

Azərbaycan Respublikası
Səhiyyə Nazirliyi

“Azərbaycan Cərrah və
Qastroenteroloqlar” İctimai Birliyi



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
tövsiyə 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) 432 18 30
(99450) 349 55 66
(99470) 349 55 66

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

E-mail: dr.bahruz@mail.ru

E-mail: dr.bahruz@yahoo.com

С Ә Р Р А Н İ Y Y Ə
Х И Р У Р Г И Я S U R G E R Y

№ 1, 2021

Redaksiya heyəti:

Baş redaktor: R.M.Ağayev

Baş redaktor müavini: M.Y.Nəsirov

Məsul katib: B.V. Musayev

Şirəliyev O.K.

Abbasov F.E.

Bayramov N.Y.

Cəfərov Ç.M.

Camalov F.H.

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.

Qasimov N.A.

Seyidbəyov O.S.

Musayev K.K.

Həsənov E.N.

Redaksiya şurası:

Abdullayev İ. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Abdel-Vahab M. (Misir, Mansura)

Al Mahtab (Banqladəş, Dakka)

Alekseyev S. (Belarus, Minsk)

Baymaxanov B. (Qazaxstan, Almata)

Fazle A. (Yaponiya, Tokio)

Gurakar A.(ABŞ, Baltimor)

Xacıbayev A.M. (Özbəkistan, Daşkənd)

Kianmanesh R. (Fransa, Reyms)

Qalperin E. (Rusiya, Moskva)

Maqomedov A.Q. (Rusiya, Mahaçqala)

Mamakeyev M.M. (Qırğızıstan, Bişkək)

Nazırov F.Q. (Özbəkistan, Daşkənd)

Nardone G. (İtaliya, Neapol)

Novruzov R.M. (Azərbaycan, Sumqayıt)

Novruzov S.A. (Azərbaycan, Naxçıvan)

Ozkan H. (Türkiyə, Ankara)

Pavlov A. (Rusiya, Moskva)

Ryska M. (Çexiya, Praqa)

Satava R. (Siettl, ABŞ)

Skiappa J. (Portuqaliya, Lissabon)

Tamm T.İ. (Ukraina, Xarkov)

MÜƏLLİFLƏRİN NƏZƏRİNƏ

“Cərrahiyyə” jurnalı Azərbaycan Cərrah və Qastroenteroloqlar İctimai Birliyinin elmi-praktiki jurnalı olub və cərrahiyyənin, onkologiyanın, urologiyanın, travmatologiyanın, qastroenterologiyanın, anesteziologiya və reanimatologiyanın müxtəlif sahələri üzrə məqalələrini dərc edir. Məqalələr Azərbaycan, rus və ingilis dillərində 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, tibbi tarix, 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. Oxuyucuların müəllifə müraciəti üçün məqalədə e-mail ünvan göstərməlidir.
5. Redaksiyaya məqalədə qeyd olunan hər bir müəllif tərəfindən şəxsi ORCID iD təqdim olunmalıdır. (ORCID iD əldə etmək üçün <https://orcid.org/> saytında qeydiyyatdan keçmək lazımdır.)
6. 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.
7. Məqalə A4 formatlı ağ kağızın bir üzündə yazılır. Vərəqin sol tərəfində 3 sm, sağ tərəfində - 1 sm boş saxlanılır; hər səhifədə sətirlərin sayı 30 dan artıq olmamalıdır.
8. Məqalələrin həcmi (cədvəl, illüstrasiyalar, xülasələr və ədəbiyyat siyahısı ilə birgə) 8-10 səh., icmal və mühazirələr üçün 12 səhifədən artıq olmamalıdır.
9. Məqalə bir nüsxədə qəbul edilir və dərc olunduqdan sonra geri qaytarılır.
10. Məqalə diskdə Microsoft Word programında təqdim olunmalıdır (çap olunmuş nüsxə ilə bərabər). Bu zaman **Times new Roman** şriftlərdən istifadə olunmalıdır.
11. Məqalənin ilk səhifəsində məqalənin adı, müəlliflərin inisialları və soyadı, müəlliflərin işlədiyi müəssisənin və kafedranın bütövlükdə adı, şəhər və ölkə göstərilir.
12. Məqalədə Beynəlxalq Vahidlər Sistemindən istifadə olunmalıdır.
13. Orijinal məqalələr aşağıdakı hissələrdən ibarət olmalıdır: a) müqəddimə; b) material və tədqiqat metodları; c) tədqiqatın nəticələri; ç) müzakirə.
14. Hər məqalədə 3 cədvəl, 3 foto və ya 3 qrafik verilə bilər.
15. Ədəbiyyat siyahısında: orijinal məqalələr üçün 7-10, icmal və mühazirələr üçün 40-50 əsər və məqalələrin siyahısı göstərilir.
16. Redaksiyanın göndərilən məqalələri ixtisar etmək və düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti vardır.
17. Dərc edilmiş məqalələrin dürüslüyünə 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, юбилеи, 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. В статье должен быть указан адрес электронной почты, чтобы читатели могли связаться с автором.

5. Личный идентификатор ORCID должен быть представлен в редакцию каждым из авторов, упомянутых в статье (для получения идентификатора ORCID необходимо зарегистрироваться по адресу <https://orcid.org>).

6. 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.

7. 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, вверху - 2 см.

8. Объем статьи не должен превышать 10 страниц (вместе со списком литературы). Для литературных обзоров и лекций - объем не более 12 страниц.

9. Статья принимается в одном экземпляре и после печатания возврату не подлежит.

10. 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.

11. На первой странице статьи указывается название статьи, инициалы авторов и их фамилии, полное название предприятия и кафедры, страна и город.

12. В статье необходимо использовать Систему Международных Единиц.

13. Оригинальные статьи должны состоять из следующих частей:

а) Введение; б) материалы и методы исследования; в) результаты исследований; г) обсуждения.

14. В каждой статье можно разместить не более 3-х таблиц, фотографий и графиков.

15. Количество использованных литературных источников не должно превышать 10 (для оригинальных статей) и 50 - для литературных обзоров.

16. Редакция имеет право производить сокращения и изменения в статьях.

17. За достоверность данных, напечатанных в статье, ответственность несут авторы.

ATTENTION OF AUTHORS

The journal "Cərrahiyyə" ("Surgery") is a scientific and practical journal of the Azerbaijan Public Association of Surgeons and Gastroenterologists and publishes articles in various fields of surgery, oncology, urology, traumatology, gastroenterology, anesthesiology and resuscitation. Articles are accepted in Azerbaijani, Russian and English. The magazine is published 4 times a year. Articles are published within 3-6 months after the decision of the publisher.

The journal consists of the following sections: the main article, original articles, observations from practice, reviews, lectures, a letter to the editor, medical history, anniversary, annotations of articles published in foreign journals, reviews, new drugs, etc.

When publishing articles, it is important to observe the following rules:

1. A letter to the management of the sending company in the name of the editor-in-chief.
2. In the upper left corner of the first page of the article the stamp of the sending enterprise is affixed and signed by the head of the enterprise.
3. The opinion of an expert with a degree in the relevant field is attached to the article.
4. The article must include an email address so readers can contact the author.
5. The personal ORCID must be submitted to the editorial office by each of the authors mentioned in the article (to obtain the ORCID, you must register at <https://orcid.org/>)
6. Articles in the Azerbaijani language must be accompanied by one-page annotations in English and Russian, in Russian in the Azerbaijani and English languages, and articles in English in the Russian and Azerbaijani languages.
7. The article is written on a sheet of A4 white paper. 3 cm on the left side of the sheet, 1 cm on the right side left blank; the number of lines on each page should not exceed 30.
8. The volume of articles (including tables, illustrations, summaries and bibliographies) should not exceed 8-10 pages, 12 pages for reviews and lectures.
9. The article is accepted in one copy and is not returned after publication.
10. The article should be submitted on disk in Microsoft Word (together with a hard copy). In this case, the font Times new Roman should be used.
11. On the first page of the article the title of the article, initials and surname of the authors, the full name of the institution and department in which the authors work, city and country are indicated.
12. The article should use the International System of Units.
13. Original articles should consist of the following parts:
 - a) introduction; b) materials and research methods; c) research results; d) discussion.
14. Each article may contain 3 tables, 3 photographs or 3 graphics.
15. Bibliography: 7-10 for original articles, 40-50 for reviews and lectures.
16. The editors have the right to reduce and correct the submitted articles.
17. Authors are responsible for the accuracy of published articles.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Н.А. ГАСЫМОВ, Н.И. МАМЕДОВ, А.Е. ГАДЖИЕВА.

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.А.Алиева
«Городская клиническая больница №-3», Баку, Азербайджан*

(E-mail: haciyeva2018@icloud.com)

*Mini-invasive technologies in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers
N.A. Gasimov, N.I. Mammadov, A.E. Haciyeva.*

Summary: The analysis of results of surgical treatment of patients with perforated ulcers for 20 years is presented. Minimally invasive surgeries promote early activity of patients, reduction of a postoperative pain syndrome and number of postoperative complications. Study showed that use of our medical tactics has improved the treatment results in 1,5-2 times ($p<0,01$), but do not decrease postoperative mortality.

Key words: perforated gastroduodenal ulcer, mini-approach, single incision laparoscopic surgery.

**Perforativ gastroduodenal xoraların müalicəsində azinvaziv texnologiyalar
N.A. Qasimov, N.İ. Məmmədov, A.E. Hacıyeva**

Xülasə: Məqalədə 20 il ərzində perforativ xorası olan pasiyentlərin cərrahi müalicəsinin nəticələri analiz edilmişdir. Azinvaziv əməliyyatlar xəstələrin erkən aktivləşməsinə, əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunun, əməliyyatdan sonrakı fəsadların sayının azalmasına səbəb olur. Tətbiq edilən müalicə taktikası kompleks müalicənin nəticələrini 1,5-2 dəfə ($p<0,01$) azaltmağa imkan versədə əməliyyatdan sonrakı letallığı azaltmır.

Açar sözlər: perforativ 12 b.barmaq xorası, mini kəsik, tək laparoskopik kəsik.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, минидоступ, единый лапароскопический доступ.

В последние годы наблюдается статистически достоверное повышение заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Это приводит к увеличению числа больных с осложненными формами данной патологии. Гастродуоденальные перфорации и кровотечения являются одними из тяжелых осложнений язвенной болезни, которые встречаются у 5-15% больных с данной патологией [3]. Успехи консервативного лечения больных язвенной болезнью очевидны, что, однако, не решает проблему рецидивирования заболевания. В результате снижается индекс качества жизни этих больных, а у многих больных рецидив сопровождается развитием опасных для жизни осложнений. Общим результатом в настоящее время является, с одной стороны, повсеместное снижение количества плановых хирургических вмешательств, с другой – увеличение количества экстренных операций по поводу осложненных форм язвенной болезни – кровотечений, перфорации, стеноза [8,10,12]. Эта ситуация не может не беспокоить хирургов. Количество осложненных форм язвенной болезни, прежде всего перфораций, не имеет тенденции к уменьшению, а, по мнению отдельных авторов, продолжает расти [2,9]. Это обстоятельство порождает возобновление дискуссии по вопросу о выборе способа хирургического лечения прободной язвы [1]. У зарубежных исследователей имеется однозначная позиция, которая заключается в том, что при перфоративной язве как желудка, так и двенадцатиперстной кишки выполняется операция простого ушивания перфоративного отверстия с последующим проведением комплексного лечения [15, 18]. В России и у нас хирургическая тактика при прободной язве сильно варьирует [11]. Несомненно, наиболее часто применяется операция простого ушивания перфорации как наиболее простая, надежная, позволяющая спасти жизнь пациенту [5]. Но в то же время различные хирургические школы, кафедры, клиники предпочитают какойлибо способ оперативного лечения, и часто в одном крупном мегаполисе или субъекте Российской Федерации есть клиники, которые при перфоративной пилородуоденальной язве выполняют только ваготомию, другие же – только резекцию желудка [6,7]. При этом выработанная тактика не распространяется за пределы этих клиник, где по-прежнему основным вмешательством является операция простого ушивания перфоративного отверстия. В настоящее время в Азербайджане не проведены рандомизированные исследования по выбору способа оперативного лечения при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, в настоящее время проблема хирургического лечения такого осложнения как прободная язва далека от своего разрешения.

Цель исследования: анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших за последние 20 лет в клинику Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.А.Алиева, ГКБ № 3 г. Баку.

Материал и методы: Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших в хирургическое отделение Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им.А.Алиева, ГКБ № -3 г. Баку. с 2000 по 2020 гг. До операции сравнительному анализу подвергнуты следующие параметры: возраст, пол пациентов, давность заболевания, количество баллов по шкале Booe, оценка по шкале American Society of Anesthesiologists (ASA). Интраоперационные характеристики: тяжесть перитонита в баллах по мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ), морфология зоны и диаметр перфоративного отверстия, вариант операции, продолжительность вмешательства, частота конверсий хирургического доступа, интраоперационные осложнения. После операции проанализированы следующие параметры: частота и структура послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, выраженность послеоперационного болевого синдрома, продолжительность госпитализации. Использовали стандартные методы описательной статистики с определением средней арифметической величины (M), медианы (Me) и ошибкой среднего арифметического (m). Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 7.0.

Результаты: За 2000–2020 гг. в хирургическое отделение ГКБ № -3 г. Баку госпитализировано 186 пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, из них шестеро поступили по линии санитарной авиации из других городов после уже проведенных оперативных вмешательств. Мужчин было 146 (78,5%), женщин 40 (21,5%). Перфорация желудочной язвы диагностирована у 45 (24,2%) больных, из них женщин было 11 (24,4%). Перфорация дуоденальной язвы была у 141 (75,8%) больных, женщины составили 29 (20,6%) человек. Возраст больных варьировал от 18 до 90 года, средний возраст $43,3 \pm 1,9$ лет.

Время с момента перфорации до госпитализации варьировало от 30 мин до 3 сут, в среднем $5,8 \pm 1,2$ часа. В течение первого часа после перфорации в стационар поступило 54 (29%) пациента, в сроки от 1 до 6 час – 86 (46,2%) больных. От 7 до 24 час госпитализировано 25 (13,4%) человек, свыше 24 час поступил 21 (11,3%) пациент, причем 11 из них были женщины. Все больные были прооперированы. Лапароскопия была выполнена у 102 (54,8%) пациентов. Паллиативные операции (ушивание перфоративного отверстия) выполнены у 168 (90,3%), радикальные – у 18 (9,7%) больных. Паллиативные операции у 62 человек, в том числе у 11 больных с желудочной локализацией перфорации, выполнены с применением малоинвазивных методик, что составило 40% всех паллиативных операций. Стволовая ваготомия с пилоропластикой выполнена у 7 (4,2%) больных, резекция желудка – у 11 (5,9%) пациентов. Характеристика больных в зависимости от варианта оперативного вмешательства представлена в табл. 1

Согласно критериям Bone, с абдоминальным сепсисом госпитализировано 44 (23,7%) пациента, с тяжелым абдоминальным сепсисом – 15 (8,1%), в состоянии септического шока – 14 (7,5%) пациентов. Диаметр перфоративного отверстия варьировал от 2 до 30 (Me 7,4) мм. Наибольший диаметр перфоративного отверстия был у больных с желудочной локализацией перфорации (Me 9,8 мм) в сравнении с дуоденальной локализацией перфоративного отверстия (Me 4,2 мм).

В группе лапароскопического ушивания конверсия хирургического доступа была необходимой у 3 (8,3%) больных, из них у одного больного с перфорацией желудочной язвы. Причины конверсии: негерметичность ушитой язвы, прорезывание швов, выявление при проведении интраоперационной гастроскопии сочетанных осложнений, потребовавших выполнения радикальной операции. При этом у 2 пациентов (в одном случае перфорация язвы желудка, в другом – перфорация язвы двенадцатиперстной кишки) конверсия выполнена на ушивание из минидоступа, в одном случае перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки выполнена конверсия на лапаротомию, резекцию желудка. В группе видеоассистированного ушивания из минидоступа конверсий хирургического доступа не отмечено. Длительность операции лапароскопического ушивания варьировала от 30 до 120 (Me 67,9) мин, видеоассистированного ушивания из минидоступа – от 35 до 90 (Me 64,4) мин. Продолжительность традиционного ушивания варьировало от 20 до 100 (Me 51,1) мин. Программированные санационные релапаротомии выполнены у 3 пациентов, суммарно выполнено 9 санационных лапаротомий (по 3 релапаротомии у каждого пациента). Ваготомия выполнена у 7 (3,8%) больных, стволовая ваготомия с пилоропластикой – у 6 (3,2%) человек, из них у одного пациента – с привратниковой локализацией перфоративного отверстия. В одном случае при дуоденальной локализации перфоративного отверстия ушивание дополнено селективной проксимальной ваготомией из лапаротомного доступа. Резекция желудка выполнена у 11 (5,9%) больных. Резекция в модификации Бильрот I выполнена у 5 больных с желудочной локализацией, причем в 4 случаях прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Резекция в модификации Бильрот II выполнена у 2 пациентов (по одному пациенту с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки).

Таблица 1

Характеристика поступивших больных в зависимости от вида оперативного вмешательства

Параметры	Лапароскопическое ушивание (n=36)	Ушивание из минидоступа (n=26)	Традиционное ушивание (n=106)	Ваготомия (n=7)	Резекция желудка (n=11)	Всего (n=186)
Пол (♀/♂)	5 / 31	7 / 19	24 / 82	3 / 4	1 / 10	40 / 146
Возраст, Ме, (диапазон), лет	31,5 (18–83)	31 (20–81)	43,5 (18–91)	62 (24–87)	50 (28–76)	38,5 (18–91)
ASA 1/2/3/4, балл	12 / 21 / 3 / 0	12 / 11 / 3	11 / 36 / 46 / 12	0 / 1 / 4 / 2	0 / 8 / 3 / 0	35 / 77 / 59 / 14
Воуе 0/1/2/3, балл	26 / 10 / 0	18 / 6 / 2	15 / 25 / 47 / 18	0 / 0 / 5 / 2	0 / 8 / 3 / 0	59 / 49 / 57 / 20
МПИ, Ме (диапазон), балл	11 (5–22)	12 (0–16)	19 (10–28)	17,6 (15–20)	12,4 (0–15)	13,7 (0–28)
Давность заболевания, Ме, (диапазон), час	3 (0,5–14)	3,8 (1–15)	12,7 (1–72)	15,3 (2–24)	6,6 (0,5–8)	5,9 (0,5–72)

Примечание: ASA – American Society of Anesthesiologists, МПИ – мангеймский перитонеальный индекс. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 18 (9,7%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений

Осложнения	Паллиативные (n= 168)				Радикальные (n=18)			Всего (n=186)
	Лапароскопическое (n=36)	Минидоступ (n=26)	Традиционное (n=106)	Всего (n=168)	Ваготомия (n=7)	Резекция (n=11)	Всего (n=18)	
ИОХВ	-	1(3,8%)	2(1,9%)	3(1,8%)	-	1(9,1%)	1(5,6%)	4(2,2%)
Эвентрация	-	-	1(0,9%)	1(0,6%)	-	-	-	1(0,5%)
Несостоятельность швов	1(2,8%)	-	4(3,8%)	5(3%)	-	-	-	5(2,7%)
Непроходимость	-	-	1(0,9%)	1(0,6%)	-	-	-	1(0,5%)
Кровотечение	-	-	1(0,9%)	1(0,6%)	-	-	-	1(0,5%)
Пневмония	-	-	2(1,9%)	2(1,2%)	-	-	-	2(1,1)
Панкреонекроз	-	-	-	-	-	1(9,1%)	1(5,6%)	1(0,5%)
ТЭЛА	-	-	2 (1,9%)	2 (1,2%)	1 (14,3%)	-	1 (5,6%)	3 (1,6%)
Всего	1 (2,8%)	1 (3,8%)	13 (12,3%)	15 (8,9%)	1 (14,3%)	2 (18,2%)	3 (16,7%)	18 (9,7%)

Примечание: ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, ИОХВ – инфекция области хирургического вмешательства.

В послеоперационном периоде умерло 27 (14,5%) больных, из них 13 женщин. Структура послеоперационной летальности представлена в табл. 3.

Таблица 3

Структура послеоперационной летальности

Этиология	Паллиативные операции (n= 168)		Радикальные операции (n=18)		Всего (n=186)
	Малоинвазивные операции (n=62)	Традиционное ушивание (n=106)	Ваготомия (n=7)	Резекция (n=11)	
Абдоминальный сепсис	-	18 (17%)	1 (14,3%)	-	19 (10,2%)
Несостоятельность швов	-	3(2,8%)	-	-	3(1,6%)
Панкреонекроз	-	-	-	1(9,1%)	1(0,5%)
ТЭЛА	-	2(1,9%)	-	1(9,1%)	3(1,6%)
Кровотечение	-	1(0,9%)	-	-	1(0,5%)
Всего	-	24 (22,6%)	1 (14,3%)	2 (18,2%)	27 (14,5%)

Послеоперационные осложнения и летальные исходы зависели от давности заболевания и возраста пациентов. Из 18 больных с послеоперационными осложнениями 14 поступили в сроки более 12 час от начала заболевания.

Длительность госпитализации в группе малоинвазивных паллиативных операций варьировала от 5 до 12 (Ме 6,6) дней. Пациенты после традиционного ушивания перфоративного отверстия находились в стационаре от 6 до 28 (Ме 9,8) дней, радикальных операций – от 8 до 18 (Ме 10,2) дней.

Обсуждение. Многие авторы отмечают неуклонный рост количества перфораций язв желудка и двенадцатиперстной кишки [9]. За анализируемые 20 лет мы не получили значимого роста числа случаев прободных язв, количество больных варьировало от 30 до 35 в год. Наибольшее количество больных – лица трудоспособного возраста, но отмечается тенденция к увеличению больных пожилого и старческого возраста, из них 30% женщин. При поступлении пациенты оценивались по шкале риска ушивания J. Воуе, разработанной в 1987 г. с целью стратификации риска послеоперационной летальности [14]. По мнению F. Y. Lee et al. (2001), у пациентов, не имеющих факторов риска по шкале Воуе, лапароскопическое ушивание перфоративной язвы должно быть операцией выбора [17]. Факторов риска по шкале Воуе не имели 59 пациентов, у 49 был 1 балл, остальные имели 2 (57 больных) и 3 (20 больных) балла. В нашей хирургической клинике приоритетным направлением является применение малоинвазивных технологий в неотложной хирургии, поэтому большинству пациентов с установленным диагнозом или подозрением на перфоративную язву выполнена диагностическая лапароскопия (102 пациента). Лапароскопия позволяет уточнить характер морфологических изменений в области перфоративного отверстия, распространенность перитонита, выявить противопоказания к проведению малоинвазивного вмешательства. Основным оперативным вмешательством при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, а также желудка, в нашей клинике является операция простого ушивания перфоративного отверстия. Мы придерживаемся распространенного в России и других зарубежных клиниках мнения, согласно которому ушивание перфоративного отверстия с дальнейшим проведением полноценной консервативной терапии ведет к минимальному числу рецидивов заболевания в дальнейшем [5,14]. По данным С.А. Афендулова, проведение адекватной консервативной терапии после лапароскопического ушивания позволило снизить частоту рецидива язвенной болезни с 53,5% до 6,3% [3]. Несмотря на то что проведенные рандомизированные исследования иностранных авторов [16] не выявили очевидных преимуществ лапароскопического ушивания перед традиционным, мы считаем, как и многие авторы [5], что ушивание перфоративного отверстия с использованием малоинвазивных технологий является операцией выбора. Выполнено 60 таких операций, что составило 40% от общего числа паллиативных вмешательств. Ретроспективно оценивая истории болезни, мы пришли к выводу, что у некоторых пациентов возможно было проведение малоинвазивного ушивания, которое не было выполнено по целому ряду причин. Таким образом, малоинвазивных операций могло быть больше. По результатам наших исследований, малоинвазивные операции способствуют достоверному снижению послеоперационного болевого синдрома, ранней активизации пациентов и улучшению качества жизни. Большинство пациентов после проведенной операции в дальнейшем переводились в гастроэнтерологическое отделение для подбора адек-

ватной противоязвенной терапии. По данным С.А. Афендулова, конверсия операционного доступа при лапароскопическом ушивании необходима в 6%–29% случаев [2]. Наши данные схожи с данными многих хирургической клиники, где конверсия хирургического доступа была необходимой в 8,1% случаев лапароскопического ушивания [5]. Другим вариантом малоинвазивного ушивания является видеоассистированное ушивание из минидоступа с проведением лапароскопической санации брюшной полости из трех дополнительных троакаров. По данным М.И. Прудкова, на 248 больных с прободной пилородуоденальной язвой не было ни одного случая конверсии хирургического доступа, что, по мнению автора, являлось следствием точной дооперационной диагностики, а также применения мануальных приемов оперирования [13]. Видеоассистированное ушивание из минидоступа выполнено 26 пациентам, в 6 случаях – при желудочной локализации перфорации. В случае расположения перфоративного отверстия в области пилородуоденальной зоны минидоступ располагался трансректально вертикально справа на расстоянии 4 см от срединной линии. Данное расположение минидоступа определено по оптимальной проекции пилорического жома на переднюю брюшную стенку. В случае желудочной перфорации минидоступ располагался по срединной линии в эпигастрии. В двух случаях минидоступ использован как вариант конверсии с лапароскопического ушивания, что расширяет возможности малоинвазивных операций. В группе малоинвазивных вмешательств обязательно выполнялась дооперационная или интраоперационная гастроскопия с целью уточнения морфологии процесса, исключения сочетанных осложнений язвенной болезни, а также герметичности швов после выполненного ушивания. В последние годы тенденция минимизации хирургического доступа стала проследиваться и в малоинвазивной хирургии, результатом которой стала разработка оперативных вмешательств через единый лапароскопический доступ (ЕЛД) [19]. В результате проведенного исследования доказана возможность проведения адекватной лапароскопической санации из ЕЛД, что отразилось в разработке видеоассистированного ушивания перфоративного отверстия из минидоступа с проведением лапароскопической санации из ЕЛД. По данной методике прооперировано 6 пациентов без каких-либо осложнений. В дальнейшем разработана методика мультипортового ушивания из ЕЛД, а также же ушивания с использованием порта X-Scope. По данной технологии, нами были выполнены 4 операции. Эта методика применяется и в настоящее время. Мы не являемся сторонниками радикальных операций при прободной язве, наши наблюдения немногочисленны (18 больных). Как правило, это пациенты с сочетанными осложнениями в стабильном состоянии при небольшой давности заболевания. Крайне малое количество пациентов, которым выполнена ваготомия (7 пациентов с одним летальным исходом), не дает нам возможности высказаться о преимуществах и недостатках, а также целесообразности выполнения данной операции в неотложной хирургии язвенной болезни. Из 11 пациентов, которым выполнена резекция желудка, у 6 была желудочная локализация перфоративного отверстия. Наименьшее число послеоперационных осложнений отмечено в группе малоинвазивных операций. Несостоятельность швов после лапароскопического ушивания, по данным M. Bertleff et al., составляет 2%–16% [14]. В нашей хирургической клинике несостоятельность швов после лапароскопического ушивания была в одном случае (2,8%). Наибольшее количество осложнений получено после традиционного ушивания, что объясняется тяжестью состояния данной группы пациентов. Несостоятельность швов у 4 пациентов послужила причиной смерти 3 из них, при этом 2 поступили по линии санитарной авиации из других городов, где им было выполнено ушивание перфоративного отверстия. В структуре умерших – 15 (55,5%) пациентов старше 70 лет с серьезной сопутствующей патологией. По данным И.Г. Дряженкова, послеоперационная летальность больных старше 60 лет с перфоративной гастродуоденальной язвой составляет 34% [4]. В нашей клинике из 35 пациентов старше 60 лет умерло 12 (34,2%). Основная причина смерти – прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний. На наш взгляд, именно за счет этой категории больных послеоперационная летальность будет оставаться высокой.

Выводы:

1. Малоинвазивные операции способствуют достоверному снижению послеоперационного болевого синдрома, ранней активизации пациентов и улучшают качества жизни. способствуют благоприятному послеоперационному периоду, сопровождаются минимальным количеством послеоперационных осложнений (9,7%), но не уменьшают послеоперационной летальности.
2. Число больных с прободной язвой остается стабильным, высок удельный вес, высокая послеоперационная летальность сохраняется за счет лиц пожилого (34,2%) и старческого (55,5%) возраста. Основная причина смерти – является прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний.
3. Единый лапароскопический доступ (ЕЛД) дает возможность проведения адекватной лапароскопической санации брюшной полости и видеоассистированного ушивания перфоративного отверстия из минидоступа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонюк СМ, Гринцов ГА, Ахрамеев ВБ, Андриенко ИБ, Луценко Ю Г. Вопросы обоснованности операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. *Университетская клиника*. 2016; 12 (1-2):12-4. Афендулов СА, Журавлёв ГЮ, Кадиров КМ. Реабилитация больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы. *Вестник Авиценны*. 2011;4:25-8. Гостищев В.К. Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // *Русский медицинский журнал*. – 2005. – Т. 13, № 25. – С. 1663–1667.
2. Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с прободными гастродуоденальными язвами // III съезд хирургов юга России: Сб. материалов. Астрахань, 2013. – С. 92–93.
3. Ермолов А.С., Ярцев П.А., Кирсанов И.И. Видеолапароскопия в лечении пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // III съезд хирургов юга России: Сб. материалов. Астрахань, 2013. – С. 31.
4. Косенко ПМ, Вавринчук СА, Бояринцев НИ, Сунозова ГД. Диагностика и лечение сочетанного рубцово-язвенного стеноза у больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки при органов сохраняющих операциях. *Вестник ДВГМУ*. 2019;1:22-6.
5. Курбонов КМ, Сафаров ФШ, Хомидов МГ. Органов сохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся с пенетрацией и стенозом. *Вестник Авиценны*. 2010;2:26-8. Лебедев НВ, Климов АЕ, Петухов ПА. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Хирургия*. 2016;6:52-6.
6. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже 21 века // *Хирургия*. – 2005. – № 1. – С. 58–63.
7. Мидленко ВИ, Мидленко ОВ, Смолькина АВ, Барбашин СИ. Предоперационное и послеоперационное ведение больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2016;4:43-52. Нишанов ФН, Нишанов МФ, Ходжиметов ДШ, Робиддинов БС. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки. *Вестник Национального медико-хирургического центра им.Н.И. Пирогова*. 2018;13(3):43-6.
8. Полуэктов ВЛ, Никитин ВН, Клипач СГ. Рубцово-дегенеративное кольцо, как каркас при хирургическом лечении стенозирующих пилородуоденальных язв, осложнённых перфорацией. В: *Актуальные вопросы современной хирургии*. Красноярск, РФ: Версо; 2018. с. 145-9.
9. Прудков М.И. Основы минимально-инвазивной хирургии. – 2001. – 64 с.
10. Bertleff M.J. O.E., Lange J.F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature // *Surg. Endosc.* – 2010. – Vol. 24. – P. 1231–1239.
11. Bose A.C., Cate V, Ananthakrishnan N. et al. Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – Vol. 22, № 3. – P. 345–348.
12. Kuwabara K., Matsuda S, Fushimi K. et al. Community-based evaluation of laparoscopic versus open simple closure of perforated peptic ulcers // *World J. Surg.* – 2011. – Vol. 35. – P. 2485–2492.
13. Lee F.Y, Leung K.L., Lai B.S. et al. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers // *Arch. Surg.* – 2001. – Vol. 136. – P. 90–94.
14. Lee J., Sung K., Lee D. et al. Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal “cross and twine” knotting // *Surg. Endosc.* – 2010. – Vol. 22, № 1. – P. 229–33.
15. Lui F. Y., Davis K. A. *Scan. J. Surg.*, 2010, Vol. 99, P. 73–77.

Рәүғи: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.ü.f.d. Əliyeva S.A.

Redaksiyaya 24.12.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

АЛИЕВ С.А., БАЙРАМОВ Н.Ю., АЛИЕВ Э.А., НАМАЗОВ А.Э.,
МАХМУДОВ М.Г., МАГЕРРАМОВ Д.М.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан
(E-mail: anarn_2003@yahoo.com)*

*Analysis of the results of treatment of the wounded suffering shell explosion trauma
Aliyev S.A., Bayramov N.Y., Aliyev E.A., Namazov A.E., Mahmudov M.G., Maharramov D.M.*

Summary. The article analyzes the results of the treatment of 60 wounded with combat injuries from various types of weapons in the battles with the Armenian occupiers for the territorial integrity of our country. In the general structure of the wounded, isolated (20%) and combined (20%) injuries accounted for 40% and multiple wounds for 60%. 25 of the wounded (41,7%) got shell explosion trauma. In the wounded, explosive trauma caused extensive and deep tissue defects of various anatomical regions (chest, sacrum, septum). The treatment of these wounded was completed with autodermal plastic surgery of tissue defects.

Key words: shell explosion trauma, injured, mortality, treatment.

Мəрми-partlayış travması almış yaralıların müalicəsinin nəticələrinin təhlili

**Əliyev S.A., Bayramov N.Y., Əliyev E.A., Namazov A.E.,
Mahmudov M.G., Məhərrəmov D.M.**

Xülasə. Məqalədə Vətənimizin ərazi bütövlüyü uğrunda 2-ci Vətən müharibəsi zamanı erməni işğalçıları ilə döyüşlərdə müxtəlif növ silahlardan coxsaylı döyüş travması almış 60 yaralının müalicəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Yaralanmaların ümumi strukturunda izalə olunmuş (20%) və müştərək (20%) yaralanmalar 40%, çoxsaylı yaralar 60% təşkil etmişdir. Yaralıların 25-i (41.7%) partlayış travması almışdır. 3 Yaralıda partlayış travması nəticəsində müxtəlif anatomik nahiyələrin (döş qəfəsi, sağrı nahiyəsi) geniş və dərin toxuma defekti əmələ gəlmişdir. Həmin yaralıların müalicəsi toxuma defektlərinin autodermal plastikasi ilə tamamlanmışdır.

Açar sözlər: döyüş travması, partlayış travması, letallıq, müalicə

Введение. Минно-взрывная травма (МВТ) представляет собой разновидностью огнестрельного сочетанного ранения, возникающего в результате воздействия комплекса повреждающих факторов ранящих снарядов. В отличие от взрывных поражений, возникающих техногенного характера, МВТ сопровождается более обширными и глубокими разрушениями органов и тканей, общим контузионно-коммоционным синдромом. В структуре боевой огнестрельной травмы МВТ занимает одно из лидирующих мест как по частоте, так и по тяжести ранений. В эпоху локальных войн частота МВТ колеблется в пределах от 13 до 30-45% [1-8]. При этом 86% пострадавших имеют множественные и сочетанные повреждения [9-14].

По механогенезу различают 2 формы МВТ: минно-взрывные ранения (МВР) и минно-взрывные повреждения (МВП). МВР является огнестрельными множественными осколочными ранениями, возникающими от прямого воздействия первичных и вторичных снарядов в сочетании с проникающими дистантными и непосредственными повреждениями внутренних органов. В основе механогенеза МВР лежит воздействие ударной (взрывной) волны и взрывных газов. МВР могут быть слепыми, касательными и сквозными. Изолированные МВР встречаются крайне редко. При МВР доминируют множественные осколочные ранения в сочетании с воздействием взрывной волны [1,3,8,14]. При МВТ превалируют закрытая и открытая огнестрельная травма от воздействия ударной волны и вторичных ранящих снарядов. К ним относятся дистантные повреждения, возникающие вдали от места непосредственного воздействия ранящего снаряда.

Современная МВТ отличается обширностью и множественностью (мультифокальностью) повреждений органов и тканевых структур, большой частотой гнойно-септических осложнений и высоким уровнем летальности. Медико-социальная значимость проблемы обусловлена тем, что частота гнойно-септических осложнений и летальности у раненых с МВТ варьирует в пределах 40-61% и 39-45% соответственно, а стойкая инвалидность-40% [2-4,15-17]. Результаты лечения раненых с МВТ в значительной степени определяются организацией четкой системы сортировки раненых и реализацией комплекса диагностического и лечебно-тактического алгоритма на всех этапах медицинской эвакуации [1,2,4,15,18-21]. Ключевыми звеньями реализации диагностического и лечебно-тактического алгоритма являются: 1. объективная оценка степени тяжести МВТ и состояния раненого; 2. выявление ведущего (доминантного) повреждения с учетом механогенеза МВТ; 3. рациональная и последовательная комбинация комплексной системы интенсивной терапии и методов хирургического лечения.

Объективная оценка тяжести течения МВТ позволяет прогнозировать исход травматической (раневогой) болезни и определить адекватную тактику лечения (2, 4, 9, 14, 15, 18).

Цель исследования – изучение структуры огнестрельной боевой травмы, полученной во 2-й Отечественной войне за освобождение азербайджанских земель от армянских оккупантов и анализ результатов лечения раненых с МВТ.

Материал и методы: В период 2-й Карабахской войны армянскими оккупантами за восстановление территориальной целостности Азербайджанской Республики (с 27.IX по 8.XI-2020 г.) в учебно-хирургическую клинику (УХК) Азербайджанского Медицинского Университета (АМУ) были госпитализированы 60 раненых с огнестрельной боевой травмой различной локализации, у 25 (41.7%) из которых была МВТ. Большинство раненых (45 человек – 75%) были в возрасте от 18 до 29 лет. Возраст 15 раненых (25%) колебался от 30 лет до 41 года. Мужчин было 59, женщина – 1. По механизму МВТ, все раненые были разделены на 3 группы: А-раненые, у которых МВТ произошла вследствие непрямого воздействия взрывной волны через какую-то преграду (броневая плита, кузов боевой техники и т.); Б-контактный (на mine); В-неконтактный-дистантный (осколки). Спектр обследования включал клиническое, лабораторное, ультразвуковое исследования, компьютерную- и магнитнорезонансную томографию. С учетом балльной оценки характера (тяжести) МВТ, раненые были ранжированы на 3 группы. В 1-ю группу включены 5(20%) раненых с изолированными повреждениями (1 балл), во 2-ю – 5(20%) раненых с сочетаниями повреждений (2 балла), в 3-ю – 15(60%) раненых с множественными повреждениями (3 балла)[4,20].

Всем раненым проводилась интенсивная многокомпонентная инфузионно- трансфузионная, антибактериальная и корригирующая терапия под строгим мониторингом витальных функций, наблюдением специалистов разного профиля и лабораторным контролем.

Особую группу среди раненых с МВТ составили 3 пострадавших с обширными дефектами покровных тканей. Лечение этих раненых завершалось выполнением кожно-пластических операций.

Приводим клиническое наблюдение.

Рядовой А.Т., 1991 года рождения, ист. бол. №51/20, 9/X-2020 в районе боевых действий получил МВТ левой ягодичной, перианальной и крестцово-копчиковой областей с обширными дефектами покровных тканей. Неотложная квалифицированная хирургическая помощь раненому была оказана в Главном Военном Клиническом Госпитале Вооруженных Сил Азербайджанской Республики, где были выполнены формирование превентивной колостомы и первичная хирургическая обработка раны. 10.X.2020г. для дальнейшего (этапного) лечения раненый был эвакуирован в УХК АМУ. Состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и видимые слизистые несколько бледны, пульс ритмичный, среднего наполнения и напряжения, 90-92 в минуту, АД 110/70 мм рт ст.

Над легкими выслушивается ослабленное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной конфигурации, не вздут, участвует в акте дыхания. По средней линии живота имеется лапаротомная рана, длиной 15 см, в левой подвздошной области – функционирующая сигмостома. Пальпаторно живот мягкий, умеренно болезнен в области послеоперационной раны.

Анализ крови: г-8,7 g/dl; л-13.22⁹/л; АЛТ-69.8, АСТ—105,7, С-реактивный белок-37,86 мг/л.

Местный статус: В левой ягодичной области отмечается обширная рана с неровными краями, занимающая почти весь периметр данной анатомической зоны с частичным переходом в верхнюю часть бедра и перианальную область. Значительная часть раневой поверхности покрыта некротическими массами черного цвета. Между отдельными мышечными пучками имеются скопления густого гноя и тканевой детрит. Местами отмечается некроз отдельных мышечных пучков (рис.1).



Рис. 1. Вид раны левой ягодичной области при поступлении (объяснение в тексте).

В левой полуокружности перианальной зоны отсутствует кожный покров. Пальцевое исследование прямой кишки несколько болезненное, тонус и волевое сокращение анального сфинктера сохранены. Больному проводилась интенсивная поликомпонентная инфузионно – трансфузионная, антибактериальная, корригирующая и симптоматическая терапия. Учитывая характер раны, с целью профилактики анаэробной инфекции, больному назначили профилактическую дозу – 30.000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки (по 10.000 МЕ сыворотки в отношении *Cl. perfringens*, *Cl. oedematiens*, *Cl. septicum*). Проводилась этапная санация ран. В результате проводимого лечения раны очистились от гнойно-некротических масс, покрылись сочной розовой мелко- и крупнозернистой грануляцией пригодной для кожной пластики (рис 2).



Рис. 2. Вид раны левой ягодичной области перед кожной пластикой.

18.X -2020 г. больному выполнена аутодермопластика. Закрытие раневого дефекта произведено кожно-подкожно жировым лоскутом на ножке, выкроенным из здорового участка левой ягодичной области (рис.3).



Рис. 3. Вид раны левой ягодичной области после аутодермопластики.

Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили частично вторичным натяжением (рис. 4).



Рис. 4. Вид раны левой ягодичной области в отдаленном периоде после аутодермопластики.

28/I-2021 г. больному выполнены ликвидация колостомы и восстановление непрерывности толстой кишки формированием однорядного колоректального анастомоза. Течение послеоперационного периода без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. 10/II-2021 г. больной в удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение.

Приводим клинический пример.

Рядовой Г.Э., 1995 г.р. ист. бол №236/20,30/Х-2020 г. на фронте получил МВТ с множественными сочетанными проникающими ранениями груди и живота, осколочными ранениями левой стопы с отрывом II-IV пальцев. Экстренная квалифицированная хирургическая помощь была оказана в Главном Военном Клиническом Госпитале Вооруженных Сил Азербайджанской Республики, где больному выполнены торакоцентез с дренированием левой плевральной полости по Бюлау, лапаротомия, спленэктомия, левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзостомы, первичная хирургическая обработка ран грудной стенки и левой стопы. I/XI-для этапного лечения больной был эвакуирован в УХК АМУ. Состояние раненого при поступлении средней тяжести. Сознание ясное, но несколько заторможен. Кожа и видимые слизистые бледны с некоторым иктеричным оттенком. Дыхание поверхностное, частота дыхательных движений 20 в 1. Над легкимислева выслушиваются резко ослабленное дыхание и влажные хрипы. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения 100-104 в.1. АД100/60 мм рт.ст. Тоны сердца чисты и ясные. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, дыхательная экскурсия брюшной стенки несколько ограничена. По средней линии имеется рана после лапаротомии, в левой подвздошной области - функционирующая колостома, в правой подвздошной области- дренажная трубка. Пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный в области ран. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: Г-9,8g/dl, л-26,93⁹/₁₀, АСТ-84,3, АЛТ-40,7 билирубин-3,5мг/, С-реактивный белок-246 мг/л.

Местный статус. На боковой стенке левого гемиторакса по подмышечным линиям отмечается обширная касательная рана , длиной около 30см с глубоким дефектом покровных тканей. Дефект между краями раны 5-6см. По всему периметру раны отмечается гнойно-некротическое расправление мягких тканей, шириной около 3-4 см. Вокруг раны грудная стенка отечна,инфильтрирована, пальпаторно резко болезненна. Определяются подкожная эмфизема и крепитация (рис.1).



Рис.1. Вид раны боковой стенки левого гемиторакса при поступлении (объяснение в тексте).

Имеется травматический отрыв II-IV пальцев левой стопы, культя которых покрыта некротической тканью. При КТ грудной клетки определяется скопление жидкости до уровня V ребра, переломы VIII-X ребер с незначительными смещениями фрагментов. Больному выполнены торакоцентез с дренированием левой плевральной полости, вторичная хирургическая обработка ран грудной стенки и левой стопы с иссечением некротических тканей. Проводилась интенсивная многокомпонентная инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, корригирующая и симптоматическая терапия.Проводилась этапная санация ран, в результате которой рана очистилась от гнойно-некротических тканей и выполнялась сочной, розовой, мелко- и крупнозернистой грануляцией (рис.2,3). Назначена профилактическая доза поливалентной противогангренозной сыворотки 30.000МЕ. По компенсации и стабилизацииобщего состояния больного и появлению репаративных процессов в ране, произведена аутодермопластика дефекта стенки левого гемиторакса с использованием кожно-подкожножирового лоскута на ножке, выкроенного из здорового участка грудной стенки (рис. 4).



Рис. 2. Вид раны боковой стенки левого гемиторакса на этапе лечения.



Рис. 3. Вид раны боковой стенки левого гемиторакса перед аутодермопластикой.



Рис. 4. Вид раны боковой стенки левого гемиторакса после аутодермопластики.

Рана зажила частично вторичным натяжением. 11/II-2021 г. больному выполнены закрытие колостомы, восстановление толстокишечного пассажа формированием однорядного трансверзоректоанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. 03.03.21 г. больной в удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение(рис.5).



Рис.5. Вид раны боковой стенки левого гемиторакса в отдаленном периоде после аутодермопластики.

Ретроспективный анализ результатов лечения раненых с МВТ показывает, что в ряде наблюдений при оказании квалифицированной хирургической помощи применялись методы, которые в настоящее время считаются устаревшими и порочными. Это касается прежде всего первичной хирургической обработки раны формирования колостомы. Так, у ряда раненых при первичной хирургической обработке обширных ран с целью гемостаза применялась тампонада раны, что в последующем способствовала инфицированию и нагноению ран и как следствие-увеличения продолжительности лечения. Примером может служить раненый А.Ф.23 лет, у которого при первичной хирургической обработке сквозной раны лобковой области, на этапе оказания хирургической помощи, раневой канал был туго тампонирован, что в дальнейшем послужило причиной развития обширной некротической флегмоны (фасциита) передней брюшной стенки. Благодаря многоэтапной (4 - кратной) санационной некрэктомии, проведенной на фоне интенсивной инфузионно-деток-

сикационной и антибактериальной терапии, удалось купировать дальнейшее прогрессирование гнойно-воспалительного процесса. Другим дефектом, допущенным хирургами на этапе оказания квалифицированной помощи, на наш взгляд, явилось формирование колостомы с выведением избытка кишки в виде “столбика” (“хоботка”), выступающего на 3-4 см над уровнем кожи. Кроме целого ряда неудобств, связанных с уходом за колостомой (фиксация, ношение и смена калоприемника и.т.и), данный вариант колостомы нередко способствует развитию параколостомических инфекционных и гнойно-воспалительных осложнений (дерматит, абсцесс и флегмона), требующих длительного срока лечения. С другой стороны, поскольку при выполнении в дальнейшем восстановительной операции, избыток толстой кишки резецируется, диастаз между функционирующими отключенным отрезками толстой кишки увеличивается, что создает дополнительные трудности при формировании анастомоза без натяжения, и нередко требует мобилизацию проксимальных отделов кишки. Как известно, в настоящее время оптимальным вариантом колостомы считается наложение плоской колостомы, сформированной путем фиксации кишки к передней брюшной стенке применением кожно-слизистых швов. Если учесть, что у всех раненых колостомия была выполнена при отсутствии острой толстокишечной непроходимости, а у ряда раненых она носила протективный характер, то выведение колостомы в виде “столбика”, было недостаточно обосновано, поскольку в этих случаях опасность ретракции выведенной кишки (что наблюдается при кишечной непроходимости), практически исключается.

Из 60 раненых умер 1 (1,7%) раненый от массивного кровотечения на 5-е сутки после медиастинотомии и удаления инородного тела (металлического осколка) из заднего средостения. В связи с тем, что аутопсия не производилась, выяснить причину кровотечения не удалось. Таким образом, анализ нашего клинического материала показывает, что МВТ сопровождается сочетанными и множественными повреждениями различных анатомических областей. Особой разновидностью отличается МВТ, сопровождающаяся образованием обширных и глубоких раневых дефектов покровных тканей. Организация своевременной сортировки и эвакуации раненых, и оказание ранней квалифицированной хирургической помощи, а также правильное введение послеоперационного периода с проведением мониторинга витальных функций, позволяют улучшить результаты лечения раненых с МВТ. Аутодермопластика обширных раневых дефектов и ликвидация колостомы с восстановлением непрерывности толстой кишки являлись одними из основных составляющих комплексной системы реабилитации раненых с МВТ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Минно-взрывные ранения и взрывные травмы. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. //Руководство для врачей М“ГЭОТАР-Медиа” 2011. 704 с (с.632-643)
2. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А. Принципы организации оказания хирургической помощи раненым в локальных войнах и вооруженных конфликтах. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. //Руководство для врачей М“ГЭОТАР-Медиа” 2011. С.175-187
3. Нечаев Э.А., Миннуллин И.Т., Фомин Н.Ф. Минно-взрывные поражения-глобальная проблема человечества. //Медицина катастрофы.2010.№2(70). С. 34-36.
4. Гуманенко Е.К., Объективная оценка тяжести боевой хирургической травмы. //Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. Руководства для врачей. М“ГЭОТАР-Медиа” 2011. С 91-117.
5. Matsumoto Y., Hatano B., Matsushita Y., Nawashiro H., Shirmak. The characteristics of blast traumatic brain. //No Shinke Geka 2010, Vol. 38 № 8 P. 695-702. PMID: 20667143
6. Philip J., Belmont Jr., Gens P., Goodman, Michael Zacchilli, Matthew Posner, Clifford Evans, Brett D. Owens, Incidence and epidemiology of combat injuries sustained during “the surge” portion of operation Iraqi Freedom by a U.S. Army brigade combat team. //J. Trauma 2010. Vol. 68 №1 P. 204-210. Doi: 10.1097/TA.0bo/3e3181bdcf.95
7. Mauree M., York G.B., Hirshon J.M., Jenkins D.H., Scalea T.M. Trauma readiness training for military deployment: a comparison between a U.S. Trauma center and an Air Force Theater Hospital in Balad, Iraq. //Mil. Med. 2011; Vol 176 №7: P. 769-776. Doi: 10.7205/milmed-d-10-00349
8. Singh A.K., Ditkofsky N.G., York J.D., Abujudeh H.H., Avery L.A., Brunner J.F., Sodickson A.D., Lev M.H. Blast injuries: from improvised explosive Device Blasts to the Boston Marathon Bombing. //Radiographics 2016 Vol. 36 №1: P. 295-300. Doi: 10.1148/rg.2016150114
9. Ordonez C.A. Badel M., Pino L.F., Salamea J.C., Loaiza J.H., Parra M.W., Puyana J.C. Damage control resuscitation: early decision strategies in abdominal gunshot wounds using an easy “ABCD” mnemonic. //J. Trauma Care Surg. 2012, Vol. 73. №5. P.1074-1078. Doi: 10.1097/TA0b013e31826fc780
10. Pirani Y., Talner L.B., Culp S. Delayed diagnosis of ureteral injury after gunshot wound to abdomen. //Curr Probl. Diagn. Radiol. 2012; Vol 41: №4. P.138-139. Doi: 10.1067/j.cpradiol.2011.07.019

11. Schoenfeld A.J. The combat experience of military surgical assets in Iraq and Afqanistan: a historical review. //Am.J. Surg. 2012 Vol.204: №3. P. 377-383. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.09.028
12. Starling S.V., Bruno deL.R., Martins M.P.R., DaSilva M.S.A., Drumond D.A.F. Nonoperative management of gunshot wounds on the right thoracoabdomen. //Rev.Col. Bras. Cir. 2012: Vol.39.№ 4.P. 286-294. Doi: 10.1590/s0100-69912012000400008
13. Inci M., Karakuş A., Rifaioglu M.M., Yengil E., Atçi N., Akin Ö. et al. A practice report of bladder injuries due to gunshot wounds in Syrian refugees. //Ulus Trauma AcilCerrahi Derg.2014 Vol.20. №5. P. 371-375. Doi: 10.5505/tjtes.2014.13693
14. Shuker S.T. Emergency treatment of Blast, Shell Fragment and Bullet Injuries to the Central Midface Complex. //J. MaxillofacOralSurg. 2019: Vol. 18 №1: P. 124-130. Doi: 10.1007/s12663-018-1107-2
15. Шаповалов В.М., Самохвалов И.М. Оказание помощи пострадавшим при взрывных травмах. // Военно-медицинский журнал 2012:Т.333. №10. С. 18-26
16. Watson J.D.B., Aden J.K., Engel J.E., Rasmussen T.E., Glasgow S.C. Risk factors of colostomy in military colorectal trauma. A review of 867 patients. //Surgery 2014; Vol 155 №6.P. 1052-1061. Doi: 10.1016/j.surg. 2014. 01.010.
17. Patel J.N., Tan A., Dziwulski P. Civilian blast-related burn injuries. //Ann Burns Fire Disasters 2016 : 31(1): 43-46. PMD 27857651
18. Самохвалов И.М., Котенко П.К. Северин В.В. Проблемы организации оказания хирургической помощи и лечение легко раненых в вооруженном конфликте. //Военно-медицинский журнал 2013. Т.334.№1. С.4-8
19. İgnatiadis J.A., Mavrogenies A.F., İgoumenou V.G., Polyzois V.D., Tsiampa V.A., Arapoglu D.K., Spyridonos S. Gunshot and blast injuries of the extremities: a review of the 45 cases. //Eur J. Orthop Surg. Traumatol 2019: Vol.29 №2.P.295-305. Doi:10.1007/s00590-018-2350-4.
20. Liu M., Zhang C., Liu W., Luo P., Zhang L., Wang Y., Fei Z. A novel rat model of blast induced traumatic brain injury simulating different damage degree: Implications for morphological and biomarker changes. //Front Cell Neurosci 2015: 1:9:168. Doi 10.3389/fncel.2015.0016821. Prat N.J., Daban J.-L., Voiglio E.J., Rongieras F. Wound ballistics and blast injuries. //J. Visc.Surg.2017: Vol. 154 №1: P. 9-12. Doi: 10.1016/j.jviscsurg.2017.07.005

Rəyçi: *M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Baş Elmi işçisi*

t.ü.e.d. Şirinov Z.T.

Redaksiyaya 28.01. 2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

XRONİKİ KOLOSTAZA GÖRƏ APARILAN SUBTOTAL KOLEKTOMİYADAN SONRA HOMEOSTAZIN BİR SIRA GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DİNAMİKASI VƏ ONLARIN HƏYAT KEYFİYYƏTİNƏ TƏSİRİ

İSAYEV H.B., SƏLİMOV T.H., KƏRİMOVA T.M., MANAFOV S.S., ƏLİYEVƏ A.M.,
NƏCƏFOV N.A., ƏLİYEVƏ N.Z.

Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Dynamics of some indicators of homeostasis after subtotal colectomy performed for chronic colostasis and their impact on quality of life.

*Isayev G.B., Salimov T.G., Karimova T.M., Manafov S.S., Aliyeva A.M.,
Necefov N.A., Aliyeva N.Z.*

Summary. Purpose: Subtotal colectomy in chronic colostasis involves determining the dynamics of changes in a number of homeostasis indicators in the long-term postoperative period and the level of their influence on the quality of life.

Material and methods: The study included 100 patients (main group), who in 2011-2017, at the Scientific and Surgical Center named after M.A. Topchubashov underwent subtotal colectomy for chronic colostasis (CC). There were 83 women and 17 men in total.

The control group included 20 patients (17 women and 3 men) and 10 healthy individuals who were not operated on and were in the compensatory stage of CC. The examination protocol included the collection of anamnestic data, objective, clinical, instrumental, biochemical, bacteriological and morphological studies. We determined the quality of life (QOL) in the long term based on a questionnaire drawn up by Japanese gastroenterologists. The results obtained have been statistically analyzed taking into account modern requirements; All calculations were done in an EXCEL spreadsheet.

The results obtained: Hypotension and tachycardia are observed in 53% of cases with a long period of subtotal colectomy (SCE); Hemoglobin level is 11.5% below normal; In 24% of cases, there are ECG signs characteristic of metabolic changes in the heart muscles. Over time, after an increase in SCE, body weight is restored. Neurological disorders are found in 25% of patients; In 34% of cases, it causes some degree of pancreatic dysfunction and in 50% of cases, liver function; The antioxidant system of the blood is reduced by 28-30%; The loss of nitrogen in the feces increases by 8-9%. The amount of total protein is 4.4% less than the norm, and dysproteinemia occurs due to a decrease in albumin level by 54.5% and a corresponding increase in globulins. Dysbiosis symptoms are observed in 55% of cases; there is a significant change in carbohydrate metabolism.

Conclusions: After subtotal colectomy (SCE), we were able to assess the quality of life as "good" in 63%, "satisfactory" in 31% and unsatisfactory - in 6%; An increase in the duration of surgery by more than 5 years leads to an increase in the quality of surgery and life.

Key words: chronic colostasis, subtotal colectomy, quality of life.

Динамика некоторых показателей гомеостаза после субтотальной колэктомии выполненной по поводу хронического колостазы и их влияние на качества жизни.

Исаев Г.Б., Салимов Т.Г., Керимова Т.М., Манафов С.С., Алиева А.М.,
Неджефов Н.А., Алиева Н.З.

Резюме. Цель: Субтотальная колэктомия при хроническом колостазе предполагает определение динамики изменения ряда показателей гомеостаза в отдаленном послеоперационном периоде и уровня их влияния на качество жизни.

Материал и методы: В исследование включены 100 пациентов (основная группа), которым в 2011-2017 г., в Научно-хирургическом центре им. М.А. Топчубашова была выполнена субтотальная колэктомия по поводу хронического колостазы (ХК). Всего было 83 женщин и 17 мужчин.

В контрольную группу вошли 20 пациентов (17 женщин и 3 мужчин) и 10 здоровых лиц, не оперированных и находившихся в компенсаторной стадии ХК. Протокол обследования включал сбор анамнестических данных, объективные, клинические, инструментальные, биохимические, бактериологические и морфологические исследования. Мы определили качество жизни (КЖ) в долгосрочной перспективе на основе анкеты, составленной японскими гастроэнтерологами. Полученные результаты статистически проанализированы с учетом современных требований; Все расчеты проводились в электронной таблице EXCEL.

Выводы: После субтотальной колэктомии (СКЭ) мы смогли оценить качество жизни как «хорошее» у 63%, «удовлетворительное» у 31% и неудовлетворительное - у 6% ; Увеличение продолжительности операции более чем на 5 лет приводит к повышению качества операции и жизни.

Ключевые слова: хронический колостаз, субтотальная колэктомия, качества жизни

Açar sözlər: xroniki kolostaz, subtotal kolektomiya, həyat keyfiyyəti.

Giriş: xroniki kolostaz (XK) geniş yayılmış bir xəstəlikdir; inkişaf etmiş ölkələrin əhalisinin 30-40% - də XK (XK) qeyd edilməkdədir [1,2,3]. XK əhalinin yaşlı təbəqəsi arasında daha çox qeyd edilsə də ,gənc yaşlarda da onun rastgəlmə tezliyi az deyil [4,5,6]. XK nəinki yayılmasının çoxluğuna görə , həm də müalicəsində taktikanın seçilməsi çətinliyinə görə kliniki təbabətin ən aktual problemlərindən birinə çevrilmişdir. Belə ki, bu günə qədər təklif edilən çoxsaylı istər konservativ, istərsə də müxtəlif cərrahi metodların nəticələri bir o qədər də ürəkaçan deyillər!

Bir çox klinisistlərin məlumatı sübut edir ki, XK-nin cərrahi müalicəsindən sonra qeyri-kafi nəticə 27,3%-dən 45,9%-ə kimi tərdüdü edir [7,8,9]. Yəqinki qeyd edilən səbəbdən bir sıra klinisistlər hətta xəstəliyin dekompenzasiya stadiyasında da konservativ müalicəni davam etdirməkdə israrlıdırlar [10,11,12].

Ona görə də uzun illər ərzində XK-nin müalicəsində cərrahi müalicəyə nisbətən az hallarda göstəriş qoyulurdu və əməliyyatlar əksərən yoğun bağırsağın bu və ya digər hissəsinin rezeksiyası ilə başa çatdırılırdı.

Fəqət aparılan uzun müddətli müşaidələr sübut etdi ki, XK-nin cərrahi müalicəsində tətbiq edilən sağ və sol tərəfli kolektomiyalardan və həmçinin siqnavari bağırsağın rezeksiyasından sonra 65-70% xəstədə XK davam etməkdədir [13,14,15,16]/

Tədqiqatın məqsədi: XKa görə subtotal kolektomiya tətbiq edilən pasientlərdə əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə homeostazın bir sıra göstəricilərində baş verən dəyişikliklərin dinamikasını və onların həyat keyfiyyətinə təsirinin səviyyəsini təyin etməkdən ibarətdir.

Material və metod: Tədqiqata M.A.Topçubaşov adına elmi cərrahiyyə Mərkəzində 2011-2017 ci illərdə XKa görə subtotal kolektomiya (SKE) keçirmiş 100 pasient(əsas qrup) daxil edilmişdir. Qadınlar 83 (83,0±3,76) kişilər isə 17 (17,0±3,76) təşkil etmişlər.

68 (68,0±4,66) halda SKE ileo-siqma anastomozla, 32 (32,0±4,66) halda isə ileo-rektal anastomozla başa çatdırılmışdır. Yanaşı gedən xəstəlikləri olanlar və yaxın postoperasion dövrdə fəsadlar qeyd edilən pasientlər müayinələrimizə daxil edilməyiblər.

Nəzarət qrupuna cərrahi əməliyyata uğramayan, XKın kompensasiya stadiyasında olan 20 xəstə (17 qadın və 3 kişi) və 10 sağlam şəxs daxil edilmişdir. Nəzarət qrupuna daxil edilən xəstələr 23-55 yaşında idilər.

Müayinə protokoluna hamılıqla qəbul edilmiş anamnestik məlumatların toplanması, obyektiv, kliniki, instrumental, biokomyəvi, bakterioloji və morfoloji müayinələr daxil edilmişdir.

Defekasiyanın vəziyyətinin təyini: biz SKE keçirmiş pasientlərdə defekasiyanın sayını və vəziyyətini ümumilikdə qəbul edilmiş əlamətlərə əsasən təyin edirdik: sayı, nəcisin konsistensiyası və makroskopik görüntüsü nəzərə alınır. Bunlardan əlavə defekasiyanın çətin və ağrılı olması, bağırsağın tam boşalmaması hissiyyatı, qarında ağrı-lar və tualetdə oturma müddəti(dəqiqə) də qeyd edilirdi.

Xroniki kolostaza görə tətbiq edilmiş subtotal kolektomiyanın nəticələrinin keyfiyyətə təyini.

Pasientlərdə aparılmış cərrahi müalicənin effektivliyi və sağlamlılıqlarının vəziyyəti təqdim etdikləri şikayətlərin, ümumi vəziyyətlərinin səviyyəsi, obyektiv müayinələrin, skrininq-anketləmə sorğusunun, laborator və instrumental müayinələrin nəticələri əsasında təyin etmişik.

Subtotal kolektomiyanın nəticəsinin kəmiyyətə qiymətləndirilməsi barədə ədəbiyyatda məlumatlara rast gələ bilmədik; bununla belə əməliyyatın subyektiv -keyfiyyət qiymətləndirilməsi A. H. Visick-in təsnifatı əsasında və Ю. М. Панцырева və А. А. Гринберг-in modifiokasiyalarına uyğun tərzdə . Ю. И. Киселев-in xora xəstəliyinin cərrahi müalicəsindən sonra əməliyyatın keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün təklif etdiyi şkalanı bir qədər modifikasiya edərək istifadə etmişik. Həzm sisteminin pozulmasının ballarla kəmiyyətə qiymətləndirilməsi imkan verir ki, bu və ya digər patoloji prosesin pasientin həyatını hansı dərəcədə pozmasını təyin etmək mümkün olsun. Beləliklə kəmiyyətə qiymətləndirilmə təsdiq edəcək ki, aşkar olunan ballar nə qədər çoxdursa əməliyyatın keyfiyyəti o qədər yüksəkdir.

Nəzərə alınsa ki, postoperasion dövrdə orqanik və funksional pozuntular müxtəlif mütənasiblikdə rast gəlinir , ona görə hər ikisinin göstəricilərinin cəminin qiymətləndirilməsi yerinə yetirilirdi.Sorğuya cəlb edilən şəxsin keçirdiyi əməliyyatın keyfiyyətini özü tərəfindən qiymətləndirmək üçün hərəsində 3 variant olmaqla 15 parametr əsasında şkalaya görə balları hesablayırdıq.

Tərtib etdiyimiz şkalaya əsasən 45-60 bal keçirilən əməliyyatın yüksək keyfiyyətli olmasına(Vizik-1), 30-45- bal yaxşı (Vizik-2), 15-30 bal kafi (Vizik-3)və 15 baldan aşağı olması əməliyyatın keyfiyyətinin qeyri-kafi olmasını (Vizik-4) təsdiq edirdi.

Cərrahi müdaxilələrin nəticələrinin bir sxem üzrə qiymətləndirilməsi imkan verirdi ki, həzm sistemində mövcud olan bu və ya digər dəyişikliklərin mötədilliklərinin tezliyini və onların həyat keyfiyyətinə təsir dərəcəsini təyin etmək mümkün olsun. Digər tərəfdən müdaxilənin effektivliyinin təyininə belə yanaşma onun nəticəsi barədə pasiyentdə yaranan yanlış fikirlərdən (əla, yaxşı nəticə kimi) uzaq olmaqda yardım edərək, həzm sisteminin instrumental müayinələrinin nəticələrini əsas götürməyə tələbat yaradır.

Pasiyentlərin Həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi.

Həyat keyfiyyətinin yüksək psixometrik xarakteristikaya (həssas və güvənilən) malik yeni perspektivli üsul olmaqla bərabər müxtəlif cərrahların fəaliyyətlərinin nəticələrini qiymətləndirməkdə müstəsna rol oynayır. XKa görə cərrahi müdaxiləyə- subtotal kolektomiyaya məruz qalmış pasiyentlərdə həyat keyfiyyətinin təyin edilməsi üçün biz yapon qastroenteroloqlarının tərtib etdikləri anketi (Kurihara M. et al. 1990) əsas götürərək, onu azərbaycanlıların mentalitetinə uyğun təkmilləşdirmişik. Anketdə olan hər sual üçün cavabın 5 variantını tərtib etmişik. Sual və cavablar mədəni olaraq adaptasiya edilməklə orta təhsili olan insan üçün semantik aydın olan şəkildə formalaşdırılmışıq.

Tərtib edilən Sorğu Anketinin parametrləri Bakı Dövlət Universitetinin psixologiya kafedrasının məsul əməkdaşları ilə məsləhət edildikdən sonra sorğuya daxil ediləlibdir. Bu qaydada modifikasiya edilmiş anket üzrə ilk dəfə biz müayinə aparmışıq. Sorğuya cəlb edilən şəxsin öz vəziyyətini qiymətləndirmək üçün 10 parametr əsasında 5 baldan ibarət şkalaya görə ballar hesablamaq kifayət edir.

Qeyd edilən sorğu üsulu sadə olub fizioloji, psixoloji, emosional və sosial problemlər barədə dolğun məlumat almağa imkan yaradır. XKa görə subtotal kolektomiyaya uğramış 100 pasiyentin əməliyyatın uzaq dövründə mövcud olan Sorğu anketinin bizim tərəfimizdən modifikasiya olunmuş variantı əsasında həyat keyfiyyətini təyin etmişik.

Hesablanma 5 ballıq şkala əsasında ümumi qiyməti əldə etməklə bütün anket üçün və hər bir göstərici üçün aparırıdıq. Alınan nəticələr kontrol qrupda aparılan sorğuların nəticələri ilə müqayisəli şəkildə qiymətləndirirdik.

Həyat keyfiyyəti çox yaxşı (4,3 bal və ondan yuxarı), yaxşı (3,9-4,2 bal) və kafi (3,8 və ondan az bal) kimi qiymətləndirilirdi; 3,5 baldan aşağı olduqda HK qeyri-kafi sayılırdı.

Qeyd edilən sorğu anketini 2011-2017 ci illərdə klinikamızda cərrahi müdaxiləyə uğramış 100 pasiyentdə tətbiq etmişik.

Sorğular 2 etapda keçirilibdir: 1-ci etapda anket kompüter çap vərəqində nəşr edildikdən sonra məktubla pasiyentlərin ünvanlarına göndərilmişdir. 2-ci etapda isə sorğularda 3,8 baldan aşağı toplanan pasiyentləri klinikaya dəvət edərək müayinələr aparılmış və onların nəticələrini də nəzərə almaqla həmin pasiyentlərin həyat keyfiyyətləri təyin edilmişdir. Subtotal kolektomiyaya uğramış pasiyentlərin həyat keyfiyyətini sağlam şəxslərin 4,6 bal səviyyəsində olan həyat keyfiyyəti ilə müqayisə etmişik.

Sağlam şəxslərdə iş qabiliyyətləri 4,5 bal, sosial durumları 4,3 bal və sağlamlıqların ümumi vəziyyəti 4,4 bal kimi qiymətləndirilmişdir. Qeyd edilən parametrlər birlikdə "yaxşı" həyat keyfiyyətini təşkil edirdilər.

Bir sıra tədqiqatçılar D. Johnston tərəfindən modifikasiya edilmiş şkaladan istifadə etməklə aparılan cərrahi əməliyyatların HK -yə təsirini öyrənmişlər. Amma belə tədqiqatlarda əsasən pasiyentlərin əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə ifa etdikləri subyektiv fikirləri təhlil edilmiş, obyektiv müayinə üsulları bir sıra hallarda kənar qalmışdır.

Tədqiqatların nəticələri müasir tövsiyələri nəzərə alınaraq və Excel (Microsoft Office Excel 2003), Statistica (for Windows release 6.0 kompanii StatSoft.Inc., 2002) programından istifadə olunaraq statistik işlənmişdir: orta hesablama göstəricisi (M), orta hesablama səhvi (m), v-variantı, Student kriteriyası (t) və iki orta qiymətin dürüstlüyü (p) təyin edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Arterial təzyiqin müayinəsi sübut etdi ki, SKE-nin uzaq dövründə pasiyentlərin 43%-də hipotoniya qeyd edilir. Əsas qrup pasiyentlərin 65 (65,0±4,77%)-də dəridə quruluq və 72 (72,0±4,49%)-də dəri örtüyünün avazıması müşahidə olunurdu. SKE-nin uzaq dövründə pasiyentlərin 24%-də, nəzarət qrupunda isə 10% xəstədə EKQ-də mübadilə proseslərinin pozulmasına aid dəyişikliklərin olması qeyd edildi.

Bədən çəkisi əməliyyatın 1-3 cü illərində 13,8% halda əməliyyat öncəsi səviyyəsində qala bilir və 86,2% halda 1kq-dan 5 kq-a qədər azalma qeyd edilir. Bədən çəkisində azalma SKE+ileo-soiqmaanastomoz yerinə yetirilən pasiyentlərdə SKE+ileorektoanastomoz qoyulan pasiyentlərə nisbətən 12,5 ±0,3 % az olur. SKE-dən keçən müddət artdıqca bədən çəkisi bərpa olur.

Hemoqlobinin səviyyəsi SKE keçirmiş pasiyentlərdə əməliyyatdan keçən 1-2 ildə 82±2,5 v olur; əməliyyatdan sonra vaxt keçdikcə anemiyanın səviyyəsi azalsa da əməliyyatın 5-6 cü ilində yenə də sağlam şəxslərin eyini göstəricilərindən 11,5% aşağı səviyyədə olur; hemoqlobinin səviyyəsi əməliyyatı ileo-soiqmaanastomozla başa vurulan pasiyentlərdə ileo-rektoanastomoz qoyulandıqdan 8,2% yüksək olur. SKE hemotokritin göstəricilərində 11,4-16,4% yüksəlişə səbəb olur.

Plazmada natriumun səviyyəsi SKE-dən keçən 1-2 il ərzində nəzarət qrupundan 2,9 mekv/litr və ya 2,1% aşağıdır; lakin eritrositlərdə natriumun səviyyəsi nəzarət qrupunun eyni göstəricisindən 19,3 mekv/l artıqdır! Əməliyyatın 3-4 cü ilində natriumun plazmada səviyyəsi 1-2 ci ildə olduğundan yuxarı səviyyədə idi (2,9 mekv/l və ya 2,1%); əməliyyatdan keçən 5-6 ildə plazmada natriumun səviyyəsi əvvəlki illərə və nəzarət qrupuna nisbətən 1,2 (0,8%) yuxarı səviyyədə idi.

Kaliumun plazmada və eritrositlərdə səviyyəsi də SKE keçirmiş pasientlərdə nəzarət qrupundan aşağı idi: SKE-dən keçən 1-2 il ərzində kaliumun plazmada səviyyəsi $3,84 \pm 0,02$ mekv/l təşkil edirdi ki o da nəzarət qrupunun eyni göstəricisindən ($4,71 \pm 0,01$ mekv/l) $0,87$ mekv/l və ya $18,5\%$ az idi.

Əməliyyatın 3-4 cü ilində kaliumun plazmada səviyyəsi 1-2 ci ilə nisbətən $0,04$ mekv litr yüksəlsə də, nəzarət qrupunun göstəricisindən hələ də $17,6\%$ aşağı səviyyədə idi. SKE keçirmiş pasientlərin eritrositlərində kaliumun səviyyəsinin nəzarət qrupuna nisbətən əməliyyatı ileosiqmaanastomozla başa vurulanlarda $10,9\%$, ileo-rektoanastomoz qoyulanlarda isə $15,3\%$ aşağı olması aşkar edildi.

SKE keçirmiş xəstələr gün ərzində nəcislə XK-nin kompensasiya stadiyasında olan xəstələrlə müqayisədə 11-13 dəfə çox natrium itirirlər; natriumun nəcislə itkisi əməliyyatdan keçən 1-2 il ərzində daha çox olub, 3-4 ildən sonra natriumun nəcislə xaric edilməsi bir qədər azalsa da nəzarət qrupundan yenə də təxminən 10 dəfə artıq olur; SKE-dən sonra nəcislə xaric olan kaliumun səviyyəsi nəzarət qrupuna nisbətən 2-2,5 dəfə yüksəkdir ($p < 0,001$).

Kaliumun nəcislə xaric olması SKE+ileorektoanastomoz yerinə yetirilmiş pasientlərdə əməliyyatı ileo-siqmaanastomozla başa vurulan pasientlərin eyni göstəricisindən $53,5\%$, nəzarət qrupundan isə $2,7$ dəfə yüksəkdir. SKE-dən sonra sidiklə kaliumun ekskresiyası ileosiqmaanastomoz qoyulan pasientlərdə nəzarət qrupuna nisbətən $39,2\%$, ileo-rektal anastomoz qoyulmuş pasientlərdə isə $40,8\%$ azalmışdır.

Alınan nəticələr SKE-dən sonra orqanizmdə kaliumun defisitinin yarandığına dəlalət edir. SKE-nin 1-2 ci ilində plazmada natriumun səviyyəsi $133,9 \pm 0,32$ mekv/l olduğu halda əməliyyatın 3-4-cü ilində $136,8 \pm 0,3$ mekv/l, 5-6-cı ilində isə $138,5 \pm 2,6$ mekv/l-ə qədər yüksəlmişdir; fəqət həmin göstərici normadan yenə də $2,5\%$ az idi. SKE-dən keçən müddət artdıqca sidik və nəcislə natriumun və kaliumun xaric edilməsində də tədricən normal rəqəmlərə doğru meyillilik qeyd edilirdi.

Beləliklə, XKa görə subtotal kolektomiya aparılan pasientlərdə natriumun və kaliumun mübadiləsində ciddi dəyişikliklər baş verir; nəcis və sidiklə elektrolitlərin itkisi artdığından onların plazmada və eritrositlərdə səviyyələri azalır. Əməliyyatdan keçən müddət artdıqca elektrolit mübadiləsindəki dəyişikliklər normallaşmağa doğru dəyişsə də əməliyyatın 7-ci ilində də XK-in kompensasiya dövründə olan xəstələrin eyni göstəricilərindən aşağı olur.

Humoral immunitetin göstəriciləri SKE-nin uzaq dövründə nəzarət qrupuna nisbətən $5-19\%$ az olur ki, belə dəyişiklik orqanizmdə iltihabi prosesin mövcud olmasına dəlalət edir. Aparılan müayinələr subtotal kolektomiya keçirmiş pasientlərdə hüceyrəvi və humoral immun göstəricilərinin zəifləməsi nəticəsində ikincili immundefisit yaranmasını təsdiq edir.

Qaraciyər fermentlərindən əməliyyatın uzaq dövründə təyin edilən ALT-nin səviyyəsi $2,4$ dəfə, AST- $2,1$ dəfə QF- $11,6\%$ və γ -QT-nin səviyyəsi nəzarət qrupuna nisbətən $27,8\%$ yüksək olur və əməliyyatdan keçən 5-7 ildə bir qədər azalsa da yenə də nəzarət qrupunun eyni göstəricilərindən yüksək olmaqda (ALT- 141% ; AST- $105,4\%$, QF- $11,7\%$ və γ -QT- $27,8\%$) davam edir.

Karbohidrat mübadiləsinin vəziyyətini əks etdirən 1ci növ şəkər əyrisinin 2 saat ərzində normallaşması nəzarət qrupuna nisbətən SKE-dən keçən 1-3 il müddətində 35% pasientdə, 5-7 il sonra isə 20% pasientdə daha gec baş verir.

Əyriyə ortaya çıxan belə gecikmə təyin edilən 2,3 və 4cü növ əyriyədə də qüvvədə qalır. Müayinələrdə şəkər əyrisində mövcud olan belə dəyişikliklər SKE-nin bədənə karbohidrat mübadiləsinə cərrahi əməliyyatdan keçən 7 il ərzində də mənfi təsir göstərməsinə dəlalət edir.

Ümumi zülalın miqdarı SKE-dən sonra qanda normadan $4,4\%$ az olub albuminlərin səviyyəsinin $54,5\%$ azalması və qlobulinlərin ona uyğun səviyyədə yüksəlməsi sayəsində disproteinemiya baş verir; SKE-dən keçən 1-2 il ərzində pasientlərdə ümumi zülalın səviyyəsi nəzarət qrupuna nisbətən $3,8\%$, 4-5 ildən sonra isə $1,5\%$ az idi.

Postkolektomik sindromun dekompensasiya stadiyasında isə ümumi zülal nəzarət qrupunda olduğu səviyyədə $29,8\%$ aşağı olur. SKE-nin uzaq dövründə qlobulinlərin səviyyəsində isə 3% artım olub uzun müddət həmin səviyyədə qalır.

Fibrinogenin və protrombin indeksinin qanın plazmasında SKE keçirmiş pasientlərdə təyini göstərdi ki, onlarda qaraciyərin fibrinogenin və protrombin yaratma funksiyası ciddi dərəcədə azalma istiqamətində pozulur (fibrinogen- 51% və protrombin- 66%).

Azotun nəcisə xaric edilməsi SKE keçirmiş pasientlərdə (standart dieta fonunda) gün ərzində $1,9 \pm 0,3$ q ($0,53-2,3$ q) səviyyəsinə çatır; XK-in kompensasiya stadiyasında olan qrupda isə sutka ərzində nəcislə $1,7 \pm 0,25$ q azot xaric edilir. Yəni yoğun bağırsağı olmayan pasientlər sutkada nəzarət qrupuna nisbətən nəcislə cüzi miqdarda- $0,2$ q azot çox itirirlər.

Sidiklə azot itkisi SKE tətbiq edilən pasientlərdə sutka ərzində $9,5 \pm 0,05$ q ($6,1-24,6$ q) nəzarət qrupunda isə $8,8 \pm 0,02$ q ($5,3 \pm 22,2$ q) təşkil edir.

Müayinələrin nəticələri onu deməyə əsas verir ki, SKE olunan pasientlərdə nazik bağırsağın möhtəviyyətinin tam sorulmadan S-vari və ya düz bağırsağa daxil olması nəticəsində azot itkisi $8-9\%$ artır.

Sidik cövhərinin səviyyəsinin SKE keçirmiş pasientlərdə əməliyyatın uzaq dövründə qanda təyini qaraciyərin antitoksik funksiyasının pozulmadığını təsdiq etdi.

Amma subtotal kolektomiya keçirmiş pasientlərdə qanın antioksidant sistemi xroniki qəbizliyin kompensasiya stadiyasında olan xəstələrə nisbətən 28-30% aşağı olması aşkar edildi. Subtotal kolektomiyay uğramış pasientlərdə 40% halda USM gastro-özəfaqal keçid barədə dəqiq məlumat əldə etməyə imkan verir;

Mədənin ac qarına divarının sonoqrafik müayinəsində 95 pasientdən 18 (18,9%) də mədənin antral hissəsinin əzələ qatının hiperplaziyası aşkar edilirdi.

Mədənin turşuluğu əsas qrupda 16% halda hiperasid, pasientdə, 56% halda normoasid və 28% halda hiposid olması təyin edildi. Bunun müqabilində nəzarət qrupunda müayinə etdiyimiz 8 pasientdən mədənin turşuluğunun hiperasidik növü 37,5% pasientdə, normoasidik növü 50% və hiposidik növü 12,5% pasientdə aşkar edilmişdir.

Enterokinazanın(EK) nəcislə ekskresiyası 93,3% pasientdə, qələvi fosfatazanın (QF) ekskresiyası isə 90% pasientdə kontrol qrupundan 50% yüksək idi; eyni zamanda İleo-siqmoanastomozu olan pasientlər ileo-rektal anastomoz qoyulanlara nisbətən 20-25% az ferment itirirlər. Yəni yoğun bağırsağın az bir hissəsinin saxlanması fekalı ilə EK və QF-nin itirilməsinin qarşısını nisbətən almağa qadir olur. Onu da qeyd etməliyik ki, SKE olunan pasientlərin nazik bağırsağında ferment yaranma funksiyası azalır.

Psixikanın astenizasiyası müayinə edilən pasientlərin 31%-də qeyd olunurdu. Müayinələr onu da təyin etdi ki, kolektomiyanın müddəti artdıqca psixikada olan dəyişikliklər də artır.

Nevroloji pozuntular SKE-dən sonra 25% pasientdə aşkar olunurdu;

Arterial təzyiq müayinə edilən pasientlərin 43,7%-də 90/60-100/70 mm civə sütunu olmaqla hipotoniya qeyd olunurdu; onlarda nəbz yumşaq və az dolğunluqlu idi. Aşağı ətraf dərialtı venaların dolğunluğu yoxdur; yuxarı ətrafdakı dərialtı venalar dolğun olmadığından onları punksiya etmək texniki çətinlik törədirdi.

İştahanın zəifləməsi SKE keçirmiş 37% pasientdə var idi, onlarda periodik olaraq ürəkbulanma yeməkdən sonra (bəzən də acqarına), qarında tutma şəkilli-müxtəlif intensivlikdə yayılmış ağrılar müşahidə edilir; susuzluq hissi qeyd edilmirdi. Bununla belə 9% xəstədə maye qəbulunda artım var idi, amma kliniki olaraq onlar kompensasiya stadiyasında idilər.

Disbakterioz əlamətləri pasientlərin 55%-də qeyd edirdik. Həmin pasientlər qarının yuxarı bölgəsində köp hissindən, ağırlıqdan, gurultudan və ağrı olmasından şikayət edirdilər. Həmin əlamətlər əsasən qida qəbulundan sonra yaranır və 28% pasientdə daimi xarakter daşıyırdı. 19% pasientdə qarında ağrılar göbək ətrafında lokalizə edirdi.

Pasientlərin əksəriyyətində kal yaşıl-sarımtıl rəngdədir; duru haldan sıyıq halına keçir. 19% pasientdə bəzi yeməklərdən (südlü, tərəvəz, meyvə və s.) dərhal sonra defekasiya istəyi baş verir. Çox selikli və həzm olunmayan qida qarışıqlı kal xaric olur. İleo-siqma anastomoz qoyulan pasientlərdə qeyd olunan disbakterioz əlamətləri postoperasion dövrün müddəti artdıqca azalmaq meyli göstərmirlər.

Mədəaltı vəznin funksiyasının pozulmasına aid postkolektomik əlamətlər müayinə olunan pasientlərin 34%-də aşkar olundu. Epiqastral nahiyədə olan ağrılardan 29% pasient şikayət edirdi ki, 13% xəstədə ağrılarla bərabər qusma da müşahidə edilirdi; qeyd edilən mədəaltı vəzi ilə əlaqəli simptomlar 9 pasientdə əməliyyatdan keçən 1 il sonra, 3 ildən sonra 8 pasientdə, 12 pasientdə 5 ildən sonra ortaya çıxmışdır.

Qaraciyərin funksiyasının zəifləməsinə bağlı əlamətlər-müayinə etdiyimiz pasientlərin 50%-də aşkar olundu. USM-də qaraciyərin ölçülərinin 3-4 sm böyüməsini 21% pasientdə, 5-6 sm-20% və 6 sm-dən artıq böyüməsini 10% pasientdə təyin etdik.

Qaraciyərin böyüməsi hər iki payda eyni səviyyədə qeyd olunurdu. Qaraciyərin ölçüləri 5-6 sm böyüyən 10 pasientdə onun elastikliyi təyin etmək üçün elastografiya yerinə yetirdik. 3 pasientdə QC-in elastikliyi 20%, 5 pasientdə 28,5% və 2 pasientdə 30,5% azalması təyin edildi.

Nəcisdəki mikrofloranın növləri SKE olunan pasientlərdə nəzarət qrupunda olan xəstələrin nəcisində təyin edilən mikroflora ilə eyni idi. Amma mikrofloranın miqdarı arasında ciddi fərq qeyd olunurdu; SKE keçirmiş pasientlərdə YB-in obliqat florasından ən çox sayda və çox halda yalnız bağırsağ çöpləri qeyd olunurdu.

Beləliklə yoğun bağırsağı xaric edilmiş pasientlərdə nəzarət qrupunun yoğun bağırsağı üçün xas olan mikroflora ya heç qeyd edilmir və ya onun miqdarı azalmış halda təyin olundu. Belə mənzərə özünü ileokoloanastomoz qoyulmuş pasientlərdə ileo-siqmoanastomozla nəticələnən subtotal kolektomiya olunmuş pasientlərə nisbətən daha kəskin şəkildə göstərdi.

SKE-dən sonra xaric edilən bağırsağ möhtəviyyatında aşkar edilən floranın miqdarı onu təsdiq edir ki, nazik bağırsağın distal hissəsi mikroflora ilə zənginləşmişdir. O zaman belə bir sual ortaya çıxır. SKE-dən sonra nazik bağırsağın yoğun bağırsağ florası ilə infeksiyalaşması disbakteriozun göstəricisidir, yoxsa orqanizmanın kompensator-uyğunlaşma reaksiyasıdır? Bizim fikrimizcə belə hal sonuncu ilə izah edilməlidir

Subtotal kolektomiyanın uzaq dövründə pasientlər üzərində aparılan anamnestic və obyektiv müayinələrin nəticələrini ümumiləşdirərək onların əsasında postkolektomik sindromun kompensasiya, subkompensasiya və dekompensasiya stadiyasını ayırd etdik; həmin əlamətlərə görə biz SKE keçirmiş 100 pasientdən 68(68%-də postkolektomik sindromun (PKS) kompensasiya stadiyasını, 27(30%)-də PKS-in sub- və 5(5%) pasient isə PKS-in dekompensasiya stadiyasını təyin etdik.

SKE-dən keçən 2 ildən sonra 22 pasientin 11-də PKS-in kompensasiya, 9-da sub- və 2-də dekompensasiya stadiyası olmuşdur. SKE-dən keçən 3 ildən sonra 13 pasientdən yalnız 1-edə PKS-in dekompensasiya stadiyası olmuş və 7-pasientdə kompensasiya və 5-də isə PKS-in subkompensasiya stadiyasını təyin etmişik ; 4 ildən sonra pasientlərdə PKS-in dekompensasiya stadiyası qeyd edilmirdi; ümumilikdə həmin müddətdə olan 50 pasientdən yalnız 7 (14%)-də pasientdə PKS-in subkompensasiya stadiyası özünü biruzə vermiş və yerdə qalan 43(86%) pasient PKS-in kompensasiya stadiyasında olmuşlar.

Müayinə olunan pasientlərdə aparılmış cərrahi müalicənin effektivliyi və sağlamlıqlarının vəziyyəti söylədikləri şikayətlərin, ümumi vəziyyətlərinin səviyyəsi, obyektiv müayinələrin, laborator və instrumental müayinələrin nəticələri və skrinniq-anketləmə sorğusunun əsasında təyin etmişik..

Subyektiv -keyfiyyət qiymətləndirilməsi A. H. Visick-in təsnifatı əsasında və həyat keyfiyyətinin təyini yapon gastroenteroloqlarının tərtib etdikləri anketin bizim tərəfimizdən modifikasiya edilmiş (onu azərbaycanlıların mentalitetinə uyğun təkmilləşdirmişik) variantına uyğun tərzdə aparılıbdır.

SKE-nin uzaq dövründə onun nəticələrinin Vizik şkalası əsasında keyfiyyətə təyində yaxşı nəticə 57(57%) pasientdə, kafi- 36 (36%) və qeyri kafi nəticə 7 (7%) pasientdə təyin edilirdi. Keyfiyyət nəticələri əməliyyatdan keçən müddət artdıqca yüksəlirdi: əməliyyatın 1-ci ilində “qeyri-kafi” nəticə 15 pasientdən 2 (13,3%) –də qeyd edilirdi halda 5-7 ci illərində 34 pasientin heç birində belə nəticə qeyd edilmirdi.

Sorğu şkalasının nəticələri təsdiq etdi ki, SKE+ ileo-siqma anastomoz yerinə yetirilən pasientlərin əməliyyatın uzaq dövründə əmək qabiliyyətlərinin səviyyəsi əməliyyata uğramamış XKın kompensasiya stadiyasında olan xəstələrin səviyyəsindədir; SKE+ileo-rektal anastomoz qoyulan pasientlərdə isə sonuncuların həmin göstəricilərindən 0,2 bal və ya 4,8% aşağıdır. Əsas qrupa daxil olan SKE+ileo-siqma anastomoz əməliyyatı keçirmiş pasientlərin sosial vəziyyəti nəzarət qrupu ilə eyni səviyyədə olub, SKE+ ileo-rektal anastomoz qoyulan pasientlərdə isə ondan 2,4% aşağı idi.

Sağlamlığın ümumi vəziyyəti SKE+ileo-siqma anastomoz qoyulan pasientlərdə nəzarət qrupuna nisbətən 2,4% yüksək, SKE+ ileo-rektal anastomoz qoyulan pasientlərdə isə ondan o qədər az idi.

Beləliklə Sorğu Şkalası əsasında SKE aparılmış pasientlərin həyat keyfiyyəti 63(63%) halda “yaxşı”, 31(31%) halda “kafi” və 6(6%) halda qeyri-kafi kimi qiymətləndirə bildik. ; əməliyyatın keyfiyyəti ilə həyat keyfiyyəti arasında müəyyən qədər fərqlilik mövcuddur. Belə ki, SKE-dən keçən 1 il ərzində 15 pasientin Vizik şkalası üzrə yaxşı nəticə 5 pasientdə olduğu halda Həyat keyfiyyətinin yaxşı olması 6 pasientdə təyin edilmişdir; amma eyni zamanda qeyri-kafi nəticələrin sayı hər iki müayinədə 2 pasient olmuşdur.

Əməliyyatın 4-cü ilində Vizik şkalası üzrə 1 pasientdə qeyri-kafi nəticə təyin edilsə də Həyat keyfiyyəti müayinəsində qeyri-kafi nəticə qeyd edilməyibdir.

Fəqət onu da qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyatdan keçən müddətin 5 ildən çox artması əməliyyatın və həyatın keyfiyyətində yüksəlməyə gətirib çıxarır: əməliyyatların 3-cü ilində Vizik şkalası üzrə 13 pasientdən 6-da əməliyyatın keyfiyyəti- “yaxşı”, 5-də kafi və 2-də “qeyri kafi” olduğu halda 7-ci ildə 11 pasientdən 10-da yaxşı və 1-də “kafi” kimi qiymətləndirilmişdir. Həmçinin Həyat keyfiyyətinin müayinəsində 3 ildən sonra 13 pasientdən 5-də Həyat Keyfiyyəti -“yaxşı”, 7-də “kafi” və 1-də “qeyri- kafi” olsa da, 7 ci ildə 11 pasientin hamısında Həyat Keyfiyyəti “yaxşı “kimi qiymətləndirilmişdir.

Xülasə: XKın dekompensasiya stadiyasında yerinə yetirilən subtotal kolektomiyanın uzaq dövrünün birinci 2 ilində orqanizmin bütün funksiyalarında, mikrobioloji immunoloji statusda və homeostazın əsas göstəricilərində ilk ciddi dəyişikliklər baş verir; əməliyyatdan keçən müddət artdıqca həmin dəyişikliklərin intensivliyi və səviyyəsi xroniki kolstazın kompensasiya stadiyasında olan xəstələrin eyni göstəricilərinə yaxınlaşsa da tam normallaşmır. Aparılan subtotal kolektomiyanın keyfiyyəti Visick şkalası üzrə 57% pasientdə "yaxşı", 36% pasientdə "kafi" və 7% pasientdə "qeyri-kafi" təşkil edir; Sorğu Şkalası əsasında SKE aparılmış pasientlərin həyat keyfiyyəti 63(63%) halda “yaxşı”, 31(31%) halda “kafi” və 6(6%) halda qeyri-kafi kimi qiymətləndirə bildik.

Əməliyyatın keyfiyyəti ilə həyat keyfiyyəti arasında müəyyən qədər fərqlilik mövcuddur; həmin göstəricilərin tezliyi qoyulan anstomozun xarakterindən asılı olaraq dəyişir və postoperasion dövrün müddətindən asılı olaraq yaxşılaşır ; əməliyyatdan keçən müddətin 5 ildən çox artması əməliyyatın və həyatın keyfiyyətində yüksəlməyə gətirib çıxarır.

Aparılan müayinələrin nəticələri XKın dekompensasiya stadiyasında tətbiq edilən subtotal kolektomiyanın effektiv müalicə metodu olmasını və bələ xəstələrdə onun tətbiq edilməsinin əlverişli olmasını təsdiq edir.

Nəticələr.

1.XKın(XK) dekompensasiya stadiyasında olan xəstələrə tətbiq edilən subtotal kolektomiyadan (SKE)sonra 53% hipotoniya və taxikardiya qeyd edilir; əməliyyatın 2 –ci ilində hemoqlobinin səviyyəsi $82 \pm 2,5$ v.-dən yüksək olmur və əməliyyatın 5-6 cı ilində yenə də normadan 11,5% aşağı səviyyədə olur; ileo-soiqmaanastomozl qoyulanlarda hemoqlobinin səviyyəsi ileo-rektoanastomoz qoyulanlara nisbətən 8,2% yüksək olur. SKE hemotokritin göstəricilərində 11,4-16,4% yüksəlişə səbəb olur. Subtotal kolektomiyadan sonra 24% halda ürək əzələsində metabolik dəyişikliklərə xas olan EKQ əlamətləri qeyd edilir.

2. XK-yə görə tətbiq edilən SKE-dən sonra bədən çəkisi əməliyyatın 1-3 cü illərində 13,8% halda əməliyyat öncəsi səviyyəsində qalır ; 86,2% halda isə 1kq-dan 5 kq-a qədər azalma qeyd edilir. Bədən çəkisində azalma SKE+ ileosiqmaanastomoz yerinə yetirilən pasientlərdə SKE+ileorektoanastomoz qoyulan pasientlərə nisbətən 12,5 ±0,3 % az olur. SKE-dən keçən müddət artdıqca bədən çəkisi bərpa olur. Astenizasiyası pasientlərin 31%-də qeyd olunur və kolektomiyadan keçən müddəti artdıqca psixikada olan dəyişikliklər də artır. Nevroloji pozuntular SKE-dən sonra 25% pasientdə aşkar olunur.

3. SKE 34% halda mədəaltı vəznin və 50% halda qaraciyərin funksiyasının bu və ya digər dərəcədə pozulmasına səbəb olur ; ALT-nin səviyyəsi 2,4 dəfə, AST- 2,1 dəfə QF- 11,6% və γ -QT-nin səviyyəsi nəzarət qrupuna nisbətən 27,8% yüksək olur və əməliyyatdan keçən 5-7 ildə bir qədər azalsa da yenə də nəzarət qrupunun eyni göstəricilərindən yüksək olmaqda davam edir. Qanın antioksidant sistemi 28-30% azalır; nəcislə azot itkisi 8-9% artır.

4. SKE-dən sonra İleo-siqmoid anastomozu olan pasientlər gün ərzində 2-3 dəfə, ileorektal anastomoz qoyulan pasientlər isə 5-6 dəfə duru nəcis ifraz edirlər ki, onun da 1 və ya 2-si gecələr baş verir. Enterokinazanın və qələvi fosfatazanın nəcislə ekskresiyası 93% halda kontrol qrupundan 50% yüksək olur; eyni zamanda İleo-siqmoanastomozu olan pasientlər ileo-rektal anastomoz qoyulanlara nisbətən 20-25% az ferment itirirlər.

5. SKE aparılan pasientlərdə plazmada və eritrositlərdə natriumun və kaliumun səviyyələri azalır və əməliyyatın 7-ci ilində də XKın kompensasiya dövründə olan xəstələrin eyni göstəricilərindən aşağı olur. Ümumi zülalın miqdarı SKE-dən sonra qanda normadan 4,4% az olub albuminlərin səviyyəsinin 54,5% azalması və qlobulinlərin ona uyğun səviyyədə yüksəlməsi sayəsində disproteinemiya baş verir.

6. SKE-dən sonra disbakterioz əlamətləri 55% halda qeyd edilir; obliqat floranın tərkibi əsasən bağırsağın çöplərindən ibarət olur və yoğun bağırsağı üçün xas olan mikroflora ya heç qeyd edilmir və ya onun miqdarı azalmış halda təyin olunur. Belə nəticə ileo-koloanastomoz qoyulmuş pasientlərdə ileo-siqmoanastomozu olan pasientlərə nisbətən daha kəskin şəkildə ortaya çıxır. SKE-dən sonra nazik bağırsağın distal hissəsi mikroflora ilə zənginləşir ki, onu da bizim fikrimizcə disbakteriozun göstəricisi kimi yox, orqanizmanın kompensator-uyğunlaşma reaksiyası kimi qəbul etmək lazımdır.

7. SKE-dən sonra karbohidrat mübadiləsində ciddi dəyişiklik yaranır: SKE-dən keçən 1-3 il müddətində 1-ci növ şəkər əyrisinin 2 saat ərzində normallaşması nəzarət qrupuna nisbətən 35% pasientdə, 5-7 il sonra isə 20% pasientdə daha gec baş verir; belə dəyişikliklər SKE-nin bədəndə karbohidrat mübadiləsinə cərrahi əməliyyatdan keçən 7 il ərzində də mənfi təsir göstərməsinə dəlalət edir.

8. SKE-dən keçən 3 il ərzində 65% pasientdə postkolektomik sindromun (PKS) kompensasiya, 30%- də sub- və 5% pasient isə PKS-in dekompensasiya stadiyasını qeyd edilir.; 4 ildən sonra 14% halda PKS-in subkompensasiya stadiyası, 86% halda isə onun kompensasiya stadiyası mövcud olur.

9. SKE-nin uzaq dövründə onun nəticələrinin keyfiyyətə təyində yaxşı nəticə (Vizik şkalası) 57% pasientdə, kafi-36% və qeyri kafi nəticə 7% pasientdə təyin edilir. Keyfiyyət nəticələri əməliyyatdan keçən müddət artdıqca yüksəlirdi: əməliyyatın 1-ci ilində “qeyri-kafi” nəticə 13,3% –də qeyd edildiyi halda 5-7 ci illərində belə nəticə qeyd edilmir. SKE-dən sonra həyat keyfiyyəti 63% halda “yaxşı”, 31% halda “kafi” və 6% halda qeyri-kafi kimi qiymətləndirə bildik.; əməliyyatdan keçən müddətin 5 ildən çox artması əməliyyatın və həyatın keyfiyyətində yüksəlməyə gətirib çıxarır. XK-nin dekompensasiya stadiyasında tətbiq edilən SKE + ileosiqmaanastomoz effektiv müalicə metodudur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Маевская Е.А. Хронический запор: тактика ведения на основе научных фактов // Фарматека. – No14 (287)/2014. С. 17, 23.
2. Парфенов А.И.. Хронический запор: метод. рекомендации / А.И.Парфенов, Л.Х. Индейкина, Беляева А.А.// -Москва:- ГБУЗ.-2016. -51стр
3. Drossman D.A. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology 2016; 1257-1261.
4. Исаев Г.Б. Отдаленные результаты субтотальной колэктомии у больных с хроническим колостазом/ Г.Б.Исаев, Т.М.Керимова// Вестник хирургии Казахстана.- Алматы:-2018,-№1,-ст.-30-33
5. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. // -Москва:- ГЭОТАР-Медиа,- 2012.- 800 с.
6. Leung L. Chronic constipation: an evidence-based review/ Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. // J Am Board Fam Med.,- 2011.-№24(4),-p. 436–51.
7. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение хронического копростаз/ Э.А Джавадов., Ф.С Курбанов. //Москва: Хирургия. — 2011. — №2. — ст.46-49
8. Шакуров А. Ф. Хирургический подход к лечению хронического запора. Исторический обзор/ А. Ф Шакуров., О. Ю. Карпунин // -Москва:- Практическая медицина .-2012.-№ 8 (64), - том 1.- ст.37-40.

9. Grossi U1, Knowles CH. et al. 2017 Grossi U. Surgery for constipation: systematic review and practice recommendations/ U Grossi, CH Knowles, J Mason et al // Colorectal Dis. - 2017 Sep, - №19(Suppl 3), - p.37-48.
10. Ливзан М.А. Хронический запор: от симптома к диагнозу и эффективной терапии. Алгоритм наших действий / М.А. Ливзан, М.Ф. Осипенко // Москва: -«РМЖ». - №11. - 2016. - ст. 678-681
11. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. «Внутренние болезни—система органов пищеварения» 2011 г. ст.535-536
12. Bannura, G. Severe- chronic constipation. Is it a problem of surgery? / G. Bannura // Rev. Med. CM. - 2002. - Vol. 130, N 7. - P. 803-808.
13. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки // Автореферат дисс. д.м.н.. М., 2003, 21 стр.
14. Дарвин, В.В. Хирургическая реабилитация больных с хроническим толстокишечным стазом / В.В. Дарвин, М.М. Лысак, А.Я. Ильканич // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы 1 съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С. 421-422.
15. Rao Satish SC, Diagnosis and management of chronic constipation in adults/ SC Rao Satish, K.Rattanakavit, T.Patcharatrakul // Nat Rev Gastroenterol Hepatol, - 2016, -N13, -p.295–304.
16. Guiyun Sohn .Surgical Outcomes after Total Colectomy with Ileorectal Anastomosis in Patients with Medically Intractable Slow Transit/ Guiyun Sohn, Chang Sik Yu, Chan Wook Kim et al. // J Korean Soc Coloproctol., - 2011, - №27(4), -p. 180–187.
17. Kurihara M. Development of quality of life questionnaire in Japan: quality of life assessment of cancer patients receiving chemotherapy/. M Kurihara, H Shimizu, K Tsuboi, et al // Psychooncology, - 1999. - №8, - p.355–363.

Рәйси: *ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının professoru:*

t.ü.e.d. Musayev X.N.

Redaksiyaya 11.02.2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

QARACIYƏR EXINOKOKKOZU ZAMANI SİTOKİNLƏRİN SƏVIYYƏSİNİN TƏDQIQI

QASIMOVA K.F., NƏRİMANOV V.Ə., KƏRİMOVA İ.A
ATU-nun Tədris Cərrahiyyə klinikası, Bakı, Azərbaycan
(E-mail: gasimova.kml@gmail.com)

*Serum levels of cytokines in hepatic echinococcosis
Gasimova K.F., Narimanov V.A., Kerimova I.A.*

Summary: The present study was aimed to investigate the serum levels of some cytokines (IL-6, TNF- α) in patients with liver echinococcosis before and after surgical treatment (3 months, 6 months and 1 year). The study involved 19 patients with hepatic echinococcosis, examined and operated in the Educational-Surgical Clinic of Azerbaijan Medical University. The control group consisted of 14 healthy individuals. Serum TNF- α and IL-6 concentrations were determined by ELISA before and after surgical treatment. The results indicate that increasing serum level of TNF- α and IL-6 determines the immunosuppressive effect of the parasite. Echinococcectomy and postoperative pharmacological treatment, especially immunocorrection reduce the immunosuppressive effect of the parasitic process. The results obtained can be important in the development of additional diagnostic and prognostic criteria in the treatment of hepatic echinococcosis.

Key words: liver echinococcosis, cytokines, IL-6, TNF- α .

Исследование уровня цитокинов при эхинококкозе печени
Гасимова К.Ф., Нариманов В.А., Керимова И.А.

Резюме: Целью данной работы явилось изучение уровня некоторых цитокинов (IL-6, TNF- α) в сыворотке крови больных эхинококкозом печени и исследование их уровня в динамике лечения в течение 1 года после операции (3 мес., 6 мес. и 1 год). В исследовании приняли участие 19 пациентов в возрасте 35-65 лет с диагнозом эхинококкоз печени, обследованных и оперированных в Учебно-Хирургической клинике Азербайджанского Медицинского Университета. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц соответствующего возраста. В ходе исследования нами выявлено повышение уровня TNF- α и IL-6 в крови больных эхинококкозом печени, которое обуславливает иммуносупрессивное действие паразита. Эхинококкэктомия и послеоперационное лечение, особенно иммунокоррекция, положительно влияют на клиническое течение заболевания за счет снижения иммуносупрессивного эффекта паразитарного процесса. Полученные результаты могут иметь важное значение при разработке дополнительных диагностических и прогностических критериев при лечении эхинококкоза печени.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, цитокины, IL-6, TNF- α .

Açar sözlər: qaraciyər exinokokkozu, sitokinlər, İL-6, TNF- α .

Echinococcus granulosus və Echinococcus alveolaris tərəfindən törədilən qaraciyər exinokokkozu diaqnostika metodlarına, müalicə xüsusiyyətlərinə, o cümlədən ağır və uzun müddətli klinik gedişatına görə təhlükəli xronik parazitar cərrahi xəstəliklərdən biri hesab olunur. Əsasən Uzaq Şərq ölkələrində yayılmış E. alveolaris xərçəngəbənzər və ya alveolyar tip zədələnmələrlə, E. granulosus isə daha çox hidatitoz tip zədələnmələrlə müşayiət olunur [1, 2].

Exinokokkozun həm ənənəvi, həm də cərrahi müalicəsində yeni nailiyyətlərin əldə olunmasına baxmayaraq, bu sahədə müəyyən çətinliklər hələ də mövcuddur [3, 4]. Exinokokkozun cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatdan sonrakı dövrdə yaranmış ağırlaşmaların və residivlərin qarşısının alınmasında daha effektiv və aztravmatik metodların tətbiqi, onların eksperimental əsaslandırılması və klinik qiymətləndirilməsi aktual olaraq qalır [5, 6].

Qaraciyər exinokokkozu zamanı parazitə qarşı immun cavabın formalaşması orqanizmin qoruyucu reaksiyası olub, xəstəliyin patogenezinin başlıca mexanizmlərindən biridir. Bu zaman yaranmış immun cavab proqressivləşərək da-xili orqanlarda ağır zədələnmələrə səbəb ola bilər [6, 7, 8, 9].

Qaraciyər exinokokkozu zamanı sahib orqanizmin immun sistemi exinokokkun orqanizmdən tam çıxarılmasına nail ola bilmir, lakin parazitin antigeni iltihab-törədici sitokinlərin sekresiyasını stimulyasiya edərək yerli iltihab ocağının yaranmasına səbəb olur. Qaraciyər hüceyrələrinin fibrotik və nekrotik zədələməsi iltihab prosesinin proqressivləşməsi və iltihab-törədici sitokinlərin sintezinin sürətlənməsi ilə nəticələnir. Qaraciyərin apoptoz və nekrozunda, iltihab reaksiyalarında, xolestaz və fibrozunda iştirak edən sitokinlərin hiperproduksiyası sistemli iltihabi xəstəliyin yaranmasına, əsasən septik şoka səbəb ola bilər. [10, 11, 12, 13].

Qaraciyər exinokokkozu zamanı qan serumunda sitokinlərin səviyyəsinin öyrənilməsi immun dəyişiklərinin mexanizminin araşdırılmasında, bu xəstəliyin müalicəsində və exinokokkektomiyadan sonra yaranmış irinli iltihabın aradan qaldırılmasında böyük elmi-praktik əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqat işinin məqsədi qaraciyər exinokokkozu olan xəstələrin qan serumunda sitokinlərin öyrənilməsi, onların səviyyəsinin əməliyyatdan sonra müalicə dinamikasında izlənilməsi olmuşdur.

Material və metodlar. Tədqiqata cəlb edilmiş xəstələr ATU-nun Tədris Cərrahiyyə klinikasında qaraciyərində exinokokk parazitinə görə müayinə və əməliyyat aparılmış şəxslər arasından seçilmişdir. Tədqiqat işində 35-65 yaşlarında 19 nəfər exinokokkoz diaqnozu qoyulmuş xəstə müayinə edilmişdir. Xəstələrdən 7 nəfəri kişi, 12 nəfəri qadın olmuşdur. Nəzarət qrupunu müvafiq yaşlarda 14 nəfər praktik sağlam şəxslər təşkil etmişdir. Xəstələrin diaqnozu USM, MRT və KT instrumental müayinə üsulları və qan serumunda exinokokka qarşı İgG anticisimlərinin təyini əsasında təsdiqlənmişdir. Aparılmış USM və KT müayinə üsulları vasitəsilə exinokokk kistlərinin ölçüləri 10-16 sm arasında təyin edilmişdir. Xəstələrin 14 nəfərində yalnız bir kist, 5 nəfərində isə 3-4 sayda kistlər müşahidə edilmişdir.

Exinokokkozlu xəstələrdə laporoskopik exinokokkektomiyadan sonra aparılan konservativ müalicə sxeminə desensibilizə edən preparatlarla yanaşı, hepatoprotektorlar, kombinə edilmiş enzim preparatlar, pre- və probiotiklər daxil edilmişdir. Müalicə qaraciyərin, öd yollarının və mədəaltı vəzinin funksiyalarını normallaşdıran «Essentiale Forte N», «Hepabest», «Heptral» və «Kreon» preparatlarından istifadə edilməklə aparılmışdır.

Xəstələrin qan serumunda bəzi sitokinlərin (İL-6 və TNF- α) qatılığı əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra 3 ay, 6 ay və 1 il ərzində dinamikada öyrənilmişdir. Sitokinlərin qatılığı «Vektor Best» (Rusiya Federasiyası) firmasına məxsus reaktiv dəstinin köməyi ilə immunoferment üsulu vasitəsilə analiz edilmişdir.

Immunoferment müayinələr Stat Fax 303 Plus (ABŞ) immunoferment analizatorunda ($\lambda = 450$ nm, diferensial filtr 650 nm) aparılmışdır.

Əməliyyatdan sonra exinokokkozlu xəstələr aparılan müalicə sxeminə uyğun olaraq iki qrupa bölünmüşdür. I qrupa daxil olan xəstələrə standart ənənəvi müalicə aparılmış, II qrupa daxil olan xəstələrə standart müalicə ilə yanaşı immunokorreksiya məqsədilə müvafiq preparat təyin edilmişdir [14].

Qruplardakı göstəricilər variasion sıraya düzülmüş və hər bir variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Statistik analizin ilkin mərhələsində parametrik üsullardan istifadə edilmişdir. Alınmış statistik nəticələri dəqiqləşdirmək məqsədilə qeyri-parametrik Manna-Uitni-Uilkokson üsulundan istifadə edilmişdir.

Bütün hesablamalar «Microsoft Excel XP» kompyuter proqramlarında EXCEL- MSOFFICC-2013 elektron cədvəlində və SPSS-20 (ABŞ) paket proqramında aparılmışdır.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiqat işində müəyyən edilmişdir ki, exinokokkozlu xəstələrin qan serumunda İL-6-nın qatılığı nəzarət qrupu ilə müqayisədə I qrupda 5,3 dəfə ($p < 0,001$), II qrupda isə 6,1 dəfə ($p < 0,001$) statistik əhəmiyyətli artmış, qruplara müvafiq olaraq $16,98 \pm 3,09$ pq/ml, $19,61 \pm 2,41$ pq/ml təşkil etmişdir (Cədvəl 1).

Fibroblastlar, monositlər, makrofaqlar, limfositlər, endotelial hüceyrələr, hepatositlər tərəfində sintez edilən İL-6 sitokininin induktorlarına bakteriyalar, polielektrolitlər, mitogenlər, o cümlədən İL-1, TNF- α , interferonlar və s. aid edilir. B-limfositlərin proliferasiyası və diferensiasiyasının kofaktoru olan İL-6 bütün sinif immunoqlobulinlərin sintezini stimulyasiya edir. Bununla yanaşı, İL-6 polifunksional sitokin olub hüceyrə səthinə heterodimer reseptor kompleksi ilə birləşərək iltihab prosesinin, immun reaksiyalarının inkişafında iştirak edir, plazmatik hüceyrələrin böyümə amili rolunu oynayır. Heterodimer reseptor kompleksi iki transmembran zülaldən - İL-R6 və gp-130 reseptorlarından ibarətdir [7, 16].

Məlumdur ki, iltihab prosesinin gedişi və intensivliyi iltihab törədici sitokin olan İL-6-nın sekresiyasından bilavasitə asılıdır. İltihabın kəskin fazasının ən mühüm mediatorlarından biri olan İL-6 monosit və makrofaqları aktivləşdirərək immun cavab reaksiyasının yaranmasını şərtləndirir. İL-6-nın sekresiyasının sürətlənməsi hüceyrə tipli immun cavabın humoral tipli immun cavabla, başqa sözlə Th2 tipli limfositlərin aktivləşməsi ilə əvəz olunmasını göstərir. Onun hipersekresiyası exinokokk parazitinin orqanizmdə uzunmüddətli və xronik olması ilə izah edilir [13, 15].

Orqanizmdə iltihab prosesinin mühüm sitokinlərindən biri olan TNF- neytrofillərin cəlb edilməsində, iltihab-törədici sitokinlərin sintezinin stimula edilməsində və xroniki iltihab reaksiyalarında xüsusi rol oynayır. Əsas hədəfləri neytrofillər olan TNF- α əsasən makrofaqlarda T-killerlər tərəfindən viruslar, endotoksinlər və digər sitokonların təsiri ilə sintez olunur və İL-1, İL-6, İL-12, İL-18 iltihab sitokinlərinin ekspresiyasını induksiya edirlər [13, 17]. Qaraciyər exinokokkozu olan, I qrupu təşkil edən xəstələrin qan serumunda TNF-nın qatılığının nəzarət qrupu nəticələri ilə müqayisədə 2,3 dəfə ($p = 0,003$) statistik əhəmiyyətli artması müşahidə edilir və $10,60 \pm 1,78$ pq/ml təşkil edir. II qrupda isə TNF-nın qatılığı nəzarət qrup nəticələrinə nisbətən 2,5 dəfə ($p < 0,001$) statistik əhəmiyyətli artaraq orta hesabla $11,25 \pm 1,17$ pq/ml təşkil edir.

Orqanizmdə sitokin kaskadının yaranmasında həlledici rol oynayan iltihab törədici sitokinlərdən biri hesab olunan TNF- α immun hüceyrələri arasında qarşılıqlı əlaqə yaradaraq iltihab ocağına hüceyrələrin miqrasiyasını, onların aktivləşməsini və apoptozunu nizamlayır. Exinokokkoz zamanı yaranmış iltihab prosesi həmin parazitə tok-sinlərinə qarşı orqanizmin fizioloji reaksiyası hesab edilir [10, 16, 17].

Qaraciyər exinokokkozu olan xəstələrə əməliyyatdan sonra müvafiq müalicələr aparılmış, müayinələr əməliyyatdan sonra 3 ay, 6 ay və 1 il müddətində dinamikada izlənilmiş və müalicənin effektivliyi qiymətləndirilmişdir.

Aparılan tədqiqat işində müəyyən edilmişdir ki, standart müalicə alan I qrupdakı xəstələrdə İL-6-nın qatılığı əməliyyatdan 3 ay sonra əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 33,4% ($p=0,374$) azalaraq orta hesabla $11,31 \pm 1,60$ pq/ml təşkil etmişdir. Lakin bu göstərici nəzarət qrupu ilə müqayisədə hələ 3,5 dəfə ($p=0,002$) statistik əhəmiyyətli yüksək olaraq qalır. İL-6-nın qatılığının əməliyyatdan 6 aydan sonra müalicədən əvvəlki nəticələrə nisbətən 5,6% ($p=0,976$) qeyri-dürüst artımı $17,92 \pm 2,16$ pq/ml müşahidə edilir. Bu, nəzarət qrupu ilə müqayisədə 5,6 dəfə ($p<0,001$) statistik əhəmiyyətli artıq hesab olunur. Əməliyyatdan 1 il sonra aparılan analizin nəticələrinə görə İL-6-nın qatılığı əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 4,9% ($p=0,767$) qeyri-dürüst artaraq orta qatılıq $17,81 \pm 1,14$ pq/ml təşkil etmiş, nəzarət qrupu ilə müqayisədə 5,5 dəfə ($p<0,001$) statistik əhəmiyyətli artmışdır.

Standart müalicə ilə yanaşı hepatopankreatobiliar sistemin korreksiyası məqsədilə müvafiq sxem üzrə müalicə alan II qrup xəstələrdə İL-6-nın qatılığı müalicədən əvvəlki nəticələrlə müqayisədə 44,1% ($p=0,013$) statistik dürüst azalaraq $10,97 \pm 1,10$ pq/ml təşkil etmişdir. Bu nəticə nəzarət qrupuna nisbətən 3,4 dəfə ($p<0,001$) statistik əhəmiyyətli artıqdır. İL-6-nın qatılığının əməliyyatdan 6 ay sonra əməliyyatdan əvvəlki nəticələrlə müqayisədə 3,5 dəfə ($p=0,007$) statistik əhəmiyyətli azalması müşahidə edilmişdir. Belə ki, 6 aydan sonra İL-6-nın qatılığı $5,55 \pm 0,60$ pq/ml təşkil edir və nəzarət qrupu ilə müqayisədə 72,4% ($p=0,002$) statistik əhəmiyyətli artmışdır. Aparılan dinamik müşahidələr göstərir ki, bu xəstələrdə İL-6-nın orta qatılığı əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 5,0 dəfə ($p=0,007$) statistik əhəmiyyətli azalaraq nəzarət qrupundakı müvafiq göstəricilərə yaxınlaşır. Nəticələrdən göründüyü kimi, 1 ildən sonra İL-6-nın qatılığının orta göstəricisi $3,90 \pm 0,70$ pq/ml təşkil edir və bu da nəzarət qrupundakılara nisbətən 21,3% ($p=0,364$) statistik qeyri-dürüst artmışdır. Müqayisəli analizin nəticələrinə nisbətən İL-6-nın qatılığı müalicənin ilk 3 ayında standart dərman müalicəsinin nəticələrindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir ($p=0,624$). Lakin müalicədən 6 ay sonra standart müalicə alan xəstələrin nəticələrinə nisbətən 3,2 dəfə ($p=0,001$), 1 il sonra isə 4,6 dəfə ($p<0,001$) azalmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Qaraciyər exinokokkozu olan xəstələrin qan serumunda sitokinlərin səviyyəsi

Göstəricilər	Qruplar	N	M	$\pm m$	Minimum	Maximum	P
İL-6, pq/ml	Nəzarət	14	3,2	0,3	0,8	4,7	
	I qrup	9	16,9	3,1	3,8	34,5	$p<0,001$
	II qrup	10	19,6	2,4	4,7	28,4	$p<0,001$ $p_2=0,288$
İL-6 3 ay sonra	Nəzarət	14	3,2	0,3	0,8	4,7	
	I qrup	9	11,3	1,6	2,9	15,8	$p=0,002$ $p_1=0,374$
	II qrup	10	11,0	1,1	4,2	15,7	$p<0,001$ $p_1=0,013$ $p_2=0,624$
İL-6 6 ay sonra	Nəzarət	14	3,2	0,3	0,8	4,7	
	I qrup	9	17,9	2,2	6,2	26,6	$p<0,001$ $p_1=0,906$
	II qrup	10	5,6	0,6	1,5	8,7	$p=0,002$ $p_1=0,007$ $p_2=0,001$

İL-6 12 ay sonra	Nəzarət	14	3,2	0,3	0,8	4,7	
	I qrup	9	17,8	1,1	11,0	23,0	p<0,001 p ₁ =0,767
	II qrup	10	3,9	0,7	1,2	6,4	p=0,364 p ₁ =0,007 p ₂ <0,001
TNF-α, pq/ml	Nəzarət	14	4,6	0,5	1,9	7,2	
	I qrup	9	10,6	1,8	3,4	21,9	p=0,003
	II qrup	10	11,3	1,2	3,4	17,9	p<0,001 p ₂ =0,567
TNF-α 3 ay sonra	Nəzarət	14	4,6	0,5	1,9	7,2	
	I qrup	9	15,1	2,0	4,0	25,1	p=0,001 p ₁ =0,008
	II qrup	10	12,9	2,3	2,7	22,5	p=0,005 p ₁ =0,444 p ₂ =0,683
TNF-α 6 ay sonra	Nəzarət	14	4,6	0,5	1,9	7,2	
	I qrup	9	11,2	1,5	5,9	18,5	p=0,001 p ₁ =0,312
	II qrup	10	7,8	0,6	5,6	10,6	p=0,003 p ₁ =0,037 p ₂ =0,086
TNF-α 1 il sonra	Nəzarət	14	4,6	0,5	1,9	7,2	
	I qrup	9	12,0	1,7	4,0	19,7	p=0,003 p ₁ =0,594
	II qrup	10	5,6	0,7	2,5	8,6	p=0,241 p ₁ =0,013 p ₂ =0,013

Qeyd: p – nəzarət qrupu ilə müqayisə; p₁ – müalicədən əvvəlki nəticələrlə müqayisə; p₂ – I qrup ilə müqayisə.

Qaraciyər exinokokkozlu xəstələrin I qrupunda standart müalicədən 3 ay sonra TNF-α-nın qatılığı əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 9 nəfərdə 42,7% (p=0,008) statistik əhəmiyyətli artaraq orta hesabla 15,12±2,05 pq/ml təşkil etmişdir. Bu zaman TNF-α-nın qatılığı nəzarət qrup nəticələrinə nisbətən 3,3 dəfə (p=0,001) statistik əhəmiyyətli artıqdır. Əməliyyatdan 6 ay sonra TNF-α-nın qatılığının əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 6,0% (p=0,906) qeyri-dürüst artması qeydə alınmış və orta hesabla 11,23±1,55 pq təşkil etmişdir. Bu, nəzarət qrupu ilə müqayisədə 2,4 dəfə (p=0,001) statistik əhəmiyyətli yüksəkdir. TNF-α-nın qatılığı əməliyyatdan 1 il sonra əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 13,3% (p=0,767) artmağa meyil edərək orta hesabla 12,01±1,73 pq/ml təşkil etmişdir və bu, nəzarət qrupu nəticələrinə nisbətən 2,6 dəfə (p=0,003) statistik əhəmiyyətli artmışdır.

Standart müalicə ilə yanaşı hepatoprotektorla kompleks müalicə alan II qrup exinokokkozlu xəstələrdə TNF-α-nın qatılığı əməliyyatdan 3 ay sonra əməliyyatdan əvvəlki müvafiq göstəricilərə nisbətən 15,0% (p=0,444) artmağa meyil etmiş və orta hesabla 12,94±2,29 pq/ml təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə TNF-α-nın qatılığının nəzarət qrupundakılara nisbətən 2,8 dəfə (p=0,005) statistik əhəmiyyətli artıqdır. Aparılan əməliyyatdan 6 ay və 1 il sonra TNF-α-nın qatılığının əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Aparılan laborator müayinələr göstərir ki, TNF-α-nın qatılığı 6 aydan sonra əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən 31,1% (p=0,037) statistik əhəmiyyətli azalaraq orta göstəricisi 7,75±0,62 pq/ml təşkil etmiş və bu nəzarət qrupundakılara nisbətən 69,0% (p=0,003) statistik əhəmiyyətli yüksəkdir. TNF-α-nın qatılığı 1 ildən sonra əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən 2,0 dəfə (p=0,013) statistik əhəmiyyətli dərəcədə azalaraq orta göstəricisi 5,59±0,67 pq/ml təşkil etmiş və nəzarət qrupu ilə müqayisədə 21,9% (p=0,241) artmağa meyil etmişdir. Statistik hesablamalara görə, bu qrupda TNF-α-nın qatılığı müalicədən ilk 3 ay sonra standart müalicə alan xəstələrin nəticələrindən əhəmiyyətli dərəcədə (14,4%; p=0,683) fərqlənmədiyi halda, 6 ay və 1 il sonra, müvafiq olaraq 31,0% (p=0,086) və 2,1 dəfə (p=0,013) statistik əhəmiyyətli azalmışdır.

Tədqiqat işində TNF- α və İL-6-nın qatılığının əməliyyatdan əvvəl nəzarət qrupu ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə artması müşahidə edilir. Qaraciyər exinokokkozu zamanı iltihab törədici sitokinlərin: TNF- α və İL-6-nın qatılığının exinokokkektomiyadan sonra artması əməliyyatdan sonra qaraciyərin cərrahi travma alması, bura çoxsaylı immunokompetent hüceyrələrin: makrofaqların və T-limfositlərin aktivləşməsi və iltihab törədici sitokinlərin sintezinin artması ilə izah edilir [8, 10, 16].

Aparılmış exinokokkektomiya parazitinin immunosupressor təsirinin zəifləməsinə səbəb olmuş, əməliyyatdan sonra aparılan müalicə və profilaktik tədbirlər nəticəsində sitokinlərin qatılığı tədricən azalmışdır. Ənənəvi müalicə iltihab törədici sitokinlərin qatılığının azalmasına az effektiv təsir göstərsə də, ənənəvi müalicə ilə yanaşı immunokorreksiyanın aparılması iltihab mediatorlarının qatılığının nəzarət qrupundakı həddlərə yaxınlaşmasına, müsbət dinamikaya səbəb olmuşdur.

İltihab törədici sitokinlərin qatılığının azalması onların qaraciyərə zədələyici təsirinin zəiflədilməsində mühüm mexanizm hesab edilir.

Beləliklə, qaraciyər exinokokkozu zamanı TNF- α və İL-6 sitokinlərinin qatılığının artması, parazitinin immunosupressor təsirini şərtləndirir. Exinokokkektomiya əməliyyatı və bu əməliyyatdan sonra aparılmış müalicə, xüsusilə də immunokorreksiya parazitə prosesin immunosupressiv təsirini azaladaraq xəstəliyin klinik gedişinə müsbət təsir göstərir. Alınan nəticələr exinokokkuzun müalicəsində əlavə diaqnostik və proqnostik meyarların işlənilməsinə hazırlanmasında mühüm əhəmiyyət kəsb edə bilər.

ƏDƏBİYYAT:

1. Тришин М. В. Эпидемический процесс эхинококкоза и эпизоотологические факторы, обуславливающие его поддержание. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Пермь-2015. 113 с.
2. Pakala T., Molina M., Wu G.Y. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review. J Clin Transl Hepatol. 2016. No 4. p. 39-46.
3. Даминаова Н.М. Диагностика и лечение послеоперационных осложнений эхинококкэктомии печени. Здравоохранение Таджикистана. 2010. № 1. с. 109-113.
4. Shamsiev J.A., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Juraeva F.F. Results of surgical treatment of Live Echinococcus. Eur. Sci. Rev. 2018. № 7 (29). p. 49-54.
5. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш. и др. Современные аспекты диагностики хирургического лечения эхинококкоза печени. Вестник Авиценны. 2019. т. 21. № 3. с. 480-488.
6. Вафин А.З., Машурова Е.В. Влияние цитокинов на течение послеоперационного периода при эхинококкозе печени. Медицинский вестник Северного Кавказа. т. 3, № 3. 2006. p. 13-15.
7. Вафин А.З., Машурова Е.В. Экспрессия цитокинов у больных эхинококкозом печени. Анн. хир. гепатол. 2007. т.12. № 4. с. 32-35.
8. Мирходжаев И. А. Роль цитокинов в развитии и течении эхинококкоза печени. Биология и интегративная медицина. 2020. (2 (42)), с. 62-74.
9. Mourglia-Ettlin G., Amezcua-Vesely M.C., Fraga R., Baz A., Merino M.C., Gruppi A., Dematteis S. Echinococcus granulosus glycoconjugates induce peritoneal B cell differentiation into antibody-secreting cells and cytokine production. Parasite Immunol. 2011. No33(11). p.621-31.
10. Машурова Е.В. Цитокиновый профиль при эхинококкозе печени. Автореферат Дисс. Канд. Мед. Наук. Москва. 2008. 23с.
11. Refik M., Mehmet N., Durmaz R. Postoperative changes in serum cytokines profile and nitric oxide levels in patients with cystic echinococcosis. Parasite.2005. 12(3). p.265-9.
12. Wei P., Xiang-Yang L., Fen-Fen S., Wen-Ting H., Su-Ping Q., Chao Y., Ren-Xian T., Yu-Juan S., Kui-Yang Z. Changes and significance of inflammatory cytokines in sera of mice chronically infected with larvae of Echinococcus granulosus. Zhongguo Xue Xi Chong Bing Fang Zhi Za Zhi. 2016 Jun 29;28(5). с.527-529.
13. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С., Цитокины. СПб. Фолиант 2008.-552 с.
14. Матвеев А.В., Гепатопротекторы. Анализ международных исследований по препаратам группы лекарств для печени. Симферополь: ИТ "АРИАЛ". 2013. с.17-18.
15. Насиров М.Я., Алекберова С.А., Аббасалиева П.М., Роль цитокинов в патологии органов пищеварения. Хирургия. 2014. №2.с. 86-93.
16. Mondragón-de-la-Peña C., Ramos-Solís S., Barbosa-Cisneros O., Rodríguez-Padilla C., Tavizón-García P., Herrera-Esparza R. Echinococcus granulosus down regulates the hepatic expression of inflammatory cytokines IL-6 and TNF alpha in BALB/c mice. Parasite. 2002 Dec;9(4). p. 351-6. 17. Wen-Ming Ch. Tumor necrosis factor. Cancer letters2013.328 (2) p. 222-225.

Рәуфи: *М.А.Торçубашов adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin professoru:*

t.ü.e.d. Məmmədov Ə.Ə.

Redaksiyaya 25.12.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

PROQRAM HEMODİALİZ MÜALİCƏSİ QƏBUL EDƏN XƏSTƏLƏRDƏ SARKOPENİYA

HÜSEYNOV X.M., CAVADOVA G.K., KƏRİMOVA K.A.,
BAĞİROVA A.R.

Ak.M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

*Sarcopenia in patients receiving program hemodialysis treatment
Guseynov Kh.M., Javadov G.K., Karimov K.A., Bagirova A.R.*

Summary. *Sarcopenia is one of the most common complications of patients undergoing hemodialysis treatment. This severe complication is also called uremic myopathy. The incidence of this complication is in the range of 15-20%. It's frequency of occurrence in patients over 60 with hemodialysis is 45-63% of cases. The purpose of the work is to focus the attention of hemodialysis centers functioning in our country on the occurrence of such a dangerous complication as sarcopenia and providing opportunities to overcome it through interaction between medical personnel and patients.*

**Саркопения у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом
Гусейнов Х.М., Джавадов Г.К., Керимова К.А., Багирова А.Р.**

Резюме: Саркопения является одним из наиболее частых осложнений пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом. Это тяжелое осложнение также называют уремической миопатией. Частота встречаемости данного осложнения находится в пределах 15-20%. У пациентов старше 60 лет, находящихся на гемодиализе, частота встречаемости составляет 45-63% случаев.

Цель работы – акцентировать внимание центров гемодиализа, действующих в нашей стране, на возникновении такого опасного осложнения, как саркопения, и обеспечении возможностей для борьбы с ней путем взаимодействия между медицинским персоналом и пациентами.

Sarkopeniya “ (yunan sözüdür : sarko-ət, peniya –çatmamazlıq) ilk dəfə ABŞ professoru İrvin tərəfindən 1988 –ci ildə təklif edilmişdir. (1) 2016-cı ilin sentyabr ayından isə “Sarkopeniya “ diaqnozu rəsmi olaraq M 62.84 kodu ilə Xəstəliklərin Beynəlxalq klassifikasiyasına (MKB-10) daxil edilmişdir.(2)

European Working Group on Sarkopenia In Older People (EWGSOP) görə sarkopeniya dedikdə əzələ kütləsinin və əzələ funksiyasının kəskin zəifləməsi, qidalanmasının, yəni nutritiv statusun davamlı pozğunluqları, demək olar ki, bir qrup xəstələrdə daim rast gəlinən əzələ katobolizmi, yaşlaşma ilə əlaqədar neyrohumoral dəyişikliklər nəzərdə tutulur .(3)

Sarkopeniyanın etiologiyasında bir sıra faktorlar iştirak edir. Ən çox rast gəlinən səbəblər isə aşağıdakılardır:

- Qocalma ilə əlaqədar gedən təbii proseslər;
- Uzun müddətli aclıq;
- Zəif kalorili qidaların qəbulu;
- Bağırsaqlarda adsorbsiyanın pozulması;
- Xroniki ürək-damar çatmamazlığı;
- Tənəffüs çatmamazlığı ilə müşahidə edilən xroniki ağ ciyər xəstəlikləri;
- Qara ciyərin ağır zədələnmələri (Sirroz);
- Xroniki böyrək xəstəlikləri;
- Əvəzedici Proqram Hemodializ (ƏPH) qəbul edən xəstələr;
- Periton dializ müalicəsi;
- Neyrodegenerativ xəstəliklər (Altsheymer, Parkinson, Dağılmış ateroskleroz);
- Bəd xassəli şişlər;
- Müxtəlif mənşəli kaxeksiyalar;
- Uzun müddətli yataq rejimi;
- Şəkərli diabet;
- Steroid cinsi hormon çatmamazlığı (ən çox testosteron və boy hormonu çatmamazlıqlarında).

Beynəlxalq müşahidəçilərn fikrinə görə sarkopeniya 2045-ci ilə qədər çox geniş yayılaraq təhlükəli bir həddə çatacaq.(4)

Hal hazırda ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələr bu təhlükə ilə üzbəüzdürlər. Göründüyü kimi ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələrdə sarkopeniyanın yaranması üçün kifayət qədər səbəblər mövcuddur. Problemin bu qədər aktual olmasına baxmayaraq hal-hazırda qədər sarkopeniyanın hemodializ (HD) xəstələri arasında yayılmasını öyrənmək üçün demək olar ki hec bir HD mərkəzləri tərəfindən geniş araşdırmalar aparılmamışdır.

İşin məqsədi ölkəmizdə fəaliyyət göstərən hemodializ mərkəzlərinə bu təhlükəli ağırlaşmanı bir daha xatırlatmaq, tibb personalının xəstələrlə birgə fəaliyyəti nəticəsində sarkopeniya ilə mübarizə aparmağın mümkünlüyünü təmin etməkdir.

Sarkopeniya uzun müddət ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələrdə rast gəlinən ən təhlükəli ağırlaşmadır. (5) Təsədüfü deyil ki, nefroloqlar çox zaman sarkopeniya əvəzinə “uremik miopatiya” termininə üstünlük verirlər. Bu terminologiyanın üstünlüyü əzələ zədələnməsinə ayrıca deyil, uremik intoksikasiya nəticəsində zədələnmə kimi baxmasıdır. Sarkopeniyanın yaranması demək olar ki, HD qəbul edən xəstələrinin ölüm faizinin artması ilə düz mütənəsiblik təşkil edir. (6)

HD xəstələrində sarkopeniyanın rast gəlmə tezliyi təqribən 15-30 % arasında təşkil edir. 60 yaşdan yuxarı HD xəstələrində isə rast gəlmə tezliyi təqribən 45-63% təşkil edir. (7,8)

HD müalicəsi qəbul edən xəstələrdə sarkopeniyanın etiologiyasında ümdə rol oynayan faktor Az Zülallı Qidalarda (AZQ) uzun müddət qəbuludur. Adətən XBX konservativ mərhələsində nefronların qalığı funksiyasını qorumaq üçün AZQ qəbulu məsləhət bilinir. AZQ XBX-nin progressivləşməsinə ləngitməyi haqqında məlumatlara rast gəlinə də, son zamanlar nefroloqlar arasında bu haqda fikirlər bir qədər haçalanır. (9,10) AZQ yumaqcıq filtrasiyası 15-29 ml/dəq 1,73 m²azalana qədər (XBX IV- mərhələ) əsas müalicə vasitələrindən biri olmasına baxmayaraq, XBX V-mərhələyə yəni HD mərhələsində sarkopeniyanın etiologiyasında əsas rol oynayan faktor kimi tanınır. Deyilənləri nəzərə alaraq, sarkopeniyanın səbəblərindən biri kimi HD xəstələrində Zülal Enerji Çatmamazlığının (ZEC) rolunu diqqətdə saxlamaq çox vacib məsələdir.

ZEC qidalanma pozğunluqlarından asılı olaraq XBX I-II mərhələsində 2%, III-V mərhələsində 11-46% hallarda rast gəlinir. (12,13)

ZEC diaqnostikasında əsasən aşağıdakı meyarlara istinad edilir :

Albumin <3,8 q/l, çəkinin 5-10% əzələ kütləsinin zəifləməsi, zülallı qidaların qəbuluna qarşı ikrah hissinin olması və ya planlı olaraq pəhrizin saxlanması (<0,8 q/kq/gün, <25 kkal/kq) .(14)

Nəzərə almaq lazımdır ki, XBX-nin progressivləşməsinə zəiflətməkdən ötəri xəstələrə uzun müddətli AZQ məsləhət bilinir və ya konkret olaraq təyin edilir. Nəticədə isə müalicə məqsədilə qidada zülalların 0,6-0,8 q/kq/sut. qədər azaldılması HD xəstələrində əvəzolunmaz aminturşularının kəskin çatışmazlığına səbəb olur və bu sarkopeniyanın yaranmasını qaçılmaz edir. (15) Çox zaman isə biz HD müalicəsi qəbul edən xəstələrdə kəskin anoreksiyanın inkişaf etməsinin şahidi oluruq.

Göründüyü kimi, sarkopeniyanın yaranmasının qarşısını almaq üçün bir sıra tədbirləri həyata keçirtmək tələb olunur. Əlbəttə, sarkopeniyanın müalicəsi üçün konkret bir dərman preparatı mövcud deyil, lakin bir sıra lazımlı tədbirləri görməklə bu qorxulu ağırlaşmanın qarşısını almaq mümkündür.

İlk öncə HD xəstələrində əzələ kütləsinin zəifləməsinin qarşısını almaq üçün fiziki aktivlik artırılmalıdır. Ümdə şərtlərdən biri qanda D vitamininin normada olmasına nəzarətdir. D vitamininin polimorfizmi əzələ zəifliyinə səbəb ola bilər. Məlum olub ki, 25 (OH) D 40kq/ml az olduqda bu hala daha çox rast gəlinir və HD xəstələrinə xolekalsiferolun təyini əzələ aktivliyinin artmasına müsbət təsir göstərir. (16)

HD xəstələrində qanda Ca və P miqdarına ciddi nəzarət olunmalıdır. Məlum olduğu kimi, heyvan mənşəli zülallar qanda P miqdarının artmasına səbəb olur ki, bu da Ca x P münasibətinə mənfi təsir göstərir. Ona görə də heyvan mənşəli zülallı qidaları və yarımfabrikat qidaları bitki mənşəli zülallarla əvəz etmək tövsiyyə olunur. (17)

Proqram hemodializ qəbul edən xəstələrin 90% mədə-bağırsağ sistemi tərəfindən dəyişikliklər olur. Buna səbəb isə mədə qastroduedonal zonası selikli qişasının uremik toksinlər tərəfindən zədələnməsi, Helikobakter pylori və digərləridir. Həzm sisteminin belə ciddi pozğunluqları son nəticədə nutritiv statusun pozulmasına gətirib çıxarır. (18)

Uzun müddət PHD müalicəsi qəbul edən xəstələrdə qanda L-karnitin miqdarı azalır. Səbəb isə L-karnitin kiçik molekulyar kütləyə malik olmasıdır. Belə kiçik molekullar plazma zülalları ilə birləşmir və dializatordan aktiv xaric olunurla L-karnitin çatışmazlığı yağ turşularının mitoxondriyə nəqlini pisləşdirir. Son nəticədə isə əzələ zədələnməsi meydana çıxır. Ona görə də L-karnitin HD seansları zamanı təyini məsləhət bilinir. (19)

Sarkopeniyanın etiologiyasında anemiyanın rolunu nəzərə alaraq, PHD müalicəsi qəbul edən xəstələrə eritropoz stimulyatoru məqsədi ilə eritropoetin istifadəsi demək olar ki, məcburi bir hal kimi qəbul olunmalıdır. (20)

Sarkopeniya ilə mübarizədə qeyd edilən tədbirlər yalnız adekvat HD müalicəsi aparıldıqda müsbət təsir göstərə bilər. (kt/v ≥1,2). Buna görə də istər DOQİ, istərsə də DİQO tərəfindən həftədə minimum 12 saat (3dəfə x 4saat olmaqla) hemodializ seanslarının keçirilməsi məsləhət bilinir. (20)

Beləliklə, ƏPH müalicəsi qəbul edən xəstələrdə sarkopeniya kimi təhlükəli bir ağırlaşma ilə ciddi mübarizə tələb olunur. Bu ağırlaşmanın yaranmasını əngəlləmək üçün adekvat HD (kt/v ≥ 1,2) ilə yanaşı ZEC korreksiya etmək, Ca x P münasibətinin nəzarətdə saxlamaq, D vitamini çatmamazlığını aradan qaldırmaq, Hb hədəf göstəriciyə qədər (110-120 q/l) qaldırmaq və həzm sisteminin funksional pozğunluqlarını vaxtında müalicə etmək əsas şərtlər sayılır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Rosenberg I. Summary comments Am. J. Clin. Nutr 1989, Vol. 50. P 1231-1233
2. Bataille S., Serveax M., Carreno E. et al. The diagnosis of sarcopenia is mainly driven by muscle mass in hemodialysis patients. Clin Nutr 2017; 36(6): 1654-1660 doi: 10.1016/j.clnu.2016.10.016
3. Anker S.D., Morley J.E., von Haehling S. Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia J. Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2016, Vol. 7 N 5, P. 512-514
4. Ундрицов В.М., Ундрицов И.М., Серова Л.Д. Возрастные изменения мышечной системы в кн. «Руководство по проктологии» под редакцией акад. Шабалина В.Н. изд-во «Цитадель Трейд»
5. Giglio J., Kamimura M.A., Lamarea F. et al. Association of Sarcopenia With Nutritional Parameters, Quality Hospitiration and Mortality Rates of Elderly Poetients on Hemodialysis. J. Ron Nutr. 2018; 28(3): 197-207. Doi: 10.1053/j.jrn.2017.12.003
6. Cao L., Morley J.E. Sarcopenia is Recognized as an Independent Condition by an International Classification of Disease, Tenth Revision, Clinical Modification (JCD-10-CM) Code. I Am Med Dir. Assoc. 2016; 17(8): 675-677. doi: 10.1016/j.jamda.2016.06.001
7. Battagba J., Galeano D., Cojocar E. et al. Muscle-wasting in end sage Renal disease in dialysis treatment: a Review G Ital. Metrol 2016; 33(2) gin/33.2.7.
8. Messina C., Maffi G., Vitall J.A. et al. Diagnostic Imaging of osteoporosis and Sacropenia: a narrative Review, Quant Imaging Med. Surg. 2018; 8(1): 86-99. Doi: 10.21037/gims.2018.01.01
9. Ermolenko V.M., Kozlova T.A., Michailova N.A. influence of low-protein diet progression of chronic renal failure. (Review). Nefrologia and dializ. 2006; 8(4): 310-20
10. Klabr S., Taripaty K. Evaluation of renal function in malnutririon. Arch Intern. Med. 1966; 118(4): 322-5. DOI: 10.1001/archiate.1966.00290160022005.
11. Polyzos S.A., Margioris A.M. Sarcopenic obesity. hormones (Athens). 2018; 17(3) 321-331. doi: 10.1007/S.42000-018-0049-x.
12. Koppe L., Fougue D., Kalantar-Zadeh K. Kidney Cachexia or protein-energy wasting in chronic Kidney disease: facts and numbers. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 apr. 12 doi: 10.1002/jcsm.12421.
13. Эйдельштейн В.А., Земченков А.Ю., Райхельсон К.Л. Проблемы оценки белково-энергетической недостаточности у диализных больных. Нефрология и диализ Т.С.М. 3 2003
14. Carrero J.J., Sbravero P., Cuppari L. et al. Etiology of the protein-energy wasting syndrome in chronic Kidney disease: a consensus statement from the International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM). Ren Nutr 2013 Mar; 23(2): 77-90. doi: 10.1053/j.jm.2013.01.001.
15. Reeves C. P., Kopple J.D. Management of protein-energy wasting in non-dialysis-dependent chronic Kidney disease: Reconciling low protein intake with nutritional therapy Am J. Clin. Nutr. 2013; 97(6): 1163-1170. doi: 10.3945/ajcn.112.036418
16. Hoerman K., Tjandra Y.I., Papapoulos S.E. The Role of 1,25 dihydroxyvitamin D in the maintenance of hypercalcaemia in a patient with an ovarian carcinoma producing parathyroid hormone-related protein. cancer 1991; 68: 642-647.
17. Ермоленко В.М., Филатова Н.Н. Возможности диетического контроля гиперфосфатемии при ХБП. Нефрология и диализ. 2014; 16(2): 228-235
18. Jizler T.A. A patient with CKD and poor nutritional status. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2013. 8(12): 2174-2182.
19. Яковенко А.А., Румянцев А.Ш. Распространенность белково-энергетической недостаточности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Нефрология и диализ. 2019; 21(1): 66-71/ doi: 10.28996/2618-9801-2019-1-66-71/
20. Практические клинические рекомендации КДДИО по анемии при ХБП 2013: 15(1): 14-53.

Рәүҗи: *M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin
Elmi İşlər üzrə direktor müavini :*

Prof. İsayev H.B.

Redaksiyaya 19.11. 2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

QARACIYƏRİN BƏD XASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİNDƏ QARACIYƏR TRANSPLANTASIYASI ÜZRƏ YENİ PROTOKOLUN ÖNƏMLİ NÖQTƏLƏRİ

N.Y. BAYRAMOV, R.A. MƏMMƏDOV
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı, Azərbaycan
(E-mail: rmamedov2000@yahoo.com)

*Important points of the new protocol on liver transplantation in malignant tumors of the liver
N.Yu. Bayramov, R.A. Mammadov*

Summary: As is well known, liver transplantation (LTx) is widely used as one of the radical treatments for hepatocellular carcinoma (HCC). However, many issues on this topic have not been resolved and standards have not been set in the world. The joint consensus protocol between transplantologists and oncologists, published in the latest issue of the Journal of Transplantation, is an important step in this direction and is noteworthy in many respects.

Key words: liver transplantation, hepatocellular carcinoma, cholangiocarcinoma

**Важные моменты нового протокола трансплантации печени при
злокачественных опухолях печени
Байрамов Н.Ю., Мамедов Р.А.**

Резюме: Как хорошо известно, трансплантация печени широко используется в качестве одного из радикальных методов лечения гепатоцеллюлярной карциномы. Однако многие вопросы по этой теме не решены и в мире не установлены стандарты. Протокол совместного консенсуса между трансплантологами и онкологами, опубликованный в последнем выпуске Journal of Transplantation, является важным шагом в этом направлении и заслуживает внимания во многих отношениях.

Ключевые слова: трансплантация печени, гепатоцеллюлярная карцинома, холангиокарцинома

Açar sözlər: qaraciyər transplantasiyası, hepatosellulyar xərçəng, xolangiosellular karsinoma.

Hepatosellular karsinomada qaraciyər transplantasiyası (QcTx)

Bilindiyi kimi, hepatosellular xərçəngin (HSK) radikal müalicə üsullarından biri kimi qaraciyər transplantasiyası (QcTx) geniş istifadə olunmaqdadır. Lakin bumövzunun bir çox məsələləri həll edilməmişdir və dünyada standartlar müəyyən olunmamışdır. Transplantasiya jurnalının son sayında dərc olunan transplantoloqların və onkoloqların birgə konsensus protokolu bu mövzuda önəmli addım hesab edilir və bir çox cəhətləri ilə diqqət çəkmədedir.

Birincisi, protokolda vurğulanır ki, HSK xəstəsini transplantasiya üçün seçərkən törəmənin klassik morfoloji göstəriciləri ilə yanaşı (sayı və ölçüsü) bioloji davranışı da nəzərə alınmalıdır. Bu məqsədlə törəmənin biomarkerləri (alfa-fetoprotein (AFP), des-gamma-karboksiprotrombin (DCP), PET-KT-də F-FDH toplama aktivliyi, digər) və loko-regional şişazaldıcı müalicələrə (arterial kimyaembolizasiya, radioembolizasiya) cavabı tətbiq edilə bilər.

İkinci önəmli nöqtə, şişazaldıcı müalicələrin tətbiqi ilə əlaqədardır. Protokol Milan kriteriyalarından kənardakı HSK-larda şişazaldıcı lokal terapiyalar həm ölü, həm də canlı donordan transplantasiyalarda da tövsiyə edir. Bu müalicəyə müsbət cavab alınarsa transplantasiyanın 3 ay sonra edilməsi məsləhət görülür.

Üçüncü önəmli nöqtə, transplantasiya nəticələrinin hədəfləri ilə əlaqədardır. HSK-da QcTx-in hədəfi 5 illik yaşama 60%-dan yuxarı qaldırmaqdır. Canlı donorda əməliyyatdan sonrakı letallığın 0%, ağırlaşmaların isə 25%-ən az olması (kiçik və orta ağırlaşmalar 20%-dən, böyük ağırlaşmara isə 5%-dən az) hədəf kimi göstərilmişdir.

Dördüncü önəmli nöqtə tamamlayıcı QcTx ilə əlaqədardır. Protokolda, göstərilir ki, ilkin QcTx-dən və tamamlayıcı QcTx-dən sonra yaşam müddəti biri-birinə yaxındır. Ona görə də tamamlayıcı QcTx rezeksiyadan sonra residiv olarsa tövsiyə edilir.

Nəhayət, vurğulanan beşinci məsələ çox erkən mərhələ HSK-da rezeksiyanı yoxsa QcTx məsələsidir. Erkən mərhələ HSK üçün (3 sm-dən kiçik tək törəmə, kompensator sirroz) donor resursları az olan mərkəzlərdə ilk seçim kimi rezeksiya və ya ablasiya tövsiyə edilir, QcTx isə bunlardan sonra residivlərdə məsləhət görülür.

Beləliklə, bu tövsiyələri də nəzərə alaraq HSK-nın müasir müalicə yanaşmasını hazırkı şəkildə təsvir etmək olar.

Erkən mərhələ HSK-da (ölçüsü 3 sm-dən kiçik, metastazı və böyük damar invaziyası olmayan törəmə, kompensator sirroz, operabel xəstə) qaraciyər rezeksiyası və ya ablativ müalicələr ilk seçimdir, QcTx isə bu müalicələrdən sonrakı residivlərdə məsləhət görülür.

Milan kriteriyaları çərçivəsində olan sirrozlu xəstələrdə (tək və 5 sm-dən kiçik törəmə və ya 2-3 törəmə ölçüsü 3 sm-dən kiçik) metastaz və böyük damar invaziyası yoxdursa, xəstə operabeldirsə ilk seçim QcTx-dir. Tx mümkün olmayanda rezeksiya edilə bilər.

Morfoloji olaraq Milan kriteriyalarından kənarda qalan lakin rezektabel törəmələrdə (ölçüsü 5 sm-dən, sayı 3-dən böyük, metastaz və böyük damar invaziyaları olmayan)şişin bioloji aqressivliyinə görə qərar vermək lazımdır. Şişin aqressivliyini yoxlamaq üçün biomarkerlərə və şişazaldıcı müalicələrin cavabına baxıla bilər, sonuncu daha çox tövsiyə olunur. Ölü donorlardan qaraciyər köçürülmə nəzərdə tutularsa şişazaldıcı müalicələr (TAKE, TARE) mütləqdir. Canlı donorlardan köçürülmələrdə aqressivliyi yüksək olan şişlər (AFP>400, DCP> 7.5 ng/ml, PET-KT-də F-FDH aktivliyi 2-dəfədən çox) Tx edilməməli və şişazaldıcı müalicələrdən sonra qiymətləndirilməlidir. Şiş biologiyası yaxşı olan xəstələrdə isə birbaşa Tx etmək və ya şişazaldıcı müalicələrdən sonra etmək tövsiyə olunur. Şişazaldıcı müalicələrə müsbət cavab aldıqdan 3 ay sonra QcTx edilməsi tövsiyə olunur.

HSK-ya görə aparılan QcTx-dən sonra 6-18% hallarda residiv baş verdiyi qeyd edilir və residivin profilaktikası ilə əlaqədar bəzi tövsiyələr də protokolda yer almaqdadır. Hələlik effektiv və universal qəbul edilmiş proqnozlaşdırma modelinin olmadığı bildirilir. Vaxtaşırı müayinələrin və immunosupressiyada KNİ səviyyəsinin 10 mkq/dl-dən aşağı tutulmasının vacib olduğu vurğulanır. m-TOR inhibitorlarının rolu bəzədən kəskin fikir olmadığı, retrospektiv tədqiqatlarda faydalı, prospektiv tədqiqatlarda isə faydasız olduğu bildirilir.

Posttransplant HSK residivlərində cərrahi və ablativ müalicələrin ön planda tutulması tövsiyə edilir, sorafenib və analoqlarının mübahisəli, check-point inhibitorlarının isə faydasız olduğu bildirilir.

Xolangiosellular karsinomada QcTx

Əvvəllər xolangiokarsinoma QcTx-ə əks-göstəriş sayılırdı. Lakin son illərdəki nəticələr bu paradigmanı dəyişdirmiş, həm intrahepatik, həm də ekstrahepatik xolangiokarsinomalarda QcTx üçün göstərişlər ortaya çıxmağa başlamışdır. Protokolda tövsiyə edilir ki, qeyri-rezektabel perihilar törəmələr radio-kimyaterapiyadan sonra, spesifik göstərişlərlə QcTx edilə bilər. Bu halda radioterapiyaya məruz qalmış qaraciyər arteriyasını və qısa portal venanı rekonstruksiya etmək üçün damar qreftləri hazır olmalıdır. Intrahepatik XSK-da rezeksiya ilk seçim sayılır, sirroz fonunda inkişaf edən HSK-larda birbaşa olaraq, qeyri-sirrofik qaraciyərlərdəki qeyri-rezektabel intrahepatik XSK-lar isə kimyaterapiyadan sonra QcTx edilə bilər.

Kolorektal metastazlar

Protokolda qaraciyərdəki kolorektal metastazlarda QcTx-in seçilmiş xəstələrdə faydalı olduğu bildirilir və bunun üçün spesifik kriteriyalar tövsiyə edilir: yalnız qaraciyərdə olan, qeyri-rezektabel olan, ölçüsü 5 sm-dən kiçik, CEA səviyyəsi 80-dən az, kimyaterapiyaya cavab verən, xəstəlikdən 2 ildən çox keçən. Transplantasiyadan sonra immunosupressiyanın minimizasiyası və residivlərdə isə rezeksiya tövsiyə edilir.

Neyroendokrin metastazlarda QcTx

Protokolda neyroendokrin törəmələrin qeyri-rezektabel qaraciyər metastazları olan seçilmiş xəstələrdə QcTx-in yüksək faydası olduğu bildirilir. İmmunosupressiya üçün m-TOR inhibitorları, residivlərdə isə izləmə tövsiyə edilir.

Hepatoblastomalarda QcTx

Hepatoblastomalarda sisplatin əsaslı kimyaterapiya və rezeksiya kombinasiyası standart müalicə olduğu bildirilir. Qeyri-rezektabel hepatoblastomalarda, o cümlədən kimyaterapiyaya cavab verən ekstrahepatik metastazlarda da QcTx yaxşı nəticələr verdiyi bildirilir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Mazzaferro V, Sposito C, Zhou J, et al. Metroticket 2.0 model for analysis of competing risks of death after liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2018;154(1):128–139.
2. Herrero JI, Sangro B, Pardo F, et al. Liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma across Milan criteria. *Liver Transpl*. 2008;14:272–278.
3. Guitreau JJ, Cotton RT, Washburn WK, et al. An early regional experience with expansion of Milan criteria for liver transplant recipients. *Am J Transplant*. 2010;10(9):2092–2098.
4. Rizvi S, Gores GJ. Pathogenesis, diagnosis, and management of cholangiocarcinoma. *Gastroenterology*. 2013;145(6):1215–1229.
5. Saha SK, Zhu AX, Fuchs CS, et al. Forty-year trends in cholangiocarcinoma incidence in the U.S.: intrahepatic disease on the rise. *Oncologist*. 2016;21(5):594–599.
6. Hartog H, Ijzermans JN, van Gulik TM, et al. Resection of perihilar cholangiocarcinoma. *Surg Clin North Am*. 2016;96(2):247–267.
7. Nagino M, Ebata T, Yokoyama Y, et al. Evolution of surgical treatment for perihilar cholangiocarcinoma: a single-center 34-year review of 574 consecutive resections. *Ann Surg*. 2013;258(1):129–140.
8. Esposito F, Lim C, Lahat E, et al. Combined hepatic and portal vein embolization as preparation for major hepatectomy: a systematic review. *HPB (Oxford)*. 2019;21(9):1099–1106.
9. Coelen RJS, Gaspersz MP, Labeur TA, et al. Validation of the Mayo Clinic staging system in determining prognoses of patients with perihilar cholangiocarcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(12):1930–1939.e3.

10. Hibi T, Sapisochin G. What is transplant oncology? *Surgery*. 2019;165(2):281–285.
11. Gorgen A, Muaddi H, Zhang W, et al. The new era of transplant oncology: liver transplantation for nonresectable colorectal cancer liver metastases. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018;2018:9531925.
12. Andres A, Oldani G, Berney T, et al. Transplantation for colorectal metastases: on the edge of a revolution. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2018;3:74.
13. Hagness M, Foss A, Line PD, et al. Liver transplantation for nonresectable liver metastases from colorectal cancer. *Ann Surg*. 2013;257(5):800–806.
14. Hagness M, Foss A, Egge TS, et al. Patterns of recurrence after liver transplantation for nonresectable liver metastases from colorectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(4):1323–1329.
15. Dueland S, Syversveen T, Solheim JM, et al. Survival following liver transplantation for patients with nonresectable liver-only colorectal metastases. *Ann Surg*. 2019 Jun 7. [Epub ahead of print]
16. Dueland S, Grut H, Syversveen T, et al. Selection criteria related to long term survival following liver transplantation for colorectal liver metastasis. *Am J Transplant*. 2019 Nov 1. [Epub ahead of print] Copyright © 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.
17. Toso C, Pinto Marques H, Andres A, et al; Compagnons Hépatobiliaires Group. Liver transplantation for colorectal liver metastasis: survival without recurrence can be achieved. *Liver Transpl*. 2017;23 (8):1073–1076.
18. Grut H, Revheim ME, Line PD, et al. Importance of 18F-FDG PET/CT to select patients with nonresectable colorectal liver metastases for liver transplantation. *Nucl Med Commun*. 2018;39 (7):621–627.

Rəyçi: *I Cərrahi Xəstəliklər kafedrasının dosenti:*

t.e.d. E.Əliyev

Redaksiyaya 21.09.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur

KOLOREKTAL LAPAROSKOPIK CƏRRAHIYYƏDƏ TƏCRÜBƏMİZ

A.C. ABDULLAYEV, E.V. NƏBİYEVA

ATU III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Our experience in colorectal laparoscopic surgery

A.J. Abdullaev, E.V. Nabieva

Summary: Purpose. To analyze the first experience of using laparoscopic interventions in surgery of the colon and rectum.

Material and methods. 37 laparoscopic surgeries were performed on the colon and rectum. Of the 37 patients operated, 21 men and 16 women. The age of the patients was 68 ± 17.8 years. The reason for the intervention: 9 cases of a rectosigmoid tumor, 1 - a tumor in the middle 1/3 of the rectum, 6 - a tumor in the upper 1/3 of the rectum, 10 - pathology of the entire colon, 6 - ascending colon. Performed: 10-total colproctectomy, 15- anterior direct extirpation of the rectum, 6- right-sided hemicolectomy, 6- anterior low resection of the rectum.

The following criteria were studied to evaluate the results of surgical interventions: the duration of operations, the amount of blood loss, the length of stay in the intensive care unit, postoperative complications, the duration of postoperative hospitalization, and mortality.

Conclusion The first experience shows that the treatment of surgical pathology of the colon and rectum with a laparoscopic method is justified and highly effective. When performing surgical interventions due to colon and rectal cancer, the full implementation of oncological protocols is observed in terms of the volume of resection and lymphodissection. At the same time, the introduction of laparoscopy in surgery of the colon and rectum can reduce the volume of intraoperative blood loss, reduce the time of hospitalization of patients and their rehabilitation, minimizes the development of postoperative complications.

Key words: laparoscopic surgery, colon, rectum

Наш опыт в колоректальной лапароскопической хирургии

А.Дж. Абдуллаев, Э.В. Набиева

Резюме: Цель. Проанализировать первый опыт использования лапароскопических вмешательств в хирургии толстой и прямой кишки.

Материал и методы. Выполнено 37 лапароскопических оперативных вмешательств на толстой и прямой кишке. Из 37 оперированных пациентов 21 мужчина и 16 женщин. Возраст пациентов составил $68 \pm 17,8$ года. Причина вмешательств: 9 случаев опухоли ректосигмоидной части, 1 – опухоль средней 1/3 части прямой кишки, 6 – опухоль верхней 1/3 части прямой кишки, 10 – патология всей толстой кишки, 6 – опухоль восходящей ободочной кишки. Выполнены: 7- тотальная колпроктоэктомия, 15- передняя прямая экстирпация прямой кишки, 6-правосторонняя гемиколэктомия, 3 – левосторонняя гемиколэктомия, 6- передняя низкая резекция прямой кишки.

Для оценки результатов оперативных вмешательств исследовались следующие критерии: длительность операций, объем кровопотери, длительность пребывания в отделении реанимации, послеоперационные осложнения, длительность послеоперационной госпитализации, летальность.

Заключение. Первый опыт показывает, что лечение хирургической патологии толстой и прямой кишки лапароскопическим методом является оправданным и высокоэффективным. При выполнении оперативных вмешательств по причине рака толстой и прямой кишки соблюдается полное выполнение онкологических протоколов по объему резекции и лимфодиссекции. При этом, внедрение лапароскопии в хирургию толстой и прямой кишки позволяет сократить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить сроки госпитализации пациентов и их реабилитации, минимизирует развитие послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: лапароскопические операции, толстая кишка, прямая кишка.

Açar sözlər: lapaskopik əməliyyatlar, yoğun bağırsağ, düz bağırsağ

Giriş. Laparoskopik cərrahiyyə ilk yarandığı gündən çoxsaylı müxtəlif cərrahi xəstəliklərin müalicə standartı olub. Yoğun və düz bağırsağda aparılan laparoskopik əməliyyatlar təkmilləşməkdə davam edir. Kolorektal xərçəngə görə ilk laparoskopik əməliyyat 1990-cu ildə icra olunmuşdur [1].

Son zamanlar kolorektal xərçəngin laparoskopik müalicəsində cərrahi texnikanın işlənmiş metodikaları ilə yeni modifikasiyalar dünyanın müxtəlif ölkələrinin klinikalarında tətbiq olunur.

Yoğun və düz bağırsağın cərrahi patologiyalarının müalicəsində laparoskopik üsulun istifadəsi açıq ilə müqayisədə bir sıra üstünlüklərlə seçilir. Bu mülahizəni aparılmış 5 randomizə tədqiqat işi sübut edir: Milsom, Barcelona, COST (ABŞ), COLON (European) və CLASİCC (Büyük Britaniya). Bütün bu tədqiqatlar laparoskopik yoğun bağırsağ cərrahiyyəsinin üstünlüklərini göstərib. Yoğun bağırsağın laparoskopik cərrahiyyəsinin üstünlükləri sırasındadır əməliyyatdan sonra olan ağrıların intensivliyi, narkotik analgetiklərin az miqdarda istifadəsi, qanıtırmənin azalması, əməliyyatdan sonrakı bağırsağ parez halların azalması, xəstənin stasionarda qalma müddətinin qısalması və erkən reabilitasiyası qeyd olunur [2, 3, 4]. Barselona tədqiqatında laparoskopiyadan (11%) sonra əməliyyat sonrakı residivlərin “açıq” cərrahiyyə (29%, $p < 0,001$) ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə azalması göstərilir və bununla, laparoskopik əməliyyatın aparılma müddəti “açıq” əməliyyatla müqayisədə daha uzun müddətli olduğu göstərilir [2, 5, 6]. Uzun müddətli proqnozlara gəldikdə, Barcelona tədqiqatı göstərir ki, yaşama qabiliyyəti əməliyyatı laparoskopik üsulla keçirmiş xəstələrdə artması müşahidə olunur (64%), açıq üsulla əməliyyat olunmuş xəstələrdə bu rəgəm 51% təşkil edir, lakin bu rəgəmlər statistik dürüst deyil ($p=7$) [2,3, 7, 8]. Hazırda düz bağırsağın laparoskopik cərrahiyyəsinin üstünlükləri göz gabağında [3, 7, 9].

İşin məqsədi – yoğun və düz bağırsağın cərrahiyyəsinə laparoskopik üsulun istifadəsində təcrübəmizi analizi.

Tədqiqatın materialı və metodları. Laparoskopik texnikanın istifadəsilə 2018-2020 illər arası Zəfəran hospitalında yoğun və düz bağırsağın müxtəlif patologiyaları səbəbindən 37 xəstə əməliyyat olunub, bunlardan 21 kişi və 16 qadın təşkil etmişdir. Əməliyyat olunmuş xəstələrin orta yaşı $68 \pm 17,8$ il təşkil etmişdir. Xəstələrin yoğun və düz bağırsağda patoloji prosesin lokalizasiyasına görə paylanması cədvəl 1 göstərilir.

Cədvəl 1.

Patoloji prosesin yoğun və düz bağırsağda yerləşməsi

Lokalizasiyası	Kişi	Qadın	Ümumi
Rektosigmoid nahiyyə	5	4	9
Düz bağırsağın orta 1/3 hissəsi	4	2	6
Düz bağırsağın yuxarı 1/3 hissəsi	4	2	6
Yoğun bağırsağ (total)	2	5	7
Qalxan çənbər bağırsağ	5	1	6
Köndələn çənbər bağırsağ	1	2	3
Ümumi:	21	16	37

Bədxassəli törəmənin diaqnozu histoloji olaraq bütün xəstələrdə əməliyyat öncəsi təsdiqlənmişdir. Bütün xəstələrdə müxtəlif differensiasiyalı adenokarsinoma diaqnozu qoyulmuşdur.

Beş xəstəyə qeyri-spesifik xorali kolit, bunlardan 3 nəfərə əlavə olaraq ailəvi adenomatoz polipoz diaqnozu qoyulmuşdur.

Bütün xəstələr klinik tövsiyələrə uyğun olaraq əməliyyat öncəsi müayinələrdən keçmişdilər: laborator müayinə və onkomarkerlərin təyini, qarın boşluğu və kiçik çanaq orqanların USM, kompüter tomoqrafiya (KT) və ya maqnit-rezonans tomoqrafiya (MRT), döş qəfəsi orqanların rentgen müayinəsi, fibroskoposkopiya.

13 xəstədə yanaşı xəstəliklər müşahidə olunurdu: arterial hipertenziya və II tip şəkərli diabet, morbid piylənmə.

Laparoskopik müalicə üsulun aparılmasının məqsəduyğunluğu hər xəstə üçün individual yanaşılırdı- yanaşı xəstəliklər nəzərə alınır, ASA üzrə anestezioloji riskin dərəcəsi qiymətləndirilirdi.

Operativ müdaxilələr KARL STORZ (Almaniya) şirkətinin avadanlıqları, ultrasonik skalpel Harmonic Ethicon Endo-Surgery, elektrocərrahi generator (Liga Shure), linear və sirkulyar staplerlər (COVİDİEN) instrumentlər istifadə olunmuşdur.

Əməliyyatın seçimi patoloji prosesin yayılması və lokalizasiyasından asılı olmuşdu.

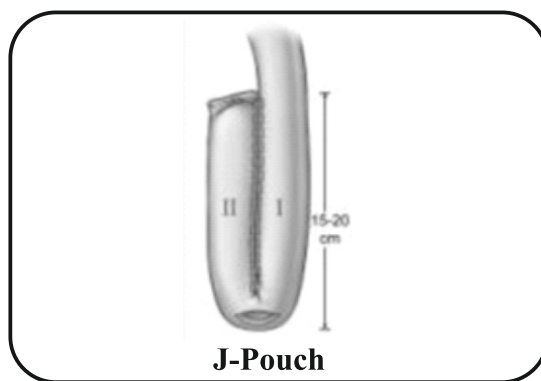
Operativ müdaxilələrin qiymətləndirilməsi üçün aşağıdakı kriteriyalara baxılırdı: əməliyyatın müddəti, qanıtırmənin həcmi, əməliyyatdan sonrakı fəsadlar, əməliyyatdan sonrakı çarpayı günlərin sayı, letallıq.

Tədqiqatın nəticələri. Bütün xəstələrə radikal operativ müalicə aparılmışdır. Kolorekatal xərçəngdə aparılan limfadisseksiyanın həcmi (D_2, D_3) şiş prosesinin lokalizasiyası və yayılmasından bir başa asılı olmuşdur. Aparılan əməliyyat növləri cədvəl 2-də göstərilir.

Cədvəl 2.

Laparoskopik əməliyyatların növü və həcmi

Əməliyyatın növü	Xəstə sayı	%
Total proktokolektomiya. J-pouch (şək.1) ilə ileanal anastomoz və gorusucu ileostomanın qoyulması.	7	18,9
Düz bağırsağın ön rezeksiyası. Kolo-anal anastomozun qoyulması.	15	40,5
Sağ tərəfli hemikolektomiya. İleokolik anastomozun qoyulması	6	16,2
Sol tərəfli hemikolektomiya.	3	8,2
Aşağıönrezeksiya. Hartman əməliyyatı	6	16,2



Şəkil 1. J-pouch ilə ileanal anastomoz goyulması

Aparılan əməliyyatlar arasında ən çox düz bağırsağ ön rezeksiyası, descendo-anal anastomozun goyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. Bu əməliyyat növü şişin rektosigmoid və düz bağırsağın yuxarı 1/3 hissəsində yerləşdiyində icra olunur.

Müvəqqəti kolostomanın və ya ileostomanın goyulması əməliyyat zamanı hər xəstə üçün fərdi olaraq yanaşılır (15 xəstədən 4 nəfərə goyulmuşdur).

Total kolproktoektomiya əməliyyatına məruz qalmış 10 xəstəyə qoruyucu ileostoma goyulmuşdur. 9 xəstədə ileostoma əməliyyatdan 6 ay sonra ləğv olunmuşdur. Bir xəstə əməliyyatdan 3 ay sonra “Laparoskopik total kolproktoektomiyadan sonrakı vəziyyət. J-pousun total nekrozu. Yayılmış peritonit” diaqnozu ilə təkrari əməliyyata götü-rüldü–ileoanal anastomoz və J-pouch ləğv olundu, təkrari daimi ileostoma goyuldu.

Bir xəstədə əməliyyatdan 20 gün sonra rektovaqinal fistula yaranmışdır, bir necə müddətdən sonra konservativ tədbirlər nəticəsində fistula bağlanmışdır.

Total kolproktoektomiya zamanı bütün xəstələrə J-pouch ilə ileanal anastomoz goyulmuşdur.

Tikişlərin hermetikliyi hava probasının videoendoskop nəzarəti altında aparılırdır.

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan sonra qarın boşluğunda Jakson drenajı (№12) qoyulurdu. Drenajların qoyulma-sında məqsəd seroz-qanlı mayenin qarın boşluğdan aktiv evakuasiyasını təmin etmək və absesin formalaşmasının qarşısını almaqdır. Drenajlar adətən 4-6 gün müddətində yerləşdirilirdi.

Xəstələrin reanimasiyada orta qalma müddəti 36 saat təşkil etmişdir. Stasionarda isə qalma müddəti $4 \pm 2,1$ gün təşkil etmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin aktivləşdirilməsi 12 saatdan sonra başlayırdı. İlk gündə xəstəyə yalnız su verilir. 2-ci sutkadan sonra enteral qidalanmaya başlanılırdı.

Əməliyyatların müddəti 240-300 dəqiqə təşkil etmişdir.

Müzakirə. Bizim ilkin təcrübəmiz, göstərir ki, yoğun və düz bağırsağın cərrahi patologiyasının laparoskopik müalicəsi daha əlverişli şərtlərlə icra olunmuşdur. Yoğun və düz bağırsağın xərcənginə görə aparılan cərrahi müdaxilə zamanı rezeksiya həcmi və limfodisseksiya onkoloji protokola görə aparmq texniki olaraq daha rahatdır.

Laparoskopiyanın yoğun və düz bağırsağın cərrahiyyəsinə tətbiqi əməliyyat zamanı qanıtırmənin həcmnin azal-masına, xəstələrin çarpayı günlərinin qısalmasına, əməliyyatdan sonrakı fəsadların və ağırlaşmaların əmələ gəlməsi-nin azalmasına imkan verir. Yoğun bağırsağ əməliyyatlarında laparoskopik texnikanın istifadəsi cərrahi briqadadan xüsusi texniki imkanların və təcrübənin olmasını və onkoloji prinsiplərin əməl olunmasını tələb edir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Phillips E.H., Franklin M., Carroll B.J. et al. Laparoscopic colectomy // *Ann Surg.*, 1992, №216, P. 703–707.
2. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, Quirke P, Copeland J, Smith AM, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group // *J Clin Oncol.*, 2007, Jul 20, 25(21), p.3061-68.
3. Bagnall NM, Faiz O. Laparoscopic colectomy: the view from the United kingdom // *J Gastrointest Surg.*, 2013, Aug, 17(8), 1544, doi: 10.1007/s11605-013-2200-y.
4. Lacy AM, Delgado S, Castells A, Prins HA, Arroyo V, Ibarzabal A, et al. The long-term results of a randomized clinical trial of laparoscopy-assisted versus open surgery for colon cancer // *Ann Surg.* 2008.
5. Bagnall NM, Faiz O. Laparoscopic colectomy: the view from the United kingdom // *J Gastrointest Surg.* 2013, Aug, 17(8), p.1544. doi: 10.1007/s11605-013-2200-y.

6. Awad ZT. Laparoscopic subtotal colectomy with transrectal extraction of the colon and ileorectal anastomosis // *SurgEndosc*. 2012 ,Mar, 26(3), p. 869-71. doi:10.1007/s 00464-011-1926-4.
7. Metzger P. The laparoscopic technique of intersphincteric rectum resection. In: Schiessel R, Metzger P, eds. Intersphincteric resection for low rectal tumors // Springer-Verlag Wien, 2012, (Ch 8). p. 85-97.
8. Rullier E, Denost Q, Laurent C. A concept of sphincter salvage in low rectal cancer. In: Schiessel R, Metzger P, eds. Intersphincteric resection for low rectal tumors // Springer-Verlag Wien, 2012, (Ch 10). p. 111-19.
9. Ding J, Liao GQ, Xia Y, Zhang ZM, Liu S, Yan ZS. Laparoscopic versus open right hemicolectomy for colon cancer: a meta-analysis // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013 Jan, 23(1), p. 8-16. doi: 10.1089/lap.2012.0274.

Rəyçi: *M.A. Topçubaşov adına Eimi Cərrahiyyə Mərkəzinin
Kolorektal cərrahliyi şöbəsinin aparıcı elmi işçisi:*

t.ü.f.d. Musayev B.V.

Redaksiyaya 29.09.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

AUTOİMMUN TİREOİDİTİN MÜALİCƏSİNDƏ LAZER FOTODİNAMİK TERAPİYANIN TƏTBİQİ

SADIXOV F.Q.

Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan
(E-mail: fetta.sadixov@gmail.com)

Application of laser photodynamic therapy in treatment of autoimmune thyroiditis Sadikhov F.Q.

Summary: *The rate of occurrence of autoimmune thyroiditis reaches 25-40% among all thyroid diseases and, after diabetes mellitus, ranks second among endocrinological diseases. Autoimmune thyroiditis mainly affects the population aged 35 to 65 years. Long-term courses of conservative therapy have a temporary positive effect, and after the cessation of therapy, 40% - 60% of patients have a relapse of autoimmune thyroiditis. The purpose of the study is to conduct a comparative study of the effectiveness of laser photodynamic therapy in the diffuse form of autoimmune thyroiditis. A comparative assessment of the effectiveness of treating patients with a diffuse form of autoimmune thyroiditis using laser photodynamic therapy and the traditional method of treatment was carried out. The work is based on the results of examination and treatment of 24 patients with diffuse autoimmune thyroiditis, who were divided into 2 groups: the main (10) and control (14) groups. For photodynamic therapy, we used the AFS "Harmony" apparatus with an adjustable output power up to 7 W and a radiation wavelength of 662 nm. The exposure time is 12-15 min with an energy density of 25-30 J/cm². The distance between the fiber and the patient's neck was 10 - 15 cm. Patients of the main and control groups also underwent intravenous laser blood irradiation with the Solaris apparatus ($\lambda = 630 \pm 0,03$ nm), the laser radiation power at the end of the fiber was 5 mW, the exposure time was 20 min, the course was 7 - 10 sessions. The developed method of potentiation by laser technologies of the traditional treatment of diffuse form of autoimmune thyroiditis makes it possible to significantly weaken lymphoplasmacytic infiltration of thyroid tissue, and subsequently to obtain a polyvalent positive effect, which leads to early relief of signs of inflammation and to a decrease in the number of relapses with a decrease in the pharmacological load on the patient.*

Key words: *autoimmune thyroiditis, photodynamic therapy, photoditazine*

Опыт применения лазерной фотодинамической терапии в лечении аутоиммунного тиреоидита Садыхов Ф.Г.

Резюме: Частота аутоиммунного тиреоидита достигает 25-35% среди всех заболеваний щитовидной железы и после сахарного диабета занимает второго места среди эндокринологических заболеваний. При этом, аутоиммунном тиреоидитом преимущественно страдает население в возрасте от 25 до 65 лет. Проводимые длительные курсы консервативной терапии имеют временный положительный эффект, а после прекращения терапии у 40% - 60% пациентов отмечается рецидив аутоиммунного тиреоидита. Целью исследования было проведение сравнительной оценки эффективности лазерной фотодинамической терапии при диффузной форме аутоиммунного тиреоидита. Проведена сравнительная оценка эффективности лечения пациентов диффузной формой аутоиммунного тиреоидита с использованием лазерной фотодинамической терапии и традиционным методом лечения. Работа основана на результатах обследования и лечения 24 больных диффузной формой аутоиммунного тиреоидита, которых разделили на 2 группы: основную (10) и контрольную (14). Для проведения фотодинамической терапии использовали аппарат АФС «Гармония» с регулируемой выходной мощностью до 7 Вт, длиной волны излучения 662 нм. Время экспозиции 12 -15 мин с плотностью энергии 25 - 30 Дж/см². Расстояние между световодом и шеей пациента составило 20 - 25 см. Больным основной и контрольной групп также проводили внутривенное лазерное облучение крови аппаратом «Солярис» ($\lambda = 630 \pm 0,03$ нм), мощность лазерного излучения на торце световода 5 мВт, время экспозиции - 20 мин, курс составлял 7 - 10 сеансов. Разработанный метод потенцирования лазерными технологиями традиционного лечения диффузной формы аутоиммунного тиреоидита позволяет значительно ослабить лимфоплазмоцитарную инфильтрацию ткани щитовидной железы, а в дальнейшем получить поливалентный позитивный эффект, что приводит к раннему купированию признаков воспаления и к снижению количества рецидивов при уменьшении фармакологической нагрузки на пациента.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, фотодинамическая терапия, фотодитазин.

Açar sözlər: *autoimmun tireoidit, fotodinamik terapiya, fotoditazin.*

Giriş: Son illərin ədəbiyyat mənbələrinə görə, autoimmun tireoiditin rastgəlmə tezliyi 40% -ə qədər, xəstəliyin residivləri isə 20%-dən 45% -ə qədər artmaqdadır. [1,6,7,8,]. Bir çox müəlliflər autoimmun tireoiditin (AİT) düyünlü və diffuz-düyünlü formalarının müalicəsində əsasən cərrahi müdaxiləyə üstünlük verirlər. Lakin xəstəliyin diffuz formalarında isə müalicə taktikası qalxanabənzər vəzin zədələnmə dərəcəsi və autoimmun prosesin ağırlığından asılı olaraq dəyişir [6,8,]. Autoimmun tireoidit xəstəliyi endokrinoloji xəstəliklər arasında yayılma dərəcəsinə görə şəkərli diabetdən sonra ikinci yerdə duran endokrin xəstəlikdir [6,7]. Bu xəstəlik 35-65 yaş arasındakı qadınlarda daha çox rast gəlinir. Belə xəstələr çox vaxt ayrı-ayrı mütəxəssislərə və fərqli klinikalara müraciət etməli olurlar[8]. Qalxanabənzər vəzin autoimmun iltihabı, sərbəst radikal oksidləşmə ilə müşayiət olunur ki, bu da vəzin parenximasının hüceyrələrinin sonrakı ölümü ilə nəticələnən, hüceyrə membranına zədələyici təsirin universal qeyri-spesifik molekulyar mexanizmidir. Hal-hazırda, əksər endokrinoloqlar, bu kateqoriyalı xəstələrin diaqnostika və müalicəsinin yeni metodlarının və yeni klinik yanaşmaların tədqiq olunmasının tərəfdarıdır. Bu, həmçinin, müalicənin nəticələrinin əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmaqla müalicənin iqtisadi xərclərini əhəmiyyətli dərəcədə azalda bilən, xəstəliyin əlillik dərəcəsinə və ağırlaşmalarının qarşısını ala bilən yeni elmi tədqiqat işlərinin aparılmasının vacibliyini ortaya çıxardır[2,3,].

Axıncı onilliklərdə müxtəlif lokalizasiyalı xoşxassəli və bədxassəli yeni törəmələrin və həmçinin iltihabi proseslərin müalicəsi üçün lazer fotodinamik terapiyası (FDT) klinik praktikaya geniş və uğurlu şəkildə tətbiq olunmaqdadır [4,5,9,10,15,]. Bir çox müəlliflər cərrahi infeksiyaların uzunmüddətli müalicəsi zamanı fotodinamik terapiyanın bakterisid təsirinə azalmadığını, patogen mikroorqanizmlərin antibiotiklərə qarşı həssaslıq spektrindən asılı olmayaraq [10,11,14], patogen mikroorqanizmlərdə fotodinamik terapiyaya qarşı rezistentliyin yaranmadığını qeyd edirlər [5,12,13]. Antibiotikoterapiya zamanı müşahidə olunan bir çox yanaşı sistem təsirlərindən fərqli olaraq, toxumalara fotodinamik təsir lokal xarakter daşıyır və bakterisid effekt isə yalnız lazerləşdirilən zona ilə məhdudlaşmış olur [15]. Lazer fotodinamik terapiyanın toxumalara təsirdən, hüceyrələrdən sitokinlərin və immun mediatorların ayrılması hesabın iltihabəleyhinə və immunomodulyator effektin artmasına səbəb olur. Bu effekt isə öz növbəsində diffuz autoimmun tireoiditin müalicəsinin lazer fotodinamik terapiyanın tətbiq edilməsi üçün yeni-yeni imkanlar yaradır.

Tədqiqatın məqsədi. Autoimmun tireoiditin diffuz formasında lazer fotodinamik terapiyanın effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsini aparmaq.

Material və metodlar. Tədqiqat işi Akademik M.A. Topçubaşov adına ECM-nin klinik bazasında 24 xəstənin stasionar müayinə və müalicə məlumatlarına əsaslanır. Bütün müayinə və müalicə olunan xəstələr, müqayisə edilə bilən, randomizə olunmuş 2 qrupa (əsas qrupa 10 xəstə və nəzarət qrupuna 14 xəstə) bölünmüşdür. Nəzarət qrupu iki yarımqrupdan ibarət olmuşdur: 4 xəstədə qalxanabənzər vəzin subtotal rezeksiyası aparılmış A yarımqrupu və 10 nəfərin endokrinoloqun nəzarəti altında ambulator müalicə aldığı B yarımqrupu. Əsas qrupda xəstələrin müalicəsi nəzarət qrupunda istifadə olunanlardan fərqli olaraq, konservativ müalicənin başlanması ilə xəstənin lazer fotodinamik terapiya seansı eyni vaxtda aparılmışdır. Sonrakı mərhələdə hər iki qrupdakı xəstələrin müalicəsi identik olub, əhəmiyyətli müalicə üsulları aşağı intensivlikli lazer şüalandırması (AİLŞ) ilə qanın venadaxili lazer şüalandırması (QVLS) seansları eyni zamanda aparılmışdır. 35-65 yaşlar arasındakı xəstələr, xəstəliyin başlanmasından sonrakı müxtəlif vaxtlarda planlı şəkildə stasionara müraciət etmişdilər.

Cədvəl 1.

Xəstələrin yaşa görə bölünməsi

Yaşları	Bütün xəstələr (n=24)
35-40 yaş	4 (16,7%)
41-45 yaş	5 (20,8%)
46-50 yaş	3 (12,5%)
51-55 yaş	4 (16,7%)
56-60 yaş	5 (20,8%)
61-65 yaş	3 (12,5%)
Cəmi	24 (100%)

Stasionara qəbuldan əvvəl bütün xəstələr dərəcələrlə ambulator və stasionar qaydada müalicə olunmuş və müxtəlif dərman preparatları qəbul etmişdilər. Autoimmun tireoiditlə xəstəliyin davam etmə müddəti 1 ildən 2 il arasında - 5 (20,8%) xəstə, 2 ildən 3 ilə qədər - 4 (16,7%) xəstə, 3-4 il arasında - 8 (33,3%) xəstə, 4 ildən 5 ilə qədər - 4 (16,7%) xəstə, 5 ildən 7 ilə qədər - 3 (12,5%) xəstə olmuşdur.

Daxil olarkən xəstələrin əsas şikayətləri boğulma, təneginəfəslik, tərləmə, ümumi zəiflik, diskomfort, qalxanabənzər vəzin böyüməsi hesabına boynun ön səthinin deformasiyasından olmuşdur. Obyektiv müayinədə qalxana-

bənzər vəzin böyüməsi, palpasiyada vəzin sərt konsistensiyalı, qeyri-bərabər bərkiməsi, bir qədər ağırlı olması iltihabi prosesin olmasına dəlalət edir. Ultrasəsmüayinəsinin məlumatlarına görə qalxanabənzər vəzin həcmnin diffuz böyüməsi(I-II dərəcəli), exogenliyinin kəskin artması, iltihab əlamətlərinin olması, strukturunun qeyri-həmcinsliyi, müxtəlif ölçülü hipoexogen sahələrin, kənarları nahamar hiperexogen sahələrə keçməsi, həmçinin hiperexogen fibroz atmaların olması və düyünlü törəmələrin olmaması aşkar edilir. Autoimmun tireoiditin diffuz formasında əsasən subklinik və ya aşkar hipotireoz əlamətləri aşkar olunmuşdur. Bütün müayinə olunan xəstələrdə yanaşı xəstəliklər aşkar olunmuşdur (cədvəl 2), bəziləri isə əvvəllər 1-2 yanaşı xəstəliyə görə konservativ müalicə almışdır. Qəbul şöbəsinə daxil olarkən bütün xəstələrə protokol üzrə təsdiq olunmuş standart diaqnostik müayinələr aparılmışdır.

Cədvəl 2.

Xəstələrin yanaşı xəstəliklərə görə qruplaşması

Müşahidə olunan yanaşı xəstəliklər	Sayı (n=24) %
Şəkərli diabet	625%
Xronik faringit	312,5%
Ürəyin işemik xəstəliyi, HX	833,3%
Böyrəklərin xroniki xəstəlikləri	312,5%
Anemiya	416,6%
Aşağı ətrafların varikoz xəstəliyi	833,3%

Qalxanabənzər vəzin toxumasının zədələnmə dərəcəsini və aparılan müalicənin effektivliyini dəyərləndirmək üçün müalicənin müxtəlif mərhələlərində ultrasəs müayinəsi nəzarəti altında qalxanabənzər vəzin incə iynə ilə aspirasiya biopsiyası (İİAB) və sonradan punktatın sitomorfoloji müayinəsi aparılmışdır. Bundan əlavə, tireoid hormonların (sərbəst T3 və T4, TTH, Anti-TG, Anti-TPO) göstəriciləri dinamikada öyrənilmişdir.

Müalicə prosesi zamanı leykositlərin intoksikasiya indeksi (LII) hesablanmış və C-reaktiv zülalın səviyyəsi, həmçinin, ümumi və biokimyəvi qan analizləri təyin olunmuşdur. Xəstəliyin etioloji və nozoloji xüsusiyyətlərini nəzərə almasaq bu müayinələr iltihabi prosesin orqanizmdə yayılma dərəcəsinin və onun toksikliyinə əsas göstəriciləridir.

Leykositlərin intoksikasiya indeksi, Y.Y. Qalif-Qalif tərəfindən təklif olunan (1941) formula əsasən, leykoqrammadan hesablanmışdır:

$$LII = (4Mi + 3C + 2Ç + S) / (P1 + 1) / (L + Mo) / (E + 1),$$

Burada: Mi - mielositlər; C - cavan; Ç - çöpnüvəli;

S - segmentnüvəli neytrofillər; P1 - plazmatik hüceyrələr;

L - limfositlər; Mo - monositlər; E - eozinofillər.

Fotodinamik terapiyanın aparılması texnikası aşağıdakı kimidir. Qəbulun ikinci günü diffuz autoimmun tireoiditi olan xəstəyə fotodinamik terapiya seansı aparılmasından 2 - 2,5 saat əvvəl venadaxilinə 0,8 mq/kg bədən çəkisi dozasında olmaqla, natrium xloridin fizioloji məhlulunda (NaCl 0,9% - 200,0) həll edilmiş fotosensibilizator "Fotoditazin" - xlorin E-6 törəməsi ("Veta Grand", Rusiya) köçürülür. Diffüzmonokvars liflə təchiz olunmuş AFS "Harmony" lazer aparatının 25-30 C/sm² enerji sıxlığında, dalğa uzunluğu 662 nm, fasiləsiz rejimdə qalxanabənzər vəzin hər iki payı şüalandırılmışdır. Şüalanmaya məruz qalma müddəti 12-15 dəq, işıqötürücü liflə xəstənin boynu arasındakı məsafə 10-15 sm olmuşdur. Bütün xəstələr lazer fotodinamik terapiya seanslarını yaxşı keçirtmişlər və heç bir xəstədə ağırlaşma qeyd olunmamışdır.

Lazer fotodinamik terapiyanın aparılmasına əks göstərişlər hipotireozla müşayiət olunan autoimmun tireoiditin düyünlü formaları, fotodermatoz, xəstədə onkoloji xəstəliyin olması, dekompensasiya olunmuş ürək-damar və ya tənəffüs çatmamazlığı, beyin qan dövranı pozulmaları, ruhi xəstəliklər, demensiyalar, yanaşı xəstəliklərə görə xəstənin ağır durumu və s. hesab olunmuşdur.

Qanın venadaxili lazerlə şüalandırılması üsulu: Qəbuldan sonrakı ikinci gündən etibarən ənənəvi intensiv müalicə və mexidol ilə antioksidant terapiya (gündə 5% - 4,0 ml ə/d) fonunda hər iki müayinə olunan qrup xəstələrinə (əsas və nəzarət) qanın venadaxili lazerlə şüalandırılması (QVLŞ) seansları aparılmışdır. QVLŞ seansları, "Solaris" aparatı ilə ($\lambda = 630 \pm 10$ nm), işıqötürücü lifin sonunda radiasiya gücü 5mVt, ekspozisiya müddəti 20 dəq. olmaqla, 1 kursda 7-10 seans aparılmışdır. Bütün xəstələr QVLŞ seanslarını yaxşı keçirtmişlər, heç bir xoşagəlməz nəticə hiss etməmişdilər. Xəstələrdə QVLŞ-dan heç bir ağırlaşma qeyd olunmamışdır. Hər iki qrupdakı diffuz autoimmun tireoiditi olan bütün xəstələrə adekvat şəkildə kompleks müalicə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Dinamik müşahidədə əsas qrup xəstələrində, hemostazın əsas göstəricilərinin- qanın leykosit və limfositlərinin səviyyəsinin daha tez normallaşmasını göstərdi. Əvvəl əsas və nəzarət qruplarında leykosit və limfosit səviyyəsinin bir qədər artması ilə müalicənin 4-5 günündə bu göstəricilərdə azalma, əsas qrupda - 25,5% və nəzarət qrupunda 12% təşkil etmişdir. Leykositlər formulun sola doğru meyilliyi tendensiyası özünü aşkar göstərmişdir. Müalicə zamanı əsas qrupdakı kimi diffuz autoimmun tireoidit xəstələrində EÇS göstəriciləri ilk əvvəl hər iki qrupda yüksək idi: $26,5 \pm 5,2$ mm/s. Əsas qrupda 5-ci gün EÇS göstəriciləri 32,3% -ə qədər azalmış və 10-cu gün normaya yaxınlaşmışdır. Nəzarət qrupunda da dinamika oxşar olmuş, lakin 5 gündən sonra ilkin məlumatlarla müqayisədə cəmi 16% azalmış, 10-cu gündə daha 48,5%-ə qədər azalmışdır. Beləliklə, leykositlər formulunun dinamikasına dair əldə edilmiş məlumatlar əsas qrupdakı xəstələrin müalicəsinin nəticələrini daha qənaətbəxş hesab etməyə imkan verir. Həmçinin, əsas biokimyəvi parametrlərin dinamik dəyişməsi də diffuz autoimmun tireoiditin müalicəsində lazer fotodinamik terapiyanın istifadəsinin üstünlüklərini təsdiq edir.

Müalicə müddəti ərzində qanda ümumi zülalın səviyyəsi hər iki qrupun xəstələrində cüzi dərəcədə dəyişmiş və fizioloji normadan kənar çıxmamışdır. Analoji fikri ASAT və ALAT göstəriciləri haqqında da demək olar, belə ki, onlarda da ciddi dinamik dəyişkənlik qeydə alınmamışdır. Yuxarıda qeyd olunanları bütün xəstələrdə xəstəliyin gedişatının klinik mənzərəsinin orta ağır dərəcədə olması ilə izah etmək olar. Müayinə olunan qruplarda sərbəst və birləşmiş bilirubin səviyyəsindəki dəyişikliklər də normal fizioloji dəyərlər daxilində olmuşdur. Həmçinin, qandakı kreatinin, qalıq azot və sidik cövhərinin miqdarı normal həddə olmuşdur. Stasionara daxil olarkən bütün xəstələrdə LII və SM göstəriciləri yüksək idi. Müalicəyə başladıqdan sonrakı ilk günlərdə LII və SM səviyyələrində azalma zəif və müalicənin 3-cü sutkasında əsas qrupun xəstələrində LII səviyyəsi 20,4%, SM indeksi 16% azalmışdır. Nəzarət qrupunda LII-də azalma 8,8%, SM səviyyəsində isə 4,6% olmuşdur. Müalicənin üçüncü günündə əsas qrup xəstələrində LII və SM səviyyələri normallaşmış və nəzarət qrupunda isə bu vaxtda LII-nin artması və SM indekslərinin normadan 1,25 və 1,3 dəfə yuxarı olması aşkar edilmişdir.

Əsas qrupda müalicənin 3-cü günündə C-reaktiv zülalın səviyyəsi ilkin göstəricilərlə müqayisədə 24,6% azalmış və nəzarət qrupunda bu göstərici 16% azalmışdır. Əsas qrupda müalicənin 10-cu günü bu göstərici normal dəyərlərə uyğun gəlmiş və nəzarət qrupunda isə bu vaxtda normadan 8,5 faiz yuxarı olmuşdur.

Müalicənin 14-cü günü əsas qrup xəstələrinin təkrar ultrasəs müayinəsində aşkar bir müsbət dinamika - qalxana-bənzərvəzin həcmnin normal dəyərlərə enməsi, iltihabi prosesin sorulması, toxuma strukturunun daha həmcins olması və exogenliyinə yaxşılaşması-, qalxana-bənzər vəzin morfoloji strukturunun sağlamlığına dəlalət edir. Nəzarət qrupunun xəstələrinin ultrasəs mənzərəsi isə cüzi müsbət dinamika ilə xarakterizə olunurdu.

Əksər xəstələrdə müalicənin başlanğıcında sitoloji mənzərə, Aşkinazi-Hurtle hüceyrələrinin aşkar edilməsi ilə vəzin müxtəlif hissələrində müxtəlif dərəcələrdə ifadə olunan, vəzin stromasının orta dərəcəli limfoplazmatik infiltrasiyası ilə xarakterizə olunurdu. Lazer fotodinamik terapiyadan 5 gün sonra, sitomorfoloji müayinədə qalxana-bənzər vəzin toxumasının limfoplazmatik infiltrasiyasının əhəmiyyətli dərəcədə - 40% -ə qədər azalması aşkar olunub. Nəzarət qrupunda sitoloji müayinənin məlumatlarına görə, müalicənin 7-ci günündə limfoplazmatik infiltrasiyanın azalması yalnız 23% təşkil etmişdir.

Qalxana-bənzər vəzin funksiyasını göstərən bəzi hormonların göstəricilərinin dinamikası, autoimmun tireoidit xəstələri üçün uyğun bir müalicə strategiyasının hazırlanması üçün əsas əhəmiyyətə malikdir. Hər iki qrupda hormonların göstəricilərini dinamikada müayinə etmişik: TTH, sərbəst T4, Anti-TPO və Anti-TQ. Müalicənin əvvəlində xəstələrdə sərbəst T4 göstəricilərində azalma, TTH göstəricilərində artma, Anti-TQ və Anti-TPO-da kəskin artma müşahidə olunurdu. Əksər müəlliflər hesab edirlər ki, Anti-TQ və Anti-TPO-nun kəskin artması qalxana-bənzərvəzin funksional aktivliyinin azalmasına səbəb olur. Lazer fotodinamik terapiyadan və kompleks müalicədən 14 gün sonra müayinə etdiyimiz hormonların göstəricilərinin normal həddə yaxınlaşması qalxana-bənzərvəzin funksiyasının yaxşılaşması və hipotireozun aradan qalxmasını göstərir.

QVLŞ seansları ilə tamamlanan ənənəvi müalicə ilə hormonal göstəricilərdə müsbət bir dinamika müşahidə olunurdu. Lakin əksər xəstələrdə subklinik hipotireoz əlamətləri qalırdı ki, bu da ultrasəs exolokasion nəticələri ilə təsdiqlənirdi. Bu səbəbdən QVLŞ kursu ilə tamamlanan ənənəvi müalicə ilə xəstələrin tam reabilitasiyasına nail olmaq mümkün deyildi.

Ənənəvi müalicənin lazer fotodinamik terapiya ilə tamamlanması müalicənin 5-ci günü autoimmun tireoidit əlamətlərinin tez aradan qalxmasını asanlaşdırdı və bu da əsas qrup xəstələrində müalicənin müddətini 5 günə endirməyə imkan verdi. Nəzarət qrupunda xəstələrin müalicə müddəti 10 günə qədər davam etdirilirdi. Nəzarət qrupundakı xəstələr üçün stasionarda qalma müddəti $6,4 \pm 0,4$ gün, əsas qrupda $3,6 \pm 0,2$ ($P < 0,05$) gündən sonra xəstələr yaşayış yerindəki endokrinoloqun nəzarəti altına göndərildi. 6 ay ərzində lazer fotodinamik terapiyadan sonra əsas qrup xəstələrində xəstəliyin kəskinləşməsi müşahidə olunmadı, nəzarət qrupunda 2 xəstədə (14,3%) autoimmun tireoiditin kəskinləşməsi aşkar edildi.

Əldə edilən klinik məlumatları (qalxana-bənzərvəzin ultrasəs mənzərəsinin dinamikası və sitomorfoloji müayinələr, autoimmun iltihab reaksiyasının bəzi göstəriciləri) hormonal göstəricilər ilə birlikdə nəzərdən keçirdikdə, əsas

qrupdakı xəstələrin müalicəsinin nəticələrinin daha qənaətbəxş olduğunu demək olar. Bu müalicə metodu ilə konservativ müalicə müddətinin azalmasına, ağırlaşmalar olmadığı təqdirdə orta çarpayı gününün azalmasına və beləliklə, xəstələrin həyat keyfiyyətində bir yaxşılaşmaya nail olmaq olar.

Nəticə: Autoimmun tireoiditin ənənəvi müalicəsinin təkmilləşdirilmiş farmakoloji olmayan gücləndirmə metodunun klinik tədqiqatına əsaslanaraq əldə edilən nəticələrin təhlilinə yekun vuraraq, tərəfimizdən təklif olunan lazer fotodinamik terapiya və qanın venadaxili şüalandırılması seanslarının kombinə tətbiqi metodunun bu kateqoriyalı xəstələr üçün ən yaxşı müalicə nəticələrini təmin etməyə imkan verdiyini söyləmək olar. Bu müalicə metodu autoimmun prosesə səmərəli təsir göstərə bilər və aşkar iltihabəleyhinə və immunomodulyator effektdə sahib olmaq, əlbəttə ki, xəstəliyin müalicəsində əlverişli uğura və müsbət bir nəticənin əldə olunmasına kömək edir. Nəticələr səmərəli metodikaların arsenalını genişləndirməyə imkan verir, polivalent müsbət effektdə nail olmaqla qalxanabənzər vəzidəki autoimmun iltihab əlamətlərinin erkən aradan qaldırılmasına, xəstəyə farmakoloji yüklərin azaldılmasına və beləliklə, residivlərin sayının azalmasına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Дербенев В.А., Раджабов А.А., Гаджиев А.И. и соавт. Фотодинамическая терапия гнойно-некротических поражений у пациентов с синдромом диабетической стопы // Российский биотерапевтический журнал. - 2017. - Т. 16. - №S1. - С. 30-31.

2. Лихачева Е.В., Алексеев Ю.В., Гейниц А.В. «Применение фотосенсибилизаторов (производных тетрапирролов хлоринового ряда) в сочетании со световыми источниками в спектре их поглощения при амбулаторном лечении ряда ЛОР заболеваний» Мат. симп. «Лазерные технологии в отоларингологии»-Тула-2007.- С.56-57.

3. Мачнева Т. В. Фотодинамический механизм терапевтического действия лазерного и светодиодного излучения. Дисс. ... док.мед.наук. – 2016. – 388 С.

4. Мустафаев Р.Д., Тихов Г.В. Оценка антибактериального эффекта фотодинамической терапии при экспериментальном перитоните // Российский Биотерапевтический Журнал, Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Отечественные противоопухолевые препараты» памяти А.Ю. Барышникова (Москва, 17-18 марта 2016 г.) -2016. -Т.15 №1- С.72.

5. Странадко Е.Ф. Фотодинамическая терапия рака ЛОР-органов / Москва, 2016. -с. 86

6. Саприна Т.В. Общие закономерности и особенности дизрегуляции иммунной системы при эндокринных заболеваниях аутоиммунного генеза: Дисс. ... док. мед. Наук. Томск, 2014, 388с.

7. Саприна Т.В., Прохоренко Т.С., Рязанцева Н.В., Иммунологические и морфологические предикторы клинической гетерогенности пациентов с болезнью Грейвса (по результатам исследования оперативного материала щитовидной железы) // Бюллетень сибирской медицины, 2015, Т. 14 №1, с. 81-91.

8. Самсонова А.М., Левин А.В., Гаврилова Н.А. Компьютерная рефлексотерапия в восстановительном лечении пациентов хроническим аутоиммунным тиреоидитом и гипотиреозом // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал, 2016, №4

9. Толстых П.И., Теоретические и практические аспекты фотодинамической терапии ран различного генеза. Прологомены. /Под редакцией Толстых П.И. – Москва: Альтаир- 2012. -247-249 С.

10. Толстых П.И., Фотодинамическое воздействие на патогенные микроорганизмы Лазерная медицина-2010.-том 14.- №3.-С.52-56.

11. Цыб А.Ф., М.А. Каплан М.А, Попучиев Ю.С., Романенко Ю.С., «Фотодинамическая терапия» Москва, МИА - 2009г. -192.

12. Dougherty T.J., Gomer C., Henderson B., Jori G., Kessel D. et al. Photodynamic therapy [Review] // J. Natl. Cancer Inst. 1998. Vol. 90. № 12. P. 889—905.

13. Grosserode M.H., Wenzel R.P. The continuing importance of staphylococci as major hospital pathogens // J. Hosp. Infect-1991.-Vol.19.-p.3-17.

14. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis - how to identify patients at risk for persistent sepsis. Eur J. Med. Res 2003; №8 p.125-134.

15. Muschter R. Photodynamic therapy: a new approach to prostate cancer // Curr. Urol. Rep. 2003. Vol. 4. № 22. P. 1-8.

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

t.ü.e.d. Məmmədov Ə.Ə.

Redaksiyaya 12.02.2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

DÜZ BAĞIRSAQ, UŞAQLIQ VƏ UŞAQLIQ YOLUNUN SALLANMASINDA ÇANAQ DİBİNİN CƏRRAHİ KORREKSİYASINDA YENİ TEXNOLOGİYALARIN İSTİFADƏSİNİN ROLU VƏ EFEKTİVLİYİ

MUSAYEV X.N., MƏMMƏDOV M.M., ŞİRİNOVA F.M.
ATU II Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan
Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan
(E-mail:shirinova_f@yahoo.com)

The role and effectiveness of the use of new technologies in surgical treatment for the reconstruction of the pelvic floor with prolapse of the rectum, uterus and vagina.
Musaev Kh.H., Mamedov M.M., Shirinova F.M.

Summary: The prolapse of the vaginal walls is considered as a result of ruptures of the pubic-cervical and rectovaginal fascias, as well as their separation from the walls of the pelvis. Given the high recurrence rate of the disease, most surgeons prefer the combined methods of surgical treatment of prolapse. These interventions include strengthening the pelvic floor, plasticizing the walls of the vagina and fixing the uterus, cervical stump or vaginal vault in different ways. This literature review talks about the role and effectiveness of the use of new technologies in the surgical treatment of pelvic floor reconstruction for prolapse of the rectum, uterus and vagina.

Key words: Prolapse of the rectum, uterus and vagina, operation of Wells, Delorme, Kummel-Zerenina

Роль и эффективность применения новых технологий при хирургическом лечении по реконструкции тазового дна с опущением прямой кишки, матки и влагалища.
Мусаев Х.Н., Мамедов М.М., Ширинова Ф.М.

Резюме: Опущение стенок влагалища рассматривают как результат разрывов лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций, а также их отрыва от стенок таза, учитывая высокий процент рецидивов заболевания большинство хирургов отдают предпочтение комбинированным методам хирургического лечения пролапса. Эти вмешательства предусматривают укрепление тазового дна, пластику стенок влагалища и проведение фиксации матки, культы шейки матки или купола влагалища тем или иным способом. В данном обзоре литературы говорится о роли и эффективности применения новых технологий при хирургическом лечении по реконструкции тазового дна при опущении прямой кишки, матки и влагалище.

Ключевые слова: Опущение прямой кишки, матки и влагалища, операция Уэллса, Делорма, Кюммеля-Зеренина.

Açar sözlər: Düz bağırsağın, uşaqlığın, uşaqlıq yolunun sallanması, Uells, Delorm, Kummel-Zerenin əməliyyatı **Problemin aktualığı.** Müasir operativ cərrahiyyədə düz bağırsaq, uşaqlıq və uşaqlıq yolunun prolapsı zamanı canaq dibinin yenidən qurulması üçün müxtəlif cərrahi əməliyyatlar təklif olunur (2.5.11). Son vaxtlara qədər uşaqlıq yolunun divarların prolapsının pelvik fasiyanın qabarması və ya elastikliyinə itirilməsi ilə əlaqəli olduğu düşünüldü (3.7). Hal-hazırkı araşdırmalara əsasən uşaqlıq yolunun divarlarının prolapsı pubik-servikal və rekto-vaqinal fassianın qopması, həmçinin pelvik divarlardan ayrılması nəticəsində yaranması hesab olunur. Xəstəliyin residivlərinin yüksək faizini nəzərə alaraq, əksər cərrahlar prolapsın cərrahi müalicəsinin kombinə edilmiş metodlarına üstünlük verir. Bu müdaxilələr əsasən canaq dibinin möhkəmləndirilməsi, uşaqlıq yolu divarlarının plastikası, uşaqlığın, servikal kötüyün və ya vaqinal künbəzin bu və ya digər şəkildə bərkidilməsini əhatə edir (1.4.11.). Bununla birlikdə, mövcud kombinə edilmiş üsullar qonşu orqanların funksional pozulmalarını həmişə aradan qaldırmır və qarşısını almır, xəstələrin tam sağalmasına kömək etmir. Gənc yaşda pelvik orqanların ağır dərəcədə prolapsı olan xəstələrin sayı bu gün 26% -dir (6.8.9.12). Bunu nəzərə alaraq tibbin inkişafının hazırki mərhələsində çanaq dibinin möhkəmləndirilməsi qonşu orqanlarla əlaqələrin bərpasına və onun normal funksiyası üçün şərait yaradılmasına, həmçinin qadın orqanizminin spesifik funksiyalarının bərpasına kömək edəcək əməliyyatlara ehtiyac var (10, 11, 13). Çox sayda cərrahi müalicə metoduna baxmayaraq, rektal prolapsı olan xəstələrin müalicə taktikası ilə bağlı bir-

mənali fikir yoxdur (2.12.13). Bəzi müdaxilələrdən istifadə edildikdə, xəstəliyin çox sayda residivləri baş verir, digər metodlardan istifadə edildikdə əvvəlki qəbizlik yenidən bərpa olunur. Rektum prolapsı olan bir çox xəstədə eyni zamanda anal sfinkter çatışmazlığı aşkar edilir və bunların 30-90%-də rektal prolapsla yanaşı uşaqlıq və uşaqlıq yolunda sallanması müşayiət olunur və rektal prolapsın cərrahi korreksiyasından sonra bir çox xəstədə bu inkotensiya davam edir və aparılan konservativ fizioterapevtik müalicə effektiv olmaduqda sfinkteroplastika olunur (1.2.4). Bu xəstəlik xəstələrin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır, sosial fəaliyyətlərini məhdudlaşdırır, əlilliyə, bəzən də zehni sahədə dəyişikliklərə səbəb olur (5,6.10). 1959-cı ildə ilk dəfə rektal prolapsın cərrahi müalicəsi üçün C.Wells (sit. 13), arxa rektapeksiya üsulu təklif etdi. Bu cərrahi müdaxilənin texnikasının bir xüsusiyyəti, rektumun lateral rektal bağların kəsilməsi ilə levatorlar səviyyəsinə qədər mobilizasiya olmasıdır. Sonra düzbucaqlı bir polipropilen tor sakruma tikilir və "qanadları" bağırsağın yan səthlərinə təsbit edilir. Bunun nəticəsində bu bağlardan keçən sinir lifləri zədələnir, innervasiyanın pozulması postoperativ dövrdə qəbizliyin artmasına səbəb olur. (1.6.12). Beləliklə, mobil bağırsağ divarının sakrumun sabit səthinə sərt bir fiksasiyası yaranır ki, bu da uzunmüddətli qəbizliyə səbəbi ola bilər. Arxa rektapeksiya edildikdən sonra xəstəliyin təkrarlanma nisbəti 11.1%-ə çatır və əməliyyat olunan xəstələrin 38-48%-də kolonun motor-evakuasiya funksiyası pisləşir (6.8). A.D.Hoere (11) yaxşı bir rektal fiksasiya üsulu - rektosakropeksiya təklif etdi və yaxşı funksional nəticələrini bildirdi. Təklif olunan metod, arxa rektapeksiyasından, rektumun yalnız antero-sağ yarımdairə boyunca hərəkətə keçməsi ilə rektumun lateral bağlarını qoruyaraq rektal divarın innervasiyasının pozulmasını və postoperativ dövrdə qəbizliyin inkişafının qarşısını alır. Bağırsağın sakruma təsbit edilməsi ön divarın sərdəst olması, bağırsağ hərəkətliyini qoruyur, bu da əməliyyatdan sonra kolonun motor-evakuasiya funksiyası pozulmasının qarşısını alır (1.7.) Əməliyyatdan sonrakı dövrdə əməliyyat olunan xəstələrin demək olar ki yarısında qəbizlik simptomları azalır və təkrarlanma nisbəti 4.8%-dən çox deyil. Bu müdaxiləni həyata keçirmək əməliyyatdan sonrakı dövrdə kolonun motor-evakuasiya funksiyasının pisləşməsinə səbəb olmur. Arxa rektapeksiya sonrası öz növbəsində qəbizlik əlamətlərində statistik olaraq əhəmiyyətli bir artım tapıldı. Beləliklə, Wells əməliyyatı (cit13) rektosakropeksiya sonrası yoğun bağırsağın motor funksiyasını pisləşdirir. (2) endirilmiş çanaq orqanlarını fiksasiya etmək üçün qarın çəp əzələlərinin aponevrotik qatından "bağ" hazırlamaq üçün yeni bir üsul təklif etdi. Kəsik qarın çəp əzələlərinin aponevrozunun lifləri istiqamətində aparılır, greft qapağından hazırlanmış kənarları 4-5 mm diametrlə polietilen borunun ətrafında bir-birinə tikilir. Bu səbəbdən, güclü, 2 qatlı bir aponevrotik qapaq, çox güclü və pelvik qapağın yarısının yarısı əldə edilir. Çanaq orqanların prolapsını müalicə edən cərrahi üsullar arasında uşaqlığın qarın ön divarının aponevrozuna bərkidilməsi əməliyyatı nisbətən daha yaxşı nəticələrə malikdir, lakin bu problemi tam həll etmir, bağırsağ sallanması və qarında kəskin ağrılar, təkrari residivlər artır (2.9). (9) görə TVM texnologiyasından (transvaginal meş keçiriciliyi) istifadə olunan cərrahiyyə prinsipi, süni pelvik fasya (neofasya) yaratmaqdır ki, bu da sidik kisəsi, uşaqlıq yolu və düz bağırsağ üçün etibarlı bir çərçivə yaratmağı mümkün edir. Bu əməliyyat növü cırılmış (pubik-servikal və rekto-vaqinal) fasiyanın əvəzinə neofasiyanın yaradılması lazım olduqda istifadə olunur. Bu vəziyyətdə mövcud fasial qüsurlardan qaldırılır və fasiyanın pelvik divarlara etibarlı fiksasiyası bərpa olunur, bu da qarın içi təzyiqinin artması ilə vaqinal divarların patoloji çıxıntısının qarşısını alır, lakin əməliyyatdan sonra sidik kisəsinin tam boşalmaması, dispauniriya əlamətləri uşaqlıq yolunun qat qat invaginasion sallanması xəstəni narahat edir və toru çıxartmaq lazım gəlir. Polipropilen meşdən (Ethicon) istifadə edərkən vaqinal divarda gərginliyin olmaması onun degenerativ pozğunluqlarının inkişaf riskini minimuma endirir (2.8). Buna görə əməliyyatdan sonrakı irinli iltihablı proseslərin, eroziyaların, vaqinal stenozun sayı və əməliyyatdan sonra meşdən imtina riski azalır. Çanaq dibinin tamamilə yenidən qurulması üçün meş implantının yerləşdirilməsinə göstəriş vaqinanın ön və arxa divarlarının, uşaqlıq və uşaqlıq yolunun divarların tam prolapsıdır (2.3.8). Meş implantlarının yerləşdirilməsinə əks göstərişlər çanaq orqanlarının irinli-iltihablı xəstəlikləri, ağır somatik vəziyyət və anemiyadır. Rektal prolaps xəstələr üçün ağır sosial mənəvi vəziyyət olub və koloproktologiyada vacib bir problemdir. Rektumun anusdan çıxması xəstələrin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır və bağırsağın boşalması ilə müşayiət olunan çətinliklər və anus pulpasının zəifliyi ciddi sosial problemlərə səbəb olur (10.12.13). Rektumun innervasiyasının pozulması əməliyyatdan sonrakı dövrdə artan qəbizlik üçün ilkin şərtlərdən biri ola bilər. (2.9) sallanmış çanaq orqanlarını düzəltmək üçün çəp qarın əzələlərinin aponevrotik səhifəsindən "bağ" düzəltməyin yeni bir üsulunu təklif etdi. Bunun sayəsində çanaq dibinin çox güclü və eni yarısı boyda olan güclü, 2 qatlı bir aponevrotik səhifə alınır, lakin aponevrozun əzələdən ayrılıqda funksiya göstərməsi çətindir qısa vaxtdan sonra ayrılmış aponevroz ən yaxşı halda fibroz birləşdirici toxumaya çevrilir və sorularaq qarşıya qoyulan məqsədi həll etmir. Pelvik orqanların prolapsını müalicə etmək üçün cərrahi üsullar arasında onları qarın ön divarının aponevrozuna bağlamaq əməliyyatı nisbətən daha yaxşıdır. . Azərbaycanca uşaq sayının çox olduğunu nəzərə alsaq, son zamanlarda evdə doğuşların sayının artması, çanaq dibinin bütövlüyünün bərpası, əhalinin həyat səviyyəsinin azalması, qadınların zəhməti, əlverişsiz ekoloji amillər və digər məsələlər, daxili cinsiyyət orqanlarının prolapsı

ən kəskin problemlərdən biri olaraq qalır. Tanınmış yerli ginekoloqlardan biri, professor R.Hüseynov hələ (sitat 2) 1939-cu ildə "Uşaqlıq və uşaqlıq yolunun prolapsının müalicəsi və uzunmüddətli nəticələri" adlı doktorluq dissertasiyasında bu problemin tibb üçün aktual olduğunu yazırdı. Genital prolapsın etiologiyasında əsas rol ağır fiziki iş, ağır doğuş nəticəsində qarındaxili təzyiğin artması, anadangəlmə və ya sinir xəstəlikləri fonunda çanaq dibi əzələlərinin (PFM) atrofiyası aiddir (20.29.30). Daxili cinsiyyət orqanlarının (DCO) prolapsı polietioloji, mürəkkəb bir xəstəlikdir, çünki inkişafında yalnız fiziki deyil, həm də genetik, konstitusiya, endokrin və psixoloji amillər mühüm rol oynayır (2.11.13). Çanaq dibinin əzələ çatışmazlığının (CDƏÇ) patofiziologiyasını təsvir edərkən əsas səbəb çanaq dibi bağ əzələ aparatının – m.levator ani çatışmazlığıdır. Yaşla əlaqəli dəyişikliklər nəticəsində sinir uclarının atrofiyası inkişaf edir, ardından denervasiyası və əzələ atrofiyası meydana gəlir. Daxili cinsiyyət orqanlarının sallanması nəticəsində qadınlar cinsəl həyatda da əhəmiyyətli dərəcədə əziyyət çəkir. Bu gün genital prolaps üçün aparılan əməliyyatlar həmişə xəstələrin tam cinsi fəaliyyətinin bərpasına səbəb olmur. (3.111) levatoroplastika ilə ön kolporrafiyanın xəstələrin cinsi həyatı üzərindəki təsirini öyrənərək, bu əməliyyatdan sonra qadınların 14%-də heç bir yaxşılaşma əldə etmədiyini və 20%-də cinsi funksiyanın pisləşdiyini aşkar edilir. Genital prolapsun cərrahi müalicəsi konsepsiyasına anatomik və topoqrafik qüsurun düzəldilməsi, bərpası daxildir, bu da gənc qadınlar üçün xüsusilə vacibdir. Bu günə qədər vaqinal, abdominal və kombinə edilmiş yanaşmalarla həyata keçirilən çox sayda əməliyyatlar təklif edilmişdir. Bununlada, prolapsın cərrahi müalicəsi problemi həll edilmiş hesab edilə bilməz. Təklif olunan əməliyyatların müxtəlifliyinə və çoxluğuna baxmayaraq, cərrahi düzəlişdən sonra residivlər tez-tez müşahidə olunur (1.2.3).

Genital prolaps kompleks, polietioloji bir xəstəlikdir və inkişafında fiziki, genetik və psixoloji amillər mühüm rol oynayır. Çanaq dibinin vəziyyətini və uşaqlığın bağ aparatına təsir edən səbəblərdən aşağıdakıları xüsusilə vurğulamaq olar: yaş, irsiyyət, doğuş, doğuş travması, ağır fiziki iş və artan qarındaxili təzyiq, irinli iltihablı xəstəliklər və cərrahi müdaxilələr və çanaq nahiyəsindəki damar quruluşları. Eyni zamanda cinsi steroidlərin dəyişiklikləri, skleroz və əzələ liflərinin atrofiyasına səbəb olur, kobud lifli birləşdirici toxuma inkişaf edir və zolaqlı əzələlər çanaq dibinin faydalığını təmin edə bilmir. (2.9.14) Daxili cinsiyyət orqanları, sidik kisəsi və rektum arasında mövcud olan yaxın anatomik əlaqələr sayəsində cinsiyyət orqanlarının prolapsu demək olar ki, həmişə bu bitişik orqanların yeri və funksiyalarının pozulması ilə müşayiət olunur. Sidik sisteminin disfunksiyası xəstələrin 43%-də, yəni genital prolaps olan xəstələrin demək olar ki, yarısında və rektal prolapsda - 55%-də (3.8.15) aşkar edilmişdir. Beləliklə, topoqrafik və anatomik yaxınlıq, ümumi innervasiya və qan dövranı pozulmalarında çanaq orqanlarının disfunksiyası baş verir ki bu da daxili cinsiyyət orqanlarının prolapsı ilə nəticələnir. Buna görə müalicə metodları yalnız fərdi orqanlardakı müəyyən edilmiş dəyişikliklərin anatomik korreksiyasını deyil, bütövlükdə çanaq orqanlarının funksional pozulmalarının aradan qaldırılmasını təmin etməlidir. Bu günə qədər, genital prolapsın müalicəsi üçün təxminən 500 müxtəlif əməliyyat növü və onların modifikasiyası təklif edilmişdir. Bununla birlikdə daxili genital orqanların prolapsı və prolapsın cərrahi müalicəsi problemi həll edilmiş hesab edilə bilməz. Təsvir edilən çox sayda əməliyyata baxmayaraq, cərrahi düzəlişdən sonra xəstəliyin təkrarlanması tez-tez müşahidə olunur, müxtəlif müəlliflərə görə tezliyi 1,6%-dan 40% -ə qədərdir. Daxili genital orqanların prolapsı və prolapsın cərrahi müalicəsinin uzunmüddətli nəticələrini retrospektiv olaraq tədqiq edən müxtəlif müəlliflər anterior və posterior kolporrafiyadan sonra residivlər 33.3%-də, Marlex lupunu istifadə edərək ön kolporrafiyadan sonra - 26% hallarda; sakrospinal bağın fiksasiyası ilə vaqinal histerektomiyadan sonra yalnız 8%; posterior kolporrafiya ilə kolposakropeksiya 1,1%, kolporrafiya olmadan kolposakropeksiya - 7,9%; Mançester əməliyyatı -16%, Dartig-Webster əməliyyatı - 12,2%, McCall əməliyyatı - uşaqlıq və vaqinal divarların prolapsı və prolapsın təkrarlanması hallarının 5%-i (2.3.13.). Son qərara qəlmək çoxsaylı amillərdən asılıdır: prolapsın növünən, etiologiyası və patogenezinin xüsusiyyətlərindən, bitişik orqanların tutulma dərəcəsi, vəziyyəti, xəstənin yaşı və peşəsi, ümumi sağlamlığı, yanaşı patologiyanın olması və növü, digər ginekoloji xəstəliklərin olması, aybaşının vəziyyəti, generativ və reproduktiv funksiyalar, digər cərrahi xəstəliklərlə yanaşı, eyni zamanda bir neçə cərrahi müdaxiləyə ehtiyac, əməliyyat riski dərəcəsi, cərrahın hazırlığı və digərləri. Uşaqlığın qarının ön divarına bərkidilməsi əməliyyatlarından sonra residivlər 6.7-33.3% arasındadır. (2.3.7.9) (7), Mançester əməliyyatına yüksək qiymət verərək, 40 yaşınadək qadınlarda və yaşlı qadınlarda istifadəsini mümkün sayır. Müəllif bu əməliyyatı yüksək dərəcədə təsirli hesab edir, çünki bu bağ aparatı və çanaq dibinin əzələlərini gücləndirmək üçün hazırlanmışdır. Mançester əməliyyatının effektivliyindən danışarkən, bu əməliyyatdan sonra prolapsın təkrarlanmasına fikir vermək lazımdı (2.3.12). Zaharov E.I. (cit 11) uşaqlığı corab şəklində örtən neylon mesh istifadə edərək qarın ön divarına ventrofiksasiya edir. Tkaçenko D.F. (cit 4) lavsandan hazırlanmış alloplastik greft vasitəsi ilə ilyak sümüklərinin ön-yuxarı spinallarına uşaqlıq və vaqinanın fiksasiya metodundan istifadə etmişdir. Sintetik meşlər, uşaqlıq prolapsının müalicəsində vaqinal güdülün promontoriuma bağlamaq üçün də istifadə edilmişdir. Yırtıqların müalicəsində toxuma qüsurlarını əvəz etmək və qarının ön divarını gücləndirmək üçün alloplastik materiallardan (nylon, ayvalon, neylon, lavsan, teflon) istifadə edərək bir sıra müəlliflər sabit müsbət nəticələr əldə etmişlər (4). Son on ildə abdominal girişlə sintetik greftlərlə sakral kolpopeksiya əməliyyatı yüksək effektivlik göstərmişdi (80 -99%) (13).

Ancaq bu əməliyyatlar aparılarkən əhəmiyyətli qanaxma olan böyük damarların zədələnməsi, osteoartikulyar iltihablı proseslər, oturaq sinirin, rektum, sidik kisəsinin zədələnməsi, bağırsağ kecməzliyi halları kimi ciddi fəsadlar qeyd olunur. Transplantatın qopması infeksiya səbəbi ilə rədd edilməsi və ya çıxarılması halları da mövcuddur; əksər hallarda sidik ifrazı aradan qaldırılmışdır, sistosel və rektosel təkrarlanır (2.5). Bütün bunlara baxmayaraq, sakral kol-popeksiya texnikasının gələcəkdə, əsasən histerektomiyadan sonra vaqinal güdül və ya uşaqlıq boynunun prolapsı və ya uşaqlığın vaqinal ekstirpasiyasından sonra vaqinal prolapsın təkrarlanması hallarında istifadə olunma ehtimalı böyükdür. Neugebauer-Lefort əməliyyatı bu günə qədər ən geniş yayılmış və uşaqlıq yolunun ön və arxa divarlarının yara kənarlarının selikli qişasının kəsilməsindən sonra tikilməsindən ibarətdir (2.9.14). Bu əməliyyatların mənfi cəhətləri, bir çox ginekoloqun vurğuladığı kimi, aşağıdakı məqamlardır: cinsi fəaliyyət ehtimalı olmaması, uşaqlıq boynunun sonrakı müayinəsi və ya hər hansı digər manipulyasiya, həmçinin ikincili sağalma ilə yanaşı çox sayda residivlər. Eyni zamanda funksional sidik saxlamama varsa, istifadə edilə bilməz. Bu əməliyyat yalnız yaşlılarda, uşaqlığın tam prolapsu ilə həyata keçirilə bilər (2.5.15). Laparoskopik texnikanın yaxşılaşdırılması ilə vaqinal künbəzin sakral fiksasiyası hadisələrin 90%-də yaxşı nəticələr verir. Belə bir əməliyyatdan sonra minimal disparyuniyası olan funksional bir vaqina qorunur, Duglas boşluğu qapanır və bu da gələcəkdə enteroseldən qaçınmağa imkan verir. Bu əməliyyatların mənfi cəhəti texniki çətinliklər, böyük damarların, siyatik sinirin, rektumun yaralanma ehtimalı; transplantasiyanın rədd edilməsi və infeksiyası halları da izah edilmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (2.7) məlumatlarına görə, qadınların təxminən 10.0% -ində uşaqlıq prolapsu var. Uterusun prolapsını müalicə etmək üçün cərrahi üsullar arasında girdə bağların qısaldılması və uşaqlığın arxa səthinə bərkidilməsi nisbətən daha yaxşı nəticələndir. Bu vaxt, bu əməliyyatlardan sonra xəstəliyin təkrarlanması 5 ilə 12% arasında dəyişir (2.7). Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq, uşaqlığın yeni "iki mərtəbəli" ventro-süspenziyası təklif edilmişdir. Uşaqlığın girdə bağları qasıq kanallarından 2 sm aralıdakı tutucu sapların köməyi ilə hərəkətə gətirilir və kəsilir (1.2.9.13). Uterusun girdə bağlarının proksimal hissəsi aponevrotik - əzələ-peritoneal təbəqədən simfizdən 4-5 sm yuxarıda xaric olunur. Distal hissə uşaqlıq boynuna bərkidilir. Beləliklə, əməliyyatın "birinci mərtəbəsi" həyata keçirilir. Uşaqlığın girdə bağlarının proksimal hissələri özləri ilə bu əməliyyatın "ikinci mərtəbəsi" olan aponevroza bərkidilir. 2001-2004 illərdə 3 oxşar əməliyyat, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ciddi fəsadlar olmadan həyata keçirilmişdir. Prolaps olunmuş uşaqlığın ön qarın divarına yeni ventrosüspenziya üsulu texniki cəhətdən çətin deyil və praktik cərrahiyyədə istifadəsi tövsiyə edilə bilər (2.3.13.) bağlayıcı toxuma və bağ aparatının zəifliyini fərqləndirmək çətindir. Laparotomiya başqa bir səbəblə göstərilərsə, ən yaxşı müdaxilə vaqinanın sakruma bərkidilməsidir. Digər hallarda, vaqinal giriş göstərilir. Sintetik bir meş istifadə edərək hər iki tərəfdə də sakrospinal fiksasiyaya üstünlük verməyi məsləhət görürük. Bu vəziyyətdə əməliyyat uşaqlıq yolunun istənilən uzunluğu üçün edilə bilər və fizioloji vəziyyətini qoruyur. Kiçik çanağın sallanan orqanlarının etibarlılığını artırmaq və ortaya çıxan qanaxmanın qarşısını almaq və dayandırmaq üçün sintetik bir meş istifadə edərək sakruma bağladıqda, sünbüllü bir metal lövhədən istifadə etmək məsləhət görülür. (39), girdə bağların qısaldılması və uşaqlığın ön qarın divarına və ya çanaq divarlarına bərkidilməsi ilə əlaqəli əməliyyatların mənfi cəhəti, cinsiyyət orqanlarının azalma səbəblərini aradan qaldırmamaları və etibarsız, kökündən səhv və məntiqi baxımdan əsassız olmasıdır. Uşaqlıq yolunu düzəldən əməliyyatlar bu gün geniş istifadə olunmur, çünki vaqinal oxun qeyri-təbii vəziyyətinə görə fizioloji deyil və qarın ön divarına bərkidilmiş uşaqlıq hərəkətsiz bir orqana çevrilir. Dəstəkləyici aparatı - pelvik dibini gücləndirməyə yönəlmiş əməliyyatların mənfi cəhəti, bir çox tədqiqatçının vurğuladığı kimi: cinsi fəaliyyət ehtimalı olmaması, uşaqlıq boynunun sonrakı müayinəsi və ya digər manipulyasiyalar, həmçinin ikincil sağalma olduqda çox sayda residivlər, sidik ifrazı olmaması (3.7.13). Yerli və xarici ədəbiyyatda ənənəvi cərrahi üsullarla bu xəstəliklərin cərrahi müalicəsi məsələləri və vaqinal və ya qarın yanaşmalarının müxtəlif müdaxilələri texnikasının ətraflı təsviri geniş yer alıb. (7.14)

Beləliklə, bu günə qədər perineal prolapsın və rektoselin və bununla əlaqəli rektal mukozal prolapsın cərrahi düzəldilməsi üçün təsirli bir metod inkişaf etdirilməyib və bu xəstəliklərin müalicəsi üçün heç bir təlimat yoxdur. Xəstələrin tibbi reabilitasiya məqsədi ilə əməliyyatdan sonrakı idarəetmə metodlarına vahid baxışı yoxdur. Bunları nəzərə alaraq bizim təklif etdiyimiz Wells üsuluna modifikasiyada qeyd olunan çatmazlıqları aradan qaldırmaqdır. Beləki uşaqlıq və düz bağırsağın sallanmasında düz bağırsağ bağ aparatı zədələnmədən daxili sfinkter səviyyəsinə qədər mobilizasiya olunur tam hemostaz yaradılır bağırsağ yuxarı və sağa dartılmaqla çanaq boşluğundakı qalacaq normal vəziyyətə gətirilir sonra hazırlanmış tor arxa və ön tərəf sərbəst saxlanmaqla bağırsağın yan tərəflərin əzələ qatından keçməklə 3-4 prolen sapla tikilir. Digər qanad uşaqlıq boynuna və ya vaginal güdülə 4-5 prolen sapla tiki-lərək qarın boşluğunda olacaq sərbəst vəziyyət alınır və torun digər ucu promentoriuma bərkidilməklə periton qatı tamlığı bərpa olunur. Beləliklə uşaqlıq və düzbağırsağın bir torla sakropeksiya əməliyyatı icra olunur. 16 xəstədə aparılan bu əməliyyatdan sonra uzaq nəticə olaraq 1 ildən sonra təkrari baxışda uşaqlıq, vagina və düz bağırsağ sallanması residivi qeyd olunmur, ağrılar çox hərəkətdə olanda bel nahiyəsində qeyd edirlər, qəbizlik 2 xəstədə olmuş konservativ müalicə ilə keçmişdir. 3 xəstədə anal inkontensiyaya görə elektrostimulyasiya, əlavə fizioterapiya kursu keçmiş bərpa olunmuşdur. Xəstələrin həyat keyfiyyəti yaxşılaşmışdır. Beləliklə çanaq dibi və orqanların sallanmasında tətbiq olunan cərrahi müdaxilələrin analizi və çatmazlıqlarını nəzərə alaraq təklif etdiyimiz Wells üsuluna modifikasiyamız belə xəstələrin müalicəsində tətbiq olunacaq effektiv üsullardan biri olduğu qənaətinə gəldik.

ƏDƏBİYYAT:

1. Əliyev, E.A. Pelvik orqanların prolapsı / E.A. Əliyev, E.V. Əhmədova // Koloproktologiya. - 2016. - T. 56, No. 2. - S. 42-47.
2. Novruzov R.M. Cavan qadınlarda sallanmış uşaqlığın cərrahi müalicəsinin yeni "iki mərtəbəli" ventrosuspenziya metodlu. Cərrahiyyə 2005-N2 səh. 102-106.
3. Belyaeva L.E. Qadınlarda çanaq dibinin vəziyyətini qiymətləndirərkən transperineal ultrasəs / L.E. Belyaeva, Yu.G. Sobolevskaya, V.I. Sadovnikov və digərləri // Ultrasonik və funksional diaqnostika. - 2013. - № 2. - S. 70-77.
4. Bratischeva, N.N. Apikal dəstəklə rektoselin kompleks cərrahi müalicəsi / N.N. Bratişçev // Tezin tezisi. diss. Cand. bal. elmlər. Rusiya Federasiyası Təhsil və Elm Nazirliyinin "Belgorod Dövlət Milli Tədqiqat Universiteti". - Belgorod, 2018. - 23 s.
5. Soloviev, A.O. Pelvik prolapsların müalicəsində inteqrasiya olunmuş yanaşma / A.O. Soloviev, O. L. Soloviev, A.A. Vorobiev, G.A. Solovyova // Koloproktologiya. - 2017 - T. 61, No 83. - S.40-40
6. Naumov, A.V. Hemoroidal xəstəliyin cərrahi müalicəsinə və qadınlarda çanaq dibinin arxa seqmentinin prolapsına inteqrasiya olunmuş bir yanaşma / A.V. Naumov // Müəllif. diss ... cand. bal. elmlər. - Voronej, 2009. - 22 s.
7. Karachimani A.G. Uşaqlıq və uşaqlıq yolunun prolapsu olan xəstələrin kompleks müalicəsi // Mama. və cin. 1985. - № 3. - S. 110-114.
8. Qroşilin, V.S. Rektoselin cərrahi müalicə probleminə yeni bir baxış / V.S. Qroşilin, V.K. Shvetsov, M. Yu. Bakulyarov, L.V. Uzunyan // Koloproktologiya. - 2018. - T.64, No 2 (əlavə). - S. 14.
9. Kulikovski, V.F. Qadınlarda çanaq dibinin pelvik dəstəkləyici strukturlarındakı qüsurların ultrasəs diaqnostikası imkanları / V.F. Kulikovski, N.V. Oleinik, E.A. Pustovgar, A.V. Naumov. - Koloproktologiya. - 2011. - T.37, S3. - S. 33-35.
10. İlkanıç, A.Ya. Pelvik prolapsı olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin uzunmüddətli nəticələrinin qiymətləndirilməsi / A. Ya. İlkanıç, A.S. Matveeva, J.N. Lopatskaya // Koloproktologiya. - 2018. - T. 64, No 2 (əlavə). - S.20
11. Krivçikova, Arina Petrovna Qadınlarda koloproktologiyada perineal prolaps sindromunun kompleks cərrahi müalicəsində sakrokolporektopeksiyanın rolu. - 2018. - T.64, No 2 (əlavə). - s.23.
12. Soloviev, A.O. Pelvik prolapsların müalicəsində inteqrasiya olunmuş yanaşma / A.O. Soloviev, O. L. Soloviev, A.A. Vorobiev, G.A. Solovyova // Koloproktologiya. - 2017 - T. 61, No 83. - S.40-40 a.
13. Allen-Brady, K. 10 və 17-ci xromosomlarda pelvik orqan prolapsının meylli genlərinə dair dəlillər / K. Allen-Brady, L.A. Cannon-Albright, J.M. Farnham, P.A. Norton // Am. J. Obstet. Jinekolo. - 2015. V. 212, No. 6. - S. 771-778.
14. Soloviev, A.O. Pelvik prolapsların müalicəsində inteqrasiya olunmuş yanaşma / A.O. Soloviev, O. L. Soloviev, A.A. Vorobiev, G.A. Solovyova // Koloproktologiya. - 2017 - T. 61, No 83. - S.40-40 a.
15. Tatyancenko, V.K. Rektal obturatorun dəyişdirilmiş grasilloplastika metodundan istifadə texnologiyalarımız / V.K. Tatyanchenko // Koloproktologiya. - 2018. - T.64, No 2 (əlavə). - S.31.

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

t.e.d. Cəfərli R.E.

Redaksiyaya 04.02.2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

ENDOHEMOSTAZ ÜSULLARININ DİVERTİKULYAR QANAXMALARIN MÜALİCƏSİNDƏ EFFEKTİVLİYİ

MƏMMƏDOV M.M., MƏMMƏDOV İ.İ., MUSAEV B.V., ALIYEVA A.

*Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan
(E-mail:sevilmm@rambler.ru)*

*The effectiveness of different methods of endohemostasis
in the treatment of the diverticular bleeding.*

Mammadov M.M., Mammadov I.I., Musayev B.V., Aliyeva A.

Summary. Diverticular bleeding is one of the most common casuses of lower gastrointestinal bleeding. This review highlights some aspects of the treatment of diverticular bleeding using different methods of endohemostasis. Each method has advantages compare to others, also some disadvantages. Despite the improvement of the management, there is still demand in the applying new methods.

Key words: Colon, bleeding, diverticula, treatment, endohemostasis

**Эффективность методов эндогемостаза
при дивертикулярных кровотечениях.**

Мамедов М.М., Мамедов И.И., Мусаев Б.В., Алиева А.

Резюме. Среди толстокишечных кровотечений, кровотечение из дивертикула является самым распространённым. Статья освещает некоторые аспекты различных методов лечения при эндоскопии с целью остановки кровотечений данной этиологии. Те или иные методы имеют так преимущества, так и недостатки. Несмотря на успехи медицины, есть необходимость в поиске новых методов лечения.

Ключевые слова: толстая кишка, дивертикул, кровотечение, эндогемостаз

Açar sözlər: yoğun bağırsağ, divertikul, qanaxma, endoskopiya, endohemostaz

Yoğun bağırsağ qanaxmaları bütün mədə-bağırsağ qanaxmalarının təxminən 20% - ni təşkil edir. Divertikul mənşəli qanaxmalar isə yoğun bağırsağ qanaxmalarının içərisində ən çox rast gəlinən səbə olmaqla, müxtəlif məlumatlara əsasən 20,8 % ilə 41,6% hallarda qeydə alınır. Yaş ilə əlaqədar divertikulyoz xəstəliyinin sayında artım olması səbəbindən yaşlı şəxslərdə qeydə alınan yoğun bağırsağ qanaxmalarının 85% - ə qədər divertikul mənşəli qanaxmaların payına düşür. Statistik məlumatlara əsasən 2012 – ci ildə ABŞ – da il ərzində divertikulya mənşəli qanaxması olan 64 222 xəstə stasionara müraciət etmişdir. Bu xəstələrə 3 gün stasionar müalicəyə çəkilən xərc 5 818 dollar olmaqla, ümumi xəstələrin müalicə məsrəfləri 552 milyon təşkil etmişdir. Massiv yoğun bağırsağ qanaxmalarının əsas səbəbi də divertikulyar qanaxmalar hesab edilir və bu tip qanaxmalar 50% hallarda qanaxmanın residivi səbəbindən yenidən stasionara müraciət edirlər [6; 10; 20; 25].

Qeyd edilənləri nəzərə alaraq, əsasən divertikulyar qanaxmalar olmaq şərtilə yoğun bağırsağ qanaxmalarının müalicəsi məqsədlə kolonoskopiya zamanı müasir endohemostaz üsullarının qanaxmanın dayandırılması istiqamətində tətbiq edilməsinin effektivliyinə həsr edilmiş tədqiqatların nəticələrinin qısa icmalı diqqətinizə çatdırılır.

1980 – ci illərin əvvəllərindən etibarən bağırsağ qanaxmalarının müalicəsində kolonoskopiyanın diaqnostik və müalicəvi məqsədlə aparılmasına təkan verilmişdir. İlk zamanlar hətta təmizlənmiş bağırsaqda aparılmış endoskopik müayinə və müdaxilələrin tam arzu olunan sonluqla başa çatmaması halları 45% - ə qədər yüksək idi. Kolonoskopiya zamanı və sonra meydana çıxan ağırlaşmalar faizi isə təxminən 11% ətrafında dəyişirdi [3; 16; 17]

Yoğun bağırsağ qanaxmalarının ilk endoskopik təsnifatını Forrest klassifikasiyasının əsas prinsiplərinə oxşar şəkildə 1998 – ci ildə Zuckerman tərəfindən verilmişdir. Bu təsnifatda aktiv qanaxma, görünən damar və üzərində tromb olan damar kimi dərəcələrə bölünəndə, bağırsağın bir və bir neçə ilgəyində qan və qan laxtalarının olması, sigma bağırsaqda qanaxmaya meyilli olan divertikulun olması kimi anlayışları da özündə cəmləşdirmişdir [24; 35].

Bu günə qədər divetikulyar mənşəli qanaxmaları dayandırmaq üçün müxtəlif endoskopik hemostaz üsullarından istifadə edilmişdir. Buraya durulaşdırılmış adrenalin inyeksiyası, mono- və ya bipolyar elektrokoagulyasiya, argon plazma elektrokoagulyasiya, “tələ formalı” qarmaqlarla klipləmə, ilgak – band qoyulması və sairəni göstərmək olar. Hər bir endohemostaz üsulu sərbəst olaraq tək şəkildə və ya digər müalicə üsulları ilə müştərək şəkildə tətbiq edilə bilər [8; 13; 14; 22; 24; 26;33].

Divertikulyar mənşəli qanaxmalar zamanı kolonoskopiya birinci seçim diaqnostika üsulu kimi qəbul edilmişdir. Kolonoskopiyanın aparılmasından əvvəl imalə ilə və ya purqativlərin per os qəbulu bağırsağın təmizlənməsinin aparılmasının bacib və ya təxirəsalına bilən olması müzakirə obyektidir. Massiv qanaxmalar zamanı bağırsağın təmizlənməsi vaxt və qan itkisinə səbəb olur. Digər tərəfdən isə təmizlənməmiş bağırsaqda nəcis və qan laxtaları qanaxma mənbəyini identifikasiya etməyə, xüsusən də hər hansı bir endohemostaz üsullarından istifadə edilməsinə əngəl yaradır. Lakin, bütün bunlara baxmayaraq müəyyən qrup müəlliflər belə hesab edirlər ki, qanaxma davam edirsə, qanaxma mənbəyinin yerinin birincili olaraq tapılmasından sonra, epinefrin inyeksiyasının aparılması, qanaxmanın dayanmasına gətirib çıxarır. Müvəqqəti hemostazdan sonra isə patoloji prosesi daha dəqiqi verifikasiya etmək, lazım gələndə isə əlavə proseduralara əl atmaq mümkündür [4; 7; 23; 27].

Termokoagulyasiya üsullarının effektivliyindən kifayət qədər çox sayda məqalələrdə rast gəlinir. Eyni zamanda bu üsul endoskopiya zamanı qanaxmanın dayandırılması məqsədilə istifadə edilən ən populyar üsullardandır. Lakin termal koagulyasiya vaxtı, nazılmış divertikul divarının termiki yanığı və həmin nahiyənin perforasiyasının da yaranması riski mövcuddur. Qanaxma mənbəyi divertikulun dibi nahiyəsindədirsə və tam hemostaz əldə etmək üçün, termokoagulyasiyanı bir neçə dəfə təkrar etmək lazım gəlirsə, belə hallarda perforasiya riski bir qədər də yüksəlir [1; 12; 28; 34].

Divertikulyar mənşəli qanaxmalar zamanı qanaxan damarın divertikulun boynu və yaxud dibi nahiyəsində yerləşməsindən asılı olaraq hemokliplərin istifadəsinə göstərişlər fərqli olmuşdur. Divertikulun boynu nahiyəsində qanaxma olduğu hallarda divertikulun içərisində olan selikli qişaya hemoklip qoyulması ilə hemostaz əldə etmək mümkündür. Lakin dərinədə yerləşən qanaxmalar zamanı isə klipin bilavasitə qanaxma nahiyəsinə keçirilməsi texniki çətinliklə üzləşir. Belə hallarda təklif edilmişdir ki, divertikulun selikli qişasına bir klip qoyulsun, digər klip isə divertikulun bayır, yəni boynun yan tərəfində olan mucoza hissəsinə yerləşdirilsin. Belə olan hallarda divertikulun mənfəzinə doğru gedən damar tam sıxılması ehtimalı yüksəlir, bu isə hemostazın daha gəvənli olması təmin edir. Hemoklip qoyulmuş selikli qişə nahiyələrinin tuşla endoskopik olaraq nişanlanması da təklif olunur. Bu tədbir, gələcəkdə residiv qanaxma olduğu hallarda qanaxma mənbəyinin daha tez və dəqiq identifikasiya etməkdə, eyni zamanda cərrahi əməliyyatın aparılması tələb olunarsa rezeksiya sərhədlərini müəyyən olunmasında yardımçı olur [2; 5; 15; 30].

Endoskopik yolla band (halqa və ya liqatura) qoyulması üçün isə yoğun bağırsağın öncədən təmizlənməsinə ehtiyac vardır. Yapon müəlliflərinin tədqiqatında endoskopik bandlamanın orta davam etmə müddəti 47 ± 19 dəqiqə olmuş, 87% hallarda hemostaz əldə edilmişdir. Divertikulun ağzının (girişinin) dar, mənfəzinin isə geniş olduğu hallarda endoskopik bandlama müdaxiləsini aparmaq mümkün olmamışdır. Bu kliniki tədqiqatda 11% hallarda qanaxmanın erkən residivi olmuş, təkrar bandlama yolu ilə qanaxmanın dayandırılmasına nail olunmuşdur. Uzaq dövrlərdə aparılan təkrar kolonoskopiya zamanı isə xəstələrin əksər hissəsində qanaxan nahiyəsinin çapıqlaşması hesabına, divertikulun yoxa çıxması müşahidə edilmişdir. Beləliklə, müəlliflərin fikrinə əsasən endoskopik bandlama yoğun bağırsağ qanaxmalarında effektiv olması ilə yanaşı, həmçinin divertikulun da müalicəsində əhəmiyyətli rol oynamışdır [9; 11; 31].

Nagata və həmm. tərəfindən divertikulyar qanaxması olan 100 xəstə üzərində endoskopik bandlama və klipləmə əməliyyatlarının yaxın və uzaq nəticələrinin müqayisəli analizini aparmışlar. Yaxın dövrdə xəstələrin ümumi göstəricilərində statistik dürüst fərq aşkar deilməmişdir. İlk il ərzində residiv qanaxmalar hallarının müqayisəsi zamanı isə məlum olmuşdur ki, endoskopik bandlama qrupunda residiv 11,5% olduğu halda klipləmə aparılmış qrupda bu rəqəm 37% - ə qədər yüksək rəqəmlərdə təsadüf edir. Araşdırmalar zamanı sübuta yetrilmişdir ki, divertikulların qalxan çənbər bağırsağ yerləşməsi endoskopik bandlama qrupunda olan xəstələr üçün residiv qanaxmanın baş verməsi üçün risk faktoru olmasına baxmayaraq, klipləmə qrupunda aid olan xəstələrə şamil edilməmişdir. Divertikulyar mənşəli qanaxmaların müalicəsinə endoskopik bandlamanın effektivliyi daha üstün qəbul olunmuşdur [21].

Digər bir kliniki tədqiqatda isə endoskopik bandlama, klipləmə və elektrokoagulyasiya vasitəsilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış xəstələrdə residiv qanaxma olduğu alternativ müalicə üsullarına olan tələbat müəyisə edilmişdir. Sübut edilmişdir ki, endoskopik bandlama əməliyyatında sonra residiv qanaxma olduğu hallarda belə təkrar bandlama vasitəsilə qanaxmanın qarşısını almaq olur və cərrahi əməliyyata göstəriş yaranmır. Koagulyasiya və klipləmə üsulları bu nöqteyi nəzərdən eyni olmuşlar. Yekunda belə qənaətə gəlinmişdir ki, endoskopik bandlama endohemostaz üsulları içərisində ən effektivsidir, residiv qanaxmalar olduqda transkateter embolizasiya və cərrahi əməliyyatlar üçün göstərişləri azaldır [11; 29].

Divertikulyar mənşəli qanaxmaların spontan dayandığı hallar olduğu kimi, müəyyən hallarda konservativ dərman terapiyasının da effektiv olmasını göstərən mənbələr vardır. Maraqlı kliniki tədqiqat zamanı konservativ və endohemostaz üsulları qanaxması dayandırılmış xəstələrin uzaq dövrdə (orta hesabla 42,7 ay ərzində) nəticələrinin müqayisəli analizi aparılmışdır. Konservativ müalicə alan xəstələrdə residiv qanaxma 38,7%, endohemostaz qrupunda isə 61,5% olmuşdur. Tədqiqatçılar belə qərara gəlmişlər ki, hətta uğurla həyata keçirilmiş endohemostazın aparılmasına baxmayaraq, xəstələrdə qanaxmanın residivi riski yenə də yüksək olaraq qalmaqdadır [19].

Endohemostaz üsulları barədə yuxarıda qeyd edilən fikirləri yekunlaşdıraraq belə fikrə gəlmək olar ki, hər bir üsulun özünə məxsus üstünlüyü və çatışmazlıqları vardır. Belə ki, elektrokoagulyasiya üsulu bütün klinikalarda rahat əldə edilən və istifadəsinin sadə olması baxımından geniş tətbiq arealına malikdir. Lakin bu üsulun tətbiqindən sonra nazılmış divertikül divarının perforasiyası təhlükəsi daim narahatlıq yaradan amillərdəndir. Hemokliplərin qoyulması da icrasının sadə olması kimi müsbət xüsusiyyətə malikdir, lakin dar ağızlı divertikülün mənəsinə klipin qoyulması çətinlik törədir. Endoskopik bandlamanın son illərin ədəbiyyatında daha effektiv metod olmasını göstərən tədqiqatlar vardır. Lakin bu üsulunda istifadəsindən sonra residiv faizləri hələ də yüksək rəqəmlərdə olaraq qalmaqdadır [1; 4; 11; 14].

Endohemostaz üsullarının daim təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, divertikulyar mənşəli qanaxmaların yaxın və uzaq dövrlərdə nəticələri hələ qənaətbəxş deyildir. Endohemostaz üsullarının innovativ kombinasiyalarının tətbiq edilməsinə bu gün böyük zəruriyyət vardır. Lazer texnologiyalarının endohemostaz üsulları ilə birlikdə kombinasiyanın istifadə edilməsi innovativ, müasir üsul olmaqla, böyük perspektivlər bəxş edir. Bu istiqamətdə kliniki tədqiqatların aparılmasına böyük ehtiyac duyulur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Bucci C, Roondano G, Marmo R. Injection and cautery methods for nonvariceal bleeding control // *GastrointestEndoscClin N Am*. 2015 Jul;25(3):p.509-522
2. Carvalho JR, Freitas C, Santos PM. et al. Endoscopic band ligation - A valid option in colonic diverticular bleeding // *GastroenterolHepatol*. 2019 Nov;42(9): p. 552-554.
3. Chittleborough T.J., Kong J.C., Guerra G.R., Ramsay R., Heriot A.G. Colonoscopic surveillance: quality, guidelines and effectiveness // *ANZ J Surg*. 2018 Jan;88(1-2): p. 32-38.
4. Cirocchi R., Grassi V., Cavaliere D. et al. New trends in acute management of colonic diverticular bleeding: a systematic review // *Medicine (Baltimore)*. 2015 Nov;94(44):e1710.
5. Couto-Worner I., Gonzalez-Conde B., Estevez-Prieto E., Alonso-Aguirre P. Colonic diverticular bleeding: urgent colonoscopy without purging and endoscopic treatment with epinephrine and hemoclips // *Rev Esp Enferm Dig*. 2013 Sep;105(8):p. 495-498.
6. Gayer C, Chino A, Lucas C, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1,112 patients admitted to an urban emergency medical center // *Surgery* 2009;146(04):p.600–606.
7. Grande G., Zulli C., Pigo F., Riccioni M.E., Di Mario F., Conigliaro R.L. The role of colonoscopy in the diverticular disease // *J Clin Gastroenterol*. 2016 Oct; 50 Suppl1:S13-15.
8. Grassia R, Iiritano E, Vjero K, Cereatti F, Capone P, Buffoli F. Severe acute diverticular bleeding: successful treatment with hemostatic powder // *GastrointestEndosc*. 2017 Jul;86(1):239-240
9. Higashi R, Kinugasa H, Nakagawa M. Endoscopic band ligation for colonic diverticular bleeding. // *Dig Endosc*. 2018 May;30(3):399
10. Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, Björnsson ES. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting // *Eur J GastroenterolHepatol* 2013;25 (01):p.37–43.
11. Ishii N, Omata F, Nagata N, Kaise M. Effectiveness of endoscopic treatments for colonic diverticular bleeding // *GastrointestEndosc*. 2018 Jan;87(1):58-66;
12. Jensen D.M. Diagnosis and treatment of definitive diverticular hemorrhage (DDH). *Am J Gastroenterol*. 2018 Nov;113(11):1570-1573
13. Kato M. Endoscopic Therapy for acute diverticular bleeding // *Clin Endosc*. 2019 Sep;52(5): p. 419-425.
14. Kim K.O., Kozarek R., Gluck M., Ross A., Lin O.S. Changes in lower gastrointestinal bleeding presentation, management, and outcomes over a 10-year span // *J Clin Gastroenterol*. 2019 Nov/Dec;53(10):e463-e467.
15. Lanas A. Gastrointestinal bleeding // *Gastroenterol Hepatol*. 2015 Sep;38Suppl 1:p.56-63.
16. Lembcke B. Diagnosis, Differential Diagnoses, and Classification of Diverticular Disease // *Viszeralmedizin*. 2015 Apr;31(2): p. 95-102.
17. Mahmood S., Farooqui S.M., Madhoun M.F. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy: a systematic review and meta-analysis // *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug;30(8):p.819-826.
18. Meier A., Messmann H., Gölder S.K. Endoscopic management of lower gastrointestinal bleeding // *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2015 Oct;110(7):p.515-520.
19. Mizuki Aşç tatemichi M., Nakazawa A. et al. Long-term clinical course after conservative and endoscopic treatment of colonic diverticular bleeding // *Digestion*. 2016;94(4):p.186-191
20. Nagata N, Niikura R, Aoki T, et al. Impact of discontinuing nonsteroidal anti-inflammatory drugs on long-term recurrence in colonic diverticular bleeding // *World J Gastroenterol* 2015;21 (04): p.1292–1298.
21. Nagata N., Ishii N., Kaise M. et al. Long-term recurrent bleeding risk after endoscopic therapy for definitive colonic diverticular bleeding: band ligation versus clipping // *Gastrointes Endosc*. 2018 Nov;88(5): p. 841-853

22. Nally DM, Kavanagh DO. Current Controversies in the Management of Diverticulitis: A Review. // Dig Surg. 2019;36(3):195-205
23. Nigam N., Ham S.A., Sengupta N. Early colonoscopy for diverticular bleeding does not reduce risk of postdischarge recurrent bleeding: a propensity score matching analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 May; 17 (6): 1105-1111.
24. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology // Gut 2019;68: p.776–789.
25. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update // Gastroenterology 2012;143(05): p. 1179–1187.e1–e3. Adams JB, Margolin DA. Management of diverticular haemorrhage // Clin Colon Rectal Surg 2009;22(03):p.181–185.
26. Probst A, Braun G, Goelder S, Messmann H. Endoscopic treatment of colonic diverticular bleeding using an over-the-scope clip. // Endoscopy. 2016;48 Suppl1:E160
27. Saraireh H., Tayyem O., Siddiqui M.T., Hmoud B., Bilal M. Early colonoscopy in patients with acute diverticular bleeding is associated with improvement in healthcare-resource utilization // Gastroent Rep (Oxf). 2019 Apr; 7(2):115-120.
28. Sengupta N. The role of colonoscopy and endotherapy in the management of lower gastrointestinal bleeding // Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2019 Oct - Dec; p.42-43.
29. Setoyama T., Ishii N., Fujita Y. Endoscopic band ligation (EBL) is superior to endoscopic clipping for treatment of colonic diverticular haemorrhage // Surg Endosc. 2011 Nov; 25 (11): p.3574-3578.
30. Toka B., Eminler A.T., Karacaer C. et al. Comparison of monopolar hemostatic forceps with soft coagulation versus hemoclip for peptic ulcer bleeding: a randomized trial (with video) // Gastrointest Endosc. 2019 Apr; 89(4): p.792-802.
31. Vinsard DG, Chen WC, Gómez V. Endoscopic band ligation in diverticular bleeding: a stepwise approach for successful treatment. // Gastrointest Endosc. 2017 Apr; 85(4): p.863-864.
32. Wada M, Kato M, Hirai Y, Kubosawa Y. et al. Initial management of colonic diverticular bleeding: observational study. // Digestion. 2018; 98(1): 41-47
33. Wedi E, von Renteln D, Jung C, et al. Treatment of acute colonic diverticular bleeding in high risk patients, using an over-the-scope clip: a case series // Endoscopy 2016; 48(S 01): E383–385.
34. Whitlow C.B. Endoscopic treatment for lower gastrointestinal bleeding // Clin Colon Rectal Surg. 2010 Feb; 23(1): p.31-36.
35. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding: part I: clinical presentation and diagnosis // Gastrointest Endosc 1998; 48: 606-617.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin
Kolonorektal Cərrahliyi şöbəsinin elmi işçisi

t.ü.f.d. İmanov N.C.

Redaksiyaya 30.10.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Ш.Ф.ИБРАГИМЛИ, И.Т.АХУНДОВ, Ш.Г.ГУСЕЙНОВ
Кафедра хирургических болезней АМУ, Баку, Азербайджан
(E-mail: shakir.ibrahimli@mail.ru)

History of the development of surgical tactics in acute cholecystitis
Sh.F. Ibrahimli, I.T. Akhundov, Sh.G. Huseynov

Summary: The analysis of literature materials devoted to surgical tactics in acute cholecystitis is presented. It has been established that in recent years, most authors offer individual treatment tactics for acute cholecystitis. So, with low operational risk, a laparoscopic cholecystectomy should be performed in the next 48-72 hours from the onset of the disease. With high operational risk at the first stage should be performed a transdermal, transhepatic microcholecystostomy under ultrasound patients condition, at the second stage, laparoscopic cholecystitis, surgical tactics.

Key words: acute cholecystitis, surgical tactics

Kəskin xolesistit zamanı cərrahi taktikanın inkişaf tarixi
Ş.F. İbrahimli, İ.T. Axundov, Ş.G. Hüseyinov

Xülasə: Kəskin xolesistit zamanı cərrahi taktikaya həsr olunmuş ədəbiyyat materiallarının analizi aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, son zamanlar böyük əksəriyyət müəlliflər kəskin xolesistit zamanı individual yanaşmanı təklif edirlər. Belə ki, yüksək əməliyyat riski olmayan xəstələrə kəskin xolesistit zamanı 48-72 s. ərzində laparoskopik xolesistektomiyanın aparılması məsləhətdir. Yüksək əməliyyat riski olan xəstələrə isə I mərhələdə USM nəzarəti altında transhepatik mikroholesistostomiya icra olunur. Xəstənin vəziyyəti stabilləşdikdən sonra II mərhələdə laparoskopik xolesistektomiya aparılır.

Açar sözlər: kəskin xolesistit, cərrahi taktika.

Ключевые слова: Острый холецистит, хирургическая тактика.

Активный поиск путей улучшения результатов лечения острого холецистита (ОХ) выявил существенные разногласия среди хирургов по всем основным аспектам этой проблемы. Известно, что о «ранних» операциях при ОХ, во избежание осложнений, упоминали еще С.П.Федоров (1918) и W.Körte (1928). В 1923 г. G.Hotz на конгрессе немецких хирургов в своем весьма аргументированном докладе на клиническом материале насчитывающем более 12000 операций показал, что результаты оперативных вмешательств на высоте приступа ОХ по меньшей мере в 2 раза хуже, чем операции в интервале между приступами. После этого почти в течении 30 лет в мировой хирургической практике концепция преимущества плановой операции стала определяющей, несмотря на то что, В.Lipschutz (1935), Н.Finsterer (1939), С.А.Bachuber (1943), G.J.Neser (1946) неоднократно заявляли себя решительными сторонниками ранних операций при ОХ.

Новый этап в развитии хирургии ОХ в бывшем СССР начался в 1950 г. (А.Н.Бакулев, Б.А.Петров, В.И.Стручков) и завершился на 6-м пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов в 1956 г. Основными докладами послужившими исходным пунктом для развертывания дискуссии, и положенные в основу последующих решений пленума, были сообщения А.Т.Лидского, Б.А.Петрова, В.И.Стручкова. В своем выступлении В.И.Стручков использовал не только опыт лечения 600 больных ОХ в заведомой им клинике, но и обширный сводный материал, которым он располагал в то время в качестве главного хирурга Минздрава СССР. В своем докладе В.И.Стручков абсолютным показанием к экстренной операции считал перфорацию, гангрену или флегмону желчного пузыря. При отсутствии улучшения или ухудшения течения приступа ОХ в первые 24-48 часов после начала лечения он рекомендовал неотложную операцию. Б.А.Петров заявил, что при анализе результатов хирургического лечения должен быть дифференцированный подход: операции, произведенные в ранние сроки болезни, не могут быть объединены с операциями, предпринимаемыми в запущенных стадиях болезни. Исходя из этого принципа, Б.А.Петров разделил операции при ОХ на следующие три группы: 1) **экстренные** операции, производимые в течение первых 72-х часов с момента начала приступа; 2) **ранние** операции, производимые через 7-10 сут. после стихания острых явлений; 3) **вынужденные** операции, производимые в запущенных стадиях болезни.

Дальнейшим этапом развития хирургии ОХ явилась Всероссийская конференция 1968 г. в Калининграде. На этой конференции в резком контрасте с 1956 г. и большинством последующих публикаций прозвучал доклад Б.А.Петрова, Э.И.Гальперина и К.А.Ивановой из МНИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, в котором были подвергнуты ревизии положения VI пленума. Оказалось, что по результатам экстренные операции не оправдали возлагавшихся на них надежд. Кроме высокой летальности, появились явные признаки нарастания числа послеоперационных осложнений, требующих повторных операций. В связи с этим ряд клиницистов стали высказываться за необходимость отказа от операций на высоте приступа ОХ, что нашло отражение в материалах конференции. Эта конференция рекомендовала ограничить показания к неотложным операциям при ОХ на высоте приступа.

Однако неудовлетворительные в целом результаты лечения ОХ, особенно у лиц старшей возрастной группы, заставляли хирургов искать новые пути их улучшения. Целесообразность более активной тактики при ОХ вновь была подтверждена на XV объединенного пленума правлений Всесоюзного и Молдавского обществ хирургов (1976). Решением XV объединенного пленума правлений Всесоюзного и Молдавского обществ хирургов были определены следующие виды оперативных вмешательств при ОХ: 1) **экстренные** операции, производимые в ближайший период после поступления больного в хирургическое отделение; 2) **срочные** операции, которые выполняются в период 24-48 ч.; 3) **ранние** плановые операции, выполняемые на 10-14-й день от начала заболевания.

Однако в 1983-1987 г.г. на страницах журнала «Хирургия» вновь развернулась бурная дискуссия, посвященная основным проблемам ОХ (терминология, сроки и объем оперативного вмешательства). В дискуссии приняло участие более 45 хирургов из 13 городов бывшего СССР. По мнению участников дискуссии в последние годы произошли изменения, потребовавшие возвращения к обсуждению этого вопроса. Эти изменения сводились к следующему: 1) возросло общее число больных, нуждающихся в проведении операции при ОХ; 2) резко увеличилось число больных пожилого и старческого возраста, страдающих серьезными сопутствующими заболеваниями; 3) операции при ОХ все чаще стали выполнять не только в крупных клинических учреждениях, но и в районных больницах; 4) появилась новая аппаратура (УЗИ, лапароскопы, эндоскопы и т.д.), играющая все большую роль в диагностике и лечении больных ОХ.

Поводом к дискуссии явилась статья Ю.Г.Шапошникова и соавт. (25) «Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита (Хирургия, 1983, №1, с. 61-65), в которой была убедительно показано, что у части больных пожилого и старческого возраста консервативная терапия приводит к видимому клиническому улучшению, которое позволяет, казалось бы, в соответствии с имеющимися рекомендациями оперировать таких больных через 10-14 дней после поступления в стационар. Вместе с тем у этих больных во время вмешательства в указанные сроки часто наблюдаются деструктивные изменения в стенке желчного пузыря, абсцессы и межорганные фистулы. Такое несоответствие между выраженными морфологическими изменениями и как будто бы благополучной клинической картиной заболевания Ю.Г.Шапошников и соавт. объясняли гиперергической реакцией у части больных пожилого и старческого возраста.

Представление о стертости и атипичности клинической картины заболевания, снижении реактивности организма и особенностях самого патологического процесса у больных пожилого и старческого возраста нашло поддержку у большинства хирургов, принявших участие в дискуссии (6, 7, 10, 19).

Большинство хирургов считало, что существование группы больных с клинически стертой симптоматикой ОХ должно повлиять на изменение тактики хирургического лечения в сторону ее активизации и сдвига в более ранние сроки от начала приступа и поступления больного в хирургический стационар. Если необходимость сокращения времени консервативной терапии при ее недостаточной эффективности практически не вызывала возражений, то в отношении допустимых сроков ее проведения высказывались разные мнения. Так Ю.Г.Шапошников и соавт. (25) указывали на необходимость консервативного лечения в течение 5-6 дней, однако большинство хирургов (1, 9, 17, 18) считало возможным оценивать результаты консервативной терапии в течение 2-3 дней, а некоторые (19) ограничивали этот срок 24-48 ч.

Вторым основным вопросом дискуссии был объем оперативного вмешательства. Практически все участники дискуссии считали, что основным видом операции при ОХ является холецистэктомия с полноценной коррекцией нарушений проходимости желчных протоков. Однако имелись разные мнения в отношении объема операции у тяжелобольных пожилого старческого возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями или осложнениями основного процесса. Эта, так называемая «угрожаемая» группа, составляла 20-25% от всех больных, поступивших с ОХ (6). Тактика их лечения была очень важна, так как летальность в этой группе являлась наивысшей.

Многие участники дискуссии (1, 7, 18, 19, 25) считали, что у таких больных следует производить холецистэктомия. Вместе с тем появились сообщения о значительном снижении летальности при проведении у больных «угрожаемой» группы декомпрессивной пункции желчного пузыря с помощью лапароскопии или эхографии (6, 10).

В дискуссии также был поднят вопрос о терминологии операций при ОХ. Так, А.Т.Краковский (18) предлагал ввести понятия «отсроченная» операция для вмешательств, выполняемых в первые 4-15 сут., и «плановая операция» для вмешательств, выполняемых через 20-25 дней от начала заболевания. Б.П.Королюев и Ю.С.Климов (17) употребляли термин «экстренная операция» для вмешательств произведенных в первые 24 ч., «отсроченная» - для вмешательств через 5-26 дней и «вынужденная» - для операций, произведенных позже 72 ч. после поступления больного, у которого консервативная терапия оказалась безуспешной. А.К.Георгадзе и В.И.Карпов (7) предложили ввести понятие «поздние срочные операции». Ю.И.Датхаев (9) рекомендовал считать термины «экстренный», «срочный», «неотложный» синонимами и употреблять их для операций при перитоните, которые производят в первые 3-6 ч. после поступления больного.

Подводя итогу дискуссии по трем основным вопросам ОХ (терминология, сроки и объем оперативного вмешательства) редколлегия журнала «Хирургия» пришла к такому заключению.

I. Терминология:

1. Экстренная (срочная, неотложная) операция – производимая немедленно после поступления больного в стационар или после жизненно необходимой кратковременной подготовки, занимающей не более нескольких часов. Показанием к таким операциям является в первую очередь перитонит.

2. Ранняя операция – выполняемая в первые 3 сут. (24-72 ч.) после поступления больного (с учетом начала заболевания) при неэффективности консервативной терапии, а также в случае холангита, механической желтухи без тенденции к их ликвидации, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

3. Поздняя операция (плановая) – осуществляемая через 10-15 дней и позже после стихания приступа ОХ.

II. Сроки оперативного вмешательства:

1. Показанием к экстренной операции в ночное время при ОХ является перитонит. Выраженная симптоматика ОХ с локальным напряжением мышц передней брюшной стенки в правом подреберье, болями пальпируемым желчным пузырем, желтухой, лейкоцитозом и повышенной температурой без симптомов распространенного раздражения брюшины не является показанием к экстренной операции.

2. При приступе ОХ любой тяжести (кроме перитонита) должна быть начата консервативная терапия, направленная на дезинтоксикацию организма, борьбу с инфекцией и воспалением и повышение иммунологической реактивности.

3. При отсутствии явного успеха от консервативной терапии в течение первых 3 сут. (24-72 ч.; давность приступа до поступления в стационар должна быть принята во внимание) показано оперативное вмешательство, так как возможные осложнения при продолжении консервативного лечения превосходят риск самой операции. Это в первую очередь относится к пациентам пожилого и старческого возраста.

4. При купированном приступе ОХ операция может быть отложена на 10-15 дней, когда легче произвести полноценную коррекцию сопутствующих нарушений проходимости желчных протоков.

5. Холангит, механическая желтуха, сопутствующие приступу ОХ, являются серьезными показаниями к операции в первые 24-72 ч. при неэффективности консервативной терапии.

III. Объем оперативного вмешательства.

1. Основной операцией при ОХ является холецистэктомия с полноценной коррекцией сопутствующих изменений желчевыводящих путей.

2. У больных пожилого и старческого возраста, отягощенными сопутствующими тяжелыми заболеваниями (угрожаемая группа), операцию в первые 1-3 сут. целесообразно заменить менее травматичным вмешательством – декомпрессией желчного пузыря (эвакуация содержимого, промывание, введение антибиотиков), которая может быть выполнена под контролем лапароскопии, УЗИ, компьютерной томографии, а при отсутствии такой аппаратуры и инструментария – путем наложения холецистостомы.

3. У больных угрожаемой группы с ОХ, сопутствующим холангитом и механической желтухой однократная пункция желчного пузыря недостаточна для ликвидации желчной гипертензии. В этих случаях следует накладывать микрохолецистостому, производить по показанию эндоскопическую папиллосфинктеротомию с назобиллярным дренированием.

4. При выполнении холецистэктомии на высоте острого приступа у больных «угрожаемой» группы с холангитом и механической желтухой операция на протоках может быть ограничена наложением холедохостомы без окончательной коррекции патологических изменений гепатикохоледоха.

Однако, к сожалению, и в настоящее время вопросы рациональной тактики лечения ОХ остаются крайне дискуссионными: одни хирурги предлагают оперативное вмешательство на высоте приступа, другие – в период ремиссии.

Сторонники выжидательной тактики лечения ОХ прибегают к операциям лишь по жизненным показаниям (при перитоните), а во всех остальных случаях стремятся купировать острый приступ с помощью комплексной консервативной терапии (8, 16, 21-24). Операцию выполняют в холодном периоде. В сроки от 3 до 10 дней от начала заболевания рекомендуют выполнять операцию по поводу ОХ А.Е.Борисов и соавт. (4), О.А.Долгов (12).

Можно согласиться с позицией авторов, что тяжелых больных лучше лечить консервативно, но лишь при условии полной гарантии обратимости процесса, т.е. возможности купировать острый приступ с помощью консервативных мероприятий.

К сожалению, как правильно указывал В.М.Буянов и соавт. (3), традиционное консервативное лечение ОХ у значительного числа больных, особенно пожилого и старческого возраста, часто является неэффективным: местный деструктивный процесс прогрессирует, возникают серьезные осложнения, ухудшается общее состояние больных. Операции в условиях прогрессирующего осложненного ОХ следует классифицировать как «вынужденные» вмешательства, которые выполняются в условиях нарастающего дисбаланса в системе гомеостаза и на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний. Частые неудачи после вынужденных операций при выжидательной тактике свидетельствуют не в пользу этого рода вмешательств (4, 12).

Следует подчеркнуть, что широкое применение новых методов диагностики, эндоскопических манипуляций открывает новую главу в проблеме ОХ, поскольку эти методы сочетают в себе преимущества активной и выжидательной тактики и позволяют индивидуализировать последнюю.

В настоящее время подавляющее большинство хирургов (2, 5, 11, 13, 16, 20, 24) подчеркивает необходимость активной хирургической тактики на высоте приступа при ОХ и предлагают выполнять операцию в первые 24-72 ч. от момента заболевания. Сторонники активной тактики лечения ОХ обосновывают свою позицию стремлением в возможно ранние сроки оперативно удалить гнойно-воспалительный очаг, являющийся источником интоксикации.

Спорным до настоящего времени остается также вопрос об оптимальном объеме операции при ОХ, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Подавляющее большинство хирургов, целенаправленно разрабатывающих этот вопрос (11, 15, 23, 27, 28), считает оправданным стремление выполнить холецистэктомию. Радикальность такого подхода авторы обосновывают тем, что операция, выполняемая в меньшем объеме (холецистомия), не ликвидирует воспалительный процесс в желчном пузыре, не исключает возможность его перехода на желчные протоки и паренхиму печени. Холецистэктомию производят классическим методом, минилапаротомным способом и лапароскопически. В последние десятилетия проводятся интенсивные разработки по внедрению малоинвазивных методов лечения при ОХ. В настоящее время в лечении не только хронического калькулезного холецистита, но и даже ОХ предпочтение отдается новейшим технологиям – лапароскопической холецистэктомии, микрохолецистомии при помощи УЗИ и лапароскопии, эндоскопической папиллосфинктеротомии (11, 12, 15, 26, 27, 28). Относительно малая травматичность, низкая смертность и осложнения, краткие сроки госпитализации и реабилитации – преимущества видеолапароскопических технологий по сравнению с открытыми методами, привели к признанию лапароскопической холецистэктомии «золотым стандартом» при лечении ОХ. В последние годы большинство авторов (22, 23, 24) даже при деструктивных и осложненных формах ОХ выступает за лапароскопический метод холецистэктомии. Хотя некоторые авторы (20) дифференцированно подходят к выбору способов холецистэктомии: при осложненных формах ОХ предлагают открытую холецистэктомию, а при неосложненных формах предпочитают лапароскопический метод.

Правомочность стремлений хирургов выполнить операцию радикально, т.е. в виде лапароскопической холецистэктомии, не может вызывать принципиальных возражений. Следует помнить, что часть больных пожилого и старческого возраста поступает в стационар в тяжелом общем состоянии, обусловленном выраженной гнойной интоксикацией за счет местного процесса и активизирующихся на этом фоне различных сопутствующих заболеваний. Операция для таких больных непереносима, особенно когда в силу необходимости приходится расширять объем вмешательства, дополняя холецистэктомию наружным дренированием, билиодигестивным анастомозом или папиллосфинктеротомией. Коллективный опыт хирургического лечения ОХ у больных гериатрической группы все более убеждает в целесообразности дифференцированного подхода к выбору рациональной лечебной тактики в каждом конкретном случае. Полностью оправдало себя выделение в так называемую «угрожаемую группу» больных ОХ с повышенным операционным риском. В эту группу включаются больные пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и выраженными симптомами гнойной интоксикации за счет прогрессирующего местного деструктивного процесса. Оперативное вмешательство для этих больных непереносимо: при неэффективности консервативной терапии им показано выполнение инструментальных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию желчных путей (5, 13, 14, 15, 16, 21).

Целесообразность дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики при ОХ в зависимости от стадии заболевания и тяжести состояния больного нашла свое подтверждение и в рекомендациях, принятых в 2018 г. в городе Токио.

Рекомендации по срокам оперативного вмешательства при ОХ (Токио, 2018 г.)

- Если точный диагноз по тяжести характера патологического процесса в желчном пузыре не может быть установлен при поступлении, целесообразно наблюдать за пациентом с использованием диагностических критериев каждые 6-12 часов.

- Ранняя лапароскопическая холецистэктомия (в течение 3-7 дней) рекомендуется для пациентов с низким операционным риском.

- Для пациентов с высоким операционным риском следует рассмотреть возможность чрескожного транспеченочного дренирования желчного пузыря.

- Антибиотики должны быть выбраны в зависимости от тяжести заболевания.

Рекомендации по объему оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания.

I (легкая) стадия:

- В идеале лапароскопическую холецистэктомию следует проводить рано после появления симптомов у пациентов с низким операционным риском.

- Для пациентов с высоким риском консервативное лечение может применяться на начальном этапе с последующей лапароскопической холецистэктомией после достижения клинического эффекта.

II (средней тяжести) стадия:

- В идеале лапароскопическую холецистэктомию следует проводить рано после появления симптомов заболевания у пациентов с низким операционным риском.

- У пациентов с высоким риском дренирование желчного пузыря следует проводить на ранней стадии заболевания с отсроченной лапароскопической холецистэктомией.

III (тяжелая) стадия:

- Реанимационные мероприятия должны быть начаты с применением антибиотиков, инфузионной терапии и вазопрессоров (с респираторной поддержкой по мере необходимости).

- При рассмотрении вопроса о применении лапароскопической холецистэктомии необходимо обратить внимание на негативные прогностические факторы: неврологическую и дыхательную дисфункцию, желтуху.

- Если адекватный клинический эффект достигается у пациентов с низким операционным риском, ранняя лапароскопическая холецистэктомия может быть применена в крупном лечебно-диагностическом центре.

- У пациентов с высоким операционным риском или у всех пациентов в небольших лечебно-диагностических центрах рекомендуется раннее дренирование желчного пузыря, особенно если невозможно контролировать течение воспалительного процесса в желчном пузыре в ходе консервативной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., Козлов А.Г. Тактика лечения острого холецистита // Хирургия. – 1984. - №2. – С. 94-96.

2. Березницкий Я.С., Дука Р.В., Резник В.В. Результаты применения активной хирургической тактики в лечении пациентов с острым холециститом // Украинский журнал хирургии. – 2009. - №5. – С.8-10.

3. Буянов В.М., Перминова Г.И., Шестаков Н.Ю. Лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 1981. - №2. – С. 23-28.

4. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. и др. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения // СПб.: ООП НИ. ИХ СПбГУ, 2003. – 188 с.

5. Воробьев В.Н., Иванов Ю.В., Соловьев Н.А. и др. Результаты хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / Материалы третьего международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы здоровье населения России», Москва, 2008. – С. 8-9.

6. Гальперин Э.И. О тактике лечения острого холецистита // Хирургия. – 1983. - №11. – С. 114-116.

7. Георгадзе А.К., Карпов В.И. Выбор сроков оперативного лечения при остром холецистите // Хирургия. – 1984. №2. – С. 97-101.

8. Гешелин С.А., Мищенко Н.В. и др. Роль и место холецистостомии в хирургическом лечении острого холецистита // Харьковская хирургическая школа. – 2008. - №1. – С. 14-17.

9. Датхаев Ю.И. О сроках оперативного вмешательства у больных острым холециститом // Хирургия. – 1985. - №1. – С.96-98.

10. Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г. Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита (по поводу статьи проф. Ю.Г.Шапошникова и соавт. опубликованной в журнале «Хирургия», 1983, №1, с. 61) // Хирургия. -1983. -№11. – С.110-113.

11. Добровольский С.Р., Попович В.К., Иванов М.П. и др. Место холецистэктомии из мини доступа в лечении больных острым калькулезным холециститом // первая межд. конф. по торако-абдоминальной хирургии. – Москва. – 2008. – С. 95.

12. Долгов О.А. Сравнительная оценка традиционных и лапароскопических технологий в лечении осложненной желчнокаменной болезни // Автореф. дисс. ... к.м.н., Москва. – 2008. – 26 с.
13. Дудкин В.П., Кальченко Б.Л., Буткевич А.Ц. и др. Современные подходы в лечении желчнокаменной болезни // Первая межд. конф. по торакоабдоминальной хирургии. – Москва. – 2008. – С.92-93.
14. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Тактика лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом // Хирургия. – 2014. - №1. – С.10-14.
15. Захаров О.В. Малоинвазивное лечение калькулезного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска // Автореф. дисс. ... к.м.н. – Воронеж. – 2008. – 25 с.
16. Коваленко Б.С., Захаров О.В., Колесников С.А. Тактика лечения больных острым холециститом с высокой степенью операционно-анестезиологического риска // Харьковская хирургическая школа. – 2009. - №3.1(35). – С. 114-115.
17. Королев Б.А., Климов Ю.С. Хирургическое лечение острого холецистита у больных старческого (75-89) возраста // Хирургия. – 1983. - №8. – С. 7-11.
18. Краковский А.И. Хирургическая тактика при остром холецистите // Хирургия. – 1983. - №8. – С. 3-7.
19. Крук И.Н. Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита (по поводу статьи проф. Ю.Г.Шапошникова и соавт. опубликованной в журнале «Хирургия», 1983, №1, с. 61) // Хирургия. -1983. -№11. – С.108-110.
20. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Бутова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. – 2003. - №10. – С. 41-44.
21. Сафрин И.М. Миниинвазивные технологии при высоком операционно-анестезиологическом риске у больных острым холециститом и обструкцией желчных протоков // Автореф. дисс. ... к.м.н., Великий Новгород, 2008. – 24 с.
22. Уханов А.П., Чахмахчев С.Р., Игнатъев А.И. и др. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия у больных острым деструктивным холециститом // Матер. XXVI науч.-практ. конф. хирургов Республики Карелия, Петрозаводск, 2009. – С. 189-191.
23. Чахмахчев С.Р. Эндовидеохирургические технологии лечения больных острым деструктивным холециститом и его осложнения // Автореф. дисс. ... к.м.н., Великий Новгород, 2009. – 25 с.
24. Черепанин А.И., Галлямова С.В. Современная тактика лечения острого холецистита // Матер. XXVI науч.-практ. конф. хирургов Республики Карелия, Петрозаводск, 2009. – С. 205-208.
25. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А. Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита // Хирургия. – 1983. - №1. – С. 61-66.
26. Cotonet Alic. Diagnosticul Si tratamentul endoscopic in obstructiile biliare distale complicate icter mechanic // Autoreferat al de doctor in medicina. Chisinau., 2007. – 24 с.
27. Sarli S., Lusco D., Gobbi S. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic cholecystectomy performed with mini-instruments // Br.I. Surg. – 2003. – v.7. – p.1345-1348.
28. Tomadze G., Gokieli G., Megreladze A. et al. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis // Abstract if IX international Euroasian congress of surgery and gastroenterology. – Baku, 2006. – p. 157-158.

Rəyçi: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının professoru:

t.ü.e.d. Musayev X.N.

Redaksiyaya 19.11.2020-ci il tarixində daxil olmuşdur.

KARDİORENAL SİNDROMUN ANLAYIŞI: PATOFİZİOLOGİYASI, TƏSNİFATI, DİAQNOSTİKASI

B.V. YUSUBOV¹, X.M. HÜSEYNOV², M.M. BAXŞIYEV³

ATU III Daxili xəstəliklər kafedrası^{1,3}, Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM², Bakı, Azərbaycan
(E-mail: baratyusubov@gmail.com)

The concept of cardiorenal syndrome: pathogenesis, classification, diagnosis
B.V. Yusubov, Kh.M. Huseynov, M.M. Bakhshiyev

Summary: Combination of cardiovascular and renal disease is currently viewed as a unified cardiorenal syndrome (CRS). The relationship between renal and cardiac pathology is associated with high overall and cardiovascular mortality. The development of cardiovascular syndrome (CRS) worsens the prognosis and quality of life of patients. In the diagnosis of cardiorenal syndrome (CRS), the biological markers are widely used, they can be applied to identify the pathophysiological stages of CRS, to assess the amount of risk, prognosis and outcome, as well as to monitor the effectiveness of treatment. CRS therapy includes diuretics, vasodilators, angiotensin converting enzyme inhibitors, angiotensin II receptor antagonists, nitrates and cardiac glycosides. One of the most effective methods of CRS treatment is the use of renal replacement therapy.

Keywords: cardiovascular syndrome; chronic kidney disease; cardiovascular diseases.

Понятие кардиоренального синдрома: патогенез, классификация, диагностика
Б.В. Юсубов, Х.М. Гусейнов, М.М. Бахшыев

Резюме: Сочетанное поражение сердечно-сосудистой системы и почек в настоящее время рассматривается в рамках кардиоренального синдрома (КРС). Взаимосвязь почечной и кардиальной патологии ассоциируется с высокой общей и сердечно-сосудистой смертностью. Развитие кардиоренального синдрома (КРС) ухудшает прогноз и качество жизни пациентов. В диагностике кардиоренального синдрома (КРС) находят широкое применение биологические маркеры, которые могут быть использованы для идентификации патофизиологической стадии КРС, оценки величины риска, прогноза и исхода, а также мониторинга эффективности 10 лечения. Терапия КРС включает в себя назначение диуретиков, вазодилататоров, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов рецепторов ангиотензина II, нитратов и сердечных гликозидов. Одним из эффективных методов лечения КРС является применение методов заместительной почечной терапии.

Ключевые слова: кардиоренальный синдром; хроническая болезнь почек; сердечно-сосудистые заболевания.

Son illər kardiorenal sindrom kimi tanınan klinik sindrom qrupu aktiv olaraq öyrənilir. Burada müxtəlif intensivlikli funksional pozğunluqlarla bərabər ürək disfunksiyası, həmçinin böyrəklərin patologiyası yer alır, bunlarda yüngül disfunksiyadan ürəyin nasos funksiyasının ağır pozulmalarına qədər dəyişə bilər. Böyrəklərin funksiyasının dəyişməsi geniş yayılmış müxtəlif xəstəliklərin təzahürü ola bilər. Böyrək funksiyasının potensial zərərli dəyişikliklərinin qarşısının alınmasında erkən müdaxilənin klinik zəruriyyəti var. Təssüf ki, diaqnostik proses müəyyən dövrdə böyrək disfunksiyasının simptomuz gedışı və erkən biomarkerlərin olmaması ilə ağırlaşır. Yumaqçıq filtrasiya sürətinin (YFS) azalması ürək-damar sistemində patoloji dəyişikliklərin sürətli inkişafının səbəbinin müstəqil risk faktorudur və ürək-damar xəstəliklərinin arzuolunmaz proqnozunun göstəricisi kimi qəbul edilir [1]. Xroniki böyrək xəstəliyi (XBX) – nefronların tədricən məhvi nəticəsində böyrəklərin homeostatik (filtrasiya, konsentrasiya və endokrin) funksiyalarının davamlı, geridönməz və progressivləşən pozulmasıdır. Xroniki böyrək xəstəliyinin (XBX) şiddəti artdıqca, ürəyin sol mədəciyinin hipertrofiyasının progressivləşməsi, sistolik və/və ya diastolik disfunksiyanın inkişafı, aterosklerozun “sürətlənməsi” və damar yatağının kalsifikasiyası müşahidə olunur [2]. Lakin ürək-damar xəstəliyi (ÜDX) olan insanlarda böyrəklərin disfunksiyası əsas xəstəliyin altında gizləyir və xroniki böyrək xəstəliyinin son mərhələsində aşkarlanır. 2 Böyrəklərin funksional qabiliyyəti aşağı olan xəstələrin populyasiyasında ÜDX-nin yayılma səviyyəsi, sağlam böyrək funksiyası olan şəxslərə nisbətən 64% yüksək olduğu göstərilmişdir. YFS<60 ml/dəq/1.73m² və ölüm riski, ürək-damar ağırlaşmaları və xəstəxanaya yerləşməsi arasında müstəqil tərs mütənasib müəyyən edilmişdir [3]. II mərhələ XBX olan xəstələrdə yeni ürək - damar fəsadlarının rast

gəlmə tezliyi 4,8% təşkil edir və təxminən III-IV mərhələdə iki dəfə artır [4]. Dializdə olan xəstələrin və ya böyrək transplantasiyasına məruz qalanlarda xoşagəlməz ürək-damar nəticələrinin inkişaf riski ümumi populyasiyaya nisbətən 10 dəfə çox olur. Ürək və böyrəklərin zədələnmələri populyasiyada geniş yayılıb və adətən birlikdə ölüm sayını, fəsadların riskini, müalicənin mürəkkəbliyini və qiymətini artırır. Bundan əlavə, bu gün üçün XBX və ÜDX patogenezinin ümumi cəhətlərini, inkişaf amillərini, onların birgə müalicəsinə xüsusi yanaşmaların vacibliyini müzakirə etmək üçün vacib əsaslar vardır. Ürək və böyrək xəstəlikləri ümumi “ənənəvi” risk faktorlarına malikdirlər (arterial hipertenziya, şəkərli diabet, piylənmə, dislipidemiya və s.) və onlar birləşdikdə “qeyri-ənənəvi” böyrək faktorları işə düşür (hiperhidratasiya, anemiya, fosfor-kalsium mübadiləsinin pozulması, sistem iltihab və hiperkoagulyasiya), bunlarda ÜDX inkişaf riski və patogenezinə təsir edə bilər. Böyrəklərin patologiyası özündə bir sıra əlavə risk faktorlarını daşıyır, bunları da bir necə qrupda birləşdirmək olar: 1. Böyrək membranının keçiriciliyinin artması ilə əlaqəli amillər (mikroalbuminuriya və proteinuriya). 2. Renin-angiotenzin-aldosteron sistemin (RAAS) aktivləşməsi. 3. Böyrək mənşəli arterial hipertenziya. 4. Eritropoetinin azalmış sekresiyası ilə əlaqədar olan böyrək mənşəli anemiyası. 5. Böyrək klirensinin azalması səbəbindən zəhərli metabolitlərin və üremik toksinlərin yığılması. Dünya statistikasına görə, 1000000 əhaliyə 250-400 xroniki böyrək çatışmazlığı xəstəliyi düşür. Onlardan 50-55%-i aktiv hemodializ müalicəsinə məruz qalır. Azərbaycanda 10.000-dən artıq xroniki böyrək çatışmazlığı ilə xəstə var, 3700 xəstə hemodializ müalicəsi qəbul edir. İl ərzində ölüm faizi 10,2-12,7%, 3 yeni xəstələrin aşkarlanıb dializə cəlb olunması isə 22-27% təşkil etdiyindən, bu xəstələrin sayının ilbəl artması gözlənilir [23]. Ürək və böyrək patologiyası arasındakı qarşılıqlı əlaqə uzun müddət həm kardioloqların, həm də nefroloqların diqqətini çəkir. Terminal böyrək çatışmazlığında kardial ölümün yüksək inkişaf riski klinik praktikaya hemodializin tətbiqindən qısa müddət sonra qeyd olunub [6], lakin yalnız son 10 ildə aydın olmuşdu ki, böyrəyin istənilən zədələnməsi, həm kəskin, həm də xroniki, yüksək ümumi və ürək-damar letallığı ilə əlaqədardır. İri həcmli randomizə edilmiş müayinələr nəticəsində əldə edilən bu məlumatlar [7], National Kidney Foundation (NKF, ABŞ) dəstəyilə hazırlanmış xroniki böyrək xəstəliyi (CKD) konsepsiyasının əsası olmuşdu və bütün dünyada kardiorenal qarşılıqlı təsirin öyrənilməsinə yönəlmiş tədqiqatların başlanğıcına zəmin yaratmışdır [8]. Aterosklerozun inkişafı və progressivləşməsində böyrək patologiyasının müstəqil risk faktoru kimi rolu yalnız son 10 ildə intensiv olaraq müzakirə olunmağa başlamışdı, buna görə "kardiorenal" və ya "nefrokardial" sindrom da yalnız son illərdə ortaya çıxmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, böyrək patologiyası damarlarda aterosklerotik dəyişikliklərin daha sürətli inkişafına səbəb olur, bu da yalnız arterial hipertenziya, dislipidemiya, piylənmə, siqaret çəkmə və s. kimi ənənəvi risk faktorları ilə izah olunmur [5].

Kardiorenal sindromun tərif və təsnifatı. Xroniki böyrək xəstəlikləri ictimai səhiyyəyə təhlükə yaradır, geniş yayılma, yüksək maliyyə xərcləri və xoşa gəlməz nəticə ilə xarakterizə olunur. Eyni zamanda XBX olan xəstələrdə ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf riski əhəmiyyətli dərəcədə artır və beləliklə, kardiorenal qarşılıqlı təsir anlayışının və onların təsnifatını təyin etməyinə ehtiyac yaranır. Kardiorenal sindrom - ürəyin və böyrəklərin patofizioloji pozuntusu olub, hər hansı birinin kəskin və ya xroniki disfunksiyası o biri orqanın kəskin və ya xroniki disfunksiyasına gətirib çıxarır. Beləliklə, kardiorenal sindroma eyni zamanda xəstədə həm böyrəklərin, həm də ürəyin disfunksiyası və ya çatışmazlığın olmasına deyilir [9, 10]. 4 2008-ci ilin sentyabr ayında Venesiyada ADQU (Acute Dialysis Quality Initiation) razılaşma konfrasında “kardiorenal sindrom” termini təsdiqlənmiş və onun təsnifatı təqdim olunmuşdu [11]. Kardiorenal sindromun 5 tipini ayırd edirlər [12, 13]: I tip – kəskin kardiorenal sindrom – kəskin ürək-damar xəstəlikləri zamanı (kəskin koronar sindrom, ağciyər arteriyasının tromboemboliyası, kəskin ürək çatışmazlığı, xroniki ürək çatışmazlığının dekompensasiyası) böyrəklərin kəskin zədələnməsidir [14, 15]. II tip xroniki kardiorenal sindrom- xroniki ürək çatışmazlığı zamanı böyrəklərin xroniki zədələnməsidir [16]. III tip – kəskin renokardial sindrom- böyrəyin kəskin patologiyası (böyrəyin işemiyası, kəskin glomerulonefrit) fonunda kəskin ürək-damar patologiyasının (kəskin koronar sindrom, kəskin ürək çatışmazlığı və s.) yaranmasıdır [17]. IV tip – xroniki renokardial sindrom – böyrəklərin xroniki xəstəliyi olan şəxslərdə sol mədəciyin hipertrofiyası, ürək strukturlarının kalsinozu, ürək-damar hadisələrinin, sol mədəciyin sistolik və diastolik disfunksiyasının yaranmasıdır [18].

IV tip xroniki renokardial sindrom. Böyrəklərin xroniki zədələnməsi ürək funksiyasının zəifləməsinə, sol mədəciyin hipertrofiyasına, ürək-damar xəstəliklərinin inkişaf riskinin artmasına təsir edir. Son illər bütün dünyada xroniki böyrək xəstəliklərinin (böyrək mənşəli olan və olmayan (arterial hipertenziya, piylənmə, metabolik sindrom, şəkərli diabet)) yayılmasının artması qeyd olunur. Xroniki böyrək xəstəliyi zamanı kardiomyositlərin remodelləşdirilməsinin patogenezinə eritropoetinin nisbi və mütləq defisiti vacib rol oynayır, apoptoz prosesinə, fibroza və miokarda iltihaba səbəb olur. Klinik təcrübələr göstərmişdir ki, ürəyin xroniki çatışmazlığı, böyrəklərin xroniki patologiyası və anemiyası olan xəstələrə eritropoetin stimulyasiya edici preparatlarının tətbiqini, ürəyin funksional vəziyyətinin yaxşılaşmasına, sol mədəciyin ölçülərinin azalmasına və natriumuretik peptidin səviyyəsinin azalmasına gətirib çıxarır [19]. Hal hazırda sübut olunmuşdur ki, böyrəyin xroniki xəstəliyi olan insanlarda böyrək 5 disfunksiyasının inkişafının zəiflətməsində normal (hədəf) qan təzyiqinə çatmaq birincili əhəmiyyət kəsb edir və bu vəziyyətdə seçim preparat kimi RAAS blokatorları maksimal qəbul dozalarında tövsiyə olunur. V tip-ikincili kardiorenal sindrom, sistemli xəstəliklər zamanı inkişaf edir: şəkərli diabet, revmatik xəstəliklər (sistem vaskulitlər, qırmızı qurd eşənəyi, sistem sklerodermiya), amiloidoz, sepsis, bunlar eyni zamanda ürəyi, həm də böyrəkləri zədəliyərkən, onların disfunksiyasının inkişafına gətirib çıxarır [20]. Bu təsnifata əsasən,

6. Барбук О.А. Кардиоренальный синдром: основные проблемы диагностики и лечения // Медицинские новости, 2018, №3, с.60-65.
7. McCullough P.A. [et al.] // Am. J. Kidney. Dis., 2008, Vol.51, №4, p.38–45.
8. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. Кардиоренальные синдромы (патогенетические, клинико-диагностические, прогностические и терапевтические аспекты) // Терапевтический архив, 2011, №12, С.5-11.
9. Boerrigter G., Lapp H., Burnett J.C., Modulation of cGMP in heart failure: a new therapeutic paradigm // Handb Exp Pharmacol. 2009, №191, p. 485-506. Hatamizadeh P., Fonarow G.C., Budoff M.J. et al // Cardiorenal syndrome: pathophysiology and potential targets for clinical management, Nat Rev Nephrol., 2013, №9 (2), p.99-111.
10. Ronco C. Cardiorenal and renocardial syndromes: clinical disorders in search of a systematic definition // Int J Artif Organs. 2008, №31(1), p. 1-2. PMID: 18286448.
11. Ronco C., Cardiorenal syndromes: definition and classification // Contrib Nephrol., 2010, №164, p.33-38.
12. Ronco C., Cruz D. Cardio-renal syndromes: introduction / Semin Nephrol. 2012, №32 (1), p.1-2.
13. Шилов Е.М., Кутырина И.М., Новикова М.С. Терапевтические стратегии лечения кардиоренального синдрома // Лечащий врач, 2012, №1, с. 8-13.
14. Ismail Y., Kasmikha Z., Green H.L. et al. Cardio-renal syndrome type 1: epidemiology, pathophysiology, and treatment // Semin Nephrol., 2012, №32 (1), p.18-25.
15. Jois P., Mebazaa A., Cardio-renal syndrome type 2: epidemiology, pathophysiology, and treatment // Semin Nephrol. 2012, №32 (1), p. 26-30. 9
16. Chuasuwan A., Kellum J.A., Cardio-renal syndrome type 3: epidemiology, pathophysiology, and treatment // Semin Nephrol. ,2012, №32 (1), p.31-39.
17. House A.A. Cardio-renal syndrome type 4: epidemiology, pathophysiology and treatment // Semin Nephrol. 2012, №32 (1), p. 40-48.
18. Тонелли М., Риелла М. // Клиническая нефрология. – 2014. – №1. – С. 4–7. 23.
19. Soni S.S., Ronco C., Pophale R. et al. Cardio-renal syndrome type 5: epidemiology, pathophysiology, and treatment // Semin Nephrol., 2012, №32 (1), p. 49-56.
20. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Гущина В.М. Хроническая болезнь почек у больных с хронической сердечной недостаточностью (Обзор литературы) // Нефрология и диализ, 2010, №12(1), p.13-24.
21. Heywood J.T. // Heart Fail Rev, 2004, Vol.9, P.195–201.
22. Hemodializ üzrə klinik protokol. Bakı, 2011, 44s.
23. Мельник А.А. Кардиоренальный синдром: диагностика и лечение // Почки, 2017, Т.6, №1, с. 1-14.

***Rəyçi:** M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin
Elmi İşlər Üzrə direktor müavini :*

Prof. İsayev H.B.

Redaksiyaya 18.02. 2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

ЭВОЛЮЦИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

АЛИЕВ Р.А.

Клиника «Зеферан», Баку, Азербайджан
(E-mail: ramil_aliyev@yahoo.com)

Evolution of the endovascular treatment of postinfarction ventricular septal defects R.A. Aliyev

Summary: According to the WHO, coronary artery disease, including acute myocardial infarction (MI) and its complications and every year there are \approx 1.8 million people died from myocardial infarction. It constitute 20% of all deaths in the world. Analysis of the data of the State Statistics Committee of the Republic of Azerbaijan showed that mortality from diseases of the circulatory system, including MI, for 2011-2013. accounted for 61.1 - 63.8% of the total mortality of the population.

A retrospective analysis of 54 operated patients with postinfarction VSD (in 30 patients VSD situated posterolateral and 24 with an anterior-apical rupture) showed that the mean mortality was 26%.

Compared data of the natural course of the disease with VSD, surgical treatment provides the best results with a good quality of life. In the same group, the survival rates at 1, 5, and 10 years (after surgery) were 78%, 65% and 40%, respectively. At 3 years after surgery, the vast majority of patients (17 of 18) were in NYHA class I or II.

An alternative method of correction is - septal occluders can be used both as an independent method of treatment and for closing residual VSD after surgical correction.

Most authors consider that 15 mm VSD is the optimal size for correction. In this group of patients there are 55% proceed cardiogenic shock. Complications such as recurrent VSD, displacement of the umbrella, rupture of the left ventricular wall occurred in 41% of patients. The 30-day mortality rate varied (65% - 88%) among patients complicated by cardiogenic shock and 39% among other patients. The incidence of recurrent VSD is from 8.3% to 13.8%.

Contraindications to endovascular correction: posterior localization of the rupture; the size of the defect is more than 15 mm.; cirrhosis of the liver.

Postinfarkt mədəciklərarası çəpər defektinin endovaskulyar müalicəsinin evolusiyası R.A. Əliyev

Xülasə: UST hesabatına görə, ürək-damar xəstəliyi kəskin miokard infakti və onun ağırlasmalarından, hər il dünyada təxminən 1.8 milyon insan dünyasını dəyisir. Bu dünyada bütün ölüm hallarının 20 % təşkil edir. Azərbaycan Respublikasının Dövlət Statistika komitəsinin məlumatlarının təhlilinə əsasən 2011 -2013 ci il ucun MI daxil olmaqla, qan dövranı sistemi xəstəliklərindən ölüm halı əhalinin ümumi ölümünün 61.1- 63.8 % təşkil edir.

Postinfarkt MÇD xəstələrində cərrahi müdaxilə ilə həyati kefiyyətli nəticələr ədə etmək mümkün oldu. Eyni qrupda 1-5 və 10 illərdə sağqalma nisbəti sira ilə 78%, 65%, və 40% dir. Əməliyyatdan 3 il sonra xəstələrin böyük əksəriyyəti NYHA sinif 1 və ya 2 idi.

Alternativ bir metod olan septal okklüderlər müstəqil bir müalicə metodu olaraq və cərrahi müdaxilədən sonra qalıq MÇD nin bərpasında istifadə oluna bilər. Əksər müəlliflər müdaxilə üçün 15mm ölçüdə kiçik MÇD ni optimal hesab edirlər. Təkrarlanan MÇD sol mədəciyin divarının yırtılması kimi fəsadlar 41% hallarda baş verir. Kardiogen şokla ağırlaşan xəstələrdə 30 günlük ölüm nisbət digər xəstələrdən 39% artıqdır. Təkrarlanan MÇD lərin görülmə tezliyi 8.3- 13.8%dir. Noninvaziv müdaxiləyə əks göstərişlər defektin 15 mm dən çox olması, arxa lokalizasiyalı defekt və qara ciyər sirrozudur.

Эпидемиологические аспекты постинфарктного разрыва межжелудочковой перегородки

По данным ВОЗ, ишемическая болезнь сердца (ИБС), включая острый инфаркт миокарда (ИМ) и его осложнения, является ежегодной причиной смерти \approx 1,8 млн. населения, обуславливая 20% всех смертей в мире с географической вариабельностью, составляющей: в США - 600 наблюдений ИМ на 100000 населения; в Великобритании - от 213 до 230 наблюдений; в Испании - 250 наблюдений в Японии - 27 [3. .20.22. 24]. Анализ данных Госкомстата Азербайджанской республики показал, что популяционный уровень смертность от заболеваний системы кровообращения, включая ИМ , за 2011 - 2013 гг. составляет 61,1 - 63,8% от общей смертности населения [1].

В последние десятилетия в странах Европы наблюдается тенденция к снижению смертности от ИМ благодаря внедрению интервенционных технологий, реперфузионной терапии, и плановой диспансеризации для своевременного выявления рецидива коронарного симптомокомплекса [14].

Однако, несмотря на это, ИМ часто сопровождается развитием жизнеугрожающих осложнений, самыми драматичными из которых являются «хирургические» осложнения острого ИМ: разрыв наружной стенки левого желудочка (ЛЖ); разрывы межжелудочковой перегородки (ПИР МЖП); отрыв головки сосочковой мышцы с развитием острой митральной недостаточности; дисфункция МК/ТК без разрыва папиллярных мышц. Подобные осложнения естественного течения ИМ сопровождаются развитием кардиогенного шока у одного из десяти пациентов, исключая больных с дисфункцией МК/ТК без разрыва папиллярных мышц. [15].

Постинфарктные ДМЖП составляют 15% - 20% в структуре разрывов миокарда [4.7.9.11], осложняя естественное течение острого ИМ в 0,3-3% [14].

Внедрение реперфузионной терапии обусловило существенное снижение частоты разрывов инфарцированной МЖП в 5-10 раз, по сравнению с предтромболитической эрой, составляя 0,17%-0,31% [13.23.25.]-табл1.

Таблица 1.

Частота ПИР МЖ по данным литературы

Источник литературы	Период	Частота
Myocardial Infarction Data Acquisition System (MIDAS) database (2010)	1990-2007	0,25-0,31%
GUSTO trial (15 countries and 1081 hospitals) (2000)	1990-1993	0,2%
GRACE trial 234 hospitals (2010)	2000-2007	0,25%
APEX-AMI trial 349 hospitals in 19 countries (2010)	2004-2006	0,17%

ПИР МЖП чаще встречаются у мужчин нежели у женщин, в соотношении 3:2. [12]. Средний возраст больных с дефектом МЖП, осложнившим острым ИМ – 60 лет (от 44 до 81 лет).

Несмотря на снижение частоты постинфарктных ДМЖП после внедрения тромболитиков и интервенционной терапии, смертность среди пациентов с ПИР МЖП, практически не изменилась, оставаясь в пределах 41-80% при отсутствии коррекции разрыва [9.18]. Так, в первый день после разрыва МЖП несмотря на антитромболитическую терапию м ангиоплатаскук/с энтировапгние КА, летальности составляет 24%-25%, в течении первых за две недели - 65 % больных, 70-92% - в течение 8 недель. Только 7% пациентов доживают до 1 года [23]. Последняя группа больных являются исключением и сопряжена с небольшими разрывами в области МЖП [5].

Несмотря на то, что закрытие ДМЖП дает единственный шанс для пациентов с ПИР МЖП, он сопровождается высокими показателями ранней смертности. Ретроспективный анализ 54 оперированных пациентов (30 с задне-боковым и 24 с передне-апикальным разрывом) показал, что средняя летальность составила 26%. Тем не менее, если учесть данные о естественном течении заболевания, то хирургическое лечение обеспечивает лучшие показатели с хорошим качеством жизни. В этой же группе, выживаемость в сроки 1, 5 и 10 лет (после операции) составила 78%, 65% и 40% соответственно. Через 3 года после операции подавляющее большинство пациентов (17 из 18) находились в классе I или II NYHA, [27].

Особенности формирования ПИР МЖП, факторы риска возникновения разрыва

Для эффективной коррекции ПИР МЖП необходимо понимать весь комплекс морфологических изменений сердца в целом: механизма возникновения ПИР МЖП, морфоструктуры разрыва МЖП, семиотика коронарных артерий(КА), морфо-функциональное состояния миокарда левого и правого желудочков [5].

Изучение коронарного кровоснабжения у пациентов с ПИР МЖП показало, что разрыв чаще развивается на фоне полной окклюзии КА, нежели при критическом стенозе. При этом у 64% пациентов отмечается поражение одной КА [23].

В группе разрыва МЖП - в 96% наблюдений инфаркт-зависимой артерией являлись ПКА или ПМЖВ с частотой полной окклюзии КА в 95%; при этом при окклюзии ПКА определялся разрывы заднебазальной части МЖП, а окклюзии ПМЖВ - передне-апикальные разрывы. Во всех исследуемых препаратах сердца с разрывами заднебазальной части МЖП, отмечено правосторонний тип коронарного кровообращения[27].

Сроки формирования ПИР МЖП варьируют от нескольких часов до 14 дней после наступления ИМ. В предфибринолитическую эру эту патологию в (67,8% обычно диагностировали через 3-7 дней после ИМ, что впоследствии опровергнуто данными SHOCK (год) верифицировавшими среднее время формирования разрыва 16 часов после развития ИМ [22]. При этом, более чем у половины больных (54,8%) такой инфаркт миокарда происходит на фоне полного благополучия, т. е. у пациентов с высокой вероятностью бессимптомного течения ИБС [8].

В более современных работах отмечается сокращение времени диагностики этой патологии до 12-14 часов [13,26]. Для результативности тромболитической и реперфузионной терапии (баллонная ангиопластика и стентирование КА) среднее время от дебюта острого ИМ до разрыва должно проводиться до 24 ч. [28].

Предикторами постинфарктных РМЖП являются: мужской пол (65,4%); возраст после 60 лет; стресс, эмоциональное возбуждение, предшествующие возникновению первого сильного ангинозного приступа; позднее обращение к врачу, поздняя госпитализация; физические нагрузки, продолжающиеся в период развития болевого синдрома; гипертоническая болезнь; слабо развитой системой коллатеральных сосудов.; б) кардиогенный шок, который способствует более раннему возникновению РМЖП на 5,76±5,4 день по сравнению с наблюдениями без кардиогенного шока – 9,38±6,92 дней, $p=0,04$;

Эндоваскулярное закрытие ПИР МЖП

Эндоваскулярная коррекция ПИР МЖП септальными окклюдерами могут использоваться как самостоятельный метод лечения так и для закрытия резидуальных дефектов МЖП, после оперативной коррекции, так и как средство временной гемодинамической поддержки, с последующей операцией хирургического закрытия.

Существует несколько анатомических проблем при выборе пациентов для чрескожного эндоваскулярного закрытия ПИР МЖП [10]. Большинство авторов считают, что дефект, 15 мм, является оптимальным, в значительной степени из-за доступных размеров устройства, а также размера перегородки. При нижних/задних дефектах существуют технические сложности, а прилегающий ТК затрудняет закрытие базальных дефектов. Кроме того, при «свежем» ИМ продолжается некроз и ткани перегородки остаются нестабильными в течение многих дней после ИМ. Поэтому попытка размещения устройства требует как опыта так и расчета размера, формы и границ дефекта.

В частности представлен анализ 13 серий наблюдений, включающий 273 пациента [13]. При проведении данной процедуры в острой фазе (<14 дней), смертность сильно варьировала от 42% до 100%, несмотря на высокий процедурный успех (50-86,2%). Лучшие результаты были получены при лечении в хронической фазе (≥14 дней), снижая смертность до 20-38,9%. Наиболее важными факторами риска смертности были наличие кардиогенного шока и отсутствие реперфузионной терапии в острой фазе.

Анализ 18 наблюдений проведенный Holzer R et al. показал успешность процедуры у 16 из 18 пациентов. 30-дневная смертность составила 28%. Авторы заключают, что чрескожное закрытие ПИР МЖП с использованием устройства Amplatzer представляется безопасным и эффективным. Однако необходимы дальнейшие исследования для оценки долгосрочной эффективности и сравнения результатов с результатами хирургического закрытия [16]. Чрескожное закрытие РМЖП все чаще используется не только как самостоятельный метод устранения РМЖП, применяемый, как правило, пациентам с высоким риском оперативного вмешательства, с целью отсрочить операцию до лучших времен, но также позволяет устранять рецидивирующие дефекты после хирургической коррекции ПИ РМЖП, встречаемость которых варьируется от 13 до 40%. [30].

По данным 3 наиболее крупных серий эндоваскулярной коррекции РМЖП, бучапвших 12,12.и 29 вмешательств результативность составила от до 83 -86%, реканализация заплаты 8,3 – 13,8%, госпитальная летальность 42 – 65% [21.25.30].

Thiele et al. [30]., на ранних этапах коррегировали РМЖП (Amplatzer), в течении одного дня после образования дефекта. Манипуляция успешно осуществилась в 86%, соответственно Qp/Qs с 3,3 уменьшилось до 1,4. Кардиогенный шок развился у 55% больных. Такие осложнения, как рецидив РМЖП, смещение зонтика, разрыв стенки левого желудочка имело место у 41% больных. 30 дневная смертность варьировала (65% – 88%) среди больных осложнившихся кардиогенным шоком и 39% среди остальных пациентов. Частота образования рецидивов РМЖП от 8,3% до 13,8%, что намного ниже чем 73% сообщалось в более ранней серии [13.19.30]

В Монреальском сердечном институте провели исследования, на основании которых предлагают в раннем периоде (5.4 ±5.1 дней) коррегировать РМЖП хирургическим и чрескожным методами. При этом малые РМЖП ≤ 15, мм как самостоятельный метод закрытия с помощью окклюдера и стентирование стенозированные сосуды. А больных, у которых по данным ТЕЕ РМЖП ≥ 15 мм устраняли деффект межжелудочковой перегородки хирургическим путем с аорото – коронарным шунтированием. Раняя послеоперационная смертность составила 33% ; 30 дневная - 42%. [21]

XOLEDOXOLİTİAZIN AKTUALLIĞI VƏ DİAQNOSTİKASI

ƏHMƏDOV C.S.

Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM, Bakı, Azərbaycan
(E-mail: dr.jabirgs@gmail.com)*Actuality and diagnosis of choledocholitis*
Ahmadov J.S.

Summary: Surgical treatment of gallstone disease has been a major development pathway for 139 years after the first cholecystectomy performed in 1882. The use of USI, CT and MRI diagnostic equipment and minimally invasive technology in modern times has enabled new achievements in the treatment of gallstone disease or choledocholitis. We would like to bring the information about this to the attention of surgeons, gastroenterologists and scientific community.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, ultrasound (USI), computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), cholangiography.

Актуальность и диагностика холедохолитиза
Ахмедов Дж.С.

Резюме: Хирургическое лечение желчнокаменной болезни прошлоустойчивое пути развития в течение 139 лет после первой холецистэктомии, выполненной в 1882 году. Использование диагностического оборудования УЗИ, КТ и МРТ и малоинвазивных технологий в наше время позволило получить новые достижения в лечении желчнокаменной болезни в частности холедохолитиаза. Мы хотели бы довести информацию об этом до сведения хирургов, гастроэнтерологов и научного сообщества.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), холангиография.

Açar sözlər: öd daşı xəstəliyi, xoledoxolitiyaz, xolesistektomiya, laparoskopik xolesistektomiya, ultrasəs müayinəsi (USM), Kompüter tomografiya (KT), Maqnit rezonans tomografiya (MRT), xolangiografiya

Tədqiqat mövzusunun aktuallığı. Hal-hazırda, öddəşi xəstəliyinin cərrahi müalicəsi problemi aktual olaraq qalır, çünki əhalinin 15% -nə qədər bu xəstəlikdən əziyyət çəkir və 8-33% xəstələrdə xoledoxolitiyaz rast gəlinir [2, 48]. Xolesistoxoledoxolitiyazın korreksiyası üçün çox sayda minimal invaziv metodun ortaya çıxması səbəbindən cərrahi travmanın minimuma endirilməsi ilə müalicə imkanları genişlənməmişdir [1, 12, 13, 18]. Eyni zamanda, öd yollarının patologiyasının korreksiyası problemi çoxsahəli bir xarakter daşıyır, çünki bir neçə mütəxəssisin - cərrahın, endoskopistin, radioloqun iştirakı lazımdır. Laparoskopik girişdə bir xüsusiyyət ondan ibarətdir ki, xoledoxolitotomiya texniki cəhətdən mürəkkəb manevrlərin yerinə yetirilməsinə ehtiyac olduğu üçün əməliyyat müddətinin artmasına səbəb olur, litoekstrasiya və litotripsiyanın performansında da, müəyyən problemlər yaranır və 10,4% -ə qədər ağırlaşmalarla müşayiət olunur. Hal-hazırda, xolesistoxoledoxolitiyazın müalicəsi üçün əsas metod iki mərhələli və ya çox mərhələlidir. Birinci mərhələdə öd yollarının sanasiyası ilə endoskopik retrograd papilosfink-terotomiya (ERPST), ikinci mərhələdə - xolesistektomiya [4]. Bununla birlikdə, retrograd müdaxilənin həyata keçirilməsi tez-tez qanaxma, kəskin pankreatit, kəskin xolangit, duodenal perforasiya, septik şok kimi fəsadlarla müşayiət olunur, bunlar 1% -dən 19% -ə qədər müşahidə olunur [26]. Ağırlaşmalar rast gəldikdə, xüsusilə cərrahi düzəliş tələb edən sarılıq, xolangit fonunda ölüm halları 0,8 – 30,9% arasında dəyişir [17]. İntraoperativ diaqnoz qoyulmuş xoledoxolitiyaz zamanı müəyyən problemlər yaranır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə patologiyaları aradan qaldırmaq lazımdırsa, retrograd müdaxilənin uğursuzluğu 20% -ə çatır (bu da ikinci bir əməliyyata səbəb olur) və ağırlaşmalar 21,9% -ə qədər artır [29]. Çox mərhələli müalicə zamanı ağırlaşmaların yaranma tezliyi daha çoxdur, çünki müalicənin hər mərhələsində meydana gələ bilər. Mövcud taktiki yanaşmalarla (bir mərhələli, iki mərhələli müalicə, xolesistektomiyadan əvvəl və ya sonra öd yollarının sanasiyası), taktika seçimi problemi hələ də cərrah üçün çətin bir vəzifə olaraq qalır, bu səbəbdən hər bir metodun üstünlüklərini müəyyənləşdirmək vacib məsələlərdəndir [16, 17]. Xoledoxolitiyaz xəstələrinin müalicəsində praktiki nəticələrinin yığılması, minimal invaziv texnologiyaların texniki inkişafı və onların müxtəlif birləşmələri ilə əməliyyat göstərişləri genişlənir və minimal invaziv müdaxilələrin həcmi əhəmiyyətli dərəcədə artır. Hal-hazırda mürəkkəb xolelitiyazın bir mərhələli müalicəsinin istifadəsi taktikası məsələsi tam həll olunmamışdır, bunun bir variantı bir mərhələli xolesistektomiya və prioritet intraoperativ antegrad endoskopik papillosfinkterotomiya (IAEPST) və duodenoskopun nəzarəti altında retrograd litoekstraksiyadır [20].

Xoledoxolitiaz xəstəliyi anlayışına yalnız xoledoxda və ümumi qaraciyər axarının distal hissəsində deyil, həm də proksimal hissələrdə (intra- və ekstrahepatik öd yollarında) daşların olması daxildir. Xolelitiazın müalicəsində əhəmiyyətli nailiyyətlərə, yeni texnologiyalara və metodlara baxmayaraq, mürəkkəb formada ağırlaşma problemi aktual olaraq qalır, çünki xoledoxolitiaz öddəşi xəstəliyinin 8-25% -də, 60 yaşdan yuxarı insanlarda isə 30% -ə qədər rast gəlinir. Kəskin daşlı xolesistitlər zamanı xoleloxolitiaz 35% -ə qədər olur [24, 44].

Birincili və ikincili xoledoxolitiaz fərqlənir. Birinci halda daşlar, öd çamuru- palçıqşəkili, kalsium duzları çökərək birbaşa öd kanalında əmələ gəlir, ikincisi, daşlar öd kisəsindən öd yoluna keçir (97%). Bu vəziyyətdə, ümumi öd axarının diametrinə nisbətən öd kisəsi axarı daha kiçik bir diametrdə müşahidə olunur. Bəzi ədəbiyyat mənbələrinə görə, əksər hallarda öd kisəsində olan xırda kalsium kristalları xoledoxolitiazın əsas yaranma səbəbidir [31]. Xoledoxolitiaz, obstruktiv sarılıq, xolangit, kəskin pankreatit, qaraciyər absesi, qaraciyər və çoxsaylı orqan çatışmazlığı, sepsis, xolangiogen sirroz kimi ağırlaşmalara səbəb olur [3, 10, 39].

Xoledoxolitiaz 35-48% obstruktiv sarılığın yaranmasına səbəb olur, obstruktiv sarılığın ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq əməliyyatdan sonrakı ölüm 0,7-30,9% təşkil edir. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 1,6-59% hallarda müşahidə olunur [10]. Xolangit, xoledokolitiazın ağırlaşması olaraq xəstələrin 3% -dən 50,6% -ə qədər olur və mexaniki sarılıq ilə birlikdə 86,5% -ə çatır, ölüm halları isə 0,8-25% təşkil edir [3, 31]. Kəskin pankreatit, xoledokolitiazın ağırlaşması olaraq, 4-11,7% hallarda baş verir [1, 31,]. Xəstələrin 14- 27% -ində, xoledoxolitiaz, qaraciyər absesi və sepsisə səbəb olur, əməliyyatdan sonra ölüm 5-25% -ə çatır [32, 1]. Öd yollarının çox mürəkkəb xəstəliklərindən biri xolesistoxoledoxial fistula və ya Mirizzy sindromudur, buna görə də bəzi müəlliflər, bu halların 0,3-14% və daha çox yaşlı xəstələrdə rast gəldiyini qeyd edirlər, əməliyyatdan sonra ölüm 5,7% -ə çatır və cərrahi müalicədə ciddi çətinliklər yaranır [3, 25].

Klinik simptomların şiddətindən asılı olaraq B.A. Сотниченко və həmmüəllifləri (2003) xoledoxolitiazın beş formasını ayırd edirlər - xolesistik (38,3%), pankreatik (17,5%), xolangitik (16,7%), ikterik (24%), asimptomatik (3,5%) [28].

Xoledoxolitiazın diaqnostikası. Müxtəlif formaları və klinik təzahürləri, öd yolunda kalsiumun müəyyənləşdirilməsində çətinliklər nəzərə alınmaqla, xoledoxolitiaz ilə mədəaltı vəzi-Oddi sfinkteri zonası xəstəliklərinin differensial diaqnozu mürəkkəbdır. Diaqnostikasında şikayətlərin və xəstəlik tarixinin (sarılıq, xolangit, kəskin pankreatit) hərtərəfli təhlili, obyektiv müayinə, laborator və instrumental müayinələr daxildir ki, bu da düzgün diaqnoz qoymağa və yanaşı patologiyası olan xəstələrin ən optimal müalicə metodlarını müəyyənləşdirməyə imkan verir [8, 10, 31].

Xolesistoxoledoxolitiazın diaqnozu əməliyyatdan əvvəl və intraoperativ, qeyri-invaziv və invaziv üsullara bölünə bilər. Buna görə də, xolangitlə ağırlaşmış xolesistoxolangiolitiaz üçün ən xarakterik klinik şəkil Şarko triadası: hərarətin artması, sarılıq və ağır sindromu daxildir [3, 19, 31]. Əməliyyatdan əvvəl diaqnostikada əhəmiyyətli bir klinik və biokimyəvi tədqiqatlar aparılır. Xolangit ilə xəstələrdə qanın ümumi analizində iltihab prosesinin kəskinləşməsinə xarakterik olan dəyişikliklər (leykositoz, leykositar formulun sola meyilliyi, eritrositlərin çökmə nisbətinin artması (EÇS)) qeyd olunur. Pankreatit, sarılıq və qaraciyər funksiyası testlərində artmaolan xəstələrin 50% -də ümumi öd yollarında daş aşkar edilmişdir. Plazmada qammaglutamyl transferaza (QQT) və qələvi fosfataza (QF) səviyyəsinin artması ümumi öd axarının diametrinin artması ümumi öd axarının tərkibində konkrimentin olduğunu göstərir. QQT, qələvi fosfatazanın və amilazanın artması ilə birlikdə, pankreatitin klinik əlamətləri olmadıqda xoledoxda olan daşın bağırsağa düşməsi haqqında təsəvvür yaranır.

Sarılıq olmadan meydana gələn xoledoxolitiaz diaqnozunda alanin aminotransferazanın (AlAT), aspartat aminotransferazanın (AsAT) və qanda amilazanın artması dolayı yolla öd yolunda daşların olduğunu göstərir [31].

Ümumilikdə xolelitiazın diaqnozu üçün əsas qeyri-invaziv əməliyyatın metodlarına hər cür variantda ultrasəs müayinəsi (USM), spiral kompüter tomoqrafiya (KT), maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT) və maqnit rezonans xolangioqrafiyası daxildir [6, 49]. USM pankreas-öd yolları patologiyasının diaqnostikası üçün əsas qeyri-invaziv seçim metodudur. Ultrasəs müayinəsi zamanı xoledoxolitiaz üçün əsas dolayı meyar öd yollarının diametridir. 0,5 sm-ə qədər olan xoledoxun daxili diametri normaldır. 0,6-0,7 sm-həmçinin, normal sayıla bilər. Xoledoxun 0,8 sm və daha geniş olması bir patoloji prosesi göstərir; qaraciyər qapısından 2-3 sm məsafədə ölçülən sağ və sol qaraciyərəxarlarının diametri 0,2-0,3 sm-dən çox deyildir. Əvvəlcə ümumi öd axarının genişləndiyini, sonra ümumi qaraciyər axarının genişləndiyini və nəhayət - intrahepatik axarlalların genişləndiyi aşkarlanır [21]. Ultrasəs müayinəsi qaraciyərdə və öd kisəsində dəyişiklikləri yüksək etibarlılıqla (98% -ə qədər) ən qısa müddətdə və xüsusi hazırlıq görmədən müəyyən etməyə imkan verir [14, 22]. Ekstrahepatik öd yollarının diaqnozunda o cümlədən mexaniki sarılıq ilə 98% xəstənin müəyyən bir hazırlığı olmadan dinamik ultrasəs diaqnostika üsulunun həssaslığı 86,4% -ə çatır [10, 24, 31]. Bundan əlavə, xoledoxolitiazın aşkarlanma tezliyi çox xoledoxun ölçüsü dəyişmədikdə 0,3% olduğu halda, öd hipertenziyasının əlamətləri öd yolu 10 mm-dən çox olduqda 38% -ə qədər artır. Dəyişməmiş öd kanalında daşların olması halında (6 mm-ə qədər) bu metodun məlumat tərkibi % etibarlı ilə azalır [21, 22, 49].

Bununla birlikdə, ultrasəs müayinəsinin müəyyən çatışmazlıqları var: yerli və xarici müəlliflərin fikrincə, səhvlərin sayı 12 - 38% arasında olur. Dürüstlük 51,4 ilə 98,7% arasında dəyişir, öd yolundakı daşların USM-in diaqnostik dürüstlüyü 25,4-56% arasındadır [32,45].

Daşlar xoledoxun retroduodenal, pankreatik və intramural hissələrdə olduqda, habelə diametri 5 mm-dən az olduqda öd yollarında daşların müəyyənləşdirilməsində bəzi çətinliklər baş verir. Öd yollarının genişlənməsi halında, hiperbilirubinemiya olmadıqda belə, öd yollarında daşlarının aşkarlanma tezliyi 15 - 38% arasındadır. M.V. Timerbulatova (2015) və H.K. Lee et al. (2009) müəlliflərə görə - xəstənin cinsiyyəti və bədən kütləsi indeksi ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə təsir göstərir [29, 42].

Ultrasəsin bir modifikasiyası, onikibarmaq bağırsağın Fater məmæciyinin patologiyasında diaqnostikanın həssaslığını artıran endoskopik ultrasəs müayinəsidir. Endoskopik ultrasəs müayinəsi vizualizasiyanın imkanlarını artırır, səbəbi müəyyənləşdirməyə və patologiyaları fərqləndirməyə imkan verir. Bu metodun üstünlüyü bir neçə müəllifə görə 100% -ə yaxınlaşan qeyri-invazivlik, sadəlik, ucuz qiymət və yüksək dəqiqlikdir [6, 49]. Beləliklə, qaraciyərlə bağlı anamnezi, dəyişilmiş biokimyəvi laborator müayinələri (qələvi fosfataza, QQT, bilirubin, ALAT, AsAT), xoledoxun 8 mm və daha çox genişlənməsi, kəskin xolangit, pankreatit, obstruktiv sarılıq klinik mənzərəsinin olması və əməliyyat öncəsi ultrasəs müayinəsinə görə öd yollarında daşın vizuallaşdırılması xoledoxolitiaz üçün müsbət diaqnostik meyar hesab olunur [8, 22, 29, 32].

Kompüter tomoqrafiya hepatopankreato-duodenal sistemin patologiyasının aşkarlanmasında diaqnostik imkanları xeyli genişləndirdi. Xoledoxolitiazın diaqnostikasında öd yolları genişlənməyibsə (6 mm-ə qədər), bu vəziyyətdə öd yollarında daşlar görünürsə, bu metodun informativlik dərəcəsi məhdudlaşır. Öd ilə eyni sıxlığa malik olduğuna görə xolesterol daşları da, kompüter tomoqrafiya (KT) ilə aşkar edilmir. Daşlarda kalsifikasiya- sərtləşmə olduqda, axardakı varlığını diaqnozlaşdırmaq mümkün olur. Digər hallarda, yalnız dolaylı yolla ödəyin və pankreas şirəsinin keçməsinə maneə törətməyən birləşmələrin mövcudluğunu müəhkimə etmək olur.

Metodun ümumi diaqnostik effektivliyi venadaxili kontrastın köməyi ilə artırıla bilər. Obstruktiv sarılıq ilə spiral KT-nin həssaslığı 95,6% -ə çatır. Xoledoxolitiaz xəstəliyinin diaqnostikasında KT istifadə edərək səhvlər 10-42% arasında baş verir [15, 22, 33].

Maqnit Rezonans Tomoqrafiya (MRT) xoledoxolitiaz xəstəliyinin diaqnostikasında çox effektiv, qeyri-invaziv metoddur. Təcrübədə xolangioqrafiya rejiminin tətbiqi ilə bu texnikanın imkanları artır. Bu diaqnostik prosedura, maqnit rezonanslı xolangioqrafiya (MRT- xolangioqrafiya), həm intrahepatik, həm ekstrahepatik öd yollarının, pankreas axacaqlarının, öd yolları sisteminin vahid görüntüsünü əldə etməyə imkan verir, mədəaltı vəzi zonasının orqanlarının vəziyyətini və axar tıxanması, kanal kateterizasiyası və intraduktal hipertansiyadan qiymətləndirməyə imkan verir. [3, 31, 43]. Xoledoxolitiazı aşkar etmək üçün kifayət qədər dəqiq olmasa da MRT- xolangioqrafiya öd yollarının anatomiyasını əvvəlcədən öyrənmək üçün dəyərli bir üsuldür. Lakin bu üsul cərrahi müalicədə texniki çətinliklərin dəqiq proqnozlaşdırılmasına imkan vermir. MRT-xolangioqrafiyanın həssaslığı 81-100% -dir, öd yollarının patologiyası üçün spesiflik 72,7-98% -ə uyğundur və obstruktiv sarılıqlar zamanı 100% -ə çatır [22, 33, 31]. Mirizy sindromu zamanı N.A. Postrelova et al. (2015) görə bu müayinənin effektivliyi 100% -ə yaxınlaşır [25].

MRT-xolangioqrafiyanı yerinə yetirmək bir çox hallarda öd yollarının birbaşa kontrast vurularaq yoxlanması üsullarını - retrograd pankreatoxolangioqrafiya, perkutan transhepatik xolangioqrafiya əvəz etməyə imkan verir. Birbaşa retrograd pankreatoxolangioqrafiyadan sonra öd yollarının patologiyasının korreksiyasına 30-73,8% ehtiyac olur. Beləliklə, MRT- xolangioqrafiya invaziv diaqnostik müdaxilələrin qarşısını almağa imkan verir [7, 37].

Qaraciyər və öd kisəsinin dinamik radioizotop sisinti qrafiyası qaraciyərin funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi də, daxil olmaqla hepatobiliar sistemin funksional vəziyyətini, öd kisəsinin qatılaşdırma və motor funksiyasını və öd yolunun keçiriciliyini hərtərəfli öyrənməyə imkan verir.

Nisbətən yaxın vaxtlara qədər xolangiolitiaz şübhə olan xəstələrə ekskretor xolangioqrafiya aparırdılar. Bununla birlikdə, yeni müayinə metodlarının ortaya çıxması və diaqnostik məlumatların az olması səbəbindən ekskretor xolangioqrafiya praktik olaraq hazırda istifadə olunmur [15].

Xoledoxolitiaz xəstəliyi olan xəstələr üçün invaziv diaqnostik metodlara fibrogastroduodenoskopiya, endoskopik retrograd xolangiopankreatoqrafiya, perkutan transhepatik xolangioqrafiya, diaqnostik laparoskopiya, cərrahi xolangioqrafiya, intraoperativ ultrasəs müayinəsi və angiografiya daxildir.

Fibrogastroduodenoskopiya (FQDS) ilə, qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasında dəyişikliklər, həmçinin pankreatitin dolayı əlamətləri (mədənin fundusunda eroziyanın olması, mədənin və onikibarmaq bağırsağın arxa divarının kənardan sıxılaraq deformasiyası) qiymətləndirilir. Differensial diaqnostika baxımından onikibarmaq bağırsağın böyük duodenal məmæciyənəzərdən keçirilir: polipləri, şişləri, divertikulları, öd daşlarının məmæcikdə tıxanmasını müəyyən etməyə imkan verir [9, 30].

Xoledoxolitiazın birbaşa diaqnozunun əsas metodu endoskopik retrograd pankreatoxolangioqrafiyadır (ERP XQ). İlk dəfə uğurlu endoskopik ERPXQ K. Rabinov (1965) və G. Simon (1968) tərəfindən həyata keçirilmişdir [5]. ERPXQ ekstra və intrahepatik xolestazi olan xəstələrdə edilə bilər. Bu üsul hepatoduodenal zonanın xəstəliklərinin

dəqiq və nisbətən sadə differensial diaqnozu aparmağa və minimum vaxt intervalı ilə adekvat terapevtik taktika seçməyə imkan verir. Bu tədqiqatın aparılması zamanı diaqnozun qoyulması olduqca dəqiqdir (halların 79-98% -i) (öd ağacına nisbətən daşların olması və yerləşməsi) [8, 27]. ERPXQ üçün göstərişlər sarılıq və pankreatit, sarılıq, xüsusən də bəlli olmayan etiologiyalı xəstəliklər, qaraciyər fermentlərinin aktivliyi, genişlənmiş öd yolu və içində daşların olması, ultrasəs müayinəsinə görə öd yolu, ümumi ödxarında bir blokadanın əlamətləridir [11].

ERPXQ iki əsas mərhələni - FEQDS və öd yollarının birbaşa kontrastlaşmasını əhatə edir. FEQDS həyata keçirildikdən sonra, göstəriş varsa (qeyri-invaziv diaqnostikaya görə biliar hipertenziya əlamətləri, sarılıq, öd axarının distal hissəsinin daralması, tıxanması əlamətləri), fəter məməciyi konyulyasiya edilir, od yollarının kontrastlaşdırılması və vizuallaşdırılması aparılır. Retrograd müdaxilələr xoledoxolitiyazın ağır formaları üçün əməliyyatdan sonrakı və ya digər anatomiyanın pozulması halları, böyük ölçülüəlvərişsiz forma və lokalizasiyalıdaşların olması, manipulyasiya üçün çox çətin və təhlükəlidir [23, 38, 40]. 1,6-30% hallarda rast gəlinən parapapilyar divertikullar (yaşlılarda 80% -ə qədər) varsa 10-30% hallarda endoskopik olaraq böyük duodenal məməciyə girmək mümkündür. Retrograd transpapilyar müdaxilədən sonra yaranan fəsadlar 0,8-36%, ölüm 0.05- 4% arasında dəyişir [15, 33]. ERPXQ-dən yaranan ağırlaşmalara kəskin pankreatit, kəskin xolesistit, irinli xolangit, pankreas sistlərinin yaranması, qanaxma və öd yollarının zədələnməsi daxildir [8,45]. Buna görə, bu araşdırma üçün göstəriciləri diqqətlə müəyyənləşdirməyə dəyər. Buna görə A. Liverani et al. (2013), ERPXQhəyata keçirdikdən sonra yalnız 30-73% öd yolları patologiyasının cərrahi müalicəsinə ehtiyac olduğunu qeyd edirlər [34].

Perkutan transhepatik xolangiografiya tətbiqi ilə bağlı ilk hesabatları J. Remolar (1956) və S.I. Seldinger (1957) vermişlər [46, 47]. Perkutan transhepatik xolangiografiya əvvəlcə nisbətən qalın sərt iynələr ilə aparılmışdır, buna görə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların riski (hemobiliya, öd peritoniti, xolangit, absesin əmələ gəlməsi, pnevmotoraks və s.) yüksək olmuşdur. Nadir hallarda məhdud göstərişlər üçün istifadə olunur. Hal-hazırda bu metod diaqnostik avadanlıq və maddi bazanın yaxşılaşdırılması ilə əlaqədar olaraq arsenalda olmağa davam edir. Perkutan transhepatik xolangiografiya ümumi öd yollarının şöbələri, konfigurasiyası, daşların ölçüsünü və lokalizasiyasını dəqiq müəyyənləşdirməyə imkan verir. Bu metodun informativliyi 98% -dir və bu tədqiqat hər hansı əməliyyatın aparılmasına göstəriş ola bilər. [3, 36, 41]. Bununla birlikdə ağırlaşmaların riski qalır, bu da 1- 9,3% arasında dəyişir [18, 35]. Elmi texniki tərəqqinin inkişafı ilə əlaqədar olaraq öd yolları patologiyalarının yeni müayinə - diaqnostika üsullarının yaranacağına inanırıq.

ƏDƏBİYYAT:

1. Алиев Ю.Г. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулёзным холециститом / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, М.А. Чинников и др. // Хирургия. – 2014. – № 1. – С. 30-33.
2. Ардасенов Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза / Т.Б. Ардасенов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 23-28.
3. Ахаладзе, Г.Г. Синдром Мириizzi. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / Г.Г. Ахаладзе. – М. изд-во ГЭОТАР-М, 2016. – 565-573 с.
4. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин / Монография. М.: ИМА-пресс, 1996. – С. 30-50.
5. Бекбауов, С.А. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении больных с синдромом механической желтухи / С.А. Бекбауов, А.Е. Котовский, К.Г. Глебов // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 4. – С. 81-86.
6. Бобоев, Б.Д. Роль эндоскопической ультрасонографии в диагностике холедохолитиаза и воспалительных стриктур желчных протоков / Б.Д. Бобоев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – № 3. – С. 39-41.
7. Брегель А.И. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при нарушении пассажа желчи / А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, В.В. Андреев // Альманах института им. А.В. Вишневского. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – С. 382.
8. Ветшев, П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы / П.С. Ветшев // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 50-57.
9. Габриэль С.А. Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства в диагностике и лечении больных с заболеваниями органов панкреатобилиарной зоны / С.А. Габриэль, В.М. Дурлештер, В.Ю. Дынько и др. // Хирургия. – 2015. – № 1. – С. 30-34.
10. Гальперин, Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин, О.Н. Момунова // Хирургия. – 2014. – № 1. – С. 5-9.
11. Глебов, К.Г. Эндоскопическое лечение папиллостеноза / К.Г. Глебов, А.Е. Котовский // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 34-36.

12. Дворянкин Д.В. Дифференцированная, одномоментная (лапароскопическая и эндоскопическая) хирургическая тактика при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой / Д.В. Дворянкин, А.В. Кочетков, С.Б. Кравец и др. // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2015. – № 2: Тезисы XII съезда хирургов России г.
13. Егиев В.Н. Первый опыт лапароэндоскопической «Rendezvous» методики в одномоментном лечении сочетания острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом / В.Н. Егиев, К.Д. Далгатов, К.В. Василенко и др. // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – С. 597-598.
14. Ермолов, А.С. Тактика лечения острого холецистита, осложнённого холедохолитиазом / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов и др. // Хирургия. – 2014. – № 1. – С. 10-14.
15. Жерлов, Г.К. Механическая желтуха: некоторые аспекты диагностики и хирургического лечения / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, К.М. Аутлев. – Томск: изд-во Том. ун-та, 2007. – с. 43.
16. Карпов О.Э. Сочетанное применение ретроградного и антеградного доступов при сложном холедохолитиазе / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, С.В. Бруслик, А.С. Маады // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – Т.18. – № 1. – С. 59-62.
17. Ковалевский А.Д. Антеградная ассистенция как метод повышения безопасности при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии / А.Д. Ковалевский // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических
18. Королев М.П. Холедохолитиаз в сложных и нестандартных ситуациях / М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян, Б.Л. Федотов // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – С. 300-301.
19. Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство под редакцией Савельева В.С. – ГЭОТАР-медиа, 2009. – Т. 2. – 826 с.
20. Левченко Н.В. Антеградная папиллотомия с применением высокоэнергетического лазерного излучения / Н.В. Левченко, В.В. Хрячков, Р.Р. Шавалиев // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – С. 642.
21. Лидов П.И. Расширение внутривенных желчных протоков в ультразвуковой диагностике механических желтух / П.И. Лидов, М.Г. Негребов, Н.Л. Травникова и др. // Материалы XIII международного конгресса хирургов гепатологов, Алматы. – 2006. – № 11 (3). – С. 98.
22. Майстренко Н.А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов, А.С. Прядко и др. // Анналы хирургии гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 26-34.
23. Малаханов, С.Н. Осложнения, ошибки и неудачи эндоскопических чрессосочковых вмешательств / С.Н. Малаханов, Д.А. Балалыкин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 2. – С. 47-50.
24. Оноприев, А.В. Эндоскопическая ультразвуковая диагностика холедо-холитиаза / А.В. Оноприев, А.Н. Катрич, С.А. Габриэль // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 1, Т. 2. – С. 129-132
25. Пострелов, Н.А. Клинико-анатомическая оценка синдрома Мириizzi / Н.А. Пострелов, А.А. Шишкин, А.В. Лодыгин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 121, Т. 9. – С. 52-58.
26. Праздников Э.Н. Первые результаты лечения холецистохоледохолитиаза у пациентов с механической желтухой с использованием интраоперационной холедохоскопии и лазерной литотрипсии / Э.Н. Праздников, С.М. Семенов, К.Э. Миронов // Мат. Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2016. – № 1: Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва. – С. 167.
27. Румянцев, И.П. Сравнительная оценка эффективности лапароскопического оперативного доступа и минидоступа при хирургическом лечении холедохолитиаза : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И.П. Румянцев – Санкт-Петербург, 2009. – 26 с.
28. Сотниченко Б.А. Новые технологии в диагностике и лечении осложнённых форм холецистохоледохолитиаза / В.И. Макаров, Н.В. Савинцева и др. // Материалы XIII международного конгресса хирургов гепатологов. – Алматы. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 112.
29. Тимербулатов, М.В. Современные малоинвазивные методы лечения при остром калькулезном холецистите осложненным холедохолитиазом, механической желтухой / М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, Т.М. Зиганшин // Альманах института им. А.В. Вишневого. – 2015. – № 2: Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. – С. 1187-1188.
30. Хаджибаев, А.М. Комплексная видеоэндоскопическая, лучевая диагностика и малоинвазивное лечение синдрома механической желтухи / А.М. Хаджибаев, Ф.А. Хаджибаев, С.О. Тилемисов // Эндоскопическая хирургия. – 2015. – № 1. – С. 7-12.

31. Шаповальянц, С.Г. Холедохолитиаз, холангит, абсцессы печени. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / С.Г. Шаповальянц. – ГЭОТАР-М, 2016. – С. 536-542.
32. Шевченко Ю.Л. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т.16, №3. – С. 9-15.
33. Шевченко Ю.Л. Хирургическая тактика при синдроме механической желтухи / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко и др. // Вестник национального медикохирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. – Т. 4, № 1. – С. 10-13
34. Al. Liverani One-step laparoscopic and endoscopic treatment of gallbladder and common bile duct stones: our experience of the last 9 years in a retrospective study / Al. Liverani, M. Muroi, F. Santi et al. // Am Surg. – 2013. – Vol. 79, N 12. – P. 1243-1247.
35. Chaitowitz, I.M. Management of iatrogenic portobiliary fistula following biliari stent / I.M. Chaitowitz, R. Heng, K.W. Bell // Australas. Radiol. – 2007. – N 51. – P. 316-318.
36. Chen C. Reappraisal of percutaneous transhepaticcholangioscopic lithotomy for primary hepatolithiasis / C. Chen, M. Huang, J. Yang et al. // Surg. Endoscop. – 2005. – Vol. 19, N 4. – P. 505-509.
37. El-Geidie, A.A. Single-session minimally invasive management of common bile duct stones / A.A. El-Geidie // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, N 41. – P. 15144-15152.
38. Fukino N. Impaction of a lithotripsy basket during endoscopic lithotomy of a common bile duct stone / N. Fukino, T. Oida, A. Kawasaki et al. // Wld J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, N 22. – P. 2832-2834.
39. Gurusamy, K.S. Erlyversus delayed laparoscopic cholecystectomy for biliary colic / K.S. Gurusamy, K. Samraj, G. Fusai // Cochr. Database Syst. Rev. – 2008. – Vol. 8, N 4. CD007196.
40. Kim H.J. Factors influencing the technical difficulty of endoscopic clearance of bile duct stones / H.J. Kim, H.S. Choi, J.H. Park et al. // Gastrointest Endosc. – 2007. – N 66. – P. 1154-1160.
41. Köcher M. Percutaneous treatment of benign bile duct strictures / M. Köcher, M. Cerna, R. Havlik et al. // Eur. J. Radiol. – 2007. – Vol. 62, N 2. – P. 170-174.
42. Lee, H.K. The association between body mass index and the severity of cholecystitis / H.K. Lee, H.S. Han, S.K. Min // Am. J. Surg. – 2009. – Vol. 197, N 4. – P. 455-458.
43. Lu J. Two-stage vs single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones / J. Lu, Y. Cheng, X.Z. Xiong et al. // World J. Gastroenterol. – 2012. – N 18. – P. 3156-3166
44. Marschall, H.U. The genetic background of gallstone formation: an update. Biochem. Biophys / H.U. Marschall, D. Katsika, M. Rudling // Res. Commun. – 2010. – Vol. 369, N 1. – P. 58-62.
45. Rábago L.R. Single-stage treatment with intraoperative ERCP: management of patients with possible choledocholithiasis and gallbladder in situ in a non-tertiary Spanish hospital / L.R. Rábago, I. Chico, D. Collado et al. // Surg Endosc. – 2012. – Vol. 26, N 4- P. 1028-1034
46. Remolar J. Percutaneous transhepatic cholangiography / J. Remolar, S. Katz, B. Rybak et al. // Gastroenterology. – 1956. – Vol. 31, N 1. – P. 39-46.
47. Seldinger, S.I. A simple method of catheterization of the spleen and liver / S.I. Seldinger // Acta. Radiol. – 1957. – vol. 48? N 2. – P. 93-96
48. Trikudanathan, G. Endoscopic management of difficult common bile duct stones / G. Trikudanathan, U. Navaneethan, M.A. Parsi // World J Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, N 2. – P. 165-173
49. Vazquez-Segueros E. Diagnostic accuracy and therapeutic impact of endoscopic ultrasonography in patients with intermediate suspicion of choledocholithiasis and absence of kinging in magnetic resonance cholangiography / E. Vazquez-Segueros, F. Gonzales-Panizp-Tamargo, D. Boixeda-Miguel, J.M. Milicua // Rev. Esp. Enferm. Dig. (Madrid). – 2011. – Vol. 103, N 9. – P. 464-471

Рәғи: ATU-nun II cərrahi xəstəliklər kafedrasının assistenti:

t.ü.f.d. Qasımov R.Ş.

Redaksiyaya 28.01.2021-ci il tarixində daxil olmuşdur.

ÇİNGİZ BAYRAM OĞLU QULİYEV **80 İL**



Azərbaycan Respublikasının Əməkdar həkimi, “Azərbaycan Uşaq Cərrahlar Assosiasiyası” İctimai Birliyinin sədri, tibb elmləri doktoru, ATU-nin Uşaq cərrahlığı kafedrasının professoru Çingiz Bayram oğlu Quliyevin 2 yanvar 2021-ci ildə anadan olmasının 80, elmi-pedaqoji və təcrübi fəaliyyətinin 52 ili tamam olur.

Çingiz Bayram oğlu Quliyev 2 yanvar 1941-ci ildə Qarabağın dilbər güşələrindən biri olan Cəbrayıl rayonunun Horovlu kəndində anadan olmuşdur. 1962-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutuna daxil olmuşdur.

O, institutda oxuduğu illərdə tələbə elmi cəmiyyətinin fəal üzvlərindən biri olmuş və elmi-tədqiqatı işinə xüsusi maraq göstərmiş-dir. O institutu bitirəndə artıq 400-dən çox cərrahi əməliyyatlarda assistent kimi iştirak etmiş və bir çox cərrahi əməliyyatları sərbəst icra etmişdir. 1968-ci ildə institutu bitirəndən sonra Böyük Elmi Şuranın qərarı ilə yaxşı oxuyan və tələbə elmi cəmiyyətinin fəal üzvlərindən 5 nəfəri Moskvaya və 5 nəfər tələbəni isə Leninqrada Neyrocərrahiyyə ixtisası üzrə kliniki ordinaturaya və aspiranturaya göndərmək qərara alınmışdır. Leninqrada göndərilən tələbələr arasında Çingiz Quliyev də var idi. O, 1968-1973-cü illərdə A.L. Polenov adına ET Neyrocərrahiyyə İnstitutunda kliniki ordinaturanı və aspiranturayı qurtararaq 1973-cü ildə “Uşaqlarda qapalı kəllə-beyin travmasının kəskin və uzaq dövrlərdə klinikası, diaqnostikası və müali-cəsi” mövzusunda tibb elmləri namizədi (tibb üzrə fəlsəfə doktoru) dissertasiyasını müdafiə etmişdir.

1974-cü ildə ADTİ-un Uşaq cərrahlığı kafedrasına assistent vəzifəsinə seçilmişdir. 1976-1981-ci illərdə həmin kafedranın dosenti işləmişdir..

1970-1982-ci illərdə Ulu öndər Heydər Əliyevin böyük səyi nəticəsində keçmiş Sovetlər İttifaqının Moskva, Leninqrad, Kiyev və b. mərkəzi şəhərlərin aparıcı İnstitutlarında Azərbaycan üçün doktorantura təşkil olunmasına nail olunmuşdur. ADTU-n Böyük Elmi Şurasının qərarı ilə 1982-ci ildə Uşaq Cərrahlığı kafedrasından dosent Çingiz Quliyev Leninqrad Pedaitriya İnstitutunun Uşaq cərrahlığı kafedrasına doktoranturaya göndərmişdir. 1984-cü ildə SSRİ MEA-n müxbir üzvü, tibb elmlər doktoru, professor Qrey Əliyeviç Bairovun rəhbərliyi altında “Uşaqlarda qarın boşluğu üzvlərinin kəllə-beyin travması ilə müştərək zədələnməsi” mövzusunda doktorluq dissertasiyası müdafiə etmişdir.

1985-ci ildə Çingiz Quliyev ADTU-un Uşaq cərrahlığı kafedrasına professor vəzifəsinə seçilmişdir. O, 1985-1994-cü illərdə kafedranın professoru və tədris hissə müdiri işləmişdir. 1995-2017-ci ilin sonuna kimi (22 il) ATU-n uşaq cərrahlığı kafedrasının müdiri, 2018-ci ildən isə həmin kafedranın məsləhətçisi professoru vəzifəsində çalışır.

Onun kafedraya rəhbərlik etdiyi illərdə tədris, elmi və praktiki səhiyyə sahəsində böyük nəəliyyətlər əldə olunmuşdur. İlk dəfə olaraq 2000-ci ildə onun tərəfindən latın qrafikası ilə “Uşaq cərrahlığı” dərsliyi çap olunmuşdur. Bu dərsliyə görə o, 2001-ci ildə Azərbaycan Respublikasının “Təhsil” Cəmiyyətinin diplomuna və mükafata layiq görülmüşdür. Bu dərslək sonradan 2005-ci və 2008-ci ildə yenidən işlənərək təkrarən çap edilmişdir.

Professor Ç.Quliyev uşaq cərrahlığının müxtəlif aktual problemlərinə həsr edilmiş, yerli və xarici tibbi mətbuatında çap olunmuş 328 elmi işlərin, 3 – uşaq cərrahlığı dərsliyinin, 3 – dərsl vəsaitinin, 5 – monoqrafıyanın, 2 – rəhbərliyin, 1 – atlasın, 15 – tədris-metodik vəsaitlərin, 7 – səmərələşdirici təklifin, 1 – ixtiranın müəllifidir. Azərbaycanda “Uşaq cərrahlığı” kafedrasının inkişaf tarixi kitabı da ilk dəfə olaraq 2010-cu ildə Çingiz Quliyev tərəfindən yazılmışdır.

Rəhbərliyi altında 2 tibb üzrə elmlər doktoru, 11 tibb üzrə fəlsəfə doktoru dissertasiyaları yerinə yetirilmişdir.

Professor Ç.Quliyev geniş diapozona malik bir cərrahdır. O, baş və onurğa beynində, üz və boyun nahiyəsində, yemək borusunda, döş qəfəsi və qarın boşluğu üzvlərində, sidik-cinsiyyət, dayaq-hərəkət orqanlarının inkişaf qüsurlarında və cərrahi xəstəliklərində yüksək peşəkarlıqla cərrahi əməliyyatlar aparır.

Bütün bunlar imkan vermişdir ki, onun rəhbərliyi altında Uşaq cərrahlığının müxtəlif sahələrini əhatə edən elmi-praktiki istiqamətlər müəyyənləşdirilsin. (Hirsprung xəstəliyinin və anorektal nahiyənin inkişaf qüsurlarının, exinokokkoz xəstəliyinin, bağırsağ keçməzliyinin, kriptorxizmin cərrahi müalicəsi, uşaqlarda peritonitlər zamanı regional limfotrop terapiya və ultrasəs kavitasiyası, xroniki hematogen osteomilitin müalicəsində toxumadaxili antiseptiklərin tətbiqi və cərrahi taktikanın seçilməsi, uşaqlarda kəskin qastroduodenol qanaxmaların kompleks müalicəsində yerli hemostatiklərin endoskopik tətbiqi, uşaqlarda sidiklik-sidik axarı reflüksunun cərrahi və endoskopik korreksiyası və s.). Bu istiqamətlərdə əldə olunan elmi nəaliyyətlər ümumiləşdirilərək tibb üzrə elmlər doktoru və tibb fəlsəfə üzrə doktoru dissertasiyaları yazılmış və əldə olunan nəticələr praktiki səhiyyəyə tətbiq olunur.

Gərgin fəaliyyəti ilə elmin yüksək zirvəsini fəth edən professor Çingiz Quliyev 1995-ci ildə ilk dəfə yoğun bağırsağın ağır anadangəlmə inkişaf qüsuru olan Hirsprung xəstəliyinin cərrahi müalicəsi Respublikamızda onun tərəfindən həyata keçirilmiş, bu qüsurla olan çoxsaylı xəstələr onun təklif etdiyi ixtira ilə şəfa tapmışdır.

Professor Ç.Quliyev elmi, pedaqoji, praktiki fəaliyyətlə yanaşı geniş ictimai və xeyriyyəçilik işləri ilə də məşğul olur. O, 25 il Respublika Səhiyyə Nazirliyinin baş uşaq cərrahi işləmişdir. Hazırda “Azərbaycan Uşaq Cərrahlar Assosiasiyası” İctimai Birliyinin sədridir. Baş uşaq cərrahi kimi Respublikada şəhər və rayonlararası regional uşaq cərrahiyyə mərkəzlərinin, şöbələrinin, palatalarının təşkil olunmasında, regionlarda uşaq cərrahlarını elmi-praktiki tövsiyyələrlə təmin olunmasında, elmi-praktiki konfransların keçirilməsində, təcili hallarda rayon həkimlərinə praktiki cərrahi köməkliyin göstərilməsində, həkimlərin ixtisas artırma kurslarına cəlb olmasında və s. lazımı köməklik göstərmişdir.

Professor Ç.Quliyev ATU-n fakültə və Böyük Elmi Şuralarının üzvü, Ali Attestasiya Komissiyasının tibb üzrə elmlər doktoru və tibb üzrə fəlsəfə doktoru dissertasiyalarının müdafiə şuralarının üzvü, Universitet Mərkəzi Metodik Şurasının üzvü, Universitetin cərrahiyyə üzrə Problem Komissiyasının sədri, Cərrahiyyə, Travmatologiya və Ortopediya, Urologiya Cərrahi Cəmiyyətlərinin üzvü, bir çox yerli və Beynəlxalq Cərrahiyyə jurnallarının Rəyasət Heyətinin üzvü kimi də ictimai işlərin yerinə yetirilməsində böyük səylər göstərmişdir.

Professor Ç.Quliyev böyük xeyriyyə işləri ilə də özünə böyük sevgi və hörmət qazanmışdır. Professor Ç.B.Quliyevin xidmətləri Dövlətimiz tərəfindən yüksək qiymətləndirilmişdir. 20 sentyabr 2010-cu ildə ona Azərbaycan Respublikasının “Əməkdar Həkim” fəxri adı verilmişdir. O, ATU-n və Səhiyyə Nazirliyinin “Fəxri Fərmanları” ilə təltif olunmuşdur.

Professor Çingiz Quliyev bir ziyalı, müdrik insan, obyektiv və prinsipial müəllim, cərrah, elm adam kimi Respublikamızda özünün yeni bir uşaq cərrahlığı məktəbini yaratmışdır.

“Azərbaycan Cərrah və Qastroenteroloqlar” İctimai Birliyi və “Cərrahiyyə” jurnalının redaksiya heyətinin üzvləri Prof. Ç.Quliyevi yubiley münasibətilə təbrik edir, ona uzun ömür, işlərində və elmi-pedaqoji, praktiki işində uğurlar arzulayırlar.

Yubiley

MUSAYEV XALƏDDİN NOVRUZ OĞLU 60 İL



Musayev Xaləddin Novruz oğlu 13 yanvar 1961 ci ildə Samux rayonunun Füzuli kəndində anadan olmuşdur. 1968 ci ildə 1 ci sinfə daxil olmuş 1978 ci ildə Samux rayon M.Ə.Sabir adına orta məktəbin 10 cu sinifini bitirmişdir. Həmin il N.Nərimanov adına ATİ nin müalicə profilaktika fakültəsinə daxil olmuş. 1984 cü ildə institutu fərqlənmə diplomu ilə bitirərək həkimixtisasına yiyələnmişdir. 1984 – 1985 ci ildə Bakı şəhər 2 saylı M.Əfəndiyev adına klinik xəstəxanada cərrahiyyə üzrə internatura keçərək cərrah ixtisasına yiyələnmiş. 1985 – 1988 ci illərdə təyinatla Sumqayıt şəhər 1 saylı birləşmiş xəstəxanasında həkim cərrah vəzifəsində işləmişdir. 1988-ci ilin oktyabrında akad.M.A.Topçubaşov adına ET Kliniki və Eksperimental Cərrahiyyə İnstitutuna müsabiqə yolu ilə əyani aspiranturaya qəbul olmuş və 1991-ci ilin oktyabrında dissertasiya işini ilkin aprobasiya edərək aspiranturayı bitirmiş və AR Səhiyyə Nazirliyinin göndərişi ilə ET Qastroenterologiya institutunun “Yoğun və düz bağırsağın cərrahi xəstəlikləri” şöbəsinə kiçik elmi işçi vəzifəsinə seçilmişdir. 1992-ci ilin may ayında “ Mədəaltı vəzin pankreatoduodenal və kaudokorporal rezeksiyasından sonrakı nəticələrin yaxşılaşdırılması yolları” (eksperimental tədqiqat) mövzusunda dissertasiya işini müdafiə edərək tibb elmləri namizədi elmi adını almış. 1996 – 1999-cu illərdə baş elmi işçi vəzifəsində işləmiş və 1999-cu ildə ATU nin II cərrahi xəstəliklər kafedrasına asistent vəzifəsinə seçilmişdir. 2006-cı ildə ATU nin II cərrahi xəstəliklər kafedrasının bazası olan akad.M.A.Topçubaşov adına ECM də yeni təşkil olunmuş koloproktologiya şöbəsinin müdiri vəzifəsinə əvəzçiliklə təyin edilmişdir. Elmi işini davam etdirərək 2011-ci il 19 oktyabrda “Qeyri şiş etiologiyalı proktoloji xəstəlikləri olan qadınların cərrahi müalicəsi və tibbi reabilitasiyası” mövzusunda doktorluq dissertasiya işini müdafiə edərək 2012-ci il iyun ayında AR Prezidenti yanında AAK-nın qərarıyla tibb elmləri doktoru elmi adı verilmişdir. 2012-ci ildə kafedranın dosenti, 2015-ci ildə professoru vəzifəsinə seçilmişdir. 2013-cü ildən ATU TC klinikasının II cərrahi xəstəliklər kafedrasının şöbə müdiri vəzifəsinə təyin olunaraq hal hazırda həmin vəzifədə çalışır. Elmi fəaliyyətində 220 dən çox elmi işim çap olunmuş, 1 dərslinin həmmüəllifidir, 1 dərs vəsaiti, 2 tədris metodiki tövsiyə, 3 monoqrafiya, 5 ixtira, 11 səmərələşdirici təklifin müəllifidir. ATU da fəaliyyət göstərən cərrahiyyə üzrə aprobasiya və problem komissiyasının üzvü, II müalicə profilaktika fakültəsinin elmi şurasının üzvü, Topçubaşov adına ECM də cərrahiyyə və anesteziologiya reanimasiya üzrə ixtisaslaşmış müdafiə şurasının üzvüdür. 2019 cu ildən AR Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının ekspert şurasının üzvüdür. Avropa Qastroenteroloji dərnişinin, Avropa, Türkiyə,Rusiya Kolon və Rektum Cərrahi dərnişinin, Azərbaycan Qastroenteroloq və Cərrahlar cəmiyyətinin üzvüdür. ATU TC kolon və rektum cərrahi dərnişinin sədridir. 2016 və 2018-ci illərdə Azərbaycan Türkiyə Kolorektal Cərrahiyyə Günləri simpoziumunun keçirilməsində rəhbərlik etmişdir. Vestnik Xirurgiya Kazaxstana, Xirurgiya Vostochnaya Yevropa jurnallarının redaksiya heyətinin üzvüdür.

Azərbaycan Cərrah və Qastroenteroloqlar İctimai Birliyi, “Cərrahiyyə” jurnalının redaksiya heyəti, ATU-nun II cərrahiyyə xəstəlikləri kafedrasının kollektivi Professor Xaləddin Musayevi yubiley münasibəti ilə təbrik edir, ona möhkəm can sağlığı, gələcək işlərində uğurlar arzu edir.



AĞAYEV RAUF AĞAKIŞI OĞLU

Azərbaycan səhiyyəsinə ağır itki üz vermişdir. Görkəmli alim və pedaqoq, tibb elmləri doktoru, Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin Endokrin cərrahlığı şöbəsinin baş elmi işçisi, professor Rauf Ağakışi oğlu Ağayev 2021-ci ilin may ayının 11-i ömrünün 74-cü ilində vəfat etmişdir.

Ağayev Rauf Ağakışi oğlu 1947-ci ildə Tovuz şəhərində anadan olmuşdur. 1965-ci ildə Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinə daxil olmuş, 1971-ci ildə müalicə-profilaktika fakültəsini bitirmişdir. 1971-1974-cü illərdə Sumqayıt şəhərində sahə terapevti, cərrah kimi işləmişdir. 1974-cü ildən hal-hazırda dək akad.M.A.Topçubaşov adına ECM-nin endokrin cərrahlığı şöbəsində işləyir. 1974-1988-ci ilə dək kiçik elmi işçi vəzifəsində çalışmış, 1981-ci ildə Moskva şəhərində

“Şəkərli diabet xəstəliyi zamanı qarın aortasının terminal hissəsində və onun magistral şaxələrinə aparılan bərpaedici müdaxilələr” mövzusunda dissertasiya müdafiə etmiş elmlər namizədi alimlik dərəcəsi almışdır. Elmi rəhbər Rusiya Tibb Akademiyasının akademiki A.P. Kalinin olmuşdur. 1988-ci ildə müsabiqə yolu ilə baş elmi işçi vəzifəsinə keçirilmişdir. 1989-cu il ildə M.F.Vladimirski MVETK-na iki aylıq iş yerinə ezam edilmiş və həmin ildə orada olduğu müddət ərzində doktorluq dissertasiyasının mövzusu “Birincili hiperparaldosteronizm (klinikası, diaqnostikası, cərrahi müalicəsi)” təsdiq edilmiş. 1989-cu ilin sentyabrında həmin instituta doktoranturaya göndərilmiş, 1993-cü ilin 28 mayında Moskva şəhərində Rusiya tibb akademiyasının Endokrin Elmi Mərkəzində müvəffəqiyyətlə doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmiş, tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsinə almışdır. 1994-cü ildə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin yanında AAK-da nosertifikasiyadan keçmiş. 250-dən çox elmi məqalələrin, o cümlədən 4 metodik tövsiyyənin, 4 monoqrafiyanın, informasiya məktubun həmmüəllifidir. 1 nəfərə elmi rəhbərlik edir, onlardan 6 nəfəri müdafiə etmiş, 5 təsdiqlərini almışdır. 1999-cu ildə N.Pıraqov adına Cərrahlıq Cəmiyyətinin, Beynəlxalq Endokrin Cərrahları assosiyasının həqiqi üzvü olmuşdur. Azərbaycan Cərrahlar Cəmiyyətinin üzvü, Azərbaycan Endokrinoloqlar Cəmiyyətinin həmsədri olmuşdur. İşlədiyi müddət ərzində daimi olaraq, öz üzərində işləmiş, endokrin vəzlərin müasir müayinələrini öyrənmiş, klinikaya tətbiq edilmişdir. Daxili sekresiya vəziləri üzərində aparılan cərrahi əməliyyatları yüksək peşəkarlıq səviyyəsində aparmış. İlk dəfə olaraq, Respublikada qalxanvari vəzin xərçəngi zamanı limfotireoido-emiya, iki tərəfli adrenalektomiya (feoxromasitoma, İtşenko-Kuşinq xəstəliyi zamanı), nadir olan Cipl sindromu zamanı eyni vaxtda adrenalektomiya, tireoido-emiya əməliyyatı aparmış. Dəfələrlə endokrin cərrahlığın aktual məsələlərinə həsr edilmiş konqreslərdə, simpoziumlarda, konfranslarda iştirak etmişdir (Samara, Saratov, Sank-Peterburq, Moskva, Lipetsk, Çelyabnski, Perm, Tbilisi, İsrail, Almaniya, İtaliya, İran, Ukrayna, Türkiyə, Dubay, İspaniya, Fransa, Brüssel, ABŞ və s.) Konfransda endokrinologiyanın aktual məsələlərinə həsr edilmiş konfransda iştirak etmiş, həmsədrlik etmişdir. Yuxarıdakıları nəzərə alaraq dəfələrlə institutun direktoru tərəfindən mükafatlandırılmışdır, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə nazirliyinin fəxri fərmanı ilə təltif edilmişdir. 2011-ci ildə Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında AAK qərarı ilə cərrahlıq ixtisası üzrə professor elmi adı verilmişdir.

Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi Publik Hüquqi Şəxsin rəhbərliyi, Endokrin cərrahlığı şöbəsinin əməkdaşları mərhumun ailəsinə dərin hüznə baş sağlığı verir, onun əziz xatirəsinin kollektivin yaddaşında daima qalacağını bildirir.

Allah rəhmət eləsin!

<p>H.A. Gasımov , N.I. Mamedov, A.E. Gadziyeva <i>Малоинвазивные технологии в лечении перфоративных гастродуоденальных язв.....</i>5</p>	<p>N.A. Gasimov, N.I. Mammadov, A.E. Hacıyeva <i>Mini-invasive technologies in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers.....</i>5</p>
<p>Алиев С.А., Байрамов Н.Ю., Алиев Э.А., Намазов А.Э., Махмудов М.Г., Магэррамов Д.М. <i>Анализ результатов лечения раненых с минно-взрывной травмой.....</i>11</p>	<p>Aliyev S.A., Bayramov N.Y., Aliyev E.A., Namazov A.E., Mahmudov M.G., Maharramov D.M. <i>Analysis of the results of treatment of the wounded suffering shell explosion trauma.....</i>11</p>
<p>İsayev H.B., Səlimov T.H., Kərimova T.M., Manafov S.S., Əliyeva A.M., Nəcəfov N.A., Əliyeva N.Z. <i>Xroniki kolostaza görə aparılan subtotal kolektomiyadan sonra homeostazın bir sıra göstəricilərinin dinamikası və onların həyat keyfiyyətinə təsiri.....</i>18</p>	<p>Isayev G.B., Salimov T.G., Karimova T.M., Manafov S.S., Aliyeva A.M., Necefov N.A., Aliyeva N.Z. <i>Dynamics of some indicators of homeostasis after subtotal colectomy performed for chronic colostasis and their impact on quality of life.....</i>18</p>
<p>Qasımova K.F., Nərimanov V.Ə., Kərimova İ.A <i>Qaraciyər exinokokkozu zamanı sitokinlərin səviyyəsinin tədqiqi.....</i>26</p>	<p>Gasimova K.F., Narimanov V.A., Kerimova I.A. <i>Serum levels of cytokines in hepatic echinococcosis.....</i>26</p>
<p>Hüseynov X.M., Cavadova G.K., Kərimova K.A., Bağirova A.R. <i>Program hemodializ müalicəsi qəbul edən xəstələrdə sarkopeniya.....</i>31</p>	<p>Guseynov Kh.M., Javadov G.K., Karimov K.A., Bagirova A.R. <i>Sarcopenia in patients receiving program hemodialysis treatment.....</i>31</p>
<p>N.Y. Bayramov, R.A. Məmmədov <i>Qaraciyərin bəd xassəli törəmələrində qaraciyər transplantasiyası üzrə yeni protokolun önəmli nöqtələri.....</i>34</p>	<p>N.Yu. Bayramov, R.A. Mammadov <i>Important points of the new protocol on liver transplantation in malignant tumors of the liver.....</i>34</p>
<p>A.C. Abdullayev, E.V. Nəbiyeva <i>Kolorektal laparoskopik cərrahiyyədə təcrübəmiz.....</i>37</p>	<p>A.J. Abdullaev, E.V. Nabieva <i>Our experience in colorectal laparoscopic surgery.....</i>37</p>
<p>Sadıxov F.Q. <i>Autoimmun tireoiditin müalicəsində lazer fotodinamik terapiyanın tətbiqi.....</i>41</p>	<p>Sadikhov F.Q. <i>Application of laser photodynamic therapy in treatment of autoimmune thyroiditis.....</i>41</p>

Ədəbiyyat icmalı

Musayev X.N., Məmmədov M.M., Şirinova F.M.
*Düz bağırsağ, uşaqlıq və uşaqlıq yolunun
 sallanmasında çanaq dibinin cərrahi
 korreksiyasında yeni texnologiyaların
 istifadəsinin rolu və effektivliyi.....*46

Ədəbiyyat icmalı

**Məmmədov M.M., Məmmədov İ.İ.,
 Musaev B.V., Aliyeva A.**
*Endohemostaz üsullarının divertikulyar
 qanaxmaların
 müalicəsində effektivliyi.....*51

Обзор литературы

**Ш.Ф.Ибрагимли, И.Т.Ахундов,
 Ш.Г. Гусейнов**
*История развития хирургической
 тактики при остром холецистите.....*55

Ədəbiyyat icmalı

B.V. Yusubov, X.M. Hüseynov, M.M. Baxşiyev
*Kardiorenal sindromun anlayışı:
 patofiziologiyası, təsnifatı, diaqnostikası.....*61

Ədəbiyyat icmalı

Алиев Р.А.
*Эволюция эндоваскулярного лечения
 постинфарктного дефекта
 межжелудочковой перегородки.....*64

Ədəbiyyat icmalı

Əhmədov C.S.
*Xoledoxolitiazın aktualığı və
 diaqnostikası.....*67

Literary review

Musaev Kh.H., Mamedov M.M., Shirinova F.M.
*The role and effectiveness of the use of new
 technologies in surgical treatment for the
 reconstruction of the pelvic floor with prolapse of
 the rectum, uterus and vagina.....*46

Literary review

**Mammadov M.M., Mammadov I.I.,
 Musayev B.V., Aliyeva A.**
*The effectiveness of different methods of
 endohemostasis in the treatment of
 the diverticular bleeding.....*51

Literary review

**Sh.F. Ibrahimli, I.T. Akhundov,
 Sh.G. Huseynov**
*History of the development of surgical
 tactics in acute cholecystitis.....*55

Literary review

B.V. Yusubov, Kh.M. Huseynov, M.M. Bakhshiyev
*The concept of cardiorenal syndrome:
 pathogenesis, classification, diagnosis.....*61

Literary review

Aliyev R.A.
*Evolution of the endovascular
 treatment of postinfarction ventricular
 septal defects.....*64

Literary review

Ahmədov J.S.
*Actuality and diagnosis of
 choledocholitis.....*67

Yubiley

Quliyev Çingiz Bayram oğlu 80 il.....73

Yubiley

Musayev Xaləddin Novruz oğlu 60 il.....75

Nekroloq

Ağayev Rauf Ağakışi oğlu (1947-2021).....76

Jubilee

Guliyev B. Chingiz 80 years old.....73

Jubilee

Musayev N. Xaladdin 60 years old.....75

Necrology

Agayev A. Rauf (1947-2021).....76