

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ**

Əlyazması hüququnda

ELDAR ALLAHVERDİ OĞLU ƏLİYEV

**ANAL SFINKTER ÇATMAZLIĞININ CƏRRAHİ
MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI
YOLLARI**

3213.01 – Cərrahlıq

**Tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsi almaq üçün
təqdim olunmuş dissertasiyanın**

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2014

Dissertasiya Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir

Elmi məsləhətçi:

Əməkdar elm xadimi,
tibb elmləri doktoru, professor:

H.A.SULTANOV

Rəsmi opponetlər:

Tibb elmləri doktoru, professor:
Tibb elmləri doktoru:
Tibb elmləri doktoru:

Ç.M.CƏFƏROV
Z.T.ŞİRİNOV
S.Ə.HÜSEYNOV

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

Dissertasiyanın müdafiəsi «_12_»_03_2014-cü il saat«__»-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.
Ünvan: AZ 1007, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «__»_____2014-ci il tarixdə göndərilmişdir.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının
Elmi katibi, tibb elmləri doktoru,
professor:

Ş.F.İbrahimli

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Anal inkontinensiya sosial problem olub müxtəlif səbəblərdən qazların və nəcisin qeyri-iradi xaric olmasıdır. Düz bağırsağın qarayıcı aparatının funksiya pozğunluğu düz bağırsaq xəstəliklərinin 10%-də rast gəlinir və xəstələri ağır əzablara düçar edir, əmək qabiliyyətini azaldır, bəzən də əlilliyə səbəb olur. Belə olan halda xəstələrin psixikası pozulur, onlar ətrafdakılardan qaçır, həyəcanlı olurlar. II-III dərəcə sfinkter çatışmazlığı olan xəstələrin 90%-də astenonevrotik vəziyyət inkişaf edir [A.M.Аминев, 1979; Ю.В.Дульцев, К.Н.Саламов, 1993; Т.Росквуд et al, 2000; А.Вhаrucha et al, 2006, X.N.Musayev, 2011].

Cərrahiyyənin bu problemi uzun müddət kölgədə qalmışdır. Belə xəstələrin müalicə təcrübəsi az olmuşdur. Digər tərəfdən anal inkontinensiyalı xəstələrin funksional müayinəsi də məhdud olmuşdur. Proktologiyanın inkişafı, yoğun bağırsağın distal hissəsinin funksiyasını öyrənən müayinə metodlarının işlənilib hazırlanması bu patologiya ilə bağlı tədqiqat işlərinin aparılmasına şərait yaratmışdır. Tibbi ədəbiyyatda anal çatmazlığın müayinə metodları haqqında geniş məlumatlar verilməyə başlanmışdır [Л.С.Гельфенбейн, 1965; М.Свош и др., 1988; В.Ф.Куликовский и др., 2005; С.Bartram, А.Sultan, 1995; S.H.Sultanova, 2006; F.Hetzer et al, 2006; R.Felt-Bersma, 2007].

İstər bizim ölkədə, istərsə də xarici ölkələrdə anal sfinkter çatmazlığı ilə olan xəstələrin sayı artmaqda davam edir. Ümumi cərrahi stasionarlarda onların sayı 2%, proktoloji şöbələrdə isə 13% təşkil edir. Anal inkontinensiya ilə olan xəstələrin sayı təbii ki, qeyd olunanlardan çoxdur.

Anal inkontinensiya ilə olan xəstələrin sayı haqqında dəqiq fikir yürütmək çox çətindir. Bu onunla izah olunur ki, xəstələr öz problemləri barədə səhiyyə ocaqlarına çox az hallarda məlumat verirlər. *Johanson* və *Lafferty* (1996) müəyyən etmişlər ki, bu qrup xəstələrin yalnız 20%-i həkim müayinəsi zamanı öz şikayətlərini söyləyirlər. Eyni zamanda bu müəlliflər və digər tədqiqatçılar yaş artdıqca xəstəliyin rastgəlmə tezliyinin çoxaldığını göstərirlər. 30 yaşa qədər xəstəliyin yayılma dərəcəsi 12,3% olduğu halda, 70 yaşdan yuxarı şəxslərdə 19,4% təşkil edir. *Kuehn B.M. et al* (2006) göstərirlər ki, heriatrik klinikalarda bu rəqəm 50%-ə çatır.

Anal sfinkter çatmazlığının müalicəsi hələlik həll edilmiş sayılmır. Ədəbiyyatda düz bağırsağın qarayıcı aparatının bərpa edilməsinə həsr olunmuş çoxsaylı cərrahi müdaxilə üsulları vardır. Ancaq bu üsullar əksər hallarda xəstələrin fərdi xüsusiyyətlərini nəzərə almadan tətbiq olunur və bir

çox təsadüflərdə effektiv olurlar [A.M.Аминев, 1963; K.Matzel et al, 2001; В.Л.Ривкин и др., 2004; M.Oberwalder et al, 2008].

Buie W.D. et al (2001) sfinkteroplastikadan sonra 13-46% hallarda, Samarasekera D.N. et al (2008) aralığın III dərəcə cırılmasının cərrahi bərpasından sonra 15-61% hallarda anal sfinkter çatmazlığı əlamətlərinin üzə çıxdığını qeyd edirlər. Tillin T. et al (2006) və Tan E.K. et al (2008) dinamik qrasiloplastikadan sonra 0-13% arasında ölüm faizinin və 50% hallarda əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların olduğunu göstərirlər. Deyilənlərə baxmayaraq, təklif olunan müdaxilə üsulları bəzi müəlliflərin fikrincə, düz bağırsağın sfinkter əzələsinin zəifliyində müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur. Digər müəlliflər isə əksinə, müasir farmakologiya, elektronika və fiziologiyanın inkişafı ilə bağlı olaraq konservativ müalicəyə üstünlük verirlər. Əldə olan müalicə tədbirləri ilə qalmış sfinkter əzələsinə effektiv təsir etmək və düz bağırsağın qapayıcı aparatının işini kompensə etmək mümkün olduğu qeyd olunur.

Bağırsağ möhtəviyyatını saxlama qabiliyyəti çox mürəkkəb mexanizmlərlə idarə olunur. Bu mürəkkəb sistemdən reflektor və ya sinir-əzələ zəncirinin çıxarılması anal çatmazlığın müxtəlif klinik təzahürlərinin meydana gəlməsinə səbəb olur. Nəzərə çarpan sinir-reflektor pozğunluğu olmayan anal sfinkterin əzələ strukturunun üzvü dəyişiklikləri müxtəlif növ cərrahi müdaxilə üsullarının aparılmasını tələb edir. Ancaq bu zaman cərrahi müalicənin tam sagalma ilə nəticələnməsi 40-60%-dən artıq olmur [A.Рыжих и др., 1970; J.Briel et al, 1998; S.Karoni et al, 2000; K.Matzel et al, 2001; A.Sultan, 2007; H.A.Sultanov, 2011].

Tam anal sfinkter çatmazlığının müalicəsi daha çox çətinliklər törədir. Hər növbəti aparılmış effektiv cərrahi müdaxilə bu qrup xəstələri tam sağalmadan uzaqlaşdırır, ano-rektal zonada çapıq prosesini artırır və düz bağırsağın qapayıcı sisteminin sinir-reseptor əlaqələrinin pozulmasına gətirib çıxarır.

Anal inkontinensiya problemi kifayət qədər mürəkkəbdir və hər hansı bir metodun köməyi ilə bu problemi həll etmək mümkün deyil. Sfinkter əzələsinin çatmazlığını törədən səbəblərin çox olması, onların bir neçəsinin bir yerdə rast gəlməsi bu qrup xəstələrin hərtərəfli müayinə olunmasını, qapayıcı sistemin hansı hissəsində pozğunluğun olmasını aşkar etməyi, düzgün müalicə taktikasının seçilməsini tələb edir.

Anal sfinkter çatmazlığının müalicəsində problemi həll etmək üçün differensiasiya olunmuş yanaşmanın və effektiv müalicə metodlarının olmaması tədqiqat işinin məqsəd və vəzifələrini təyin etmişdir.

Tədqiqatın məqsədi.

Kompleks müalicə-diaqnostik tədbirlər işləyib hazırlamaq, tətbiq etmək və xəstələrə differensiasiya olunmuş halda yanaşmaqla anal sfinkter çatmazlığının cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Proktoloji xəstəliklər içərisində anal sfinkter çatmazlığının rastgəlmə tezliyini öyrənmək və müxtəlif növ anal sfinkter çatmazlığının səbəblərini araşdırmaq.
2. Anal inkontinensiyalı xəstələrin diaqnostikasında istifadə olunacaq müayinə üsulları kompleksini işləyib hazırlamaq, yeni yaylı sfinkterometr yaratmaq və bağırsağ möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətini təmin edən komponentlərdə baş verən dəyişikliklərin xarakterini təyin etmək.
3. Düz bağırsağın qapayıcı mexanizmlərini müasir müayinə üsulları ilə aşkar etmək və bunun əsasında təkmilləşdirilmiş təsnifat işləyib hazırlamaq.
4. Anal sfinkter çatmazlığının korreksiyasında istifadə edilən müalicə üsullarının səmərəsinin az olmasını nəzərə alaraq, onları təkmilləşdirmək və yeni müalicə üsulları işləyib hazırlamaq.
5. Anal inkontinensiyalı xəstələrə differensiasiya olunmuş yanaşmanı tətbiq etmək, cərrahi müdaxilə üsullarına göstəriş və əks göstərişləri dəqiqləşdirmək və seçilən müalicə üsulunu əsaslandırmaq.
6. Aşkar olunmuş patoloji dəyişiklikləri nəzərə alaraq xəstələrin əməliyyatdan və əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılması üsullarını təkmilləşdirmək, iltihabi ağırlaşmaların sayını azaltmaq və residivlərin qarşısını almaq üçün 3,57%-li siprofloksasin tərkibli gəllə yerli lazeroterapiyanı birlikdə tətbiq etmək.
7. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətindən asılı olaraq optimal müalicə, müşahidə müddətini və edilən tibbi köməyin həcmi təyin etmək.
8. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin tam reabilitasiyasını aparmaq və qarışıq forma anal inkontinensiyanı ləğv etmək üçün kompleks müalicə tədbirləri işləyib hazırlamaq.

Elmi yenilik:

- Böyük klinik material əsasında müxtəlif formalı anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin müalicəsinin nəticələri öyrənilmiş və təhlil edilmişdir. Tədqiqat işi çoxsaylı klinik müşahidələrə əsaslanmış, düz bağırsağın qapayıcı sistemə qiymət vermək üçün müasir müayinə üsulları kompleks şəkildə tətbiq olunmuşdur. Nəticədə bağırsağ möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətində olan dəyişikliklərin xarakteri aşkar edilmişdir.

- Anal sfinkterin gücünü öyrənmək üçün yeni yaradılmış sfinkterometrədən istifadə edilmişdir.

- Əldə edilmiş məlumatlar əsasında anal inkontinensiyanın formaları ayrılmış, təsvir edilmiş və təkmilləşdirilmiş təsnifat yaradılmışdır. Bu təsnifat bağırsağın möhtəviyyatını saxlama qabiliyyəti pozulmuş xəstələrin müasir klinik-funksional üsullarla hərtərəfli müayinəsinə əsaslanmış və müalicə üsulunun seçilməsinə şərait yaratmışdır.

- Düz bağırsağın qapayıcı sistemində olan pozğunluqları nəzərə almaqla anal sfinkter çatmazlığının korreksiyası üsulları təkmilləşdirilmiş və əsaslandırılmışdır. Döğuşdən sonra anal sfinkterin zəifliyi olan xəstələrdə sfinkterolevatoroplastikanın yeni modifikasiya olunmuş üsulu hazırlanmış və tətbiq olunmuşdur. Anal inkontinensiya ilə ağırlaşan rekto-vaginal fistulların cərrahi müalicə üsulu təklif olunmuşdur.

- Sfinkter əzələsinin bərpa üsulları təkmilləşdirilmiş, düz bağırsağın qapayıcı sisteminin vəziyyətini nəzərə almaqla böyük sağrı və bud əzələlərindən plastika variantları əsaslandırılmışdır. Əzələ loskutlarının köçürülməsi zamanı onların nekrozunun qarşısını alan müdaxilə üsulu işlənib hazırlanmışdır.

- İnkontinensiyalı xəstələrdə əməliyyatönu hazırlıq və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin aparılması qaydaları işlənib hazırlanmış, elektrostimulyasiyanın, perianal yaraların müalicəsində 3,57%-li siprofloksasin tərkibli gellə birgə yerli lazeroterapiyanın geniş tətbiq olunması əsaslandırılmışdır.

- Anal inkontinensiyalı xəstələrin tam reabilitasiyasını aparmaq və qarışıq forma sfinkter çatmazlığını ləğv etmək üçün kombinəolunmuş müalicə üsulu tətbiq olunmuş, xəstələrə dispanser nəzarətin müddəti və prinsipləri təyin edilmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti:

- Müxtəlif etiologiyalı anal sfinkter çatmazlığı zamanı düz bağırsağın qapayıcı aparatında baş vermiş anatomo-fizioloji dəyişiklikləri aşkar etmək üçün aparılacaq müayinə üsulları kompleks şəkildə və müəyyənləşdirilmiş ardıcılıqla yerinə yetirilmişdir.

- Düz bağırsağın qapayıcı sisteminin müasir obyektiv müayinə üsulları ilə tədqiqi anal inkontinensiyanın etioloji faktorlarını aşkar etmiş, təsnifatda əsaslı dəyişiklik aparmağa imkan vermiş, xəstəliyin profilaktika və müalicə tədbirlərini təyin etmişdir. Təklif olunan təsnifat müalicə məsələlərində düzgün istiqamət götürməyə şərait yaratmışdır.

- Anal inkontinensiyanın cərrahi müalicəsində sfinkteroplastika, sfinkterolevatoroplastika icrasında, sağrı və bud əzələlərindən neosfinkter yaradılmasında təkmilləşdirilmiş müdaxilə üsullarından istifadə edilmiş, onlara göstəriş və əks göstərişlər dəqiqləşdirilmişdir.

- Əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı dövrdə tətbiq olunan müalicə iltihabi ağırlaşmaların və müvafiq olaraq residivlərin sayını azaltmış, müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmışdır.

- Təkmilləşdirilmiş və işlənib hazırlanmış plastika üsulları anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə 88,7% hallarda sağalma və ya bağırsağ möhtəviyyatını saxlama funksiyasının yaxşılaşmasına səbəb olmuşdur. Nəzərdə saxlanılmış 193 xəstədən 147 nəfəri sağalaraq adi əmək fəaliyyətinə başlamışdır.

İşin nəticələrinin tətbiqi:

Müxtəlif etiologiyalı və formalı anal sfinkter çatmazlığı zamanı təklif edilmiş müayinə və müalicə üsulları Bakı şəhəri Klinik Tibbi Mərkəzin I və II cərrahi şöbələrində, uşaq cərrahlığı şöbəsində istifadə olunur.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin müayinəsi xüsusi sxem üzrə və kompleks şəkildə aparılmalıdır. Düz bağırsağın qapayıcı sisteminin belə hərtərəfli müayinəsi anal inkontinensiyanın səbəbini, növünü, ağırlıq dərəcəsini ayırd etməyə imkan vermişdir.
2. Aşkar edilmiş üzvü və qeyri-üzvü dəyişikliklərə əsasən təkmilləşdirilmiş təsnifatın verilməsi və adekvat müalicə üsulunun seçilməsinin əsaslandırılması.
3. Düz bağırsağın qapayıcı sisteminin yenidən yaradılması üsullarının təkmilləşdirilməsi.
4. Əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin aparılması qaydalarının və anal çatmazlığın müalicə üsullarının işlənib hazırlanması və tətbiq olunması.
5. Düz bağırsağın qapayıcı sisteminin cərrahi müalicədən sonra funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, korreksiyası və müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması.
6. Tam anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin sosial və əmək reabilitasiyasının aparılması.

Tibb elminin problem planı ilə tədqiqatın əlaqəsi. Dissertasiyanın mövzusu ATU-nun I cərrahi xəstəliklər kafedrasının elmi-tədqiqat işlərinin planına daxildir, dövlət qeydiyyat nömrəsi № 0195 AZ 00133

İşin aprobasiyası: Dissertasiyanın əsas müddələri aşağıdakı konqres və toplantılarda müzakirə edilmişdir: Prof. Z.Məmmədovun 100-illik yubileyinə həsr olunmuş konfrans (Bakı, 2003); VI Beynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan qastroenteroloq və cərrahlarının konqresi (Bakı, 2003); Koloproktologiyanın aktual problemləri. Beynəlxalq elmi konfrans (Moskva, 2005); XI Beynəlxalq Avroasiya cərrahiyyə və gastroenterologiya konqresi (Bakı, 2008); XII Koloproktoloji Mərkəzi Avropa konqresi (Moskva, 2008); MDB Koloproktoloqlarının I qurultayı (Daşkənd, 2009); Prof. İ.M.Məmmədovun 90-illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfrans (Bakı, 2009); 17 Ulusal Cerrahi Konqresi (Ankara, 2010); XIII Ulusal Kolon və Rektum Cərrahisi Konqresi (Antalya, 2011); Türkdilli ölkələr və Türk Topplularının I Tibb Konqresi (Bakı, 2011).

Hazır dissertasiya Azərbaycan Tibb Universitetinin ümumi cərrahiyyə, I Cərrahi xəstəliklər, uşaq cərrahlığı kafedralarının elmi konfransında müzakirə olunmuşdur (30 iyun, 2011).

Publikasiya. Dissertasiyanın mövzusu üzrə 71 elmi iş (o cümlədən 33 jurnal məqaləsi), 3 metodik vəsait dərc olunmuş, 1 müəlliflik hüququ, 5 səmərələşdirici təklifə şəhadətnamə alınmışdır.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya işi giriş, ədəbiyyat icmalı, 5 fəsil şəxsi tədqiqatlar, yekun, nəticələr və praktik tövsiyələrdən ibarətdir. Dissertasiya 294 səhifədə kompüterdə yazılmış, 80 şəkil və 43 cədvəllə əyaniləşdirilmişdir. Ədəbiyyat siyahısına 37 vətən, 347 yaxın və uzaq xarici ölkə alimlərinin əsərləri daxildir.

XƏSTƏLƏRİN KLİNİK XARAKTERİSTİKASI VƏ MÜAYİNƏ ÜSULLARI

Tədqiqat işində anal sfinkter çatmazlığı olan 286 xəstənin müayinəsi, konservativ və cərrahi müalicəsinin nəticələri öyrənilmişdir. Xəstələr Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası yerləşən Kliniki Tibbi Mərkəzdə 1990-2011-ci illərdə müalicə almış və nəzarətdə olmuşlar. Qeyd olunan müddət ərzində klinikamızda anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin diaqnostikası və cərrahi müalicəsini 2 mərhələyə bölmək olar: I mərhələ 1990-1998-ci illəri, II mərhələ isə 1998-2011-ci illəri əhatə edir. I mərhələ problemin həllinin başlanğıc mərhələsinə təsadüf edir. Bu dövrdə klinikamızda anal sfinkter çatmazlığı olan 46 xəstə müalicə almışdır. O zaman əməliyyat olunmuş və nəzarətdə saxlanılmış 41 xəstənin cərrahi müalicəsinin nəticəsində $53,7 \pm 7,8\%$ sağalma qeyd olunmuşdur.

2-ci mərhələdə düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksiyasını öyrənmək üçün müayinə və müalicə üsulları təkmilləşdirilmiş və klinik təcrübədə istifadə olunmuşdur. Nəzarətdə olan 240 xəstədən 98-i kişi (40,8%), 142 nəfəri isə (59,2%) qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşı 14-64 arasında dəyişmişdir. Anal sfinkter çatmazlığı qadın xəstələrdə daha çox rast gəlinmişdir. Kişilərin qadınlara nisbəti 1:1,4 olmuşdur. Xəstələnmə müddətlərinin öyrənilməsi göstərdi ki, əksər xəstələr (80%) 1 ildən çox xəstələnmə anamnezinə malikdirlər.

Anal sfinkter çatmazlığını törədən etioloji momentlər aşağıdakılar olmuşdur: ano-rektal nahiyənin anadangəlmə anomaliyaları – 18 xəstə (7,5%), düz bağırsağın distal hissəsində aparılmış cərrahi əməliyyatlar – 94 xəstə (39,2%), düz bağırsağın qapayıcı aparatını zədələyən doğuşlar – 62 xəstə (25,8%), ano-rektal nahiyənin travmaları – 30 xəstə (12,5%) və funksional pozğunluqlar – 36 xəstə (15,0%).

Nəzarətdə olan bütün xəstələr anal sfinkter çatmazlığından şikayət etmişlər: qazları saxlaya bilməmək 49 xəstə (20,4%), duru nəcisi saxlaya bilməmək 82 xəstə (34,2%), bərk nəcisi saxlaya bilməmək 109 xəstə (45,4%).

Xəstələrin müayinəsi zamanı cərrahi müalicə tələb edən düz bağırsağın distal hissəsinin yanaşı gedən xəstəlikləri 27 nəfərdə (11,3%) aşkar edilmişdir. 99 (41,3%) xəstədə anal inkontinensiya ilə bərabər həzm traktının yanaşı gedən xəstəlikləri olmuşdur ki, bunlar da cərrahi müdaxilə tələb etməmişdir.

Yoğun bağırsağın selikli qişası tərəfdən iltihabi dəyişiklik və duru nəcis ifrazı olan 22 (9,2%) xəstədə mikrofloranın aerob və anaerob qidalı mühitlərdə əkilməsi aparılmışdır. 90,8% hallarda bağırsaq mikroflorası fakultativ və onun şərti hissəsinin (obliqat) üstünlüyü ilə xarakterizə olunmuşdur. V.Q.Petrovskiy, O.P.Marko (1976) verdiyi təsnifata əsasən I dərəcəli disbakterioz 12 (5,2%) xəstədə, II dərəcə disbakterioz isə 8 (3,3%) xəstədə tapılmışdır. Cəmi 2 (0,8%) xəstədə disbakterioz qeyd olunmamışdır.

Yoğun bağırsağın, çanaq sümüklərinin, onurğanın, bel-büzdüm nahiyəsinin rentgen müayinəsi 212 (88,3%) xəstədə aparılmışdır. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə yoğun bağırsağın vəziyyəti rentgenoloji müayinə ilə qiymətləndirilmişdir. Ano-rektal bucağın ölçülməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb etmişdir. Normada bu bucaq 80-82⁰ təşkil edir.

Nəzarətdə olan 142 qadın ginekoloq tərəfindən müayinə edilmiş, onların 87(61,3%)-də normadan kənar çıxma olduğu aşkar olunmuşdur. Qadın cinsiyyət orqanlarının iltihabi xəstəlikləri üstünlük təşkil etmişdir.

Eyni zamanda uşaqlıq yolu təmizlik dərəcəsi 82 xəstədə tədqiq edilmişdir (Ю.М.Немецова, 1972). I təmizlik dərəcəsi ancaq 6 qadında (7,3%) təyin edilmişdir. Bu rekto-vaginal arakəsmədə defekt olmayan xəstələrdə qeyd olunmuşdur. Əksər xəstələrdə uşaqlıq yolunun III və IV təmizlik dərəcəsi müəyyən edilmişdir. II təmizlik dərəcəsi 12 nəfərdə (14,6%) müşahidə olunmuşdur. III dərəcə 21 xəstədə (25,6%), IV dərəcə 43 xəstədə (52,4%) aşkarlanmışdır.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinə qiymət vermək üçün tədqiqat işində A.M.Aminevin yaylı sfinkterometrinə modifikasiya etdiyimiz sfinkterometrən və branşlı sfinkterometrən istifadə edilmişdir. Təklif etdiyimiz yaylı sfinkterometr (səmərləşdirici təklif № 475, 27.03.2007) 2 hissədən ibarətdir: üzərində aqrəbi və şkalası olan qeyd edən hissə və düz bağırsağa salmaq üçün ucunda zeytunu olan birləşdirici hissə. Cihazın köməyi ilə tonus, sərbəst yığılma, maksimal güc təyin edilmişdir.

Xarici və daxili sfinkter nahiyələrində təzyiqin ölçülməsi açıq kateterlərlə və ya diametri 5-21 mm olan balonlarla aparılmışdır. Açıq kateterlərin istifadəsi anal təzyiqin xarakteristikası haqqında məlumatlanmağa imkan verir. Daxili və xarici sfinkterlər proyeksiyasında qoyulmuş balonlar isə sfinkterlərin sərbəst və reflektor fəaliyyətini qiymətləndirməyi mümkün edir.

Qapayıcı aparat əzələlərinin elektromioqrafiyası zamanı müxtəlif elektrodlardan istifadə edilmişdir. Elektromioqrafiya 6-7 dəqiqə ərzində elektroda adaptasiya etdikdən sonra əvvəlcə sakit vəziyyətdə və sərbəst yığılmalar zamanı, sonra isə perianal dəridə ştrix çəkməklə (anal refleks) və düz bağırsağa salınmış ballona 50 ml-dən 350 ml-ə qədər hava vurmaqla genişləndirilməsi zamanı çəkilmişdir. Alınmış elektromioqramların təhlili ədəbiyyatdan məlum olan ümumi qayda üzrə aparılmışdır.

Rekto-anal refleksin müayinəsi anusdan 10-12 sm məsafədə olan balonun düz bağırsağı qıcıqlandırması hesabına aparılmışdır. Aşağıda olan kiçik balonlar xarici və daxili sfinkterlər proyeksiyasında yerləşdirilmişdir. 10-12 dəqiqəlik adaptasiyadan sonra qrafik olaraq xarici və daxili sfinkterlər nahiyəsində olan təzyiqlər və manjetin hava ilə dolmasını göstərən pnevmoqramlar qeydə alınmışdır.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının tamlığını öyrənmək üçün endoanal ultrasonoqrafiya (EAUS) üsuluna üstünlük verilmişdir. 360⁰ görmə sahəsi 10-mHz tezliyi olan cihazlardan istifadə edilmişdir. İnternal sfinkterin qalınlığı orta hesabla 2,4 mm, external sfinkterin qalınlığı isə 4,7 mm qeyd olunur. EAUS anal kanalın aşağı, orta və yuxarı 1/3-də aparılır. Anal kanalın

yuxarı 1/3-də «U» şəklində puborektal əzələ görünür. Orta 1/3-də daxili sfinkter aşkar edilir və bu bölgədə sfinkter defektlərinin çoxunu tapmaq olur. Aşağı 1/3-də isə xarici sfinkterə qiymət verilir.

Anal refleksin öyrənilməsi perianal dəridə düyməli zondla ştrix çəkməklə aparılmışdır. Reflektor cavab V.A.Aminevə görə qiymətləndirilmişdir. Canlı və ya normal refleks – verilən qıcığa xarici sfinkterin tam dəyərlə yığılması; yüksəlmiş – bu zaman sfinkterlə yanaşı aralıq əzələlərinin (bəzən də sağrı) eyni zamanda yığılması; zəifləmiş – xaric sfinkterin reaksiyasının az nəzərə çarpması. Perianal dərinin qıcıqlanmasına xarici sfinkterin yığılmaması anal refleksin olmaması kimi qiymətləndirilmişdir.

Yoğun bağırsağın motor fəallığı ИМФ-3 cihazının və lateks balonları (ölçüsü 20-15 mm) bir-birindən 10 sm məsafədə yerləşən zondun köməyi ilə öyrənilmişdir. Yoğun bağırsağın distal hissəsinin motor fəallığını göstərən balonoqramların təhlili В.Г.Янцева (1962) təsnifatına uyğun olaraq, yoğun bağırsaqda təzyiqli nəzərə almaqla aparılmışdır. Peristaltik dalğaların amplitudu və tezliyi qiymətləndirilmiş, yoğun bağırsağın motor fəallığı normokinetik, hipokinetik və hiperkinetik tiplərə ayrılmışdır.

Anal kanalda çapıq toxumasının inkişaf dərəcəsini aydınlaşdırmaq üçün onun elastikliyi və genişlənməsi öyrənilmiş, mexanodilatometrdən istifadə edilmişdir.

Beləliklə, biz düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinə ancaq adi klinik müayinələrin nəticələrinə görə yox, həmçinin çoxtərəfli instrumental və laborator müayinələrin nəticələrinə əsasən qiymət vermişik. İstifadə olunan metodika əzələ liflərinin əsas xüsusiyyətlərini (yığılma, oyanma və elastiklik) və düz bağırsağın sinir-reseptor aparatının vəziyyətini, anal sfinkterin və çanaq dibinin funksional qalmış əzələlərin sərhəddini təyin etməyə, zədələnmənin dərəcə və xarakterini dəqiqləşdirməyə imkan vermişdir. Belə aparılmış müayinə diaqnozu dəqiqləşdirilmiş və müalicə üsulunu seçməyə, həmçinin anal çatmazlığın korreksiyasının nəticələrini düzgün qiymətləndirməyə imkan vermişdir.

ANAL SFİNKTER ÇATMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DÜZ BAĞIRSAĞIN QAPAYICI APARATININ FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin öyrənilməsi göstərdi ki, bağırsaq möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətinin pozulması və onun dərəcəsi əzələ strukturlarının

zədələnmə xarakteri və həcmindən, yoğun bağırsağın vəziyyətindən və sinir-reflektor fəaliyyətindən asılıdır.

Nəzarətdə olan **anadangəlmə** anal inkontinensiyalı xəstələr olan qüsurlu və keçirilmiş cərrahi müdaxilələrlə bağlı şərti olaraq 4 qrupa bölünmüşdür:

I qrup - 2 qadın perforasiya etməmiş anus və rektovaginal fistul ilə.

II qrup – düz bağırsağın və anusun atreziyasına görə çoxsaylı əməliyyatlar keçirmiş 14 xəstə.

III qrup – 1 kişi – atreziyanın fistul forması.

IV qrup – 1 xəstə anorektal və urogenital nahiyələrin müştərək anadangəlmə qüsuru.

Elektromioqrafik üsulla xarici sfinkter əzələsinin dəqiq lokalizasiyasının təyini perforasiya etməmiş anus və rektovaginal fistulu olan xəstələrdə cərrahi taktikanı seçməyə imkan vermişdir.

Çoxsaylı cərrahi müdaxiləyə məruz qalmış anadangəlmə sfinkter çatmazlığı olan xəstələr qrupunun müayinəsi göstərmişdir ki, perforasiya etməmiş atreziya zamanı I-ci əməliyyatın müvəffəqiyyətsizliyi xəstələrin sağlamlığına pəssizdir. Sonrakı cərrahi müdaxilələr düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərini daha da çox zədələyir. Anadangəlmə inkontinensiyalı xəstələrdə proktoplastika, S-vari bağırsağın endirilməsi əməliyyatından sonra yüksək amplitudlu dalğalar anusun kənarına yaxın qeyd edilmişdir.

Travmatik anal sfinkter çatmazlığı 186 xəstədə qeyd olunmuşdur. Etioloji momentdən asılı olaraq biz travmatik anal sfinkter çatmazlığını 3 qrupa bölmüşük: əməliyyatdan sonra, doğuşdan sonra, istehsalat və məişət travmasından sonra.

Anal sfinkterin saxlama funksiyasının daha çox pozulması anorektal nahiyənin istehsalat və məişət travmasından sonra baş vermişdir. Bu xəstələr daxil olan qrupda III dərəcə sfinkter çatmazlığı üstünlük təşkil etmişdir (99 (53,2%) xəstə).

Travmatik anal inkontinensiyası olan xəstələrdə anal kanalın uzunluğunun öyrənilməsi II və III dərəcə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə statistik dərəcədə azaldığını göstərmişdir.

Bu qrupa daxil olan bütün xəstələrdə sfinkterometriya aparılmışdır (cədvəl 1).

Travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə
sfinkterometriyanın göstəriciləri (q-la)

Müayinənin parametrləri	Sfinkter çatmazlığının dərəcələri		
	I	II	III
Kişilər:			
Tonus	347,1±23,4 (268-420)	235,4±16,7 *** (177-310)	136,1±10,7 *** (94-188)
Maksimal güc	496,4±27,5 (410-620)	402,7±18,5 ** (321-494)	215,4±16,6 *** (157-286)
Sərbəst yığılma	143,7±7,1 (81-210)	167,2±10,4 (116-227)	79,8±4,1 *** (37-112)
Qadınlar:			
Tonus	300,7±14,7 (216-399)	211,8±9,7 *** (141-284)	127,1±9,2 *** (79-194)
Maksimal güc	442,5±22,3 (326-560)	312,1±10,2 *** (248-390)	231,7±11,2 *** (166-314)
Sərbəst yığılma	143,1±7,2 (86-200)	100,6±7,4 *** (47-160)	104,3±6,8 *** (51-158)

Qeyd: I dərəcə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüslüyü: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərinin yığılma qabiliyyətində ən dərin dəyişiklik anorektal nahiyənin travmasını keçirmiş xəstələrdə qeyd olunmuşdur. I dərəcə travmadan sonrakı sfinkter çatmazlığında tonik gərginlik və maksimal güc az dəyişir. Ancaq böyük travmalarda xarici sfinkter əzələsi ilə yanaşı çanaq dibi əzələləri də zədələndiyindən sfinkterometriyanın göstəriciləri əməliyyatdan sonrakı sfinkter çatmazlığının eyni dərəcəsi olan xəstələrə nisbətən daha çox azalır.

Travmatik sfinkter çatmazlığı zamanı anal sfinkter əzələsinin yığılma qabiliyyətinin manometrik tədqiqi hər 3 yarımqrupda aparılmışdır (cədvəl 2).

Travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə
anal kanalda təzyiğin dəyişməsi (mm civə sütunu ilə)

Anal çatmazlığın dərəcəsi	Anal çatmazlığın növü	Xarici sfinkterin təzyiqi	Daxili sfinkterin təzyiqi	Sərbəst yığılma (xarici sfinkterin)
I	Əməliyyatdan sonra	34,7±2,1 (23-45)	56,7±4,9 (41-70)	61,9±6,6 (48-75)
	Doğuşdan sonra	36,1	47,1	58,9
	Travmadan sonra	27,1±2,1 (16-39)	41,4±2,6 (32-55)	45,3±1,8 (35-53)
II	Əməliyyatdan sonra	21,5±1,2*** (12-32)	44,2±2,7** (35-57)	41,1±2,8*** (33-42)
	Doğuşdan sonra	20,4±1,3 (11-30)	41,3±2,5 (30-42)	36,7±2,0 (27-45)
	Travmadan sonra	18,7±1,1*** (9-26)	30,2±1,8*** (20-40)	40,1±1,2* (31-44)
III	Əməliyyatdan sonra	10,2±0,4*** (4-17)	30,9±1,7*** (21-42)	21,7±1,7*** (13-27)
	Doğuşdan sonra	9,7±0,9 (4-16)	39,3±2,1 (30-51)	19,4±1,2 (12-25)
	Travmadan sonra	9,8±0,6*** (4-16)	20,3±1,7*** (12-27)	15,7±1,1*** (8-23)

Qeyd: I dərəcə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Alınmış nəticələr göstərdi ki, bütün qrup xəstələrdə I dərəcə sfinkter çatmazlığı zamanı yoxlama qrupu ilə müqayisədə etibarlı statistik fərq yoxdur. Bu da sfinkterometriyanın nəticələri ilə uyğun gəlir. I-II dərəcə anal inkontinensiyalı xəstələrdə bütün yarımqruplarda daxili sfinkter nahiyəsində təzyiq ən az dəyişir ki, bu da daxili sfinkterin və xarici sfinkterin dərin porsiyasının funksional qabiliyyətinin qaldığını göstərir. Müvafiq olaraq travmatik sfinkter çatmazlığı zamanı əsasən xarici sfinkterin funksiyası pozulduğundan xarici sfinkter dairəsinin əzələ defektini aradan qaldıran cərrahi əməliyyatlardan effekt gözləmək olar.

Düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərinin tonus və sərbəst yığılmasına düzgün qiymət vermək üçün elektromioqrafiya böyük rol oynayır. Xarici sfinkter əzələsinin elektrik fəallığı biopotensialının amplitudasının azalması sfinkter çatmazlığının dərəcəsindən birbaşa asılıdır.

Elektromiografiya çapıq dəyişilmiş hissələrin sərhədini təyin etməyə imkan vermişdir. Bu tonik və sərbəst yığılma elektrik fəallığının tam azalması və ya heç olmamasına uyğun gəlmişdir. 186 xəstədən 169 nəfərində elektromiografiya vasitəsilə əzələ defekti aşkar olunmuşdur (90,9±2,1%).

Anal refleks travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə canlı hesab edilmişdir. Bu zaman xarici sfinkterin səthi porsiyasının dairəvi yığılması ilə yanaşı sağlam qalmış əzələ hissələrinin yığılması baş vermişdir. Sfinkter çatmazlığının dərəcəsi artdıqca anal refleks zəifləmiş, bəzən də xarici sfinkterin reflektor cavabı heç olmamışdır. Doğuşdan sonra anal inkontinensiyası olan xəstələrdə əməliyyatdan və travmadan sonrakı çatmazlıqla müqayisədə anal refleks çox zaman saxlanılmışdır. Məişət və istehsalat travmasından sonra III dərəcə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin yarısından çoxunda isə anal refleks heç olmamışdır. Səbəb əzələ strukturlarının çox zədələnməsi və afferent sinir yollarının pozulmasıdır.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının reflektor fəaliyyət göstəricilərindən biri də rekto-anal refleksidir. Bu refleks düz bağırsağ dolan zaman xarici və daxili sfinkterlərin yığılmasını göstərir. Travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə reflektor cavabın olmaması və ya rekto-anal refleks həddinin artması aşkar olunmuşdur.

Yoğun bağırsağın distal hissələrinin motor fəallığının tədqiqi göstərmişdir ki, çox zaman dəyişikliklər müşahidə edilir. Bu dəyişikliklər motor fəallığın artması və ya azalması istiqamətində ola bilər.

Travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə aparılan fizioloji müayinələrin nəticələri göstərdi ki, bağırsağ möhtəviyyatını saxlaya bilməməyin əsas patogenetik mexanizmi anal sfinkter əzələsinin yığılma qabiliyyətinin pozulmasıdır. Nəticədə anal kanalda sakit vəziyyətdə, həmçinin düz bağırsağın qapayıcı aparatının reflektor və sərbəst reaksiyalarında müqavimət zonası azalır. Daha çox xarici sfinkterin və çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi müşahidə olunmuşdur. Daxili sfinkter ancaq II-III dərəcə sfinkter çatmazlığında çapıq dəyişikliklərin sayı əzələ toxumasına yayılması zamanı zədələnməmişdir.

Anal sfinkterin **funksional çatmazlığı** olan qrupa düz bağırsağın düşməsi, respirator virus infeksiyası, kolit, toksikoinfeksiya, qocalma və anal kanalın genişlənməsini törədən cinsi əlaqədən sonra baş verən anal inkontinensiyalı xəstələr aid edilmişdir. 8 nəfər xəstədə düz bağırsağın düşməsi aradan qaldırıldıqdan sonra sfinkter çatmazlığı davam etmişdir.

Düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərinin yığılma qabiliyyətinin tədqiqi tonik və sərbəst komponentlərin, daha çox ön-arxa istiqamətdə

azaldığını göstərmişdir (orta hesabla $132,7 \pm 11,1/q$). Yan istiqamətdə bu göstərici az dəyişmişdir (orta hesabla $184,1 \pm 8,4/q$). Tonik komponent sərbəst yığılmaya nisbətən daha çox azalmışdır. Bu da daxili sfinkterin hesabına baş vermişdir. Belə ki, manometriya zamanı daxili sfinkter nahiyəsində təzyiq 45,4% azalmışdır (orta hesabla $31,7 \pm 2,1$ mm civə sütunu).

Xarici sfinkterin elektrik fəallığı sakit vəziyyətdə norma ilə müqayisədə orta hesabla 16,8 mkv (40,7%), sərbəst yığılma isə 63,6 mkv (34,7%) azalmışdır. Anusu qaldıran əzələlərin elektrik fəallığının öyrənilməsi göstərmişdir ki, 5 xəstədə (62,5%) azalma qeyd olunur.

Yoğun bağırsağın distal hissəsinin motor fəallığının tədqiqi göstərdi ki, hiperkinetik tip (62,5%) üstünlük təşkil etmişdir. Normokinez 2 xəstədə qeyd olunmuş, 1 xəstədə isə propulsiv dalğaların tezliyi və amplitudu artmışdır. Bağırsağ möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətinin funksiya pozğunluqlarını törədən əsas səbəblərin aşkarlanması, düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və onun ayrı-ayrı komponentlərinin öyrənilməsi olan dəyişikliklərin korreksiyasını aparmağa imkan vermişdir.

ANAL SFINKTER ÇATMAZLIĞININ TƏSNİFATI VƏ MÜALİCƏ ÜSULUNUN SEÇİLMƏSİ

Ədəbiyyatdan məlum olan təsnifatlar əsasən problemin ayrı-ayrı sahələrini, o cümlədən, anal sfinkterin zəiflik dərəcələrini, etiologiyasını, yanaşı gedən xəstəlikləri və s. xarakterizə edirlər. Bu təsnifatlarda bağırsağ möhtəviyyatını saxlama mexanizminin müxtəlif pozğunluqları öz əksini tam tapmamışdır. Bunun də səbəbi odur ki, düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinə düzgün, hərtərəfli qiymət verən müayinə metodları son illər təkmilləşdirilmiş, yeni üsullar işlənib hazırlanmaga başlanmışdır.

Sfinkter çatmazlığını üzvü və qeyri-üzvü formalara ayırırıq. Nəzarətimizdə olan xəstələrin müayinələrinin nəticələri göstərmişdir ki, düz bağırsağın qapayıcı aparatı daha çox üzvü dəyişikliyə məruz qalır (204 xəstə – 85%).

Qeyri-üzvü formalı anal inkontinensiyanı törədən xəstəliklər nəticəsində müxtəlif səviyyələrdə sinir-reflektor əlaqələr pozulmuş, əzələ liflərinin atrofiyası getmiş, mərkəzi sinir sistemi tərəfindən dəyişikliklər baş vermişdir. Bu qrupa 36 xəstə (15%) daxil olmuşdur.

Anal sfinkter çatmazlığını törədən səbəblərin araşdırılması nəticəsində 3 əsas qrup ayrılmışdır: anadangəlmə xəstəliklər, travma və funksional pozğunluqlar.

Nəzarətdə olan xəstələrin 7,5±1,7%-i (18 xəstə) anorektal nahiyənin

qüsurlarından sonra əmələ gəlmiş anal sfinkter çatmazlığı ilə olmuşlar. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının travmasına səbəb düz bağırsağın distal hissəsində və aralıqda aparılan əməliyyat, doğuş zamanı zədələnmə və istehsalat-məişət travmalarıdır. Bu, xəstələrin sayca ən böyük qrupunu təşkil etmişdir (186 nəfər, 77,5±2,7%). Anal sfinkter çatmazlığının inkişafına ən çox xroniki (58 xəstə – 61,7±5,0%) və kəskin paraproktitə görə (10 xəstə – 10,6±3,2%) aparılan cərrahi müdaxilələr səbəb olmuşdur. 62 xəstədə (25,8%) anal sfinkter çatmazlığının səbəbi doğuş zamanı düz bağırsağın qapayıcı aparatının zədələnməsi olmuşdur.

İstehsalat və məişət travmasından sonra anal sfinkter çatmazlığı 12,5% (30 nəfər) rast gəlinmişdir. Travmadan sonra baş verən sfinkter çatmazlığı əzələlərin böyük sahədə zədələnməsi ilə xarakterizə olunmuşdur. Bəzi hallarda düz bağırsağın qapayıcı aparatının zədələnməsi bağırsaq divarının, qonşu orqanların və çanaq sümüklərinin zədələnməsi ilə müşayiət etmişdir. Nəzərdə olan xəstələrin 36 nəfərində (15±2,3%) anal inkontinensiyanın səbəbi düz bağırsağın qapayıcı aparatının müxtəlif funksional pozğunluqları olmuşdur. Əzələ strukturlarında zədələnmə olmadan sinir-reflektor pozğunluqlar qeyd edilmişdir.

Kompleks fizioloji müayinə üsullarını tətbiq etməklə düz bağırsağın qapayıcı aparatının 240 xəstədə klinik müayinəsinin nəticələri və xüsusi ədəbiyyat materiallarının təhlili əsasında anal sfinkter çatmazlığının klinik-anatomik təsnifatı təkmilləşdirilmişdir. Burada bağırsaq möhtəviyyatını təmin edən əsas mexanizmlərin pozğunluqları nəzərə alınmışdır ki, bu da müalicə üsulunun və həcmnin seçilməsində çox vacib olmuşdur (cədvəl 3).

Təklif olunan təsnifat son klinik diaqnozu tam formalaşdırmağa imkan verir. Bu zaman qoyulan diaqnoz xəstəliyin klinik formalarının təhlili, etioloji faktorlar, çatmazlığın dərəcəsi, düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional və morfoloji dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi, yanaşı gedən xəstəliklər əsasında formalaşdırılır.

Konservativ müalicə qeyri-üsvü anal sfinkter çatmazlığı zamanı müxtəlif səviyyələrdə sinir-reflektor pozğunluqlar, anal sfinkterin əzələ liflərinin atrofiyası, anal sfinkterdə I dərəcə üsvü dəyişiklik və mərkəzi sinir sistemi pozğunluğu olan xəstələrə göstərişdir. Bu zaman əsas şərt anal kanalın ¼-dən az dairəsini əhatə edən xətti defektin olması, anal sfinkterin səthi əzələlərini dəri-selikli qısa səviyyəsində əhatə edən hermetik qapanmağa mane olmayan anal kanalın deformasiyası olmasıdır.

Anal sfinkter çatmazlığının təsnifatı

Cədvəl 3

Forma	Etiologiya	Klinik şəklın dərəcəsi	Dəyişiklik				Yüngün bağırsağın və ano-rektal nahiyənin yanaşı gedən xəstəlikləri	
			Sinir sistemi	Əzələ strukturu		Səviyyə	Cərrahi müdaxilə tələb edən	
				Lokalizasiya	Anal həlqə istiqamətində			Anal kanal istiqamətində
Qeyri üzvi	Funksional	I	Reseptor aparat				Düz bağırsağın düşməsi	Kolit
		II	Aparıcı yollar					Proktit
		III	Mərkəzi sinir sistemi					
Üzvi	Anadangəlmə Travmatik: -düz bağırsaq və aralıqda aparılan əməliyyat - doğuş - istehsalat və məişət travması	I	Ön	1/4-ə qədər	1/4 hissə	- Dəri anal kanalın selikli qişası və sfinkterin porsiyası	Düz bağırsağın fistulu	Kolit
		II	Arxa	1/4 hissə	1/4 hissə	1/3 qədər	Rekto-vaqinal fistul	Proktit
		III	Yan	1/2-ə qədər	1/2 hissə	Tam	Striktura	
Qarıxıq	Anadangəlmə Travmatik: -düz bağırsaq və aralıqda aparılan əməliyyat - doğuş - istehsalat və məişət travması	I	Müxtərk defektlər	-Bütün anal həlqə boyu	3/4 hissə	Sfinkterin tam olmaması	Düz bağırsağın fistulu	Kolit
		II	Aparıcı yollar				Striktura	Proktit
		III	Mərkəzi sinir sistemi					Düz bağırsağın düşməsi

Cərrahi müalicə üzvü sfinkter çatmazlığı, anusun deformasiyası, anal sfinkterin dairəsinin $\frac{1}{4}$ -dən çox zədələnməsi olan xəstələrə göstərişdir.

Konservativ və cərrahi müalicələri özündə birləşdirən kombinə olunmuş müalicə qarışıq forma II-III dərəcə anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə yığılma qabiliyyətinin zəifləməsi, sinir-reflektor fəaliyyətinin pozulması, anal sfinkter əzələlərinin distrofik dəyişiklikləri, qapayıcı aparat əzələlərinin zədələnməsi olduqda aparılması məqsədəuyğundur.

ANAL SFINKTER ÇATMAZLIĞININ MÜALİCƏ ÜSULLARININ İŞLƏNİB HAZIRLANMASI VƏ ƏSASLANDIRILMASI

Konservativ müalicə. Müxtəlif formalı anal sfinkter çatmazlığı olan 240 xəstədən 56 nəfəri (23,3%) konservativ müalicə almışdır. Bunlardan qeyri-üzvü forma sfinkter çatmazlığı 36 (64,3%) xəstədə, üzvü forma 19 (33,9%) xəstədə, qarışıq forma 1 (1,8%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Anal sfinkterin sinir-reflektor fəaliyyətinin və yığılma qabiliyyətinin pozulması, düz bağırsağın qapayıcı aparatı zədələnmədən yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliyi, anal sfinkterin deformasiya törətməyən lokal zədələnməsi, anal dairənin $\frac{1}{4}$ seqmentindən az olan I dərəcə sfinkter çatmazlığı konservativ müalicəyə göstəriş olmuşdur.

Konservativ müalicəyə düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərinin yığılma qabiliyyətini artıran, sinir-reflektor əlaqələri yaxşılaşdıran müalicə tədbirləri, anal sfinkter əzələsinin elektrostimulyasiyası, müalicəvi idman hərəkətləri kompleksi, medikamentoz terapiya daxildir. Konservativ müalicə tədbirləri içərisində anal sfinkterin elektrostimulyasiyasına xüsusi əhəmiyyət verilmişdir. Tədqiqat işində Endoton-01B cihazından istifadə edilmişdir. Elektrostimulyasiya hər gün 15 dəqiqə olmaqla 10-15 gün fasiləli rejimdə aparılmışdır: 2 saniyə – stimulyasiya, 4 saniyə – pauza. Anal sfinkterin elektrostimulyasiyası zamanı sfinkterin maksimal yığılması və tonik gərginliyi artmışdır. Bağırsaq möhtəviyyatını saxlama funksiyası həm də çanaq dibi əzələlərinin köməyi ilə təmin olduğundan, çanaq dibini möhkəmləndirən, gücünü artıran, əzələlərin yığılma sürətini və iş qabiliyyətini yüksəldən müalicə bədən tərbiyəsi aparılmışdır.

Bununla əlaqədar olaraq 2000-ci ildən tərəfimizdən işlənib hazırlanmış xüsusi idman hərəkətləri kompleksi anal sfinkterin çatmazlığı olan xəstələrin müalicəsində istifadə edilmişdir. İdman hərəkətləri metodikası anal çatmazlığın dərəcəsindən, xəstələrin yaşından, ümumi vəziyyətindən asılı olmuşdur. İdman hərəkətlərindən çox güc tələb edən və

sürətli olanları çıxarılmışdır. Qarın, çanaq dibi əzələlərini məşq etdirən hərəkətlərə xüsusi diqqət verilmiş, onlar tənəffüs hərəkətləri ilə növbələşdirilmişdir. Məşğələnin müdəti 30-40 dəqiqədən çox olmamışdır.

Medikamentoz terapiya çoxplanlı olmalıdır. Orqanizmdə zülalların sintezini yaxşılaşdırmaq lazımdır. Bu baxımdan anabolik hormonlar – nerabol, retabolil daha fəaldır. Kalium-oratat da anabolik təsirə malik olub, zülal mübadiləsini yaxşılaşdırmaqla yanaşı, əzələ liflərində kaliumun defisitini də ödəyir. Anabolik təsirli preparatlarla müalicə zamanı orqanizmə aminurşuları aktiv yeritmək lazımdır. Buna pəhriz və xüsusi preparatlar – metionin, qlütamin turşusu və s. vasitəsilə nail olmaq olar.

Konservativ müalicəni 56 xəstə almışdır. Bunlardan kompleks müalicəni (elektrostimulyasiya, müalicə bədən tərbiyəsi, medikamentoz terapiya) 41 xəstə (73,2%) qəbul etmişdir. Elektrostimulyasiya (anal sfinkterin) və medikamentoz terapiya 8 xəstədə (14,3%) aparılmışdır. 7 (12,5%) xəstədə isə ancaq müalicə bədən tərbiyəsi və medikamentoz terapiya icra olunmuşdur. 56 xəstədən 51 nəfərində (91,1±3,8%) müalicədən sonra yaxşı və kafi nəticələr əldə edilmişdir.

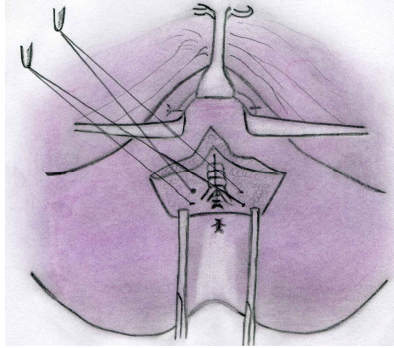
Cərrahi müalicə. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının cərrahi müalicəsi nəzərdə olan xəstələrin 76,7%-də (184 xəstə) aparılmışdır. Bunlardan üzvü forma anal sfinkter çatmazlığı 136 (73,9%) xəstədə, qarışıq forma 48 (26,1%) xəstədə rast gəlməmişdir. Cərrahi müdaxiləyə göstəriş anal sfinkter defektinin onun dairəsinin ¼-dən çox olması, yığılma qabiliyyətinin azalması, anal kanalın divarının deformasiyası olmuşdur.

Anal sfinkter dairəsinin ¼-i qədər və ya ondan bir qədər çox, anal kanalın divarını deformasiya edən, onun hermetik qapanmasına mane olan əzələ defektləri zamanı sfinkteroplastika icra edilmişdir. Bu xəstələrdə çapıq prosesi çanaq dibi əzələlərinə sirayət etməmiş, sfinkter çatmazlığı II dərəcədə çox olmamışdır.

2000-ci ildən başlayaraq çapıq toxuması kəsilib götürüldükdən sonra sfinkterin uclarını «yan-yana» tikməklə plastika aparmışdır. Cəmi 31 sfinkteroplastika əməliyyatı icra olunmuşdur ki, bu da anal sfinkter çatışmazlığına görə keçirilmiş bütün cərrahi müdaxilələrin 16,8%-i təşkil etmişdir. Sfinkter əzələsinə qoyulmuş tikişlərin buraxması 1(3,2±3,2%) xəstədə baş vermişdir.

Anal sfinkterin defekti ön və arxa yarım dairədə ¼-dən çox olduqda sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı icra edilmişdir. Anal sfinkter və düz bağırsağı qaldıran əzələlər bərpa edildikdən sonra təklif etdiyimiz saxlayıcı tikişlər qoyulur. Vikril sapdan istifadə etməklə 2 ədəd tikiş aralığın bərpa

edilmiş bütün qatlarından keçirilir və bağlanır. Bu zaman sfinkter əzələsinin qaçmış ucları, anusu qaldıran əzələlərin distal hissəsi bu tikişlərin içərisində qalmış olur (səmərlələşdirici təklif № 539, 23.09.2010). Bu tikişlər çıxarılmır, aralığın və sfinkterin daha möhkəm birləşməsinə xidmət edir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara irinlədikdə belə saxlayıcı tikişlər sfinkterin bərpa olunmuş uclarının qaçmasına mane olur, sfinkter çatmazlığının tam təkrarlanmasının qarşısı alınır (şək. 1).



Şəkil 1. Saxlayıcı tikişlərin qoyulması

82 xəstədə ön və arxa sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı yerinə yetirilmişdir ki, bu da, icra olunan cərrahi əməliyyatların 1/3-dən çoxunu təşkil etmişdir (44,5%). 12 xəstədə (14,6±3,9%) iltihabi ağırlaşma qeyd edilmişdir. Bunlardan 5 (6,1%) xəstədə irinləmə dəri səviyyəsində olmuş, asanlıqla qarşısı alınmışdır. 3 (3,7%) xəstədə irinli proses tikilmiş sfinkterə qədər yayılmışdır. 4 (4,9%) xəstədə isə çoxlu çapıq toxuması inkişaf etdiyinə görə iltihab anusu qaldıran əzələlərə qədər yayılmış, tikişlərin tutarsızlığı olmuşdur.

II-III dərəcə sfinkter çatmazlığı və sfinkterin yan yarım dairəsinin zədələnməsi olan 13 xəstə nəzarətdə olmuşdur. Bu xəstələrdə defektin böyük sağrı əzələsi loskutu ilə əvəz olunması əməliyyatı icra edilmişdir. Sfinkteroplastika zamanı anusun kənarından 2-3 sm aralıda dəridə aypara şəkilli uzunluğu 5-6 sm olan kəsik aparılır. Çapıq nahiyəsindən bağırsağın divarını açmadan anal kanalın divarı əldə edilir. Xarici sfinkterin qalmış ucları mobilizasiya edilir, çapıq hissələri kəsilib götürülür. Dəri kəsiyinin aşağı ucu böyük sağrı əzələsinin lifləri boyunca 8-10 sm uzadılır. Əzələnin medial kənarından uzunluğu 7-8 sm, qalınlığı ayrılmış sfinkter əzələsi qalınlığından 2 dəfə böyük olan loskut hazırlanır. Loskut qalmış sfinkter əzələsinin uclarına tikilir (şək.2).



Şəkil 2. Böyük sağrı əzələsinin qısa loskutu ilə anal sfinkterin yan defektinin əvəz olunması sxemi (sfinkteroloqüteoplastika).

Əməliyyat nəticəsində anal sfinkterin tamlığı bərpa edilir və çanaq dibi formalaşdırılır. Dəri yarası tikilir, yaranın distal hissəsində rezin buraxıcı saxlanılır. Bu tip əməliyyat 13 xəstədə icra olunmuşdur.

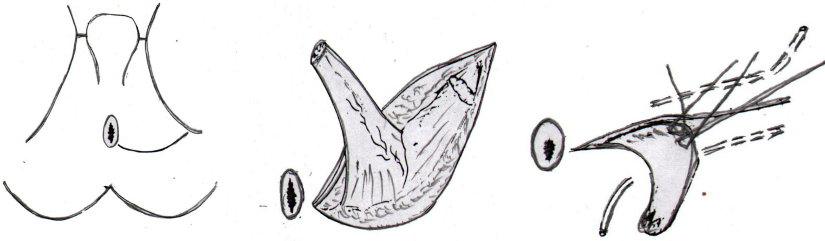
Dəri yarasının irinləməsi dəri tikişlərinin hissəvi çıxarılmasına səbəb olmuş və bu funksional nəticələrə əsaslı təsir göstərməmişdir. Böyük sağrı əzələsi loskutunun sfinkter əzələsinə fiksə edən tikişlərin tutarsızlığı əzələ loskutunun nekrozu nəticəsində 1 ($7,7 \pm 7,4$) xəstədə baş vermişdir. 2 ($15,4 \pm 10,0$) xəstədə əzələ tikişlərinin buraxması hematomanın irinləməsi səbəbindən üzə çıxmışdır.

Sfinkter əzələsi dairəsinin $\frac{3}{4}$ -dən çox zədələnməsi 31 ($16,8 \pm 2,8$) xəstədə təsadüf etmişdir. Bütün hallarda 3-cü dərəcə sfinkter çatmazlığı olmuş, çapıq prosesi çanaq dibi əzələlərinə yayılmışdır. Sinir-reflektor pozğunluqlar 28 ($15,2 \pm 2,6$) xəstədə daha çox nəzərə çarpmış, rektal refləksin tam itməsi qeyd olunmuşdur. Rektal həssaslıq həddi artmış, düz bağırsağa salınmış balonda həcmi 100 ml-dən çox olmasına uyğun gəlmişdir. Çapıq prosesinin sağrı nahiyəsinə sirayət etməsi 29 ($15,8 \pm 2,7$) xəstədə rast gəlinmişdir. Elektromioqrafiya zamanı hər iki sağrı əzələlərində bioelektrik fəallıq 8 ($4,3 \pm 1,5$) xəstədə, bir tərəfdə isə 2 ($1,1 \pm 0,8$) xəstədə azalmışdır. Ano-rektal bucaq 14 ($7,6 \pm 2,0$) xəstədə 95° -dən çox olmuşdur. Bunlardan 6 xəstədə bu bucaq $100-110^\circ$ arasında dəyişmişdir. Müvafiq olaraq 16 ($8,7 \pm 2,1$) xəstədə hər iki sağrı əzələsindən, 2 ($1,1 \pm 0,8$) xəstədə isə ancaq 1 sağrı əzələsindən plastika üçün istifadə etmək mümkün olmuşdur. 6 ($3,3 \pm 7,3$) xəstədə sağrı əzələlərində dəyişiklik çox olduğundan onlardan istifadə mümkün olmamışdır.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının böyük sağrı əzələlərindən hazırlanmış uzun loskutlarla plastikası xəstə arxası üstə uzadılmış vəziyyətdə aparılmışdır. Anal dəlikdən 4-5 sm aralıda dəridə böyük sağrı

əzələ liftlərinə paralel uzunluğu 20 sm olan kəsik aparılır. Orta və aşağı 1/3-də əzələ loskutunun eni 8-10 sm, əsasında qalınlığı 4-6 sm və distal hissədə 2-3 sm olmaqla əzələ loskutu mobilizasiya edilir (şək. 3).

Damar-sinir dəstəsinin qorunması əsas şərtədir. Loskutun distal 2/3 hissəsinin ayrılması bu dəstənin zədələnməsi baxımından qorxulu deyil. Ancaq sonra mobilizasiya çox ehtiyatla aparılmalıdır. 15 xəstədə sinir-damar dəstəsi aydın görünmüş və ayıran zaman ona toxunduqda əzələ toxuması fəal yığılmışdır. Bütün hallarda ayrılmış əzələ loskutundan aktiv al qan axması qeyd edilmişdir. Loskut dioksidin məhlulu ilə isladılmış tampona bükülmüşdür. Bundan sonra loskutun distal hissəsinə yaxın dəridə dəşik açılmış və əzələ yatağına mikroirriqator salınmışdır.



Şəkil 3. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının böyük sağrı əzələsinin uzun loskutu ilə plastikası

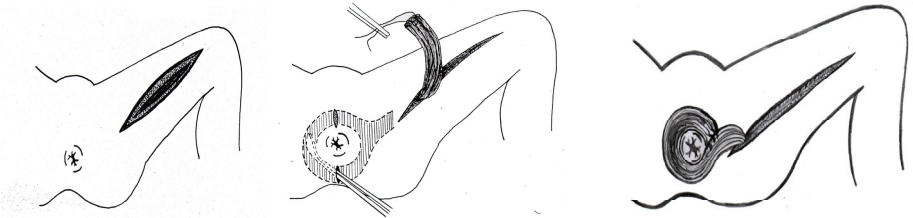
Əzələ loskutunun qatlanmaması və düz bağırsağ ətrafında yaradılmış tuneldən keçirərkən qan təchizatının pozulmaması üçün əlavə tikişlər qoyulur (səmərləşdirici təklif № 540, 20.12.2010). Vikril sapla 2 və ya 3 tikişlə loskutun əsası ayrıldığı yatağa tikilir. Bu zaman əzələ loskutunun tuneldə yerləşdirilməsindən asılı olaraq fiksasiya əzələ yatağının ya yuxarı, ya da aşağı kənarına yaxın aparılır. Nəticədə loskutların tunelə salınması və öz aralarında fiksə olunması qan dövranında dəyişikliyin əmələ gəlməsinin və işemiyanın inkişaf etməsinin qarşısını alır. Bu da imkan verir ki, yeni yaradılmış sfinkter gələcəkdə öz funksiyasını tam bərpa etsin.

Böyük sağrı əzələlərindən plastika 16 xəstədə aparılmışdır. Əməliyyat 14 xəstədə 2 mərhələdə, 2 xəstədə isə 1 mərhələdə icra edilmişdir. 16 xəstədən 7-də (43,8±12,4) əməliyyatdan sonra ağırlaşma üzə çıxmışdır. 2 təsadüfdə (12,5±8,3%) dəri yarası irinlənmiş, 3 xəstədə (18,8±9,8%) irinləmə prosesi böyük sağrı əzələ loskutlarına qədər yayılmış,

tikişlərin tutarsızlığı baş vermişdir. Loskutun səthi hissəvi nekrozu 1 xəstədə (6,3±6,1%) qeyd olunmuşdur ki, bu da dərialtı toxumada açılmış tuneldən loskutun travmatik keçirilməsi ilə bağlı olmuşdur. 1 halda (6,3±6,1%) əzələ loskutunun tam qopub ayrılması qeyd olunmuşdur. Bu da loskutun qidalanmasının pozulması hesabına baş vermişdir.

Anal sfinkterin digər plastika üsulları böyük sağrı əzələlərindən istifadə mümkün olmayan hallarda tətbiq edilmişdir. **III dərəcə anal sfinkter zəifliyi olan 11 (6,0%) xəstədə qrasiloplastika əməliyyatı aparılmışdır. Əməliyyatın dövründə elektrostimulyasiya və əzələlərin məşqi aparılmışdır. Əzələlərin əməliyyata hazırlıq müddəti orta hesabla 15 gün təşkil etmişdir.**

Əməliyyat xəstə arxasüstə uzanmış, aşağı ətraflarını aralamış və 100-110° bükmüş vəziyyətdə aparılır. Budun medial səthində nazik əzələnin aşağı kənarı boyunca qasıq büküşündən budun içəri burmasına qədər kəsik aparılır. İncə əzələ əldə edildikdən sonra mobilizasiya edilir. Sınır – əzələ dəstəsini zədələməmək şərti ilə əzələ loskutu iti üsulla ayrılır. Düz bağırsağın ətrafında ayrılmış əzələ loskutunun əsasından tunnel formalaşdırılır və əzələ loskutu ora yerləşdirilir. Loskutun sərbəst ucu əzələyə tikilir və qapanmış anal həlqə yaradılır (şək. 4).



Şək. 4. Qrasiloplastika əməliyyatının aparılma sxemi

Qrasiloplastikadan sonra 4 (36,4%) xəstədə ağırlaşma inkişaf etmişdir. 2 (18,3%) xəstədə aralıqda yaranın irinləməsi qeyd olunmuşdur. Onların birində iltihabi prosesin köçürülmüş əzələ yatağına yayılması müşahidə olunmuş və anal kanalın defekti əmələ gəlmişdir. Bu da həmin nahiyənin drenaj edilməsini və transplantatın çıxarılıb götürülməsini tələb etmişdir. 1 (9,1%) xəstədə əzələnin həddindən artıq dartılması nəticəsində bağırsağ divarında nekroz inkişaf etmiş və buna görə də stoma qoyulmuşdur.

Neosfinkter yaratmaq üçün budun böyük yaxınlaşdırıcı əzələsi də diqqət mərkəzində olmuş və düz bağırsağın qapayıcı sisteminin bərpasında

istifadə edilmişdir. Budun böyük yaxınlaşdırıcı əzələ loskutundan düz bağırsağın qapayıcı sisteminin bərpası klinikada anal sfinkter çatmazlığı olan iki xəstədə aparılmışdır.

27 (14,7±3,9%) xəstədə anal sfinkter çatmazlığı pararektal, rektovaginal fistul və anal kanalın strikturası ilə birlikdə rast gəlinmişdir. 18 nəfər pararektal fistulu olan xəstənin hamısında residiv qeyd olunmuşdur. Sfinkterdən keçən fistul 8 (44,5±2,2%) xəstədə və ekstrasfinkter fistul 10(55,5±3,2%) xəstədə aşkar edilmişdir. Bütün hallarda az miqdarda irinli ifrazat olmuş, fistuloqrafiya və rəngli məhlulla yoxlama zamanı əlavə irinli boşluqlar tapılmamışdır. Bu da imkan vermişdir ki, bir momentdə pararektal fistulu və sfinkter çatmazlığını ləğv etmək mümkün olsun. Transsfinkter fistulu olan xəstələrdə sfinkterin defekti onun dairəsinin $\frac{1}{4}$ -i qədər, 10 nəfər ekstrasfinkter fistulu olan xəstədə isə $\frac{1}{2}$ -i qədər olmuşdur. 8 xəstədə transsfinkter fistul yolu ləğv edilmiş, «yan-yana» sfinkteroplastika aparılmışdır.

10 xəstədə ön və arxa yarım dairədə sfinkterin defekti $\frac{1}{4}$ -dən $\frac{1}{2}$ -ə qədər olmuş və ekstrasfinkter fistul ilə birlikdə rast gəlinmişdir. Bu xəstələrdə fistulun kəsilməsi sfinkterolevatoroplastika ilə birlikdə aparılmışdır. İrinləmə və sfinkter tikişlərinin aralanması 1 xəstədə, anusu qaldıran əzələlərə qoyulmuş tikişlərin tutarsızlığı 2 xəstədə baş vermişdir.

4 (14,8±3,5) qadında anal sfinkter çatmazlığı rekto-vaginal fistul ilə müştərək qeyd olunmuşdur. Bütün xəstələrdə ön sfinkterolevatoroplastika aparılmışdır. 1 (25,0±21,7) xəstədə rekto-vaginal defektin böyük olması nəticəsində sfinkter əzələsinə qoyulmuş tikişlərin tutarsızlığı baş vermişdir. Cərrahi müdaxilə tələb edən 5 (18,5±4,2) xəstədə anal sfinkter çatmazlığı anal kanalın strikturası ilə birlikdə rast gəlinmişdir. Strikturanın və sfinkter çatmazlığının ləğvi eyni zamanda aparılmışdır. Sfinkter əzələsinə qoyulmuş tikişlərin tutarsızlığı 1 xəstədə baş vermişdir.

Beləliklə, cərrahi müalicə anal sfinkter çatmazlığı olan 184 xəstədə aparılmışdır. Bunlardan 27 nəfərdə anal inkontinensiya düz bağırsağın fistulu və anal kanalın strikturası ilə birlikdə rast gəlinmişdir. Bu qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 44,4%, yanaşı cərrahi xəstəliklər olmadıqda isə 10,6% təşkil etmişdir.

Yanaşı cərrahi müdaxilə tələb edən xəstəlik olduqda birmomentli əməliyyatların aparılmasının tərəfdarıyıq. Bu zaman əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayını azaltmaq üçün əməliyyat texnikasını düzgün yerinə yetirmək, yaxşı hemostaz aparmaq, yaranı adekvat drenaj etmək və antiseptiklərlə yaranı yumaq lazımdır. Bunlarla yanaşı əməliyyatdan sonrakı

dövrə perianal yaraların müalicəsində 3,57%-li siprofloksasin tərkibli gəllə yerli lazeroterapiyanın birlikdə tətbiq olunması vacibdir. Deyilən prinsiplərə əməl etməklə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşma faizini 1,5 dəfə azaltmışıq. 2000-ci ilə qədər 46 xəstədən 17 nəfərində (36,9%) əməliyyatdan sonra yaranın irinləməsi olmuşdur. Sonrakı dövrdə operativ müdaxilələrin həcmnin artmasına baxmayaraq 184 əməliyyat olunmuş xəstədən 44 nəfərində (23,9±3,1%) ağırlaşma qeyd olunmuşdur.

Xəstələrin əməliyyatdan sonra aparılması. Anal sfinkter çatmazlığının müalicəsində əməliyyatdan sonrakı dövrün düzgün aparılması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bu dövr 2 mərhələdən ibarətdir. Birinci mərhələ əməliyyatdan sonrakı 12-15 günə əhatə edir. Bu mərhələdə əsas məqsəd əməliyyat yarasında iltihab əlamətlərinin ləğv edilməsi, irinli ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi, əməliyyatdan sonrakı yaranın sağalması üçün əlverişli şəraitin yaradılmasından ibarətdir. 2-ci mərhələ (12-14 gün) – xəstələr evə yazılana qədər olan dövrə təsadüf edir. Bu mərhələdə düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksiyasının daha yaxşı bərpası üçün lazım olan tədbirlər həyata keçirilir.

Sfinkteroplastika və sfinkterolevatoroplastikadan sonra xəstələrin aparılmasının aşağıdakı xüsusiyyətləri olmuşdur. 7 gün müddətinə ciddi yataq rejimi gözlənməmişdir. Qadınlarda 3-4 gün sidik kisəsində daimi kateter saxlanılmışdır. 5-ci günə qədər xəstələrə bağırsağ möhtəviyyatını bərkidən dərmanlar verilmişdir. Defekasiya aktı əməliyyatdan 7 gün sonra törədilmişdir. Bundan sonra xəstələrə durmaq, palatada gəzməyə icazə verilmişdir.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatını böyük sağrı əzələlərindən və ya budun yaxınlaşdırıcı və nazik əzələsindən bərpa etdikdə yataq rejiminin gözlənməsi, nəcisbərکیدici dərmanların verilməsi, sərbəst sidik ifrazının katetərlə əvəz edilməsi əvvəlki qaydada aparılmışdır. Xəstələrə stasionarda olduğu müddətdə vitaminoterapiya (B qrupu və askorbin turşusu), nerabol və ya retabolil, kalium-rotat, ATF, metionin, qlütamin turşusu verilmişdir. Əməliyyatdan sonra irinli-septiki ağırlaşmaların profilaktikası, yaranın incə çapıq əmələ gətirməklə sürətli sağalması üçün yara nahiyəsinin lazer şüalanması və 3,57%-li antiseptik gəllə kompleks müalicəsi aparılmışdır. Yeni təklif olunmuş 3,57%-li suda həll olan gəlin müsbət cəhətləri eksperimental tədqiqatlarda öyrənilmişdir («Hidrofil məlhəm əsası və onun alınma üsulu» ixtiraya iddia sənədi № a20070146, Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma Metrologiya və Patent üzrə Dövlət Agentliyinin Patent şöbəsi 11 iyul 2007-ci il).

Yerli antiseptik gellə müalicə aşağıdakı ardıcılıqla aparılmışdır. Əməliyyatdan dərhal sonra perianal yaraya çiprofloksasin tərkibli gellə hopdurulmuş aseptik sarğı qoyulmuşdur. Səhərisi gün əməliyyat yarası antiseptik məhlullarla (3%-li Hydrogen peroksid, 1:5000 nisbətində furasillin və 10%-li Yosept məhlulları) işlənilmiş, yara səthi qurudulmuş və infraqırmızı lazer şüaları ilə şüalandırılmışdır. Lazer terapiyasından sonra yara səthinə gel sürtülmüş, steril sarğı qoyulmuşdur. Yerli müstərək müalicə növbəti günlərdə də bu ardıcılıqla davam etdirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrün 2-ci mərhələsi yaranın sağalma anından başlayır. Bu dövrdə formalaşdırılmış düz bağırsağ qapayıcı aparatının funksiyasının bərpası üçün müalicə tədbirləri aparılmışdır. Bu məqsədlə düz bağırsağın qapayıcı aparatının elektrostimulyasiyası, müalicə bədən tərbiyəsi, defekasiyanın şərti-reflektor tənzimlənməsi, stimulyasiyaedici dərman terapiyası tətbiq olunmuşdur.

Böyük sağrı əzələlərindən hazırlanmış loskutlarla yaradılmış neosfinkteri olan 16 (8,7±2,1%) xəstədə və sfinkteroplüteoplastika aparılmış 13(7,1±1,9%) xəstədə defekasiyanın şərti-reflektor tənzimlənməsi üsulundan istifadə edilmişdir. 30-40 seansdan sonra düz bağırsağ dolan anda əzələlərin yığılmasının koordinasiyası əmələ gəlmişdir. İlk 10-15 seans stasionar şəraitdə aparılmış, sonrakı müalicə isə evdə xəstələr tərəfindən davam etdirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli-iltihabi ağırlaşmaların tezliyi yanaşı gedən xəstəliklərdən, yaranın qeyri-adekvat drenaj edilməsindən, nəcisin düz bağırsaqdan erkən xaric olmasından asılıdır. Göstərilən səbəblərin qarşısının alınması anal çatmazlıqla olan xəstələrin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırır. Qarışıq forma anal inkontinensiyalı xəstələr olduqda, sinir-reflektor pozğunluqlar, yanaşı gedən xəstəliklər aşkar edildikdə, həmçinin düz bağırsağın qapayıcı aparatı sağrı və bud əzələlərindən plastika edildikdə kombinə olunmuş müalicədən istifadə etmək lazımdır.

ANAL SFINKTER ÇATMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ APARILAN MÜALİCƏNİN UZAQ NƏTİCƏLƏRİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Tərəfimizdən müalicə olunmuş 240 nəfər anal inkontinensiyalı xəstədən 193 nəfəri (80,4%) 1 ildən 9 ilədək nəzarətdə saxlanılmışdır.

Uzaq nəticələrin öyrənilməsi anket sorğusu əsasında növbəti çağırış və xəstənin hərtərəfli müayinə olunması nəticəsində aparılmışdır. Əsas diqqət

düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin öyrənilməsinə yönəldilmişdir. Müalicənin nəticələrinə qiymət xəstələrin şikayətləri, klinik və xüsusi müayinə üsullarının göstəriciləri əsasında verilmişdir. Yaxşı nəticə xəstənin sağalması və düz bağırsağın saxlama funksiyası göstəricilərinin normallaşması olduqda qeyd edilmişdir. Kafi nəticəyə isə ilkin vəziyyətlə müqayisədə bağırsaq möhtəviyyatını saxlamaq funksiyasının yaxşılaşması olan hallar daxil edilmişdir. Əgər aparılan müalicə nəticəsində anal sfinkter çatmazlığının dərəcəsi azalmamışsa, olduğu kimi qalmışsa belə nəticə qeyri-kafi qiymətləndirilmişdir.

Konservativ müalicənin nəticələri. Konservativ müalicə alan 56 xəstədən 47 nəfərində (83,9%) uzaq nəticələr izlənmişdir.

Travmatik və anadangəlmə mənşəli I dərəcə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin konservativ müalicəsinin nəticələri kafi olmuşdur. Bu qrup xəstələrdə qapayıcı aparatın zədələnməsi lokal xarakter daşımış, xarici və daxili sfinkterlərin yığılma qabiliyyəti azalmış, yoğun bağırsağın hərəkəti fəaliyyəti pozulmuşdur. Sağalma $74,5 \pm 6,4\%$ hallarda baş vermiş, bağırsaq möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətinin yaxşılaşması $14,9 \pm 5,2\%$ qeyd olunmuşdur. Müalicədən sonra düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksiyasının tam bərpa olunmaması anal sfinkterdə gedən distrofik dəyişikliklərlə bağlı olmuşdur. Bu dəyişikliklər elektromioqrafiyada aşkar edilmişdir. Konservativ müalicədən sonra $10,6 \pm 4,5\%$ (5 xəstə) halda qapayıcı aparatın funksional vəziyyətində yaxşılaşma olmamışdır. Bunların ikisində (4,3%) bu hal kəskin ifadə olunmuş funksional dəyişikliklərlə bağlı olmuş, digər 3-də (6,4%) isə konservativ müalicəyə göstəriş düzgün təyin edilməmişdir. 2-ci halda anal sfinkterdə olan defektin cərrahi yolla bərpası tələb olunmuşdur. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin konservativ müalicədən sonra normallaşması travmatik sfinkter çatmazlığı olan 1 (2,1%) xəstədə əvvəllər qoyulmuş kolostomanı bağlamağa imkan vermişdir.

Cərrahi müalicənin nəticələri. Anal sfinkter çatmazlığının cərrahi müalicəsindən sonra 146 (79,3%) xəstədə uzaq nəticələr öyrənilmişdir. Etiologiyasına görə xəstələrdən 16 (11,0%) nəfərində anadangəlmə qüsurdan və 130 (89,0%) nəfərində travmadan sonra sfinkter çatmazlığı qeyd olunmuşdur.

Anadangəlmə sfinkter çatmazlığı. Anadangəlmə sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin 88,8%-i (əməliyyat olunan 18 xəstədən 16-i) əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə nəzarətdə saxlanılmışdır. Düz bağırsağın saxlama

qabiliyyəti 10 xəstədə bərpa olunmuş, yaxşılaşma 4 (25%) xəstədə getmiş, 2(12,5%) xəstədə isə cərrahi müalicə effektsiz olmuşdur.

Anadangəlmə anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə operativ müdaxilənin uzaq nəticələri düz bağırsağın qapayıcı aparatının qalmasından asılıdır. Düz bağırsağın həssaslığı azalmış və anal sfinkterdə diffuz dəyişikliklər getmiş xəstələrdə (anal inkontinensiyanın qarışıq forması) müalicənin nəticələri qənaətbəxş olmamışdır. Saxlama funksiyasının normallaşması üçün defekasiyanın şərti-reflektor tənzimi və gətirilmiş əzələnin kinetoterapiyasını özündə birləşdirən kompleks müalicə aparılmışdır.

Travmatik sfinkter çatmazlığı. Səbəbi düz bağırsağ və aralıqda aparılmış cərrahi müdaxilə olan 68 xəstənin cərrahi müalicəsinin uzaq nəticələri öyrənilmişdir.

Sfinkteroplastika olunmuş 22 xəstədən 20 (90,9%) nəfərində anal sfinkterin funksiyası tam bərpa olunmuşdur. Aparılan müalicədən sonra həssaslığın pozulması 1 xəstədə qalmışdır ki, bu da xəstədə qazları və duru nəcisi saxlaya bilməməsini izah etməyə imkan vermişdir. 1 xəstədə əməliyyatdan sonra müalicənin səmərəsini aşağı salan kobud çapıq əmələ gəlmiş və anusu deformasiya etmişdir.

Sfinterolevatoroplastika aparılmış və nəzarətdə saxlanmış 18 xəstədən 15 nəfərində sağalma baş vermişdir. 2 xəstədə yaxşılaşma olmuş, 1 xəstədə müalicənin nəticəsi olmamışdır.

Sfinkterolüteoplastika aparılmış 7 xəstənin hamısı nəzarətdə saxlanılmışdır. 5 (71,4%) nəfərdə yaxşı, 1 (14,3%) nəfərdə kafi və 1 (14,3%) nəfərdə qeyri-kafi nəticə qeyd olunmuşdur. Pis nəticənin səbəbi əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi və tikişlərin tutarsızlığı olmuşdur.

4 xəstədə düz bağırsağın qapayıcı aparatını bərpa etmək üçün böyük sağrı əzələlərindən hazırlanmış uzun loskutlardan istifadə edilmişdir. Yaxşı, kafi, qeyri-kafi nəticələr uyğun olaraq 2(50%), 1(25%), 1(25%) xəstədə qeyd edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 1 xəstədə köçürülmüş loskutun nekrozu baş vermişdir.

Anal inkontinensiyanı ləğv etməklə yanaşı 15(18,8%) xəstədə yanaşı gedən pararektal fistulun da ləğvi aparılmışdır. Uzaq nəticələr 11(73,3%) xəstədə öyrənilmişdir: 6 xəstədə sfinkteroplastika ilə fistulanın ləğvi, 9 nəfərdə isə sfinkterolevatoroplastika və fistulun ləğvi icra edilmişdir. 7(46,7%) halda sağalma baş vermişdir. Kafi nəticə 2 xəstədə müşahidə edilmişdir. 1 xəstədə qeyri-kafi nəticənin səbəbi əməliyyatdan sonrakı iltihabi ağırlaşma nəticəsində əzələlərə qoyulmuş tikişlərin buraxması

olmuşdur. 1 nəfərdə isə bu səbəb sfinkter əzələlərinin həssaslığının azalması və distrofiyası ilə xarakterizə edilmişdir.

Əməliyyatdan sonra III dərəcə sfinkter çatmazlığı olan 3 xəstədə budun nazik əzələsindən neosfinkter yaradılmışdır. Bütün xəstələr nəzarətdə saxlanılmış və uzaq nəticələr öyrənilmişdir. Bir xəstədə yaxşı, bir xəstədə kafi və bir xəstədə qeyri-kafi nəticə qeyd edilmişdir. Axırını halda əzələ loskutunun hissəvi nekrozu olmuş və qoyulmuş tikişlər buraxmışdır.

62 nəfər doğuşdan sonra anal sfinkter çatmazlığı olan xəstədən 45 nəfərində (73,7%) uzaq nəticələr öyrənilmişdir. 88,9±4,7% sağalma, 4,4±3,1%-də yaxşılaşma, 6,7±3,7% isə qeyri-kafi nəticə aşkar edilmişdir. 2 xəstədə əməliyyatdan sonrakı iltihabi ağrılaşma kobud çapıq toxumasının əmələ gəlməsinə səbəb olmuş, bu da anal kanalın hermetik qapanmasına mane olmuş, qazları saxlamaq çətin olmuşdur. 3 xəstədə qeyri-kafi nəticə alınmışdır. Bu vəziyyəti əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi və tikişlərin qaçması törətmişdir.

Düz bağırsağın qapayıcı aparatının istehsalat və məişət travmaları nəticəsində zədələnməsi zamanı korreksiya məsələləri daha çox çətinlik törətmişdir. Anal sfinkterin müxtəlif formalarda zədələnməsi, onların sinir-reflektor pozğunluqlarla müxtəlif kombinasiyalarda rast gəlməsi müalicənin nəticələrinə öz təsirini göstərmişdir.

Sfinktero və sfinkterolevatoroplastika olunmuş 4 xəstənin uzaq nəticələri öyrənilmişdir. 3 halda sfinkterin tam bərpaşı baş vermiş, 1 halda nəticə qeyri-kafi qiymətləndirilmişdir.

3 xəstədə sfinkteroqlüteoplastika əməliyyatı aparılmış və 2 nəfər nəzarətdə saxlanılmışdır. Sağalma 1 nəfərdə qeyd olunmuş, 1 nəfərdə yaxşılaşma baş vermişdir. Axırını xəstədə III dərəcə sfinkter çatmazlığı II dərəcəyə keçirilmişdir.

III dərəcə anal sfinkter çatmazlığı olan 7 xəstədə böyük sağrı əzələlərindən hazırlanmış uzun loskutlarla plastika aparılmışdır. Xəstələrdən 4 nəfəri nəzarətdə saxlanmış, uzaq nəticələr öyrənilmişdir. Sağalma 3 nəfərdə qeyd olunmuşdur. Əzələ loskutlarının fiksə edən tikişlərin buraxması 1 xəstədə qeyri-kafi nəticənin alınmasına səbəb olmuşdur.

Budun nazik əzələsindən istifadə etməklə III dərəcə sfinkter çatmazlığının ləğvi 6 xəstədə aparılmışdır. 3 xəstədə cərrahi müalicənin uzaq nəticələrini izləmək mümkün olmuşdur. 1 xəstədə yaxşı, 1 xəstədə kafi və 1 xəstədə qeyri kafi nəticə alınmışdır. 1 xəstədə budun böyük yaxınlaşdırıcı əzələsindən istifadə etməklə plastika aparılmış və kafi nəticə alınmışdır (III dərəcə sfinkter çatmazlığı I dərəcəyə keçirilmişdir).

4 xəstədə anal sfinkter çatmazlığı ilə yanaşı cərrahi müalicə tələb edən yanaşı xəstəliklər qeyd olunmuşdur: 3 xəstədə düz bağırsağın travmadan sonrakı fistulu və 1 xəstədə anal striktura. Müalicənin nəticələri 3 xəstədə öyrənilmiş, 2 nəfərində sağalma qeyd olunmuşdur. Qeyri-kafi nəticə 1 xəstədə baş vermişdir.

Beləliklə, istehsalat və məişət travmasından sonra anal sfinkter çatmazlığı olan 17 xəstədə müalicənin uzaq nəticələri öyrənilmiş, 10 nəfərdə (58,8±11,9%) bağırsağ möhtəviyyatını saxlama funksiyası tam bərpa olunmuş, 3 xəstədə (17,6±9,2%) yaxşılaşma qeyd olunmuş, 4 xəstədə (23,5±10,3%) müalicə effektiv olmamışdır.

Kombinə olunmuş müalicənin nəticələri. Kombinə olunmuş müalicəni 55 xəstə almış, onların 48 (87,3%) nəfərində qarışıq və 7 (12,7%) nəfərində üzvi forma anal inkontinensiya qeyd olunmuşdur ki, axırıncılarda əməliyyatdan sonrakı yaraların irinləməsi baş vermişdir. Aparılan konservativ müalicənin həcmi klinik nəticələrdən və düz bağırsağ qapayıcı aparatının müayinəsinin nəticələrindən asılı olaraq dəyişmişdir. Əgər əməliyyatdan 6 ay sonra müayinə zamanı klinik olaraq anal inkontinensiya yoxdursa, yığılma qabiliyyəti və sinir-reflektor vəziyyəti norma daxilindədirsə, təkrari müayinə 3 il ərzində ildə 1 dəfə aparılmışdır. Müalicədən davamlı effekt alınmadıqda hər 6 aydan bir kompleks konservativ tədbirlər təkrar edilmişdir. Əksər hallarda 3-4 dəfə aparılmış kurs müalicədən sonra anal sfinkterin funksiyası yaxşılaşmışdır.

Böyük sağrı əzələlərindən istifadə etməklə anal sfinkterin plastikası aparılan xəstələrdə müayinələr göstərmişdir ki, bağırsağ möhtəviyyatını saxlama qabiliyyətinin bərpası 6 ay müddətinə 12 xəstədən 8 nəfərində baş vermişdir. Bu müddətə böyük sağrı əzələlərindən hazırlanmış uzun loskutlarla plastika aparılmış 13 xəstədən 6 nəfərində bağırsağ möhtəviyyatını saxlamaq qabiliyyəti formalaşmışdır.

İstifadə olunan müalicə üsullarından sonra düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksiyasının tam bərpası 76,2±3,1% hallarda baş vermiş, 12,4±2,4% xəstədə yaxşılaşma, 11,4±2,3% xəstədə isə qeyri-kafi nəticə alınmışdır.

Xəstələrdə sinir-reflektor pozğunluqların olması uzaq nəticələrə əhəmiyyətli təsir göstərmişdir. Belə ki, düz bağırsağın qapayıcı aparatının cərrahi korreksiyası üzvi forma olduqda funksiyanın tam bərpası 84,1%, yaxşılaşma 8,5%, effektin olmaması 7,4% xəstədə qeyd olunmuşdur. Qarışıq forma olan xəstələrdə sağalma 66%, möhtəviyyatı saxlamanın yaxşılaşması 17%, qeyri-kafi nəticə 17% hallarda aşkarlanmışdır.

22 nəfər qeyri-kafi nəticə alınan xəstədə səbəb düz bağırsağın qapayıcı aparat əzələlərinə qoyulmuş tikişlərin buraxması olmuşdur. Onlardan 8 (4,1%) nəfərində təkrari cərrahi əməliyyat icra olunmuşdur. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının bərpası 7 (3,6%) nəfər xəstədə imkan vermişdir ki, kolostoma ləğv edilsin. Kolostomanı bağlamaq üçün optimal vaxt cərrahi korreksiyadan 6 ay sonra olması daha məqsədəuyğundur. Bu müddət ərzində yeni formalaşdırılmış düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinə daha obyektiv qiymət vermək olur. 147(76,2±3,1%) nəfər yaxşı nəticə alınmış xəstələr adi əmək fəaliyyətinə başlamışdır.

Yaxşılaşma olan 24 (12,4±2,4%) xəstədən 11(5,7%) nəfəri əvvəlki iş yerinə qayıtmış, 13 (4,7%) nəfəri isə ev şəraitində iş görmək ixtisaslarına yiyələnmişdir. Bütün bunlar anal sfinkter çatmazlığının təkmilləşdirilmiş təsnifatı əsasında adekvat müdaxilə üsulunun seçilməsinin, rasionall cərrahi müdaxilə texnikasının tətbiqinin və düz bağırsağın qapayıcı aparat funksiyasının pozğunluqlarının kompleks müalicəsinin səmərəli olduğunu bir daha sübut edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Düz bağırsağ və aralıq nahiyəsinin xəstəlikləri içərisində anal sfinkter çatmazlığı aparıcı yeri tutmaqla proktologiyanın əsas problemi sayılır. Bu xəstəliyin baş verməsinin ən çox rastgəlmə səbəbi anal sfinkter əzələlərinin travmasıdır (77,5%). Sonrakı yerləri düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksiya pozğunluqları (15%) və anorektal nahiyənin anadangəlmə qüsurları (12,5%) tutur. Travma mənşəli anal inkontinensiya 50,5% hallarda düz bağırsağın distal şöbəsində və aralıqda xoşxassəli xəstəliklərə görə aparılan cərrahi əməliyyatlardan sonra baş verir.
2. Anal sfinkter çatmazlığının əməliyyatdan sonra əmələ gəlməsi toxumaların topoqrafo-anatomik xüsusiyyətlərini nəzərə almadan aparılan qeyri-adekvat cərrahi müalicə üsulunun icrası, deformasiya, çapıq və strikturlar törədən əməliyyatlardan sonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmalarla əlaqədardır. Əməliyyatla bağlı sfinkter çatmazlığı pararektal fistuldan sonra 61,7±5,0%, kəskin paraproktitdən sonra 10,6±3,2%, rektovaginal fistuldan sonra 6,4±2,5%, hemorroydan sonra 5,3±1,3%, anal çatdan sonra 5,3±2,3% hallarda rast gəlməmişdir.
3. Anal inkontinensiyanın diaqnostikasında klinik, laborator, bakterioloji, rentgenoloji, yoğun və düz bağırsağın qapayıcı sisteminin vəziyyətini

tədqiq edən funksional müayinə üsullarının kompleks tətbiqi bağırsağ möhtəviyyatını saxlama mexanizminin dəyişikliklərini aşkar etmişdir. Sfinkterometriya zamanı maksimal güc kişilərdə I dərəcədə sfinkter çatmazlığında $496,4 \pm 27,5$ q, II dərəcədə $402,7 \pm 18,5$ q, III dərəcədə $215,4 \pm 16,6$ q, qadınlarda isə I dərəcədə $442,5 \pm 22,3$ q, II dərəcədə $312,1 \pm 10,2$ q, III dərəcədə $231,7 \pm 11,2$ q qeyd olunmuşdur.

4. Anal sfinkterin və aralıq əzələlərinin elektrostimulyasiyasını, xüsusi müalicə bədən tərbiyəsi kompleksini, defekasiya aktının şərti-reflektor tənziyi üsulunu, medikamentoz terapiyanı özündə birləşdirən konservativ müalicə düz bağırsağın qapayıcı sisteminin sinir-reflektor fəaliyyəti pozulmuş xəstələrə, həmçinin anal dairənin $\frac{1}{4}$ -dən çox olmayan lokal zədələnməsi, anal kanalın hermetik bağlanması pozan deformasiyalar olmayan I dərəcəli sfinkter çatmazlığı olan xəstələrə göstərişdir.
5. Əzələ defekti anal sfinkter dairəsinin $\frac{1}{4}$ -i qədər olduqda sfinkteroplastika aparılması göstərişdir. Bu zaman sfinkter əzələlərinin qaçmış ucları çapıq dəyişildiyindən $0,4-0,6$ sm uzunluğunda kəsilmiş, yan-yana tikilmiş və sfinkterin funksiyası $90,3 \pm 5,3\%$ hallarda tam bərpa olunmuşdur.
6. Defekt anal sfinkter dairəsinin $\frac{1}{2}$ -i qədər olduqda, ön və ya arxa yarım dairədə yerləşdikdə və çapıq dəyişikliklər çanaq dibi əzələlərinə sirayət etdikdə sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı göstərişdir. Analoji zədələnmənin yan yarım dairədə lokalizasiyası zamanı əzələ defekti böyük sağrı əzələsinin qısa loskutları ilə bərpa olunmuşdur (sfinkteroplüteoplastika). Sfinkterolevatoroplastikadan sonra 66 xəstədə ($80,5 \pm 4,4\%$), sfinkteroplüteoplastikadan sonra 9 xəstədə ($69,2 \pm 12,8\%$) sagalma qeyd edilmişdir.
7. Sfinkter əzələ dairəsinin $\frac{1}{2}$ -dən çox zədələnməsi və ya əzələ strukturlarının heç olmaması, çapıq prosesinin çanaq dibi əzələlərinə yayılması zamanı korreksiya böyük sağrı əzələlərinin uzun loskutları ilə aparılmışdır. Əzələ loskutları ano-rektal bucağın qiymətindən asılı olaraq düz bağırsağ ətrafında yerləşdirilmişdir. Bu mümkün olmadıqda düz bağırsağın qapayıcı sisteminin formalaşdırılması budun nazik və ya böyük yaxınlaşdırıcı əzələsindən hazırlanmış fasial-əzələ loskutlarından istifadə etməklə aparılmışdır. Qlüteoplastikadan sonra $56,3 \pm 12,4\%$, qrasiloplastikadan sonra $63,6 \pm 14,5\%$, budun böyük yaxınlaşdırıcı əzələsi ilə plastikadan sonra $50,0 \pm 17,7\%$ hallarda yaxşı nəticələr alınmışdır.

8. Cərrahi əməliyyatlardan sonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmalar düz bağırsağın bərpa olunmuş qapayıcı sisteminin funksional vəziyyətinə mənfi təsir göstərir. İrinli ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılmış kompleks tədbirlər nəticəsində əməliyyatdan sonra irinli-iltihabi ağırlaşmalar yoxlama qrupu ilə müqayisədə $36,9 \pm 4,2\%$ -dən $23,9 \pm 3,1\%$ -ə qədər azalmışdır.
9. Cərrahi korreksiyadan və kompleks konservativ terapiyadan ibarət olan kombinəolunmuş müalicə sfinkter əzələlərində diffuz dəyişikliklər, qapayıcı sistemin sinir-reflektor pozğunluqları olan xəstələrə göstərişdir. Qapayıcı sistem əzələ transplantatları ilə formalaşdırılırsa kombinəolunmuş müalicə mütləqdir. Belə taktika əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmış xəstələrə də aiddir.
10. Yoğun bağırsağın və ano-rektal nahiyənin yanaşı xəstəlikləri düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksional vəziyyətinə əsaslı təsir göstərir və müalicə tələb edir. Düz bağırsağ və aralığın cərrahi əməliyyata ehtiyacı olan xəstəliklərin müalicəsini anal inkontinensiyanın ləğvi ilə birlikdə aparmaq lazımdır. 27 xəstədə yanaşı cərrahi xəstəliyin və anal çatmazlığın ləğvi eyni zamanda aparılmış və 15 xəstədə (55,6%) fəsadsız nəticə əldə edilmişdir.
11. Aralıq əzələləri ilə plastikadan sonra 6 ay müddətinə, böyük sağrı və bud əzələlərindən neosfinkter yaradıldıqdan sonra 1 il müddətinə düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksiyasının bərpası başa çatır. Bu müddət ərzində xəstələr dinamik nəzarətdə saxlanılmış və müalicə aparılmışdır. Adekvat seçilmiş cərrahi və kompleks konservativ müalicə hesabına anal inkontinensiyalı xəstələrin 88,7%-də düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksional bərpası təmin edilmişdir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Anal sfinkter çatmazlığının növünü, etiologiyasını, yoğun və düz bağırsağın motor-evakuator funksiyasının xarakterini aşkar etmək üçün anal inkontinensiyalı bütün xəstələrdə əməliyyatönü dövrdə rektoromanoskopiya daxil olmaqla sfinkterometriya, manometriya, endorektal ultrasəs müayinəsi və düz bağırsağın qapayıcı aparatının elektrofizioloji tədqiqini özündə birləşdirən kompleks klinik-funksional müayinələrin aparılması göstərişdir.

2. Müayinələrin nəticələri əsasında düz bağırsağın qapayıcı sistemində gedən üzvü və qeyri-üzvi dəyişikliklər aşkar olunmalı, təkmilləşdirilmiş topoqrafo-anatomik təsnifatdan istifadə edərək adekvat müalicə taktikasının seçiminə imkan verən son diaqnoz formalaşdırılmalıdır.
3. Funksional sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə, həmçinin anal dairənin $\frac{1}{4}$ -dən az olan lokal defektləri, anal kanalın hermetik bağlanması pozmayan deformasiyalar və I dərəcəli sfinkter çatmazlığı zamanı konservativ müalicə aparılmalıdır. Bu müalicənin tərkib hissələrini anal sfinkter və aralıq əzələlərinin elektrostimulyasiyası, bioloji əks-əlaqə tənzim üsulu, müalicə bədən tərbiyəsi kompleksi və medikamentoz terapiya təşkil edir. Konservativ müalicənin həcmi və müddəti fərdi qaydada təyin olunmalıdır.
4. Əzələ defekti anal sfinkter dairəsinin $\frac{1}{2}$ -ə qədər olduqda plastikanın qalmış sfinkter əzələsinin və aralıq əzələlərinin hesabına yerinə yetirilməsi tövsiyə edilir. Əgər defekt $\frac{1}{4}$ qədərdisə sfinkteroplastika (daha çox yan-yana), bundan çoxdursa, ön və ya arxa yarım dairədə yerləşmişsə sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı, oxşar defektin yan yarım dairədə lokalizasiyası zamanı sfinkteroplüteoplastika əməliyyatı icra olunmalıdır. Cərrahi əməliyyatlar zamanı toxuma qatları bərpa edilərkən tikişlərin üst-üstə düşməsinə imkan verilməməlidir.
5. Anal sfinkterin tam çatmazlığı zamanı cərrahi müalicədə qonşuluqda yerləşən əzələlər istifadə edilməlidir: a) düz bağırsağın qapayıcı sistem əzələlərinin böyük defektlərində və ya anal sfinkter olmadıqda, həmçinin çanaq dibi əzələlərinə çapıq prosesi sirayət etdikdə böyük sağrı əzələlərinin uzun loskutları ilə anal sfinkterin plastikası aparılmalı; b) sağrı əzələləri zədələndikdə və çapıq dəyişildikdə budun nazik və ya böyük yaxınlaşdırıcı əzələ loskutları ilə neosfinkter yaradılmalı. Bu əməliyyatlar zamanı fasial-əzələ loskutlarının nekrozunun qarşısını alan cərrahi əməliyyat üsullarına üstünlük verilməlidir.
6. Anal sfinkter üzərində aparılan rekonstruktiv və plastik əməliyyatların nəticələrini pisləşdirən əsas səbəb cərrahi əməliyyatdan sonra baş verən irinli-iltihabi ağırlaşmalardır. Bu ağırlaşmaların qarşısını almaq üçün aralıq dərisi əməliyyatını yaxşı hazırlanmalı, qadınlarda uşaqlıq yolu təmizlik dərəcəsi

normallaşdırılmalı, yoğun bağırsağın iltihabi xəstəlikləri və bağırsaq florasının disbiotik dəyişiklikləri aradan qaldırılmalı, əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara möhtəviyyətinin fəal aspirasiyası aparılmalı, yara geniş spektrli antiseptik məhlullarla yuyulmalı, yaraların yerli müalicəsində 3,57%-li Çiprofloxaçin tərkibli gellə birlikdə yerli lazeroterapiya aparılmalı, yara səthinin bağırsaq möhtəviyyəti ilə təmasda olmaması üçün defekasiya aktı ləngidilməlidir. Böyük sağrı və bud əzələlərindən neosfinkter yaratmadan əvvəl kolostoma qoyulmalıdır.

7. Qarışıq formalı anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrə kombinə olunmuş müalicə göstərişdir. Belə müalicə əzələ transplantatları ilə qapayıcı sistem formalaşdırılan zaman, həmçinin əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşmaları zamanı aparılmalıdır.

Dissertasiyaya aid nəşr olunmuş elmi işlərin siyahısı:

1. Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита с применением лазеротерапии. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Москва, 1996, № 3, с.80-82 (соавт.: Султанов Г.А., Искендеров Г.Б., Мустафаев Х.А.)
2. Kəskin və xroniki paraproktit olan xəstələrdə operasiyadan sonra sfinkter çatmazlığı. / M.M.Əfəndiyev 100-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransının materialları. Bakı, 1997, s.82-83 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Əmirov T.C.)
3. Kəskin paraproktitin kompleks müalicəsində lazer şüalarının tətbiqi. // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 1997, № 3, s.3-5 (həmmüəl.: İsgəndərov Q.B., Sultanov H.A., Qaraqov F.M., Rəfiyev S.F., İsayev A.P., Rüstəmov Ə.M.)
4. Лечение ректо-вагинальных свищей. / Материалы международной научно-практической конференции. Тбилиси, Грузия, 1999, том 2, с.317 (соавт.: Султанов Г.А., Султанова С.Г.)
5. Düz bağırsağ – uşaqlıq yolu fistullarının cərrahi müalicəsi. / Prof. İ.M.Məmmədovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 1999, s.62 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Mustafayev X.A., Sultanova S.H.)

6. Хирургическое лечение повреждения анального жома. / Актуальные проблемы колопроктологии. IV Всероссийская конференция с международным участием. Иркутск, 1999, с.113-114 (соавт.: Султанов Г.А.)
7. Sfinkter əzələsinin çatmazlığı olan xəstələrin cərrahi müalicəsi. // Azərbaycan Tibb jurnalı. 1999, № 1, s.38 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Abbasov A.H., İmanova S.S.)
8. Rekto-vaginal fistul və anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə cərrahi taktika. / N.Nərimanov adına ATU-nun 70-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2000, s.65 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Sultanova S.H., İmanova S.S., Mustafayev X.A.)
9. Rektosele-babasilin əmələ gəlməsində etioloji faktor kimi. / N.Nərimanov adına ATU-nun 70-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2000, s.66 (həmmüəl.: Sultanov H.A., İmanova S.S.)
10. Cərrahi əməliyyatdan sonrakı anal sfinkter çatmazlığı. // Müasir cərrahiyyənin aktual problemləri. Bakı, 2000, s.95-98 (həmmüəl.: Sultanov H.A.)
11. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операций на дистальном отделе прямой кишки. // Проблемы колопроктологии. Москва, ННПИ, 2000, выпуск № 17, с.25-27
12. Эффективность применения лазерной терапии в лечении ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера. / IV Республиканская научно-практ. конференция с международным участием по проктологии: «Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии». Минск, 2001 г., с.85-87 (соавт.: Султанов Г.А., Султанова С.Г)
13. Лечение больных с недостаточностью анального сфинктера в сочетании со стриктурой анального канала. / Там же, с. 9-11
14. К вопросу лечения прямокишечно-влагалищных свищей и старых послеродовых разрывов промежности Актуальные проблемы колопроктологии. / V Всероссийская конференция с международным участием. Тезисы докладов. Ростов-на-Дону, 2001 г., с.65-66 (соавт.: Султанова С.Г.)

15. Kəskin və xroniki paraproktitin cərrahi müalicəsindən sonra sfinkter çatmazlığı. / Prof. B.M.Mahmudbəyovun 100-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın məcmuəsi. Bakı, 2002, s.31-32 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Abbasov A.H., Əhmədov Ə.M.)
16. Anal sfinkterin çatmazlığı və rektovaginal fistulların müalicəsi. / Prof. Z.Məmmədovun 100-illik yubileyinə həsr edilmiş konfransın məcmuəsi. Bakı, 2003, s.41-42 (həmmüəl.: Sultanova S.H.)
17. Anal sfinkter çatmazlığı və anal kanalın strikturası olan xəstələrdə cərrahi taktika. / Yenə orada, s.43
18. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin müalicəsinin nəticələri. / VI Beynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan gastroenteroloq və cərrahların konqresinin materialları. Bakı, 2003, s.88 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Sultanova S.H., İmanova S.S.)
19. Concomitant proctologic disease of chronic paraproctitis. / VI International Euroasian and Azerbaijanian Congress of gastroenterologists and surgeons abstracts. Baku, 2003, p.94 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Sadikhov C.H.)
20. Anal sfinkter çatmazlığı ilə ağırlaşmış düz bağırsağ residiv ekstrasfinkter fistulların cərrahi müalicəsi. // Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. Elmi əsərlər toplusu I cild. Bakı, 2004, s.161-166
21. Хирургическая тактика лечения ректовлагалищных свищей. // Там же, с. 166-169 (соавт.: Султанова С.Г.)
22. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin müalicəsinin nəticələri. // Cərrahiyyə jurnalı, 2005, № 2, s.32-37 (həmmüəl.: Sultanov H.A.)
23. Эффективность применения лазерной терапии в комплексном лечении больных с анальной недостаточностью. / Актуальные проблемы колопроктологии. Научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, с.38-39
24. Хирургическое лечение ректовагинальных свищей, осложненных недостаточностью анального сфинктера. / Там же, с.129-130 (həmmüəl.: Султанов Г.А., Рзаев Т.М.)
25. Mürəkkəb pararektal fistulların residivlərinin səbəbləri və profilaktikası. // Sağlamlıq, 2005, № 8, s. 49-52 (həmmüəl.: Hümətov A.F., Sultanov H.A., Qasımov A.Ş.)

26. The causes and prophylactics of complicated pararectal fistula recurrence. / VIII International Euroasian Congress of Surgeons and Gastroenterologists. 2-4 yune, 2005, Tbilisi, Georgia, p.87 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Hummatov A.F., Akhmedov O.A.)
27. Estimation of results of perianal fistula treatment. / VIII International Euroasian Congress of Surgeons and Gastroenterologists. 2-4 yune, 2005, Tbilisi, Georgia, p.92 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Abbasov A.H., Hummatov A.F.)
28. Application of muscular transplants in reconstructive surgery of rectum sphincteral muscles. / Abstracts of IX International Euroasian Congress of surgery and gastroenterology. Baku, 2006, p.181 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Abbasov A.H.)
29. Postoperative insufficiency of anal constrictor. / Abstracts of IX International Euroasian Congress of surgery and gastroenterology. Baku, 2006, p.196 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Sultanov H.A.)
30. Doğuş zamanı aralığın köhnə III dərəcə cırılmasında cərrahi əməliyyat üsulunun seçilməsi. // Cərrahiyyə jurnalı, 2006, № 1, s.35- 38 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Sultanov H.A.)
31. Улучшение результатов лечения сложных параректальных свищей. // Проблемы колопроктологии № 19 Сборник статей, Москва, 2006, с.87-91 (соавт.: Гумматов А.Ф.Султанов Г.А.Гасымов Э.М.)
32. Патоморфологические изменения анального сфинктера при дефектах ректовагинальной перегородки с нарушением его функции. / Prof. N.M.Şəmsəddinskayanın 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2006, s.130-132 (соавт.: Султанова С.Г.)
33. Anal sfinkter çatmazlığı zamanı müalicə taktikası. / Yənə orada, s. 19-21 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Hümmətov A.F.)
34. Aralığın doğuş zamanı III dərəcə cırılmasında cərrahi taktikanın seçilməsi. // Sağlamlıq jurnalı, 2006, № 1, s. 37-40 (həmmüəl.: Sultanova S.H.)
35. Mürəkkəb pararectal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələrinin qiymətləndirilməsi. / Ə.e.x. Ş.B.Quliyevin 75-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın materialları. Bakı, 2006, s. 95-96 (həmmüəl.: Hümmətov A.F., Sultanov H.A.)

36. Çanaq dibi orqanlarının düşməsində cərrahi müalicənin nəticələri. / Yenə orada, Bakı, 2006, s.179-180 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Sultanova S.H)
37. Восстановление функций сфинктера заднего прохода и промежности. / Ә.е.х., prof. H.M.İsazadənin anadan olmasının 95-illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2007, s.356-358 (соавт.: Султанова С.Г.)
38. Метод хирургического лечения ректовагинальных свищей с разрывом промежности III степени. / Yenə orada, s.360-361 (соавт.: Султанова С.Г.)
39. Mürəkkəb pararektal fistulun xaric edilməsindən sonra pararektal yaraların müalicəsi. // Cərrahiyyə, № 1 (9), 2007, s.11-15 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Hümətov A.F., Tağıyev S.Ə.)
40. Anal sfinkter üzərində aparılan plastik və rekonstruktiv əməliyyatlar. // Sağlamlıq, № 7, 2007, s.31-35
41. Оценка анальной инконтиненции изучением анальной манометрии после операции проводимых по поводу параректальных свищей у мужчин. / «Актуальные вопросы колопроктологии». Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, с.15-16
42. Иссечение анальной фистулы с закрытием внутреннего отверстия: функциональные и манометрические результаты. / Там же, с. 106 (соавт.: Султанов Г.А.Гумматов А.Ф.Аббасов А.Г.)
43. Düz bağırsağ fistullarının diaqnostikasında kontrastlı endorektal ultrasonoqrafiyanın əhəmiyyəti. // Azərbaycan Tibb jurnalı, Bakı, 2007, № 4, s. 76-78 (həmmüəl.: Hümətov A.F., Sultanov H.A.)
44. Selection of treatment tactics in patients with anal incontinent. / Abstracts of XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 2008, p.221-222 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Abbasov A.H.)
45. Functional morphologic specification of III category perineal rupture. / Abstracts of XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 2008, p.239 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Sultanova S.H.)
46. Plastic and reconstructive surgery for anal incontinence. / XII Central European Congress of Coloproctology. Moscow 6-8 may,

- 2008, p.35 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Sultanov H.A., Abbasov A.G.)
47. Rectal prolapse and anal incontinence. / XII Central European Congress of Coloproctology. Moscow 6-8 may, 2008, p.130 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Imanova S.S., Zeynalov B.M.)
 48. Pathomorphological changes of anal sphincter in defects of rectovaginal septum and its dysfunction. / XII Central European Congress of Coloproctology. Moscow 6-8 may, 2008, p.130 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Sultanov H.A., Imanova S.S)
 49. Aralığın köhnə III dərəcə sırilmasının diaqnostika və müalicəsi. // Cərrahiyyə, 2008, № 4 (16), s.86-88 (həmmüəl.: Sultanova S.H.)
 50. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения сложных рецидивных свищей. // Cardiology and Internal Medicine. Tbilisi, 2009, № 1, s.86-92 (соавт.: Гумматов А.Ф.Султанов Г.А.Аббасов А.Г.)
 51. Anal inkontinensiyalı xəstələrdə müalicə taktikasının seçilməsi. / Prof. İ.M.Məmmədovun 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2009, s.47-48 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Abbasov A.H., Hümətov A.F.)
 52. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikası və müalicəsi. // Sağlamlıq, 2009, № 3, s.26-32 (həmmüəl.: Hümətov A.F., Sultanov H.A., Bayramov K.B., Məsimova Ə.M., Abbasov A.H.)
 53. Təmassız rektal sfinkteromanometriya. // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, № 1, s.131-133 (həmmüəl.: Sultanova S.H., Əzimov E.H.)
 54. Методы обследования больных со старым разрывом промежности III степени. // Экспериментальная и клиническая медицина. Тбилиси, 2009, № 3, с.73-75 (соавт.: Султанова С.Г.Азимов Э.Х.)
 55. Профилактика и хирургическая коррекция старых разрывов промежности III степени и анального жома. // Экспериментальная и клиническая медицина. Тбилиси, 2009, № 3, с.56-58 (соавт.: Султанова С.Г. Азимов Э.Х.)
 56. Anal sfinkterin tam çatmazlığı zamanı aparılmış qarasiloplastikanın nəticələri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, № 2, s.28-31.
 57. Роль электромиографии в диагностике анальной инконтиненции. // Экспериментальная и клиническая медицина. Тбилиси, 2009, № 9, с.52-56

58. Хирургическое лечение посттравматической недостаточности анального сфинктера. / I съезд колопроктологов СНГ. г.Ташкент, 2009, с. 314 (соавт.: Султанова С.Г.Аббасов А.Г.Гумматов А.Ф.)
59. Хирургическая коррекция дефектов ректовагинальной перегородки. / I съезд колопроктологов СНГ. г.Ташкент, 2009, с. 311 (соавт.: Султанов Г.А.Султанова С.Г.Ахмедов А.М.)
60. Методы диагностики и коррекция после родовой недостаточности анального жома. // Sağlamlıq, 2009, № 6, s.38-42 (соавт.: Султанова С.Г.)
61. Yaşlı xəstələrdə düz bağırsağın distal hissəsində olan atrezianın cərrahi korreksiyasından sonrakı anal sfinkter çatışmazlığının müalicəsi. // Azərbaycan Tibb jurnalı, 2009, № 4, s.25-28
62. Hemorroidektomiyadan əvvəl və sonrakı dövrdə düz bağırsağın qarayıcı sisteminin funksional vəziyyəti. // Cərrahiyyə, 2009, № 4 (20), s.58-62
63. Travmatik sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə düz bağırsağın qarayıcı aparatının funksional xüsusiyyətləri. // Cərrahiyyə, 2010, № 3 (23) s.40-44
64. Хирургическое лечение недостаточности сфинктера заднего прохода с использованием лоскутов большой ягодичной мышцы. // Клінічна хірургія № 6(807), 2010, с.46-49
65. Лечение разрывов промежности. // Хірургія України, 2011, 1(37), с.40-45 (соавт.: Султанова С.Г.Аббасов А.Г.)
66. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода. // «Вестник» Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, 2011, том 6, номер 1, с.48-54
67. Anal sfinkter əzələsinin rekonstruktiv cərrahiyyəsində böyük sağrı əzələ loskutlarının istifadəsi. // Cərrahiyyə, 2011, № 1(25), s.68-73
68. Профилактика и хирургическая коррекция старых разрывов промежности III степени и анального жома. // Sağlamlıq, Bakı, 2011, № 2, s.59-61 (соавт.: Султанова С.Г.)
69. Aralığın doğuşdan sonra yaralanmasının cərrahi tedavisi. / XIII Ulusal Kolon və Rektum Cerrahisi Konqresi. Antalya. 18-22 mayıs 2011, s.256 (həmmüəl.: Sultanov H.A., Hummatov A.F., Abbasov A.H., Safiyeva A.Ş.)

70. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера. // Международный медицинский журнал. № 3(67) 2011, с.90-95
71. Анальная инконтиненция у женщин с послеродовыми разрывами промежности. // “Практична медицина” Науково-практичний журнал, 2011, № 2 (том XVII) с.79-84 (соавт.: Ривкин В.Л.Султанов С.Г.)

Tədris-metodik vəsaitlər

72. Düz və yoğun bağırsağ operasiyalarının atlası. Tədris vəsaiti, Bakı, 2005, 298 s. (həmmüə. : Sultanov H.A.)
73. Proktoloji xəstəliklərin propedevtikası. Tədris-metodik vəsait, Bakı, 2008, 83 s. (həmmüə. : Sultanov H.A., Sultanova S.H.)
74. Koloproktologiya. Rəhbərlik. Bakı, 2011, 412 s. (həmmüə. : Sultanov H.A., Sultanova S.H.)

Patent

75. Hidrofil məlhəm əsası və onun alınma üsulu. 2009, № i20090141

Səmərləşdirici təkliflər

76. Rektovaginal fistulların təsnifatı - 2003, № 443
77. Rektovaginal fistulların cərrahi müdaxilə üsulu - 2003, № 444
78. Anal sfinkterin gücünü ölçən və fiksə edən yaylı sfinkterometr - 2004, № 475
79. Aralığın doğuşdan sonra cırılması zamanı aparılan əməliyyat üsulu - 2010
80. Düz bağırsağın sfinkter əzələsinin rekonstruktiv cərrahiyyəsində əzələ transplantatlarından istifadə üsulu - 2010, № 540

ЭЛЬДАР АЛЛАХВЕРДИ оглы АЛИЕВ
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА
Р Е З Ю М Е

Целью исследовательской работы явилось улучшение результатов хирургического лечения недостаточности анального сфинктера посредством разработки и внедрения комплекса лечебно-диагностических мероприятий с дифференцированным подходом к больным.

В диссертационной работе изучены результаты лечения 286 больных с анальной инконтиненцией. Из них 46 больных относились к контрольной, 140 больных – к основной группе. Распределение больных в зависимости от причины заболевания было следующим: врождённые аномалии аноректальной области – 18 больных (7.5%), травмы запирающей системы прямой кишки – 186 (77.8%), функциональные нарушения – 36 больных (14.7%). Из 186 больных с травматической недостаточностью анального сфинктера у 94 (50.6%) повреждение анального сфинктера было связано с хирургическими вмешательствами на прямой кишке и промежности, у 62 (33.3%) – с родами и у 30 (16.1%) – с травмами аноректальной области.

Больные с недостаточностью анального сфинктера были всесторонне обследованы современными методами исследования. Для осуществления сфинктерометрии было использовано новое устройство. Были обнаружены 2 основные причины нарушения способности удерживания кишечного содержимого: повреждение мышечных структур и нервно-рефлекторные нарушения. На основании полученных данных была разработана новая классификация недостаточности анального сфинктера, позволяющая сформулировать клинический диагноз и выбрать правильную тактику лечения в каждом конкретном случае.

В клинической практике были разработаны методы консервативного, хирургического и комбинированного лечения. Консервативное лечение применялось как изолированно, так и в комбинированном виде в до- и послеоперационном периоде. Хирургическая коррекция запирающего аппарата прямой кишки была осуществлена 184 больным (76.7%). Применялась сфинктеропластика, сфинктеролеваторопластика и модифицированные методы реконструкции сфинктера мышечными трансплантатами. Непосредственные и отдалённые результаты после операции были изучены и сравнены с контрольной группой. Метод индивидуального подхода, основанный на всестороннем обследовании запирающей системы прямой кишки, и коррекция, проведённая в соответствии с выявленными изменениями, позволили получить хорошие и удовлетворительные результаты в 89.3% случаев после консервативного и в 88.7% случаев после хирургического лечения.

**THE WAYS OF IMPROVEMENT OF RESULTS OF SURGICAL
MANAGEMENT OF ANAL SPHINCTER INCONTINENCE
SUMMARY**

The aim of the study was the improvement of results of surgical treatment of anal sphincter incontinence by means of work out and implementation of multimodal treatment and diagnostic procedures with differentiated approach to patients.

The study is based on analysis of results of management of 286 patients with anal incontinence (46 patients in the control and 240 patients in the main group). The distribution of patients according to the cause of the disease was as follows: congenital anomalies of the ano-rectal zone – 18 patients (7.5%), trauma of the rectum obturative system – 186 (77.8%), functional disorders – 36 patients (14.7%). Among 186 patients with anal sphincter incontinence traumatic genesis in 94 (50.6%) patients the anal sphincter injury was related to surgical interventions on rectum and perineum, in 62 (33.3%) to delivery, and in 30 (16.1%) patients to trauma of ano-rectal zone.

Patients with anal sphincter incontinence were thoroughly examined by modern methods of investigations. A new device for sphincteromanometry was applied. 2 main causes of malfunction of bowel content confining ability were detected: the injury of the muscular structures and neuro-reflex disorders. According to the data obtained a new classification for anal sphincter incontinence was worked out allowing the formulation of clinical diagnosis and choice of correct tactics of treatment in each specific case.

The methods of conservative, surgical and combined management were worked out in clinical practice. The conservative treatment was applied separately as well as in combined manner in pre- and postoperative period. The surgical correction of the obturative apparatus of rectum was executed in 184 patients (76.7%). The sphincteroplasty, sphincterolevatoroplasty and modified methods of reconstruction of sphincter by muscular transplants were applied. The early and delayed results after the surgery were analyzed and compared with the control group.

The method of individual approach based on the detailed examination of obturative system of rectum, and correction according to the disor-

ders found allowed reaping good and satisfactory results in 89.3% cases after the conservative and 88.7% cases after the surgical management.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Ofset çap üsulu.
Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Tiraj 100

**МИНИСТЕРС
АЗЕРБАЙДЖА
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РАВООХРАНЕНИЯ
Й РЕСПУБЛИКИ**

На правах рукописи

ЭЛЬДАР АЛЛАХВЕРДИ оглы АЛИЕВ

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА**

3213.01 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**Диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

BAKI – 2014