

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

Əlyazması hüququnda

HAFİZ ZÖHRAB OĞLU CƏFƏROV

**İNTRAPERİTONEAL YERLƏŞƏN
QALXAN ÇƏNBƏR BAĞIRSAĞIN YARATDIĞI
PATOFİZİOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏRİN
DİAQNOSTİKASININ VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN
MÜASİR PRİNSİPLƏRİ**

3213.01– Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2015

Tədqiqat işi akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb üzrə elmlər doktoru, professor

H.B.İSAYEV

Rəsmi opponentlər:

AMEA-nın müxbir üzvü,

tibb üzrə elmlər doktoru, professor

N.Y.BAYRAMOV

tibb üzrə elmlər doktoru

G.Ə.RÜSTƏMOV

Aparıcı təşkilat - Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, ümumi cərrahiyyə I kafedrası.

Dissertasiyanın müdafiəsi “17”_06_2015-ci il saat “___” akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdindəki FD 03.061 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

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

Dissertasiya ilə akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi hissəsində tanış olmaq olar.

Avtoreferat “___” _____ 2015-ci il tarixdə göndərilmişdir.

FD 03.061 Dissertasiya Şurasının
Elmi Katibi, tibb üzrə elmlər doktoru

İ.L.KAZIMOV

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Bu gün defekasiya aktının pozulması ilə müraciət edən xəstələrin sayı həzm sistemi patologiyaları içərisində babasildən sonra 2-ci yer tutur (Ağayev B.A. və b., 2005; Алешин Д.В., 2007; Ачкасов С.И., 2011; Мухин В.И., 2011; Ashaolu J. et al., 2012; Wald A., 2014).

Defekasiya aktının bu və ya digər tərzdə pozulması polietnoloji xəstəlik olub, həzm sisteminin motor-evakuator funksiyasının pozulmasının mürəkkəb mexanizminə bağlıdır. Bu mexanizmlər içərisində qarın boşluğunda yoğun bağırsağın yerləşməsinin və anatomik quruluşunun variantlarının özünəməxsus yeri var (Musayev X.N. və b., 2005; Bosshard W. et al., 2004; Zhao J. et al., 2012; Paré P. et al., 2014).

Kor və qalxan çənbər bağırsağın sərbəst müsəriqəyə malik olması kimi anomaliyaları az təsadüf etmir və qarın boşluğu orqanlarının anomaliyaları arasında 21-23% təşkil edirlər (Аминев А.М. и др., 1972; Буторова Л.И., 2005; Garrigues V. et al., 2012). Belə anomaliya səbəbindən qalxan çənbər bağırsaq intraperitoneal vəziyyət alır. Uzun müddət ərzində mövcud olan qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyası (YBA) nəticəsində bütövlükdə bağırsaq daxilində staz yaranır və ileosekal apparata normadan dəfələrlə artıq təzyiq düşür; nəticədə ileosekal aparatın çatışmazlığı (İSAÇ) baş verir (George F. et al., 2006; Самсонов А.А., 2009; Яковенко Э.П., 2013). Normal vəziyyətdə buradakı Baugin qapağı kor bağırsağın qısamüddətli və ani olaraq köndələn istiqamətdə genəlməsi zamanı qapana bilir (Беков Д.Б., 1988; Давыдов Г.М., 1996; Johanson J., 2007; Kanai M. et al., 2011). Fəqət genəlmə prosesi uzun müddət davam edərsə ileosekal aparatın kompensator imkanları tədricən yox olaraq baryer funksiyasını itirir (Колесников Л.Л., 2000). Beləliklə ileosekal sahədə və yoğun bağırsağın sağ hissəsində mövcud olan və kor bağırsağın genəlməsini törədən patoloji proseslər ileosekal nahiyyənin normal fizioloji fəaliyyətini pozur (Вицин Б.А. и др., 1977).

Bütün yuxarıda qeyd edilənlər xroniki qəbizliyə səbəb olan yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının və ileosekal aparatın funksiyasının pozulmasının diaqnostikası və müalicəsinin effektivliyini yüksəltmək məqsədi ilə elmi-tədqiqat işlərinin aparılmasının klinik cərrahiyyənin aktual problemlərindən biri olmasını təsdiq edir.

İşin məqsədi – intraperitoneal yerləşən qalxan çənbər bağırsağın mövcud olan anomaliyası fonunda baş verən patofizioloji proseslərin diaqnostikasını və müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaqdır.

İşin məsələləri:

1. Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının rastgəlmə tezliyini, bu səbəbdən baş verə bilən patofizioloji dəyişiklikləri təyin etmək.

2. Sağ tərəfli yoğun bağırsaq anomaliyası ilə bərabər ileosekal aparatın disfunksiyasının qarındaxili, mədə və duodenumun daxili təzyiqlərinə təsirinin dinamikasını təyin etmək.

3. Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının ayrılıqda və ileosekal aparatın funksiyasının pozulmasının bağırsaqdaxili mikrofloranın keyfiyyət və kəmiyyətinə təsirini öyrənmək.

4. Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının ayrılıqda və ileosekal aparatın funksiyasının pozulması ilə birgə mövcud olması qaraciyərin bir sıra fermentativ funksiyasına necə təsir etməsini təyin etmək.

5. Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının ayrılıqda və ileosekal aparatın funksiyasının pozulması ilə birgə mövcud olan xəstələrdə qarındaxili təzyiqin səviyyəsini də nəzərə almaqla konservativ və cərrahi müalicəyə göstərişləri və əks göstərişləri təyin etmək.

6. Abdominal hipertenziyanın dərəcəsindən və patoloji prosesin xarakterindən asılı olaraq qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının törətdiyi patoloji proseslərin müalicəsində mövcud olan cərrahi metodların nisbətən effektiv modifikasiyalarını təklif etmək.

İşin elmi yeniliyi:

– Defekasiya aktının pozulması ilə müraciət edən xəstələrdə qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının patoloji prosesin patogenezinə mühüm rol oynaması təsdiq edilmişdir.

– Qeyd edilən anomaliyanın ileosekal aparatın funksiyasının pozulmasındakı rolu təyin olunmuşdur.

– Sübut edilmişdir ki, qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyası istər qarındaxili və istərsə də həzm sisteminin yuxarı bölgələrinin daxili təzyiqini yüksəldir; nəticədə çoxsaylı müxtəlif intensivlikdə dispeptik əlamətlər ortaya çıxır; qarındaxili orqanların normal fizioloji funksiyaları pozularaq əvvəlcə funksional, sonralar isə anatomik-struktur dəyişikliklərin yaranmasına, bağırsaqdaxili mikrofloranın

disbiozuna, qaraciyərin fermentativ funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

– Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının törətdiyi patoloji proseslərin konservativ və cərrahi müalicəsinə göstərişlərin obyektiv kriteriləri təklif edilmişdir.

– Baugin qapağının çatışmazlığının aradan qaldırılmasında və seko-assendopeksiyada tətbiq edilən cərrahi üsulların daha effektiv modifikasiyası təklif edilmişdir.

İşin praktiki əhəmiyyəti:

– Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının aktiv fiziki hərəkət zamanı qarında ağrıların baş verməsi və orada “çalxalanma” hissinin olması kimi spesifik simptomu vardır. Bu xəstələrin ultrasəs müayinəsində qarın boşluğunun sağ tərəfində bağırsaq daxilində hiperexogen görüntü verən qazın təyin edilməsi adı çəkilən anomaliyanın olmasına dəlalət edə bilən əlamətlərdir.

– Defekasiya aktının pozulması olan xəstələrdə təklif edilən diaqnostik alqoritm sayəsində qalxan çənbər bağırsağın İntraperitoneal yerləşən anomaliyasının mövcud olması və Baugin qapağının funksiyasını təyin etmək mümkündür.

– Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının törətdiyi patoloji dəyişikliklərin müalicəsi üçün konservativ və cərrahi taktikanın seçilməsində abdominal hipertenziyanın dərəcəsini və Baugin qapağının funksiyasının pozulmasını nəzərə almaq lazımdır.

– Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyasının və Baugin qapağının çatışmazlığının aradan qaldırılması üçün bizim təklif etdiyimiz üsullardan istifadə edilməsi daha məqsədəuyğun sayıla bilər.

Alınmış nəticələrin tətbiqi. Dissertasiya işinin nəticələri akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-in koloproktoloji cərrahi şöbəsində və akad. Mir-Qasimov adına RKX-nın cərrahi şöbələrində tətbiq olunur.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problemlı planı ilə əlaqəsi. Dissertasiya işi Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-in yüngün və düz bağırsaq xəstəlikləri cərrahiyyəsi şöbəsinin “Xronik qəbizliyi olan xəstələrin müalicəsi yolları” mövzusunə daxildir (Dövlət Qeydiyyatı № 01114115).

Müdafiə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyası ileosekal aparatın funksiyasına ciddi surətdə təsir edərək, əvvəlcə onun funksiyasının kompensasiya olunan pozulmasına, sonralar isə dekompensasiyasına gətirib çıxarır və bunlar defekasiya aktının pozulması ilə müşahidə edilən xəstəliklərin patogenezinə mühüm rol oynayır.

2. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyi qarındaxili və həzm sisteminin yuxarı bölgələrinin daxili təzyiqinin yüksəlməsinə səbəb olur; yüksələn qarındaxili təzyiq intraabdominal yerləşmiş bütün orqan və sistemlərin işini pozaraq, onlarda əvvəlcə funksional, sonralar isə struktur dəyişikliklərin ortaya çıxmasına bais olur.

3. Qalxan çənbər bağırsağın İntraperitoneal yerləşən anomaliyası ciddi dərəcədə bağırsaq mikroflorasını keyfiyyət və kəmiyyətə dəyişir: bifido- və laktobakteriyaların azalması və şərti-patogen floranın çoxalması şəklində disbioz ortaya çıxır; anomaliyaya ileosekal aparatın funksiyasının pozulması disbiozu daha da ağırlaşdırır.

4. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının mövcud olması hepatoduodenal sistemin fizioloji funksiyalarına ciddi surətdə təsir göstərir.

5. Qalxan çənbər bağırsağın İntraperitoneal yerləşən anomaliyasının törətdiyi patoloji dəyişikliklərin müalicəsi üçün konservativ və cərrahi taktikanın seçilməsində abdominal hipertenziyanın dərəcəsini və Baugin qapağının funksiyasının stadiyasını nəzərə almaq lazımdır.

6. Bizim təklif etdiyimiz üsulla aparılan kolonopeksiya və Bauginoplastika yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin, ileosekal aparatın pozulmuş fəaliyyəti nəticəsində ortaya çıxmış simptomokompleksin aradan götürülməsinə və qarındaxili təzyiq normallaşmasına yönəldilən adekvat kompleks müalicə üsulu sayıla bilər.

İşin aprobasiyası: Dissertasiyanın əsas fraqmentləri Avroasiya cərrahlar və qastroenteroloqların XI Konqresində (Bakı 2011); Əziz Əliyevin 80 illiyinə həsr olunmuş elmi Konfransında (Bakı, 2011) və professor Həsən Sultanovun 80 illiyinə həsr edilmiş elmi Konfransında (Bakı, 2012) məruzə və müzakirə olunmuşdur.

Dissertasiya işinin ilkin müzakirəsi M.A.Topçubaşov adına ECM-in koloproktologiya, mədə, 12 barmaq bağırsaq və qaraciyər-öd yolları-mədəaltı vəzi cərrahiyyəsi, klinik-diaqnostik və şüa-diaqnostika, anesteziologiya-reanimatologiya şöbələrinin iştirakı ilə keçirilmiş şöbələrarası (15.05.2014) və akademik M.A.Topçubaşov adına ECM-in nəzdində fəaliyyət göstərən Aprobasiya Şurasının iclasında (17.10.2014) müzakirə olunmuşdur.

Çap. Dissertasiya mövzusu üzrə 11 elmi iş nəşr edilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya 157 səhifədə çap olunmuş, giriş hissə, 5 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və 204 ədəbiyyat siyahısından ibarətdir ki, onlardan 18-i vətən alimlərinin əsərləridir. Dissertasiya 11 cədvəl və 32 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Klinik materialın ümumi xarakteristikası. Bizim müayinəmiz və müalicəmiz altında qalxan çənbər bağırsağın intraperitoneal yerləşən anomaliyası (YBA) qeyd edilən 94 xəstə olmuşdur. Bunlardan 67-si (71,3%) qadın, 27-si (28,7%) isə kişi olmuşdur.

16 yaşına qədər 4 (4,3%) xəstə, 17-25 yaşında 10 (10,6%) xəstə, 26-35 yaşında – 16 (17,0%), 36-45 yaşında – 32(34,0%) və 46-56 yaşlarında 32 (34,0%) xəstə var idi. Ümumi xəstələrin 68,0%-i 36-56 yaşlarında idilər.

19 (20,2±4,1%) xəstədə bu xəstəliyin əlamətləri kiçik uşaq yaşlarından qeyd olunurdu. 5 ilə qədər xəstəlik anamnezi 36 (38,3±5,0%) xəstədə, 6-10 il 42 (44,7±5,1%) xəstədə və 16 (17,0±3,9%) xəstədə 10 ildən artıq idi.

YBA olan 94 xəstədən 60-da (63,8±5,0%) eyni zamanda ileosekal aparatın çatışmazlığı (İSAÇ) var idi. Nəzarət qrupunu isə xroniki qəbzliyi olan, lakin YBA olmayan 20 xəstə təşkil etmişdir.

Müayinə metodları. Xəstələrin müayinəsini tərtib etdiyimiz proqram üzrə təşkil edirdik: anamnezin öyrənilməsi, fizikal müayinələr, kliniki və biokimyəvi analizlər, USM, fibroezofaqoqastroduodenoskopiya, kolonoskopiya, qarındaxili təzyiqin (QDT) ölçülməsi, yemək borusu, mədə, duodenum və nazik bağırsağın başlanğıc hissəsində daxili təzyiqin ölçülməsi, irriqoqrafiya, barium sıyığının mədə-bağırsaq sistemindən keçməsinin tədqiqi, Stizmark markerləri ilə yoğun bağırsağın evakuator funksiyasının təyini, mikrobioloji analizlər, patohistoloji müayinələr və müvafiq mütəxəssislərin konsultasiyası.

Müayinə olunan 94 xəstədə bir sıra yanaşı gedən xəstəliklər təyin edilmişdir. 4 (4,3±2,1%) xəstədə 3, 13 (13,8±3,6%) xəstədə 2, 37 (39,4±5,0%) xəstədə isə 1 yanaşı xəstəlik qeyd olunurdu. Yanaşı gedən xəstəliyi olmayan 43 (45,7±5,1%) xəstə olmuşdur ki, onlar da 16-46 yaşlarında idilər.

Cərrahi əməliyyata göstəriş qoyulan 60 xəstədən 27-si (45,0±6,4%) yanaşı xəstəlikləri olmayanlar idi; yerdə qalan 33 xəstədə 1 (21 xəstə - 35,0±6,2%), 2 (9 xəstə - 15,0%) və ya 3 (3 xəstə - 5,0±2,8%) yanaşı xəstəlik qeydə alınmışdır.

Kliniki-laborator və instrumental müayinələr ümumi qəbul edilmiş metodlar əsasında yerinə yeririlmişdir. Alınan nəticələr variasiya (t-Student), rəngli (U-Uilkokson), diskret paylanma (χ^2 -Pirson) analiz metodları ilə MS Excel-2010 və SPSS-20 proqramlarından istifadə etməklə

hesablanmışdır.

Ümumilikdə qəbul edilmiş təsnifata görə yüngül dərəcəli abdominal hipertenziyada (AH) qarındaxili təzyiq 10-20 mm civə (7,4-14,8 sm su) sütunu, orta ağırlıqlı AH-da qarındaxili təzyiq 21-35 mm civə (14,9-26 sm su) sütunu olur; ağır dərəcəli AH-da qarındaxili təzyiq 35 mm civə (26 sm su) sütununu aşır. Sağlam şəxslərdə bu təzyiq orta hesabla belə olmuşdur: nazik bağırsağın yuxarı hissəsində $5,11 \pm 0,11$ sm su sütunu; mədədə $5,94 \pm 0,21$ sm su sütunu və yemək borusunda $2,21 \pm 0,09$ sm su sütunu.

YOĞUN BAĞIRSAĞIN SAĞ TƏRƏFİNİN ANOMALİYASININ ƏMƏLƏ GƏTİRDİYİ PATOFİZİOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏR

Bizim tərəfimizdən aparılan ilkin müayinədə qeyd edilən xəstələrin aşkar edilən xarakterik şikayətlərini analiz etdikdə belə nəticələr əldə etdik: sağ qalça çuxurunda ağrılar yalnız YBA olan xəstələrdə 5 ($14,7 \pm 6,1\%$), bu patologiyaya İSAÇ qoşulan xəstələrdə isə 43 ($71,7 \pm 5,8\%$) halda qeyd olunurdu. Nəzarət qrupunda isə bu əlamət qeyd olunmurdu. Qarının bütövlükdə sağ tərəfində mövcud olan ağrılar İSAÇ olmayan halda daha çox 25 ($73,5 \pm 7,6\%$) qeyd edilirdi. Bütün qarında yayılmış ağrıların tezliyində hər iki qrup arasında fərq mövcud deyildi: İSAÇ olanlarda 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) olmayanlardan 4 ($11,8 \pm 5,5\%$) qeyd olunurdu. Sağ qalça çuxurunda köp və çalxalanma hissi hər 2 qrup arasında daha tez-tez müşahidə edilən əlamətlərdən biridir. İSAÇ ilə birgə müşaidə edilən anomaliyalarda 45 ($75,0 \pm 5,6\%$) hallarda, yalnız YBA olanlarda 27 ($79,4 \pm 6,4\%$) halda qeyd edilirdi; bu əlamət nəzarət qrupunda olan xəstələr arasında qeyd edilmirdi. Lokal xarakteri daşımayan, qarının müxtəlif sahələrində müxtəlif vaxtlarda baş verən və bir müddətdən sonra tədricən keçən (bəzən də bir neçə gün davam edən) ağrılar nəzarət qrupunda 3 ($15,0 \pm 8,0\%$) xəstədə, təkcə YBA olanlarda 7 ($20,6 \pm 6,9\%$), onunla bərabər İSAÇ olan xəstələrdə isə 15 ($25,0 \pm 5,6\%$) halda qeyd olunurdu. Qəbizlik hər iki qrupda müşahidə olunmasına baxmayaraq, bu əlamət İSAÇ olmayanlarda 30 ($88,2 \pm 5,5\%$) xəstədə, İSAÇ olanlarda isə 24 ($40,0 \pm 6,3\%$) xəstədə mövcud idi. Bu əlamətin tezliyinin İSAÇ olanlarda göstərilən dərəcədə az olmasını əlbəttə qalça bağırsaqda İSAÇ nəticəsində inkişaf edən iltihabi proseslə və bağırsağın mikroflorasının tərkibinin dəyişməsi ilə əlaqələndirmək olar. İSAÇ olan xəstələrdə ishəlin sayı, olmayanlardan təxminən 3,7 dəfə (13 ($21,7 \pm 5,3\%$))-ə qarşı 2 ($5,9 \pm 4,0\%$)) çox qeyd olunması da deyilənləri bir növ təsdiq edir. İSAÇ olan xəstələr arasında

qəbizlik tez-tez 25 ($41,7 \pm 6,4\%$) ishalla əvəz olunduğu halda, ileosekal aparatın çatışmazlığı olmayanlarda bu əlamət çox az 3 ($8,8 \pm 4,9\%$) təsadüf edilirdi. Dispeptik əlamətlər də (gəyirmə, ürəkbulanma, qusma) İSAÇ olanlar arasında 54 ($90,0 \pm 3,9\%$) halda qeyd edilirdi, İSAÇ olmayanlarda bu əlamətlər 7 ($20,6 \pm 6,9\%$)-də, nəzarət qrupunda 5 ($25,0 \pm 9,7\%$) halda qeyd olunurdu. Əsas qrupa daxil olan xəstələr arasında arıqlama əsasən İSAÇ qeyd olunan xəstələrdə daha çox müşahidə olunurdu.

Ultrasəs müayinəsində YBA olan xəstələrdə nazik bağırsağın əzələ qatı 3 mm-dən, bu patologiyaya İSAÇ qoşulduqda isə 4-5 mm-dən az olmurdu. USM-də 94 xəstədən 68-də ($72,3 \pm 4,6\%$) qarın boşluğunun sağ tərəfində bağırsaq daxilində hiperexogen görüntü verən qaz təyin edilirdi.

Qarındaxili təzyiq əsas qrupa daxil olan 94 xəstədə müalicənin müxtəlif etaplarında və nəzarət qrupunda olan 10 xəstədə təyin edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

YBA və YBA + İSAÇ olan xəstələrdə QDT göstəricilərinin dəyişməsi
(sm su st.)

Qruplar	Müalicə dinamikası			
	Müalicədən əvvəl	7 gün sonra	14 gün sonra	30 gün sonra
YBA (n=34)	$9,9 \pm 0,7$ (5,7 – 13,6) **	$9,3 \pm 0,6$ (3,6 – 11,2) **	$6,2 \pm 0,3$ (3,8 – 9,9) ^^^	$6,0 \pm 0,3$ (3,6 – 7,6) ^^^
YBA + İSAÇ (n=60)	$12,2 \pm 0,6$ (8,6 – 19,8) *** #	$11,6 \pm 0,9$ (7,9 – 16,5) *	$9,3 \pm 0,3$ (5,6 – 12,2) *** ^^ ##	$6,1 \pm 0,2$ (4,0 – 9,6) ^^^
Nəzarət (n=10)	$5,7 \pm 0,3$ (3,2 – 7,5)			

Qeyd: qrupların göstəriciləri arasında fərqi statistik dürüstlüyü:

1. Nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$
2. Müalicədən əvvəlki göstəricilər ilə: ^^ - $p_0 < 0,001$.
3. YBA qrupunun göstəriciləri ilə: # - $p_1 < 0,05$; ## - $p_1 < 0,01$; ### - $p_1 < 0,001$.

Cədvəl 1-dən görünür ki, yalnız YBA olan 34 xəstədə (1-ci qrup) QDT-in ilkin ölçülməsində onun səviyyəsi normal göstəricidən 74,0% yüksək idi. Apartılan kompleks konservativ müalicənin 7-ci günü QDT ilkin göstəriciyə nisbətən 6,1% azalırdı. Müalicənin 14-cü günü 1-ci qrup xəstələrdə QDT-nin səviyyəsi normal göstəricidən 9,0% yüksək idi; müalicənin 30-cu günü QDT səviyyəsi 1-ci qrup xəstələrdə normal səviyyədən fərqlənmirdi.

2-ci qrup xəstələrdə isə QDT ilkin olaraq normadan orta hesabla 2,1 dəfə çox olurdu; 7-ci gün onlarda QDT-nin yüksəlmiş səviyyəsini operasiyadan əvvəlki dövrdə ilkin göstəricidən yalnız 4,9% aşağı salmaq mümkün olurdu. Amma cərrahi əməliyyatdan keçən 14-30 gün sonra onlarda QDT ilkin rəqəmlərdən dinamikada 23,8% və 50% azalaraq 1 aydan sonra normal göstəricilərdən statistik dürrüst fərqlənmirdi. Bunu tətbiq edilən müalicə taktikasının düzgün olduğuna dəlalət edən göstərici kimi qiymətləndirmək olar.

Fibro-qastro-duodenoskopiya zamanı yalnız YBA qeyd edilən 32 xəstədən reflyuks-ezofaqit 5 (15,6±5,4%) xəstədə qeyd edilirdisə, YBA ilə bərabər İSAÇ olan xəstələrdə bu rəqəm 2 dəfə çox – 18 (31,6±6,2%) nəfər təşkil edirdi; ümumilikdə əsas qrupda olan xəstələr arasında 26 (29,2±4,8%) xəstədə duodeno-qastral reflyuks və 23 (25,8±4,6%) xəstədə reflyuks ezofagit aşkar edildiyi halda nəzarət qrupunda yalnız 2 (11,1±7,4%) xəstədə reflyuks ezofaqit aşkar edilmişdir.

Nazo-qastro-duodeno-yeyuno zondlanma əsas qrupda 40 xəstədə, nəzarət qrupunda 10 xəstədə yeqrinə yetirilib; həmin zondlar vasitəsi ilə əvvəlcə yeyununun ilkin ilgəyində daxili təzyiq ölçülür və sonra duodenumun daxili təzyiqi təyin edilirdi; ödqovucu inyeksiya vasitəsi ilə ödün B porsiyası alındıqdan sonra ardıcıl olaraq mədənin və yemək borusunun daxili təzyiqini ölçərək zond xaric edilirdi. Alınan nəticələr müqayisəli şəkildə cədvəl 2-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 2

YBA və YBA + İSAÇ qeyd edilən xəstələrdə
həzm sisteminin müxtəlif bölgələrində olan təzyiqin dəyişməsi (sm su st.)

Diaqnoz	Təyin olunan nahiyyə			
	Nazik bağırsaq	Duodenum	Mədə	Yemək borusu
YBA (n=20)	8,06±0,26 (4,8 – 12) ***	7,45±0,37 (5,5 – 11,2) *	6,98±0,33 (3,4 – 8,9) *	2,36±0,06 (1,1 – 3,0)
YBA+İSAÇ (n=20)	10,52±0,44 (6,9 – 15,5) *** ####	9,82±0,67 (7,5 – 14,9) *** ##	8,56±0,55 (5,1 – 12,2) ** #	2,43±0,11 (1,6 – 3,2)
Nəzarət (n=10)	6,31±0,11 (3,9 – 9)	6,18±0,09 (4 – 8)	5,94±0,21 (6 – 7,8)	2,21±0,09 (0,6 – 3,9)

Qeyd: qrupların göstəriciləri arasında fərqin statistik dürrüslüyü:

1. Nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$
2. YBA qrupunun göstəriciləri ilə: # - $p_1 < 0,05$; ## - $p_1 < 0,01$; ### - $p_1 < 0,001$

2-ci cədvəlin təhlili göstərir ki, YBA özlüyündə QDT-nin və həzm sisteminin yuxarı bölgələrində daxili təzyiqin yüksəlməsinə səbəb olur. Digər tərəfdən belə anomaliya İSAÇ ilə birlikdə olduqda QDT və həzm sisteminin yuxarı bölgələrinin daxili təzyiqi daha yüksək rəqəmlərə çatır. YBA qeyd edilən xəstələrdə QDT-nin yüksəlməsi fonunda yemək borusundan başlayaraq mədənin, duodenumun və nazik bağırsağın yuxarı bölgəsinin daxili təzyiqi normal göstəricilərin orta səviyyəsinə nisbətən müvafiq olaraq 6,8%, 17,5% ($p<0,05$), 20,6% ($p<0,05$) və 27,7% ($p<0,001$) yüksək rəqəmlərə çatırdı; İSAÇ olan xəstələrdə isə bu fərqlərin daha da yüksəldiyinin şahidi olurduq: müvafiq olaraq – 10,0%, 44,1% ($p<0,05$), 58,9% ($p<0,01$) və 66,7% ($p<0,001$).

Mədə və onikibarmaq bağırsağın zondlanması zamanı 50 xəstədən (20 YBA qeyd edilən xəstələr, 20 YBA ilə bərabər İSAÇ olanlar və 10 xəstə nəzarət qrupu) alınan ödün bakterioloji tərkibini yoxlamaq üçün öd xüsusi qidalara əkilir, termostata yerləşdirilir və bir sutkadan sonra mikrobioloji tədqiqat aparılırdı. Nəzarət qrupu xəstələrin ödündə isə 10 xəstədən yalnız 3 ($30,0\pm14,5\%$) halda ödün tərkibində mikrob cücərti verib və 7 ($70,0\pm14,5\%$) xəstənin ödü steril idi. YBA qeyd edilən 20 xəstədən 14 ($70,0\pm10,2\%$) mikroflora aşkar olunduğu halda 6 ($30,0\pm10,2\%$) xəstədə əkilən öd cücərti verməmişdir; İSAÇ qeyd olunan bütün xəstələrin öd kisəsində bu və ya digər mikroflora aşkar edilmişdir ($p<0,001$).

YBA olan və bu patoloji prosesə İSAÇ da qoşulan xəstələr qrupunda duodenal zondlama vasitəsilə alınan ödün “B” porsiyasının biokimyəvi analizi göstərdi ki, hər iki qrupda normaya nisbətən ödün tərkibində ciddi dəyişikliklər baş verir, fəqət bu dəyişikliklər İSAÇ olan qrupda daha çoxdur: belə ki müvafiq olaraq xolat turşusu – 32,0% ($p<0,001$) və 43,8% ($p<0,001$); Xolat-xolesterin koeffisienti – 40,0% ($p<0,001$) və 54,8% ($p<0,001$); fosfolipidlər – 2,6% ($p<0,01$) və 35,1% ($p<0,001$); fosfolipid-xolat koeffisienti – 6,2% və 26,4% ($p<0,01$) azalmış, xolesterin – 7,0% və 10,7%; bilirubin – 0,5% və 12,1%; kalsium – 26,7% ($p<0,01$) və 76,0% ($p<0,001$) artmışdır ki, bu da yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətililiyinin və İSAÇ-ın yaratdığı patofizioloji dəyişikliklərin öd kisəsinin fəaliyyətinə mənfi təsir etməsindən xəbər verir; qarın və bağırsaq daxilində artan təzyiq nəticəsində öd yollarında durğunluq yaranır və bu fonda ödün litogenliyi artır, öd yollarında iltihabın inkişaf etməsinə şərait yaranır.

YBA mövcud olan xəstələrdə qaraciyərin əsas funksiyaları pozulur və bu dəyişiklik mövcud anomaliyaya İSAÇ qoşulması ilə daha da güclənir.

Belə ki, YBA və YBA + İSAÇ olan xəstələrin qanında müvafiq olaraq: ümumi zülal – 3,4% və 6,4%; protrombin indeksi – 2,5% və 15,4% ($p<0,01$) azalır, sidik cövhəri – 2,78% və 43,8% ($p<0,001$); AlAT – 18,5% ($p<0,05$) və 34,2% ($p<0,001$); AsAT – 39,9% ($p<0,001$) və 60,8% ($p<0,001$); QF – 75,1% ($p<0,001$) və 92,2% ($p<0,001$); QQTP – 27,6% ($p<0,001$) və 46,4% ($p<0,001$); LDH – 40,2% və 54,7% ($p<0,001$) artır.

Mikrobioloji analizlərin nəticələri YBA olan xəstələrdə bağırsaq mikroflorasının tərkibinin və miqdarının ciddi dərəcədə dəyişməsinə, qeyd edilən patoloji proses İSAÇ ilə birgə müşahidə edilən xəstələrdə isə həmin göstəricilərin daha da kəskin xarakter almasını təsdiq edir. Belə ki, YBA və YBA + İSAÇ olan xəstələrdə IgMƏ ilə ifadədə müvafiq olaraq orta hesabla: enterobakteriyalar – $7,12\pm0,38$ ($p<0,001$) və $3,39\pm0,11$ ($p<0,001$) (nəzarət qrupunda – $9,21\pm0,22$); streptokoklar – $3,35\pm0,09$ ($p<0,001$) və $7,61\pm0,22$ ($p<0,001$) ($N - 1,06\pm0,04$); stafılakoklar – $3,92\pm0,11$ ($p<0,001$) və $5,86\pm0,22$ ($p<0,001$) ($N - 1,40\pm0,05$); laktobasillər – $5,43\pm0,18$ ($p<0,001$) və $3,33\pm0,16$ ($N - 7,42\pm0,22$); göbələklər – $2,47\pm0,10$ ($p<0,01$) və $10,62\pm0,55$ ($p<0,001$) ($N - 2,11\pm0,06$); bakteroidlər – $5,19\pm0,24$ ($p<0,001$) və $9,78\pm0,33$ ($p<0,01$) ($N - 8,31\pm0,31$); bifidobakteriyalar – $6,22\pm0,47$ ($p<0,001$) və $4,16\pm0,15$ ($p<0,01$) ($N - 8,67\pm0,26$); enterokoklar – $3,43\pm0,12$ və $11,16\pm0,34$ ($N - 6,96\pm0,22$); klostridlər – $3,08\pm0,11$ ($p<0,001$) və $12,40\pm0,47$ ($p<0,001$) ($N - 0,33\pm0,02$); eubakteriyalar – $0,08\pm0,01$ və $0,85\pm0,03$ ($p<0,001$) ($N - 0,06\pm0,01$) sayda təyin edilmişdir.

İrriqoskopiya və irriqografiya. YBA olan xəstələrin müayinəsində ən əsas diaqnostik metod hesab edirdik. 94 xəstədən 34-də ($36,2\pm5,0\%$) ileosekal aparatın işinin kompensasiya olunan pozulmasını, 60 ($63,8\pm5,0\%$) xəstədə isə bunun dekompensasiya formasını təyin etmişik.

Xəstələr müayinə olunaraq diaqnozları təsdiq edildikdən sonra konservativ müalicə təyin edilirdi; operativ müdaxilə olunacaq xəstələrdə bu operasiyaönu hazırlıq xüsusiyyətini daşıyırdı. 94 xəstədən 34-də ($36,2\pm5,0\%$) ilkin tətbiq edilən müalicə effekt verdiyindən, onlara həmin kompleks terapiya davam etdirilmişdir.

İSAÇ ilə birgə YBA mövcud olan (60 xəstə) cərrahi müalicəyə göstəriş sayırdıq. Cərrahi müalicədə məqsəd patoloji hərəkətliliyi olan yoğun bağırsağın normal anatomik yerinə təsbit edilməsindən və çatışmazlığını aradan qaldıra bilən adekvat korreksiyaedici plastikanın yerinə yetirilməsindən ibarət idi. Mövcud kolopeksiya üsullarının başlıca prinsiplərini əlimizdə əsas tutaraq, biz, kolopeksiyanın bir qədər fərqli – bizim təklif etdiyimiz modifikasiya ilə yerinə yetirirdik.

YOĞUN BAĞIRSAĞIN SAĞ TƏRƏFİNİN ANOMALİYASI VƏ İLEOSEKAL APARATIN ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

Kolopeksiya. YBA və İSAÇ olan 60 xəstəyə biz cərrahi əməliyyat yerinə yetirmişik. Cərrahi müalicədə məqsəd patoloji hərəkətliliyi olan yoğun bağırsağın normal anatomik yerinə təsbit edilməsindən və çatışmazlığını aradan qaldıra bilən adekvat korreksiyaedici plastikanın yerinə yetirilməsindən ibarət idi: kolopeksiyanı İSAÇ-in aradan qaldırılmasından sonra yerinə yetirirdik; ileosekal bölgənin divarındakı yüyənlərin teniyalarla birləşən yerini təyin etdikdən sonra, oranı tikişlərlə qarının arxa-yan divarına fiksasiya edirik. İleosekal bölgəni yüyənlərin teniya ilə birləşən yerini nəzərə almadan fiksasiyası deformasiyaya səbəb ola bilər və ya fiksasiya yetərli olmaz. YBA-nın cərrahi korreksiyasını onun bağ aparatının bərpasından başlamağı üstün tuturuq; ilk növbədə İSAÇ-in funksiyasında mühüm rol oynayan lateral kor bağırsaq bağını bərpa edirdik. Digər bağlar lateral köndələn çənbər və sağ ayrılık bağları yoğun bağırsağın sağ flanqının yuxarı hissəsinin fiksasiyasını təmin edərək, onun sfinkterlərinin fəaliyyətinin normal şəraitdə yerinə yetirilməsinə imkan yaradırlar. Qarın boşluğu aşağı-orta kəsiklə açıldıqdan sonra təftiş olunur, kor və qalxan çənbər bağırsağı deformasiyaya cəlb edən birləşmələr bilavasitə bağırsaq divarına yaxın kəsilir. İleosekal sahə bundan sonra hərəkətlilik qazanaraq, yaraya asanlıqla çəkilə bilər. Bundan sonra appendektomiya yerinə yetirilir və güdülü qapayan zaman ehtiyatlı davranmaq lazımdır ki, kor bağırsağın kümbəzi və aşağı yүйən deformasiyaya uğramasın. “Barmaq sınağı” vasitəsilə Baugin keçidinin vəziyyəti təyin olunur. Normada Baugin keçidindən barmağın ucu keçir; barmağın sərbəst keçməsi ileosekal aparatın çatışmazlığını təsdiq edəcəkdir. Teniyaların yүйənlə birləşdiyi yeri təyin etdikdən sonra yuxarı ileosekal dodağın plastikası yerinə yetirilir. İSAÇ-in cərrahi korreksiyasında qalça bağırsağın kor bağırsağa birləşməsinə düz bucağa çevirmək məqsədinə nail olunmağa çalışılırdıq. İSAÇ təsdiq edildikdə yuxarı ileosekal dodağın xaricdən plastikasını yerinə yetirirdik: əvvəlcə bağırsaq divarları piy toxumasından təmizlənir və art. Ileocolicanın kiçik şaxələrinə bağlayaraq kəsməklə 2-3 sm məsafədə divar mobilizə olunurdu. Bundan sonra invaginasiyaedici tikişləri Baugin qapağının yuxarı dodağın əsasının proyeksiyasına qoyurduq. Ədəbiyyatda təklif olunan plastika üsullarında aşağı dodağın proeksiyasına qoyulan tikişlər Baugin qapağının

əsasında və yüyəndə qapağın fəaliyyətini pozan deformasiya yarada bilər. Onu nəzərə alaraq, biz, ileosekal keçidi deformasiya etməmək və qapağı örtmək vəzifəsini daşıyan yüyənlərin fəaliyyətini pozmamaq məqsədi ilə aşağı dodağın proyeksiyasına tikiş qoymurduq. İnvaginasiyaedici tikişlərin arası müxtəlif ola bilər. Adətən invaginasiyada 3 sm qalça və 2 sm kor bağırsaq divarı iştirak etdikdə bunu adekvat sayırdıq. Sonuncu tikiş ön yüyən sahəsində 0,5 sm enində olub, sərbəst teniyadan 1 sm məsafədə qoyulurdu; ondan aşağı tikiş isə müsariqə teniyasından 1 sm məsafədə qoyulurdu. Bundan sonra yenidən barmaqla Baugin keçidinin adekvat ölçüyə malik olduğunu yoxlayaraq, sağtərəfli kolopeksiyağa başlayırdıq.

Sağtərəfli kolopeksiyanın təsviri. Sağtərəfli kolopeksiyanı yerinə yetirmək üçün parietal periton arxa qoltuq xətti boyu qalça tinindən başlayaraq XI və XII qabırğalara doğru, oradan da qabırğa qövsünə paralel medial olaraq 3-4 sm uzunluğunda kəsildikdən sonra kəsiyi yan kanal boyu, kor bağırsağın qalxan çənbər bağırsağa keçən yerindən 1,5-2 cm aşağıya qədər davam edirdik. Kəsilən periton vərəqlərinin kənarı alətə alınaraq, tupferlə bağırsağa yataq düzəldirik. Digər müəlliflərdən fərqli olaraq biz, periton vərəqinin medial kəsiyi ilə yalnız sərbəst teniyadan keçməklə bağırsağın ön divarının 2-3 sm medial hissəsinin sero-muskulyar qatını tikişə alırıq. Beləliklə bağırsağın fiziologiyasında mühüm rol oynayan digər teniyalar sərbəst qalır və divarın da tikişə alınması qalxan çənbər bağırsağı, qaraciyər ayrılığı da daxil olmaqla etibarlı olaraq qarınarxası sahəyə təsbit etmiş olur. Digər tərəfdən biz qarınarxası toxumanı da tikişə almırıq; bununla da orada mövcud olan çoxsaylı kapillyarlar, kiçik venoz və arterial damarlar, sinirlər və sidik axarının zədələnməsi təhlükəsini önləmiş oluruq. Birinci sıra tikişlər bağlandıqdan sonra bağırsaq hazırlanmış yatağa elə yerləşdirilir ki, onun divarının ən azı 1/3 perimetri sərbəst qarın boşluğu ilə təmasda olsun. Peritonun üst kəsik kənarı, kor bağırsaq kümbəzini sərbəst buraxmaqla, bağırsağın divarına, düyünlü tikişlərlə təsbit edilir. Bununla da, sağtərəfli kolopeksiya əməliyyatı başa çatmış olur. Beləliklə, ileosekal nahiyyədə yerinə yetirilən kolopeksiya İSAÇ-ın fəaliyyətini bərpa etmək kimi məqsədyönlü vəzifəni yerinə yetirir və aparılan kolopeksiya qalxan çənbər bağırsağın və yoğun bağırsağın qaraciyər ayrılığının patoloji hərəkətliliyini aradan qaldırır.

Elmi-tədqiqat işimizin son 6 ilində YBA ilə birləşən İSAÇ olan xəstələrin irriqoqrammalarında bizim diqqətimizi kor bağırsağın horizontal ölçüsünün onun vertikal ölçüsündən artıq olması cəlb etdi. Eyni zamanda Baugin qapağının çatışmazlığı olmayan xəstələrdə isə əksinə – kor bağırsağın

vertikal ölçüsünün onun horizontal ölçüsündən çox olmasının şahidi olurduq. Qeyd edilənləri nəzərə alaraq biz belə qərara gəldik ki, kor bağırsağın horizontal ölçüsünün artması Baugin qapağının funksiyasının pozulmasında rol oynayan əsas amildir. Ona görə də İSAÇ olan 20 xəstədə tətbiq etdiyimiz Bauginoplastikaya kor bağırsağın horizontal ölçüsünü qısaldaraq vertikal ölçüsünü artırma bilən manupulyasiyanı da əlavə etməyi qərara aldığımız. Bu məqsədlə kor bağırsağın ön və arxa divarına birligindən 2 sm aralı olmaqla 2 sıra sero-muskulyar tikişlər qoyaraq, onun horizontal ölçüsünü qısaldır və beləliklə vertikal ölçüsünü artırmış olurduq. Bunun sayəsində qalça bağırsağın kor bağırsağa açılan yerində mövcud olan və Baugin qapağının yüyənlərini kənara dartan kor bağırsağın dairəvi əzələlərinin dartma təsiri azalaraq alt və üst dodaqların yaxınlaşmasını əldə etməyə imkan yaradırdı. Bundan sonra bizim təklif etdiyimiz modifikasiya ilə Baugin qapağının plastikasını yerinə yetirirdik.

Yuxarıda qeyd edilənləri yekunlaşdıraraq aşağıdakıları deyə bilərik:

1. İSAÇ-ın korreksiyası yalnız cərrahi yolla mümkündür.
2. İSAÇ-ın korreksiyası korreksiyası əməliyyatı bağırsaqların mənfəzini açmadan aparmaq mümkündür.
3. İSAÇ əksər halda qazanılan patologiyalara aid edilməlidir.
4. İSAÇ-ın əmələ gəlməsinin əsas səbəbi YBA-dır;
5. YBA yüyənlərin funksiyasını pozaraq, Baugin keçidinin tam kapanmasına imkan vermir.
6. İSAÇ olan halda patomorfoloji dəyişiklik qapağın yuxarı hissəsindən başlayır və ona görə də korreksiyanı oradan başlamaq lazımdır.
7. İSAÇ-ın bütün etioloji faktorlarını aradan qaldırmaq üçün Bauginoplastika ilə birləşən kolopeksiya (xüsusən də yüyənlərin teniyalarla ilə birləşən bölgəsi) yerinə yetirilməlidir.
8. Sağtərəfli kolopeksiya elə yerinə yetirilməlidir ki, həm bağırsağın fizioloji funksiyalarını pozmasın, həm də onu anatomik yerində güvənli şəkildə fiksasiya edə bilsin.

Biz cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrini öyrənmişik. Yaxın nəticələr 60 xəstədə, uzaq nəticələr (əməliyyatdan keçən 2 il ərzində) 55 xəstədə öyrənmə bilmişik. Nəticələr yaxşı, kafi və pis olaraq qiymətləndirilirdi.

Yaxşı nəticə dedikdə, xəstələrin operasiyaya qədər olan və sonradan yarana bilən şikayətlərinin olmamasını və təkrar müayinədə yoğun və nazik bağırsaqlarda patoloji prosesin olmadığı və QDT-nin normal və ya normal göstəricidən 10-20%-dən yüksək olmaması nəzərdə tutulurdu. Kafi

nəticədə xəstələrin cərrahi əməliyyatdan sonra ümumi vəziyyətləri yaxşı olsa da, onların periodik olaraq, enterit və kolit kimi şikayətləri olur. Kafi nəticə qeyd edilən xəstələrimizdə QDT 13,0-15,0 sm su st. səviyyələrində tərəddüd edirdi. Pis nəticədə cərrahi əməliyyatdan sonra şikayətlər keçmir və bəzən də pisləşir; QDT 15,5 sm su st. səviyyəsini keçir.

Yaxşı nəticə 50 (90,9±3,9%) xəstədə, kafi 3 (5,5±3,1%) xəstədə və pis 2 (3,6±2,5%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Bu 2 xəstə bizim tədqiqata yeni başladığımız dövrdə cərrahi əməliyyata uğramışdılar.

Bizim xəstələrdə cərrahi əməliyyatdan sonra ölən olmamışdır.

Beləliklə, YBA və İSAÇ olan xəstələrin patogenetik müalicəsi cərrahi metod sayılmalıdır.

Hər bir cərrahi xəstəlikdə olduğu kimi, burada da əsas problem xəstəyə düzgün diaqnoz qoyulmasındadır; YBA və İSAÇ mövcud olan xəstələrin diaqnostikasında çoxsaylı invaziv və qeyri-invaziv müayinə üsullarının içərisində çəşib qalmamaqda və xəstəyə lazım olmayan bahalı müayinə vasitələrindən istifadə edilməsini azaltmaqda, klassik təbabətin yarandığı vaxtdan bəri diaqnostikanın meyarı saydığı anamnezin bacarıq və səbrlə toplanması, cərraha sonrakı davranışında bir mayak rolunu oynayır. Xəstənin anamnezində uzunmüddətli, qarının sağ tərəfində başlayan ağrıların (bu ağrıların qaçanda artması), qəbzliyin, dispeptik əlamətlərin və qəbzliyin ishalla əvəz olunması halları olduqda, cərrah qarın boşluğunun digər cərrahi xəstəlikləri arasında YBA olmasından şübhələnərək, diferensial diaqnostika prosesində ona da yer verməlidir. Bu zaman tətbiq edilən irriqoskopiya və qarın daxili təzyiqin təyin edilməsi diaqnozu təyin etməyə imkan verəcəkdir.

YBA olan xəstələrdə konservativ terapiya effekt vermədikdə, cərrahi əməliyyata göstəriş qoyulmalıdır. Konservativ müalicənin effektivliyi ilk növbədə qarındaxili təzyiqin səviyyəsinin normaya doğru azalmasında və defekasiya aktının bərpasında özünü göstərir.

İBA ilə birgə İSAÇ olan xəstələrə cərrahi müdaxilə - Baugin qapağının funksiyasının bərpasına yönəldilən plastika və kolopeksiya yerinə yetirilməlidir; bizim modifikasiyamızla aparılan Bauginplastika və kolopeksiyadan sonra yaxşı nəticələr 90,9±3,9% halda əldə olunmuşdur.

Tətbiq etdiyimiz cərrahi müalicə üsulunun nəticələri onu göstərir ki, İSAÇ-ın cərrahi korreksiyasında kor bağırsağın vertikal ölçüsünü böyütməyə yönəldilən metod və kolopeksiya üsulu anatomik və fizioloji prinsiplərə uyğun olub, sadə və effektivdir.

NƏTİCƏLƏR

1. Defekasiya aktının pozulması olan xəstələr arasında qalxan çən bər bağırsağın intraperitoneal yerləşməsi $17,0 \pm 1,6\%$ halda qeyd edilir və kolonun evakuator funksiyasını ciddi surətdə pozaraq ileosekal aparatın bəyər funksiyasının itirilməsinə səbəb olur; bu zaman baş verən kor bağırsağın ölçülərinin böyüməsi Baugin qapağının funksiyasına mənfi təsir göstərir.

2. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyi və ileosekal aparatın çatışmazlığı olan xəstələrdə qarındaxili təzyiqin normaya nisbətən 2,1 dəfə, mədə daxili təzyiqin 1,4 dəfə, 12 barmaq bağırsağın daxili təzyiqinin isə 1,6 dəfə yüksəlməsinə səbəb olur; yüksələn qarındaxili təzyiqin intraabdominal yerləşmiş bütün orqan və sistemlərin işini pozaraq, onlarda əvvəlcə funksional, sonralar isə struktur dəyişikliklərin ortaya çıxmasına səbəb olur.

3. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyi olan xəstələrdə bağırsaq mikroflorası keyfiyyət və kəmiyyət cəddi dərəcədə dəyişir: bifido- və laktobakteriyaların azalması (müvafiq olaraq 28,3% və 26,8%) və şərti-patogen floranın 2,8 – 3,2 dəfə çoxalması şəklində disbioz ortaya çıxır; qeyd edilən patoloji prosesə ileosekal aparatın funksiyasının pozulması fonunda disbioz daha da şiddətlənir.

4. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının ayrılıqda və ileosekal aparatın funksiyasının pozulması ilə birgə mövcud olması hepato-duodenal sistemin fizioloji funksiyalarına ciddi surətdə təsir göstərir; nəticədə qaraciyərin zülal və protrombin sintez etmə funksiyalarında azalma (müvafiq olaraq – 6,4% və 15,4%) və hepatositlərin zədələnməsini göstərən fermentlərin səviyyələrində yüksəlmə (AlAT – 1,3 dəfə, AsAT – 1,6 dəfə) baş verir.

5. 1-ci və 2-ci dərəcəli abdominal hipertenziya (AH) qeyd edilən yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyası olan xəstələrə konservativ müalicəyə, 3-cü dərəcəli AH olan xəstələrə isə cərrahi müalicəyə göstəriş vardır; yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyası ilə bərabər İSAÇ aşkar edilən xəstələrdə 1-ci dərəcəli AH fonunda ileosekal aparatın funksiyasının pozulmasının kompensasiya stadiyasında konservativ müalicə təyin etmək olar; digər hallarda cərrahi müalicə yerinə yetirilməsi məqsədəuyğun sayılmalıdır.

6. Yoğun bağırsağın mobil olan sağ tərəfini fiksasiya etməyin adekvat

metodu onun sero-muskulyar qatının sərbəst teniya ilə bərabər, bağırsağın 1/3 perimetrinin sərbəst qarın boşluğu ilə təmasda olmasını təmin etməklə, periton vərəqinin medial kəşiyinin kənarı ilə, qarınarxası toxumanı tikişə almadan tikilməsidir. Bauginoplastika üçün əvvəlcə appendektomiya olunmalı, sonra qalça bağırsağın kor bağırsağa birləşməsi düz bucaq şəklini alması tərzində yuxarı ileosekal dodağın plastikası aparılmalıdır. Baugin qapağının aşağı dodağının proeksiyasına qoyulacaq tikişlər onun fəaliyyətini pozan deformasiya yarada bildiyindən onların qoyulması məsləhət deyil. İleo-sekal aparatın funksiyasının bərpası üçün kor bağırsağın vertikal ölçüsünü böyütməyə yönəldilən metod bauginoplastikanın effektivliyini yüksəldir; təklif edilən modifikasiya ilə aparılan cərrahi müalicədən sonra yaxşı nəticələr $90,9 \pm 3,9\%$, kafi nəticələr $5,5 \pm 3,1\%$ halda baş verir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Aktiv fiziki hərəkət zamanı qarında ağrıların baş verməsi və orada “çalxalanma” hissinin olması xəstədə yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının olmasına şübhə oyatmalıdır.

2. USM-də qarın boşlunun sağ tərəfində bağırsaq daxilində hiperexogen görüntü verən qazın təyin edilməsi yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının olmasına dəlalat edə bilən əlamətdir.

3. Yoğun bağırsağın hərəkəti qabiliyyətini təyin etmənin obyektiv metodu Stizmark markerlərindən istifadə etməkdir;

4. İrriqoqrafiya yoğun bağırsağın formasını, ölçüsünü, onun vəziyyətini, hərəkətliliyini və ileosekal aparatın funksiyasını təyin etməyə imkan verən ən yaxşı üsuldur.

5. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin anomaliyasının ayrılıqda və onunla bərabər ileosekal aparatın funksiyasının çatışmazlığının kompensasiya stadiyasında olan xəstələrin cərrahi müalicəsinə inadlı və uzunmüddətli kompleks konservativ tədbirlər effektiv qaldıqda müraciət olunmalıdır.

6. Kor bağırsağın ön və arxa divarına biri-digərindən 2 sm aralı olmaqla 2 sıra sero-muskulyar tikişlərin qoyulması onun horizontal ölçüsünü qısaldır və vertikal ölçüsünü artırmış olur; nəticədə Baugin qapağının yüyənlərini kənara dartan kor bağırsağın dairəvi əzələlərinin təsiri azalaraq, alt və üst dodaqların yaxınlaşması və qapağın adekvat qapanması mümkün olur.

**Dissertasiyanın mövzusu üzrə
çap edilmiş elmi əsərlərin siyahısı:**

1. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin (YBSTPH) cərrahi müalicəsi / Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi Konfransın materialları. Bakı, 2010, s. 41-42 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
2. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin (YBSTPH) əmələ gətirdiyi bəzi patofizioloji dəyişikliklər // Sağlamlıq, 2010, № 7, s. 38-41 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
3. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin və ileosekal aparatın çatışmazlığının qaraciyərin bəzi funksiyalarına, ödən mikroflorasına və tərkibinə təsiri // Sağlamlıq, 2010, № 9, s.109-113 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
- 4.İleosekal aparatının funksiyasının pozulmasının cərrahi korreksiyası / XII Beynəlxalq Avrasiya Cərrah və Qastroenteroloqlar Konqresinin materialları, Bakı, 2011, s. 214 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
5. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyi ilə birgə müşahidə olunan Bauqin qapağının çatışmazlığının cərrahi müalicəsi // Sağlamlıq, 2012, № 4, s. 39-44 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
6. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin qarındaxili təzyiqin dinamikasına təsiri // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı, 2012, № 3, s. 100-103 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
7. Состояние микрофлоры верхних отделов пищеварительного тракта у больных с аномальной подвижности правого отдела толстого кишечника и недостаточности функции илеоцекального аппарата // J. Инфекция в хирургии (Москва), 2012, т. 10, № 4, с. 11-13 (соавт.: Исаев Г.Б.)
8. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin Sitzmark sınağının nəticələrinə təsiri / Prof. Həsən Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, Bakı, 2012, s. 64-65 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)
9. Yoğun bağırsağın sağ tərəfinin patoloji hərəkətliliyinin və ileosekal aparatın çatışmazlığının gedişinin klinik xüsusiyyətləri // Cərrahiyyə, 2012, № 3, səh. 89-94

10. İntraperitoneal yerləşən qalxan çənbər bağırsağın yaratdığı patofizioloji dəyişikliklərin qarındaxili təzyiqin dinamikasına təsiri / Azərbaycan-Türkiyə Cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, Bakı, 2014, s. 97-98 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)

11. İntraperitoneal yerləşən qalxan çənbər bağırsağın yaratdığı patofizioloji dəyişikliklərin cərrahi müalicəsinin nəticələri / Azərbaycan-Türkiyə Cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, Bakı, 2014, s. 100-101 (həmmüə.İ: İsayev H.B.)

ХАФИЗ ЗОХРАБ оглы ДЖАФАРОВ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕННОЙ
ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ
ВОСХОДЯЩЕГО ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

РЕЗЮМЕ

Научно-исследовательская работа выполнена над 94 больных у которых была установлена аномалия толстого кишечника (ТК) в виде интраперитонеального расположения восходящего его отдела. Женщин было – 67 (71,3%), мужчин – 27 (28,7%). 68,0% больных были в возрасте от 36 до 45 лет.

Обследование больных осуществлялась по определенному плану, куда помимо общепринятых методов исследования входили ФГДС, колоноскопия, УЗИ, ирригография и определения двигательной функции толстого кишечника маркерами Ситзмарка. Уровень внутрибрюшного давления (ВБД) измеряли путем катетеризации мочевого пузыря.

Установили, что подвижность правого отдела ТК вызывает в нем стаза содержимого; при этом повышаются как внутрикишечное, так же ВБД и развивается недостаточность запирающей функции Баугиновой заслонки (БЗ) и эта приводит к рефлюксу содержимого ТК в тонкую, что приводит к обсеменению микрофлорой верхних отделов желудочно-кишечного тракта включая желчевыводящих путей.

Адекватным методом устранения наступивших сложных патофизиологических нарушений является устранение аномалии ТК и выполнение пластику БЗ. Нами усовершенствованы методика цекосцендопекции и пластики БЗ; предложенные модификации существующих методов применены у 60 больных. Учитывая того, что недостаточность БЗ развивается с ее верхней губы, пластику начинали оттуда. После пластикой БЗ во всех случаях выполняли цекосцендопекции в нашей модификации.

В послеоперационном периоде хорошие результаты отмечали у 55

(90,9±3,9%), удовлетворительные – у 3(5,5±3,1%), плохие – у 2 (3,6±2,5%) больных в виде частичного нагноение раны.

HAFIZ ZOHRAH JAFAROV

**MODERN PRINCIPLES OF THE DIAGNOSIS AND SURGICAL
TREATMENT OF PATHOPHYSIOLOGICAL
DISORDERS DUE TO INTRAPERITONEAL
ASCENDING COLON**

SUMMARY

Research work was carried out on 94 patients in which the anomaly of the colon (C) in the form of intraperitoneal location of its ascending segment was found. There were 67 (71,3%) women and 27 (28,7%) men. 68,0% of patients were at the age between 36 - 45.

Examination of patients was carried out according to a certain plan which along with common methods of examination included FGDS, colonoscopy, Ultrasound, irrigoradiography and determination of the motility of the colon by Sitzmark markers. The level of the intraperitoneal tension (IPT) was measured through catheterization of the urinary bladder.

It was established that motility of the right section of the colon causes stasis of its contents with the increase of both intestinal, and IPT and development of the obturative function of the ileocaecal valve which leads to the reflux of the contents of the colon into the small bowel, leading to microflora contamination of upper section of the gastro-intestinal tract, including bile ducts.

Removal of colon anomalies and ileocaecal valve plasty is an appropriate method of removal of complex pathophysiological disorders. We have improved the method of the cecoascendopecty and ileocaecal valve plasty; offered modifications of existing methods were applied in 60 patients. Given the fact that and ileocaecal valve insufficiency develops from its upper labia, the plasty was started therefrom. Further cecoascendopecty were in all cases performed by ileocaecal valve plasty in our modification.

In the postoperative period good results were observed in 55 (90,9±3,9%), satisfactory – in 3 (5,5±3,1%), bad results – in 2 (3,6±2,5%) patients in the form of partial wound abscess.

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № 609. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМ. АКАД. М.А.ТОПЧУБАШЕВА

На правах рукописи

ХАФИЗ ЗОХРАБ оглы ДЖАФАРОВ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ
РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕГО ТОЛСТОГО
КИШЕЧНИКА**

3213.01 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2015