

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI  
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

Akad. M.A.TOPÇUBAŞOV ADINA  
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

*Əlyazması hüququnda*

**NURLAN ƏKBƏR OĞLU İSGƏNDƏROV**

**BABASILİN MÜALİCƏSİNDƏ CƏRRAHİ  
ÜSULLARIN SEÇİLMƏSİ**

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**

Bakı – 2014

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin III Cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

**Elmi rəhbər:**

tibb üzrə elmlər doktoru

**F.İ.İSGƏNDƏROV**

**Rəsmi opponetlər:**

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

**M.M.MƏMMƏDOV**

**C.N.HACIYEV**

***Aparıcı müəssisə:***

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Ümumi cərrahiyyə – I kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “\_08\_12\_2014-cü il tarixdə, saat “\_\_\_” –da akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 03.061 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

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

Dissertasiya işi ilə akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «\_\_\_»\_\_\_\_\_2014-cü il tarixdə göndərilmişdir.

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

**İ.L.KAZIMOV**

## İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Problemin aktuallığı.** Babasil insanlar arasında ən çox yayılmış koloproktoloji xəstəlikdir [Ağayev V.A, 2007; Nəsirov M.Y. və b., 2009; Ан В.К., и др., 2003; Ананко А.А., 2007; Воробьев Г.И. и др., 2000]. Ədəbiyyatda verilən məlumatlara görə, əhəlinin 40%-dən 70%-ə qədəri bu xəstəlikdən əziyyət çəkir [Воробьев, Г.И., 2010; Гаин М.Ю., 2011; Ривкин В.Л. 2001]. Lakin babasil xəstəliyi aşkarlanmış şəxslərin yalnız hər dörd nəfərindən biri həkim-koloproktoloqa müraciət edir [Воробьев Г.И. и др., 2000]. Babasilli xəstələrin 10%-dən 50%-ə qədərini cərrahi müalicəyə ehtiyacı var. Belə ki, konservativ müalicə qısa müddətli effekt verir [Алиев С.А. и др., 2008; Ахмедов М.А., и др., 2003; Благодарный Л.А., 1999; Поздеева Н.Н., 2007].

MDB ölkələrində, o cümlədən bizim respublikada babasilin müalicəsinin ən geniş yayılmış metodu – hemorroidektomiya şəklində cərrahi müdaxilədir. Hospitalizə olunmuş xəstələrin 75%-i qeyd edilən müalicəni alır [Роголин Я.Ф., 1990; Əliyev S.A., 2008; 2009].

Müasir dövrdə tibbi ədəbiyyatda babasilin 250-dən çox cərrahi müalicə üsulları haqda məlumatlar var [Смирнов В.Ф ., 1996; Herold A., 2006]. Hazırda ölkəmizdə və xaricdə fəaliyyət göstərən koloproktoloqların əksəriyyəti hemorroidektomiya əməliyyatı zamanı üç babasil düyünü kəsb xaric edirlər [Султанов Г.А, и др., 1977, 2001; Шельгин Ю.А., и др., 2003; Caroline S, et al., 2011]. Bu əməliyyat hələ XX əsrin otuzuncu illərində ingilis alimləri E.Milligan və G.Morgan tərəfindən işlənib hazırlanmış və cərrahi praktikada tətbiq edilmişdir [Milligan E., Morgan G., Jones L., 1937]. Bəzi müəlliflər qaralı hemorroid-ektomiya əməliyyatı aparır və bu zaman anal kanalın selikli qişasının tamlığını bərpa edirlər. Onların fikrincə, bu metodun tətbiq edilməsi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayını azaldır [Мухаббатов Д.К., 2000; Ривкин В.Л. и др., 2000; Савченко Ю.П. и др., 2000; Ferguson J, 1959]. Lakin bir sıra müəlliflər bu əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayının kifayət qədər çox olduğunu qeyd edirlər [Иванов В.В., 1981; Исмаилов Н.Н., 2009; Bove A. et al., 2009]. Əməliyyat olunmuş xəstələrin 23-34%-də aydın nəzərə çarpan ağrı sindromu inkişaf edir [Charsa-Guindic L. et al., 2007; Chen J. et al., 2010]. Əməliyyat icra edilmiş xəstələrin 15-26%-də sidiyin ləngiməsi [154, 190], 4-6%-də yaranın irinləməsi və ya yaradan qanaxma halları müşahidə olunur [Chik B. et al., 2006]. Qeyd edilən əməliyyatlardan sonra anal kanalın strikturası və xəstəliyin residivi kimi ağırlaşmaların inkişaf təhlükəsi mövcuddur. Belə ağırlaşmaların sayı uzun illər boyu 2-4%

həddində dəyişir [Благодарный Л.А., 2009; Diurni M. et al., 2008]. Bəzi müəlliflər anal kanalın yaralarını tikmədən açıq hemorroidektomiya əməliyyatı aparırlar [Mosca F., 2005; Ortiz H., 2007; Parades V., et al., 2005]. Digər müəlliflər isə [Черкасов М.Ф., и др. 2003; Parks A., 1956; 1965] 1956-cı ildə A.Parks tərəfindən təklif edilmiş selikaltı hemorroidektomiya əməliyyatından istifadə edirlər. Son illərdə yeni texnologiyaların inkişafı və yeni dərman preparatlarının yaradılması ilə əlaqədar olaraq, babasilin müalicəsinin az invaziv üsulları get-gedə daha geniş yayılmaqdadır. İnfraqırmızı fotokoagulyasiya, kompression hemorroid-ektomiya, babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması, kriodestruksiya bu üsullara aiddir [Алиев Ф.Ш., 1992; Антипова Е.В., 2003; Бойко В.В., 2006; Ауман М., 2008].

Müəlliflərin bəziləri [Антипова Е.В., 2003; Дергачев С.А., и др., 2003] belə hesab edir ki, az invaziv müalicə üsullarının tətbiq edilməsi xəstəliyin hər bir mərhələsində effektivdir. Əksər tədqiqatçılar isə [Золотухин И.А., 1998; Федоров В.Д. и др., 1994; Ханевич Г.И., 2004; Або-Hashem А., 2010] az invaziv müalicə üsullarını yalnız babasilin erkən mərhələlərində tətbiq etməklə kifayətlənirlər. Bir sıra alimlərin fikrincə [Борисов М.Ф., 1982; Рылов Ю.А., 1993, Сажин В.П., 2003; Birchley D., 2007; Candela G., 2007], xəstəliyin gecikmiş mərhələlərində üç babasil düyününün kəsilib xaric edilməsindən ibarət olan tipik cərrahi müdaxilələrin tətbiq edilməsinə daha çox əsas var.

Babasilin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdıran az invaziv metodların tətbiq edilməsi üçün dəqiq göstərişlərin işlənib hazırlanmasının zəruri olması şübhə doğurmur [Антипова Е.В., 2003; Бектенов И.А., 2008; Shanmugam V, et al., 2005].

Müalicənin cərrahi üsullarının üstünlükləri və nöqsanları barədə məlumatların birmənalı olmaması onu göstərir ki, hemorroidektomiyanın müxtəlif üsullarının seçilməsi və onların effektivliyinin qiymətləndirilməsi üçün müvafiq göstərişlərin müəyyənləşdirilməsi zəruridir.

#### **Tədqiqatın məqsədi:**

Tədqiqatın əsas məqsədi babasil xəstəliyinin mərhələsindən və klinik təzahürlərinin nəzərə çarpma dərəcəsiindən asılı olaraq tətbiq olunan liqaturlama, kompression və cərrahi müalicə metodları üçün differensial göstərişlərin işlənib hazırlanması yolu ilə babasilin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması olmuşdur.

#### **Tədqiqatın vəzifələri:**

Tədqiqatın məqsədinə nail olmaq üçün aşağıdakı vəzifələr qarşıya qoyulmuşdur:

1. Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanmasına göstərişlərin əsaslandırılması, onun yaxın və uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsi;

2. Təkmilləşdirilmiş kompression hemorroidektomiyaya göstərişlərin işlənilib hazırlanması, onun yaxın və uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsi;

3. Qapalı və açıq üsulla hemorroidektomiyanın yaxın və uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsi;

4. Babasil düyünlərinin yerləşməsinə və xəstəliyin mərhələlərini nəzərə alaraq fərdi əməliyyat növlərinin seçilməsi.

### **Tədqiqatın elmi yeniliyi:**

Kompression hemorroidektomiyanın metodikası təkmilləşdirilmiş, xəstəliyin erkən və gecikmiş mərhələlərində bu müalicə üsulunun təhlükəsiz və effektiv olması sübut edilmişdir.

Babasil xəstəliyinin mərhələsindən və formasından asılı olaraq cərrahi (qapalı və açıq), liqaturlama və təkmilləşdirilmiş kompression hemorroidektomiyanın yaxın və uzaq nəticələrinin müqayisəli təhlili aparılmış və bunun əsasında hər bir metod üçün konkret göstərişlər təklif edilmişdir.

### **Tədqiqatın praktiki əhəmiyyəti:**

- Tədqiqatın nəticələrinin praktiki fəaliyyətdə tətbiqi babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması yolu ilə müalicə dairəsini əhəmiyyətli dərəcədə genişləndirməyə imkan vermişdir. Çoxsaylı ağırlaşmalarla xarakterizə olunan daha travmatik cərrahi müalicə metodlarının sayının azaldılması hesabına babasilin müalicəsinin strukturunu dəyişmək üçün real perspektivlər yaranmışdır.

- Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması, cərrahi və kompression hemorroidektomiyaya alternativ olan metodudur. Xəstələr bu əməliyyatlardan imtina etdikdə babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması məsləhətdir.

- Kompression hemorroidektomiya üçün göstərişlər işlənilib hazırlanmış və onun effektivliyi müəyyən edilmişdir. Bu əməliyyatın texniki cəhətdən sadə və təhlükəsiz olması əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayının azalmasına və müalicənin uzaq nəticələrinin yaxşılaşmasına zəmin yaratmışdır.

- Tədqiqatların nəticələri belə bir mühüm praktiki qənaətə gəlməyə imkan vermişdir ki, kompression hemorroidektomiya daxili babasilin ağırlaşmamış formasında və cərrahi müalicə tələb edən istənilən mərhələsində optimal müalicə metodudur.

- Xəstəliyin daha gecikmiş mərhələləri cərrahi üsulla müalicə olunur. Xarici və daxili babasil düyünləri arasında sərhəd olmadıqda qapalı hemorroidektomiya, anal çat və xroniki paraproktitlərlə mürəkkəbləşmiş babasil zamanı isə açıq hemorroidektomiya göstərişdir.

#### **Müdafiyə çıxarılan əsas müddəalar:**

1. Babasilli xəstələrin hamısında xəstəliyin klinik simptomlarının təzahür dərəcəsi və mərhələsi dəqiq müəyyən edilməli, xəstələrin yaşı, onun keçirdiyi yanaşı xəstəliklər, ağırlaşmalar müəyyən edilməli və müalicə üsulu bu amillərdən asılı olaraq seçilməlidir.

2. Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması xəstəliyin üçüncü mərhələsində daha çox tətbiq edilməlidir.

3. Daxili babasilin cərrahi müalicə tələb edən istənilən mərhələsində kompression hemorroidektomiya əməliyyatı aparıla bilər.

4. Babasilin cərrahi üsullarla müalicəsi xəstəliyin gecikmiş mərhələləri üçün nəzərdə tutulmuşdur. Kombinə olunmuş babasil zamanı qapalı hemorroidektomiya, anal kanalın və anusun iltihabi prosesləri nəticəsində ağırlaşma ilə müşayiət olunan babasil xəstəliyi isə açıq hemorroidektomiya yolu ilə müalicə edilməlidir.

**İşin klinik tətbiqi.** Alınmış nəticələr ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrasının «Azərsutikinti» xəstəxanasındakı bazasında, cərrahiyyə şöbəsində klinik praktikada tətbiq olunmuşdur.

**İşin aprobasiyası.** Dissertasiya işi ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrasının, Pediatriya fakültəsinin Cərrahi xəstəliklər kafedrasının, eləcə də “Azərsutikinti” xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsinin əməkdaşlarının 09.07.2013-cü il tarixdə keçirilən birgə elmi konfransında, prof. N.Rzayevin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransında (Bakı, 2004), əməkdar elm xadimi, prof. M.M.Abdullayevin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfransda (Bakı, 2004) əməkdar elm xadimi, prof. Ş.B.Quliyevin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransda (Bakı, 2006), IX Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya Konqresində (Bakı, 2006), eləcə də akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdində fəaliyyət göstərən Aprobasiya şurasının 16 may 2014-cü il tarixli iclasında müzakirə olunmuşdur.

**Dərc olunmuş elmi işlər.** Dissertasiya işinin mövzusunə aid 4 tezis 8 elmi məqalə dərc olunmuşdur ki, bunlardan da 1-i xarici mətbuatda çap olunmuşdur.

**Dissertasiya işinin strukturu və həcmi.** Dissertasiya kompüterdə çap olunmuş 144 səhifədə şərh edilmişdir. İş girişdən, ədəbiyyat icmalından, 5 fəsildən, yekun, tədqiqatın nəticələrindən, praktiki

tövsiyələrdən və istifadə edilmiş ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiya işi 24 şəkil və 20 cədvəllə illüstrasiya olunmuşdur. Ədəbiyyat siyahısı 230 mənbəni (15 – vətən, 215 – əcnəbi) əhatə edir.

## **KLİNİK MATERIAL VƏ MÜAYİNƏ METODLARI**

Təqdim edilən elmi iş 2002-2012-ci illərdə akad. M.Topçubaşov adına III Cərrahi xəstəliklər kafedrasının klinikalarında dinamik müşahidə altında olmuş 494 babasil diaqnozlu xəstənin müalicəsinin təhlilinin nəticələrinə əsaslanır. Müalicə almış xəstələrin yaşı 18 ilə 72 arasında olmuşdur. 31-50 yaşlı şəxslər arasında bu xəstəliyə tutulanların sayı daha çox – 314 (və ya 63,6%) olmuşdur. Qadınlarla müqayisədə kişilərin bu xəstəliyə tutulma tezliyi xeyli yüksək – 6,8:1 nisbətində olmuşdur. Belə ki, babasillə görə müalicə almış kişilərin sayı 431 (87,2%), qadınların sayı isə 63 (12,8%) olmuşdur.

Müalicə almış bütün xəstələrdən 129-da babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması, 143-də kompression hemorroidektomiya, 222-də isə cərrahi müalicə tətbiq edilmişdir. Buna görə də müşahidə apardığımız xəstələri, tətbiq edilən müalicə üsullarından asılı olaraq, üç qrupa bölmüşük.

Xəstəliyin müddətinin təhlili göstərir ki, xəstələrin böyük əksəriyyəti - 249-u (50,04%) 5 il və daha artıq, 139-u (28,1%) isə 5 ilə qədər müddətdə xəstə olmuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, babasilin ilk simptomlarının yarandığı vaxtdan xəstələrin həkimə müraciətinə qədər keçən müddət orta hesabla  $7,8 \pm 1,2$  il olmuşdur.

Müayinə zamanı 429 xəstədə daxili düyünlər, 65 xəstədə isə kombinə olunmuş düyünlər aşkar edilmişdir.

Xəstələrin çoxunda iki və daha artıq sayda babasil düyünü müşahidə olunur. Daxili babasil düyünləri olan 429 xəstənin 311-də (72,5%) iki düyün aşkar edilmişdir. Xəstələrin müalicə növünə və xəstəliyin mərhələlərinə görə müşahidələrin nəticələri cədvəl 1-də göstərilmişdir. Xəstəliyin birinci mərhələsinə yalnız 6 xəstədə rast gəlinmiş və onlar konservativ terapiya üsulları ilə müalicə almışlar. Tədqiq olunan xəstələrin 159-da (32,2%) babasilin ikinci mərhələsi, 176-da (35,6%) üçüncü mərhələsi, 159-da (32,2%) isə dördüncü mərhələsi diaqnozu qoyulmuşdur. Xəstəliyin ikinci mərhələsində olan 159 xəstədən 43-də (27%) babasil düyünləri lateks həlqələrlə liqaturlanmış, 46 xəstə (29%) kompression hemorroidektomiya, qalan 70 xəstə (44%) isə cərrahi müalicə almışdır.

*Babasilli xəstələrin xəstəliyin mərhələlərinə və müalicə növlərinə görə paylanması*

Xəstəliyin mərhələləri	Müalicə növləri						Cəmi	
	Lateks həlqələrlə liqaturlama		Kompresion hemorroidektomiya		Cərrahi müalicə			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	-	-	-	-	-	-	6	
2	43	33,3	46	32,2	70	31,5	159	32,2
3	49	37,9	50	34,9	77	34,7	176	35,6
4	37	28,7	47	32,9	75	33,8	159	32,2
Cəmi	129	100	143	100	222	100	494	100

Üçüncü mərhələdə 49 (27,8%) xəstədə babasil düyünləri lateks həlqələrlə liqaturlanmış, 50 (28,4%) xəstədə kompresion hemorroidektomiya, 77 (43,7%) xəstədə isə cərrahi üsulla müalicə aparılmışdır. Babasilin axırncı mərhələsində lateks həlqələrlə liqaturlama metodunun xüsusi çəkisi azalmışdır – xəstələrin 47-si (29,5%) kompresion hemorroidektomiya ilə, 75-i isə (47,2%) cərrahi metodla müalicə olunmuşdur.

Müalicəyə başlanmadan əvvəl xəstələrin zəruri hallarda koloproktoloq və həmçinin terapevt tərəfindən müayinəsi aparılmış, rentgenoloji və endoskopik müayinələr yerinə yetirilmişdir. Bundan əlavə, laborator müayinələr (qanın, sidiyin ümumi və biokimyəvi analizi, koaquloqramma, qan qrupu və rezus-faktorun müəyyən edilməsi) də aparılmışdı. Döş qəfəsinin rentgenoskopiyası məcburi qaydada aparılmış, qanda RW, VIÇ-infeksiyası və zərdab hepatiti olub-olmaması yoxlanılmışdır. Xəstələrin, xüsusən yaşlı və ahıl şəxslərin qarın boşluğu orqanlarının (mədəaltı vəzi, qaraciyər, öd kisəsi, böyrəklər, daxili cinsiyyət orqanlarının) ultrasəs və EKG müayinəsi aparılmışdır. Babasilin klinik qiymətləndirilməsi zamanı babasil düyünlərinin yerləşməsi, daxili babasil düyünlərinin düzümü və xəstəliyini mərhələsi anoskop vasitəsilə müəyyən edilmişdir. Yoğun bağırsağın yanaşı xəstəliklərini vaxtında aşkar etmək



məqsədilə lazım olan hallarda rektoromanoskopiyadan, kolonoskopiyadan və irriqoskopiyadan da istifadə olunmuşdur.

Əməliyyat zamanı ağrıkəsici vasitə kimi 2,0%-li lidokain məhlulundan istifadə etmişik. Sakral kələfin anesteziyasından 10 dəq. sonra anal sfinkterin ağrıları tamamilə aradan qalxmış və o, boşalmışdır. Əməliyyatdan 30 dəq. əvvəl bütün xəstələrə 1 ml - 2%-li promedol və 1 ml 1%-li dimedrol məhlulu premedikasiya edilmiş və 1 ml 0,1%-li atropin-sulfat əzələdaxili inyeksiya edilmişdir.

Müalicənin yaxın və uzaq nəticələrini öyrənmək üçün üzərində cərrahiyyə əməliyyatı aparılmış 494 xəstədən 268-i (54,3%) müxtəlif metodlarla müayinə edilmişdir. Bu xəstələrdən 216-da bilavasitə proktoloji qəbul zamanı müayinə aparılmış, 52-də isə xəstə haqqında məlumat anket sorğısı əsasında əldə edilmişdir. Ambulator şəraitdəki müayinəyə xəstələrin xarici müayinəsi və rektal güzgü ilə müayinə daxil olmuşdur. Müalicənin uzaq nəticələri yaxşı, qənaətbəxş və qeyri-qənaətbəxş kimi qiymətləndirilmişdir.

## **TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ**

Yaşı 18-dən 74-ə qədər olan 129 (26,1%) xəstənin babasil düyünləri lateks əlqələrlə liqaturlanmışdır. Xəstələrin orta yaşı  $45 \pm 5,5$ , kişilərin sayı 117 (90,7%), qadınların sayı isə 12 (9,3%) olmuşdur.

Xəstəliyin birinci mərhələsində babasil düyününün substratı olmadığına görə biz bu proseduru aparmamışıq. İkinci mərhələdə 43 xəstə (33,3%) üzərində liqaturlama aparılmışdır. Üçüncü mərhələnin əsas simptomu babasil düyünlərinin anal kanaldan xaricə çıxmasıdır. Bu mərhələdə liqaturlama 49 xəstəyə (38%) tətbiq edilmişdir. Xəstəliyin dördüncü mərhələsində babasil düyünlərinin xaricə çıxma sərhədləri aydın nəzərə çarpan 37 (28,7%) xəstədə liqaturlanma həyata keçirilmişdir. Liqaturlamanı Almaniyanın Karl Storz firmasının istehsalı olan vakuüm liqatoru vasitəsilə yerinə yetirmişik. Lifli işıqlanma ilə təchiz edilmiş anoskop vasitəsilə onun işıq düşən yerinə çıxan babasil düyününə xüsusi vakuüm liqatoru yaxınlaşdırılmışdır. Mənfi təzyiq yaranması üçün liqator sorucuya birləşdirilmişdir. Ayaqla işləyən pedal vasitəsilə sorucunu işə salandan sonra sağ əlin baş barmağı ilə liqatordakı dəliyi bağlayaraq cihazın daxili silindrinə mənfi təzyiq yaranmasına nail olmuşuq. Mənfi təzyiq hesabına babasil düyünü silindrin içərisinə tərəf sorulur. Xüsusi tətyin köməyiylə mənfi 0,8-0,9 atmosfer təzyiqi yarandıqda babasil düyününün üzərinə iki lateks həlqə saldıqdan sonra baş barmağı liqatorun üzərindəki dəlikdən götürərək liqatorun silindrinəki təzyiqlə xarici təzyiqli

bərabərləşdirmişik. Bundan sonra liqator bağırsağın mənfəzindən çıxarılmışdır. Liqaturlama zamanı təbii kauçukdan (lateks) hazırlanmış xarici diametri 5 mm və daxili diametri 1mm olan elastik həlqələr tətbiq edilmişdir.

Biz babasil düyünlərini lateks həlqələrlə liqaturaya alarkən müalicənin mərhələlər üzrə aparılmasına ciddi riayət etmişik. 60 (46,5%) xəstə bir mərhələdə, 66 (51,1%) xəstə iki mərhələdə, 3 (2,3%) xəstə isə üç mərhələdə müalicə olunmuşdur. Eyni vaxtda ən çoxu iki babasil düyünü liqaturlanmış, müalicənin mərhələləri arasında 20 gün interval saxlanılmışdır.

Müalicənin bilavasitə nəticələrini qiymətləndirmək üçün biz aşağıdakı parametrləri seçmişik. Qanaxmanın və babasil düyünlərinin xaricə çıxmasının qarşısının alınması müalicənin yaxşı nəticəsinin meyarı hesab edilir. Düyünlərin xaricə çıxmasının qarşısının alınması, lakin liqaturlamadan sonra 30 günə qədər müddətdə anal dəlikdən az miqdarda qanaxma qənaətbəxş nəticə hesab edilir. Müalicənin nəticəsinin qeyri-qənaətbəxş olması dedikdə qanaxmanın və babasil düyünlərinin xaricə çıxmasının davam etməsi nəzərdə tutulur.

Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanmasının nəticələrini əməliyyatdan sonrakı erkən və gecikmiş dövrdə müşahidə etmişik. Babasil düyünləri lateks həlqələrlə liqaturlandıqdan sonra 129 xəstədən 46-də (35,7%) ağırlaşmalar baş vermişdir. Onlardan 18-də (13,9%) ağrı sindromu güclənmiş, 12 (9,3%) xəstədə babasil düyünlərinin trombozu, 6 (4,7%) xəstədə düyünün qopmuş güdülündən qanaxma, 4 (3,1%) xəstədə sidik ifrazının reflektor ləngiməsi, 3 (2,3%) xəstədə paraproktit və nəhayət 4 (3,1%) xəstədə sidik kisəsinin atoniyası qeyd edilmişdir.

Təhlil zamanı düyünləri lateks həlqələrlə liqaturlanmış xəstələr qrupunda 115 xəstədə (89,1%) yaxşı, 8 xəstədə (6,2%) qənaətbəxş, 6 xəstədə (4,7%) isə qeyri-qənaətbəxş nəticə qeydə alınmışdır. Liqaturlama həyata keçirilmiş 129 xəstənin 85-də (65,9%) uzaq nəticələr həkim müdaxiləsindən etibarən bir ildən üç ilə qədər keçən vaxt ərzində tədqiq edilmişdir. Bu xəstələrdən 57-də (67,0%) yaxşı, 16-da (18,8%) qənaətbəxş, 12-də (14,2%) isə qeyri-qənaətbəxş nəticələr qeyd edilmişdir.

Yaşı 24-dən 72-yə qədər olan, xroniki babasildən əziyyət çəkən 143 xəstədə kompression hemorroidektomiya əməliyyatı aparılmışdır. Kompression hemorroidektomiya “yaddaş” effektinə malik titan-nikelid xəlitəsindən hazırlanmış və temperaturdan asılı olaraq plastik xassəyə malik olan sıxaclar vasitəsilə həyata keçirilmişdir. 143 xəstədən 13-də (9,1%) kombinə olunmuş babasil, 130-da (90,9%) isə təcrid olunmuş daxili

babasil olmuşdur. Üzərində əməliyyat aparılmış xəstələrin orta yaşı  $48 \pm 2,7$  təşkil etmişdir. Kişilərin sayı 127 (88,8%), qadınların sayı isə 16 (11,2%) olmuşdur. Başqa sözlə, kişilərin sayı qadınların sayından 8 dəfə çox olmuşdur. Babasil sıxacları əvvəlcə içərisində soyuq antiseptik maddə (xlorheksidin) olan sterilizatora yerləşdirərək  $2-5^{\circ}\text{C}$ -yə qədər soyudulmuşdur. Bundan sonra sıxaclar soyuq antiseptik məhluldan çıxarılmadan branşlar ən çoxu  $25^{\circ}$ -lik bucaq altında aralanmış və tətbiq edilmə anına qədər bu vəziyyətdə sterilizator da saxlanmışdır. Babasil düyününün yuxarı hissəsini Lyuer sıxacının köməyiylə bir qədər dartaraq bayır tərəfə çıxarıyıq. Bundan sonra Lyuer sıxacının branşlarının uclarından başlayaraq koaqulyatorun iynəli elektrodu vasitəsilə sıxacdan aşağı hissədə kəsmə xəttini qeyd edir və düyünün dövrəsindəki selikli qişanı çərtirik, sonra babasil düyünü selikaltı qişadan soyulur və onun arterial damar ayaqcığına Bilrot sıxacı qoyulub hemorroidektomiya edilir.

Anal kanalın selikli qişasının hər iki hissəsinə iki yerdə ketqut liqaturları qoyub qaldırıyıq. Kompresion sıxacı daxildən xaricə olmaq şərtilə damarın güdülünə qoyulmuş sıxacın və selikli qişanın hər iki hissəsini qaldıran ketqut liqaturlarının altından yeridilib sıxırıq. Bu vaxt kompresion «sıxac» arteriyanı sıxır və selikli qişanın tamlığını bərpa edir. Eyni zamanda arteriyanın güdülü selikli qişanın altında qalır. Düz bağırsağ toxumalarının hərəkətinin təsiri altında kompresion «sıxac» əvvəlki formasını alır. 30-40 saniyədən sonra «sıxac»ın branşları tamamilə birləşir və məhdudlaşdırıcının arxa hissəsində düyünün damarlarını və selikli qişasını sıxır. Biz  $50-60^{\circ}\text{C}$  temperaturda olan fizioloji məhlulda isladılmış tənzip tamponla sıxaca toxunmaqla onun formasının bərpa olunma proseslərini sürətləndirmişik.

«Sıxac»ın qopub düşmə müddətlərinin təhlili göstərir ki, 9 (6,3%) xəstədə kompresion «sıxac»lar əməliyyatdan sonra  $7,2 \pm 1,5$  günə qədər, 91 (63,6%) xəstədə  $8,4 \pm 1,6$  gün müddətində, 43 (30,1%) xəstədə  $10 \pm 1,6$  gündən sonra qopub düşmüşdür. «Sıxac»ların çoxu əməliyyatdan  $8,3 \pm 1,4$  gün sonra qopub düşmüşdür. Bu cür xəstələrin sayı 75 (52,4%) olmuşdur. «Sıxac»ların qopub düşməsinin orta müddəti əməliyyatdan sonra  $9,5 \pm 1,5$  günə bərabər olmuşdur. Anal kanaldakı «sıxac»-ların sayı kompresion «sıxac»ların qopub düşmə müddətinə təsir göstərməmişdir. «Sıxac» qopub düşəndən sonra 122 (85,3%) xəstənin anal yaraları selikli kənarları bir qədər şişmiş qranulyasion səth idi. Daxili babasil zamanı bu yaranın uzunluğu 25-30 mm, kombinə olunmuş babasil halında 30-50 mm olmuşdur. Yaranın eni bütün hallarda 3-5 mm həddində olmuşdur. 21 (14,7%) xəstədə qranulyasiya müşahidə edilməmişdir.

Kompression hemorroidektomiyanın nəticələrini əməliyyatdan sonrakı erkən və gecikmiş dövrdə müşahidə etmişik. Bu üsulla müalicə almış 143 xəstədən 86-da (60,1%) müxtəlif intensivlikli ağrı sindromu qeyd edilmişdir. Xəstələrdən 9-da (6,3%) sıxaclar düşdükdən sonra qanaxma, 4-də (2,8%) sidik ifrazının reflektor ləngiməsi, 3-də (2,1%) isə sidik kisəsinin atoniyası qeyd edilmişdir. Xəstələr əməliyyatdan orta hesabla  $7,5 \pm 0,5$  gün sonra evə yazılmış və bununla da çarpayrı günlərinin sayı əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların sayı hemorroidektomiyanın ənənəvi növlərindən sonra yaranan ağırlaşmalarla müqayisədə 2-3 dəfə azalmışdır. Babasil düyününün güdülü və anal kanalın selikli qişası qopub düşdükdən sonra yaranan anal yaralar orta hesabla 10 günə bağlanmışdır. Bu, açıq və qapalı hemorroidektomiyadan sonrakı yaraların sağalma müddətindən 1,5-3 gün azdır. Xəstələrin əmək qabiliyyəti əməliyyatdan 15 gün sonra bərpa edilmişdir. Bu isə ənənəvi əməliyyatlardan sonrakı müvafiq göstəricilərdən 7-10 gün azdır.

Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrün təhlili zamanı kompression hemorroidektomiya icra edilmiş xəstələr qrupunda 143 xəstədən 87-ni (60,8%) 1 ildən 3 ilə qədər müddətdə müşahidə etmişik. Bu zaman 81 (93,1%) xəstədə yaxşı, 6 (6,9%) xəstədə qənaətbəxş nəticələr əldə edilmişdir. Qeyri-qənaətbəxş nəticələr müşahidə olunmamışdır.

Beləliklə, titan-nikeliddən hazırlanmış sıxacın köməyilə kompression hemorroidektomiya radikal əməliyyat aparmağa imkan verir, əməliyyatdan sonrakı erkən və uzaq dövrdə ağırlaşmaların sayını artırmır.

Qeyd etdiyimiz kimi, 2002-2012-ci illərdə 18-72 yaşlarında olan 222 (42%) xəstə cərrahi üsulla müalicə olunmuşdur. Əməliyyat aparılmış xəstələrin orta yaşı  $42 \pm 1,5$  təşkil etmişdir. Xəstələrdən 187-si (84,1%) kişi, 35-i (15,9%) isə qadın olmuşdur. 178 (80,2%) xəstədə daxili babasil, 44 (19,8%) xəstədə isə kombinə olunmuş babasilə təsadüf edilmişdir. Aparduğumuz cərrahi əməliyyatları iki qrupa bölmək olar. Birinci qrup – anal kanalın selikli qişası bərpa edilməklə aparılan qapalı hemorroidektomiyadır. Əməliyyatın ikinci qrupu – açıq hemorroidektomiyadır. Bu halda babasil düyünü bağlanaraq kəsilib götürüldükdən sonra selikli qişanın yarası tikilmir.

Qapalı hemorroidektomiya hökmən sakral blokada aparılmaqla 0,5%-li novokain məhlulu ilə yerli infiltrativ anesteziya altında həyata keçirilmişdir. Qapalı hemorroidektomiya əməliyyatının müddəti xronometrajla ölçülmüş və məlum olmuşdur ki, bu müddət orta hesabla  $40,3 \pm 5,1$  dəqiqəyə bərabərdir. Əməliyyatdan sonrakı müalicə prosesində

ağrı sindromunun göstəricilərini üç dəfə - əməliyyatdan sonrakı 2-ci, 7-ci və 30-cu günlərdə öyrənmişik.

Bu, qapalı və açıq hemorroidektomiyadan sonra ağrının xarakterinin dəyişməsinə obyektiv izləməyə imkan vermişdir. Açıq hemorroidektomiya əməliyyatı cərrahi müdaxilə olunan 222 xəstədən 109-da (49%) aparılmışdır. Əməliyyat yerli infiltrativ anesteziyası altında icra edilmişdir. Açıq hemorroidektomiya əməliyyatının aparılmasına orta hesabla  $33,5 \pm 7,2$  dəqiqə vaxt sərf edilir.

Açıq və qapalı üsulla əməliyyat olunmuş xəstələrin əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdəki vəziyyətini müqayisəli şəkildə təhlil edərkən ilk sarğı və defekasiya zamanı az miqdarda, tez-tez və uzun müddətli qanaxma faktına fikir verməmək olmaz (cədvəl 2).

*Cədvəl 2.*

*Əməliyyatdan sonrakı erkən fəsadlar*

Fəsadın növləri	Qapalı hemorroidektomiya		Açıq hemorroidektomiya	
	Mütləq	%	Mütləq	%
1) Ağrı sindromu:				
Aşağı intensivlikli	78	69,2	72	66
Orta intensivlikli	12	10,6	23	21,2
Yüksək intensivlikli	-	-	14	12,8
2) Qanaxma	16	14,2	72	66,1
3) Əməliyyatdan 7 gün sonra qanaxma	3	2,6	27	24,8
4) Anal kanalda yara	27	23,9	80	73,4
5) Sidik ifrazının reflektor ləngiməsi	6	5,3	12	11,1
6) Sidik kisəsinin atoniyası	8	7,1	16	14,7
7) Anal kanaldan gecikmiş qanaxma	-	-	4	3,7
8) Kəskin paraproktit	3	2,6	-	-

Birinci qrupda - qapalı hemorroidektomiyadan sonra birinci sarğı zamanı 72 (66%) xəstədə defekasiya zamanı qanaxma qeydə alınmışdır. Onu da qeyd etməliyik ki, bu halda axan qanın miqdarı çox olmasa da, bu faktın özü xəstələrdə narahatlığa səbəb olmuşdur. Qapalı hemorroidektomiyadan 7 gün sonra 3 (2,6%) xəstədə anal kanaldan cüzi qanaxma qeydə alınmışdır. Açıq hemorroidektomiyadan sonra 27 (24,8%) xəstədə tez-tez qanaxma halları müşahidə olunmuşdur. Əməliyyatdan 7 gün sonra birinci qrupdakı 27 (23,9%) xəstədə ketqut tikişlər xaric olduqdan sonra anal kanalda 2x0,5 sm ölçülü yaralar qeydə alınmışdır.

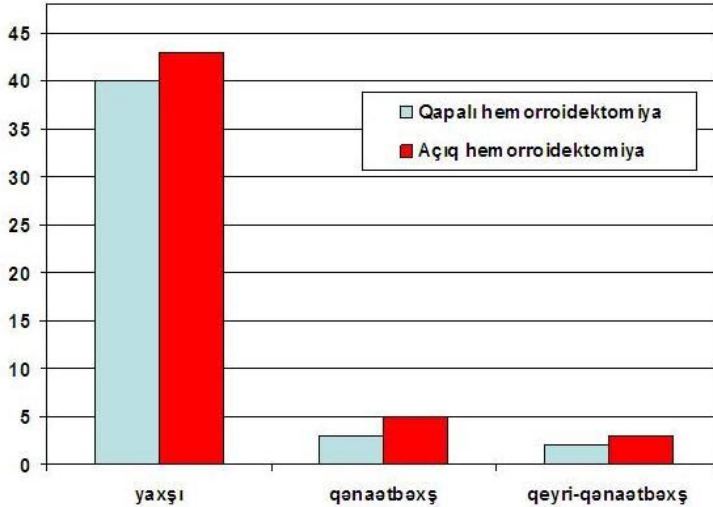
İkinci qrupda 80 (73,4%) xəstədə anal kanalın qranulyasiya mərhələsində olan yaraları və onun ətrafında 4 x 0,5 sm sahədə epitelizasiyanın başlanması müşahidə olunmuşdur. Şəkil 1-də hemorroidektomiyadan sonra ən çox rast gəlinən fəsadların – ağrı sindromu, anal kanalda yara, yaradan qanaxma, sidik ifrazının reflektor ləngiməsi, sidik kisəsinin atoniyası, anal kanaldan qanaxma və sair halların inkişafı göstərilmişdir.

Qapalı hemorroidektomiyadan sonra 6 (5,3%) xəstədə sidik ifrazının reflektor ləngiməsi inkişaf etmişdir. Digər 8 (7,1%) xəstədə isə sidik kisəsinin atoniyası nəticəsində sidik kisəsinin 5 günlük daim kateterlənməsi və dərman terapiyası lazım gəlmişdir. Açıq hemorroidektomiyadan sonra belə fəsadlar nəzərə çarpacaq dərəcədə çox inkişaf etmişdir. İkinci qrupda 12 (11,1%) xəstədə sidik ifrazının ləngiməsi, 16 (14,7%) xəstədə sidik kisəsinin atoniyası müşahidə olunmuşdur.

Qapalı hemorroidektomiyadan sonra 3 (2,6%) xəstədə əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə kəskin paraproktit inkişaf etmişdir. Qapalı hemorroidektomiyadan sonra erkən dövrdə ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi 12,6%, açıq hemorroidektomiyadan sonra isə 18,9% olmuşdur. Qapalı hemorroidektomiyadan sonra xəstənin klinikada qaldığı orta müddət  $7,8 \pm 0,5$  gün, açıq hemorroidektomiyadan sonra isə  $11,2 \pm 0,8$  gün olmuşdur. Qapalı hemorroidektomiyadan sonra əmək qabiliyyətinin itirilmə müddəti  $18,5 \pm 1,1$  gün, açıq hemorroidektomiyadan sonra isə  $28,2 \pm 1,4$  gün olmuşdur.

Cərrahi müdaxilənin bu və ya digər metodu barədə obyektiv mühakimə yürütmək üçün yaxın nəticələrdən əlavə, uzaq nəticələr də əsas götürülməlidir. 222 xəstədən 96-də (43,2%) cərrahi müalicənin uzaq nəticələri əməliyyatdan sonrakı 1 ildən 5 ilə qədər öyrənilmişdir. Cərrahi müalicənin uzaq nəticələrinin xarakteristikası şəkil 1-də verilmişdir.

### Xəstələrin sayı



*Şəkill. Cərrahi müalicənin müxtəlif metodlarının uzaq nəticələri*

Beləliklə, müşahidə altında olan xəstələrdən 83-də (86,4%) babasilin cərrahi yolla müalicəsinin uzaq nəticələri yaxşı, 8-də (8,6%) qənaətbəxş, 5-də (5,2%) qeyri-qənaətbəxş olmuşdur.

Cərrahi müalicənin nəticələrinin təhlili göstərmişdir ki, əməliyyatın hər bir növünün öz üstünlükləri və çatışmayan cəhətləri vardır. Qapalı hemorroidektomiya hemostazın etibarlı olması ilə diqqəti cəlb edir. Bu əməliyyatdan sonrakı erkən dövrlərdə ağrı sindromunun kəskinliyi və sidik ifrazının reflektor pozulmasının tezliyi nəzərə cərpacaq dərəcədə azalmışdır.

Aparadığımız tədqiqatın əldə olunan nəticələrinin təhlilinə əsasən biz babasilin müxtəlif mərhələ və formalarında hansı müalicə metodundan istifadə edilməsini əks etdirən müalicə alqoritmini təklif etmişik. Daxili babasilin I mərhələsi olan hallarda konservativ müalicənin aparılmasını məsləhət görürük. Belə ki, bu mərhələdə babasil düyünü kifayət qədər mağaralı substrata malik olmadığından onu kompression hemorroidektomiya və liqaturlama metodları ilə xaric etmək adekvat hesab olunmur. Babasilin II mərhələsində icra olunan liqaturlama və kompression hemorroidektomiya metodlarının nəticələrinin təhlili göstərdi ki, kompression hemorroidektomiyadan sonrakı yaxın və uzaq nəticələr

liqaturlama metodundan əldə olunan nəticələrdən daha yaxşıdır. Buna görə də biz babasilin II mərhələsi olan xəstələrdə kompression hemorroidektomiyanı məsləhət görürük. Daxili babasilin II, III və IV mərhələlərində təkmilləşdirilmiş kompression hemorroidektomiyanın nəticələri cərrahi metodların nəticələri ilə müqayisədə daha effektiv olduğundan biz kompression hemorroidektomiyanı yanaşı cərrahi patologiyalarla müşayiət olunmayan daxili babasilin əsas müalicə üsulu kimi qəbul edirik. Xarici və daxili düyünlərə malik kombinə olunmuş babasil zamanı liqaturlama və kompression hemorroidektomiya qeyri-adekvat hesab olunur və ən yaxşı nəticələr qapalı hemorroidektomiya zamanı əldə edilmişdir. Buna görə də biz, yanaşı cərrahi fəsadlara malik olmayan kombinə olunmuş babasili qapalı hemorroidektomiya, cərrahi fəsadlarla müşayiət olunan istənilən mərhələli babasili isə açıq cərrahi metodla müalicə etməyə üstünlük veririk.

Beləliklə, aparılmış tədqiqatı yekunlaşdıraraq deyə bilərik ki, biz kompression hemorroidektomiyanın səmərəli üsulunu işləyib hazırlamış və klinik praktikada tətbiq etmişik. Bu metodu daxili babasilin konservativ müalicə ilə effekt əldə edilməyən istənilən mərhələsində tətbiq etmək olar.

## NƏTİCƏLƏR

1. Babasil xəstələyinin mərhələsindən asılı olmayaraq liqaturlama metodu ilə müalicə zamanı 89,1% xəstələrdə yaxşı, 6,2% xəstələrdə qənaətbəxş, 4,7% xəstələrdə isə qeyri-qənaətbəxş erkən nəticələr alınmışdır. İkinci mərhələdə 88,4%, III mərhələdə isə 95,9% xəstələrdə yaxşı erkən nəticələr əldə edilmişdir. Babasilin II mərhələsində erkən ağırlaşmalara 11,6%, III mərhələsində 44,8% xəstələrdə rast gəlinir. Xəstəliyin III mərhələsində müalicə almış xəstələrdə uzaq dövrdə nəticələr 78,8% hallarda yaxşı, 21,2% hallarda isə qənaətbəxş olmuşdur.

2. Təkmilləşdirilmiş kompression hemorroidektomiya metodu ilə müalicə zamanı erkən ağırlaşmalara 11,2% xəstələrdə rast gəlinmişdir. 93,1% xəstələrdə yaxşı, 6,9% xəstələrdə isə qənaətbəxş nəticələr əldə edilmişdir. Bu metod əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyini açıq cərrahi müalicə metodları ilə müqayisədə 2-3 dəfə, xəstələrin stasionarda qalma müddətini isə 2 dəfədən çox azaltmağa imkan verir ( $p < 0,05$ ).

3. Qapalı hemorroidektomiyadan sonra erkən ağırlaşmalara 12,6%, açıq hemorroidektomiyadan sonra isə 18,9% hallarda rast gəlinmişdir. Qapalı hemorroidektomiyadan sonra 88,9% xəstələrdə yaxşı, 6,7% xəstələrdə qənaətbəxş, 4,4% xəstələrdə isə qeyri-qənaətbəxş uzaq nəticələr



əldə edilmişdir. Açıq hemorroidektomiyadan sonra bu göstəricilər uyğun olaraq 86,4%, 8,3% və 5,2% olmuşdur.

4. Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması daxili babasilin üçüncü mərhələsində daha effektiv olmuşdur, belə ki, müşahidələrin 78,8%-də yaxşı nəticələr alınmışdır. Kombinə olunmuş babasil zamanı qapalı hemorroidektomiya tətbiq edildikdə etibarlı hemostaz sayəsində 88,9% hallarda yaxşı nəticələr əldə edilmişdir.

## **PRAKTİKİ TÖVSIYYƏLƏR**

1. Babasil xəstəliyinin müalicə üsulunu seçərkən onun əlamətlərinin klinik təzahür dərəcəsinə və mərhələsinə, ağırlaşmaların, eləcə də yanaşı xəstəliklərin olmasına xüsusi diqqət yetirmək lazımdır.

2. Daxili babasilin üçüncü mərhələsində ən münasib müalicə üsulu babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanmasıdır. Bir dəfəyə ən çoxu iki babasil düyününün liqaturlanması məsləhətdir.

3. Ağırlaşmamış daxili babasilin cərrahi müalicə tələb edən istənilən mərhələsində kompression hemorroidektomiya aparıla bilər. Təkmilləşdirilmiş kompression hemorroidektomiya zamanı hemorroidal düyünlərin bağlanmış arterial damar ayaqcıqları kompression sıxac arasında sıxıldığına və selikli qişanın tamlığı bərpa edildiyinə görə əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların sayı minimuma enir.

4. Kombinə olunmuş babasilin gecikmiş mərhələlərində qapalı hemorroidektomiya məqsəduyğundur. Babasil xəstəliyi anal çat və ya xroniki paraproktit kimi ağırlaşmalarla müşayiət olunan hallarda isə hemorroidektomiyanın açıq üsulla aparılması məsləhətdir.

## **DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI**

1. О компрессионной геморроидэктомии / Prof. N.Rzayevin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübə konfransın materialları. Bakı, 2004, s. 80-82 (həmmüə. F.İ.İsgəndərov)
2. Малоинвазивный метод лечения геморроя / Əməkdar elm xadimi, prof. M.M.Abdullayevin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfransın materialları. Bakı, 2004, s. 185-188 (həmmüə. F.İ.İsgəndərov)

3. Closed hemorrhoidectomy // Abstracts of IX International Euroasian congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, Azerbaijan, 2006, p.29-30 (həmmüəl. Nazarov A.İ.)
4. Babasil düyünlərini lateks həlqələrlə liqaturlamanın yaxın nəticələri / Əməkdar elm xadimi, prof. Ş.B.Quliyevin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın materialları. Bakı, 2006, s. 106-108 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
5. Açıq və qapalı hemorroidektomiyaların yaxın nəticələri // Azərb. Tibb jurnalı, 2007, №1, s.60-63 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
6. Babasil düyünlərinin lateks həlqələrlə liqaturlanması haqqında // Sağlamlıq, 2007, №2, s.77-81 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
7. Babasilin müalicə probleminin müasir vəziyyəti: konservativ və az invaziv üsullar // Sağlamlıq, 2007, №7, s.21-30 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
8. Babasilin patogenezi haqqında // Sağlamlıq, 2007, №8, s.170-174 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
9. Kompresion hemorroidektomiya // Sağlamlıq, 2009, №8, s.145-150 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
10. Преимущества усовершенствованной компрессионной геморроидэктомии // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. - 2011. - Т. 6, N 3. - С. 75-80
11. Babasil xəstəliyinin müalicəsində lateks həlqə ilə liqaturlama metodu və onun nəticələrinin təhlili // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2012, №4, c.180-184 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)
12. Babasilin müalicəsində müxtəlif əməliyyat üsullarının yaxın və uzaq nəticələrinin müqayisəli təhlili // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2013, №4, c.74-79 (həmmüəl. F.İ.İsgəndərov)

**Нурлан Акпер оглы Искендеров**  
**ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**  
**ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ**

**Резюме**

Диссертационная работа основана на результатах анализа лечения 494 больных, находящихся под динамическим наблюдением по поводу геморроя. Из всех получивших лечение больных 129 произведено лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, 143 – компрессионная геморроидэктомия, а 222 – хирургическое вмешательство. После лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами у 46 (35,7%) из 129 больных возникли осложнения. При анализе в группе больных, которым произведено лигирование узлов латексными кольцами, у 115 (89,1%) отмечены хорошие, у 8 (6,2%) – удовлетворительные, а у 6 (4,7%) – неудовлетворительные результаты. Компрессионная геморроид-эктомия производится с помощью зажимов, изготовленных из титано-никельного сплава с эффектом «памяти», в зависимости от температуры обладающих пластическими свойствами. Из 143 больных, леченных данным методом, у 86 (60,1%) отмечался болевой синдром различной интенсивности. У 9 (6,3%) пациентов после установки зажимов наблюдалось кровотечение, у 4 (2,8%) – рефлекторная задержка мочи, а у 3 (2,1%) – атония мочевого пузыря. Хорошие результаты были получены у 81 (93,1%), удовлетворительные - у 6 (6,9%) больных. Неудовлетворительные результаты не наблюдались. После закрытой геморроидэктомии у 6 (5,3%) больных в результате рефлекторной задержки мочи и у 8 (7,1%) больных – из-за атонии мочевого пузыря возникла необходимость постоянной 5-ти дневной катетеризации мочевого пузыря и лекарственной терапии. Ранние осложнения встречались в 12,6% случаев после закрытой геморроидэктомии, а после открытой геморроидэктомии – в 18,9% случаев. После закрытой геморроидэктомии у 88,9% пациентов были получены хорошие, 6,7% - удовлетворительные, а у 4,4% - неудовлетворительные отдаленные результаты. Эти показатели после открытой геморроидэктомии составили, соответственно, 86,4%, 8,3% и 5,2%.

Таким образом, завершая проведенное исследование, можно утверждать, что нами разработан и внедрен в клиническую практику практичный способ компрессионной геморроидэктомии. Данный метод можно внедрить при отсутствии эффекта от консервативного лечения внутреннего геморроя при любых его стадиях.

**Nurlan Akber oğlu Isgenderov**  
**THE CHOICE OF SURGICAL METHODS**  
**IN TREATMENT OF HEMORRHOIDS**

**Summary**

The dissertation is based on an analysis of 494 patients with treatment under dynamic observation of hemorrhoids. All of 129 patients treated for hemorrhoids with ligation of latex rings, 143 - Compression hemorrhoidectomy, and 222 - surgery. After ligation of hemorrhoids with latex rings in 46 (35,7%) of 129 patients was developed complications. In the analysis of a group of patients who produced ligation sites latex rings, in 115 (89,1%) marked good in 8 (6,2%) - satisfactory, and in 6 (4,7%) - unsatisfactory results. Ligation of hemorrhoids latex rings was the most effective in the third stage of internal hemorrhoids, so that in 78,8% of cases, good results were obtained. 143 patients suffering from chronic hemorrhoids, were subjected to compression operation hemorrhoidectomy.

Compression hemorrhoidectomy is performed by using clips made from titanium nickel alloy with "memory effect", depending on the temperature getting plastic properties. From 143 patients treated by this method in 86 (60,1%) patients had pain of varying intensity. In 9 (6,3%) patients after installing clamps bleeding was observed in 4 (2,8%) - reflex delay of urine and in 3 (2,1%) - bladder atony. Good results were obtained in 81 (93,1%), satisfactory - 6 (6,9%) patients. It was not observed unsatisfactory results. After closed hemorrhoidectomy in 6 (5,3%) patients as a result of reflex delay of urine and 8 (7.1%) patients - due to bladder atony was necessary constant 5-day bladder catheterization and drug therapy. Early complications occurred in 12.6% of cases after closed hemorrhoidectomy, and after open hemorrhoidectomy - 18.9% sluchayah. After closed hemorrhoidectomy in 88.9% of patients had good, 6.7% - satisfactory, and at 4.4% - unsatisfactory long-term results. These figures after open hemorrhoidectomy were respectively 86,4%, 8,3% and 5,2%.

Thus completing our study, we can say that we have developed and introduced into clinical practice practical method of compression hemorrhoidectomy. This method can be implemented in the absence of effect of conservative treatment of internal hemorrhoids in all its stages.





Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Sifariş 563 Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
им. акад. М. А. ТОПЧИБАШЕВА

*На правах рукописи*

**НУРЛАН АКПЕР оглы ИСКЕНДЕРОВ**

**ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ  
В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ**

3213.01 – “Хирургия”

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

Баку – 2014