

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

ELÇİN KAMİL OĞLU AĞAYEV

**BAĞIRSAQLARIN TƏCİLİ VƏ TƏXİRƏSALINMAZ
REZEKSİYASINDAN SONRAKI ERKƏN
NƏTİCƏLƏRİN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARI
(KLİNİKİ-EKSPERİMENTAL TƏDQIQAT)**

3213.01 - Cərrahlıq

Tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsi almaq
üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı - 2014

Dissertasiya Azərbaycan Tibb Universitetinin ümumi cərrahiyyə və anesteziologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçi:

– Tibb elmləri doktoru, professor

Ç.M.CƏFƏROV

Rəsmi opponətlər:

– Tibb elmləri doktoru, professor

– Tibb elmləri doktoru, professor

– Tibb elmləri doktoru

R.Ə.QULİYEV

N.Y.BAYRAMOV

Q.F.MÜSLÜMOV

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

Dissertasiyanın müdafiəsi «25_»_09_2014-cü il tarixdə saat ___-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: 1022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23 (konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «____»_____ 2014-cü ildə göndərilmişdir.

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

Ş.F.İBRAHİMLİ

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Müasir abdominal cərrahlığın aktual problemlərindən biri də bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verən bir sıra peritondaxili ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması, profilaktikası, erkən diaqnostikası və müalicəsidir. Bu ağırlaşmalardan bağırsaq anastomoz tikişlərinin tutmazlığı (BATT), əməliyyatdan sonrakı peritonitlər, anastomozyanı abseslər, fistulalar, anastomozitlər, anastomozların daralması, paretik, paralitik və bitişmə mənsəli kəskin bağırsaq keçməzliyi (KBK) və s. müşahidə edilməkdədir. Bunlardan daha təhlükəlisi anastomoz tikişlərinin tutmazlığıdır ki, bu da 2,4 – 13,9% (T.D.Francone et al., 2010; J.J.Lujan et al., 2011; S.Yamamoto et al., 2011; A.B.Almeida et al., 2012; A.El-Hussuna et al., 2012; A.Tzivanakis et al. 2012; D.B.Steward et al. 2012), bəzi tədqiqatçılara görə isə daha çox 20 – 37,7% (C.A.Алиев, 1998; В.З.Тотиков и соавт., 2002; А.Е.Борисов, 2003; I.Kanellos et al., 2004; L.Maggiori et al., 2011; G.Barisic et al., 2011; M.Jurado et al., 2011; K.Nakajima et al., 2012) hallarda müşahidə olunur. BATT nəticəsində yaranan əməliyyatdan sonrakı peritonitlərdən ölüm müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə 20-43,8% (S.Riss et al., 2010; A.Volk et al., 2011; P.J.Shukla et al., 2011; M.Thornton et al., 2011; P.J.Shukla et al., 2011; M.A.Uzun et al., 2012) təşkil edir ki, bu da uyğun ağırlaşmanın proqnozlaşdırılması və profilaktikası üçün daha effektiv müayinə və müalicə üsullarının işlənilməsinə və tətbiqinə ciddi ehtiyacın olmasından xəbər verir.

BATT-nin proqnozlaşdırılması üçün anastomozlaşdırılacaq seqmentlərin həyatiliyinin obyektiv müayinə üsulları ilə öyrənilməsi vacibdir. Bu məqsədlə flüoressensia, transillüminasion angioskopiya, kontakt termoqrafiya, ultrasəs və lazerlə doppleroqrafiya, lazer flüoressensiyaedici angioqrafiya, səthi polyaroqrafiya, biopotensiometriya, elektromioqrafiya, fibrokolonoskopiya, kapillyaroskopiya, kontrast vizualizasiya, transillüminasion angiotenziometriya (ATM) və pulsomoroqrafiya (PMQ) kimi üsullar təklif olunmuşdur.

BATT-nin profilaktikası üçün tətbiq olunan bütün üsulları ümumi, məhəlli və yerli olmaqla üç qrupa ayırmaq olar. Ümumi müalicə məqsədilə adrenomedulinin (O.Karatepe et al., 2011), eritropoetin (U.Ozel Tukcu et al., 2012), perfortanın (O.B.Porap, 2004), hidroksetilkraxmalın (E.Г.Миндзева и соавт., 2009), pentoksifillin və vinposetin (Sümer

Aziz və həmm., 2011) təyini və ozonoterapiyanın (И.И.Митюк и соавт., 2008) tətbiqi tövsiyə olunur. Məhəlli müalicə üsullarından ileosekal kələfin fasiləsiz blokadası (С.О.Яблочкина, 2003) və taktivinin novokainlə müsariqədaxili yeridilməsini (С.В.Поддубный, 2007) misal göstərmək olar. Yerli müalicə üsullarından müxtəlif biologiyarışıqlarla tikiş xəttinin hermetikləşdirilməsini qeyd etmək olar. Bu məqsədlə autofibrin yarışqanı (О.Н.Антонов, 2006), fibrin tərkibli “БИОЛАБ-клей” (“Биоклей – Лаб”) (Ю.О.Сычинский, 2009), və sulfakrilat bioyarışıqları (Б.А.Висаитов, 1984), kollagenlə izolyasiya (D.Pantelis et al., 2010), fibrin-kollagen substansiyalı ТахоКомб (Б.К.Шуркалин и соавт., 2004), lateksli toxuma yarışqanı (Е.В.Шадринова, 2010), modifikasiya olunmuş hialuron turşusu əsaslı biologiyarışıqları (Р.М.Ибрагимов, 2009) işlədilmişdir. Bundan əlavə uyğun ağırlaşmanın profilaktikası məqsədlə anastomoz nahiyəsinin lokal elektrostimulyasiyası (З.М.Сигал и соавт., 2000), 630-660 нм uzunluqlu dalğalarla monoxromatik şüalandırılması (С.В.Гуц, 2002), maqnitoterapiya (Н.В.İsayev və həmm., 2003), yerli lazer müalicəsi (В.П.Арсюттов, 2004), oksigenoterapiya (M.Schieltroma et al., 2012), qısa zəncirli yağ turşuları ilə əməliyyatdaxili lavaj (S.Netta et al., 2010), bağırsaqların intubasion dekompressiyası və sanasiyası (Ç.М.Сəфəров və həmm., 2011), enterosorbsiyalar (О.В.Галимов и соавт., 2008; 2010; Е.Н.Бирюкова 2008) və s. tətbiq edilmişdir.

Lakin bütün bu tədbirlərə baxmayaraq bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması, profilaktikası, erkən diaqnostika və müalicəsi ilə bağlı çoxsaylı problemlər qalmaqdadır. Tətbiq olunan proqnozlaşdırma üsulları bir sıra hallarda bağırsaqların həyatiliyini dürüst müəyyənəlməyə imkan vermir. Ağırlaşmanın profilaktikası məqsədlə çoxsaylı ümumi, məhəlli və yerli müalicə-profilaktika üsullarının, presizion tikiş texnikasının, müasir mexaniki tikiş qurğularının tətbiq olunmasına baxmayaraq anastomoz tikişlərinin tutmazlığı halları bu gün də müşahidə edilməkdədir. Uyğun ağırlaşmanın erkən diaqnostikası məsələsi daha ciddi problem olaraq qalmaqdadır. Müxtəlif laborator testlərin, rentgenoloji, ultrasonoqrafik, kompyuter tomoqrafik, endoskopik müayinə və hətəda monitor müşahidə üsullarının tətbiq olunmasına baxmayaraq ağırlaşmanın erkən diaqnostikası sahəsində demək olar ki, ciddi irəlləyişlər əldə olunmamışdır. Bütün bunlar, bizə, bu problemlərin həlli ilə bağlı elmi-tədqiqat işlərinin aparılmasına əsas vermişdir.

Tədqiqatın məqsədi - bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı müayinə və müalicə üsullarını təkmilləşdirməklə erkən peritondaxili ağırlaşmaların qarşısının alınması və əməliyyatın yaxın nəticələrinin yaxşılaşdırılmasından ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Kliniki bazada 1990-2008-ci illər ərzində bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası aparılmış xəstələrin arxiv sənədlərinə əsasən müayinə və müalicə tədbirlərinin təşkilində yol verilmiş taktiki və texniki səhvlərin araşdırılması, təhlili və qiymətləndirilməsi.

2. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması üçün optimal müayinə üsullarının seçilməsi və əsaslandırılması.

3. Erkən ağırlaşmaların profilaktikası üçün fasiləsiz müsəriqədaxili blokada və limfotrop müalicənin effektivliyinin öyrənilməsi və əsaslandırılması.

4. Yayılmış peritonitlər (YP) və KBK fonunda qoyulmuş birincili bağırsaq anastomozlarının regenerasiyasında uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın əhəmiyyətinin öyrənilməsi.

5. KBK və YP fonunda bağırsaq anastomozlarının regenerasiyasına yerli lazer-mağnit müalicəsinin təsirinin öyrənilməsi.

6. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların, o cümlədən anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikasında intubasion dekompressiya, sanasiya və gastroentero-sorbsiyanın əhəmiyyətinin öyrənilməsi.

7. Eksperimental KBK modeli fonunda müxtəlif bağırsaq anastomozu növlərinin morfo-histokimyəvi xüsusiyyətlərinin müqayisəli öyrənilməsi.

8. KBK modeli fonunda terminal entero-enteroanastomozlarda tikiş tutmazlığının profilaktikası məqsədilə fasiləsiz müsəriqədaxili blokada və limfotrop müalicə ilə birlikdə yerli lazer-mağnit şüalandırılması, habelə uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya ilə birlikdə yerli lazer-mağnit şüalandırılmasının əhəmiyyətinin müqayisəli öyrənilməsi.

9. Eksperimental intramural venoz hipertenziya modeli fonunda bağırsaq divarında baş verən hemo-motorodinamiki dəyişikliklərin, həmçinin bağırsaq anastomozlarının regenerasiyasının morfo-histokimyəvi xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

10. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verən ağırlaşmaların erkən diaqnostikası üçün proqramlaşdırılmış monitor

müşahidə üsullarının tətbiqi.

11. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verən ağırlaşmalara görə aparılan relaparotomiyalar zamanı optimal müalicə taktikasının müəyyənləşdirilməsi və əsaslandırılması.

Tədqiqatın elmi yenililiyi:

– YP və KBK fonunda bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası icra olunmuş xəstələrdə anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası məqsədilə uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya (Üsula Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma, Metrologiya və Patent üzrə Dövlət Agentliyinin İ 2002 0058 №-li ixtira patentı alınmışdır) tətbiq edilmişdir.

– Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verə biləcək anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikasında fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə (Üsula Avrasiya patent təşkilatının 015637 sayılı ixtira şəhadətnaməsi alınmışdır) aparılmışdır.

– Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların, o cümlədən, anastomoz tikişləri tutmazlığı, paretik, paralitik və bitişmə mənşəli KBK-nin profilaktikası, endogen intoksikasiyanın aradan qaldırılması məqsədilə nazointestinal, transanal və kombinə olunmuş intubasion dekompressiya, sanasiya və polifepanla qastroenterosorbsiya tətbiq olunmuşdur.

– Bağırsaq anastomozlarında gedən reparativ-regenerasiya proseslərinin tənzimlənməsi və bununla da anastomoz tikişləri tutmazlığının qarşısının alınması məqsədilə anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-mağnit şualandırılması tətbiq olunmuşdur.

– İlk dəfə olaraq intramural venoz hipertenziya fonunda bağırsaq anastomozlarının regenerasiyası və bu fonda anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası üçün uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın əhəmiyyəti araşdırılmışdır.

İşin nəzəri və praktik əhəmiyyəti:

– Alınan nəticələr bağırsaq anastomozlarında gedən reparativ-regenerasiya proseslərinə mənfi və müsbət təsir göstərən yerli və ümumi amillər barədə elmi məlumatları zənginləşdirməyə imkan verir.

– Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı risk qrupuna daxil olan xəstələrin aşkarlanması üçün əməliyyatönü və əməliyyatdaxili müayinə tədbirlərinin sistemləşdirilməsi baş verə biləcək əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların proqnozlaşdırılmasına şərait yaradır.

– Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verə biləcək ağırlaşmaların profilaktikası üçün təklif olunan müalicə tədbirlərinin (xüsusi tərkibli infuzatla aparılan fasiləsiz müsarifədaxili blokada və limfotrop müalicə, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya, anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-maqnit şüalandırılması, bağırsaqların intubasion dekompresiyası, sanasiyası və gastroenterosorbsiya) əsaslandırılmış tətbiqi kliniki praktikada ağırlaşma hallarının xeyli azalmasına yardım edir.

– Mənfəzdaxili dinamiki pulsomotoroqrafiki monitoring nəzarəti bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra anastomoz tikişləri tutmazlığı ehtimalını vaxtında müəyyənəşdirməyə və buna müvafiq olaraq bu ağırlaşmanın profilaktikası üçün konservativ müalicə və göstərişlə cərrahi müdaxilələrin vaxtında icrasına imkan verir.

– Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmalarla əlaqədar aparılan relaparotomiyalar zamanı optimal cərrahi və konservativ taktikanın hazırlanması, əsaslandırılması və tətbiqi təkrari relaparotomiyalar və ölüm hallarının xeyli azalmasına imkan verir.

İşin klinik praktikaya tətbiqi. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması və profilaktikası məqsədilə təklif olunan müayinə və müalicə üsulları ATU-nun ümumi cərrahiyyə və cərrahi xəstəliklər kafedralarının bazalarında, həmçinin Kliniki tibbi mərkəzin 1-ci və 2-ci cərrahi şöbələrində kliniki təcrübəyə tətbiq olunmuşdur. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə və Təhsil nazirlikləri tərəfindən “Bağırsağ anastomozu tikişlərinin tutmazlığının proqnozlaşdırılması və profilaktikası” (2001) adlı metodik vəsait, “Əməliyyatdan sonrakı peritonitlər” (2012) adlı tədris-metodik vəsait, “Kəskin bağırsağ keçməzliyi” (2012) adlı dərs vəsaiti nəşr olunmuş və tədrisdə istifadə edilir. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası məqsədilə təklif olunan iki üsula ixtira patentı alınmışdır. 1. “Boşluqlu orqanların anastomoz tikişləri tutarsızlığının qarşısının alınması üsulu” (2002). Üsula AR Standartlaşdırma, metrologiya və patent üzrə dövlət agentliyinin İ 2002 0058 nömrəli ixtira patentı alınmışdır. 2. “Способ предупреждения несостоятельности швов кишечных анастомозов” (2010). Üsula Avrasiya patent təşkilatının 015637 sayılı ixtira patentı alınmışdır. Hər iki üsul kliniki təcrübədə geniş istifadə oluna bilər.

Müdafiyyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı bağırsaq seqmentlərinin həyatiliyinin təyin olunması və anastomoz tikişləri tutmazlığının proqnozlaşdırılması üçün cərrahi müdaxilə zamanı obyektiv müayinə üsulları tətbiq olunmalıdır. Bu məqsədlə İDT-1 qurğusu ilə angiotenziometriya (ATM) və pulsomotorografiya (PMQ) icra edilə bilər. Bağırsaqların YP və KBK fonunda təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı birincili anastomozların qoyulması üçün maksimal intramural arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 60 mm c.st.-dən, nəbzi dalğanın amplitudunun isə 3 mm-dən yuxarı olması vacibdir.

2. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı cərrahi taktikanın aşağıdakı prinsipləri gözənilməlidir:

- əməliyyatın növü (birincili bağırsaq anastomozlarının qoyulması və yaxud müxtəlif entero-, kolostomaların formalaşdırılması) patoloji dəyişikliyə uğramış seqmentin rezeksiyasından sonra anastomozlaşdırılacaq ilgəklərin (nəzərdə tutulan tikiş xətti boyunca) intramural qan təchizatının vəziyyətinə əsasən müəyyənləşdirilməlidir;

- birincili anastomozlar qoyularkən yan-yana anastomoz növlərinə üstünlük verilməlidir;

- qoyulmuş birincili bağırsaq anastomozlarında reparativ-regenerasiya proseslərinin sürətləndirilməsi və iltihabi ağırlaşmaların qarşısının alınması məqsədilə ümumi, məhəlli və yerli müalicə-profilaktika tədbirləri kompleks şəkildə həyata keçirilməlidir.

3. Risk qrupuna daxil olan xəstələrdə anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası üçün kompleks tədbirlər: fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya, yerli lazer-maqnit müalicəsi, bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla gastroenterosorbsiya tətbiq edilməlidir.

4. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası əməliyyatının gedişində icra edilən proqnostik, profilaktik və müalicəvi tədbirlərlə bərabər, əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə də irinli-iltihabi prosesləri və endogen intoksikasiyanı önləyən, homeostazı tənzimləyən, bağırsaqların hərəki fəaliyyətini stimullaşdıran müalicə tədbirləri həyata keçirilməlidir.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problem planı ilə əlaqəsi.

Dissertasiyanın mövzusu ATU-nun Ümumi cərrahiyyə kafedrasının elmi-tədqiqat işlərinin planına daxildir (dövlət qeydiyyat nömrəsi № 01114053).

İşin aprobasiyası. İşin əsas müddəaları 1-ci, 2-ci və 12-ci Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresində (Bakı 1997, 2011, Almata 1998), 13-cü və 14-cü Ulusal Qastroenteroloji konqresində (1996 Antalya, 1997 Mersin), F.İ.Zərgərlinin 70 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransda (Bakı 2000), Rusiya Federasiyasının və Koreliya Respublikası cərrahlarının 2-ci elmi-praktik konfransında (Sankt-Peterburq 2000), Z.M.Məmmədovun 100 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransda (Bakı 2003), N.Rzanın 75 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransda (Bakı 2004), H.A.Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransda (Bakı 2012), O.O.Şalimov adına milli cərrahiyyə və transplantologiya institutunun 40 illik yubileyinə həsr olunmuş “Актуальные проблемы клинической хирургии” konfransında (Kiyev 2012) təqdim, müzakirə və məruzə olunmuşdur.

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi ATU-nun Ümumi cərrahlıq, I cərrahi xəstəliklər, Uşaq cərrahlığı, Ağız və üz-çənə cərrahlığı, I daxili xəstəliklər və anesteziologiya, HTF-nin cərrahlıq kafedralarının (25 aprel 2013) və ATU-nun nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının elmi seminarlar keçirən aprobasiya komissiyasının iclasında keçirilmişdir (22 oktyabr 2013).

Çap olunmuş işlər. Dissertasiya mövzusu üzrə 23 məqalə, 16 tezis, 1 metodiki tövsiyə, 1 tədris-metodiki vəsait, 1 dərs vəsaiti nəşr olunmuş və 2 ixtira patenti alınmışdır.

İşin həcmi və strukturu. Dissertasiya işi giriş, 5 fəsil, yekun, nəticələr və praktik tövsiyələrdən ibarətdir. Dissertasiya 265 səhifədə kompüterdə yazılmış, 57 şəkil və 10 cədvəllə əyanlaşdırılmışdır. Ədəbiyyat siyahısına 33 vətən və 338 yaxın və uzaq xarici ölkə alimlərinin əsərləri daxildir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqatlar iki istiqamətdə aparılmışdır – eksperimental və kliniki. Eksperimental tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzində icra edilmişdir. Tədqiqat obyektı 91 cinsiz it olmuşdur. Eksperimentlər daha az miqdar təcrübə heyvanından maksimum nəticələr əldə etmək prinsipləri əsasında təşkil olunmuş və 3 qrupda aparılmışdır.

I qrup: KBK fonunda optimal bağırsağ anastomozu növünün seçilməsi və əsaslandırılması. Bu təcrübələr iki yarımqrupda aparılmışdır: a) KBK fonunda nazik bağırsağın terminal hissəsində qoyulan uc-uca anastomozlar (n=10); b) KBK fonunda nazik bağırsaqların terminal hissəsində qoyulan

yan-yana anastomozlar (n=10)

II qrup: KBK fonunda terminal entero-entero anastomozların mümkünlüyünün eksperimental əsaslandırılması. Bu təcrübələr 2 yarımqrupda aparılmışdır: a) müşahidə qrupu (n=17); b) əsas qrup (n=34).

III qrup: Eksperimental venoz hipertenziya fonunda bağırsağ anastomozlarının regenerasiyasının öyrənilməsi. Bu təcrübələr də iki yarımqrupda aparılmışdır: müşahidə qrupu (n=10) və əsas qrup (n=10).

I qrup təcrübə heyvanlarında nazik bağırsağın terminal hissəsində, ileosekal küncdən 20-25 sm məsafədə stranqulyasion KBK modeli yaradılmış və bir sutka sonra aparılan relaparotomiya zamanı boğulmaya məruz qalmış bağırsağ seqmentinin qanqrenası aşkar edilmişdir. Rezeksiya hüdudlarının müəyyənləşdirilməsi məqsədilə intraoperasion təmas PMQ və transillüminasion ATM icra edildikdən sonra bağırsağ seqmenti sağlam toxumalar hüdudunda rezeksiya olunaraq uc-uca (a yarımqrupu) və yan-yana (b yarımqrupu) klassik iki sıralı tikişlə terminal entero-entero anastomozlar qoyulmuşdur. II qrup təcrübə heyvanlarında da eyni üsulla KBK modeli yaradılaraq bir sutkadan sonra nazik bağırsağın terminal hissəsində yan-yana iki sıralı tikişlə klassik anastomozlar qoyulmuş və iki yarımqrupda (müşahidə və əsas) tədqiqatlar icra edilmişdir. Müşahidə yarımqrupunda (n=17) müalicələr ənənəvi usullarla, əsas yarımqrup təcrübə heyvanlarında isə fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə ilə birlikdə yerli (anastomoz nahiyəsində) lazer-mağnit müalicəsi (a yarımqrupu, n=17), uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya ilə birlikdə yerli lazer-mağnit müalicəsi (b yarımqrupu, n=17) tətbiq edilmişdir.

Fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicənin aparılması üçün Treys bağı yaxınlığında müsariqə kökünə 5-10 ml 0,5%-li novokain məhlulu yeridilir. Periton örtüyündə ehtiyatla 0,5 sm uzunluqda kəsik aparılır. Küt üsulla yara tunel şəklində genişləndirilir və dərinləşdirilir. Yara tunelinə nazik (D=1mm) kateter yeridilir və 4/0 sadə ketqut sapı ilə parietal periton səhifələri arasında fiksasiya edilir. Kateterin distal ucu yarıdan çıxarılır və dəri tikişləri ilə fiksasiya olunur. Cərrahi müdaxilə başa çatdıqdan sonra fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop terapiya aparılır. Müsariqə kökünə damcı üsulu ilə tərkibi novokain 0,5% (7 ml/kq/sut.); - heparin (150 TV/kq/sut.), – prozerin (0,03 mq/kq/sut.) və - seftriaksondan (15 mq/kq/sut.) ibarət olan qarışıq yeridilir. Üsula Avrasiya patent təşkilatının (Способ предупреждения несостоятельности швов кишечных анастомозов) 015637 sayılı ixtira patenti alınmışdır.

Uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın icrası üçün yuxarı

müsarıqə arteriyasının anastomoz nahiyəsinin qidalanmasında iştirak etməyən ilk şaxələrinə biri əldə olunur. Damarın distal hissəsi bağlanılır və proksimal hissəsinə nazik kateter yeridilir və onun ucu yuxarı müsarıqə arteriyasının kökünə qədər çatdırılır. Yeridilən dərman maddələrinin anastomoz nahiyəsinə çatmasını müəyyənləşdirmək məqsədilə katetrdən 4-5 ml 0,5%-li metilen abısı vurulur, boyanma sahəsi müəyyən edilir və bundan sonra katetr fiksə olunur. Müalicə kursunun sonunda arteriya daxilindən kateterin xaric olunması zamanı qarın boşluğuna qanaxmanın qarşısının relaparatomya aparılmadan alınması üçün kateter damarla birlikdə ikinci kateterin mənfəzində keçirilmiş prolen sapla turniketə alınır. Damar daxilindəki kateter xaric olunan anda turniket sıxılaraq təsbit olunur. Arıq xəstələrdə damar katetrlə birlikdə yara daxilinə gətirilərək fiksə olunur və katetr xaric olunarkən liqaturaya alınaq bağlanılır.

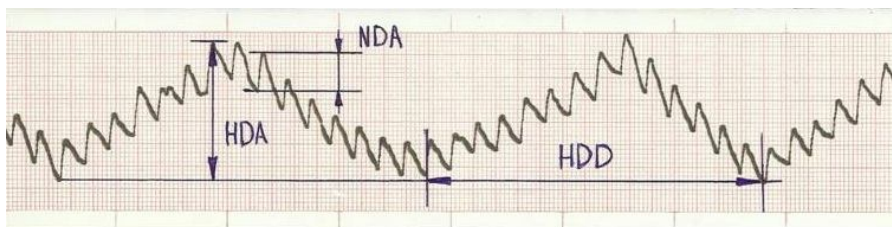
Əməliyyat başa çatdıqdan 2-3 saat sonra uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya başlanılır. Bu məqsədlə tərkibi – novokain 0,5% (5 ml/kq/sut.), – heparin (100 TV/kq/sut.), – prozerin (0,02 mq/kq/sut.) və – seftriaksondan (15 mq/kq/sut.) ibarət olan qarışıq damcı üsulu ilə təzyiqlə altıncı arteriyaya daxilinə yeridilir. Üsula Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma, Metrologiya və Patent Üzrə Dövlət Agentliyinin (Boşluqlu orqanların anastomoz tikişlərinin tutarsızlığının qarşısının alınması üsulu) İ 2002 0058 №-li ixtira patenti alınmışdır.

III qrup təcrübələrin aparılması üçün ileosekal küncdən 20-25 sm məsafədə ikinci sıra qövsü damarlar səviyyəsində, ikinci damar haçalanmasından bilavasitə əvvəl, paralel arterial damarların tamlığının qorunması şərti ilə üç paralel venoz damar bağlanılmaqla seqmentar kəskin venoz hipertenziya modeli yaradılmışdır.

Eksperimental venoz hipertenziya fonunda bağırsaqların anastomozlarının regenerasiyasının öyrənilməsi 2 yarımqrupda aparılmışdır: müşahidə qrupu -intramural venoz hipertenziya fonunda nazik bağırsaqların terminal hissəsində yan-yanı iki sıralı anastomoz qoyulmuş və müalicələr ənənəvi üsulla aparılmışdır (n=10); əsas qrup - eyni şəraitdə, eyni qaydada anastomoz qoyulmuş və ənənəvi müalicələrlə bərabər uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya tətbiq edilmişdir (n=10).

Müayinə üsulları. BATT-nin proqnozlaşdırılması üçün transillüminasiya ATM və PMQ üsullarından istifadə olunmuşdur. Bağırsaqların əməliyyatdaxili ATM məqsədilə İDT-1 cihazını tətbiq etmişik. Bu cihaz bağırsaqların intramural damarlarında maksimal, minimal arterial və venoz

təzyiqləri dəqiqliklə ölçməyə imkan verir. Köpmüş bağırsağ ilgəklərində intramural hemodinamikanın və motorikanın öyrənilməsi məqsədlə pulsomoroqrafdan istifadə olunmuşdur. Cərrahi müdaxilə zamanı icra edilən PMQ zamanı təmas ötürücüdən, əməliyyatdan sonra isə mənfəzdaxili ötürücüdən istifadə etmişik. PMQ bağırsağ divarının vurğulu və vurğusuz optik sıxlığının səviyyəsinin dəyişməsinə fotodetektorla qeydə alır ki, bu da vurğulu arterial qan cərəyanına əsaslanır. Bağırsağ əzələlərinin tonik təqəllüsü və boşalmaları, yəni onların peristaltikası isə motoroqrafiya olaraq yazılı qeydə alınır. Nəticədə bağırsaqların iki mühüm funksional parametrini – intramural hemodinamikanı və motorikanı yazılı qeydə almağa imkan verir (şək.1).



NDA-nəbz dalğasının amplitudu;
HDA-hərəkəti dalğasının amplitudu;
HDD-hərəkəti dalğasının dövrü.

Şək.1. Pulsomoroqrafiya.

ƏQ-yə daxil olan bütün xəstələr qəbul olunmuş minimal müayinə üsullarına məruz qalmışlar. Onların şikayətləri dinlənilmiş, anamnezləri toplanılmış, kliniki- laborator, instrumental müayinələr həyata keçirilmişdir. Instrumental müayinələrdən icmal rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya, MBT-nin kontrastlı rentgenoskopiya və rentgenoqrafiyası, MBT-nin icmal və kontrastlı kompyuterli tomoqrafiyası, maqnit rezonans tomoqrafiyası, fibrokolonoskopiya və s. tətbiq edilmişdir.

Laborator müayinələrdən qanın ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi, koaquloqramma öyrənilmişdir. Xəstələrdə intoksikasiya səviyyəsi leykositoz həddinə, leykoformulada sola meyillilik, EÇS və Kalf-Kalif formulası ilə leykositlərin intoksikasiya əmsalına (LİƏ) əsasən müəyyənləşdirilmişdir. Qan plazmasının toksikliyinə müəyyənləşdirilməsi üçün V.S.Gennus üsulu ilə parametsi testi (qan zərdabında ibtidai *Paramecium caudatum*-un yaşama müddətinə görə) tətbiq edilmişdir.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı göstəricilər variason sıraya düzülüb və hər bir variason sıra üçün orta hesabı göstərici (M), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Müxtəlif qrupların göstəricilərini müqayisə etmək üçün Uaytın W-meyarından istifadə olunmuşdur. Keyfiyyət göstəricilərinin statistik işlənməsi üçün χ^2 – meyarından (Pirsonun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur. Klinik müşahidələrin daha həssas analizini aparmaq məqsədilə müqayisə qruplarında ŞN – «Şanslar nisbəti» və bu göstəricinin 95%-li Eİ – «etibarlılıq intervalı» hesablanmışdır. Bütün hesablamalar EXCEL elektron cədvəlində aparılmışdır.

Morfoloji tədqiqatlar. Morfoloji tədqiqatlar yalnız eksperimental təcrübələr zamanı yerinə yetirilmişdir. Histoloji təhlillər üçün bilavasitə anastomoz sahəsi və ondan 1 sm distal və proksimal istiqamətlərdəki intakt nahiyələr götürülmüşdür. Histoloji və histokimyəvi müayinələr üçün preparatlar aşağıdakı üsullarla işlənmişdir: hematoksilin-eozinlə; -van-Gizon üsulu ilə pikrofuksinlə; -Harris hematoksilini – Na-flüoresseinlə; - İ.Ə.Həsənov və həmm. (1997) təklif etdiyi rejimdə molibdenli fosfat turşusu ilə reaksiya; - pH-2,5; pH-3,5 və pH-5,0 şəraitində 0,05%-li buferli tianin məhlulunda inkubasiya; -alsian abısı + PAS-reaksiya; -retikulyar liflər üçün argirofil gümüşləmə; -L.Qrimelius et al. (1990) üsulu ilə argirofil gümüşləmə; -Hockiss – Mak-Manus üsulu ilə PAS-reaksiya; - “Sudan IV-şarılax qırmızısı” qarışığında inkubasiya; -Z.Loyda (1975) üsulu ilə n-pararozanilinlə boyama + azotlaşdırma reaksiyası; -Z.Loyda (1975) modifikasiyasında Homori reaksiyası.

Keyfiyyət təhlili zamanı müvafiq elementlərin histotopografiyası, forması, bir-birinə münasibəti, boyaqlara həssaslığı, tərkib hissələrinin mikroskopik vəziyyəti qiymətləndirilmişdir. Kəmiyyət təhlilləri saymalar və ölçmələrdən ibarət olmuşdur. Bu məqsədlə ”Krüss” işıq-optik mikroskopuna qoşulmuş “Sony SSC-D50P”, “Topika Diqital” təsvir analizatorlarından, “Watcom” digityzerindən, Windows-1997-2003-ə uyğunlaşdırılmış “Canvas 6,0” morfometriya proqramından istifadə edilmişdir.

Kliniki tədqiqat məqsədilə tərəfimizdən M.Nağıyev adına Bakı şəhəri KTTY xəstəxanasında 1990-2008-ci illər ərzində bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası icra edilmiş 576 xəstənin müayinə və cərrahi müalicəsinin nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Bunlardan 332-si şəxsi

müşahidəmizdə olan əsas qrup (ƏQ) xəstələri, 244-ü isə müqayisə qrupu (MQ) xəstələrini təşkil etmişdir.

MQ-yə daxil olan xəstələrdən 110-u (45,1%) qadın, 134-ü (54,9%) kişi olmuşdur. 244 xəstədən 118-i (48,4%) nazik və yoğun bağırsaqların KBK və YP ilə ağırlaşmış bəd xassəli şişləri, 126-sı (51,6%) bağırsaqların qeyri-şiş mənşəli patologiyalarına görə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar. Şiş xəstələrdən (n=118) 6-da (5,1%) nazik bağırsaqda, 10-da (8,5%) kor bağırsaqda, 12-də (10,2%) qalxan çənbər bağırsaqda, 2-də (1,7%) çənbər bağırsağın qaraciyər ayrılıyında, 9-da (7,6%) köndələn çənbər bağırsaqda, 11-də (9,3%) çənbər bağırsağın dalaq ayrılıyında, 6-da (5,1%) enən çənbər bağırsaqda, 35-də (29,7%) S-vari bağırsaqda, 26-da (22,0%) rektosiqmoidal şöbədə və 1-də (0,8%) nazik bağırsaq müsariqəsində yerləşmişdir. 118 xəstədən – 97-də (82,2%) proses KBK, 21-də (17,8%) isə YP ilə fəsadlaşmışdır. 118 xəstədən 71-də (60,2%) birincili radikal, 47-də (39,8%) palliativ əməliyyatlar icra edilmişdir. Radikal əməliyyat olunmuş 71 xəstədən 21-də (29,6%) 24 birincili anastomoz qoyulmuşdur. 50 (70,4%) xəstədə isə əməliyyat terminal ileostomanın (7), sekostomanın (7), kolostomanın (22) və siqmostomanın (14) qoyulması ilə yekunlaşmışdır. Palliativ əməliyyat olunmuş 47 xəstədən 2-də (4,3%) terminal ileostoma, 20-də (42,6%) sekostoma, 9-da (19,1%) kolostoma, 10-da isə (21,3%) siqmostoma qoyulmuşdur. Kor və qalxancənbərbağırsağın obturasiya etmiş və coxsaylı metastazlar vermiş xərcəng şişinə görə 6 (12,8%) xəstədə palliativ əməliyyat - dolayı ileo-trasverzoanastomoz qoyulmuşdur.

MQ-də qeyri-şiş mənşəli patologiyalarına görə əməliyyat olunmuş 126 xəstədən 34-ü (27,0%) boğulmuş yırtıqlara; 28-i (22,2%) bağırsaq burulması və düyünəmələgəlmə; 4-ü (3,2%) müsariqə damarlarının trombozu və trombemboliyasına; 33-ü (26,2%) bitişmə mənşəli KBK-yə; 6-sı (4,8%) bağırsaqların deşilməsinə; 5-i (4,0%) kəsilib deşilmiş yaralara; 7-si (5,6%) qarın boşluğu orqanlarının odlu silah yaralanmalarına; 9-u (7,1%) qarının qapalı travmasına görə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar. Bunlardan 80-də (63,5%) əməliyyat birincili bağırsaq anastomozunun, 46-da (36,5%) isə nazik və yoğun bağırsaq stomalarının qoyulması ilə yekunlaşmışdır. Yoğun bağırsağın sol yarısında birincili anastomozlar qoyulduqdan sonra 3 xəstədə yüngülləşdirici sekostoma çıxarılmışdır. 80 birincili anastomozdan 10-u proksimal; 39-u distal; 7-si terminal nazik bağırsaq; 1-i ileo-seko; 2-si ileo-assendo; 2-si ileo-transverzo; 3-ü köndələncənbər; 1-i köndələn-enəncənbər; 4-ü köndələncənbər-düz; 11-i enəncənbər – düz bağırsaq anastomozları olmuşdur. 49 stomadan 6-sı

yeyunostoma; 20-si ileostoma; 5-i sekostoma; 7-si kolostoma; 11-i siqmostoma olmuşdur.

ƏQ-yə daxil olan 332 xəstənin 142-si (42,8%) qadın, 190-ı (57,2%) kişi olmuşdur. 44 yaşa qədər - 123 (37,0%), 45-59 yaşlarda - 86 (25,9%), 60-74 yaşlarda - 101 (30,4%), 75 və yuxarı yaşlarda - 22 (6,6%) xəstə olmuşdur. 332 xəstədən 143-ü (43,1%) nazik və yoğun bağırsaqların KBK və YP ilə ağırlaşmış bəd xassəli şişləri, 189-u (56,9%) qeyri-şiş mənşəli KBK və YP diaqnozları ilə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar.

Şiş, xəstələrdən (n=143) 11-də (7,7%) nazik bağırsaqda, 13-də (9,1%) kor bağırsaqda, 3-də (2,1%) qalxan çənbər bağırsaqda, 1-də (0,7%) çənbər bağırsağın sağ əyriliyində, 3-də (2,1%) köndələn çənbər bağırsaqda, 12-də (8,4%) çənbər bağırsağın sol əyriliyində, 13-də (9,1%) enən çənbər bağırsaqda, 62-də (43,4%) S vari bağırsaqda, 25-də (17,5%) isə rektosiqmoidal şöbədə yerləşmişdir. Ümumilikdə şişin lokalizasiyası nazik bağırsaqda 11 (7,7%); yoğun bağırsağın sağ yarısında 17 (11,9%); köndələn çənbər bağırsaqda 3 (2,1%); yoğun bağırsağın sol yarısında isə 112 (78,3%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

Fəsadlaşmış bağırsaq şişlərinə görə aparılmış təcili və təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilələrdən 112-si (78,3%) radikal, 31-i (21,7%) isə palliativ əməliyyatlar olmuşdur. Radikal əməliyyatdan 73-ü (65,2%) birincili bağırsaq anastomozlarının, 39-u (34,8%) ileo- və kolostomaların qoyulması ilə tamamlanmışdır.

Nazik bağırsaq şişinə görə aparılmış 11 radikal əməliyyatdan 1-i (9,1%) proksimal; 5-i (45,5%) distal entero-enteroanastomozun; 4-ü (36,4%) ileo-transverzoanastomozun; 1-i nazik bağırsağın şişlə birgə rezeksiyası və terminal ileostomanın qoyulması ilə yekunlaşmışdır. 13 kor bağırsaq şişinə görə 12 (92,3%) radikal əməliyyat (sağtərəfli hemikolektomiya) aparılaraq 11-də ileo-transverzoanastomoz; 1-də isə terminal ileostoma qoyulmuşdur. 1 (7,7%) xəstədə isə palliativ olaraq dolayı ileotransverzoanastomoz formalaşdırılmışdır.

Qalxan çənbər bağırsağın fəsadlaşmış şişi ilə əməliyyat olunmuş 3 xəstədən 2-də sağtərəfli hemikolektomiya aparılaraq birincili ileotransverzoanastomoz; - 1 xəstədə isə palliativ olaraq dolayı ileotransverzoanastomoz qoyulmuşdur. Yoğun bağırsağın sağ əyriliyində fəsadlaşmış şiş olan 1 xəstədə sağtərəfli hemikolektomiya aparılaraq birincili ileotransverzoanastomoz qoyulmuşdur. Köndələn çənbər bağırsağın şişinə görə cərrahi əməliyyat olunmuş 3 xəstədən 1-də bağırsağın şişlə rezeksiyası və birincili anastomoz; 1 xəstədə şişin

rezeksiyası və transverzostoma; 1 xəstədə isə palliativ olaraq sekostoma qoyulmuşdur. Dalaq ayrılıyında fəsadlaşmış şiş ilə əməliyyat olunan 12 xəstədən 10-da radikal cərrahi əməliyyat aparılaraq birincili yağunbağırsağ anastomozları (7) və kolostomalar (3), 2-də isə palliativ əməliyyat aparılaraq transverzostoma qoyulmuşdur.

Enən çənbər bağırsağın fəsadlaşmış şişinə görə əməliyyat olunmuş 13 xəstədən 11-də soltərəfli hemikolektomiya aparılaraq birincili yağunbağırsağ anastomozu (9), 2-də transverzostoma; 2-də isə palliativ transverzostoma formalaşdırılmışdır. Siqnavari bağırsağın fəsadlaşmış şişlərinə görə əməliyyat olunmuş 62 xəstədən 51-də radikal əməliyyat aparılaraq birincili yağunbağırsağ anastomozu (27) və kolostoma (24); 11-də isə palliativ əməliyyat aparılaraq kolostomalar çıxarılmışdır. Rektosiqmoidal şöbənin fəsadlaşmış şişinə görə müdaxilə olunmuş 25 xəstədən 12-də radikal cərrahi əməliyyat icra edilərək birincili anastomozlar (5), kolostoma və siqmostoma (7); 13-də isə palliativ əməliyyat icra olunaraq siqmostomalar qoyulmuşdur.

ƏQ-yə daxil edilmiş 332 xəstədən 189-u (56,9%) nazik və yoğun bağırsaqların qeyri-şiş mənşəli patologiyalarına görə təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunmuş xəstələrdir. Bunlardan 43-ü (22,8%) boğulmuş yırtıqlara; 6-sı (3,2%) nazik-nazikbağırsağ (1) və nazik-yoğunbağırsağ (5) invaginasiyasına; 49-u (25,9%) bağırsağ burulması və düyünəmələgəlmə; 6 - sı (3,2%) müsariqə damarlarının trombozu və trombemboliyasına; 34-ü (18,0%) bitişmə mənşəli KBK-yə; 15-i (7,9%) bağırsaqların perforasiyasına; 8-i (4,2%) kəsilib-deşilmiş yaralara; 10-u (5,3%) qarın boşluğu orqanlarının odlu silah yaralanmalarına; 17-sı (9,0%) qarının qapalı küt travmasına; 1 (0,5%) xəstə isə köhnə anastomozun daralmasına görə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmışlar.

Boğulmuş yırtıq aşkarlanmış xəstələrdən (n=43) 6-da (14,0%) bud; 3-də (7,0%) qarındaxili boğulma; 18-də (41,9%) qasıq; 6-da (14,0%) ağ xətt-göbək; 10-da (23,3%) isə əməliyyatdan sonrakı yırtıqlar müəyyən edilmişdir.

Bağırsağ burulması diaqnozu ilə qəbul olunmuş 49 xəstədən 39-da (79,6%) siqmayabənzər bağırsağın (bunlardan 9-u təkrari burulma ilə müraciət etmişlər); 10-da (20,9%) isə nazik bağırsağın burulması baş vermişdir.

Bitişmə xəstəliyinə görə operasiya olunmuş xəstələrdən (n=34) 33-də (97,5%) proses nazik bağırsaqda; 1-də (2,9%) isə ileosekal küncdə olmuşdur.

Bağırsaq perforasiyasına uğramış 15 xəstədən 7 – də (46,7%) terminal ileit; 1-də (6,7%) qarın yatalağı; 2-də (13,3%) qeyri-spesifik xorali kolit; 2-də (13,3%) bağırsaq vərəmi; 1-də (6,7%) siqmanın divertikuliti; 1-də (6,7%) siqmanın naməlum etiologiyalı perforasiyası; 1-də (6,7%) isə nazik bağırsağın iltihablaşmış polipi aşkarlanmışdır.

Bağırsaq seqmentlərinin rezeksiyasına gəldikdə isə - acı bağırsağın rezeksiyası 18 (9,5%); qalça bağırsağın rezeksiyası 99 (52,4%); ileosekal küncün rezeksiyası 1 (0,5%); nazik bağırsağın subtotal rezeksiyası 6 (3,2%); sekostomiya 6 (3,2%); sağtərəfli hemikolektomiya 8 (4,2%); köndələn cənər bağırsağın rezeksiyası 1 (0,5%); soltərəfli hemikolektomiya 1 (0,5%); siqnavari bağırsağın rezeksiyası isə 49 (25,9%) xəstədə icra edilmişdir. Nazik və yoğun bağırsaqların qeyri şiş mənşəli patologiyalarına görə təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunmuş 189 xəstədən 162-də (85,7%) əməliyyat birincili bağırsaq anastomozlarının, 27-də (14,3%) isə müxtəlif nazik və yoğun bağırsaq stomalarının qoyulması ilə sonulanmışdır. 6 xəstədə yoğun bağırsağın sol yarısında birincili anastomozlar qoyulduqdan sonra yüngülləşdirici sekostomalar çıxarılmışdır.

Müxtəlif lokalizasiyalı boğulmuş yırtıqlara görə əməliyyat olunmuş 43 xəstədən 41-də (95,3%); bağırsaq burulması olan 49 xəstədən 39-da (79,6%); bitişmə xəstəliyi olan 34 xəstədən 31-də (91,2%); müsariqə damarlarının trombozu və trombemboliyası olan 6 xəstədən 5-də (83,3%); bağırsaqların perforasiyası olan 15 xəstədən 9-da (60,0%); kəsilib deşilmiş yaralanma ilə 8 xəstədən 7-də (87,5%); odlu silah yaralanması olan 10 xəstədən 8-də (80,0%); bağırsaqların qapalı zədələnməsi ilə olan 17 xəstədən 16-da (94,1%); nazik-nazik və nazik-yoğun bağırsaq invaginasiyası olan 6 xəstədən 5-də (83,3%) və anastomozu daralmış 1 xəstədə əməliyyatlar birincili bağırsaq anastomozlarının qoyulması ilə nəticələnmişdir.

Nazik bağırsaq seqmentlərinin təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra 23 proksimal; 60 distal; 21 terminal entero-entero; 5 ileo-seko; 6 ileo-assendoanastomozlar formalaşdırılmışdır. 4 xəstədə sağtərəfli hemikolektomiya aparılaraq ileotransverzoanastomoz qoyulmuşdur. Yoğun bağırsaq seqmentlərinin rezeksiyasından sonra 2 xəstədə köndələn-köndələncənər; 1 xəstədə köndələn enənçənər; 2 xəstədə köndələn-siqnavari; 8 xəstədə köndələn düz; 30 xəstədə isə enən-düzbağırsaq anastomozları qoyulmuşdur.

ƏQ-yə daxil olan 235 xəstədən 175-də (74,5%) yan-yana, 60-da

(25,5%) uc-uca anastomozlardan istifadə edilmişdir. Müqayisə qrupunda isə 110 birincili anastomoz qoyulmuş xəstədən 37-də (33,6%) yan-yana, 68-də (61,8%) uc-uca, 5-də (4,6%) isə uc-yana anastomozlardan istifadə olunmuşdur (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Əsas və müqayisə qrupu xəstələrində qoyulmuş anastomoz növləri

Anastomozlar	Müqayisə qrupu (n=110)			Əsas qrup (n=235)	
	Uc-uca	Yan-yana	Uc-yana	Uc-uca	Yan-yana
Nazik bağırsağ	40 (36,4%)	19 (17,3%)	–	26 (11,1%)	84 (35,7%)
Nazik-yoğun bağırsağ	6 (5,5%)	13 (11,8%)	2 (1,8%)	3 (1,3%)	28 (11,9%)
Yoğun bağırsağ	22 (20,0%)	5 (4,6%)	3 (2,7%)	31 (13,2%)	63 (26,8%)
Cəmi	68 (61,8%)	37 (33,6%)	5 (4,6%)	60 (25,5%)	175 (74,5%)

Fistulalara gəldikdə isə, qeyd etməliyəm ki, müxtəlif lokalizasiyalı 33 bağırsağ fistulası qoyulmuşdur. Bunlardan 27-si sərbəst olaraq, 6-sı isə birincili bağırsağ anastomozu ilə birlikdə qoyulmuşdur. Birincili sərbəst fistulalardan 13-ü ileostoma; 3-ü sekostoma; 5-i kolostoma; 6-ı isə siqmostoma olmuşdur. 6 xəstədə yoğun bağırsağın sol yarısında qoyulan birincili anastomozlardan sonra anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası məqsədilə köməkçi sekostoma və apendikostoma da formalaşdırılmışdır.

ƏQ xəstələrində əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə baş verə biləcək ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop terapiya, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya, anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-maqnit müalicəsi, MBT-nin nazointestinal, transanal və kombine olunmuş intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla qastroenterosorbsiyası tətbiq olunmuşdur.

Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən dövrdə müşahidə olunan ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə ƏQ xəstələrində əməliyyatın gedişində və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə MBT-nin dekompressiyası, sanasiyası və qastroenterosorbsiyası icra edilmişdir. Bu məqsədlə bağırsaqların nazointestinal, transanal və kombine olunmuş intubasiyası aparılmışdır. Nazointestinal intubasiya məqsədilə xarici diametri 8,2 mm, uzunluğu 2,5 m olan bir və iki mənfəzli 25 №-li, transanal intubasiya məqsədilə isə xarici diametri 11,2 mm, uzunluğu 1,4 m

olan bir mənfəzli 33 №-li silikon zondlardan istifadə olunmuşdur.

235 birincili anastomoz qoyulmuş xəstələrdən 123-də (52,3%) nazointestinal, 52-də (22,1%) transanal və 27-də (11,5%) – kombinə olunmuş nazointestinal və transanal intubasiya aparılmışdır. Birincili anastomoz qoyulmuş 33 (14,0%) xəstədə ehtiyac olmadığından intubasion dekompressiya və sanasiya aparılmamışdır. Bu xəstələrdə nazoqastral zondlama və düz bağırsağa yeridilən qazburaxıcı yetərli olmuşdur.

Müxtəlif fistulalar qoyulmuş 97 xəstədən 25-də (25,8%) bağırsaqların nazointestinal, 9-da (9,3%) isə stomadan intubasiyası aparılmışdır. Bu qrupa daxil olan 63 (64,9%) xəstədə MBT-nin intubasion dekompressiyasına və sanasiyasına ehtiyac olmamışdır.

Nazointestinal, transanal və kombinə olunmuş intubasiya aparılmış bütün xəstələrə əməliyyatın gedişində və əməliyyatdan sonrakı dövrdə antiseptik məhlullarla (furasilin-dioksidin qarışığı) və antibakterial preparatlarla (siprofloksazin və metronidazolun fizioloji məhlulla qatışığı) bağırsaqların lavajı və polifepanla qastroenterosorbsiya aparılmışdır.

Qastroenterosorbsiya seanslarını gün ərzində 3-4 dəfə icra etmişik. 35-36⁰C qızdırılmış 300 ml natrium-xloridin izotonik məhlulunda 20-30 q (sutkalıq miqdar hər kq çəkiyə 0,5-1,0 hesabı ilə) polifepan qarışdırıldıqdan (çətin qarışdığından çox çalxalanması vacibdir) sonra Jane şprisi vasitəsilə nazointestinal zonddan ehtiyatla MBT-yə yeridilir və 20-30 dəqiqə sonra öz axını ilə, əgər sərbəst axında çətinlik olarsa Jane şprisi ilə xaric edilir. Ağır endotoksikozlu xəstələrdə paralel olaraq yoğun bağırsaqlardan da sorbsion dializ aparılmışdır.

219 xəstədə (66,0%) fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə aparılmışdır. Üsulun icrası və yeridilən infuzatın tərkibi barədə yuxarıda məlumat verilmişdir. Fasiləsiz müsariqədaxili blokada effektinin əldə olunması üçün infuziya gün ərzində 4-6 dəfə aparılır və hər dəfəsində müsariqə kökünə bədən çəkisindən asılı olaraq tərkibinə qeyd olunan dərman maddələri əlavə olunmuş 80-120 ml novokain məhlulu damcı üsulu ilə yeridilir.

Uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya üsulu ilə müalicə risk qrupuna daxil olan 18 xəstədə tətbiq edilmişdir. Bunlardan 9-u nazik bağırsağın proksimal, 6-sı distal, 3-ü isə terminal hissəsində YP və KBK fonunda birincili anastomozlar qoyulmuş xəstələrdir. Xəstələrin əksəriyyətində nazik bağırsaqların geniş həcmli rezeksiyası aparıldığından birincili anastomozların qoyulması qaçılmaz olmuşdur.

Kateterin xaric olunması zamanı qarın boşluğuna qanaxma təhlükəsini

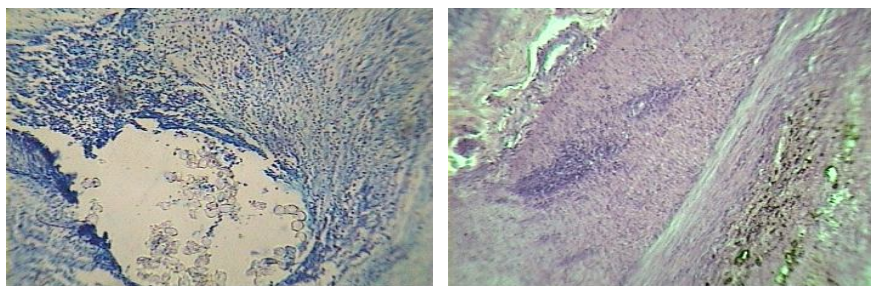
relaparotomiya aparmadan aradan qaldırmaq məqsədilə, damar kateterlə birlikdə ikinci kateterin mənfəzindən keçirilmiş prolen sapla turniketə alınır. Müalicə kursu başa çatdıqdan sonra damar mənfəzindəki kateter xaric edilərkən ikinci kateterin mənfəzindən keçirilmiş turniket sıxılır və 1-2 sutkadan sonra ikinci kateter turniketlə birgə xaric edilir. Arıq xəstələrdə mənfəzinə kateter salınmış arterial şaxə qarının ön divarına gətirilərək yara daxilində fiksə oluna bilər və müalicə kursu başa çatdıqdan sonra burada liqaturaya alınaraq qarın boşluğuna salına bilər.

Anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-mağnit müalicəsi 162 xəstədə icra olunmuşdur. Bu məqsədlə yarımkeçirici impulsiv infraqırmızı müalicəvi «Orion» qurğusundan istifadə olunmuşdur. Qurğu yarımkeçirici lazerlə işləyir, elektromağnit spektrinin yaxın infraqırmızı diapazonunda (0,87-0,91 mkm) şüalandırır. Şüalandırmanın ümumi gücü 10-12 mVt-dan, sahəsi isə 2,5-3,5 sm²-dan az olmamışdır. Təsir müddəti - anastomoz sahəsinin cərrahi müdaxilə zamanı birbaşa şüalandırılması (açıq üsul) zamanı 4-5 dəqiqə, dəridən şüalandırılması zamanı isə 5-6 dəqiqə olmuşdur. Şüalandırma variantına gəldikdə isə müdaxilə zamanı məsafəli-stabil, dəridən şüalandırma zamanı isə dəri səthinə təzyiqlə kontakt-kvaziskanik üsullarından istifadə edilmişdir.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏRİN TƏHLİLİ

Eksperimental tədqiqatlar zamanı müəyyən edilmişdir ki, yan-yana qoyulan anastomozlarda tikiş xətti boyunca intramural qan təchizatının vəziyyəti bütün hallarda, uc-uca qoyulan anastomozlara nisbətən daha üstün olmuşdur. Uc-uca qoyulmuş 10 anastomozdan 3-də (30,0%), yan-yana qoyulmuş 10 anastomozdan isə yalnız 1-də (10,0%) tikişlərin tutmazlığı müşahidə edilmişdir. Histoloji-histokimyəvi tədqiqat göstərir ki, KBK fonunda nazik bağırsağın terminal hissəsində formalaşdırılmış yan-yana anastomozlar şəraitində seqmentlərin bilavasitə kontakt zonası, uc-uca anastomozlara nisbətən daha erkən və etibarlı regenerasiya edir; daha erkən müddətdə hermetikləşir; dissirkulyator, dismetabolik və disfunktional dəyişikliklər daha tez aradan qalxır; cərrahi əməliyyatın uzaq nəticələrinə təsir göstərə biləcək intensiv xronik-persistent enterit (mukozit və serozit) əlamətləri, tam sorulmasa da, minimallaşır (şək. 2, 3).

Kliniki müşahidələr zamanı da həm ƏQ, və həm də MQ xəstələrində ağırlaşma hallarının uc-uca qoyulan anastomozlar zamanı daha çox müşahidə edildiyi aşkar olunmuşdur (cədvəl 2).



a)

b)

Şək. 2. KBK fonunda nazik bağırsağın terminal hissəsində uc-uca anastomoz zonasının morfo-histokimyəvi xüsusiyyətləri. Zəif intensivlikli regenerasiya («qranulyasiya») əlamətləri. Selikaltı əsasda və əzələ qişası daxilində qansızmalar. Mukozit. Serozit. Saplar ətrafında zəif fibroz.

Eksperimentin 5-ci günü.

Boyaq: a – 0,05%-li buferli tionin; b – hematoksilin-eozin;

Böyütmə: a – ob.25, ok.10. b – ob.4, ok.10;



a)

b)

Şək. 3. KBK fonunda nazik bağırsağın terminal hissəsində yan-yana anastomoz zonasının morfo-histokimyəvi mənzərəsi. Köndələn kəsiklər. Səqmentlərin saxlanmış qişaları. Bilavasitə kontakt zonasında reparativ regenerasiya, damarlı-lifli toxuma qranulyasiyası. Xovlarda deformasiya fonunda qədəhəbənzer hüceyrələrin hipertrofiyası və hipersekresiyası.

Qələvi fosfatazanın nisbi-yüksək fəallığı. Eksperimentin 5-ci günü.

Boyaq: a – van-Gizon üsulu ilə pikrofuksin;

b – Z.Loyda (1975) üsulu ilə n-pararozalinin+azotlaşdırma reaksiyası.

Böyütmə: a – ob.4, ok.10; b – ob.40, ok.10.

ƏQ və MQ xəstələrində müxtəlif növ anastomozlar zamanı müşahidə olunan ağırlaşma halları

Ağırlaşmalar növləri	Müqaisə qrupu		Əsas qrup	
	Uc-uca anastomozlar (n=68)	Yan-yana anastomozlar (n=37)	Uc-uca anastomozlar (n=60)	Yan-yana anastomozlar (n=175)
BATT	12 (17,7±4,6%)	5 (13,5±5,6%)	5 (8,3±3,6%)	3 (1,7±1,0%)**
Anastomozit əlamətləri	7 (10,3±3,7%)	1 (2,7±2,7%)	2 (3,3±2,3%)	1 (0,6±0,6%)
Anastomozun daralması	2 (2,9±2,0%)	–	1 (1,7±1,7%)	–
Bitişmə mənşəli KBK	2 (2,9±2,0%)	1 (2,7±2,7%)	1 (1,7±1,7%)	2 (1,1±0,8%)
Cəmi	23 (33,8±5,7%)	7 (18,9±6,4%)	9 (15,0±4,6%)*	6 (3,4±1,4%)***

Qeyd: MQ göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü: *-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.

Ağırlaşma hallarının uc-uca anastomozlar zamanı daha çox müşahidə edilməsinin aşağıdakı səbəbləri vardır. Birinci uc-uca qoyulan anastomozlarda tikiş xətti boyunca qan təchizatının daha çox pozulmasıdır. Çünki uc-uca anastomozların formalaşdırılması üçün gətirici və aparıcı ilgəklərin ən azı 1,5-2 sm skeletləşdirilməsi qaçılmazdır. İkinci uc-uca anastomozunun tikişləri intramural damarlara perpendikulyar qoyulduğundan onlar düz intramural damarlar üçün “liqatura” rolunu oynayır. Bu iki amilin təsirindən anastomoz xəttinin qan təchizatı ciddi şəkildə pisləşir, tikiş “yastıqçasında” ödem artır, iltihabi-destruksiya prosesləri güclənir, reparativ regenerasiya prosesləri zəifləyir və bu da anastomozların ikincili sağalmasına, bəzi hallarda anastomoz tikişlərinin tutmazlığına səbəb olur.

Uc-uca anastomozlardan fərqli olaraq yan-yana anastomozlar bağırsağ seqmentinin skeletləşdirilməmiş sahəsində qoyulduğundan anastomoz xətti boyunca mikrohemosirkulyasiyanın pozulması müşahidə edilmir. Selikli qişanın kənarı nekroz sahəsi azalır və nəticədə anastomozun regenerasiyası pozulmur və sağalma birincili olaraq gedir. Yan-yana anastomozlar zamanı tikiş saplarının istiqaməti düz intramural damarlara paralel olduğundan daha az damar tikiş “liqaturasına” düşür ki, bu da anastomoz sahəsinin qan təchizatının qorunmasına səbəb olur.

KBK fonunda gətirici və aparıcı bağırsağ ilgəkləri arasında olan diametrlər fərqi birincili anastomozların qoyulması zamanı ciddi

problemlər yaradır. Bu halda qoyulan uc-uca anastomozların tikiş xətti boyunca eyniadlı toxumaların adaptasiyası normal alınmır və bu regenerasiya prosesinin birincili gedişinə mane olan mühüm amillərdəndir.

Nazik bağırsağın terminal hissəsində KBK modeli fonunda birincili anastomozların qoyulmasının mümkünliyünün öyrənilməsi zamanı məlum olmuşdur ki, ƏQ və MQ təcrübə heyvanlarında fərqli nəticələr əldə olunmuşdur. Belə ki, MQ təcrübə heyvanlarında KBK fonunda qoyulan terminal nazik bağırsaq anastomozlarından 4-də (26,7%), fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə almış əsas qrup təcrübə heyvanlarından 2-də (13,3%), uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya üsulu ilə müalicə olunmuş təcrübə heyvanlarından isə 1-də (6,7%) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı müşahidə edilmişdir.

Kliniki müşahidələr də nazik bağırsaqların terminal hissəsində, habelə nazik-kor- və nazik-qalxancənbəbağırsaq anastomozlarının qoyulmasının mümkünliyünü sübut etmişdir. Belə ki, ƏQ-yə daxil olan və bu seqmentlərdə birincili anastomozlar qoyulmuş 32 xəstədən yalnız 1-də (3,1%), MQ-ya daxil olan 10 xəstədən isə 2-də (20,0%) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı baş vermişdir.

Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı birincili terminal entero-enteroanastomozların qoyulmasına mütləq əks-göstəriş anastomozlaşdırılacaq seqmentlərdə intramural maksimal arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 60 mm c.st.-dən, nəbz dalğasının amplitudunun isə 3 mm-dən aşağı olmasıdır. Tikiş tutmazlığının profilaktikası məqsədilə fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya, bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və qastroenterosorbsiyasının aparılması və anastomoz nahiyyəsinin yerli lazer-maqnit şüalandırılmasının tətbiqi məqsəduyğundur.

Seqmentar venoz işemiya modeli yaradıldıqdan 5-10 dəqiqə sonra intramural venoz təzyiq 2 dəfə yüksəlir. Bu hal cüzi fərqlə 2 saat ərzində demək olar ki, dəyişilməz qalır. İkinci saatin sonunda intakt vəziyyətə nisbətən intramural maksimal arterial təzyiqin 25-27 mm c.st.; - minimal arterial təzyiqin isə 15-17 mm c.st.; - PMQ zamanı nəbzi dalğasının amplitudunun $4,5 \pm 0,3$ mm-dən, $2,3 \pm 0,1$ mm-ə ($P < 0,01$); - hərəkət dalğasının amplitudunun isə $8,5 \pm 0,4$ mm-dən $7,2 \pm 0,4$ mm-ə ($P < 0,01$) qədər enməsi müşahidə edilmişdir. ƏQ təcrübə heyvanlarında aparılan selektiv arteriyadaxili infuziya zamanı bağırsaq divarında hemo-motorodinamiki dəyişikliklər KQ təcrübə heyvanlarına nisbətən yaxşılaşır.

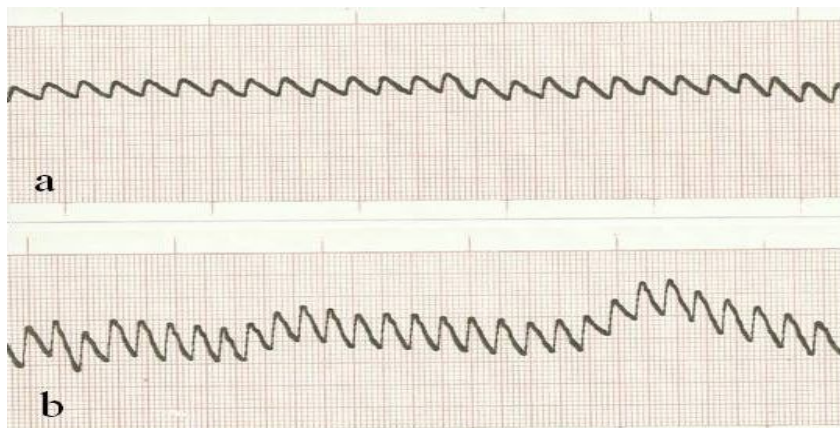
Müəyyən edilmişdir ki, bağırsaqların seqmentar venoz işemiyası zamanı intramural venoz təzyiqin 60 mm c.st. səviyyəsinə qədər yüksəlməsi birincili bağırsaq anastomozlarının qoyulmasına mütləq əks göstəriş deyildir. Lakin bu zaman anastomozlaşdırılacaq bağırsaq seqmentlərində skeletləşdirmədən sonra maksimal intramural arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 80 mm c.st.-dən yüksək olması vacibdir.

MQ-da anastomoz tikişlərinin tutmazlığı müşahidə edilmiş 17 (15,5%) xəstədən 14-də (82,4%) buna səbəb anastomozlaşdırılan seqmentlərin həyatiliyinin düzgün qiymətləndirilməməsi olmuşdur. Makroskopik olaraq sağlam görünən, lakin intramural hemodinamikası ciddi şəkildə pozulmuş bağırsaq seqmentlərinin həyatiliyi “şişirdilmiş” və bununla əlaqədar olaraq birincili anastomozlar qeyri sağlam seqmentlər arasında qoyulmuşdur. Nəticədə anastomoz tikişlərinin tutmazlığı baş vermiş və 9 xəstədə ölüm qeydə alınmışdır. Bir sıra hallarda bağırsaq divarında və onun müsaricəsində yaranan ödem, venoz durğunluq və qansızmalar qeriyə qayıtmayan işemik dəyişiklik kimi qiymətləndirilmiş, nəticədə makroskopik görünüşdə sağlamlığı şübhə doğuran, lakin həyatiliyini saxlamış seqmentlər əsassız yerə geniş həcmli rezeksiya məruz qalmış və bu da bəzən qısalmış bağırsaq sindromunun yaranmasına səbəb olmuşdur.

12 (4,9%) xəstədə işemiyalaşmış bağırsaq seqmentində baş verən dəyişikliklər yalnız vizual-palpator olaraq öyrənildiyindən divarında geriye dönməyən dərin işemik dəyişikliklər baş verən bağırsaq seqmentləri sağlam olaraq qiymətləndirilmiş və qarın boşluğunda saxlanılmışdır ki, bunlarda təkrari əməliyyatlar aparılmaq zərurəti yaranmışdır.

Erkən ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə tərəfimizdən tətbiq olunan müalicə üsullarının effektivliyi aparılan kliniki-laborator, ATM, PMQ, morfo-histokimyəvi müayinələrlə təsdiqlənmişdir.

Fasiləsiz müsaricədaxili (peritonarxası) blokada və limfatrop müalicə zədələnyə məruz qalmış bağırsaq divarından patoloji impulsların yayılmasının qarşısı alınır və entero-enteral tormozlayıcı reflekslər qırılır. Bunun sayəsində bağırsaq divarına gələn davamlı patoloji simpatik impulslar, bağırsaqların və regionar damarların spazmı və ağrı sindromu aradan qalxır. Anastomoz qovşağı nahiyəsinin və bağırsaq divarının intramural arterial qan təchizatı yaxşılaşır, venoz və limfa durğunluğu aradan qalxır. Üsulun effektivliyi cərrahi müdaxilə zamanı aparılan təmas PMQ-si zamanı təsdiqlənmişdir. Məlum olmuşdur ki, NDA və HDA infuziyadan sonra müvafiq olaraq 3-5 və 5-10 mm yüksəlmiş, hərəkəti yığılmaların bir dəqiqəlik sayı 1,2-1,5 dəfə artmışdır (şək.4).



Şək. 4. Anastomoz nahiyəsinin fasiləsiz müsariqədaxili (peritonarxası) blokada və limfatrop müalicədən əvvəl (a) və sonra (b) aparılan təmas PMQ-sı.

Regionar blokada sayəsində ileosekal sfinkterdə spazm aradan qalxır və bunun nəticəsində nazik bağırsağ möhtəviyyatının yoğun bağırsağa pasajı asanlaşır. Mədə-bağırsağ traktında ximusun axını sinxronlaşır, möhtəviyyatın və qazların yoğun bağırsağın distal hissələrinə evakuasiyası və defekasiya asanlaşır, bağırsaqdaxili və qarındaxili təzyiqin artmasının qarşısı alınır.

MQ xəstələrində bağırsağ peristaltikasının bərpası $4,31 \pm 0,12$ (3 – 6) günə; əsas qrup xəstələrində isə orta hesabla 1,5 dəfə tez – $2,92 \pm 0,08$ (2 – 5) günə başa çatmışdır ($p < 0,001$). Peristaltik aktivliyin erkən bərpası qazxaricolmanın və defekasiya aktının daha tez baş verməsinə səbəb olur ki, bu da bir sıra ciddi ağırlaşmaların əsas səbəblərindən biri olan bağırsaqdaxili və qarındaxili təzyiqin artmasının qarşısını vaxtında almağa imkan verir.

Risk qrupuna daxil olan və uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya üsulu ilə müalicə olunmuş 18 xəstədən yalnız birində ($5,6 \pm 5,4\%$) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı müşahidə edilmişdir. Üsulun effektiv olması əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı dinamiki-müqaisəli PMQ zamanı sübut edilmişdir. Belə ki, əməliyyatın əsas etarı başa çatdıqdan sonra icra edilən təmas PMQ-si ilə uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyadan sonra aparılan təmas PMQ-nin müqaisəli təhlili

zamanı məlum olmuşdur ki, anastomoz qovuşuğunun və infuziya sahəsinə daxil olan digər bağırsağ seqmentlərinin intramural hemodinamikası ciddi şəkildə yaxşılaşır, peristaltik aktivlik güclənir. Bu hal bağırsağ divarında baş verən vizual makroskopik dəyişikliklərdən hiss olunduğu kimi PMQ-də də obyektiv olaraq aşkar müşahidə edilir. Belə ki, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyadan sonra NDA və HDA müvafiq olaraq 4-6 və 10-15 mm yüksəlmiş, 1 dəqiqəlik hərəkəti yığılmaların sayı 1,5-2 dəfə artmışdır (şək.5).



Şək.5. Gətirici nazik bağırsağ ilgəyində uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyadan əvvəl (a) və sonra (b) aparılan PMQ.

Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası aparılaraq birincili anastomozlar qoyulmuş 162 xəstədə anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-mağnit müalicəsi aparılmışdır. Buraya qeyri-şiş mənşəli patologiyalara görə təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunaraq birincili anastomozlar qoyulmuş xəstələr daxil edilmişdir.

Yerli lazer-mağnit müalicəsi almış əsas qrup xəstələrində əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşma halları daha az müşahidə edilmişdir. Belə ki, ƏQ-yə daxil olan 162 xəstədən 4-də ($2,5 \pm 1,2\%$), MQ-yə daxil edilmiş 80 xəstədən isə 9-da ($11,3 \pm 3,5\%$) anastomoz tikişlərinin tutmazlığı müşahidə edilmişdir ($\chi^2=8,12$; $p < 0,01$) (cədvəl 3).

Yerli lazer-mağnit müalicəsinin tətbiqi KBK və peritonit fonunda qoyulan birincili bağırsağ anastomozlarında reparativ-regenerasiya proseslərinin sürətlənməsinə, iltihabi-destruksiya proseslərinin ləngiməsinə və nəticədə anastomozların birincili sağalmasına səbəb olur.

Yerli lazer-mağnit müalicəsi almış
ƏQ və almamış MQ xəstələrində müşahidə olunan ağırlaşma halları

Ağırlaşmaların növü	ƏQ xəstələri (n=162)	MQ xəstələri (n=80)	χ^2 ; p
BATT	4 (2,5±1,2%)	9 (11,3±3,5%)	$\chi^2=8,12$; p < 0,01
Anastomozit əlamətləri	1 (0,6±0,6%)	6 (7,5±2,9%)	$\chi^2=6,75$; p < 0,01
Anastomoz daralması	–	2 (2,5±1,7%)	–
Bitişmə mənsəli KBK	1 (0,6±0,6%)	2 (2,5±1,7%)	$\chi^2=0,39$; p > 0,05
Cəmi	6 (3,7±1,5%)	19 (23,8±4,8%)	$\chi^2=23,2$; p < 0,001

Bağrsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla gastroenterosorbsiyasını icra etmişik. Bu üsulu tətbiq etməkdə aşağıdakı məqsədlər:

- bağırsaqdaxili və qarındaxili təzyiğin azaldılması;
- bağırsaq boşluğunda və anastomoz nahiyəsində toplanan patogen mikroorqanizmlərin xaric olunması və medikamentoz məhvi;
- bağırsaq mənfəzində və qanda toplanmış toksiki maddələrin sorbsiyası və xaric edilməsi nəzərdə tutulur.

Bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və gastroenterosorbsiyasının effektiv müalicə üsulu olması aparılan kliniki müşahidələr, laborator PMQ monitorinq müayinələri ilə sübuta yetirilmişdir. Kliniki müşahidələrlə zond vasitəsilə xaric olan bağırsaq möhtəviyyatının sutkalıq miqdarı (yeridilən maye miqdarı nəzərə alınmaqla), xarakteri, köpün yatması, palpator gərginliyin azalması, peristaltik küyün eşidilməsi, defekasiya aktının bərpası və s. nəzərə alınmışdır.

Qan plazmasının toksikliyi V.S.Gennus üsulu ilə parametsi testinə (qan zərdabında ibtidai *Paramecium caudatum*-un yaşama müddətinə görə) və Kalf-Kalif formulası ilə leykositlərin intoksikasiya əmsalına (LİƏ) əsasən müəyyənləşdirilmişdir. Qan plazmasının toksikliyinə daha intensiv azalması ƏQ xəstələrində müşahidə edilmişdir.

Belə ki, ƏQ xəstələrində əməliyyatdan əvvəlki ana nisbətən əməliyyatdan sonrakı 3-cü, 5-ci, 7-ci günlərdə Lİİ-də müvafiq olaraq 1,8; 3,1; 6,5 dəfə azalmalar müşahidə olunduğu halda bu göstəricilərdə MQ xəstələrində müvafiq olaraq 1,1; 1,9 və 2,8 dəfə azalma qeydə alınmışdır.

Bu müddətlər ərzində ƏQ xəstələrinin qan zərdabında ibtidai *Paramecium caudatum*-un orta yaşamm müddəti müvafiq olaraq 7,2%; 41,6% və 51,2% artdığı halda, MQ xəstələrində bu göstərici müvafiq olaraq 9,1%; 18,6% və 30,1% artmışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə qan plazmasının toksikliyinə MQ xəstələrinə nisbətən ƏQ xəstələrində sürətlə azalmasının səbəblərindən biri MBT-nin intubasion dekompressiyası, sanasiyası və qastroenterosorbsiyanın aparılmasıdır. Qastroenterosorbsiya məqsədilə istifadə olunan polifepan bitki mənşəli polimer olub, əsasən, liqindən ibarətdir. Polifepan MBT-də olan toksik maddələri və mikroorqanizmləri adsorbsiya etməklə bərabər, qanda olan toksik maddələri də bağırsağ mənəfəzinə çıxararaq adsorbsiya edir. Bu effektiv təsirinə görə polifepan ikişaxəli detoksikasiya təsiri göstərmiş olur və endogen intoksikasiyanın sürətlə azalmasına səbəb olur. Polifepan bağırsağ peristaltikasına müsbət təsir edir, nəticədə peristaltikanın daha erkən bərpası başlayır ki, bu da bağırsağ mənəfəzində patogen mikroorqanizmlər və toksiki maddələrlə zəngin möhtəviyyətin və qazların daha erkən evakuasiya olunmasına və nəticədə anastomozların regenerasiyası üçün daha əlverişli şəraitin yaranmasına səbəb olur.

Intubasion sanasiya, dekompressiya və qastroenterosorbsiya, əsasən, 3-7 sutka aparılmış, orta davam etmə müddəti $4,6 \pm 0,5$ sutka olmuşdur. Nazointestinal və transanal zondun xaric edilməsinə əsas göstəriş davamlı bağırsağ peristaltikasının bərpası olmuşdur. Zond xaric edilməzdən öncə bağırsaqlara zond vasitəsilə 30-40 ml zeytun və çaytikanı yağlarının qarışığı yeridilmişdir. Bundan əlavə xəstəyə 2-3 xörək qaşığı zeytun yağı içirdilmişdir ki, bu da zondun daha rahat xaric olmasına səbəb olmuşdur.

227 xəstədən 28-də ($12,3 \pm 2,2\%$) zondun təcili xaric edilməsi zərurəti yaranmışdır. Buna səbəb tənəffüs orqanları – 9 ($4,0 \pm 1,3\%$); ürək-damar sistemi – 2 ($0,9 \pm 0,6\%$); MBT tərəfindən ağırlaşmalar – 5 ($2,2 \pm 1,0\%$); xəstənin zonu xaric etməsi (özuxaricətmə) – 2 ($0,9 \pm 0,6\%$); fərdi dözümsüzlük – 3 ($1,3 \pm 0,8\%$); zondun fəaliyyətsizliyi – 2 ($0,9 \pm 0,6\%$); kəskin pankreatit – 1 ($0,4 \pm 0,4\%$); xroniki babasilin kəskinləşməsi – 1 ($0,4 \pm 0,4\%$) və müxtəlif səbəblər – 3 ($1,3 \pm 0,8\%$) olmuşdur.

Tədqiqatlarımız nəticələri əsasında deyə bilərik ki, dağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verə biləcək bir sıra ağırlaşmaların, o cümlədən anastomoz tikişləri tutmazlığı hallarının qarşısının alınması üçün cərrahi müdaxilə zamanı bir sıra taktiki və texniki prinsiplərə əməl olunmalıdır.

Taktiki cəhətdən əhəmiyyət kəsb edən əsas məsələlər aşağıdakılardan

ibarətdir. İlk öncə müdaxilənin birincili anastomozların, yoxsa süni anusun qoyulması ilə yekunlaşdırılması qərarının verilməsi. Bu qərarlardan hansının qəbul olunması bir çox şərtlərdən asılıdır ki, bunlardan ən önəmlisi tədqiq olunan bağırsağ divarında baş verən hemodinamiki dəyişikliklərdir. Rezeksiya olunacaq bağırsaqların və anastomozlaşdırılacaq seqmentlərinin həyatiliyinin, yəni onların intramural qan dövrəsinin vəziyyətinin öyrənilməsi üçün təkcə vizual-palpator müayinələrlə kifayətlənmək olmaz və bu zaman obyektiv müayinə üsullarının tətbiqi vacibdir.

Əyər əməliyyatın birincili bağırsağ anastomozlarının qoyulması ilə yekunlaşdırılması qərarı verilmişsə bu zaman taktiki cəhətdən mühümm əhəmiyyət kəsb edən digər məsələ peritonit fonunda və KBK zamanı hansı növ anastomoza üstünlük verilməsidir. Çoxillik kliniki təcrübəmizə və tədqiqatlarımızın nəticələrinə əsasən deyə bilərik ki, bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı yan-yanə qoyulan anastomozlara üstünlük verilməlidir.

Taktiki cəhətdən önəmli məsələlərdən biri də YP və KBK fonunda qoyulmuş bağırsağ anastomozlarının qorunması və tikiş tutmazlığının profilaktikası üçün tədbirlərin tətbiqidir. Bu məqsədlə çoxsaylı üsulların təklif olunmasına baxmayaraq anastomoz tikişləri tutmazlığını etio-patogenetik cəhətdən tam əhatə edə biləcək universal bir müalicə-profilaktik üsulu məlum deyildir. Risk qrupuna daxil olan xəstələrdə anastomozların regenerasiyasına mənfi təsir göstərə biləcək faktorların qarşısının alınması və bununla da tikiş tutmazlığının profilaktikasını gerçəkləşdirmək məqsədilə bağırsaqların nazointestinal, transanal və kombinə olunmuş intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla gastroenterosorbsiyanın, habelə fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfatrop müalicə, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya və anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-maqrnit müalicələrinin aparılmasını məsləhət bilirik.

Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı aşağıdakı texniki prinsiplər mütləq gözlənilməlidir. Anastomozlaşdırılacaq toxumaların qan təchizatı tam təminədiçi olmalıdır. Tədqiqatlarımızda birincili bağırsağ anastomozlarının qoyulması üçün intramural maksimal arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 60 mm c.st.-dən, nəbzi dalğanın amplitudunun isə 3 mm-dən yüksək olmasının vacibliyi sübut olunmuşdur.

Bağırsağ seqmentlərinin anastomozlaşdırılması zamanı istifadə olunan tikiş növləri müasir tələblərə cavab verməli, mexaniki cəhətdən hermetik

olmalıdır. Anastomoz və tikiş növlərinin seçilməsi zamanı reparativ-regenerasiya proseslərinə mənfi təsir göstərə biləcək amillər mütləq nəzərə alınmalıdır.

Əməliyyatdan sonrakı yaxın 5-7 sutka ərzində anastomoz nahiyəsinin adekvat dekompressiyası vacibdir. Bu anastomoz qovşağının qan təchizatının və sonda regenerasiyasının pozulmasına səbəb ola biləcək bağırsaqdaxili və qarındaxili hipertenziya sindromunun profilaktikası üçün çox vacibdir.

Anastomoz nahiyəsinin infeksiyalaşmasının qarşısının alınması məqsədilə bağırsaq boşluğunun intubasion borulardan antiseptiklərlə, antibakterial preparatlarla mənəfdaxili sanasiyası və polifepanla gastroenterosorbsiyası aparılmalıdır. Bu tədbirlər anastomoz sahəsində iltihabi-destruksiya proseslərinə mənfi, reparativ-regenerasiya proseslərinə isə müsbət təsir göstərir.

Digər taktiki məsələ bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş vermiş anastomoz tikişləri tutmazlığının erkən diaqnostikası ilə bağlıdır. Qeyd etmək istərdim ki, bu məqsədlə çoxsaylı instrumental və laborator müayinə üsullarının təklif olunmasına baxmayaraq, bunlardan heç biri bu ağırlaşmanın erkən diaqnostikasına imkan vermir. Tətbiq etdiyimiz anastomozların mənəfdaxili dinamik pulsomoroqrafiki monitorinqi üsulu əksər hallarda anastomoz nahiyəsində gedən hemomotorodinamik dəyişiklikləri aşkar etməyə və BATT-nin erkən diaqnostikasına imkan verir. Lakin bu üsulun da təkmilləşdirilməsinə ehtiyac vardır.

Tədqiqatlarımızdan doğan nəticələrin kliniki praktikaya geniş tətbiqi bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası əməliyyatlarından sonrakı erkən ağırlaşmaların xeyli azalmasına imkan vermişdir. MQ-da anastomoz tikişlərinin tutmazlığı 17 (15,5%), anastomozit əlamətləri 8 (7,3%), anastomozların daralması 2 (1,8%), qarındaxili abses və infiltratlar 7 (2,9%), davamlı bağırsaq atoniyası 15 (6,2%) və bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçilməzliyi 3 (1,2%) xəstədə müşahidə edildiyi halda, ƏQ-da bu göstəricilər müvafiq olaraq 8 (3,4%); - 3 (1,3%); - 1 (0,4%); - 6 (1,8%); - 5 (1,5%) və 3 (1,3%) xəstədə qeydə alınmışdır.

Cərrahi müdaxilə zamanı BATT-nin proqnozlaşdırılması məqsədilə transilluminasion angiotenziometriya və pulsomoroqrafiyanın tətbiqi, profilaktikası üçün intubasion dekompressiya, sanasiya və gastroenterosorbsiya, fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə, uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya və nəhayət yerli

lazer-mağnit müalicəsinin tətbiqi ƏQ xəstələrində tikiş tutmazlığı şansının MQ xəstələrinə nisbətən 5 dəfə azalmasına imkan vermişdir ($\chi^2 = 0,19$; 95%Eİ: 0,08 – 0,46; $p < 0,05$).

Ümumilikdə əməliyyatdan əvvəlki hazırlıq, müdaxilə zamanı proqnostik və müdaxilədən sonrakı profilaktik tədbirlər nəticəsində ƏQ xəstələrində MQ xəstələrinə nisbətən əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşma hallarının şansı 2 dəfə ($\chi^2 = 0,51$; 95%Eİ: 0,37 – 0,72; $p < 0,05$) və ölüm hallarının şansı 1,7 dəfə ($\chi^2 = 0,58$; 95%Eİ: 0,37 – 0,90; $p < 0,05$) azalmışdır.

Qeyd olunanlar bağırsaqların YP və KBK fonunda təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı təklif olunan müayinə, müalicə və profilaktika üsullarının geniş tətbiqinin səmərəli olacağını və işin praktik əhəmiyyətliyini təsdiq edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra baş verən erkən ağırlaşmaların əsas səbəbi cərrahi müdaxilə zamanı yol verilən taktiki və texniki səhvlər, habelə anastomozlaşdırılacaq bağırsağ ilgəklərinin həyatiliyinin yalnız vizual-palpator olaraq qiymətləndirilməsidir. Müqayisə qrupunda anastomoz tikişlərinin tutmazlığı müşahidə edilmiş 17 xəstədən 14-də (82,4%) buna səbəb anastomozlaşdırılan seqmentlərin həyatiliyinin düzgün qiymətləndirilməməsi olmuşdur.

2. Cərrahi müdaxilə zamanı patoloji dəyişikliyə məruz qalmış bağırsağ ilgəklərinin həyatiliyi (intramural qan təchizatının vəziyyəti və peristaltik aktivliyi) transillüminasion angiometriya və pulsomotorografiya üsulları ilə təyin edilməlidir. Üsulların tətbiqi bağırsağ divarında baş verən hemo-motorodinamiki dəyişiklikləri dəqiqliklə öyrənməyə və qrafiki qeydə almağa imkan verir. Əsas qrupa daxil olan 332 xəstələrdən 38-də (11,5%) vizual-palpator olaraq sağlam görsənən bağırsağ seqmentlərində geriye qayıtmayan işemik dəyişikliklər yalnız bu üsulların tətbiqi sayəsində aşkarlanmışdır.

3. Kəskin bağırsağ keçməzliyi və peritonit fonunda baş verən bağırsağ anastomozu tikişləri tutmazlığının əsas səbəbi anastomozlaşdırılan ilgəklərin intramural qan təchizatının pozulması, tikiş xəttinin iltihablaşması sayəsində lokal hemodinamikanın daha da pisləşməsi,

nəticədə iltihabi-destruksiya proseslərinin, reparativ-regenerasiya proseslərini üstələməsidir.

4. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların (anastomoz tikişləri tutmazlığı və bağırsaq atoniyası) qarşısının alınması məqsədlə fasiləsiz müsariqədaxili (peritonarxası) blokada və limfotrop müalicə aparılmalıdır. Peritonarxası sinir kələflərinin fasiləsiz blokadası sayəsində zədələnmiş bağırsaqlardan başlayan entero-enteral tormozlayıcı reflekslər qırılır, bağırsaq divarına və anastomoz nahiyəsinə gələn davamlı patoloji simpatik impulslar və ağrı sindromu aradan qalxır, anastomoz nahiyəsinin qan təchizatı yaxşılaşır, bağırsaqların motor-evakuator funksiyası daha erkən bərpa olur, bağırsaqdaxili və qarındaxili təzyiq normallaşır, anastomozların regenerasiyası və birincili sağalması üçün optimal şərait yaranır.

5. İnamural hemodinamikanın müxtəlif səbəblərdən pozulması zamanı (yayılmış peritonitlər, kəskin bağırsaq keçməzliyinin sub- və dekompensasiya mərhələsi, arterial və venoz işemiya) qayıdan işemiya fonunda qoyulan birincili anastomozların tikiş tutmazlığının profilaktikası məqsədlə uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya aparılmalıdır. Üsulun tətbiqi risk qrupuna daxil olan və birincili anastomozların qoyulması qaçılmaz olan xəstələrdə anastomoz nahiyəsinin qan təchizatını yaxşılaşdırır, iltihabi-destruksiya proseslərinin sönməsinə, reparativ-regenerasiya proseslərinin isə sürətlənməsinə səbəb olur ki, bu da anastomozların birincili sağalmasını təmin etməklə tikişlərin tutmazlığı ehtimalını xeyli azaldır.

6. Peritonit fonunda bağırsaq anastomozu nahiyəsinin yerli lazer-maqrnit müalicəsi yeni kapillyarların yaranmasını sürətləndirir, trombəmələgəlmənin qarşısını alır, mikroqandövrənini yaxşılaşdırır, toxumada gedən morfofunkional dəyişikliklərə tənzimləyici təsir göstərməklə anastomoz xəttində reparativ-regenerasiya proseslərini sürətləndirir və anastomozların birincili sağalmasını təmin edir.

7. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların profilaktika və müalicəsində bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla qastroenterosorbsiya kəskin bağırsaq keçməzliyi və yayılmış peritonit fonunda bağırsaqdaxili və qarındaxili təzyiqin artmasının, endogen intoksikasiyanın dərinləşməsinin, tikiş xəttinin virulent bağırsaq mikroflorası ilə infeksiyalaşmasının qarşısını almağa imkan verir və anastomozların birincili sağalmasına köməklik göstərir.

8. Bağırsaq divarında intramural venoz təzyiqin 60 mm c.st. səviyyəsinə qədər yüksəlməsi birincili bağırsaq anastomozlarının qoyulmasına mütləq əks göstəriş deyildir. Lakin bu zaman anastomozlaşdırılacaq seqmentlərdə skeletizasiyadan sonra maksimal intramural arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 80 mm c.st.-dən yüksək olması vacibdir. Venoz işəmiya fonunda birincili bağırsaq anastomozlarında tikiş tutmazlığının qarşısının alınması məqsədilə uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın aparılması məqsədəuyğundur.

9. Müqayisə və əsas qrup xəstələrində uc-uca qoyulan anastomozlar zamanı tikiş tutmazlığı halları müvafiq olaraq 12 (17,7±4,6%) və 5 (8,3±3,6%), yan-yana qoyulan anastomozlar zamanı isə müvafiq olaraq 5 (13,5±5,6%) və 3 (1,7±1,0%) ($p<0,01$) xəstədə müşahidə edilmişdir. Bunun əsas səbəbi ondan ibarətdir ki, uc-uca qoyulan anastomozlara nisbətən yan-yana qoyulan anastomozların tikiş xəttinin qan təchizatı daha az pozulur, nəticədə sonuncu daha erkən və etibarlı regenerasiya edərək hermetikləşir, dissirkulyator, dismetabolik və disfunksional dəyişikliklər daha tez aradan qalxır, cərrahi əməliyyatın uzaq nəticələrinə təsir göstərə biləcək intensiv xronik-persistent enterit (mukozit və serozit) əlamətləri daha erkən minimallaşır.

10. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra müşahidə olunan tikiş tutmazlığına görə icra olunan relaparotomiyalar zamanı ən optimal cərrahi taktika anastomoz sahəsinin rezeksiyası və entero-, kolostomaların qoyulmasından ibarətdir. Belə hallarda təkrari anastomozlaşdırma və buraxmış tikiş sahəsinə təkrari tikişlərin qoyulması yolverilməzdir.

11. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı proqnozlaşdırma və profilaktika tədbirlərinin kompleks tətbiqi əsas qrup xəstələrində əməliyyatdan sonrakı ağırlaşma hallarının xeyli azalmasına imkan vermişdir. Belə ki, müqayisə qrupu xəstələrində anastomoz tikişlərinin tutmazlığı 17 (15,5%), anastomozit əlamətləri 8 (7,3%), anastomozların daralması 2 (1,8%), peritondaxili abses və infiltratlar 7 (2,9%), davamlı bağırsaq atoniyası 15 (6,2%) və bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyi 3 (1,2%) xəstədə müşahidə edilmişsə, əsas qrup xəstələrində bu göstəricilər müvafiq olaraq 8 (3,4%); 3 (1,3%); 1 (0,4%); 6 (1,8%); 5 (1,5%) və 3 (1,3%) xəstədə aşkarlanmışdır.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı baş verə biləcək erkən ağırlaşmaların, o cümlədən, anastomoz tikişləri tutmazlığının profilaktikası üçün aşağıdakı taktiki-texniki prinsiplərə əməl olunmalıdır: əməliyyatlar təcrübəli cərrahlar tərəfindən aparılmalıdır; anastomozlaşdırılacaq seqmentlərin intramural qan təchizatının vəziyyəti obyektiv müayinə üsulları ilə öyrənilməli və anastomozlar normal qan təchizatı olan ilgəklər arasında qoyulmalıdır; bağırsaqların və xüsusilə də anastomoz sahəsinin intubasion dekompressiyası, sanasiyası və qastroenterosorbsiya tətbiq edilməlidir; risk qrupuna daxil olan xəstələrdə anastomozların regenerasiyasının tənzimlənməsi və tikiş tutmazlığının profilaktikası üçün uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya, fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop müalicə, anastomoz nahiyəsinin yerli lazer-maqnit müalicəsi tətbiq edilməlidir.

2. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı uc-uca anastomozlara nisbətən reparativ-regenerasiya prosesləri üçün daha əlverişli olan yan-yana anastomozlara üstünlük verilməlidir.

3. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı qoyulmuş anastomozların pozulmuş qan təchizatının medikamentoz korreksiyası üçün uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın tətbiqi məqsəduyğundur.

4. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı nazik bağırsağın mərkəzi və terminal hissələrində qoyulan birincili anastomozlar zamanı tikiş tutmazlığının profilaktikasında, habelə, bağırsaq atoniyalarının profilaktika və müalicəsində fasiləsiz müsariqədaxili (peritonarxası) blokada və limfotrop müalicənin tətbiqi məqsəduyğundur.

5. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı terminal nazik-nazik, nazik-kor, habelə nazik-qalxançənbərbağırsaq anastomozlarının qoyulması mümkündür. Bu nahiyələrdə birincili anastomozların qoyulmasına mütləq əks göstəriş intramural maksimal arterial təzyiqin qanın vurğulu axını ilə 60 mm c.st-dən və nəbzi dalğa amplitudunun 3 mm-dən aşağı olmasıdır ki, belə hallarda əməliyyatların ileostomiya ilə yekunlaşdırılması məsləhətdir.

6. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının erkən diaqnostikası və anastomoz qovşağı sahəsinin cərrahi monitorinqi üçün dinamiki mənfəzdaxili pulsomotoroqrafiki monitorinqin aparılması

məqsədəuyğundur. Lakin üsulun təkmilləşdirilməsinə ehtiyac vardır.

Dissertasiya mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Peritonitli xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı paralitik bağırsaq keçməməzliyinin profilaktika və müalicəsində müsariqədaxili limfotrop müalicənin tətbiqi / I Avrasiya Gastroenteroloji Konqresi. Bakı, 1997, s.57 (həmmüəl.: H.S.Bağirov, M.O.Yusubov, C.H.Cümşüdoğ və b.)
2. Boğulmuş fitikda barsak canlılığının intraoperativ dəyərləndirilməsi / 14 Ulusal gastroenter. kongresi bildiriləri // The Turkish J. of Gastroenter. 1997, v. 8, sup.1, s.23, (həmmüəl.: Caferov Ç.M., Yusubov M.O. və b.)
3. Barsak anastomozu kaçağının proqnozu, profilaksisi və erkən tanımlanması / 14 Ulusal gastroenter. kongresi bildiriləri // The Turkish J. of Gastroenter., 1997, v. 8, Sup.1, s.23., (həmmüəl.: Bağirov H.S., Hüseyinov E.M. və b.)
4. Terminal entero-enteroanastomozun mümkünlüyü haqda / II Ulusal Avrasiya Gastroenteroloji kongresi. Almatı, 1998, s.58
5. Bağırsaqların təcili rezeksiyası zamanı anastomoz tikişləri tutmazlığının proqnozlaşdırılması və profilaktikası / II Ulusal Avrasiya Gastroenteroloji kongresi, Almatı, 1998, s.58
6. Uzunmüddətli müsariqədaxili limfatrop terapiya üsulu ilə bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikası // Sağlamlıq, 2000, №2, s.17-19
7. Boğulmuş dəbəlidlər zamanı cərrahi taktika / F.İ.Zərgərlinin 70 illiyinə həsr olun. konf. mat. Bakı, 2000, s. 79-80, (həmm.: Cəfərov Ç.M., Yusubov M.O. və b.)
8. Комплексные мероприятия для прогнозирования и профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов / Материалы 2-ой науч.-практ.конфер. хирургов Северо-Запада России и 23-ой – Республики Карелия совместно с Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе / Санкт-Петербург, 2000, с.4-5
9. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının proqnozlaşdırılması və profilaktikası: metodiki vəsait. Bakı, 2001, 16 s. (həmmüəl.: Cəfərov Ç.M., Şadlinski A.B., Yusubov M.O və b.)
10. Boşluqlu orqanların anastomoz tikişləri tutarsızlığının qarşısının alınması üsulu: Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma, Metrologiya və Patent Üzrə Dövlət Agentliyinin İ 2002 0058 nömrəli ixtira patenti. Bakı ş-

ri, 26.12.2002 (həmmüə. : Cəfərov Ç.M., Yusubov M.O.)

11. Boğulmuş dəbəlīklər zamanı bağırsaqların həyatiliyinin təyini üsulları / Z.M.Məmmədovun 100 illik yub. həsr edilmiş kon. məc. Bakı, 2003, s.37

12. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikasında intubasion dekompressiyanın rolu haqda / N.Rzanin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmitəcrübi konfransın materialları. Bakı, 2004, s.49-50 (həmmüə. : Cəfərov Ç.M., Yusubov M.O., Məmmədov A.İ.)

13. Профилактика несостоятельности швов терминальных илеоилеоанастомозов у больных, оперированных по экстренным показаниям / Материалы научно-практической конференции с участием международных специалистов. Киев, 2007 // Клиническая хирургия, 2008, №11-12, с. 29

14. Оптимальная хирургическая тактика при резекции терминального отдела подвздошной кишки // Клиническая хирургия, 2009, №2, с.19-21

15. Профилактика несостоятельности швов анастомоза после неотложной резекции кишечника // Клиническая хирургия, 2009, №3, с.19-23

16. Послеоперационные осложнения при огнестрелных ранениях кишечника и пути их устранения //Клиническая хирургия, 2009, №6, с.20-23. (соавт.: Масимов М.О., Исмаилова З.Э., Юсибов Д.К.)

17. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikasında yerli lazer-maqrnit müalicəsinin tətbiqi // Sağlamlıq, 2010, №9, s.44-48

18. Прогнозирование и профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов у больных с неотложной резекцией кишечника / Современные проблемы сердечно-сосудистой, легочной и абдоминальной хирургии. Сбор. тезисов Всероссийской науч.-прак. конфер. с межд. участием. Санкт-Петербург, 2010, с.8-9

19. Интубационная декомпрессия, санация и гастроэнтеросорбция в профилактике ранних послеоперационных осложнений у больных с неотложной резекцией кишечника / Современные проблемы сердечно-сосудистой, легочной и абдоминальной хирургии. Сбор. тезисов Всероссийской науч.-прак. конфер. с межд. участием. Санкт-Петербург, 2010, с.9-10

20. Способ предупреждения несостоятельности швов кишечных анастомозов. Евразийский патент на изобретение № 015637, 2011 // Бюллетень Евразийского Патентного ведомства, 2010, №2, с.86 (со-

авт.: Джафаров Ч.М., Багиров Г.С., Юсубов М.О. и др.)

21. Сравнительная характеристика различных видов анастомоза при неотложной резекции кишечника // Хирургия Украины, 2010, №4, с. 58-62

22. Bağırsaqların intubasion dekompressiyası və gastroenterosorbsiya // Azərbaycan təbabətinin müasir nəaliyyətləri, 2011, №4, s.100-103

23. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların profilaktikasında intubasion dekompressiya, sanasiya və gastroenterosorbsiyanın əhəmiyyəti // Cərrahiyyə, 2011, №1, s.50-54

24. Nazik bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikasında fasiləsiz müsariqədaxili (peritonarxası) blokada və limfatrop müalicənin tətbiqi // Cərrahiyyə, 2011, №2, s.89-93 (həmmüəl.: Cəfərov Ç.М.)

25. Bağırsaqların təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonrakı erkən ağırlaşmaların profilaktikasında fasiləsiz mezenteriumdaxili (peritonarxası) blokada və limfatrop müalicə // Azərbaycan tibb jurnalı, 2011, №2, s.13-16 (həmmüəl.: Cəfərov Ç.М.)

26. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının proqnozlaşdırılması və profilaktikası // Cərrahiyyə, 2011, №3, s.84-88

27. Перманентная внутрибрыжечная блока и лимфатропная терапия в профилактике несостоятельности швов кишечных анастомозов // Хирургия Украины, 2011, №3, с.53-56

28. Forecasting and preventive maintenance of the inconsistency of seams intestinal anastomosis at patients with the emergency and urgent resection of intestines / 12-ci beynəlxalq avrasiya cərrahiyyə və gastroenterologiya kongresinin materialları. Bakı, 2011, s.202-203

29. Bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı cərrahi taktikanın bəzi məsələləri // Cərrahiyyə, 2011, №4, s.26-30 (həmmüəl.: Cəfərov Ç.М.)

30. Перманентная внутрибрыжечная (зabryuшинная) блокада и лимфатропная терапия в профилактике несостоятельности швов кишечных анастомозов у больных после неотложной резекции кишечника / Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической хирургии». Киев, 2012 // Клиническая хирургия, 2012, №4, с.3-4

31. Əməliyyatdan sonrakı peritonitlər: tədris-metodik vəsait. Bakı: CBS Polygraphic Production, 2012, 127 s.

32. Kəskin bağırsaq keçməzliyi: dərs vəsaiti. Bakı: CBS Polygraphic Production, 2012, 135 s.
33. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikası // Azərbaycan tibb jurnalı, 2012, №1, s.131-135
34. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikasında uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziyanın əhəmiyyəti // Cərrahiyyə, 2012, №1, s.25-30 (həmmüəll.: Cəfərov Ç.M.)
35. Роль интубационной декомпрессии, санации и гастроэнтеросорбции в профилактике несостоятельности швов кишечных анастомозов // Хирургия Украины, 2012, №1, с.90-94
36. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки // Хирургия, 2012, №1, с.34-37
37. Kəskin bağırsaq keçməzliyi və peritonit fonunda müxtəlif bağırsaq anastomozu növlərinin müqaisəli təhlili // Azərbaycan tibb jurnalı, 2012, №2, s.24-28
38. İntramural venoz hipertenziyanın bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığına təsiri // Azərbaycan tibb jurnalı, 2012, №3, s.5-10
39. Qalça bağırsağın terminal hissəsində birincili anastomozların qoyulmasının mümkünlüyü haqda // Cərrahiyyə, 2012, №2, S.56-61
40. Bağırsaq anastomozu tikişləri tutmazlığının profilaktikasında fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfatrop müalicənin tətbiqi / H.A.Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş konfransın materialları, Bakı 2012, s.60-61
41. Профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов после неотложной резекции кишечника / Тезисы научно-практической конференции «Актуальные аспекты абдоминальной хирургии». Киев, 2012 // Клиническая хирургия, 2012, №10, с.5
42. Профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов методом перманентной внутрибрыжеечной блокады и лимфотропной терапии // Вестник хирургии, 2013, №1, с.81-84
43. Müxtəlif bağırsaq anastomozlarının sağalmasının morfoloji xüsusiyyətləri // Cərrahiyyə, 2013, №2, s.7-14 (həmm.: Ç.M.Cəfərov, İ.Ə.Həsənov, İ.M.Qafarov, H.S.Vağirov, M.O.Yusubov, M.C.Həsənov)
44. Способ профилактики несостоятельности швов тонкокишечных анастомозов // Хирургия, 2013, №4, с.65-67

ЭЛЬЧИН КАМИЛЬ оглы АГАЕВ

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ
НЕОТЛОЖНОЙ И ЭКСТРЕННОЙ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА
(клинико-экспериментальное исследование)**

РЕЗЮМЕ

С целью прогнозирования, профилактики и ранней диагностики послеоперационных осложнений у больных с неотложной и экстренной резекции кишечника нами было проведены клинико-экспериментальные исследования. Эксперименты проведены у 91 собак в 3-ех сериях. В результате проведения экспериментальных, а также гистологических, гистохимических, морфометрических и местных гемодинамических исследований установлено: при неотложной и экстренной резекции кишечника, целесообразно применение анастомозов по типу бок в бок, нежели по типу конец в конец; основным противопоказанием к наложению первичных анастомозов в терминальном отделе подвздошной кишки является понижение максимального интрамурального артериального давления ниже 60 мм р.ст. и амплитуды пульсовой волны ниже 3 мм в анастомозируемых концах кишки; сегментарная интрамуральная венозная гипертензия до 60 мм р.ст. не является прямым противопоказанием к наложению первичных тонкокишечных анастомозов, но при этом максимальное интрамуральное артериальное давление должно быть не менее 80 мм р.ст.

Клиническое наблюдение проведена у 332 больных (основная группа) и ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 244 больных (группа сравнения) с неотложной и экстренной резекцией кишечника. У больных основной группы несостоятельность швов анастомозов наблюдалось у 8 (3,4%), признаки анастомозита у 3 (1,3%), сужение анастомозов у 1 (0,4%), внутрибрюшинные абсцессы и инфильтраты у 6 (1,8%), атония кишечника у 5 (1,5%) и спаечная кишечная непроходимость у 3 (0,9%). А в группу сравнения несостоятельность швов анастомозов наблюдалось у 17 (15,5%), признаки анастомозита у 8 (7,3%), сужение анастомозов у 2 (1,8%), внутрибрюшинные абсцессы и инфильтраты у 7 (2,9%), атония кишечника у 15

(6,2%) и спаечная кишечная непроходимость у 3 (1,2%) больных. Летальность у больных основной группы наблюдалась на 7,6% меньше, по отношению к группы сравнения.

Анализ полученных результатов показал, что у больных с неотложной и экстренной резекцией с целью прогнозирования несостоятельности швов кишечных анастомозов необходимо применение объективных методов исследования состояния интрамуральной гемодинамики. С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений целесообразно проведение перманентной внутрибрыжеечной (забрюшинной) блокады с лимфатропной терапией, длительную внутриартериальную инфузию, назоинтестинальную, трансанальную и комбинированную интубационную декомпрессию, санацию и гастроэнтеросорбцию, а так же местную лазеро-магнитотерапию.

ELCHIN KAMIL AGHAYEV**WAYS OF IMPROVEMENT OF EARLY RESULTS AFTER AN
URGENT AND EMERGENCY RESECTION OF INTESTINES
(clinical - experimental research)****SUMMARY**

For the purpose of prediction, preventive maintenance and early diagnostics of postoperative complications at patients with urgent and emergency resection of intestines we had been spent clinical-experimental researches. Experiments are spent on 91 dogs in 3 series. As a result of carrying out experimental and as histologic, histochemical, morphometric and local hemodynamic researches it is established: at an urgent and emergency resection of intestines expediently application anastomosis on type a side-to-side, rather than on type the end-to-end; the basic contra-indication to imposing primary anastomosis in terminal part of ileum is decrease maximum intramural arterial pressure below 60 mm of m.c. and amplitude pulse wave are below 3 mm in anastomosis of the intestine ends; segmentary intramural a venous hypertensions to 60 mm of m.c. is not direct contra-indication to imposing primary ileointestinal anastomosis, but thus maximum intramural arterial pressure should be not less than 80 mm of m.c.

Clinical supervision is spent on 332 patients (the basic group) and the retrospective analysis of results of surgical treatment on 244 patients (comparison group) with an urgent and emergency resection of intestines. At patients of the basic group of leakage stitches of intestinal anastomosis it was observed at 8 (3,4 %), signs of anastomosis at 3 (1,3 %), narrowing anastomosis at 1 (0,4 %), intraperitoneal abscesses and infiltrate at (1,8 %), atony intestines at 5 (1,5 %) and adhesive obstruction at 3 (0,9 %). And in group comparisons the leakage stitches of intestinal anastomosis was observed at 17 (15,5 %), signs anastomosis at 8 (7,3 %), narrowing anastomosis at 2 (1,8 %), intraperitoneal abscesses and infiltrate at 7 (2,9 %), atony intestines at 15 (6,2 %) and adhesive obstruction at 3 (1,2 %) patients. Lethality at patients of the basic group it was observed on 7,6% less, after the relation to comparison group.

The analysis of the received results has shown that at patients with an

urgent and emergency resection for the purpose of prediction of leakage stitches of intestinal anastomosis it is necessary application of objective methods of research of a condition intramural hemodynamics. For the purpose of preventive maintenance of early postoperative complications expediently carrying out permanent intramesenteric (retroperitoneal) blockade with limphotropic therapy, long intraarterial infusion, nasointestinal, transanal and combined intubation decompression, sanitation and gastrointestorsorption, and also local laser-magnetic therapy.

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № . Tiraj 200.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ЭЛЬЧИН КАМИЛЬ оглы АГАЕВ

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНОЙ И ЭКСТРЕННОЙ
РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА
(клинико-экспериментальное исследование)**

3213.01 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Баку – 2014