

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**ANAL PROLAPSIN MÜALİCƏSİNDƏ CƏRRAHİ
MÜALİCƏ METODLARININ MÜQAYİSƏLİ
QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

İxtisas 3213.01 - Cərrahlıq

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **Xəlilova Leyla Fərhad qızı**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

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

Bakı – 2022

Dissertasiya işi Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi PHŞ-nin koloproktologiya şöbəsində, N.Tusi adına klinikada və L.Şıxlinskaya adına klinikada yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: tıbb elmləri doktoru
Emin Ağacavad oğlu Cavadov

Rəsmi opponetlər: tıbb elmləri doktoru, professor
Hidayət Bilal oğlu İsayev

tıbb elmləri doktoru, professor
Rüstəm Əli oğlu Məmmədov

tıbb üzrə fəlsəfə doktoru
Aynur Kamal qızı Səfiyeva

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi PHŞ-nin nəzdində fəaliyyət göstərən FD.1.12 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri: tıbb elmləri doktoru, professor
Rauf Maqsud oğlu Ağayev

Dissertasiya şurasının elmi katibi: tıbb elmləri doktoru
İlham Lazım oğlu Kazımov

Elmi seminarın sədri: tıbb elmləri doktoru, professor
Nəsrəddin Sədrəddin oğlu Abışov

MÖVZUNUN AKTUALLIĞI

Anal prolaps və ya anal kanalın selikli qişasının prolapsı sərbəst şəkildə, eləcə də 4-cü dərəcə hemorroid xəstəliyi ilə birgə müşahidə oluna bilər.

"Prolaps ani" termininə XIX əsrin sonu- XX əsrin əvvəllərində bəzi xarici müəlliflərin elmi əsərlərində rast gəlinir (Makfarleyn "Cərrahiyyədə praktik müşahidə" 1829; Mc.Kormak "Dublin jurnalı" 1852; McKelvey B.1916). Xəstəliyin müddəti ilə daxili hemoroid və anal mukozanın prolapsın inkişafı arasında birbaşa əlaqə var. Xəstəliyin on ildən çox davam etməsi ilə, prolapslı düyünlərdən şikayət edən xəstələrin sayı, əsas narahatlığı qanaxma olan xəstələrin sayından demək olar ki, iki dəfə çoxdur. Anal kanal toxumaların elastikliyinə və strukturunun ilkin pozulması, W. Tomsona (1975) görə hemoroid və anal prolapsın inkişafının əsas səbəblərindən biridir. Hemoroidləri anal kanalda saxlayan əzələ və fibroelastik toxumalar mənfi amillərin təsiri altında degenerativ dəyişikliklərə meyllidirlər ki, bu da daxili hemoroidlərin distal istiqamətdə "sürüşməsinə" və yerdəyişməsinə səbəb olur. Xroniki qəbizlik, gücənmələr, hamiləlik, uzunmüddətli passiv heyət tərzii Treitz əzələsinin zəifləməsinə və yırtılmasına gətirib çıxardır. Sonradan anal kanalın selikli qişasını əzələ qatına birləşdirən Parks bağının qırılması baş verir. Son mərhələdə, hemoroid düyünlər daim çöldə yerləşirlər. Geri qayıtmağı, hətta əl yardımı ilə mümkün olmur. Fiksa olunmuş prolaps yaranır. Xəstəliyin inkişafı, bir qayda olaraq, hemoroidin prolapsı ilə məhdudlaşmayan və anal kanalın selikli qişasının və düz bağırsağın aşağı ampulyar hissəsinin selikli qişasının anusdan çıxması ilə xarakterizə olunan anal prolapsın meydana gəlməsinə səbəb olur. Yaranan prolaps sahəsi normal defekasiyaya maneə olur, xəstələr daha da gücənməyə məcbur olurlar. Beləliklə, qapalı dairə yaranır.

Prolapslı selikli qişanın və anodermanın daimi maserasiyası, epitel və selikli qişa xorası, müntəzəm, tez-tez müşahidə olunan kəskin qanaxmalar pasiyentlərin həyat fəaliyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirir. Anal kanalın selikli qişasının və düz bağırsağın aşağı ampulyar seqmentinin prolapsı normal defekasiya aktına maneə törədən anorektal obstruksiyanın formalaşmasına səbəb olur.

Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında XBT-10, K-62.2 düz bağırsağın sallanması: anal prolaps kimi təsnif olunmuşdur. Ölkəmizdə anal kanalın prolapsı ilə müşayiət olunan 4-cü dərəcəli hemorroid xəstələrinin proktoloqa müraciətləri hemorroy xəstəliyinin ilkin mərhələsində müraciət edənlərin sayından daha çoxdur.

İndiyədək, bütün mərhələlərdə olduğu kimi, anal kanalın prolapsı ilə müşayiət olunan 4-cü dərəcəli hemorroy xəstəliyində də üç əsas hemorroidal kollektorların ləğvinə yönələn klassik açıq Milligan-Morqan və ya qapalı Fecusson əməliyyatından istifadə olunur^{1,2}. Açıq, eləcə də qapalı hemorroidektomiya əməliyyatdan sonra prolapsın tez-tez rast gəlinən residivlərindən başqa digər ciddi ağırlaşmalara da rast gəlinir: geniş damar ayaqcığının liqaturla kəsilməsi zamanı və liqaturun erkən düşməsi nəticəsində yaranan qanaxma (4-6%), yaraların irinləməsi (2-4%), anal kanalın strikturası (2-4%), toxumaların həddindən artıq yığılması səbəbindən ağrı sindromu (23-33%), sidik ləngiməsi (14-27%). Bundan əlavə, defekasiya aktı zamanı hemorroidal güdüllər zədələnərək ağrı və qanaxmaya səbəb olur^{3,4}. Əməliyyatın bu növündə rast gəlinən çatışmazlıqlar pasiyentlərin stasionarda qalma müddətinin uzadılmasına və əmək qabiliyyətini itirdiyi günlərin artmasına səbəb olur.

Whitehead əməliyyatı 1882ci ildə təklif olunub, anal prolaps zamanı icra oluna bilinən metodlardan biridir. Dairəvi yerləşən

¹ Paul M Cavallaro et al. The Contributions of Internal Intussusception, Irritable Bowel Syndrome, and Pelvic Floor Dyssynergia to Obstructed Defecation Syndrome, and Pelvic Floor Dyssynergia to Obstructed Defecation Syndrome// Dis Colon Rectum. 2019 Jan; 62(1):56-62. doi: 10.1097/DCR.0000000000001250

² Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Шехтер А.Б. и соав. Характер гормонального и морфологического статуса у женщин с синдромом опущения промежности. Колопроктология. 2011.3:3-13.

³ Voccasanta P., Carpetti P.G., Venturi M., Cioffl U., De Simone M., Salamina G. Randomized controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. //Am. J. Surg. -2001, Vol.182, № 1. - p . 64-68.

⁴ Onur Gülseren M¹, Dinc T, Özer V, Yıldız B,Cete M,Coskun F.//Randomized Controlled Trial Comparing the Effects of Vessel Sealing Device and Milligan Morgan Technique on Postoperative Pain Perception after Hemorrhoidectomy.// Dig Surg.2015;32(4):258-61.

hemorroy və anal prolaps zamanı icrası aparılır, lakin texniki cəhətdən cətin üsuldur. Nəcisın saxlamamağı, anal kanalın strikturası, tikiş çatmamazlığı nəticəsində əmələ gələn selikli qişanın nekrozu və retraksiyası, anal kanalın sensor hissiyatının pozulması kimi ağırlaşmalar müşahidə oluna bilər. Wolf B. və Culp C. düz bağırsağın selikli qişasının dairəvi kəsilməsi əvəzinə müəlliflər rektumun selikli qişasının hissələrini tərk edərək hemoroidlərlə birlikdə düz bağırsağın selikli qişasının üç-dörd oval hissəsini ekssizləşdirdikdə Whitehead metodunu dəyişdirdilər. Sonra kəsilmiş selikli qişanın kənarları aşağı salınaraq anal kanala tikilir. Araşdırmalarda tikiş çatmamazlığına və xəstəliyin residivinə tez-tez rast gəlinir (10%).

A.Touppet Whitehead metodunun modifikasiyasını da təklif etdi, lakin onun həyata keçirilməsi anorektal cərrahiyyə sahəsində mükəmməl təlim və hər xəstəxanada olmayan müasir avadanlıq tələb edir.

Anal prolaps zamanı da istifadə edilən başqa bir üsul Longo metoduna uyğun olaraq sirkulyar stapler ilə dairəvi selikli-mucosal rezeksiyası adlanır^{5,6}. Nisbətən daha yeni üsuldur. Əvvəllər təklif olunan üsullardan fərqli olaraq, bu əməliyyat zamanı hemoroidlərin çəkilməsi aparılmır, əməliyyat lifting xarakter daşıyır. Adı çəkilən əməliyyat növü ilə bağlı ədəbiyyatda ziddiyyətli fikirlərə rast gəlinir və əldə olunan nəticələr gələcək araşdırmalar tələb edir. Bütün müəlliflər hemorroy və prolaps müalicəsində düz bağırsağın dairəvi stepler rezeksiyası əməliyyatının əsas üstünlükləri kimi əməliyyatdan sonrakı dövrün ağrısız olması, qısamüddətli yataq rejimi və erkən reabilitasiya dövrünü qeyd edirlər. Lakin bu metodda əməliyyatdan sonra qanaxma ehtimalı mövcuddur. Ədəbiyyatda müntəzəm residivlər, eləcə də bağırsağ perforasiyası, çanaq peritonitinin inkişafı,

⁵ Русинович В.М. Метод Лонго как альтернатива традиционной геморроидэктоми. // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием. - Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003, -с. 118-121.

⁶ Palimento D., Picienio M., Attanasio U., Lombardi A., Bambini C, Renda A. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. // World Journal of Surgery. - 2003, Vol.2, № 2. -p. 203-207.

vaginal divarın, prostatın zədələnməsi kimi ciddi fəsadlara rast gəlinir⁷⁸,

Linear (xətli) steplərdən istifadə ilə bağlı müsbət fikirlərə baxmayaraq, üsul geniş yayılmamış və hemorroidal xəstəliyin müalicəsində geniş istifadə edilmir. Xarici ədəbiyyatda anal prolaps ilə bağlı mövcud məlumat məhduddur^{9,10}. Anal prolapsın müalicəsi üçün xətti staplerin istifadəsi ilə bağlı ədəbiyyat məlumatları yoxdur.

Anal prolapsın müalicəsində müxtəlif əməliyyat növlərindən istifadə, əməliyyatdan öncə və sonra düz bağırsağın sfinkter aparatının vəziyyəti haqqında müqayisəli məlumatlar mövcud deyil. Həmçinin, anal prolapsın sərbəst, eləcə də 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəlik ilə müşayiət olunduğu zaman müalicəsi üçün linear mexaniki tikişlərdən istifadə ilə bağlı göstəriş mövcud deyil. Linear steplerin istifadəsi ilə bağlı göstərişlər və əks-göstərişlər mövcud deyil, üsulun texniki detalları haqqında məlumat təqdim olunmayıb, steplerlərin düz bağırsağ divarının strukturuna təsiri araşdırılmayıb, anal prolapsın müalicəsinin uzunmüddətli nəticələri haqqında məlumatlar mövcud deyil. Anal prolaps ilə müşayiət olunan ağırlaşmış hemorroy müalicəsi üçün metod seçimi hələ də çoxsaylı müzakirələrə səbəb olur. Əsas patogen faktorlara effektiv təsir edən, texniki cəhətdən sadə, pasiyentlər tərəfindən yaxşı qarşılanan, ağrı sindromu, xəstəliyin residivi və uzunmüddətli reabilitasiya dövrü müşahidə olunmayan yeni metodların işlənib hazırlanmasına ehtiyac vardır. Ağırlaşma riski minimum səviyyədə olmalıdır.

⁷ Palimento D., Picensio M., Attanasio U., Lombardi A., Bambini C, Renda A. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial of early results. // World Journal of Surgery. - 2003, Vol.2, № 2. -p. 203-207.

⁸ Molloy R., Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled haemorrhoidectomy. // The Lancet. - 2000. - vol. 355, № 4. - p. 810.

⁹ Козубенко М.Ю. Удаление внутренних геморроидальных узлов при помощи аппаратов для наложения механического шва. Автореферат дисс. к.м.н. Харьков, 1991, 20 с.

¹⁰ (article in German) Girona J et al. Langenbecks Arch Chir "Diagnostic measure in anal and rectal prolapse" Suppl II Verh Dtsch Ges Chir.1989;753-5; PMID: 2577634

Tədqiqatın məqsədi: İşin məqsədi- anal prolaps və 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəliyin cərrahi üsulla müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasıdır.

Tədqiqatın vəzifələri

1. Anal prolapsın korreksiyası metodları - ənənəvi hemorroidektomiya, düz bağırsağın sirkulyar selikli-submukozal rezeksiyası və linear steplerin istifadəsi üzrə texniki xüsusiyyətlərin müqayisəli təhlilinin aparılması.
2. Anal prolapsın korreksiyası zamanı linear steplerin istifadəsinə dair göstərişlərin işlənib hazırlanması.
3. Anal prolaps zamanı tətbiq oluna bilən əməliyyat texnikasını bu patolojiyə uyğun adaptasiya etmək.
4. Müdaxilə müddəti, qanaxma, ağrı sindromu, radikallıq, ağırlaşmalar və həyat keyfiyyəti meyarları əsasında cərrahi müalicə nəticələrinin müqayisəli analizinin aparılması.
5. Müalicələrin uzaq nəticələrinin analizinin aparılması.

Müəfiyyə çıxarılan əsas müddəalar

- Anal prolaps və 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəlik üzrə cərrahi müalicə zamanı linear steplerin istifadəsi radikal, texniki cəhətdən rahat və təhlükəsiz korreksiya metodu hesab olunur.
- Anal prolaps və 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəlik üzrə linear steplerdən istifadə metodikasını əməliyyatdan sonra minimal sayda ağırlaşmalar ilə müşahidə olunur.
- Linear steplerdən istifadə metodikasını eyni zamanda həm anal prolaps, həm də hemorroy probleminin aradan qaldırılmasına imkan yaradır.
- İki cərgəli linear tikiş bağırsağın aşağı ampulyar segmentinin selikli-submukozal qişasının fiksasiyasını etibarlı edir, bu isə özlüyündə prolapsın residivinin qarşısını alır.

Tədqiqatın elmi yeniliyi:

- Linear stepler ilk dəfə olaraq anal prolapsın müalicəsində istifadə olunmuşdur.

- 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəlik ilə müşayiət olunan anal prolapsın cərrahi müalicəsinin texniki aspektləri və nəticələrinin müqayisəli təhlili aparılmışdır.
- "Anal prolaps" anlayışının dəqiq meyarları müəyyən olunmuşdur.
- Anal prolaps və 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəliyin müalicəsinin erkən və uzaq nəticələri araşdırılmışdır.
- İlk dəfə olaraq anal prolapsın üç müalicə üsulunun səmərəliliyi üzrə müqayisəli qiymətləndirilmə aparılmışdır: linear steplərdən istifadə metodikası, standart hemorroidektomiya və dairəvi steplərdən istifadə metodikası.

Tədqiqatın praktiki əhəmiyyəti: Araşdırma nəticələri anal prolapsı ayrılıqda patologiya olaraq, eləcə də hemorroidal xəstəliyin ağırlaşmış formaları ilə birgə tam şəkildə diaqnostikasını aparmaq və korreksiyası üçün optimal metod seçməyə şərait yaradır. Linear steplərdən istifadə anal prolapsın cərrahi müalicəsinin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

Tədqiqatın nəticələrin praktiki tətbiq olunması: Cari metod Kaspian hospitalında uğurla tətbiq olunur, eləcə də akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin koloproktolojiya şöbəsində, N.Tusi adına klinikada və L.Şıxlinskaya adına klinikada uğurla sınaqdan keçirilmişdir.

Elmi işin aprobeasiyası: Tədqiqat nəticələri elmi məqalələrdə geniş nəşr olunmuş, cərrahiyyə və qastroenterologiya üzrə 13 və 18-ci Beynəlxalq Avrasiya konqreslərində (2013, 2019-cu illər, Bakı), Yoğun bağırsağ və düz bağırsağın cərrahiyyəsi üzrə 17-ci Türkiyə konqresində poster olaraq (2019-cu il, Ankara) məruzə edilmişdir, akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin nəznində fəaliyyət göstərən Elmi Seminarın iclasında (05.11.21) müzakirə olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu: Dissertasiya işi 122 səhifədə çap olunmuş: Giriş; Fəsil 1. Anal prolapsın cərrahi müalicə metodları - həll olunmamış və mübahisəli aspektlər (ədəbiyyata baxış); Fəsil 2. Materiallar və araşdırma metodları; Fəsil 3. Anal prolaps və 4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəliyin cərrahi müalicə metodlarının texniki aspektləri; Fəsil 4. Əldə edilmiş məlumatların retrospektiv araşdırmada təhlili. Hemorroidal xəstəlik ilə müşayiət olunan anal prolapsın yayılması əlamətlərinin rast gəlinmə tezliyi;

Fəsil 5. Klinik nəticələrin prospektiv araşdırmalarda müqayisəli qiymətləndirilməsi; Yekun; Nəticələr; Praktiki tövsiyələr; Ədəbiyyat siyahısından ibarət olmaqla 122 səhifədə verilmişdir. İşdə 32 cədvəl, 27 şəkil və qrafiklər illustrasiya olunmuşdur. Cədvəllər Microsoft - 2013, qrafiklər Microsoft Excel-2013, Power Point-2013 proqramları ilə tərtib edilmişdir. Şəkillər rəqəmsal kamera ilə çəkilmiş və mətnə yerləşdirilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 105 mənbəni əhatə edir.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problemi planı ilə əlaqəsi: Ddisertasiya işinin mövzusu akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin elmi-tədqiqat işi planına daxildir (Dövlət Qeydiyyatı №01 06AZ00883)

Nəşrlər. Dissertasiya işinin nəticələri 7 məqalə və 8 tezisə öz əksini tapmışdır.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Tərəfimizdən aparılan araşdırmada 2006-2016-cı illər aralığında əməliyyat olunmuş 20-71 yaş kateqoriyasında olan, 334 (83.5%) nəfər kişi və 66 (16.5%) nəfər qadın olmaqla, 400 pasiyent iştirak etmişdir. Elmi iş 2006-2016-cı illər daxil olmaqla əməliyyat olunmuş xəstələrin daxil olduğu retrospektiv hissəyə və 2009-2016-cı illər daxil olmaqla əməliyyat olunmuş xəstələrin daxil olduğu prospektiv hissəyə bölünür. Retrospektiv tədqiqata öz arxiv materialından xəstələr daxil edilmişdir. Prospektiv tədqiqata birbaşa dinamik nəzarətimiz altında olan xəstələr daxildir. Retrospektiv tədqiqata 20 yaşdan 67 yaşa qədər olan 200 (50,0%) xəstə daxil edilmişdir. Orta yaş 45.0 ± 0.6 il idi. Onların 184-ü (92,0%) kişi, 16-sı (8,0%) qadındır. Prospektiv tədqiqata 22 yaşdan 71 yaşa qədər olan 200 (50,0%) xəstə daxil edildi, orta yaş $45,0 \pm 0,8$ il idi. Onlardan 150 (75,0%) kişi, 50 (25,0%) qadındır. Bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür. Əsas qrupa 308 (77.0%) nəfər, UO-40 linear stepler ilə hemorroidektomiya əməliyyatı edilmiş pasiyentlər daxil edilmişdir (retrospektiv qrupda 188 (94.0%), prospektiv qrupda 120 (60.0%) pasiyent). I nəzarət qrupuna Carl Storz (Almaniya) markasına məxsus elektroaqulyasiya köməyi ilə açıq hemorroidektomiya əməliyyatı aparılmış 74 (18.5%) pasiyentlər daxil edilmişdir (retrospektiv- 12 (6.0%) prospektiv-62 (31.0%) pasientlər). II nəzarət

qrupuna Ethicon (ABŞ) firması tərəfindən xüsusi işlənib hazırlanmış və istehsal olunmuş "PPH-01" alətlər dəstindən istifadə etməklə Lonqo metodu əsasında sirkulyar hemorroidopeksiya əməliyyatı aparılmış 18 (4.5%) pasiyentlər daxil edilmişdir (bu qrup xəstələr prospektiv tədqiqata daxil edilmişdir).

Tədqiqatda xəstələr üçün daxil edilmə meyarları 3-4-cü mərhələdə xroniki hemoroid ilə müşayiət olunan anal prolaps ilə xəstələr və təcrid olunmuş anal prolapsı olan xəstələr idi. Xəstələrin tədqiqatda istisna meyarları bunlar idi:

- ✓ dekompensasiya mərhələsində müşayiət olunan xroniki somatik xəstəliklərin olması (portal sirroz, ağır şəkərli diabet və s.)
- ✓ alkoqol, narkotik və ya narkomaniyanın olması; uyğun olmayan davranış ilə nevrasteniyaya
- ✓ iltihabi bağırsağ xəstəliyi (Kron xəstəliyi, xoralı kolit)
- ✓ yoluxucu xəstəliklər (bağırsağ vərəmi, bağırsağ selikli qişasının zöhrəvi zədələnmələri)
- ✓ bağırsağın bədxassəli yenitörəmələri
- ✓ düz bağırsağın prolapsası olan xəstələr

Pasiyentlərin əsas şikayətləri düyünlərin və selikli qişasının sallanması (400 nəfər-100%), qanama (288 nəfər-97,0±0,9%), ağrı sindromu (119 nəfər-29,8±2,3%), perianal qaşıntı (34 nəfər-8,5±1,4%), xarici hemorroidal düyünlərin trombozu (22 nəfər-5,5±1,1%) olmuşdur. Anamnezin davamlılığına görə xəstəlikdən 2-4 il əziyyət çəkən xəstənin sayı 23 (5,8±1,2%), 5-9 il özünü xəstə hesab edənlərin sayı 78 nəfər (19,5±2,0%), 10 ildən çox bu xəstəlikdən əziyyət çəkən pasiyentlərin sayı 299 nəfərdir (74,8±2,2%).

Anesteziya növlərinə görə xəstələr aşağıdakı kimi bölüşdürülmələri: 48 xəstədə spinal anesteziyasından (12±1,6%), 184 xəstədə (46,0±2,5%) spinal anesteziyası və venadaxili sedasiya ilə birgə, endotraxeal anesteziyadan 168 xəstədə istifadə olunub (42.0±2.5%).

Tədqiqat olunan qrupların xəstələrində dolaylı təsirlərin qiymətləndirilməsi üçün əsas meyarlar bunlar idi: əməliyyat müddəti; əməliyyatdaxili və postoperativ ağırlaşmaların inkişafı (qanaxma, xarici toxumanın trombozu, anal kanalın daralması); ağrı sindromunun şiddəti və müddəti; sfinkterometriya məlumatları, xəstəliyin residivinin inkişaf ehtimalı; müalicənin effektivliyi.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə aşağıdakı göstəricilər qiymətləndirilir:

- anal kanal keçiriciliyi
- anal kanalda iki sıralı dairəvi mexaniki tikişin yerləşmə səviyyəsi
- linear mexaniki tikişlərin tamlığı, yerləşməsi
- anal kanalın çapıq transformasiyası

Müşahidə etdiyimiz fəsadları əməliyyatdan 10 gün sonra ilk dəfə aşkar edilən erkən və 3 aydan sonra özünü göstərən uzunmüddətli ağırlaşmalara ayırdıq. Əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalara aşağıdakılar daxildir: əməliyyatdan sonra qanaxma; xarici hemoroid toxumasının trombozu; iltihablı ağırlaşmalar.

Əməliyyatdan sonra 3 ay kimi qiymətləndirilən əməliyyatdan sonrakı uzunmüddətli ağırlaşmalara aşağıdakılar daxildir: anal kanalın strikturası və/və ya anal sfinkterin çatışmazlığı; xəstəliyin re-sidivi.

Xəstələrin yaşa görə bölgüsündən sonra retrospektiv tədqiqatlarda anal prolapsa ən çox 40-49 yaş kateqoriyasında rast gəlinir - 200 xəstədən 62 (31,0%) ($p < 0,001$). Prospektiv araşdırmada anal prolaps ən çox 50-59 yaş qrupunda - 44 xəstə (95,7%) və 25 xəstə (96,2%) və ≥ 60 yaş qrupunda ($p = 0,944$) izlənilir..

Linear tikişdən istifadə olunan cərrahi əməliyyat 22.9 ± 0.4 dəqiqə davam etmişdir. Milliyan-Morqan metodu əsasında klassik əməliyyat 34.9 ± 0.8 dəqiqə davam etmişdir. Bu linear stepler istifadə olunan əməliyyatdan 52.2% artıqdır ($p < 0,001$). Lonqo əməliyyatı ortalama $29,3 \pm 1,2$ dəqiqə davam etmişdir. Bu əsas qrupda aparılan əməliyyatdan 28% artıq ($p < 0,001$) və standart hemorroidektomiyadan 15.9% ($p < 0,01$) azdır.

Bu nəticələr linear steplerin istifadə metodikası texniki cəhətdən asan olduğuna görə əldə olunub. Klassik hemorroidektomiya zamanı hər bir geniş damar ayaqcığının əsasına və prolapsa uğramış selikli qişaya liqatur qoyduqdan sonra anal kanalın mənfəzi bir gədər daralır və anal kanalda aparılan növbəti manipulyasiya çətinləşir, bu da, öz növbəsində, əməliyyat vaxtını uzadır. Lonqo əməliyyatında əsas vaxt kiset tikişin qoyulmasına gedir. Mukozanı düzəltmək üçün hər bir tikişi tətbiq edərkən anoskopu çıxarıb

yenidən anal kanala yeridilməlidir, kiset tikiş mütləq frontal istiqamətdə qoyulmalıdır ki, gələcəkdə striktura yaranmasın.

Əməliyyat zamanı 400 pasiyentdən 11 nəfərdə ($2,8 \pm 0,8\%$) qanaxma müşahidə olmuşdur. Qanaxma 3 pasiyentdə ($1 \pm 0,6\%$) linear steplərdən istifadə zamanı, 6 pasiyentdə ($8,1 \pm 3,2\%$) standart hemorroidektomiya və 2 pasiyentdə ($11,1 \pm 7,4\%$) Lonqo əməliyyatı zamanı aşkar edilmişdir. Araşdırma nəticələrindən də görüldüyü kimi, qanaxma ehtimalı ən az olan linear steplərdən istifadə olunan əməliyyatdır - cəmi 1% ($p < 0,01$). Linear steplərin istifadəsi zamanı steplər tikişi yaxşı vizualizə olunduğu üçün və qanaxma sahəsi tez tapıldığı üçün hemostaz rahat şəkildə bipolyar koaqulyatorun vasitəsi ilə heyata keçirilir. Ənənvi hemorroidektomiya zamanı qanaxma olarsa əlavə səkkizvari tikişlər qoymaq məcburiyyəti yaranır, toxumaların yığıldığından bunu etmək çətinləşir. Lonqo əməliyyatı zamanı hemostaz əldə etmək yuxarda sadaladığımız üsullardan ən çətin olmuşdur. Bunun üçün əlavə tikişləri bağırsağın mənfəzində dərinədə və köndələn istiqamətdə qoymaq lazım olur.

Ağrı olduğu zaman pasiyentlərə ağrıkəsici preparatlar yeridilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunun intensivliyini müəyyən etmək üçün orijinal sorğu anketindən istifadə edilmişdir (MakGill ağrı anketi əsasında). Dərmanların təyinatı ağrı dərəcəsiindən asılı idi (pasiyentin sözlərinə əsasən 5 ballıq şkala əsasında). Linear steplərdən istifadə olunan əməliyyatdan sonra ağrıların olması intensivliyi ortalama $4,12 \pm 0,03$ bal təşkil etmişdir; əməliyyatdan sonra birinci gün $3,05 \pm 0,02$ bal; əməliyyat sonra 7-ci gün $2,41 \pm 0,03$ bal və əməliyyatdan qırx gün sonra $0,03 \pm 0,03$ bal təşkil etmişdir.

Standart hemorroidektomiya əməliyyatından sonra ağrı intensivliyi ortalama $4,89 \pm 0,04$ bal təşkil etmişdir; bu əməliyyatdan sonra birinci gün $3,39 \pm 0,07$ bal; əməliyyatdan sonra 7-ci gün $2,77 \pm 0,06$ bal və əməliyyatdan 40 gün sonra $0,57 \pm 0,09$ bal təşkil etmişdir. Dairəvi steplər istifadə olunan Lonqo əməliyyatından sonra ağrı intensivliyi $4,17 \pm 0,19$ bal təşkil etmişdir; əməliyyatdan sonra birinci gün $3,11 \pm 0,2$ bal; əməliyyatdan sonra 7-ci gün $2,39 \pm 0,18$ bal və əməliyyatdan 40 gün sonra $0,39 \pm 0,14$ bal təşkil etmişdir. Əldə olunan fərqlər statistik baxımdan əhəmiyyətli idi ($p < 0,01$). Əməliyyatdan sonra analgetiklərdən istifadə olunan bütün günləri topladıqda, əldə edilən ən az say əsas

qrupda olduğu müəyyən olunur. Beləliklə, hesablama zamanı aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir: kontrol qrup I ilə müqayisədə ağrı sindromu əməliyyat günü əsas qrupda 15,7% az və kontrol qrup II ilə müqayisədə 1,2 % az olmuşdur ($p_0 < 0,001$; $p_1 < 0,001$). Birinci defekasiya zamanı aörların intensivliyi əsas qrupda 11,4% kontrol qrup I ilə və 2,2% kontrol qrup II ilə müqayisədə az olmuşdur ($p_0 < 0,001$; $p_1 < 0,001$). Əməliyyatdan 2 ay sonra linear steplerin istifadəsi metodun üstünlüyü gözə çarpan dərəcədədir. Beləki ağrı sindromu bu qrup xəstələrdə Milliyan-Morqan üsulundan olunan xəstə qrupundan 90,0% az, və Lonqo üsulu ilə əməliyyat olunan xəstə qrupundan 30,2% azdır ($p_0 < 0,01$; $p_1 < 0,001$). Göründüyü kimi, əldə etdiyimiz nəticələrə əsasən araşdırdığımız günlərdə ağrı sindromu ən az linear steplerin istifadəsi qrupunda müşahidə olunur.

Beləliklə, linear stapler ilə əməliyyat olunan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı reabilitasiya daha əlverişlidir ki, bu da cərrahi müdaxilənin effektivliyində mühüm amildir.

Erkən əməliyyatsonrası ağırlaşmalar, linear stepler istifadə olunan əməliyyatdan sonra 1(0,3±0,3%) pasiyentdə (qanaxma) və klassik hemorroidektomiya əməliyyatı keçirmiş 11 (14.9%) pasiyentdə müşahidə olunmuşdur. Standart hemorroidektomiya keçirmiş 8 pasiyentdə (10,8±3,6%) xarici interstisial körpüçüklərin ödemi, 3 pasiyentdə isə (4,1±1.2%) qanaxma müşahidə olunmuşdur. Lonqo əməliyyatı keçirmiş pasiyentlərdən 6 nəfərdə əməliyyatsonrakı erkən ağırlaşmalar, onlardan 2 halda (11,1±7,4%) əməliyyatsonrası qanaxma ($p < 0,01$) və 4 halda (22,2±9,8%) ödem qeydə alınmışdır. Kontrol II qrupundan klassik versiyada (əlavə xarici hemorroidektomiya olmadan) sirkulyar stapler ilə selikli-submukozal rezeksiya aparılarkən, əməliyyatdan sonrakı gün 4 xəstədə (22,8±9,8%) xarici hemoroid toxumasında ödem və tromboz inkişaf etmişdir. 2 ay ərzində konservativ tədbirlərin təsirinin olmaması səbəbindən iki xəstəyə xarici hemorroidektomiya əməliyyatı aparıldı. Bu vəziyyəti nəzərə alaraq, bütün digər xəstələr Longo əməliyyatı ilə yanaşı, elektrokoagulyatorla xarici düyünlərin kəsilməsi aparıldı. Bu, əməliyyatın ümumi müddətini uzadır, həmçinin əməliyyatdan sonrakı ağrı sindromunu artırır. Bu məlumatlar statistik əhəmiyyətlidir ($p < 0.001$).

Striktura və residiv kimi uzunmüddətli ağırlaşmalar əsas qrupda heç bir halda rast gəlinməmişdir 0%; I kontrol qrupunda 18

nəfərdə aşkar edilmişdir. Onlardan 6 nəfərdə xəstəliyin residivi ($8,1\pm 3,2\%$) və 12 nəfərdə striktura ($16,2\pm 4,3\%$, $p<0,01$); II kontrol qrupunda 4 nəfərdə ($22,2\%$) ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Onlardan 2 nəfərdə ($11,1\pm 7,4\%$) xəstəliyin residivi və 2 nəfərdə ($11,1\pm 7,4\%$, $p<0,01$) striktura müşahidə olunmuşdur.

Prospektiv tədqiqatda 200 pasiyentdən 90 nəfərdə (45%) əməliyyata qədər, əməliyyatdan 25-30 gün sonra və 3 və 6 ay sonra sfinkterometriya aparılmışdır (cədvəl 1). Sfinkterometriya əməliyyatdan əvvəl, 25-30 gün, əməliyyatdan 3 və 6 ay sonra aparılan prospektiv tədqiqatda 200 xəstədən 90-da (45%) aparılmışdır. Sfinkterometriya əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra təmizləyici imalədən 1,5 - 2 saat sonra aparıldı. Bu texnikanı yerinə yetirmək üçün düz bağırsağın aşağı ampulyar hissəsinə lateks balon yerləşdirilir və şpris ilə giriş qapağından 20 ml maye yeridilir. Doldurulmuş balon düz bağırsaqda qalır. 5 - 7 dəqiqədən sonra sfinkterin uyğunlaşması üçün lazım olan sensor oxunuşları götürülür - daxili sfinkterin tonu. Sonra xəstəyə anal kanalı sıxmaq deyilir, təzyiq göstəricisi isə xarici anal sfinkterin könüllü iradə gücünün dərəcəsini göstərir. Daxili sfinkterin normal tonunun göstəriciləri $\mu=150,7$, standart kənarlaşma $\sigma=24,37$. İradə gücü indeksi $\mu=206,9$, iradə gücünün standart kənarlaşması $\sigma=33,19$ (Protokol No 97, 12.09.2005)

Əsas qrupda əməliyyatdan 1 ay sonra daxili sfinkter tonus göstəricilərində artım müşahidə edirik, bu isə öz növbəsində 3-4-cü ayadək normallaşmağa doğru gedir. Kontrol qrupunda I normallaşma əməliyyatdan sonra 6-cı ayda müşahidə olunur. İlk sfinkterospazm yara səthinin olması ilə izah olunur. 1 ay sonra bütün qruplarda iradə gücü göstəriciləri aşağıdır. Bu hal isə pasiyentin ağrı sindromu səbəbindən sfinkteri tam sıxa bilməməsi ilə izah olunur. Bu göstəricilər də, həmçinin, əsas qrupda əməliyyatdan sonra 3-cü ayda, kontrol qrupunda I isə 6-cı ayda bərpa olunur. Standart hemorroidektomiya əməliyyatı aparılmış 27 pasiyentdən anal kanalın strikturası qeydə alınan 4 pasiyentdə əməliyyatdan sonra anal manometriya aparmaq mümkün olmadı. İnkişaf edən strikturalı anal kanala balon yerləşdirmək mümkün deyil. Lonqo üsulundan istifadə etdikdən sonra 18 pasiyentdən 10 nəfərdə ($55,5\%$) sfinkterometriya icra olunmasına baxmayaraq, sirkulyar stepler tikiş yerində elastikliyin olmaması səbəbindən onu

informativ hesab etmirik. Tədqiqat zamanı əldə edilmiş məlumatlarda bunu təsdiq edir (p_1 və p_2 göstəriciləri- etibarlı deyil).

Beləliklə, sfinkerometriya göstəricilərinə əsasən linear step-lerdən istifadə olan xəstələrdə sfinkterin bərpası 3 aya, klassik hemorroidektomiya keçirən xəstələrdə isə 6 aya olur.

Cədvəl 1.

Prospektiv tədqiqatda əməliyyatdan öncə və sonra sfinkteromanometriya göstəriciləri

Sfinkteromanometriya mm.su.st	Əməliyyatdan əvvəl/sonra	Əsas qrup (n=53)	Kontrol qrupu I (n=27)	Kontrol qrupu II (n=10)	Normal
Daxili sfinkter tonusu	əvvəl	149,8±0,9	151,0±0,7	150,2±0,6	150,7
	əməliyyatdan 1 ay sonra	151,9±0,4	153,5±0,5	150,2±0,6	
	əməliyyatdan 3 ay sonra	150,7±0,2	152,8±0,5	150,4±0,5	
	əməliyyatdan 6 ay sonra	150,6±0,3	150,0±0,4	150,1±0,3	
İradə gücü	əvvəl	205,0±0,2	205,7±0,4	205,0±0,3	206,9
	əməliyyatdan 1 ay sonra	206,4±0,3	204,6±0,2	206,4±0,2	
	əməliyyatdan 3 ay sonra	207,2±0,1	205,8±0,6	206,4±0,8	
	əməliyyatdan 6 ay sonra	207,0±0,2	206,7±0,4	206,1±0,1	

Müalicənin effektivliyi nəticələri yaxşı, kafi və qeyri-kafi qruplara ayrılmışdır. Pasiyentlərin müalicə nəticələrinin təhlili obyektiv müşahidə və pasiyentin özünü his etməsi ilə bağlı subyektiv fikri əsasında həyata keçirilmişdir, burada aşağıdakılar nəzərə alınmışdır:

- sfinkter aparatının vəziyyəti, anal kanalın çapıq dəyişikliklərinin dərəcəsi
- defekasiya aktı zamanı ağrı və ya narahatlığın mövcud olması və ya olmaması
- bağırsağ ifrazatlarının (qanlı, selikli) mövcud olması və ya olmaması

- defekasiya aktı zamanı toxumaların sallanmasının mövcud olması və ya olmaması
- defekasiya aktı zamanı çətinlik, nəcis axınının daralması və ya inkontinensiya hallarının mövcud olması və ya olmaması

Yaxşı nəticə meyarları olaraq ağrısız defekasiya aktı, axıntıların olmaması, defekasiya aktı zamanı toxuma prolapsının olmaması və inkontinensiya hallarının mövcud olmaması hesab olunur.

Kafi nəticələr olaraq prolapsın olmaması, lakin defekasiya aktı zamanı narahatlıq və periodik olaraq selikli axıntıların olması hesab olunur.

Qeyri-kafi nəticələrə defekasiya aktı zamanı ağrının olması, müntəzəm olaraq selik və qan ifrazı, prolapsın qismən və ya tam residivi, nəcis axınının daralması və ya inkontinensiya halları aid edilir (cədvəl 2).

Cədvəl 2.

Aparılan müalicə nəticələrinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi

Müalicə nəticələri	Əsas	Kontrol I	Kontrol II	Cəmi	χ^2	P
Yaxşı	102 93,6%	25 53,2%	6 46,2%	118 69,8%	23,645	<0,001
Kafi	6 5,5%	13 27,7%	5 38,5%	39 23,1%		
Qeyri-kafi	1 0,9%	9 19,1%	3 21,4%	14 8,1%		
Sorğu aparılan pasiyentlər	109 100%	47 100%	14 100%	169 100%		

Belə ki, əməliyyat zamanı linear stepler istifadə olunan 162 pasiyent (76,4±2,9%), açıq hemorroidektomiya əməliyyatı keçirmiş 26 pasiyent (50±6,6%) və Lonqo əməliyyatı keçirmiş (46,2±13,8%) 6 pasiyentin həyat keyfiyyəti yaxşı hesab olunmuşdur ($p<0,01$).

Beləliklə, anal prolaps anlayışı anal kanalın seliki qişanın dişli xətlə birgə sallanması deməkdir, prolapslı sahənin uzunluğu 3-4 sm dan çox olmur. Bu patolojiya sərbəst şəkildə, eləcə də 4-cü dərəcə hemoroid xəstəliyi ilə birgə müşahidə oluna bilər. Anal prolapsın

differentensial diaqnostikasını rektal prolapsla aparmaq lazımdır. Rektal prolapsda sallanan bağırsağın bütün qişaları olur, sallanan sütun silindrik formada, uzunluğu 15 sm və daha çox olur, köndələn bağırsağ büküşləri aid etmək olur. Hemorroy prolapsı zamanı (anal prolapsla müşahidə olunmayan) ayrılıqda yerləşən sallanmış hemorroidal düyünlər izlənilir, detal xətdin çevrilməsi olmur

Anal prolaps müalicəsinin bilavasitə nəticələrinin qiymətləndirilməsi zamanı linear steplərdən istifadə olunmaqla aparılmış əməliyyat dairəvi steplərdən istifadə olunmaqla selikli-submukozal qişasının kəsilməsi və eləcə də anal prolaps müalicəsində müraciət olunan klassik hemorroidektomiya üsulu ilə müqayisədə üstünlüklərə malik olduğu aşkar edildi.

Üstünlük metodun digərlərinə nisbətən daha sadə (linear tikişin yoxlanılması və ehtiyac olan zaman asanlıqla hemostaz əldə edilməsi) uzunmüddətli dövrdə residivlərin olmaması ilə izah olunur. UKL istifadəsi zamanı həm hemorroy həm də prolaps problemləri eyni zamanda həll olunur, skobaların tətbiqi yerində formalaşan toxuma anal kanalın karkas rolunu oynayır. Həmin bu özünəməxsus karkas formalaşaraq selikli qişanın təkrar prolapsının qarşısını alır. Tədqiqatlarımız göstərdiyi kimi, əməliyyatdan sonrakı dövrdə qanaxma kimi dəhşətli bir ağırlaşma ən çox klassik hemorroidektomiya ilə əməliyyat olunan xəstələr qrupunda rast gəlinir. Şübhəsiz ki, əməliyyatdan əvvəlki və sonrakı dövrdə xəstələrin düzgün idarə edilməsi mühüm rol oynayır. Anamnez almaq, defekasiyanın təbiəti, qidalanmaya diqqətli nəzarət yaranın həddindən artıq yüklənməsi ilə əlaqəli ağırlaşmaların qarşısının alınmasıdır.

Əldə edilən nəticələr belə qənaətə gəlməyə imkan verir ki, texniki cəhətdən mexaniki staplərdən istifadə üsulunu yerinə yetirmək asandır, bu, hətta ağır anal prolaps və hemoroid toxumasının hiperplaziyası ilə də əməliyyat müddətini azaltmağa imkan verir. Linear staplərdən istifadə edərək anal prolapsın aradan qaldırılması ağırları, əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə qanaxma riskini minimuma endirməyə imkan verir. Linear steplər ilə əməliyyat olunan xəstələrdə sfinkter aparatının funksional vəziyyətini öyrənərkən göstəricilərin normallaşmasının 6-cı aya qədər baş verdiyi standart hemorroidektomiya keçirən xəstələrdən fərqli olaraq əməliyyatdan sonrakı 3-cü ayda göstəricilərin normallaşması aşkar edilmişdir.

Longo üsulu ilə selikli qişanın submukozal rezeksiyası özlüyündə çox diqqət və filigran texniki performans tələb edir. Əsas vaxt kiset tikişin formalaşmasına sərf olunur. Longo texnikasının başqa bir problemi, prolapsın radikal korreksiyası üçün selikli qişanın rezeksiyasının səviyyəsini hesablamaq çətindir. Sirkulyar tikiş bir gədən yuxarıda qoyduğumuz halda selikli qişanın prolapsını radikal korreksiya etmək mümkündür, lakin lazımı gədən hemorroidopeksiya mümkün olmur. Dairəvi tikiş aşağı hissədə yerləşəndə ağrı sindromunun olması mümkündür və anal kanalın selikli qişanın prolapsı problemi tam həll olunmur. Lakin Longo əməliyyatı əlavə olaraq xarici henmorroidektomiya icra olunmursa ağrının olması baxımından xətvəri steplerin istifadəsi üsulundand bir gədən üstündür. Bütün "lehinə" və "əleyhinə" fikirləri nəzərə alsaq, anal prolaps zamanı xəttli steplerin istifadəsi, dairəvi stepler istifadəsi ilə və Milliqa-Morqa əməliyyatı ilə müqayisədə daha məqsədəuyğundur.

NƏTİCƏLƏR

1. Xətli steplərdən istifadə etməklə anal prolaps korreksiyası texniki baxımdan sadədir, bu isə hətta kəskin anal prolaps və hiperplastik hemorroid mövcud olduqda belə əməliyyat vaxtını azaltmağa şərait yaradır (linear steplərdən istifadə olunan əməliyyat vaxtı $22,9 \pm 0,4$ dəqiqə davam etmişdir, bu klassik hemorroidektomiyadan 52.2% ($p < 0,001$) və Longo üsulu tətbiq olunan hemorroidopeksiya əməliyyatından 28% ($p < 0,001$) azdır.
2. Linear steplərdən istifadə anal prolaps zamanı, sərbəst və 3-4-cü dərəcəli hemorroidal xəstəlik ilə müşayiət olunduğu halda təyin edilir.
3. Əsas damarlar və artıq selikli qişa ilə birgə kavernöz toxumanın bütün kütləsini əhatə etmək üçün orqanların tikilməsi zamanı UO-40 və UO-60 linear steplərdən istifadə texniki cəhətdən məqbul hesab olunur. Prolaps toxumasının kəsilməsindən sonra anal kanalın anatomik strukturunun sürətli bərpa prosesi müşahidə olunur.

4. Anal prolapsın linear stepler vasitəsilə aradan qaldırılması ağrı sindromunu minimallaşdırmağa imkan verir. Bu göstərici əməliyyat günü $4,12 \pm 0,03$ bal təşkil edir ki, bu standart hemorroidektomiyadan 15.7% və II kontrol qrupundan 1.2% aşağıdır ($p_0 < 0,001$; $p_1 < 0,001$). İlk defekasiya aktı zamanı ağrı $3,05 \pm 0,02$ baldır bu I kontrol qrupu ilə müqayisədə 11.4% ($p_0 < 0,001$) və II kontrol qrupu ilə müqayisədə 2.2% aşağıdır ($p_1 < 0,001$). Əməliyyatdan sonra 7-ci gün ağrı səviyyəsi əsas qrupda $2,77 \pm 0,06$ baldır, bu II kontrol qrupundan 1% çox ($p_1 < 0,001$) və I kontrol qrupundan 14.8% azdır ($p_0 < 0,001$), əməliyyatdan 2 ay sonra əsas qrupda ağrı sindromu I kontrol qrupu ilə müqayisədə 90.0% az və II kontrol qrupundan 30.2% daha aşağıdır ($p_0 < 0,01$; $p_1 < 0,001$). Linear steplərdən istifadə olunduqda əməliyyat prosesi zamanı ($1 \pm 0,6\%$), əməliyyat-sonrası dövrdə ($0,3 \pm 0,3\%$) qanaxma riski minimaldır.
5. Linear steplərdən istifadə əməliyyatdan sonra uzunmüddətli dövrdə anal sfinkter çatışmazlığı (0%), anal kanal strikturası (0%) və xəstəliyin residivi (0%) kimi ağırlaşma hallarından qaçınmağa şərait yaradır, yaxşı nəticələr əldə etmək üçün $76,4 \pm 2,9\%$ ($p < 0,01$) radikal metod hesab olunur.

PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

1. Xarici hemorroidal kompleksin dentat xəttədək çıxarılması və mobilizasiyasından sonra linear stepleri daxili hemorroidal kompleksin proksimal hissəsinə və anal kanalın prolapslı selikli qişayadək yerləşdirmək lazımdır. Xarici hemorroidlər və anodermaya stepler tikişi qoyulmasından qaçınmaq lazımdır.
2. Toxumalar kəsildikdən sonra xətlə tikişdən qanaxmanı yalnız bipolyar koaqulyasiya ilə dayandırmaq tövsiyə olunur.
3. Anal prolapsın radikal korreksiyası zamanı anal kanalın strikturasının əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün bir dəfəyə tutulan toxuma həcminə daimi nəzarət lazımdır.
4. Anal kanalın selikli qişasının son vəziyyətini, hemorroidit, sfinkteritin mövcud olub-olmadığını yoxlamaq lazımdır, qeyd olunan hallar əməliyyat zamanı korreksiya olunmalıdır. Xəstə-

xanayaqədərki dövrdə konservativ müalicə intra və postəməliyyat dövründə ağırlaşmaların sayını azaldır və reabilitasiya prosesini sürətləndirir.

5. Linear steplerdən istifadə olunan əməliyyatdan sonra pasiyentin qidalanması və defekasiya aktı tezliyinə nəzarət etmək və təyin edilmiş sxem əsasında həkim müayinəsindən keçmək lazımdır.

DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ NƏŞR OLUNMUŞ ELMI İŞİN SİYAHISI

1. Степлерная геморроидэктомия при лечении геморроидальной болезни IV стадии// Professor Həsən Abbas oğlu Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın mater., Bakı, 2012, стр. 69-70 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
2. Сравнительная оценка хирургических методов лечения геморроидальной болезни, сопровождающейся анальным пролапсом.// Материалы IV конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Новые технологии в хирургии»г.Алматы, 2013, стр.17-18 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
3. Использование линейных степлеров при лечении анального пролапса.// Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, prof. Zəhra Tahir qızı Quliyevanın 90 illik yubileyinə həsr edilmiş konfransın mater., Bakı, 2013., стр. 170-172 (həmmüəllif Cavadov E.A., Qasımov R.Ş.)
4. Циркулярная варикэктомия при хирургическом лечении геморроидальной болезни 4 стадии.// Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, prof. Zəhra Tahir qızı Quliyevanın 90 illik yubileyinə həsr edilmiş konfransın mater., Bakı, 2013, səh.172-173 (həmmüəllif Cavadov E.A., Əliyeva S.A.)
5. Surgical approach in treatment of hemorrhoidal disease accompanied by anal prolapsus.// XIII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenteroloqiya konqresinin materialları, Bakı,2013, стр.268 (həmmüəllif Cavadov E.A.)

6. Геморроидальная болезнь, сопровождающаяся анальным пролапсом и методы ее лечения.// Хирургия им. Пирогова, 2014, № 3, стр.43-48 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
7. Using stapler hemorrhoidectomy technique for surgical treatment of hemorrhoidal disease accompanied by anal prolapsus.// Azerbaijan- Turkey days of surgery and gastroenterology, Baku, 2014 p.95-96 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
8. Сравнительная оценка результатов применения Ligasure и линейного степлера при лечении геморроидальной болезни, сопровождающейся анальным пролапсом.// Cərrahiyyə jurnalı, № 1 (41), 2015, стр. 58-61
9. Современные хирургические методы лечения анального пролапса, сопровождающую геморроидальную болезнь 4 стадии.// Azərbaycan təbabətinin müasir nəliyyətləri №4,2016, стр.16-24 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
10. Непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с анальным пролапсом.// Биомедицина, №4/2017, стр.23-28 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
11. Anal prolapsus eşliğinde evre IV hemorroid.// XVII Türk kolon ve tektum cerrahisi kongresi program ve bildiri özetleri, Şubat (Mart), 2019, стр. 152 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
12. Проспективные исследования больных с геморроидальной болезнью, сопровождающийся анальным пролапсом.// Sağlamlıq-2019, №1, Bakı, стр. 47-52 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
13. Surgical treatment of anal prolapsed and their comparative characteristics.// Вестник Хирургии Казахстана № 2 (59), 2019, стр. 37-41 (həmmüəllif Cavadov E.A.)
14. Выбор хирургического метода лечения геморроидальной болезни 4 стадии, сопровождающаяся анальным пролапсом.// Cərrahiyyə jurnalı, № 2, 2019, стр. 29-33
15. Anal prolapse and it surgical treatment.// Abstracts of the XVIII international Eurasian congress of surgery and hepatogastroenterology, 2019, Baku, p.260 (həmmüəllif Cavadov E.A.)

Dissertasiyanın müdafiəsi 15 aprel 2022-ci il tarixində saat 14⁰⁰ da akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.12 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

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

Dissertasiya ilə akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin elmi bölməsində tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları akad. M.A.Topçubaşov adına ECM PHŞ-nin rəsmi internet saytında (www.ecm.az) yerləşdirilmişdir.

Avtoreferat 10 may 2022-ci il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb: _____

Kağız formatı: 60 x 84 1/16

Həcm: 32790

Tiraj: 30