

# XRONİKİ ANAL ÇATIN CƏRRAHİ MÜALİCƏ TAKTİKASININ SEÇİLMƏSİ

BAYRAMOVA E.M., SADIQZADƏ T.B., İSAZADƏ E.M.,  
ƏLİYEV T.C., RZAYEV T.M., ƏLİYEV R.Y., RÜSTƏM Ə.M.

ATU-nun I Cərrahi xəstəliklər kafedrası,  
ATU-nin TCK-nıntransplantologiya şöbəsi, Bakı, Azərbaycan  
(e-mail:adrust@mail.ru)

---

## Choice of surgical tactics for chronic anal fissure

Bayramova E.M., Sadıq-zadə T.B., İsa-zadə E.M., Aliyev T.G., Rzaev T.M., Aliyev R.Y., Rustam A.M.

**Summary:** In this study, the results of the conservative surgical treatment of 56 patients with chronic anal fissure were summarized and analyzed by various surgical methods: after saving the excision of the crack by precision technique, the lateral was performed in the I group (in 31 patients), and in the II group (25) - posterior internal sphincterotomy. In the near and distant periods, the main physical parameters (tone, maximum and voluntary force of the sphincter muscles) of the rectum apparatus were comparatively studied, and the degree of anal insufficiency was determined. It was found that the functional results of both methods are close to each other, however, lateral sphincterotomy is characterized by additional and unnecessary traumatization of the musculoskeletal complex

**Key words:** Chronic anal fissure, excision of anal fissure, lateral sphincterotomy, posterior sphincterotomy, anal sphincter failure

Выбор хирургической тактики хронической анальной трещины  
Байрамова Э.М., Садыг-заде Т.Б., Иса-заде Э.М., Алиев Т.Г., Рзаев Т.М.,  
Алиев Р.Я., Рустам А.М.

**Резюме:** В данной работе обобщены и проанализированы результаты сберегающего хирургического лечения 56 больных с хронической анальной трещиной различными операционными методами: после сберегающего иссечения трещины прецизионной техникой в I группе были выполнены латеральная (у 31 больных), а в II группе (25) – задняя интернальная сфинктеротомия. В ближайшем и отдаленном периодах были сравнительно изучены основные физические параметры (тонус, максимальная и волевая сила сфинктерных мышц) запирающего аппарата прямой кишки, определены степени анальной недостаточности. Установлено, что функциональные результаты обеих методик близки друг к другу, однако, латеральная сфинктеротомия отличается дополнительной и излишней травматизацией мышечно-сфинктерного комплекса

**Ключевые слова:** Хроническая анальная трещина, иссечение анальной трещины, боковая сфинктеротомия, задняя сфинктеротомия, недостаточность анального сфинктера.

---

**Açar sözlər:** Xroniki anal çat, anal çatın kəsilməsi, yan sfinkterotomiya, arxa sfinkterotomiya, anal sfinkter çatmazlığı.

**Giriş.** Xroniki anal çat (XAÇ) düz bağırsağın cərrahi xəstəlikləri arasında ilk yerlərdən birini tutur. Əhalinin hər 1000 nəfərinin 20-25-də rast gəlməklə cərrahi proktoloji xəstəliklərin 4-5%-ni təşkil edir [1-4]. Xəstəlik gənc və orta yaşlı, fəal əmək qabiliyyətli insanlar arasında daha çox rast gəldiyindən onun sosial əhəmiyyəti olduqca böyükdür. Xəstəliyin belə geniş yayılması, konservativ və cərrahi müalicəyə çətin təbə olması və mövcud üsulların effektivliyinin qeyri-qənaətbəxş olması cərrahi müalicə üsullarının sayının artmasına, 30-a çatmasına səbəb olmuşdur. Belə vəziyyət cərrahi müalicə üsullarının seçimi və onların təkmilləşdirilməsi kimi aktual məsələləri daim gündəmdə saxlamağa səbəb olmuşdur [5, 6]. Bu günə qədər xroniki anal çatın cərrahi müalicəsi üsulları içərisində çatın kəsilməsi və internal yan sfinkterotomiya “qızıl standart” hesab edilməkdədir və bu taktikanın tərədarları artmaqdadır [7-9]. Lakin bu yanaşma da qüsurları, əlverişsiz nəticələri, ilk növbədə əməliyyatdan sonrakı anal sfinkter çatmazlığı kimi ağırlaşmalarla xəstələrin rahatsızlığına səbəb olur [10, 11]. Ona görə də günümüzdə XAÇ-ın cərrahi müalicəsi üsullarının təkmilləşdirilməsinə tələblər artmaqdadır.

**İşin məqsədi.** Xroniki anal çatın fərqli cərrahi müalicəsi taktikalarının nəticələrinin müqayisəli öyrənilməsi

**Material və metodlar.** Tədqiqat 2013-2017-ci illərdə Bakı ş. BŞİ-nin KTM və ATU-nin TCK-nın cərrahiyyə şöbələrində xroniki anal çatı cərrahi müalicə olunmuş 56 xəstənin müalicəsinin nəticələrini retrospektiv öyrənməklə yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin 34-ü (%) qadın olmuş, orta yaş 32,6 ± 2,9 il (15-dən 47-yə qədər)

təşkil etmişdir. Xəstəlik anamnezi 1 ildən 5 ilə qədər müddətləri əhatə etmişdir. Anal nəhiyədə ağrılar, ağrıların defekasiya zamanı və dərhal sonra şiddətlənməsi, ağrıların intensivliyinin azaldılması məqsədi ilə xəstələrin ət yeməklərindən, quru qidalardan imtina etməsi və işlədici preparatların ifrat qəbulu, defekasiya vaxtı və az sonra anusdan al qırmızı, bəzən nəcislə çrklənmiş qan xaric olması və perianal qaşınma xəstələrin əsas şikayətləri olmuşdur. Əksər xəstələr (42) həkim təyinatı ilə 1-2 dəfə və daha çox konservativ müalicə seansları almış, digərləri isə əczaxana işçilərinin, bənzər əlamətləri olan tanışlarının və təsadüfi insanların tövsiyəsi ilə ağrıkəsici məlhəmlər, şamlar, həblər, dərman bitkiləri çayları, dəmləmələri və imalələri qəbul etmişlər. Sonda bütün xəstələr konservativ, simptomatik müalicə üsulları və alternativ təbabət vasitələri effektiv olmadığından həkim-cərrahlara müraciət etməyə məcbur olmuşlar.

Diagnostika prosesi ilə digital müayinə, güzgü müayinəsi və endoskopiya (ano-, rektoskopiya) ilə başlamış, göstəriş əsasında II və III pillə müayinələri (endorektal USM, endoskopik USM, çanaq MRT, fistulografiya və s.) aparılmışdır. Sonuncu müayinələr sfinkter əzələlərinin xroniki çapıq prosesinə cəlb edilməsi səviyyəsini və onların anatomo-funksional rezervlərini qiymətləndirməyə imkan vermişdir. XAÇ 51 xəstədə arxa, 5-də arxa və ön ("güzgülü") komissuralarda yerləşmişdir. Müayinələr hesabına həmçinin yanaşı olaraq 18 xəstədə daxili, 6-da xarici, 5-də kombinə olunmuş hemorroy, 4-də müxtəlif gedişli anorektal fistullar, 3-də rektal polip, 2-də büzdü-mün eptelial yolu, 1-də dermoid sist, 1-də iti uclu kondiloma müəyyən edilmişdir.

Cərrahi müalicə üsullarının seçiminə görə xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır: I qrupa aid 31 xəstədə XAÇ-ın kəsilməsi və lateral daxili sfinkterotomiya, II qrupa aid 25 xəstədə isə XAÇ-ın kəsilməsi və kəsilmiş nəhiyədə dozalaşdırılmış arxa daxili sfinkterotomiya əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Cərrahi əməliyyatlar müvafiq əməliyyat önlü hazırlıq proqramından sonra planlı qaydada episakral anesteziya (51), endotraxeal intubasiya şəraitində çoxkomponentli venadaxili anesteziya (3) və müstəqil venadaxili anesteziya (2) altında icra edilmişdir. Yanaşı cərrahi proktoloji xəstələrdə simultan surətdə müvafiq əməliyyatlar – hemorodektomiya (29 xəstədə), fistulektomiya (2), fistul yoluna plug yeridilməsi (1), seton qoyulması (1), polipektomiya (3), büzdümün eptelial yolu, dermoid sist və kondilomanın haşyevi eksiziyası (4) yerinə yetirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ağrılar vizual analoq şkalası (VAS) əsasında dəyərləndirilmişdir.

Anal sfinkter əzələlərinin mühüm fiziki parametrləri (sfinkterlərin gücü, tonusu) əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdan 2 həftə, 1 ay, 3 ay, 6 ay və 1 il sonra sfinkterometriya üsulu ilə ölçülmüşdür.

**Nəticələr və onların müzakrəsi.** Cərrahi ağırlaşmalar yüngül, orta və ağır olmaqla 3 sinifə ayrılmışdır. Yüngül ağırlaşmalara stasionar müalicə müddətlərini artırmayan və əlavə müalicə xərcləri tələb etməyən ağırlaşmalar – bədən hərəkətinin subfebril və az müddətlərdə (1-2 gün) febril hədlərə qədər yüksəlməsi, yaranın qızarması, şişkinləşməsi, ödemləşməsi, VAS görə yüngül və orta səviyyəli (qeyri-narkotik ağrıkəsicilər tələb etməyən və edən) ağrılar, ilk nəcis ifrazının orta şiddətli və şiddətli ağrılarla müşayiət olunması, öz-özünə dayanan kiçik qanaxmalar və b. aid edilmişdir. Orta dərəcəli ağırlaşmalara VAS görə şiddətli, dözülməz, gün ərzində bir neçə dəfə narkotik ağrıkəsicilər və ya 2-3 saatlıq fasilələrlə uzunmüddətli epidural anesteziya tələb edən ağrılar, əməliyyat yarasının irinləməsi, konservativ olaraq dayanan rektal və ya əməliyyat qanaxmaları aid edilmişdir. Təkrar erkən (profuz, konservativ dayanmayan qanaxmalar) və mürəkkəb rekonsruktiv-bərpedici cərrahi əməliyyat tələb edən ağırlaşmalar (sfinkter əzələlərinin ifrat kəsilməsi, zədələnməsi) ağır dərəcəli ağırlaşmalara aiddir. Sonuncu ağırlaşmalar rast gəlməmişdir.

I qrupda əməliyyat yarasından erkən qanaxma 3 (9,7%), gecikmiş qanaxma 2 (6,45%), yaranın irinləməsi - 4 (12,9%), subfebril (5) və qısamüddətli febril temperatur 2 (6,45%), yaranın ödemi 11 (35,5%) xəstədə rast gəlməmişdir. II qrupda həmin ağırlaşmalar, müvafiq surətdə 2 (8,0%), 1 (4,0%), 5 (%), 6 (24,0%) və 2 (8,0%), 7 (28,0%) xəstədə meydana çıxmışdır. Bu qrupda yerli ağırlaşmaların çoxluğu əməliyyatın eyni bölgədə icra edilməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Bütün ağırlaşmalar I-II sinif ağırlaşmalara aid olmuş, yerli məlhəm müalicəsi, yerli və ümumi konservativ müalicə hesabına stasionar və ambulator şəraitlərdə aradan qaldırılmışdır.

Ümumi ağırlaşmalar 5 (I qrup) və 4 (II qrup) xəstədə (pnevmoniya- 2 (1), xroniki bronxitin kəskinləşməsi – 1 (1), kəskin tənəffüs çatmazlığı – 1 (1), hiperqlikemiya 1 (0) və ÜXIX-nin kəskinləşməsi 0 (1) rast gəlməmiş, həmin xəstələr müvafiq ixtisaslı həkimlər tərəfindən konservativ müalicə edilmişlər. Letal nəticə olmamışdır.

Sfinkter əzələlərinin fiziki parametrləri istər 1 ay, istərsə də 6 ay sonra bir-birinə çox yaxın olmuş, qruplararası fərqlər statistik etibarlılığı ilə seçilmişdir (cədvəl).

Uzaq nəticələr: residiv 4 (I qrup) və 3 (II qrup) xəstədə, I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı (ASÇ) 5 (I qrup) və 6 (II qrup), II dərəcəli ASÇ 3 və 3 xəstədə rast gəlməmişdir. I dərəcəli ASÇ xəstələri rahatsız etməmiş, II dərəcəli ASÇ olan xəstələrə müvafiq qida rejimi (lifli qidalar, quru yeməklər) təyin olunmuşdur. III dərəcəli ASÇ hadisəsi olmamışdır. Pektenoz 3 və 4 xəstədə meydana çıxmışdır. Bu xəstələr konservativ (1 və 2) və cərrahi (çapıqın kəsilməsi – 2 və 2) müalicə olunmuşlar.

Beləliklə, hər 2 qrupun xəstələrində daxili sfinkterotomiyanın fərqli lokalizasiyalarda (yan və arxa) aparılması cərrahi müalicənin nəticələrində ciddi fərqlərin baş verməsinə səbəb olmamışdır. Yan internal sfinkterotomiya əlavə aqressiyadır, əməliyyat müddətini və həcmi artırır. XAÇ-ın və ətraf çapıq toxumasının əsirgəyici kəsilmə-

sindən sonra arxa dozalaşdırılmış (4-5 mm dərinliyində) internal sfinkterotomiya işə əməliyyatın həcmi, müddətlərini və cərrahi aqressiyanı azaldır. Əməliyyat metodlarının nəticələrinin bir-birinə yaxınlığı arxa internal sfinkterotomiyaya skeptik yanaşmanı ön plana çıxarmağa elmi-patogenetik əsaslar yaradır.

**Cədvəl**

***Anal sfinkter əzələlərinin əsas fiziki parametrlərinin sfinkterometrik göstəriciləri***

Fiziki parametrlər	Qruplar			
	I		II	
Kişilər:	1 aydan sonra	6 aydan sonra	1 aydan sonra	6 aydan sonra
Tonus	340,1±21,3 (280-390)	375,5± 30,1 (295-406)	345,9±20,7** (277-381)	379,0±24,3** (315-412)
Maksimal güc	476,8±32,45 (394-587)	499,0±35,0 (410-605)	482,1±21,8* (422-519)	508,3±22,0* (434-522)
Sərbəst yığılma	135,4±5,6 (79-187)	151,3±9,5 (103-194)	130,9±6,7* (109-176)	154,4±7,9* (112-181)
Qadınlar:				
Tonus	312,5±19,9 (264-378)	335,7±16,2 (289-372)	319,7±12,9** (283-341)	341,9±14,4** (301-382)
Maksimal güc	425,1±23,5 (371-478)	446,8±29,0 (389-496)	432,0±18,8* (384-492)	452,1±15,9* (410-503)
Sərbəst yığılma	120,4±4,9 (67-155)	139,2±6,5 (98-171)	126,1±7,5* (89-152)	142,6±5,4* (115-178)

***Qeyd: qruplararası fərqlər statistik dürüstlüyü - \*p<0,05; \*\*p<0,01***

**Nəticələr:**

1. XAÇ olan xəstələrdə əlverişli nəticələrinə görə dozalaşdırılmış arxa internal sfinkterotomiya əməliyyatının icrası daha məqsədəuyğundur. Bu zaman daxili sfinkter əzələsi 4-5 mm qalınlığında kəsilməlidir. Sfinkter əzələlərinin ağır dərəcəli funksional çatmazlığını önləmək məqsədi ilə daxili sfinkter əzələsinin 4-5 mm-dən artıq kəsilməməsi mütləq şərtidir. Fərqli lokalizasiyalarda internal sfinkterotomiyadan sonra sfinkter əzələlərinin fiziki parametrlərinin erkən və uzaq göstəriciləri bir-birinə çox yaxın olmuş, qruplararası fərqlər statistik etibarlılığı ilə seçilmişdir.

2. Anal pektenozun profilaktikası məqsədi ilə çat və ətraf çapıq toxumasının, həmçinin daxili sfinkter əzələsinin kəsilməsi əməliyyatlarının əsirgəyici prinsiplərlə və presizion texnika tətbiq etməklə tamamlanması daha məqsədəuyğundur.

**ƏDƏBİYYAT:**

1. Крылов, Н. Н. Хроническая анальная трещина // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2008. № 1. -с. 5–11
2. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. -300 с.
3. Абдиева Г.Х., Насиров М.Я., Алиев А.Г., Шафиев И.А. О методах лечения анальной трещины // Сərrahiyyə. 2016. № 3. -с. 33–36
4. Основы колопроктологии под редакцией академика РАМН, проф. Воробьева Г.И. Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс». 2001. – 416 с.
5. Lindsey I., Jones O.M., Cunningham C., Mortensen N.J. Chronic anal fissure // Br. J. Surg., 2004, (91): 270-279
6. Жарков Е.Е. Комплексное лечение хронической анальной трещины / Автореф. дисс. на сосиск. уч. ст. к.м.н. Москва. 2009. -24 с.
7. Menten B.B., Tezcaner T., Yilmaz U., Leventoglu S., Oguz M. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life // Dis. Colon. Rectum, 2006, 7(49): 1045-1051.

8. Rotholtz N.A., Bun M., Mauri M.V., Bosio R., Peczan C.E., Mezzadri N.A. Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy //Tech. Coloproctol, 2005, 2(9): 115-118.

9. Abdulwahid M.S. Chronic anal fissures: Open lateral internal sphincterotomy result; a case series study //Ann Med Surg (Lond). Published online 2017 Feb 14. 2017 Mar; 15: 56–58. doi: 10.1016 /j.amsu. 2017. 02. 005 PMCID: PMC5315438

10. Wald ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders //Am. J. Gastroenterol. 2014;109(8):1141–1157

11. Farkas N., Solanki K., Frampton A.E., Black J., Gupta A., West N.J. Are we following an algorithm for managing chronic anal fissure? A completed audit cycle //Ann Med Surg (Lond). 2015 Nov 25;5:38-44. doi: 10.1016/j.amsu.2015.11.008. eCollection 2016 Feb.

**Rəyçi:** Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin qida borusu, mədə,  
12b/b cərrahlığı şöbəsinin rəhbəri:

*t.e.d. Rüstəmov E.A.*

*Redaksiyaya 09.01.2018-cı il tarixində daxil olmuşdur.*