

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

PƏRVANƏ RÖVŞƏN QIZI AYDİNOVA

**PARAREKTAL FİSTULLARIN
CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMA**

3213.01 – “Cərrahlıq”

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim olunan dissertasiyanın

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

BAKİ – 2017

Dissertasiya Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir

Elmi rəhbər:

Əməkdar elm xadimi,
tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

H.A. SULTANOV

Rəsmi opponentlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

M.M. KƏRİMOV

Tibb üzrə elmlər doktoru

S.Ə. HÜSEYNOV

Aparıcı təşkilat – Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin düz və yoğun bağırsaq cərrahiyyəsi şöbəsi

Dissertasiyanın müdafiəsi «__»_____2017-ci il saat «__»-də Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəhəri, Ə. Qasımzadə küç., 14, Elmi Şuranın iclas zalı

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «__»_____2017-ci il tarixdə göndərilmişdir.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının
Elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru,
dosent:

E.A. ƏLİYEV

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Tarixi daha qədim zamanlara dayanan, xroniki paraproktit cərrahi koloproktologiyanın mühüm problemi kimi bu günə qədər aktuallığını itirməmişdir. Pararektal fistullar kəskin paraproktitin davamı olub, düz bağırsaqaştrafi toxumaların iltihabi nəticəsində meydana çıxan cərrahi patologiyadır. Bu patologiya anorektal nahiyənin çox yayılmış cərrahi xəstəliklərindəndir və rastgəlmə tezliyinə görə proktoloji xəstəliklər içərisində 4-cü yeri tutur. Bu xəstəlik düz bağırsağ xəstəliklərinin 30-35%-i, ümumi cərrahi xəstəliklərin isə 0,5-4%-i təşkil edir [Əliyev E.A., 2004; Sultanov H.A. və əmək., 2011; Pankaj Garg., 2016]. Xəstəlik daha çox kişilərdə xüsusilə gənc yaşlı şəxslər arasında daha çox yayıldığından onların əmək qabiliyyətinə mənfi təsir etməklə böyük sosial əhəmiyyət daşıyır [Sherief Shawki et al., 2011; Ağayev B.A., Musayev X.N. və əmək., 2013; Emily J. Bubbers et al., 2016].

Pararektal fistulların müalicəsində 100-dən artıq cərrahi əməliyyat üsullarının istifadəsinə baxmayaraq cərrahi müalicənin nəticələri qənaətbəxş deyildir. Belə ki, cərrahi əməliyyatlardan sonra yaranan irinləməsi – 10-13%, residiv – 15-30%, anal inkontinensiya – 4,5-33% hallarda rast gəlir. Digər tərəfdən optimal cərrahi üsulların seçimi problemi həllini tapmamış, bu və ya digər üsulun seçimi üçün dəqiq diaqnostik - müalicəvi meyarlar müəyyən edilməmişdir [Əliyev E.A., 2010; Herand Abcarian ed., 2014; Musayev X.N., 2014; Elsa Limura et al. 2015]. Pararektal, o cümlədən mürəkkəb lokalizasiyalı fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələri, təbii ki, cərrahi əməliyyat üsulunun və həcmnin düzgün seçilməsindən və keyfiyyətli icrasından bilavasitə asılıdır. Cərrahi müalicənin effektivliyi isə fistulun növü, lokalizasiyası, anatomik gedışı, cərrahi taktikanın, cərrahi əməliyyat üsulunun, həcmnin adekvat və düzgün seçimi, həmçinin cərrahın təcrübəsindən asılıdır [HA Owen et al., 2014; Hui – hong Jiang et al., 2017;].

Selikli qişanın translokasiyası ilə tamamlanan plastik-rekonstruktiv əməliyyatlar texniki baxımdan çox mürəkkəbdir, çətin icra edilir, böyük həcmlidir və kifayət qədər radikal deyildir [van Onkelen RS et al., 2012; Madbouly KM et al. 2014]. Alloplastik materialların tətbiqi və protez cərrahlığının, xüsusilə azinvaziv cərrahlığın nəticələrinə həsr edilmiş tədqiqat işlərinin aparılmasına isə yalnız son illərdə başlanıldığına görə onların uzaq nəticələri yetərli səviyyədə öyrənilməmişdir [Johnson EK et al., 2006; Ellis CN et al., 2010; Daniele Scoglio., et al., 2014].

Beləliklə, bir tərəfdən xəstəliyin xüsusilə əmək qabiliyyətli insanlar arasında geniş yayılması, real epidemioloji məlumatların ədəbiyyat məlumatları ilə müqayisədə xeyli çox olması, digər tərəfdən cərrahi müalicənin əlverişsiz nəticələrinin, xüsusilə irinli ağırlaşmaların və residiv hadisələrinin tezliyinin yüksək olması, bu səbəblərdən xəstələrin dəfələrlə cərrahi əməliyyat edilməsi, ən əsası anal sfinkter çatmazlığı kimi əzablı ağırlaşma hadisələrinin rast gəlməsi problemə elmi-patogenetik və əsaslandırılmış yanaşma tələb edir.

Tədqiqatın məqsədi pararektal fistulların cərrahi müalicəsinə differensial yanaşmanı, təkmilləşdirilmiş “seton” və “bioloji tıxacla” müalicə üsullarını tətbiq etməklə cərrahi əməliyyatın nəticələrinin yaxşılaşdırılması, xəstələrin tibbi reabilitasiya müddətlərinin qısaldılması olmuşdur.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Pararektal fistulların residivlərinin və anal inkontinensiya ilə ağırlaşmaların səbəblərinin araşdırılması;
2. Müasir müayinə üsullarının (endorektal USM, MRT) nəticələrinə əsaslanmaqla mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicə “xəritəsinin” hazırlanması;
3. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsində seton istifadəsinə göstərişlərin dəqiqləşdirilməsi və setonla əməliyyat texnikasının təkmilləşdirilməsi;
4. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsində bioloji tıxacın (plug) rolunun öyrənilməsi və onun fibrin yapışqanla birgə tətbiqinin nəticələrinin qiymətləndirilməsi;
5. Pararektal fistulların seton və plug-la müalicəsinin uzaq nəticələrinin öyrənilməsi, alınmış nəticələrə istinad etməklə praktik tövsiyələrin hazırlanması

Elmi yenilik

1. Yuxarı trans-, ekstrasfinkter və supralevator pararektal fistulların diaqnostikası müasir müayinə üsullarının nəticələrinin kompleks qiymətləndirilməsinə əsaslanmış və onlara differensial yanaşma hesabına adekvat azinvaziv cərrahi əməliyyat üsulu seçilmişdir.
2. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsində ilk dəfə olaraq differensial şəkildə kəsici və kövşək setonlar istifadə edilmişdir.
3. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsində qopma və miqrasiya hadisələrinin qarşısının alınması üçün ilk dəfə olaraq fibrin yapışdırıcı hopdurulmuş bioloji tıxac tətbiq edilmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti:

1. Pararektal fistulların klinik-anatomik formalarının və variasiyalarının vizualizasiya diaqnostikası üçün müayinə üsulları kompleks şəkildə və müəyyənləşdirilmiş ardıcılıqla yerinə yetirilmişdir. Nəticədə əməliyyata qədərki dövrdə hər bir xəstə üçün fərdi qaydada fistulun cərrahi müalicəsi “xəritəsi” hazırlanmışdır.
2. Yuxarı trans-, ekstrasfinkter və supralevator pararektal fistulların cərrahi müalicəsində seton tətbiqinin təkmilləşdirilmiş üsulu istifadə edilmiş, göstərişlər və əks-göstərişlər dəqiqləşdirilmişdir.
3. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsində fibrin yapışqan hoopdurulmuş bioloji tıxac istifadəsi hesabına cərrahi əməliyyatın nəticələri yaxşılaşmış, residivlərin və anal inkontinensiya hadisələrinin tezliyi azalmışdır.

Dissertasiyanın müdafiyyə çıxarılan əsas müddələri:

1. Pararektal fistulların diaqnostikasında müasir görüntüləmə üsullarının tətbiqi fistul yolunun gedişini, sfinkter əzələlərinə münasibətini, əlavə axacaqların olmasını aşkar etməyə imkan vermiş, əməliyyatın dövründə fistulun daxili və xarici dəliklərini birləşdirən gedişi yolu tam sxematik olaraq cərrahın əlində olmuşdur.
2. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrin cərrahi müalicəsində kəsici və kövşək setonların birmomentli tətbiqi cərrahi ağırlaşmaların, residivlərin və irinli – iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasına, müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin yaxşılaşmasına, stasionar müalicə müddətinin qısalmasına səbəb olur;
3. Bioloji tıxacın fibrin yapışqanla hopdurulduqdan sonra fistul yolunun qapadılması zamanı, belə müalicə xəstələrin əmək fəaliyyətinin dayandırılmamasına, cərrahi müalicə və tibbi reabilitasiya məsrəflərinin azalmasına səbəb olur.
4. Yuxarı trans-, ekstrasfinkter və supralevator yerləşimli pararektal fistulların cərrahi yolla ləğv edilməsində azinvaziv “seton” və “plug” tətbiqi seçilmiş əməliyyat üsulları kimi geniş isifadə oluna bilər.

İşin tətbiqi. Tədqiqat işinin nəticələri Bakı şəhər BSI-nin Kliniki Tibbi Mərkəzinin və Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə klinikasının cərrahiyyə şöbələrinin gündəlik praktikasında istifadə edilir. Bu tədqiqat işinin əsas elmi müddəalarına Azərbaycan

Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrasının tədris prosesində istinad edilir.

Dissertasiyanın müzakirəsi. Dissertasiyanın ayrı-ayrı fraqmentləri aşağıdakı elmi yığıncaqlarda müzakirə edilmişdir: 18. Ulusal Cərrahi konqresi (23-27 mayıs 2012, İzmir), XIV Ulusal Kolon və Rektum Cərrahisi Konqresi (15-19 mayıs 2013, Antalya), 19. Ulusal Cərrahi konqresi (16-20 Nisan 2014, Antalya), XV Ulusal Kolon və Rektum Cərrahisi Konqresi (19-23 mayıs 2015, Antalya).

İşin aprobeasiyası: İlk müzakirə ATU TCK-da Azərbaycan Tibb Universitetinin I, II və III cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, uşaq cərrahiyyəsi, travmatologiya və ortopediya, ağız boşluğu və plastik cərrahiyyə kafedralarının əməkdaşlarının iştirakı ilə 26.12.2014-cü il (protokol №4) iclasında keçirilmişdir. Dissertasiya işinin ilkin aprobeasiyası 5.11.2015-ci il Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D.03.011 Dissertasiya Şurasının elmi seminarlar keçirən Aprobeasiya Komissiyasının iclasında (protokol №1) müzakirəsi olunmuşdur.

Dissertasiya işinin nəticələrinin nəşri. Dissertasiya işinin əsas müddə və nəticələri 8 jurnal məqaləsində (o cümlədən 1-i xaricdə) və 19 tezisdə (o cümlədən 7-i xaricdə) dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. İş 151 standart kompüter səhifəsində çap edilmiş, giriş, ədəbiyyat icmalı, 4 fəsil şəxsi tədqiqatlar, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat qaynaqlarının siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 245 mənbəni (Vətən – 25, əcnəbi - 220) əhatə edir. Dissertasiya işi 2 əlavə, 16 cədvəl və 21 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələrinə uyğun kriptolandulyar mənsəlli pararektal fistullar və onların residivləri ilə 154 xəstənin müalicəsinin nəticələrinin öyrənilməsi əsasında aparılmışdır. Bu xəstələrdən 117-i birincili (76%), 37-də isə (24%) residiv fistul olmuşdur. Crohn, qeyri-spesifik xorali kolit, vərəm xəstəliyinə bağlı fistullar, daxili dəliyi tapılmayan və izlənmə müddətində hər hansı əlaqə yaradılması mümkün olmayan xəstələr tədqiqata daxil edilməmişdir.

Xəstələrin 101-i kişi (65,6%), 53-ü qadın (34,4%) olmaqla, yaş hədləri 16-78 (ortalama 40,9±1,6) arasında dəyişmişdir. Xəstələrin

çoxluğunu kişilər (73,3%) təşkil etmiş, kişi-qadın nisbəti 1.9:1 olmuşdur. Xroniki paraproktitin daha çox kişilərdə rast gəlməsinin səbəbini əksər alimlər kriptozandulyar vəzilərin kişi cinsiyyət hormonlarına həssas olması ilə əlaqələndirmişlər[Herand A., 2013, Do Sun Kim., et al., 2014]. Fəal əmək qabiliyyətli, 20-40 yaşlı xəstələr çoxluq təşkil etmişdir.

Xəstəliyin residivinə görə daxil olan 37 (24%) xəstə pararektal fistul diaqnozuna görə 1 dəfədən 3 dəfəyədək cərrahi əməliyyat keçirmişdir. Fistul yolu 36 (24.4 %) xəstədə kəskin paraproktitin spontan açılmasından, 118 (76.6 %) xəstədə isə cərrahi yolla drenajından sonra formalaşmışdır. Xəstələnmə müddətləri öyrənilərkən əksər xəstələrdə bu göstəricinin 6 aya qədər və 6 aydan 2 ilə qədər olması aşkar edildi.

Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa (nəzarət qrupu) 72 xəstə (46.8 %) daxil edilmişdir. Həmin xəstələr ənənəvi üsullarla müayinə və cərrahi müalicə olunmuş, müalicənin nəticələri retrospektiv qiymətləndirilmişdir. II qrupa (seton qrupu) 61 (39.6 %), III qrupa (plug qrupu) 21 xəstə (13.6 %) aid edilmişdir.

Pararektal fistullu xəstələrin müayinə planı tərtib edilmiş və klinik, laborator və instrumental müayinələr həmin plan əsasında aşağıdakı ardıcılıqla aparılmışdır:

- Anamnezin toplanması;
- Aralıq, perianal və anal dəlikətrafi nahiyələrə baxış, anal kanalın, düz bağırsağın terminal hissəsinin digital müayinəsi, fistul yolunun düyməli zondla müayinəsi, köpüklü boya sınağı;
- Anorektoskopiya, rektomanoskopiya və fibrokolonoskopiya;
- Fistuloqrafiya;
- Aralığın yumşaq toxumalarının ultrasəs müayinəsi, həmçinin endorektal ultrasəs müayinəsi (ERUS);
- Kiçik çanağın, pararektal sahənin və aralığın MRT müayinəsi;
- Anorektal funksiyaların (anal refleks, anal sfinkterometriya, Wexner inkontinensiya sorğu anketi;) qiymətləndirilməsi.

Tədqiqat işində kiçik çanağın, pararektal sahənin və aralığın maqnit rezonans tomaqrafiya müayinəsinə xüsusi yer verilmişdir. Son illərin dünya təcrübəsinə və klinik tədqiqatımızın nəticələrinə əsaslanmaqla PF-nin diaqnostikasında MRT-nin yeri və rolu öyrənilmiş, müayinənin əsas texniki parametrləri (həssaslıq, spesifik) dəqiqləşdirilmişdir. Bu müayinə I, II və III qrupun – 78 xəstəsində yerinə yetirilmişdir.

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 dəyərli 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. Anal sfinkterin yığılma qabiliyyətini öyrənmək üçün kafedramızın əməkdaşları (Sultanov H.A., Əliyev E.A., 2005; səmərləşdirici təklif № 475, 27.03.2007..) tərəfindən A.M. Аминев-in yaylı sfinkterometrinin modifikasiya edilmiş və təkmilləşdirilmiş variantı istifadə olunmuşdur.

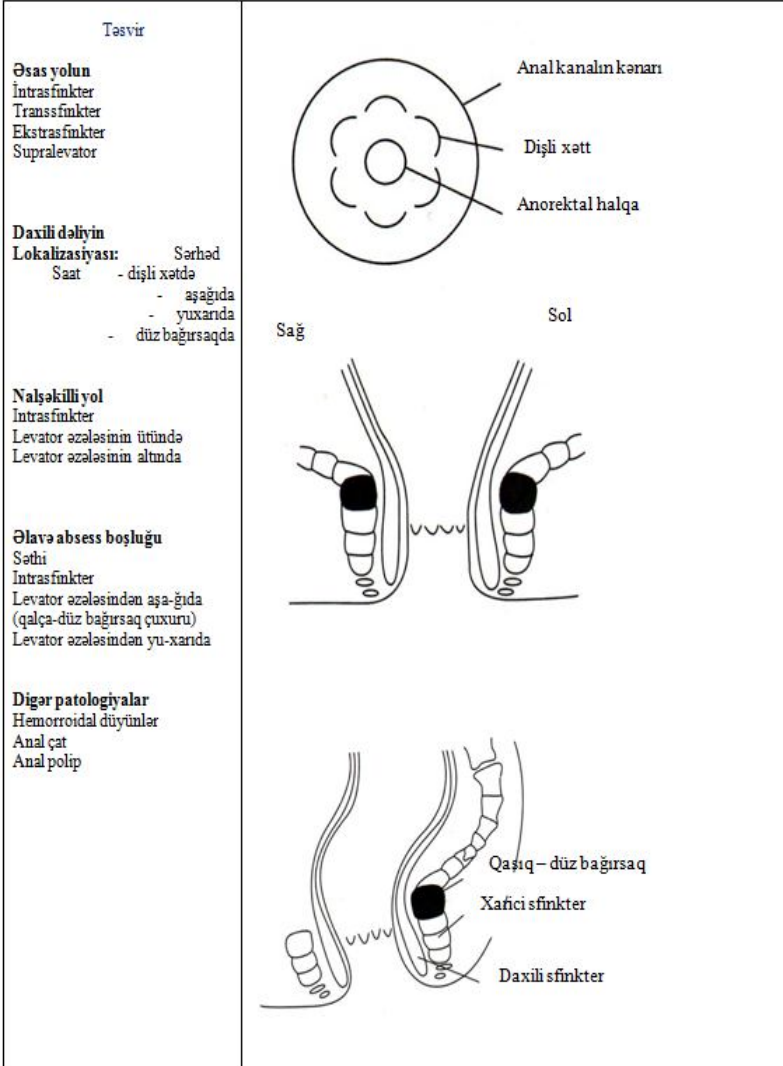
Bəzi xəstələrdə yanaşı somatik və cərrahi xəstəliklərin diaqnostikası məqsədilə əlavə müayinələr (döş qəfəsinin və qarın boşluğunun təsviri rentgenoqrafiyası, qarın boşluğunun parenximatöz üzvlərinin və qarınarxası sahənin USM, MBT-nin kontrastlı rentgenoqrafiyası, KT və (və ya) MRT müayinələri aparılmışdır. Müayinələrlərin nəticəsinə əsasən düz bağırsağın yanaşı xəstəlikləri öyrənilmişdir. Hemorroy, anal çat və anal polip daha çox müəyyən edilmişdir. Yanaşı xəstəliklər 49 xəstədə rast gəlməmişdir.

Fistul yolu haqqında tam məlumatlar – fistul yolunun gedişi və sfinkter əzələlərinə münasibəti, fistul yolunun uzunluğu, daxili dəliyin saat sferblatına münasibəti, pararektal sahədə şaxələrin və fistulətrafi irinliklərin olması (olmaması) kimi vacib əlamətlər öyrənilmiş və cərrahi taktikanın seçimində onlar böyük rol oynamışlar. Fistul yolunun anatomik gedişi Parks təsnifatına əsaslanmaqla aparılmışdır. Belə ki, bizim tədqiqata 97 (63 %) yuxarı trans-, 43 (27.9 %) ekstrasfinkter və 14 (9.1 %) supralevator pararektal fistullu xəstə daxil edilmişdir. Həmçinin, müayinələrin nəticələrinə əsasən əməliyyatdan əvvəl xəstələrdə mürəkkəb pararektal fistulların “xəritəsi” hazırlanmış və hər bir xəstənin müalicəsi prosesində tətbiq olunmuşdur. “Xəritə”yə əsasən əməliyyatdan əvvəl xarici və daxili dəliyin yerləşməsi, əsas yolun və əlavə boşluq(lar) olarsa on(ları)un sfinkter əzələlərinə münasibəti göstərilir. Bu cərrahi əməliyyat üsulunun seçiminə və onun həcmi əvvəldən dəqiqləşdirməyə imkan verir (Şəkil 1).

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrdə kəskin ağrı sindromunu qiymətləndirmək məqsədi ilə Vizual Ağrı Şkalasından (Vizual Analogue Score) istifadə olunub. 10 ballıq sistemə əsasən 0-4 bal ağrı yoxdur, 4-8 bal mülayim, 8-10 kəskin ağrılar kimi qiymətləndirilir.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələrə əsaslanmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı

göstəricilər variasion sıraya düzölmüş və hər bir variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Qruplarda kəmiyyət göstəriciləri arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsul – Wilkoxson (Manna-Withni) meyarı (W) istifadə olunmuşdur.



Şəkil 1. Pararektal fistullu xəstələrin diaqnostik “xəritə”si

PARAREKTAL FİSTULLARIN ƏNƏNƏVİ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Tədqiqatın I qrupuna (nəzarət qrupu) ənənəvi cərrahi üsullarla əməliyyat olunmuş pararektal fistullu 72 xəstənin müalicəsinin nəticələri retrospektiv qiymətləndirilmişdir. Xəstələrin 48-i kişi (66.7%), 24-ü qadın (33.3%) olmuş, yaş hədləri 16–68 arasında dəyişmişdir (orta yaş həddi 47.2 ± 2.3). 21–50 yaşlı xəstələr, yəni əmək qabiliyyətli şəxslər əksəriyyət təşkil etmişdir.

Klinik-laborator və instrumental müayinə üsullarının nəticələrinə əsasən PF-ın klinik formaları Parks təsnifatına əsaslanmaqla ayırd olunmuşdur. 49 xəstədə (68.1%) yuxarı transsfinkter, 15-də (20.8%) ekstrasfinkter və 8-də isə (11.1%) supralevator pararektal fistul müəyyən edilmişdir. Bu da öz növbəsində cərrahi taktikanın, cərrahi müalicənin növünün və həcmnin müəyyənləşdirilməsində aparıcı rol oynamışdır.

Müvafiq əməliyyatı hazırlıqdan sonra iki əməliyyat üsulundan istifadə olunmuşdur. Əməliyyat üsullarına görə xəstələr 2 yarımqrupa bölünmüşdür:

I^a – fistul yolunun kəsilməsi və yaranın dibinin tikilməsi (sfinkteroplastika) ilə fistul yolunun ləğvi. Bu əməliyyat üsulu perianal sahədə irinli boşluq(lar), fistul yolunun ətrafında, anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformasiyaları olmadığı hallarda tətbiq edilmişdir. Yuxarı transsfinkter fistullu 25 (34.7%), ekstrasfinkter fistullu 5 (6,9%) və supralevator fistullu 3 xəstədə (4.2%) yerinə yetirilmişdir. Həmin xəstələrdən 24-də fistul birincili, 9-da residiv olmuşdur.

I^b yarımqrupunun 39 xəstəsində (54.2%) fistul yolunun kəsilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarıaçıq saxlanması əməliyyatı icra edilmişdir. Bu əməliyyat üsulunda yuxarı lokalizasiyalı fistullarda fistul yolu sfinkter əzələlə kompleksindən kənarı yerləşdiyinə görə daxili dəlikdən keçməklə sfinkter əzələsinin fistula yaxın hissəsi hissəvi kəsilmiş və ya zədələnmiş fistul yolu ləğv edilmişdir. Əməliyyat yuxarı transsfinkter fistullu 24 (61.5 %), ekstrasfinkter fistullu 10 (25.6 %) və supralevator fistullu 5 xəstədə (12.8 %) yerinə yetirilmişdir. Birincili mürciət etmiş 28, residivlə bağlı 4 xəstədə tətbiq edilmişdir.

Pararektal fistullar və onların residivlərinə görə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bütün xəstələrdə öyrənilmişdir. 47 xəstədə (86,5%) yara prosesinin gedişində cərrahi ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonra 3-cü gündən başlayaraq onların ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normallaşmış, ağrılar aradan qalxmışdır.

Ağırlaşmalar ümumi və yerli olmaqla 2 sinifə ayrılmışdır. Ümumi ağırlaşmalar qeyd edildikdə səbəbi araşdırılmış və müvafiq konservativ müalicə kursları təyin edilmişdir. Yerli ağırlaşmalar əməliyyat yarası ilə bağlı, düz bağırsaqaqətrafi toxumalar və qonşu üzvlərlə bağlı olmaqla 2 qrupa ayrılmışdır. Əməliyyat yarası ilə bağlı ağırlaşmalara onun infeksiyalaşması, iltihablaşması və irinləməsi (12 xəstədə), erkən yara qanaxmaları (6) aid olunmuşdur. Ətraf toxumalar və orqanlarla bağlı ağırlaşmalar arasında tez-tez sidik ifrazı (5 xəstədə) və ya sidik ləngiməsi (7), uzunmüddətli perianal ağrı sindromu (10) daha çox müşahidə edilmişdir. Erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə cərrahi ağırlaşmalar 45 xəstədə (62.5 %) rast gəlməmişdir: I^a yarımqrupunda - 24 (33.3 %), I^b yarımqrupunda – 21 (29.2 %).

Beləliklə, nəzarət qrupu xəstələrinə aparılmış cərrahi müalicənin nəticələri retrospektiv qiymətləndirilmişdir. I^a yarımqrupunda (n=33) fistul yolunun kəsilməsi, yara dibinin tikilməsi, sfinkteroplastika, I^b yarımqrupunda (n=39) fistul yolunun kəsilməsi, selikli qişanın endirilməsi, yaranın yarımçıq saxlanılması cərrahi əməliyyatları icra edilmişdir. Əməliyyat yarasından erkən qanaxma 6 (8.3 %) xəstədə baş vermişdir. Xəstələrin stasionarda qalma müddətləri I^a yarımqrupunda 15.7±1.8 (15–20) gün, I^b yarımqrupunda isə 16.2 ± 1.6 (13 – 21) gün təşkil etmişdir.

PARAREKTAL FİSTULLARIN SFINKTERQORUYUCU CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ

Tərəfimizdən sinkterqoruyucu əməliyyatlar 82 xəstədə icra edilmişdir. Bu xəstələr əməliyyat üsülünün xarakterinə görə 2 qrupa ayrılmışdır. Tədqiqatın II qrupuna (I əsas qrup) setonla əməliyyat olunmuş pararektal fistullu 61 xəstənin müalicəsinin nəticələri daxil edilmişdir. III qrupa (II əsas qrup) aid 21 xəstədə göstərişlər dəqiqləşdirildikdən sonra fistul yoluna bioloji tıxac – plug yeridilmişdir. Əsas qrupların xəstələrinin 53-ü kişi (64.6 %), 29-u qadın (35.4 %) olmuşdur. Onların yaş hədləri 17–68 arasında dəyişmişdir (orta yaş həddi 41.2±1.9). Bu qruplarda da 21–50 yaşlı xəstələr, yəni əmək qabiliyyətli şəxslər əksəriyyət təşkil etmişdir. 31 (37.8 %) xəstə 6 aya qədər, 27 (32.9 %) xəstə - 6 aydan 1 ilə, 20 (24.4 %) xəstə 1 ildən 2 ilə qədər, 7 (8.5 %) xəstə 2-5 il, 5 (6.1 %) xəstə isə 5 ildən çox xəstəlik anamnezinə malik olmuşdur. 38 xəstədə (46.3 %) kəskin paraproktitin spontan, 44 də isə (53.7 %) cərrahi drenajından sonra fistul əmələ gəlmişdir. Fistulun residivi ilə 24 (29.3 %) xəstə müraciət etmişdir. Onlardan 15-də (18.3 %) 1, 6-da (2.4 %) 2, 3 -də (3.7 %) 3 və daha çox residiv baş vermişdir.

Seton qrupunun (II qrup) xəstələrində cərrahi taktikanın seçilməsi. Cərrahi əməliyyat üsulu və onun həcmnin seçimi zamanı fistul yol(ların)unun anotomik gedişi, sfinkter əzələlərinə münasibəti, əlavə yol(ların)un və irinli boşluğ(ları)un olub–olmaması, həmçinin fistul yolundan irinli ifrazatın hazırda xaric olması nəzərə alınmışdır. Bu qrupun xəstələri icra olunmuş əməliyyat üsullarına görə 2 yarımqrupa bölünmüşdür:

II^a yarımqrupunun xəstələrində parsial fistulektomiya və ya parsial fistulotomiya + fistul yolunun sanasiyası + kövşək setonun qoyulması (n=30, 20 kişi) əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Fistul yolunun gedişinə görə 17 (56.7 %) yuxarı transsfinkter, 10 (33.3 %) ekstrasfinkter, 3 (10 %) supralevator prarektal fistul müəyyən edilmişdir. 17 xəstə (56.7%) residivə görə müraciət etmişdir. 7 xəstədə (23.3 %) retrorektal, 5-də (16.7%) pelviorektal, 1-də (3.3 %) işiorektal abscess boşluğu, 11-də isə (36.7%) əlavə fistul yol(ları)u aşkar olunmuşdur.

II^b – yarımqrupunun xəstələrində fistul yolunun sanasiyası əməliyyatının gedişində kəsici və kövşək setonlar birmomentli (n=31, 19 kişi) yerləşdirilmişdir. Cərrahi taktika II^a yarımqrupunun xəstələrindən fərqlənməmişdir. Fistul yol(ları)u sfinkter əzələlərinə qədər kəsildikdən və xaric edildikdən sonra sfinkter əzələlərinin üstü (yalnız dəri qatı) açılır, fistul yolunun əzələdaxili hissəsi 5.0 kapron sapla möhkəm sıxılır, digər ikiqat sapla (kapron) isə kövşək bağlanılır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələr ilk 2 gün ərzində yara nahiyəsində ağrılardan şikayət etmişlər. Sonrakı günlər sıxılmış sap tədrici boşaldığına görə ağrılar azalmış və aradan qalxmışdır. Tam boşalma xəstələrdə müxtəlif günlərdə (1-3 həftə, ortalama 13.9±1.2 gün) baş vermişdir. Tam boşalmadan sonra ambulator şəraitdə yerli keyləşdirmə altında o, yenidən kip sıxılmışdır. Yara 2-5 ay müddətlərində (ortalama 116.2±21.5 gün) sağalmışdır. Üsulun üstünlüyü - kəsici və kövşək setonların birmomentli qoyulması müalicə müddətlərinin xeyli qısalmasına səbəb olmuşdur. Tərəfimizdən təklif olunmuş təkmilləşdirilmiş cərrahi müalicə 17 yuxarı trans- (54.8 %), 11 ekstrasfinkter (35.5 %) və 3 supralevator (9.7 %) pararektal fistullu 31 (50.8 %) xəstə üzərində yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdaxili ağırlaşma meydana çıxmamışdır.

Plug qrupu (III qrup) xəstələrində cərrahi taktikanın seçilməsi. Bu qrupa aid xəstələrdə cərrahi üsulun seçimi prosesində mühüm klinik-anatomik və diaqnostik nəticələr- fistul yol(ların)un anotomik gedişi, onun sfinkter əzələlərinə olan münasibəti, əlavə yol(ların)un və irinli boşluqların olub–olmaması, həmçinin fistul yolundan irinli ifrazatın davam etməsi kimi

məlumatlar və faktlar nəzərə alınmışdır. Fistul yolunun düzxətli olması, əlavə yol(lar) və irinli boşluğun olmaması, xüsusilə fistul yolundan davamlı irinli ifrazatın olmaması çox vacibdir.

Tədqiqat prosesi illərində tərəfimizdən dünya bazarında satışda olan *fistulae plug*-ın 2 forması – bioloji tərkibli Surgisis AFP (Cook Medical, Canton, İN) və biosintetik tərkibli Gore Bio–A Fistula Plug (Arizona, USA) tətbiq olunmuşdur. AFP-nin yerli toxumalarla əvəzlənməsi, yəni biodeqradasiyası 8-12, Gore Bio–A formasında isə 12-14 həftə müddətlərində baş verir. Lakin geniş diametrlili fistullarda və əlavə fistul yolu olduqda AFP-nin altıdişli çəngəlvari formasının istifadəsinə daha çox üstünlük verilmişdir.

Plug qrupunda İcra etdiyimiz cərrahi əməliyyat üsullarına görə xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır:

III^a qrupunun xəstələrində fistul yolunun plug-la qapadılması əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatın dövr və əməliyyatdaxili diaqnostika seton qrupunda olduğu kimi aparılmışdır. Fistul yolu xüsusi ekstraktorla qışındıqdan və antiseptik məhlul ilə yuyulduqdan sonra 15-20 dəq. əvvəl fizioloji məhlulda isladılmış plug həmin yola yeridilir. Sorulan sapla düz bağırsağın ətraf selikli qişasından və plug-dan keçməklə daxili dəlik qapadılır. Nəticədə fistul yolunda yerləşdirilmiş plug düz bağırsağın selikli qişasına fiksasiya olunur. Xarici dəlik istiqamətində isə yara açıq saxlanılır və fistulun bu hissəsi təbii drenaj rolu oynayır. Bu əməliyyat üsulu yuxarı transsfinkter fistullu – 7 (77.8%), ekstrasfinkter fistullu 2 (22.2 %) xəstədə (42.9%) tətbiq edilmişdir. Həmin xəstələrdən 5-ə biosintetik plug, 4-ə isə bioloji AFP forması tətbiq olunmuşdur.

Tərəfimizdən təkmilləşdirilmiş əməliyyat üsulu - fistul yolunun fibrin yapışqanla (Trombofibrinogen gel (TFG)) hopdurulmuş plug-la qapadılması əməliyyatı III^b qrupunun xəstələrində icra olunmuşdur. Əməliyyat metodikası eyni qayda ilə aparılır. Lakin fistul yoluna yeridilməzdən əvvəl plug 5 – 10 dəq ərzində TFG-də saxlanılır. Bu əməliyyat üsulu yuxarı transsfinkter fistullu 7 (58.3%), ekstrasfinkter fistullu 5 (41.7%) və pararektal fistullu olmaqla 12 xəstə (57.1%) yerinə yetirilmişdir. Onlardan 7-i kişi (58.3%) olmuşdur. 8 xəstədə biosintetik, 4-də isə AFP istifadə edilmişdir.

Xəstələrin stasionar müalicə müddəti II qrupun xəstələrində 2-5 gün (ortalama 3.4 ± 0.7 gün), III qrupda isə bu 2-3 gün (ortalama 2.1 ± 0.45 gün) olmuşdur (əməliyyatdan əvvəl stasionarda qalma müddəti hər 2 qrup üzrə müayinələrin aparılması və əməliyyatın hazırlıq məqsədi ilə 1-2 gün təşkil etmişdir).

II^a yarımqrupunun 4 xəstəsində (3.3%) əməliyyatdan sonra (1 xəstədə 18-ci gün, digəri 3-də isə 1 ay sonra) drenaj məqsədi ilə seton məşqi zamanı o, qopmuş və həkimə erkən müddətlərdə müraciət olunmadığı üçün yara infeksiyalaşmış və nəticədə yara ikincili sağalmış və residiv baş vermişdir. Digər xəstələrdə residiv halları rast gəlməmişdir. III^a yarımqrupunun 2, III^b yarımqrupunun isə 1 xəstəsində erkən dövrdə obturatorun düşməsi səbəbindən yara infeksiyalaşmış və nəticədə yara ikincili sağalmış və xəstəliyin residivi inkişaf etmişdir. Obturator təsbit olunmuş nahiyədə selikli qişanın basqı hesabına qan təchizinin pozulması baş vermiş, sonuncu nekrozlaşmış, nəticədə plug-ın hermetikliyini pozulmuşdur. Bu səbəbdən obturator erkən müddətlərdə düşmüşdür. Belə olduqda təkrar obturator yeridilənə qədər düz bağırsağın möhtəviyyatının fistul yoluna reflüksü səbəbindən residivvermə ehtimalı arta bilər. Həmin xəstələrdə fistul yoluna nəzarət məqsədi ilə kövşək seton yerləşdirilmiş, sonra AFP təkrar tətbiq olunmuşdur.

II^a yarımqrupunun 1 xəstəsində I dərəcəli, 1 xəstəsində isə II dərəcəli ASÇ meydana çıxmışdır. II^b yarımqrupununda I dərəcəli ASÇ 4, II dərəcəli ASÇ isə 1 xəstədə baş vermişdir. ASÇ-nin səbəbi sfinkter əzələlərinin sıxılması ilə əlaqələndirilmişdir. Bu xəstələrdə cərrahi əməliyyatdan 15 gün sonra kontrol müayinə zamanı anal refləks zəifləməsi aşkar edilmişdir. Bu müddətdə anal sfinkterometriya aparılmış, əlverişli nəticələr alınmışdır (4.2 sayılı cədvəl). Wexner inkontinensiya anketi əsasında aparılmış sorğunun nəticələri də qənaətbəxş olmuşdur. Belə ki, I dərəcəli ASÇ olan xəstələrdə Wexner inkontinensiya balı (n=5) orta hesabla 2.2 ± 4.0 , II dərəcəli ASÇ olan xəstələrdə (n=2) isə müvafiq surətdə 6.4 ± 0.3 olmuşdur.

PARAREKTAL FİSTULLARA GÖRƏ XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏN SONRA UZAQ NƏTİCƏLƏRİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Pararektal fistullar və onların residivlərinin cərrahi müalicəsinin uzaq nəticələri cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların, ambulator müalicə prosesinin müddətinin, residivlərin, anal sfinkter aparatının funksional vəziyyətinin kəmiyyət göstəricilərinin əsasında öyrənilmişdir. Həmçinin cərrahi ağırlaşmaların, xəstəliyin residiv(lər)inin və anal sfinkter çatmazlığının səbəbləri təhlil edilmişdir. Uzaq nəticələrin öyrənilməsi anket sorğusu ilə, hər növbəti çağırış, kontrol müayinəsi zamanı və

xəstənin geniş müayinələrinin nəticələri əsasında yerinə yetirilmişdir. Anket sorğusu bilavasitə, telefon, watch cap və e-mail vasitəsilə aparılmışdır. Residiv və düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin öyrənilməsinə əsas diqqət yönəldilmişdir. Anorektal funksiyaların göstəriciləri Wexner inkontinensiya sorğu anketi, anal refləks və anal sfinkterometriya vasitəsilə öyrənilmişdir.

Tərəfimizdən cərrahi müalicə olunmuş pararektal fistullu 154 xəstədən 127-i (82.5 %) 6 aydan 2 ilədək dövrdə nəzarətdə saxlanılmışdır. 12 xəstə ilk kontrol müayinə zamanı əməliyyatın nəticələrindən məmnunluğunu bildirmiş, daha sonrakı çağırışlara gəlməmişlər. Digər xəstələr (15 xəstə) müxtəlif səbəblərə görə (uzaq bölgələrdə yaşama, özgə ölkələrə köçmə və s.) rabitə və təmas yaratmaq mümkün olmamışdır.

Xəstələrin postoperativ ambulator müalicə müddətlərinin təhlilinin nəticələrinə görə bu müddət I qrupun xəstələrində ən qısa (4-8 həftə, ortalama 40.5 ± 3.2), III (10-12 həftə, ortalama 75.8 ± 11.3) və II (12-20 həftə, ortalama 98.2 ± 12.7) qruplarında isə ən çox olmuşdur.

I qrupun 18 xəstəsində (25.0 %) ASÇ rast gəlməmişdir. Onların 10-da (13.9%) I (qazların saxlanılmaması), 6-da (8.3%) II (qazların və duru nəcisin saxlanılmaması), 2-də (2.8%) III dərəcəli (qazların və bərk nəcisin saxlanılmaması) ASÇ müşahidə edilmişdir. Müvafiq olaraq, I dərəcəli ASÇ II qrupun 2 (3.3%) (II^a -1, II^b -1), II dərəcəli ASÇ isə 5 xəstəsində (8.2 %) (II^a -1, II^b -4) qeyd edilmişdir. III qrupun xəstələrində ASÇ hadisələri olmamışdır. Wexner inkontinensiya sorğu anketinin nəticələri qruplar üzrə öyrənilmişdir. Ən əlverişsiz göstəricilər I qrupa aid ASÇ olan xəstələrdə müəyyən edilmişdir. Bu xəstələr cərrahi müalicənin nəticələrindən məmnun qalmamışlar. Həmin xəstələrdə cərrahi müalicədən 6 ay sonra şkalanın göstəricilərinə görə toplam bal 196 (ortalama 10.9 ± 1.4), müvafiq surətdə, II qrupda toplam 53 bal (ortalama 7.6 ± 0.4) olmuşdur.

I və II dərəcəli ASÇ olan xəstələr 9 həftə ərzində 12 seansdan ibarət standartlaşmış fizioterapiya proqramına (elektromiostimulyasiya və biofeedback terapiya) yönləndirilmişdir. Konservativ fizioterapevtik müalicə kursunun sonunda bütün xəstələrdə normaya yaxın sfinkterometrik göstəricilər əldə edilmişdir.

I qrupun yalnız 1 xəstəsi III dərəcəli ASÇ-na görə cərrahi əməliyyat (sfinkteroplastika) olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə standartlaşmış fizioterapiya kursu aparılmışdır.

1 il sonra Wexner şkalasının göstəriciləri I qrupda (n=12) toplam 109 bal (ortalama 9.1 ± 0.5), müvafiq surətdə, II qrupda (n=3) toplam 20 bal (ortalama 6.7 ± 0.3) təşkil etmişdir.

Fistulun residivi I qrupun 15 xəstəsində (25.2 ± 6.2 %) baş vermişdir. Əsas səbəblər yuxarı lokalizasiyalı pararektal fistullu 7 xəstədə pararektal toxumanın irinliyinin qeyri-adekvat drenajı, 8 xəstədə isə əməliyyat zamanı texniki qüsurlara yol verilməsi olmuşdur. Nəticədə əməliyyat yarası ikincili sağalmış və residiv formalaşmışdır. Təkrar əməliyyat tam sağalma tamamlanmışdır. II qrupun 4 və III qrupun 3 xəstəsində erkən dövrdə residiv meydana çıxmışdır. Residivin səbəbi II^a yarımqrupunda kövşək setonun qopması (xəstələr həkimə gec müraciət etmişlər) olmuşdur. III qrupun hər 2 yarımqrupunun xəstələrində isə obturatorun (plug-in) selikli qışaya fiksasiya olunduğu hissəsinin nekrozu hesabına yara ikincili sağalmış və nəticədə residiv baş vermişdir. Bu qrupların xəstələrində uzaq dövrdə residiv hadisələri rast gəlməmişdir.

Beləliklə, II və III qruplarda birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin cərrahi müalicəsi prosesində düz bağırsağın qapayıcı sfinkter aparatına qoruyucu (aztravmatik) cərrahi yanaşma hesabına onun göstəriciləri, o cümlədən uzaq postoperasion nəticələr xeyli əlverişli olmuşdur. Bütün bunlar pararektal fistulların klinik situasiyadan asılı ola haq adekvat cərrahi əməliyyat üsulunun seçilməsinin, rasionel cərrahi texnikanın tətbiqinin və düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional pozğunluqlarının kompleks konservativ (fizioterapevtik) müalicəsinin səmərəli olduğunu bir daha sübut edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Pararektal fistulların (yuxarı trans-, ekstrasfinkter və supralevator lokalizasiyalı) diaqnostikasında endorektal USM və MRT müayinə üsullarının tətbiqi fistul yollarının 98 % hallarda tam vizualizasiyasını yaratmış və əməliyyatözü dövrdə fistulun “xəritə”sini dəqiqliklə çəkmək mümkün olmuşdur.

2. Pararektal fistulların ənənəvi üsullarla cərrahi müalicəsindən sonra residivlər 25% (18 xəstə), anal inkontinensiya 20.8% (15 xəstə) qeyd olunmuşdur.

3. Yuxarı trans-, ekstrasfinkter və supralevator pararektal fistulların təkmilləşdirilmiş seton müalicəsindən sonra xəstələrin 93.4 %- sağalmış, nəzarət qrupu ilə müqayisədə residivlərin tezliyi 14.2 %-ə qədər

azalmış, fibrin yapışdırıcı ilə hopdurulmuş plug tətbiqindən sonra residivlərin tezliyi 10.7 % azalmışdır.

4. Azinvaziv əməliyyat üsulları kimi seton tətbiqindən sonra anal inkontinensiya hadisələri 9.3 % azalmış, plug tətbiqindən sonra isə bu ağrılaşma rast gəlməmişdir.

5. Azinvaziv cərrahi müalicədən sonra düz bağırsağın qapayıcı apara-tının funksional göstəriciləri xeyli yaxşılaşmışdır: anal sfinkter əzələlərinin maksimal gücü (sfinktrometriya üsulu) kişilərdə I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığında 487.3 ± 31.6 q, II dərəcəlidə 398.7 ± 24.2 q, III dərəcəlidə 217.6 ± 12.7 q; qadınlarda isə müvafiq surətdə 439.1 ± 21.3 q, 306.8 ± 12.9 q və 231.6 ± 14.3 q olmuşdur.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Pararektal fistulların klinik-anatomik formalarının dəqiq diaqnostikası və düz bağırsağın qapayıcı sisteminin funksional vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsi üçün əməliyyatönu dövrdə rektormanoskopiya, fistuloqrafiya, endorektal ultrasəs müayinəsi, anal sfinkterometriya, anal reflekslərin yoxlanması və MRT müayinələrindən ibarət diaqnostika kompleksinin aparılması tövsiyə edilir.

2. Residiv, mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsində kövşək və kəsici setonun birmomentli qoyulması məqsədəuyğundur. Fistul yolunun sanasiyasından sonra 2 ədəd 5.0 ipək sap fistul yoluna salınır və onlardan biri sfinkter əzələlərini əhatə edəcək şəkildə sıxılaraq bağlanır. Nəticədə fistul yolunun eyni zamanda daimi drenajı təmin olunur və daxili dəliyin daha erkən müddətlərdə enməsi baş verir.

3. Pararektal fistulların müalicəsində azinvaziv və sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyat üsulu kimi fistul yolunun cərrahi sanasiyasından sonra onun fibrin yapışdırıcı hopdurulmuş bioloji tıxacla (plugla) qapadılması məsləhət görülür. Bu halda tıxacın qopması, miqrasiyası minimuma enir və residivlərin qarşısı alınır.

Dissertasiya mövzusu üzrə çap olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Anal fistulların müalicəsində kəsici setonun tətbiqi //ə.e.x., t.e.d., prof. Həsən Abbas oğlu Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2012, –s. 70 (həmmüəl.: Əliyev E.A., İmanova S.S., Hümətov A.F.)
2. Anal fistüllerin tedavisində gevşek setonun uygulanması: erken sonuçların öğrenilmesi // XVIII Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir, 23-27 Mayıs 2012., PB-528 [Kolon ve Rektum Cerrahisi, Proktoloji ve Pelvik Taban Hastalıkları] Poster Bildiri., (həmmüəl.: Aliyev E.A.)
3. Travmatik sfinkter yetmezliğinde rektum kapanma mekanizmasındaki fonksiyonel değişiklikler // XIV Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi., 15-19 Mayıs., 2013, Antalya., Kolon Rektum Hast Derg, Mart 2013, Volum 1 Ek. say – 240. - P – 277 Poster Sunum. (həmmüəl.: Aliyev E.A., İmanova S.S., Qaraqov F.M., Xudiyeva M.İ.)
4. Ekstrasfinkter anal fistüllerin cerrahi tedavisi // XIV Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi., 15-19 Mayıs., 2013, Antalya., Kolon Rektum Hast Derg, Mart 2013, Volum 1 Ek. say – 112-113. - P - 12 Poster Sunum. (həmmüəl.: Aliyev E.A., Sultanova S.H.)
5. Pararektal fistulların müalicəsi // Tibb e.d., prof. B.M. Aşurovun 70 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı -2013, –s. 33 (həmmüəl.: Əliyev E.A., İmanova S.S.)
6. Anal inkontinensiyalı xəstələrdə müalicə taktikasının seçilməsi // Tibb e.d., prof. B.M. Aşurovun 70 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2013, –s. 50 (həmmüəl.: Əliyev E.A., Abbasov A.H., Sultanova S.H.)
7. Comparative assessment of the effectiveness of ligature and sphincter – conservative methods of surgical treatment of complex pararectal fistulas // XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterol kongresi. Bakı. 2013, -s. 281-2. (həmmüəl.: Rustam A.M., Amirov T.J., Əliyev R.Y., Əliyev T.G.)
8. Choice of treatment strategy and volume in patients with anal incontinence // XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterol kongresi. Bakı, 2013, -s. 245-2. (həmmüəl.: Əliyev E.A., Sultanova S.H., Abbasov A.H., Əmirov T.C.)
9. Perianal fistulların diaqnostikası və cərrahi müalicə üsulunun seçilməsi // ə.e.x., t.e.d., prof. Bəybala Xutkar oğlu Abasovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın

- materialları. Bakı, 2013, –s. 17. (həmmüəl.: Əliyev E.A., İmanova S.S., Namazov A.E., Hümətov A.F., Xudiyeva M.İ.)
10. Pararektal fistulların sfinkter qoruyucu cərrahi müalicəsi // ə.e.x., Tibb e.d., prof. Bəybala Xutkar oğlu Abasovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2013, –s. 26. (həmmüəl.: Əmirov T.C., Rüstəm Ə.M.)
 11. Rekürrens anal fistüllerin tedavisinde cerrahi seçim // XIX Ulusal Cerrahi Konqresi, Antalya, 16-20 Aprel, 2014, PS-0647 [Gastrointestinal cerrahi] – Poster Sunum. (həmmüəl.: Aliyev E.A., İmanova S.S., Rüstəm A.M., Xanaliyeva Z.Z., Abbasova S.Y., Xudiyeva M.İ.)
 12. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələri // Cərrahiyyə, №2, (38), 2014, Səh. 78 – 92 (həmmüəl.: E.A.Əliyev.)
 13. Pararektal fistulların azinvaziv cərrahi müalicəsi //Azərbaycan Tibb Jurnalı, №2 , 2014, Səh. 5 – 7. (həmmüəl.: Sultanov H.A., Əliyev E.A.)
 14. Pararektal fistullarda “seton“ tətbiqinin nəticələri //Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nəaliyyətləri, №2, 2014, -s. 186–190.
 15. Mürəkkəb pararektal fistulların müasir diaqnostikası və azinvaziv cərrahi müalicəsinin nəticələri // Sağlamlıq, 2015. № 1, -s. 38–45
 16. Применение fistula plug с фибриновым клеем при лечении свищей прямой кишки // Айдынова П. Р., Алиев Э.А. Клінічна хірургія, 2015, № 5, -с.17-19
 17. Применения сетона в хирургическом лечении сложных параректальных свищей // Материалы Международного объединенного Конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса (сборник тезисов), 16-18 апреля 2015 г., Москва, Колопроктология, 2015, №1, (51) (приложение), -с.14. (соавт.: Алиев Э.А.)
 18. Современный подход к хирургическому лечению свищей прямой кишки // Материалы Международного объединенного Конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса (сборник тезисов), 16-18 апреля 2015 г., г. Москва, Колопроктология 2015, № 1 (51) (приложение), -с. 14. (соавт.: Алиев Э.А., Салахова С.Ш., Аббасов А.А., Худиева М.И.)
 19. Pararektal fistulların azinvaziv cərrahi müalicəsi // Azərbaycan xalqının ümummillı lideri Heydər Əliyevin anadan olmasının 92-ci

- ildönümünə həsr olunan ATU rezidentlərinin III elmi-təcrübi konfransın materialları, -s. 101., 14 -15 may, 2015, Bakı. (həmmüel.: Əliyev E.A., Əliyeva M.E.)
20. Kompleks anal fistül tedavisində deneyimlerimiz // XV Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi., 19-23 May, 2015, Antalya., Kolon Rektum Hast. Derg., mart, 2015, Volum 1 Ek. say 61. - SPB - 05 Seçilmiş Poster Bildiri. (həmmüel.: Əliyev E.A., İmanova S.S., Xanaliyeva Z.Z., Xudiyeva M.İ.)
 21. Anal kanalın strikturası və sfinkter çatmazlığı olan xəstələrdə cərrahi taktika // Tibb e.d., prof. Əliağa Məmməd oğlu Əlizadənin 100 illik yubileyinə həsr olunmuş iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2015, -s. 51. (həmmüel.: Əliyev E.A., Rəfiyev S.F., Qapaqov F.M., Namazov A.E.)
 22. Mürəkkəb pararektal fistulların MRT diaqnostikası: göstərişlər və üstünlükər // Tibb.e.d., prof. Ə.Ə. Məmmədovun 60 illik yubileyinə həsr olunmuş iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2015, -s. 40-42. (həmmüel.: Əliyev E.A.)
 23. Pararektal fistulların MRT diaqnostikası: göstərişlər, üstünlüklər və qüsurlar // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2016, № 2, s. 13-17 (həmmüel.: Əliyev E.A., Rüstəm Ə.M., Bayramov R.B., Nəcəfov S.R.)
 24. Pararektal fistulların azinvaziv cərrahlığı: praktik təcrübəmizin nəticələri // Cərrahiyyə, 2016, № 3, s. 78-87 (həmmüel.: Əliyev E.A.)
 25. Ekstrasfinkter perianal fistulların müalicəsində kəsici və kövsək setonların müstərek tətbiqi // Təbabətin aktual problemləri., ATU əməkdaşlarının elmi – tədqiqat işlərinin yekunları əsasında tərtib edilib. Bakı, 2017, səh. 17. (həmmüel.: Əliyev E.A., Rüstəm Ə.M., İmanova S.S., Hümmətov A.F., Namazov A.E.)
 26. Pararektal fistulların azinvaziv cərrahlığı: praktik təcrübəmizin nəticələri // Azərbaycan xalqının ümummilli lideri Heydər Əliyevin anadan olmasının 94-cü ildönümünə həsr olunan ATU rezidentlərinin V elmi-təcrübi konfransın materialları, -s. 101., 11 - 12 may, 2017, Bakı. (həmmüel.: Əliyev E.A., Bayramova E. M., İmanova S.S.)
 27. Mürəkkəb pararektal fistullara yanaşma //Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nəaliyyətləri, 2017, №2, çapa qəbul edilmişdir (həmmüel.: Əliyev E.A., Şirinova X. N.)

ПАРВАНА РОВШАН кызы АЙДЫНОВА

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

РЕЗЮМЕ

Исследование проведено у 154 больных (101 мужчин; 65,6%), направленное на дифференциальный подход хирургического лечения параректальных свищей, применение усовершенствованного сетона и биологического plug-a для улучшения результатов хирургического лечения и сокращения сроков реабилитации. Первичные рецидивные свищи были у 117 (76%), вторичные – у 37 (24%) больных.

Больные были подразделены на 3 группы: I группа – контрольная, в которую включили 72 больных (46,8 %). Этим больным лечение проведено традиционным хирургическим методом, результаты лечения были оценены ретроспективно. II группа – цетоновая группа – 61 больной (39,6 %), III группа – группа plug-a 21 больной (13,6 %). В I группе у 25 больных (34,7%) в заживлении раны наблюдались осложнения.

Во II группе предложенная нами методика одномоментного применения дренирующего и режущего сетона применено у 31 больных (50,8 %) с параректальными свищами: 17 с верхне транс- (54,8 %), у 11 с экстрасфинктерными (35,5 %) и у 3 супралевавторными (9,7 %). Внутриоперационных осложнений не наблюдалось. В III группе у 21 больного после кюретажа свищевого хода, разместили биосинтетический и биологического plug-a. У 18 больных I группы (25,0 %) наблюдалась анальная инконтиненция, у 15 (20,8%) был рецидив. Эти показатели во II группе соответственно встречались у 7 (12,1 %) и у 4 (6,9 %) больных. В III группе анальная инконтиненция не встретилась, лишь у 3 больных (15 %) наблюдался рецидив болезни.

Таким образом, в отличие от традиционного хирургического метода лечения, во II и III исследовательских группах примененные методики не нарушающие целостность сфинктора, значительно снизили рецидивы и нарушение функциональных показателей сфинктора.

PARVANA ROVSHAN AYDINOVA

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF FISTULA IN ANO

SUMMARY

The aim of this study is improving the results of surgical treatment and to reduce the time of patients rehabilitation with applying differensial approach to each patient, using seton and biological plug. In study were included the results of surgical treatment 154 patients (101 of them were men, 65,6%). At 117 patients (76%) were primary fistulas and at 37 cases (24%) were observed econdary fistulas.

According to the investigation patients were devided into 3 group. First (control) group included 72 patients (46.8 %). At this patients was used traditional methods investigation and treatment, the results of treatment were evaluated retrospectivevely. In the II (seton) group were included 61 (39.6 %) patients, in the III (plug) group 21 - (13.6 %). In the I group complications were observed at 25 patients (34,7%).

In the II group at the 31 patients (50,8%) with extrasphincter -11 (35,5%), high transsphincter- 17 (54,8%) and supraleuator-3 (9,7%) fistulas we have used our own methid with imputing at the same time loose and cutting setons. Postoperaive complications were not observed. At the 21 patients in III group after cleaning the fistula tract biological plug was putted. After operation at the 18 patients (25,0%) in I group were anal incontinence, at the 15 (20,8%) patients was recurrence of fistula. This signs in II was 7 (12,1 %) and 4 (6,9 %) t şkil etmiřdir. In the III group we have not observed anal invontinence, recurrence was at the 3 patients (15%).

Thus, unlike of traditional treatment methods, sphincter-preserving operation methods at the II and III research groups allow to save the function af anal sphincters, to decrease the rate of recurrence and in fine to improve the results of surgical treatment of fistula in ano.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

На правах рукописи

ПАРВАНА РОВШАН кызы АЙДЫНОВА

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ**

3213.01 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

Диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине