

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZIRLIYI
AKADEMİK M.A.TOPÇUBAŞOV ADINA
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ**

Əlyazma hüququnda

TELMAN CƏLAL OĞLU ƏMİROV

**MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN
CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏN SONRA
TİBBİ REABILİTASIYA**

3213.01 – “Cərrahlıq”

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın**

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

BAKİ – 2015

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbərlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, ə.e.x, professor

H.A. Sultanov

Tibb üzrə elmlər doktoru, ə.e.x, professor

Ə.V. Musayev

Rəsmi opponentlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor.

M.M. Məmmədov

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor.

M.M. Kərimov

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

Dissertasiyanın müdafiəsi “17___” 06___ 2015-ci il tarixdə akademik M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD.03.061 Dissertasiya Şurasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ.1122, Bakı ş., Şərifzadə küç, 196, konfrans zalı

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

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

FD.03.061 Dissertasiya Şurasının
elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru,

İ.İ. Kazımov

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİZTİKASI

Problemin aktuallığı. Mürəkkəb pararektal fistullar düz bağırsağın bütün fistullarının 30%-ni təşkil edir və xəstələrin həyatının keyfiyyətini aşağı salırlar (Г.И.Воробьев с соавт., 2001; Ю.В.Дульцев и К.Н.Саламов, 1981; А.С. Бородин, 2006). Xroniki paraproktitli xəstələr stasionar cərrahi xəstələrin 0,5-4%-ni, düz bağırsaq xəstəliklərinin 30-35%-ni təşkil edir (А.М. Аминев, 1973; А.А. Заремба, 1987; В.Д. Федоров с соавт, 1994; К.А. Жакипбаев, 1998; S. Athanasiadis, 1995; T. Kruzliak et al., 1998 и др.). Bu xəstəlik kişilər, xüsusilə gənc yaşlı şəxslər arasında daha çox yayıldığından onların əmək qabiliyyətinə mənfi təsir etməklə böyük sosial əhəmiyyət daşıyır.

Praktik ümumi cərrahların bu patologiya ilə kifayət qədər tanış olmaması xəstəliyin əlverişsiz nəticələrinin həcmnin artmasının mühüm səbəblərindən biridir. Bu xəstəliyə görə cərrahi əməliyyat olunmuş xəstələrin 6-8%-də anal sfinkter əzələlərinin çatmazlığı, 17-36%-də anal dəlik nahiyəsində diskomfort, 13-20%-də yara nahiyəsinin irinli-iltihabi ağırlaşmaları inkişaf edir (В.Л. Ривкин, 2003; А.М. Мадаминов и др., 2003). Əksər tədqiqatçıların məlumatlarına görə düz bağırsağın fistulları ilə əlaqədar cərrahi əməliyyatlardan sonra 10-13% xəstələrdə əməliyyat yarasının irinləməsi, 1,5-10,2% hallarda xəstəliyin daha ağır gedişli residivi, 1,5-27,9% hallarda isə anal sfinkter çatmazlığı inkişaf edir (А.М. Аминев, 1973; Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов, 1981; Л.У. Назаров с соав., 1995; К.Н. Саламов, Л.Ф. Подмаренкова, 1989; R. Detry et al. и др., 1994). İntra- və transsfinkter fistullara görə cərrahi əməliyyatlardan sonra 1,8-22,4% xəstələrdə anal dəlik nahiyəsində və perianal bölgədə diskomfort halları baş verir (Л.В.Полуэктов с соавт, 2001).

Pararektal fistulların, xüsusilə mürəkkəb fistulların kompleks cərrahi müalicəsindən sonra residivvermə halları, əməliyyatdan sonrakı sfinkter çatmazlığı, kobud, deformasiyaedici perianal çarıqlaşmalar, hətta pektenoz kimi əzabverici ağırlaşmaları müşahidə edilməkdədir (Sultanov H.A., 1986; Ан В.К., Чубарова Е.Е., 2006). Bu ağırlaşmalar fistul yolunun anatomik müxtəlifliyi, fistul yolunun şaxələnməsi, gedişinin fərqliliyi ilə əlaqədar olaraq operativ müalicə üsullarının çoxluğu, optimal əməliyyat üsulunun seçilməsinin çətinlikləri, seçilmiş əməliyyat üsulunun qeyri-adekvat, mükəmməl icra olunmaması, fistul yolunun, fistulun şaxələrinin, fistulətrafi irinliyin, həmçinin daxili dəliyin tam xaric edilməməsi, xarici və daxili sfinkter əzələlərinin rolunun qiymətləndirilməməsi və ya onların anatomik xüsusiyyətlərinin öyrənilməməsi hesabına ciddi operasion (yatrogen) zə-

dələnmələri, kəsilmələri nəticəsində baş verir. Belə ki, cərrahi əməliyyatdan sonra 3-9% hallarda residivlər meydana çıxır (İsgəndərov Q.B.1998; Mustafyev X.A., 2002; Султанов Г.А., 1986; Ан В.К., Чубарова Е.Е., 2006; Брискин Б.С., Полонский А.И.,1994; Гришин К.Н., Есин В.И., 2006; Додж М., Кината К., Стинсон К., 2000). Fistul yolunun sadəliyindən və ya mürəkkəbliyindən, cərrahi əməliyyatın keyfiyyətsizliyi və b. səbəblərdən 4-62% hallarda anal sfinkter çatmazlığı (Илларионов В.Е., 1992) inkişaf edir. Mürəkkəb fistulların operativ müalicəsindən sonra əsas etibarlı ilə anal sfinkter əzələlərinin çatmazlığı baş verir. Bu təbii ki, fistul yolunun sfinkterdaxili (transsfinkter fistullarda) və sfinkterə yaxın (ekstrasfinkter fistullarda) hissələrinin geniş sahədə kəsilməsi və ya zədələnməsi ilə əlaqədardır (Алиев Э.А., 2000; Жакилбаев К.Л., Мун Н.В., 1997; Жуков Б.Н., Исаев В.Р., 2005). Suprlevator gedişli dərin fistullara görə levator əzələsinin bu və ya digər səviyyədə kəsilməsi (zədələnməsi) funksional dəyişikliklərə səbəb olmasa da belə fistullara görə əməliyyat edilmiş xəstələrin anal sfinkter əzələləri differensiasiya olunmadan kəsilir. Belə hadisələr xüsusilə fistul yolunun xarici dəliyə yaxın pararektal hissəsinin sfinkter əzələlərinin yaxınlığından keçdiyi zaman baş verir (Мамедов Н.И., 2009; Дрыга А.В., 1993; Oliver I., Lacueva J., Perez V.F., 2003; Sonoda T., Piedmonte M.R., Fazio V.W., 2002).

Fistul yolu boyunca və əməliyyat yarasının yerində, o cümlədən anal dəliyə yaxın sahədə kobud çarıqların və bitişmələrin əmələ gəlməsi xəstələri narahat edən ciddi ağırlaşmalardandır. Kobud, deformasiyaedici, hipertrofik, az hallarda keloid çarıqlar və pektenoz (anal dəliyin müxtəlif səviyyəli daralması) xəstələrin rahatsızlığını daha da artırır. Bu ağırlaşma baş vermiş xəstələrdə anal qaşınma hallarının, perianal ağrı sindromunun, anal çatın daha tez-tez müşahidə edilməsi xəstələrin ümumi vəziyyətini daha da ağırlaşdırır, bir sıra hallarda psixonevrotik dəyişikliklərin (pozğunluqların) inkişafına, hətta əmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb olur (Novruzova Sh.A., Musayev Kh.N., Shukurov M.A., İsmayilova K.R., 2008; Ан В.К., Чубарова Е.Е., 2006; Ходунин А.Д., Алипьев В.Ю., Сорокин А.Б., 2000; Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I., 2004; Parks A.G., Gordon P.H., Hardcastle J.D.,1976; Sentovich S.M., 2001; Tocchi A., 1997).

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və cərrahi müalicədən sonra xəstələrin tibbi reabilitasiyası problemi hər zaman aktuallığını

saxlamaqdadır (Ан В.К., Чубарова Е.Е., 2006; Козлов В.А., Буйлин В.А., 1998; Коновур Е.Ф., Мурадов Б.Х., 1995). Bu dövrdə bütün hallarda cərrahi müalicə və tibbi reabilitasiya prosesi infeksiyanın qarşısını almağa, reparativ proseslərin stimulyasiyasına, əməliyyat yarasının sağalmasının sürətləndirilməsinə, incə çapıqın formalaşmasına yönəlməlidir. Bu məqsədlə fiziki və fiziki-yerli müalicə metodlarının səmərəli seçimi və istifadəsi daha məqsədəuyğundur. Xüsusilə az intensivlikli lazer şüalarının yerli tətbiqinin nəticələrinin öyrənilməsi, şüa terapiyasının optimallaşdırılması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqatın məqsədi. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə postoperasion yerli kvant terapiyasının tətbiqi hesabına cərrahi müalicədən sonrakı ağırlaşmaların qarşısının alınması ,xəstələrdə tibbi reabilitasiyanın nəticələrinin yaxşılaşdırılması.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Mürəkkəb pararektal fistulların ənənəvi operativ müalicə üsullarının əlverişsiz nəticələrinin səbəblərinin araşdırılması;
2. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə əməliyyatözü hazırlıq dövründə yerli müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və cərrahi əməliyyatın səmərəliliyinin artırılması üçün optimal hazırlığın təmin edilməsi;
4. Əməliyyatözü dövrdə fistulətrafi iltihabın və əməliyyat yarasının yerli kvant müalicəsi üsulunun işlənilib hazırlanması və klinik tətbiqi;
5. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması hesabına xəstələrin erkən tibbi reabilitasiyasının təmin edilməsi.

Elmi yenilik. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə perioperasion yerli kvant terapiyasının yeri və rolu dəqiqləşdirilmiş, ambulator şəraitdə xəstələrin səmərəli tibbi reabilitasiyasının metodikası işlənmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti: Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə əməliyyatözü hazırlıq dövrünün gedişinin təkmilləşdirilməsi, perioperasion yerli kvant terapiyası, əməliyyat yarasının yerli müalicəsi nəticəsində xəstəliyin residivləri 7,8%-dən 2,5%-ə, irinli-iltihabi ağırlaşmaları isə 12,3%-dən 4,6%-ə qədər aşağı düşmüş, xəstələrin əmək fəaliyyətindən ayrılmadan qısa müddətlərdə, ambulator şəraitdə səmərəli tibbi reabilitasiyası təmin edilmişdir.

İşin tətbiqi. Tədqiqat işinin nəticələri Bakı şəhər BSI-nin Kliniki Tibbi Mərkəzin I-cərrahiyyə şöbəsinin gündəlik praktikasında istifadə edilir.

Dissertasiyanın müdafiəyə çıxarılan **əsas müddəaları:**

1. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrin kompleks müalicəsi prosesində perioperasion yerli kvant terapiyasının tətbiqi cərrahi ağırlaşmaların, residivlərin və irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasına, müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin yaxşılaşmasına, stasionar müalicə müddətinin azalmasına səbəb olur;
2. Perioperasion yerli kvant terapiyasının cərrahi əməliyyatönu və əməliyyatdan sonrakı hissələrinin ambulator şəraitdə aparılması mümkündür. Belə müalicə xəstələrin əmək fəaliyyətinin dayandırılmamasına, cərrahi müalicə və tibbi reabilitasiya məsrəflərinin azalmasına səbəb olur.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problemlı planı ilə əlaqəsi. Dissertasiya işinin mövzusu ATU-nun cərrahi xəstəliklər I kafedrasının elmi-tədqiqat planına daxildir (dövlət qeydiyyatı №0101Az00913)

İşin ilkin müzakirəsi: Dissertasiyanın ayrı-ayrı fraqmentləri aşağıdakı elmi yığıncaqlarda müzakirə edilmişdir: Professor İ.M. Məmmədovun-80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfrans (Bakı, 1999); IX Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresi (Bakı, 2007).

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, uşaq cərrahiyyəsi, travmatologiya və ortopediya, ağız boşluğu və plastik cərrahiyyə kafedralarının, Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Kliniki Tibbi Mərkəzinin əməkdaşlarının iştirakı ilə keçirilən kafedralarası yığıncaqda (10 iyun 2013-cü il) və akademik M.A.Topçubaşov adına ECM-in nəzdindəki FD03.061 Dissertasiya Şurası yanında Aprobasiya komissiyasında (22 noyabr 2014) məruzə və müzakirə olunmuşdur.

Publikasiya. Dissertasiya işinin mövzusuna aid 14 elmi iş (5 məqalə və 9 tezis) dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. İş 150 kompüter səhifəsində çap edilmiş, giriş, ədəbiyyat icmal, 5 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 250

mənəni (Vətən – 25, əcnəbi - 225) əhatə edir. Dissertasiya işi 26 cədvəl və 11 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur.

İşin məzmunu

Tədqiqat Kliniki Tibbi Mərkəzdə və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Kurortologiya və Fiziki üsullarla müalicə Elmi-tədqiqat Institutunda (Elmi bərpa mərkəzində) 2003-2008-ci illərdə 84 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr hər 2 cinsdən olmuş (71 kişi, 13 qadın), yaş həddi 17-70 (orta - 41,9±1,8) təşkil etmişdir (1 sayılı cədvəl).

Cədvəl 1

Xəstələrin cinsə görə paylanması

Qruplar Cins	Xəstələrin sayı					
	I qrup		II qrup		III qrup	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Kişi	25	33,8	25	33,7	21	16,2
Qadın	6	8,1	3	4,1	4	4,1
Cəmi	31	41,9	28	37,8	25	20,3

Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: I qrupa 31 (41,9%), II qrupa 28 (37,8 %), III qrupa 25 xəstə (20,3%) daxil edilmişdir:

I qrupun xəstələrində (nəzarət qrupu: 25 kişi, 6 qadın) xroniki paraproktitə və ya onun residivlərinə görə ənənəvi müayinə və müalicə üsulları aparılmışdır. II qrupun xəstələrinin (25 kişi, 3 qadın) üzərində ənənəvi diaqnostika və cərrahi müalicə aparıldıqdan sonra müalicə arsenalına pararektal sahənin və anal kanalın kvant terapiyası əlavə olunmuşdur; III qrupa aid xəstələr (21 kişi, 4 qadın) üzərində ənənəvi müayinələrlə yanaşı əməliyyatönu dövrdə və tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra perianal sahənin kvant terapiyası aparılmış, əməliyyat yarasının müalicəsində yerli olaraq məlhəmlər (solkoseril, levomekol, siprofloksasin tərkibli gel) istifadə edilmişdir.

Xəstələrin 83,8%-ni kişilər, 16,2%-ni qadınlar təşkil etmişdir.

Hər 3 qrupun xəstələrində xroniki paraproktitin və onun residivlərinin planlı qaydada ənənəvi diaqnostikası aparılmışdır: intrasfinkter fistul 23 (27,4±1,7%), transsfinkter fistul 47 (47,6±2,5%), ekstrasfinkter fistul 10 (21,4±1,3%), supralevator fistul 4 xəstədə (3,6±1,1%) müəyyən olunmuşdur (2 saylı cədvəl).

Cədvəl 2

Birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin fistul yolunun düz bağırsağın sfinkter əzələlərinə münasibətinə görə bölünməsi

Qruplar		Xəstələrin sayı			
		İntrasfinkter	Transsfinkter	Ekstrasfinkter	Supralevator
I	Mütləq	7	18	4	2
	%	22,6±2,1	58,1±2,6	12,9±1,3	6,45±1,1
II	Mütləq	8	14	4	2
	%	22,6±2,1	60,7±5,6	14,3±1,2	7,1±1,1
III	Mütləq	8	15	2	-
	%	25,8±1,5	48,4±2,2	6,45±1,0	-

Fistul yolunun mürəkkəblik dərəcəsi Саламов К.Н., Дульцев Ю.В. (1973) və Н.А. Сұлтановун təsnifatına (1991) əsaslanmaqla müəyyən edilmiş, xəstələr mürəkkəblik səviyyəsinə görə təsnif olunmuşdur.

Yanaşı xəstəlikləri müəyyən etmək üçün standart klinik-instrumental müayinələr aparılmış, müvafiq ixtisaslı həkimlərin konsultasiyası təmin edilmiş, əməliyyatdan əvvəl və sonra müalicə planına dəyişikliklər və əlavələr olunmuşdur.

Xroniki paraproktitli bütün xəstələrin müayinə planı tərtib edilmiş və klinik müayinələr həmin plan əsasında aşağıdakı ardıcılıqla yerinə yetirilmişdir.

Klinik müayinə üsulları:

1. Aralıq və anal dəlikətrafi nahiyələrə baxış, anal kanalın, düz bağırsağın terminal hissəsinin digital və bidigital (qadınlarda rektovaginal fistullara şübhə olduqda) müayinəsi, fistul yolunun düyməli zondla müayinəsi, köpüklü boya müayinəsi;

2. Anorektoskopiya, rektomanoskopiya və fibrokolonoskopiya;
3. Anal sfinkterometriya;
4. Fistuloqrafiya;
5. Aralığın yumşaq toxumalarının ultrasəs müayinəsi;
6. Endoanal(rektal) ultrasəs müayinəsi;
7. Kiçik çanağın, pararektal sahənin və aralığın KT və ya NMRT müayinələri.

Anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətini öyrənmək üçün A.M. Аминев-in yaylı sfinkterometrinin kafedramızın əməkdaşları (Sultanov H.A., Əliyev E.A., 2005) tərəfindən hazırlanmış modifikasiyası istifadə olunmuşdur.

Düz bağırsağın yumşaq toxumalarının ultrasəs vizualizasiyası üçün 5,5-7,5 MHz tezliklə işləyən transrektal ötürücülər istifadə edilmişdir. Düz bağırsaq ətrafı yumşaq toxumaların 5,5 MHz tezlikli linear tipli endorektal ötürücü ilə alınmışdır .

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə irinli-septik ağırlaşmaların profilaktikası, yaranın incə çapıq əmələ gətirməklə intensiv sağalması üçün yara nahiyəsinin kvant terapiyası aparılmışdır. Tədqiqat işində Rusiya Federasiyasının istehsalı olan “МИЛТА” kvant terapiyası aparatı istifadə edilmişdir. Yerli lazer terapiyası seanslarının aparılmasına xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq cərrahi əməliyyatdan 2-3 gün əvvəl başlanılmış, əməliyyatdan 1-2 gün sonra davam etdirilmişdir. Kurs müalicə 8-10 seansdan ibarət olmuş, gündə 1 müalicə seansı aparılmışdır. Müalicə seansları toxumaya birbaşa təmas şəraitində və məsafə saxlanılmaqla aparılmışdır. Lakin 1-3 qatlı tənzif sarğının üstündən də şüalandırma aparmaq mümkündür. Bu halda sarğı məlhəm və ya dərmanlarla hopdurulmamalı və quru olmalıdır. Lakin seansdan əvvəl sarğının götürülməsi, yaranın təmizlənməsi, qurudulması və sarğı qoyulmadan müalicənin aparılması məqsədə daha müvafiqdir. Başlıqda şüanın gücü 10 Vt, tezlik – 50-60 Hs, hər nöqtədə ekspozisiya 1-2 dəqiqə təşkil etmişdir. Azı 4 nöqtənin (yaranın küncələrindən 1-2 sm kənar nöqtələr) şüalandırılması optimal hesab olunur. Geniş yaralar olduqda şüalanma nöqtələrinin sayı 6-8-ə qədər artırılmışdır. Bir gün ərzində lazer şüasının enerjisi 37,5 C-dan çox olmamışdır. Bu icazə verilən dozadan (40 C) azdır.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələrə əsaslanmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı göstəricilər variasion sıraya düzülmüş və hər bir variasion sıra üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və

maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Qruplarda kəmiyyət göstəriciləri arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsul – Wilkokson (Manna-Withni) meyarı (W) istifadə olunmuşdur. Tədqiqat nəticəsində alınmış göstəricilərin pay miqdarı və onların faizlərinin orta xətası (m_p) hesablanmışdır.

Keyfiyyət analizi aparmaq üçün χ^2 –meyarından (Pirso-nun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur. Nisbi riskin azalması (NRA) göstəricisi aşağıdakı düsturla hesablanmışdır.

Aparılmış müayinələr nəticəsində hər bir qrupun xəstələrində xroniki paraproktitin aşağıda təsvir edilmiş topoqrafik-anatomik xarakteristikası və digər mühüm xüsusiyyətləri əldə edilmişdir.

Birincili fistul I qrupda 27, II qrupda 21, III qrupda 20 xəstədə müəyyən olunmuşdur. I qrupun 4, II qrupun 7, III qrupun 5 xəstəsində fistulun residivi üzə çıxmışdır. Sonuncu xəstələrdən 12-i xroniki paraproktitə görə 1, 3-ü 2, 1-i isə 5 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşlar.

Konkret olaraq, I qrupun 7 xəstəsində (22,6±2,1%) intrasfinkter, 18-də (58,1±2,6%) transsfinkter, 4-də (14,3±1,2%) ekstrasfinkter, 2-də isə (7,1±1,1%) supralevator fistul aşkar olunmuşdur; II qrupun 8 xəstəsində (28,8±2,3%) intrasfinkter, 14-də (50,0%) transsfinkter, 4-də (7,1±0,8%) ekstrasfinkter, 2-də (3,6±0,9%) isə supralevator fistul müəyyən edilmişdir; III qrupun 8 xəstəsində (25,8±1,5%) intrasfinkter, 15-də (48,4±2,2) transsfinkter, 2-də (6,45±1,0%) isə ekstrasfinkter fistul təyin olunmuşdur. Toplam olaraq, 23 xəstədə (27,4±2,3%) intrasfinkter, 47-də (59,5±4,6%) transsfinkter, 10-də (9,5±1,2%) ekstrasfinkter, 4-də (3,6±1,1%) isə levatorüstü fistul müəyyən edilmişdir.

Fistul yoluətrafi irinlik(lər) I qrupda 19 (61,3±3,5%), II qrupda 21 (75,0%), III qrupda 20 xəstədə (80,0%) müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrdə irinliy(lər)in lokalizasiyası, dərinlik səviyyəsi, fistul yoluna, sfinkter əzələlərinə münasibəti, həcmi öyrənilmişdir. Bu xüsusiyyətlərin dəqiqləşdirilməsi cərrahi taktukanın və cərrahi müalicə üsulunun həcmnin seçilməsində böyük üstünlüklər qazandırmışdır.

I və II qruplara aid mürəkkəb pararektal fistullu xəstələr ənənəvi üsullarla cərrahi müalicə olunmuşdur. Bu xəstələrin cərrah müalicəsi prosesində ümumi qəbul olunmuş əməliyyat üsulları seçilmişdir: fistul yolunun xaric edilməsi və qalıq boşluğun (sahənin) yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər tikilməsi; fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın hissəvi tikilməsi; fistul yolunun düz bağırsağa doğru kəsilməsi və daxili dəliklə birgə xaric

edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı; fistul yolunun xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi (dislokasiyası), perianal yaranın hissəvi seyrək tikilməklə yarımçıq saxlanması.

Pararektal toxumada irinli boşluq(lar), fistul yolunun ətrafında, anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformasiyaları olmadığı hadisələrdə (I qrupun 5 (22,6%), II qrupun 4 (14,5%) xəstəsi) fistul yolunun xaric edilməsi və qalmış sahənin tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Anal kanalda, fistul yolunun ətrafında geniş sahədə çapıq dəyişiklikləri, deformasiyaları, habelə pararektal sahədə irinli boşluq boşluqlar müəyyən edilmiş (əməliyyatönu USM və fistuloqrafiya vasitəsilə) transsfinkter fistullu 7 xəstədə (I qrup – 3, II qrup – 4) fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın hissəvi tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir.

Fistul yolunun anatomik xüsusiyyətləri, anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyəti (ASÇ-nın dərəcəsi), irinli boşluq(lar) və perianal çapıq deformasiyalarının mövcudluğundan asılı olaraq fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluq(lar)un açılması, sanasiyası və drenajı, sfinkter əzələsinin bərpası, qalıq boşluğun seyrək tikilməsi əməliyyatı icra edilmişdir. Fistul yolunun, onun şaxələrinin və irinli boşluq(lar)un xaric edilməsindən sonra perianal sahənin yarası seyrək tikişlərlə tikilmişdir. Yaranın yarımçıq saxlanılmasının məqsədi irinli boşluq(lar)un adekvat drenajının təmin edilməsindən ibarət olmuşdur. İrinli boşluğun drenajı üçün rezin buraxıcı həmin boşluğun dibinə qoyulmuşdur. Nəticədə irinli möhtəviyyətin adekvat evakuasiyası təmin olunmuşdur. Bu əməliyyat üsulu 6 xəstədə (I qrup -3, II qrup – 2) yerinə yetirilmişdir.

Transsfinkter fistullu 5 xəstədə (I qrup – 1, II qrup - 4) fistul yolunun daxili dəliklə birlikdə xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi və ya yandan yerdəyişməsi (dislokasiyası), perianal yaranın hissəvi seyrək tikilməklə yarımçıq saxlanması əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Anus divulsiya edilmiş, fistul yoluna hidrogen peroksid və metilen abısı məhlullarının bərabər nisbətdə qarışığı yeridilmiş, xarici dəlikdən düyməli metal (plastik) zond keçirilmiş, sonra fistul yolu sağlam toxuma hüduqlarında kəsilmiş və daxili dəliklə birgə xaric edilmişdir. Fistul yolu və onun əlavə şaxələri Folkman qaşığı ilə qaşınmış və 10%-lı yosept məhlulu ilə işlənmişdir. Sfinkter əzələsi 3/0 vikril sapla tikilmişdir. Selikli qişa endirilməklə və ya yana doğru

yerdəyişmə aparılmaqla daxili dəliyin fefekti qapanmışdır. Anal kanala levomekol məlhəmi ilə hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.

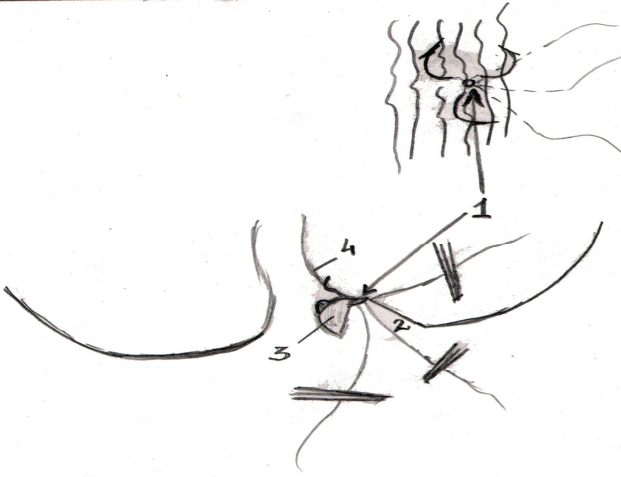
Ekstrasfinkter fistullar və onların residivi ilə xəstələrdə Рыжих А.Н. əməliyyatı, Аминев А.М. əməliyyatı, plastik əməliyyatlar və b. icra edilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi və xaric edilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanılması əməliyyatı ən çox (14 xəstədə) yerinə yetirilmişdir. Digər əməliyyatlar ümumilikdə 17 xəstədə icra olunmuşdur.

Suprlevator yerləşmiş fistul yolu ilə 3 xəstədə xarici dəlikdən başlamaqla fistulətrafi toxumalarda çapıq toxuması götürülmüş, fistul yolu çanaq diafraqmasına qədər ayrılmış, levator əzələlər kəsilmiş, irinlik cərrahi qaşıqla qaşınmış və 10%-li yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Daxili dəlik ətraf dəyişilmiş toxumalarla birgə xaric edilmiş, ayrı-ayrı tikişlərlə defekt qapadılmışdır. Əməliyyat yarası yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər spiralşəkilli tikişlərlə tikilmişdir. Əməliyyatın dərin hissəsi aşağıda təsvir edilmiş əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir.

III qrupun xəstələrində tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici cərrahi əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Zondla müayinə və köpüklü boya sınağından sonra fistul yoluna xarici dəlikdən daxili dəliyə qədər metallik (düzxətli olmayan fistullarda plastik) zond keçirilmiş, zond boyunca o, ətraf dəyişilmiş toxuma ilə birgə kəsilmiş və xaric edilmişdir. Fistul yolu sfinkter əzələlərinə qədər kəsilmişdir. Hemostaz təmin edildikdən sonra fistul yolunun sfinkterdaxili hissəsinə (ekstrasfinkterdaxili fistullarda isə sfinkterdənkənar hissəsinə) metallik (plastik) zond yeridilir və o, daxili dəlikdən düz bağırsağın mənfəzinə salınır. Zondun müşaiyətində fistul yolunun qalmış hissəsinə moskit-sıxıcı salınır və onun ucu düz bağırsaqdan çıxarılır. Balıqçı tilovunun 3 ədəd qarmağının əvvəlcədən 10-12 sm uzunluqda kəsilmiş ipləri moskit-sıxıcı ilə tutulur və yara səthinə çıxarılır (şək. 2 və 3). Qarmaqlar bərabərtərəfli üçbucağın bucaqları səviyyəsində, radial istiqamətdə elə yerləşdirilir ki, onlar fistulun daxili dəliyinin əks tərəfinə istiqamətlənsinlər. Bu vəziyyətdə hər 3 qarmaq cərrah tərəfindən arterial sıxıcı ilə selikli qişadan keçməklə dərin toxumalara sancılır. Assistent yara tərəfdən qarmaqların iplərini ayrı-ayrı sıxıcılara alır və radial istiqamətdə yaraya doğru dartır. Bu zaman fistulun qalmış hissəsi, sfinkter əzələləri daxili dəlik səviyyəsinə qədər yara səthinə gətirilir. Və beləliklə, fistulun dərinə yerləşmiş hissəsi səthə gətirildiyindən cərrahi fəndlərin

yerinə yetirilməsi asanlaşır, sfinkter əzələlərinin maksimal qorunması təmin edilir, fistul yolunun yalnız sfinkterdaxili hissəsi (ekstrasfinkter fistullarda sfinkterdən kənar dərin hissə) və ətraf çapıq toxuması xaric edilir. İplər yenidən dartılır, daxili dəlik əmələ gəlmiş defektdən yaraya gətirilir və haşiyəvi kəsiklə xaric edilir. Daxili dəliyin defektinə əməliyyat yarası tərəfdən tikiş qoyulduqdan (göstəriş əsasında) sonra sfinkter əzələləri bərpa edilir. Sonda irinli boşluq açılır, sanasiya və drenaj olunur. Əməliyyat yarası seyrək tikişlərlə tikilir. Əməliyyatın son mərhələsi anal kanal tərəfdən aparılır. Daxili dəliyin qalmış defekti selikli qısa səfərbər edildikdən sonra endirilməklə qapadılır. Əməliyyat yarasının sfinkterdən dəriyə qədərki hissəsinə dibdən səthə doğru spiralşəkili tikiş (3/0 vikril sapla) qoyulmaqla yara kapitonaj edilir. Əməliyyat yarasına 3/0 vikril və ya ketqut sapla seyrək tikişlər qoyulur. Anal kanala levomekol və ya Vişnevski məlhəmi ilə hopturulmuş trunda yeridilir, əməliyyat yarasına aseptik sarğı qoyulur.



Şək.1. Daxili dəliyin balıqçı tilovunun qarmaqları vasitəsi ilə əməliyyat sahəsinə yaxınlaşdırılması (sxematik təsvir): 1- daxili dəlik; 2 - əməliyyat sahəsi; 3 – sfinkter əzələləri; 4 - düz bağırsağın selikli qışası. Yuxarı təsvir – selikli qışanın öndən görünüşü (daxili dəliyin ətrafında qarmaqların yerləşdirilməsi)



Şək. 2. Qarmaqlar vasitəsilə daxili dəliyin əməliyyat yarasına yaxınlaşdırılması

Bu metodikanın digər üstünlüyü daxili dəliklə birgə sfinkter əzələlərinin səthə doğru dartılması hesabına pararektal toxumada təftişin və cərrahi sanasiyanın asanlaşmasından ibarətdir. Üsulun daha bir önəmli cəhəti sfinkter əzələsi zədələndikdə və ya bilərəkdən kəsildikdə onun bərpasının asan yerinə yetirilməsidir. 7 xəstədə fistul yolunun sfinkter hissəsi xaric edildikdən sonra sfinkter əzələlərinin zədələnmiş (qalmış) hissəsi 3/0 vikril sapla tikilmişdir.

Fistul yolunun göstərilən metodika ilə xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı əməliyyatı fistul yolunun ətrafında, fistulun sfinkterdaxili hissəsində (sfinkterə yaxın sahədə), anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformatsiyaları, habelə pararektal sahədə irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş (əməliyyatözü USM və fistuloqrafiya vasitəsilə) transsfinkter fistullu 16, ekstrasfinkter fistullu 8, supralevator fistullu 1 xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Supralevator yerləşmiş fistul yolu ilə xəstədə xarici dəlikdən başlamaqla fistulətrafi çapıq toxuması götürülmüş, fistul yolu çanaq diafraqmasına qədər ayrılmış, levator əzələlər kəsilmiş, irinlik təmizlənmiş və 10%-lı yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Bu əməliyyatın da daxili, dərin hissəsi əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir. Daxili dəlik ətraf dəyişilmiş çapıq toxuması ilə birgə xaric edilmiş, ayrı-ayrı tikişlərlə defekt tikilmişdir. Əməliyyat yarası dibdən səthə doğru spiralsəkilli tikişlərlə tikilmiş, arlığın dərisinə seyrək tikişlər qoyulmuşdur.

3 xəstədə əməliyyat yarasının irinləməsi, 2-də residiv baş vermişdir. I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı 3, II dərəcəli çatmazlıq isə 1 xəstədə rast gəlməmişdir. Əməliyyatdan öncə III dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı müəyyən edilmiş 4 xəstədən 3-də cərrahi müalicədən sonra çatmazlığın dərəcəsi II, 1-də isə I dərəcəli olmuşdur. II dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı müəyyən edilmiş 2 xəstədə çatmazlığın dərəcəsi I olmuşdur.

10 xəstədə (13,5±4,0%) erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə cərrahi ağırlaşma rast gəlməmişdir. I qrupda 5 (16,1±6,6%), II qrupda 3 xəstədə (15,4±10,0%) cərrahi ağırlaşmalar baş vermişdir (3 saylı cədvəl)..

Cədvəl 3

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Qruplar	Ağırlaşmanın xarakteri	Fistulun növü	
		Transsfinkter	Ekstrasfinkter
I (n=10)	Yaranın ikincili sağalması	2	2
	Anal diskomfort	2	1
	Perianal ağrı sindromu	3	2
II (n=6)	Yaranın ikincili sağalması	1	1
	Anal diskomfort	1	1
	Perianal ağrı sindromu	1	1

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinin diaqnostikası arsenalına kontrastlı USM-nin, perianal yaranın yerli müalicəsi prosesinə isə məlhəm müalicəsi ilə birgə infraqırmızı lazer terapiyası metodunun əlavə edilməsi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyini 16,1±6,6%-dən 6,7±6,4%-ədək azaltmışdır.

Klinik praktikada kompleks diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqindən sonra transsfinkter fistullu xəstələrin stasionarda qalma müddəti orta hesabla 5,8 ($p < 0,001$) gün, ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə isə 6,1 ($p < 0,001$) günə qədər qısalmışdır.

III qrupun xəstələrində tərəfimizdən təklif olunmuş əsərgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra yaranın solkoseril məlhəmi və kvant terapiyası ilə

müştərək müalicəsi aparılmışdır. Cərrahi müalicədən 3 gün sonra Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Fərəcova adına elmi-tədqiqat fiziki üsullarla bərpa institutunda əməliyyat yarasının kvant terapiyası aparılmışdır.

III qrupun transsfinkter fistul və onun residivinə görə 5 (33,3%) xəstəsində fistul yolunun ləğvi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qişanın dispoziyası (endirlməsi) və yarımaçıq saxlanmış perianal yaranın, 3 (20,0%) xəstəsində isə fistul yolunun xaric edilməsi və yara dibinin tikilməsi, ekstrasfinkter fistullu 3 (20,0%) xəstəsində fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajından sonra əməliyyat yarasının, 4-də (26,7%) isə fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, selikli qişanın endirlməsi, yarımaçıq saxlanmış əməliyyat yarasının yerli müalicəsində antiseptik və reparasiyaartırıcı müxtəlif məlhəmlər istifadə edilmişdir.

Klinik praktikada kompleks diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqindən sonra ağırlaşmaların tezliyi aşağı düşmüş, transsfinkter fistullu xəstələrin stasionarda qalma müddəti orta hesabla 5,8 ($p < 0,001$) gün, ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə isə 6,1 günə ($p < 0,001$) qədər qısalmışdır .

NƏTİCƏLƏR

1. Mürəkkəb pararektal fistulların ənənəvi operativ müalicə üsullarının əlverişsiz nəticələri fistulətrafi çapıq toxumasının kəsilməsi zamanı sfinkter əzələlərinin geniş porsiyalarının zədələnməsi, fistulun natamam xaric edilməsi və fistul ətrafi irinliklərin qeyri-adekvat sanasiyası ilə üzvi əlaqəlidir.
2. Əməliyyatözü dövrdə fistulətrafi iltihabın, cərrahi əməliyyatdan sonra perianal yaranın yerli kvant müalicəsi cərrahi əməliyyatın nəticələrinin yaxşılaşmasına səbəb olur.
3. Mürəkkəb pararektal fistullara görə təklif edilmiş əsirgəyici metodika sfinkter əzələlərini maksimal qorumaqla fistul yolunun dərin hissəsini, ətraf çapıq toxumalarını xaric etməyə imkan vermişdir. Bu anal sfinkter çatmazlığının rastgəlmə tezliyinin 12,7%-dən 8,9%-ə qədər aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur.
4. Mürəkkəb pararektal fistullara görə təklif edilmiş əsirgəyici sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyatdan öncə və sonra erkən müddətlərdə kvant terapiyası kursunun aparılması xəstələrin stasionar müalicə müddətini $3,9 \pm 0,4$ gün qısaltmağa, əlverişli tibbi teabilitasiya

nəticələri əldə etməyə imkan vermişdir. Belə ki, əmək qabiliyyətli xəstələrin əmək qabiliyyəti $7,2 \pm 1,3$ gün tez bərpa olmuşdur.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Mürəkkəb pararektal fistullara görə əməliyyatın dövrə fistulətrafi iltihabın, cərrahi əməliyyatdan sonra erkən müddətlərdə isə perianal yaranın yerli kvant müalicəsinin aparılması tövsiyə edilir.
2. Mürəkkəb pararektal fistullara görə tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici metodika sfinkter əzələlərini maksimal qorunmasına və anal sfinkterin funksional göstəricilərinin yaxşılaşdırılmasına xidmət etdiyindən onun klinik koloproktologiyada geniş tətbiqi tövsiyə olunur.

Dissertasiya işinə aid dərc edilmiş elmi işlərin siyahısı

1. Sultanov H.A., Əliyev E.A., Əmirov T.C. Kəskin və xroniki parapraktit olan xəstələrdə operasiyadan sonra sfinkter çatmazlığı /M.M.Əfəndiyev 100-illik yubileyə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialı. Bakı.1997. –s. 82-83
2. Əmirov T.C., İmanova S.S. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəyə dair /Professor İ.M. Məmmədovun 90-illik yubileyə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialı. Bakı. 2009. –s.39-40
3. İmanova.S.S., Əmirov T.C., Zeynalova B.M., Xıdırova N.M. Parapraktit fistullar zamanı cərrahi müalicə taktikası /Professor İ.M. Məmmədovun 90-illik yubileyə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialı. Bakı. 2009. -s.41-42
4. Əmirov T.C., Rüstəm Ə.M. Mürəkkəb pararektal fistulalar zamanı sfinkterqoruyucu cərrahi müalicənin nəticələri //Azərbaycan təbabətinin müasir nəəliyyətləri. 2011. №2. –s. 99-101
5. Əmirov T.C. Mürəkkəb pararektal fistulaların perioperativ kvant terapiyası //Sağlamlıq. 2013. №2. -s.59-67
6. Əmirov T.C. Mürəkkəb pararektal fistulaların cərrahi müalicəsinin prinsipləri //Cərrahiyyə. 2013. №2 (34). -s.72-75
7. Амиров Т.Дж., Рустам А.М., Гамзаев С.М. Пути уменьшения частоты ранних после операционных осложнений и рецидивов сложных свищей прямой кишки //Клиническая хирургия. 2013. №9. –с. 39-41. Киев.Украина.

8. Əmirov T.C., Rüstəm.Ə.M., Aydinova P.R. Mürəkkəb pararektal fistullarda sfinkter qoruyucu cərrahi müalicə /Tibb elmləri doktoru, professor B.M. Aşurovun anadan olmasının 70-illik yubileyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı. 2013. – s. 26-27
9. Əmirov T.C., Rüstəm Ə.M. Pararektal fistulların mürəkkəblik dərəcəsinin vizualizasion təyini /Tibb elmləri doktoru, professor B.M. Aşurovun anadan olmasının 70-illik yubileyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı. 2013. –s.53
10. Aliyev E.A., Sultanov S.H., Abbasov A.H., Aydinova P.R., Amirov T.J. Choice of treatment strategy and volume in patiebtbs with anal incontinence /XII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya Konqresinin materialından, Bakı, 12-15 sentyabr 2013. -p.245
11. Rustam A.M., Amirov T.J., Aliyev R.Y., Aliyev T.Q., Aydinova P.R. Comparative assessment of the effectivenessal of Ligature and sphinctero-conservative methods of surgical treatment of complex pararectal fistulas //XII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresinin materialları. Bakı. 12-15 sentyabr 2013. –p. 281-282
12. Əmirov T.C., Rüstəm Ə.M., Aydinova P.R. Mürəkkəb pararektal fistullarda sfinkter qoruyucu cərrahi müalicə /Ə.e.x., tibb elmləri doktoru, professor B.X. Abasovun 90-illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı. 2013. –s. 26-28
13. Əmirov T.C., Əliyev T.Q., Həmzəyev S.M. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsindən sonrakı yerli kvant terapiyanın nəticələri /Azərbaycan Xalqının Ümummilli Lideri H.Əliyevin 90-illik yubileyinə həsr olunmuş "Xəstəxanadaxili infeksiyalar, antibiotiklərə rezistentlik, dezinfeksiya, antiseptika və sterilizasiya problemləri" Beynəlxalq simpoziumu. Bakı. 2013. -s.53
14. Əmirov T.C. Mürəkkəb pararektal fistul cərrahlığında fizioterapevtik reabilitasiya tədbirlərinin tətbiqinin nəticələri //Azərbaycan təbabətinin müasir nəaliyyətləri. 2014. №2. –s. 203-208

Т.ДЖ.АМИРОВ
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ
ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

РЕЗЮМЕ

В данную научно-исследовательскую работу входят 84 больных (мужчин - 71, женщин – 13) в возрасте 17-70 (в среднем $41,9 \pm 1,8$), которые с 2003 по 2008 г. поступили в Клинический Медицинский Центр со сложными рецидивными параректальными свищами.

По характеру исследования больные разделены на 3 группы: контрольная группа – 31 (41,9%), II группа – 28 (37,8 %) и III группа 25 больных (20,3%).

Были проведены традиционная диагностика и хирургическое лечение у больных I группы (мужчин – 25, женщин – 6). Во II группе (мужчин – 25, женщин – 3) после проведение традиционных методов диагностики и хирургического лечения в лечебный арсенал включенао квантовая терапия параректальной раны и анального канала. В III группе (мужчин – 21, женщин – 4) после выполнение предложенной нами щадящей операции проведена квантовая терапия перианальной раны с дополнительным местным применением различных мазей (солкосерил, левомеколь, гель ципрофлоксацина).

Сложные параректальные фистулы и их рецидивы выявлены у всех больных: интра- 23 ($27,4 \pm 1,7\%$), транс- 40 ($47,6 \pm 2,5\%$), экстрасфинтерные 18 ($21,4 \pm 1,3\%$) и супрелеваторный у 3 больных ($3,6 \pm 1,1\%$).

Благодаря применению щадящей хирургической техники у больных III группы уменьшились частота встречаемости послеоперационных осложнений, недостаточности анального жома с 12,7% по 8,9%, снижено количество стационарного лечения на $3,9 \pm 0,4$ суток. Таким образом, трудовая способность болных восстановлена на $7,2 \pm 1,3$ суток раньше по сравнению с больными I и II группы.

T.J.AMIROV
MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS
AFTER SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX
RECTAL FISTULAE

SUMMARY

This scientific investigation includes 84 patients (71 males and 13 females) aged 17-70 admitted to Clinic Medical Centre 2003 through 2008 with complex recurrent pararectal fistulae.

According to type of investigation the patients were divided to 3 groups: control group – 31 (41,9%) patients, II group – 28 (37,8 %) and III group – 25 (20,3%) patients.

Patients of I group (25 males and 6 females) underwent a traditional diagnosis and surgical management. In II group patients (25 males and 3 females) laser therapy of pararectal wound and anal canal was added after traditional methods of diagnosis and surgical treatment. In III group patients (21 males and 4 females) a laser therapy of perianal wound with additional local application of different ointments (solkoseril, levomekol, ciprofloxacin gel) was carried out after a sparing operation proposed by us.

Complex pararectal fistulae were found in all patients: intrasphincteric 23 (27,4±1,7%), transsphincteric – 40 (47,6±2,5%), extrasphincteric – 18 (21,4±1,3%) and supralevatoric in 3 (3,6±1,1%) patients.

Due to application of sparing surgical technique in patients of III group the rate of postoperative complications and anal sphincter incontinence decreased from 12,7% to 8,9%, hospital stay reduced 3,9±0,4 days. Thus, the working ability of patients restored 7,2±1,3 days earlier than in patients of I and II groups.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Ofset çap üsulu.
Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Sifariş 24. Tiraj 100

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ХИРУРГИИ им. АКАД. М.А.ТОПЧУБАШОВА**

На правах рукописи

ТЕЛЬМАН ДЖАЛАЛ оглы АМИРОВ

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ
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

БАКУ -2015