Cədvəl 2.

Ventral yırtıqlı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar.

Ağırlaşmalar	Pasiyentlərin sayı, (%).
Seroma	2(3,8%)
Qarın boşluğu divarında infiltrat	1(1,9%)
Yaranın kənar nekrozu	-
Əməliyyatdan sonrakı çapıqın deformasiyası	1(1,9%)
Cəmi	4(7,7%)

Beləliklə, tərəfimizdən aparılan müayinələrə əsaslanaraq, estetik abdominoplastika texnologiyasının yalnız estetik göstərişlərdə deyil, eləcə də ön qarın divarının anatomo-funksional çatışmazlığının bütün formaları zamanı tibbi göstərişlərdə tətbiqini məqsəduyğun hesab edirik.

Bu texnologiya xüsusilə qarının düz əzələlərinin aşkar diastazı, əzələ-aponevrotik təbəqənin dartılması və ön qarın divarında əməliyyatdan sonra böyük və nəhəng yırtıqlar olduqda tətbiq edilə bilər.

Abdominoplastika texnikasının tətbiqi zamanı dəri-piy parçası daha bütöv şəkildə götürülür və aponevrozda plastika zonası dəyişilməmiş dəri və toxumalarla örtülür. Əməliyyatdan sonra çarıqların bikini xətti boyunca yerləşməsi estetik cəhətdən də daha əlverişlidir. Fassial korsetin bərpası daxili orqanların funksiyalarını yaxşılaşdırır, tənəffüsü və ürəyin fəaliyyətini normallaşdırır.

Abdominoplastika piylənmə olan xəstələrin əksəriyyətində əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrlərdə onların həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına yardımçı olur, onların sosial mühitə adaptasiyasını (pasiyentin xarici görünüşündən və bədən quruluşundan bir çox hallarda asılı olan) təmin edir.

Ümumilikdə, abdominoplastika əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayının az olması ilə, eləcə də residiv yırtıqların əmələ gəlməsini minimuma çatdırmaqla anatomo-fizioloji parametrlərin bərpasına, ən yaxşı funksional və estetik nəticələrin əldə olunmasına imkan yaradır.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ганиев Н.Н., Ходжамурадов Г.М., Бободжанов Д.Н. Абдоминопластика при послеоперационных вентральных грыжах // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. - 2004. - № 4. - С. 60.

2. Гейбуллаев А.А. Наш опыт по ведению больных с пластическими операциями передней брюшной стенки (абдоминопластики) // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. - 2004. - № 4. - С. 62-63.

3. Айдемиров А.Н. Комплексный подход в лечении больших и гигантских вентральных грыж / А.Н. Айдемиров, Г.С. Чемянов // *Вестник герниологии*. М. 2008. Вып. III. — С. 5-11.

4. Клиновицкий И.Ю. Аллопластика как метод выбора при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки / И.Ю. Клиновицкий, М.А. Максимов, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало // *Герниология*. 2008. - №1. - С. 19-20.

5. Кожемяцкий В.М. Абдоминопластика при вентральном грыжесечении у больных с ожирением / В.М. Кожемяцкий // *Герниология*. 2006. - №2. - С. 23-24.

6. Алексеева О.П. Метаболический синдром: современное понятие, факторы риска; и некоторые ассоциированные заболевания / О.П.; Алексеева; А.А. Востокова, М.А. Курышева. И-Новгород: НижГМА, 2009. - С. 17-25.

7. Богдан В.Г. Обширные и гигантские послеоперационные грыжи: пути повышения эффективности корригирующих операций. / В.Г.Богдан // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 32-33.

8. Богдан В.Г. Способ аллопластики передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением / В.Г. Богдан, Н.Н. Дорох, Ю.М. Гамп // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 31-32.

9. Винник Ю.С. Результаты лечения послеоперационных вентральных грыж с применением синтетических материалов. / Ю.С. Винник, С.И. Петрушенко, Н.М. Маркелова, Ю.А. Назарьянц, А.В.-Яковлев // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 38-39.

10. Галимов О.В. Некоторые аспекты хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения / О.В. Галимов, Ф.С. Галлеев, В.О. Ханов, А.Р. Мухаметов, П.П. Андреев, Л.Р. Муслимова, Л.Н. Аминова // *Хирургия*. 2008. - №12. - С. 44-46.

11. Гогия Б.Ш. Местные осложнения после пластики брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов / Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов. // *Герниология*. 2008. - №4. - С. 45-46.

12. Дарвин В.В. Особенности течения послеоперационного периода у больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами / В.В. Дарвин, В.В. Ждановский, А.В. Шпичка // *Герниология*. 2006. — № 3. — С. 13-14.

13. Стойко Ю.М. Современные возможности хирургического лечения гигантских послеоперационных вентральных грыж / Ю.М. Стойко, А.А. Знаменский, А.В. Попов, В.А. Назаров, Л.Б. Кукушкина // *Вестник герниологии*. М., 2008. - Вып. III. - С. 120.

14. Лебянов-А.Д. Выбор метода пластики брюшной стенки-у больных с большими послеоперационными вентральными грыжами и ожирением / А.Д. Лебянов, С.А. Касумьян, В.Н. Журавлев, И.З. Вайсбейн, А.Л. Шор., А.А.Нестеров // *Герниология*. 2008. - №3. - С. 26-27.

15. Лубянский В.Г. Патогенез и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при больших вентральных грыжах / В.Г. Лубянский, О.И. Колобова, В.В. Оношкин, Ю.П. Костина // Хирургия. 2008. - №1. - С. 30-32.

16. Любых Е.Н. Концепция функциональной герниопластики в лечении грыж брюшной стенки / Е.Н. Любых, Э.Г. Быков, Г.И. Зимарин, О.В. Стрыгин, Г.В. Полубокова, Г.Н. Михайлова, Н.А. Лебедянцева // Герниология. 2008. - №2. - С. 3-6.

***Rəyçi:** Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin professoru:*

t.e.d. M.M.Məmmədov

Redaksiyaya 17.01.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.

MÜALİCƏ-PROFİLAKTİKA MÜƏSİSƏLƏRİNDƏ XƏSTƏXANADAXİLİ İNFEKSİYALARIN PROFİLAKTİK TƏDBİRLƏR SİSTEMİ

ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikası, Bakı, Azərbaycan.

S.A. Atakishizadeh

Key words: hospital infections, the preventive measures system.

Açar sözlər: xəstəxanadaxili infeksiyalar, profilaktik tədbirlər sistemi.

XDI bütün klinik formalarında profilaktikanın əsas istiqamətlərindən biri xəstələrindən əldə edilən materialların müayinəsidir. Müayinənin əsas məqsədi törədicini və onun antimikrob preparatlarına qarşı həssaslığının öyrənilməsidir. Tibbi təyinatlı materialların və cihazların müayinəsi, sterilizasiya və dezinfeksiyanın keyfiyyətinə nəzarət çox mühümdür. Dezinfeksiya məqsədilə hazırlanan məhlulların keyfiyyətinin zəif olması, onların tərkibində aktiv komponentlərin konsentrasiyasının tələblərə uyğun olmaması da XDI yayılmasına səbəb olur. Tibbi manipulyasiya və donorluq təhlükəsizliyi probleminin tam həll edilməməsi, parenteral hepatitlərin və insanın immunçatışmazlıq virus infeksiyası törədicilərinin müalicə-profilaktika müəsisələrində (MPM) xəstələrin və tibb personalının yoluxdurulması təhlükəsinin saxlanılması da mühüm reallıqlardandır.

XDI klinik formaları çox müxtəlifdir, bu problemlə demək olar ki, tibb sahəsinin bütün mütəxəssisləri rastlaşır. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyaları [1, 2], xəstəxanadaxili pnevmoniyalar [3, 4], cərrahi müdaxilə nahiyəsinin infeksiyası [5, 6], damardaxili kateterlərlə əlaqəli infeksiyalar [7, 8] daha çox rast gəlinir. Bununla belə, profilindən asılı olmayaraq bütün müalicə-profilaktika müəsisələrində XDI profilaktikası məqsədilə aşağıdakılar həyata keçirilməlidir:

Epidemioloji göstərişlərə əsasən profilaktik dezinfeksiya XDI törədicilərinin bir şöbədən (palatadan) digərinə keçməsinin qarşısını almaq məqsədilə aparılır.

Ocaqlı dezinfeksiya XDI baş verdiyi təqdirdə infeksiya törədicilərinin xəstələrdən digər xəstələrə yoluxmasının qarşısını almaq məqsədilə aparılır. Bu zaman epidemioloji təhlükə yaradan bütün obyektlər, xəstənin və tibb personallarının bədən səthi tam, yaxud hissəvi dezinfeksiya edilir.

Cari dezinfeksiya pasientdə XDI aşkar edildiyi andan onun xəstəxanadan çıxmasına, yaxud başqa şöbəyə (palataya) köçürülməsində davam etdirilir. Bu zaman xəstənin potensial kontaminasiya olunmuş bütün ifrazatları və xəstənin əhatəsindəki təmasda olduğu bütün obyektlər, tibb məmulatları, chazlar və avadanlıqlar, qablar və döşəkağı, mebel, tibbi tullantılar dezinfeksiya edilir. Tibb personalının əllərinin gigiyenik işlənilməsi, əməliyyat və inyeksiya sahələrinin işlənilməsi aparılır, xəstənin və tibb personallarının bədən səthi tam, yaxud hissəvi dezinfeksiya edilir.

Yekun dezinfeksiya - pasient başqa palataya köçürüldükdə, yaxud sağaldıqdan sonra bütün predmetlərin dezinfeksiyası aparılır.

Məmulatların dezinfeksiyası. Birdəfəlik olmayan tibbi məmulatlar istifadədən sonra dezinfeksiya edilir, sterilizasiyaönu təmizlənilir və seterilizasiya edilir, mikroorqanizmlərlə təkrar kontaminasiyanı istisna edən şəraitdə saxlanılır. Birdəfəlik tibbi məmulatlar istifadədən sonra zərərsizləşdirilir və onların təkrar istifadəsi qadağan edilir.

Dezinfeksiyanın növləri. Məmulatların dezinfeksiyası virusların, bakteriyaların və göbələklərin məhvini təmin edən fiziki, kimyəvi və kombinasiyalı üsullarla aparılır. Fiziki metodlarla dezinfeksiya soda əlavə edilmiş distillə suyunda qaynatmaqla, buxar metodu ilə avtoklavlarda və hava sterilizatorunda aparılır. Kimyəvi dezinfeksiya məmulatı içərisində dezinfeksiyaedici məhlul olan xüsusi qablara salmaqla aparılır. Sökülən avadanlıqlar hissələrinə ayırdıqdan sonra dezinfeksiya edilir, boşluqlu avadanlıqların isə boşluqlarını dezinfeksiyaedici məhlulla doldururlar. Dezinfeksiyadan sonra məmulatlar axar su ilə yuyulur, təyinatına görə istifadə edilir, yaxud göstəriş olduqda sterilizasiyaönu təmizlənmə aparılır və sterilizasiya edilir.

Sterilizasiyaönu təmizlənmə məmulatları müxtəlif çirklənmələrdən, eləcə də dərman preparatlarından kənarlaşdırmaq üçün tətbiq edilir. Təmizlənmə dezinfeksiyadan sonra, yaxud onunla birlikdə, əllə və mexanikləşdirilmiş üsullarla aparıla bilər. Məmulatların təmizlənməsi onları içərisində yuyucu məhlullar olan xüsusi qablara salmaqla aparılır. Sökülən avadanlıqlar hissələrinə ayırdıqdan, boşluqlu avadanlıqlar isə boşluqlarını məhlulla doldurduqdan sonra fırçalarla, pambıq-tənzif tamponlarla, parça salfetlərlə yuyulur. Bundən sonra sterilizasiyaönu təmizlənmənin keyfiyyətinə nəzarət edilir (hər gün hər bir məmulatın təqribən 1%-i yoxlamadan keçirilir: amidoprın sınağı ilə qan qalığının yoxlanması və s.)

Sterilizasiya. Pasientin orqanizmində qanla, selikli qişa və bədən səthi, eləcə də yara səthi ilə təmasda olan, birdəfəlik olmayan tibbi təyinatlı bütün məmulatlar sterilizasiya edilir. Bu tiptən olan birdəfəlik məmulatlar istehsalçı tərəfindən steril halda buraxılır. Sterilizasiya ediləcək məmulatlar onların xüsusiyyətlərindən asılı olaraq fiziki (təzyiqli buxarın istifadəsi - avtoklavlarda, quru qızmış havanın istifadəsi – hava sterilizatorunda, infraqırmızı şüaların istifadəsi) və kimyəvi üsullarla (kimyəvi maddələrin, qazların, plazmanın istifadəsi) aparılır. Avtoklav, hava sterilizatoru, eləcə də plazmadan istifadə edildikdə məmulatlar bükülmüş, yaxud qablaşdırılmış halda sterilizasiya edilir. Bu məmulatlar onların açılmasından 6 saat keçəndək istifadə edilə bilər. Bükülməmiş, yaxud qablaşdırılmamış halda sterilizasiya edilən digər məmulatlar sterilizasiyadan dərhal sonra istifadə edilməlidir. *Sterilizasiyaya nəzarət* sterilizatorların işinə nəzarət, onların sterilizasiya rejimləri parametrlərinin və onların effektivliyinin yoxlanılması ilə aparılır. Sterilizatorların işinə nəzarət ölçü cihazlarından istifadə etməklə, kimyəvi üsullarla (kimyəvi indikatorlardan istifadə etməklə) və bakterioloji üsullarla aparılır. Sterilizasiyanın effektivliyinə nəzarət bakterioloji üsullarla aparılır.

Tibbi tullantıların zərərsizləşdirilməsi. Tibbi tullantılar epidemioloji, toksikoloji və radiasiya təhlükəsinə görə müxtəlif olur.

Ümumi tibbi tullantılara epidemioloji təhlükəsi olmayan tullantılar, bərk məişət tullantılarına oxşar olanlar daxildir. Bunlar xəstələrin bioloji mayelərilə təmasda olmayan, eləcə də toksik olmayan tullantılardır. İnfeksiyon şöbə istisna olmaqla digər şöbələrin qida tullantıları, toksiki olmayan mebel, işləməyən diaqnostik avadanlıqlar, infeksiyalaşmamış kağız, tikinti materialları və s. xüsusi işləmələrə məruz qalmadan müntəzəm olaraq toplanılıb utilizasiya edilir.

Təhlükəli infeksiyalaşmış tullantılar: potensial infeksiyalaşmış tullantılar, xəstələrin bioloji mayelərilə təmasda olan alətlər və avadanlıqlar. Patoloji anatomik, cərrahi müdaxilə tullantıları (toxuma, orqan və s.), infeksiyon şöbənin bütün tullantıları, 3-4-cü qrup patogenlərlə işləyən mikrobioloji laboratoriya tullantıları bu qrupdandır. Təhlükəli tullantılar sarı rəngli konteynerlərə, yaxud kislərə toplanır, onların atılması iş növbəsi ərzində həyata keçirilir.

Fövqaladə təhlükəli infeksiyalaşmış tullantılar: xüsusi təhlükəli xəstələrlə təmasda olan alətlər və avadanlıqlar, 1-2-ci qrup patogenlərlə işləyən mikrobioloji laboratoriya tullantıları, ftiziatrik və mikoloji xəstəxanaların tullantıları, anaerob infeksiyalı xəstələrin tullantıları bu qrupdandır. Fövqaladə təhlükəli tullantılar qırmızı rəngli konteynerlərə, yaxud kislərə toplanır.

Radioaktiv tullantılara diaqnostik laboratoriyaların, radioizotop və rentgen şöbələrinin tullantıları aiddir.

Beləliklə, digər infeksiyalar kimi xəstəxanadaxili infeksiyalar da epidemik prosesin qanunlarına uyğun yayılır. Məlumdur ki, epidemik prosesin baş verməsi üçün üç mühüm həlqə - infeksiya mənbəyi, yoluxma yolları və həssas orqanizmin olması vacibdir. Ona görə də bu infeksiyaların profilaktikasında hər üç həlqəyə təsir etmək zərurəti yaranır.

XDI zamanı profiaktik tədbirlər kompleksinə törədicilərin klinik materiallarda aşkar edilməsi və onun antimikrob preparatlara həssaslığının təyini, ətraf obyektlərinin, narkoz və endoskopiya avadanlıqlarının, tibb personalının əllərinin və burun-udlağının bu mikroorqanizmlərlə kontaminasiyasının qarşısının alınması aiddir. Profiaktik tədbirlər kompleksinin effektiv planlaşdırılması məqsədilə hər bir şöbənin risk amilləri və qrupları haqqında hərtərəfli məlumatla malik olmaq, epidemik prosesin inkişaf mexanizmini öyrənmək, törədiciləri və onların rezistentliyini müəyyənləşdirmək, onların yayılma yollarını tədqiq etmək vacibdir.

Profiaktik tədbirlər kompleksinin əsas məsələlərindən biri klassik aseptika və antiseptika qaydalarına, əks epidemik tədbirlərə riayət etməkdir. İnvaziv prosedurlar zamanı aseptika və antiseptika qaydalarının kifayət qədər gözlənilməməsi XDI yayılmasına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Kalsi J., Arya M., Wilson P., Mundy A. Hospital-acquired urinary tract infection // Int. J. Clin. Pract. 2003, vol. 57, № 5, p. 388-391.
2. Wenzler S., Sommerkamp H., Ruden H., Dasschner F. Proven and unproven hygiene measures in urology // Urology, 2003, vol. 42, № 1, p. 56-62.
3. Fine M.J.. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta -analysis // JAMA, 1996, v.275, p.134 - 141.
4. Haley R.W. The nationwide nosocomial infection rate // Am. J. Epidemiol. 1985, v.121, p.159-167.
5. Najjar P.A., Smink D.S. Prophylactic antibiotics and prevention of surgical site infections // Surg Clin North Am, 2015, v.95, №2, p.269-283.
6. Shahane V, Bhawal S, Lele U. Surgical site infections: A one year prospective study in a tertiary care center // Int J Health Sci. 2012, 6(1), p.79-84.
7. Sligl WI, Dragan T, Smith SW. Nosocomial Gram-negative bacteremia in intensive care: epidemiology, antimicrobial susceptibilities, and outcomes // Int J Infect Dis. 2015, v.37, p.129-134.
8. Jia L1, Yu H, Lu J, et al. Epidemiological characteristics and risk factors for patients with catheter-related bloodstream infections in intensive care unit // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2015, 95(9), p.654-658.

Rəyçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin k.e.i.:

t.ü.f.d. B.V.Musayev

Redaksiyaya 05.02.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.

DODAQ XƏRÇƏNGİ ÜZRƏ BOYUN DİSSEKSİYASI

MİSKİNLİ R.Z.

Milli Onkologiya Mərkəzi, Baş-Boyun Şişləri Şöbəsi, Bakı, Azərbaycan.

Cervical dissection for lip cancer

Miskinli R.Z.

Summary: *The aim of the study was to study the near and distant outcomes of patients with cervical dissection for lip cancer. In the course the results of surgical treatment of lip cancer in all patients of the ear-throat-nose department of the hospital of Ibn Sina, the faculty of curative medicine of the Ankara Institute, were analyzed. The article describes various methods of cervical dissection for lip cancer. The study described the quantitative indicators of the use of these methods and their results.*

Шейная диссекция по поводу рака губ

Мискинли Р.З.

Резюме: Целью исследования явилось изучение ближних и отдаленных результатов больных перенесших шейную диссекцию по поводу рака губ. В ходе были проанализированы результаты хирургического лечения рака губ у всех больных отделения ухо-горло-нос больницы Ибн Сина факультета лечебное дело Института Анкара. В статье описаны различные методы шейной диссекции по поводу рак губ. В исследование были описаны количественные показатели использования этих метод и их результаты.

Dodaq xərcənginin limfa düyünün metastaz göstəricisi 3-29% arasında dəyişir [1]. Erkən mərhələdə olan şişlərdə bu göstərici 10%-dən aşağıdır; lakin sonucu mərhələ şişlərində (şişin ölçüsünə və dərinliyinə əsasən) boyunun limfa düyünü metastazı və xərcənginə əsasən ölüm hadisəsinin sayı əhəmiyyətli dərəcədə artır [3.4]. Boyunda metastaz göstəriciləri birincil şişin böyüklüyü, yəni T qiyməti ilə əlaqəli olub T1 şişlərində metastaz göstəricisi 0-15%, T2 şişlərində 11-35%, T3 şişlərində 63% olduğu qeyd edilmişdir. Boyunda ilkin və ən çox olaraq submandibulyar və submental nahiyəyə metastaz olduğu müşahidə edilir [5]. Aşağı dodaq xərcənglərində zonal limfa düyünlərinə metastaz miqdarı 5-10 %-dir. T3- T4 şişlərində metastaz miqdarı artaraq 67%-ə çatır. Yuxarı dodağın skvamoz hüceyrəli xərcəngi daha çox metastaz edir. N0 boyunda belə 5,5-30 % kimi gizli metastaz riski vardır. T mərhələliyi düyün metastazında yetərli olmaz. Digər parametrlər də mühüm əhəmiyyət kəsb edir. N0 boyunda supraomohiyoid disseksiya həyata keçirilir. Dodağın bir tərəfi tutulubsa, həmin tərəfə unilateral supraomohiyoid disseksiya tətbiq edilməlidir [1.2]. Ortada yerləşən şişdə ikitərəfli supraomohiyoid disseksiya tətbiq edilməlidir. Supraomohiyoid disseksiya biopsiya məqsədli olduğundan histoloji müayinədə pozitiv limfa düyünü olan tərəfə radikal boyun disseksiyası tətbiq edilməlidir. Limfa düyünü metastazlarında boyun disseksiyası edilməlidir. Əgər zədə 1.5 sm-dən böyük olarsa, residiv bir şişdirsə, histopatoloji olaraq aqressiv və infiltrativedirsə və orta xətdə yerləşibse, ikitərəfli profilaktik supraomohiyoid disseksiya tövsiyə edilir. Boyun N pozitivedirsə, daha enli boyun disseksiyası həyata keçirilir. Lazım olarsa, əməliyyatdan sonra şüa terapiyası əlavə edilir. Standartlaşdırmanı təmin etmək məqsədilə boyunun limfatik sistemi 6 səviyyədə dəyərləndirilir [6].

Səviyyə 1: Bu nahiyə submental və submandibulyar limfa düyünlərini əhatə edir və iki sub nahiyədə dəyərləndirilir [6].

Səviyyə 2 (Yuxarı Boyun qrupu): Bu səviyyə kəllə əsası və cərrahi işarə nöqtəsi olaraq yuxarı arteriyası bifurkasiyasını və ya klinik işarə nöqtəsi olaraq dilaltı sümüyü arasında və daxili boyun venası (DBV) çərçivəsində yerləşmiş olub, onurğa aksessuar sinirinin (OAS) yuxarı hissəsinə yaxın olan limfa düyünlərini əhatə edir.

Səviyyə 3 (Orta boyun qrupu): Bu nahiyə yuxarıda yuxarı arteriyası bifurkasiyası, aşağıda kürək-dilaltı əzələ (omohiyoid kas) (cərrahi işarə nöqtəsi) və ya krikotiroid çıxıntı (klinik işarə nöqtəsi) arasında və 1/3 orta DBV çərçivəsində limfa düyünlərini əhatə edir.

Səviyyə 4 (Aşağı boyun qrupu): Bu nahiyə DBV-nin 1/3 aşağı hissəsində olub, yuxarıda kürək-dilaltı əzələ, aşağıda klavikula arasında yerləşən düyün qruplarını əhatə edir.

Səviyyə 5 (Arxa üçbucaq): Bu nahiyə supraklavikulyar düyünlər olaraq da adlandırılır. Nahiyənin düyünləri köndələn servikal arteriya və OAS-ın aşağı yarısı boyunca uzanır. Afferantlar boyunun arxa hissəsini, parietal və oksipital saçlı dəri, nazofarinks və paranasal sinus nahiyələrindən gələrkən, afferantlar supraklavikulyar düyünlərə boşalır [6].

Səviyyə 6 (Ön Qrup): Yuxarıda dilaltı, aşağıda döşaltı dəlik (suprasternal çentik) arasında yerləşən paratraxial, peritiroid, residiv larinqeal siniri örtən limfa düyünləri və prekrikoid (Delphian) limfa düyünlərini ehtiva edir.

Radikal Boyun disseksiyası

Bu metodun cərrahi sərhədlərini yuxarıda mandibula korpusu, aşağıda klavikula, öndə yontemin cərrahi sınırlarını yuxarıda mandibula korpusu, aşağıda klavikula, anteriorda doş-dilaltı əzələsinin lateralı, qarşı tərəfdəki diqastrik əzələnin ön qarnı və dilaltı sümük ilə lateralda trapesius, ön kənara uzanan nahiyədə əhatə edir və cərrahiyyə zamanı ipsilateral boyunun limfa düyünləri disseksiya edilir. Səviyyə 1-5 arasındakı bütün səviyyələr və qeyri-limfatik OAS, DBV, SKM əzələsi ilə bu nahiyyədəki bütün strukturlar birbaşa çıxarılır. Postaurikulyar, periparotid, subokspital, buksinator, perifassial, paratraxial və retrofaringeal limfa düyünləri birbaşa çıxarılmaz [9].

Modifikasiya olmuş Radikal Boyun disseksiyası

Bu metodda Səviyyə 1-5 arasındakı limfatiklər disseksiya edilir. RBD-dən fərqli olaraq OAS, DBV və SKM-ın əzələ strukturlarının bir və ya daha çoxunun zədələnmədiyi bir prosedura. Bu əməliyyatdakı modifikasiyanın məqsədi OAS-ın kəsilməsi ilə əmələ gələn xəstələnmənin qarşısını almaqdır [9].

Modifikasiya olmuş radikal boyun disseksiyası 3 formada həyata keçirilir:

rında boyunun yumşaq toxumalarına invaziya, perinevral invaziya, vaskulyar invaziya, cərrahi sərhədin pozitivliyi, pozitiv limfa düyününün mövcudluğu yoxlanıldı. Adyuvant şüa terapiyası və ya kimyaterapiyanın nəticələri dəyərləndirildi.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Cərrahiyyə zamanı eksiziya edilən limfa düyünlərinin ən uzun diametrinin əməliyyat zamanı dəyərləndirildikdə orta olaraq $15,0 \pm 8,3$ mm, əməliyyatdan sonra dəyərləndirildikdə isə $16,9 \pm 11,8$ mm olduğu müəyyən edildi (Cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Eksiziya edilən limfa düyünlərinin diametri

	Ən Uzun diametr (mm)	Orta±SS
Əməliyyat zamanı	15,0±8,3	
Patoloji dəyərləndirmə	16,9±11,8	

Xəstələrin mərhələlərə ayrılması TNM sisteminə görə əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra olmaqla iki fərqli dövrdə həyata keçirildi. Aparılan dəyərləndirmədə müəyyən edilən lokal şiş (T), zonal limfa düyünü (N) və uzaq metastaz (M) paylanması Cədvəl 1-də göstərilmişdir. Bu meyarlara əsaslanaraq aparılan mərhələlərə ayırma işində xəstələrin 72.9%-nin Mərhələ 1 (n=43), 18.6 nin Mərhələ 2 (n=11), 1.7 %-nin Mərhələ 3 (n=1) və 6.8 %-nin Mərhələ 4a olduğu aşkar edildi (n=4) (Cədvəl 2).

Cədvəl 2.

Əməliyyatdan əvvəl və sonra mərhələlik.

Əməliyyatdan əvvəl T	n (%)
1	50 (84,7)
2	8 (13,6)
3	1 (1,7)
Əməliyyatdan əvvəl N	
0	
1	53 (89,8)
2	2 (3,4)
2a	1 (1,7)
2b	2 (3,4)
2b	1 (1,7)
Əməliyyatdan əvvəl M	
	-
Patoloji T	46 (78)
1	12 (20,3)
2	1 (1,7)
3	
Patoloji N	
X	-
0	26 (83,8)
1	1 (3,2)
2a	1 (3,2)
2b	3 (9,6)
Patoloji M mərhələ	
1	43 (72,9)
2	11 (18,6)
3	1 (1,7)
4a	4 (6,8)

Xəstələrə tətbiq edilən boyun disseksiyalarında hər xəstə üçün orta olaraq $24,5 \pm 16,0$ limfa düyün eksiziya edildi. Xəstələrin 3-də (5,1 %) isə dodaqda patoloji dəyərləndirmələrdə cərrahi sərhədlərin pozitiv olduğu aşkar edildi və həmin xəstələrdə təkrar eksiziya ilə şiş olmayan cərrahi sərhədlər əldə edildi. Aparılan müayinələrdə 5 (8,5 %) xəstədə limfa düyünlərində metastatik invaziya olduğu müəyyən edildi və xəstələr əməliyyat sonrası Şüa

terapiyası aldı. Həmçinin, həmin 5 xəstənin 1-də (1,7 %) boyundakı metastatik limfa düyünlərində ekstrakapsulyar uzanma ilə dodaqda perinevral invaziya və limfovaskulyar invaziya olduğu, 2 xəstədə (3,4 %) boyundakı metastatik limfa düyünlərində ekstrakapsulyar uzanma olduğu aşkar edildi. Boyun disseksiyası tətbiq edilməyən 1 xəstədə (1,7 %) isə dodaqda perinevral invaziya və limfovaskulyar invaziyanın olduğu müəyyən edildi və xəstə əməliyyat sonrası Şüa terapiyası aldı. Xəstələr orta olaraq $47,9 \pm 34,9$ ay boyunca nəzarətimiz altında və həmin nəzarət zamanı 2 xəstədə (3,4 %) təkrar əmələgəlmə baş verdi. Bunlardan birinə daha əvvəl boyun disseksiyası tətbiq edilmişdir və həmin xəstəyə sol araşdırma xarakterli boyun disseksiyası tətbiq edildi və xəstə əməliyyat sonrası Şüa terapiyası aldı. Boyunda təkrar əmələ gələn digər xəstəyə isə ikitərəfli supraomohyoid boyun disseksiyası tətbiq edildi. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ümumilikdə 7 xəstə (11,9 %) şüa terapiyası aldı, kimyaterapiya tətbiq edilən xəstə olmadı.

ƏDƏBİYYAT:

1. Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. Laryngoscope. 1980;90(1):19-27.
2. Esclamado RM, Krause CJ. Lip cancer. In: Bailey BJ, editor. Head and Neck Surgery- Otolaryngology. Philadelphia: J.B. Lippincott Comp.; 1993. p. 1148.
3. Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. Plast Reconstr Surg. 1987;80(6):787-91.
4. Veness MJ, Ong C, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. Australas Radiol. 2001;45(2):195-9.
5. Dinehart SM, Pollack SV. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip. An analysis of twenty-seven cases. J Am Acad Dermatol. 1989;21(2 Pt 1):241-8.
6. Shaha AR. Neck dissection: an operation in evolution. World J Surg Oncol. 2005;3(1):22.
7. Wong RJ, Rinaldo A, Ferlito A, Shah JP. Occult cervical metastasis in head and neck cancer and its impact on therapy. Acta Otolaryngol. 2002;122(1):107-14.
8. Ferlito A, Robbins KT, Silver CE, Hasegawa Y, Rinaldo A. Classification of neck dissections: an evolving system. Auris Nasus Larynx. 2009;36(2):127-34.
9. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, Shaha A, et al. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128(7):751-8.
10. Ferlito A, Rinaldo A, Silver CE, Gourin CG, Shah JP, Clayman GL, et al. Elective and therapeutic selective neck dissection. Oral Oncol. 2006;42(1):14-25.
11. Rinaldo A, Ferlito A, Silver CE. Early history of neck dissection. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008; 265(12):1535-8.
12. Flint PW. Cummings otolaryngology--head & neck surgery. Sixth edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier / Saunders; 2015. p. p.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin professoru:

t.e.d. Ağayev R.A.

Redaksiyaya 22.12.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ПЕЧЕНИ

Э.В.НАБИЕВА, Ф.Г.ДЖАМАЛОВ, А.Х.АЛИЕВ,
А.Ш.ГАСЫМОВ, П.М.АББАСАЛИЕВА
АТУ, Кафедра хирургических болезней III, Баку, Азербайджан.

Primary hepatic lymphoma. Case report.

E.V. Nabieva, F.H. Jamalov, A.Kh. Aliyev, A.Sh. Gasymov, P.M. Abbasaliev

Summary: *The paper describes a case of primary hepatic diffuse large B-cell lymphoma in a 12-year-old girl. It gives the data available in the literature on the etiology, diagnosis, and morphological characteristics of primary hepatic lymphoma and touches upon the issues of differential diagnosis.*

Key words: *primary hepatic lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma*

Qaraciyərin birincili limfoması. Klinik müşahidəimiz.

E.V.Nəbiyeva, F.H.Camalov, A.H.Əliyev, A.Ş.Qasimov, P.M.Abbasəliyeva

Xülasə: Bu məqalədə 12 yaşlı qızın qaraciyərində ilkin diffuz B tipli iri hüceyrəli limfomanın aşkarlanması barədə danışılır. Bu patologiyanın etiologiyası, diaqnostikası və qaraciyərin ilkin limfomanın morfoloji xarakteristikası barədə ədəbiyyat məlumatları geniş təsvir olunub. Differensial diaqnoz məsələlərinə toxunulub.

Açar sözlər: qaraciyərin ilkin limfoması, B tipli iri hüceyrəli limfoma.

Ключевые слова: первичная лимфома печени, В-крупноклеточная лимфома.

Многообразие клинических и лабораторных синдромов при хронических заболеваниях печени (ХЗП) обусловлено многообразием ее функций, поэтому любое заболевание печени представляет собой патологический процесс, в который невольно вовлекаются различные органы и системы. Известно, что для больных с ХЗП характерна анемия (как правило, макроцитарная, в сочетании со снижением продолжительности жизни эритроцита), лейкопения (в рамках гиперспленизма), а также снижение концентрации тромбоцитов в периферическом кровотоке [1]. Такие изменения картины периферической крови характерны также для ряда гемобластозов, к которым среди прочих относятся и неходжкинские лимфомы.

Лимфомы составляют 4,3% от всех первичных опухолей печени [2]. Лимфома печени может рассматриваться как «первичная» когда она возникает и локализована в печени. В 16—22% случаев неходжкинские лимфомы (НХЛ) в процессе диссеминации могут поражать печень [3]. В связи с этим для постановки диагноза первичной лимфомы печени (ПЛП) требуется комплексное обследование пациента для исключения поражения других экстрагепатальных органов, лимфатических узлов, селезенки, костного мозга и периферической крови. В настоящее время «золотым стандартом» диагностики НХЛ является морфологическое исследование биопсийного материала с последующим иммунофенотипированием в целях верификации варианта лимфомы и выявления возможных прогностических маркеров. В практике клинициста наиболее часто используется Европейско-американская классификация, разработанная под ВОЗ [4]. По современной классификации ВОЗ в раздел опухолей лимфоидной ткани включены неходжкинские лимфомы и лимфогранулематоз [5]. Кроме того, разделяют Т- и В-клеточные НХЛ. Большая часть (около 75 %) лимфосарком происходит из моноклональной популяции В-лимфоцитов, 18 - 20 % - из Т-клеток, и лишь в некоторых случаях - из гистиоцитов и недифференцированных опухолевых клеток [6].

Среди НХЛ, возникающих в печени, наиболее часто встречается диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ) [7]. В одном из исследований ДВККЛ составляла 71% от всех ПЛП. Значительно реже встречаются другие варианты ПЛП: МАЛТ-лимфома, лимфома Беркитта, фолликулярная лимфома, периферическая Т-клеточная неспецифицированная лимфома и анапластическая крупноклеточная лимфома [8].

Изолированная лимфома печени - крайне редко встречающееся, трудно диагностируемое лимфопролиферативное заболевание, при котором лимфатическая опухоль ограничена только пределами печени в отсутствие признаков вовлечения селезенки, лимфатических узлов, костного мозга или любых других лимфоидных органов. В клинической практике вторичное поражение печени при генерализованных формах лимфомы и лимфогранулематозе не является редкостью, однако первичная лимфома печени, по данным различных авторов, составляет не более 0,016 % от всех лимфатических опухолей. На сегодняшний день в литературе описано всего около 200 случаев первичной лимфомы печени [9].

Приводим описание диффузной В-крупноклеточной лимфомы печени у нашей пациентки:

Больная Кулиева Улдуз Федаиль кызы 23.05.2005 года рождения 17.10.2017 года поступила в учебно-хирургическую клинику Азербайджанского Медицинского Университета (номер истории болезни №5763/17) с жалобами на общую слабость, разлитые боли в животе, особенно в верхней правой части, усиления болей во время дыхания, движений, наличие субфебрильной температуры. Со слов больного считает себя больной около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что профессиональных вредностей у больной не было. При поступлении состояние больной расценено как удовлетворительное. При осмотре: больная нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы смуглые, обычной влажности, чистые. Склеры обычной окраски. Периферические отеки отсутствуют. Со стороны периферических лимфатических узлов (поднижнечелюстных, подмышечных, паховых) патологических изменений отмечено не было. Костно-суставная система без особенностей. Мышечный тонус снижен. Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Область сердца и крупных сосудов визуально не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье, на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Частота сердечных сокращений 72 в минуту, тоны приглушены, ритм правильный, шумов нет. Артериальное давление 110 и 55 мм рт. ст. Язык влажный, покрыт небольшим количеством желтоватого налета, зев чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпаторно печень выступает из-под реберной дуги на 2 см (левая доля) и на 4 см (правая доля), край ее плотный, закруглен, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Перкуторно притуплений в отлогах частях живота не было. Аускультативно выслушивались умеренной интенсивности перистальтические шумы. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. На основании объективных, инструментальных и лабораторных методов исследований больной поставлен диагноз «Киста печени». МРТ-заключение: размеры печени нормальные, структура паренхимы и контуры однородные. В правой поддиафрагмальной части отмечается сдавливающая печень T2 hiper, T1 hipointens субкапсулярная многокамерная кистическая структура размером 17*11см (лимфангиома?). Ультразвуковое исследование: Контуры печени точные, ровные. Эхоструктура паренхимы печени нормальная. В V, VI, VII сегментах правой доли отмечается безсосудистая с внутренними многочисленными кистическими образованиями изменения с повышенной эхогенностью. Размеры печени увеличены, правая доля -150,0mm (N130), левая -78,0 mm (N60).

При проведении ЭКГ, рентгенологического обследования органов грудной клетки, эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта патологических изменений не выявлено.

Больной выполнено оперативное вмешательство «Лапаротомия. Удаление опухоли». При проведении широкой срединной лапаротомии в первую очередь из брюшной полости было аспирировано около 4л геморагической жидкости. Во время оперативного вмешательства были выявлены опухолевидные образования в виде виноградных гроздей с наличием геморагической жидкости в некоторых из них. Нижняя часть опухоли опускалась ниже пупка. Основная часть опухоли охватывала верхнюю и боковую часть печени. Эти части опухоли с большой осторожностью были отделены от печени. Был обеспечен надежный гемостаз.

При гистологическом исследовании(27499-508/17) выявили разрастание в ткани печени лимфомы из небольших клеток с округло-овальными и несколько неправильной формы ядрами с тонкодисперсным хроматином и плохо контурируемой цитоплазмой. Для более точной диагностики потребовалось иммуногистохимическое исследование. При иммуногистохимическом исследовании опухолевые клетки экспрессировали CD45, CD20, MUM1, PAX5 и bcl-6, но были негативны при реакциях с CD2, CD3, CD4, CD5, CD8, CD10, CD30, VS38c, bcl-2 и TdT. Маркер пролиферативной активности Ki67 экспрессировали 90—95% опухолевых клеток. Таким образом, морфо иммуногистохимическая характеристика опухолевых клеток соответствовала ДВККЛ (диффузная В-крупноклеточная лимфома) из активированных В-клеток (тип non-GCB).

Обсуждение. ПЛП впервые описана в 1965 г. А. Ата и соавт. [10]. Приблизительно 300 случаев ПЛП опубликовано в литературе до настоящего времени. ПЛП является очень редкой и составляет только 0,016% от всех НХЛ. Из всех первичных экстра nodальных НХЛ только 0,4% возникают в печени.

Патогенез ПЛП неизвестен. В литературе обсуждается роль персистирующего воспалительного процесса, вызванного вирусами гепатита или аутоиммунным заболеванием. Полагают, что HCV преобладает среди пациентов с ПЛП и, вероятно, играет более важную роль в ее патогенезе, чем вирус гепатита В [11]. Описаны случаи развития ЛП у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, в том числе первичным билиарным циррозом, системной красной волчанкой, ревматоидным артритом, БШ и целиакией. Кроме того, ПЛП встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией или ятрогенной иммуносупрессией [12].

Указания на роль вирусов гепатита В и С в развитии неходжкинской лимфомы подтверждаются эпидемиологическими исследованиями, проводимыми в этом направлении, однако результаты их неоднозначны. Как и в нашем случае, ряд исследований не обнаруживает корреляции НХЛ и вирусных гепатитов В и С-вирусной этиологии [13]. Хотя ЛП может развиваться в любом возрасте, наиболее часто она наблюдается в 5-й или 6-й декаде жизни. Но в нашем случае больной было всего 12 лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 2—3:1 [12].

Клиническая картина ПЛП неспецифична. Большинство пациентов обращаются с жалобами на лихорадку, снижение массы тела, ночные поты (так называемые «В» симптомы). Кроме того, пациенты могут жаловаться на дискомфорт или боль в правом подреберье, тошноту, рвоту, зуд, слабость. В биохимическом анализе крови может наблюдаться повышение активности трансаминаз, ЛДГ и лабораторных показателей холестаза, при этом уровни α -фетопротеина и карциноэмбрионального антигена в норме. У большинства пациентов при УЗИ или МСКТ выявляется солитарное образование или множественные очаги в паренхиме печени. При УЗИ печени эти образования гипоехогенны или изоэхогенны, а при МСКТ с контрастированием выглядят как гиподенсные иногда негомогенные образования [14]. В редких случаях ПЛП может манифестировать как острая печеночная недостаточность, без очагового поражения. У этих пациентов диагностика ПЛП особенно сложна. Наблюдаются быстро нарастающая печеночная недостаточность, прогрессирование гепатомегалии и гиперлактатемия. Такая клиническая картина наиболее часто ассоциирована с лимфомой Беркитта, ДВККЛ и анаплазированной крупноклеточной лимфомой. В этом случае только быстрая постановка диагноза и назначение соответствующей ПХТ дают шанс спасти пациента от смерти [14].

Основой диагностики лимфомы печени является гистологическое исследование биоптата. Для уточнения варианта лимфомы необходимо проведение иммуногистохимического, и в ряде случаев молекулярного и цитогенетического исследований. Как отмечено выше, в печени могут возникать разные варианты В- и Т-клеточных лимфом, при которых требуется различная лечебная и химиотерапевтическая тактика.

Обследование нашей пациентки выявило множественные очаговые образования в печени, что изначально расценено как гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) или метастатическое поражение печени солидной опухолью. Однако нормальные уровни α -фетопротеина и карциноэмбрионального антигена наводили на мысль о лимфоме. В редких случаях реактивная лимфоидная гиперплазия печени, которая манифестирует в виде одиночного или нескольких узловых образований, также входит в круг дифференциального диагноза ПЛП [15]. Вне зависимости от результатов лабораторного и инструментального исследований окончательный диагноз лимфомы печени основывается на результатах гистологического и иммуногистохимического исследований.

Диагностика ПЛП остается трудной задачей вследствие редкости этой патологии и недостаточной информированности врачей. Клинико инструментальная картина ПЛП может ошибочно расцениваться как ГЦК или метастазы солидной опухоли, либо манифестировать как острая печеночная недостаточность. Единого стандарта лечения ПЛП не существует. Это связано с тем, что в печени могут возникать различные варианты НХЛ, при которых требуется разная тактика лечения (хирургическое удаление, лучевая терапия или комбинация этих подходов), а при необходимости химиотерапии.

Таким образом, представленное наблюдение НХЛ демонстрирует случай редкого, трудно диагностируемого заболевания, дополняет немногочисленные публикации по этому поводу и в очередной раз обращает внимание гепатологов на необходимость своевременного проведения прижизненного морфологического исследования печени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Голованова Е.В., Слупская В.А. и тд. Генерализованная В-клеточная лимфома маргинальной зоны, протекающая под маской хронического заболевания печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, №5, 2011, с.97-104.
2. Ziarkiewicz-Wroblewska B., Gornicka B., Suleiman W. Primary lymphoma of the liver: morphological and clinical analysis of 6 cases — success of aggressive treatment // Neoplasma, 2005, №52(3) бр. 267-272.
3. Civardi G., Vallisa D., Berte R. et al. Focal liver lesions in non-Hodgkin's lymphoma: investigation of their prevalence, clinical significance and the role of Hepatitis C virus infection // Eur J Cancer. 2002, №38(18), p. 2382-2387.

4. Кулиш С.М. Особенности морфологического исследования лимфом в соответствии с положениями классификации ВОЗ // Новости медицины и фармации, 2007, №12 p. 218-221.
5. Hartridge-Lambert S. K., Stein E. M., Markovitz A. J., Portlock C. S. Hepatitis C and non-Hodgkin lymphoma: the clinical perspective // Hepatology, 2012, Vol. 55 (2), p. 634–41.
6. Ma Y. J., Chen E. Q., Chen X. B. et al. Primary hepatic diffuse large B cell lymphoma: A case report: Primary hepatic diffuse large B cell lymphoma // Hepat Mon, 2011, Vol. 11 (3), p.203 – 205.
7. De Renzo A., Perna F., Persico M. Excellent prognosis and prevalence of HCV infection of primary hepatic and splenic non-Hodgkin's lymphoma // Eur J Haematol., 2008, №81(1),51-57.
8. Yu Y-D., Kim D.S. et al. Primary hepatic marginal zone B cell lymphoma: a case report and review of the literature // Indian J Surg. 2013, №75(Suppl 1), p.331-S336.
9. Masood A., Kairouz S., Hudhud K. H. et al. CurrOncol. Primary nonHodgkin lymphoma of liver // Oncol., 2009, Vol. 16 (4), p. 74 – 77.
10. Ata A.A., Kamel I.A. Primary reticulum cell sarcoma of the liver. A case report // J Egypt Med Assoc., 1965, №48(7), p.514-521.
11. Kikuma K., Watanabe J., Oshiro Y. et al. Etiological factors in primary hepatic Bcell lymphoma // Virchows Arch. 2012, №460(4), p. 379-387.
12. Haider F.S., Smith R., Khan S. Primary hepatic lymphoma presenting as fulminant hepatic failure with hyperferritinemia: a case report // J Med Case Reports., 2008, p. 2-279.
13. Vose J.M., Cbui B.C., Cbeson B.D. et al. Update on epidemiology and therapeutics for non-Hodgkin`s lymphoma // Hematology, 2002, Vol. 2., p. 241 – 262.
14. Kheyri Z., Asgari A.A, Mehrjerdi A.Z. et al. Fulminant hepatic failure due to primary hepatic lymphoma: a case report // Middle East J Dig Dis., 2013, №5(3), p.168-170.
15. Machida T., Takahashi T., Itoh T. et al. Reactive lymphoid hyperplasia of the liver: a case report and review of literature // World J Gastroenterol., 2007, №13(40), p.5403-5407.

Rəyçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin dosenti:

t.e.d. E.A.Əliyeva

Redaksiyaya 06.02.2018-ci iltarixində daxil olmuşdur.

DİVERTİKULAR XƏSTƏLİK-MÜASİR YANAŞMA

MUSAYEV X.N., AĞAYEV R.M., MƏMMƏDOV M.M.,
MƏMMƏDOVA N.A., MUSAYEV B.V.

ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan

Təsviri. Divertikulyar xəstəlik (DX) (divertikulyoz) bağırsağın divarının, əsasən "S"-ə bənzər və çənbər bağırsağın əzələ qatının aralanması nəticəsində (divertikuldan)çıxan torbavari qabarıqlığın olması ilə xarakterizə olunan morfofunksional patoloji prosesdir. Divertikulyoz isə çoxsaylı divertikulların olmasıdır. Reallıqda divertikullar psevdodivertikullardır, belə ki, onlar seroz qişa ilə örtülmüş olan yalnız selikli və selikaltı qatlardan ibarət olur.

Ədəbiyyatda çənbər bağırsağın divertikullarını XIX əsrin birinci yarısında *D.Fleischmann* (1815), *G.Cruveiheir* (1849) meyidlər üzərində müayinədə çənbər bağırsaqda divertikulabənzər dəyişikliklər görürkən təsvir etmiş və bunu qəbizliklə əlaqədar olan kifayət qədər nadir xəstəlik hesab etmişlər. Müəlliflər bu cür xəstələrdə bağırsağın divarının nazilməsini, çənbər bağırsağın sirkulyar əzələ qatının liflənməsini qeyd etmişlər. 1885-ci ildə *W.Lane* klinik müşahidələr nəticəsində xəstələrdə divertikul zonasında yoğun bağırsağ spazmının olduğunu təyin etmiş, bu isə divertikulların inkişafında əzələ faktorunun rolunu və bağırsağ daxili təzyiqin artmasına dəlalət etmişdir. İqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə divertikulyoz "epidemiyanın" başlanğıcı XX əsrin ortalarına təsadüf edir, bu dövrdə divertikulyar xəstəliyin öyrənilməsinə böyük klinik və seksion materiala əsaslanan tədqiqatlar həsr olunmuşdur. *A.M.Aminev* (1971), *V.D.Fyodorov*, *Q.İ.Vorobyov* (1979) divertikulyozu həm xəstəliyin sistem səbəblərinin, həm də ağırlaşmaların klinik əlamətlərinin korreksiyasına differensial müalicəvi yanaşmanı tələb edən polietoloji xəstəlik kimi dəyərləndirmişlər.

Epidemiologiyası. Əksər xəstələrdə simptomatikanın olmamasına görə divertikulyozun həqiqi tezliyini təyin etmək çətindir. Xəstəliyə Afrika və Aziyanın kənd yerlərində çox nadir hallarda təsadüf edilir, əksinə ABŞ, Avropa və Avstraliyada daha çox rast gəlinir. Yaşla əlaqədar olaraq xəstəliyin tezliyi aşkar artır və 40 yaşdan kiçik xəstələrdə 10%-dən başlayaraq 80 yaşdan yuxarı şəxslərdə təqribən 50-60%-ə kimi dəyişir.

Kişi və qadınlar arasında xəstələnmə dərəcəsi arasında əsaslı fərq yoxdur. Coğrafi yayılmasında əsaslı fərq olmadığı üçüncü divertikulyozu "Qərbin sivilizasiya xəstəliyi" adlandırmaq olar.

Son onilliklərdə DX-nin aktuallığı nəinki tibbi, həm də iqtisadi aspektlərlə təyin edilir, belə ki, səhiyyədə bilavasitə və dolaylı yolla maliyyə yükü yaradması baxımından gastroenteroloji xəstəliklər arasında 5-ci yeri tutur. Son illərdə DX ilə hospitalizasiyaların sayının əsaslı artması qeyd edilir. Divertikulyar xəstəliklə hospitalizasiyaların sayının artması əhəlinin yaşlanması (Böyük Britaniyada 65 yaş və daha çox yaşlı şəxslərin sayı 1911-ci ildə 5%-dən 2011-ci ildə 16%-ə qədər artmışdır) və ağırlaşmaların tezliyinin artması ilə əlaqədardır (perforasiya və qanaxmaların sayının artmasına səbəb olan QSİP-preparatların, opioidlərin, kortikosteroidlərin qəbulu (Robin Spiller, 2013)).

Divertikulların lokalizasiyası. Qərbi populyasiyada 90% halda divertikullar yoğun bağırsağın distal hissəsində meydana çıxır, yalnız 10% xəstələrdə sağtərəfli lokalizasiya qeyd edilir. Bu zaman 50-65% divertikullar yalnız S-əbənzər bağırsaqda lokalizasiya olunur. Digər daha çox lokalizasiya olunan yer enən çənbər bağırsaqdır. Total divertikulyoz nadir hallarda, 10%-dən aşağı xəstələrdə rast gəlinir. Divertikullar düz bağırsaqda əmələ gəlmir.

Etiologiya. Yoğun bağırsağın divertikulları əsasən iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrin əhalisi arasında inkişaf edir, bu populyasiyada xəstələnmə göstəricisi 30%-ə çatır. Bu xəstəliyin belə geniş yayılmasının əsas səbəbi pəhrizin kobud qıdadan və bitki liflərindən kasadlaşmasıdır, sonuncu isə DX-nin əsas risk faktoru olan qəbizliyin inkişafına gətirib çıxarır. Digər səbəb inkişaf etmiş ölkələrdə ömür zamanının uzanmasıdır. Yoğun bağırsağın divertikulları çox vaxt yaşlı və qoca adamlarda rast gəlinir. Divertikullar əsasən S-əbənzər bağırsağ və enən çənbər bağırsaqda lokalizasiya olunur, çox nadir hallarda isə - yoğun bağırsağın sağ hissəsində aşkar olunur.

DX-nin əmələ gəlməsinin ən çox yayılmış nəzəriyyəsi mexaniki və ya nəbz varıdır. Divertikulyozun patogenezinin əsas elementləri şərtləndirən bir sıra risk faktorlarını sadalamaq olar: pəhrizdə ballast maddələrin azalması, qəbizlik, piylənmə, ahıl yaş, yoğun bağırsaqda iltihabi xəstəliklər. Bütün bu faktorlar bağırsağın diskineziyası nəticəsində yoğun bağırsaqda mənfəzdaxili təzyiqin artmasına gətirib çıxarır. Divertikulyar xəstəliyin patogenezində aparıcı rol bağırsağın divarının zəifliyi oynayır. Yoğun bağırsağın əzələ tonusu yaş artdıqca tədricən zəifləyir, əzələ qişasının girdə və boylama qatları zəifləyir, birləşdirici toxumada elastin fraqmentləşir. Qeyd edilən faktorların müştərək təsadüf etməsi bağırsağın divarında yırtıqabənzər dəbəlidlərin əmələ gəlməsinə səbəb ola bilər. Bəzi müəlliflər bağırsağın divarında zəifliyin əmələ gəlməsində irsi faktora da böyük əhəmiyyət verirlər.

DX zamanı həm S-əbənzər, həm də bağırsağın digər hissələri bir sıra səbəblər nəticəsində qeyri-elastiki olurlar:

- *Mycosis* – sirkulyar əzələ qatının qalınlaşması, *taenia* qısalması və mənfəzin daralması;
- elastin - əzələ hüceyrələri arasında və bağırsağ *taenia*-da elastinin çox toplanması. Bundan başqa, elastin yığılmış formada toplanır, bu isə *taenia* qısalmasına və sirkulyar əzələlərin bərkiməsinə gətirib çıxarır;

▪ kollagen – Marfan, Elersa-Danlos (Ehlers-Danlos) sindromları və böyrəklərin autosom-dominant polikistoz xəstəliyi kimi birləşdirici toxuma patologiyaları bağırsağ divarının struktur dəyişikliklərinə və mənfəzdaxili təzyiqlə onun davamlılığının azalmasına gətirib çıxarır, bu isə divertikulun protruziyasını mümkün edir.

Divertikulların inkişafı ilə siqaret çəkmək, kofe və alkoqol qəbulu arasında əlaqə təsdiq edilməmişdir. Lakin çoxlu miqdarda qırmızı ət və piy daxil olan qidalarla qidalandıqda DX əmələ gəlmə riski artır. Bu risk xüsusilə sellülitə (meyvə və tərəvəz) daxil olan çoxlu qida lifləri qəbul etdikdə azala bilər.

Divertikullar müxtəlif patoloji vəziyyətlərin əlamətidir, bunların arasında əsas yeri çənbər bağırsağın əzələ divarında distrofik dəyişikliklər, onun motorikasının diskoordinasiyası, birləşdirici toxumanın anadangəlmə və ya qazanılmış zəifliyi, bağırsağ divarında damar dəyişiklikləri tutur. Bağırsağın əzələ aparatının distrofik dəyişiklikləri əsasən yaşlı şəxslərdə ümumi degenerativ proseslərin, işemik pozğunluqlarla keçən aterosklerozun inkişafı nəticəsində meydana çıxır. Bundan başqa bir qisim xəstələrdə kollagen sintezinin pozğunluğu ilə əlaqədar birləşdirici toxumanın anadangəlmə zəifliyi müşahidə edilir, bu isə qarın divarında, diafraqmada və s. yırtıq dəbəliyinin əmələ gəlməsi ilə ifadə olunur.

Orta yaşlı şəxslərdə divertikulların əmələ gəlməsində əsas rol çənbər bağırsağın motorikasının diskoordinasiyası oynayır. Çənbər bağırsağın xüsusilə sol hissələrinin spazmı fonunda bağırsağdaxili yüksək təzyiqlə nəticədə əzələ qatının distrofiyası yaranmadan belə əzələ liflərinin aralanmasına və divertikulların yaranmasına səbəb olur.

Divertikullar həqiqi və yalançı olmaqla iki qrupa bölünür (cədvəl). Ən çox rast gəlinən psevdodivertikullar (yalançı) və ya nəbzvari divertikullardır (Onlar bağırsağ divarının bütün qatlarına malik deyil. Yalnız selikli və selikaltı qısa əzələ qatını aralamaqla qabarıq və seroz qısa ilə örtülü qalır).

Cədvəl

Yoğun bağırsağın divertikullarının növləri

Həqiqi divertikullar	Yalançı (qazanılmış) divertikullar	
	Qeyri-tam	Tam
Bağırsağ divarının bütün qatlarının qabarması	Selikli qışanın qabarıqlığıselikaltı və ya əzələ qatına çatır	Selikli qışanın qabarıqlığı bağırsağ divarının bütün qatlarından keçir
Divar əzələ qatına malikdir	Divar selikli və selikaltı qışaya malikdir	Divar selikli, selikaltı və seroz qışalara malikdir
Əsasən çənbər bağırsağın sağ hissələrində lokalizasiya olunur	Çox vaxt çənbər bağırsağın sol hissələrində lokalizasiya olunur	Çox vaxt çənbər bağırsağın sol hissələrində lokalizasiya olunur
Fəal boşalır	Boşalma çətinləşmişdir	Boşalma çətinləşmişdir
Rentgenoloji və endoskopik müayinələrdə aşkar olunur	Rentgenoloji müayinələrdə pis aşkar olunur	Rentgenoloji müayinələrdə bağırsağın xarici konturuna görə təyin olunur

DX-nin əmələ gəlməsi haqqında müasir təsəvvürlərə damar faktoru da daxildir: əzələ qatının spazmı zamanı mikrosirkulyasiyanın pozulması ilə (işemiya və venoz axının ləngiməsi) divardaxili damarların sıxılması baş verir. Bütün yuxarıda qeyd olunanalar damaryanı sahələrin distrofik dəyişikliklərinə və genişlənməsinə gətirib çıxarır, bunlar isə sonradan divertikulların qapısını təşkil edir. Beləliklə, divertikullar - (perfonant damarlar zonasında) bağırsağ divarının xəstəliyi olub, sirkulyar əzələ qatının liflənməsinin, «zəif» sahələrdə atrofiya və genişlənməsinin son əlamətidir.

DX-nin etiopatogenezinə vacib rol industrial ölkələrdə son 100 ildə insanların qidalanma xarakterinin və həyat tərzinin dəyişməsinə məxsusdur, bu isə Afrikanın və Cənub-Şərqi Aziyanın kənd əhalisi arasında divertikulyozun olmaması faktını təsdiq edir.Industrializasiya fonunda divertikulyozun yayılma modelini Şimali Amerika sakinləri təşkil edə bilər, burada XIX əsrin sonundan başlayaraq qida rasionunda bitki liflərinin payı 10 dəfə azalmışdır; çənbər bağırsağın divertikulyozu eyni tezliklə həm ağdərilili, həm də qaradərili xəstələrdə müşahidə edilir.

Divertikulyozun inkişafında provokasion faktorlar:

- QSİƏ-preparatların qəbulu;
- Prostaqlandinlərin sintezinin azalması;

- Bağırsağ keçiriciliyinin pozulması;
- Opiat analgetiklərin qəbulu (2 dəfə bağırsağ tonusunu artırır);
- Kalsium antoqonistlərinin qəbulu bağırsaqda təzyiqli əhəmiyyətli dərəcədə azaldır və xəstəliyin inkişafının qarşısını alır;
- Bağırsağ disbiozu;
- Həll olmayan qida liflərinin qəbulu divertikulyar xəstəliyin inkişafı riskini azaldır;
- Aşağı fiziki fəallıq, qəbizlik, piylənmə və siqaret çəkmə divertikulyar xəstəliyin inkişafını provokasiya edir.

Beləliklə, DX - inkişafında həm yerli, həm də sistem faktorlar rol oynayan polietoloji xəstəlikdir, bu amillərin təsiri nəticəsində bağırsağ divarında xarakter dəyişikliklər baş verir.

Klassifikasiya

XBK (xəstəliklərin beynəlxalq klassifikasiyası) üzrə kodlar:

K57. Bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.0. Perforasiya və abseslə nazik bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.1. Perforasiyasız və absessiz nazik bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.2. Perforasiya və abseslə yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.3. Perforasiyasız və absessiz yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.4. Perforasiya və abseslə həm nazik, həm də yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.5. Perforasiyasız və ya absessiz həm nazik, həm də yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi.

K57.8. Perforasiya və abseslə bağırsağın dəqiqləşdirilməmiş hissəsinin divertikulyar xəstəliyi.

K57.9. Perforasiyasız və ya absessiz bağırsağın dəqiqləşdirilməmiş hissəsinin divertikulyar xəstəliyi.

Q43.0. Mekkel divertikulu.

Divertikulyar xəstəliyə aiddir:

- Divertikulyoz – bağırsaqda divertikulların olması;
- Divertikulit – divertikulun iltihabı;
- Divertikulyar qanaxma;

Divertikulyar xəstəliyin tipləri:

- Sadə (75%) – ağırlaşmasız;
- Abseslər, fistulalar, keçməməzlik, peritonit, sepsislə ağırlaşmış (25%).

Diaqnozun təqribi formaləşdirilməsi. «Yoğun bağırsağın sadə divertikulyar xəstəliyi», «Yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi, perforasiya və çözdaxili abseslə S-əbənzer bağırsağın kəskin divertikuliti».

Hospitalizasiyaya göstərişlər. Divertikulyozun klinik qabarıq əlamətləri ilə xəstələr və ağırlaşmış DX.

Stasionardan çıxarışa göstərişlər. Ağrı simptomları və ağırlaşmalar ortadan qaldırıldıqda xəstə stasionardan evə yazılır.

Klinika. ÜST (Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı) – nin tövsiyyəsinə əsasən yoğun bağırsağın DX-nin üç forması müəyyən edilir:

- Simptomsuz divertikullar (irriqoskopiya və ya kolonoskopiya zamanı təsadüfi tapıntılar);
- Ağırlaşmamış DX, klinik əlamətlərlə;
- Ağırlaşmalarla DX.

Birinci qrupu bağırsağ simptomatikası olmadan DX ilə xəstələr təşkil edir, divertikullar digər xəstəliklərin axtarışı zamanı müəyyən edilir. 70% xəstələrdə DX bütün həyatı boyu simptomsuz qalır.

İkinci qrupa divertikulyozun qabarıq klinik əlamətləri olan xəstələr daxildir. Lakin ağırlaşmamış divertikulyozun xarakter simptomları yoxdur. Xəstələrdə yoğun bağırsağın zədələnməsi sindromu üçün tipik olan əlamətlər müşahidə edilir – dəqiq lokalizasiyasız qarında ağrılar, defekasiya pozğunluqları, çox vaxt qəbizlik və ya qeyri-stabil defekasiya (qəbizlik və ishalın əvəzlənməsi), bağırsağ dispepsiyası əlamətləri (qurultu, köp).

Angel Lanas(2013) DX-nin klinik əlamətlərinə dair aşağıdakı məlumatları verir. DX ilə 80% xəstə heç bir şikayət qeyd etmir. 15-20% halda xəstəlik klinik olaraq ağırlaşmasız keçir. 2-2,5% xəstədə qospitalizasiya və ya cərrahi müdaxilə tələb edən divertikulit inkişaf edir.

Ağrı çox vaxt sol qalça çuxurunda və sol mezoqasriumdə – S-əbənzer bağırsağın proyeksiyasında lokalizasiya olunur və spastik xarakter daşıyır, yoğun bağırsağın nəcis kütlələri ilə dolmasından asılı olaraq güclənir. Defekasiyadan sonra ağrı sindromu əsasən azalır. Xəstələrin bir qismi spazmlar arasındakı dövrdə həmin nahiyələrdə küt inlədici ağrı qeyd edirlər. Qarnın palpasiyasında ağrılı ocağın lokalizasiyasını təyin etməmək olar, bu isə ağrı sindromunun üzvi səbəbinin olmadığına dələlət edir. Bu halda ağrı bağırsağ motorikasının diskoordinasiyası ilə əlaqədar olur. Ağrı sindromunun davamiyyəti bir neçə gün və həftədən uzunmüddətli daimi ağrıya qədər dəyişir.

Divertikulyozun klinik formalarından asılı olaraq ən müxtəlif bağırsağ simptomları müşahidə edilir. ABŞ kolorektal cərrahlar cəmiyyətinin (2000) standartlarına müvafiq olaraq, DX - divertikulyozla assosiasiya olunan klinik əlamətlər və simptomlar kompleksidir – qarında zəif intensivlikdə ağrıdan ağırlaşmış divertikulyoza qədər.

Defekasiyanın pozulması qəbizlik şəklində özünü göstərir. Bundan başqa, xəstələr çox vaxt bağırsağın tam boşalmaması hissiyyatından və qarının köpməsindən şikayət edirlər. Xəstələrin bir qisminə qəbizlik və duru defekasiyanın əvəzlənməsi müşahidə edilir.

DX zamanı bəzi hallarda Seynt triadası təyin edilir – bu divertikulyar xəstəlik, diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı və xolelitiazın birlikdə təsadüf edilməsidir. Bu simptom kompleksə iki baxış mövcuddur. Bir ehtimala görə bu simptom kompleks tez-tez rast gəlinən bu vəziyyətlərin təsadüfi birləşməsidir. Belə ki, DX 50% halda yaşlı kök qadınlarda inkişaf edir, xolelitiaz və diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı isə bu kontingentin 45%-də müşahidə edilir. Qida rasionunda bitki liflərinin çatışmamazlığı nəinki DX-nin inkişafına, həm də diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığına, hemorroya, venaların varikoz genəlməsinə və öd kisəsində daşlara səbəb olur. Qeyd olunan triada çox vaxt birlikdə izlənilir, və öd kisəsi çıxarıldıqdan sonra əməliyyatdan sonrakı problemlər həmçinin təyin edilməmiş diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı və ya DX ilə əlaqədar ola bilər.

DX-nin ağırlaşmaları

2.Perforasiya. Qarın boşluğuna perforasiya nadir ağırlaşmadır. O əsasən pozulmuş immuniteti olan xəstələrdə müşahidə edilir. Divertikulun qarın boşluğuna perforasiyası zamanı yayılmış peritonit klinikası inkişaf edir. Divertikulun peritonarxası sahəyə və ya müsariqə səhifələri arasındakı boşluğa perforasiyası zamanı infiltratlar və ya abseslər əmələ gəlir. Ləng progressivləşən iltihab zamanı seroz qişa qonşu orqanlara yapışır, örtülmüş perforasiya meydana çıxır. Peritonitin inkişafı yalnız divertikulun perforasiyası ilə deyil, həm də divertikul boynunun iltihabı və ödemi zamanı meydana çıxan, bağırsağ divarının kökündə olan abseslərlə əlaqədar ola bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, qarın boşluğuna perforasiya üçün yüksək, 35%-ə qədər ölüm göstəricisi xarakterdir. Əksər halda təcili əməliyyat tələb olunur. Sərbəst qarın boşluğuna perforasiya bakterial peritonitə səbəb olur və həyat üçün təhlükə yarada bilər.

Dərəcəsinə görə perforasiyanın ölçülərinin E.J.Hinchey və həmmüəlliflərin (1978) klassifikasiyası diqqət cəb edir.

- Embolizasiya;
- Növbəti müayinəni davam etdirmək üçün metilen göyü vasitəsilə qanaxma yerinin nişanlanması.

b) Nişanlanmış eritrositlər:

Xroniki strikturalar adətən neoplastik zədələnməni istisna etmək üçün kolonoskopiyanın aparılmasını tələb edir və simptomlar olduqda endoskopik və ya cərrahi yolla aradan qaldırıla bilər.

sisteminin əmələ gəlməsi mümkündür. Bağırsağ-sidik kisəsi fistulu zamanı pnevmaturiya və fekaluriya meydana çıxır.

Fistul sonradan absesə çevrilən yerli iltihabi ocaqdan əmələ gəlir, hansı ki, spontan olaraq perforasiya yolu ilə təmas edən qonşu orqanlara və ya dəri üzərinə boşalır. Fistul yolu, bir qayda olaraq, tək olur, 8% xəstələrdə isə çoxsaylı fistul yolları əmələ gəlir. DX zamanı fistul diaqnozunu qoymaq üçün çoxsaylı müayinələrin aparılması tələb oluna bilər, lakin çox vaxt diaqnoz spiral kompüter tomoqrafiya, bariüm imaləsi, vaginoskopiya, sistoskopiya yaxud fistuloqramma ilə qoyulur.

Nazik bağırsağın divertikulları bakterial floranın həddən artıq artması nəticəsində malabsorbsiya sindromunun inkişafına gətirib çıxara bilər.

Diaqnostika. Xəstələrin ətraflı sual-cavab edilməsi dəqiq diaqnozu təyin etmək üçün vacib informasiyanı almağa imkan verir. Qarında diskomfort, spastik ağrılar, defekasiyanın mütəmadi olaraq ləngiməsi, həmçinin anamnezdə sol qalça çuxuru nahiyəsində intensiv ağrı sindromu ilə əlaqədar bədən hərəkətinin yüksəlməsi epizodlarının olması kimi şikayətlər divertikulyar xəstəlik diaqnozunun ehtimalına dəlalət edir.

Qarının palpasiyası ağrılı zonaları təyin etməyə imkan verir. Adətən bu sol qalça çuxuru və sol mezoqastral nahiyələrdir. Divertikulit əmələ gəldikdə qeyd edilən anatomik zonaları əhatə edən qeyri-düzgün konturlu ağrılı infiltrat aşkar etmək olar. Peritonun qıcıqlanma simptomu daha təhlükəli ağırlaşmalara dəlalət edir: divertikulun perforasiyasına, bağırsaqətrafi absesin qarın boşluğuna açılmasına. Bağırsağ keçiriciliyinin pozulması əlamətləri artdıqda köp, qarının assimetriyası aşkar olunur, perkutor olaraq çənbər bağırsağın və nazik bağırsağ ilgəyinin həcmnin artması təyin edilir, peristaltika güclənir. Boşluqlu orqanın tamlığının pozulmasının vacib klinik simptomu perkussiyada qaraciyər kütlüyünün itməsidir.

Yoğun bağırsağ divertikulyozunun təyin edilməsinin ən informativ üsulu bariüm imaləsi vasitəsilə yoğun bağırsağın müayinəsidir (irriqoskopiya). Ağırlaşmamış divertikulyozda bağırsağ divarı qeyri-düzgün kontura malik olur və konturu boyu daralmış əsası olan (boynu) kisəyəbənzər qabarıqlılıq əmələ gətirir. Bu dəbəliklərin ölçüsü 0,2-0,3-dən 1-2 sm-ə kimi olur, çox vaxt S-ə bənzər və enən çənbər bağırsaqlarda lokalizasiya olunur. Bəzən divertikulları aşkar etmək üçün yan proyeksiyada rentgen şəkillər vacibdir. Bağırsağın tonusuna, haustralar arasındakı büküşlərin dərinliyinə, həmçinin bağırsağ divarının plastikliyi və elastikliyinə diqqət yetirmək lazımdır. İrriqoskopiya çənbər bağırsağ hissələrinin yerdəyişməsinə və ya əksinəbağırsağ ətrafi iltihabi proses nəticəsində onun fiksasiyasınıaşkar etməyə imkan verir. Bundan başqa, rentgenoloji müayinə üsulu infiltrat əmələ gəldikdə S-ə bənzər bağırsağın mənfəzinin daralmasınıaşkar etməyə, həmçinin fistul yollarını kontrast maddə ilə doldurmağa imkan verir (fistuloqrafiya).

DX zamanı rentgenoloji aşkar olunan morfofunksional dəyişikliklər üç tipə bölünür. Birinci tip – bağırsağın mənfəzi 3,5-4,0 sm, hipertonus qabarıq deyil, haustraarası büküşlər hamarlaşmışdır, divar elastikliyi saxlanmışdır. İkinci tip - bağırsağın mənfəzi 2,5-3,5 sm, haustral rəsm deformasiyalaşmışdır, haustralarası büküşlər yüksəkdir, divar elastikliyi saxlanmışdır. Üçüncü tip - mənfəz 2,5 sm-dən aşağıdır, dayanıqlı hipertonus, haustrasiya xaotikdir, mişarvari kontur, elastiklik azalmışdır, bağırsağ fiksə olunmuşdur. Morfofunksional dəyişikliklərin bu tipi proqnostik baxımdan ən az qənaətbəxş olanıdır, bu formada xəstəliyin divertikulit, bağırsaqətrafi infiltrat, absesləşmə və ya perforasiya kimi ağırlaşmalarını gözləmək lazımdır.

Divertikulyozun aşkar edilməsində kolonoskopiyanın informativliyi heç də az deyildir. Bu üsul divertikulların mövcud olmasını müəyyən etməkdən başqa, bağırsağ mənfəzində iltihabi dəyişikliklərin davamiyyətini, divertikulların yerləşməsinə və onların selikli qişasının vəziyyətini dəqiqləşdirməyə imkan verir. Yaddan çıxarmaq olmaz ki, divertikulit fonunda kolonoskopiyanın yerinə yetirilməsi çənbər bağırsağın perforasiyasına səbəb ola bilər və ona görə də klinika və irriqoskopiyanın məlumatları nəzərə alınmaqla tətbiq olunmalıdır.

Differensial diaqnoz. Xəstədə məhz DX-nin olmasını düzgün təyin etmək – çox vaxt asan məsələ deyil, əgər xəstəliyin ilk manifestasiyası iltihabi ağırlaşmalarla müşayiət olunmuşsa, diaqnoz qoyulması xüsusilə çətinlik törədir.

Urgent cərrahiyyə şöbəsində divertikulyozun ağırlaşma hallarının öyrənilməsi göstərir ki, stasionara daxil olduqda bu xəstələrdə klinik mənzərə ən müxtəlif xəstəliklərin əlamətləri kimi qəbul edilə bilər. İlk baxışda divertikulitin dəqiq diaqnozu, bir qayda olaraq, kifayət qədər kiçik faiz xəstələrdə təyin edilir. Digər xəstələrdə şübhə altına yoğun bağırsağ patologiyası ilə əlaqədar olmayan başqa xəstəliklər düşür (yoğun bağırsağın törəmələri, naməlum etiologiyalı peritonit, kəskin appendisit, adneksit, böyrək sancısı).

Divertikulit və xərçəng aşağıdakı kriterilərə görə differensiasiya olunur: bədxassəli prosesdə daha uzunmüddətli anamnez, xəstəliyin tədricən inkişaf etməsi, çox vaxt xərçəngin kiçik əlamətləri, anemiya qeyd edilir. Bariüm imaləsi divertikullar zonasında kifayət qədər dəqiq sərhədləri olan striktura sahəsinin olduğunu aşkar etməyə imkan verir, xərçəng üçün bağırsağ keçiriciliyinin uzun müddət inkişaf edən pozulması ilə əlaqədar olan bağırsağın suprastenotik genişlənməsi daha xarakterikdir.

Endoskopik müayinə divertikulitə şübhə olduqda perforasiya təhlükəsi olduğuna görə ehtiyatla yerinə yetirilməlidir, lakin vizual baxış divertikulyoz üçün xarakterik olan daralmadan distala doğru selikli qişada olan

iltihabi dəyişiklikləri təyin etməyə imkan verir. Bağırsağ bioplatında şiş toxumasının təyin edilməsi həlledici rol oynayır, halbuki onun aşkar edilməməsi bəzən bədxassəli zədələnmənin olduğunu inkar etməyə imkan vermir.

Bəzi hallarda ultrasəsə kolonoskopiya istifadə edilə bilər. Lakin çox vaxt yekun diaqnozun qoyulması əməliyyat zamanı xaric edilmiş çənbər bağırsağın zədələnməmiş hissəsinin morfoloji müayinəsi əsasında mümkündür.

Kron xəstəliyi (KX) həmçinin divertikulitlə oxşar klinik mənzərəyə malik ola bilər. Diaqnozun düzgün qoyulmasına əsasən KX üçün xarakter olan diareya, selik və qanla qarışıq nəcis olma, həmçinin rektal baxış və rektoromanoskopiya yardım edir. Düz bağırsağın müayinəsi zamanı iltihabi dəyişikliklər, boylama xoralar-çatlar, həm də yoğun bağırsaqda KX zamanı tez-tez rast gəlinən perianal zədələnmənin izləri aşkar edilir. Divertikulyozu işemik kolitdən differensiasiya etməyə ağır sindromunun xarakteri –ağrının uzunmüddətli anamnezi və onun zəif intensivliyi, defekasiyaya tez-tez çağırışlar, prosesin çənbər bağırsağın sol əyriliyində lokalizasiya olunması yardım edir.

Çənbər bağırsağın divertikulları fonunda hər hansı yerli infiltrativ proses zamanı mütləq morfoloji müayinə aparılmalıdır. Bu müayinəni aparmaq mümkün olmadıqda cərrahi müalicə göstəridir, belə ki, differensial kriterilərdən heç biri bədxassəli prosesin istisna edilməsi üçün mütləq deyil. Yadda saxlamaq lazımdır ki, DX fonunda yoğun bağırsağın xərçəngi çənbər bağırsaqda divertikullar olmayan xəstələrlə müqayisədə 2-3 dəfə çox təsadüf edilir.

Müalicə. Müayinə zamanı təsadüfən tapılan simptomuz divertikulyoz xüsusi terapiya tələb etmir. Xəstəliyin ağırlaşmalarının meydana çıxması riskinin olmasını xəstəyə demək vacibdir. Bu halda ilk növbədə pəhrizin köməyi ilə qəbizliyi aradan qaldırmaq stulun tənzimlənməsini profilaktik tədbir hesab etmək olar. Ehtimal olunur ki, meyvə və tərəvəzin (bitkilərdən başqa) çox mənimsənilməsi müdafiə xüsusiyyətinə malikdir, ətin istifadəsi isə divertikulyar xəstəliyin inkişafı riskini artırır. Avropa EPİC-araşdırmaları vegetarianlığın müdafiə effektivini təsdiq etmişdir və xəstəliyin inkişafına siqaret çəkməyin, piylənmənin, hipertoniyanın və hiperlipidemiyanın qeyri-qənaətbəxş təsir etdiyini göstərmişdir (Crowe F.L., Appleby P.N., Allen N.E. et al., 2011). Qəbizliyə meyllilik zamanı işlədici, daha yaxşı yağlar təyin edilir.

Xəstəliyin etiologiyası, patogenezi və mərhələsindən asılı olaraq divertikulyar xəstəliyin müalicəsinə müvafiq yanaşmalar seçilir.

Müalicə taktikası (Qastroenteroloqların Ümumdünya təşkilatının praktiki rəhbəri, ÜQT-OMGE, 2007)

Ambulator müalicə (orta dərəcəli abdominal ağrılar / gərginliklə və sistem simptomların olmaması ilə xəstələr):

- Həcmli nəcis formalaşdıran qidanın azaldılması;
- 7-14 gün ərzində antibiotiklər (amoksisillin / klavulan turşusu, sulfametoksazol-trimetoprim və ya kvinolon + metronidazol 7-10 gün ərzində);
- Gözlənilən yaxşılaşma – müalicə başladıqdan 48-72 saat ərzində;
- *E. coli* və *Bacteroides fragilis* -ə nəzarət vacibdir;
- əgər 48-72 saat ərzində yaxşılaşma olmur, qarın boşluğunun möhtəviyyətinə baxış vacibdir.

Stasionar müalicə (ağır əlamətlər / simptomlarla xəstələr (1-2% halda):

- xəstənin stasionara hospitalizasiyası;
- bağırsağın boşaldılması;
- 7-10 gün ərzində vena daxili antibiotiklər (qram-mənfi və anaerob törədicilərin qarşısının alınması);
- Vena daxili mayelər;
- Analgeziya (meperidin);
- Meperidinin istifadəsinə morfinə nisbətən üstünlük verilir, belə ki, sonuncu S-əbənzər bağırsaqda bağırsaqdaxili təzyiqin artmasına gətirib çıxara bilər;
- Kəskin mərhələdə 48 saat ərzində yaxşılaşma baş verirsə, həcmli nəcis kütlələrinin əmələ gəlməsinə imkan verməyən pəhrizin tətbiqi ilə başlanmış müalicə davam etdirilir;
- Əgər xəstədə 24-48 saat ərzində normal temperatur \pm leykositozun azalmasına tendensiya olmuşsa, antibiotiklər peroral forma ilə dəyişdirilə bilər;
- Yaxşılaşma baş vermədikdə fleqmona və ya absesə şübhə yaranır və müvafiq müayinə aparılır;
- Divertikulitin müalicəsi üçün hospitalizasiya olunmuş xəstələrin 15-30%-də artıq daxil olduqda cərrahi müalicənin aparılması tələb olunur, bu zaman ölüm göstəricisi 18% təşkil edir.

Yoğun bağırsağın ağırlaşmamış divertikulyar xəstəliyinin terapiyası adətən aşağıdakı dərman preparatlarının təyin edilməsindən ibarət olur (Angel Lanos, 2013):

- Rifaksimin;
- Mesalazin;

- Spazmolitiklər;
- Probiotiklər;

Cərrahi müalicə. Divetrikulitin 1-ci epizodu və 2-ci epizodunu keçirən xəstələrin 22-30%-i. Divertikulitin nəticələri (Esther C.J., 2013): divetrikulitin 1-ci epizodu ilə xəstələrin 90%-ni konservativ müalicə etmək olar.

Kəskin divetrikulitin 1-ci epizodundan sonra üç vəziyyət yaranır:

- Divertikulitin təkrari tutmaları xəstələrin 2-42%-də baş verir;
- Təqribən 33% xəstə heç vaxt divertikulit epizodu keçirmirlər;
- Təqribən 33% xəstə ağır və diskomfort kimi şikayətlər hiss etməyə davam edirlər;

Təcili cərrahi əməliyyat aşağıdakı ağırlaşmalar olan hallarda mütləqdir:

- 1) Peritonitin generalizasiyası ilə sərbəst perforasiya;
- 2) Bağırsağ keçməməzliyi;
- 3) Dəridən keçməklə drenləşdirilməsi mümkün olmayan abses;
- 4) Fistul;
- 5) Vəziyyətin pisləşməsi və ya konservativ müalicə aparılarkən xəstənin vəziyyətinin kifayət qədər tez yaxşılaşmaması;

Planlı cərrahi müalicə daha tez-tez aparılır:

- 1) Kontrast materialın (barium) axması müşahidə edilən istənilən divertikulit halı;
- 2) Keçməzlik əlamətləri zamanı yaxud divertikulit və xərçəng arasında differensasiya aparmaq mümkün olmadıqda.

Rezeksiya adətən kəskin iltihab epizodundan 6-8 həftə sonra yerinə yetirilir. Cərrahi taktikanın seçimi təcili yaxud planlı əməliyyatın aparılmasına göstərişlərdən asılıdır. Planlı əməliyyat zamanı çox vaxt S-ə bənzər bağırsağın rezeksiyası icra edilir. Rezeksiya mexaniki və antibakterial hazırlıq bitdikdən sonra aparılır. O açıq, yaxud da laparoskopik üsulla yerinə yetirilə bilər. İltihabın və ya bitişmələrin olması laparoskopik üsulun tətbiqi üçün maneə ola bilər.

Divertikulitin cərrahi müalicəsi taktikası. Amerika yoğun və düz bağırsağ cərrahları cəmiyyətinin işləyib hazırladığı standart taktika (Rafferty J., Shellito P., Hyman N.H., Buie W.D., 2006).

Divetrikulitin 2-ci kəskin epizodu siqmoidektomiyanın aparılmasına göstərişdir.

Böyük Britaniya koloproktoloqları assosiasiyasının prinsiplərinə uyğun olaraq 2011-ci ildə rəhbər prinsiplər yenilənmişdir (Fozard J.B., Armitage N.C., Schofield J.B., Jones O.M., 2011). Epizodların sayı cərrahi müdaxiləyə göstəriş üçün daha çox vacib göstərici sayılmır, belə ki, divertikulitin təkrari tutmaları əsasən konservativ müalicə olunur. Hollandiya koloproktoloqlar cəmiyyəti də həmçinin bu prinsipi əsas tutur (Andeweg C.S., Felt-Bersma R., Verbon A., Stoker J., Boermeester M., Bleichrodt R., 2013).

Kəskin divertikulit və onun ağırlaşmaları zamanı təcili cərrahi müdaxilənin aparılmasının çoxsaylı üsulları mövcuddur. Mövcud cərrahi baxışlara baxmayaraq, birinci əməliyyat kimi birincili rezeksiyanın və birmomentli taktika əvəzinə müalicənin bir neçə mərhələsinin aparılmasının vacibliyi haqqında fikir tarixən möhkəmlənmişdir.

Hal-hazırda birincili rezeksiya standart xarakter daşıyır, vəziyyətdən asılı olaraq birincili anastomoz və ya stomanın çıxardılması cərrahın peşəkarlıq qabiliyyətindən və klinikada ixtisaslaşmış şöbənin olmasından asılı olaraq bir sıra tədqiqatlarla təsdiq olunur:

- 1) Birincili rezeksiya xəstənin stasionarda qalma müddətini qısaldır;
- 2) Bir kolostomiya və ya drenləşdirmənin nəticələri ilə müqayisədə xəstəlik müddəti qısaldır;
- 3) Kolostomiyanın nəticələri ilə müqayisədə ölüm göstəricisinin azalmasına gətirib çıxarır (26%-ə qarşı 7%);
- 4) Uzunmüddətli sağalmaya səbəb olur.

Hartman əməliyyatı birinci dəfə 1923-cü ildə təsvir edilmişdir, ilk dəfə o düz bağırsağ xərçənginin müalicəsində planlaşdırılmışdır. Bu çoxmərhələli əməliyyatdır, belə ki, S-ə bənzər bağırsağ mobilizasiya olunur və rezeksiya olunur, düz bağırsağ tikilir və kolostoma formalaşdırılır. Sonrakı mərhələdə bağırsağın keçiriciliyi bərpa olunmaqla kolostoma ləğv edilir (çox vaxt birinci əməliyyatdan 3 ay sonra). Müalicənin belə çoxmərhələliyi ikinci əməliyyatın yerinə yetirilməsinin vacibliyi, düz bağırsağın çapıqlaşması və anastomozun qoyulmasında çətinliklər kimi problemlərin ortaya çıxmasına gətirib çıxarır. Tranzverzostoma (kolostoma) və drenləşdirmə digər müalicə üsuludur (birincili rezeksiya yerinə yetirilmədən), bu zaman birincili kolostoma formalaşdırılır, sonra zədəli seqment rezeksiya olunur və kolostoma ləğv edilir. Bu üsulda 12% halda ağırlaşmalar və 5-dən 29%-ə qədər ölüm qeyd edilir.

Birincili anastomozun qoyulması ideyası Hartman əməliyyatına xas olan problemlərin analizinin ayrılmaz nəticəsi kimi meydana çıxmışdır. Birincili anastomozun qoyulması bağırsağı adekvat hazırlanan əksər xəstələr üçün daha məqsədəuyğundur, lakin nəcis peritoniti, ağır qidalanma pozulması və ya pozulmuş immunitet müşahidə edilən qeyri-stabil xəstələrdə əks-göstərişdir.

Birincili anastomozla və proksimal stomanın (ileostomanın) formalaşdırılması ilə rezeksiya individual göstəricilərlə yerinə yetirilən modifikasiyalaşdırılmış əməliyyatdır, o ikinci (mərhələli) əməliyyatın aşağı invazivliyi nəticəsində stomanın ləğvini asanlaşdırır.

Proqnoz. Ağırlaşmaların əmələ gəlməsinin vaxtında profilaktikası zamanı, həmçinin klinik cəhətcə qabarıq divertikulyoz zamanı fəal müalicə taktikasında qənaətbəxşdir. İrinli ağırlaşmaların tez inkişafı, kəskin qarın əlamətlərinin əmələ gəlməsi xəstəliyin proqnozunu irin xarakterli qarın boşluğu orqanlarının digər təcili cərrahi xəstəliklərində olduğu kimi daha şübhəli edir.

DX-nin digər təhlükəli tərəfi yaşlı xəstələrdir, bir qayda olaraq, orqanizmin zəifləmiş vəziyyəti divertikulitlərin tez-tez residivləşməsinə səbəb olur. İltihabi prosesin təkrari residivləşməsi 33% xəstələrdə rast gəlinir. Təqribən 20% xəstədə müalicə olunmuş qanaxmadan bir müddət sonra onun təkrarlanması qeyd olunur.

DX-nin profilaktikası. DX-nin inkişafında əsas etioloji faktorun qida rasionunda liflərin çatışmazlığı olduğunu nəzərə alaraq, bu xəstəliyin profilaktikasında mütəmadi olaraq tərəvəz, meyvə, dənli bitkilərin – liflərlə zəngin məhsulların istifadə edilməsi tövsiyə olunur. Əgər divertikulyoz varsa, ciddi şəkildə müəyyən pəhrizə və həyat tərzinə riayət olunmalıdır. Həll olmayan liflərin mənilsənilməsi və DX-nin inkişafı riski arasında (nisbi risk = 0,63-0,95 Cİ 0,44-0,91) əhəmiyyətli geri əlaqə vardır. Gün ərzində təqribən 32 q lif mənimsəyən fərdlərdə ən yaxşı nəticə müşahidə edilir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Комаров Ф.И., Осадчук М.А., Осадчук А.М. Практическая гастроэнтерология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 480 с.

2. Осадчук М.А., Бурдина В.О. Синдром раздраженного кишечника с внекишечными проявлениями с позиций нейроэндокринной патологии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. - № 2 (114). – С. 29-34.

3. Свистунов А.А., Осадчук М.А., Бурдина В.О. Синдром раздраженного кишечника как проблема первичного звена здравоохранения // Врач. – 2014. - № 3. – С. 14-18.

4. Andeweg C.S., Felt-Bersma R., Verbon A., Stoker J., Boermeester M., Bleichrodt R. Summary of the practice guideline on diverticulitis in the colon: diagnostics and treatment in specialty care // Ned. Tijdschr Geneesk. – 2013. – Vol. 157 (15). – A6124.

5. Crowe F.L., Appleby P.N., Allen N.E. et al. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians // Br. Med. J. – 2011. – Vol. 343. – P. 4131.

6. Fozard J.B., Armitage N.C., Schofield J.B., Jones O.M. ACPGBI position statement on elective resection for diverticulitis. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland // Colorectal. Dis. – 2011. – Suppl 3. – P. 1-110.

7. Hinchey E., Scala P.G.H., Richards G.K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon // Adv. Surg. – 1978. – Vol. 12. – P. 85-109.

8. Rafferty J., Shellito P., Hyman N.H., Buie W.D. Standarts Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis // Dis. Colon. Rectum. – 2006. – Vol. 49. – P. 939-944.

Rəyçi: ATU-nun II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.ü.e.d. Cəfərli R.E.

Redaksiyaya 24.11.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

AMBULATOR VƏ YA, 24 SAATLIQ STASIONAR MÜŞAHİDƏ ŞƏRAİTİNDƏ
LAPAROSKOPIK XOLESİSTEKTOMİYA

Z.T. ŞİRİNOV, N.Ə. HƏMİDOVA

Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan.

(email: dr.zerraf.shirinov@gmail.com)

Laparoscopic cholecystectomy in ambulator or 24 hour stasyonary observation

Z.T. Shirinov, N.A. Hamidova

Summary: *Approximately 10% of the world's population suffer from gallstone disease. This review article provides an overview of an outpatient or an analysis of literature data on laparoscopic cholecystectomy within 24 hours of inpatient observation. Our goal is to attract the attention of surgeons, gastroenerology and the scientific community to this area.*

Key words: *cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, outpatient laparoscopic cholecystectomy.*

Лапароскопическая холецистэктомия в амбулаторных условиях

или 24 часового стационарного наблюдения

З.Т.Ширинов, Н.А. Гамидова

Резюме: Приблизительно 10% населения мира страдают от желчнокаменной болезни. В этой обзорной статье представлен обзор амбулаторного лечения или анализ литературных данных о лапароскопической холецистэктомии в течение 24 часового стационарного наблюдения. Наша цель - привлечь внимание хирургов, гастроэнтерологов и научных кругов к этой области.

Ключевые слова: холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, амбулаторная лапароскопическая холецистэктомия.

Açar sözlər: *cholesistektomiya, laparoskopik xolesistektomiya, ambulator laparoskopik xolesistektomiya.*

Bir günlük ambulator cərrahiyyənin əsası Şotlandiyanın Qlazqov Uşaq Hospitalında çalışan James Nicoll (1864-1921) tərəfindən qoyulmuşdur. James Nicoll 1909-cu ildə British Medical Journalda yırtıq, fimoz, mastoidit və spina bifida ilə olan 8.988 xəstəyə icra etdiyi bir günlük cərrahi əməliyyatın nəticələrini vermişdir. 1955-ci ildə Edenburghda işləyən Farquharson tərəfindən ambulator cərrahiyyənin nəticələri Lancet jurnalında dərc olunduqdan sonra yeni bir proses başlandı. Nicollun konsepsiyası əsasında 1962-ci ildə ABŞ-da Los-Anjelesdə Kaliforniya universitetində bir günlük cərrahiyyə bölümü yaradıldı. 1966-cı ildə George Washington universitetində, 1968-ci ildə İsləndiyada Rhode və Providence şəhərlərində, 1969 ildə Arizonada, 1970-80-ci illərdə ABŞ, Kanada, Birləşmiş Krallıqda və Avstraliyada belə mərkəzlər açılmışdır. 1974-1995-ci illər ərzində ABŞ-da 12 cəmiyyəti özündə birləşdirən Fedarated Ambulatory Surgery Association (FASA) yarandı. Sonradan 24 ölkənin bir günlük ambulator cərrahi assosiasiyaları birləşərək International Association for Ambulatory Surgery –IAAS yaratmışlar. Bütün bu mərkəzlər müəyyən protokollar əsasında hernioplastika, strumektomiya tonzillektomiya, LXE və s. icra edirlər [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8].

Bu mövzu müasir tibbi ədəbiyyatlarda geniş müzakirə olunmaqdadır [9; 10; 11].

Müasir dövrdə rastgəlmə teliyinə görə öd daşı xəstəliyi ürək-damar xəstəlikləri və şəkərli diabetdən sonra üçüncü yeri tutur [12]. RF-də il ərzində 110 000 xolesistektomiya əməliyyatı icra olunur [13]. Öd kisəsinin daşları zamanı LXE “qızıl standart” sayılır [14].

Daşlı xolesistitin müalicəsində minimal invaziv texnologiyanın geniş tətbiq olunması LXE-nin yeni mərhələsinə 24 saatlıq stasionar müşahidə ilə cərrahi əməliyyatların icrasına təkan verdi [15; 16; 11; 10].

Bu hadisə xarici ölkələrdə sağlq sığortası şirkətlərinin kommersiya maraqları, stasionar cərrahiyyənin azlığı, pasientə az maddi sərfiyyatla ekonomik effektiv müalicənin aparılması önəmli yer tutur [17; 18].

Belə müalicənin iki əsas variantı mövcuddur. Birinci variant bir günlük və ya ambulator cərrahiyyə: xəstə daxil olduğu gün cərrahi əməliyyat məruz qalır və əməliyyatdan 4-6 saat sonra stasionardan evə yazılır (one day surgery və ya ambulatory surgery) [19; 20].

İkinci variantda xəstə daxil olduğu gün əməliyyat olunur, ertəsi gün evə yazılır, stasionarda qalma müddəti 24 saatdan çox olmur [21].

LXE-yaya belə strateji yanaşma aşağıdakı məqsədlərlə icra olunur: xəstənin stasionarda qalma müddətinin - cərrahiyyənin azlığı; xəstəxana daxili infeksiyalaşma riskinin azalması; xəstələrin əməliyyatdan sonrakı ev şəraitində daha tez reabilitasiyası [22]. Bundan başqa xəstələrin əmək qabiliyyətinin erkən bərpa olunması, tez işə dönmələri sosial-ekonomik baxımdan səhiyyə sistemində və sağlq sığortası şirkətlərinə dividend gətirir.

Ekonomik effektivdir, yəni müalicəyə az vəsait sərf olunur [23; 24]. Bu əməliyyat proqramının eyni həkim briqaları tərəfindən icra olunması və xəstələrin əməliyyatdan öncəsi gözləmə vaxtının az olması müsbət hal kimi qeyd olunur.

RF -dan olan bəzi müəlliflərin məlumatına əsasən sutkalıq stasionar müşahidə şəraitində LXE haqqında geniş kliniki materiala əsaslanan araşdırmalar azdır və ona görə birmənalı nəticə çıxarmamaq mümkün deyildir [25; 15].

1994-2004-cü illər ərzində Norveçdə 1000-dən artıq 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində LXE icra olunmuşdur, bunlardan 83,5%-i əməliyyat olunduğu gün evə yazılmışdır [26].

Belçikada xroniki daşlı xolesistitlə olan xəstələrin 50%-i bir günlük – ambulator LXE əməliyyatına məruz qalır [27].

ABŞ-da xroniki daşlı xolesistitlə olan xəstələrə 99% LXE ambulator və ya 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində icra olunur. Daha cavan və sağlıq sığortası yüksək olan pasientlər ambulator şəraitdə digərləri isə stasionar şəraitdə əməliyyat olunurlar. Bu faktın özü xəstələrin seçilməsi göstərişinin düzgün qoyulmasına dəlalət edir [28].

Böyük Britaniyada LXE-nin bir günlük və ya ambulator icra olunması 68% təşkil edir [29].

2011-ci ildə Daniyada bir müəssisənin 10 illik LXE-ya haqqında təcrübəsi barədə məlumat verilmiş, 318 xəstədən 81,6%-i həmin gün əməliyyatdan 4-6 saat sonra evə yazılmışdır [30].

RF və İtaliyada ambulator LXE-nin yalnız 20% hallarda mümkün olması qeyd olunmuşdur [24].

İspaniyada 1997-2010-cu illər ərzində 1100 LXE-nin 73%-i sutkalıq stasionar müşahidə altında icra olunmuş, bunlardan 82%-i əməliyyat olunan gün evə yazılmışdır [31].

Digər müəlliflər yalnız 37% hallarda ambulator LXE-nin mümkünliyünü qeyd edirlər [19]. S.Al-Omani və həmmüəllifləri tərəfindən 1140 pasientə bir günlük stasionar LXE icra olunmuşdur. 5 illik kliniki materialın analizinə əsasən 96% hallarda LXE-ni sutkalıq stasionar müşahidə şəraitində icra etmək mümkün olmuşdur [32].

H.H. Al-Qahtmani və həmmüəllifləri tərəfindən 487 xəstənin ambulator şəraitdə LXE icra olunması haqda məlumat vardır [33].

Çin Respublikası cərrahlarının bu sahədə təcrübəsi daha çoxdur, məs. bir müəllif 519 LXE-ni ambulator icra etmişdir [34].

Portuqaliyada pilot layihə olaraq müxtəlif stasionarların kliniki təcrübəsinə əsaslanan elmi araşdırma zamanı planlı LXE-nin 60% hallarda ambulator və ya 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində icra olunmasının mümkünliyi qeyd olunmuş və nəticələrin həkimlərin peşəkarlıq səviyəsindən asılılığı qeyd olunmamışdır [35].

Göstərilən variantda cərrahi əməliyyatın uğurlu olması üçün aşağıdakı şərtlər vacibdir: pasientə tama-milə mükəmməl informasiya vermək və onun razılığını almaq, xəstələrin dəqiqliklə seçilməsi, yüksək ixtisaslı kadrların (cərrahlar və anestezioloqlar) seçilməsi; əməliyyatdan sonra evə buraxılmış xəstələrin müşahidələri – patronajı [9; 15].

Bəzi müəlliflər əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunun və öyümə-qusmanın profilaktika və müalicəsinə müvəffəqiyyətli əməliyyatın əsası sayırlar [34].

Bir çox müəlliflər 24 saatlıq stasionar müşahidə ilə LXE-ya göstəriş olaraq ASA (American Society of Anesteziologists) şkalası üzrə anestezioloji riski I-II dərəcə olan xəstələrin seçilməsini qeyd edirlər [36; 37; 34]. Belə ki, ASA şkalası üzrə III-IV dərəcə riskli xəstələrin əməliyyatdan sonra ağırlaşmaları daha çox olur [38] və əməliyyatdan sonrakı stasionar müalicə vaxtının uzanmasına səbəb olur [39].

Ancaq ədəbiyyatda ASA şkalası üzrə III dərəcə olan xəstələrin uğurlu nəticələri barədə məlumatlar vardır. Belə halda yanaşı gedən xəstəliklərin stabil gedişli olduğu qeyd olunmuşdur [40; 41].

Bir şeyi qeyd etmək lazımdır ki, xoledoxolitiazla olan, yəni anamnezində mexaniki sarılıq olan xəstələri bu metodla LXE etmək olmaz [42].

A.Sato və həmmüəllifləri hesab edirlər ki, kəskin daşlı xolesistitlər anestezioloji riski ASA şkalası ilə 2-dən yuxarı olan xəstələri, əvvəllər qarının yuxarı mərtəbəsində hər hansı açıq əməliyyat olunmuş xəstələr və xəstəxanadan uzaqda yaşaması, yəni evə yazıldıqdan sonra 3 saatlıq yol getməsi lazım olan hallarda 24 saatlıq stasionar müşahidə ilə LXE etmək məqsədəuyğun deyildir [43].

Bir günlük stasionar müşahidə ilə LXE –ya əks göstərişlər mexaniki sarılıq, xoledoxolitiaz, kəskin daşlı xolesistit tutmaları ilə olan konservativ ağırsızlaşma aparılan və mikroholesistostoma qoyulması və kəskin pankreatitlə ağırlaşma halları sayılır [31; 40].

Həmçinin, hamiləlik, epilepsiya, USM-si zamanı perivezikulyar infiltrasiyasının olması 24 saatlıq stasionar müşahidə ilə LXE üçün əks göstəriş sayılır [33].

Həmçinin ürək-damar və tənəffüs sisteminin qeyri stabil və dekompensasiya mərhələsində olan xəstəlikləri, gecələr abstruktiv apnoe olan hallar, yaşın >85 üzərində olması, qanın laxtalanma sistemində pozğunluqların olması və psixoloji sarsıntılı xəstələr əks göstəriş sayılır, çünki, onlar əməliyyatdan sonra stasionarda müalicə almalıdırlar [20].

Avropa, ABŞ və Avstraliyada aparılan 6 randomizə olunmuş və 1 randomizə olunmayan araşdırmalar nəticəsində məlum olmuşdur ki, konversiya hallarına, əməliyyatdan sonrakı ilkin ağırlaşmalaratəkrar hospitalizasiya hallarına və bir həftədən sonra adi həyat tərzinə qayıtmaq hallarına hər iki LXE zamanı yəni ambulator və stasionar şəraitdə aparılan əməliyyatlarda dürüst fərq qeyd olunmamışdır [44; 45].

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağrı sindromunu azaltmaq məqsədi ilə bəzi müəlliflər 4 yox 3 troakardın istifadəni və qarındaxili təzyiqi 9 mm Hg st-da saxlanmağı məsləhət görürlər [31; 46].

Bəzi ədəbiyyat məlumatlarında əməliyyatöncəsi premedikasiya məqsədi ilə qeyri steroid iltihab əleyhinə dərmanlardan istifadə olunması əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunu azaldır və LXE-dan sonra həmin gün xəstəni evə yazmaq mümkün olur [42; 46].

Randomizə olunmuş 13 klinikanın araşdırmalarının metaanalizinə əsasən 782 xəstədə əməliyyat öncəsi 1 ampul ketorolak vurulması orqanizmin opioidlərə tələbatını azaldır və beləliklə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ürəkbulanma, qusma və ağrı sindromu azalmış olur. Bu hal əməliyyatdan öncə vurulan ketorolakin 3-4 saat təsiri ilə (yəni əməliyyat vaxtı və ondan sonra) izah olunur [47].

Bəzi müəlliflər əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunu azaltmaq məqsədilə troakar yaralarına anestetiklərin infiltrasiyasını təklif edirlər, məsələn, bupuvakainin adrenalinlə qarışığı. Bu halda VAŞ (vizual analoji şkala) şkalasına görə ağrı sindromunun 4-8 saatda azalmasını qeyd edirlər [33; 48; 49].

Lakin anestetiklərin LXE zamanı qarın daxili periton boşluğuna yeridilməsi əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunun intensivliyinin azalmasına təsir etmir [45].

Lakin Sicilia və həmmüəllifləri əməliyyat vaxtı qaraciyəraltı sahəyə mikroirrigator qoyaraq əməliyyatdan sonra hər 1,5 saatda peritondaxilinə 10 ml 0,5%-li ropuvakain məhlulu yeridirlər. Əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromu 5,5 saat müddətində olmur və xəstəni ambulator evə yola salmaq mümkün olur [20].

1995-ci ildə müəlliflər tərəfindən evə yazılması mümkün olan xəstələrin vəziyyətinin obyektiv qiymətləndirilməsi şkalası tərtib olunmuşdur [50]. Müşahidələrə əsasən >9 bal toplamış xəstələr əməliyyatdan sonra ambulator olaraq evə yazıla bilər. Рыбин Ю.Н. və həmmüəlliflərinin fikrinə əsasən xəstələrin stasionardan evə yazılması cərrahlar və anestezioloqlar tərəfindən birlikdə qərar verilməklə olur. Evə yazılmasına imkan olmayan hallar: laparoskopik əməliyyatın açıqakonservasiyası, əməliyyatdan sonrakı ürəkbulanma, qusma, kəskin ağrı sindromu və öd kisəsi yatağından öd axımının olmasıdır. Belə hallar 6,8% qeyd olunmuşdur [25].

Əksər müəlliflər həyat üçün vacib orqanların funksiyasının bərpa olunması: hərəkətin mümkünlüyü; öyümə-qusmanın olmaması; duru qida qəbulunun mümkünlüyü; sidik ifrazının sərbəst olması; peroral spazmolitiklərlə ağrı sindromunun blokada olunması hallarında LXE-dan sonra bir gün ərzində xəstəni evə yola salmağın mümkün olduğunu qeyd edirlər. [42; 46; 24; 40; 33].

Bəzi müəlliflər rutin olaraq hər LXE-dan sonra qaraciyəraltı nahiyəyə drenaj borunun qoyulmasını düzgün hesab etmirlər və hesab edirlər ki, drenajın qoyulması xəstənin stasionarda qalması vaxtını uzadır və hər halda əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunun yaranmasına səbəb olur. Həmçinin drenajın çıxarılması xəstələrin psixoloji durumuna təsir edir və ağrı ilə müşahidə olunur. Əgər əməliyyat texniki rahat icra olunubsa, qanaxma və öd axma hallarına şübhə yoxdursa drenaj qoymağa ehtiyac yoxdur [46; 40; 51; 33].

22 000 multivariant LXE olan xəstələrin retrospektiv analizinə əsasən əməliyyatdaxili ağırlaşmaların yüksək risk faktorları, kişi cinsi, əməliyyat vaxtının orta hesabla hər 30 dəq. uzanması, bədən çəkisinin >90 kq-dan yuxarı olması, əməliyyatı icra edən həkimin kliniki təcrübəsinin 100 əməliyyatdan az olması aid edilir [38; 40; 51; 31].

Bəzi müəlliflərin məlumatına görə 1,4-5,2% hallarda ambulator evə yazılmış xəstələrdə kəskin ağrı sindromu və ögümə, qusma halları olduğu üçün təkrar stasionara daxil olma mümkündür [46; 33; 30; 24]. Əməliyyatdan sonrakı öyümə, qusma və ağrı sindromunun müalicəsi ilə anestezioloqlar məşğul olurlar. Bunun üçün ədəbiyyatda müxtəlif təkliflərə rast gəlinir, məs. əməliyyatdan əvvəl vena daxilinə 8 mg deksametazonun vurulması, azot oksidi və qaz halında olan anestetik və opiatların əvəzinə propofoldan istifadə olunması, qusma əleyhinə preparatlar məs. ondansetron + droperidol ya deksametazon kombinasiya şəklində istifadəsi yaxşı nəticə verir [52; 46].

Portuqaliyada 10 illik tarixə malik 15 minlik ambulator icra olunmuş LXE-nin nəticələrinə əsasən rutin olaraq xəstələrə vena daxilinə droperidol 0,625 mg+deksametazon 4 mg vurulması əməliyyatdan sonrakı öyümə-qusma sindromunu 0,06%-ə qədər azaltmışdır [53].

Məlum olduğu kimi LXE əksərən ümumi (endotraxeal narkoz) ağrısızlaşdırma şəraitində yerinə yetirilir. Ancaq bəzi müəlliflər spinal anesteziya şəraitində əməliyyatın icrası barədə məlumat verirlər. Məsələn 20 əməliyyatın spinal anesteziya şəraitində LXE olunması və ambulator olaraq yəni əməliyyatdan 4-5 saat sonra evə yazılması qeyd olunmuşdur [54].

Bəzi müəlliflərin göstəricələrinə əsasən interpersion qanaxmalar və öd kisəsinin zədələnmələri qarın boşluğuna ödüün tökülməsi halları qaraciyəraltı sahənin drenləşməsinə göstərişdir-1,64% rast gəlinir. Açığa keçmə-konservasiya halalrı 0,82%, öd kisəsinin yatağından öd axını 0,2-0,9%, paraambliikal yara nahiyəsində infiltrat və seroma 1% təşkil edir [33; 42].

24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində LXE-dan sonra 2,5-8,5% hallarda əməliyyatdan sonrakı ilkin ağırlaşmalara rast gəlinir [30; 40]. Bəzi müəlliflərdə yaraların irinləməsi 7,6 – 14,6% hallarda qeyd olunmuşdur və bu hal siqaretçəkmə ilə düz mütənəsibdir. [55].

Bəzi müəlliflər LXE zaman antibiotikoprofilaktika və ya antibiotikoterapiyanın aparılmasını lüzum görmürlər [31; 40].

Bəzi müəlliflərin məlumatına əsasən ambulator və 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində LXE olunan xəstələrin ekonomik effektivliyi eynidir [44].

Bəzi müəlliflərin nəticələrinə əsasən bu fərq yəni ambulator LXE-nin effektivliyi 55% təşkil edir [26; 45].

Ji W. və həmmüəlliflərin verdiyi məlumata görə ekonomik effektivlik 17,5% təşkil edir [56].

Rodriguez V.T. və həmmüəlliflərinin məlumatına əsasən LXE əməliyyatı olunaraq ambulator evə yazılan xəstələr 24 saat sonra evə yazılan xəstələrə nisbətən müəsisəyə 1000 evro qənaət etməyə imkan verir [19]. RF-da bu haqda məlumatlar çox azdır [57].

Ədəbiyyat araşdırmaları zamanı Azərbaycan alimlərinin məlumatlarına rast gəlmədik. Bu istiqamətdə cərrahiyyənin inkişafının həll olunmayan məsələləri hələ ki, ambulator LXE əməliyyatlarının hüquqi bazasının protokollarının olmaması, ambulator LXE-ya göstərişlərin, xəstələrin seçilməsi kriterilərinin olmaması və əməliyyatdan sonra evə yazılmış xəstələrin müşahidələri üçün patronaj xidmətinin olmamasıdır.

Beləliklə, hazırda Azərbaycan Respublikasında ambulator və ya 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində LXE əməliyyatına göstərişlərin hazırlanması, xəstələrin seçilmə kriterilərinin işlənməsi, ağrısızlaşdırmanın növü, əməliyyatdan sonrakı qulluq və s. bu xəstələrin diaqnostika və cərrahi müalicə alqoritminin hazırlanmasına ehtiyac vardır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Jarrett PEM. James H Nicoll (1864–1921). *AmbulSurg*1999; 7: 63-64.
2. Nicoll JM. The surgery of infancy. *BMJ*1909; 753-756.
3. Farquharson EL. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet*1955; 1: 517-519.
4. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Guidelines for day surgery. Revised edition. London, UK: Royal College of Surgeons of England, 1992. First published 1985.
5. Australian Day Surgery Council. Day Surgery in Australia. Revised edition. Melbourne, Australia: Royal Australasian College of Surgeons, 2004. First published 1981.
6. Cooke T, Fitzpatrick R, Smith I. Achieving day surgery targets: a practical approach towards improving efficiency in day case units in the UK. London, UK: AdvanceMedical Publications, 2004.
7. British Association of Day Surgery. Ten Dilemmas in Preoperative Assessment for Day Surgery. London: BADS, 2009.
8. British Association of Day Surgery. Organisational Issues in Pre Operative Assessment for Day Surgery. London: BADS, 2010.
9. Tenconi S.M., Boni L., Colombo E.M. et al. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients' selection. // *Int. J. Surg.* – 2008. – Vol.6, №1. – P. 86-88.
10. Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – Vol.31, №7:CD006798.
11. Lezana Pérez M.A., Carreño Villarreal G., Lora Cumplido P., Alvarez Obregón R. Comparative study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy versus management of laparoscopic cholecystectomy with conventional hospital stay. // *Cir.Esp.* – 2013. – Vol.91, №7. – P. 424-431.
12. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей: пер. / М. : ГЭОТАР Медицина, 2001. – 260 с.
13. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* – 2005. – №1. – С. 16–25.
14. Treska V., Skalicky T., Safranec J., Kreuzberg B. Injuries to the biliary tract during cholecystectomy. // *Rozhl. Chir.* – 2005. – Vol.1. – P. 90–97.
15. Сажин В. П., Мальчиков А. Я., Комов Ю. А., Коновалов А. С. Основные принципы внедрения лапароскопических операций в поликлинике // *Хирургия.* - 2003. - №5. - С. 46-49.
16. Tilleman E.H., Kok C., Gouma D.J. Laparoscopic cholecystectomy in day care; implementation of a guideline for clinical practice. // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 2003. – Vol.19, 147, (16). – P. 760-763.
17. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser C.S., Strange K.C. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. // *Health Aff (Millwood)* – 2010. – Vol.29, №8. – P. 1489-1495.
18. Hudon C., Fortin M., Haggerty J.L. et al. Measuring patient perceptoins of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. // *Ann Fam Med* – 2011. – Vol. 9, №2 – P. 155–164.
19. Rodriguez V.T., Arnau A.B.M., Riart G.C. et al. Experience of an ambulatory laparoscopic cholecystectomy program in a third level hospital. // *Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery.* 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – *Ambulatory Surgery.* – 2015. – №21.3. – P. 117.

20. Sicilia C.B., Llorente I.V., Odds C.S. et al. Safety and quality in ambulatory laparoscopic cholecystectomy. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 166.
21. Topal B., Peeters E, Pennichx F. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increase hospital bed capacity. // Surgic. Enoscop. - 2007. - Vol. 21, №7. – p.1143-1147.
22. Nystrom P.O. Difficult to measure results and quality of surgical interventions but length of stay is an important variable. // Lakartidningen. – 2004. – Vol.15, 101(3). – P. 184-189.
23. Березуцкий С.Н., Жавненко Т.Ф., Воловик Е.В. Комплексная форма организации оказания хирургической помощи больным в условиях стационарзамещающих технологий. // Амбулаторная хирургия. – 2004. – №4, (16). – С. 23-24.
24. Brescia A., Gasparrini M., Nigri G. et al. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: Feasibility and outcomes of the first 400 patients. // Surgeon. – 2013. – №11. – P. 14–18.
25. Рыбин Ю.Н., Вальковский В.М. Анализ проведения лапароскопической холецистэктомии под общим обезболиванием в амбулаторных условиях. // Интенсивная терапия – 2008. – №2. – С. 65-66.
26. Skattum J., Edwin B., Trondsen E. et al. Outpatient laparoscopic surgery: feasibility and consequences for education and health care costs. // SurgEndosc. – 2004. – Vol. 18. – P. 796–801.
27. Berrevoet F., Biglari M., Sinove Y. Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy in Belgium: What Are we Waiting for? // Acta chir Belg. – 2006. – №106. – P.537-540.
28. Paquette I.M., Smink D., Finlayson S.R. Outpatient cholecystectomy at hospitals versus freestanding ambulatory surgical centers. // J Am Coll Surg. – 2008. – Vol. 206, №2. – P. 301–305.
29. Smith I., Cowley S., Crick H., Makin C. Effectiveness of a Rapid Improvement Programme to increase day-case laparoscopic cholecystectomy rates. // The Journal of One Day Surgery. – 2010. – Vol. 20, №4. – P. 80-86.
30. Thomsen C., Bording C., Rasmussen S.J.R. Day case laparoscopic cholecystectomy in a centre with more than 10 years experience in ambulatory surgery: indications, complications, length of stay, and readmissions. // Ambulatory Surgery. – 2011. – № 17.2. – P. 37-42.
31. Durantez F.D., Garcia M.A., Cuellar A.N. et al. Day surgery laparoscopic cholecystectomy: comparative analysis in two consecutive periods in a cohort of 1132 patients. // Ambulatory Surgery. – 2013. – №19.4. – P. 121-126.
32. Al-Omani S., Almodhaiberi H., Ali B. et al. Feasibility and safety of day-surgery laparoscopic cholecystectomy: a single-institution 5-year experience of 1140 cases. // Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2015. – Vol. 19, №3. – P. 109-112.
33. Al-Qahtani H.H., Alam M.K., Asalamah S. et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy. // Saudi Med J. – 2015. – Vol. 36, №1. – P. 46–51.
34. Ma H.S., Liu Y. Evaluating the safety and quality of 5520 cases in ambulatory surgery. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 166.
35. Viana C., Rios H., Pinto J.P. et al. Can we go further on ambulatory cholecystectomy? One-year retrospective study comparing ambulatory and conventional laparoscopic cholecystectomy. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 118.
36. Leeder P.C., Matthews T., Krzeminska K., Dehn T.C. Routine day-case laparoscopic cholecystectomy // Br. J. Surg. – 2004. – Vol.91, №3. – P. 312-316.
37. Sözen S., ŞanÖzdemir C. Day-Case Laparoscopic Cholecystectomy: Is it a Safe and Feasible Procedure? // Eur J Gen Med. – 2010. – Vol.7, № 4. – P. 372-376.
38. Giger U.F., Michel J.M., Opitz I. et al. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery database. // J Am Coll Surg. – 2006. – Vol. 203, №5. – P. 723–728.
39. Ivatury S.J., Loudon C.L., Schwesinger W.H. Contributing factors to postoperative length of stay in laparoscopic cholecystectomy. // JSLS. – 2011. – №15. – P. 174–178.
40. Antakia R., Elsayed S.A., Al-Jundi W. et al. Day case laparoscopic cholecystectomy, room for improvement: A United Kingdom District General Hospital experience. // Ambulatory Surgery. – 2014. – № 20.1. – P. 4-9.

41. Barles A.N., Bandres G.P., Pera D.F. et al. Relationship between ASA classification and perioperative complications in a day surgery unit. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 170.
42. Briggs C.D., Irving G.B., Mann C.D. et al. Introduction of a Day-Case Laparoscopic Cholecystectomy Service in the UK: A Critical Analysis of Factors Influencing Same-Day Discharge and Contact with Primary Care Providers. // Ann R Coll Surg Engl. – 2009. – Vol.91, №7. – P. 583–590.
43. Sato A., Terashita Y., Mori Y., Okubo T. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: An audit of day case vs overnight surgery at a community hospital in Japan. // World J Gastrointest Surg. – 2012. – Vol.4, №12. – P. 296-300.
44. Ahmad N.Z., Byrnes G., Naqvi S.A. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. // SurgEndosc. – 2008. – Vol. 22, №9. – P. 1928-1934.
45. Gurusamy K., Junnarkar S., Farouk M., Davidson B.R. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. // Br J Surg. – 2008. – Vol. 95, №2. – P. 161–168.
46. Ahn Y., Woods J., Connor S. A systematic review of interventions to facilitate ambulatory laparoscopic cholecystectomy. // HPB (Oxford). – 2011. – Vol.13, №10. – P. 677–686.
47. De Oliveira G.S., Agarwal D., Benzon H.T. Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. // AnesthAnalg. – 2012. – Vol.114, №2. – P. 424-433.
48. Loizides S., Gurusamy K.S., Nagendran M. et al. Wound infiltration with local anaesthetic agents for laparoscopic cholecystectomy. // Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 12; 3: CD007049.
49. Шень Н.П., Логвиненко В.В., Василенко П.Б. Кеторолак в современном послеоперационном обезболивании: возможности применения в стационаре и при реализации стационарзамещающих технологий. // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. 2015. -№3-4(59-60). -С. 42-48.
50. Chung F., Chan V., Ong D. A post anaesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. // J. Clin. Anesth. – 1995. – Vol. 7. – P. 500-506.
51. Isherwood J., Howard D.P.J., Saunders R. et al. What factors are associated with prolonged hospital stay following planned day-case Laparoscopic Cholecystectomy? // Ambulatory Surgery. – 2013. – №19.1. – P. 7-9.
52. Gan Tong J. Diemunsch, P., Habib Ashraf S. et al. Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. // Anesthesia & Analgesia. – 2014. – Vol. 118, № 1 – P. 85–113.
53. Lemos P. Is routine anti-emetic prophylaxis for all ambulatory surgery patients justified? // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.2. – P. 61.
54. Bessa S.S., Katri K.M., Abdel-Salam W.N. et al. Spinal versus general anesthesia for day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2012. – Vol.22, №6. – P. 550-555.
55. Van Boxel G.I., Hart M., Kiszley A., Appleton S. Elective day-case laparoscopic cholecystectomy: a formal assessment of the need for outpatient follow-up. // Ann R Coll Surg Engl. – 2013. – Vol. 95, № 8. – P. 561–564.
56. Ji W., Ding K., Li L.T. et al. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: a single center clinical analysis. // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. – 2010. – Vol. 9, № 1 – P. 60–64.
57. Двойников С.И., Лазарева Л.А. Десятилетний опыт работы отделения хирургии одного дня. // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Том 91, № 1. – С. 104-106.

Rayçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin k.e.i.:

t.ü.f.d. B.V.Musayev

Redaksiyaya 04.12.2017-cı il tarixində daxil olmuşdur

XRONİKİ PANKREATİTİN YARANMASINA, GEDİŞİNƏ VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏNİN NƏTİCƏLƏRİNƏ BƏZİ GEN FAKTORLARININ TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

B.A.AĞAYEV, Q.F.MÜSLÜMOV, G.R.ƏLİYEVƏ, V.V.BEHBUDOV
Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan
(*email:gunayaliyeva80@gmail.com*)

Изучение влияния некоторых генных факторов на возникновение, клиническое течение и хирургическое лечение хронического панкреатита (обзор литературы)
Б.А.Агаев, Г.Ф.Муслимов, Г.Р.Алиева, В.В.Бехбудов

Резюме: Хронический панкреатит - это постоянное прогрессирующее разрушение поджелудочной железы, приводящее к экзокринной и эндокринной недостаточности. Этиология многофакторная: у взрослых значительную роль играет алкоголизм. У большинства пациентов развиваются осложнения хронического панкреатита: псевдокисты, стеноз желчных протоков или медикаментозно неразрешимая боль, которую можно лечить эндоскопическим или хирургическим вмешательством. Хирургическое лечение включает декомпрессию поджелудочной железы при наличии воспаления в головке железы. Латеральная панкреатикоюностомия в основном выполняется при расширении протоков поджелудочной железы до 7 мм и более. Идентификация генетических факторов риска развития панкреатита в недостаточна изучена.

Ключевые слова: хронический панкреатит, псевдокисты, генетические факторы риска, панкреатикоюностомия.

Study of the role of certain gene factors in the manifestation, clinical course and surgical treatment of chronic pancreatitis (review)

B.A.Agayev, G.F.Muslumov, G.R.Aliyeva, V.V.Behbudov

Summary: Chronic pancreatitis is the progressive and permanent destruction of the pancreas resulting in exocrine and endocrine insufficiency and, often, chronic disabling pain. The etiology is multifactorial. Alcoholism plays a significant role in adults. Most of patients develop complications of chronic pancreatitis, including pseudocysts, bile-duct stenosis, or medically intractable pain, which can be treated with an endoscopic or surgical intervention. Surgical procedures include decompression for large duct disease (pancreatic duct dilatation of 7 mm or more) and resection for small duct disease. Lateral pancreaticojejunostomy is the most commonly performed surgery in patients with large duct disease. The identification of genetic risk factors for pancreatitis is now well established.

Key words: chronic pancreatitis, pseudocysts, genetic risk factors, pancreaticojejunostomy.

Açar sözlər: xroniki pankreatit, psevdosistlər, genetik risk faktorları, pankreatikoyeyunostomiya.

Xroniki pankreatit (XP) iltihab ilə bağlı bir xəstəlik olaraq mədəaltı vəzinin parenximasının tədricən məhv olmasına və nəticə etibarilə onun sekretor funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır. XP patogenezinə fərqli mexanizmləri və nəticələri olan iltihab, nekroz, apoptoz və axacaqların obstruksiyası kimi bir neçə mexanizmlər və proseslər mövcuddur. XP patogenezinin əsasını təşkil edən fibrozlaşma prosesi adətən inkişaf edən morfoloji lobular dəyişikliklərə, mədəaltı vəzi strukturunun, adacıqlarının struktur və lokal dəyişikliklərinə, həmçinin böyük axacaqların deformasiyasına səbəb olur və bu zaman dönməz morfoloji və struktur dəyişikliklər, həmçinin ekzokrin və endokrin disfunksiyalar yaranır (1,2).

ABŞ-da xroniki pankreatit hospitalizasiyaya səbəb olan həzm traktı xəstəlikləri arasında ən çox rast gəlinən 7-ci diaqnoz kimi qeyd olunmaqla onun müalicəsi ilə bağlı illik səhiyyə xərcləri 3 milyard dollardan artıqdır (3). Xroniki pankreatit kişilərdə qadınlara nisbətən 4,6 dəfə daha çox rast gəlinir. Kişilərdə rast gəlmə tezliyi əsasən alkohol istifadəsi, qadınlarda isə daha çox ödənişli xəstəliyi, endoskopik retroqrad xolangiopankreatografiya (ERCP) (4) və autoimmün xəstəliklərilə əlaqədardır (5).

Hazırda XP rast gəlmə tezliyi artmaqdadır. Qlobal olaraq XP hər 100.000 nəfər arasında 2 –dən 200-ə qədər artan göstəricidir (6). Dünyada XP ən yüksək göstəriciləri Hindistandır və təxminən 100000 nəfər arasında hər 114- 200 nəfərdə rast gəlinir (5,7). Qərbi ölkələrində təxminən XP 60% -də artıq dərəcədə spirtli içkilərin istifadəsi aparıcı rol oynayır (8). Çində artıq dərəcədə spirtli içkilərin istifadəsi səbəbindən olan XP payına təxminən 35%

düşür (9). Almaniyada hər il 100 000 nəfərdən 23-də XP qeyd olunur və xəstəlik səbəbindən pasientlərin üçdə biri əvvəlki peşələri üzrə işləməkdən məhrum olur və 40% -i müvəqqəti və ya daimi əlil ola bilər (10). Xroniki pankreatit səbəbindən ölüm ümumi əhali arasında 3,6% ərəfəsindədir (11). XP inkişaf etdiyi ilk 6-10 illik dövr ərzində ölüm faizinin 13 - 20% olduğu haqda məlumatlar mövcuddur (12). 10 illik yaşama 70% və 20 illik yaşama isə 45%-dir (müxtəlif yaş qruplarında bu göstəricilər müvafiq olaraq 93% və 65% -ə qədər dəyişə bilər) (13).

Birləşmiş Avropa Qastroenterologiya Cəmiyyətinin 2017-ci ildə dərc olunmuş “Xroniki pankreatitin diaqnoz və müalicə istiqamətləri” protokoluna əsasən qəbul edilmiş təsnifat sistemi qurulmuşdur. Hazırda istifadə olunan təsnifat sistemləri aşağıdakılardır:

1. Manchester təsnifatı
2. ABC təsnifatı
3. M-ANNHEIM
4. TIGAR-O
5. Rosemont təsnifatı

Manchester təsnifatında instrumental müayinə üsullarının nəticələri və XP-in klinik əlamətlərini əsas götürülür. Ağırliq dərəcəsi əsasən ekzokrin və /və ya endokrin çatışmamazlıqların və ya ağırlaşmaların mövcudluğundan asılıdır. Burada vizualizasiya üsullarının nəticələri ikincili əhəmiyyət daşıyır. ABC təsnifatında da Mançester təsnifat sistemində bənzər əlamətlər üzərində qurulub. Rosemont təsnifatı isə XP-i EUS'-la aşkarlanmasını inkişaf etdirmək üçün hazırlanmışdır. M-ANNHEIM sistemində XP-nin mərhələləri, ağırliq dərəcəsi və klinik nəticələri cəmlənmişdir. M-ANNHEIM sistemi ağırliq dərəcəsi indeksini təklif edən yeganə bir təsnifatdır (14). Lakin bir sıra müxtəlif protokollaretioloji risk faktorlarına görə dəyərləndirilən və onların ilk həflərinin birləşməsindən yazılan TIGAR-O təsnifatından istifadə etməyi tövsiyə edirlər (14,15).

Xroniki pankreatitlərin TIGAR-O etioloji təsnifatı
Etioloji Risk Faktorları(B.ETEMAD,D.C.WHITCOMB, 2001)

Toksiko-metabolik	<ul style="list-style-type: none"> • alkoholik • tütün siqaret çəkən • hiperkalsemiya • hiperlipidemiya • Xroniki böyrək çatışmazlığı
İdiopatik	<ul style="list-style-type: none"> • tropik • naməlum səbəb; genetik güman olunan
Genetik	<ul style="list-style-type: none"> • dominant autosom • kation tripsinogen • autosom -resessiv / müxtəlif genlər • CFTR mutasiyalar • SPINK1 mutasiyalar • Alpha-1 antitripsin çatışmamazlığı
Autoimmün	<ul style="list-style-type: none"> • Təcrid olunmuş autoimmün xroniki pankreatit • Aşağıdakılarla assosiasiyada: • Birincili sklerozlaşan xolangit • Şeqren sindromu • Birincili öd pozğunluq • Şəkərli diabet tip 1
Residivləşən və ağır kəskin pankreatit	<ul style="list-style-type: none"> • Postnekrotik (ağır kəskin pankreatit) • Damar xəstəlikləri / işemiya • Postradiasion
Obstruktiv	<ul style="list-style-type: none"> • Pankreas divisum (mübahisəli) • Oddi sfinkterinin disfunksiyası (mübahisəli) • Axar obstruksiyası (şişlər, postravmatik)

Bir sıra tədqiqatlar göstərir ki, XP ilə olan xəstələrdə cərrahi müalicə endoskopik müalicədən daha yaxşı nəticələr verir (16). XP zamanı cərrahi müdaxilə adətən xəstəliyin bir neçə il və ya onilliklər davam etdiyi zaman; terapevtik müalicə və endoskopiya az effektiv olduğunda; qarında davam edən kəskin ağrı olduğunda; əməliyyatdan əvvəl pankreas xərçəngi istisna edilmədiyi hallarda; və ya qonşu orqanların prosesə cəlb olunaraq ağırlaşmalar (duodenal stenoz, öd axarının strikturası, portal vena stenozu portal vena hipertenziyası ilə birlikdə,

pankreonekroz, pankreasın psevdosisti və ya pankreatik fistula) baş verdikdə tələb olunur (17). Təəssüf ki, aparılan ixtisaslı müalicə tədbirlərinə baxmayaraq XP tamamilə müalicə edilməyən patologiya hesab edilir. Cərrahi müdaxilənin əsas məqsədi xəstələrin simptomlarından, xüsusilə ağrıdan azad olması; xəstələrin həyat keyfiyyətinin artırılması; və ağırlaşmaların aradan qaldırılmasıdır (18).

Son 5 il ərzində aparılan əksər uzunmüddətli tədqiqatların nəticəsi göstərir ki, şiddətli ağrı sindromu ilə olan xroniki pankreatitli xəstələrin təxminən 40-75% -də sonunda cərrahi müalicə tələb olunur (19). 10 illiklərdən əvvəl ağrı sindromu ilə olan XP üçün Whipple əməliyyatı standart hesab edilirdi. Lakin son illər Drenajlanma əməliyyatlarının texnikasının mükəmməlləşməsi bu əməliyyatı ikinci plana keçirmişdir. Lakin, bir çox hallarda bu əməliyyatlardan imtinanın səbəbi həm də pankreas başında iltihab olan xəstələrdə yüksək uğursuzluq dərəcəsidir. Bu isə pankreas başının ağrı üçün bir peysmeker ola bilməsinə dəlalət edir (20).

Puestow və Gillesby ilk dəfə ağrı və pankreas kanalının genişlənməsilə olan XP xəstələrdə pankreas axarının drenləşdirilməsi üçün distal pankreatektomiya ilə yan-yanə pankreatikoyeyunostomiya əməliyyatını təklif etmişdir. Longitudinal pankreatikoyeyunostomiya pankreas başının iltihabı olmadıqda, pankreas kanalı geniş (≥ 7 mm) olduqda və həmçinin 1 ildən artıq spirtli içki qəbul etməyən xəstələrdə seçim əməliyyat hesab edilə bilər (21).

Whipple əməliyyatının uzunmüddətli morbidliyi onikibarmaq bağırsağ və öd axarının qorunması ilə aparılan pankreas başının mühüm bir hissəsinin rezeksiyasından ibarət olan Frey və Beger əməliyyatların inkişafına gətirib çıxardı (22). Frey əməliyyatının əsas məqamı pankreas cisminin və pankreas başının arxa səthinin qorunmasıdır. Ədəbiyyatda Frey əməliyyatının morbidlik 7,5- 39%, ölüm göstəriciləri isə 0-2,4% arasında olduğu barədə nəticələrə rast gəlinir. 1972-ci ildə isə H.Beger ilk duodenum qoruyucu pankreas başını rezeksiyasını icra etdi (23).

Laparoskopik texnika XP müalicəsində istifadə olunan bütün cərrahi əməliyyatlar üçün təsvir edilmişdir. Bunlara psevdosistlər zamanı aparılan əməliyyatlar daxil olmaqla, ödətürücü hepatikoyeyunostomiya, Puestow tipli lateral pankreatikoyeyunostomiya, Frey əməliyyatı və pankreas başının rezeksiyası aiddir (24). Öd axarının obstruksiyası ilə olan lakin asimptomatik klinik olaraq sarılığı olmayan XP xəstələrində müalicəsi növü mübahisəlidir (25). Cərrahi müdaxilə yalnız yüksələn qəlavə fosfatazanın səviyyəsi olan və ya asimptomatik gedişli, lakin klinik olaraq sarılıq inkişaf edən xəstələrə göstərir. Bir sıra müəlliflər bu zaman seçim cərrahiyyə müdaxiləsi kimi Ru ilgəyində laparoskopik hepatikoyeyunostomiyanı təklif edirlər (26).

Son 2 ilin müasir tədqiqatların nəticələrinə əsasən təsadüf nəticəsində aşkarlanan asimptomatik gedişli ölçüsü 6 sm altında olan psevdosistlər zamanı xəstələr müşahidədə saxlanılır. Asimptomatik sistlər və ölçüsü 6 sm böyük olan sistlər üçün endoskopik trans-papilyar drenajlanma və ya EUS nəzarəti altında endoskopik sistoqastrostomiya ilkin seçim müalicə kimi istifadə olunur. Endoskopik müalicəsi uğursuz nəticələnmiş və ya residivləşən sistlər inkişaf edən xəstələr üçün sonrakı müalicə cərrahi əməliyyatlarla: laparoskopik sistoqastrostomiya, sistoduodenostomiya və ya Ru ilgəyində sistoyeyunostomiya aparılır (27).

Son illər ərzində xroniki pankreatitin yaranmasında genetik meyilliyin və bir sıra gen faktorlarının rolunun olması barədə araşdırmalara tez-tez rast gəlinir (9,19). Hələ 1950-ci illərdə aparılan bir sıra tədqiqatlarda pankreatitin irsi xəstəlik ola bilməsi haqda məlumatlar verilmişdir (28). Bu ilkin mülahizələrdən sonra irsi pankreatitli şəxslərin 7-ci xromosomunda yerləşən kation tripsinogen genində autosom-dominant olan irsən keçən bir mutasiya müəyyən edilmişdir (28,29). Son 10 il ərzində aparılan tədqiqatlarda isə pankreatik şirənin tripsin aktivliyini inhibə edən, modulyasiya və tənzimlənməsində rol oynayan, həmçinin müvafiq olaraq sekretor funksiyaya və iltihabı zədələnməyə cavabdeh olan bir sıra digər anormal aktivasiyası pankreatitin inkişafında ilk və ən əhəmiyyətli bir amil olduğu artıq illər öncə təsdiq edilmişdir (30). Lakin bu gen faktorları daha çox məhz pankreas daxili tripsin tənzimləyici mexanizmlərə təsiri edici faktor kimi tədqiq edilmişdir (31). Baxmayaraq ki, bu yöndə PRSS1 (kation tripsinogenin polimorfizmi), *SPINK1* (serin proteaz inhibitoru Kazalda tip 1 polimorfimi), *CFTR* (kistik fibroz transmembran keçiricilik nizamlayıcısı) və digər genlərdəki polimorfizmlər, iltihabi cavabı tənzimləyən [şiş nekrozu iltihab amili (*TNF*), interleykin-1 (*IL-1*) və *IL-10*] genetik amillər həm də xroniki pankreatitin inkişafına və gedişinə təsiri baxımından tədqiq edilmişdir, bu tədqiqatların nəticələri kəskin və kəskin residivləşən pankreatitlərin yaranmasında və gedişinə təsirində daha böyük əhəmiyyət kəsb edir (32).

Məlumdur ki, xroniki pankreatitin qadınlar arasında əsas səbəbi öd daşı xəstəliyi olduğu halda kişilərdə əsas etioloji amil spirtli içki qəbuludur (1,14). İnkişaf etmiş ölkələrdə spirtli içkilərdən fiziki asılılığı olanların ən azı 70-80% hallarda xroniki pankreatitə səbəb olur. Digər tərəfdən epidemioloji, laborator və klinik tədqiqatlarla sübut olunub ki, spirtli içkilərə aludə olanların yalnız 5-10% -də XP klinik əlamətləri olur (4,7). Niyə məhz bir qrup insan və insan populyasiyalarında spirtli içkilərin XP inkişafına səbəb olub, digər qruplarda olmamasının səbəbi yalnız genetik toleranqlıq və həssaslıqla izah edilə bilər. Spirtli içkilərin qəbulunun XP inkişafındakı rolunun patogenezi diskussiyalı olsa da, alkohol mübadiləsini tənzimləyən genetik faktorlar alkohol mənşəli pankreatitin inkişafında rol oynaya biləcəyi hazırda ən çox diskussiya olunan amildir (30). XP patogenezinə rəğmən nəzəri cəhətdən genetik faktorların ilk növbədə pankreasın zədəyə və xroniki iltihaba qarşı həssaslığının azalmasında və həmçinin fibroza gətirib çıxaran iltihabi proseslərinin progressivləşməsindəki rolu mühüm hesab edilə bilər.

Son 5 ilin ədəbiyyat məlumatlarında bir sıra gen faktorlarının xroniki pankreatitin etiologiyasında həlledici rol

oynadığı barədə məlumatların olmasına baxmayaraq, alkoqol mənşəli pankreatitin inkişafında konkret rolu hələ də tam aydın izah olunmayıb. Orqanizmə qəbul edilən alkoqol əsasən oksidləşmə yolu ilə metabolizə olunur və əsas metabolizm fermenti-adimerik Zn tərkibli 40kDa molekulyar subvahid çəkili bir zülal-alkoholdehidrogenaza (ADH) və dehidrogenaza aldehididir. ADH xromosom 4 uzun qolunda (xromosom 4q22) yerləşən ən az yeddi genlə kodlanmışdır. Alkoqol metaboliziminə məsul olan bu tip fermentlərin bəzi gen polimorfizmlərinin qaraciyərin alkoqol mənşəli sirrozunun inkişaf etməsində rolu da ədəbiyyatda təsdiq edilmiş hesab edildiyindən bu yanaşma doğru hesab edilə bilər (32). Axtardığımız son 3 ilin ədəbiyyat mənbələrində alkoqol metabolizmini reqlyasiya edən gen faktorlarının, ilk növbədə isə ADH geninin ekspressiyası və gen polimorfizminin XP inkişaf etməsində rolu ilə bağlı məlumatlara çox az rast gəlinir və bu tədqiqatlar da daha çox müxtəlif populyasiyalar üzərində aparılmış tədqiqatlardır.

Son illər XP inkişaf etməsində bir sıra genetik faktorlar müxtəlif coğrafi regionlarda yaşayan müxtəlif insan populyasiyalarında diqqətlə öyrənilməkdədir (31,32). Xəstəliyin səbəbiyyətində olan variasiyalar əsasən genetik həssaslıqda fərqlərin olmasına dəlalət edir. Mümkündür ki, alkoqol metabolizm fermentlərin gen polimorfizmi spirtli içki istifadəçilərində alkohol mənşəli pankreatitə həssaslığı artırır. Hazırkı tədqiqatın əsas məsələlərindən biri də Azərbaycan populyasiyasında alkoqol mənşəli pankreatitlər zamanı ADH geninin tək nukleotid gen polimorfizmlərinin rolunun öyrənilməsidir.

XP inkişaf etməsində rolu ola biləcək daha bir genetik amil ekstrasellülar matriks komponentlərinin deqradasiyasına məsul əsas fermentlər sinifini təmsil edən endopeptidazalar ailəsindən olan matriks metalloproteinazalardır (MMPs). MMPs onların substrat xüsusiyyətləri və daxili homologiyasına görə 5 əsas sinifə bölünür: kollagenazalar, jelatinazalar, stromelizinlər, membran tipli və digərləri. Matriks metalloproteinaz-7 (*MMP-7*) (matrilizin, pomp-1 proteaza və ya PUMP-1), MMP ailəsin kiçik üzvləri arasındadır. MMPs fəaliyyətinə təsir göstərən ən azı üç tənzimləyici mexanizm mövcuddur ki, (transkripsiyanın tənzimlənməsi, latent MMPs aktivasiyası və toxuma metalloproteinaza inhibitorları ilə MMP funksiyasının inhibə edilməsi) bunlardan hər biri bizim tədqiqat üçün əhəmiyyətli ola bilər. Bu genin müxtəlif növ polimorfizmlərinin kəskin miokard infarktı, revmatoid artrit və xərcəng də daxil olmaqla çoxsaylı müxtəlif xəstəliklər zamanı yeri və rolu ilə bağlı tədqiqatlar aparılmışdır(33). Nəzəri cəhətdən bu genin XP də inkişafında rolu ola biləcəyi barədə yetərinə tutarlı ədəbiyyat məlumatları mövcuddur. Odur ki, hazırkı tədqiqatımızda həm də MMP-7 geninin bəzi polimorfizmlərinin XP-in yaranmasında və kliniki gedişində rolu araşdırılmasını planlaşdırırıq.

Eləcə də bu yönümdə bizim tədqiqat üçün əhəmiyyətli ola biləcək digər genetik amil endo- və ekzopeptidaz aktivliyə malik olan sistein proteazalar ailəsi, əsasən də proteolitik proseslərdə rolu olan katepsin B (*CTSB*) ola bilər. *Catepsin B gen (CTSB)*. İnsan *CTSB* 25.6kb edir. 12 eksonsu var. Alternativ splising tərəfindən istehsal olunaq bir neçə transkript növü məlumdur. Xroniki pankreatit *CTSB* genindəki mutasiyaların nəticəsində yarandığı və bu mutasiyaların trypsinogenin vaxtından əvvəl aktivləşməsinə və ya qeyri-müəyyən lokalizasiyasında iştirak etdikləri barədə hipotezalar mövcuddur (34).

Ədəbiyyatdan bəlli olduğu kimi, Hemeoxygenase 1 geni (*HMOX1*) əsasən toxuma deqradasiyasını məhdudlaşdıran ferment olmaqla yanaşı iltihab proseslərində əsas tənzimləyicilərindən biri hesab edilir. Bir sıra tədqiqatlarda heyvan modellərində *HMOX1* geninin ekspressiyasının artırılması pankreatitin gedişini tənzimlənməsi barədə bəzi nəticələr alınmışdır (35). Bundan əlavə sübut edilmişdir ki, bu genin parçalanması zamanı azad olan karbonmonoksid heyvanlarda pankreas hüceyrələrinin proliferasiyasını inhibə etməklə xroniki pankreatitin inkişafının qarşısını alır. Ona görə *HMOX1* müxtəlif genetik variantlarının ekspressiyası və gen polimorfizmləri insanlarda da pankreatitin patogenezinə əhəmiyyətli olacağını güman etmək olar.

ƏDƏBİYYAT:

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər, Bakı 2007, 808 səh.
2. Chari ST, Kloppel G, Zhang L, et al.: Histopathologic and clinical subtypes of autoimmune pancreatitis: the Honolulu consensus document. *Pancreas* 2010; 39: 549–54.
3. Ahmed Ali U, Issa Y, Bruno MJ, van Goor H et al Early surgery versus optimal current step up practice for chronic pancreatitis (ESCAPE): design and rationale of a randomized trial. *BMC Gastroenterol* 2013; 13: 49
4. Kahl S, Zimmermann S, Genz I, Glasbrenner B, Pross M, Schulz HU, et al. Risk factors for failure of endoscopic stenting of biliary strictures in chronic pancreatitis: a prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:2448–53
5. Liao Z, Jin G, Cai D, Sun X, Hu B, Wang X, et al. Guidelines: diagnosis and therapy for chronic pancreatitis. *J Interv Gastroenterol*. 2013;3:133–6.
6. Ahmed Ali U, Nieuwenhuijs VB, van Eijck CH, Gooszen HG, van Dam RM, Busch OR, Dijkgraaf MG, Mauritz FA, Jens S, Mast J, van Goor H, Boermeester MA. Clinical outcome in relation to timing of surgery in chronic pancreatitis: a nomogram to predict pain relief. *Arch Surg* 2012; 147: 925-932

7. Alexandra Roch, Jérôme Teyssedou, Didier Mutter, Jacques Marescaux, Patrick Pessaux Chronic pancreatitis: A surgical disease? Role of the Frey procedure *World J Gastrointest Surg* 2014 July 27; 6(7): 129-135
8. Andersen DK, Frey CF. The evolution of the surgical treatment of chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 2010;251:18–32.
9. Avanthi SU, Ravi Kanth VV, Agarwal J, Lakhtakia S, Gangineni K, Rao GV, et al. Association of Claudin2 and PRSS1-PRSS2 Polymorphisms with Idiopathic Recurrent Acute and Chronic Pancreatitis: A Case Control Study from India. *J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Jun 25.
10. Bachmann K, Kutup A, Mann O, Yekebas E, Izbicki JR. Surgical treatment in chronic pancreatitis timing and type of procedure. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24: 299-310
11. Bachmann K, Kutup A, Mann O, Yekebas E, Izbicki JR. Surgical treatment in chronic pancreatitis timing and type of procedure. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010;24:299–310.
12. Bachmann K, Tomkoetter L, Kutup A, Erbes J, Vashist Y, Mann O, Bockhorn M, Izbicki JR. Is the Whipple procedure harmful for long-term outcome in treatment of chronic pancreatitis? 15-years follow-up comparing the outcome after pylorus-preserving pancreatoduodenectomy and Frey procedure in chronic pancreatitis. *Ann Surg* 2013; 258: 815-820;
13. Bhardwaj P, Garg PK, Maulik SK, Saraya A, Tandon RK, Acharya SK. A randomized controlled trial of antioxidant supplementation for pain relief in patients with chronic pancreatitis. *Gastroenterology.* 2009;136:149–159.e2.
14. JM.Lo`hr, E. Dominguez-Munoz, J.Rosendahl et all United European Gastroenterology evidencebasedguidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU)// United European Gastroenterology Journal 2017, Vol. 5(2) 153–199
15. Catalano MF, Sahai A, Levy M, et al.: EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1251–61.
16. Cahen DL, Gouma DJ, Laramée P, Nio Y, Rauws EA, Boermeester MA, et al. Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis. *Gastroenterology.* 2011;141:1690–5.
17. Rösch T, Daniel S, Scholz M, Huibregtse K, Smits M, Schneider T, et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: a multicenter study of 1000 patients with long-term follow-up. *Endoscopy.* 2002;34:765–71
18. Deviere J, Bell Jr RH, Beger HG, Traverso LW. Treatment of chronic pancreatitis with endotherapy or surgery: critical review of randomized control trials. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:640–4.
19. Hildebrand P, Duderstadt S, Jungbluth T, Roblick UJ, Bruch HP, Czymek R. Evaluation of the quality of life after surgical treatment of chronic pancreatitis. *JOP* 2011; 12: 364-371
20. Vasile D, Ilco A, Popa D, Belega A, Pana S. The surgical treatment of chronic pancreatitis: a clinical series of 17 cases. *Chirurgia (Bucur).* 2013;108:794–9.
21. Cooper MA, Makary MA, Ng J, Cui Y, Singh VK, Matsukuma K, Andersen DK. Extent of pancreatic fibrosis as a determinant of symptom resolution after the Frey procedure: a clinico-pathologic analysis. *J Gastrointest Surg* 2013; 17: 682-687
22. Roch AM, Brachet D, Lermite E, Pessaux P, Arnaud JP. Frey procedure in patients with chronic pancreatitis: short and long-term outcome from a prospective study. *J Gastrointest Surg* 2012; 16: 1362-1369
23. Cooper MA, Datta TS, Makary MA. Laparoscopic frey procedure for chronic pancreatitis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014; 24: e16-e20
24. Demir IE, Tieftrunk E, Maak M, Friess H, Ceyhan GO. Pain mechanisms in chronic pancreatitis: of a master and his fire. *Langenbecks Arch Surg* 2011; 396: 151-160
25. Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Kuechler T, Broelsch CE. Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis: prospective evaluation of a new surgical procedure. *Ann Surg.* 1998;227:213–9.
26. Qingqiang Ni^{1,2,3}, Lin Yun⁴, Manish Roy⁵ and Dong Shang^{3*} Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis *World Journal of Surgical Oncology* (2015) 13:34

27. Rutter K, Ferlitsch A, Sautner T, Püspök A, Götzinger P, Gangl A, Schindl M. Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, surgical, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis. *World J Surg* 2010; 34: 2642-2647
28. Tabassum R, Chauhan G, Dwivedi OP, Mahajan A, Jaiswal A, Kaur I, et al. Genome-wide association study for type 2 diabetes in Indians identifies a new susceptibility locus at 2q21. *Diabetes*. 2013; 62 (3):977–86
29. Gasiorowska A, Talar-Wojnarowska R, Czupryniak L, Smolarz B, Romanowicz-Makowska H, Kulig A, Malecka-Panas E. The prevalence of cationic trypsinogen (PRSS1) and serine protease inhibitor, Kazal type 1 (SPINK1) gene mutations in Polish patients with alcoholic and idiopathic chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci*. 2011; 56:894-901
30. Boulling A, Sato M, Masson E, Génin E, Chen JM, Férec C. Identification of a functional PRSS1 promoter variant in linkage disequilibrium with the chronic pancreatitis protecting rs10273639. *Gut*. 2015; 1–2.
31. Chauhan G, Spurgeon CJ, Tabassum R, Bhaskar S, Kulkarni SR, Mahajan A, et al. Impact of common variants of PPARG, KCNJ11, TCF7L2, SLC30A8, HHEX, CDKN2A, IGF2BP2, and CDKAL1 on the risk of type 2 diabetes in 5,164 Indians. *Diabetes*. 2010; 59(8):2068–74
32. Midha S, Khajuria R, Shastri S, Kabra M, Garg PK. Idiopathic chronic pancreatitis in India: phenotypic characterisation and strong genetic susceptibility due to SPINK1 and CFTR gene mutations. *Gut*. 2010; 59 (6): 800–7.
33. Whitcomb DC, La Rusch J, Krasinskas AM, Klei L, Smith JP, Brand RE, et al. Common genetic variants in the CLDN2 and PRSS1-PRSS2 loci alter risk for alcohol-related and sporadic pancreatitis. *Nat Genet*. 2012; 44(12):1349–54
34. Masson E, Chen J-M, Audrézet M-P, Cooper DN, Férec C. A conservative assessment of the major genetic causes of idiopathic chronic pancreatitis: data from a comprehensive analysis of PRSS1, SPINK1, CTSC and CFTR genes in young French patients. *PloS One* 2013;8:e73522
35. Sebastian Weis1., Moritz Jesinghaus1., Peter Kovacs, Dorit Schleinitz, Robert Schober, Claudia Ruffert, Max Herms, Henning Wittenburg, Michael Stumvoll, Matthias Blu Genetic Analyses of Heme Oxygenase 1 (HMOX1) in Different Forms of Pancreatitis PLoS ONE | www.plosone.org May 2012 | Volume 7 | Issue 5 | e37981

Rəyçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin professoru:

t.e.d. M.M.Məmmədov

Redaksiyaya 11.01.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.

SİMULTAN CƏRRAHİ VƏ GİNEKOLOJİ ƏMƏLİYYATLAR

Z.N. AZADOVA, Z.T. ŞİRİNOV

Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan.

(email:dr.zerraf.shirinov@gmail.com)

Simultaneous experience and gynecological operations

Z.N. Azadova, Z.T. Shirinov

Summary: *At the same time, surgeries on two or more different organs are called simultan surgeries. The meaning of simultan means "simul", which is the Latin word - at the same time or from the French word "simultaneous" - in modern times. During emergency or planned operations, surgeons or gynecologists remain uneasy about whether or not to perform joint operations requiring a correction of the abdominal cavity. This literature review is devoted to surgical and gynecological simultan surgery*

Key words: *simultaneous experience, gynecological operations.*

Симультанные хирургическое и гинекологические операции.

З.Н. Азадова, З.Т.Ширинов

Резюме: В то же время операции на двух или более разных органах называются симультанными операциями. Значение симунтанной означает "simul" которое является латинским словом - в то же время или из французского слова "simultane" -одновременное. Во время экстренных или плановых операций хирургам или гинекологам по-прежнему не просто обсуждать, следует ли выполнять совместные операции, требующие коррекции брюшной полости. Этот обзор литературы посвящен хирургической и гинекологической симультанной операции.

Ключевые слова: симультанные операции, симультанные хирургические операции и симультанные гинекологические операции.

Açar sözlər: *simultan əməliyyatlar, simultan cərrahi əməliyyatlar, simultan ginekoloji əməliyyatlar.*

Eyni vaxtda iki və ya çox müxtəlif orqanlar üzərində aparılan cərrahi əməliyyatlara simultan əməliyyatlar deyilir. Simultan sözünün mənası latın sözü olan "simul" -eyni zamanda və ya fransızca "simultane" sözündən götürülüb -eyni vaxtda deməkdir. Təcili və ya planlı əməliyyatlar zamanı cərrahlar və ya ginekoloqlar qarın boşluğu açılarkən yanaşı gedən və korreksiya tələb edən müştərək əməliyyatların aparılıb -aparılmaması dilemması qarşısında qalırlar [1, 2, 3].

Bu sadə olmayan sualın həlli xəstənin vəziyyətindən, iş şəraitindən, texniki təchizatdan, əməliyyatı icra edən həkimin psixoloji və texniki hazırlığından, yaxında məsləhət üçün, ya kömək üçün lazım olan ixtisaslı kadrların olmasından və s. asılıdır [4, 5].

Simultan əməliyyatlar müxtəlif ədəbiyyat mənbələrində oxşar adlarla: birmomentli [6,7], kombinə olunmuş və ya genişləndirilmiş [8, 9], birmərhələli [10], müştərək [11], simultan [12] böyük həcmli [13], sinxron [14] birlikdə, bir yolluq [15] kimi terminlərlə ifadə olunmuşdur. Hər bir müəllif işin gedişinə uyğun adlandırılmasını təklif etsə də, 1991-ci ildə К.Д. Тоскин, В.В.Жевровский və А.А.Землянкин tərəfindən təklif olunan müştərək xəstəliklər zamanı simultan əməliyyatlar termini hamı tərəfindən qəbul olunmuşdur [16].

Tarixi nöqtəyi nəzərdən yanaşdıqda çox geniş təcrübəyə malik olan cərrahlar, o cümlədən akademik С.С.Юдин, А.Н.Бакулев, проф. Ю.Е.Березов və b.кеçən əsrin 50-ci illərində uzun müddətli və müxtəlif orqanlar üzərində aparılan əməliyyatların əleyhinə olmuşlar [17].

Müasir anesteziologiya və reanimatologiyanın inkişafı və geniş spektrli antibiotikoterapiyanın olması cərrahiyyədə və ginekologiyada genişləndirilmiş, uzunmüddətli, travmatik əməliyyatların aparılmasına zəmin yaratmış oldu [18].

Beləliklə, həm birmərhələli, həm də, çoxmərhələli müxtəlif həcmli simultan əməliyyatların aparılmasına başlanılmışdır [19].

Əsas mübahisəli məsələ simultan əməliyyatların törətdiyi travmatik şokun nəticələrinin necə olacağı halıdır. Selyenin “adaptasiya sindromu”, “sistemli postaqressiv reaksiya” sindromlarının hamısında aqressiyaya cavab reaksiyalarının necə olması düşünülür.

Beləliklə, aqressiiv faktorun -əməliyyatın bir və ya bir neçə orqanda icra olunmasından asılı olmaya-raq cavab reaksiyası eynidir [20], yəni təyinedici, standart, geriye dönmə və spastik reaksiyalar (K. И. Мышкин 1991). Geniş həcmli əməliyyatlarda uyğunlaşma sindromuna hipofiz - böyrəküstü vəzi sisteminin universal reaksiyası səbəb olur [21].

Son zamanlar ədəbiyyatda bir çox müəlliflər tərəfindən [22, 23, 24] minimal invaziv texnologiyanın tətbiqi ilə ginekoloji və cərrahi simultan əməliyyatların aparılmasına üstünlük verilir. Lakin bu zaman xəstələrin seçilməsi, əməliyyatların məqsədyönlülüüyü və təhlükəsiz icra olunması, xəstənin və klinikanın maddi baxımdan xərcləri, həmçinin vətəndaşların şəxsi imkanı və psixoloji durumu nəzərə alınmalıdır.

Bu məsələdə sosial aspektlər az öyrənilmiş sayılır. Bir neçə xəstəliyi olan qadınlar xroniki xəstə hesab olunur. Əməliyyatdan sonrakı uzunmüddətli stasionarda qalması xəstənin hospital daxili bakteriya ştumları ilə yoluxması hallarına gətirib çıxarır. Bu isə qadının həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsinə, ailə vəziyyətinin pisləşməsinə, xəstəxana və sonrakı reabilitasiya xərclərinin artmasına səbəb olur [25, 26, 27].

Simultan əməliyyatlar problemlərdə polemikanın aparılması cərrahiyyənin müxtəlif sahələrində torakal, abdominal, damar, travmatoloji, onkoloji, uroloji, proktoloji və hətta ginekoloji olaraq fundamental elmi əhəmiyyət kəsb edir. Simultan əməliyyatlar xəstələrin çoxsaylı müayinə üsullarının aparılmasına, müxtəlif klinikalarda hospitalizasiya olunması və çoxsaylı əməliyyatların icrası hallarından qurtarır və faktiki olaraq xroniki xəstənin kompleks sağalmasını təşkil edir [28, 29, 30, 31].

XX əsrin 80-90-cı illərindən ədəbiyyatda yalnız tək-tək hallarda simultan cərrahi əməliyyatlar barədə məlumat var idi. Lakin simultan ginekoloji əməliyyatlar probleminin həlli mümkün olmayan məsələ idi [32].

Orta yaşama müddətinin artması, xəstəliklərin diaqnostikasının yaxşılaşdırılması halları xəstələrdə müştərək rast gəlinən bir və ya bir neçə xəstəliklərin olması zamanı, bir çox həkimlərin fikrincə simultan əməliyyatların aparılması məqsədəuyğun sayılır [32].

И.Н.Денисов (2000), Л.А.Благодарный və həmmüəllifləri (2003) 603 xəstənin xəstəlik tarixinin analizlərinə əsaslanaraq qeyd etmişlər ki, 78% hallarda qadınlarda 2 və 4 müxtəlif korreksiya tələb edən, müştərək xəstəliklərə rast gəlinir. Yaş artdıqca xəstəliklərin sayı artır [33,34].

Həqiqətən, müasir diaqnostika üsullarının, maddi-texniki təchizatın, minimal-invaziv texnologiyanın, anestezioloji və reanimasion xidmətin və müasir ixtisaslı cərrahların olması simultan əməliyyatların daha təhlükəsiz aparılmasını təmin edir [35].

Simultan əməliyyatlar eyni zamanda xəstəni bir neçə xəstəlikdən xilas edir, ekonomik effektivdir. Xəstəni növbəti əməliyyatın stress faktorlarından və müxtəlif əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmalardan azad edir. Bu hal cərrahiyyədə yaxşı öyrənilsə də, hələ ki, ginekologiyada az öyrənilmişdir [36].

Praktiki təcrübələr toplandıqda simultan əməliyyatların klassifikasiyası məsələləri gündəmə gəlirdi. Г.Л.Александрович 189 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticələrini analiz etməklə simultan əməliyyatları: planlı və təcili simultan, əməliyyatlara bölünmüşdür. Planlı simultan əməliyyatlar özləri də, əvvəlcədən planlaşdırılan və ya, əməliyyat tapıntısı zamanı icra olunan kimi hallara bölünür [37].

Müxtəlif müəlliflər simultan əməliyyatları kombinasiyasından asılı olaraq: mədə və yaxın orqanlar, öd yolları və digər orqanlar, nazik, yoğun bağırsağ və appendektomiya, qarın boşluğu və peritonarxası, qarın boşluğu və bədən çəkisi böyük olan xəstələrdə dəridə aparılan əməliyyatlar. Ancaq, müəlliflər qarındaxili qadın cinsiyyət orqanları barədə məlumat verməmişlər. Bu sahə ümumiyyətlə az öyrənilmişdir [38, 39, 40, 41].

Bəzi müəlliflər simultan əməliyyatları göstərişinə görə bölməyə başladılar. Əgər müştərək rast gəlinən xəstəliyin həyat üçün təhlükəsi varsa onu müalicəvi simultan əməliyyat adlandırırlar. Əgər xəstəlik hər hansısa bir ağırlaşma ilə müşahidə olunursa (törəmənin sirayəti, xoranın perforasiyası)

preventiv simultan, əgər biopsion material götürülsə onda diaqnostik simultan əməliyyat adlandırılır [42].

Bu ədəbiyyat məlumatında müəlliflər 268 xəstənin əməliyyatının nəticələrinə əsasən təsnifatda məna kəsb edən 5 mərhələni qeyd etmişlər:

- mütləq göstəriş - əgər digər əməliyyat yerinə yetirilməsə xəstənin ölümünə səbəb ola bilər.
- Nisbi göstəriş;
- preventiv;
- profilaktik –bəzən orqanda olan dəyişiklik nəzərə alınmır, məs.: appendiks;
- diaqnostik; məcburi, məs.: əməliyyat zamanı hər hansı orqan və ya onun qidalandırıcı damarı zədələnmişsə [43].

Bütün simultan əməliyyatların rasionallığına baxmayaraq, əməliyyatın həcmi barəsində xəstəyə və onun yaxınlarına məlumat vermək və razılıq almaq psixoloji problem yaradır [4, 22, 23].

Bəzi müəlliflər diaqnostik simultan əməliyyatları qəbul etməirlər, belə izah edirlər ki, bu əməliyyatlar sayca azlıq təşkil edir və sağlam orqanlar üzərində icra olunurlar [44].

Elmi ədəbiyyatda simultan ginekoloji əməliyyatların təsnifatı barədə məlumat çox azdır [45].

Ən çox praktik cəhətdən istifadə olunan A.B. Адрианов və П.А.Макаров (1996) təklif etdiyi təsnifatdır. Belə ki, simultan əməliyyatlar göstərişinə görə mütləq və nisbi, vaxtına görə təcili və planlı; risk dərəcəsinə görə az, orta və yüksək; planlı əməliyyatlar – gözlənilmədən, öncə düşünülmən və planlı. Həmçinin onkoloji əməliyyatları genişləndirilmiş, kombinə olunmuş və müştərək adlandırmağı təklif edirlər [46].

Son 25 il ərzində minimal invaziv texnologiyanın tətbiqinin nəticələri olaraq simultan əməliyyatların sayı və sambalı artmışdır. Bir çox müəlliflər həm cərrahi, həm də, ginekoloji simultan əməliyyatların yerinə yetirilməsi barədə məlumatlar vermişlər. Ümumiyyətlə endovideocərrahiyyə simultan əməliyyatların aparılmasına yüksək zəmin yaradır, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və ölüm faizi az rast gəlinir [47].

Л.С.Александрович və həmmüəllifləri (2003) Н.М.Сеченов adına I Moskva Tibb Akademiyasının mamalıq və ginekologiya şöbəsinin kliniki materiallarına əsasən 2,8 -6,3% xəstələrdə korreksiya tələb edən müştərək xəstəliklərin olduğunu qeyd edirlər. Yalnız 1,5-2,6% hallarda simultan əməliyyatlar yerinə yetirilir [23].

Ədəbiyyat məlumatlarının analizi göstərir ki, simultan ginekoloji əməliyyatlar hələ də, öz inkişaf səviyyəsini tuta bilməyib. Bəzi əməliyyatların laparotomiya və laparoskopik icra olunması mübahisəlidir. Həmçinin ginekoloji əməliyyatlar zamanı appendektomiyanın icrası diskutabel olaraq qalır [4,22, 23].

Beynəlxalq elektron portallarda və tibbi saytlarda simultan əməliyyatlar barədə məlumatlar çox azdır [48].

В.С.Запарожченко, В.В.Колодий, А.А.Горбунов и соавт. Odessa şəhərində əməliyyat və anestezioloji riski yüksək olan simultan LXE və ginekoloji əməliyyatların “qazsız” laparoskopiyaya rejimində aparılması təcrübəsini öyrənmişlər.

LXE icra olunan ürək, damar və ağciyər patologiyası ilə olan 67 xəstəyə simultan laparoskopik ginekoloji əməliyyatlar icra olunmuşdur. Bunlardan 26 xəstəyə laparoskopik lifting istifadə olunmuş, əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar öyrənilmişdir və laparoskopik lifting şəraitində əməliyyat olunan xəstələrin nəticələrini digər qrupla müqayisədə daha yaxşı olmuşdur [49].

Sankt- Peterburq şəhərində С.М.Киров adına Hərbi Tibb akademiyası mamalıq-ginekologiya və fakultativ cərrahiyyə kafedralarında xroniki daşlı xolesistitlə müştərək rast gəlinən ginekoloji xəstəlikləri olan 204 xəstənin simultan əməliyyatlarının nəticələri öyrənilmişdir. Xəstələr icra mexanizminə görə tam laparoskopik, kombinə olunmuş laparoskopik və laparotomik kəsiklə və kombinə olunmuş laparoskopik və vaginal yolla açıq əməliyyatlara bölünmüşdür. Məlum olmuşdur ki, simultan əməliyyatlar tam laparoskopik icra olunursa əməliyyat vaxtının təqribən 33,4±2,7 dəqiqə artması, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar isə izolə olunmuş və simultan əməliyyatlardan sonra çox yaxındırlar 7,0% və 9,7% - (p<0,05) qeyd olunmuşdur [50].

2003-2006-cı illər ərzində Sankt Peterburq Dövlət Tibb Universitetində 515 xəstənin kliniki müşahidələrinin nəticələri öyrənilmişdir. Xəstələrdən 233 xəstəyə simultan laparoskopik xolesistektomiya və digər qarın daxili cərrahi əməliyyatlar, 68 xəstəyə ənənəvi açıq simultan cərrahi əməliyyatlar və 214 xəstəyə isə izolə olunmuş yalnız laparoskopik XE-ya əməliyyatları icra olunmuşdur.

Məlum olmuşdur ki, 233 xəstənin ekonomik effektivliyi hər xəstə üçün gündəlik 12098 rubl təşkil edir. Nəticə olaraq az kəsiklə və əməliyyat vaxtını uzatmamaq şərti ilə simultan cərrahi əməliyyatların aparılması mümkündür və heç də, əməliyyatın travmatikliyinə artırmır[51].

Moskva şəhərində 2002-2008-ci illər ərzində xroniki daşlı xolesistitlə yanaşı ginekoloji xəstəlikləri olan və simultan əməliyyat gərəkən 175 xəstənin cərrahi əməliyyatdan sonrakı nəticələri öyrənilmişdir. Xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər. I qrup laparoskopik xolesistektomiya(LXE) və laparoskopik ginekoloji əməliyyatlar icra olunan 64 xəstə. II qrup LXE və açıq kəsiklə laparotomik ginekoloji əməliyyatlar – 66 xəstə. III qrup isə izolə olunmuş ənənəvi açıq kəsiklə əməliyyat olunmuş 45 xəstə.

Müqayisəli təhlilə əsaslanaraq qeyd edilmişdir ki, simultan laparoskopik əməliyyatlar, əgər yanaşı gedən ürək-damar və ağ ciyər xəstəlikləri yoxdursa daha çox üstünlük qazanır. Belə əməliyyatlar həm travmatikliyi və əməliyyat vaxtının qısalığı ilə ekonomik effektivdir[52].

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının 1985-ci ildə verdiyi statistik məlumatlara əsasən cərrahi əməliyyata hazırlanan xəstələrin 25-30%-də yanaşı olaraq bir və ya bir neçə cərrahi korreksiya tələb edən xəstəliklər rast gəlinir. Qarın boşluğunun müxtəlif cərrahi xəstəlikləri və yanaşı olaraq ginekoloji orqanların xəstəliklərinin müştərək rast gəlməsi daha çox 2,8- 63% tezliklə, kəskin appendisit və ginekoloji xəstəliklər 3,1 -33%, öddəşi xəstəliyi və ginekoloji əməliyyatlar – 3,1 -15% hallarda rast gəlinir [53].

Bəzi ginekoloji xəstəliklərin digər orqan və sistemlərə keçməsi mütləq yanaşı cərrahi korreksiya tələb edir. Məsələn: endometriozun yoğun bağırsağa keçməsi 12-50%, sidik sistemi orqanlarına keçməsi 18 -52% hallarda rast gəlinir [54].

Elmi texniki tərəqqinin müasir inkişaf səviyyəsinə və əhaliyə tibbi yardımın yaxşılaşdırılması tədbirlərinin təkmillədirilməsinə baxmayaraq müştərək xəstəliklər zamanı simultan əməliyyatlar yalnız 1,5 – 6% hallarda yerinə yetirilir[55].

Beləliklə, cərrahiyyədə, o cümlədən ginekologiyada simultan əməliyyatlar problemi həll olunmamış məsələdir. Məlum olan ədəbiyyat mənbələrinə əsasən nəticə çıxartmaq mümkün deyil. Bütün bunlara əsasən müştərək cərrahi və ginekoloji xəstəlikləri olan xəstələrə tibbi yardımın təşkili barədə metodiki vəsait yoxdur. Xəstələrin seçilməsi, əməliyyatların məqsədyönlülüyü, əməliyyatönu hazırlıq, əməliyyat üçün cərrahi briqadanın təşkili, hansı kəsik növünün seçilməsi və əməliyyatın ardıcılığı protokol qaydaları və konsepsiyası öyrənilməmişdir.

Yuxarıda göstərilənlərə əsasən, apardığımız elmi işin məqsəd və vəzifələri müştərək rast gəlinən cərrahi və ginekoloji patologiyanın simultan əməliyyatlarla cərrahi korreksiyası indiki zaman üçün öz aktuallığını qoruyub saxlayır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Богданов Ю.В., Ткачук Е.Н., Богданов Д.Ю., Цой А.С. Опыт выполнения симультанных операций. // Эндохир., 2000, 2, с.10.
2. Ветшев П.С., Кутин А. А., Ищенко А.И., Александров Л.С., Ведерникова Н.В. Лапароскопическая холецистэктомия в гинекологической практике. //Тезисы докладов IV Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия, 2001, том 7, №2. С.12
3. Lochlein D., Pichimayr R. Simultaneingriffbe Operationen on Magen, Duodenum und Gallenwegssystem. // Zbl.Chir., 2000, Bd.102, N.19, S.1174-1 182.
4. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А., Рой С.В., Маховский В.В., Захерйяд Абу Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. // Хирургия, 2002, №7, с.41.
5. Рудаков А.А. Плановые сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургических больных. // Автореф. дисс. . канд. мед. наук. Л., 1993, 22с.

6. Block M.A., Allen H.M. Elective Repair of esophageae Hiatal Hernias at the time of Holecystectomy. // Surg.Gynec.Obst., 1981, v. 132, Vol.1, p.46-50.
7. Lochlein D., Pichimayr R. Simultaneingriffebei Operationen on Magen, Duodenum und Gallenwegssystem. // Zbl.Chir., 2000, Bd.102, N.19, S.1174-1 182.
8. Андрианов А.В., Макаров П.А. К вопросу о классификации симультанных операций. // Самарский мед. архив, 1996, №1, с.43-44.
9. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А., Рой С.В., Маховский В.В., Захерйяд Абу Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. // Хирургия, 2002, №7, с.41.
10. Дееничин П. Одномоментное проведение нескольких операций. // Хирургия, 1975, №7, с.44-48.
11. Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Г.Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии. // Вестник хирургии, 1987, №3, с.131-134.
12. Греджев А.Ф., Шаталов В.Ф., Роганин Я.Ф., Греджев В.А. Симультанные операции при сочетанной хирургической патологии. // Клиническая хирургия, 1983, №2, с.28-29
13. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции. // Хирургия, 1993, №3, с.3-7.
14. Аврамов Ю.Ю. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1984, с.18.
15. Буянов В.М., Маховский В.З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве. // Хирургия, 1990, №7, с.81-86.
16. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультанные операции, название и определение. // Вестник хирургии, 1991, №5, с.3-9.
17. Андрианов А.В., Макаров П.А. О целесообразности выполнения симультанных операций в условиях общехирургического стационара. // Самарский мед. архив, 1996, №1, с.45.
18. Смирнова В.И. Анестезия и инфузионно-трансфузионная терапия при обширных сочетанных и комбинированных полостных хирургических вмешательствах. // Хирургия, 1993, №3, с.83-87.
19. Максимов В.Ю. Симультанные операции (клинико-экспериментальное обоснование). // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Саратов, 1984, с.17.
20. Бредихин В.Т., Мясников А.Д., Ховрина М.П. Иммунодиагностика и иммунотерапия в онкологии и хирургии. // Тезисы докладов Всесоюзной конференции. Томск, 1981, с.146.
21. Мышкин К.И., Долгушин Н.Е., Хатьков И.Е. Опыт симультанных операций при заболеваниях щитовидной железы. // Вестник хирургии, 1991, №5, с.47-48.
22. Ищенко А.И., Александров Л.С., Ведерникова Н.В. и др. Совершенствование подхода к лечению гинекологических больных с сочетанной патологией. // Сборник трудов по актуальным вопросам акушерства и гинекологии. М., 2001, т.1, с.26.
23. Александров Л.С., Ищенко А.И., Шулутко А.М. и др. Осложнения при выполнении симультанных операций у гинекологических больных. // Материалы 5 Российского форума «Мать и дитя». М., 2003, 288-290.
24. Olivari N, Luerti M, Torzilli G, Casanova G. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy. // Department of General Surgery, Hospital of Lodi, Italy. 2003. WebSurgery.com.
25. Алипьев В.Ю., Сорогин А.Б. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных. // Хирургия, 2000, №1, с.41-43.
26. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А., Рой С.В., Маховский В.В., Захерйяд Абу Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. // Хирургия, 2002, №7, с.41.
27. Mason E.E., Renquist K.E., Jiang D. Perioperative risk and safety of surgery for severe obesity. // Amer.J.Clin.Nutr/-1992.-Vol.55.-P. 573-576.
28. Романчишен А.Ф., Борисов А.Е., Колосюк В.А., Семенов В.А., Фролов В.В. Симультанные операции у больных с заболеваниями щитовидной железы. // Вестник хирургии, 1999, №2, с.51-56.

29. Лобанов С.Л., Кокотов Ю.К., Лобанов Л.С. Социально-экономические аспекты эндоскопической желчекаменной болезни в Читинской области. // Эндоскопическая хирургия, 2001, № 6, С. 38.
30. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А., Бондаренко Э.А. Кистозный пневматоз тонкой кишки в сочетании с осложненной язвой двенадцатиперстной кишки. // Хирургия, 1998, №1, с.48-49.
31. Esser G. Prophylaktische und simultane Operationen in abdomen. // Langenbecks Arch. Chir., 1986, Bd.369, Kongressbericht, S.167-173.
32. Слесаренко С.С., Чернышов Н.В., Хатьков И.Е. Симультантные операции у больных пожилого возраста. // Клиническая хирургия, 1992, №2, с.74-75.
33. Денисов И.Н., А.Г. Резе. Гериатрия в общей врачебной практике. // Клиническая геронтология. 2000, №9-10, т.6, с.3-8.
34. Благодарный Л.А., Кузьминов А.М., Абдулаев И.А. Применение радиоволновой хирургии при лечении неопухолевых заболеваний. // Колопроктология. 2003, №3, с. 1317.
35. Faist E., Meakins J. Host defense dysfunction in trauma, shock and sepsis. // Berlin, 1993, с. XXIV, s. 218.
36. Татарин С.Н., Солдатенков О.Е., Мовчан К.Н., Тимофеев В.П. Сочетание диафрагмальной грыжи Морганьи и подвижности правой половины толстой кишки. // Хирургия, 1994, №2, с.58-61.
37. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Тургенев В.Г., Применко О.Е. Симультантные операции при заболеваниях органов брюшной полости. // Клиническая хирургия, 1981, №7, с.25-27.
38. Брегадзе И.Л., Кебедов М.М. О симультантных операциях на желчных путях и желудке. Советская медицина, 1983, №4, с.113-114.
39. Седлецкий Ю.И., Ганцев Ш.Х. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность. // Вестник хирургии, 1991, №4, с.135-137.
40. Седлецкий Ю.И., Гостевской А.А., Мирчук К.К. Сочетанные операции при лечении крайних форм ожирения. // Вестник хирургии, 1997, №1, с.50-53.
41. Lochlein D., Pichimayr R. Simultaneingriffe bei Operationen on Magen, Duodenum und Gallenwegssystem. // Zbl. Chir., 2000, Bd.102, N.19, S.1174-1182.
42. Комаров Н.В., Багров Н.А., Канашкин О.В. Одномоментная операция по поводу калькулезного холецистита и рака почки. // Хирургия, 1999, №3, с.77.
43. Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультантные операции в брюшной полости. // Хирургия, 1976, №4, с.75-79.
44. Поташов Л.В., Седов В.М., Нурмаков А.Ж. Социально-экономические аспекты сочетанных операций при желчнокаменной болезни. // Советская медицина, 1989, №2, с.43-45.
45. Novak's Gynecology. // 8 Edition. Williams and Wilkins. 1996, Sydney, s.848.
46. Андрианов А.В., Макаров П.А. К вопросу о классификации симультантных операций. // Самарский мед. архив, 1996, №1, с.43-44.
47. Атмурзаев М.М., Каиров Г.Б., Межгихов Т.Н., Халилов Р.В. Плановая лапароскопическая хирургия. // Эндохир., 2000, 2, 3-4.
48. www.surgery.net, www.surgery.com.2003.
49. Б.С.Запаротченко, В.В.Колодий, А.А.Горбунов и соавт. Опыт выполнения симультанной лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций в условиях «безгазовой» лапароскопии у больных при высоком операционно-анестезиологическом риске. // Клінічна хірургія – 2013, № 8, с. 30-32.
50. Басос А.С. Симультанное хирургическое лечение гинекологических заболеваний и хронического калькулезного холецистита. // Автореферат диссертации на соискание уч. степени к.м.н. 2008 г., Санкт-Петербург.
51. Альтмарк Е.М. Симультантные лапароскопические операции. // Автореферат диссертации на соискание уч. степени к.м.н. 2007, Санкт-Петербург.

52. Лебедева Е.А. «Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза. 14.01.17 Хирургия. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2010.

53. Guidelines for Women's Health Care, 2nd edition, 2002; Surgical Alternative to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas. ACOG Practice Bulletin no. 16, May 2000.

54. H.Marret, M.chevillot, B.Giraudeadu and Study Group of the French Society of Gynaecology and Obstetrics [Ouest Division A retrospective study comparing myomectomy by laparoscopy and laparotomy in current surgical practice. What are the bestpatients selection criteria? Eur. J. Obstet Gynecol ReprodBiol, Nov 2004; 117[1]: 82-6.

55. Юрматова Н.В. Особенности тактики ведения больных с доброкачественными новообразованиями яичников в сочетании с внутриматочной патологией. Автор. Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Код спец. 14.00.27 -2008.

Rəyçi: Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin b.e.i.:

t.ü.f.d. A.C.Xəlilov

Redaksiyaya 19.12.2017-ci il tarixində daxil olmuşdur.

NEKROLOQ

Akademik BÖYÜKKİŞİ AĞA oğlu AĞAYEV

Azərbaycanın elmi ictimaiyyətinə ağır itki üz vermişdir. Görkəmli alim və pedaqoq, əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor, Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru, “Cərrahiyyə” jurnalının baş redaktoru Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev 2018-ci il aprelin 4-də ömrünün 90-cı ilində vəfat etmişdir.

Böyükkişi Ağayev 1928-ci il sentyabr ayının 10-da Sabirabad rayonunda anadan olmuşdur. Orta məktəbi bitirdikdən sonra o, 1944–1949-cu illərdə Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun müalicə fakültəsində ali təhsil almışdır.

1950-ci ildə Sabirabad rayon xəstəxanasında əmək fəaliyyətinə başlayan Böyükkişi Ağayev burada 1954-cü ilədək həkim-cərrah işləmişdir. O, 1954–1957-ci illərdə Moskva şəhərində İkinci Moskva Dövlət Tibb İnstitutunun cərrahiyyə üzrə aspiranturada təhsil almış və bitirdikdən sonra, 1958–1960-cı illərdə Həştərxan Tibb İnstitutunun cərrahiyyə kafedrasının assistenti olmuşdur.

1960-cı ildə Bakıya qayıdan Böyükkişi Ağayev Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi Tədqiqat Onkologiya İnstitutunda əmək fəaliyyətini davam etdirərək, 1967-ci ilədək İnstitutun cərrahiyyə şöbəsinin baş elmi işçisi və şöbə müdiri vəzifələrində çalışmışdır.

1968-ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin hospital cərrahiyyə kafedrasına professor seçilən Böyükkişi Ağayev 1973-cü ildən ömrünün sonuna qədər universitetin II Cərrahi xəstəliklər kafedrasına rəhbərlik etmiş və bütün bu illər ərzində tibb kadrlarının hazırlanması işində mühüm xidmətlər göstərmişdir. O, eyni zamanda, 1988–1999-cu illərdə Elmi Tədqiqat Qastroenterologiya İnstitutunun, 1999-cu ildən etibarən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru vəzifələrində fəaliyyət göstərmişdir.

Böyükkişi Ağayev 1957-ci ildə namizədlik, 1966-cı ildə doktorluq dissertasiyalarını müdafiə etmiş, 1968-ci ildə professor elmi adına layiq görülmüşdür. O, 1980-ci ildə Azərbaycan Elmlər Akademiyasının müxbir üzvü, 1989-cu ildə isə həqiqi üzvü seçilmişdir.

Azərbaycanda tibb elminin yeni biliklərlə zənginləşdirilməsi və tədrisində akademik Böyükkişi Ağayevin xüsusi rolu və əməyi vardır. Respublikada cərrahi qastroenterologiya elmi məktəbinin yaradıcılarından olan alimin dəyərli tədqiqatları bu istiqamətdə fundamental araşdırmaların aparılması və onların müalicə işində tətbiqi üçün geniş imkanlar açmışdır. Alim eksperimental nəticələr əsasında təcrübi tövsiyələri və ixtiraları ilə tibb elminə təqdirə layiq töhfələr vermişdir.

1996-cı ildə akademik B.A.Ağayevin təşəbbüsü ilə ölkəmizdə “Cərrah və Qastroenteroloqlar Assosiasiyası” yaradılmışdır.

Böyükkişi Ağayev 400-dən artıq elmi əsərin, o cümlədən 12 monoqrafiyanın, 3 cildlik “Cərrahi əməliyyatlar atlası”nın, dərslik, ixtiralar və səmərələşdirici təkliflərin müəllifidir. Ölkənin cərrah-qastroenteroloq həkimlərinin bütöv bir nəsli Böyükkişi Ağayevin tədqiqatlarından bu gün mötəbər mənbə kimi istifadə etməkdədirlər. Alimin xarici dillərdə işıq üzü görünən fundamental-nəzəri əhəmiyyətli əsərləri elmi ictimaiyyət arasında rəğbətlə qarşılanmışdır.

Böyükkişi Ağayevin rəhbərliyi ilə 11 tibb üzrə elmlər doktoru, 63 tibb üzrə fəlsəfə doktoru və çox sayda yüksək ixtisaslı cərrah-qastroenteroloq hazırlanmışdır. Dünyanın bəzi tanınmış səhiyyə mərkəzlərində alimin yetirmələri hal-hazırda uğurla çalışmaqdadır. Böyükkişi Ağayev mötəbər beynəlxalq konfrans və simpoziumlardakı məzmunlu çıxış və məruzələri ilə Azərbaycanın müasir tibb elmini layiqincə təmsil etmişdir.



Böyükkişi Ağayevin ictimai fəaliyyəti də səmərəli olmuşdur. O, bir sıra beynəlxalq elmi cəmiyyətlərin üzvü və 12-ci çağırış Azərbaycan Ali Sovetinin deputatı seçilmişdir. Akademik Böyükkişi Ağayev in ölkədə təbabətin inkişafı və həkim kadrların yetişdirilməsi sahəsində xidmətləri yüksək qiymətləndirilmişdir. Böyük alimə 1997-ci ildə ABŞ-ın Bibliografik Mərkəzi tərəfindən Böyük Qızıl medalı ilə təltif edilmişdir. Həmçinin səhiyyənin və tibb elminin fundamental, tətbiqi sahələrinin inkişafındakı çox illik xidmətlərinə və nailiyyətlərinə görə 1979-cu ildə Azərbaycan SSR-nin əməkdar elm xadimi, 1988-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Ali Sovetinin Fəxri fərmanı, 1998-cı ildə Azərbaycan Respublikası "Şöhrət" ordeni, 2014-cü ildə isə akademik Mirəsədulla Mirqasimov adına mükafata, 29 aprel 2016-cı il tarixində Azərbaycan Respublikasının Nizami Gəncəvi adına Qızıl medalına layiq görülmüşdür. 1999-cü ildən akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktorudur.

2005-ci ildə akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev Qafqaz regionunda ilk cərrahiyyə jurnalının yaradılmasında mühüm rol oynamışdır və həmin ildən bu günə qədər Cərrah və Qastroenteroloq Assosiasiyasının "Cərrahiyyə" adında elmi-praktiki jurnalın Baş redaktoru olmuşdur.

Akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev istedadlı alim, gözəl cərrah, səmimi, sədaqətli və yüksək mənəvi keyfiyyətlərə malik olan insan idi. 04.04.2018-ci il tarixində uzun sürən xroniki xəstəlikdən vəfat etmişdir.

Bu gün akademik Böyükkişi Ağayevin yetişdirdiyi yüzlərlə şagird və tələbələr tibb elmində və praktiki cərrahiyyədə layiqincə onun başladığı işləri davam edir və Azərbaycan cərrahlar məktəbini ölkəmizdə və xarici ölkələrdə müvəffəqiyyətlə təmsil edirlər.

"Cərrahiyyə" jurnalının rəyasət heyətinin üzvləri, eləcə də Azərbaycan Tibb Universitetinin, Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin kollektivi, çoxsaylı tələbələr, dostları dərin hüzn və kədərlə akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayevin ailəsinə və doğmalarına başsağlığı verir.

Allah rəhmət eləsin!

MÜNDƏRİCAT
СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

N.A.Qasimov, G.S.Qasimzadə
*Abdominal travmalar zamanı şüa diaqnostikasının müasir metodlarının prognostik əhəmiyyəti.....*3

S.Ə.Hüseynov
*Diabetik ayağın müalicəsinin müasir prinsipləri.....*9

Zeynalov S.M., Bayramov N.Y., Aslanova K.D., Mahmudov M.G., Əliyev R.Y., Rüstəm Ə.M.
*Kəskin destruktiv xolesistitli yaşlı və qoca xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyanın xüsusiyyətləri.....*13

Bayramova E.M., Sadıqzadə T.B., İsaçadə E.M., Əliyev T.C., Rzayev T.M., Əliyev R.Y., Rüstəm Ə.M.
*Xroniki anal çətin cərrahi müalicə taktikasının seçilməsi.....*19

Məmmədov M.M., Musayev X.N., Məmmədov N.İ., Əliyeva K.A., Məmmədova N.A., Musayev B.V. Əlizadə V.N., Əliyeva A.O.
*Qeyri-spesifik xorali kolitin cərrahi müalicəsində yeni yanaşma.....*23

Ş.F.İbrahimli, F.H.Camalov, İ.T.Axundov, Ş.G.Hüseynov, R.Z.Həsənov, A.H.Əliyev
*Yemək borusunun abdominoservikal kəsikdən ekstirpasiyası və birmərhələli gastroplastikası: göstərişləri, bəzi texniki aspektləri və üstünlükləri.....*27

Novruzov N.H., Bayramov N.Y., Əliyev E.A., Məmmədov R.A.
*Canlıdan qaraciyər transplantasiyasından sonra donor nəticələri.....*31

Q.H.Hacıçadə, H.F.Bağirova, Ü.M.Siraclı, M.E.Əzizova
*Sonsuzluğu olan qadınlarda funksional hiperprolaktinemiyanın dərman korreksiyasının təhlili.....*36

Касимов Э.М., Пирметов М.Н.
*Эффективность применения селективной лазерной трабекулопластики в лечение первичной открытоугольной глаукомы с разной степенью пигментации угла передней камеры.....*42

A.H.Abbasov, A.F.Hümmətov, E.T.Məmmədova
*Təkrari və mürəkkəb tiroidektomiyalarda qayıdan qırtlaq sinirinin qorunması.....*45

Məhərrəmov D. M.
*Yırtıq defektləri zamanı qarın boşluğu divarının rekonstruksiyasında estetik cərrahiyanın elementlərindən istifadə.....*48

N.A.Qasimov, G.Sh. Gasimzadeh
*The prognostic mean of methods of radiation diagnosis in abdominal injuries.....*3

S.A. Huseynov
*Modern principles of diabetic foot treatment.....*9

Zeynalov S.M., Bayramov N.Y., Aslanova K.D., Mahmudov M.G., Aliyev R.Y., Rustam A.M.
*Features of laparoscopic cholecystectomy in patients elderly and senile age with acute destructive cholecystitis.....*13

Bayramova E.M., Sadıq-zade T.B., İsa-zade E.M., Aliyev T.G., Rzayev T.M., Aliyev R.Y., Rustam A.M.
*Choice of surgical tactics for chronic anal fissure.....*19

Mammadov M.M., Musayev X.N., Mammadov N.I., Aliyeva K.A., Mammadova N.A., Musayev B.V. Alizade V.N., Aliyeva A.O.
*New aspects of surgical treatment of non specific ulcerative colitis.....*23

Sh.F.Ibrahimli, F.H.Jamalov, I.T.Akhundov, Sh.G.Huseynov, R.Z.Hasanov, A.M.Aliyev
*Extirpation of the esophagus with one-stage gastroplasty abdomen-cervical access: indications, some technical aspects, advantages.....*27

Novruzov N.H., Bayramov N.Y., Aliyev E.A., Mammadov R.A.
*Donor outcome in living donor liver transplantation.....*31

Hajizade G.H., Baghirova Kh.F., Sirajli U.M., Azizova M.E.
*Analysis of the medicamental correction of functional hyperprolactinaemia in women with infertility.....*36

Kasimov E.M., Pirmatov M.N.
*Early and contingencies – long – term results selective laser trabeculoplasty in patients primary open – angle glaucoma with varying degrees pigmentation in anterior chamber angle.....*42

A.H.Abbasov, A.F.Hummatov, E.T.Mammedova
*Protection of the recurrent laryngeal nerve in secondary and complex thyroidectomy.....*45

Məhərrəmov D. M.
*Yırtıq defektləri zamanı qarın boşluğu divarının rekonstruksiyasında estetik cərrahiyanın elementlərindən istifadə.....*48

S.A. Atakişizadə <i>Müalicə-profilaktika müəsisələrində xəstəxanadaxili infeksiyaların profilaktik tədbirlər sistemi.....</i>	S.A. Atakishizadeh <i>The preventive measures system of hospital-acquired infections in healthcare institutions.....</i>
54	54
Miskinli R.Z. <i>Dodaq xərçəngi üzrə boyun disseksiyası.....</i>	Miskinli R.Z. <i>Cervical dissection for lip cancer.....</i>
57	57
Случай из практики	Case report.
Э.В.Набиева, Ф.Г.Джамалов, А.Х.Алиев, А.Ш.Гасымов, П.М.Аббасалиева <i>Первичная лимфома печени.....</i>	E.V. Nabieva, F.H. Jamalov, A.Kh. Aliyev, A.Sh. Gasyimov, P.M. Abbasalieva <i>Primary hepatic lymphoma.....</i>
61	61
Xəstə təqdimatı	Xəstə təqdimatı
Musayev X.N., Ağayev R.M., Məmmədov M.M., Məmmədova N.A., Musayev B.V. <i>Divertikulyar xəstəlik-müasir yanaşma.....</i>	Musayev X.N., Ağayev R.M., Məmmədov M.M., Məmmədova N.A., Musayev B.V. <i>Divertikulyar xəstəlik-müasir yanaşma.....</i>
65	65
Ədəbiyyat icmalı	Обзор литературы
Z.T. Şirinov, N.Ə. Həmidova <i>Ambulator və ya, 24 saatlıq stasionar müşahidə şəraitində laparoskopik xolesistektomiya.....</i>	Z.T. Shirinov, N.A. Hamidova <i>Laparoscopic cholecystectomy in ambulator or 24 hour stationary observation.....</i>
74	74
Ədəbiyyat icmalı	Обзор литературы
B.A. Ağayev, Q.F. Müslümov, G.R. Əliyeva, V.V. Behbudov <i>Xroniki pankreatitin yaranmasına, gedişinə və cərrahi müalicənin nəticələrinə bəzi gen faktorlarının təsirinin öyrənilməsi.....</i>	B.A. Ağaev, G.F. Muslimov, G.R. Aliyeva, V.V. Behbudov <i>Изучение влияния некоторых генных факторов на возникновение, клиническое течение и хирургическое лечение хронического панкреатита.....</i>
81	81
Ədəbiyyat icmalı	Обзор литературы
Z.N. Azadova, Z.T. Şirinov <i>Simultan cərrahi və ginekoloji əməliyyatlar.....</i>	Z.N. Azadova, Z.T. Shirinov <i>Simultaneous experience and gynecological operations.....</i>
87	87
Nekroloq.....	Necrology.....
93	93