

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

SƏADƏT HƏSƏN QIZI SULTANOVA

**ANAL İNKONTİNENSIYA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ
ARALIĞIN DOĞUŞDAN SONRAKI CIRILMALARININ
TƏSNİFATI VƏ MÜALİCƏSİ**

3215.01 - “Mamalıq və ginekologiya”

3213.01 - “Cərrahlıq”

Tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

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

Bakı – 2015

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetində yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçilər:

Tibb elmləri doktoru,
professor

H.F. Bağirova

Tibb elmləri doktoru,
professor

Ç.M. Cəfərov

Rəsmi opponentlər:

Ə.e.x., Tibb elmləri doktoru,
professor

N.M. Şəmsəddinskaya

Tibb elmləri doktoru

Z.F. Abbasova

Tibb elmləri doktoru

R.M. Novruzov

Aparıcı müəssisə: Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Mamalıq ginekologiya və cərrahiyyə kafedraları

Dissertasiyanın müdafiəsi «22» may 2015 –ci il tarixdə saat «14» Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki D 03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan : Bakı, AZ 1007, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23 (inzibati bina, II mərtəbə, konfrans zalı)

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «20» aprel 2015–ci il tarixdə göndərilmişdir.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının elmi katibi
Tibb elmləri doktoru, professor

Ş.F. İbrahimli

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Təbii doğuş zamanı aralığının cırılması mamalığın bu günə qədər həllini tapmayan mühüm problemi olaraq qalmaqdadır. Son illərin Vətən ədəbiyyatının araşdırılması zamanı xəstələrin representativ qruplarının təhlilinə əsaslanan xüsusi tədqiqat işlərinin aparılması aşkar olunmadı. Xarici ölkə müəllifləri isə bu problemi aktiv şəkildə müzakirə edir və doğuş travmalarından sonra tez-tez hallarda əmələ gələn düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksional vəziyyətinin pozğunluqlarına xüsusi diqqət yetirirlər. Mc Candish et al. (1998), C. Kettle (1999), R. Johanson et al. (2000) məlumatlarına görə vaginal doğuşlar zamanı aralığın spontan, hətta postepiziotomik cırılması halları qadınların təxminən 85%-də rast gəlir. Nəticədə doğuş travmalarından sonra qadınlarda anal sfinkter çatışmazlığının bu və ya digər dərəcəsi inkişaf edir. Lakin qadınlar məlum səbəblərə görə bu ağırlaşmaların mövcudluğunu uzun müddət gizlədirlər.

Doğuş zamanı aralığının, aşağı doğuş yollarının və düz bağırsağın distal hissəsinin travmaları dölnü çanaq gəlişləri, başın açılış gəlişləri və arxa-ənsə gəlişlərində doğuşun düzgün idarə olunmaması (bütün təkdöllü hamiləliyin təxminən 3-4%-i), gücvermə dövründə aralığın düzgün mühafizə olunmaması, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması səbəbindən doğuşun dövrlərinin və müddətinin uzanmasına görə (birincili və ikincili doğuş zəifliyi) kiçik çanaq müstəvilərində başın uzun müddət qalması, doğuş prosesində təcili mamalıq əməliyyatları (doğuşun II dövründə mamalıq maşalarının istifadəsi), dar çanaqlı qadınlarda doğuşun yanlış idarə edilməsi, ilk doğan yaşlı qadınlarda toxumaların rigidliyi, elastikliyinə itməsi, tezlaşmış və sürətli doğuşlar, əvvəlki doğuş(lar)dan sonra aralığın kobud çapıq dəyişiklikləri, həmçinin evdə, stasionardankənar digər yerlərdə doğuşun baş verməsi ilə bağlıdır (Abramov Y. et al., 2005; Гончаров Ю.И. и др., 2005; Christensen P. et al., 2003; Borello-France D. et al., 2006; Barleben A., Mills S., 2010).

Sürətli (ani) doğuşlar zamanı güclü doğuş fəaliyyəti və çanaq toxumalarının rezistenliyinin aşağı düşməsi dölnü asfik-

siyasına, doğuş yollarının travmalarına, uşaqlığın, aralığın, uşaq-
lıq yolunun, düz bağırsağın cırılmalarına və qanaxmalara səbəb
olur.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə hamilə qadınlar üzərində
lazımı qulluq və mama-ginekoloqla daimi konsultasiya şəraitin-
də planlı Qeysəriyə kəsiyinə göstərişlər, orta hesabla, 12% ha-
milə qadınlarda meydana çıxır (Кулаков В.И., Чернуха Е.А.,
2004; Новрузов С.Н. и др., 2009).

Bilavasitə doğuşlar zamanı aralığın cırılmasının profilak-
tikası və onların təcili cərrahi korreksiyası son illər demək olar
ki, diskussiya mövzusu deyildir. Profilaktik tədbirlər içərisində
perineotomiya əsas mövqeyə malikdir. Aralığın cırılmış yarası
adətən zədələnmənin dərinliyini və anatomik xüsusiyyətlərini
differensiasiya etmədən bütün qatlardan keçməklə tikilir. Çox
zaman belə tikişlər sonralar davamlı ağrı sindromunun inkişafı
və kobud çarıqların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bəzən aralığın
cırılmaları anal sfinkterin ön yarım dairəsinin zədələnməsi ilə
birgə müşahidə olunur.

Zədələnmiş toxumaların sadə tikilməsi doğuşdan uzun
müddət sonra davamlı anal inkontinensiyasının inkişafının qarşı-
sını almır. Anal sfinkterin tonusu və gücü digital rektal müayinə,
sfinkterometriya vasitəsilə təyin edilsə də bu xəstələrdə anal
sfinkter çatışmazlığının obyektiv qiymətləndirilməsi xüsusi çə-
tinliklər törədir. Belə diaqnostika qeyri-adekvatdır. Çünki düz
bağırsaqda yad cisimin saxlanılmasına sərf olunan gücün bir his-
səsi müəyyən olunmur. Anal çatışmazlığın ağır dərəcəsi za-
manı isə yad cisim bağırsaqda ümumiyyətlə qalmır.

Bütün bunlar aralığın doğuşdan sonrakı köhnə cırılmaları
olan qadınlarda düz bağırsağın qapayıcı funksiyasının pozğun-
luqlarının meydana çıxma tezliyinin və dərəcəsinin müayinəsini,
anal inkontinensiya ilə ağırlaşmış doğuş travmalarının diferen-
siasiya olunmuş cərrahi müalicə taktikasının işlənilib hazırlan-
masını aktual edir.

İşin məqsədi.

Aralığın anal inkontinensiya ilə ağırlaşmış doğuş mənşəli
köhnə cırılmalarının ağırlıq dərəcəsinin təyininin obyektiv me-

yarlarının və onların cərrahi müalicəsinin diferensiasiya olunmuş metodlarının işlənilib hazırlanması

Tədqiqatın vəzifələri.

1. Doğuş zamanı aralığın cırılmaları olan xəstələrdə düz bağırsağın qapayıcı aparatının travmalarının rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsi;

2. Doğuş zamanı aralığın cırılmaları olan xəstələrdə düz bağırsağın sfinkter aparatının histoloji dəyişikliklərinin öyrənilməsi;

3. Aralığın doğuş mənşəli cırılmaları zamanı anal inkontinensiyanın ağırlıq dərəcəsinin obyektiv qiymətləndirilməsi üçün tərəfimizdən təkmilləşdirilmiş kontaktsiz videokompüter rektal sfinkterometriyası üsulunun nəticələrinin öyrənilməsi;

4. Aralığın anal inkontinensiya ilə ağırlaşmış doğuş cırılmalarının ağırlıq dərəcəsini özündə əks etdirən klinik təsnifatın işlənilməsi;

5. Doğuş zamanı aralıq travmaları almış xəstələrdə təklif edilmiş təsnifata əsaslanmış müalicə taktikasının işlənilməsi və onun kliniki tətbiqi;

6. Aralığın doğuş travmaları olan xəstələrin kompleks müalicəsində antioksidant terapiyanın tətbiqi və müalicənin nəticələrinin qiymətləndirilməsi.

Elmi yeniliklər.

İlk dəfə olaraq düz bağırsağın qapayıcı aparatının funksiyasının pozulması ilə fəsadlaşmış aralığın doğuşdan sonrakı cırılmalarının diaqnostikasında təkmilləşdirilmiş videokompüter sfinkterometriya üsulu tətbiq edilmiş və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini göstərən obyektiv meyarlar aşkar olunmuşdur. Bunların əsasında doğuş mənşəli aralıq cırılmalarının ağırlıq dərəcələrini özündə əks etdirən yeni klinik təsnifat təklif edilmişdir. Aralığın doğuşdan sonrakı cırılmalarının ağırlıq dərəcələrinə uyğun olaraq diferensiasiya olunmuş cərrahi müalicə taktikası təklif olunmuşdur.

Aralığın zədələnmiş toxuması və sfinkter əzələlərindən götürülmüş biopsiya materiallarının histoloji müayinəsinin düz bağırsa-

ğın qapayıcı sisteminin vəziyyətinin obyektiv qiymətləndirilməsində əhəmiyyətli rolu təsdiq edilmişdir.

Sfinkterolevatoroplastika üsulunun yeni modifikasiyası təklif və tətbiq olunmuşdur. Kompleks müalicə prosesinə antioksidant terapiyanın əlavə edilməsinin klinik əhəmiyyəti elmi əsaslandırılmışdır.

İşin praktik əhəmiyyəti.

Aralığın doğuş travmalarının ağırlıq dərəcəsini və düz bağırsağın qapayıcı əzələlərinin funksional vəziyyətini düzgün qiymətləndirmək üçün təmassız videokompüter sfinkterometriya üsulu tətbiq olunmuş və alınmış nəticələr USM-nin nəticələri ilə üst-üstə düşmüşdür. Aralığın doğuşdan sonrakı cırılmalarının obyektiv meyarlar əsasında təklif edilmiş təsnifatı adekvat müalicə taktikasının seçilməsinə imkan vermişdir. Praktiki təcrübə üçün sfinkter əzələlərinin bərpası zamanı uc-yana dublikatura üsulu, həmçinin əməliyyatönu və əməliyyatdan sonrakı dövrlərin aparılması metodikaları təkmilləşdirilmiş, aralığın erkən bərpası üçün tədbirlər proqramı təklif olunmuşdur.

İşin praktik tətbiqi.

Tədqiqatın nəticələri Azərbaycan Tibb Universitetinin I-mamalıq və ginekologiya kafedrasının bazasının - Bakı ş. BŞİ-nin Kliniki Tibbi Mərkəzinin gündəlik praktik fəaliyyətində tətbiq olunur.

Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar.

1. Təmassız videokompüter sfinkterometriya üsulu ilə anal sfinkter əzələlərinin əsas funksional göstəricilərinin ölçülməsi anal inkontinensiyanın ağırlıq dərəcəsini təyin edən obyektiv meyarların aşkar olunmasına imkan verir.

2. Travmatik doğuşlar zamanı aralıqdan götürülmüş biopatlarda patomorfoloji analizi düz bağırsağın qapayıcı sisteminin əzələ və birləşdirici toxuma komponentlərinin hestasion yenidənqurması və əzələ liflərində distrofik dəyişikliklərin getdiyini göstərmişdir.

3. Aralığın anal çatmazlıq ilə ağırlaşmış doğuşdan sonrakı cırılmalarının təmassız videokompüter sfinkterometriya üsulunun

nəticələrinə əsaslanmış yeni klinik təsnifatı rasiona l müalicə taktikasının seçilməsinə imkan verir.

4. Aralıqın doğuş mənşəli travmaları zamanı kompleks müalicəyə antioksidant terapiyanın əlavə olunması müalicəvi rol oynayır və aralıq yarasının sağalmasını əhəmiyyətli səviyyədə sürətləndirir.

Dissertasiya işinin kafedranın elmi-tədqiqat işləri ilə əlaqəsi. Dissertasiya işi kafedranın elmi-tədqiqat işləri planına uyğundur.

Dissertasiyanın materiallarının aprobasiyası. Dissertasiyanın materialları XII Конференция хирургов Закавказских государств. Материалы международной научно-практической конференции (Тбилиси, Грузия, 1999), Prof. İ.M. Məmmədovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları (Bakı, 1999), N. Nərimanov adına ATU-nun 70-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları (Bakı, 2000), Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конференция с международным участием. Тезисы докладов (Ростов-на-Дону, 10-12 октября, 2001), Prof. B.M. Mahmudbə-yovun 100-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın materialları (Bakı, 2002), Prof. Z. Məmmədovun 100-illik yubileyinə həsr edilmiş konfransın məcmuəsi (Bakı, 2003), VI Beynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan gastroenteroloq və cərrahların konqresinin materialları (Bakı, 2003), Prof. N.M. Şəmsəddinskayanın 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları (Bakı, 2006), Abstracts of IX International Euroasian Congress of surgery and Gastroenterology (Baku, 2006), Prof. Ş.B. Quliyevin 75-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın materialları (Bakı, 2006), Ə.e.x., prof. H.M. İsa zadənin anadan olmasının 95-illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları (Bakı, 2007), XI International Euroasian Congress of Surgery and gastroenterology (Baku, 12-15 june, 2008), Prof. İ.M.Məmmədovun 90-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları (Bakı, 2009) və Azərbaycan Tibb Universitetinin 80-illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransda (Bakı, 2010) müzakirə olunmuşdur.

Nəşr. Dissertasiyanın mövzusu üzrə 43 elmi iş, o cümlədən 1 kitab dərc edilmiş, 3 səmərələşdirici təklifə görə şəhadətnamə alınmışdır.

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi.

Aparılmış tədqiqatın nəticələri ATU-nun mamalıq və ginekologiya, ümumi cərrahlıq və I-cərrahi xəstəliklər kafedralarının əməkdaşlarının birgə elmi iclasında müzakirə edilmişdir (Bakı, 29.V.2012).

Dissertasiyanın həcmi və strukturu.

Dissertasiya 255 standart kompüter səhifəsində yazılmış, cədvəllər və şəkillərlə illüstrasiya olunmuşdur. O, giriş, ədəbiyyat icmalı, tədqiqat metodlarına dair fəsil, şəxsi tədqiqatlardan ibarət 5 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 370 mənbəni (30 - vətən, 340 – əcnəbi) əhatə etmişdir.

XƏSTƏLƏRİN KLİNİK XARAKTERİSTİKASI VƏ MÜAYİNƏ ÜSULLARI

Klinik tədqiqatlarımız 2004-2011-ci illər ərzində klinikaya müraciət etmiş 248 xəstənin müayinə və müalicəsinin nəticələrinə əsasən aparılmışdır. Xəstələrin yaşı 16-50 arasında dəyişmişdir.

Xəstələrdə qazları və nəcisi saxlaya bilməməsi, defekasiya aktı zamanı və ondan dərhal sonra uşaqlıq yolundan nəcis kütlələrinin, nəcisli mayenin, patoloji axıntının gəlməsi, aralıq nahiyəsində güclü qa-şıntının olması və s. şikayətlər olmuşdur. Xəstələrin dediyinə görə belə hallar doğuşdan sonra aralığın cırılması fonunda meydana çıxmış və tədricən dərinləşmişdir.

49 qadında (19,8%) doğuş ev şəraitində, onlardan 28-də (11,3%) həkim yardımı olmadan həyata keçirilmişdir. Ev doğuşu kənd əhalisi arasında geniş yayılmışdır. Bu bir tərəfdən əhalinin sanitar maarifinin aşağı səviyyədə olması, digər tərəfdən hamilə qadınların xüsusilə qış aylarında ucqar kəndlərdən rayon mərkəzi xəstəxanalarına və doğum evlərinə çatdırılmasının

mümkünsüzlüyü ilə əlaqədardır.

Ev şəraitində baş vermiş doğuşların əksəriyyəti qeyri-professional şəxslər tərəfindən aparıldığından aralığın cırılmış toxumaları tikilməmiş, yara irinlədikdən sonra çapıqlaşma ilə ikincili sağalmışdır. Bu xəstələr əvvəllər qaz və nəcisi saxlaya bilməmələrini hələ yarada çapıqlaşma prosesinin tam getməməsi ilə əlaqələndirənlər də sonralar sfinkter çatışmazlığının daimi olması onları narahat etmişdir.

Anamnez toplayarkən şikayətlərlə yanaşı əvvəlki hamiləliyin gedişi və doğuşun ağırlaşmaları, doğuş zamanı mama köməyinin hansı səviyyədə göstərilməsi və şikayətlərin (nəcis və qazların saxlanılmaması) axırınıc doğuşdan hansı müddət sonra meydana çıxmasının araşdırılmasına xüsusi önəm verilmişdir. 125 (50,4%) xəstədə aralığın cırılması ilk doğuş zamanı baş vermişdir. İkinci və üçüncü doğuşlardan sonra bu göstərici müvafiq olaraq 79 (31,9%) və 44 (18,1%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Əvvəllər keçirilmiş abortlarla doğuş vaxtı aralığın cırılması arasında əlaqənin varlığını tərəfimizdən sübut etmək mümkün olmamışdır.

41 (16,5%) xəstədə doğuşdan və aralığın yarasının sağalmasından müəyyən müddət (1 həftədən bir neçə aya qədər) sonra anal sfinkter çatmamazlığı əlamətləri üzə çıxmışdır. Sorğu zamanı nəcis və qazın saxlanılmamasını xəstələr adətən sfinkter çatışmazlığından dərhal sonra qeyd etmişlər.

82 (33,1%) xəstədə aralığın cırılmasından sonra sidiyin saxlanılmaması da meydana çıxmışdır. Onlardan 21-də (8,5%) sidiyin saxlanılmaması davamlı xarakter (stress mənşəli sidik saxlanılmaması) daşmışdır.

Xarici baxış zamanı aralığın dərisinin zədələnmə dərəcəsinə və xarakterinə (aralığın çapığının mövcudluğu, hemoroidal düyünlər, perianal kondilomalar, anal çat və s.), böyük cinsiyyət dodaqlarının arxa bitişməsinin tamlığına, anusun vəziyyətinə, anal və anovaginal refleksin mövcudluğuna və intensivliyinə diqqət yetirilmişdir. Uşaqlıq yolundan axıntının xaric olması və onun xarakterinə (nəcisli, irinli) əhəmiyyət verilmişdir. Anal sfinkter çatışmazlığı qarında ağrılar və diareya (qəbizlik) ilə müşahidə olunduqda və digər şübhəli hadisələrdə fibrokolonosko-

piya müayinəsi aparılmışdır.

Anal inkontinensiyanın mövcudluq müddətinin öyrənilməsi göstərdi ki, əksər xəstələr (79,8%) 1 ildən çox xəstələnmə anamnezinə malikdirlər.

Pasiyentlərin düz yarısı (49,6%) 1-3 il ərzində anal çatmazlıqla yaşamağı olmuşlar. 4-5 il xəstələnmə anamnezi xəstələrin 17,7%-də, 5 il və daha çox anal sfinkter çatmazlığı isə 12,5% xəstədə qeyd olunmuşdur.

Aralığın cırılması olan qadınların belə uzun müddət xəstəlik anamnezinin olmasının səbəbləri müxtəlifdir. Adətən, doğuşdan sonrakı dövrdə yüngül forma sfinkter çatışmazlığının mövcudluğunu xəstələr əhəmiyyət vermir, belə vəziyyəti norma kimi qəbul edirlər. Ancaq zaman keçdikcə anal inkontinensiyanın ağırlıq dərəcəsinin artması, qeyri-iradi nəcis və qaz ifrazının olması onları ictimai həyatdan uzaqlaşdırır, xəstə qadınlar utanır və həkimə müraciət etmirlər. Bəzən həkimə müraciət zamanı şikayətlərini axıra qədər söyləmir və ya gizlətməyə çalışırlar. Beləliklə, doğuş mənşəli aralıq travması almış xəstələr kifayət qədər vaxt keçdikdən sonra bu problemin həlli üçün cərrahın müdaxiləsinə məruz qalırlar.

Düz bağırsağın və təbii doğuş yollarının klinik-instrumental müayinəsi üsulları

Rektumun və uşaqlıq yolunun barmaqla müayinəsi.

Bu çox qədimdən aparılan müayinə üsulu düz bağırsağ patologiyası haqqında keyfiyyətli məlumat verməyə imkan yaradır.

Rektumun digital müayinəsi hər bir ginekoloji və proktooloji xəstədə mütləq icra olunmalıdır. Müayinə xəstənin diz-dirək vəziyyətində aparılmışdır. Bu müayinə zamanı anus və anal kanalın anatomik strukturlarının, sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətini öyrənmək, anal sfinkterlərin sakit və iradi yığılma vaxtı tonusu araşdırmaq mümkündür.

Anal kanalın ön yarım dairəsinin müayinəsi rektovaginal arakəsmənin defektlərinin və ya fistulu müəyyən etməyə imkan verir. Bu halda mütləq surətdə bimanual müayinə aparılmalıdır. Sonuncu müayinə zamanı rektovaginal əlaqənin (fistulun, defektin) topoqrafiyası, həcmi, ölçüləri asanlıqla müəyyən edilir.

Uşaqlıq yolunun digital müayinəsi zamanı uşaqlıq boynunun və cisminin üzvi dəyişiklikləri öyrənilmişdir.

Digital müayinə zamanı düz bağırsağ və ya uşaqlıq yolunda patoloji törəmənin (məsələn, polip) müəyyən olunması fibrokolonoskopiya və ya histeroskopiya üsullarının tətbiqinə göstəriş hesab edilmişdir. Fibrokolonoskopiya zamanı 23 (9,3%) xəstədə yoğun bağırsağın polipi (onlardan 6-da (2,4%) proksimal lokalizasiyalı polip) aşkar olunmuşdur.

Vaginal və transanal güzgü müayinəsi. Düz bağırsağa güzgü ilə (elektrik işığının köməyi ilə) 12-14 sm-ə baxmaq mümkün olur. Bunun üçün xəstəyə diz-dirsək, yanı üstə vəziyyəti vermək lazımdır. Güzgünü düz bağırsağa yeritməmişdən öncə onun düz bağırsağa yeridilən hissəsi vazelinlə, qliserinlə sürtülür.

Daraqvari (dişli) xəttədən yuxarı anal güzgünün çöldə qalan hissəsini hərəkət etdirməklə bağırsağın bütün divarları müayinədən keçirilir. Bu zaman bağırsağın selikli qişasının hipere-miyası (kriptit), fistulun daxili dəliyi (xüsusən də fistulun xarici dəliyinə metilen abısı vurduqda) görünür. Düz bağırsağ divarına baxdıqda onun iltihablaşması, qansızmanın çapıqın olması aydın görünür.

Biz bütün hallarda əvvəl vaginal, sonra rektal müayinələrin aparılmasını məqsəduyğun hesab edirik. Vaginal baxış zamanı vaginanın arxa və ön divarının vəziyyəti, sistosele və rektoselenin dərəcəsi, çapıq toxumasının mövcudluğu haqqında kifayət qədər informasiya almaq mümkündür. Rektal güzgü müayinəsi əsasən yanaşı patologiyaların (babasil, çat, şiş, fistul və s.) diaqnostikası (inkarı) üçün istifadə edilmişdir.

Refleksometriya. Sfinkter əzələlərində defekt olduqda həmin nahiyənin yığılmaması vizual olaraq aydın şəkildə görünür. Aralığın III dərəcəli cırılmaları zamanı sfinkter (eksternal) əzələsində kobud zədələnmələr olduğundan və zədələnmə zonasında çapıq toxuması inkişaf etdiyindən demək olar ki, bütün hallarda müayinənin nəticələri bu və ya digər dərəcədə müsbət olmuşdur.

Xüsusi müayinə metodları

Tədqiqatımıza daxil edilmiş xəstələrin müayinəsi üçün aşağıdakı instrumental-funksional müayinə metodları istifadə edilmişdir: təmaslı və təmassız sfinkteromanometriya, transvaginal və transrektal ultrasonoqrafiya, rektoromanoskopiya, fibrokolonoskopiya, irriqoqrafiya, rutin laborator və histomorfoloji müayinələr. Yanaşı patologiyalar zamanı müvafiq mütəxəssislərlə (kardioloq, endokrinoloq, qastroenteroloq və b.) məsləhətləşmələr aparılmışdır.

Sfinkterometriya. Düz bağırsağın qapayıcı sisteminin çatmazlığını öyrənmək üçün Aminevin sfinkteromanometriya üsulunu istifadə etmişik. Müayinənin nəticələrini düzgün interpretasiya etmək üçün biz Aminevin sfinkteromanometriya üsulunu təkmilləşdirmişik. Müayinə zamanı sfinkterin tonusu, maksimal gücü və iradi yığılma gücü öyrənilmişdir.

Sfinkter əzələsinin tonusu və maksimal gücü 300 və 500 qramdan aşağı olan pasiyentlər I dərəcə zədələnmə, müvafiq olaraq 200 q və 300 q olan pasiyentlər II dərəcə, 100 q və 200 q olan xəstələr III dərəcə, hər iki göstərici 100 q olan pasiyentlər isə IV dərəcə kimi qiymətləndirilmişlər.

Təmaslı və təmassız sfinkteromanometriya. Müayinə olunan xəstə unitaz üzərində oturur. Digər otaqdan pasiyentə əmrlər verilir (sfinkterini yığ, yaxud boşalt!). Xəstə sərbəst şəkildə, heç bir psixoloji gərginlik keçirmədən bu əmrləri həyata keçirir. Unitazda yerləşdirilmiş kamera ilə görüntülər kompüterlərin ekranında görünür və müxtəlif əyrilər şəklində diaqramlaşdırılır. Üsulun bir qədər bahalı olması onun tətbiqini məhdudlaşdırsa da dəqiqliyi metodun tibbi praktikada geniş istifadəsinə imkan verir.

Transvaginal və transrektal ultrasonoqrafiya. Exoqrafik müayinələr 8, 6, 5 və 4 MHz tezlikli «Aspen» firmasının US aparatlarında həyata keçirilmişdir. US müayinələri həm transvaginal, həm də transrektal yolla yerinə yetirilmişdir. Transvaginal ötürücünün fokuslaşdırma dərinliyi 25-55 mm, maksimal skanərləşdirmə bucağı 90⁰ olmuşdur. Ötürücünün işcil hissəsinin uzunluğu 170 mm, skanərləşmə səthinin diametri 26 mm-dir. Bu müayinə kiçik çanaq orqanlarının, çanağın dibinin strukturu haq-

qında ətraflı məlumat almağa imkan vermişdir.

Rektoromanoskopiya. Rektoromanoskopiya anal güzgü ilə yoxladıqdan sonra və ya sərbəst aparılan müayinə üsuludur. Üsulun köməyi ilə düz bağırsağın selikli qişasının vəziyyəti ilə yanaşı eyni zamanda 30-35 sm anal dəlikdən yuxarı, S-vari bağırsağın distal hissəsi də müayinə olunmuşdur. Rektoromanoskopiya çox vaxt diaqnostik biopsiya ilə tamamlanmışdır.

Fibrokolonoskopiya. Bu müayinə yoğun bağırsağın bütün şöbələrinin selikli qişasını müayinə etmək imkanlarına malikdir. Müayinə hesabına yoğun bağırsağın terapevtik və cərrahi xəstəlikləri – psevdomembranoz kolit, infeksiyon kolitlər, qeyri-spesifik xorali kolit, poliplər, xoralar, şişlər aşkar edilmişdir.

Histoloji müayinələr. Histoloji müayinələr üçün biopsiya materialları rektoromanoskopiya, fibrokolonoskopiya zamanı xüsusi alətlərlə və cərrahi əməliyyat zamanı birbaşa şübhəli bölgələrdən götürülmüşdür.

Patohistoloji müayinələr Azərbaycan Tibb Universitetinin histologiya, sitologiya və embriologiya kafedrasında yerinə yetirilmiş, müayinələrin nəticələri tibb elmləri doktoru, professor H. Muradovun konsultativ rəhbərliyi ilə qiymətləndirilmişdir.

Plastika zonasının histomorfoloji vəziyyətinin mikroskopik qiymətləndirilməsi üçün preparatlar hematoksilin-eozin və van Gizon üsulu ilə pikrofuksin qarışığında rənglənmişdir. Rənglənmiş preparatlar yenidən şəffaflaşdırılmış, Kanada balzamu və örtük şüşələri ilə örtülmüşdür. Mikropreparatlar «Amqilav» və «NU-2E» («Carl-Luss», Almaniya) optik işıq mikroskoplarında tədqiq edilmiş və fotolaşdırılmışdır.

Qanda və toxumalarda lipidlərin peroksidləşmə məhsullarının və antioksidant sisteminin öyrənilməsi

Qanda və toxumalarda LPO məhsulları kimi – MDA, AOS kimi isə qlütation tədqiq edilmişdir. Göstəricilər fotometrik yolla araşdırılmışdır. Bu məqsədlə Almaniyanın istehsalı olan SPEKOL-221 və SF-26 spektrofotometrleri istifadə edilmişdir. Müayinələr zamanı hər bir göstəriciyə uyğun dalğa uzun-

luğunda müvafiq optik sıxlıqla təyin edilmişdir. Bundan sonra xüsusi metodika ilə (bu zaman optik sıxlıq təyin edilir) müayinə olunan materialda göstəricinin konsentrasiyası düsturların köməkliliyi ilə hesablanır. Aralığın doğuşdan sonra cırılmaları zamanı köhnə çapıq toxumasında LPO proseslərini və AOS-ni araşdırmaq üçün toxuma tikələri əməliyyat zamanı götürülmüşdür. Bu zaman hər bir nahiyədən götürülmüş toxuma parçası ayrıca araşdırılmışdır. Toxuma tikələri (çapıq toxuma) fizioloji məhlula salınır və dondurulmaq üçün soyuducuya qoyulur. Toxuma parçaları dondurulduqdan (-22⁰C, -24⁰C) sonra toxuma homogenatları hazırlanmışdır (toxuma 1 ml distillə edilmiş suda homogenizasiya olunur). Toxumada LPO məhsullarını və AOS fermentlərini fotometrik yolla təyin etmək üçün homogenizasiya edilmiş toxuma aşağıdakı metodika ilə işlənir: 50 ml həcmli kolbanın içərisindəki 0,5 q toxuma homogenatının üzərinə 20 ml xloroform-metanol (2:1 həcmdə) qarışığı əlavə edilir. Kolba 2-3 dəqiqə çalxalandıqdan sonra qarışıq filtrdən keçirilir. Filtrdə qalmış qarışığı ilə yuyulur. Silindrdə olan ekstraktın üzərinə 25 ml-ə kimi göstərilən qarışıq və 5 ml su əlavə edilir. Sonra kolba çalxalanır və 1 sutka saxlanılır. Silindrdəki qarışıq 2 fazaya ayrılır: 1) aşağı xloroformlu – lipid, 2) yuxarı, su-metanol, qeyri-lipid komponent. Yuxarı faza Paster pipeti ilə götürülür. Yerdə qalan ekstrakt xloroformla 20 ml həcmə kimi artırılır. Bu məhlulda LPO məhsulu və antioksidant mühafizə fermenti fotometrik yolla tədqiq edilir. Qan plazması eritrositlərində MDA və QT fotometrik yolla araşdırılmışdır. MDA-nı təyin etmək üçün tiobarbitur turşusu istifadə edilmişdir. Optik sıxlığı müəyyən etmək üçün müvafiq olaraq işıq spektrinin 532 nm dalğa uzunluğu istifadə olunmuşdur. Eritrositlərdə reduksiya olunmuş qlütationu təyin etmək üçün Batler E., Dyubon O., Kelli B. metodikası tətbiq olunmuşdur. Üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, eritrositlərin reduksiya olunmuş qlütationu Elman reaktivi ilə sarı rəngli birləşmə əmələ gətirir. Sonuncunun rənginin intensivliyi qlütationun miqdarına uyğun gəlir.

Statistik müayinə metodları

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı göstəricilər variason sıraya düzülmüş və hər bir variason sıra üçün orta hesabi göstərici (M), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır.

Müxtəlif qrupların göstəricilərini müqayisə etmək üçün Uaytın W-meyarı istifadə olunmuşdur. Bu məqsədlə müqayisə olunan qruplardakı göstəricilər bir ümumi sırada artan sıra ilə düzülmüş və hər bir göstərici nömrələnmişdir (ranqlanmışdır). Ey-ni qiymətli ədədlərə rast gəлиндikdə, bu göstəricilər qruplardakı mövqeyindən asılı olaraq növbə ilə sıra nömrəsi almışdır. Bundan sonra hər bir qrupun göstəriciləri üçün ranqlar cəmi (R_1 , R_2) tapılmış və W kəmiyyəti hesablanmışdır.

ANAL İNKONTİNENSİYA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ ARALIĞIN DOĞUŞDAN SONRAKI CİRİLMALARINDAN SONRA DÜZ BAĞIRSAĞIN QAPAYICI SİSTEMİNDƏ BAŞ VERƏN PATOMORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏR

Doğuş zamanı aralığın travmatik zədələnmələrinin patomorfoloji xüsusiyyətləri

Doğuş zamanı aralığın cırılmalarının patogenetik mexanizmini tədqiqi məqsədi ilə aralığın cırılması təhlükə olan hallarda 20 bioptat (66,7%) müayinə edilmişdir. 13 xəstədən (65%) götürülmüş bioptatlarda eninəzolaqlı əzələlərin kəskin dartılması, diffuz ödem və perimizi tərkibində olan liflərin parçalanması müəyyən edilmişdir. Həmin liflərin sarkoplazmasında kövsək və sıx sahələrin bir-biri ilə əvəzlənməsi ilə yanaşı əzələ liflərinin fraqmentasiyası və parçalanma halları da müşahidə olunmuşdur.

5 qadından (25%) götürülmüş bioptatların histoloji mənzərəsi ilə yanaşı xroniki və ya ləng gedən infeksiya əlamətləri, birləşdirici toxuma arakəsmələrində limfolykositlərdən ibarət kiçik ocaqlar, arteriola və kiçik arteriyaların əzələ və adventisiya qişalarında limfosit, seqmentnövəli leykositlərin yaratdığı vasikulitlər aşkar edilmişdir. Seqmentnövəli leykostilərə və deqra-

nulyasiya etmiş tosqun hüceyrələrinə həmçinin birləşdirici toxumanın kəskin ödemli arakəsmələrində də rast gəlinmişdir.

Mikroskopik olaraq toxumanın kənarlarında 4 məntəqə aşkar edilmişdir: eksudat, fibrinoid nekroz, qranulyasion toxuma və fibroz çapıq toxuma məntəqələri.

Maraqlı cəhətlərdən biri də əksər damarların patoloji ocaqa doğru istiqamətlənməsidir. Digər tərəfdən birləşdirici toxuma liflərinin dəstələri arasına iltihabi infiltrasiya sirayət etmişdir. Liflərin özləri isə ödemləşmiş, şişmiş kollagen və argirofil liflərdən təşkil olunmuşlar. Mallori boyağı ilə rənglənmə zamanı bir sıra kollagen liflərin homogenləşməsi, fibrinoz distrofiyaya uğraması və nekrozlaşması müəyyən edilmişdir.

Bəzi sahələrdə lifli karkas ağır deformasiyalaşmışdır, onun lifləri normal rənglənmə xüsusiyyətlərini itirmişdir. Lifli karkasın sıxlığı çox deyil, sintez aktivliyi isə aşağıdır. Liflərin əksəriyyəti *de nova* formalaşmışdır. Bu intakt göstəriciləri üçün səciyyəvi deyildir.

Zədələnmiş aralıq toxumalarından götürülmüş biopsiya nümunələrinin histoloji müayinəsi zamanı konkret olaraq, mexaniki möhkəmlik funksiyası ilə əlaqədar olan fibrillyar karkas zəif inkişaf etmişdir. Lakin məhdud sahələrdə tam xaotik formalaşmamış lifli quruluşlara təsadüf olunmuşdur. Sonuncular açıq-aşkar limfoid-histiositar, hətta epitelioid hüceyrələrlə zəngin mikroqranulomalara malikdir.

Ümumilikdə, tərəfimizdən müəyyən edilmiş patomorfoloji dəyişikliklərə əsasən bu qrup xəstələrdə virus-bakterial mənşəli persistent xarakterli infeksiyanın olması qənaətinə gəlinmişdir. Bu növ infeksiya uşaqlıq yolundan və ya digər xroniki infeksiya ocağından başlanğıc götürə bilər.

Fibroz çapıq toxuması əzələ toxuması ilə sərhəddə yerləşmişdir. Bu məntəqə kobud lifli birləşdirici toxuma ilə xarakterizə olunmuşdur. Məntəqənin bəzi yerləri kövşəkləşmiş, əksər sahələri isə qalınlaşmış, nizamsız yerləşən kollagen liflər dəstəsindən təşkil olunmuşdur.

Tədqiq edilən nahiyədən götürülmüş bioptatlarda patoloji proses eninəzolaqlı əzələ toxumasında özünü daha bariz şəkildə göstərmişdir. Bu proses ümumi olaraq, 2 böyük dəyişikliklə:

atrofiya və iltihabi dəyişikliklərlə təzahür etmişdir. Eninəzolaqlı əzələ toxumasının iri ocaqlı, diffuz atrofiyası qeydə alınmışdır. Eninə kəsikdə atrofik əzələ liflərinin öz poliqonallığının itirməsi və oval formaya keçməsi aşkar olunmuşdur.

Atrofiya prosesinin əsas meyarı kimi sarkoplazmanın azalması, əzələ liflərinin isə nazikləşməsini qeyd etmək olar.

Çapıq toxumasını təşkil edən liflərin xaotik yerləşməsi, fibroskleroza uğraması, nisbətən kobud hiperplastik quruluşu ilə fərqlənməsi izlənilmişdir. Burada fibrilloqenez və fibrillolizis əlamətləri qeydə alınmamışdır. Lakin hüceyrəvi reaksiya və limfoid-plazmosit-histiositar infiltratlar müəyyən edilmişdir.

Atrofik əzələ liflərində distrofik əlamətlərlə yanaşı eninə zolaqlılığın itməsi, sarkoplazmanın vakuollaşması, piy distrofiyası, fraqmentasiyası və hialinləşməsi, bəzi sahələrdə isə hətta nekroz ocaqları aşkar edilmişdir. Əzələ liflərinin sinir-əzələ aparatının neyrohistoloji müayinəsi endo- və perimizidə kiçik sinir liflərinin və aksonların yerləşməsini aşkar etmişdir. Sinir liflərinin ox silindrləri reaktiv dəyişikliyə uğramışdır. Bu dəyişikliklər özünü natamam impregnasiya, qeyri-bərabər lokal qalınlaşmalar və bir sıra sinir liflərinin kobudlaşması ilə büruzə vermişdir.

Sinir lifləri arasında çoxlu miqdarda birləşdirici toxuma elementləri də nəzərə çarpmışdır. Bu proses diffuz xarakterli olmamışdır, ocaqvari xüsusiyyətlidir. Sinir liflərinin bir qisminin mielin qişasının kövşəkləşməsi və nazikləşməsi, bir qisminin isə qalınlaşması qeyd edilmişdir. Lakin daha çox rast gəlinən əlamət sinir liflərinin degenerasiyası ilə əlaqədar vakuolizasiya, ayrı-ayrı fraqmentlərə parçalanması olmuşdur. Həmçinin sinir lifləri damarlarının periferiyasında mərkəzə doğru burulmalar ilgəklər əmələ gətirmiş, «sancağabənzər» qalınlaşmalarla xarakterizə olunmuşdur. Məhv olmuş miofibrillər və əzələ lifləri ocoğında sinir lifləri qıvrımvari forma almışdır.

Mikroskopik olaraq müayinə edilən toxuma kənarında dəri örtüyündə 4 məntəqə (ekssudat, fibrinoid nekroz, qranulyasiya toxuma və fibroz çapıq), limfoplazmasitar və digər iltihabi elementlərin persistensiyası, regenerasiyası qabiliyyətinin çox aşağı olması, əzələ qatının funksiyasının pozulması, hipo- və atrofiyasını, əzələarası sahələrdə iltihabi element qalıqları, əzələ

liflərinin degenerasiya və fibrozu, əzələ elementlərinin sklerotik çapıq toxuması ilə əvəz olunması, sinir-əzələ aparatının reaktiv-degenerativ dəyişiklikləri və əzələ toxumasının öz funksiyasını – yığılma funksiyasını itirməsi aşkar edilmişdir.

Aralığın cırılmaları təhlükəsinin yuxarıda şərh etdiyimiz patogenetik mexanizmlərinə əsasən 3 növ vəziyyət yarana bilər:

1. Aralığın həddən artıq gərilməsi özünü ocaqlı mioliz ödem və destruksiya ilə biruzə verir;

2. Qadının orqanizmində virus-bakterial agentlərin persistensiyası aralığın stromal komponentində bioloji aktiv maddələrin, o cümlədən sitokinlərin ekspressiyasına səbəb ola bilər;

3. Yerli reoloji dəyişikliklər özünü «köhnə» qansızmalar şəkilində göstərə bilər.

Beləliklə, fizioloji və travmatik doğuşlar zamanı aralıqdan götürülmüş 30 biopstatın patomorfoloji analizi sfinkterin xarici qatının əzələ və birləşdirici toxuma komponentlərinin birmənalı hestasion yenidənqurması ilə xarakterizə olunmuşdur. Belə yenidənqurma dölnün başının aralığı gərməsi hesabına yaranmış qüvvənin əksinə yönəlmişdir.

ANAL İNKONTİNENSİYA İLƏ AĞIRLAŞMIŞ ARALIĞIN DOĞUŞDAN SONRAKI CIRILMALARININ AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNİN TƏSNİFATI

Bu və digər işlərdə aralığın doğuş travmaları tədqiq edilməmiş, anal sfinkterin funksiyasının ya dolayı (mioqrafiya, rektoqrafiya), ya da düz və intrarektal sfinkterometriya ilə anal sfinkterin tonusu, yığılma gücünün təyini üsullarının nəticələri öyrənilmişdir. Sonuncu halda düz bağırsağa ötürücü (datçik), sfinkterometrin bransları, balon, cihazların zeytun hissəsi və s. yeridilir, sfinkterin funksional göstəriciləri qramlarla ölçülür, nəticələr xüsusi lentə yazılır. Sonuncu üsulun çatışmayan cəhəti odur ki, sfinkterin yad cismi düz bağırsaqda saxlamağa sərf olunan gücünün səviyyəsi məlum olmur.

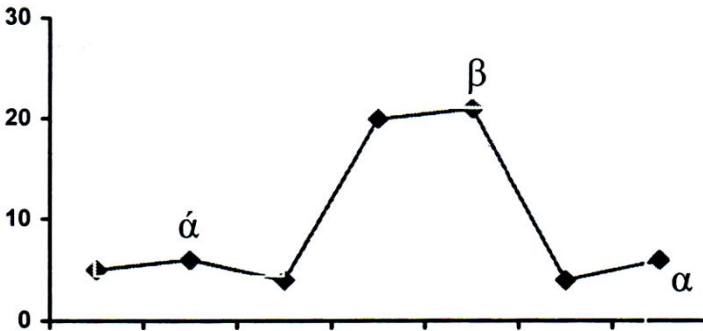
Anal kanalın qapayıcı aparatının funksiyasının obyektiv və mümkün qədər qeyri-invaziv təyini üsullarına aid olan tə-

massız televideokompüter rektal sfinkterometriyası və sfinkterografiyası üsulları bu nöqşanlardan uzaqdır.

Kliniki praktikamızda qeyd edilən çatışmazlıqları olmayan qurğu avtomatik rejimdə işləyir və o, rəqəmsal videokameradan ibarətdir. Kamera unitazın oturacağıın arxa səthinə bərkidilir, naqıl vasitəsilə fərdi kompüterə birləşdirilir.

Kompüterin xüsusi proqram təminatı həkim tərəfindən iş otağında müayinənin nəticələrini (anal sfinkterin tonusu, yığılmaların gücü, maksimal gücü) kompüterin displeyində izləməyə imkan verir. Xəstə vanna otağında tək defekasiya üçün fizioloji vəziyyətdə oturur və bütün müayinələr düz bağırsağa ötürücü yeritməklə digər otaqda aparılır.

Müayinə prosesi çətin olmayan hazırlayıcı manipulyasiyalarla başlayır (kameranın obyektivinin lazımı bucaq altında yerləşdirilməsi, işıqlandırma rejiminin düzgün seçilməsi, rəngli şəkillər üçün filtrlərin düzgün seçilməsi). Bundan sonra həkim qonşu otaqdan xəstəyə sfinkteri boşaltmaq, anal dəliyi büzməyə çalışmaq, anusu daxilə büzmək kimi göstərişlər verilir. Sakit vəziyyətdə (sfinkterin tonusu) və anal dəlik əzələlərinin yığılması vəziyyətində (sfinkterin gücü) sfinkter əzələlərinin fəaliyyəti hər an videokadrlarda təsbit olunur və alınmış təsvirlər çap edilir.



Şək 1. Anal həlqənin sakit və iradı yığılmalar zamanı forma və vəziyyəti

Biz düz bağırsağın qapayıcı funksiyasının əsas göstəricisi kimi anal sıxıcının yığılması zamanı anal həlqənin diametrinin yığılma sürətini götürdük və onu ds simvolu ilə işarə etdik. Digər göstərici kimi anusun maksimal qalxmasını götürdük və dl simvolu ilə işarə etdik (riyaziyyatda d simvolu prosesi, hazırkı vəziyyətdə sürəti göstərir). Nəticədə xəstələrdə anal çatmazlığın dərəcəsini özündə əks etdirən qrafik qurduq.

Bütün xəstələr ds/dt və dl/dt göstəricilərinin dəyişikliklərinin səviyyəsi, yəni aralığın və doğuş yollarının doğuş mənşəli travmalarının ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınaraq 3 qrupa ayrılmışdır. I qrupa yüngül dərəcəli dəyişikliklər təsbit olunmuş 40 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə $ds/dt - 5,15 \pm 0,31$ mm/san, $dl/dt - 14,54 \pm 0,51$ mm/san, anal sfinkterin motor aktivliyi (11,2 – 16,5) arasında dəyişmişdir. Bu qrupun xəstələri konservativ üsullarla müalicə olunmuşdur.

II qrupun xəstələri 2 yarımqrupa ayrılmışdır. II^a yarımqrupunun xəstələrində (62 xəstə) ənənəvi müalicə metodları, II^b yarımqrupunun xəstələrində isə (66 xəstə) tərəfimizdən təklif edilmiş kompleks müalicə metodları tətbiq olunmuşdur. Bu qrupun xəstələrində aralığın orta dərəcəli travmatik zədələnməsi müəyyən edilmişdir.

III^a yarımqrupuna aralığın ağır dərəcəli zədələnməsinə görə ənənəvi qaydada müalicə olunmuş 35, III^b yarımqrupu təklif etdiyimiz metodika ilə müalicə olunmuş 45 xəstə daxil edilmişdir. Beləliklə, aralığın və doğuş yollarının doğuş mənşəli travmatik zədələnmələrinin təklif etdiyimiz təsnifatına uyğun olaraq xəstələrin bölgüsü həyata keçirilmişdir.

ds/dt nisbəti 4,2-6,7 arasında, dl/dt nisbəti 11,2-16,5 arasında olduqda xəstələrdə aralığın cırılma dərəcəsi I dərəcəyə aid olur. Bu xəstələrdə cərrahi müalicə aparılmamış, yalnız konservativ üsullar (antibiotikoterapiya, fizioterapiya və s.) istifadə olunmuşdur.

ds/dt nisbəti 2,9-4,15 arasında, dl/dt nisbəti 7,2-11,15 arasında olduqda sfinkter aparatının klinik əhəmiyyət kəsb edən əlamətləri rast gəldiyinə görə tərəfimizdən təklif edilmiş metodika ilə xəstələrdə levatoroplastika əməliyyatı yerinə yetirilmişdir.

ds/dt nisbəti 1,4-2,85 arasında, dl/dt nisbəti 2,1-7,15 arasında olduqda sfinkter aparatı kifayət qədər zəifləyir. Ona görə də bu xəstələrdə sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı aparılmışdır.

Bu göstəricilərin analizi göstərmişdir ki, aralığın doğuşdan sonrakı cırılmalarında qapayıcı aparatın funksiyası daxili sfinkterin (s) və levatorlar əzələsinin (l) funksiyası ilə müştərək şəkildə bu və ya digər dərəcədə pozulmuşdur.

Alınmış nəticələr USM ilə də öz təsdiqini tapmışdır. Zədələnmiş əzələ strukturları USM-də hipoxogen, qeyri-düzgün, qeyri-hamar strukturlar kimi vizualizasiya edilmişdir.

II qrupun xəstələrində müalicə taktikası fərqli olmuşdur. Belə ki, əməliyyatdan (sfinkteroplastika, 2 xəstədə sfinkteroplastika və siqmostomiya qoyulması) 3-4 gün sonra xəstələr evə yazılmışdır. Stomaya qulluq, stomaətrafi və aralıq nahiyələrinə qulluğun prinsipləri xəstəyə qulluq edəcək ailə üzvünə öyrədilmişdir.

Xəstələr hər gün və ya günəşırı xəstəxananın koloproktologiya şöbəsinin sargı otağına gəlmiş, aralıq nahiyəsinin maqnit terapiyası seansı aparılmış, yara antiseptik məhlulları ilə işlənmiş və aseptik sargı qoyulmuşdur. 8-10 seansdan sonra aralığa qulluq və onların gigiyenası ev şəraitində davam etdirilmişdir. Stoma qoyulmuş xəstələrdə 2 aydan sonra o, ləğv edilmiş, 1 həftədən sonra xəstələr evə yazılmışdır.

70 xəstədə balon manometriyası aparılmışdır. Bu pasiyentlərdən 20-si I kliniki qrupa (bizim təsnifat üzrə), 24-ü II kliniki qrupa, 26-sı isə III kliniki qrupa daxil edilmişdir. Bu müayinələr doğuşdan sonra 1-1,5 il sonra həyata keçirilmiş və praktiki sağlam qadınlarla müqayisə edilərək təhlil edilmişdir. 1 saylı cədvəldən görüldüyü kimi balon manometriyası zamanı eksternal sfinkterin sakit halda maksimal yığılma tonusu müvafiq olaraq $30,3 \pm 1,6$, $54,2 \pm 2,4$, internal sfinkterin tonusu isə $49,9 \pm 2,2$ mm c.süt. təşkil etmişdir.

Balon manometriyası zamanı aşağıdakı göstəricilər müəyyən olunmuşdur. Belə ki, nəzarət qrupuna daxil olan pasiyentlərdə xaric sfinkter əzələsi nahiyəsində sakit halda tonus $36,5 \pm 1,8$ mm c.süt., internal sfinkter zonasında sakitlik tonusu

isə $56,9 \pm 2,4$ mm c.süt. olmuşdur. İradi yığılmalar zamanı xarici sfinkter zonasında tonus $67,3 \pm 4,7$ mm c.süt. yüksəlmişdir.

Cədvəl 1

Aralığın köhnə cırılmaları zamanı təmassız sfinkterometriyanın nəticələrinin balon manometriyasının göstəricilərindən asılılığı

Travmanın növləri	Eksternal sfinkter		İnternal sfinkter	ds/dt	dl/dt
	Sakit	maksimal yığılma	sakit		
I dərəcəli cırılma (n=20)	$30,3 \pm 1,6$ (21,2-35,7) *	$54,2 \pm 2,4$ (43,3-12,5) *	$49,9 \pm 2,2$ (38,6-57,5) *	$5,10 \pm 0,41$ (4,3-6,7) **	$14,1 \pm 0,72$ (11,5-16,4) **
II dərəcəli cırılma (n=24)	$17,8 \pm 1,2$ (11,5-24,2) **	$38,9 \pm 1,6$ (27,7-46,4) **	$37,5 \pm 1,7$ (29,6-43,3) **	$3,56 \pm 0,24$ (3,0-4,2) **	$8,57 \pm 0,62$ (7,5-11,3) **
III dərəcəli cırılma (n=26)	$9,5 \pm 0,4$ (4,4-13,5) **	$16,7 \pm 0,7$ (9,1-27,2) **	$28,7 \pm 1,1$ (16,4-35,7) **	$2,21 \pm 0,16$ (1,4-3,0) **	$4,53 \pm 0,34$ (2,5-7,3) **
Norma (n=10)	$36,5 \pm 1,8$ (31,1-42,2)	$67,3 \pm 4,7$ (56-78)	$56,9 \pm 2,4$ (45,1-64,2)	$16,13 \pm 0,63$ (12,2-19,8)	$17,92 \pm 0,73$ (15,5-21,6)

Qeyd: Normativ göstəriciləri ilə fərqi statistik dürüslüyü: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Beləliklə, xarici və daxili sfinkter zonasında statistik dü-

rüst fərq aşkar edilmişdir. İnternal sfinkter sahəsində tonusun yüksək olması sakit halda düz bağırsağın hermetizasiyasını təmin edir. Bu fərq hər zaman özünü göstərir. Həm I kliniki qrupda, həm II kliniki qrupda, həm də III kliniki qrupda internal sfinkterin (zədələnməsinə baxmayaraq) sakit vəziyyətdə tonusu həmişə eksternal sfinkterdən yüksək olmuşdur.

Müşahidələrimiz göstərmişdir ki, sfinkter əzələsinin tonusunda baş verən dəyişikliklər birinci dəfə, yaxud təkrar doğan qadınlarda statistik əhəmiyyət kəsb edən fərqə malik deyil. Lakin tədqiqatımızın gedişində çanaq dibinin defektinin həcmi ilə sfinkter özünü əsasən xarici sfinkter səviyyəsində göstərmişdir. Yəni, anal inkontinensiyanın genezində başlıca patogenetik mexanizmindən biri sfinkter əzələlərinin yığılma gücünün azalması arasında əlaqənin olması müəyyən edilmişdir.

Əzələ tonusunun azalması əzələsində funksional aktiv əzələ liflərinin sayının azalması nəticəsində tonusun aşağı düşməsidir.

Çanaq dibi əzələlərinin anatomik və funksional baxımdan tamlığını təmin edən vacib müalicə-profilaktika tədbirlərindən biri doğuş yollarının cırılmış toxumalarının düzgün bərpaşdırılmasıdır. Bizim tədqiqat işimiz köhnə cırılmalarla bağlı olmasına baxmayaraq, doğuşdan dərhal sonra yumşaq toxumaların bərpaşdırılması məsələsinə də toxunmuşuq və buna böyük önəm vermişik.

III dərəcəli cırılmalar zamanı bizim metodika ilə sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı icra edilmişdir. Pasiyent 1 sutka ərzində intensiv terapiya şəbəkəsində yerləşdirilmiş, 1 həftə müddətində yataq rejimi təyin edilmişdir. Antibakterial, fizioterapevtik müalicə kursu aparılmışdır. Sfinkter əzələsində reparativ prosesləri yaxşılaşdırmaq məqsədi ilə kalium-rotat, prozerin, B₆ vitamini təyin edilmişdir.

Doğuşdan sonra 1-1,5 il sonra bizə müraciət etmiş pasiyentlər köhnə cırılmalar kimi qəbul olunmuş və onlar üzərində sfinkter əzələlərinin (I və II kliniki qruplarda), çanaq dibinin əzələlərinin bərpaşdırılması və möhkəmləndirilməsi (III klinik qrupda) əməliyyatları yerinə yetirilmişdir.

ARALIĞIN ANAL İNKONTİNSİYA İLƏ

AĞIRLAŞMIŞ DOĞUŞDAN SONRAKI CIRILMALARININ CƏRRAHI MÜALİCƏSİ

Təmassız sfinkterometriyanın nəticələri əsasında anal sfinkter çatmazlığının, yəni anal inkontinensiyanın 3 ağırlıq dərəcəsi ayırd edilmiş və bu təsnifata görə aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir.

Sfinkteroplastika. Bu əməliyyat daxili anal sfinkter əzələsinin ön yarım dairəsinin kiçik həcmli defekti və levator əzələsinin distal uclarının kiçik ölçülü (minimal) diastazı və ya rektovaginal arakəsmə zədələnmələri zamanı yerinə yetirilmişdir. Bu əlamətlər rektumun barmaq müayinəsi ilə kifayət səviyyədə təyin edilir. Xarici baxış zamanı ön aralıqda çapıq deformasiyası aydın görünür, amma uşaqlıq yolu ilə düz bağırsağın arası dəri toxumasının tamlığı saxlanılır. Ona görə də əksər hallarda aralığı köndələn istiqamətdə kəsməyə ehtiyac olmur.

Sfinkterolevatoroplastika. Bu əsas cərrahi əməliyyat üsuludur. Sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı 79 xəstədə (əsas qrup – 44, nəzarət qrupu – 33) 2 variantda yerinə yetirilmişdir:

I variant – uşaqlıq yolu ilə düz bağırsağın arasında birbaşa əlaqə olmayan xəstələrdə tətbiq edilmişdir. Əməliyyatın texnikası: kiçik cinsiyyət dodaqları düyünlü tikişlərlə budun dərisinə tikilməklə uşaqlıq yolunun mənəfi genişləndirilmiş, aralıqda köndələn istiqamətdə kəsik aparmaqla rektovaginal arakəsmə düz bağırsağdan ayrılmışdır (lidokain məhlulu ilə daimi hidravlik ayrılma). Arakəsmənin çapıq dəyişikliklərinə uğramış kənarları qənaətlə kəsilmiş və selikli qısa üçbucaq şəkildə kəsilməklə xaric edilmişdir. Düz bağırsağın ön divarı monofilament sapla düyünlü tikişlərlə tikilmişdir. Rektovaginal arakəsmənin çapıqdan azad edilmiş kənarları da bu tikişlərlə götürülmüşdür. Aralığın köndələn yarası tikilmiş və yaraya incə drenaj borusu qoyulmuşdur. Düz bağırsağın mənəfinə qaz çıxarıcı boru yeridilmişdir.

Aralığın doğuşdan sonra travmasının ikinci, ən çox təsadüf edilən variantı uşaqlıq yolunun arxa və düz bağırsağın ön divarının cırılmasıdır. Bu zaman geniş sahəni əhatə edən rektovaginal defekt (yarıq) və ya fistul əmələ gəlir. Belə travma dölün

başının uzun müddətli təzyiqi nəticəsində uşaqlıq yolunun arxa divarında «yataq yarasının» əmələ gəlməsi ilə əlaqədar meydana çıxır.

Bu travma zamanı yuxarıda qeyd edilmiş cərrahi əməliyyatın II variantı - tərəfimizdən təklif edilmiş metodikası icra olunmuşdur: plastika xəstə arxası üstə uzadılmış vəziyyətdə aparılır. Uşaqlıq yolu və düz bağırsağ 2 dəfə yodanət məhlulu ilə işləndikdən sonra rektovaginal arakəsmə dioksidin-novokain (1:1 nisbətində) məhlulu ilə infiltrasiya edilir. Sonra aralıqdan köhnə çapıq toxumasını götürmək şərti ilə köndələn istiqamətdə kəsik aparılır, arakəsmə təbəqələrə ayrılır. Küt üsulla yara kənarlarına doğru genişləndirilir, düz bağırsağı qaldıran əzələlərin içəri porsiyası əldə edilir.

Vikril sapla düz bağırsağın ön divarını da götürməklə əzələlər bir-birinə tikilir. Sonra sfinkter əzələsinin qaçmış ucları tapılır və bərpa edilir. Bu mərhələ qurtarıqdan sonra təklif etdiyimiz saxlayıcı tikişlər qoyulur. 2 ədəd vikril sap aralığın bərpa edilmiş bütün qatlarından keçirilir və bağlanır. Sonra uşaqlıq yolu selikli qişası və aralıq tikilərək əməliyyat başa çatdırılır.

Saxlayıcı tikişləri çıxarmağa ehtiyac olmur, aralığın və sfinkterin daha möhkəm birləşməsinə xidmət edir.

Doğuşdan sonra çanaq dibi əzələlərinin çatışmazlığının müalicəsi və profilaktikası yolları. Doğuşdan sonra çanaq dibinin əzələlərinin anatomik və funksional tamlığının bərpasına yönəlmiş vacib müalicə-profilaktika tədbirlərindən biri uşaqlıq yolunun dağılmış toxumalarının keyfiyyətli bərpasıdır.

Doğuşdan dərhal sonra bərpaedici əməliyyatların yerinə yetirilməsi köhnə cırılmaların profilaktikasında əvəzədməz tədbirlərdən biridir. Belə ki, doğuşun III dövrünün sona çatmasından bilavasitə sonra ilkin profilaktik bərpa tədbirlərinin həyata keçirilməsi məqsədə müvafiqdir.

Cırılmanın dərəcəsi müəyyən edildikdən sonra digər aktiv cərrahi tədbirlər həyata keçirilmişdir. Əməliyyat adətən yerli anesteziya altında (0,5%-li liqnokain – 30 ml) yerinə yetirilmişdir. Uşaqlıq boynunun zədələnməsi (cırılması) zamanı vikril 2/0 sapla ikisıralı tikişlər qoyulmuş, daxili tikişlər əzələ qişasından keçməklə selikli qişaya, ikinci sıra tikişlər isə uşaqlıq yolu

tərəfdən qoyulmuşdur.

Aralığın III dərəcəli cırılmaları zamanı sfinkter əzələlərinin bu və ya digər dərəcədə zədələnməsi müşahidə edildiyindən cırılmış sfinkter uclarının bir-birinə tikilməklə bərpası müalicənin əsas istiqamətlərindən birini təşkil etmişdir. Aralığın I və II dərəcəli cırılmaları zamanı cərrahi əməliyyatların yerli, III dərəcəli cırılmaları zamanı venadaxili kombinə olunmuş, yaxud ümumi endotraxeal anesteziya altında aparılması məqsəduyğun hesab olunmuşdur.

Ənənəvi qaydada doğuşdan dərhal sonra icra edilmiş cərrahi plastika əməliyyatlarının uzaq nəticələri qənaətbəxş olmamışdır. 5 xəstə (14,7±6,1%) nəcis və qazları bu və ya digər dərəcədə saxlamadıqlarını bildirmişdir. Həmin xəstələr sonradan təkrar cərrahi müalicə üçün Mərkəzimizə müraciət etmişlər.

Əsas qrupun xəstələrində müvafiq göstərici təxminən 2 dəfə aşağı olmuşdur (8,8±3,7%). Bu xəstələrdə müalicənin fizioterapiya üsulları ilə davam etdirilməsi qərara alınmış və əlverişli nəticələr əldə edilmişdir.

Kompleks müalicənin nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi üçün xəstələr 3 qrupa ayrılmışdır: I qrupa (40 xəstə) daxil edilmiş xəstələrdən 14 üzərində cərrahi əməliyyat aparılmış, digərləri konservativ müalicə olunmuşdur; II qrupun (aralığın II dərəcəli cırılması müəyyən edilmiş 128 xəstə) xəstələrinin sfinkter mexanizmində ciddi dəyişikliklər olmadığından sfinkteroplastika əməliyyatına ehtiyac qalmamışdır.

II və III qrupa aid xəstələr müayinə və müalicə prinsiplərindən asılı olaraq 2 yarımqrupa bölünmüşdür. III qrupa 80 xəstə daxil edilmişdir.

Nəzarət qrupuna aid olunmuş xəstələr üzərində ənənəvi qaydada sfinkterolevatoroplastika əməliyyatı icra edilmiş, heç bir halda antioksidant müalicəsi aparılmamışdır.

Əsas qrupa daxil olan xəstələr üzərində təklif etdiyimiz üsulla sfinkterolevatoroplastika əməliyyatından sonra 7-10 gün müddətində antioksidant müalicə aparılmışdır. Cərrahi əməliyyat zamanı aşağıdakı texniki məsələlərin həlli vacib hesab edilmişdir:

- Əməliyyat sahəsinin infeksiyalaşmasının minimuma

endirilməsi. Bu məqsədlə əməliyyat sahəsinin povidon-yodla işlənməsi, əməliyyatdan 1 saat əvvəl seftriakson (1,0 q - ə/d), metronidazol (500 mq - v/d) istifadə olunmuşdur;

– Aralığın əzələ-bağ sistemini möhkəmlədən fizioterapevtik tədbirlərin aparılması.

Sfinkterolevatoroplastika əməliyyatından sonra konservativ müalicənin xarakterinə görə xəstələr 2 yarımqrupa bölünmüşlər:

a) antioksidant müalicə (1%-li 1 ml enoksiparin, v/d; 30%-li 1 ml α -tokoferol asetat, ə/d) olunmuş (111 xəstə);

b) antioksidant müalicəsi aparılmamış xəstələr (97).

I qarımqrupun xəstələrində 7-10 günlük antioksidant müalicə nəticəsində ağrı sindromunun zəifləməsi; 8 xəstədə (7,2±2,5%) ağrılar aralıq və ya anal kanalda olmasının müəyyən edilməməsi, 12 hadisədə (10,8±2,9%) isə anal kanalın şiddətli ağrılarının davam etməsi müşahidə olunmuşdur.

Levatorosfinkteroplastika əməliyyatı icra edildikdən 1 həftə sonra qanda sərbəst radikal reaksiyaları həddən artıq sürətlənmişdir. Bu tendensiya 10-cu həftəyə qədər davam etmişdir. Sərbəst radikal reaksiyalarının sürətlənməsi əməliyyat sahəsində işemik iltihabi proseslərin intensivliyi ilə əlaqədardır. Əməliyyat yarasının irinləməsi, ləngədişli sağalması və s. hadisələrdə qanda MDA-nın daha çox toplanması müəyyən olunmuşdur (cədvəl 2).

Ağrılarının lokalizasiyası və xarakterinin öyrənilməsi çox böyük əhəmiyyət kəsb edir. Antioksidant müalicəsi aparılmayan 19 (19,6±4,0) xəstədə anal kanalda və aralıq nahiyəsində ağrılar davam etmişdir. 13 (13,4±3,5) xəstədə isə anal kanalın və aralığın ağrılarını bir-birindən diferensiasiya etmək mümkün olmamışdır. Yara nahiyəsinin vizual tədqiqi zamanı nəzarət qrupuna nisbətən əsas qrupun xəstələrində iltihab reaksiyası 2,5±0,4 sutka müddətlərində sönmüşdür (sə.k.2).

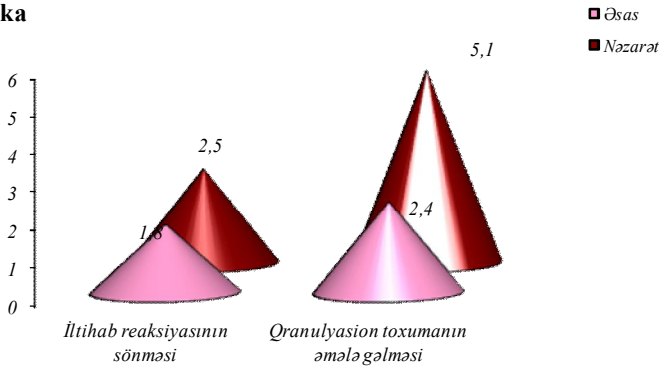
Levatorosfinkteroplastika əməliyatı icra edilmiş xəstələrin qanında MDA-nın dinamik göstəriciləri

Müalicə müddətləri	Antioksidant müalicəsi olunmuş xəstələr (n=27)	Antioksidant müalicəsi aparılmamış xəstələr (n=21)
Əməliyyatdan əvvəl	9,7±0,2 (7,6-11,4)	9,1±0,2 (7,8-11,2)
Əməliyyatdan 1 həftə sonra	11,3±0,4 ^{^^##} (9,8-14,4)	14,5±0,5 ^{^^##} (11,6-19,4)
Əməliyyatdan 10 həftə sonra	10,7±0,3 ^{##} (8,6-12,9)	15,1±0,6 ^{^^##} (12,1-20,2)

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqi statistik dürüslüyü:

1. Ə/ə göstəriciləri ilə: ^ - $p_0 < 0,05$; ^^ - $p_0 < 0,01$
2. Nəzarət qrupunun göstəriciləri ilə: ## - $p_1 < 0,01$

sutka



Şək. 2. Antioksidant müalicə aparılmış xəstələrdə əməliyyat yarasının sağalma dinamikası

Əsas qrupun xəstələrində qranulyasion toxumanın daha erkən müddətlərdə meydana çıxması müşahidə olunmuşdur (nəzarət qrupuna nisbətən $3,1 \pm 0,3$ gün tez). Aralığın III dərəcəli köhnə cırılmalarına görə cərrahi əməliyyatdan sonrakı antioksidant müalicə hesabına yerli cərrahi infeksiyon ağırlaşmalar (əməliyyat yarasının irinləməsi) 2,3 dəfə azalmışdır.

Seçilmiş cərrahi əməliyyat metodikasının əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinə təsirini nəzərə alaraq biz operativ texnikanı təkmilləşdirmişik. Konkret situasiyadan asılı olaraq tikişlərin qoyulması texnikasının təkmilləşdirilməsi, rektovaginal arakəsmənin uzadılması, yerli toxumalardan plastika məqsədilə istifadə, zədələnmiş (yaxud qaçmış) sfinkter əzələlərinin uclarının uc-uca, yaxud yan-yana tikilməsi və b. metodikalar tərəfimizdən tətbiq edilmiş və onların nəticələri müqayisəli surətdə öyrənilmişdir (şək. 3).



Şək. 3. Aralığın III dərəcəli cırılmalarından sonra 10-cu sutkada əməliyyat yarasının görünüşü (əsas qrup).

Kompleks müalicədən sonra nəticələrin qiymətləndirilməsi üçün klinik, laborator, bakterioloji, histoloji və USM metodlarının nəticələrinə istinad olunmuşdur.

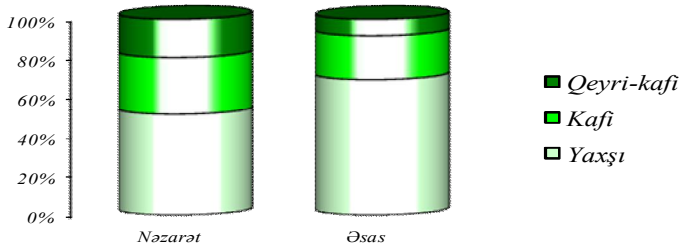
Müalicənin yaxın və uzaq nəticələri araşdırılmışdır.

Yaxın nəticələr 10-14-cu günlərdə, uzaq nəticələr 1-3 il müddətlərində tədqiq edilmişdir.

Nəzarət qrupuna daxil olan xəstələr üzərində 12-ci sutkada aparılmış təmaslı və təmassız sfinkterometriya zamanı 6 xəstədə I dərəcəli, 3-də isə II dərəcəli ASÇ aşkar edilmişdir. 2 xəstədə çapıq toxumasının kəsilməsindən, 1-də isə endirmə əməliyyatından sonra II dərəcəli ASÇ baş vermişdir. Bu xəstələrdə yerli plastika üçün çapıq toxumasının istifadəsi, plastikaya məruz qalmış toxumaların işemiya və iltihabi proseslərlə əlaqədar zədələnməsi ASÇ-nin əsas səbəblərindəndir.

Əsas qrupa aid xəstələrdən yalnız 1-də sfinkter əzələlərinin II dərəcəli çatmazlığı müəyyən edilmişdir.

Müalicənin uzaq nəticələrini araşdırmaq üçün anket sorğularının, birbaşa baxış, telefon əlaqələri (internet), poliklinikada ambulator baxış, stasionar müayinələrinin nəticələri öyrənilmişdir. Əsas qrupun xəstələrindən (cəmi 45) 36-nın, nəzarət qrupunun xəstələrindən isə (n=35) 31-nin üzərində uzaq nəticələri öyrənmək mümkün olmuşdur (şək. 4). Qeyri-qənaətbəxş nəticələr qeyd edilmiş nəzarət və əsas qrup xəstələr üzərində (müvafiq olaraq 6 və 3 xəstə) bu və ya digər dərəcədə sfinkter çatmazlığı aşkar edildiyindən təkrar cərrahi əməliyyatlar aparılmışdır.



Şək. 4. Müalicə qruplarında uzaq nəticələr

Uzaq nəticələri yaxşı, kafi və qeyri-kafi kimi dəyərləndirilmişdir.

Yaxşı kimi keçirilmiş cərrahi müdaxilə və cırılma (zədələnmə) ilə bağlı əvvəllər müşahidə olunan şikayətlərin tamamilə aradan qalxmış pasiyentlər qiymətləndirilmişdir. Bu kateqoriyaya aralığın III dərəcəli cırılmasına görə sfinkteroplastika və sfinkterolevatoroplastika icra edilmiş 80 xəstədən 67-i daxil edilmişdir.

Kafi kimi cərrahi müdaxilənin qənaətbəxş olmasına baxmayaraq sfinkter çatmazlığı əlamətlərinin (I və II dərəcə) və əvvəllər qeyd edilmiş şikayətlərin bu və ya digər dərəcədə mövcud olan pasiyentlər (9) qiymətləndirilmişdir.

Qeyri-qənaətbəxş kimi qiymətləndirilən xəstələrdə (4) klinik əlamətlərin əməliyyatdan sonrakı dövrdə yenidən meydana çıxması müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, doğuş travmaları mənşəli III dərəcəli aralığın cırılması səbəbindən inkişaf etmiş anal inkontinensiyanın tərəfimizdən təklif edilmiş təsnifatına əsaslanmaqla alqoritmik diaqnostik müayinə taktikasının aparılması cərrahi müalicənin adekvat, daha optimal üsulunu seçməyə imkan verir, və təbii olaraq kompleks müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırır.

NƏTİCƏLƏR

1. Doğan qadınlar arasında anal inkontinensiyanın yaranmasına səbəb olan aralığın doğuş travmalarının rast gəlmə tezliyi yüksəkdir (9,7%).

2. Təbii doğuş zamanı aralığın və düz bağırsağın travmaları baş vermiş xəstələrdə anal sfinkter əzələlərində histoloji olaraq travmanın ağırlıq dərəcəsinə müvafiq distrofik dəyişikliklər: sfinkter əzələlərinin fraqmentasiyası, xarici sfinkter əzələsinin eninə zolaqlılığının itməsi, piy distrofiyası, hialin degenerasiyası və deqlikogenizasiyası müəyyən edilmişdir.

3. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının tərəfimizdən təkmilləşdirilmiş qeyri-invaziv təmassız videokompüter sfinkterometriyası üsulu aralığın doğuşdan sonrakı cırılmalarının ağırlıq dərəcələrinin rəqəmli diapazonunu təyin etməyə və anal inkontinensiyanın ağırlıq dərəcələrini obyektiv qiymətləndirməyə və onları klinik təsnifləndirməyə imkan vermişdir.

4. Anal inkontinensiyanın obyektiv fiziki-sfinkterometrik parametrlərə (I dərəcəli ASÇ-da ds/dt nisbəti $5,10 \pm 0,41$ (4,3-6,7), dl/dt nisbəti $14,1 \pm 0,72$ (11,5-16,4); II dərəcəli ASÇ-da, müvafiq surətdə $3,56 \pm 0,24$ (3,0-4,2) və $8,57 \pm 0,62$ (7,5-11,3); III dərəcəli ASÇ-da $2,21 \pm 0,16$ (1,4-3,0) və $4,53 \pm 0,34$ (2,5-7,3)) əsaslanmış yeni klinik təsnifatı aralığın və düz bağırsağın sfinkter aparatının bərpaedici-rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlarına göstərişlərin dəqiqləşirilməsinə, müalicə taktikasının, cərrahi əməliyyat üsulunun və həcmnin seçilməsinə differensial yanaşmaya şərait yaratmışdır.

5. Aralığın II-III dərəcəli cırılmalarında, rektovaginal arakəsmənin zədələnməsi və uşaqlıq yolu ilə düz bağırsağ arasında geniş əlaqə olduqda düz bağırsağın, uşaqlıq yolunun, rektovaginal arakəsmənin və sfinkter əzələlərinin plastikası əməliyyatı olunmuş xəstələrdə anal sfinkter aparatının fəaliyyətinin normallaşması 89%, I dərəcəli ASÇ 7,5%, II dərəcəli ASÇ isə 1,2% hadisələrdə müəyyən edilmişdir.

6. Aralığın II-III dərəcəli köhnə cırılması olan xəstələrdə əməliyyat zamanı çapıq toxuması nahiyəsindən götürülmüş

biopsiya materiallarında MDA-nın yüksəlməsi (II və III dərəcəli cırılma zamanı müvafiq olaraq, $16,4 \pm 1,0$; $18,9 \pm 1,6$), qlütationun azalması (II və III dərəcəli cırılmalar zamanı müvafiq olaraq, $1,6 \pm 0,1$ və $1,2 \pm 0,15$) cərrahi əməliyyatdan sonra spesifik antioksidant müalicəsinin aparılmasını zəruri etmişdir. Periferik qanda MDA-nın $24,5 \pm 0,05$ mmol/l-dən çox toplanması əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişini ağırlaşdırmış, əməliyyat yarasının irinləmə ehtimalını, konkret olaraq, tikişlərin tutarsızlığı təhlükəsini artırmışdır. Bu səbəbdən əsas qrupun xəstələrinin anal sfinkter aparatında icra edilmiş bərpəedici-rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlarından sonra antioksidant müalicə aparılması hesabına yerli cərrahi infeksiya ağırlaşmalar (əməliyyat yarasının irinləməsi) 2,3 dəfə azalmışdır.

Praktik tövsiyələr

1. Düz bağırsağın qapayıcı aparatının qeyri-invaziv təməssiz videokompüter sfinkterometriyası müayinəsi, həmçinin tərəfimizdən təklif edilmiş klinik təsnifat aralığının doğuşdan sonrakı cırılmaları olan xəstələrdə anal inkontinensiyanın ağırlıq dərəcəsini obyektiv qiymətləndirməyə və adekvat cərrahi əməliyyat üsulunu seçməyə imkan verdiyindən koloproktoloji və ginekoloji praktikada onun geniş tətbiqi tövsiyə olunur.

2. Aralığın III dərəcəli doğuş mənşəli cırılmaları zamanı rektovaginal arakəsmənin zədələnməsi müəyyən edildikdə arakəsmənin plastikası və sfinkteroplastika əməliyyatının icrası tövsiyə edilir.

3. Aralığın III dərəcəli doğuş mənşəli kloaka tipli cırılmaları zamanı çoxmərhələli cərrahi əməliyyatın yerinə yetirilməsi tövsiyə olunur: I mərhələdə siqmostomiya qoyulmalı, II mərhələdə aralıq əməliyyatı (bu mərhələ də bir neçə mərhələli ola bilər), və nəhayət III mərhələdə siqmostomanın ləğvi.

Dissertasiyaya aid nəşr olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Лечение ректо-вагинальных свищей /XII Конференция хирургов Закавказских государств. Материалы международной научно-практической конференции. Тбилиси, Грузия, 1999, том 2, -с. 317-318 (Султанов Г.А. Алиев Э.А)

2. Düz bağırsağ – uşaqlıq yolu fistullarının cərrahi müalicəsi /Prof. İ.M. Məmmədovun 80-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 1999, -s. 62 (Sultanov H.A., Mustafayev X.A.)
3. Rekto-vaginal fistul və anal sfinkter çatışmalılığı olan xəstələrdə cərrahi taktika /N. Nərimanov ad. ATU-nin 70-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2000, -s. 65 (Sultanov H.A., İmanova S.S., Mustafayev X.A.)
4. Эффективность применения лазерной терапии в лечении ректо-вагинальных свищей у больных с недостаточностью анального сфинктера //IV Республиканская научно-практ. конференция с международным участием по проктологии: «Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии». Минск, 6-7 сентября 2001 г., -с. 85-87 (Султанов Г.А., Алиев Э.А.)
5. К вопросу лечения прямокишечно-влагалищных свищей и старых послеродовых разрывов промежности /Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конференция с международным участием. Тезисы докладов. Ростов-на-Дону, 10-12 октября, 2001 г., -с. 65-66 (Алиев Э.А.)
6. Düz bağırsağ – uşaqlıq yolu fistulu və aralığın III dərəcəli sıyrılmaları zamanı əməliyyatönu hazırlığın xüsusiyyətləri /Prof. B.M. Mahmudbəyovun 100-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfransın materialları. Bakı, 2002, -s. 32
7. Хирургическое лечение прямокишечно-вагинальных свищей //Вестник хирургии, 2002, том 161, № 5, -с. 89-91
8. Anal sfinkter çatmazlığı və rektovaginal fistulların müalicəsi /Prof. Z. Məmmədovun 100-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2003, -s. 41-42
9. Rekto-vaginal fistulların əmələgəlmə səbəbləri //Sağlamlıq, 2003, №1, -s. 67-68
10. Rekto-vaginal fistulların funksional morfoloji səciyyəsi //Sağlamlıq, 2003, № 3, -с. 9-12
11. Rekto-vaginal fistulların təsnifatı. Səmərləşdirici təklif üçün vəsiqə № 443, ATU, 15.02.2003 (Əliyev E.A.)

12. Rekto-vaginal fistulların cərahi müdaxilə üsulu. Səmərələşdirici təklif üçün vəsiqə № 444, ATU, 15.02.2003 (Əliyev E.A.)
13. Anal sfinkter çatmazlığı olan xəstələrin müalicəsinin nəticələri /IX Bynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan qastroenteroloq və cərahlrın konqresinin materialları. Bakı, 2003, -s. 88 (Sultanov H.A., İmanova S.S.)
14. Doğuş zamanı aralığın III dərəcə cırılmasına cərrahi əməliyyat üsulunun seçilməsi //Cərrahiyyə, 2006, № 1, -s. 35-38 (Sultanov H.A., Əliyev E.A.)
15. Aralığın doğuş zamanı III dərəcə cırılmasında cərrahi taktikanın seçilməsi //Sağlamlıq, 2006, № 1, -s. 37-40 (Əliyev E.A.)
16. Анальная инконтиненция при послеродовых разрывах промежности. Постановка задачи //Проблемы колопроктологии, Москва, 2006, № 19, -с. 225-232 (Ривкин В.Л., Султанов Г.А., Устинов В.А.)
17. Anal sfinkter çatmazlığı zamanı müalicə taktikası /Prof. N.M. Şəmsəddinskayanın 80-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2006, -s.19-21 (Hümmətov A.F.)
18. Патоморфологические изменения анального сфинктера при дефектах ректо-вагинальной перегородки с нарушением его функции /Prof. N.M. Şəmsəddinskayanın 80-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2006, -s.130-132 (Əliyev E.A.)
19. Application of muscular transplants in reconstructive surgery of rectum spincteral muscles /Abstracts of IX International Euroasian Congress of surgery and Gastroenterology. Bakı, 2006, -p.181 (A.H.Abbasov)
20. Çanaq dibi orqanlarının düşməsində cərrahi müalicənin nəticələri /Prof. Ş.B. Quliyvin 75-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2006, -s. 179-181 (Sultanov H.A., Əliyev E.A.)
21. Восстановление функций сфинктера заднего прохода и промежности /Э.е.х., Prof. H.M. İsadənin 95-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2007, -s. 356-358 (Əliyev E.A.)
22. Метод хирургического лечения ректовагинальных свищей с разрывом промежности III степени //Э.е.х., Prof. H.M.

- İsazadənin 95-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2007, -s. 360-361 (Əliyev E.A.)
23. Selection of treatment tactics in patients with anal incontinent /XI International Euroasian Congress of Surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 June 2008, -p. 221-222 (Əliyev E.A., Abbasov A.H.)
 24. Functional morphologic specification of III category perineal rupture /XI International Euroasian Congress of Surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 June 2008, -p. 239 (Sultanov H.A., Əliyev E.A.)
 25. Aralığın III dərəcə cırılmasının diaqnostika və müalicəsi //Cərrahiyyə, 2008, № 4(16), -s.86-88 (Əliyev E.A.)
 26. Təmassız rektal sfinkteromanometriya //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, № 1, -s. 131-133 (Əliyev E.A., Əzimov E.H.)
 27. Методы обследования больных со старым разрывом промежности III степени //Экспериментальная и клиническая медицина. Тбилиси, 2009, № 3, -с.73-75 (Алиев Э.А., Азимов Э.Х.)
 28. Методы диагностики и коррекция послеродовой недостаточности анального жома //Sağlamlıq, 2009, № 6, -с. 38-42 (Əliyev E.A.)
 29. Оперативное лечение старых послеродовых разрывов промежности //Международный медицинский журнал. 2009, № 4, том 15, Харьков, -с. 62-64 (Азимов Э.Х.)
 30. Анальная инконтиненция у женщин с послеродовыми разрывами промежности //Гинекология, 2009, № 5, том 11, Москва, -с. 55-58 (Ривкин В.Л., Устинов В.А., Султанов Г.А.)
 31. Anal inkontinensiyalı xəstələrdə müalicə taktikasının seçilməsi /Prof. İ.M. Məmmədovun 90-illik yubilyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2009, -s. 47-48 (Əliyev E.A., Abbasov A.H., Hümətov A.F.)
 32. Степени разрывов промежности //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. 2010, № 2, -s. 43-45
 33. Выбор оперативной тактики в лечении ректовагинальных свищей у больных с недостаточностью анального //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. 2010, № 2, -s. 109-111

34. Travmatik sfinkter çatışmazlığı olan xəstələrdə düz bağırsağın qarayıcı aparatının funksional xüsusiyyətləri //Cərrahiyyə, 2010, №3 (23), -s. 40-44 (Əliyev E.A., Abbaov A.H.)
35. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с недостаточностью анального сфинктера //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2010, № 3, -s. 100-102
36. Причины разрывов промежности и их лечение //Международный медицинский журнал, 2010, № 1, том 16, Харьков, -с. 60-62
37. Лечение ректовагинальных свищей и разрывов промежности //Хирургия. 2010, № 3, Украина, -с.31-33
38. Ведение больных после промежностных операций и недостаточности анального жома /Azərbaycan Tibb Universitetinin 80-illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları. Bakı, 2010, -s. 154 (Султанов Г.А.)
39. Лечение разрывов промежности //Хірургія України, 2011, №1(37), -с. 40-45 (Алиев Э.А., Аббасов А.Г)
40. Профилактика и хирургическая коррекция старых разрывов промежности III степени и анального жома //Sağlamlıq, 2011, № 2, -s. 59-61 (Алиев Э.А.)
41. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера //Международный медицинский журнал. 2011, № 3(67)§ -с. 90-95
42. Koloproktologiya. Dərs vəsaiti, Bakı, «Təbib» nəşriyyatı, 2011 (Sultanov H.A., Əliyev E.A.)
43. Aralığın III dərəcəli cırılması olan xəstələrdə aralıqda gedən patomorfoloji dəyişikliklər //Cərrahiyyə, 2011, № 2, -s. 64-68 (Əliyev E.A.)

СААДАТ ГАСАН ГЫЗЫ СУЛТАНОВА

**КЛАССИФИКАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ
РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ
АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ**

Р Е З Ю М Е

Этиология и патогенез разрывов влагалища и промежности в родах известны. Намного сложнее механизм развития и лечение разрывов промежности. Тяжелых разрывах вовлекается передняя полуокружность заднего прохода, что приводит к анальной инконтиненции, недержанию газов и кала. Предложено много способов и специальных инструментов (сфинктерометров) для измерения этих параметров. В этой связи представляет интерес создание способа бесконтактной сфинктерометрии. Метод основан на телевидеозаписи положений заднепроходного сфинктера в покое и при волевом сокращении в форме видеоклипа с помощью миниатюрной, соединенной с компьютером, стандартной видеокамеры, укрепленной на внутренней стороне стандартного сиденья для унитаза. Оценка параметров, характеризующих тонус сфинктера и его волевое сокращение, проводится известным методом построения графиков движений объекта съемки на видеокамерах, как функция времени. С помощью этой объективной и неинвазивной методики становится возможным не только изображение разных форм деформаций промежности у женщин после родовых разрывов, но графическая и цифровая регистрация объективизация степени тяжести разрывов промежности.

SAADAT HASAN qizi SULTANOVA

**Classification and treat obstetric perineal
Complicated Anal Incontinence**

Summary

The etiology and pathogenesis of the vagina and perineal tears in labor is well known. A complicated mechanism of the development and treatment of perineal tears. Tyazhelyh ruptures involved the front semicircle of the anus, causing anal incontinence, leaking gas and feces. Asked a lot of ways, and special tools (sphincterometry) to measure these parameters. In this connection it is of interest to provide a method of noncontact sphincterometry. The method is based on the anal sphincter televideozapis positions at rest and during volitional reduction in the form of a video clip using a miniature, which is connected to a computer, a standard video camera mounted on the inner side of a standard toilet seat. Estimation of the parameters that characterize the tone of the sphincter and its volitional contraction is carried out by plotting the known movements of the subject on the video camera as a function of time. With this objective, and noninvasive technique it is possible not only the image of different forms of deformation of the perineum in women after the birth of discontinuities, but the graphics and digital registration of objectification of the severity of perineal tears.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

СААДАТ ГАСАН ГЫЗЫ СУЛТАНОВА

**КЛАССИФИКАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ
РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ
АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ**

3215.01 - Акушерство-гинекология

3213.01 - Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации, представленной на соискание
ученой степени доктора медицинских наук

Баку – 2015

