

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

**MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN YOĞUN
BAĞIRSAQLA BƏZİ MÜŞTƏRƏK PATOLOGİYALARINDA
CƏRRAHİ TAKTİKA**

İxtisas: 3213.01 - “Cərrahlıq”

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Aytən Sabir qızı Qırxlarova**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim olunmuş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKI-2022

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin III cərrahi xəstəliklər kafedrasında və 1 saylı Kliniki Tibbi Mərkəzin cərrahiyyə şöbəsində yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

tibb elmləri doktoru
Davud Məhəmməd oğlu Pənahov

Rəsmi opponentlər:

tibb elmlər doktoru, professor
Saday Ağalar oğlu Əliyev

tibb elmlər doktoru, professor
Qurbanxan Fətəli oğlu Müslümov

tibb elmlər doktoru
Sahib Əhməd oğlu Hüseynov

Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurası

Dissertasiya Surasının sədri:



tibb elmlər doktoru, professor
Surxay İsmayıl oğlu Hədiyev

Dissertasiya Şurasının elmi katibi:



tibb elmlər doktoru, professor
Fariz Hidayət oğlu Camalov

Elmi seminarın sədri:



tibb elmlər doktoru, professor
Məhəmməd Məhəmmədəli oğlu Kərimov



İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Tibbi mənbələrdə mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaları (MAP) adı altında tədqiqatlara az rast gəlinməklə yanaşı xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatı (XBT) – siyahısında belə müştərəklik hələ də kodlaşdırılmamışdır.^{1,2} Çoxsaylı tədqiqatların, ən yaxşı halda 2 xəstəliyin yaratdığı müştərək hallarda belə, araşdırmaların səpgili şəkildə aparıldığı yekun nəticələrdə məlum olur.³ Mövcud diaqnostika üsulları MAP-ın ayrı-ayrı xəstəliklərin inkişaf səviyyəsinin dəqiqləşdirilməsində yetərli olmadığı sübut olunmuşdur.^{4,5} Buna görə də istifadədə olan diaqnostika tədbirlərinin təkmilləşdirilməsinə və yeni diaqnostik üsulların işlənilib praktikaya tətbiq edilməsinə ehtiyac duyulur.

Tədqiqatların nəticələrini araşdırarkən belə məlum olur ki, müəlliflərin çoxsaylı hissəsi eyni vaxtda həzm kanalının 2 və ya 3 şöbəsində (mədə, onikibarmaq bağırsaqlar və yoğun bağırsaqlar) mürəkkəb əməliyyatın icrasından yan keçirlər, bununla da yüksək ağırlaşmalar riski altına düşmək istənilir.^{6,7}

1. Клименко, Г. А. Гастроптоз и колоноптоз в современной хирургической гастроэнтерологии: сборник научно-практических работ, посвященный 90-летию кафедры общей хирургии Рос ГМУ. -Ростов -на Дону, 2006. - С.64-68.
2. Павлова З.В., Тобохов А.В. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с висцероптозом. Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова 2006, том3, №4, с 101-104.
3. Лычкова, А.Э. Особенности секреторной и моторной функции желудка при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с запорами. Лычкова А.Э., О.Б. Янова, А.А. Машарова // ЭКс-перим. и клин. гастроэнтерология. - 2008. -№4. -С. 25-27.
4. Курбанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н., Джавадов Э.А. Долихосигма как причина хронического запора. Хирургия. 2010; 7: 25—7.
5. Кушниренко И. В., Майкова Т. В., Сиротенко И. А. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. Современные методы их коррекции при хроническом гастродуодените // Новости медицины и фармации. 2011. № 382. С. 58—62.
6. Bassotti, G. Alterations in colonic motility and relationship to pain in colonic diverticulosis / G. Bassotti, E. Battaglia, G. De Roberto et al. // J. Clin. Pathol. — 2010. — Vol. 58. — P. 973-977.
7. Whorton J. Civilization and the colon. Constipation as "the disease of all diseases". Br. Med. J. 2000; 321 (7276): 1586—9.

Buna görə də həzm kanalı üzvlərində orqansaxlayıcı, yəni az riskli əməliyyat üsullarının işlənilməsinə hazırlanmasına böyük ehtiyac duyulur. Buradan belə nəticə çıxarmaq olur ki, MAP-nin radikal müalicəsinin düzgün həyata keçirilməsi üçün, müasir dövrün tələbinə uyğun desək, alqoritm cədvəli yoxdur.⁸

Məsələnin yalnız bu şəkildə həlli problemin birdəfəlik aradan qaldırılmasını təmin etmiş olar, əks halda xəstələrin dəfələrlə təkrari cərrahi əməliyyatlara məruz qalması və onların əlilliyə düşməsi qaçılmaz olur.^{9,11} Qeyd olunan problemlər bu günün tələbi kimi cərrahlar qarşısında durmaqda davam edir və özünün yetərli şəkildə həllini gözləmiş olur.^{10,12}

Tədqiqatın məqsədi düzgün və səmərəli diaqnostika, cərrahi taktika seçməklə, yeni ixtira olunmuş əməliyyat üsullarının tətbiqi ilə MAP-nin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın vəzifələri.

1. MAP müəyyən edilməsində istifadə olunan diaqnostik üsulların daha da təkmilləşdirilməsi və yeni diaqnostika üsullarının işlənilməsinə hazırlanması, praktikaya tətbiq edilməsi.

-
8. Barroso AO, Quigley EM. Diverticula and Diverticulitis: Time for a Reappraisal. *GastroenterolHepatol (N Y)*. 2015 Oct;11(10):680-8.
 9. Brian E. Lacy, John M. Lovenick, Michael Crowell. Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. *Ther. Adv. Gastroenterol*. 2012; 5 (4): 233—47.
 10. Crowe F.L., Appleby P.N., Allen N.E., Key T.J. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. *BMJ*. 2011. Vol. 343. doi: 10.1136/bmj.d4131.
 11. Yamada E., Inamori M., Uchida E. et al. Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan // *Am J Gastroenterol*. - 2014. - № 109. - P. 1900 – 1905
 12. Латыпов Р.З., Плечев В.В., Чабин А.В., Сунагатуллин Н.К.. Диагностика и хирургическое лечение хронических дисфункций толстой кишки у больных с висцероптозом, *Медицинский вестник Башкортостана*, 2009. С 48-55.

2. MAP-ni təşkil edən xəstəliklərin yalnız birinə görə aparılan cərrahi korreksiyadan sonrakı dövrdə müştərəkliyin digər üzvlərinin klinik gedişinin araşdırılıb qiymətləndirilməsi
3. MAP-nin ən çox təsadüf olunan variantı visseroptoz zamanı mədə atoniyasının müalicəsində yeni cərrahi üsulun işlənilib hazırlanması və praktikaya tətbiq edilməsi.
4. Həzm kanalının bütün şöbələrində rast gəlinən divertikulun yeni təsnifatı, asan icra oluna bilən etibarlı cərrahi üsulunun işlənilib hazırlanması və praktikaya tətbiq edilməsi.
5. MAP-nin radikal müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırılması məqsədi ilə diaqnostika, əməliyyatlara göstərişlərin düzgün tərtibatı və tətbiq olunacaq əməliyyatların seçimini təyin edə bilən alqoritm formalaşdırılması və praktikaya tətbiq edilməsi.

Tədqiqatın elmi yeniliyi

1. Ənənəvi müayinə üsullarının təkmilləşdirilməsi və yeni diaqnostika üsullarının tətbiqi ilə MAP zamanı baş verən dəyişikliklərin patogenetik əlaqələrinin çözülməsi mümkün olmuşdur.
2. MAP nümunəsi olan visseroptoz zamanı yeni cərrahi üsulla həm mədə, həm də yoğun bağırsaqlarda fəaliyyət pozğunluqlarının və qarındaxili artmış təzyiqin tənzimlənməsilə onun rolu sübut olunmuşdur (yeni patentləşmiş ixtira).
3. Yeni tərtib olunmuş təsnifat divertikulyar xəstəliyin elmi araşdırılmasına yol açır, patentləşmiş ixtira, divertikulun büzməli tikişlərlə ləğvi əməliyyatının tətbiqi nəticəsində divertikul olduğu sahədən selikli qişanın tamamilə yenidən bərpası sübut edir ki, divertikul əzələ qatında yaranan məhz zəif sahələrdə inkişaf edir.
4. Təklif olunan alqoritm MAP-nin düzgün araşdırılması və bu sahədə müasir tədqiqatların proqramlaşdırılmış elmi əsaslarını təmin etmiş olur.

Tədqiqatın müdafiəyə çıxarılan əsas müdəaları

- MAP-da səmərələşdirilmiş və praktikada istifadə edilmiş müayinələrin differensial şəkildə tətbiqi əməliyyat üsullarının

düzgün tərtibatı və yönəldilməsinə, əməliyyatdan sonrakı dövrdə müalicə proqramının düzgün tənzimlənməsinə yol açır.

- Qarındaxili təzyiqin həzm kanalında dəyişən təzyiqdən asılılığı MAP -nin inkişafında patogenetik əlaqələrindən biri olması sübuta yetirilir.
- MAP-nin birmomentli cərrahi korreksiyasının qənaətbəxş nəticələri müştərəkliyi təşkil edən ayrı-ayrı xəstəliklərin eyni patogenetik mənbədən qaynaqlanması və ya onların bir-biri ilə bağlılığın olduğundan xəbər verir.
- MAP aparılan tədqiqatların müsbət və yetərli nəticəsinə görə xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatında nozoloji vahid kimi kodlaşmaya layiqdir (Hazırkı XBT sonuncu kodlaşma deyildir, o hər zaman yenilənə bilər).

Dissertasiya işinin yerinə yetirildiyi təşkilat: Tədqiqat işinin nəticələri Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının III cərrahi xəstəliklər kafedrasının bazasında, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi 1 saylı Kliniki Tibbi Mərkəzin cərrahiyyə şöbəsində tətbiq edilmişdir.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu: Dissertasiya işi A4 formatında “Times New Roman” 14 şrifti və 1,5 sətirarası intervalla Azərbaycan dilində yazılmışdır, mündəricat, giriş, ədəbiyyat icmalı, tədqiqat material və metodlar, onların müzakirəsini əhatə edən 6 fəsildən, yekun, nəticələr, praktiki tövsiyələr, istifadə olunmuş ədəbiyyat və ixtisarlardan siyahısından ibarət olmaqla 199 səhifədə verilmişdir. Dissertasiya 28 cədvəl, 1 alqoritm və 36 şəkillərə illüstrasiya olunmuşdur.

Dissertasiya mövzusu üzrə çap olunmuş 20 elmi işlər: 7 elmi məqalə (4-ü Azərbaycan Respublikası, 3-ü xaricdə), 9 tezis (5-i r Azərbaycan Respublikası, 4-ü xaricdə); dissertasiya materialları üzrə “Avroasiya Patentləşmə” qurumu (Moskva) tərəfindən patentləşmiş 2 ixtira; Azərbaycan Respublikası Əqli Mülkiyyət Agentliyi tərəfindən qeydə alınmış və şəhadətnamə verilmiş 3 material; 1 dərs vəsaiti olmuşdur. Elmi məqalələrdən 2-si həmmüəllifsiz, 5-i (o cümlədən 2 beynəlxalq patent) beynəlxalq xülasələndirmə və indeksləmə sistemlərinə (bazalarına) daxil olan dövrü elmi nəşrlərdə dərc

olunmuşdur. Beynəlxalq elmi tədbirlərin nəticələri üzrə 9 tezis (5-i Azərbaycan Respublikası, 4-ü xarici) hazırlanmış, 1-i poster məruzəsi (yerli) yerinə yetirilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI – KLİNİK MATERIALIN XARAKTERİSTİKASI

Tədqiqatın klinik materialını 2015-2019-cu illər ərzində Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrasında və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi 1 saylı Kliniki Tibbi Mərkəzin cərrahiyyə şöbəsində mədə, onikibarmaq bağırsağ və yoğun bağırsaqların, həmçinin öd kisəsi patologiyalarına görə müalicə almış və operativ müdaxiləyə məruz qalmış 110 xəstə təşkil etmişdir. Xəstələrin 68 (62 %) qadın, 42 (38 %) isə kişi olmuşdur. Bunlarla yanaşı olaraq 2010-2014-cü illərdə uyğun patologiyaların müştərəkliyini təşkil edən 30 xəstə ambulator şəraitdə müayinə, konservativ müalicə aparılaraq nəzarətdə olmuşdur.

Tərəfimizdən mədə, onikibarmaq bağırsağ və yoğun bağırsağ xəstəliklərinə görə aparılmış cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələri müqayisəli şəkildə öyrənilməsi məqsədi ilə 110 xəstədən - 50-də tədqiqatın həyata keçirilməsində məqsəd özünə məxsus olmuşdur. Belə ki, bu qrup xəstələrdə müştərəkliyi təşkil edən hansısa patologiyalardan yalnız birinə görə cərrahi müdaxilə tətbiq edilərək, aparılan müalicə sanki palliativ xarakter daşmışdır, yəni digər xəstəliklər müalicəsiz qaldığına görə müştərək şəkildə formalaşan patologiyalar qalmaqda davam edərək konservativ müalicə və əməliyyatın nəticələrində yaxşılaşmağa imkan verməmişdir. Bu vəziyyətin (halın) təstiği qarşıda qoyulan məqsəd və vəzifələrin inamlı şəkildə həyata keçirilməsinə əyani sübut yaratmış olur.

Tədqiqata daxil olan 110 xəstədə patologiyaların müştərək halda araşdırılmasını nəzərə alaraq 289 patologiya aşkarlanmışdır – 25-də (8,6 %) DQBDSY, 16 (5,5%) xəstədə onikibarmaq bağırsağın xroniki xorası, 20-də (6,9%) mədə sallanması, 4-də mədə və 12 b.bağırsağ divertikulu (1,4%), 70-də (24,2%) onikibarmaq bağırsağın xroniki keçməməzliyi, 48-də (16,6%) dolixosiqma, 23-də (8%) dolixomeqatransverzokolon, 16-da (5,6%) köndələn çənbər bağırsağın sallanması, 19-da (6,6%) visseroptoz, 25-də (8,6%) yoğun

bağırsaqların divertikulyozu (bunlardan 6 (2,1%)-da perforasiya), 11-də (3,8%) yoğun bağırsaqların mənfəzinin daralması ilə bağırsaq keçməməzliyi, 12-də (4,2%) mədə atoniyası aşkarlanmışdır

Beləliklə, tədqiqata daxil olan xəstələrin 40-dan 30-da ön krurorrafiya, fundoezofaqofrenorrafiya əməliyyatı, 5-də Nissen, 5-də isə Şəlimov üsulu ilə fundoplikasiya, 20-də Bilrot-II üsulu Hofmeister-Finsterer modifikasiyası ilə mədə rezeksiyası, 8 xəstədə divertikulun rezeksiyası, 14 xəstədə Zemlyanov üsulu ilə divertikulun ləğvi, 47 xəstədə Stronq əməliyyatı, 26 xəstədə siqmanın rezeksiyası, o cümlədən 6 xəstədə perforasiyaya görə, 14 xəstədə sağtərəfli hemikolektomiya, 18 xəstədə soltərəfli hemikolektomiya, 14 xəstədə subtotal, 14 xəstədə isə total kolektomiya əməliyyatları icra olunmuşdur.

Bunlarla yanaşı 2017-2018-ci illərdə bizim texniki icrasını işləyib hazırladığımız və Moskva Avro-Asiya Patent Birliyi tərəfindən patentləşdirilmiş yeni cərrahi əməliyyat “Mədə atoniyasının cərrahi müalicə üsulu” və “Büzməli tikişlərlə divertikulun ləğvi” , praktikaya tətbiq edilmişdir. Mədə atoniyasının cərrahi müalicə üsulu 10 divertikulun büzməli tikişlərlə ləğvi əməliyyatı isə 12 xəstədə icra olunmuşdur.

METODLAR. Tədqiqata 110 xəstə cəlb edilmişdir. Xəstələr 10 yaşdan 70 yaşa qədər olmaqla 2 qrupa bölünərək tədqiqat aparılmışdır. Hər 2 qrupu təşkil edən xəstələr 3 yarımqrupa bölünmüşdür. Əsas qrupda olan 60 xəstədə MAP əvvəlcədən məqsədyönlü şəkildə tədqiq olunmuş, aşkarlanan patologiyaların ləğvi 3 istiqamətdə aparılmışdır;

1) etaplı cərrahi əməliyyatla;

2) ilkin cərrahi əməliyyat aparılır, sonrakı dövrdə konservativ müalicə davam etdirilir;

3) eyni vaxtda MAP hamısı radikal cərrahi əməliyyatlarla ləğv edilir, yəni əsas qrupu təşkil edən xəstələrdə olan MAP radikal müalicə tədbirləri ilə aradan qaldırılmış olur.

İkinci qrupu təşkil edən xəstələrdə isə yarım qruplar belə təşkil olunmuşdur.

1. MAP-istiqamətində protokol üzrə tədqiqat aparılmamış, aşkar olunan dəyişikliklərdən yalnız birinə əməliyyat tətbiq

olunmuşdur. Digər patologiyalar isə korreksiya olunmadan qalmış, lakin tətqiqatlar davam etdirilmişdir.

2. Bu qrup xəstələrdə fərqlilik, davam etməkdə olan şikayətlərə əsasən aparılan müayinələr nəticəsində, əvvəlcədən üzə çıxarılması mümkün olmadığı hallarda belə, MAP-nin keçirilmiş əməliyyatdan əvvəl mövcud olmasının təstiqlənməsidir. Bu variantda müalicə yalnız konservativ üsulların tətbiq edilməsi ilə mümkün olmuşdur.
3. İlk əməliyyatdan sonra aşkar olunan MAP-lar radikal şəkildə aradan qaldırılması təşəbbüsü ilə təkrar tətbiq olunan operativ müalicə nisbi xarakter daşıyan xəstələr qrupu.

Beləliklə nəzarət qrupunu təşkil edən xəstələrdə MAP-ın ləğvi radikal deyil müxtəlif variantlarla aparılmaqla, tam olmayan şəkildə aradan qaldırılması yolları və onların nəticələri öyrənilmişdir.

MAP-nın instrumental diaqnostikasında yalnız hər hansı bir həzm sistemi üzvünün müayinəsi zamanı aşkar olunan xroniki patologiyanın digər üzvlərin də diaqnostikasının aparılması vacibliyinin yarandığını qeyd etmək vacibdir. Ən vacib məqamlardan biri də odur ki, eyni diaqnostik üsulun tətbiqi zamanı qonşu üzvlərdə hər birinin özünə məxsus dəyişikliklərin dəqiq qeydiyyatı ilə yanaşı, əlaqəli olduğu üzvdə də baş vermiş dəyişiklər barəsində, heç olmasa, dolayı yolla təsəvvür yaradıla bilinsin. Mədə sallanması zamanı köndələn çənbər bağırsağın da ondan öndə kiçik çanağa doğru enməsi zamanı onun kölgəsinin də düşməsinin aşkarlanması deyilənlərə misal ola bilər.

MAP zamanı orqanizmdə baş verən dəyişikliklərin instrumental müayinələr ilə yanaşı digər üsullarla da diaqnostikası araşdırma tələb edən problem kimi yaşanmaqdadır.

MAP-nin diaqnostikası məqsədi ilə, tərtib etdiyimiz protokola əsasən aparılan müayinələrdən hər hansı birinin tətbiqi zamanı abdominal patologiyaların hər hansı birinin üzə çıxması baş verərsə, digər diaqnostik üsullarının da tətbiq edilməsinin vacib sayılması bizim tədqiqatımızda öz təstiqini tapmışdır. 5 il müddətində ambulator şəraitdə 30 xəstədə instrumental müayinələrdən endoskopiya və videoyazı ilə kontrastlı rentgen müayinəsi vaxtaşırı təkrar olunmaqla bizim apardığımız müşahidələrin nəticələri qeyd olunanları təstiqləyir.

Müştərək patologiyaların təstiqlənməsində bəzən mövcud, ənənəvi təstiq olunan instrumental diaqnostika üsullarının da gücsüz olduğu tədqiqatların gedişində üzə çıxdı. Bu əsasən divertikulların diaqnostikasında özünü göstərmiş oldu. Diaqnostikanın qeyri müəyyənliyi tətbiq ediləcək cərrahi müalicə üsulunun da təsadüfi və düzgün olmayan qərarlar əsasında tətbiqinə gətirib çıxarır. Buna görə biz divertikulların diaqnostikasının təkmilləşdirilməsi vacibliyi anlamına gələcək daha geniş imkanlı yeni üsulun işlənilib praktikaya tətbiq edilməsinə çalışdıq və bu problemin öhdəsindən gəlmiş olduq. Yeni üsulun sadəliyi, təkcə müştərək abdominal patologiyalar zamanı deyil, hər bir variantda divertikulun ləğvinə yol açə bilən məlumatların üzə çıxarılmasını həyata keçirə bilər. Buna tədqiqatlarımızın gedişində əmin olduq. Həmçinin tədqiqatlarımızın aparıldığı müddət ərzində, lazım gəldikdə, mövcud patologiyaların daha da təkmilləşdirilərək tətbiq edilməsinə də çalışmış və etibarlı yeniliklər əldə etmişik. Bu yönümdə divertikulun izolə olunmuş formasında, yəni divertikulun cismi ilə yerləşdiyi üzv arasında əlaqə hətta FEQDS-yanın köməyi ilə aşkarlanma bilinədikdə bizim təklif etdiyimiz Rilsin zondı ilə divertikulun yeni müayinə üsulu ilə məsələyə aydınlıq gətirməyə nail olmuşuq.

Nəzarət qrupunu təşkil edən xəstələr, ilkin müraciət zamanı, ifadə etdikləri şikayətlərin əhatəli olmadığından diaqnostika qismən aparılmış, əslində mövcud olan digər patologiyalar üzə çıxarılmamış, davam etməkdə qalmışdır. Həmin xəstələrdə yalnız aşkar edilmiş patologiyaların korreksiyası aparılmış, əvvəlcədən mövcud olan patologiyalar əməliyyatdan sonrakı dövrlərdə aparılmamış, protokol üzrə, diaqnostika əsasında üzə çıxmışdır. Buraxılmış səhv və ya baş vermiş səriştəsizliyin MAP-ın müalicəsinin nəticələrinə neqativ təsirlərini vaxtında aradan qaldırmaq üçün biz həzm sisteminin bütün sahələrinin diaqnostikasının, mütləq şəkildə, aparılması qərarına gəlmişik.

MAP-1 ümumiləşdirən əsaslı şərtlərdən önəmlisi qarındaxili təzyiqin sabitliyinin pozulmasıdır. Araşdırılan tibbi mənbələrin verdiyi məlumatlarda qarın boşluğu üzvlərinin kəskin patologiyalarında, onların ağırlıq dərəcəsinin formalaşmasında qarındaxili təzyiqin əhəmiyyəti özünə yer tapsa da, bu amil xroniki

gedişli müştərək patologiyalara aid edilmədiyinə görə biz öz tədqiqatlarımızda sözügedən faktorun araşdırılmasına xüsusi yer vermişik. Alınan nəticələr mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaların inkişafında qarındaxili təzyiqin vacib rolu olduğunu təstiqlənmişdir. Həmçinin qarındaxili təzyiq əksər hallarda ancaq sistometriya aparılmaqla təyin edildiyi halda, biz onunla yanaşı qastrometriya da aparmaqla daha dəqiq göstəriciləri təyin etmişik. Qastrometriya aparılması üçün biz kontrastlı rentgen müayinəsi zamanı mədənin uzunluğu, eni və arxadan önə olan ölçülərini təyin etməklə mədənin tutumunu təyin etmişik. Bu yekun ölçü qastrometriya zamanı mədəyə yeridiləcək iliq fizioloji məhlulun həcmi təyin etmiş olur.

Beləliklə, belə qənaətə gəlmək olur ki, mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaları sadə deyil, məqsədyönlü və xüsusi diaqnostik yanaşmalar tələb edən bir qurumdur. Bu qurumu təşkil edən ayrı-ayrı xəstəliklərin diaqnostikası müalicə üçün yekun və uyğun qərar qəbul edilməsi üçün azlıq təşkil etməsi öz təstiqlərini tapmışdır. Məsələnin həllinin tamamlanması ayrı-ayrı xəstəliklərin bir-biri ilə patogenetik bağlılığı çözüldükdən sonra baş verir.

MAP-nin diaqnostikasının nəticələri tətbiq ediləcək cərrahi əməliyyatların seçimi və göstərişləri təyin etmiş olur. Bizim tədqiqatlarımızın nəticəsində gəldiyimiz qənaət bir çox müəlliflərin fikri ilə üst-üstə düşür. Belə ki, müştərək abdominal patologiyaların eyni zamanda aparılacaq radikal cərrahi müalicəsinə göstərişlər formalaşdırılan zaman sadə, asan və tez müddətə icra oluna biləcək əməliyyatlara üstünlük vermək vacibliyi yaranır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aparılan təhlil o faktları da aşkarlamağa imkan vermişdir ki, MAP zamanı həyata keçirilən əməliyyatların seçimi, qismən korreksiya gücündə olarsa belə, uzun müddətli, texniki cəhətdən ağır olan bir əməliyyatın tətbiqi dərin ağırlaşmalara gətirib çıxara bilər. MAP radikal cərrahi müalicəsinə xəstənin ümumi vəziyyəti və ya müştərəkliyin ağır mərhələsi imkan vermədikdə, həmçinin xəstənin cavan yaşda olması zamanı məqsədyönlü şəkildə əməliyyatların mərhələli tətbiqi vəziyyətdən çıxış yolu sayıla bilər.

Müştərək abdominal patologiyaların ən çox təsadüf olunan visseroptoz zamanı 25 yaşına qədər olan xəstələrdə etaplı seçim olaraq yoğun bağırsağın müxtəlif variantlı rezeksiyası və ya hemikolektomiyası əməliyyatı aparılarkən mədənin yoğun bağırsağa və böyük piylikdən azad olunması onun öz əvvəlki mövqeyinin bərpa olunmasına gətirib çıxarması tədqiqatlarımızda öz əksini tapmışdır.

Mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaların əhatə dairəsinin təyini barədə qərarın qəbulu zamanı ayrı-ayrı patologiyaların özlərinin patoloji-anatomik dəyişikliklər və üzvün fəaliyyətində baş vermiş pozğunluğun ağırlıq dərəcəsinə böyük əhəmiyyət verilmişdir.

Xüsusilə qonşu sahələrdə inkişaf etmiş patoloji pozğunluqlar onların öz normal fəaliyyətini yerinə yetirə bilmədiyi baxımından bu hal xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu zaman aparılan instrumental və görüntülü müayinə üsullarının verdiyi məlumatlar vasitəsi ilə qeyd edilən müştərək qonşu patologiyaların olub-olmamasını dəqiqləşdirmək mümkün olmuşdur.

Bizim tədqiqatlar zamanı endoskopik və kontrastlı rentgen müayinələrinin həssaslığının nəticələrinin 90% halda üst-üstə düşməsi ilə təsbit edilmişdir. Qeyd olunan şəkildə müqayisəli diaqnostika, bizim təcrübəmizdə, MAP -in varlığına şübhə olduqda belə, tətbiq edilmişdir. Bu yolla həmçinin cərrahi müalicəyə ehtiyac olmadığı, yəni xəstəliyin konservativ üsulla dərman preparatları, pəhriz, qidalanma və vərdis qaydaları ilə müalicənin seçilməsi mümkün olmuşdur.

Bir neçə patoloji dəyişikliklər bir üzvün özündə və ətrafında baş verdikdə cərrahi əməliyyata göstərişlər və onların icrası xeyli sadələşmiş olur. Mədə sallanması ilə atoniyası, DQBDSY, mədə və ya onikibarmaq bağırsağın divertikulu, onikibarmaq bağırsağın xroniki keçməməzliyi ilə birlikdə təsadüf olunduqda mədə üzərində aparılan əməliyyata göstərişlə yanaşı digər patologiyaların da ləğv edilməsinə asanlıqla rəvac verilə bilər. Biz öz tədqiqatlarımızda eyni yanaşmanı yoğun bağırsaqların sallanması ilə divertikulyoz olduqda da tətbiq etmişik. Bununla yanaşı yoğun bağırsağın hər hansı bir yarısında ölçülərinin böyüməsi ilə divertikulyoz hemikolektomiyaya göstəriş olursa, digər tərəfində normal ölçülər fonunda olan divertikul başqa

sadə əməliyyatın tətbiqi göstərişini yaratmışdır. Lakin qeyd olunan halları eyni zamanda həm mədə, həm də yoğun bağırsaqda inkişaf etmiş iri həcmli patologiyaları, visseroptoz, çox sahəni əhatə edən ağırlaşma təhlükəli divertikulyoz olduqda söyləmək olmur. Belə halda biz divertikulyoz sahəsinə üzvün rəvac verə bilən rezeksiyası variantını seçmişik. Endoskopiya aparılarkən sağlam sahədə yerləşən divertikulların vəziyyətini qiymətləndirmək üçün onun mənfəzinə irriqatorla yeridilən kontrast maddə ilə rentgenoloji tədqiqat aparıb, görüntülər əldə etməklə dəyərləndirmənin nəticələrini əldə etdikdən sonra icra olunacaq əməliyyata düzgün göstəriş yaranmış olduğunu biz təsbit etmişik.

Beləliklə tədqiqatlarımızın nəticəsində cərrahi əməliyyatlara göstərişlərin seçilməsində yanlışlıqlara yol verməmək üçün, tətbiq ediləcək əməliyyatlardan sonrakı ağırlaşmalardan yan keçilməsi məqsədi ilə xəstələrə fərdi qaydada, patologiyaların ləğv edilməsində seçimin dəqiq olmasına çalışmış, 96% hallarda yaxşı nəticələr əldə etmişik.

Müştərək mədə, onikibarmaq bağırsağ və yoğun bağırsağın bəzi patologiyaları zamanı hansısa xəstəliklər barəsində söhbət açmazdan əvvəl tədqiqatlarımız zamanı onların inkişafında ümumiləşdirici patogenetik əsasların olması barəsində fikrimizi bölüşmək istərdik. Əvvəlcə, həzm sisteminin ayrı-ayrılıqda istər yuxarı şöbəsi, istərsə də distal hissəsində mövcud patologiyanın olmasına baxmayaraq, orqanları ümumiləşdirən bağı aparatında inkişaf etmiş patoloji dəyişiklər özünə məxsus şəkildə yer alır. Buradan belə bir məntiqi nəticə çıxarmaq olur ki, bu iki şöbənin hər hansı birinin üzvləri ilə bağı aparatında normadan kənara çıxma aşkarlanarsa, digər şöbədə də diaqnostika aparılmaması tələbi yaranmış olur.

İkinci məqam ondan ibarətdir ki, həzm sisteminin bir şöbəsində orqanların əzələ qatında inkişaf etmiş atrofiya və ya buna bənzər degenerativ dəyişikliklər inkişaf etmiş olursa, əksər hallarda bu dəyişikliklər digər şöbələrdə də özünə yer tapmış olur. Bu dəyişiklikləri endokrin (Xaşimoto) xəstəliklər fonunda inkişaf etməsi hallarını biz tədqiqata daxil olan xəstələrimizdə də təyin etmişik. Belə xəstələrdə AntiTPO normal ölçüləri >34 aşağı olduğu halda 600, hətta 900 vahidə qədər yüksəlmiş olur. Onların həm mədə və onun ətrafı

üzlərdə, həm də yoğun bağırsaqlarda visseroptoz, poliserozit kimi patoloji dəyişikliklər inkişaf edir. Bu halda da biz o anlama gəlirik ki, həzm sisteminin hər hansı bir şöbəsində üzlərin əzələ, hərəkət fəaliyyəti yaradan qatında baş vermiş pozuntular olduqda digər şöbələrin də müvafiq diaqnostikası aparılmalıdır. Tədqiqata cəlb olunan xəstələrin 24-30%-ə qədərində qeyd olunan halların baş verməsi təstiqlənmişdir.

Tədqiqatı planlaşdırmazdan əvvəlki illərdə ambulator şəraitdə nəzarətə götürülmüş 30 xəstədə MAP baxımından xəstələri 2 qrupa bölmüşdük; MAP və yalnız həzm kanalında baş verən dəyişikliklər toplusundan ibarət müştərək patologiyalar. Birinci qrupa aid olan patologiyalara həzm kanalında baş verən dəyişikliklərlə bərabər mədəaltı vəz, qara ciyər, nazik bağırsaqlar və orqanizmin əsas sistemləri olan sinir və endokrin təsirləri də aid olmuşdur. Alınan nəticələrə istinad edərək biz öz tədqiqatımızı planlaşdırarkən həzm kanalı və onunla daha sıx bağlı olan öd kisəsində baş verən dəyişiklikləri araşdırmaq qərarına gəldik.

Həzm kanalının qida borusu-mədə keçidi, mədə, onikibarmaq bağırsağ və yoğun bağırsaqların müştərək inkişaf edən xəstəliklərini eyni zamanda diaqnostik, müalicə tədbirlərini araşdırmışq. Sözü gedən xəstəliklər aşağıdakılardır:

1. Xroniki onikibarmaq bağırsağ keçməməzliyi
2. Yoğun bağırsaqların divertikulu
3. DQBDSY
4. Mədə, onikibarmaq bağırsağın xorası
5. Mədə sallanması, atoniyası
6. Mədə, onikibarmaq bağırsağın divertikulu
7. Yoğun bağırsaqların ölçülərinin böyüməsi və ptozu

Bir çox tədqiqatlardan fərqli olaraq bizim tədqiqatın nəticələrinə əsasən söyləmək olar ki, DQBDSY-nin diaqnozunun təstiqlənməsinin videoyazı ilə kontrastlı rentgen müayinəsinin imkanları, FEQDS, kontrastlı KT və ya adi RT-dan daha üstündür. Onun köməyi ilə qida borusu-mədə keçidinin, kardial sıxacın, diafraqmanın qida borusu dəliyinin genişlənməsi, Hiss bucağının ölçüsü, mədə möhtəviyyətinin qida borusuna refluyksu, qida borusunun abdominal şöbəsinin ölçülərinin və nəhayət kardial

hissənin arxa divar aralığına sürüşməsinə daha dəqiq müəyyənləşdirmək olur. Biz tədqiqatımızda əməliyyatdan öncə DQBDSY-nin korreksiya üsulunu təqribi təyin etmişik. Ona görə təqribi ki, birincisi bu günə qədər diafraqma yırtığının 50-yə qədər olan korreksiya üsullarının heç biri mütləq müalicə üsulu kimi qəbul olunmamışdır. Belə ki, korreksiya məqsədi ilə tətbiq edilən hər növ əməliyyatın residivləşməsi 50%-ə qədər olur. Bu, mövcud dəyişikliklərə uyğun adekvat əməliyyat növünün seçilməməsindən irəli gəlir. Buna görə də biz əməliyyatın yekun seçimini əməliyyatdaxili tədqiqatdan sonra etmişik. Əməliyyat zamanı Xiatomerlə diafraqmanın qida borusu dəliyinin eni, arxadan önə ölçüsünü və Hiss bucağının dərəcəsinə təyin etdikdən sonra alqoritm qaydasına uyğun əməliyyat növü seçilmişdir. Belə yanaşma nəticəsində əməliyyatın nəticəsi 96% halda yaxşı, əməliyyatın residivi isə sıfıra bərabər olmuşdur. Əməliyyatın seçimi zamanı biz bu nəticələri, həm də DQBDSY-nin müştərək patologiya çərçivəsində olduğu halda da nəzərə almışıq. Bu şəraiti nəzərə alaraq həm də sadə, asan və tez icra olunan əməliyyat növlərinin - krurorrafiya və fundoezofaqofrenorrafiyanın icrasını əsas götürmüşük.

Mədə və onikibarmaq bağırsağ xorasının ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsi bu gün də rezeksiya yolu ilə həyata keçirilir. Biz də öz tədqiqatlarımızda mədə rezeksiyasının icrasını həyata keçirmişik. Lakin fərqli cəhət o olmuşdur ki, müştərək abdominal patologiyaların bütün hallarında olduğu kimi, bir qayda olaraq, əməliyyatın icrası zamanı qida borusu mədə keçidinin və onikibarmaq bağırsağın keçiriciliyinin vəziyyəti mütləq şəkildə nəzərə almışıq, diaqnostikasının vacibliyini əsas götürmüşük. Belə ki, çox saylı tədqiqatçıların məlumatlarına əsasən xora xəstəliyi xəstələrin 52%-də DQBDSY və RE inkişafına səbəb olur. Mədə rezeksiyası özündən sonra 54% xəstədə DQBDSY və RE-i yaradır. Biz qeyd olunanları nəzərə alaraq əksər hallarda icrası asan, patogenetik əsaslı və etibarlı ön və ya arxa krurorrafiya və fundoezofaqofrenorrafiya əməliyyatlarını icra etməklə diafraqma yırtığı və refluyks ezofagitinin, əgər varsa, ləğvinə, digər halda isə profilaktikasına qarşı tədbir görmüş oluruq. Bununla da biz kardial sıxacağın bağlanma mexanizminin 3 əsas amilinin pozğunluğunu bərpa etmiş oluruq.

Həmçinin xora xəstəliyinin 70% hallarda xroniki onikibarmaq bağırsağ keçməməzliyi, reflyuks qastritlə paralel, yəni müştərək inkişaf edir. Bu baxımdan biz bütün hallarda mədə rezeksiyası ilə yanaşı Stronq əməliyyatı icra etməklə duodenostaz əleyhinə tədbir görürük. Məsələnin qeyd olunan şəkildə həlli bizim təcrübəmizdə, icra etdiyimiz mədə rezeksiyaları 94% xəstədə özündən sonra neqativ halın yaranmasına yer qoymur.

Mədə atoniyası onun sallanması ilə olduqda xəstənin vəziyyəti təsəvvür olunmayan dərəcədə ağırlaşır. Bir qayda olaraq belə hallarda ancaq mədə rezeksiyası vasitəsi ilə nisbi radikal müalicəyə, mədə ilə nazik bağırsağ arasında anastomoz formalaşdırmaqla isə palliativ nəticəyə nail olunması, həm də bu əməliyyatların istənilən effekti vermədiyini bir çox müəlliflər təstiqləyirlər. Qarşıda qoyduğumuz vəzifələrə uyğun olaraq biz mədə atoniyasını aradan qaldıran yeni cərrahi üsulunu ixtira etmişik. Moskva Avro-Asiya Patent Birliyinin patentləşdirdiyi ixtiramıza şəhadətnamə verilmişdir. Texniki icrası işlənilib və praktikaya tətbiq etdiyimiz əməliyyatın mahiyyəti ondan ibarətdir ki, ucu iki qat tikişlə qapanmış bağırsağ ilgəyi mədənin kardial şöbəsinə sero-seroz tikişlərlə fiksə edilərək sərbəst şəkildə mədənin ön divarı ilə hər 0,5 sm məsafədən bir seroz tikişlərlə fiksə edilərək mədənin böyük əyriliyinin ən aşağı şöbəsində mədə ilə nazik bağırsağ arasında 3 sm diametrdə ikiqat tikişlərlə anastomoz formalaşdırılır. Nazik bağırsağın proksimal ucu ilə mədə üzərindən keçən bağırsağın qastroenteroanastomozla olan hissəsindən distal 20-30 sm məsafədə uc-yan – Ru tipli anastomoz formalaşdırılır. Mədə üzərinə təsbit olunan nazik bağırsağ ilgəyinin peristaltik hərəkətləri mədəyə sirayət etməklə, zaman keçdikcə, mədə əzələlərinin fəaliyyətini bərpa, qastroenteroanastomoz isə mədənin drenləşməsini təmin etmiş olur. Əməliyyatdan sonrakı ilk həftələrdə belə aparılan nəzarət xarakterli kontrastlı rentgen müayinəsi qeyd olunanları təsdiq edir. Bu əməliyyat artıq 10 xəstədə icra olunmuş və onların hamısı özlərini yaxşı hiss edirlər.

Təklif olunan əməliyyat qida kütləsinin, demək olar ki, əksər hissəsini yeni yaradılan anastomozdan ötürülməsini təmin edir, onikibarmaq bağırsağın isə az miqdarda qida kütləsi keçməli olur ki, bu da orada ləngimir, yəni duodenostaz aradan götürülmüş olur. Buna

həm də Treys bağıının ləğv edilməsi – Strong əməliyyatı və o sahədə olan bitişmələrin tam ayrılması əsaslı şərait yaradır.

Biz tədqiqatlarımızın nəticəsində belə qənaətə gəlmişik ki, divertikulun inkişafında önəmli rol oynayan səbəblərdən ən əsası divertikulun yerləşdiyi üzvün boşluğunda təzyiğin normal ölçülərinin yuxarı səviyyələrə qalxmasıdır. Həmçinin üzvün yerləşdiyi qarın boşluğunda da təzyiğin öz normal ölçülərindən kənara çıxaraq dəyişməsi önəmli rol oynayır. Ən önəmlisi isə üzvün mənfəzi ilə qarın boşluğu arasında yaranan təzyiqlər fərqi necə olmasıdır.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın divertikullarının klassik cərrahi müalicəsi divertikulun özünün və ya yerləşdiyi sahənin, ya da ki, mədə və ya bağırsağın rezeksiyası əməliyyatları sayılır. 30 illik təcrübəsinə əsaslanan Zemlyanov özünün divertikulun kiset tikişlərlə üzvün mənfəzinə ötürülməsi əməliyyatını təklif etmişdir. Rezeksiya yönümü ilə divertikulun ləğvinin üzvün mənfəzi açıldığına görə qoyulmuş tikişlərin böyük açılma riski, Zemlyanov əməliyyatı zamanı isə üzvün mənfəzinə itələnmiş divertikul süni törəmə kütləsi yaratdığına və kiset tikiş onun damarlarını sıxaraq qidalanmasını pozduğuna görə mədə və ya onikibarmaq bağırsağ şirəsi təsirinə məruz qalaraq törəmədə xoralaşma və ya nekrozlaşmaya, qanaxmaya, törəmənin iltihabına gətirib çıxara bilər.

Qeyd olunan əməliyyatların neqativ cəhətlərini və qarşıya qoyduğumuz vəzifələrə istinad edərək divertikulun yeni cərrahi üsulunu ixtira etmişik. Ixtira Moskva Avro-Asiya Patent qurumu tərəfindən təsdiq edilmiş, müvafiq şəhadətnamə ilə patent səlahiyyəti verilmişdir.

Divertikulun büzməli tikişlə ləğvi əməliyyatının mahiyyəti bundan ibarətdir. Mədədə yerləşən divertikulun boylama istiqamətdə qapısının proksimal və distal hissələrində əzələ qatından keçməklə tikişlər qoyulub bağlanır və bir-birinin əksi istiqamətində dartılır. Bu zaman divertikulun cismi dalğavari qatlar əmələ gətirir. Birinci tikişlərdən 0,5 sm aralı divertikulun girintili-çixıntılı sahələrindən keçirilən seroz tikişlər qoyulduqdan sonra elə bağlanırlar ki, divertikulun cismi qapısında olan pəncərə sahəsinə daxilə çıxmamaq şərti ilə saplardan formalaşdırılan qəfəsə fiksə olunur. Bu halda divertikulun cismi mədə daxilinə qabarmış olmur, selikli qişa ətraf

sahələrdən seçilmir. Onikibarmaq, nazik və yoğun bağırsağın divertikulunu eyni qayda ilə ləğv etdikdə tikişlər köndələn istiqamətdə qoyulur. Təklif olunan yeni üsulla 12 xəstə əməliyyat olunmuş, əməliyyatdan sonra aparılan endoskopiya və kontrastlı rentgenoqrafiya zamanı divertikul sahəsinin digər sahələrin selikli qişasından fərqlənmədiyi və heç bir patoloji kənara çıxma qeyd olunmamışdır. Tədqiqat müddətində xəstələrin şikayətləri olmamışdır.

Beləliklə, əminliklə qeyd etmək olar ki, təklif olunan yeni cərrahi üsul yetərincə üstünlüklərə malikdir və geniş praktikada özünə layiqli yer tutacaqdır.

Apardığımız tədqiqat nəticəsində aydın olmuşdur ki, yoğun bağırsaqların divertikulları özünə məxsus şəkildə inkişaf edirlər və çoxsaylı mənbələrin araşdırılması yoğun bağırsaq divertikullarının əhatəli şəkildə əks etdirən təsnifata malik olmadığı aydınlaşdı. Cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə forma və yerləşdiyi məkana görə divertikulların düzgün topoqrafik və anatomik mənzərəsini əks etdirən təsnifatın tərtibatına ehtiyac duyulduğuna görə biz yeni təsnifat tərtib etmişik.

Divertikulun ümumi qəbul olunmuş mövcüd təsnifatı onun ayrı-ayrı üzvlərdə yerləşməsi, üzvün hansı divarında təzahür etməsi, topoqrafik və operativ olaraq əməliyyatın texniki cəhətdən yerinə yetirilə bilinməsi və əməliyyatlardan sonrakı müxtəlif ağırlaşmalardan yan keçilmə imkanlarına şərait yaradıla bilinməsini özündə tam əks etdirə bilmir. Buna görə də biz yeni təsnifatı divertikulun həzm kanalının hansı şöbəsində yerləşməsinə, müştərəkliyi təşkil edən sahənin vəziyyətinə, tətbiq ediləcək cərrahi əməliyyatın uğurlu, sadə və ağırlaşmalardan yaxa qurtaqmaq imkanlarını əks etdirə biləcək formada tərtib etməyə çalışmışıq.

Təsnifat

<p>Peritona nisbətində görə</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peritondaxili - Peritonxarici 	<p>Yerləşdiyi anatomik sahənin mürəkkəbliyinə görə</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üzvlün sərbəst sahəsində yerləşən - Qonşu üzvlə sərhəddə və ya çoxsaylı damar sahəsi ilə əhatə olunan
<p>Divertikul qapısının aşkarlanmasına görə</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mənsub olduğu üzvlü mənfəzi ilə aydın seçilən qapısı və boynu ilə aydın seçilən əlaqəli - Divertikulun qapısı və boynu aşkarlanmayan, yəni təcrid olunmuş divertikul 	<p>Hansı cərrahi əməliyyatın icrasına imkan verə bilməsinə görə</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üzvlün divertikulla birlikdə rezeksiyası - Zemlyanoy üsulu ilə divertikulun ləğvi - Bizim təklif etdiyimiz yeni üsul –divertikulun mənfəzi açılmadan bürmüli tikişlərlə ləğvi.

Təklif olunan təsnifat əsaslı olaraq həm mədə, həm də bağırsaqların divertikullarının taleyini əks etdirmiş olur. Digər üzvlərin divertikullarından fərqli olaraq, yoğun bağırsaqların divertikulların rast gəlmə tezliyi, divertikulyoz şəklində təzahür etməsi, ən önəmli olanı isə onların ağırlaşmalarının həm tezliyi, həm də özü ilə təhlükəli məqamlar gətirməsi ilə seçilir. Yoğun bağırsaqların divertikulyozu həzm sistemi üzvlərinin çoxu ilə müştərəklik təşkil edir. Bunlardan ən çox təsadüf olunanı Sento triadası; xolesistit 5 ildən artıq ömür sürürsə, o DQBDSY və yoğun bağırsaqların divertikulyozu ilə ağırlaşır. Biz öz tədqiqatlarımızda bu üçlüyün araşdırılmasına yer vermişik.

Təsnifata və onun alqoritm şəkilli yönləndirici xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq yoğun bağırsaq divertikullarının müalicəsində cərrahi üsulun seçimi fərdi qaydada aparılmışdır.

Fəsadlaşmamış divertikul zamanı onun yerləşmə mövqeyi, ayaqçığının ölçüləri aydınlaşdırılır. Bağırsağın sərbəst kənarında

yerləşdikdə, ayaqçıqın ölçüləri 3 sm-dən kiçik olduqda bizim təklif etdiyimiz divertikulun büzməli tikişlərlə ləğvi əməliyyatı köndələn istiqamətdə qoyulan tikişlərlə həyata keçirilir və bağırsağın mənfəzinin daralmaması, keçiriciliyin isə pozulmasına nəzarət olunur. Divertikulun ölçüləri 3 sm-dən böyük olduqda tətbiq edilən əməliyyatdan sonra bağırsağın mənfəzinin daralması ehtimalı olduğuna görə bağırsağın rezeksiyası əməliyyatı seçilmişdir. Divertikulun qanaxma və iltihablaşması, həmçinin perforasiya ehtimalı artdıqda birmənalı olaraq bağırsağ rezeksiyası əməliyyatı seçilməlidir. Yoğun bağırsağın divertikulyozu ahıl və yaşlı şəxslərdə perforasiyaya şübhədən başqa hallarda; iltihablaşma, qanaxma ilə ağırlaşma olduqda konservativ müalicə yolu seçilə bilər. Divertikulun perforasiya, ardınca isə peritonitlə ağırlaşması baş verdikdə əməliyyatın stoma ilə yekunlaşmasından və qarın boşluğunu drenləşdirilməkdən başqa varianta yer qalmır.

Aldığımız nəticələr əsasında bu qənaətə gəlmişik ki, perforasiya və peritonitlə ağırlaşmış divertikullar xəstələrdə təcili aparılan əməliyyatdan xeyli illər öncə özünə yer tapmışdır. Xəstələrin əvvəlki illərdə keçdikləri instrumental müayinə protokollarının və əməliyyatdan sonrakı dövrdə təkrar müayinələrin nəticələrini araşdırıb üst-üstə qoyduqda deyilənlər öz əksini tapmış oldu. Həmçinin həmin xəstələrdə MAP uzun müddət mövcud olduğu tədqiqatlarımız nəticəsində sübuta yetirilmişdir. Belə xəstələrin vaxtında cərrahi müalicəyə cəlb olunmamalarının əsas səbəbi həkimlərin səriştəsizliyi və düzgün yol seçmədən konservativ müalicəyə üstünlük verməklə, hətta uzun müddətli qəbizlik olduqda belə, bu yolla problemin aradan qaldırılmasına inamdan irəli gəlmişdir. Eyni fikri yoğun bağırsaqların dolixokolon, xüsusilə dolixosiqma hökm sürdükdə əlavə ilgəklərin yaratdığı stranjulyasion bağırsağ keçməməzliyinin, burulmuş bağırsağ ilgəyinin nekrozu, perforasiyası və nəhayət inkişaf etmiş olan peritonit kimi ağırlaşmalar haqqında da söyləmək olur. Buradan belə anlama gəlinir ki, yoğun bağırsaqların divertikulyar və dolixokolon patologiyaları olduqda, xroniki qəbizliyin xəstələrdə defekasiya aktının həftələrlə olmamasına gətirib çıxardığı halda cərrahi tədbirlərin zamanında tətbiq edilməsi mütləqdir.

Yoğun bağırsaqların xroniki qəbizliyə gətirib çıxaran, mədə ilə sallanması təstiq olunduqda, yalnız hemi və ya genişləndirilmiş, nəhayət subtotal və ya total kolektomiya əməliyyatlarının tətbiqi müştərək patologiya problemini radikal şəkildə həll edə biləcəyini düşünmək yanlışlıq olardı. Ona görə ki, bağırsaqlarda aparılan korreksiya tədbirləri artıq mədədə yaranmış ağır dərəcəli pozğunluqları həll etmək gücündə deyildirlər.

Beləliklə, tədqiqatların nəticələrinə əsaslaşaraq inamla deyə bilərik ki, mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaların 64-92%-i eyni səbəbdən qaynaqlanır, lakin bu səbəblər həm də həzm sisteminin müxtəlif gedişli cərrahi xəstəliklərin inkişafına gətirib çıxara bilər.

Daha tez-tez rast gəlinən müştərək abdominal patologiyaların müalicə taktikasının seçimi özünə məxsus xarakter daşıyır. Mədə, onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla bəzi müştərək patologiyaları içərisində xüsusi yeri olan visseroptoz zamanı mədə və yoğun bağırsaqla sallanması mədə atoniyası və xroniki yoğun bağırsaq keçməməzliyinə səbəb olur. Bu halın cərrahi yolla aradan qaldırılması taktikası ayrı-ayrı müəlliflərin tədqiqatlarında müxtəlif şəkildə həll edilməsi ilə ortaya atılır. Bizim tədqiqatların metodlarında qeyd olunan problemi 3 variantda həll edilməsi üzərində dayanmışıq. Xəstələrin 25 yaşa qədər olanlarıda, problemlərin mərhələli həlli həyata keçirilmişdir. Birinci mərhələdə yoğun bağırsaq üzərində hemikolektomiya əməliyyatı apararkən mezokolonun tam açılması və omentoektomiyanın aparılması ilə mədə nisbətən azad olur. Treys bağı açılmaqla onikibarmaq bağırsaq möhtəviyyatının evakuasiyasını yaxşılaşdırmaq tədbiri həyata keçiririk. Bu qrup xəstələrdə əgər diafraqmanın qida borusunun sürüşkən yırtığı varsa kruroraffiya və fundoezofoqfrenoraffiya ilə korreksiya aparılır. Bununla da əməliyyat bitmiş sayılır. Əməliyyatdan sonrakı müxtəlif dövrlərdə aparılan kontrastlı rentgen müayinəsi mədənin normal anatomik vəziyyətinə qayıtmasını sübut etmişdir. Lakin bu həmişə belə olmur, uşaq yaşlarından visseroptoza düçar olan xəstələrdə, həmçinin revmatizm kimi xəstəliklərin yanaşı inkişaf etməsi qarın boşluğunda çoxsaylı bitişmələr, degenerativ dəyişikliklərə səbəb olduğuna görə mədənin yenidən öz ölçüləri çərçivəsi səviyyəsinə qayıtması baş tuta

bilmir. Belə hal endokrin sistemində baş verən pozğunluqlar zamanı da ortaya çıxır. Ona görə də, belə xəstələrə etaplı müalicə deyil, bircəlik radikal cərrahi müalicənin tətbiqi düzgün seçilmiş qərar olur.

Əsas qrupun ikinci yarımqrupunu təşkil edən xəstələrə yoğun bağırsağ üzərində ilkin cərrahi əməliyyat aparılır və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrə konservativ müalicə tətbiq etməklə onların vəziyyətini yaxşılaşdırmağa çalışmışıq. Bu qrupda olan xəstələrin 70%-də müsbət nəticə əldə olunsa da, digər 30%-də bunu demək olmaz. Ona görə də konservativ müalicə tədbirləri müsbət nəticə verməyən xəstələrə ikinci etapda mədə rezeksiyası tətbiq etmişik. Bu xəstələrin yaşı 30-dan yuxarı olmuşdur. İkinci əməliyyatdan sonra xəstələrin vəziyyəti 94% halda tam yaxşılaşmışdır. Üçüncü yarımqrupu təşkil edən xəstələrdə ilkin olaraq aşkarlanan müştərək patologiyaların bütövlükdə korreksiyası aparılmışdır. Visseroptoz, onikibarmaq bağırsağ və ya mədə divertikulu DQBDSY patologiyaları olduğu halda kruroraffiya, fundoezofaqofrenoraffiya, təklif etdiyimiz yeni üsul - mədə atoniyasının ləğvi, həmçinin təklif etdiyimiz yeni üsul - büzməli tikişlərlə divertikulun ləğvi və hemikolektomiya əməliyyatları icra olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı ilk dövrlərdə xəstələr özlərini yaxşı hiss etmiş, 96% hallarda əvvəllər mövcud olan çoxsaylı şikayətlərin çəkildiyini qeyd edirlər.

Deməli, MAP radikal müalicəsi o zaman yetərli sayıla bilər ki, müştərək abdominal patologiyalara şübhə olduğu andan aparılan diqqətli diaqnostika nəticəsində aşkarlanan xəstəliklərin korreksiyası pərakəndə deyil, bütövlükdə radikal şəkildə həyata keçirilsin. Sadə üsullarla aparılan cərrahi müalicənin nəticələrinin təhlili isə tətbiq edilən kompleks müalicə tədbirlərinin müştərək abdominal patologiyaların radikal cərrahi müalicə şansını artırma biləcək faktor olduğunu söyləməyə əsas verir. Müalicənin nəticələrinə təsir edən biləcək və ağırlaşmaların risk faktorlarını artırma biləcək bütün göstəricilərin də nəzərə alınaraq aydınlaşdırılması önəmli məqamlardan biri kimi daim aktual olaraq qalır.

Bununla da tədqiqatlarımızın yekun sənədinin hazır olduğu barədə qərara gəlmək olardı. Lakin MAP -nin inkişafında önəmli rol oynayan və tədqiqatlarımızda xüsusi yeri olan qarındaxili təzyiqin

səciyyələnməsi və düzgün qiymətləndirilməsi kölgədə qalardı. Qarındaxili təzyiqin daha düzgün qiymətləndirilməsi məqsədi ilə biz sistometriya ilə yanaşı qastrometriya müayinə üsulunu da həyata keçirmişik.

Həzm kanalının istər proksimal, istərsə də distal şöbəsində aparılan əməliyyatlardan sonra onun mənfəzinin drenləşdirilməsi haqqında fikirlər müxtəlifdir. Tədqiqatçıların 50% bunun əleyhinə, digər 50%-i isə icrasına tərəfdar çıxış edirlər. MAP və qarındaxili təzyiqin yüksək olduğu halda bu tədbirin lehinə səs vermək məcburiyyəti yaranır. Biz öz tədqiqatlarımızda, demək olar ki, bütün praktiki işlərimizdə, həzm kanalının drenləşdirilməsinə önəm vermişik. Mədə və onikibarmaq bağırsağ sahəsində aparılan bütün əməliyyatlardan sonra mədədə dekompressiya məqsədi ilə transnazal zond saxlayırıq. Bu zaman, mədənin özündə və ya güdülündə olan yara sahəsi turşu təsirindən qorunmuş olur və mədədə onsuz da mövcud olan atoniya nəticəsində möhtəviyyət yığıntısının qarşısını almış olur. Digər tərəfdən zondla drenləşmə mədə daxilində artmış təzyiqin aradan qalxmasına xidmət etmiş olur. Əməliyyat zamanı mədədə zondun saxlanması ilə yanaşı biz anastomoz sahələrindən keçməklə nazik bağırsağ ilgəyinin mənfəzində 50 sm-ə qədər məsafəsində nazik diametrlili qidalandırma zonu yerləşdiririk. Bu zondla xəstənin enteral qidalanması əməliyyatın 2-ci gündən başlanılır. Həmçinin bu zond nazik bağırsağın mənfəzində yarana bilən artıq təzyiqi tarazlaşdırır. Mədə və nazik bağırsağın mənfəzinə yeridilmiş zondların fəaliyyəti nəticəsində xəstə vaxtından tez gümrahlaşır, narahatlıq gətirən səbəblər aradan qalxmış olur. Əməliyyatın 5-ci sutkası tamamında xəstənin nazoqastral zonu bağlanır, ağızdan mədənin tutumu qədər ilıq fizioloji məhlul verildikdən 2 saat müddət keçdikdən sonra zond açılaraq qastrometriya aparılması üçün cihaza birləşdirilir. Bu zaman cihazın göstəriciləri və geriyyə qayıdan məhlulun miqdarı ölçülür. Tədqiqatlarımızda mədədaxili təzyiqin normallaşması və mədəyə qəbul olunan mayenin həddən artıq az hissəsinin geriyyə qayıtması qeyd olunur. Bir çox hallarda mədədən möhtəviyyət heç qayıtmadığına görə təzyiqi də ölçmək mümkün olmamışdır. Belə hallarda zondlar xaric edilir, xəstəyə ağızdan qidalanma tövsiyyə

olunur. Bu ona dəlalət edir ki, mədədə artıq durğunluq yoxdur, möhtəviyyatın bağırsağ mənfəzinə ötürülməsi normal vəziyyət almışdır, bununla da həzm kanalının proksimal şöbələrinin drenləşdirilməsi və enteral qidalandırma tədbirlərinin effektivliyi sübut olunmuşdur.

Yoğun bağırsaqlarda aparılan əməliyyat zamanı bağırsağın mənfəzinin anastomoz sahəsindən proksimal yerləşdirilən boru vasitəsi ilə intubasiya olunması həm anastomoz yarasının təhlükə riskini azaldır, bağırsağ möhtəviyyatının yara ilə təmas olmadan xaric olunmasını təmin edir. Intubasiya borusu bağırsağdaxili, qarın boşluğunun drenajları isə qarındaxili təzyiğin normallaşmasına şərait yaratmış olur. Əməliyyatdan 3-4 gün sonra aparılan sistometriya deyilənləri sübut edir, yəni qarındaxili təzyiqli normal ölçülər çərçivəsində hökm sürür. Xəstələrin əməliyyatdan sonrakı müxtəlif dövrlərdə diaqnostikası xəstəliyin artıq aradan qalxdığını, müayinə göstəricilərin norma daxilində olması və şikayətlərin silinməsi isə ondan xəbər verir ki, xəstələrdə artıq sağalma baş vermişdir.

Tədqiqatlarımızın ümumi nəticələrinin araşdırılması onu sübut edir ki, MAP -nin formalaşması 2 variantda inkişaf etməklə baş tutur. Əsas qrupu təşkil edən xəstələrin göstəricilərinin analizi onu deməyə imkan verir ki, müştərək abdominal patologiyalar, visseroptoz nümunə olaraq, eyni mənbədən qaynaqlanırlar. Bu qrup xəstələrdə inkişaf etmiş patologiyaların hamısının korreksiyası tələb olunur, əks halda müalicənin radikallığı təmin olunmamış qalır. Bu isə xəstələrin yenidən təkrari əməliyyata məruz qalmasına yol açır. İnkişafın ikinci variantı isə nəzarət qrupunu təşkil edən xəstələr üzərində aparılan tədqiqatların nəticələrinin təsdiq etdiyi yoldur. Həzm kanalı və ona bağlı olan üzvlərdə mövcud olan hər hansı bir patologiya (daşlı xolesistit) 5 ildən artıq ömür sürsə, o öz ardınca digər xəstəliklərin (DQBDSY və yoğun bağırsaqların divertikulyozu) inkişafına təkan verə bilər, nəticə də isə MAP formalaşmış olur. Bu qrup xəstələrdə hər hansı bir patologiya aşkar olunduqda onun korreksiyası digər patologiyalar nəzərə alınmadan aparılır. Xəstələr bir müddət özlərini yaxşı hiss etsələr də onlar yenidən həkimin yanına qayıtmaq məcburiyyətində olurlar. Yalnız o zaman müştərək patologiyanın elə əvvəlcədən mövcud olduğu başa düşülür, əksər hallarda isə təkrari

cərrahi əməliyyat tələbi yaranır. Bizim tədqiqatlarımızda 45.5 % xəstələrdə oxşar halın baş verməsi təstiqlənmişdir.

Hər 2 inkişaf variantını birləşdirən ümumi səbəb qarındaxili təzyiqin tarazlığının pozulmasıdır. Bu faktor hər 2 halda patologiyanın patogenetik inkişafında önəmli rol oynayır, müalicə olunana qədər xəstələrin şikayət və morbidlik göstəricilərinin pozulmasının qarşılaşmasına xidmət edir. Bu isə MAP -nın əməliyyatdan öncə və sonrakı dövrlərdə inkişaf edən ağırlaşmaların yaranma səbəblərindən ən önəmlilərindən birincisi sayılır.

Beləliklə, tədqiqatlarımızın sonu olaraq əminliklə qeyd edə bilərik ki, qarşıda qoyulan məqsəd və vəzifələrin öhdəsindən layiqincə gəlməklə yanaşı MAP -nin müalicə taktikasının seçilməsində önəmli olan diaqnostik və müalicə üsullarını düzgün seçim proqramının tərtib edilməsi ilə yanaşı biz yeni həm diaqnostika, həm də yeni müalicə üsulları yaradaraq praktiki cərrahiyyəyə tətbiqini sübut etmiş olduq. Bunlara əsaslanaraq MAP -in diaqnostika və müalicəsinin effektiv şəkildə istifadəsini əks etdirən alqoritm cədvəlini cərrahların ixtiyarına vermiş olduq.

NƏTİCƏLƏR

1. MAP-in təkmilləşdirmiş və yeni işlənib həyata keçirilən diaqnostik üsulları müştərəkliyi təşkil edən ayrı-ayrı xəstəliklərin 105 xəstədə - 96% hallarda aşkarlanması və düzgün qiymətləndirilməsində mühüm rol oynayır. Müştərəkliyi təşkil edən üzvlərdən yalnız hər hansı birinin xəstəliklərinin həm əməliyyatını, həm də əməliyyat zamanı diaqnostikasını, və yalnız ona qarşı korreksiya əməliyyatı tətbiq olunmaqla digər üzvlərdə müayinə aparılmadan müalicə bitmiş sayıldıqda 60% xəstədə alınan nəticə yanlış qərarın qəbul olunmasına gətirib çıxarmış olduğunu sübut etmiş olur [5,8,11,14].
2. Həzm kanalının hər hansı üzvünün birində aşkarlanan patologiya digər sahələrdə də inkişaf etmiş, lakin kölgədə qalmış xəstəliklərin 103 xəstədə - 94% hallarda üzə çıxmasına yol açmış olur [3,4,6,12,18].

3. Visseroptoz zamanı və digər hallarda təklif etdiyimiz mədə atoniyasının yeni cərrahi üsulu xəstəliyin 9 xəstədə - 90% hallarda aradan qaldırılmasının ən optimal və effektiv variantdır [16,19].
4. MAP-nin üzvlərindən birində olan divertikulların, bizim patentləşmiş ixtiramız olan divertikulun büzməli tikişlərlə ləğvi əməliyyatı ilə aradan qaldırılmasında (cərrahi müalicəsində) 11 xəstədə - 90% xəstələrdə yaxşı nəticələrlə fərqlənir. Yeni tərtib edilmiş təsnifata uyğun şəkildə divertikulun müalicə proqramı həyata keçirildikdə 10 xəstədə 80%-dən daha yüksək hallarda yaxşı nəticələr əldə etmək mümkün olur [1,10,17].
5. MAP-nin radikal müalicəsi tərtib edilmiş diaqnostik və müalicə proqramını özündə əks etdirən proqnostik alqoritm cədvəlinin tətbiqi sayəsində daha da mükəmməlləşdirilmiş, 57 xəstədə - 96% xəstələrdə radikal müalicə təmin olunur [2,7,9,13,15,20].

PRAKTİKİ TÖVSIYYƏLƏR

1. MAP -nin diaqnostik üsullarının nəticələrini daha da səmərələşdirmək və dəqiqləşdirmək məqsədi ilə abdominal USM, KT, qida borusu, mədə, onikibarmaq bağırsağın kontrastlı rentgen, endoskopik müayinəsi, irriqoqrafiya və kolonoskopiya ilə yanaşı qarındaxili təzyiqli həm sisto, həm də gastroqrafiya göstəricilərinin orta məxrəci çıxarılmaqla, divertikulun çətin diaqnostikası zamanı isə Rilsin zəndu vasitəsi ilə mədə, onikibarmaq bağırsaq, kolonoskopiya zamanı isə yoğun bağırsaq divertikulunun mənfəzinə yeridilən nazik zəndlə kontrastlı rentgen müayinəsi aparmaq məqsədə uyğundur.
2. Mədə atoniyalarının cərrahi müalicəsi üsulları sırasında rezeksiya, qastroenteroanastomozla yanaşı mədə atoniyasının yeni cərrahi üsulu da tətbiq edilə bilər.
3. Divertikulun cərrahi üsulla müalicəsinin ən optimal variantı kimi divertikulun büzməli tikişlərlə ləğvi əməliyyatı müsbət

nəticələrlə və asan icra texnikası ilə seçilən etibarlı üsul kimi praktiki cərrahiyyədə geniş istifadə oluna bilər.

4. MAP -nin radikal müalicəsi zamanı ayrı-ayrı üzvlərdə müvafiq xəstəliklərə görə əməliyyat növünün tətbiqi ilə yanaşı həzm kanalının yuxarı şöbəsi aktiv dekompressiya məqsədi ilə 18-20 saylı, enteral qidalandırma və dekompressiya məqsədi ilə nazik bağırsağa yeridilən kiçik diametrlili transnazal zond, yoğun bağırsaq əməliyyatlarından sonra isə anastomozdan proksimal boşluğun intubasiyası və qarın boşluğunun drenləşdirilməsi həm də qarındaxili təzyiqin normallaşmasına xidmət etdiyinə görə geniş tətbiq oluna bilər.
5. MAP -nin diaqnostika və müalicəsi yeni yaradılan alqoritm cədvəlinə istinad etdikdə radikalılıq daha da yüksəlmiş olur.

DISSERTASIYA MÖVZUSUNA AID DƏRC EDİLMİŞ ELMI İŞLƏRİN SIYAHISI

1. Qırqlarova A.S., Mustafayeva N. “Duodenal divertikulun müasir müalicə və diaqnostika üsulları”. 1st International Medical Congress for student and young doctors, səh.19. Bakı - 2014.
2. Qırqlarova A.S. “Müştərək mədə-yoğun bağırsaq patologiyalarında yeni cərrahi taktika”. 1st International Medical Congress for student and young doctors, səh. 65. Bakı- 2014. Poster təqdimatı.
3. Qırqlarova A.S., Hacıyev S.H. “Mədə-bağırsaq müştərək cərrahi patologiyalarında onurğa sütünü sindromu”. Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, səh. 23-24. Bakı - 2014.
4. Qırqlarova A.S., Hacıyev S.H. “Mədə, 12barmaq bağırsaq və yoğun bağırsağın müştərək cərrahi patologiyalarının patogenezdə qalxanvari vəzin rolu”. Azərbaycan-Türkiyə cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, səh. 26-27. Bakı - 2014.
5. Qırqlarova A.S., Pənahov D.M., Hacıyev S.H., Eyvazova K.Ə. “Mədə-bağırsaq müştərək patologiyalarının müalicəsində enzimoterapiyanın rolu”. Tibb Elmlər Doktoru, Professor Əliağa Məmməd oğlu Əlizadənin anadan olmasının 100-illiyinə həsr olunmuş Elmi-Praktik konfransın Materialları, səh.75-76. Bakı - 2015.

6. Qırxlarova A.S., Pənahov D.M., Hacıyev S.H. “Mədə, onikibarmaq bağırsaq və yoğun bağırsağın müştərək cərrahi patologiyaları zamanı hepatobiliar və pankreatoduodenal sistemdə baş verən dəyişikliklər.” Tibb Elmlər Doktoru, Professor Əliağa Məmməd oğlu Əlizadənin anadan olmasının 100-illiyinə həsr olunmuş Elmi-Praktik konfransın Materialları, səh.77-78. Bakı-2015.
7. Qırxlarova A.S. “Visseroptozla müştərək patoloji problemlərin birgə həlli yollarının müasir aspektləri”. “Cərrahiyyə” jurnalı №1, səh. 85-90. Bakı - 2017.
8. Qırxlarova A.S., Camalov F.H., Ağayev R.M., Hacıyev S.H., Qasımov A.Ş. “Həzm sistemi orqanlarının müştərək cərrahi xəstəlikləri zamanı diaqnostik və taktiki səhvlər”. Azərbaycan Tibb Jurnalı №4, Bakı - 2017. Səh.117-121.
9. Qırxlarova A.S., Hacıyev S.H. “Müştərək abdominal patologiyaların ümumi müalicəsi zamanı operativ üsulların seçimi”. Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri. №3, Bakı-2017, s.171-174.
10. Qırxlarova A.S., Hacıyev S.H. «Диагностика и оперативное лечение дивертикулов», Клінічна хірургія. Кіев 11 листопад 2017. с.17-19.
11. Qırxlarova A.S., Hacıyev S.H. “Həzm sisteminin müştərək patologiyaları sırasında diafraqmanın qida borusu dəliyinin sürüşkən yırtığı və reflyuks-ezofagitin rolu”. “Sağlamlıq” jurnalı №1, səh.41-45. Bakı – 2018.
12. Qırxlarova A.S., Ağayev R.M., Hacıyev S.H., Əliyev A.H. “Həzm sisteminin müştərək patologiyalarının inkişafında qarın boşluğu təzyiqin rolu”. Cərrahiyyə jurnalı №4, Bakı - 2018. Səh.57-60.
13. Hacıyev S.H., Pənahov D.M., Dadaşov Ə.İ., Qırxlarova A.S. “Cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar”. Dərs vəsaiti. 239 səh. Bakı - 2018.
14. Qırxlarova A.S., Tahirova Z.A., Hacıyev S.H. “Yoğun bağırsaqların patologiyalarının inkişafında anti-TPO-nun rolu”. Azərbaycan Xalq Cümhuriyyətinin 100 illiyinə həsr olunmuş Azərbaycan Tibb Universitetində keçirilən Otolaringologiya üzrə

- Beynəlxalq Elmi-Praktiki Konqresin Tezisləri, Bakı - 2018, səh 42-43.
15. Pənahov D.M., Hacıyev S.H., Qırxlarova A.S. “Mədə və onikibarmaq bağırsağın yoğun bağırsaqla müştərək patologiyalarının diaqnostikası və müalicəsi”. Azərbaycan Xalq Cümhuriyyətinin 100 illiyinə həsr olunmuş Azərbaycan Tibb Universitetində keçirilən Otolarinqologiya üzrə Beynəlxalq Elmi-Praktiki Konqresin Tezisləri, Bakı - 2018, səh 130-131.
 16. Qırxlarova A.S., Hacıyev S.H. “Mədə atoniyasının cərrahi müalicə üsulu” – Patent №030786, “Avroasiya Patentləşmə” qurumu – Moskva, 2018.
 17. Qırxlarova A.S., Hacıyev S.H. “Onikibarmaq bağırsağ divertikullarının müalicə üsulu” – Patent №033895, “Avroasiya Patentləşmə” qurumu – Moskva, 2019.
 18. Qırxlarova A.S., Hümətov A.F., Azadova Ə.F. “Mədənin qıcıqlanma sindromunun inkişafında qalxanabənzər vəzin autoimmün xarakterli patologiyalarının rolu”. Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq Cərrahlığı kafedrasının yaranmasının 80 illiyinə həsr olunmuş Uşaq Cərrahiyyəsi üzrə Elmi-Praktiki Konqres Materialları, Bakı - 2019, səh. 59-60.
 19. Qırxlarova A.S. “Mədə atoniyasının cərrahi müalicə üsulu”. Tibb Fakültəsinin yaradılmasının 100 illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq Elmi-Praktik konfrans. Poster təqdimatı. Bakı - 2019.
 20. Гырхларова А.С. «Способы улучшения результатов комплексного лечения сочетанных патологий желудка, 12 перстной кишки и толстого кишечника». Вестник хирургии Казахстана № 2 (63), 2020, с.29-36.

IXTISARLAR

DQBDSY	Diafraqmanın qida borusu dəliyinin sürüşkən yırtığı
QDT	Qarındaxili təzyiq
MAP	Müştərək abdominal patologiyalar
RE	Reflüks-ezofagit

Dissertasiyanın müdafiəsi 07 aprel
2022-ci il tarixində saat 14:00 Azərbaycan Tibb Universitetinin
nəzdində fəaliyyət göstərən ED 2.06 Dissertasiya Şurasının
iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1022, Bakı şəhəri, Ə.Qasımzadə küçəsi 14 (konfrans
zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında
tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları Azərbaycan Tibb
Universitetinin rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir.
(amu.edu.az)

Avtoreferat 07 mart 2022-ci il
tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb:

Kağızın formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 51.055 işarə

Tiraj: 100