

S.A.ƏLİYEV

**KOLOREKTAL XƏRÇƏNG VƏ
BAĞIRSAQ KEÇMƏMƏZLİYİ
(DİAQNOSTİKA, ƏMƏLİYYATÖNÜ
HAZIRLIQ, CƏRRAHİ TAKTİKA,
REABİLİTASIYA)**

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə
Nazirliyinin 06 iyun 2011-ci il
23 saylı kollegiyasının qərarı əsa-
sında təsdiq edilmişdir.

BAKİ – 2012

Əliyev Saday Ağalar oğlu – tibb elmləri doktoru, professor, Rusiya Federasiyası Cərrahlar və Koloproktoloqlar Assosiasiyalarının üzvü, Nyu-York Elmlər Akademiyasının üzvü. 240 elmi məqalənin, 1 dərslinin, 3 monoqrafiyanın, 5 metodik tövsiyyənin, 3 tədris-metodik vəsaitin, 7 səmərələşdirici təklifin, 1 patentin müəllifidir.

Əliyev S.A. Kolorektal xərçəng və bağırsaq keçməməzliyi (diaqnostika, əməliyyatın hazırlıq, cərrahi taktika, reabilitasiya). Bakı, «Təbib» nəşriyyatı, 2012, 196 səh.

Rəyçilər:

Sultanov H.A. – əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor ATU-nun 1 №-li cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri

Məmmədov Ə.M. – tibb elmləri doktoru, professor ATU-nun 3 №-li cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri

Monoqrafiyada obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmış kolorektal xərçəngin diaqnostikası, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma üsulları, cərrahi taktikanın əsas prinsipləri, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyasının və kolostomiyanın cərrahi və texniki aspektləri şərh edilmişdir. Problemin aktual aspektləri içərisində irinli-septik ağırlaşmaların kompleks profilaktikasına, kolostomalı xəstələrin reabilitasiyasına, rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların optimal müddətinin və variantlarının seçilməsinə xüsusi diqqət verilmişdir.

Monoqrafiya cərrahlar və onkoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur. Kitabda 33 cədvəl, 30 şəkil, 1 sxem, 2 klinik müşahidə, 217 ədəbiyyat mənbəyi verilmişdir.

GİRİŞ

Kolorektal xərçəng (KRX) mədə-bağırsaq traktının bədxassəli şişlərinin ümumi strukturunda 3-cü və ya 4-cü yeri tutur. Son onilliklər ərzində xəstəliyin yüksək intensivliklə yayılması, bədxassəli prosesin ağırlaşmış formalarının artması ilə müşayiət olunur. Müasir müayinə üsullarının xeyli təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq ilkin diaqnostika zamanı xəstələrin 65-85%-də KRX-in ağırlaşmış formaları aşkar edilir. KRX-in ağırlaşmaları içərisində obturasion bağırsaq keçməməzliyi birinci yerdə duraraq, bədxassəli prosesin gedişinə və proqnoza neqativ təsir edir. Müasir dövrdə şiş etiologiyalı obturasion bağırsaq keçməməzliyinin diaqnostikasına və müalicəsinə həsr olunmuş çoxsaylı tədqiqat işlərinə baxmayaraq, problemin bəzi aspektləri hələ də həll olunmamış qalır. Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin cərrahi müalicəsində baş verən təkamül (şişin xaric edilməməsi ilə icra olunan kolostomiyadan başlayaraq, subtotal və total kolektomiyaya qədər) hazırda yeni texnologiyanın tətbiqi ilə əlaqədar daha prioritet istiqamət almışdır. Azinvaziv texnologiyanın (USM, KT, MRT, laparoskopiya) tətbiq edilməsi xəstəliyin erkən diaqnostikasını, bədxassəli prosesin yayılma dərəcəsini və ağırlaşmalarını təyin etməklə bərabər operativ müalicə üsulunda daha az travmatik olan laparoskopik əməliyyatların yerinə yetirilməsinə perspektivlər açmışdır. Hazırda laparoskopik texnologiya nəinki yoğun bağırsağın dekompressiyasının və birmomentli əməliyyatların yerinə yetirilməsində, eləcə də kolostomalı xəstələrdə süni anusun ləğv edilməsi məqsədilə icra olunan rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlar zamanı istifadə olunur. Lakin onkologoproktologiyanın müasir nailiyyətlərinə baxmayaraq, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması problemi həll olunmamış qalır. Bu problemi kolorektal cərrahiyyənin «Axilles dabanı» hesab etmək olar, çünki yoğun bağırsaqda icra olunan hər hansı əməliyyatın nəticəsi bağırsağın hazırlanmasının keyfiyyətindən çox asılıdır. Ənənəvi olaraq klinik təcrübədə tətbiq olunan hazırlanma üsulu standart təmizləyici imalələrdən ibarət olmuşdur. Lakin bəzən xəstənin ciddi psixi, emosional və fiziki gərginliyi ilə müşayiət olunan çoxsaylı imalələr yoğun bağırsağın səmərəli mexaniki təmizlənməsini təmin etmir. Bu zaman ən keyfiyyətli ümumi hazırlıq, kifayət qədər mexaniki təmizlənməmiş yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatın effektivliyini azaldır, irinli-septik ağırlaşmaların inkişaf etməsinə səbəb olur və birincili yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılmasını qeyri-mümkün edir. Bu vəziyyət xüsusilə kolostomalı xəstələrdə süni anusun ləğvi zamanı problem yaradır. Hazırkı dövrə kimi

yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasına dair xüsusi işlər çox azdır. Mövcud olan işlər isə jurnal məqalələri çərçivəsindən kənara çıxmır. Bu isə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının qiymətləndirilməsində keyfiyyət meyarlarının seçilməsini çətinləşdirir. Bütün qeyd olunanlar koloproktoloji patologiyası olan xəstələrdə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının əsas prinsiplərini əks etdirən tədbirlər kompleksinin (sisteminin) və vahid metodik rəhbərliyin yaradılmasının vacibliyini sübut edir.

Müəllif kitabın qüsursuz olmadığını etiraf etməklə oxucuların bütün təklif və məsləhətlərini məmnuniyyətlə qəbul edir.

Müəllif

ÖN SÖZ

Son onilliklərin çoxsaylı statistik və epidemioloji tədqiqatları iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrin əhalisi arasında kolorektal xərçənglə (KRX) xəstələnmənin sürətlə artmasını göstərir. Diqqəti cəlb edən əsas cəhətlərdən biri odur ki, müasir texnologiyanın (USM, KT, MRT, laparoskopiya) tətbiq olunması ilə əlaqədar kolorektal xərçəngin diaqnostika üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, şiş prosesi ilk dəfə aşkar olunan xəstələrin 60-89%-də xəstəliyin ağırlaşmış formaları müşahidə olunur. Bu vəziyyət, şübhəsiz, xəstələrin müalicəsinin nəticələrinə, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyinə və letallıq səviyyəsinə ciddi təsir göstərir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə hazırda kolorektal xərçəngin ağırlaşmış formaları zamanı əməliyyatdan sonrakı letallıq 25-54,5% təşkil edir.

Ağırlaşmış KRX-in diaqnostikasının və cərrahi müalicəsinin aktuallığı onunla izah olunur ki, bu xəstələrin əksəriyyəti təcili göstərişlərə (kəskin bağırsaq keçməməzliyi, yoğun bağırsağın perforasiyası, yoğun bağırsaq qanaxması), ümumi cərrahi profili «təcili yardım» xəstəxanalarına daxil olur və həmin xəstələrin təxirəsalınmaz cərrahi müalicəyə ehtiyacı olur. Bu zaman icra olunan cərrahi əməliyyatların əksəriyyəti isə bədxassəli prosesin gecikmiş stadiyaları, xəstəliyin gec diaqnozu, xəstələrin ağır vəziyyəti, ciddi somatik xəstəlikləri ilə əlaqədar olaraq, palliativ (simptomatik) xarakter daşıyır və dekompression kolostomaların, bəzən isə ötürücü anastomozların formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılır. Birincili şişin xaric edilməsi ilə yerinə yetirilən birmomentli radikal əməliyyatlar zamanı isə əksər xəstələrdə yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılması mümkün olmur. Digər xəstələrdə isə bu əməliyyatlar bəzən şərti-radikal xarakter daşıyır, belə ki, şişin xaric edilməsi xərçəngin yerli və ya uzaq metastazları fonunda icra olunur (palliativ rezeksiya və ya hemikolektomiya). Ona görə də xəstələrin bir qrupunun əməliyyatdan sonrakı dövrdə əlilliyin aradan qaldırılması, kolostomanın ləğv edilməsi, yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası və cərrahi reabilitasiyası ilə əlaqədar ciddi problemləri meydana çıxır. Beləliklə, ağırlaşmış KRX hazırda nəinki mürəkkəb tibbi, eləcə də mühüm sosial problem kimi qiymətləndirilir. Təcili abdominal cərrahiyyədə KRX-in ağırlaşmaları içərisində ən çox kəskin bağırsaq keçməməzliyinə rast gəlinir. Obturasion bağırsaq keçməməzliyi KRX ağırlaşmalarının ümumi strukturunda 19,1-49%-dən 51,7-86,2%-ə qədər tərəddüd edir. Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin nozoloji səbəbləri içərisində isə KRX hazırda periton boşluğunun birləşmə

xəstəliyi (sindromu) ilə müqayisədə müxtəlif müəlliflərin məlumatına görə 1-ci və ya 2-ci yeri tutur. Şiş mənşəi obturasion bağırsaq keçməməzliyinin diaqnostikası, cərrahi müalicə strategiyası və taktikası son 50 ildən artıq müddət ərzində çoxsaylı qurultay, konfrans və simpoziumların proqram məsələsi olmuşdur. Problemin müxtəlif aspektləri son 5 il ərzində 4 mühüm cərrahi forumun (Cərrahların Beynəlxalq konqresi – «Cərrahiyyədə yeni texnologiya», Rostov-Don, 2005; MDB koloproktoloqlarının I qurultayı, Daşkənd, 2009; MDB ölkələri koloproktoloqlarının II və Ukrayna koloproktoloqları III, Odessa, 2011; Ümumrusiya koloproktoloqlarının III qurultayları, Belqorod, 2011) geniş müzakirə olunmuşdur. Operativ koloproktologiyanın əldə etdiyi nailiyyətlər son onilliklər ərzində KRX-in ağırlaşmaları zamanı şişin əməliyyatın birinci mərhələsində çıxarılmasını təxirə salan çoxmomentli əməliyyatları məhdudlaşdıraraq, birmomentli radikal əməliyyatlara göstərişləri xeyli genişləndirmişdir. Əməliyyatın yekunlaşdırılması isə (birincili anastomoz və ya kolostomiya) bu zaman fərdi qaydada, konkret klinik şəraitdən asılı olaraq həll edilir, hərçənd son zamanlar yoğun bağırsağın fasiləsizliyini birmomentli təmin edən əməliyyatlar geniş təbliğ edilir. Birincili radikal və birmomentli-bərpaedici əməliyyatların genişləndirilməsi bu qrup xəstələrin tibbi-sosial reabilitasiyası və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması istiqamətində ümidverici perspektivlər açır. Son illər ərzində azınvaziv cərrahi texnologiyanın (laparoskopiyanın) KRX-in yayılma dərəcəsinin təyin edilməsində və operativ müalicəsində tətbiq edilməsi isə daha yeni prioritet istiqamət almaqla bütün onkoloji prinsiplərə riayət etməyə imkan verir və müalicənin uzaq nəticələrini heç də pisləşdirmir. Digər tərəfdən, qeyri-operabel KRX-in kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşdığı zaman isə yüksək əməliyyat təhlükəsi olan qeyri-operabel xəstələrə bağırsaq keçiriciliyinin, şişin rekanalizasiyası və stentləşdirilməsi (endoprotezləşdirilməsi) ilə bərpası ənənəvi kolostomiyadan fərqli olaraq alternativ üsul kimi xəstələri psixi, mənəvi sarsıntılardan və fiziki iztirablardan azad edir, kəskin bağırsaq keçməməzliyini ləğv edərək, xəstələrin bir qrupunu patogenetik əsaslandırılmış radikal əməliyyata hazırlamağa imkan verir. KRX-in ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsinin nəticələrinə bilavasitə təsir edən amillərdən biri də əməliyyatın hazırlıqdır. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının əməliyyat üsulunun (radikal və ya palliativ) və onun yekunlaşdırılmasının (birincili anastomoz və ya kolostomiya) seçilməsində çox mühüm əhəmiyyəti vardır. Hazırda kolorektal onkocərrahiyyənin müxtəlif aspektlərinə həsr olunmuş çoxsaylı tədqiqat işlərinə, fundamental əsərlərə baxmayaraq, operativ

onkokoloproktologiyada yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasına və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikasına aid xüsusi işlər çox azdır. Mövcud ədəbiyyat mənbələrində isə problemin qeyd olunan aspektləri bəzi müəlliflərin işləri istisna olunmaqla, kifayət qədər geniş şərh olunmamışdır. Koloproktoloqların praktik fəaliyyətində isə bu problemin həlli həmişə diqqət mərkəzində durur.

Monoqrafiyanın əsasını müəllifin işlədiyi klinikanın və özünün 30 illik təcrübəsini əks etdirən faktik materialın təhlili təşkil edir. Kitabda müxtəlif yaş qruplarını əhatə edən 532 xəstədə xərçəng etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyinin müalicəsinin nəticələrinin təhlili işıqlandırılmışdır. Diaqnostika kompleksində ənənəvi üsullarla bərabər müasir müayinə üsulları (kolonoskopiya, ultrasonoqrafiya, laparoskopiya, kompüter tomoqrafiyası, nüvə-mağnit-rezonans tomoqrafiyası) əsas yer tutmuşdur.

Kitabda xronoloji ardıcılıqlı yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının müxtəlif üsulları şərh edilmiş və keyfiyyətli hazırlığı təmin edən optimal üsulların, əməliyyat növünün (palliativ və ya radikal) seçilməsinə, eləcə də birmomentli radikal əməliyyatların səmərəliliyinə bilavasitə təsiri əsaslandırılmışdır. Praktiki əhəmiyyətli nəticələrdən biri də odur ki, müəllif tərəfindən palliativ əməliyyatlara nisbətən (41,1%) daha az (18,1%) letallıqla səciyyələnən birincili-radikal əməliyyatların üstünlüyü sübut edilmişdir. Digər tərəfdən, radikal əməliyyatlar içərisində birmomentli bərpaedici əməliyyatların üstünlük təşkil etməsi (348-nin 224-də – 64,3%) müəllif tərəfindən tətbiq olunan cərrahi taktikanın patogenetik əsaslandırılmış olmasını və bu qrup xəstələrin nəinki cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına, eləcə də xəstələrin tibbi-sosial reabilitasiyasını təmin etməyə imkan verməsini təsdiq edir. Monoqrafiyanın praktik əhəmiyyətli fəsillərindən biri də yoğun bağırsaq üzərində icra olunan əməliyyatlar zamanı irinli-iltihabi ağırlaşmaların səbəbinin təhlili və kompleks profilaktikasının aparılmasıdır (7-ci fəsil).

Müəllif tərəfindən yoğun bağırsağın dekompressiyasının effektivliyini artıran kolostomiya variantı və bağırsaq daxili lavaj texnikası (yeni irriqasion – aspirasion sistem) müalicənin nəticələrini yaxşılaşdıraraq optimal üsul kimi diqqəti cəlb edir. Bu onunla təsdiq olunur ki, tətbiq olunan cərrahi taktika son 10 il ərzində irinli-septik ağırlaşmaların 29,4%-dən 19,5%-ə endirilməsinə imkan vermişdir. Əməliyyatdan sonrakı ümumi letallıq isə stabil olaraq 25,7% təşkil etmişdir.

Monoqrafiyanın kolostomalı xəstələrdə süni anusun ləğv edilməsi məqsədi ilə tətbiq olunan rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatları əks

etdirən sonuncu (9-cu) fəslə xüsusi praktik əhəmiyyət kəsb edir. Bununla müəllif problemin cərrahi və tibbi-sosial reabilitasiya aspektlərinin mürəkkəbliyini işıqlandırmaqla bərabər, stomalı xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasının vacibliyini və mümkünlüyünü qeyd edir.

Kolorektal xərçəngin ağırlaşmaları zamanı tətbiq olunan cərrahi taktikanın prinsipial əhəmiyyətli aspektləri hazırda da öz aktuallığını saxlamaqla, praktik cərrahların və koloproktoloqların diqqət mərkəzində durur. Bu baxımdan KRX-in obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşması zamanı yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma üsullarının təkmilləşdirilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bununla əlaqədar olaraq, hesab etmək olar ki, prof. S.A.Əliyevin «Kolorektal xərçəng və bağırsaq keçməməzliyi: diaqnostika, cərrahi taktika, əməliyyatönü hazırlıq və reabilitasiya» adlı monoqrafiyası onkoproktologiyanın qeyd olunan aktual probleminin həllinə həsr olunmuş elmi-praktik əhəmiyyətli nəşrdir. Şübhəsiz ki, abdominal cərrahiyyənin və onkologiyanın aktual probleminə həsr edilmiş bu kitab koloproktoloqlarda, cərrahlarda və eləcə də onkoloqlarda maraq yaradacaqdır.

Akademik

Ağayev B.A.

FƏSİL 1

KOLOREKTAL XƏRÇƏNGİN EPİDEMİOLOJİ, DEMOQRAFİK, TİBBİ VƏ SOSIAL-İQTİSADİ ASPEKTLƏRİ

*... Bundan sonra məqsəd xəstənin
vəziyyətini yaxşılaşdırmaq deyil,
onu tam sağaltmaqdır...*

Clara Bloomfield, 1980

Son onilliklərin statistik və epidemioloji tədqiqatları dünyanın iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrinin əhalisi arasında kolorektal xərçəngin (KRX) intensiv artmasına meyilliyn olmasını sübut edir. Hər il dünyada KRX aşkar edilən xəstələrin sayı 600 000-ə çatır, onların isə yarısı ölür. ABŞ-da hər il KRX-ilə 138 000-ə yaxın insan xəstələnir, onların içərisində ölənlərin sayı 55 000-ə çatır. Proqnozlara görə ABŞ əhalisinin həyatı dövründə potensial olaraq hər 16 kişinin və hər 17 qadının birində KRX-lə xəstələnmə riski ehtimal olunur. Avropa ölkələrinin əhalisi arasında hər il KRX-lə 13 000 xəstə aşkar olunur, onların 98 000-i ölür. İngiltərədə və Fransada hər il KRX-lə xəstələnenlərin və ölənlərin sayı müvafiq olaraq 20 000 və 16 000 nəfər, 25 000 və 15 000 nəfər təşkil edir. Rusiya Federasiyasında hər ilə KRX-lə 42 000 xəstə qeydə alınır. Yayılmasına görə düz bağırsağın xərçəngi kişilərdə 18% təşkil edərək, qida borusu və dəri xərçəngindən sonra 3-cü yerdə durur. Qadınlarda çənbər bağırsağın xərçəngi 2-ci yerdə duraraq 32%, düz bağırsaq xərçəngi isə 5-ci yerdə duraraq 13% təşkil edir. Rusiya əhalisi arasında KRX bədxassəli şişlərin 8,7%-ni təşkil edərək, kişilərdə ağciyər (26,5%) və mədə (14,2%) xərçəngindən sonra üçüncü yerdə durur. Qadınlarda yoğun bağırsağın xərçəngi süd vəzisi (18,3%) və dəri (13,7%) xərçəngindən sonra üçüncü yerdə duraraq 11,1% təşkil edir.

Müasir onkologiyanın nailiyyətlərinə, yüksək informativliyə malik yeni invaziv və qeyri-invaziv texnologiyanın klinik təcrübədə geniş tətbiq olunması ilə əlaqədar olaraq diaqnostika üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, KRX-in ilk dəfə aşkar edildiyi xəstələrin 60-89%-də bədxassəli prosesin ağırlaşmış klinik formaları müşahidə olunur. Bu zaman blastomotoz prosesinin gecikmiş stadiyası və şişin qeyri-rezektabel olması ilə əlaqədar olaraq xəstələrin 50%-də inkurabel və qeyri-operabel vəziyyət qeyd olunur. Bu xəstələrin 5 illik yaşama müddəti 5%-dən aşağı olur. KRX-in ağırlaşmış formaları

zamanı əməliyyatdan sonrakı letallıq orta hesabla 25,7-54,5% təşkil edir. Amerika Proktoloji cəmiyyəti 1999-cu ildə KRX-lə xəstələnmə riskinə görə əhalini 3 qrupa bölmüşdür: I qrupa (aşağı risk) – bədxassəli şişlərə görə irsi (ailə) anamnezi qənaətbəxş və 50 yaşdan yuxarı şəxslər, II qrupa (orta risk) – həmin yaşda və KRX-lə xəstələnmiş bir və ya bir neçə qan qohumu olan və ya özlərinin anamnezində bağırsağ şişi olan xəstələr, III (yüksək risk) qrupa – yoğun bağırsağın diffuz ailəvi polipozu, qeyri-spesifik xorali kolit, yoğun bağırsağın xovlu şişləri, Kron xəstəliyi olan xəstələr daxil edilmişdir. Dünya üzrə KRX-in bütün stadiyaları zamanı təkcə radikal əməliyyatlardan sonra 5-illik yaşama müddəti 50-60%-dən yuxarı deyildir. Digər tərəfdən, birincili şişin tam xaric edilməsinə baxmayaraq, xəstələrin əksəriyyətində əməliyyatdan sonra blastomatoz prosesi proqressivləşərək, uzaq metastazlar və ya şişin yerli (loko-regionar) residivi şəklində təzahür edir. Çənbər bağırsağın və düz bağırsağın xərçənginin epidemiologiyasının əhalinin yaş-cins qruplarında öyrənilməsi nəticəsində aydın olmuşdur ki, hər iki cinsdə 40-59 yaşlarda KRX-lə xəstələnmə riski yüksəlir və bu göstərici həyatın hər dekadasında 2 dəfə artaraq, 70 yaşdan sonra maksimal səviyyəyə çatır. Qadınlarda premenopauza dövründə çənbər bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmə riski daha yüksəkdir. Rusiyada düz bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmə 1996-cı ildə daha yüksək həddə çataraq, xəstələnmənin «kobud» göstəricisi 100 000 əhali arasında 12,8, standartlaşdırılmış göstərici hər 100 000 əhali arasında 9 olmuşdur. Düz bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmənin standartlaşdırılmış göstəricisi 1996-cı ildə kişilərdə daha çox yüksələrək, 100 000 əhali arasında 11,6, qadınlarda isə 7,8 olmuşdur. Çənbər bağırsağın xərçəngi ilə xəstələnmə 1996-cı ildə daha yüksək olmuşdur. Belə ki, «kobud» göstərici 100 000 əhali arasında 15,6, standartlaşdırılmış göstərici – 10,9 olmuşdur. Çənbər bağırsağın xərçəngi ilə xəstələnmənin standartlaşdırılmış göstəricisi 100 000 əhali arasında kişilərdə 12,4, qadınlarda – 10,3 olmuşdur. Həmin dövrdə çənbər bağırsağın xərçənginin IV stadiyası cinslərə görə müvafiq olaraq 32% və 28,6% təşkil etmişdir. Düz bağırsağ və çənbər bağırsağ xərçəngindən standartlaşdırılmış ölüm göstəriciləri kişilərdə müvafiq olaraq 9,1 və 9,3 olduğu halda, qadın populyasiyasında həmin göstərici 100 000 əhali arasında müvafiq olaraq 5,7 və 7,2 olmuşdur. 1996-cı ildə Rusiya Federasiyasında KRX-dən 31 714 xəstə ölmüşdür. Bu zaman çənbər bağırsağ xərçəngindən ölənlərin sayı 17097, düz bağırsağ xərçəngindən ölənlərin sayı isə – 14 620 olmuşdur. V.B.Aleksandrov-un məlumatına görə 2003-cü il ərzində Moskvada KRX-lə 4000 xəstə aşkar edilmişdir. 2005-ci ildə kolostomalı xəstələrin sayı 6500 olmuş, bunların isə 84%-i KRX-ilə əlaqədar əməliyyata məruz qalmışdır. Həyəcan doğuran faktlardan biri də odur ki, süni anuslu xəstələrin əksəriyyətinə kolostomiya

cərrahi müalicənin yeganə (son) üsulu (mərhələsi) kimi yerinə yetirilmişdir. Müvəqqəti kolostoma ilə olan xəstələr isə süni anuslu xəstələrin ümumi sayının 18%-ni təşkil etmişdir. KRX-in ağırlaşmış formaları ilə olan xəstələrin tibbi və sosial reabilitasiyasına mane olan əsas səbəblərə aiddir: xəstəliyin gec diaqnostikası ilə əlaqədar olaraq bədxassəli prosesin yayılması, cərrahi əməliyyatların təcili göstərişlərə görə yerinə yetirilməsi ilə əlaqədar olaraq, müxtəlif səbəblərdən onkoloji radikalizmin heç də həmişə təmin olunmaması; cərrahın imkan daxilində bərpəedici (rekonstruktiv) əməliyyatın mümkünlüyü üçün optimal şəraitin yaradılması istiqamətində məqsədyönlü cəhdlərinin (entuziazminin) olmaması.

Xəstəliklərə nəzarət və statistika mərkəzinin məlumatına görə Gürcüstanda 1967-2003-cü illər ərzində KRX-lə xəstələnmə artaraq, 4,43%-dən 12,3%-ə çatmışdır. Stasionara daxil olan xəstələrin isə 68%-də bədxassəli prosesin gecikmiş (III-IV) stadiyaları aşkar edilmişdir.

Ermənistan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi Onkoloji mərkəzinin məlumatına görə, əgər 1987-ci ildə KRX ölkə əhalisi arasında bədxassəli işlərin ümumi strukturunda 6-cı yerdə dururdusa, 1999-cu ildən bu səviyyə 2-3-cü yerlərə qalxmışdır (ağciyər və mədə xərçəngindən sonra). Artım tempinə və letallıq göstəricisinə görə KRX digər lokalizasiyalı işlərdən öndə durur.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Milli Onkoloji Elmi Mərkəzinin məlumatına əsasən 1999-2000-ci illər ərzində ölkə əhalisi arasında KRX artaraq 20,2%-dən 27,6%-ə çatmışdır. Əməliyyatdan sonrakı letallıq isə azalaraq, 21,7%-dən 19,3%-ə enmişdir. A.Y.Qazıyevin tədqiqatlarına görə 2001-ci ildə Azərbaycan Respublikasında çənbər bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmənin standartlaşdırılmış göstəricisi kişilərdə 3, qadınlarda – 1,84, hər iki cinsdə - 100 000 əhaliyə 2,4 olmuşdur. Həmin dövrdə düz bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmənin standartlaşdırılmış göstəricisi kişilərdə 3, qadınlarda – 2,4, hər iki cinsdə 100 000 əhaliyə 2,7 olmuşdur. Kişilərin və qadınların orta yaş həddi müvafiq olaraq 60,2 və 60,22 olmuşdur. Hər iki cinsdə orta yaş səviyyəsi 60,21 olmuşdur.

2001-ci ildə bədxassəli işlərin ümumi strukturunda KRX yaşlı kişi və qadın əhalisi arasında müvafiq olaraq 3,5% və 2,6% təşkil etmişdir, yaşlı əhali populyasiyasında ümumilikdə isə 3,1% olmuşdur.

2001-ci il ərzində yaşlı kişi və qadın əhalisi arasında düz bağırsağ xərçəngi ilə xəstələnmənin «kobud» göstəricilərinin orta illik tempi müvafiq olaraq 3,6% və 3,3% təşkil etmişdir; ümumilikdə yaşlı əhali populyasiyasında həmin göstərici ildə 3,45%-ə qədər yüksəlmişdir.

Beləliklə, qeyd olunan tədqiqat materialları nə qədər fraqmentar olsa da, sosial-iqtisadi səviyyəsi yüksək olan ölkələrdə əhali arasında ölümün və əlilliyin əsas səbəblərindən biri olan KRX-in yayılması barədə onkoepidemioloji vəziyyəti kifayət qədər qiymətləndirməyə imkan verir.

Bizim tədqiqatlarımız və ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, çənər bağırsağın xərçənginin ilkin olaraq aşkar edildiyi xəstələrin ümumi strukturunda ahıl və qoca yaşlı xəstələrin sayı kifayət qədər çoxdur. Bu göstərici bizim 1978-1998-ci illəri əhatə edən tədqiqat materialında (522) olduğu kimi (54% – 282 xəstə) hazırda da xəstələrin ümumi sayında (552) stabil olaraq yüksək faiz təşkil edir (54,5% – 302 xəstə). Qeyd etmək lazımdır ki, KRX-in ağırlaşmaları zamanı təcili və həyatı göstərişlərlə yerinə yetirilən cərrahi əməliyyatlar əksər xəstələrdə palliativ (simptomatik) xarakter daşıyır, radikal əməliyyatlar isə obstruktiv xarakter daşıyaraq, xəstələrin əksəriyyətində kolostomanın formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrdə idarə olunmayan kolostomanın olması ciddi sosial-iqtisadi itkiyə, xəstələrin psixi-mənəvi və fiziki iztirablarına səbəb olaraq, əlillik, təkrari əməliyyat və süni anusun ləğvi ilə əlaqədar bərpaedici (rekonstruktiv) əməliyyatlarla bağlı problemlər yaradır.

Qərbi Avropanın və Şimali Amerikanın inkişaf etmiş bəzi ölkələrində hətta skrining sisteminin tətbiq edildiyi şəraitdə KRX-in ilkin diaqnostikası zamanı xəstələrin 25%-də metastazlar aşkar edilir. Diqqəti cəlb edən cəhətlərdən biri də odur ki, KRX-in ağırlaşmış klinik formalarının aşkar edildiyi xəstələrin 62,4-75%-ni müxtəlif yanaşı xəstəlikləri olan ahıl və qocaca yaşlı xəstələr təşkil edir. Bu fakt isə problemin gerontoloji aspektini əks etdirməklə bərabər, onun tibbi-sosial əhəmiyyətini səciyyələndirir. KRX-in klinik təcrübədə rast gəlinən ağırlaşmalarına obturasion bağırsaq keçməməzliyi (49-86,2%), bağırsaq qanaxması (32-46%), yoğun bağırsağın şişlə zədələnmiş (7-14,4%) və ya suprastenotik seqmentlərinin (26-35%) perforasiyası, şişdaxili və perifokal iltihab infiltratı (35,5-49%), şişin qonşu üzvlərə və ətraf toxumalara sirayət etməsi (37,5-48,2%) aiddir.

KRX-in diaqnostikası aspekti baxımından statistik məlumatlar heç də ümidverici deyildir. Belə ki, ilkin diaqnostikanın səviyyəsinin müqayisəli təhlilinə əsasən Rusiya Federasiyasında ilk dəfə KRX diaqnozu qoyulmuş xəstələrin 32%-də bədxassəli prosesin IV stadiyası aşkar edilir. Xəstələrin 70%-dən çoxunda şişin yerli yayılması, 20%-dən çoxunda isə qeyri-operabel olması müəyyən edilir. Ümumilikdə isə radikal müalicə xəstələrin yalnız 30-40%-də mümkün olur. ABŞ-da xəstələrin 37%-də KRX

metastazların olmadığı stadiyada aşkar olunur. Xəstələrin 38%-də isə regional limfa düyünlərində, 35%-də isə uzaq metastazlar aşkar edilir.

Hazırda KRX-in kompleks və kombinə olunmuş müalicə üsulları geniş tətbiq olunur. Kimyəvi və şüa terapiyası yoğun bağırsaq xərçənginin müalicəsində mühüm yer tutur, bəzi hallarda isə (anal kanalın yastı hüceyrəli xərçəngi) əsas (seçim) üsul kimi tətbiq olunur. Yoğun bağırsaqda əməliyyat texnikası operativ koloproktologiyanın artıq həll olunmuş problemi-dir, müasir anesteziologiya və adekvat antibakterial terapiya şəraitində əməliyyatdan sonrakı letallığı xeyli araltmağa imkan vermişdir (düz bağırsaq xərçəngində 1,5-2,6%, çənbər bağırsaq xərçəngində – 3-4%). Lakin qeyd olunan letallıq göstəriciləri əsasən ixtisaslaşdırılmış onkoloji və koloproktoloji stasionarların işinin nəticələrini əks etdirdiyi halda, KRX-in ağırlaşmış formaları ilə xəstələrin müalicə olunduğu «təcili yardım» tipli ümumi cərrahi profilili xəstəxanaların analoji göstəriciləri ilə məlum səbəblərlə əlaqədar olaraq, müqayisə oluna bilməz. Cərrahi müalicənin nəticələrinə təsir edən mühüm amillərdən biri odur ki, xəstələrin düz bağırsaq xərçəngi ilə 36,5%-dən çoxunu, çənbər bağırsaq xərçəngi ilə 45,1%-dən çoxunu yaşı 60-dan yuxarı olan xəstələr təşkil edir. Bu qrup xəstələrin isə 95-100%-də ürək-damar və tənəffüs sistemlərinin patologiyası əməliyyat riskinin dərəcəsini ciddi surətdə artırır. KRX-in cərrahi müalicəsinin həll olunmamış və mübahisəli problemləri xəstəliyin ağırlaşmış və gecikdirilmiş formalarının çox olması ilə əlaqədardır.

Gec diaqnostika xərçəngin yerli yayılmış, qeyri-operabel şiş formasında inkişafına səbəb olaraq palliativ əməliyyatların (dekompression kolostomiya, ötürücü anastomoz) xüsusi çəkisinin artmasına (21,2-35,5%) şərait yaradır. Uzaq metastazların aşkar edilməsi isə xəstələrin 22,6%-də palliativ əməliyyatlara göstərişi əsas hesab edir. Bu isə yalnız xəstələrin ömrünün nisbətən uzadılmasına və onların birincili şişin təhlükəli ağırlaşmalardan (qanaxma, bağırsaq keçməməzliyi, bağırsağın perforasiyası) bir növ «qorunmasına» şərait yaradır.

Ağırlaşmış KRX-in operativ müalicə üsullarının təkamülü göstərir ki, son illər əksər cərrahlar palliativ və çoxmərhələli əməliyyatları qüsurlu və patogenetik əsaslandırılmamış hesab edərək, həmin əməliyyatlara göstərişləri məhdudlaşdırır, birincili radikal və müvafiq klinik şəraitlərdə isə – birmomentli (birmərhələli) bərpəedici əməliyyatlara üstünlük verirlər. Təcili əməliyyatlar zamanı radikal əməliyyatların (rezeksiya və ya hemikol-ektomiya) obstruktiv variantları cərrahi müdaxilənin optimal üsulları kimi tətbiq olunur. Son onilliklər ərzində KRX-in cərrahiyyəsində genişləndirilmiş və kombinə olunmuş əməliyyatlara göstərişlər artmışdır.

Bu əməliyyatlar şişin yerli (loko-regionar) yayılması, qonşu üzvlərə və anatomik strukturlara sirayət etməsi zamanı və eləcə də birincili-sinxron (çoxsaylı) xərçəngdə tətbiq edilir. Həmin əməliyyat variantlarında subtotal və ya total kolektamiya onkoloji radikalizm prinsiplərinə daha çox cavab verərək, xəstələrin erkən tibbi-sosial reabilitasiyasını təmin edir və onların həyat keyfiyyətinin xeyli yaxşılaşmasına imkan verir.

Uzaq üzvlərdə (qaraciyər, ağciyər) metastazların olması və eləcə də kanseromatoz zamanı parietal peritonitin zədələnmiş sahəsinin və kanseromatoz düyünlərin xaric edilməsi, ağırlaşmış KRX-in cərrahi müalicəsində yeni perspektivlər açaraq, palliativ əməliyyatlara nisbətən xəstələrin 77%-nin ömrünün uzadılmasını təmin edir.

Son onilliklər ərzində qeyri-invaziv və azinvaziv texnologiyaların (transabdominal və endorektal ultrasonoqrafiya, kompyüter tomoqrafiyası, nüvə-magnit-rezonanas tomoqrafiyası, laparoskopiya) koloproktologiyada geniş tətbiq edilməsi KRX-in və onun ağırlaşmalarının erkən diaqnostikası, blastomotoz prosesinin yayılma dərəcəsinin aşkar edilməsi imkanlarını genişləndirərək, ənənəvi üsullardan daha az travmatik endovideocərrahi (laparoskopik) əməliyyatların yerinə yetirilməsinə şərait yaratmışdır. Hazırda ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji mərkəzlərdə laparoskopik texnologiyadan istifadə edilməklə KRX və onun ağırlaşmaları zamanı müxtəlif variantlı radikal əməliyyatlar icra olunur.

KRX-in ağırlaşmaları içərisində obturasion bağırsaq keçməməzliyi aparıcı yer tutaraq, fəsadların ümumi strukturunda 30-86,2% təşkil edir. Yoğun bağırsaq passajının müxtəlif dərəcədə pozulması KRX-in klinik gedişini ağırlaşdıraraq, əksər hallarda birincili şişin digər fəsadlarının baş verməsinə səbəb olur və homeostaz sistemində ciddi metabolik pozğunluqlar törədir. Yoğun bağırsaq xərçənginin operativ müalicəsinin ən mühüm və həll olunmamış tibbi-sosial problemlərindən biri kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyasıdır. Yoğun bağırsaqda icra olunan əməliyyatların 65%-i dekompression kolostomiya ilə yekunlaşdırılır. Təcili əməliyyatların yerinə yetirildiyi ümumi cərrahi profil stasionarlarda bu göstərici daha yüksəkdir. Kolostomiyaların ümumi sayı periton boşluğu üzvləri üzərində aparılan bütün əməliyyatların 7,5%-ni təşkil edir. Cərrahi reabilitasiya məqsədi ilə süni anusun ləğvi istiqamətinə yönəldilmiş bərpaedici – rekonstruktiv əməliyyatlar şişlə əlaqədar aparılan birincili əməliyyatlardan daha mürəkkəb olması, texniki çətinliyi ilə və ciddi ağırlaşmalarla səciyyələnir. Ona görə də, həmin əməliyyatlar xüsusi ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji şöbələrdə, kifayət qədər təcrübəli cərrahlar tərəfindən icra edilməlidir.

Beləliklə, yoğun bağırsaq xərçənginin müalicəsinin mürəkkəbliyi, soxplanlılığı və çoxmərhləliyi, bu patologiya ilə olan xəstələrə qulluğun mühüm əhəmiyyətə malik olmasını təsəvvür etməyə əsas verir.

Operativ onkoloqoproktologiyanın aktual problemlərindən biri əməliyyatdan sonrakı dövrdə baş verən irinli – septik ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsidir. Müasir kolorektal cərrahiyyənin nailiyyətlərinə, əməliyyat texnikasının təkmilləşdirilməsinə, azinvaziv (laparoskopiya) texnologiyasının, geniş təsir spektrli antibiotiklərin və antibakterial preparatların tətbiq edilməsinə baxmayaraq, yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatlardan sonra irinli-septik ağırlaşmalar yüksək faiz təşkil edərək, ədəbiyyat məlumatlarına əsasən 38,6-65,6 arasında tərəddüd edir, bəzən hətta 80%-ə çatır. Bu zaman 31,3-41,6%-lə səciyyələnen letallıq müşahidə olunur. V.İ.Книш i soavt. məlumatlarına görə KRX-in radikal cərrahi müalicəsi prosesində xəstələrin 98%-də əməliyyat sahəsinin yoğun bağırsağın yüksək virulentli mikroflorası ilə infeksiyalanması baş verir. İntraabdominal irinli infeksiyanın inkişaf etməsində yoğun bağırsağın şiş zonasında perforasiyasının və ya suprastenotik seqmentlərinin cırılmasının da (diastatik perforasiya) mühüm rolu vardır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə inkişaf edən irinli-septik fəsadların xüsusiyyəti, ağırlığı və eləcə də proqnozu yoğun bağırsaqda aparılan cərrahi əməliyyatın həcmindən, onun yekunlaşdırılma variantından (birincili anastomozun formalaşdırılması və ya kolostomiya) və əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişindən bilavasitə asılıdır. Bu zaman intraabdominal irinli-infeksiyon ağırlaşmaların təzahürü konkret klinik şəraitdən, xərçəng şişinin lokalizasiyasından, əməliyyat zonasına uyğun anatomik nəhiyədən, əməliyyat sahəsinin bakterial kontaminasiyasından və irinli-iltihab prosesinin yayılma dərəcəsindən asılı olaraq çoxcəhətli (mozaik) olur. Belə ki, yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılması əməliyyatdan sonrakı dövrdə anastomoz tikişlərinin çatmamazlığı ilə fəsadlaşdıqda intraabdominal irinli-iltihabi ağırlaşmaların (peritonit, peritonitin boşluğunun lokal absesləri) baş verməsinə səbəb olduğu halda, kolostomanın (süni anusun) qoyulması tez-tez qarının ön divarının parakolostomik infeksiyon fəsadlarının (parakolostomik abses, fleqmona) inkişaf etməsi ilə müşayiət olur.

FƏSİL 2

KOLOREKTAL XƏRÇƏNGLİ XƏSTƏLƏRDƏ BAĞIRSAQ KEÇİRİCİLİYİNİN POZULMASI

2.1. Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin həll olunmamış bəzi aspektləri

Statistik və epidemioloji tədqiqatlara əsasən hazırkı dövrdə dünyanın inkişaf etmiş ölkələrində kolorektal xərçənglə (KRX) xəstələnmənin artması qeyd olunur. Xəstəliyin ağırlaşmış formaları 60-88,8% təşkil edir. Yoğun bağırsağın xərçəngi ilə xəstələrin 75-80%-i bədxassəli prosesin tam klinik mənzərəsi və ağırlaşmış stadiyası ilə planlı operativ müalicəyə daxil olurlar. Bu xəstələr içərisində yoğun bağırsaq keçməməzliyi daha tez-tez müşahidə olunan ağırlaşma kimi rast gəlinir. Belə ki, planlı cərrahi müalicə olunan xəstələrin 12,2-49%-də yoğun bağırsağın keçiriciliyin müxtəlif dərəcədə pozulması aşkar edilir (Fedorov V.D. s soavt., 1994). Ümumi cərrahi profilli «təcili yardım» stasionarlarına «kəskin bağırsaq keçməməzliyi» diaqnozu ilə daxil olan xəstələrin 51,7-86%-də KRX aşkar edilir. Ümumiyyətlə, yoğun bağırsaq keçməməzliyinin səbəblərinin 80-90%-ni yoğun bağırsağın şişləri təşkil edir. Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin nozoloji səbəblərinin ümumi strukturunda şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyi 20-24% təşkil edərək, birləşmə mənşəli keçməməzlikdən (63,2%) sonra 2-ci yerdə durur. Hazırda yoğun bağırsaq keçməməzliyinin müalicəsinin nəticələri qənaətbəxş deyildir və praktik cərrahları heç də qane etmir. Bu xəstələr içərisində əməliyyatdan sonrakı letallıq yüksək olaraq 21-43,5% arasında tərəddüd edir. Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə əlaqədar icra olunan təcili əməliyyatlardan sonra inkişaf edən irinli-septik ağırlaşmaların tezliyi 38,6-80%-ə çatır.

Müalicənin nəticələrinə neqativ təsir edən amillərdən biri də odur ki, təcili göstərişlərlə stasionara daxil olan xəstələrin əksəriyyətində bədxassəli prosesin III-IV stadiyaları aşkar edilir. Bu zaman şişin qonşu üzvlərə yayılması və uzaq metastazları 17,6-18% təşkil edir. Bu vəziyyətlə əlaqədar olaraq xəstələrin 36,5-44,9%-də icra olunan əməliyyatlar palliativ və simptomatik xarakter daşıyır, əməliyyatdan sonrakı letallıq isə 3,8-46,5% təşkil edir (Aliiev S.A., 1999; Buənov V.M., Maskin S.S., 1999). İnkişaf etmiş bağırsaq keçməməzliyi şişin digər ciddi ağırlaşmalarının baş verməsinin (şişin dağılması və perforasiyası, bağırsağın suprastenotik seqmentinin diastatik cırılması ilə əlaqədar nəcis peritonitinin inkişaf etməsi, şişin ətraf üzv və toxumalara

sirayəti ilə əlaqədar perifokal iltihab infiltratının və absesin formalaşması, şişdən qanaxma) əsas mexanizmi kimi rol oynayır. Qeyd olunan ağırlaşmalar çox yüksək letallıqla səciyyələnir, nəcis peritoniti zamanı isə bu göstərici 50%-ə çatır (Aliyev S.A., 1999). Xəstələrin vəziyyətinin ağırlığı həm blastomatoz proses, həm də kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə əlaqədardır. Əgər bədxassəli proses xərçəng intoksikasiyası, anemiyaya, hipoproteinemiya və immun statusun pozulması ilə müşayiət olunursa, kəskin bağırsaq keçməməzliyi xəstəliyin xüsusilə gec stadiyalarında homeostaz sistemində ağır dəyişikliklərə səbəb olur. KRX-lə xəstələrin əksəriyyətini ahıl və qoca yaşlı xəstələr təşkil edir. 60 yaşdan yuxarı xəstələrin sayı 57,6-82% arasında tərəddüd edir. Bu xəstələrin 96%-də çox vaxt dekompensasiya stadiyalarında olan yanaşı ürək-damar və tənəffüs sistemi xəstəlikləri aşkar edilir (Kniş V.İ. i soavt., 2001).

Yuxarı yaş xəstələrin gec müraciətinin əsas səbəblərindən biridir. Bizim klinik müşahidələrimizə əsasən stasionara daxil olan xəstələrin 66,3%-i xəstəliyin başlanmasından 24 saat keçdikdən sonra müraciət etmişlər. Ona görə də xəstələrin 53,2%-i ağır, 37%-i orta ağır vəziyyətdə daxil olurlar. Xəstələrin gec müraciətinin səbəblərindən biri də bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının və keçməməzliyin tədricən inkişaf etməsidir. Diqqəti cəlb edən faktlardan biri odur ki, xərçəng şişinin inkişafı yoğun bağırsağın bir çox xronik xəstəliklərinin (xronik kolit, qəbizlik, «yoğun bağırsağın qıcıqlanma sindromu») fonunda baş verir. Xəstələr öz vəziyyətlərindəki dəyişiklikləri yaşla əlaqələndirərək, çox vaxt qeyd olunan dəyişikliklərə ciddi əhəmiyyət vermirlər. Yoğun bağırsağın anatomo-fizioloji xüsusiyyətləri (plastiklik, rezervuarlıq), bağırsağın əzələ təbəqəsinin hipertrofiyası hesabına keçməməzliyi uzun müddət kompensasiya vəziyyətində saxlamağa imkan verir. Klinik təcrübə göstərir ki, şişin yoğun bağırsağın bu və ya digər seqmentində lokalizasiyası keçməməzlik sindromunun baş verməsinə və inkişafına təsir edən əsas amillərdən biridir. Bu vəziyyət yoğun bağırsağın müxtəlif hissələrinin anatomik və fizioloji xüsusiyyətlərindən, şişin anatomik formasından və inkişaf (invaziya) xüsusiyyətindən asılıdır. Belə ki, yoğun bağırsağın sağ yarısının şişləri zamanı bağırsaq keçməməzliyinin nisbətən az inkişaf etməsi kor- və qalxan çənbər bağırsağın geniş diametrə malik olması və maksimal genişlənmə imkanının, bağırsaq möhtəviyyatının duru xarakterdə olması və şişin çox vaxt eksofit inkişaf xüsusiyyəti ilə izah olunur. Əksinə, soltərəfli lokalizasiyalı şişlər zamanı bağırsaq keçməməzliyinin tez-tez rast gəlinməsi enən çənbər və siqmayabənzər bağırsağın nisbətən kiçik diametri, bağırsaq möhtəviyyatının isə sərt konsistensiyalı olması və çox vaxt şişin endofit inkişafı ilə izah olunur.

Şişin yoğun bağırsaqda lokalizasiya səviyyəsindən və obstruksiyasının dərəcəsindən asılı olaraq konservativ müalicənin nəticələri müxtəlif ola bilər.

Bağırsaq keçməməzliyinin konservativ tədbirlərlə ləğv edilməsindən sonra təxirəsalınmış və planlı qaydada icra olunan əməliyyatlardan sonrakı letallıq və ağırlaşmalar, planlı kolorektal onkocərrahiyyənin analoji göstəricilərinə yaxındır. Konservativ terapiyanın müsbət nəticələri yoğun bağırsağın nəcis möhtəviyyatından təmizlənməsi və onun kafi funksional vəziyyəti, cərrahi əməliyyatın icrası üçün daha əlverişli şərait yaradır və birincili yoğun bağırsaq anastomozu formalaşdırmaqla kolostomiyadan imtina etməyə imkan verir. Lakin yoğun bağırsağın təbii pasajının çoxcəhətli pozulma formaları kəskin bağırsaq keçməməzliyinin ləğv edilməsi üçün tətbiq olunan müalicə üsullarının və xüsusilə yoğun bağırsağın konservativ dekompressiyasının effektivliyinin fərqli olduğunu göstərir. Bəzi müəlliflər konservativ tədbirlərin xəstələrin 69%-də effektiv olmasını qeyd edirlər. Belə ki, A.M.Şulutko i soavt. (2000) – 71,8%, V.M.Amelin i soavt. (1998) – 16,6%, B.S.Briskin i soavt. (1999) – 14,6-30,1%, Q.İ.Vorobğev i V.Z.Totikov (1993) – 30,9%, E.M.Moxov (2000) – 19,9% hallarda konservativ tədbirlərlə kəskin bağırsaq keçməməzliyinin ləğv edilməsinin mümkün olmasını təsdiq edirlər. Bizim kliniki müşahidələrimizdə (1998) konservativ müalicənin müsbət nəticəsi xəstələrin 31,5%-də qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, müxtəlif müəlliflərin klinik təcrübəsinə əsasən yoğun bağırsağın medikamentoz üsullarla dekompressiyası və kəskin bağırsaq keçməməzliyinin konservativ tədbirlərlə ləğvi xəstələrin 19,9-76%-də mümkün olur.

Konservativ tədbirlərin davam etdirilməsinin optimal müddəti də geniş diapazonda tərəddüd edir. Belə ki, müəlliflərin bir qrupu konservativ tədbirlərin 2-6 saat müddətində davam etdirilməsini məqsədəuyğun hesab edirlər, bəziləri isə bu müddəti hətta 48 saata qədər uzatmağı mümkün hesab edirlər (Q.D.Viləvin, 1986; V.M.Amelin i soavt, 1998). Q.V.Paxomova i soavt. (2000) fikrinə görə peritonit əlamətləri olmadığı təqdirdə, homeostaz sistemində baş vermiş metabolik pozğunluqları tənzim etmək, detoksikasion tədbirlər, irinli-septik ağırlaşmaların profilaktikası məqsədlə əməliyyatönu konservativ hazırlıq müddətinin 12-24 saat uzadılması mümkündür.

Yoğun bağırsağın konservativ dekompressiyasının əsas tədbirlərindən biri imalələrin olunmasıdır. İmalələr əvvəl təmizləyici rejimdə, sonra isə sifonlu icra olunur. Bu zaman mühüm şərtlərdən biri bağırsağa

vurulan və xaric olan mayenin miqdarına nəzarət edilməsidir. Vurulan maye yoğun bağırsağın genişlənmiş suprastenotik seqmentində depolaşaraq dilatasion (diastatik) cırılma törədə bilər. İmalənin müsbət effektinin meyarlarına aiddir: qarında ağrıların və meteorizmin tam aradan qaldırılması, nəcisin və qazların xaric olması. Qısa müddətli müsbət nəticə cərrahi arxayın etməməlidir, belə ki, keçməməzlik tezliklə residivləşir. Ona görə də köməkçi terapiya məqsədi ilə işlədici preparatlar təyin edilməli və imalələr təkrar olumalıdır. Müalicənin nəticələrini pisləşdirən cəhətlərdən biri odur ki, ahıl və qoca yaşlı xəstələr anal sfinkterin tonusunun zəif olması ilə əlaqədar imalə üçün vurulan mayeni lazımi qədər saxlaya bilmirlər.

Digər tərəfdən, təkrari imalələr yaşlı xəstələrdə tez-tez müşahidə olunan anal kanal xəstəliklərinin kəskinləşməsinə (anal çat, hemorroy və s.) və ağrı sindromuna səbəb olaraq, proseduranı «dözülməz» edir.

XX əsrin 80-cı illərində bir çox xarici müəlliflər obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı şiş strikturasından proksimal hissələrin endoskopik texnikanın (rektoskop və kolonoskop) köməyi ilə intubasiyasını və ya obturasiyaedici şişin elektro-, foto- və lazer koagulyasiyası üsulları ilə endoskopik rekanalizasiyasını, suprastenotik hissənin zond vasitəsi ilə lavajını və drenajını tətbiq etməklə, qeyri-cərrahi üsulla bağırsaq keçməməzliyinin ləğvinə cəhd göstərmişlər (V.İ.Pronin i soavt, 1987; P.Ondreyka i soavt..., 1983; E.Zillere i soavt..., 1983; M.Delvaux i soavt..., 1985).

Qeyd olunan üsul bəzi xəstələrdə əməliyyata hazırlıq kimi təklif olunduğu halda, yüksək risk qrupundan olan əməliyyatdan imtina edən və ya şişin gec stadiyalar ilə əlaqədar radikal əməliyyatın icrası qeyri-mümkün olan xəstələrdə yeganə taktika kimi təklif olunurdu. Lakin bu üsul texniki icrasının mürəkkəbliyinə və çoxsaylı ciddi ağırlaşmalara (bağırsağın perforasiyası, peritonit) görə geniş populyarlıq qazanmamışdır. Digər tərəfdən, şişin rekanalizasiyası üçün yeridilən zondlar və stentlər miqrasiya edir və asanlıqla yerini dəyişir.

Lakin buna baxmayaraq yapon müəllifləri öz publikasiyalarında yoğun bağırsağın endoskopik dekompressiyası haqqında daimi məlumat verirlər (Araki Y. i soavt..., 2000; Nozoe T ., 2001). Yoğun bağırsağın arinvaziv üsulla dekompressiyası MDB ölkələri koloproktoloqlarının I və Ümumrusiya koloproktoloqlarının III qurultaylarında müzakirə edilmiş və bəyənilmişdir (İhenko V.N. i soavt. 2009; 2011) Hazırda yoğun bağırsağın stentləndirilməsi koloproktologiyanın prioritet istiqamətlərindən biri kimi qiymətləndirilir (Ajavi A.İ., 2005; Battalov M.Ö. i soavt., 2005; Emelğənov S.İ. i soavt., 2005; Ürgəv M.İ. i soavt., 2012). Qeyd olunan müəlliflərin məlumatlarına görə stentləndirmə yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kəskin

əlamətlərini aradan qaldırmaqla radikal əməliyyatı (bağırsağın şişlə birlikdə rezensiyası) təxirə salmağa və birincili anastomozu daha optimal şəraitdə formalaşdırmağa imkan verir. Kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı yoğun bağırsağın arinvaziv (laparoskopik) üsulla dekompressiyası ənənəvi açıq əməliyyatlara alternativ üsul olmaqla yüksək əməliyyat riskli xəstələrin cərrahi müalicəsində optimal taktika kimi qiymətləndirilir. Beləliklə, hazırkı dövrə kimi şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin ləğv edilməsi məqsədi ilə aparılan konservativ tədbirlərin adekvat həcmi, optimal müddəti, medikamentoz müalicənin komponentləri və s. kimi mühüm məsələlər tam həll olunmamış qalır. Prinsipial əhəmiyyətli məsələlərdən biri də odur ki, bağırsaq keçməməzliyi bədxassəli şişin bağırsağın hər hansı seqmentində yerləşdiyi zaman baş verə bilər. Xərçəngin yoğun bağırsaqda lokalizasiya səviyyəsindən asılı olaraq kəskin bağırsaq keçməməzliyinin rastgəlmə tezliyi 1-ci cədvəldə göstərilmişdir.

**Şişin lokalizasiyasından asılı olaraq kəskin yoğun bağırsaq
keçməməzliyinin rastgəlmə tezliyi**

Cədvəl 1

Müəllif, tədqiqat dövrü və müşahidələrin sayı	Qalxan çən bər bağırmaq, %	Köndələn çən bər ba- ğırmaq, %	Enən çən bər bağırmaq, %	Siqmavari bağırmaq, %	Düz ba- ğırmaq, %
Александров Н.Н. и соавт. (1980), 226 xəstə	17,2	5,6	12,4	32,3	32,3
Алиев С.А. (1999), 486 xəstə (düz bağırmaq xərçəngi istisna olunur)	23,2	6,2	16,1	54,5	—
Брискин Б.С. и соавт. (1999), 404 xəstə (düz bağırmaq xərçəngi istisna olunur)	11,6	26,8	—	61,6	—
Зиневич В.Я. и соавт. (1991), 408 xəstə	18,8	8,3	17,1	41,9	11,2
Инояттов И.М. и соавт. (1991), 121 xəstə	10,7	11,6	5,9	67,7	4,1
Каланов Р.Г. и соавт. (1999), 348 xəstə	12,6	2,5	14,0	52,2	18,7
Тетлоев А.М. и соавт. (1990), 128 xəstə	22,6	1,56	13,2	33,5	28,9
Топузов Э.Г. и соавт. (1997), 251 xəstə (düz bağırmaq xərçəngi istisna olunur)	12,0	4,0	24,0	60,0	—
Шулутко А.М. и соавт. (2000), 242 xəstə (düz bağırmaq xərçəngi istisna olunur)	33,4	7,8	—	58,6	—

Yoğun bağırmağın sağ yarısının keçməməzliklə ağırlaşmış xərçəngi üçün xarakterikdir:

- KRX-in ümumi strukturunda 10-23,2% təşkil edir (Aliyev S.A., 1999; Xanəviç M.D. i soavt., 2003).
- Bağırmaq keçməməzliyi əlamətləri inkişaf edəndə qədər toksiko-anemik sindromla təzahür edir (zəiflik, subfebril hərarət, proqressivləşən anemiya).
- Duru konsistensiyalı möhtəviyyət, yoğun bağırmağın sağ yarısını mənfəzinin böyük diametrə malik olması ilə əlaqədar olaraq keçməməzlik uzun müddət inkişaf edən və böyük ölçülü şişlə törənir. Müstəsna hallarda kəskin bağırmaq keçməməzliyi ilə eosekal keçidin nisbətən kiçik ölçülü xərçəngi ilə törənir.
- Şişin uzun müddətli inkişafı çox vaxt bağırmaq keçməməzliyi baş verəndə dəyişmə və perifokal iltihab infiltratı ilə ağırlaşır. Ona görə də xəstələrin çoxu şişin perforasiyasına və nəcis peritonitinə görə əməliyyata məruz qalırlar.

- Kor- və qalxan çənbər bağırsağın şişləri çox vaxt «kəskin appendisit» əlamətləri ilə təzahür edir.
- Xəstəliyin nisbətən uzunmüddətli gedişi və yoğun bağırsağın sağ yarısının intensiv qan təchizatı xəstələrin əksəriyyətində bədxassəli prosesin yayılmasına, qaraciyərə metastazına və periton qışasının kanseromatozuna səbəb olur.
- Yoğun bağırsaq mənfəzinin kəskin daralması, suprastenotik hissələrin kiçik həcmdə olması, yoğun bağırsağın sağ yarısının möhtəviyyatının duru konsistensiyası çox vaxt xəstəliyin uzun müddət simptomuz gedişinə, xəstəliyin qəflətən başlanmasına və aşağı nazik bağırsaq keçməməzliyi əlamətlərinin inkişaf etməsinə səbəb olur.
- Yoğun bağırsağın post(sub)stenotik hissələrinin geniş həcmli olması və bağırsaq mənfəzinin şişlə kəskin stenozu konservativ müalicənin effektivliyinin aşağı olmasını təmin edir.
- Şiş rezektabel olduğu təqdirdə, hətta bağırsaq keçməməzliyinin de-kompensə olunmuş stadiyasında birmomentli sağtərəfli hemikolektomiya, ileotransverzoanastomozun formalaşdırılması, şiş qeyri-rezektabel olduqda isə ötürücü ileotrasverzo- və ya ileosiqmo-anastomozun qoyulması mümkündür.

Yoğun bağırsağın sol yarsısının şişləri üçün səciyyəvidir:

- Yoğun bağırsağın sol yarısının (hemikolon) şişləri düz bağırsağın yuxarı ampulyar hissəsi də daxil olmaqla, KRX-in 45-50%-ni təşkil edir (Xaneviç M.D. i soavt., 2003). Bizim müşahidələrimizdə (1999) xərçəngin soltərəfli lokalizasiyası 54,5% xəstədə olmuşdur.
- Yoğun bağırsağın bu hissəsində möhtəviyyatın sərt konsistensiyası və bağırsaq mənfəzinin nisbətən kiçik diametri, çox böyük ölçüsü olmayan, lakin sirkulyar (endofit) inkişaf edən şişlər tez bir zamanda keçməməzliyin inkişaf etməsinə səbəb olur. Endofit şişlər yoğun bağırsağın keçməməzliyin inkişaf etməsinə xərçənginin 50%-ni təşkil edir.
- Soltərəfli lokalizasiyalı şişlər zamanı praktiki olaraq bağırsağın mənfəzi tam stenozu uğramır. Hətta, dekompensə olunmuş formalı keçməməzliklə ağırlaşan şişlər zamanı, şiş stenozunun daxili diametri 1 sm-dən az olmur. Sübut olunmuşdur ki, keçməməzliyin dekompensasiyası şiş strikturunun daxili diametri 1,5 və 2,0 sm olduqda və böyük ölçülü, əyri daxili yolu (kanalı) olan və mürəkkəb relyefli şişlər zamanı baş verə bilər.

- Bu səbəblərə görə yoğun bağırsaq keçməməzliyi erkən baş verir. Şiş inkişaf etdikcə keçməməzliyin klinik əlamətləri proqressivləşir və xəstələrin 80-100%-də bədxassəli prosesin əsas simptomu kimi təzahür edir.
 - Şişin çox böyük ölçülü olmaması və bağırsaq keçməməzliyinin erkən inkişafı, hətta xəstəliyin dekompensasiya stadiyasında xəstələrin əksəriyyətində şişin yayılmamasını (uzaq metastazların olmamasını) və rezektabelliyini təmin edir.
 - Bədxassəli prosesin tədricən inkişafı stasionara daxil olan xəstələrdə bağırsaq keçməməzliyinin müxtəlif dərəcələrinin aşkar edilməsinə səbəb olur, yoğun bağırsağın suprastenotik (proksimal) hissələrinin böyük həcmdə olması isə keçməməzliyin dekompensasiyasının tədricən inkişaf etməsinə şərait yaradır.
 - Şiş rezektabel olduqda radikal cərrahi əməliyyat, yoğun bağırsağın kifayət qədər hazırlanmaması və tikişlərin çatmamazlığı təhlükəsi ilə əlaqədar olaraq birincili anastomozun formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılmamalıdır. Bu zaman cərrahi taktika radikal əməliyyatların müxtəlif növ dekompression kolostomiyalarla yekunlaşdırılan obstruktiv variantlarının (Hartman və Mikuliç əməliyyatları) tətbiq edilməsindən ibarət olmalıdır. Şiş qeyri-rezektabel və xəstənin vəziyyəti ağır olduqda, əməliyyatın həcmi palliativ (simptomatik) xarakter daşımali və dekompressiv kolostomiya ilə məhdudlaşdırılmalıdır.
- Düz bağırsağın xərçəngi üçün səciyyəvidir:
- Yoğun bağırsaq xərçənginin ümumi strukturunda düz bağırsağın xərçəngi 35-37% təşkil edir (Xaneviç M.D. i soavt., 2003).
 - Bağırsağın mənfəzinin geniş diametrli və nəcisin sərt konsistensiyalı olması şişin erkən travmatizasiyasına səbəb olur. Xəstəliyin klinik əlamətləri rektal qanaxma və düz bağırsaqdan seliynin xaric olması ilə təzahür edir. Anal kanalın xərçəngi üçün tez bir zamanda ağrı sindromunun və dözülməz qaşınmanın baş verməsi səciyyəvidir.
 - Dekompensasiya dərəcəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin əlamətləri, uzun müddət inkişaf edən və böyük ölçülü qarışıq formalı şişlər zamanı təzahür edir. Ona görə də bu zaman şiş bir qayda olaraq qeyri-rezektabel olur, çox vaxt uzaq metastazlar aşkar edilir. Anal kanalın şişlə obstruksiyası ilə əlaqədar olaraq imalə məqsədi ilə düz bağırsağa zondun yeridilməsi mümkün olmur. Adətən, xəstələr bağırsaq keçməməzliyinin subkompensasiya dərəcəsi ilə stasionara daxil olurlar. Yoğun bağırsağın

suprastenotik seqmentlərinin böyük həcmdə olması ilə əlaqədar olaraq, bağırsaq keçiriciliyinin dekompensasiya formalı pozulması tədricən inkişaf edir.

- Yoğun bağırsağın bu hissəsində (düz bağırsaq) radikal cərrahi əməliyyatları koloproktoloqlar icra etməlidirlər. Əməliyyat mütləq intraoperation hemotransfuziya fonunda yerinə yetirilməlidir. Düz bağırsaq xərçənginin rezektabelliynin həmişə şübhəli olduğunu nəzərə alaraq, əməliyyatın 2 mərhələdə aparılması məqsədəuyğundur: birinci mərhələdə periton boşluğunun təftişi, şişin rezektabelliynin qiymətləndirilməsi; ikinci mərhələdə cərrah-koloproktoloqlar tərəfindən radikal əməliyyatın icra edilməsi.

2.2. Yoğun bağırsağın şişləri zamanı bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının kliniki təsnifatı

Yoğun bağırsaqda şiş inkişaf etdikcə bağırsaq mənfəzinin obstruksiya dərəcəsindən asılı olaraq, keçməməzliyin müxtəlif klinik formaları təzahür edir. Ümumi profilili «təcili yardım» xəstəxanalarına adətən KRX-ın bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşan sub- və dekompensasiya olunmuş formaları ilə olan xəstələr daxil olurlar. İxtisaslaşmış koloproktoloji şöbələrdə müalicə olunan xəstələrdə isə yoğun bağırsaq keçməməzliyinin bütün klinik formaları (cüzi əlamətlərdən başlayaraq zəngin simptomlarla müşayiət olunan) aşkar edilir. Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının müxtəlifliyi və klinik təzahürünün dəyişkənliyi ilə əlaqədar olaraq uzun müddət bu qrup xəstələrə adekvat cərrahi taktikanın, əməliyyatın optimal həcmnin və vaxtının seçilməsi, əməliyyatönu hazırlığın xüsusiyyətləri və s. məsələlər həll olunmamış qalmışdır. Bu vəziyyət şübhəsiz cərrahi müalicənin nəticələrinə bilavasitə təsir göstərirdi. Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinə kliniki qiymət Rusiya Federasiyası Dövlət Elmi Koloproktoloji Mərkəzin (RF DEKPM) hazırladığı təsnifat əsasında verilmişdir (1994). Həmin təsnifat meyarlarının işlənilməsi G.Q.Topuzov (1995); V.N.Gktov (1995), V.M.Buənov i soavt. (1997) tərəfindən aparılan tədqiqatlarda davam etdirilmişdir. Təklif olunan bəzi klinik-instrumental meyarların qiymətləndirilməsi bir-birindən fərqlənsə də, yoğun bağırsaq keçməməzliyinin ağırlıq dərəcəsinə görə kompensasiya, subkompensasiya və dekompensasiya stadiyalarına bölünməsi koloproktoloq və cərrahlar tərəfindən artıq ümumi qəbul olunmuş təsnifatdır. Qeyd olunan təsnifatın əsas üstünlüyü və praktik əhəmiyyəti ondan ibarətdir ki, göstərilən klinik meyarlar yoğun bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının bütün formalarını və şişin inkişafından asılı olaraq, bağırsaq keçməməzliyinin progressivləşmə prosesini (dinamikasını) əks etdirir.

Qeyd etmək lazımdır ki, klinik simptomların zənginliyi bədxassəli şişin lokalizasiya səviyyəsindən çox asılıdır. Belə ki, yoğun bağırsağın sol yarısının və düz bağırsağın xərçəngi üçün bağırsaq keçməməzliyinin bütün formalarının ardıcıl inkişafı və klinik əlamətlərin tədricən artması səciyyəvidir.

Yoğun bağırsağın sağ yarısında möhtəviyyat nisbətən düzü konsistensiyalı olduğuna görə, sağtərəfli lokalizasiyalı şişlər üçün bağırsaq keçməməzliyinin gizli (tədricən) gedişi xarakterikdir. Xəstəliyin dekompensasiyası çox vaxt xəstənin vəziyyətinin nisbətən kafi olduğu şəraitdə, şişin böyük ölçülərə çatması ilə əlaqədar olaraq, bağırsaq mənfəzinin kəskin daralması zamanı baş verir.

RF DEKPM-nın hazırladığı təsnifata görə şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin 3 dərəcəsi ayırd edilir: I dərəcə – kompensə olunmuş formaya; II dərəcə – subkompensasiya; III dərəcə – dekompensasiya formasına uyğundur (V.D.Fedorov i soavt., 1994). Lakin bəzi müəlliflərin fikrinə görə (M.D.Xaneviç i soavt., 2003) yoğun bağırsağın divarının dəyişikliklərinin təklif olunmuş kompensasiya stadiyaları (kompensasiya, subkompensasiya və dekompensasiya) RF DEKPM-ın təsnifat stadiyalarına tam uyğun deyildir.

Ədəbiyyat məlumatlarının təhlilinə əsasən (M.D.Xaneviç i soavt., 2003) yoğun bağırsaq keçməməzliyinin aşağıdakı klinik təsnifatını təklif etmişlər:

1. Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin kompensasiya olunmuş pozulması.
2. Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin subkompensasiya olunmuş pozulması.
3. Yoğun bağırsağın keçiriciliyinin dekompensasiya olunmuş pozulması: a) kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin yüngül dərəcəsi; b) kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin orta dərəcəsi; v) kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin ağır dərəcəsi.

Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının kompensasiya forması, planlı qaydada əməliyyata məruz qalan xəstələrin 16,3%-də aşkar edilir. Biz öz tədqiqatlarımızda kompensasiya formalarına yalnız planlı əməliyyat icra edilən xəstələri deyil, yoğun bağırsaq keçməməzliyinin klinik əlamətlərindən və konservativ tədbirlərin effektivliyinin nəticələrindən asılı olaraq təcili əməliyyat icra olunmayan xəstələri də aid etmişik. Ona görə də bizim məlumatlarımıza əsasən bu göstərici daha yüksəkdir – 46,4%. Xəstəliyin kompensasiya formasına yoğun bağırsağın xərçəngi üçün fon xəstəliyi hesab edilən adəti (xronik) qəbizliyin olması səciyyəvidir. Xəstələrdə qəbizlik 2-3 gün davam edir, lakin qarında köp müşahidə olunmur. Qəbizliyi xəstələr işlədici preparatların qəbulu və pəhriz ilə

tənzim edirlər. Xəstələrin ümumi vəziyyəti adətən kafi olur, zəiflik kəskin nəzərə çarpmır. Endogen intoksikasiya əlamətləri qeyd olunmur. Vaxtaşırı «abdominal diskomfort» əlamətləri müşahidə oluna bilər. Qarının palpasiyası zamanı yoğun bağırsağın genişlənməsi və meteorizm təyin oluna bilər. Kolonoskopiya zamanı (kolonoskopun diametri – 12 mm) yoğun bağırsağın tam vizualizasiyası mümkündür (o cümlədən prestenotik şöbələr). Qarının icmal rentgenoqrafiyası zamanı yoğun bağırsaqda spesifik dəyişikliklər olmaya da bilər. Bu zaman bağırsağın diametri 4-5 sm-dən çox olur. Xəstələrin 25%-də bağırsaqların pnevmatozu təyin edilir. İrriqoskopiya zamanı şiş strikturunun daxili diametrinin 15 mm-dən artıq olması müəyyən edilir. Yoğun bağırsaq divarının morfoloji müayinəsi zamanı suprastenotik şöbələrdə spesifik dəyişikliklər aşkar olunmaya bilər. Yalnız əzələ təbəqəsinin mülayim dərəcədə hipertrofiyası və bağırsaq divarının ödemi qeyd olunur.

Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin kompensasiya olunmuş pozulmasının əsas xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının «ənənəvi» üsulları tam (dolğun) istifadə edildikdə və şiş operabel olduqda yoğun bağırsağın rezeksiyasının yerinə yetirilməsi və birincili anastomozun qoyulması həmişə mümkündür. Cərrahi əməliyyatlar bu qrup xəstələrə stasionara daxil olduqdan 8-15 gün sonra keyfiyyətli əməliyyat-önü müayinələrdən və hazırlıqdan sonra icra olunur.

Subkompensasiya formalı yoğun bağırsaq pasajının pozulması planlı əməliyyat icra olunan xəstələrin 78,7%-də qeyd olunur. Bizim tədqiqatlarımızda bu forma 25,1% təşkil etmişdir. Bu forma üçün xəstəliyin klinik mənzərəsində davamlı qəbizlik (3-5 gün), qarının köpməsi əsas yer tutur. Qəbizlik fonunda qarında ağrılar, ürək bulanma və qusma müşahidə olunur. Xəstələr ümumi zəiflikdən və iştahanın pis olmasından şikayət edirlər. Daimi əlamətlərdən biri də qarında diskomfort hissinin olmasıdır. Xəstələrdə endogen intoksikasiya əlamətləri ola bilər. Qəbizliklə əlaqədar olaraq qarının köpməsi qeyd olunur. Əksər hallarda nəcis kütlələri ilə dolmuş presuprastenotik yoğun bağırsaq ilgəyini palpasiya etmək mümkün olur. Auskultasiya zamanı güclənmiş peristaltika eşidilir. Kolonoskopiya zamanı yoğun bağırsağın prestenotik sahəsini vizualizasiya etmək olur. Endoskopun obstruksiya zonasından yuxarı yeridilməsi mümkün deyildir. Qarının icmal rentgenoqrafiyası zamanı xəstələrin 50%-dən çoxunda bağırsaqların pnevmatizasiyası və yoğun bağırsağın «yuva» şəkilli kölgəliyi aşkar edilir. Yoğun bağırsağın diametri 6 sm-ə qədər genişlənə bilər. İrriqoskopiya zamanı şiş strikturunun daxili diametri 1,5 sm təşkil edir. Böyük ölçülü və çox vaxt əllənən şişlərdə (dm \approx 8-12 cm) subkompensasi-

ya olunmuş keçiricilik pozğunluğuna şiş strikturunun daxili diametri 1,5-2,0 sm olduqda da rast gəlmək olur. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələrin bir hissəsi məhdud pəhrizlə uzun müddət subkompensasiya vəziyyətini saxlaya bilər.

Bağırsaq divarının prestenotik zonada morfoloji tədqiqi zamanı bağırsaq divarının bütün strukturlarının doluqanlılığı, ödemi, hipertoniya, distrofiya, koylositlərin (epitel hüceyrələrinin) deskvamasiyası, mülayim infiltrasiya aşkar edilir. Qeyd etmək lazımdır ki, subkompensasiya formasında göstərilən dəyişikliklər bağırsağın gətirici seqmentinin divarında şişin görünən sərhəddindən 10-15 sm məsafədə təyin olunur. Ona görə də radikal əməliyyatları yerinə yetirərkən, rezeksiyanın sərhəddinin proksimal istiqamətdə bir qədər genişləndirilməsi yoğun bağırsaq anastomozunu morfoloji dəyişikliklər olmayan hissədə formalaşdırmağa imkan verir.

Yoğun bağırsağın keçiriciliyinin subkompensasiya formada pozğunluğunun əsas xüsusiyyəti odur ki, yoğun bağırsağın «ənənəvi» üsullarla əməliyyata hazırlanması praktik olaraq həmişə effektiv (keyfiyyətsiz) olur. Bu isə birincili yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılmasını riskli və bəzən qeyri-mümkün edir.

Dekompensasiyalı formada keçiriciliyin pozulması – kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi kimi qiymətləndirilir. Planlı qaydada əməliyyat olunan xəstələr arasında bu forma 5,2% təşkil edir. Bizim klinik müşahidələrimizdə bu forma 28,5% olmuşdur.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələrin əksəriyyəti təxirəsalınmaz və ya təcili qaydada əməliyyat olunurlar. Ümumi cərrahi profilli «təcili yardım» tipli xəstəxanalara yoğun bağırsaq xərçəngi ilə daxil olan xəstələrdə yoğun bağırsaq keçməməzliyi 86% təşkil edir. Bağırsaq keçməməzliyinin dekompenasiyasının inkişaf etməsində pəhrizin pozulması, çoxlu miqdarda hüceyrə tərkibli qidaların qəbulu mühüm rol oynayır.

M.D.Xaneviç i soavt. (2003) kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin 3 stadiyasının ayırd edilməsini məqsəduyğun hesab edirlər.

I (başlangıç) stadiya – yoğun bağırsaq keçməməzliyinin yüngül dərəcəsi, təcili göstərişlərlə xəstəxanaya daxil olan xəstələrdə bağırsaq keçməməzliyinin 20-25%-ni təşkil edir. Bağırsaq keçməməzliyinin bu forması nəcisin 1-2 və 3 günədək xaric olmaması ilə səciyyələnir. Qazların tam xaric olmaması nadir hallarda müşahidə olunur. Çox vaxt xəstələr qazların pis xaric olmasından şikayət edirlər. Qarında ağrılar daimi göynədici xarakterdə olur. Bəzi hallarda sancı şəklində ağrı epizodları müşahidə

olunur. Xarakter əlamətlərə ürəkbulanma, reflektor xarakterli bir və ya iki dəfə qusma aiddir. Çox vaxt xəstələrin vəziyyəti kafi olur. Yoğun bağırsağın dolması nəticəsində qarın zəif dərəcədə köpür. Palpasiya zamanı yoğun bağırsağın genişlənmiş hissəsi əllənin. Çox vaxt bağırsağın nəcislə dolmuş prestenotik hissəsi təyin olunur. Qarının zəif dərəcədə köp olması şişə palpasiya etməyə imkan verir. Auskultasiya zamanı genişlənmiş bağırsaq ilgəyi üzərində güclənmiş peristaltika eşidilir. Kolonoskopiya zamanı müayinə yalnız şiş səviyyəsinə qədər mümkündür. İcmal rentgenoqrafiya zamanı yoğun bağırsağın pnevmatozu, 6-8 sm-ə qədər genişlənməsi aşkar edilir.

İrriqoskopiya zamanı kontrast maddə bağırsağın şişlə daralmış hissəsindən keçmir. Lakin yoğun bağırsağın mənfəzinin şişlə tam obstruksiyası baş vermir. Bağırsaq mənfəzinin 1 sm-dən az daralması yoğun bağırsağın sağ yarısının şişləri üçün səciyyəvidir. Yoğun bağırsağın sol yarısının şişlə strikturu 1,0-1,5 sm təşkil edə bilər. Yoğun bağırsaq divarının morfoloji dəyişiklikləri üçün ödem, qan durğunluğu, hipertrofiya və bağırsağın divarının bütün təbəqələrinin infiltrasiyası səciyyəvidir. Xov epitelinin zirvəsində nekroz ocaqları müşahidə oluna bilər. Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin başlanğıc stadiyasının əsas xüsusiyyəti odur ki, əksər xəstələrdə konservativ tədbirlər kompleksi keçməməzliyi ləğv etməyə və planlı qaydada cərrahi əməliyyatları yerinə yetirməyə imkan verir.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin orta dərəcəli forması (II stadium) üçün yoğun bağırsaq keçməməzliyinin zəngin klinik mənzərəsi səciyyəvidir. Nəcisin xaric olmaması nisbətən uzun müddətlidir, 3-5 gün təşkil edir. Xəstələrdə həm nəcisin, həm də qazların xaric olması ləngiyir. Qarında ağrılar sancılı xarakterlidir. Daimi ürəkbulanma və qusma refleksi xəstələri çox narahat edir. Xəstələrin vəziyyəti çox vaxt orta ağırlıqda olur. Endogen intoksikasiya artır. Qarın köpür, peritonun zəif nəzərə çarpan qıcıqlanma simptomları aşkar edilir. Auskultativ olaraq peristaltikanın güclənməsi fonunda «metallik küy» fenomeni, «ləpələnmə» simptomu təyin olunur. Qarının icmal rentgenoqrafiyası zamanı yoğun bağırsağın diametri 8-10 sm-ə çatır, aydın maye səviyyələri (Kloyber kasacıqları) təyin olunur.

Bağırsaq divarının morfoloji dəyişiklikləri selikaltı və əzələ qışalarında mikrosirkulyasiyanın pozulması, xov epitelində infiltrasiyanın və ocaqlı nekrozların proqressivləşməsi ilə səciyyələnir. Bu qrup xəstələrdə konservativ tədbirlərlə bağırsaq keçməməzliyinin ləğvinə göstərilən cəhd çox vaxt effektiv olmur. Qısamüddətli əməliyyatı hazırlıqdan, su-elektrolit mübadiləsinin adekvat tənzimindən sonra xəstələrə cərrahi

əməliyyat yerinə yetirilir. Şiş operabel olduğu təqdirdə radikal əməliyyat mümkündür.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin ağır dərəcəsi (III stadiya) xəstəliyin gecikmiş stadiyasını əks etdirir. Bu zaman patoloji prosesə nazik bağırsaq da cəlb olunur. Yoğun bağırsaq mikroflorasının kontaminasiyası və nazik bağırsağın divarından qan dövrəsinə və periton boşluğuna translokasiyası baş verir. Proqressivləşən peritonit fonunda enteral çatmamazlıq sindromu inkişaf edir. Bağırsaq mənfəzinin durğun möhtəviyyatla genişlənməsi yoğun bağırsağın proksimal (suprastenotik) hissələrinin divarında ağır hemodinamik pozğunluqlara və bununla əlaqədar bağırsaq divarının diastatik perforasiyasına səbəb ola bilər. Diastatik perforasiya ən çox yoğun bağırsağın sağ yarısında lokalizasiya edir (kor bağırsaq, qalxan və köndələn çənbər bağırsaq). Xəstələrin vəziyyəti ağır olur. Kəskin nəzərə çarpan endogen intoksikasiya qeyd olunur. Ağrılar daimi xarakter daşıyır. Tez-tez xəstələri təkrari qusma narahat edir. Qarın kəskin dərəcədə köpür, palpasiya zamanı ağrılı olur və peritonun qıcıqlanma simptomları aşkar edilir. Auskultasiyada peristaltik küylər eşidilmir, «ləpəldöyən» küyü eşidilir.

Qarın boşluğunun rentgenoloji müayinəsi zamanı kəskin pnevmatoz fonunda həm nazik, həm də yoğun bağırsaq ilgəklərində maye səviyyələri təyin edilir. Yoğun bağırsağın diametri 10-12 sm və daha çox genişlənə bilər.

Bağırsaq divarının prestenotik hissədə morfoloji dəyişiklikləri nəinki xov epitelinin nekrozu, həmçinin kriptin nekrozu və onun qoparaq xoranın – (xoralı nekrotik kolit) əmələ gəlməsi ilə səciyyələnir. Bağırsağın əzələ qişasının dağılması proqressivləşir, sinir qanqlilərinin distrofiyası və atrofiyası baş verir. Bağırsaq divarının bütün təbəqələrinin (o cümlədən seroz qişasının) diffuz infiltrasiyası baş verir. Bağırsağın səthi qansızma ocaqları və fibrin ərplərlə örtülür. Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin bu stadiyasının əsas xüsusiyyəti əməliyyat növünün (üsulunun) seçilməsinin mürəkkəbliyidir. Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı radikal əməliyyatı yerinə yetirməyə imkan vermir. Əksər hallarda dekompressiv kolostoma formalaşdırmaqla, əməliyyatdaxili olaraq nazik və yoğun bağırsağın möhtəviyyatı evakuasiya edilir. Müalicə tədbirlərinin əsas komponentini keyfiyyətli əməliyyatı hazırlıq məqsədi ilə hemodinamik göstəricilərin yaxşılaşdırılması və su-elektrolit, zülal balansının tənzimi təşkil edir.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı xəstənin vəziyyətinin ağırlığının SAPS (Simplified Acute Physiology Score) şkalası ilə qiymətləndirilməsi

Cədvəl 2

Parametr-lər	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Xəstənin yaşı	–	–	–	–	<45	46-55	56-65	66-75	>75
PS	> 180	140-179	110-139	–	70-109	–	55-69	40-54	<40
Sistolik AT	> 190	–	150-189	–	80-149	–	55-79	–	<55
Hərərət, C°	> 41	39,0-40,0	–	38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Tənəffüs tezliyi	> 50	35-49	–	25-34	12-24	10-11	6-9	–	<6
ASV	–	–	–	–	–	–	–	YES	–
Sutkalıq diurez	–	–	> 50	3,5-4,99	0,7-3,49	–	0,5-0,69	0,2-0,49	<0,2
Sidik cövhəri	> 55,5	36-54,9	29,0-35,9	7,5-28,9	3,5-7,4	< 3,5	–	–	–
Hematokrit	> 60,0	–	50,0-59,9	46,0-49,9	30-45,9	–	20,0-29,9	–	<20
Leykositlər	> 40,0	–	20,0-39,9	15,0-19,9	3,0-14,9	–	1,0-2,9	–	<1,0
Qlükoza	> 44,5	27,8-44,4	–	14,0-27,7	3,9-13,9	–	2,8-3,8	1,6-2,7	<1,6
Kalium	> 7,0	6,0-6,9	–	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,8-2,9	–	<2,5
Natrium	> 180	160-179	156-160	151-155	130-150	–	120-129	110-119	<110
HCO	–	>40,0	–	30,0-39,9	10-12	12-29,9	–	5,0-9,9	<50
Koma (Qlazqo)	–	–	–	–	13-15	10-12	7-9	4-6	3

Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin ağırlıq dərəcəsini təyin etmək məqsədi ilə bəzi müəlliflər xəstələrin vəziyyətini klinik qiymətləndirməkdən əlavə, beynəlxalq meyarlardan istifadə etməklə integral şkala sistemlərini – SAPS, POSSUM təklif etmişlər (V.N.Gktov, 1995; S.S.Maskin i soavt., 1997). Həmin müəlliflərin fikrinə görə qeyd olunan integral göstəricilər konkret klinik şəraitdə optimal əməliyyat növünün seçilməsini daha düzgün və obyektiv əsaslandırmağa imkan verir. SAPS şkalasının meyarları 2-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə xəstənin vəziyyətini SAPS şkalası ilə qiymətləndirərkən, klinik əlamətlərə uyğun göstəricilərin (balların) cəmi hesablanır. Bal qiymətləndirilməsinə müvafiq olaraq xəstələr 3 qrupa bölünür: I (yüngül ağırlıq dərəcəsi) – 0-3,9 bal; II (orta ağırlıq dərəcəsi) – 3,9-7,8 bal, III (ağır dərəcə) – 7,8-10,4bal və daha çox. Bu qrup xəstələrə hətta texniki çətinlik olmadıqda birincili – radikal əməliyyatların yerinə yetirilməsi yüksək letallıqla müşayiət olunur. Bu xəstələrə cərrahi müalicənin 2 mərhələdə aparılması məqsədəuyğundur. Bu zaman birinci mərhələdə dekompression kolostoma formalaşdırılır.

SAPS şkalasına uyğun olan I qrup xəstələr bağırsaq keçməməzliyinin kəskin stadiyasında radikal əməliyyatları yaxşı keçirilər; II qrup xəstələr isə əməliyyatı intensiv terapiya kifayət həcmdə olmadıqda və əməliyyatın texniki mürəkkəbliyi şəraitində radikal əməliyyatları pis keçirirlər. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, əksər xəstələrdə operativ müalicənin nəticəsi cərrahın təcrübəsindən, peşə hazırlığından, eləcə də yanaşı xəstəliklərdən və xəstənin somatik statusunun «təqvim» yaş göstəricisindən deyil, bioloji yaş xüsusiyyətindən asılıdır.

2.3. Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələrin müalicəsinin təhlili

Monoqrafiyada 1978-2010-cu illər ərzində klinikaya daxil olmuş 568 xəstədə yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmış KRX-nin müalicəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Yoğun bağırsaq xərçənginin lokalizasiyasına görə xəstələrin illərə müvafiq təhlili 4-cü cədvəldə göstərilmişdir. Xəstələrin 532-i (93,7%) müxtəlif həcmli cərrahi əməliyyatlara məruz qalmışdır.

Çənbər bağırsağın xərçənginin kliniki stadiyasını B .Y.Peterson və N.N.Bloxinin (1979) hazırladığı təsnifat meyarlarına, bədxassəli şişlərin müalicəsinə dair metodik məsləhətlərə (1985) uyğun və eləcə də TNM sistemi üzrə təyin etmişik. 532 xəstənin 219 (41,2%)-da xərçəngin III^a stadiyası (T₄N₀M₀), 147 (27,4%)-də III^b stadiyası (T₁ – 4 N₁M₀), 166 (31,2%) də IV stadiyası (T₁- 4N₁M₁) aşkar edilmişdir. Şiş toxumasının hüceyrə strukturu endobiopsiya materiallarının və əməliyyat preparatlarının histoloji müayinəsinə əsasən öyrənilmişdir. Çənbər bağırsağın xərçənginin histoloji xarakteristikası 3-cü cədvəldə göstərilmişdir.

Çənbər bağırsağın xərçənginin histoloji xarakteristikası

Cədvəl 3

XƏRÇƏNGİN MORFOLOJİ FORMASI		XƏSTƏLƏRİN SAYI
Adenokarsinoma	Yüksək differensə olunmuş	117
	Orta differensə olunmuş	89
	Aşağı differensə olunmuş	96
Üzüybənzər hüceyrə formalı xərçəng		23
Yastı hüceyrəli xərçəng		16

Solid xərçəng	7
Cəmi:	348

Öz təcrübəmizdə yoğun bağırsaq mənfəzinin şişlə obstruksiya dərəcəsindən asılı olaraq bağırsaq keçməməzliyinin G.Q.Topuzov (1986) tərəfindən təklif olunmuş klinik təsnifatından istifadə etmişik. Bu təsnifat digər təsnifat kateqoriyalarına nisbətən praktik tələblərə daha düzgün cavab verir. Həmin təsnifata əsasən yoğun bağırsaq keçməməzliyinin 3 forması (dərəcəsi) ayırd edilir:

1. Kompensə olunmuş dərəcə.
2. Subkompensə olunmuş dərəcə.
3. Dekompensə olunmuş dərəcə.

Yoğun bağırsaq xərcənginin lokalizasiyası görə xəstələrin təhlili (illərə görə)

Cədvəl 4

Şişin lokalizasiyası	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Cəmi	
Kor bağırsaq	2	-	1	2	-	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	62
Qəlxan çəntər bağırsaq	-	1	-	1	1	-	1	-	1	-	2	-	2	2	-	2	-	3	3	2	4	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	2	1	-	31
Çəntər bağırsaq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Çəntər bağırsaq	-	-	1	1	1	-	-	1	-	1	-	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	1	-	27
qaracıyar ayrılığı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kondalan çəntər bağırsaq	-	2	2	1	-	2	3	2	3	3	-	1	-	-	1	-	1	2	1	1	-	1	-	2	-	-	1	1	2	1	1	2	1	36	
Çəntər bağırsağı n dalaq ayrılığı	1	-	1	2	1	1	1	2	2	3	1	-	2	-	-	2	1	-	1	2	-	4	1	2	3	1	1	2	1	3	2	2	3	48	
İnan çəntər bağırsaq	-	-	1	1	-	1	-	1	-	2	2	3	2	2	-	1	1	1	1	-	2	1	2	1	-	1	2	2	-	-	-	1	1	32	
Sıxımavari bağırsaq	3	6	4	9	13	8	11	13	10	11	6	9	5	8	6	9	10	7	5	6	5	7	6	6	8	9	6	6	7	5	6	6	7	243	
Rektosigmoid hissə	2	1	2	2	1	2	3	3	3	2	1	1	3	1	1	2	2	2	2	1	-	-	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	53	
Comi:	8	10	12	19	17	20	25	21	26	12	19	17	14	14	20	19	18	16	14	15	15	13	16	15	14	15	16	12	15	16	17	15	532		

Qeyd olunan təsnifata N.N.Aleksandrov i soavt. (1980) tərəfindən təklif olunan yarımkəskin və kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi uyğun gəlir. RFDKPEM-nin hazırladığı təsnifata əsasən I dərəcəli yoğun bağırsaq keçməməzliyi kompensə olunmuş, II dərəcəli keçməməzlik subkompensə olunmuş, III dərəcəli keçməməzlik – dekompensə olunmuş formaya müvafiqdir.

5-ci cədvəldə xəstələrin yaş və cins tərkibi əks etdirilmişdir.

**Yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmış KRX-lə olan
xəstələrin
yaş və cinsə görə səciyyələndirilməsi**

Cədvəl 5

XƏSTƏLƏRİN YAŞI	KİŞİLƏR	QADINLAR	CƏMİ
20-44	31 (5,8%)	42 (7,9%)	73 (13,7%)
45-59	63 (11,8%)	104 (19,6%)	167 (31,4%)
60-74	94 (17,7)	133 (25%)	227 (42,7%)
75-dən yuxarı	27 (5,1%)	38 (7,1%)	65 (12,2%)
Yekun	215 (40,4%)	317 (59,%)	532 (100%)

Cədvəldən göründüyü kimi, xəstələrin 54,9%-ni (292) ahlı və qoca yaşlı xəstələr təşkil etmişlər. Bu qrupda müxtəlif ümumi somatik xəstəlik 253 xəstədə aşkar edilmişdir (cədvəl 6). Bu isə həmin xəstələrin 87,5%-ni, xəstələrin ümumi sayının 47,5%-ni təşkil etmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, əksər klinik müşahidələrimizdə digər ümumi şərtlər daxilində cərrahi taktikanın və əməliyyat növünün seçilməsinə yanaşı (somatik) xəstəliklər ciddi təsir göstərmişdir. Ürək-damar və tənəffüs sisteminin dekompensasiya olunmuş xəstəlikləri ölümün səbəbləri içərisində əsas yerlərdən birini tutmuşdur.

Xərçəngin yoğun bağırsaqda lokalizasiya səviyyəsindən asılı olaraq bağırsaq keçməməzliyinin kliniki təzahürü və homeostaz sistemində baş verən metabolik pozğunluqlar müxtəlif olmuşdur.

Şişin yoğun bağırsaqda yerləşmə səviyyəsindən asılı olaraq xəstələrin təhlili 7-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Şiş mənşəli kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələrdə yanaşı xəstəliklər

Cədvəl 6

XƏSTƏLİKLƏRİN NOZOLOJİ FORMALARI	XƏSTƏLƏRİN SAYI	
	mütləq sayı	%
I. Ürək-damar sistemi:		
1. Ürəyin işemik xəstəliyi:	36	142
a) Qeyri-stabil stenokardiya	1	
b) Gərginlik stenokardiyası	8	
d) İnfarktdan sonrakı kardioskleroz	1	
e) Aterosklerotik kardioskleroz	26	
2. Hipertoniya xəstəliyi (1-3-cü stadiya)	54	21,3
3. Səyirici aritmiya	9	3,6
4. Qan dövrəsinin pozulması (1-2-ci stadiya)	5	1,9
5. Sistem (universal) ateroskleroza:	12	4,7
a) Aşağı ətraf arteriyalarının obliterasiyaedici ateroskleroza	4	
b) Beyin damarlarının ateroskleroza	8	
6. Aşağı ətraf venalarının varikoz xəstəliyi	20	7,9
II. Tənəffüs sistemi:	41	16,2
1. Xronik bronxit	16	
2. Diffuz pnevmoskleroz	11	
3. Ağciyərlərin emfizeması	14	
Həzm sisteminin xəstəlikləri:		
1. Eroziv qastrit	7	2,8
2. Xronik aktiv hepatit, sirroz	5	1,9
IV. Endokrin sisteminin xəstəlikləri:	34	1,3
1. Şəkərli diabet 1-2 tip (subkompensasiya stadiyası)	30	
2. Konstitusional-degenerativ piylənmə (1 dərəcə)	3	
3. Qarışıq ur	1	
IV. Anemiya:	23	9
1. Hemoqlobin 101-119 q/l	12	
2. Hemoqlobin 81-100 q/l	7	
3. Hemoqlobin 80 q/l və aşağı	54	
VII. Sidik-ifrazat və cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri:	7	2,8
1. Prostat vəzinin adenoması	3	
2. Xronik prostatit	1	

3.	Xronik pielonefrit	3	
	Cəmi	253	87,6

Bizim klinik müşahidələrimiz göstərir ki, 178 xəstədə (33,5%) kəskin bağırsaq keçməməzliyi yoğun bağırsaq xərçənginin ilk klinik əlaməti kimi təzahür etmişdir. Anamnestik məlumatların və xəstəliyin kliniki semiotikasının təhlili göstərir ki, 446 (83,8%) xəstədə yoğun bağırsaq xərçənginin erkən əlamətləri mədə-bağırsaq traktının funksional pozğunluğunu əks etdirən simptomokomplekslə (qarında ağrılar, köp, ürəkbulanma, gəyirmə, yoğun bağırsağın təbii passajının pozulması – qəbizlik, ishal və s.), düz bağırsaqdan patoloji ifrazatın (qan, selik) xaric olması, bəzən qarında şişin əllənməsi, anemiya, arıqlama, xərçəngin orqanizmə toksiki təsirinin ümumi əlamətləri ilə özünü büruzə vermişdir. Bu qrupda mədə-bağırsaq traktının funksional pozğunluğu 328 (73,5%) xəstədə, defekasiyanın pozulması – 343 (76,7%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Siqmayabənzər bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ -nin və rektosiqmoid hissənin xərçənginin ilk əlamətləri 56 xəstədə tenezlərlə təzahür etmişdir. Düz bağırsaqdan patoloji (qanlı-selikli) ifrazatın xaric olması 118 (26,4%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Bu əlamət xüsusilə yoğun bağırsağın sol yarısının xərçəngi zamanı müşahidə edilmişdir – 98 (83%) xəstədə.

Yoğun bağırsaq xərçənginin lokalizasiyasından asılı olaraq xəstələrin təhlili

Cədvəl 7

ŞİŞİN LOKALİZESİYASI	YOĞUN BAĞIRSAQ KEÇMƏMƏZLİYİ İLƏ XƏSTƏLƏRİN SAYI (532)	
	mütləq	%
Kor bağırsaq	62	11,6
Qalxan çənbər bağırsaq	31	5,8
Qaraciyər ayrılığı	27	5
Yoğun bağırsağın sağ yarısı	120	22,5
Köndələn çənbər bağırsaq	36	6,8
Dalaq ayrılığı	48	9
Enən çənbər bağırsaq	32	6
Siqnavari bağırsaq	243	45,7
Rektosiqmoid hissə	53	9,9
Yoğun bağırsağın sol yarısı	376	70,7
Cəmi	532	100

Blastomatoz prosesinin orqanizmə ümumi toksiki təsiri ilə əlaqədar inkişaf edən zəiflik 167 (31,4%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Bu zaman 92 (76,6%) xəstədə yoğun bağırsağın sağ, 128 (34%) xəstədə isə sol yarısının şişi aşkar edilmişdir. Bədən çəkisinin azalması 148 (27,8%) anemiya 283 (53,2%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Qarın boşluğunda şişin əllənməsi 532 xəstənin 41 (7,8%)-də qeyd olunmuşdur. Bu zaman şiş 20 xəstədə yoğun bağırsağın sağ yarısında, 8 xəstədə köndələn çənbər bağırsaqda, 13 xəstədə isə yoğun bağırsağın sol yarısında aşkar edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, yoğun bağırsaq xərçənginin erkən əlamətlərinin tezliyi bədxassəli şişin lokalizasiyasından, inkişaf xüsusiyyətindən, xəstəliyin stadiyasından çox asılıdır. Digər tərəfdən, xəstədə əllənən şişin aşkar edilməsi heç də həmişə bədxassəli prosesin gecikmiş stadiyasını əks etdirmir və biz öz təcrübəmizdə bu xəstələrin bir hissəsinin vəziyyətini operabel hesab etmişik. Bizim klinik müşahidələrimizə əsasən şişin əllənməsi ekzofit inkişaf edən və gec metastaz verən xərçəng üçün səciyyəvidir.

Şübhəsiz ki, şişin əllənməsinə eləcə də qarın divarının dərialtı piy təbəqəsinin inkişaf dərəcəsi, xəstədə kəskin bağırsaq keçməməzliyinin, periton boşluğunda birləşmə prosesinin olub-olmaması, bədxassəli prosesin lokalizasiyası, palpasiya metodikası və s. amillər də təsir göstərir. Qeyd etmək lazımdır ki, qarın boşluğunda şişin əllənməsi obturasion bağırsaq keçməməzliyinin kompensasiya forması (dərəcəsi) zamanı mümkün olmuşdur. Xərçəngin yoğun bağırsaqda lokalizasiyasından asılı olaraq qarın boşluğunda şişin əllənməsinin tezliyi 8-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Xərçəngin yoğun bağırsaqda lokalizasiyasından asılı olaraq qarın boşluğunda şişin əllənməsinin tezliyi

Cədvəl 8

ŞİŞİN LOKALİZASIYASI	XƏSTƏLƏRİN SAYI	ŞİŞİ ƏLLƏNƏN XƏSTƏLƏRİN SAYI
Kor bağırsaq	62	13
Qalxan çənbər bağırsaq	31	6
Qaraciyər ayrılığı	27	1
Köndələn çənbər bağırsaq	36	8
Dalaq ayrılığı	48	-
Enən çənbər bağırsaq	32	3

Siqmayabənzər bağırsaq	243	9
Rektosiqmoid hissə	53	1
Cəmi	532	41

Yoğun bağırsağın şiş mənşəli keçməməzliyi zamanı klinik əlamətlər, xərcəngin orqanizmə toksiki təsiri ilə əlaqədar inkişaf edən endogen intoksikasiya və spesifik simptomlara görə qeyri-şiş mənşəli keçməməzlikdən fərqlənir. Bu, xüsusilə yoğun bağırsağın sağ yarısının şişləri üçün səciyyəvidir. Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin klinikasında daimi və əsas simptomlardan biri ağrı sindromudur. Müxtəlif intensivlikdə ağrı bizim kliniki müşahidələrimizin hamısında qeyd olunmuşdur. Obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı müşahidə olunan klinik əlamətlərin rastgəlmə tezliyi 9-cu cədvəldə göstərilmişdir.

Obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı müşahidə olunan klinik əlamətlərin rastgəlmə tezliyi

Cədvəl 9

Simptomlar	Şişin lokalizasiyası			Xəstələrin ümumi sayı (n=532)	
	Yoğun bağırsağın sağ yarısı (n=120)	Köndələn çənbər bağırsaq (n=36)	Yoğun bağırsağın sol yarısı (n=376)	Mütləq	%
Ağrı:					
Sancışəkili	52	29	273	354	66,5
Daimi	68	7	103	178	33,4
Yayılmış	26	6	146	178	33,4
Qarının sağ yarısında	86	6	3	95	17,8
Qarının sol yarısında	–	–	208	208	39
Epigastral nahiyyədə	8	24	13	45	8,4
Hipoqastral nahiyyədə	–	–	6	6	1,1
Nəcisin xaric olmaması	27	13	376	416	78,2
Qazların xaric olmaması	13	9	253	275	51,7
Güclənmiş peristaltika	29	13	98	140	26,3
Qusma	112	22	139	273	51,1
Qarının köpməsi	49	18	290	357	67,1
Şişin əllənməsi	20	8	13	41	7,8
Düz bağırsağın ampulasının boş olması	–	–	149	149	28
Rentgenoloji əlamətlər	73	10	327	410	77,6
Sege-Manteyfel simptomu	–	–	39	39	7,3

Adətən ağrıların lokalizasiyası xəstəliyin erkən dövründə şişin çənbər bağırsaqda yerləşmə səviyyəsinə uyğun gəlir. Ağrı sindromunun intensivliyi şişin lokalizasiyasından, inkişaf xüsusiyyətindən və bağırsaq mənfəzinin obstruksiya dərəcəsindən asılıdır. Kompensə olunmuş (hissəvi) yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı ağrılar davamsız sancılar şəklində təzahür edir. Şiş inkişaf etdikcə və obstruksiya dərəcəsi artdıqca, ağrılar daha intensiv və daimi xarakter daşıyır. Lakin ağrıların xarakteri ilə şişin lokalizasiyası arasında həmişə ciddi asılılıq olmur. Sancışəkilli ağrılar bizim klinik müşahidələrimizdə ən çox bədxassəli şişin soltərəfli lokalizasiyası zamanı müşahidə edilmişdir – 273 (72,5%) xəstədə. Sancışəkilli ağrılar çənbər bağırsağın sağ yarısının xərçəngi zamanı 52 (43,3%) xəstədə, köndələn çənbər bağırsağın şişi zamanı isə 29 (80,6%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

Bizim klinik müşahidələrimiz göstərir ki, ağrı sindromunun tezliyi və davamı bədxassəli prosesin lokalizasiyasından asılı olaraq müxtəlifdir. Şişin sağtərəfli lokalizasiyası zamanı sancılar daha tez-tez, qısa intervallarla (10-15 dəq) baş verir. Bu vəziyyət çox güman ki, distal səviyyəli nazik bağırsaq keçməməzliyi ilə izah olunur. Yoğun bağırsağın sol yarısının şişlə obstruksiyası zamanı sancılar nisbətən sürəkli intervallarla (20-30 dəq) təkrar olunur. Xəstəliyin erkən stadiyalarında adətən ağrıların yerləşməsi xərçəngin yoğun bağırsaqda lokalizasiyasına uyğun olmuşdur. Bizim müşahidələrimizdə yoğun bağırsağın sol yarısının şişləri 120 xəstənin 86-də (71,6%) ağrıların qarın boşluğunun müvafiq yarısında lokalizasiyası ilə təzahür etmişdir. Yoğun bağırsağın sol yarısının (80), siqməvari bağırsağın (243) və rektosiqmoid hissəsinin (53) xərçəngi ilə olan 376 xəstədə ağrılar əksər hallarda (146 – 38,8%) yayılmış xarakterdə olmuşdur. Ağrılar 208 (55,3%) xəstədə qarının sol yarısında, 3 (0,8%) xəstədə sağ yarısında, 13 (3,4%) xəstədə epigastral, 6 (1,6%) xəstədə – hipogastral nahiyyələrdə lokalizasiya etmişdir. Köndələn çənbər bağırsağın stenozlaşdırıcı xərçəngi olan 36 xəstənin 24-də (6,7%) ağrılar qarının yuxarı hissələrində yerləşmişdir. Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin əsas əlamətlərindən biri olan nəcis ifrazının ləngiməsi 416 (78,2%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Defekasiyanın olmaması yoğun bağırsağın sol yarısının şişləri üçün daha səciyyəvi olmuşdur. Prosesin sağtərəfli lokalizasiyası (120) 28 (23,3%) xəstədə defekasiyanın ləngiməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Yoğun bağırsağın pasaj funksiyasının pozulması köndələn çənbər bağırsağın xərçəngi zamanı 13 (3,3%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Yoğun bağırsağın sağ yarısının (94) və köndələn çənbər bağırsağın (23) xərçəngi zamanı 117

xəstədə təmizləyici imalələr kifayət qədər effektiv olmuşdur. Bu fakt göstərir ki, yoğun bağırsağın sağ yarısının şişləri zamanı kəskin bağırsaq keçməməzliyinin əsas əlamətlərindən hesab olunan nəcis və qazların xaric olmamasının diaqnostik əhəmiyyəti azalır (yoğun bağırsağın distal hissələrinin boşalması nəticəsində). Siqmayabənzər bağırsağın (33) və rektosiqmoid hissənin (16) xərçəngi xəstəliyin erkən dövründə 49 xəstədə tənzimlərlə müşahidə olunmuşdur. Yoğun bağırsağın mənfəzinin obturasiyası inkişaf etdikcə defekasiyanın ləngiməsi daha davamlı olmuş və bəzən qəbizliyin ishalla növbələşməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Bağırsağın tam obstruksiyası zamanı qazların xaric olması ləngimişdir. Təmizləyici imalələrdən sonra nəcis və qazların xaric olmasının mühüm diaqnostik əhəmiyyəti vardır. Yoğun bağırsağın sağ yarısının şişləri zamanı təmizləyici imalələr bağırsağın distal (poststenotik) hissələrinin kifayət qədər boşalmasını təmin etsə də, bu klinik effekt müvəqqəti xarakter daşmışdır. Yoğun bağırsağın sol yarısının xərçəngi zamanı obturasion keçməməzlik əlamətləri tədricən inkişaf edir və xəstələr adətən stasionara daxil olana qədər dafələrlə təmizləyici imalələrdən istifadə edirlər. Ona görə çənbər bağırsağın distal hissəsi və düz bağırsaq sərbəst (boş) olduğundan təmizləyici imalələr effektiv olmuşdur. Bağırsaq mənfəzinin şişlə obstruksiyası inkişaf etdikcə 275 (51,7%) xəstədə qazların xaric olması ləngimişdir. Nəcis və qazların xaric olmaması xüsusilə obturasion yoğun bağırsaq keçməməzliyinin sub- və dekompensasiya formaları zamanı daimi əlamətlər kimi təzahür etmişdir. Yoğun bağırsağın distal hissələrinin mənfəzinin keçiriciliyinin qiymətləndirilməsində Seqe-Menteyfelin «su sınağının» praktik əhəmiyyəti vardır. Bu zaman təmizləyici imalə məqsədi ilə düz bağırsağa 500 ml-dən artıq maye vurmaq mümkün olmur; belə ki, suyun qalan hissəsi maneəyə rast gələrək geri qayıdır. Bizim klinik müşahidələrimizdə Seqe-Manteyfelin «su sınağı» siq mavari bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ hissəsinin (9) və rektosiqmoid hissənin (26) keçməməzliklə ağırlaşmış xərçəngi zamanı 35 xəstədə müsbət olmuşdur.

Epiqastral nahiyədə ağırlıq, meteorizm, ürəkbulanma, qusma və s. əlamətlərlə səciyyələnən «bağırsaq diskomfortu» yoğun bağırsaq xərçənginin erkən stadiyasında müşahidə olunur və şişin sağtərəfli lokalizasiyası üçün xarakterikdir. Bağırsaq mənfəzinin şişlə obturasiyası və keçməməzlik inkişaf etdikcə «bağırsaq diskomfortu» sindromunun diaqnostik əhəmiyyəti itir, qusma və qarının köpməsi əsas əhəmiyyət kəsb edir. Bu hal müşahidə etdiyimiz 532 xəstənin 273 (51,1%)-də qeyd olunmuşdur. Bu zaman bədxassəli proses yoğun bağırsağın sağ yarısında 112 (41%), köndələn çənbər bağırsaqda –

22 (8%), sol yarısında (o cümlədən siqmayabənzər bağırsaqlarda və rektosiqmoid hissədə) – 139 (50,9%) xəstədə aşkar edilmişdir. Qarının köpməsi yoğun bağırsaq keçməməzliyinin əsas əlamətlərindən biri olaraq xəstəliyin sub- və dekompensasiya formalarında daimi xarakter alır. Bizim klinik müşahidələrimizdə qarının köpməsi 357 (67,1%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Qarının köpməsi ən çox xərçəngin soltərəfli lokalizasiyası (81,3%), nisbətən az - yoğun bağırsağın sağ yarısında (13,7%) və köndələn çənbər bağırsaqlarda (5%) yerləşməsi zamanı müşahidə edilmişdir. Yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv şişləri üçün qarının bərabər (simmetrik) köpməsi səciyyəvidir (şəkil 1). Qarının qeyri-bərabər (asimmetrik) köpməsi yoğun bağırsağın sağ yarısının (74) və köndələn çənbər bağırsağın (18) xərçəngi ilə 92 xəstədə (17,3%) müşahidə edilmişdir. Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin xarakterik əlamətlərindən biri də bağırsaq peristaltikasının güclənməsidir. Auskultativ olaraq intensiv bağırsaq küyləri, xərçəngin soltərəfli lokalizasiyası zamanı daha tez-tez müşahidə edilir. Bağırsaq peristaltikasının güclənməsini biz 140 (26,3%) xəstədə müşahidə etmişik. Bu zaman şiş yoğun bağırsağın sağ yarısında 29 (20,7%) xəstədə, köndələn çənbər bağırsaqlarda 13 (9,3%), yoğun bağırsağın sol yarısında 98 (70%) xəstədə aşkar edilmişdir.



Şəkil 1. Obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı qarının xarici görünüşü (subkompensə olunmuş forma)

Köndələn çənbər bağırsağın obstruktiv xərcəngi olan 8 xəstədə isə vizual təyin olunan peristaltika müşahidə edilmişdir. Bu əlamət palpasiya zamanı güclənir (Şlanqe simptomu). Həmin nahiyədə qarının ön divarının təkanvari silkələndirilməsi zamanı bu əlamət daha aydın nəzərə çarpır. Bağırsaqların motor aktivliyinin zəifləməsi və tormozlanması həm obturasion keçməməzliyin klinik gedişi zamanı, həm də yoğun bağırsağın perforasiya ilə ağırlaşması nəticəsində inkişaf edən peritonit fonunda müşahidə edilmişdir.

Obturasion keçməməzliyin klinik gedişinin ağırlaşması kimi seroz-hemorragik peritonit 113 xəstədə, yoğun bağırsağın həm şişinin (33), həm də şişdən proksimal seqmentlərinin (13) (diastatik və ya dilatasion) perforasiyası nəticəsində inkişaf edən irinli-nəcisli peritonit 46 xəstədə müşahidə edilmişdir. Bu zaman yerli peritonit 19, diffuz peritonit – 88, yayılmış peritonit – 52 xəstədə qeyd olunmuşdur. Bu qrup xəstələrin vəziyyəti peritonit fonunda keçməməzliyin dinamik komponentinin inkişaf etməsi ilə əlaqədar olaraq daha ağır olmuşdur.

Peritonit zamanı digital müayinədə düz bağırsağın ön divarının sallanması və çanaq peritonunun qıcıqlanması ilə əlaqədar ağrı sindromu 29 xəstədə müşahidə edilmişdir. Digital müayinə eləcə də xərcəngin kiçik çanaq toxumalarına metastazlarını və ikincili şişin (düz bağırsaqda) olub-olmamasını aşkar etməyə imkan verir. Düz bağırsağın digital müayinəsi obturasion keçməməzliyin diaqnostikasında fizikal müayinənin ayrılmaz hissəsi kimi tətbiq edilmişdir. Bu zaman yoğun bağırsağın sol yarısının şişi olan 158 xəstədə düz bağırsağın ampulasının boş olması, balon kimi genişlənməsi (Qrekov və ya Obuxov xəstəxanası simptomu) aşkar edilmişdir.

Şişin perforasiyası və yoğun bağırsağın diastatik (dilatasion) partlaması zamanı spontan pnevmoperitoneum və qaraciyər kütlüyünün itməsi (Spijarnı simptomu) 32 xəstədə, auskultasiya zamanı «düşən damcı» simptomu (Spasokukotski simptomu) 34 xəstədə qeyd olunmuşdur.

Şiş etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyinin diaqnostikası kompleks kliniki, ənənəvi və müasir azinvaziv instrumental müayinə üsullarına əsaslanmışdır. Müxtəlif instrumental müayinə üsullarının informativliyi 10-cu cədvəldə göstərilmişdir.

Obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmış KRX zamanı diaqnostika üsulları və onların informativliyi

Cədvəl 10

MÜAYİNƏ ÜSULLARI	XƏSTƏLƏRİN SAYI	
	Mütləq	%-lə
Qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası (rentgenoqrafiyası)	532	87,2
İrriqoskopiya	323	96,8
Rektoromanoskopiya	189	31,2
Fibrokolonoskopiya	359	94,3
Transabdominal ultrasonoqrafiya	398	83,8
Maqnit-rezonans tomoqrafiyası	32	71,9
Laparoskopiya	2	

Qeyd: Faizlə müayinələrin informativliyi göstərilmişdir.

Rutin (ənənəvi) diaqnostika üsulları içərisində qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası (qrafiyası) ən informativ müayinə kimi istifadə olunmuşdur. Yoğun bağırsaq mənfəzinin şişlə obturasiyasının erkən stadiyalarında bağırsağın pnevmatozu (aerokoliya), xəstəliyin sub- və dekom-pensasiya dövründə bağırsaq mənfəzində qazla bərabər maye səviyyələrinin aşkar edilməsi əsas rentgenoloji əlamət kimi qiymətləndirilmişdir (Kloyber kasacıqları) (şəkil 2,3). Bu zaman nazik bağırsaq keçməməzliyindən fərqli olaraq, maye təbəqəsinin qalınlığı onun üzərindəki qaz qovuğunun hündürlüyündən az olur. Yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı nazik bağırsaq ilgəklərində qaz xəstəliyin gecikmiş stadiyalarında müşahidə edilir və əsasən kor və qalxan çənbər bağırsağın obturasiyası və ya ileosekal (Bauhin) qapağın funksional çatışmazlığı nəticəsində baş verir. Bədxassəli prosesin topik diaqnozunun qoyulmasında yoğun bağırsağın retroqrad kontrast rentgenoloji müayinəsinin (irriqoskopiya) xüsusi əhəmiyyəti vardır.

Qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası düz və yan proyeksiyalarda aparılmışdır. Bu zaman maye səviyyələri və bağırsaq ilgəklərinin pnevmatozu 413 (77,6%) xəstədə aşkar edilmişdir: nazik bağırsaq ilgəklərində 69 (16,7%) xəstədə, yoğun bağırsaqda – 344 (83,3%) xəstədə. Qarın boşluğunun rentgenoloji müayinəsi yoğun bağırsaq xərçənginin digər ağır-laşmalarının (yoğun bağırsağın perforasiyası, parakolik abses) diaqnostika-sında da mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, yoğun bağırsağın perforativ şişi (19) və diastatik cırılmaları (13) zamanı pnevmoperitoneum 32 xəstədə aşkar edilmişdir. Yoğun bağırsağın qaraciyər ayrılıyının obstruktiv xərçəngi ilə olan xəstədə qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası zamanı peritondaxili lokal irinlik (parakolik abses əlamətləri) –maye

səviyyəli məhdud boşluq aşkar edilmişdir. Diaqnoz əməliyyat zamanı təsdiq edilmişdir. 119 (22,4%) xəstədə qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası informativ olmamışdır. Bağırsaq keçməməzliyinin rentgenoloji mənzərəsi nazik və yoğun bağırsaq ilgəklərinin müxtəlif intensivlikdə pnevmatozu ilə səciyyələnmişdir.

251 (47,1%) xəstədə qarın boşluğunun icmal rentgenoskopiyası yoğun bağırsağın endoskopik müayinəsi ilə (fibrokolonoskopiya), 92 (17,3%) xəstədə isə fibrokolonoskopiya irriqoskopiya ilə tamamlanmışdır.





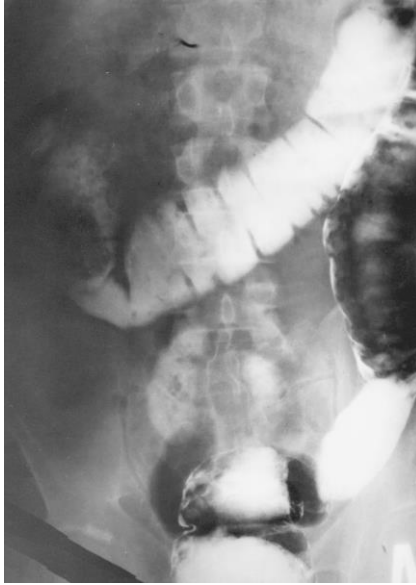
Şəkil 2, 3. Obturasion bağırsağ keçməməziyi zamanı qarın boşluğunun kontrastsız (icmal) rentgenoqrafiyası (çoxsaylı «Kloyber kasacıqları»)

Çoxillik klinik təcrübəmiz göstərir ki, yoğun bağırsağın struktur dəyişikliyi və həcmli törəməsini aşkar etməyə imkan verən mühüm rentgenoloji müayinə üsulu – irriqoskopiya. Yoğun bağırsağın retroqrad rentgenokonstrast müayinəsi 2 mərhələdən ibarətdir: bağırsağa kontrast maddənin yeridilməsi və onun boşalmasından sonra selikli qişanın relyefinin öyrənilməsi. İrriqoskopiya yoğun bağırsağın daralma dərəcəsini, onun divarının struktur dəyişikliklərinin xarakterini və nozoloji səbəbini (şiş, çapıq və s.), şişin lokalizasiyasını, inkişaf xüsusiyyətini (endofit və ya ekzofit), xoralaşmasını aşkar etməyə imkan verən mühüm müayinə üsuludur. 4, 5, 6, 7, 8, 9-cu şəkillərdə müxtəlif lokalizasiyalı şişlər zamanı irriqografiyanın nəticələri göstərilmişdir. İrriqoskopiya eləcə də yoğun bağırsağın ikili kontrastlaşdırılmasına imkan verir: bu zaman barium-sulfat məhlulu xaric olduqdan sonra yoğun bağırsağa hava vurulur (pnevmonokolonografiya).



Şəkil 4. Qalxan çənbər bağırsağın endofit xərçəngi (irriqoqrafiya)

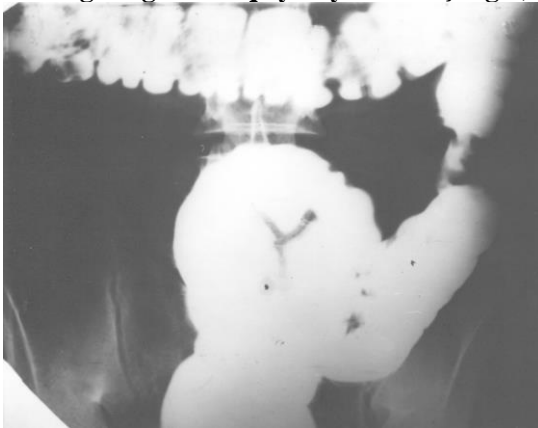
Bizim klinik müşahidələrimizdə irriqoskopiya 323 (60,7%) xəstədə həm sərbəst müayinə kimi (219), həm də kolonoskopiya ilə birgə (97) aparılmışdır. 7 xəstədə isə irriqoskopiya yoğun bağırsağın ikili kontrastlaşdırılması şəraitində icra edilmişdir. Yoğun bağırsağın distal lokalizasiyalı şişlərinə şübhələndikdə, rektoskopiya, rektoromanoskopiya kimi ənənəvi müayinə üsulları tətbiq edilmişdir.



Şəkil 5. Çənər bağırsağın qaraciyər əyriliyinin xərcəngi (irriqoqrafiya)



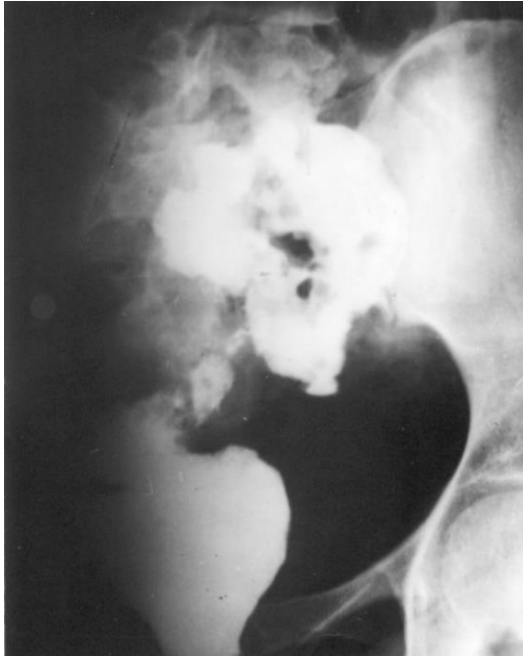
Şəkil 6. Çənbər bağırsağın dalaq ayrılıyının xərcəngi (irriqoqrafiya)



Şəkil 7. Enən çənbər bağırsağın endofit xərcəngi (irriqoqrafiya)



Şəkil 8. S-vari bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ hissəsinin endofit xərcəngi (irriqoqrafiya)



Şəkil 9. Rektosiqmoid hissənin endofit xərçəngi (irriqografiya)

Müşahidəmiz altında yoğun bağırsağın distal seqmentlərinin xərçənginə şübhə olan 189 xəstənin 68-də rektoromanoskopiya zamanı siqnavari bağırsağın aşağı $\frac{1}{3}$ hissəsinin və rektosiqmoid hissənin xərçəngi aşkar edilmişdir.

Yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kompensə olunmuş forması ilə olan 2 xəstədə müayinə kompleksində laparoskopiya tətbiq edilmiş və bu zaman köndələn çənbər bağırsağın (1) və dalaq ayrılıyının (1) şişi təyin edilmişdir. Videolaparoskopiya bədxassəli prosesin yayılma dərəcəsini, periton boşluğunda kanseromatozun, ekssudatın (peritonitin) olub-olmamasını müəyyən etməyə imkan verən müayinə üsulu olmasına baxmayaraq, keçməməzliyin sub- və dekompensə olunmuş formaları zamanı bağırsaq ilgəklərinin kəskin genişlənməsi ilə əlaqədar və eləcə də periton boşluğunda adheziv proses olan xəstələrdə tətbiq oluna bilməz.

Son onilliklər ərzində endovideotexnologiyanın (kolonoskopiya, laparoskopiya) və azinvaziv müayinə üsullarının (USM, KT, MRT) klinik təcrübədə geniş tətbiq olunması ilə əlaqədar olaraq KRX-in və onun ağır-

laşmalarının diaqnostikasında yeni perspektivlər yaranmışdır. Exoskopiyanın diaqnostik imkanları artıq vətən və xarici ölkə tədqiqatçıları tərəfindən təsdiq olunmuşdur (G.İ.İbraqimov i soavt, 1994; L.P.Orlova, 1994; N.D. Bondarenko i soavt., 1998; S.Shimuru i soavt., 1990).

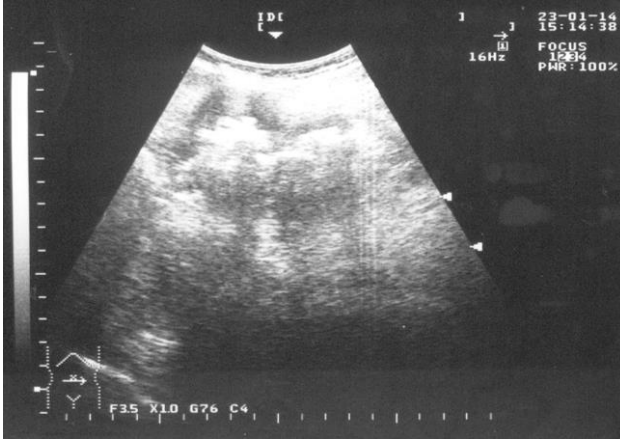
Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin kompleks diaqnostikasında son illər qarın boşluğunun USM (ultrasonografiya) geniş tətbiq edilir. Bu müayinə nəinki sub- və dekompensasiya formalı keçməməzliyin dolayı əlamətlərini, eləcə də kompensasiya dərəcəli keçməməzlik zamanı şiş ocağını aşkar etməyə imkan verir. Öz təcrübəmizdə obturasion yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı transabdominal USM 398 (75,7%) xəstəyə aparılmışdır.

Qarın boşluğunun ultrasəs vizualizasiyası zamanı obturasion bağırsaq keçməməzliyinin dolayı əlamətləri: mayenin mənfəzdaxili (3-cü sahəyə) sekvestrasiyası, bağırsaq divarının ödemi, periton boşluğunda sərbəst ekssudat aşkar edilir. Qeyd olunan exoskopik simptomlar xüsusi ilə sub- və dekompensə olunmuş bağırsaq keçməməzliyi üçün səciyyəvidir. Yoğun bağırsağın divarında üzvi-patoloji dəyişiklik olduqda – obturasianın (şiş törəməsinin) əsas əlaməti – boşluqlu üzvün zədələnməsi simptomu (və ya «yalan böyrək simptomu») aşkar edilir. Bu zaman bağırsaq mənfəzini obturasia edən şiş exopozitiv mərkəz, bağırsağın divarları isə exoneqativ (anexogen) periferiya kimi qiymətləndirilir. 10,11,12,13-cü şəkillərdə yoğun bağırsağın transabdominal USM vasitəsilə alınmış exogrammalar göstərilmişdir.

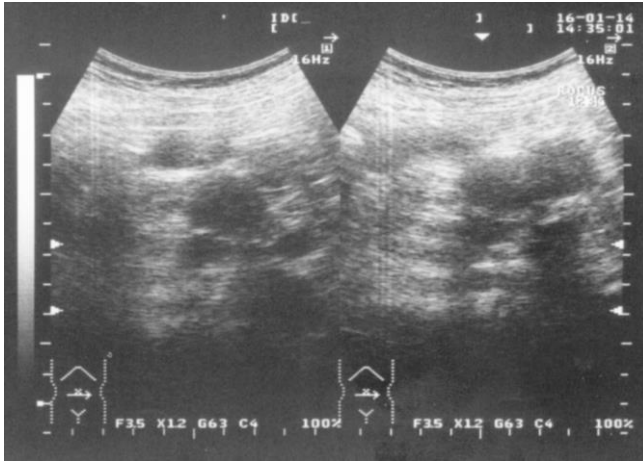
Yoğun bağırsağın obstruktiv xərçənginin təsvir olunan exoskopik əlaməti 37 xəstədə aşkar edilmişdir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, yoğun bağırsağın şişlə zədələnmə ocağının ultrasəs exolokasiyası kəskin obturasia olmayan, xronik keçməməzlik olan xəstələrdə aşkar oluna bilər. Digər tərəfdən, «boşluqlu üzvün zədələnmə» simptomu heç də spesifik əlamət deyildir. Lakin qeyd olunan simptom aşkar edildikdə məqsədyönlü müayinələr davam etdirmək lazımdır. Transabdominal USM-in diaqnostik imkanları KRX-in irinli-septik ağırlaşmaları zamanı – şişin (bağırsaq divarının) perforasiyası, parakolik abses, peritonit zamanı və eləcə də bədxassəli prosesin yayılma dərəcəsinin (metastazların) təyin edilməsində xeyli artır. Gündəlik təcrübədə geniş istifadə olunan USM yoğun bağırsağın müayinəsi zamanı iki üsulla aparılır:

1. Ultrasəs endoskopu vasitəsilə yoğun bağırsağın mənfəzdaxili müayinəsi. Düz bağırsağın rektal (vaginal) ötürücülərdən (nəqliçilərdən) istifadə etməklə endorektal USM.

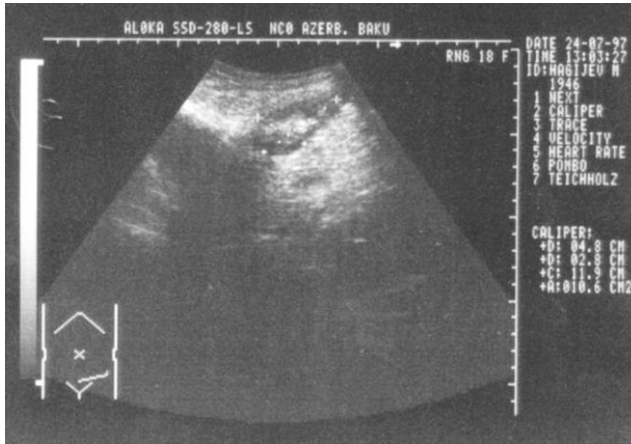
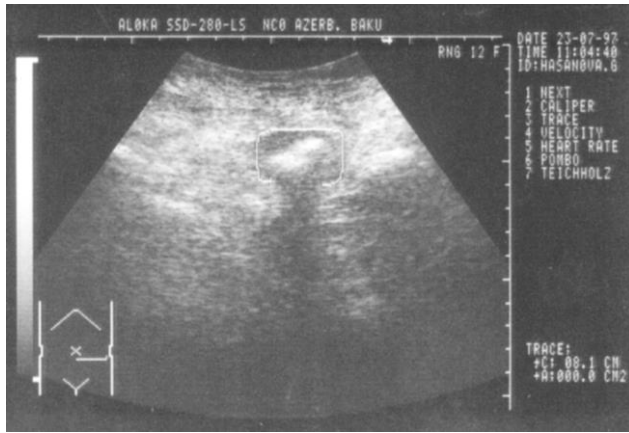
2. Yoğun bağırsağın transabdominal USM vasitəsilə müayinəsi. Bu zaman yoğun bağırsaq hazırlanmadan və ya kontrast maddə vurulmaqla müayinə olunur (ultrasəs irriqoskopiya).



Şəkil 10. Çənbər bağırsağın qaraciyər ayrılıyının xərcənginin exoskopik mənzərəsi



Şəkil 11. Çənbər bağırsağın dalaq ayrılıyının xərcənginin ultrasonoqrafik mənzərəsi



Şəkil 12, 13. Sıqıqvari bağırsağın xərcənginin exoskopik görünüşü

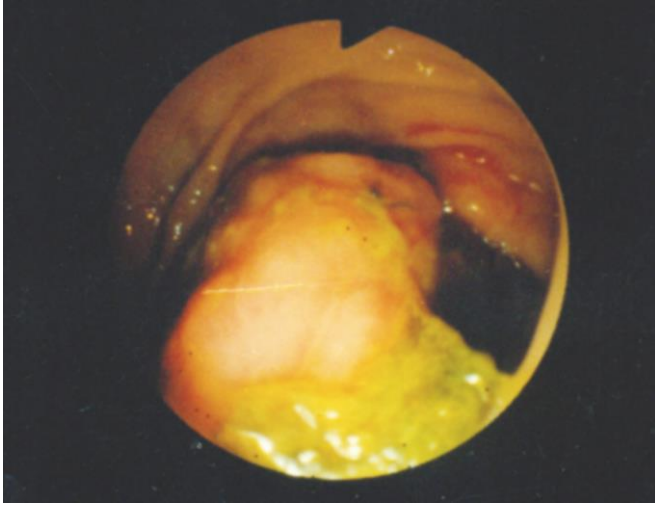
Düz bağırsağın transabdominal USM zamanı sidik kisəsi dolu olmalıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, qeyd olunan müayinə üsullarının müştərək tətbiqi (USM, kolonoskopiya və MRT) topik diaqnozun dəqiqləşdirməsində mühüm rol oynayır.

Yoğun bağırsağın obstruktiv şişləri zamanı fibrokolonoskopiyanın diaqnostik dəqiqliyi ədəbiyyat məlumatlarına görə 74-98,7% təşkil edir (Q.A. Efimov i soavt., 1984; A.S.Balalikin i soavt., 1989; İv.Viəçki, 1993). Lakin kəskin bağırsaq keçməməzliyi olan xəstələrdə kolonoskopiya

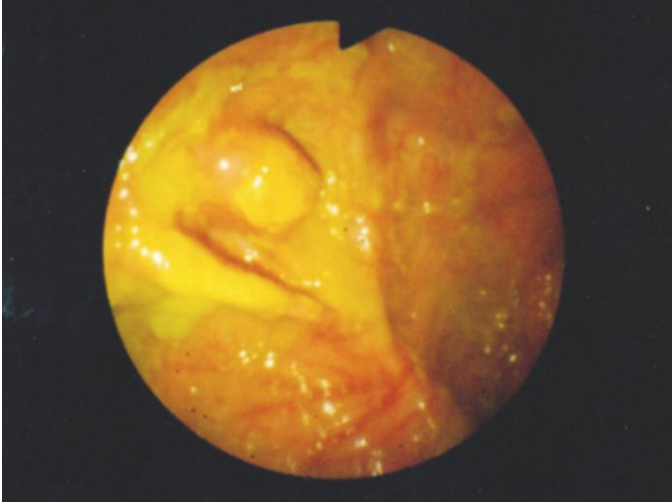
zamanı yoğun bağırsağın hava ilə insufflyasiyası mənfəzdaxili təzyiqin artmasına səbəb olur və endoskopun bağırsağın şişlə obstruksiya olunan seqmentindən yuxarı (suprastenotik) hissələrinə yeridilməsi mümkün olmur. Endoskopun zorla bağırsağın yuxarı hissələrinə yeridilməsi, bağırsaq divarının perforasiyasına və peritonitə səbəb olaraq, xəstənin vəziyyətini ağırlaşdırı bilər. Bu zaman müayinə şiş zonasının vizualizasiyası və endobiopsiya ilə məhdudlaşdırılmalıdır. Ona görə də bəzi müəlliflər (Q.A.Efimov i soavt., 1984; İv.Viçki, 1993) haqlı olaraq obturasion keçməməzliyin sub- və dekompensə olunmuş formalarında və peritonit zamanı təcili kolonoskopiyadan imtina etməyi məsləhət görürlər.

Bizim klinik təcrübədə kolonoskopiya 359 xəstəyə (67,4%) aparılmışdır. Bu zaman müayinənin informativliyi 93,8% təşkil etmişdir. Belə ki, yoğun bağırsağın müxtəlif seqmentlərində xərçəng şişi aşkar edilmişdir (şəkil 14-21).

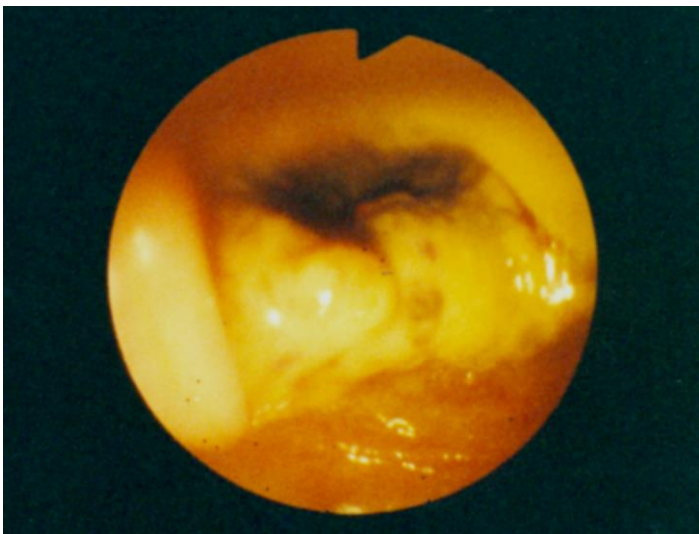
KRX-in yayılma dərəcəsinin (metastazların) təyin edilməsi məqsədi ilə tətbiq olunan müayinə üsulları içərisində MRT xüsusi yer tutur. Bu müayinə müşahidəimiz altında olan 32 xəstəyə tətbiq edilmişdir. Ədəbiyyat məlumatlarına və şəxsi klinik təcrübəmizə əsaslanaraq şiş etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı xəstələrin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsini və eləcə də bağırsaq mənfəzinin obturasiya dərəcəsini qiymətləndirmək, adekvat diaqnostika və müalicə taktikası seçmək məqsədi ilə xəstələr keçməməzliyin formalarından asılı olaraq səciyyələndirilmişdir.



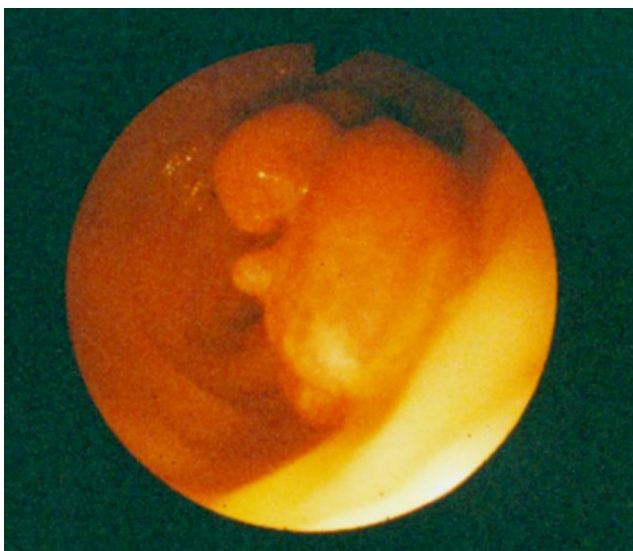
Şəkil 14. İleosekal hissənin xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



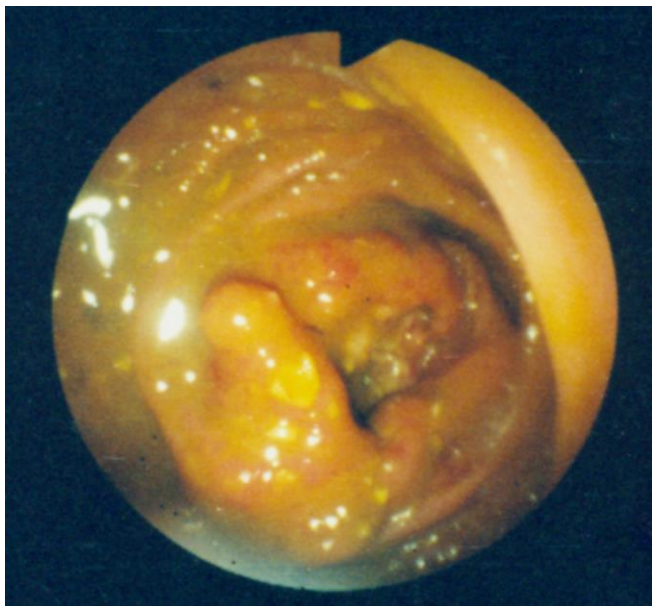
Şəkil 15. Kor bağırsağın xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



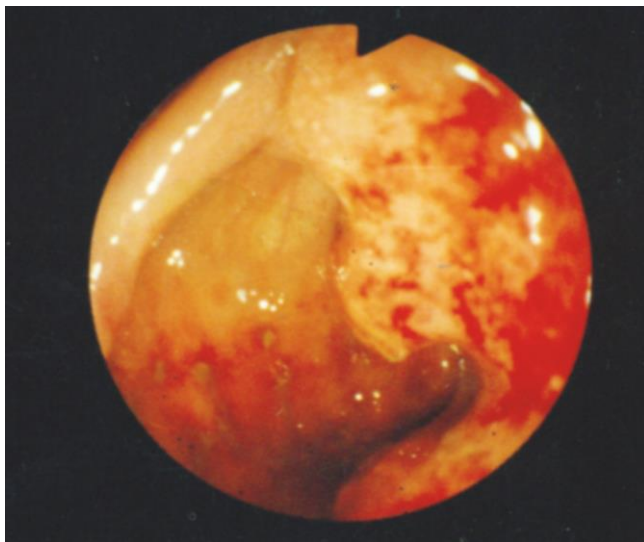
Şəkil 16. Çən bər bağırsağın qaraciyər ayriliyinin xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



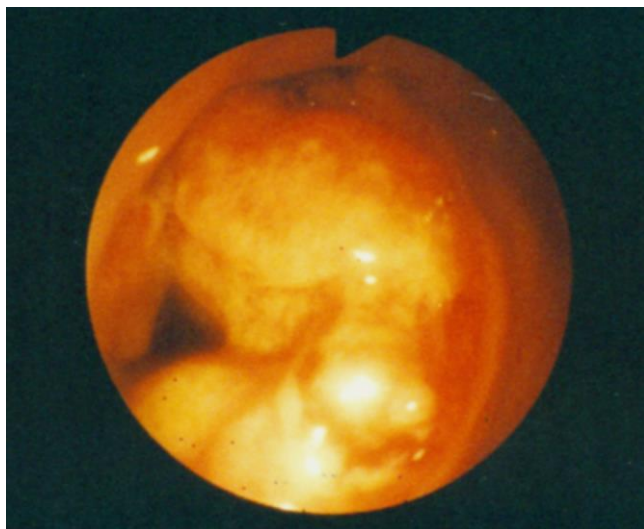
**Şəkil 17. Köndələn çənbər bağırsağın polipəbənzər xərçəngi
(kolonoskopiya - endofoto)**



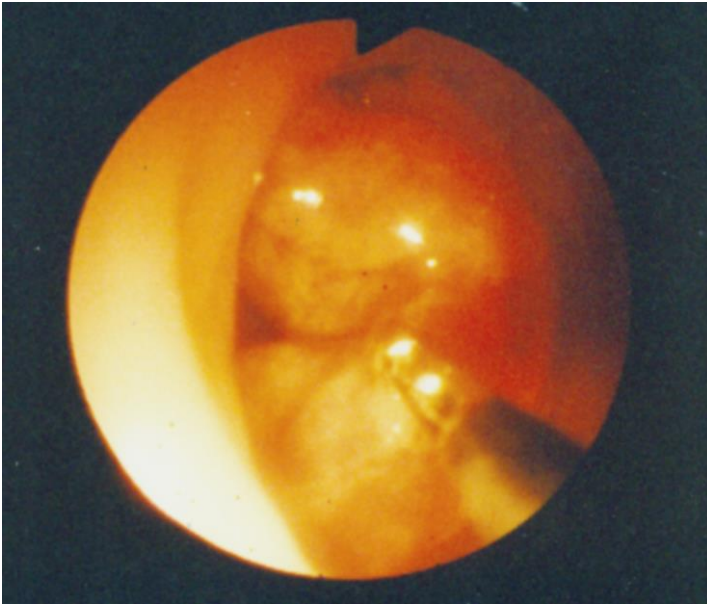
Şəkil 18. Siqmavari bağırsağın xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



Şəkil 19. Sıqmavari bağırsağın xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



Şəkil 20. Sıqmavari bağırsağın xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)



Şəkil 21. Sigmavari bağırsağın xərçəngi (kolonoskopiya - endofoto)

Bizim klinik müşahidələrimizdə kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kompensə olunmuş forması 215 (40,4%) xəstədə qeyd olunmuşdur (cədvəl 11). Bu qrup xəstələrdə yoğun bağırsağın sağ yarısının xərçəngi 98 (18,4%), köndələn çənbər bağırsağın xərçəngi 11 (2,1%) xəstədə, yoğun bağırsağın sol yarısının xərçəngi 106 (19,9%) xəstədə aşkar edilmişdir. Bu zaman bağırsaq keçməməzliyi tədricən (2-6 ay müddətində) inkişaf edərək, qarının getdikcə artan köpməsi, qarında mülayim ağrılar və epizodik olaraq nəcisin xaric olmasının ləngiməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Qusma, intoksikasiya və eləcə də hemodinamik pozğunluqlar qeyd olunmamışdır. Rentgenoloji və endoskopik müayinələr nəticəsində bağırsaq mənfəzinin şişlə obturasiyası ilə əlaqədar 1,5 sm-ə qədər daralması aşkar edilmişdir. Bu xəstələrin 116-nın anamnezində əvvəllər də bağırsaq keçməməzliyi epizodları 2-4 dəfə müşahidə edilmiş və konservativ tədbirlərlə aradan qaldırılmışdır.

Beləliklə, bizim klinik müşahidələrimizə əsasən qeyd etmək olar ki, kompensə olunmuş bağırsaq keçməməzliyi olan xəstələrin yarısından çoxunda kompensə olunmuş forma xəstəliyin növbəti sancılı epizodlarının birində bağırsaq mənfəzinin tam (kəskin) obturasiyası ilə nəticələnə bilər.

Yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kompensasiya olunmuş formasının diaqnostikasında ənənəvi rentgenoloji, müasir endoskopik və ultrasəs müayinələrindən istifadə edilmişdir. Abdominal USM bu qrup xəstələrdə tətbiq olunan perspektiv müayinələrdən biridir. Konservativ müalicə kompleksi bu qrup xəstələrdə kifayət qədər effektiv olmuş, bağırsaq keçməməzliyinin kəskin əlamətlərinin aradan qaldırılmasına imkan vermişdir. Lakin xronik keçməməzlik əlamətləri bu xəstələrdə qalmaqda davam etmişdir və cərrahi əməliyyat zamanı, bir qayda olaraq şişlə obstruksiya olunmuş segmentdən proksimal (suprastenotik) hissələrdə yoğun bağırsağın genişlənməsi və möhtəviyyatla dolması aşkar edilmişdir. Yoğun bağırsağın kompensə olunmuş keçməməzliyi zamanı əməliyyatlar planlı qaydada, 8-15 gün müddətində müvafiq müayinə və adekvat əməliyyatın hazırlıqdan sonra yerinə yetirilmişdir.

Xəstələrin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin dərəcəsinə görə səciyyələndirilməsi

Cədvəl 11

YOĞUN BAĞIRSAQ KEÇMƏMƏZLİYİNİN DƏRƏCƏSİ	XƏSTƏLƏRİN SAYI	
	Mütləq	%-lə
Kompensə olunmuş	215	40,4
Subkompensə olunmuş	146	27,4
Dekompensə olunmuş	171	32,2
Cəmi:	532	100

Yoğun bağırsaq keçməməzliyinin subkompensə olunmuş forması 146 (27,4%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Bu xəstələr içərisində xərçəng yoğun bağırsağın sağ yarısında – 12 (2,3%) xəstədə, köndələn çənərbə bağırsaqda – 14 (2,6%), yoğun bağırsağın sol yarısında – 120 (22,5%) xəstədə aşkar edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə bağırsaq keçməməzliyi xəstəliyin kompensə olunmuş formasına nisbətən «zəngin» olmuşdur, lakin kəskin obturasiya əlamətləri olmamışdır. Xəstələrin əsas şikayətləri qarının köpməsindən və defekasiya aktının ləngiməsindən ibarət olmuşdur. Xəstələrin ümumi vəziyyəti orta ağırlıq dərəcəsinə müvafiq olmuşdur (subkompensasiya). Xəstələrdə zəif dərəcədə intoksikasiya əlamətləri qeyd olunmuşdur. Rentgenoloji və endoskopik (kolonoskopiya) müayinələr zamanı çənərbə bağırsağın mənfəzinin 1 sm-ə qədər daralması qeyd olunmuşdur. Qarın boşluğunun rentgenoloji mənzərəsi yoğun bağırsağın şişlə obstruksiya

zonasından proksimal istiqamətdə yerləşmiş (suprastenotik) hissələrinin dilatasiyası və möhtəviyyatla dolması ilə əlaqədar bir qrup xəstələrdə tipik Kloyber kasacıqlarının təyin edilməsi ilə səciyyələnmişdir. Konservativ tədbirlərdən sonra xəstələrin vəziyyətinin xeyli yaxşılaşması qeyd olunmuşdur. Lakin ilk həftə ərzində xəstələrdə bağırsaq keçməməzliyinin epizodları təkrar olunaraq, kəskin forma almış və həmin dövrdə xəstələr əməliyyata məruz qalmışlar. Bu əməliyyatlar «təcili» əməliyyatlar qrupuna aid edilmişdir. Beləliklə, subkompensasiya olunmuş bağırsaq keçməməzliyinin kliniki mənzərəsi fasiləli (dalğalı) gedişlə, uzun müddət ərzində zəif sancı epizodlarının təkrar olunması ilə səciyyələnilir.

Dekompensə olunmuş yoğun bağırsaq keçməməzliyi 171 (32,2%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Bu zaman obstruktiv xərçəng yoğun bağırsağın sağ yarısında 10 (1,9%) xəstədə, köndələn çənbər bağırsaqda – 11 (2,1%), yoğun bağırsağın sol yarısında – 150 (28,2%) xəstədə aşkar edilmişdir. Dekompensə olunmuş yoğun bağırsaq keçməməzliyi üçün xəstəliyin kompensə və subkompensə olunmuş formalarından fərqli olaraq qəflətən, kəskin başlanması səciyyəvidir. İntensiv ağrı (sancı) epizodları bütün xəstələrdə nəcis və qazların xaric olmasının ləngiməsi, qusma və qarının köpməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Bağırsaq mənfəzinin şişlə obstruksiya səviyyəsindən asılı olaraq keçməməzliyin ayrı-ayrı klinik əlamətləri tez müddət ərzində inkişaf etmişdir. Şişin sağtərəfli lokalizasiyası zamanı kəskin bağırsaq keçməməzliyi ileosekal (Bauhin) qapağının blastomatoz prosesinə cəlb olunması ilə izah olunur. Klinik müşahidələrimizdə cəmi 3 xəstədə obstruktiv şiş Bauhin qapağı nahiyəsində yerləşmişdir. Bu xəstələrdə obstruksiya, distal lokalizasiyalı (səviyyəli) nazik bağırsaq keçməməzliyi ilə səciyyələnmişdir. Köndələn çənbər bağırsağın və yoğun bağırsağın sol yarısının şişləri zamanı dekompensə olunmuş yoğun bağırsaq keçməməzliyi ağır klinik gedişlə fərqlənmişdir. Ciddi elektrolit itkisi ilə səciyyələnən dərin metabolik pozğunluqlar və ağır intoksikasiya xəstəliyin klinik mənzərəsində əsas yer tutmuşdur. Bağırsağın obstruksiya zonasından proksimal (suprastenotik) seqmentlərində qazların və duru möhtəviyyatın toplanması mənfəzdaxili təzyiqin artmasına, bağırsaq ilgəklərinin kəskin genişlənməsinə, həzm şirələrinin sorulmasını (reabsorbsiyasının) pozulmasına və mayenin bağırsaq mənfəzinə sekvestrasiyasına səbəb olur. Mayenin üçüncü sahəyə (bağırsaq mənfəzinə) sekvestrasiyası gətirici (suprastenotik) ilgəkdə durğunluq, plazmanın bağırsaq divarına (selikaltı qışaya) hopması və mənfəzinə keçməsi nəticəsində baş verir. Mayenin bağırsaq mənfəzinə (üçüncü sahəyə) sekvestrasiyası və qusma nəticəsində

orqanizmdə ağır dərəcəli dehidratasiya (hipovolemiya) inkişaf edir. Gətirici ilgəkdə çoxlu miqdarda toksiki məhsulların depolaşması endotoksikoza gücləndirməklə bərabər, mənfəzdaxili təzyiqin artması nəticəsində bağırsağın divarında mikrosirkulyator pozğunluqların inkişaf etməsinə, mayenin bağırsaq divarından sərbəst periton boşluğuna keçməsinə səbəb olur. Bu vəziyyət, proses proqressivləşdiyi təqdirdə artıq bakterial floranın bağırsaq mənfəzindən periton boşluğuna translokasiyası ilə müşayiət olunur. Suprastenotik bağırsaq ilgəklərində durğunluq nəticəsində əmələ gələn çürümə məhsullarının və periton boşluğunda mayenin intensiv rezorbsiyası ağır endotoksikozla müşayiət olunur və proqnozu xeyli pisləşdirir. Xəstələrin ümumi vəziyyəti bir tərəfdən bağırsaq keçməməzliyinin de-kompensasiya olunmuş forması fonunda inkişaf edən seroz-hemorragik peritonit, digər tərəfdən isə yoğun bağırsağın şiş zonasında və obturasiya yerindən proksimal (suprastenotik) seqmentlərinin (diastatik) perforasiyası nəticəsində baş verən irinli-nəcisli peritonit ilə əlaqədar proqressiv olaraq pisləşir. Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin klinik gedişi peritonitlə fəsadlaşdıqda, xüsusilə şişin və bağırsağın (diastatik) perforasiyası zamanı keçməməzliyin dinamik komponentinin inkişaf etməsi ilə əlaqədar olaraq, xəstələrin vəziyyəti daha da ağırlaşır və proqnoz xeyli pisləşir. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, obturasion bağırsaq keçməməzliyinin ağırlaşmış klinik gedişi kimi seroz-hemorragik peritonit 109 xəstədə müşahidə edilmişdir. Yoğun bağırsağın perforativ şişləri və diastatik cırılmaları barədə növbəti fəsildə məlumat verilmişdir.

Yoğun bağırsağın sağ yarısında şiş 120 (22,5%) xəstədə aşkar edilmişdir (cədvəl 7). Sağtərəfli lokalizasiyalı şişlər üçün bağırsaq keçməməzliyinin (qarında ağrılar, nəcis və qazların xaric olmasının ləngiməsi, köp) xəstənin ümumi vəziyyətinin nisbətən qənaətbəxş olması fonunda əksər xəstələrdə tez bir zamanda (1-2 gün ərzində) inkişaf etməsi, davamlı, proqressivləşən qəbizliyin olmaması səciyyəvidir. Bu xəstələr üçün toksiko-anemik sindrom (hemoqlobinin enməsi, proqressivləşən zəiflik, uzunmüddətli subfebril hərarət) səciyyəvi olmamışdır. Yalnız 3 xəstədə periton boşluğunun kanseromatozu fonunda hemoqlobinin 100 q/l-dən aşağı olması müəyyən edilmişdir. Bu qrupda sekostomiya 16 xəstəyə, ileostomiya – 8, ötürücü ileotransverzoanastomozun formalaşdırılması – 21, sağtərəfli hemikolektomiya 75 xəstəyə icra edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, bir xəstədə sekostomiya köndələn çənbər bağırsağın perforativ şişi ilə əlaqədar, şişin qarının ön divarına çıxarılmasına əlavə əməliyyat kimi yerinə yetirilmişdir. Kor bağırsağın perforativ şişi olan digər xəstədə isə ileostomiya şişin qarının ön divarına çıxarılmasına

əlavə əməliyyat kimi tətbiq edilmişdir. Ötürücü ileotransverzoanastomoz qalxan çənbər bağırsağın (13) və qaraciyər ayrılığının (8), qeyri-operabel şişləri ilə əlaqədar 21 xəstəyə icra edilmişdir. Sağtərəfli hemikolektomiya (75) 71 xəstədə birmomentli ileotransverzoanastomozla, 1 xəstədə qalça və köndələn çənbər bağırsağın ayrı-ayrılıqda qarının ön divarına çıxarılması ilə (Lahey üsulu ilə ikilüləli ileotransverzostomiya) ilə, 1 xəstədə isə terminal ileostomiya ilə yekunlaşdırılmışdır. İki xəstədə isə sağtərəfli hemikolektomiya V.İ.Bulının i soavt. (1991,1997) tərəfindən təklif edilmiş ileotransverzoanastomoz variantları ilə yekunlaşdırılmışdır. Bu zaman bir xəstədə sağtərəfli hemikolektomiyadan sonra və köndələn çənbər bağırsağın güdülü hermetik tikildikdən sonra «yan-yana» ileotransverzoanastomoz qoyularaq, sağ qalça çuxurunda terminal ileostoma formalaşdırılmışdır (I variant). Digər xəstədə isə hemikolektomiyadan sonra ileotransverzoanastomoz köndələn çənbər bağırsağın ucu ilə qalça bağırsağın yan divarı arasında (uc-yana) formalaşdırılmış və terminal ileostoma qoyulmuşdur (II variant).

Köndələn çənbər bağırsağın xərçəngi zamanı cərrahi taktikanın və əməliyyat növünün seçilməsi konkret klinik şəraitdən (şişin lokalizasiyasından, keçməməzliyin formasından, peritonitin olub-olmamasından, xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsi və yaşıdan) asılıdır. Bu zaman aşağıdakı əməliyyat variantları tətbiq oluna bilər:

1. Sağtərəfli hemokolektomiya və birmomentli ileotransverzoanastomozun qoyulması (şiş köndələn çənbər bağırsağın sağ $\frac{1}{3}$ -də və orta hissəsində yerləşdikdə, xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verdikdə). Əməliyyatın qeyd olunan həcmi göstərilən lokalizasiyalarda xərçəngin metastaz xüsusiyyətləri ilə əsaslandırılır. Şiş köndələn çənbər bağırsağın orta $\frac{1}{3}$ - hissəsində yerləşdikdə rezeksiyanın proksimal sərhədi ileosekal bucaqdan 20-25 sm məsafədə, distal sərhədi köndələn çənbər bağırsağın sol $\frac{1}{3}$ - hissəsindən keçməlidir.
2. Seqmentar rezeksiya (çənbər bağırsağın qaraciyər və dalaq ayrılıqları mütləq mobilizə edilməklə assendodessendoanastomoz formalaşdırılır).
3. Sekostomiya (obturation bağırsaq keçməməzliyinin peritonitlə ağırlaşmış dekompensasiya forması zamanı vəziyyəti ağır olan xəstələrdə radikal əməliyyat riski yüksək olduqda). Peritonit əlamətləri ləğv olunduqdan sonra, xəstənin ümumi vəziyyəti kompensə olunduğu təqdirdə radikal əməliyyat icra edilir (II mərhələ).

4. Köndələn çənbər bağırsağın rezeksiyası, bir- və ya ikilüləli transverzostomanın qoyulması (3-cü variantda göstərilən şərtlər daxilində və şiş rezektabel olduqda).
5. Ötürücü ileotransverzoanastomozun formalaşdırılması (şiş qeyri-operabel olduqda – xərçəngin IV stadiyası).
6. Soltərəfli genişləndirilmiş hemikolektomiya, ileotransverzoanastomozun qoyulması (şiş köndələn çənbər bağırsağın orta $\frac{1}{3}$ hissəsində yerləşdikdə). Lakin bu əməliyyat kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi olan xəstələrdə cərrahi müalicənin 2-ci mərhələsi kimi yerinə yetirilə bilər (1-ci mərhələdə sekostoma və ya ikilüləli transverzostoma qoyulur).

Beləliklə, köndələn çənbər bağırsağın sağ və sol $\frac{1}{3}$ hissələrinin xərçəngi zamanı yerinə yetirilən sağ- və soltərəfli hemikolektomiyanın genişləndirilmiş variantları patogenetik əməliyyat növü kimi qiymətləndirilməklə onkoloji radikalizm prinsiplərinə tam cavab verir.

Bizim klinik müşahidələrimizdə köndələn çənbər bağırsağın rezeksiyası 22 xəstədə icra edilmişdir. Bu zaman əməliyyat 18 xəstədə birincili anastomozun formalaşdırılması ilə, 4 xəstədə isə birlüləli transverzostomiya ilə yekunlaşdırılmışdır. Şişin köndələn çənbər bağırsaqda lokalizasiyasından asılı olaraq 7 xəstədə sağtərəfli, 4 xəstədə isə soltərəfli hemikolektomiya yerinə yetirilmişdir. Soltərəfli hemikolektomiya 3 xəstədə birlüləli transverzostomiya ilə tamamlanmışdır (obstruktiv hemikolektomiya). Qeyri-operabel şişlə əlaqədar (xərçəngin IV stadiyası) 3 xəstəyə ötürücü ileosiqmoanastomoz qoyulmuşdur.

Yoğun bağırsağın sol yarısının obturasiyaedici xərçəngi 376 xəstədə aşkar edilmişdir. Bu isə əməliyyata məruz qalmış bütün xəstələrin (532) 70,7%-ni təşkil etmişdir. Şişin soltərəfli lokalizasiyası zamanı ən çox siqnavari bağırsaq zədələnmişdir (243 – 64,6%). Bu qrup xəstələr üçün xəstəlik anamnezinin uzun müddətli olması səciyyəvidir. Yoğun bağırsaq möhtəviyyətinin təbii pasajının pozulması fonunda 3-7 gün ərzində kəskin bağırsaq keçməməzliyi inkişaf etmişdir. Uzun müddətli qəbizlik fonunda qarının köpməsi, qarında əvvəl göynədiyi, sonra isə sancışəkilli ağrılar, ürəkbulanma qeyd olunmuşdur. Keçməməzliyin sub- və dekompensə olunmuş formalarında klinik əlamətlər qusma ilə «zənginləşmişdir».

Beləliklə, bizim klinik müşahidələrimiz göstərir ki, bağırsaq keçməməzliyinin bütün formaları zamanı yoğun bağırsağın sol yarısının (o cümlədən siqmayabənzər bağırsağın və rektosiqmoid hissənin) şişləri üstünlük təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə topik diaqnosotika məqsədi ilə planlaşdırılan

müayinə proqramı ənənəvi və müasir qeyri-invaziv və invaziv üsulların müştərək tətbiqinə əsaslanmalıdır.

FƏSİL 3

KOLOREKTAL CƏRRAHIYYƏDƏ YOĞUN BAĞIRSAĞIN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI PROBLEMİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ

3.1. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması probleminin aktuallığı

Operativ koloproktologiyanın ən aktual və problematik məsələlərindən biri yoğun bağırsağın cərrahi əməliyyata hazırlanmasıdır. KRX-in cərrahi müalicəsinin spesifik aspektlərindən olan bu məsələ yoğun bağırsağın anatomik və fizioloji xüsusiyyətləri, bağırsaqda aparılan əməliyyatların prinsipləri ilə izah olunur. Məhz yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının xüsusiyyətləri praktik əhəmiyyətli vacib təşkilati məsələlərin həllinə – müvafiq ixtisaslı cərrahlar (koloproktoloqlar), xüsusi hazırlıqlı orta tibb personalı ilə təmin olunmuş koloproktoloji şöbələr və mərkəzlərin yaradılmasına səbəb olmuşdur. Bu isə öz növbəsində koloproktologiyanın sərbəst ixtisas və elm kimi formalaşmasına zəmin yaratmışdır. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması, onun yüksək patogenliyə və virulentliyə malik möhtəviyyatdan və mikrofloradan təmizlənməsinin keyfiyyəti, xəstənin ümumi somatik statusunun adekvat tənzimi qədər vacibdir və əməliyyatın həcmi, üsulu, yekunlaşdırma variantının seçilməsi, koloproktoloji xəstənin müalicənin nəticəsi və proqnoz bilavasitə hazırlığın keyfiyyətindən asılıdır. Koloproktologiyanın bir ixtisas sahəsi və elm kimi formalaşmasının ilk dövrlərində yoğun bağırsağın xərçəng ilə əlaqədar rezeksiyasından sonra letallıq 43% təşkil edirdi və bu zaman ölümün əsas səbəbi irinli-septik ağırlaşmalar olmuşdur.

Son illər kolorektal cərrahiyyədə qazanılmış perspektivlər, əməliyyat texnikasının, anestezioloji və reanimatoloji xidmətin təkmilləşdirilməsi, geniş təsir diapazonlu antibiotiklərin və antibakterial preparatların tətbiqi əməliyyatdan sonrakı letallığın və ağırlaşmaların nəzərə çarpan dərəcədə azaldılmasına səbəb olmuşdur. Bu vəziyyətə pozitiv təsir edən amillərdən biri də odur ki, artıq koloproktoloqlar yoğun bağırsağın əməliyyatını hazırlanmasına xüsusi diqqət verməyə başlamışlar. Buna baxmayaraq, hazırda yoğun bağırsağın planlı rezeksiyalarından sonra letallıq göstəriciləri yüksək rəqəmlər səviyyəsində qalmaqla 2,6-14% arasında tərəddüd edir.

Amerika kolorektal cərrahlar cəmiyyətinin məlumatlarına görə, yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatlardan sonra irinli-septik ağırlaşmalar 6-25% təşkil edir. Bu ağırlaşmaların ümumi strukturunda laparotomiya və aralıq yaralarının irinləməsi, parakolostomik irinli-infeksion proseslər (abses, fleqmona) 20%-dən çox, peritonarxası sahənin infiltratı və absesi – 8%, əməliyyatdan sonrakı peritonit, periton boşluğunun və kiçik çanağın rezidual absesləri – 4% təşkil edir. Şübhəsiz ki, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyi və xüsusi çəkisi stasionarın profilindən çox asılıdır və «təcili yardım» tipli xəstəxanalara nisbətən ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji stasionarlarda (şöbələrdə) həmin göstəricilər xeyli aşağıdır. Lakin bunlara baxmayaraq, yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatlardan sonra baş verən irinli-septik ağırlaşmaların son onilliklər ərzində azalmağa meylliyi nəzərə çarpmır. Bu da təsadüfi deyildir, çünki, əsas funksiyası həzm prosesinin son məhsullarının evakuasiyasından ibarət olan yoğun bağırsaq, mübadilənin son mərhələsində yüksək patogenliyə malik bakterial flora ilə zəngin olan nəcis kütlələrinin mənbəyinə (rezervuarına) çevrilir. Belə ki, kor bağırsaq möhtəviyyatının bir qramında 2 billion mikrob aşkar etmək mümkündür. Cərrahi əməliyyatın müxtəlif mərhələlərində əməliyyat sahəsindən götürülmüş materialların qidalı mühitdə əkilməsi nəticəsində bağırsaq mikroflorasının inkişaf etməsi 98% təşkil edir. Obliqat-anaerob və aerob bakteriyaların münasibəti 100:1 ilə 1000:1 arasında tərəddüd edir. Buna görə də əməliyyatdan sonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların inkişaf etməsində anaerob flora aparıcı rol oynayır. Anaeroblar içərisində tez-tez *Bacteroides fragilis*, *Clostridia*, peptostreptokokklar, fuzobakteriyalar, aeroblar içərisində isə ən çox *Echerichia Coli* və onun müxtəlif növləri, klebsiellərin bağırsaq formaları, psevdomonad, protey, *Stafilococcus faecalis* əkilərək aşkar edilir. Hazırda əksər tədqiqatçılar tərəfindən sübut olunmuşdur ki, əməliyyat sahəsinin bakterial çirklənməsi (infeksiyalaşması) ilə irinli ağırlaşmaların tezliyi arasında korrelyativ əlaqə mövcuddur. Nəcis kütlələri ilə dolmuş bağırsaq üzərində əməliyyat zamanı hər hansı manipulyasiya ciddi çətinlik yaradır. Kəskin dərəcədə genişlənmiş və divarları nazıqlaşmış yoğun bağırsaq keyfiyyətli təftişi çətinləşdirir, onun zədələnməsi və periton boşluğunun infeksiyalaşmasına şərait yaradır. Digər tərəfdən, belə vəziyyət son illər artıq koloproktologiyada endovideotexnologiyanın (laparoskopiya) tətbiq olunması ilə icra olunan əməliyyatların yerinə yetirilməsini çətinləşdirir və bəzən qeyri-mümkün edir.

Yoğun bağırsağın əməliyyata keyfiyyətli hazırlanmasının vacibliyi nəinki peritondaxili irinli ağırlaşmaların, eləcə də yoğun bağırsaq anasto-

mozu tikişlərinin çatmamazlığının profilaktikası aspektində – aktualdır. **«Mənfəzində nəcis kütlələri olan yoğun bağırsaqla əməliyyat zamanı anastomozdan imtina etmək və kolostoma formalaşdırmaq»** prinsipini tarixən cərrahların təcrübəsi ilə sınaqdan çıxarılmış və koloproktoloji əməliyyatların əsasını təşkil edir. Hazırlanmamış bağırsaqla anastomoz qoymaq cəhdi uğursuz olur, belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrün ilk saatları ərzində mikroorqanizmlərin anastomozun fiziki hermetik olan tikiş xəttindən translokasiyası və beləliklə, periton boşluğunun infeksiyalaşması baş verir. Burada əməliyyatdan sonrakı dövrdə tez-tez müşahidə olunan bağırsaqların motor-evakuator funksiyasının pozulması da mühüm rol oynayır. Belə ki, parez (atoniya) fonunda bağırsaqların mənfəzində baş verən durğunluq nəticəsində çoxlu miqdarda qazların əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunan qıcqırma və çürümə prosesləri güclənir. Bu da mənfəzdaxili təzyiqin və onunla əlaqədar anastomoz tikişlərinə mexaniki təsirin artmasına səbəb olur. Digər tərəfdən, bağırsağın peristaltikası və möhtəviyyatın passajı bərpa olunduqda, kifayət qədər keyfiyyətli hazırlanmamış bağırsağın mənfəzində qalmış sərt nəcis kütlələri ilə də anastomoz zonası travmatizasiyaya uğraya bilər. Xüsusi tədqiqatlarla sübut olunmuşdur ki, nəcis möhtəviyyatı kollagenin sintezini tormozlayaraq, bağırsaqla anastomozu formalaşdırılarkən tikiş zonasına çökmüş fibrini lizisə uğradır və nəticədə anastomozun sağlamlığına mane olur. Bu fakt onunla təsdiq olunur ki, nəcis peritoniti zamanı peritoneal eksudatda irinin və fibrinin miqdarı az olur. KRX obturasion bağırsaqla keçməməzliyi ilə ağırlaşdıqda yoğun bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası zamanı birincili anastomoz qoyulması cəhdinin təhlükəli olması yalnız bağırsağın möhtəviyyatla dolu olması ilə deyil, eyni zamanda mənfəzdaxili təzyiqin artması nəticəsində maksimal dərəcədə genişlənmiş bağırsağın infiltratlaşmış divarında baş verən ciddi mikrosirkulyator pozğunluqlarla izah olunur. Paretik və divarları işemik dəyişikliyə uğramış bağırsağın mənfəzindən asanlıqla bakteriyaların qan damarlarına, limfa şəbəkəsinə və periton boşluğuna translokasiyası baş verir. Bağırsaqların davamlı parezi fonunda baş verən bakterial translokasiya və kontaminasiya əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli ağırlaşmaların və eləcə də anastomoz tikişlərinin çatmamazlığına səbəb olur. Beləliklə, əməliyyatın dövründə yoğun bağırsağın keyfiyyətli hazırlanmaması anastomoz tikişlərinin çatmamazlığının baş verməsi üçün real təhlükə törədir. Planlı kolorektal cərrahiyyədə yoğun bağırsağın əməliyyatdan əvvəl mexaniki təmizlənməsinin əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmaların

profilaktikasında rolu və əhəmiyyəti praktik cərrahlara məlumdur. Lakin müasir ədəbiyyatda qeyd olunan əməliyyatönlü hazırlığın müalicənin nəticələrinə və ağırlaşmaların inkişaf riskinin azalmasına pozitiv təsiri barədə sübutedici məlumatlar yoxdur. Bəzi tədqiqatların nəticələri isə ziddiyyətlidir. D.B.Zuma i soavt. (2012) KPX ilə müayinə olunmuş 128 xəstənin planlı əməliyyata həzırlanmasının nəticələrinin təhlilinə əsasən qeyd edirlər ki, əməliyyatönlü dövrdə yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsi (fortrans, flit, gənəgərçək yağı, təmizləyici imalə) aparılmış xəstələrdə (74), hazırlıq aparılmayan və əməliyyatdan əvvəl yalnız bir dəfə təmizləyici imalə olunmuş xəstələrdə (54) müalicənin nəticələrində nəzərə çarpan fərq olmamışdır. Belə ki, anastomoz tikişlərinin çatmamazlığı və yaranın irinləməsi müvafiq olaraq 1-ci qrupda 7,7% və 5%, 2-ci qrupda 6% və 4% olmuşdur. Əlavə müalicə tədbirləri tələb edən paralitik bağırsaq keçməməzliyi əməliyyatönlü hazırlıq aparılmış xəstələrdə daha tez-tez müşahidə edilmişdir (1-ci qrupda – 5, 2-ci qrupda – 2 xəstədə). Ağırlaşmış kəskin qastroduodenal xoralar 1-ci qrupda 8,1%, 2-ci qrupda 1,8% təşkil etmişdir. Lakin nə qədər paradoksalsı olsa da, dövrü tibbi ədəbiyyatda kəskin bağırsaq keçməməzliyi fonunda yoğun bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası və birincili anastomozun qoyulması barədə xüsusi publikasiyalara rast gəlinir (M.M.Jadkeviç i soavt., 1993; B.N.Starosek i soavt., 1996; A.Murray i soavt., 1991; V.Naransingh i soavt., 1999; R.Noce i soavt., 1992). Həmin müəlliflərin təbliğ etdiyi tezis belə səslənir «Əməliyyatönlü dövrdə heç bir hazırlıq lazım deyil, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili irriqasiyası (lavaj) kifayətdir».

Lakin qeyd olunan tədqiqat işlərinin təhlili nəticəsində aydın olmuşdur ki, həmin müəlliflər əməliyyatları xəstələrin stasionara daxil olmasından 3-8 gün sonra icra etmişlər. Faktik olaraq, mövcud təsnifata əsasən, bu əməliyyatlar heç də təcili deyil, erkən planlı əməliyyatlar kateqoriyasına aid edilə bilər. Təklif olunan cərrahi taktika aşağıdakı şərtlərlə əsaslandırılmalı bilər. Əvvəla, göstərilən müddət ərzində aparılan intensiv konservativ tədbirlər nəticəsində kəskin bağırsaq keçməməzliyi ləğv edilmiş və yoğun bağırsaq möhtəviyyatdan nisbətən təmizlənməmişdir. Digər tərəfdən, güman etmək olar ki, xəstələr obturasion keçməməzliyin kompensə və subkompensə olunmuş formaları ilə stasionara daxil olmuşlar və yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili irriqasiyasının (lavajın) bağırsağın mexaniki təmizlənməsində o qədər də həll-edici əhəmiyyəti olmamışdır. Müəlliflər həmçinin çox məhdud sayda klinik müşahidələrə əsaslanırlar, bu isə tədqiqatın xüsusi seçim (randomizə) xarakter daşıdığını təsdiq edir. Yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili irriqasiyasının

(lavajın) texniki aspektləri nəzərə alınarsa, bu növ hazırlığın əməliyyatın icra müddətini əhəmiyyətli dərəcədə uzatmaqla, əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinə mənfi təsiri aydın olur (əməliyyatlar bir qayda olaraq ümumi somatik vəziyyəti bədxassəli proseslə ağırlaşmış, xərçəng intoksikasiyası, bağırsaq keçməməzliyi və ciddi yanaşı xəstəlikləri olan zəif, anemik və yaşlı xəstələrə icra olunur). Digər tərəfdən, bağırsaq lavajı məqsədi ilə əməliyyatın texniki təchizatla təmin olunmasına baxmayaraq, periton boşluğunun və əməliyyat yarasının intraoperasion infeksiyalaşma təhlükəsi artır, bu da irinli-septik ağırlaşmaların inkişaf etməsinə səbəb olur. Nəhayət, bağırsağın əməliyyat-daxili irriqasiyası üsulu, əksər hallarda ümumi cərrahi profilili stasionarın koloproktologiya sahəsində kifayət qədər hazırlığı və təcrübəsi olmayan cərrahları tərəfindən icra edilən rezeksiyanın texniki aspektlərini kifayət qədər çətinləşdirir.

Dünyanın aparıcı koloproktoloqlarının və klinikamızın çoxillik təcrübəsinə əsaslanaraq, yoğun bağırsaq xərçənginin kəskin keçməməzliklə ağırlaşması zamanı birincili anastomozun qoyulması məqsədəuyğun deyildir. Yoğun bağırsağın keyfiyyətli hazırlanması olmadığı hallarda iki- və hətta üçmərhələli əməliyyatlar tətbiq edilir. Şişin birmomentli xaric edilməsi ilə müşayiət olunan əməliyyat variantlarından yoğun bağırsağın obstruktiv rezeksiyası (hemikolektomiya) cərrahların təcrübəsində ən çox tətbiq olunan ikimərhələli əməliyyatlar hesab olunur (Hartman, Mikuliç, Qrekov, Lahey əməliyyatları, U-vari anastomoz). Müəyyən qüsurlara baxmayaraq konkret klinik müşahidələr zamanı üçmərhələli Şeydler-Ştoffer əməliyyatı yerinə yetirilir. Bu zaman ilk növbədə kəskin bağırsaq keçməməzliyini ləğv etmək məqsədilə yoğun bağırsağın hər hansı seqmentində proksimal dekompression kolo(seko)stoma qoyulur (I mərhələ). Xəstənin ümumi vəziyyəti tənzim olunduqdan sonra bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası və anastomozun qoyulması icra olunur (II mərhələ) və nəhayət, kolostoma ləğv edilərək, yoğun bağırsağın fasiləsizliyi bərpa olunur (III mərhələ). Şiş bu və ya digər səbəblərdən əməliyyatın birincili mərhələsində çıxarılmadığı hallarda kolostomanın birincili şişin lokalizasiyasına mümkün qədər yaxın hissədə qoyulması məqsədəuyğundur.

Yoğun bağırsağın obstruktiv rezeksiya variantlarının seçilməsində anatomic şərait, xüsusilə bədxassəli şişin yoğun bağırsaqda lokalizasiyasının səviyyəsinin mühüm əhəmiyyəti vardır. Belə ki, yoğun bağırsağın xərçəngi daha mobil (intraperitoneal) seqmentlərində lokalizasiyası zamanı Mikuliç üsulu ilə rezeksiya (hemikolektomiya) və ikilüləli kolostomanın formalaşdırılması daha optimal əməliyyat variantı hesab olunur. Mikuliç əməliyyatı ən

çox köndələn çənbər və siqnavari bağırsağın ağırlaşmış xərçəngi zamanı yerinə yetirilir. Əməliyyatın üstünlüyü dekompression effektindən başqa, kolostomanın ekstrapertoneal üsulla ləğv edilməsinin mümkün olmasıdır.

Obturalasiyaedici şişin siqnavari bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ -də, düz bağırsağın yuxarı və orta ampulyar hissələrində lokalizasiyası zamanı Hartman əməliyyatı (bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası və birlüləli kolostoma) seçim üsulu kimi tətbiq edilir. Mikuliç əməliyyatından fərqli olaraq Hartman üsulu qoyulmuş kolostomanın ləğvi və yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası, bağırsağın distal güdülünün mobilizasiyası ilə əlaqədar müəyyən texniki çətinliklərlə müşayiət olunur. Lakin ənənəvi əməliyyatlarla bərabər koloproktologiyanın son nailiyyətləri ilə əlaqədar olaraq hazırda kəskin obturasion keçməməzlik zamanı daha səmərəli cərrahi taktika üsulları tətbiq edilir. Belə ki, əməliyyatdaxili lavaj üsulu ilə yoğun bağırsaq tamamilə təmizlənir və rezeksiya olunaraq, birincili anastomoz formalaşdırılır. Daha müasir üsullardan biri də yoğun bağırsağın şişlə obstruksiya olunmuş seqmentinə şişdən keçməklə stent qoyulması və nəticədə şişin rekanalizasiya edilməsidir (Q.V.Bondarg i soavt., 1990, 1996; F.B. Marqulis i soavt., 1991; V.N.Gktov i soavt., 1998; Q.İ.Vorobey i soavt., 2003; R.Noce i soavt., 1992). Nəticədə kəskin bağırsaq keçməməzliyi əlamətləri ləğv edilir və yaxın 7-14 gün ərzində müvafiq hazırlıqdan sonra yoğun bağırsaq rezeksiya olunaraq birincili anastomoz formalaşdırılır. Bu sahədə bir çox koloproktoloqların ilk klinik təcrübələrinin nəticələri ümidvericidir (S.V.Osmolovskiy i soavt., 2000; N.A.Ənçuk i soavt., 2002; G.V.Lüüeviç i soavt., 2003; S.S.Slesarenko i soavt., 2005; V.N.İhenko i soavt., 2009; V.P.Akimov i soavt., 2009; M.A.De Gregorio i soavt., 1996).

Qeyd etmək lazımdır ki, KRX ilə xəstələrin cərrahi müalicəsinin problemləri yoğun bağırsağın nəinki əməliyyata, eləcə də endoskopik (kolonoskopiya) müayinəyə hazırlanması problemi ilə əlaqədardır. Kolonoskopiya müayinələrinin təhlili göstərir ki, xəstələrin 53,2%-də bağırsağın kifayət qədər keyfiyyətli hazırlanmaması müayinənin təxirə salınmasına səbəb olur. Şübhəsiz ki, bağırsağın əməliyyata hazırlanmasına verilən tələb kolonoskopiya hazırlıqdan daha yüksək olmalıdır. Belə ki, kolonoskopiya zamanı müayinəyə kifayət qədər keyfiyyətli hazırlanmamış bağırsaqdan duru möhtəviyyatı endoskop vasitəsilə eksufflyasiya (evakuasiya) etmək mümkün olduğu halda, əməliyyat zamanı həmin möhtəviyyatla əməliyyat zonasının infeksiyaləşmə təhlükəsi real olur və birincili anastomozun formalaşdırılması riskli olur.

3.2. Yoğun bağırsağın əməliyyatını hazırlanması tələb olunan xəstələrin xarakteristikası

KRX ilə əlaqədar cərrahi əməliyyata məruz qalan xəstələrin əksəriyyəti ahi və qoca yaşı xəstələr təşkil edir. Əhalinin orta ömür müddəti artıqca, KRX-in «qocalmağa» meylli nəzərə çarpır. XX əsrin 80-ci illərində KRX-in müalicəsinə həsr olunmuş tədqiqat işlərində xəstələrin orta yaş həddi 62,5 il göstərilir (P.S. Brahman et al., 1980). Xəstələrin $\frac{1}{3}$ hissəsinin yaş həddi 51-60 il, yalnız 15%-i 70 yaşdan yuxarı olmuşlar. M.D. Xanəviç i soavt. (2003) 1999-2001-ci illəri əhatə edən klinik müşahidələrinə əsasən KRX-ə görə əməliyyata məruz qalmış xəstələrin orta yaşı 63,4 il olmuşdur. 70 yaşdan yuxarı olan xəstələr 33% təşkil etmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, bəzən yuxarı yaş qrupundan olan xəstələrdə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması müəyyən çətinliklərlə müşayiət olunur, bu da operativ müalicənin effektivliyinə mənfi təsir göstərir.

Xəstələrin əksəriyyətində somatik statusu ağırlaşdıran bir və ya bir neçə yanaşı xəstəliklər aşkar edilir.

Bizim 1978-1998-ci illərdə apardığımız tədqiqat işlərində KRX olan xəstələr arasında ahi yaşı (60-74) xəstələr 217 (41,6%), qoca yaşı (75 və yuxarı) – 65 (12,4%) olmuşdur. Beləliklə, klinik müşahidələrimizin ümumi strukturunda (522 xəstə) gerontoloji qruplar 54% (282 xəstə) təşkil etmişdir. Son 5 il (2005-2009) ərzində bu göstərici müxtəlif xronoloji dövrlərdə olan klinik müşahidələrimizin ümumi sayından asılı olmayaraq 54,8% olmuşdur. Belə ki, 2005-ci ildə ahi (232 – 42,4%) və qoca yaşı (68-14,4%) xəstələr klinik müşahidələrimizin ümumi sayından (547) asılı olaraq 54,8% (300 xəstə) təşkil etmişdir.

2009-cu ildə qeyd olunan göstəricilərdə statistik əhəmiyyətli fərq qeyd olunmamışdır. Belə ki, xəstələrin ümumi sayının (558) 236 nəfəri (42,3%) ahi, 70 nəfəri (12,5%) qoca yaşı olmuşdur (306 – 54,8%).

KRX-in epidemiologiyası ilə məşğul olan tanınmış koloproktoloq M.W.Stearns (1980) məlumatına görə, gerontoloji qrupdan olan xəstələrdə ürək-damar patologiyası: ÜXİ, hipertoniya xəstəliyi, ürək çatmamazlığı, aritmiya, periferik damarların xəstəlikləri (aşağı ətraf venalarının varikozu və tromboflebiti) 62%, tənəffüs üzvlərinin xəstəlikləri – 20%, şəkərli diabet, piylənmə – 10% təşkil etmişdir. İnterkurrent nozoloji göstəricilərin müştərk rastgəlmə tezliyi 12,4% təşkil edir. RF RTEA Onkoloji mərkəzinin məlumatına görə, ahi və qoca yaşı xəstələrin 86,2%-də 20,7% hallarda ÜXİ-nin klinik əlamətləri ilə müşayiət olunan aterosklerotik koronar-kardioskleroz aşkar edilir. Xəstələrin 70%-də risk amillərinə aid olan digər xəstəliklər aşkar

edilmişdir və xəstələrin 16%-də müxtəlif patologiyaların müştərək təzahürü diqqəti cəlb edir. Bütün qeyd olunanlar KRX aşkar edilmiş xəstələrin əməliyyatönu dövrədə ciddi müayinələrinin, müvafiq ixtisas həkimlərinin (terapevt, kardioloq, endokrinoloq və s.) cəlb edilməsi ilə interkurrent xəstəliklərin adekvat medikamentoz tənzimi və premorbid statusun kompensə olunmasının vacibliyini sübut edir.

Tədqiqatlarla sübut olunmuşdur ki, yoğun bağırsaqda xərçəng şişinin inkişafı bağırsağın motor funksiyasını pozur (V.D.Fedorov i soavt., 1994). Belə ki, planlı cərrahi müalicəyə qəbul olunan xəstələrin 60,6%-də qəbizlik əlamətləri qeyd olunur, 24,4% hallarda ishal, 15% – qəbizliklə ishalın növbələşməsi müşahidə edilir. Xəstələrin yalnız 20%-də bağırsağın motor-evakuator funksiyasında ciddi pozğunluqlar qeyd olunmur. Bu vəziyyət xüsusilə yoğun bağırsağın sağ yarısının xərçəngi zamanı müşahidə olunur.

Ümumiyyətlə, KRX-in xarakter klinik əlamətlərindən biri yoğun bağırsaq möhtəviyatının təbii pasajının pozulmasıdır. Bizim müşahidələrimizdə 532 xəstənin 83,8%-də (446 xəstə) nəcisin, 53,7%-də (286 xəstə) qazların xaric olmasının pozulması qeyd olunmuşdur. 186 (34,9%) xəstədə kəskin bağırsaq keçməməzliyi yoğun bağırsaq xərçənginin ilkin klinik əlaməti kimi təzahür etmişdir. Digər müəlliflərin məlumatlarına görə, bu göstərici daha yüksəkdir – 93% (Q.V.Paxomova i soavt., 1994).

KRX-in lokalizasiyasından asılı olaraq, bağırsaq keçməməzliyinin rastgəlmə tezliyi müxtəlifdir. Belə ki, çənbər bağırsağın xərçəngi zamanı bu ağırlaşma 15-40%, düz bağırsağın xərçəngi zamanı 8,1-32% təşkil edir (V.M.Buənov, S.S.Maskin, 1999).

Yoğun bağırsaq pasajının müxtəlif dərəcədə (formada) pozulması xəstələrin 68,5%-də KRX-in klinik gedişini ağırlaşdıraraq, birincili şişin digər fəsadlarının baş verməsinə şərait yaradır: şişdaxili və perifokal iltihab, şişin perforasiyası, yoğun bağırsağın diastatik (dilatation) partlaması, bağırsaq qanaxması və s. Yoğun bağırsağın motor funksiyasının pozulması nəticəsində baş verən qəbizlik, əksər xəstələrdə KRX-in inkişaf etməsinə səbəb olur.

KRX bədxassəli şişin yoğun bağırsaqda lokalizasiya səviyyəsindən asılı olaraq, homeostaz sistemində çox ciddi və müxtəlif metabolik pozğunluqlar törədir. Belə ki, yoğun bağırsağın sağ yarısının xərçəngi üçün toksiko-anemik sindrom (ümumi zəiflik, subfebril hərarət, proqressivləşən anemiya) səciyyəvidir. Hemoqlobinin səviyyəsinin 100 q/l-dən aşağı olması ilə müşayiət olunan anemiya xəstələrin 38,2%-də KRX-in kliniki gedişini ağırlaşdırır. Bağırsaq mənəfinin obstruksiyası ilə əlaqədar yoğun bağırsaq möhtəviyyatı-

nın xaric olmasının müxtəlif dərəcəli pozulması bədxassəli şişin ümumi əlamətləri ilə birlikdə mübadilə sistemində mürəkkəb pozğunluqların baş verməsinə səbəb olur: hipo- və disproteinemiya, bədən kütləsinin progressiv azalması, arıqlama, kaxeksiya və s. Məlum olduğu kimi, yoğun bağırsaq su-elektrolit mübadiləsində aktiv iştirak edir. Yoğun bağırsaqda suyun, natriumun, xloridlərin reabsorbsiyası baş verir, eləcə də bağırsağın mənfəzinə kalium kationları və bikarbonatlar sekresiya olunur. Qeyd olunan mexanizm nəinki bağırsaq möhtəviyyatının tərkibini tənzim etməyə imkan verir, eləcə də orqanizmin su-elektrolit balansını təmin edir.

KRX zamanı yoğun bağırsağın geniş rezeksiyasından sonra homeostazın müvafiq sistemlərində baş verən dəyişikliklər məhz yuxarıda göstərilən fizioloji mexanizmlərin pozulması ilə izah olunur. KRX-lə olan xəstələr üçün əsasən homeostazın su-elektrolit və turşu-qələvi (bufer) komponentlərində baş verən disbalans səciyyəvidir. Bu pozğunluq hipokaliemiya, hiperkapniya, hüceyrəxarici və hüceyrədaxili dehidratasiya ilə müşayiət olunur. Qeyd olunan dəyişikliklər yoğun bağırsağın keçiriciliyinin dekompensə olunmuş formada pozğunluğu zamanı daha dərin olur.

Su-elektrolit tənziminin pozulmasının intensivliyi bədxassəli prosesin bağırsaqda yerləşmə səviyyəsindən asılıdır. Belə ki, yoğun bağırsağın sağ yarısının keçməməzliliklə ağırlaşmış xərcəngi üçün hüceyrəxarici dehidratasiya səciyyəvidir. Bu, qalxan çənbər bağırsaqda suyun sorulması funksiyasının pozulması ilə izah olunur. Köndələn çənbər bağırsaq və yoğun bağırsağın sol yarısının xərcəngi üçün isə hiperxloremiya, hiponatriemiya və hipokaliemiya əsasdır. Bu vəziyyət, yoğun bağırsağın həmin hissələrində elektrolitlərin normal sorulma və ekskresiya proseslərinin pozulması ilə izah olunur. Nəticədə, kompensator olaraq elektrolitlərin sidiklə ekskresiyası azalır, bu da oligouriya ilə müşayiət olunur. Digər tərəfdən, yoğun bağırsağın təbii pasajının qəbizlik formasında pozulması zamanı işlətmə dərmanlarının və təmizləyici imalənin tətbiq edilməsi və eləcə də bəzən bu xəstələrdə müşahidə olunan ishal və ya ishal ilə qəbizliyin növbələşməsi defekasiya aktının tezləşməsinə törədərək, orqanizmdən mayenin və elektrolitlərin itkisinə səbəb olur.

Yoğun bağırsağın keçməməzliliklə ağırlaşmış xərcəngi zamanı suduz mübadiləsinin hüceyrəxarici kalium və natrium ionlarının səviyyəsindən asılı olaraq öyrənilməsi göstərir ki, bu xəstələrdə dehidratasiyanın üç forması müşahidə olunur:

1. Ən çox hüceyrəxarici hiperhidratasiya və hüceyrə dehidratasiyası – obturasion bağırsaq keçməməzliyinin xronik formasında baş verir.

2. Hüceyrə ödemi ilə səciyyələnən hüceyrəxarici dehidratasiya, hüceyrəxarici kalium və natriumun çatmamazlığı.
3. Hüceyrəxarici kaliumun və natriumun çatmamazlığı ilə müşayiət olunan total dehidratasiya.

Əməliyyatın hazırlığının əsas vəzifələri kompleksində mədə-bağırsaq traktının proksimal (suprastenotik) hissələrinin dekompressiyası, yoğun bağırsağın distal (substenotik) hissələrinin mexaniki təmizlənməsi ilə bərabər, 80 q/l-dən aşağı göstərici ilə müşayiət olunan hipoproteinemiya, albumin-qlobulin koeffisientinin 0,8-dən aşağı olması ilə səciyyələnən disproteinemiya, 4 mmol/l-dən aşağı hipokaliemiya və 120 q/l-dən aşağı anemiya ilə müşayiət olunan homeostaz göstəricilərinin adekvat tənzimi çox vacibdir.

Mübadilə proseslərinin optimal korreksiyası kalium ionlarının – 4,5 mmol/l, natrium ionlarının – 135 mmol/l, xloridlərin – 90 mmol/l, ümumi zülalın – 70 q/l, albuminin – 35 q/l, sidik cövhərinin – 4 mmol/l, hematokritin 0,4-0,5 q/l səviyyəsində tənzimi adekvat hesab edilə bilər.

3.3. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üsullarının xarakteristikası

Yoğun bağırsağın cərrahi əməliyyata hazırlanması üsullarını aşağıdakı qruplara bölmək olar:

I. Mexaniki təmizlənmə, antiseptiklərdən və antibiotiklərdən istifadə olunmaqla, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması.

II. Yoğun bağırsağın ənənəvi, standart təmizlənmə üsulu:

1. Sellüloza qarışığı olmayan pəhrizin tətbiqi və elementar pəhriz üsulu.
2. İşlədici dərman preparatlarının tətbiqi.
3. İmalənin tətbiqi və Flut-enema üsulu.

III. Bağırsağın ortoqrad lavajı üsulu:

1. Bağırsaq lavajının su-elektrolit məhlullarından istifadə olunması ilə tətbiqi.
2. Mannitolun su məhlulları ilə lavajın tətbiqi.
3. Polietilenqlikolların su məhlulları və elektrolitlərlə lavajın tətbiqi.

IV. Kombinə olunmuş üsullarla yoğun bağırsağın təmizlənməsi.

3.4. Antibiotiklərin istifadə edilməsi ilə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması. Kolorektal cərrahiyyədə antibiotikoprofilaktika

Kolorektal cərrahiyyənin aktiv inkişafı 1950-1960-cı illərdə antibiotiklərin klinik təcrübədə geniş tətbiq olunması dövrünə təsadüf etdiyinə görə koloproktoloqlarda yeni antibakterial preparatlardan əməliyyatönu hazırlıq məqsədi ilə istifadə edilməsi məsələsinə marağın yaranmasına səbəb olmuşdur. Lakin bu maraq tez bir zamanda antibiotiklər gözlənilən nəticəni vermədiyinə görə məyusluqla əvəz olundu və nəticədə koloproktoloqlar arasında antibiotiklərin tətbiq olunmasına dair zidd fikirlər əmələ gəldi. Bəzi koloproktoloqlar hesab edirdilər ki, antibiotiklərin tətbiq edilməsi, heç də həmişə təhlükəsiz və effektiv olmayan, mürəkkəb «yorucu» təmizləyici imalələrdən imtina edilməsinə imkan verir. Digərləri isə əksinə, antibiotikoprofilaktikanı mənasız hesab edərək, yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsini əməliyyatdan sonra baş verə biləcək ağırlaşmaların profilaktikasında əsas üsul kimi qiymətləndirirdilər.

İlk dövrlərdə (1935-1939-cu illər) sulfanilamid preparatlarının yüksək dozada tətbiqinə maraq yarandı, lakin sonradan aydın oldu ki, bu zaman mikroorqanizmlərdə rezistentlik əmələ gəlir. Lakin buna baxmayaraq həmin preparatların uzadılmış dozada istifadəsinə maraq yenidən artmağa başladı.

XX əsrin 40-cı illərində yeni antibiotiklərin istehsal edilməsi ilə əlaqədar olaraq, yoğun bağırsağın antibakterial sterilizasiyası məqsədi ilə həmin preparatların parenteral qəbulu barədə ideya yarandı. Antibakterial preparatların parenteral istifadəsi zamanı onların selikli qışadan bioloji təsiri zəifdir, bu təsir virulent mikroorqanizmlərlə zəngin olan yoğun bağırsağın mənfəzində isə çox cüzdür. Bu şərait cərrahları həmin preparatları yüksək dozada tətbiq etməyə məcbur edirdisə də, bu antibiotiklərin əlavə təsirlərinin baş verməsi ilə əlaqədar bir sıra patoloji proseslərin inkişaf etməsinə səbəb olurdu (mikroorqanizmlərin antibiotiklərə davamlı ştammlarının əmələ gəlməsi, disbakterioz, enterokolit, bağırsaqların kandidomikozu və s.). Bu vəziyyət həmin taktikadan imtina etməyə əsas verirdi.

XX əsrin 70-ci illərində klinik təcrübədə aminoqlikozidlərin tətbiq edilməsi ilə əlaqədar olaraq, yoğun bağırsağı bakterial floradan sterilizasiya etmək üçün yox, həmin preparatların bağırsaqdan sorulmayan növlərinin (kanamisin, gentamisin) tətbiq edilməsi ilə patogen qrammənfi aerobların inkişafını tormozlamaqla yoğun bağırsağı «sanasiya» etmək ideyası meydana gəlmişdir. Güman edilirdi ki, qeyd olunan preparatların peroral qəbulu onların əlavə effektivin (oto-, nefro- və hepatotoksik təsir) qarşısını almağa kömək edə bilər.

Bu zaman həmin preparatların bioloji təsiri yoğun bağırsağın patogen mikroflorasının miqdarının (koloniyasının) azalması ilə izah olunurdu. Şübhəsiz ki, bu zaman preparatın mikrofloranın həssaslığı baxımından fərdi seçim imkanı nəzərə alınırdı. Lakin məlum oldu ki, antibiotiklərin lazım olan dozada peroral qəbulu bağırsağın ekzogen infeksiya ilə mübarizə keyfiyyətinə malik olan normal mikroflorasının inkişafını tormozlayır. Mikroorqanizmlərin simbiozunun pozulması isə müxtəlif ağrılaşmaların baş verməsinə səbəb olur. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə bu xəstələrdə orqanizmin ümumi rezistentliyinin azalması fonunda antibiotiklərlə assosiasiya olunan kolit, Cl. difficile ilə törənən davamlı disbakterioz və psevdomembranoz kolit inkişaf edir. Bağırsaqda patogen mikrob ştammlarının inkişafı tormozlandıqda və yoğun bağırsaq kifayət qədər mexaniki təmizlənmədikdə bu zaman irinli-septik ağrılaşmalar rezistent şərti patogen mikroflora ilə törədilir. Çoxsaylı tədqiqatlarla sübut olunmuşdur ki, bağırsaqdan absorbsiya etməyən antibiotiklərin peroral qəbulu infeksiyon ağrılaşmaların tezliyinə az təsir edir. Digər tərəfdən, geniş təsir spektrinə malik sefalosporinlərin (seftriakson, sefoperazon) sistemli tətbiqi ümumiyyətlə, əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağrılaşmaların profilaktikasında mühüm rol oynadığı halda, həmin preparatların yoğun bağırsağın koloproktoloji əməliyyatlara hazırlanması məqsədi ilə tətbiqi arzu olunan effekti vermir.

Yoğun bağırsaqda icra olunan əməliyyatlardan sonra irinli-infeksiyon ağrılaşmaların baş verməsində anaerob floranın aparıcı rolu təsdiq olduğdan sonra antianaerob aktivliyə malik antibiotiklərin (klindamisin, tetrasiklin, eritromisin, metronidazol) sistemli istifadəsinə böyük maraq əmələ gəlmişdir. Lakin dünyanın aparıcı koloproktoloji klinikalarının təcrübəsinə əsasən yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması məqsədi ilə istifadə edilən antibiotiklərin effektivliyi və təhlükəsizliyi şübhə doğrurur. Buna baxmayaraq, operativ koloproktologiyada profilaktik məqsədlə antibakterial preparatların tətbiqinin tərəfdarları çoxdur.

Koloproktologiyada antibiotikoprofilaktika məqsədi ilə bakterisid təsire malik geniş spektrli antibiotiklərin tətbiqi «qızıl standart» hesab edilir. 12-ci cədvəldə kolorektal cərrahiyyədə əməliyyatdaxili infeksiyalaşma təhlükəsi yüksək olan xəstələrdə antibiotikoprofilaktikanın sxemi göstərilmişdir.

Koloproktoloji xəstələrdə yüksək əməliyyatdaxili infeksiyalaşma təhlükəsi zamanı antibiotikoprofilaktikanın sxemi

Cədvəl 12

ƏMƏLİYYATDAN	ƏMƏLİYYAT	ƏMƏLİYYATDAN
--------------	-----------	--------------

ƏVVƏL	ZAMANI	SONRAKI YAXIN DÖVRDƏ
Əməliyyatdan 3-4 saat əvvəl əzələ daxilinə sefalosporinlər nəslindən: seftriakson; sefoperazon; sefotaksim; seftazidim	Əməliyyatın «çirkli» mərhələsində (perifokal infiltratla şişin mobilizasiyası, yoğun bağırsağın mənfəzinin açılması, anastomozun qoyulması), venadaxilinə; metronidazol və /və ya sefalosporin	Antibakterial terapiyanın 3-4 gün davam etdirilməsi; metronidazol 500 mq vena-daxili gündə 3 dəfə. Sonra həmin dozada preparatın peroral qəbulu; sefalosporin; seftriakson, sefoperazon 1-2 q əzələ daxilinə gündə 2 dəfə

Qeyd: Seftriakson və sefoperazon digər sefalosporinlərə nisbətən daha böyük yarım xaricolma müddətinə malikdir.

Klinik təcrübədə uzun müddət xaricolma dövrünə malik 3-cü nəsil sefalosporinlərin, metronidazolun əməliyyatdaxili tətbiqi ilə birgə istifadəsinə üstünlük verilir. Əməliyyatdan 3-4 saat əvvəl aparılan premedikasiya zamanı preparat əzələ daxilinə yeridilir. Bu da preparatın əməliyyatözü dövrə toxumalarda maksimal dozasını əldə etməyə imkan verir. Əməliyyatın «çirkli» mərhələsini icra edərkən preparatın venadaxili inyeksiyası və həmin dozanın yarısının əməliyyatından 8 və 16 saat sonra təkrar inyeksiyası antibakterial təsir effektini tamamlayır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrə antibiotikoterapiya kursunun aparılması barədə qərar fərdi qaydada, əməliyyatın növündən (həcmindən), xəstənin vəziyyətindən və əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinin xüsusiyyətindən və irinli-iltihabi ağrılaşmalardan asılı olaraq qəbul edilir.

3.5. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ənənəvi, standart üsulu

Ənənəvi üsul kolorektal cərrahiyyədə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının əsas (baza) üsuludur. Əksər xəstələrdə, xüsusilə yoğun bağırsağ keçməməzliyi olmadığı hallarda, bu üsul kifayət qədər effektivdir. Bu üsuldə əməliyyatdan 2-5 gün əvvəl xəstələrə tərkibində hüceyrə qarışığı çox az olan pəhriz təyin edilir (qaynadılmış ət suyu, kisel, ılıq yumurta, çay, itburnu dəmləməsi). Əməliyyatdan bir gün əvvəl xəstə bir fincan şorba qəbul edir, şam etmir. Axşam və əməliyyat günü səhər təmizləyici imalə edilir: 1 saat interval ilə 2 dəfə axşam və 2 dəfə səhər. Sonuncu imalədən

sonra qalmış duru möhtəviyyatın xaric olunması üçün düz bağırsağa qazxaricedici boru yeridilir. Əməliyyatdan bir gün əvvəl fərdi qaydada daxilə 30-45 ml gənəgərçək yağı təyin etmək olar. Qeyd etmək lazımdır ki, bu sxem müxtəlif xəstəliklər zamanı dəyişə bilər. Məs.: anal çat zamanı pəhrizin məhdudlaşdırılmasına və işlədici dərmanların qəbuluna ehtiyac yaranmır. Lakin onkoloqoproktoloji xəstələrə uzun müddətli hüceyrə tərkibi olmayan pəhrizin təyini və əməliyyatdan bir neçə gün əvvəl təmizləyici imalə vacibdir.

Yoğun bağırsağın xərçəngi zamanı xəstələrə stasionara daxil olduğu gündən hüceyrə tərkibi olmayan pəhriz təyin edilir. Xəstələr duz məhlullu işlədici dərmanlar – 15-20%-li maqnezium-sulfat məhlulu (30 ml-dən gündə 4-8 dəfə) qəbul edir. Hər gün axşam və səhər təmizləyici imalələr edilir. Koloproktoloqların əksəriyyətinin KRX zamanı gənəgərçək yağının qəbul edilməsinə münasibəti mənfidir. Belə ki, onun təmizləyici təsirinin şübhəli olmasından başqa yoğun bağırsağın suprastenotik hissələrinin (diastatik) perforasiyasına səbəb olması ehtimal olunur. Əsas xəstəlik (KRX) və onun ağırlaşması (bağırsaq keçməməzliyi) fonunda homeostaz sistemində baş vermiş metabolik pozğunluqların (su-duz, elektrolit-zülal mübadiləsinin, anemiyanın) tənzimi məqsədi ilə infuzion-transfuzion terapiya aparılır. Ənənəvi üsul həmişə effektiv olmur, çünki, bağırsaq mikroflo-rasının kəmiyyət və keyfiyyət tərkibini dəyişmir. Bu zaman müxtəlif xəstələrə də yoğun bağırsağın motor funksiyasının fizioloji xüsusiyyətləri nəzərə alınmır. Ona görə də, standart sxem daxilində aparılan bu hazırlığın effektivliyi olduqca fərqlənə bilər.

3.6. Hüceyrə qarışığı olmayan və elementar pəhrizin tətbiqi

Koloproktoloji xəstənin qida rasionunun əsasını 4 №-li pəhriz təşkil edir. Həmin pəhrizin təsir mexanizmi bağırsağın selikli qışasını mexaniki təsirdən qorumaq, qıcqırma və çürümə proseslərinin qarşısını almaq, bağırsağın selikli qışasının ödemini və iltihabını azaltmaqdan ibarətdir. Həmin pəhrizin tərkibində yağlar və karbohidratlar məhduddur, zülalın miqdarı normal və ya bir qədər artıqdır. Pəhriz hipoxlorid tərkibli, qıcqılandırıcı təsiri yoxdur. Pəhrizdən hüceyrə tərkibli, qıcqırma və çürümə proseslərini gücləndirən (süd, kobud hüceyrə qarışığı), öd və şirəqovucu təsirə malik, eləcə də mədə və mədəaltı vəzi şirələrini stimulyasiya edən qida məhsulları kənar edilir. Həmin pəhrizin kulinariya «işlənməsinin» böyük əhəmiyyəti vardır. Qida xırdalanmış, qaynadılmış və buxarda hazırlanmış olur. Pəhrizin tərkibində zülal – 80-100 q, yağlar – 80

q, karbohidratlar – 300 q təşkil edir. Pəhrizin energetik dəyəri 2400 kkal-dır. Xörək duzu – 6-8 q-dan artıq deyil. Qidalanma rejimi gün ərzində 5-6 dəfədir. İsti xörəklərin hərarəti 55-60°-dən yuxarı, soyuq xörəklərin isə – 15°C-dən aşağı olmamalıdır. Məsləhət görülən xörəklər: boyat buğda çörəyi (4 №-li pəhrizə uyğun), yüksək növ çörəyin qurusu, yağsız ətin şorbası, qaynadılmış yumurta ağı, qaynadılmış və ya buğda hazırlanmış ət və ya balıq, düyü, un. Xörəklərin hazırlanması üçün yağsız ət və balıq növləri istifadə edilir. Qaynadılmış ətdən və balıqdan buğda (buxarda) ət və balıq kotletləri hazırlanır. Yarmalar suda və ya yağsız ət suyunda hazırlanır (manna və düyü yarması). Gün ərzində xörəklə birlikdə 1 ədəd yumurta, 30-40 q-dan artıq olmayan şəkər qəbul edilir. Meyvə və şirələr kisel və jele şəklində qəbul edilir. Süd məhsullarından təzə, yağsız kəsmik məsləhət görülür.

Qeyd olunan pəhrizin tətbiqi anal kanalda əməliyyat və eləcə də bağırsağ keçməməzliyi ilə ağırlaşmış şişlərdə, xüsusi ilə xərçəngin yoğun bağırsağın sağ yarısında lokalizasiyası zamanı effektiv olur. Bədxassəli prosesin yoğun bağırsağın sol yarısında yerləşməsi zamanı və şiş keçməməzliklə ağırlaşdıqda, hüceyrə tərkibli pəhrizin tətbiqi kifayət deyildir.

Əksər koloproktoloqlar, müalicə idarəsinin ənənəsindən asılı olmayaraq, təxminən eyni (standart) pəhrizdən istifadə edirlər. Belə ki, xəstə stasionara daxil olan kimi pəhrizdən meyvə, tərəvəz, çörək və süd məhsulları kənar edilir (müəyyən hallarda duru kartof horrası müstəsna olmaqla). Xəstə əməliyyatdan iki gün əvvəl 4 №-li pəhriz fonunda çox məhdud qidalanır: gün ərzində – səhər yeməyi, nahar zamanı – şorba və ət xörəklərindən kotlet və ya 1 tikə qaynadılmış toyuq əti, şam yeməyinə – 1 stəkan şirin çay. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl qida qəbulu dayandırılır, ancaq qazsız mineral su, tünd olmayan şirin çay, itburnu dəmləməsi içmək olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyata hazırlıq dövründə qidalanmanı məhdudlaşdırarkən, ağır xəstəliklə (xərçəng) zəifləmiş xəstənin ümumi vəziyyətini, yaşını, yanaşı xəstəlikləri mütləq nəzərə almaq lazımdır. Əməliyyata hazırlığın mürəkkəbliyi də məhz bundan ibarətdir. Qidalanmanı məhdudlaşdırarkən xəstənin aclıq və çoxsaylı təmizləyici imalələr nəticəsində üzülməsinə yol vermək olmaz. Ona görə də KRX zamanı xəstələrə geniş həcmli radikal və eləcə də bərpəedici-rekonstruktiv əməliyyatlar planlaşdırarkən 2-3 gün müddətində infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması müvafiq göstərişlərlə qan və onun komponentlərinin köçürülməsi əməliyyatı hazırlığın vacib komponentlərindən biridir.

XX əsrin 70-ci illərindən yoğun bağırsaqda planlaşdırılan əməliyyata hazırlıq dövründə elementar pəhriz tətbiq olunmağa başlanmışdır. Bu məqsədlə hüceyrə tərkibsiz molekulyar formada nutritiv maddələrdən ibarət sintetik qida qarışıqlarından istifadə edilirdi. Qeyd etmək lazımdır ki, əvvəlcə həmin qarışıqlar kosmonavtların qidalanması üçün nəzərdə tutulmuşdur. Həmin qida qarışıqları əvəzolunan və əvəzolunmayan aminturşularla, yağlarla, vitaminlərlə, mineral duzlarla, karbohidratlarla zəngin olmaqla, orqanizmin gündəlik tələbatını tam ödəyirdi. İstifadə olunan preparatlara aid idi: basorbin, bersalin, BSD-aminturşular, vivasorb, vivoneks, komplon, rekonval, fleksikal, tərkibində liofilləşdirilmiş süd olan qarışıqlar və s. Qeyd olunan qarışıqların dad (orqanoleptik) keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq və nutritiv dəyərini artırmaq məqsədi ilə onlara şokolad və portağal şirəsi əlavə olunurdu. Qida qarışıqlarının sutkalıq enerji dəyəri 1800-2400 və 3500 kkal təşkil edirdi. Elementar pəhriz qidalarının tərkibində olan qida maddələrinin əsasən nazik bağırsağın proksimal hissələrində absorbsiyası nəticəsində və eləcə də pəhrizin hüceyrə tərkibi olmadığından nəcisin ümumi kütləsi və bağırsaq mənfəzində olan mikrob koloniyalarının ümumi miqdarı azalırdı. Bu da əsasən oksigenə kəskin həssas olan qrammüsbət mikroorqanizmlərin azalması hesabına baş verirdi. Elementar pəhrizin tətbiq edilməsi zamanı homeostaz sistemində aşağıdakı dəyişikliklər baş verir: zülal mübadiləsi optimal səviyyəyə qədər tənzim olunur (ümumi zülal artır, qan zərdabının zülal tərkibi keyfiyyətcə yaxşılaşır, albumin-qlobulin koeffisienti orta hesabla 1,23-dən 1,56-ya qədər artır, qalıq azotunun və sidik cövhərinin miqdarı azalır), plazmada kalium və natriumun miqdarı artır, qaraciyərin fermentativ funksiyası yaxşılaşır, leykositlərin miqdarı və EÇS azalır. Xəstələrin çəkisi artır, bu da, nəticə etibarı ilə orqanizmin kompensator-bərpa və müdafiə funksiyasının yüksəlməsi kimi qiymətləndirilir.

Elementar pəhriz istifadə etməklə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma üsulu aşağıdakı kimidir: əməliyyatdan 5 gün əvvəl, axşam və səhər imalələrindən sonra xəstəyə elementar pəhriz təyin olunur və həmin pəhriz əməliyyata bütün hazırlıq dövrü davam etdirilir. Əməliyyatdan bir gün əvvəl bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələr istisna olunmaqla, işlədici dərmanlar – adətən vazelin yağı (25-30 q gündə 3 dəfə) və 33%-li maqnezium-sulfat məhlulu təyin olunur. Cərrahi müdaxilə ərəfəsində axşam və səhər 1 dəfə olmaqla təmizləyici imalə icra olunur. Beləliklə, elementar pəhriz üsulunda, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ənənəvi qaydası zamanı tələb olunan bütün 3 əsas şərt mövcuddur. Bu da

həmin üsulu sərbəst üsul kimi deyil, ənənəvi üsulun təkmilləşdirilmiş variantı kimi qiymətləndirməyə əsas verir.

Elementar pəhrizin tətbiqinin nəticələri göstərir ki, pəhriz heç də hüceyrə tərkibindən tam azad deyildir. Belə ki, bu üsulla yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlıq keyfiyyəti 17% hallarda kafi, 83% hallarda isə pis olurdu. Əməliyyat zamanı bağırsağın mənfəzində aşkar edilən nəcis kütlələri adi halda olduğuna nisbətən daha sərt olurdu. Bu isə birincili yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılmasını heç də təhlükəsiz etmirdi. Bu vəziyyət asanlıqla izah oluna bilər. Belə ki, nəzərə almaq lazımdır ki, sutka ərzində həzm traktına– fizioloji stimulyasiya fonunda orta hesabla 6-8 l maye (həzm şirəsi) sekresiya olunur. Onun 1-2 l-i kor bağırsağa daxil olur. Ona görə də, hətta tam aclıq şəraitində yoğun bağırsağın mənfəzində selikli qişanın deskvamasiya olunmuş epiteli hesabına sərt mövhtəviyyat mövcud olur. Bu da müəyyən miqdarda (həcmdə) nəcisin formalaşmasına səbəb olur. Xəstələrin 8-10%-i elementar pəhrizin qəbulunu fərdi olaraq pis keçirir: xəstələrdə diareya, ürək bulanma, qusma tutmaları və zəiflik müşahidə edilir. Pəhrizin dad keyfiyyəti xəstələrin xoşuna gəlmirdi, qida kütləsinin həcmnin azlığı ilə əlaqədar doyma hissi baş vermirdi. Digər tərəfdən, bu üsulun tətbiqi bağırsaq mikroflorasının kəmiyyət və keyfiyyət (növlər) tərkibinə nəzərə çarpan dərəcədə təsir etmirdi. Həmçinin, elementar pəhriz qidası bahadır. Ona görə də, üsulun təkmilləşdirilməsi nəticəsində əvvəlki preparatların çatışmayan orqanoleptik xüsusiyyətlərindən fərqli olaraq, enteral qidalanma üçün yeni qarışıqlar yaradılmışdır: «Nutrizon», «Nutrilan», «Nutren», «Peptamen», «Nutridrink», «Berlamin Modulyar». Şübhəsiz, elementar pəhriz qidasının tərkibinin keyfiyyətli komponentlərdən ibarət olması onun əməliyyatönlü və əməliyyatdan sonrakı dövrdə qəbul edilməsinin mühüm əhəmiyyətini təsdiq edir (xüsusilə KRX-lə olan xəstələrdə). Lakin yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üçün elementar pəhrizin sərbəst olaraq istifadə olunması kifayət deyildir və onun yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsi üçün digər üsullarla birgə tətbiqi məqsədəuyğundur.

3.7. İşlədici dərmanların tətbiqi

İşlədicilər – əsas təsiri bağırsaq peristaltikasını stimulyasiya etməklə yoğun bağırsağın nəcis kütlələrindən boşalmasını təmin edən dərman preparatlarıdır.

İşlədici preparatların müxtəlif təsnifatı mövcuddur. Həmin dərmanlar təsir mexanizminə, tropizm və selektivlik xüsusiyyətinə (nazik və yoğun

bağırsağa təsiri) və peristaltikanı gücləndirmək keyfiyyətinə görə birbirindən fərqlənir. Kolorektal cərrahiyyədə ən çox aşağıdakı preparatlar istifadə olunur.

Gənəgərçək yağı – gənəgərçək toxumundan hazırlanır. Şəffaf qatı (qəliz), zəif iyə və özünə məxsus dada malik mayedir. Daxilə qəbul edildikdə nazik bağırsaqda lipaza fermentinin təsirindən parçalanaraq risinol turşusu əmələ gətirir. Bu isə öz növbəsində bütün nazik bağırsağa kimyəvi qıcıq təsiri göstərir və reflektor olaraq onun peristaltikasını gücləndirir. Təsir effektivinə görə güclü işlədicilərə aiddir. Bağırsağa absorbsiyanı (sorulmanı) tormozlayır, sekresiyanı isə stimulə edir. Kolorektal cərrahiyyədə adətən kolonoskopik müayinəyə və əməliyyata hazırlıq məqsədi ilə istifadə olunur. Preparatın təyin edilməsinə göstəriş xəstədə bağırsaq keçməməzliyinin olmamasıdır. Bu onunla əlaqədardır ki, gənəgərçək yağı bağırsağın motor funksiyasını güclü stimulə etdiyinə görə, bağırsaqda şiş olduğu təqdirdə intensiv peristaltika kəskin bağırsaq keçməməzliyinə səbəb ola bilər. Digər tərəfdən isə gənəgərçək yağının işlədici təsiri heç də həmişə effektiv olmur və xəstənin orqanizminin fərdi xüsusiyyətindən asılıdır. Gənəgərçək yağı nadir hallarda yoğun bağırsağı tam təmizləyir. Bu xüsusilə kolonoskopiya zamanı nəzərə çarpır, belə ki, müayinədə bağırsağın divarlarında nəcisin qalması aşkar olunur. Müalicə məqsədi ilə bir gün əvvəl 30-45 ml gənəgərçək yağ qəbul etmək lazımdır. Preparatın təsiri qəbul olunduqdan 5-6 saat sonra başlayır.

Maqnezium-sulfat ($Mg SO_4$) – Preparat mədə-bağırsaq traktından pis sorulur və bağırsağın mənfəzində osmotik təsiri artırır və bağırsaqda mayenin miqdarının artması hesabına bağırsaq möhtəviyyətinin həcmi artır. Maqnezium-sulfat bağırsağın reseptorlarına mexaniki təsir etməklə peristaltikanı gücləndirir. Bütün duz məhlullu işlədicilər kimi maqnezium-sulfat bütün bağırsaq boyu təsir göstərir. Preparatın təsir gücü müxtəlif ola bilər. Belə ki, preparatın qatılığından və miqdarından asılı olaraq, işlədici və ya ishal təsiri baş verə bilər. Ənənəvi olaraq koloproktologiyada $Mg SO_4$ -in 15%-li məhlulundan istifadə olunur. Qeyd olunan konsentrasiyada (qatılıqda) preparat tədricən, ahəngdar və eyni zamanda bağırsaq peristaltikasına güclü təsir göstərərək, işlədici effekt verir. Lakin preparat çoxlu miqdarda qəbul edildikdə ishal törədir. $Mg SO_4$ -in daha qatı (25-33%-li) məhlulları güclü işlədici və ishal törədici təsirindən başqa xolesistokinetik və xoleretik təsirə malikdir. Ona görə də, göstərilən qatılıqda $Mg SO_4$ -in qəbulu kəskin «öd sancısı», öd kisəsində daşlar olduqda isə kəskin xolesistit əlamətləri törədə bilər. Ona görə də, göstərilən qatılıqda preparat bağırsağın

əməliyyata bütün hazırlıq dövrü təyin oluna bilməz, çünki onun ishal törədicisi təsiri nəticəsində su-elektrolit mübadiləsində pozğunluq baş verə bilər. Digər tərəfdən, maqnezium-sulfatın daha yüksək qatılıqlı məhlulları bağırsağın selikli qişasına kimyəvi qıcıqlanma təsiri göstərərək, selikli qişada iltihabi (kataral) dəyişikliklərin baş verməsinə səbəb olmaqla bərabər əməliyyatdan sonrakı dövrdə anastomoz zonasında bərpa və sağalma proseslərinə neqativ təsir göstərə bilər. Ona görə də, yoğun bağırsağı əməliyyata hazırlamaq məqsədilə adətən 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulu istifadə edilir. Əməliyyatdan əvvəl hazırlıq dövründə 5-7 gün müddətində preparat 30 ml miqdarına (2 xörək qaşığı) gün ərzində 3-8 dəfə qəbul edilir. Qeyd olunan dozada (gün ərzində 90-250 ml) su-duz mübadiləsində klinik əhəmiyyətli dəyişiklik baş vermir. Preparat bərabər dərəcədə nazik və yoğun bağırsağın motor funksiyasını stimulyasiya edir, yoğun bağırsaq möhtəviyyatını durulaşdırılaraq, təmizləyici imalələr və ya lavaj vasitəsilə nəcis kütlələrinin mexaniki sürətdə xaric edilməsinə imkan verir.

Vazelin yağı – sərbəst preparat kimi yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması məqsədi ilə nadir hallarda istifadə edilir. Adətən vazelin yağı əməliyyatdan sonrakı dövrdə bağırsağın selikli qişasını yumşaltmaq və anastomoz zonasını nəcislə zədələnmədən qorumaq üçün tətbiq olunur. Vazelin yağı neftin kerosindən təmizlənmiş fraksiyasıdır. Bu yağlı hidrofob maye dadsız və iysizdir. Daxilə qəbul edildikdə sorulmayıb, nəcis kütlələrini yumşaldır, selikli qişanı bir növ «yağlayır», peristaltikaya yumşaq işlədici təsir göstərərək, nəcisin bağırsaq traktı boyu hərəkətini asanlaşdırır. Adətən gündə 1-3 xörək qaşığı qəbul edilir.

Fleet Phospho-soda – tərkibində soda olan duzlu məhluldur. Oral qəbul zamanı bağırsaqların su tutumu artır. Duz tərkibi ilə əlaqədar bağırsağın selikli qişası qıcıqlanır, nəticədə peristaltika güclənir və motor-evakuator funksiya aktivləşir. Plastik flakonlarda (45 ml) buraxılır. Qəbul qaydası: səhər yeməkdən 30 dəqiqə əvvəl və ya yatmadan 30 dəqiqə əvvəl birdəfəlik doza (45 ml) yarım stəkan suda qarışdırılaraq qəbul edilir və əlavə 1 stəkan soyuq su içilir.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması məqsədi ilə başqa işlədici preparatlardan da istifadə olunur: bisakodil, norqalaks, senade və s. Çox vaxt həmin preparatlar yoğun bağırsağı əməliyyata hazırlamaq üçün sərbəst deyil, köməkçi preparatlar kimi tətbiq olunur.

Qeyd etmək lazımdır ki, hazırda yoğun bağırsağı əməliyyata kifayət qədər keyfiyyətli hazırlamağa imkan verən universal preparat yoxdur. Bütün preparatlar üçün səciyyəvi cəhət xəstənin orqanizminin fərdi həssaslı-

ğından asılı olaraq seçici təsir göstərməsidir. KRX-lə olan xəstələrin əksəriyyətində şişin inkişafı yoğun bağırsağın müxtəlif növ funksional pozğunluğu (diskineziya, hipokineziya) ilə müşayiət olunan xronik qəbizlik, kolit, «yoğun bağırsağın qıcıqlanma» sindromu fonunda baş verir. Digər tərəfdən, bədxassəli prosesin özü əksər hallarda bağırsağın motor funksiyasını tormozlayır, disbakterioz törədir. Nadir hallarda diareya ilə müşayiət olunan tenezmlər baş verir. Bu zaman işlədici preparatların tətbiqi məsələsi çox mürəkkəb və bəzən təhlükəli olur. Belə ki, intensiv peristaltika kəskin bağırsaq keçməməzliyi törədərək, şişdən proksimal (suprastenotik) seqmentlərin (diastatik) perforasiyasına səbəb ola bilər. Ona görə də əksər koloproktoloqlar fikrinə görə, işlədici preparatlar yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlığı məqsədilə tətbiq edilən tədbirlər sisteminin bir komponenti kimi istifadə oluna bilər.

3.8. İmalələrin və Fleet-enema üsulunun tətbiqi

İmalə (yunanca klyisma – yuyulma) – diaqnostika və müalicə məqsədləri ilə xüsusi vasitələrin köməyi ilə yoğun bağırsağa mayenin vurulmasıdır. Bu üsul antik dövrdən məlumdur və ilk dəfə Hippokratın bağırsaq xəstəlikləri haqqında əsərlərində yazılmışdır. İmalənin texnika üsulu o dövrdən etibarən çox az dəyişmişdir. Təmizləyici imalələr yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ənənəvi üsulunun əsas komponentlərindən biridir. İmalənin təmizləyici effektinə nail olmaq üçün, onun icra olunma üsuluna riayət edilməsi, təcrübə və vərdiş vacib şərtlərdir.

İmalənin müalicə (təmizləyici) effekti, xəstənin bağırsağın mənfəzində çoxlu miqdarda mayeni saxladığı halda daha yüksək olur. Digər tərəfdən, bağırsağa vurulan mayenin optimal hərarət rejimi (25-35°C), tədricən və hissə-hissə yeridilməsi vacibdir. Əks təqdirdə, soyuq maye (su) yoğun bağırsağın distal sfinkterlərinin davamlı spazmını törədərək, mayenin bağırsağa vurulmasına mane olmaqla arzu olunan effekti əldə etməyə imkan verməyəcəkdir. Eləcə də imaləni icra edən orta tibb personalının kifayət qədər təcrübəsinin olmasının mühüm əhəmiyyəti vardır. Digər tərəfdən, çoxsaylı imalələr (koloproktoloji profilili stasionarda axşam ərzində bəzən 40-50 imalə) orta və kiçik tibb personalı üçün ağırdır və bu, proseduranın effektivliyinə mənfi təsir edir. Lazımı həcmdə mayeni bağırsaqda saxlamağa və beləliklə də imalənin təmizləyici effektinə təsir edən amillərdən biri anal sfinkterin tonusudur. KRX-lə xəstələrin əksəriyyətini, yoğun bağırsağın müxtəlif yanaşı xəstəlikləri (xroniki

qəbizlik, kolit, «bağırsağın qıcıqlanma sindromu») olan ahıl və qoca yaşlı xəstələr təşkil edir. Bu xəstələr, çox vaxt anal sfinkter hipotonik vəziyyətdə olduğu üçün, imalə məqsədilə bağırsağa vurulan mayeni lazımi müddətə saxlaya bilmirlər. Bundan başqa, imalənin keyfiyyətinin effektiv olmamasına düz bağırsağın distal hissəsinin bəzi xəstəliklərinin (hemorroy, anal çat) kəskinləşməsi də təsir edə bilər. İmalələrin və işlədici preparatların birgə tətbiqi su-duz mübadiləsinin pozulmasına səbəb ola bilər. Ədəbiyyatda bir neçə dəfə edilən təmizləyici imalədən sonra qan zər-dabında kalium ionlarının azalması, natrium ionlarının artması barədə mə-lumatlar vardır. Bəzi xəstələrdə çoxsaylı imalələr nəticəsində albumin frak-siyasının hesabına hipoproteinemiya müşahidə olunur. Yoğun bağırsağın 3 günlük hazırlığından sonra ümumi maye itkisinin həcmi 1500-2000 ml-ə çatı bilər. İmalənin effektivliyi həmçinin ondan asılıdır ki, yoğun bağır-sağın distal hissələrinin şişə zamanı vurulan maye obturasiya səviyyəsinə qədər təsir edir.

Təmizləyici imalələrin keyfiyyətini artırmaq üçün sifonlu imalə üsu-lundan istifadə edilir. Bu imalənin yerinə yetirilməsində həkimin bilavasitə iştirakı vacibdir. Ədəbiyyatda sifonlu imalə zamanı yoğun bağırsağın part-lamasının (cırılmasının) dərc olunmuş təsadüflərinə rast gəlmək olar. Ümu-miyyətlə, sifonlu imalə, müəyyən vərdişlər tələb edən məsuliyyətli üsuldur. Sifonlu imalələrə göstərişlər yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı tətbiq edilən standart təmizləyici imalələrin effektivsiz olmasıdır. Əks-göstərişlərə mezenterial damarların trombozuna və emboliyasına şübhənin olması, ağır ürək-damar çatmamazlığıdır. Təmizləyici imalələrin effektivliyini artırmaq məqsədi ilə bağırsağa vurulan mayeyə 10%-li Na Cl, 3%-li hidrogen-perok-sid məhlullarının, qliserin və ya vazelin yağının əlavə olunması məsləhət görülür. Cərrahların təcrübəsində qeyd olunan tərkibdə imalə «Oqnev üsulu», «yumşaq» imalə adı ilə məşhurdur. Bu üsul ilə imalə zamanı sərt nəcis kütlələri yaxşı yuyulur, düz bağırsağın ampulyar hissəsinin selikli qışası qıcıqlandırılır, defekasiya oyanır və bağırsağın peristaltikası güclənir.

Xaricdə, xüsusilə ABŞ-da Fleet-enema üsulu adı ilə tanınmış imalə geniş yayılmışdır. Bu, tərkibində natrium-fosfat olan 45 ml həcmli mik-roimalədir. Preparat birdəfəlik istifadə üçün borucuqda buraxılır və onu düz bağırsağa yeridərkən, köpüklənmə əmələ gəlir və nəticədə mənfəzdaxili təzyiq artır və defekasiya aktı stimulyasiya olunur. Yoğun bağırsaq 5-20 dəqiqə ərzin-də boşalır. Məlumatlara görə, Amerika koloproktoloqlarının 46%-i anal kanalda əməliyyata hazırlıq zamanı və bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmayan

KRX-lə olan xəstələrə Fleet-enema üsulunu müvafiq pəhriz, işlədici preparatlar və ortoqrad bağırsaq lavajı ilə birgə tətbiq edirlər (Oded Zmora i soavt., 2001). Ədəbiyyatda, eləcə də Fleet-enema imalə üsulunun yoğun bağırsağı bəzi müayinələrə (siqmoskopiya, bəzən kolonoskopiya) hazırlıq üçün tətbiq edilməsi barədə məlumatlara rast gəlinir. Bu zaman üsulun təmizləyici keyfiyyəti bağırsağın müayinəyə hazırlanmasını işlədici preparatlarla və hüceyrə qarışığı olmayan pəhrizlə birgə apardıqda effektiv olur. Digər tərəfdən, Fleet-enema üsulunun ciddi əlavə təsirləri və əks-göstərişlər barədə məlumatlar mövcuddur (Soumoy F. et al., 1998; Nir-Paz R. et al., 1999). Bu üsulun tətbiqi zamanı hipernatriemiya, hipokalsiemiya ilə müşayiət olunan hiperfosfatemiya, metabolik asidoz, tənəffüs çatmamazlığı, xroniki böyrək çatmamazlığı olan uşaq və ahıl yaşlı xəstələrdə hətta koma hallarının baş verməsi kimi ciddi ağırlaşmalar müşahidə olunur. Lakin Fleet-enema üsulu, istifadə olunmasının sadəliyindən, imalənin icrası üçün tibb personalının vacib olmamasından (bu üsulu xəstə özü də tətbiq edə bilər) başqa, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üçün istifadə olunan və metodik düzgün yerinə yetirilən təmizləyici imalə ilə müqayisədə digər mühüm üstünlüyə malik deyildir.

3.9. Ortoqrad bağırsaq lavajı üsul

Kolorektal cərrahiyyədə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması məqsədilə ortoqrad bağırsaq lavajının (bağırsağın izoperistaltik yuyulması, bağırsağın ümumi yuyulması, intestinal lavaj) tətbiq olunmasından təxminən 30 il keçməsinə baxmayaraq, bu vaxta qədər üsulun effektivliyi tam aydın deyildir. Həmin üsulun istifadə olunmasına göstəriş və əks-göstərişlər əsaslandırılmamışdır. Koloproktoloqlar arasında isə həmin üsulun tətbiqinə olan ehtiyac barədə fikirlər birmənalı deyildir.

3.10. Lavajın su-elektrolit məhlulları ilə aparılması

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üçün intestinal zond vasitəsilə bağırsağın ümumi yuyulmasının (irriqasiyası) prioriteti 1973-cü ildə həmin üsulu təklif edən alimlər qrupuna (J.Hewitt, J.Reeve, J.Rigby, A.Cox) məxsusdur. İlk dövrdə bu üsul diareya sindromu ilə müşayiət olunan bağırsaq infeksiyaları və kəskin zəhərlənmələr zamanı su-elektrolit mübadiləsinin tənzimi məqsədi ilə tətbiq edilirdi.

İzoperistaltik ortoqrad bağırsaq lavajı üsulunun tətbiqinin öyrənilməsinin əsas səbəbi yoğun bağırsağın əməliyyata ənənəvi üsulla hazırlanmasının əsas komponenti kimi istifadə olunan anteqrad irriqasiyanın (imalənin) az effektiv olmasıdır.

Son illər həmin üsulun aktiv öyrənilməsi və təcrübədə tətbiq edilməsi nəzərə çarpır. Lavaj məhlullarının əsas tərkibi 13-cü cədvəldə, irriqasiyanın aparılma rejimi isə 14-cü cədvəldə göstərilmişdir.

Lavaj məhlullarının həcmindən və yeridilmə sürətindən asılı olaraq lavajın çoxsaylı rejimləri təklif olunmuşdur.

Lavaj məhlullarının optimal elektrolit tərkibi əsasən empirik qaydada axtarıldı. Bu üsulun aktiv sürətdə öyrənilməsi 80-cı illərin ortalarına təsadüf edir. Bu istiqamətdə Rusiya Federasiyasının Dövlət Elmi Koloproktologiya Mərkəzinin işləri diqqətəlayiqdir (Q.İ.Vorobğev i soavt., 1988). Lavajın aparılmasının optimal rejimi aşağıdakı qaydadır. Əməliyyatdan 18-20 saat əvvəl xəstə, vəba xəstələrinin çarpayısına oxşar, oturacaq hissəsində dəlik olan xüsusi kresloya oturdulur. Kreslonun oturacaq hissəsinin altına isə yuyuntu sularını toplamaq üçün rezervuar qoyulur. Kolostomalı xəstələrdə sellofandan hazırlanmış uzun boru vasitəsilə rezervuarla birləşdirilmiş nəcis qəbuledici istifadə olunur. Xəstənin burnundan mədəsinə zond salınır və o, məhlulların infuziyası üçün istifadə olunan sistemlə birləşdirilir. Məhlulun tərkibinə daxildir: NaCl – 7 q/l, KCl – 0,75 q/l, NaHCO₃ – 3 q/l. Məhlulun hərarəti 36,0 – 37,5°C təşkil edir. Zond vasitəsilə mədə-bağırsaq traktına 6-12 l məhlul vurulur. Mayenin yeridilmə sürəti saatda 2,5-3 l-dir. Lavaj 3-3,5 saat davam edir. Lavaj osmolyarlığı (296 osm/l) qan zərdabının osmolyarlığına uyğun olan izotonik məhlulla aparılır.

Lavaj məhlullarının tərkibi

Cədvəl 13

Lavaj məhlulunun tərkibini təklif etmiş müəlliflər	Lavaj məhlulunun əsas komponenti, q/l				
	Əsas elektrolitlər				Digər komponentlər
	NaCl	KCl	NaHCO ₃	NaHSO ₄	
Hewitt J. et al., 1973	6,0	0,75	2,94	–	–
Crapp A. R. et al., 1975	6,0	0,75	3,0	–	–
Levy A. G. et al., 1976	6,5	0,75	2,5	–	–
Marti M. C. et al., 1976	6,14	0,75	2,94	–	–
Hollender L. F. et al., 1977	9,0	0,75	–	–	–
Amgwerd R. et al., 1981	9,0	0,2	0,2	–	–
Попова И. С., 1988	9,0	–	–	–	CaCl – 0,2; qlükoza – 1,0
Hecketsweiller P. F. et al., 1976	1,0	1,0	–	–	Mannitol – 40
Champault G. et al., 1978	–	–	–	–	Mannitol – 100
Davis G. R. et al., “Golyte”, 1980	–	–	–	–	Polietinqlolikol; mol. çəkisi 335 dalton – 60
Рахимов Р. И., 1988	–	–	–	–	Polietinqlolikol; mol. çəkisi 1500 və 400 dalton – 300
«Fortrans» («Bofyr Ipsen International»), 1993	1,46	0,75	1,68	5,7	Polietinqlolikol; mol. çəkisi 4000 dalton – 64; natrium-saxarin – 0,1
Костенко Н. В. и соавт., 1998, «Лаваж»	1,46	0,75	1,68	5,7	Polietinqlolikol; mol. çəkisi 4000 dalton – 64

Proseduranın başlanmasından 15-20 dəq sonra qusma refleksini tormozlamaq məqsədi ilə dərialtına 2 ml serukal vurulur. Bu, 1,5-2 l məhlulun yeridilməsi üçün kifayətdir. Bu məqsədlə lavaj məhlulunun yeridilməsində 15-20 dəq fasilə etmək olar. Lavajın başlanmasından 1,5-2 saat sonra mayenin xaric olmasının ləngidiyi təqdirdə 2 ml lazıq infeksiya edilir. İrriqasiyanın başlanmasından 40-45 dəq sonra düz bağırsaqdan ilk yuyuntu kütləsi xaric olmağa başlayır. Kolostomalı xəstələrdə isə bu 25-30 dəq sonra baş verir. Defekasiya, mayenin vurulması qurtardıqdan sonra hələ 40-60 dəq davam edir. Lavajın birinci saatından sonra duru nəcis, 2 saatdan sonra isə şəffaflaşmış maye xaric olur. Xaric olan maye nəcis kütlələrindən tamamilə təmizlənənə və maye açıq rəng alana qədər lavaj davam etdirilir. Bunun üçün isə orta hesabla 9-10 il məhlul tələb olunur.

Ortoqrad bağırsaq lavajının aparılma rejimi

Cədvəl 14

LAVAJ MƏHLULUNUN TƏRKİBİNİ	LAVAJ ÜÇÜN TƏKLİF EDİLMİŞ	MƏHLULUN HƏCMİ, L	YERİDİLMƏ SÜRƏTİ, L/S.
----------------------------------	---------------------------------	----------------------	------------------------------

TƏKLİF EDƏN MÜƏLLİFLƏR	MƏHLUL		
Hewitt J. et al., 1973	Duz, izoosmolyar	8–10	2,5
Crapp A.R. et al., 1975	Duz, izoosmolyar	9–10	2,5
Levy A.G. et al., 1976	Duz, izoosmolyar	1–6	0,5–2
Marti M.C. et al., 1976	Duz, izoosmolyar	7–15	4
Hollender L.F. et al., 1977	Duz, izoosmolyar	12–15	4
Amgwerd R. et al., 1981	Ringer məhlulu	15–20	4–5
Popova İ.S., 1988	0,9 %-li fizioloji məhlul	6-12	3
Hecketsweiller P.F. et al., 1976	4 %-li izoosmolyar, mannitol məhlulu	4	1
Champault G. et al., 1978	10 %-li hiperosmolyar, mannitol məhlulu	2	0,66
Davis G.R. et al., “Golyte”, 1980	6 %-li izoosmolyar polietilenqlikol – 3350 məhlulu	2,4	0,8
Raximov R.Ş., 1988	30 %-li polietilenqlikol – 1500 və 400 məhlulu	1	0,66
«Fortrans» («Bofyp Ipsen International»), 1993	6,4 %-li izoosmolyar polietilenqlikol – 4000 məhlulu elektrolitlərə	3-4	1
Kostenko N.V. i soavt., 1998, «Lavaj»	6,4 %-li izoosmolyar polietilenqlikol – 4000 məhlulu	2	1

Bəzi müəlliflərin (İ.S.Popova, 1988) işlərində lavaj məqsədilə 0,9%-li natrium-xlorid məhlulu istifadə olunmuşdur. Üsulun fərqi ondan ibarətdir ki, lavaj palatada aparılır. Proseduranın sonunda xəstə sistemdən ayrılır və sərbəst defekasiya üçün tualetə gedir. Müəllifin qeyd etməsinə görə, bu üsulla lavaj zamanı xəstə mayenin yeridilməsinə özü sərbəst nəzarət edə bilir, bu da proseduranın rahat keçirilməsini təmin edir. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, yanaşı ümumi somatik xəstəliklər zamanı zəifləmiş KRX olan yaşlı xəstələrdə bağırsaq lavajının göstərilən rejimi çətindir və bu xəstələrdə «vəba kreslosu» tətbiq edilmədən proseduranı aparmaq sadəcə olaraq qeyri-mümkündür.

Lavaj üsullarının təkmilləşdirilməsi, xüsusilə polietilenqlikolun elektrolit məhlullarının meydana çıxması, lavaj məhlulunun optimal elektrolit tərkibinin axtarışı məhlulun tərkibinə digər duz məhlullarının əlavə olunmasını labüd hesab etdi: kalium xlorid, bikarbonat və anhidrid natrium-sulfat.

Su-elektrolit məhlulları ilə lavaj üsulunun müəllifləri tərəfindən qeyd olunmuşdur ki, həmin üsulun tətbiqi nəticəsində bağırsaq mikroflorasının tərkibində obliqat anaeroblar 7 dəfə azalmışdır. Mikrob senozu (assosiasiyası) əmələ gətirən mikroorqanizmlərin miqdarı 4-7-dən 2-3-ə qədər, mikroorqanizmlərin periton boşluğundan əkilməsi isə 2 dəfə azalmışdır. Lavaj nəticəsində bağırsağın mənfəzinin nəcis və qazlardan tam təmizlənməsinə 90,6% hallarda nail olunmuşdur. Bağırsaqda az miqdarda duru nəcis və qaz xəstələrin 5,2%-də aşkar edilmişdir, sərt nəcis kütlələri (qeyri-kafi hazırlıq) müşahidələrin 4,2%-də təsadüf etmişdir. İrinli-iltihabi ağırlaşmalar nəzarət qrupu ilə müqayisədə (16,6%) 6,3%-ə endirilmişdir. Keyfiyyətli lavaj nəticəsində xəstələrin 72,8%-də birincili yoğun bağırsaq anastomozu formalaşdırmaq mümkün olmuşdur.

İntestinal zondla bağırsağın su-elektrolit məhlulları ilə lavaj üsulunun keyfiyyətinin təhlili göstərmişdir ki, yaxşı nəticə xəstələrin 54,8-87,5%-də, kafi nəticə – 4,9-2,5%-də əldə edilmişdir. Bu nəticələr ənənəvi üsullarla müqayisədə, şübhəsiz ki, daha yaxşıdır. Lakin bu üsulun tətbiqi heç də geniş yayılmamışdır. Su-elektrolit məhlulları ilə lavajın aşağıdakı qüsurları aşkar edilmişdir: 1) məhlulun çox yüksək sürətlə (təxminən dəqiqədə 75 ml) yeridilməsi lazımdır, əks halda vurulan maye tezliklə sorulur; 2) mayenin çoxlu miqdarda vurulması ürəkbulanma və qusma kimi dispeptik pozğunluqlar (15-50%), qarının köpməsi (12-18%), qarında ağrılar (7-17%)

törədir. Prokinetik preparatların (metoklopramid, serukal) və trankvilizatorların təyin edilməsinə baxmayaraq xəstənin imtina etməsi ilə əlaqədar olaraq bəzən prosedura dayandırılır. Lavajın nəticələrinin anket sorğusu nəticəsində aydın olunmuşdur ki, xəstələrin 25-30%-i bu üsulu «dəhşətli», 42%-i «xoşagəlməyən», yalnız 5%-i normal keçirilən prosedura kimi qiymətləndirmişlər; 3) kəskin dispeptik pozğunluqlarla əlaqədar bəzən 3-4 l maye yeridilərək 30-40 dəq fasilələrlə, xəstənin halı yaxşılaşdıqdan sonra lavajın davam etdirilməsi; 4) prosedura, xəstədə uzun müddət nazoqasttral zondun olması və eləcə də «vəba kreslosunda» oturması ilə əlaqədar olaraq çox yorucudur; 5) irriqasiya zamanı lavaj məhlulunun ən azı 1500 ml-i isə dövr edən qanın həcmi 8,8-9,7% artıraraq sorulur, bu isə ürək-damar sistemində və böyrəklərə əlavə «yük» kimi mənfi təsir göstərir. Hemoqlobinin, hematokritin və ümumi zülalın azalması ilə müşayiət olunan hemodilyusiya baş verir. Lavaj məhlulunun interstisial (hüceyrəarası) sahəyə miqrasiyası ilə əlaqədar olaraq periferik ödəmlər inkişaf edir. Bu zaman inkişaf edən hemodinamik pozğunluqlar ürək-damar və tənəffüs sisteminin patologiyası olan xəstələr üçün ciddi təhlükə törədir. Bununla əlaqədar homeostazda baş verən pozğunluqlar bağırsaq anastomozunun sağlamlığına neqativ təsir göstərir.

Beləliklə, əksər müəlliflər su-elektrolit lavajının tətbiq olunmasına aşağıdakı əks-göstərişləri qeyd edirlər: ahlı (60-dan yuxarı) yaş, bağırsaq keçməməzliyi, ürək-damar, tənəffüs və böyrək çatmamazlığı. Ortoqrad bağırsaq lavajı zamanı həkimin iştirakı, hemodinamik göstəricilərə (nəbz, arterial təzyiq, EKG) nəzarət vacibdir (Keighley M. i soavt., 1982; Kostenko N.V., 1998).

Su-elektrolit məhlulları ilə lavajın təsirindən bağırsaqda mikrob kontaminasiyasının və irinli-septik ağırlaşmaların azalması istisna olunmaqla, bu üsulun ənənəvi üsulla müqayisədə hər hansı üstünlüyə malik olmaması aşkar edilmişdir. Digər tərəfdən, aydın olmuşdur ki, bağırsaq möhtəviyyatının həcm vahidində mikroorqanizmlərin miqdarının azalması, onların bağırsağın mənfəzindəki qalıq lavaj mayesi ilə durulaşdırılması ilə izah olunur. Ona görə də lavaj qurtardıqdan 24 saat sonra və yuyucu məhlul tam sorulduqdan sonra bağırsaq mikroflorasının kəmiyyət tərkibi əvvəlki vəziyyətə qayıtmış olur. Nəhayət, su-elektrolit məhlulları ilə lavaja olan maraq ona görə azaldı ki, bağırsaq keçməməzliyi ilə müşayiət olunan KRX zamanı bu üsul arzu olunan effekti vermir, halbuki, məhz bu xəstələrdə bağırsağın ənənəvi üsullarla hazırlanması keyfiyyətsiz olur və daha səmərəli üsullara ehtiyac yaranır.

3.11. Mannitolun su məhlulları ilə lavajın tətbiqi

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, su-elektrolit məhlulları ilə ortoqram bağırısaq lavajının əsas qüsuru ondan ibarətdir ki, irriqasiya zamanı məhlulun müəyyən hissəsinin sorulması baş verir. Bu vəziyyət su-elektrolit və hemodinamik pozğunluqların inkişaf etməsinə səbəb olduğundan, qısa müddət ərzində xəstəyə çoxlu miqdarda maye vurulmasına ehtiyac yaranır. Ona görə də, məntiqi olaraq irriqasiya məqsədi ilə lavaj məhlulunu bağırısağın mənfəzində saxlamaq xüsusiyyətinə malik olan osmotik aktiv maddələrdən istifadə olunması fikri yarandı. Həmin preparatlardan biri mannitoldur. Mannitol altıatomlu spirt olmaqla şəkərlər qrupuna aiddir.

Mannitol açıq-sarı rəngli liofilizə olunmuş kütlədir, suda asan həll olur, su molekulları ilə davamlı əlaqələr yarada bilir. Hipertonik məhlul halında mannitol güclü diuretik preparat kimi istifadə edilir.

Yoğun bağırısağın əməliyyata hazırlanması üçün 20%-li məhlulundan 1 l, 10%-li məhlulundan – 2 l, 5%-li məhlulundan – 4 l kolonoskopiya və ya əməliyyatdan əvvəl istifadə olunur. Yoğun bağırısağı boşaltmaq üçün preparat 3-4 l həcmdə tətbiq olunur. Vizual əməliyyatdaxili qiymət 60-100% hallarda yaxşı olur. Lakin mannitolun bağırısağın əməliyyatönu hazırlanması üçün tətbiqinin təhlili göstərir ki, bu zaman əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmaların tezliyi artır və 35-41% təşkil edir. Yoğun bağırısağın möhtəviyyatının əkilməsi zamanı qrammənfi aerob mikroorqanizmlərin artması qeyd olunur. Bakterioloji müayinə zamanı bağırısağın mənfəzində mikrofloranın miqdarının artması müəyyən edilir. Mikroorqanizmlərin inkişafı onunla izah olunur ki, mannitol oliqosaxarid olduğuna görə bağırısaq mikroflorası üçün əlverişli qidalı mühit yaradır. Mannitolun bağırısaqdan sorulmayan antibiotiklərlə birlikdə istifadəsi də ağırlaşmaların azalmasını təmin etmir. Mannitolun digər mənfi təsirlərdən biri də onun yoğun bağırısaqda qıvcırma proseslərinin gücləndirməsidir. Bu da mikrobların çoxalması və mannitolun fraqmentasiyası (parçalanması) ilə izah olunur. Qeyd olunan proseslər nəticəsində bağırısağın mənfəzində çoxlu miqdarda qazlar (hidrogen və metan) toplanır. Ədəbiyyatda endoskopik əməliyyatlar (polipektomiya və elektrokoagulyasiya) zamanı həmin qazların yaranması nəticəsində xəstənin ölməsi təsadüfləri təsvir olunur.

3.12. Polietilenqlikolun su məhlullarının elektrolitlərlə lavajın tətbiqi

1980-cı ildə G.R.Davis i soavt., yoğun bağırsağın əməliyyata və müayinələrə (irriqoskopiya, kolonoskopiya) hazırlanması məqsədi ilə bağırsağın ortoqrad lavajı üçün polietilenqlükolun su-elektrolit məhlulunun istifadə edilməsini təklif etmişlər. Müəlliflər həmin üsulu «Golytely» adlandırmışlar.

Polietilenqlikollar (PEQ) polietilenoksidin [ümumi formulu $H - (-O - CH_2 - CH_2 -)_n - OH$] polimerizasiya məhsuludur. Formulda $n - 4-455$ həddlərdə dəyişə bilər, bu da onun molekulyar çəkisinin diapazonuna (200-dən 2000 daltona qədər) uyğundur. PEQ-in sinonimləri: polietilenoksid, polioksietilen, poliqlikol, karbovaks, skürol, postonal, makroqolyum, makroqol. Preparatın konsistensiyası molekulyar çəkisindən asılı olaraq yapışqan maye formasından (molekulyar çəkisi – 200-1500 dalton) başlayaraq sərt maddə formasınadək (molekulyar çəkisi 2000-20000 dalton) dəyişir. Molekulyar çəkisi artdıqca yapışqanlıq xüsusiyyəti artır, hidroskopikliyi isə azalır. PEQ suda yaxşı həll olur. Su molekulları ilə davamlı əlaqə yaratması sayəsində PEQ yüksək osmotik təsirə malikdir. Preparatın iri molekulları bağırsaqdan praktik olaraq sorulmur. PEQ təbabətdə (yaraların müalicəsində), biokimyada krioprotektor və kriokonservant keyfiyyətlərində monoklonal (əks-cisimlərin alınmasının biotexnologiyası), mikrobiologiyada (bakteriofaqların, virusların, fermentlərin, toksinlərin, antitoksinlərin qatılaşdırılması) geniş istifadə olunur.

Klassik «Golyte» PEQ 3350 dalton molekulyar çəkiddə, 2400 ml miqdarda istifadə olunur. Məhlulu xəstə müayinədən bir gün əvvəl 3 saat ərzində sərbəst qəbul edir (Keighley M.R. i soavt., 1982). Məhlulun 1 l-nin tərkibində 375 mq elektrolit duzları vardır.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması iki mərhələdən ibarətdir (cədvəl 15).

Birinci mərhələdə hazırlığın əsasını hüceyrə tərkibi olmayan pəhrizin, işlədici preparatların böyük dozada qəbulunun və təmizləyici imalələrin müştərək təyin edilməsi təşkil edir. Hazırlığın ikinci mərhələsində polietilenqlükol lavaj aparılır. Birinci mərhələdə hazırlığın məqsədi nəcisi durulaşdırmaqla gündə 2-4 dəfə defekasiyaya nail olunmasıdır. Bu tədbir obturasion bağırsağ keçməməzliyinin (OBK) dekompensə olunmuş forması zamanı keçməməzliyin davamlı ləğv edilməsinə imkan verir. OBK-nin subkompensə olunmuş forması zamanı təmizləyici imalələr həlledici əhəmiyyət daşıyır. Bu zaman bağırsağın təmizlənməsi əsasən duzlu

işlədicilərin təyin olunması ilə həyata keçirilir. Təmizləyici imalələrin əməliyyatdan əvvəl 2, maksimal olaraq – 3 gün aparılması məsləhətdir. Bu zaman əməliyyatdan bir gün əvvəl və əməliyyat günü səhər təmizləyici imalələrin aparılması yaddan çıxmamalıdır. Təmizləyici imalələr mahiyyət etibarı ilə konservativ terapiyanı davam etdirən müalicə tədbiridir. Bu tədbir 3 gün davam etdirilməlidir. Sonra təmizləyici imalələrin aparılması subkompensə formalı OBK zamanı yerinə yetirilən tədbirə analoji olur.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının xüsusiyyətləri (M.D.Xaneviç i soavt., 2003)

Cədvəl 15

Hazırlığın əsas xüsusiyyətləri	Dekompensə olunmuş OBK	Subkompensə olunmuş OBK
Defekasiya başlanmasının orta müddəti	3-4 gün	2-3 gün
15%-li MgSO ₄ məhlulunun qəbulunun orta müddəti	5 gün	5 gün
15%-li MgSO ₄ məhlulunun gündəlik dozası	120-450 ml	90-240 ml
15%-li MgSO ₄ məhlulunun gün ərzində qəbulunun sayı	3-14 gün 6,6 gün	1-10 gün 4,8 gün
İmalənin icra olunma müddəti: a) minimal və maksimal b) orta	2-10 gün 4,5 gün	1-4 gün 2,5 gün
İnfuzion terapiyanın həcmi	800-1600 ml	800-1200 ml
Polietilenqlikol ləvayının aparılması. 1. Preparatın qəbulundan birinci defekasiyaya qədər müddət: a) minimal və maksimal b) orta Preparatın qəbulu kəsildikdən sonra. 2.Son defekasiya vaxtı: a) minimal və maksimal b) orta 3. Defekasiyanın sayı a) minimal və maksimal b) orta	40-100 dəq 79 dəq 60-120 dəq 96 dəq 6-20 12,3	60-120 dəq 96 dəq 80-100 dəq 88 dəq 9-15 11,7

Məhdud pəhriz (№ 1) yoğun bağırsağın dekompressiyası istiqamətinə yönəldilmiş tədbirlər zamanı təyin olunur. Bütün xəstələr kəskin OBK zamanı stasionara daxil olduqdan 2-3 gün sonra 4 №-li pəhrizə keçirilir (çörək məhdudlaşdırılır, zülalla zəngin, hüceyrə qarışığı olmayan toyuq və mal ətinədən hazırlanmış qidaya üstünlük verilir). Hüceyrə qarışığı olmayan pəhriz təyin edərkən enteral qidalanma üçün istifadə olunan müasir qarışıq-

lar içərisində «Nutridring» xüsusilə nəzərə alınmalıdır. Əməliyyatdan bilavasitə əvvəl aclıq günü təyin edilir.

Əməliyyatın hazırlıq zamanı duz tərkibli işlədici preparatların dozası dəyişkən təyin olunur. Nəcisin durulaşdırılması məqsədilə 15%-li $MgSO_4$ məhlulunun yüksək dozada qəbulu məqsədəuyğun hesab edilir (gündə 6-8 dəfəyə 180-250 ml ümumi miqdarda). Preparatın göstərilən dozada qəbulu 2-4 gün təşkil edir. Sonra 3-4 dəfə qəbul edilməklə ümumi doza 90-150 ml-ə endirilir və bu miqdarda qəbul əməliyyat gününə qədər (səhərdək) davam etdirilir. Xəstələrin əməliyyata hazırlanması dövründə kəskin OBK ilə əlaqədar homeostaz sistemində baş verən su-elektrolit disbalansının (hipokaliemiyanın, hiponatriemiyanın, dehidratasiyanın və metabolik asidozun) adekvat tənzimi çox vacibdir. Qeyd olunan pozğunluqların tənziminin əsasını balanslaşdırılmış infuzion terapiya təşkil edir. Bu tədbir xüsusilə dekompanse olunmuş OBK zamanı mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Infuzion- transfuzion terapiya adətən yoğun bağırsağın medikamentoz üsullarla dekompressiyası zamanı 2-3 gün, bəzən 3-5 gün müddətində aparılır. Sonra infuzion terapiyanın həcmi azaldılaraq, gün ərzində 400-800 ml-ə endirilir. Infuzion terapiya aparılmadıqda və ya qeyri-adekvat olduqda su, elektrolit mübadiləsinin pozulması nəticəsində baş verən hipovolemiya hemodinamikanın vəziyyətinə mənfi təsir göstərir.

Klinik təcrübə göstərir ki, dekompanse olunmuş OBK zamanı infuzion-transfuzion terapiya bütün əməliyyatın dövr müddətində aparılmalıdır. Bu zaman əsasən kristalloid məhlullarla üstünlük verilməlidir. Hemotransfuziyaya göstəriş, anemiyanın dərəcəsindən asılı olaraq təyin edilir. Subkompanse olunmuş OBK zamanı infuzion terapiyanın əməliyyatın dövrə 3-4 gün ərzində aparılması kifayətdir. Infuzion terapiyanın müddəti və həcmi 16-cı cədvəldə göstərilmişdir.

Polietilenqlikolun elektrolit məhlulları ilə ortoqrad bağırsaq lavajı əməliyyatdan bir gün əvvəl aparılır. Adətən 4000 ml lavaj məhlulu kifayətdir. Məhlulun qəbul sürəti 15 dəq-dən bir 250 ml-dən ibarətdir. Lavaj saat 15-də aparılır, bütün xəstələr lavaj məhlulunun hamısını qəbul edirlər. Preparata «dözümlülük» fərdidir, bu xüsusiyyət 15-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, PEQ lavajının effektiv aparılmasında xəstələrin psixoloji hazırlığının mühüm rolu vardır. Preparatın qəbul edilməsindən defekasiyanın başlanmasına qədər keçən müddət 40 dəq-dən 1 saat 40 dəqiqəyə qədər dəyişir. Yoğun bağırsağın mənfəzinin şişlə obstruksiya dərəcəsinin lavaj məhlulunun xaric olunma sürətinə təsiri aşkar

edilməmişdir. Distal lokalizasiyalı obstruksiya zamanı evakuasiya daha sürətlə baş vermişdir. Bu xəstələrdə defekasiya aktının sayı çox olmuşdur. Obturasiya köndələn və enən çənbər bağırsaqla olduqda, lavaj məhlulunun evakuasiyası ləng olur, defekasiya aktının sayı az olur və bu post(sub)stenoitik hissələrin tutumundan (həcmindən) asılı olmuşdur. Bu xəstələrdə defekasiya preparatın qəbulu dayandırıldıqdan sonra 1-2 saat ərzində davam etmişdir. Bu zaman bağırsaq mənfəzinin şişlə obstruksiya dərəcəsi ilə lavaj məhlulunun tam evakuasiya olunma müddəti arasında asılılıq müşahidə edilməmişdir.

Polietilenqlikol lavajına fərdi «düzümlülük»
(M.D.Xaneviç i soavt., 2003)

Cədvəl 16

PROSEDURANIN KEÇİRİLMƏSİNƏ DÖZÜMLÜLÜYÜN SUBYEKTİV QIYMƏTLƏNDİRİL MƏSİ	DEKOMPE NSƏ OLUNMUŞ OBK	SUBKOMPE NSƏ OLUNMUŞ OBK	CƏMİ	
			Mütl əq	%
Normal	3	8	11	35,4
Azxoşagələ, lakin tam düzülən	7	10	17	54,8
Çətinliklə düzülən	–	2	2	6,4
Düzülməyən	1	–	1	3,2

Son onilliklər ərzində xarici müəlliflər PEQ-un daha keyfiyyətli elektrolit məhlulları və davamlı molekulyar kütləsi ilə əlaqədar axtarışlar aparmışlar. Arzu olunan optimal tərkib fransız kompaniyasının «Bofur İpcen Internatonal» – istehsal etdiyi «Fortrans» preparatı ilə reallaşdırılmışdır. Məhlulun 1 l-i aşağıdakı tərkibdən ibarətdir: PEQ – 64 q (molekulyar kütləsi 4000 dalton olan makroqol), natrium-anhidrid sulfat – 5,7 q, natrium-bikarbonat – 1,68 q, natrium-xlorid – 1,46 q, kalium-xlorid – 0,75 q, natrium-saxarin – 0,1 q.

PEQ məhlulundan istifadə edilməklə lavaj üsulu tədricən geniş yayılmağa başlamışdır. Amerika koloproktoloqlarının 32%-i bağırsağın əməliyyatönlü

hazırlanması üçün PEQ istifadə edir, 15%-i isə PEQ-u digər üsullarla birlikdə tətbiq edirlər. «Golyte»dən başqa ABŞ-da «Brantree Laboratories» kompaniyası aşağıdakı preparatları istehsal edir: «Nulytely», «Golyte», «Golyte flavored». Bu preparatların elektrolit tərkibi ilə dad keyfiyyəti patolojiyanın xüsusiyyətindən və lavajın məqsədindən (əməliyyata və ya müayinəyə hazırlıq) asılı olaraq müxtəlifdir. Bir qayda olaraq, cərrahi əməliyyatdan və ya müayinədən bir gün əvvəl 6%-li Fortrans məhlulu 3-4 saat ərzində 3-4 l həcmində hər 15-20 dəqiqədə 200-250 ml içmək şərti ilə qəbul edilir. Məhlulun az miqdarda qəbulu keyfiyyətli təmizləyici effekti vermir. Fortransın qəbulu qurtardıqdan sonra 60-120 dəqiqə müddətində defekasiya davam edir. Axşam xəstəyə təmizləyici imalə edilir. Qeyd olunan preparatların, xüsusilə də «Fortrans»ın xoş dad keyfiyyəti və orqanoleptik xüsusiyyətləri məhlulun tələb olunan həcmnin çox olmasına baxmayaraq (4 l-ə qədər) asanlıqla sərbəst peroral qəbul olunmasına imkan verir. Lakin bəzən mayenin çoxlu miqdarda qəbulu nəticəsində baş verən dispeptik pozğunluqlarla əlaqədar olaraq (ürək bulanma, qusma, «abdominal diskomfort» və ağrı) xəstələrin 5-15%-i üsuldən imtina edirlər (Oded Imora et al., 2001). Tədqiqatlar nəticəsində aydın olmuşdur ki, PEQ məhlulu və elektrolitlərin istifadə edilməsi ilə aparılan ortograd bağırsaq lavajı yaxşı və əla nəticələr almağa imkan verir. Belə ki, kolonoskopiya hazırlıq məqsədi ilə lavajın tətbiqi 53-65% hallarda əla nəticələr vermişdir. Əməliyyata hazırlıq zamanı isə əla göstərici 52-61% təşkil etmişdir. Şübhəsiz ki, qeyd olunan üsulun effektivliyi lavaj məhlulunun həcmindən və bağırsaq keçməməzliyinin dərəcəsindən asılıdır.

XX əsrin 80-90-cı illərində yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması məqsədi ilə polietilenqlükolların tətbiq edilməsi barədə ədəbiyyatda bir sıra işlər dərc olunmuşdur (Raximov R.Ş., 1988; Däienko B.M. i soavt, 1994). Müəlliflər qərb tədqiqatçılarından fərqli olaraq, PEQ-un molekulyar kütləsi 1500 və sonra 400 dalton olan formalarının istifadə olunmasını təklif etmişlər. Güman edilirdi ki, aşağı molekulyar çəkiyə malik polietilenqlükollar yaxşı həllolma və yüksək hidqoskopik xüsusiyyətlərinə malikdir. Bu cür məhlulun qəbul edilməsi mayenin absorbsiya olunmasını tormozlayaraq, möhtəviyyatın hərəkətini və bağırsağın təmizlənməsini sürətləndirir. Məhlulun vurulması zamanı sistemdə «su-polietilenqlükol» sərbəst mayenin qalmasının və onun preparatla tam birləşməsinin qarşısının alınması üçün, PEQ daha yüksək (30%-li) qatılıqlı (yapışqan) məhlulundan istifadə olunması məsləhət görülür. Beləliklə, 400 dalton molekulyar kütləsi olan 30% PEQ-nun peroral qəbulunun müalicə effekti almağa imkan verməsi proqnozlaşdırılırdı.

Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı bağırsağın tam təmizlənmə effekti 3-4 saatdan sonra baş verir. Lakin bu nəticələr üsulun geniş tətbiq edilməsi üçün kifayət etməmişdir. Belə ki, məlum olmuşdur ki, məhz sistemdə «su-PEQ» sərbəst maye qarışığının olması yoğun bağırsağın selikli qışasına mexaniki qıcıqlandırıcı təsir göstərərək, işlədici (təmizləyici) effekt törədir. Kolonoskopiya zamanı xəstələrin 38,5%-də yoğun bağırsağın mənfəzində çoxlu miqdarda nəcis qalıqlarının olması aşkar edilmişdir, bu da qatı məhlulun çətin xaric olması ilə izah olunur. Digər tərəfdən, təklif olunan məhlulun xüsusi orqanoleptik keyfiyyətləri xəstələrin 15-25%-ni, dispeptik pozğunluqlar (ürəkbulanma və qusma) ilə əlaqədar olaraq, proseduradan imtina etməyə məcbur edir. Digər tədqiqatlar PEQ-un əsas etibarı ilə kolonoskopiya, endoskopik polipektomiya və anal kanalda əməliyyatlar («kiçik» proktologiya) zamanı tətbiqinə həsr olunmuşdur və 90-cı illərdə RF DEKRM-də yerinə yetirilmişdir (Vorobğev Q.İ. i soavt., 1995; Kostenko N.V., 1998). Aparılan tədqiqatlar nəticəsində rus koloproktoloqları tərəfindən bağırsağın ortoqram irriqasiyası üçün «Lavaj» adı ilə yeni preparat istehsal olunmuşdur. Bu iş molekulyar kütləsi 400 dalton olan polietilenqlükol istifadə edilməklə tətbiq olunan «Golyte» klassik üsulun davamı kimi yerinə yetirilmişdir. PEQ-un bu növünün toz forması suda 5-6% qatılığa qədər həll olunduqda, alınan mayenin sıxlığı suyun və elektrolitlərin sıxlığından bir az yüksəkdir.

Polietilenqlükol yalnız mayeni bağırsaq borusunun mənfəzində ləngitməklə qatı, peristaltika zamanı asan evakuasiya olunan məhlul kimi selikli qışaya mexaniki qıcıqlandırıcı təsir göstərməklə peristaltikani gücləndirir.

Rusiya Federasiyasında «Fortrans» rəsmi qeydiyyatdan keçdikdən sonra (1997) PEQ-un koloproktologiyada istifadə olunmasına aid publikasiyaların sayı nəzərə çarpan dərəcədə artmışdır (Vinoqradova M.A. i soavt., 2000; Əblokov E.Q., 2000; Kərşunov V.M. i soavt, 2001). «Fortrans» istifadə edilməklə ortoqram bağırsaq lavajının kolonoskopiya, endoskopik polipektomiyaya, anal kanalda əməliyyata hazırlıq məqsədi ilə, eləcə də mamalıq təcrübəsində uğurla tətbiq olunması barədə publikasiyalar mövcuddur.

Polietilenqlükolun lavaj məhlulu ilə elektrolitlərin birgə istifadəsinin nəticələrinə verilən mikrobioloji qiymət barədə də məlumatlar vardır. Belə ki, üsulun tətbiqi bağırsaq möhtəviyyatında bakterial kontaminasiyasını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Hətta bəzi mikroorqanizmlərin (peptostreptokokklar) əkilməsi ümumiyyətlə mümkün olmamışdır. Lavajdan 48-72 saat sonra praktiki olaraq yoğun bağırsaq mikroflorasının tam bərpası (bağırsa-

ğın selikli qışasının dərinliyində koloniyalaşmış floranın bağırsaq mənfəzinə toplanması nəticəsində) baş verir. Lakin müəlliflərin polietilen-qlükolun lavaj məhlulunun elektrolitlərlə birlikdə yoğun bağırsağın keçməməzliliklə ağırlaşmış xərcəngi zamanı ortoqram bağırsaq lavajı kimi istifadə olunması barədə təklifləri heç də optimistik deyildir. Hesab edilir ki, qeyd olunan lavaj üsulu obturasion keçməməzlilik əlamətləri olan xəstələrdə bağırsaq keçməməzliyinin dekompensə olunmuş dərəcəsinin inkişaf etməsinə və onunla əlaqədar çox ciddi nəticələrə səbəb ola bilər.

Xəstədə bağırsaq keçməməzliyinin olması qeyd olunan lavaj üsulunun effektivliyinin əsas səbəbidir. Yoğun bağırsaq mənfəzinin $\frac{1}{3}$ -nə qədər şişlə daralması bir çox müəlliflər tərəfindən polietilenqlükol məhlulunun elektrolitlərlə ortoqram lavajın aparılmasına əks-göstəriş hesab edilir (Miettinen R.P. et al., 2000). Yoğun bağırsağın əməliyyat hazırlanması üçün tətbiq olunan müxtəlif üsulların effektivliyinin qiymətləndirilməsi 17-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının müxtəlif üsullarının effektivliyinin qiymətləndirilməsi

Cədvəl 17

HAZIRLANMA ÜSULU	MÜƏLLİFLƏR VƏ TƏDQIQATIN APARILMA VAXTI	HAZIRLANMANIN YAXŞI VƏ ƏLA NƏTİCƏLƏRİNİN MİQDARI, %
Ənənəvi üsul	Keighley M., 1982 Beck D. and DiPalma J., 1991	59 61
Elementar pəhrizdən istifadə olunması	Keighley M., 1982 Skobelkin O.K., 1981	17-dən çox olmayan 55-68
Natrium-fosfatın birləşmələrindən istifadə edilməsi ilə hazırlanma (Fleet-enema)	Oliveira L. et al., 1996 Yoshioka K. et al., 2000 (cərrahiyyə və kolonoskopiya)	52 58
Su-duz məhlulları ilə ortoqram intestinal lavaj	Crapp A. et al., 1975 Hollender L.F. et al., 1977 Minervini S. et al., 1980 Keighley M. et al., 1982 Popova İ.S., 1988	57 54,8 87,5 59 84

Mannitol məhlulu ilə ortoqrad lavaj	Keighley M., et al., 1982	59
	Beck D. et al., 1986	62
Polietilenqlükol məhlulu və elektrolitlərlə ortoqrad lavaj	Beck D. and DiPalma J., 1991	61
	Oliveirar L. et al., 1996	52
	Raximov R.Ş., 1989	77
	Kostenko N.V., 1998	88,5
	(cərrahiyyə və kolonoskopiya)	

Beləliklə, KRX-lə olan xəstələrin əməliyyata hazırlanması zamanı təklif olunan üsulların ümumi effektivliyi 17-88,5% arasında tərəddüd edir. Bağırsağın hazırlanmasının effektivliyinə yalnız üsulun seçilməsi deyil, xəstəliyin klinik gedişinin xüsusiyyətləri də təsir göstərir. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması zamanı uğursuzluğun əsas səbəbi bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasıdır.

FƏSİL 4

POLIETİLENQLİKOL MƏHLULU VƏ ELEKTROLİTLƏRLƏ BAĞIRSAQ LAVAJI ÜSULUNUN TƏTBİQ OLUNMASI İLƏ YOĞUN BAĞIRSAĞIN ƏMƏLİYYATA HAZIRLANMASI

4.1. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ümumi prinsipləri

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üçün istifadə olunan üsullar kompleksinin əsas mahiyyəti ondan ibarətdir ki, polietilenqlükolla lavajdan əvvəl yoğun bağırsaqda möhtəviyyat mümkün qədər az miqdarda və eləcə də çox duru olmalıdır.

İlk mərhələdə yoğun bağırsağın mexaniki yolla əməliyyata hazırlanması üçün istifadə olunan ənənəvi üsullar tətbiq edilir: təmizləyici imalələr, hüceyrə qarışığı olmayan pəhriz, duz tərkibli işlədici preparatlar. Hazırlığın ikinci mərhələsində əməliyyatdan əvvəl yoğun bağırsağın qalıq möhtəviyyatdan tam təmizlənməsini təmin edən polietilenqlükol məhlulu ilə lavaj yerinə yetirilir. Bu üsulla hazırlığın müddəti bağırsaq keçməməzliyinin dərəcəsindən asılıdır və adətən 3-5 gün təşkil edir.

Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının kompensə və subkompensə olunmuş formalarında 3 günlük hazırlıq kifayətdir. Kəskin bağırsaq keçməməzliyinin dekompensə olunmuş forması zamanı konservativ müalicə effektiv olduqda, yoğun bağırsağın hazırlanması üçün 3-5 gün və daha çox vaxt tələb olunur. Yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kompensə və subkompensə olunmuş formaları ilə stasionara daxil olmuş xəstələrə həmin gün hüceyrə qarışıqsız pəhriz (№ 4) təyin olunur. Rasionda quru qidalar, çörək, meyvə, tərəvəz və süd məhsulları tam istisna olunur. Qidalanma məhdudiyyəti qaynadılmış toyuq əti, buğda (buxarda) hazırlanmış mal əti, qaynadılmış yağsız balıq növləri ilə kompensə olunur. Zəif xəstələrə, daxil olarkən nutritiv dəstək məqsədilə enteral qidalanma üçün balanslaşdırılmış müxtəlif qarışıqlar: «Nutrizon», «Nutrilan», «Nutridrink», «Berlamin Modulyar» təyin olunur. Qeyd olunan qarışıqlar tam (mütləq) qarışıqsız pəhriz olmaqla, həzm traktından tam sorulur. Əməliyyatönu hazırlıq üçün «Nutridrink» daha əlverişlidir. Xoş orqanoleptik xüsusiyyəti xəstələrin bu qarışığı qidada istifadə etməsinə imkan verir.

Yoğun bağırsağın şişlə obstruksiya dərəcəsindən və konservativ müalicənin effektivliyindən asılı olmayaraq əməliyyatdan 2 gün əvvəl

pəhriz təyin olunur. Xəstə gün ərzində 4 №-li pəhriz çərçivəsində səhər yeməyi (çörəksiz), ət xörəyi və şorbada ibarət nahar, şirin çaydan ibarət şam yeməyi qəbul edir. Əməliyyatdan bir gün əvvəl aclıq təyin olunur: saat 12-yə qədər xəstə 3-4 stəkan şirin çay, qazsız mineral su və itburnu dəmləməsi qəbul edir. Saat 12-13-dən sonra lavaj məhlulu istisna olunmaqla maye qəbulu dayandırılır. Həb halında dərman preparatlarının az miqdarda su ilə qəbuluna yol verilir.

Əməliyyatın hazırlığının ikinci mühüm tərkib hissələrindən biri duz məhlullu işlədicilərin qəbuludur. Gündəlik təcrübədə 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulu daha geniş istifadə olunur. Duzlu işlədici məhlulların qəbul edilməsində məqsəd – yoğun bağırsağın möhtəviyyatını maksimal olaraq durulaşdırmaqdan ibarətdir. Bu da ortoqram lavaj üsulu ilə bağırsağın tam mexaniki təmizlənməsinə imkan verir. Yoğun bağırsağ möhtəviyyatının durulaşdırılması öz növbəsində işlədici təsir göstərir. 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulunun qəbulu bağırsağ peristaltikasını mülayim dərəcədə stimule edir, yoğun bağırsağın selikli qişasına qıcıqlandırıcı təsir göstərərək, evakuasiyanı yaxşılaşdırır. Defekasiyanın tezləşməsi yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının birinci mərhələsinin effektiv olmasının əsas meyarlarından biridir. Gün ərzində 2-4 dəfə duru nəcis xaric olmasına nail olmaq vacibdir. 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulunun dozası gün ərzində 2 xörək qaşığı ilə 4-6 dəfə qəbul etmək şərti ilə 120-200 ml təşkil edir. Defekasiya tezləşdiyi təqdirdə preparatın qəbulu 3-4 dəfəyə qədər azaldılır. $Mg\ SO_4$ məhlulunun qəbulu əməliyyat gününə – səhər saat 9-a qədər davam etdirilir. Bu onunla əlaqədardır ki, maqnezium sulfat məhlulu bağırsağ sekresiyasını stimulyasiya etməklə və ödqovucu təsir göstərməklə həm nazik, həm də yoğun bağırsağın duru möhtəviyyatla dolmasını təmin edir.

Yoğun bağırsağın ənənəvi üsulla əməliyyata hazırlanması zamanı hüceyrə qarışığı olmayan pəhriz qəbulu fonunda təmizləyici imalələr və duzlu işlədici preparatların təyini məsləhət görülür (cədvəl 18). Bu zaman 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulunun ənənəvi dozası 90 ml olmaqla gün ərzində 3-4 dəfəyə qəbul edilir.

Yoğun bağırsağın əməliyyat üsulla əməliyyata hazırlanması
(M.D.Xanəviç i soavt., 2003)

Cədvəl 18

HAZIRLIĞIN XÜSUSİYYƏTİ	ƏSAS GÖSTƏRİCİLƏR
15%-li Mg SO ₄ məhlulunun qəbul müddəti: – minimal və maksimal	
15%-li Mg SO ₄ məhlulunun gündəlik dozası: – minimal və maksimal – məhlulun qəbul sayı – orta dozası	60-120 ml 2-4 90 ml
Təmizləyici imalələrin yerinə yetirilmə müddəti: – minimal və maksimal	2-14 gün
İnfuzion terapiyanın aparılma müddəti: minimal və maksimal	1-8 gün
İnfuzion terapiyanın həcmi: minimal və maksimal	400-1200 ml

Təmizləyici imalələr 2 gün davam etdirilir. Əməliyyatdan əvvəl axşam və əməliyyat günü səhər 1-2 təmizləyici imalə edilir. Polietilenqlükolla lavaj edildikdən sonra əməliyyatdan əvvəl axşam və səhər 45-60 dəqiqə intervalla 2 təmizləyici imalə edilir. Bu tədbir lavaj məhlulunu tam evakuasiya etmək məqsədini daşıyır. Əməliyyatdan bir gün əvvəl polietilenqlükolun lavaj məhlulu və elektrolitlərlə ortoqram bağırsaq lavajı yerinə yetirilir. Bu tədbir yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının 2-ci mərhələsini təşkil edir. Bu məqsədlə «Bofur Ipcen Internacional» fransız kompaniyasının istehsal etdiyi «Fortrans» preparatı istifadə olunur (6%-li məhlul – 4-5 litr). Məhlulu hazırlamaq üçün preparatın toz halında olan 4-5 standart bağlaması 4-5 l qaynadılmış (və ya distillə edilmiş) suda həll edilməlidir. Bir bağlamada 64 q preparat vardır.

Bağırsaq lavajı saat 15.00-da başlanır. Lavaj məhlulu hər 15 dəqiqədən bir 250 ml miqdarda qəbul edilir. Məhlul az paylarla da qəbul edilə bilər, lakin preparatın qəbul sürətinə riayət edilməlidir. Məhlulun kiçik həcmdə qəbulu (2-3 l) yoğun bağırsağın keyfiyyətli təmizlənməsini təmin

etmir. Preparatın qəbulu 4 saat davam edir. «Fortrans»ın qəbulu qurtardıqdan sonra 1-2 saat müddətində defekasiya davam edir. Axşam xəstəyə təmizləyici imalə təyin edilir.

Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi (dekompensə olunmuş forması) zamanı xəstələrin əməliyyata hazırlanması daha mürəkkəbdir və bu 5 gündən az olmayan vaxt tələb edir. Hətta konservativ tədbirlər kompleksi ilə tez müddətdə bağırsağın mexaniki təmizlənməsi və dekompressiyası təmin edilirsə, çox nadir hallarda yoğun bağırsağın suprastenotik hissələrindən möhtəviyyatın tam evakuasiyası mümkün olur. Əksər hallarda gətirici ilgəklər qatı, yapışqan konsistensiyalı yoğun bağırsaq möhtəviyyatı ilə dolmuş olur. Qeyd etmək lazımdır ki, yoğun bağırsağın konservativ üsullarla dekompressiyası olduqca şərtidir. Suprastenotik hissələrdə durğunluq nəticəsində baş verən qıvcırma prosesi bağırsaq möhtəviyyatının qatılaşmasına və istənilən vaxt keçməməzliyin residivinə səbəb ola bilər. Ona görə də bu qrup xəstələrin əməliyyata hazırlanması zamanı konservativ müalicə kompleksində yoğun bağırsağın keyfiyyətli dekompressiyasını təmin etmək üçün axşam və səhər (hər dəfə 2) təmizləyici imalələr etmək vacibdir. Yoğun bağırsağın konservativ üsullarla dekompressiyası dövründə xəstələrə aclıq təyin edilir. Sonra isə tədricən maye qəbuluna icazə verilir: qazsız mineral sular, itburnu dəmləməsi, çay, şorba.

Yalnız mayələr hesabına qidalanma, tam enteral qidalanma kimi nəinki məqsədəuyğun deyil, hətta ziyandır. Xəstələrin əməliyyata hazırlanması dövründə aclıq xəstələrin üzülməsinə səbəb olmaqla bərabər, enteral qidalanmanın kəsilməsi nazik bağırsaqda yoğun bağırsaq florasının koloniyasının əmələ gəlməsinə səbəb olur və bağırsağın disbakteriozunu dərinləşdirir (V.İ.Kniş i soavt., 1985). Dolğun qidalanma törədən və az bağırsaq möhtəviyyatı yaradan qida qarışıqlarından «Nutrizon», «Nutridrink», «Berlamin Modulyar» istifadə edilir. Əməliyyatın hazırlıq dövründə bağırsaq keçməməzliyinin bütün formalarında yoğun bağırsaq dekompressiya olunduqca xəstələr 4 №-li pəhrizə keçirilir, qidanın qəbulu nisbətən məhdudlaşdırılır, çörək verilmir.

Əməliyyatın hazırlığının əsasını duzlu işlədiciyə yüksək dozada qəbulu təşkil edir. Adətən 15%-li $Mg\ SO_4$ məhlulu 2 xörək qaşığı olmaqla 6-10 dəfə qəbul edilir (sutkalıq doza 150-300 ml). Yoğun bağırsaq mənfəzinin preparatla tədricən dolması bağırsaq möhtəviyyatının durulaşmasına səbəb olur. Bununla da imalələrarası dövrdə 2-4 dəfəyə qədər duru nəcis xaric olmaqla defekasiya baş verir. Nəticədə proksimal

(supreastenotik) ilgəklərin nəcis kütlələrindən təmizlənməsinə nail olunur. Qarının göpü itir, xəstələr subyektiv olaraq yaxşılaşma hiss edirlər (qarında diskomfort azalır, xəstənin əhvalı və iştahası yaxşılaşır). Lakin qeyd olunan zahiri yaxşılaşmaya baxmayaraq ortoqrad bağırsaq lavajı olmadan, gətirici ilgəyin bağırsaq möhtəviyyatından tam təmizlənməsi mümkün olmur. Belə hallarda əməliyyat zamanı bağırsağın mənfəzi açıldıqda təzyiqlə çoxlu miqdarda duru nəcis xaric olaraq əməliyyat sahəsini infeksiyaladır və yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılmasını qeyri-mümkün edir.

Bağırsaq keçməməzliyi zamanı bağırsaq lavajının aparılmasının prinsipial fərqləri yoxdur. Lakin bağırsaq mənfəzinin kəskin obstruksiyası ilk defekasiyanın baş verməsinin və bağırsağın tam boşalmasının vaxtını uzadır. Qeyd etmək lazımdır ki, bu prosesdə xəstələrin psixoloji hazırlığının mühüm əhəmiyyəti vardır. Xəstəyə təyin olunmuş bütün lavaj məhlulunun qəbul edilməsinin vacibliyini təkidlə, inamla və həssaslıqla başa salmaq lazımdır. Lavaj zamanı həkimin bilavasitə iştirakı vacibdir. Bu üsulla əməliyyata hazırlıq zamanı su-elektrolit balansının adekvat tənzimi çox mühüm əhəmiyyət malikdir. Bağırsaq keçməməzliyi nəticəsində baş verən dizelektrolitemiya əməliyyata hazırlıq üsulu ilə (təmizləyici imalələr, məhdud pəhriz, duzlu işlədici preparatlar) və diareya nəticəsində daha da dərinləşir. Ona görə də əməliyyatın hazırlıq dövründə, ümumi klinik-laborator müayinələr kompleksində qan plazmasında əsas elektrolitləri, xüsusilə, kalium və natrium ionlarının miqdarını təyin etmək vacibdir. Digər tərəfdən, hətta elektrolit disbalansı, hipokaliemiya olmadıqda belə, xəstələrin əməliyyata hazırlığı zamanı infuzion-transfuzion terapiyanın aparılması çox mühümdür. İnfuzion terapiya xüsusən «aclıq» pəhrizi təyin edilən günlərdə vacibdir. Bu məqsədlə kristalloid məhlullarının (asesol, disol, trisol, kvintasol, mafuzol, fizioloji məhlul, 5%-li qlükoza) venadaxili infuziyası aparılır. Kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə daxil olan xəstələrdə su-elektrolit balansını tənzim etmək üçün 5%-li qlükoza məhlulu, askorbin turşusu, asesol, disol, mafusolla və kalium preparatları (KCl, pananqin) ilə infuziyası təyin edilir. İnfuziya olunan mayenin tərkibində kaliumun quru çəkisi 4-6 q-dan az olmamalıdır. Kolloid məhlullarının və qan komponentlərinin transfuziyası müvafiq göstərişlərlə təyin edilir.

Bağırsaq lavajının aparılmasından 2-3 gün əvvəl yoğun bağırsağın kontrast rentgenoloji müayinəsi məqsəduyğun deyildir, belə ki, supraste-notik hissələrdə depolaşmış Ba SO₄ məhlulunun maye hissəsi sorulur,

kontrast maddənin sərt kütlələrini isə şiş strenozu zonasından xaric etmək çətin olur.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üsullarının keyfiyyətini obyektiv qiymətləndirməyə imkan verən tədqiqat işlərinə əsasən birincili yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılmasında beşballı sistemdən istifadə olunur (R.Ş.Raximov, 1998; M.D.Xaneviç i soavt., 2003).

Qeyd olunan keyfiyyət meyarlarına əsasən beş bal – «təmiz bağırsaq», dörd bal – «yaxşı təmizlənmə», üç bal – «kafi təmizlənmə», iki bal – «qeyri-kafi təmizlənmə» və ya «çirkli bağırsaq», bir bal – «qeyri-kafi təmizlənmə» və ya «nəcis durğunluğu». Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma keyfiyyətinin bal meyarları 19-cu cədvəldə göstərilmişdir.

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma keyfiyyətinin qiymət meyarları

(M.D.Xaneviç i soavt., 2003)

Cədvəl 19

Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma dərəcəsinin qiyməti	Yoğun bağırsağın vəziyyətinin orqanoleptik Əlamətləri	Yoğun bağırsağın hazırlanma dərəcəsi mümkün olan kliniki situasiyalar	Anastomoz formalaşdırılmasının mümkünlüyü
5 bal – əla «təmiz bağırsaq»	Bağırsaq boşdur, divarlarında dəyişiklik yoxdur, mənfəzində möhtəviyyat yoxdur. Bağırsağın mənfəzi açıldıqda nəcis iyi gəlir, möhtəviyyat yoxdur. Bağırsağın daxili səthində az miqdarda şəffaf selik təyin olunur.	Bağırsağın bu vəziyyətdə hazırlığı ortoqrad bağırsaq lavajı üsullarından birinin ənənəvi hazırlıq elementləri ilə birlikdə tətbiqi ilə əldə edilir.	Bağırsaq anastomozu formalaşdırılması mümkündür.
4 bal – «yaxşı»	Bağırsaq boşdur, divarı dəyişməmişdir, mənfəzində möhtəviyyat təyin olunmur. Bağırsağın mənfəzi açıldıqda zəif nəcis iyi gəlir, mənfəzində sərbəst möhtəviyyat yoxdur. Bağırsağın daxili səthində nəcislə boyanmış az miqdarda şəffaf selik var.	Bu vəziyyətə bağırsağın lavaj üsullarından birinin, nadir hallarda bağırsaq keçməməzliyi olmadıqda, ənənəvi üsullarla hazırlanması ilə nail olunur.	Anastomoz qoyulması mümkündür. Periton boşluğu və əməliyyat yarası tərəfdən iltihabti-irinli ağırışmalar təhlükəsi mövcuddur.

Bəzi müəlliflərin (M.D.Xaneviç i soavt., 2003) tədqiqatlarına görə xəstələrin planlı cərrahi əməliyyatlara hazırlanması zamanı nəzərə alınmalı-

dır ki, bütün xəstələrin 15% və ya yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv şişi ilə olan xəstələrin 30%-nin ənənəvi hazırlanma üsulları effektivsizdir. Yoğun bağırsağın əməliyyata keyfiyyətsiz hazırlanması əməliyyat zamanı birincili anastomozun formalaşdırılmasının mümkün olmaması və əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli-septik ağırlaşmaların yüksək olması ilə təsdiq olunur.

Bu qrup xəstələrin polietilenqlikol lavajı tətbiq etməklə yoğun bağırsağın əməliyyata kompleks hazırlanmasına göstərişlərin kliniki meyarları aşağıdakılardır:

- Şişin yoğun bağırsağın sol yarısında yerləşməsi;
- Konservativ tədbirlər nəticəsində kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyinin ləğv edilməsi;
- Kolonofibroskopiya zamanı endoskopik vizualizasiyanın yalnız bağırsağın şişlə obstruksiya səviyyəsinə qədər mümkün olması;
- Bağırsağın şiş strikturunun daxili diametrinin irriqoskopiya zamanı 1,5 sm və ondan az olması, əllənən şiş zamanı isə daralmanın diametrinin 1,5-2 sm olması.

FƏSİL 5

ŞİŞ ETİOLOGİYALI YOĞUN BAĞIRSAQ KEÇMƏMƏZLİYİNİN MÜALİCƏSİNİN ÜMUMİ PRİNSİPLƏRİ

Kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşmış KRX-in müalicəsi onkoloqoproktologiyanın aktual və mürəkkəb problemidir. Bu vəziyyət qeyd olunan patologiya zamanı cərrahi müalicə taktikasının optimal müddətinin və adekvat həcmnin seçilməsinə aid vahid konsepsiyasının olmaması ilə izah olunur. Səmərəli cərrahi taktikanın seçilməsi ilk növbədə bədxassəli prosesin lokalizasiya səviyyəsindən və yayılmasından, şişin bağırsaqda inkişaf xüsusiyyətindən, bağırsaq keçməməzliyinin formasından, xəstənin yaşından, vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsindən, yanaşı xəstəliklərdən xeyli asılıdır (Q.V.Paxomova i soavt., 1996; 2000; V.M.Amelin i soavt., 1998; N.M.Makarova i soavt., 2000; Q.A.Efimov i soavt., 2000; S.S.Slesarenko i soavt., 2002; A.P.Çadaev i soavt., 2003; M.V.Xanəviç i soavt., 2003; A.S.Ermolov i soavt., 2004; A.V.Puqaev i soavt., 2005; Q.S.Danzanov i soavt., 2009; V.İ.Pomazkin, 2010; M.V.Kukoş i soavt., 2011; G.Q.Topuzov i soavt., 2011; M.İ.Üarev i soavt., 2012).

Ədəbiyyat məlumatlarına və şəxsi təcrübəmizə əsaslanaraq yoğun bağırsaq mənfəzinin şişlə obturasiyası nəticəsində baş vermiş kəskin bağırsaq keçməməzliyi zamanı konservativ müalicə tədbirləri aşağıdakı şərtlər daxilində aparılmalıdır:

- şişin yoğun bağırsağın sol yarısında lokalizasiyası;
- xəstənin ümumi vəziyyətinin cərrahi əməliyyatı 24 saatdan çox müddətdə təxirə salmağa imkan verməsi;
- kəskin bağırsaq keçməməzliyinin müddətinin (xəstəlik anamnezinin) 5 gündən az olması;
- qarın boşluğunun icmal rentgenoloji müayinəsi zamanı yoğun bağırsağın yalnız pnevmatizasiyasının aşkar edilməsi, suprastenotik seqmentlərdə birdən çox olmayan ədəd maye səviyyəsinin aşkar edilməsi.

Konservativ terapiya kompleksi aşağıdakı tədbirlər sistemindən ibarətdir:

- Medikamentoz müalicə tədbirləri xəstənin stasionara daxil olduğu ilk 2-3 saat ərzində başlanılmalıdır. Əgər 6 saat müddətində aparılan

intensiv konservativ terapiya effektiv olarsa, xəstəyə cərrahi əməliyyat icra olunmalıdır.

- Müalicədən əvvəl xəstəyə abdominal USM, rektoromanoskopiya və fibrokolonoskopiya müayinələrinin aparılması məqsəduyğundur.
- İnfuzion terapiyanın həcmnin 1200-2000 ml-ni kristalloidlər təşkil etməlidir.
- Təmizləyici imalələr əvvəl kiçik həcmdə (500 ml), sonra isə böyük həcmdə aparılmalıdır (sifonlu imalə).
- Bağırsağın mexaniki təmizlənməsinə (qazların və nəcisin xaric olması, qarnın köpünün azalması, ağrıların keçməsi) nail olmağa cəhd etmək, təmizləyici imaləni təkrar etmək, qarın boşluğunun təkrari rentgenoloji müayinəsini təkrar etmək. Əməliyyatın dövründə imalə gündə 1-2 dəfə təkrar olunmalıdır.
- Yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsindən (imalədən) sonra qalmış möhtəviyyatın durulaşdırılmasını və bağırsaqdan xaric edilməsini təmin etmək məqsədi ilə işlədici duz məhlulları təyin etmək (gün ərzində 5-8 dəfə qəbul olunmaqla 200-250 ml 15%-li Mg SO₄ məhlulu).

Müalicə taktikasının ümumi prinsipləri mədə-bağırsaq traktının proksimal (suprestenotik) şöbələrinin dekompressiyasından, distal hissələrinin mexaniki təmizlənməsindən (təmizləyici və sifonlu imalələr), spazmolitiklərin tətbiqindən, infuzion-detoksikasion terapiyadan, su-elektrolit mübadiləsinin, turşu-qələvi əsasının, hipovolemiyanın, hipoproteinemiyanın adekvat tənzimindən, orqanizmin energetik və plastik tələbatının ödənilməsindən (nutritiv dəstək), cərrahi müalicəyə göstərişlərin, operativ müdaxilənin optimal vaxtının və həcmnin təyin olunmasından ibarət geniş tədbirlər kompleksini əks etdirən alqoritmə əsaslanır.

İntensiv konservativ terapiyanın təxmini sxemi və həcmi 20-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Konservativ terapiyanın həcmi və davamı fərddir, şişin lokalizasiyasından, obturasiyanın, bağırsaq keçməməzliyinin formasından, xəstənin yaşından, yanaşı xəstəliklərin (xüsusilə ürək-damar, tənəffüs, sidik-ifrazat sistemi) xüsusiyyətlərindən, peritonitin olub-olmamasından asılıdır.

Bağırsaq keçməməzliyinin sub- və dekompensə olunmuş formaları və eləcə də peritonit zamanı medikamentoz terapiya əməliyyatını hazırlıq məqsədini daşıyır. İnfuzion terapiyanın adekvat həcmdə olması üçün aşağıdakı homeostaz göstəriciləri əsas tutulmalıdır: hematokritin 0,4-0,5 q/l-ə qədər azalması, qan zərdabında elektrolitlərin artması: kalium

ionunun 4,5 mmol/l-ə, natrium ionunun 135 mmol/l-ə, xloridlərin 90 mmol/l-ə, ümumi zülalın 70 q/l-ə, albuminin 35 q/l-ə, sidik cövhərinin 4 mmol/l-ə qədər artması.

İntensiv konservativ terapiyanın təxmini sxemi və həcmi

Cədvəl 20

İNTENSİV TERAPİYANIN VƏZİFƏLƏRİ	DƏRMAN PREPARATLARI	MƏHLULUN HƏCMİ (LİTRLƏ)
Hipovolemiyanın və dövr edən qanın həcmnin tənzimi	Poliqlükün Albumin Protein 5%-li aminoplazmol	1-1,5 1-1,5 0,5 0,5
Turşu-qələvi vəziyyətinin və maye defisitinin tənzimi	Ringer məhlulu 5%-li qlükoza 4%-li natrium-bikarbonat Trisamin	1-1,5 1 0,2-0,4 0,5
Detoksikasion terapiya	Hemodez Polidez Reopoliqlükün Jelatinol 1,4%-li Reamberin	0,4 0,4-0,8 0,8 0,4 0,8
Orqanizmin enerji və plastik ehtiyatının bərpası Nutritiv dəstək	4%-li qlükoza İntralipid Lipofundin	0,1 1-1,5 1-1,5

Qeyd olunan göstəricilərə əsasən infuzion terapiyanın həcmi fərdi və diferensə olunmuş qaydada təyin olunur. Əməliyyatözü dövrədə xəstələrə albumin, kristalloidlər, quru və nativ plazma, müvafiq göstərişlərlə təzə sitratlı qan (komponentləri) köçürülür. İnfuzion-dezintoksikasion terapiya kompleksində fizioloji məhlulla kristalloidlərin (5%-li qlükoza və Ringer-Lantat məhlulları) təyin edilməsi ilə aparılan hemodilyusiya qanın toksiklik dərəcəsini azaltmağa imkan verir. Kiçikmolekullu dekstran preparatlarının (reopoliqlükünün, reoqlüman) təyini qanın reoloji xüsusiyyətlərini və mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır. Detoksikasion terapiya (hemodez, polivinilpirrolidon, reamberin) gücləndirilmiş diurezin nəzarəti altında aparılır. İnfuzion terapiya zamanı mayenin transkapillyar miqراسiyasının qarşısını almaq üçün köçürülən mayenin hər litrinə müvafiq olaraq 100-200

ml 10-20% albumin vurulur. Orqanizmin enerji tələbatını təmin etmək məqsədi ilə qlükozanın yüksək qatılıqlı (20-40%) məhlulları (insulinin müvafiq dozası ilə) və yağ emulsiyaları (lipofundin, intralipid) istifadə olunur. Son zamanlar müxtəlif etiologiyalı bağırsaq keçməməzliyi zamanı yeni preparat – reamberin tətbiq edilir. Polivalent təsirə malik olan bu preparatın tərkibini suksinat və yantar (kəhrəbə) turşusu təşkil edir. Reamberinin 1,4%-li məhlulu 400-800 ml dozada venadaxili infuziya edilir. Preparatın antihipoksik, antioksidant, detoksikasion, polivalent metabolotrop təsiri vardır. Reamberinin təsirindən turşu-qələvi əsası, bağırsağın divarında mikrosirkulyator pozğunluqlar tənzim edilir, nəticədə bağırsağın motor-evakuator funksiyası bərpa olunur.

İnfuzion terapiyanın ümumi həcmi 2,5-3,5 litr təşkil edir. Qeyd etmək lazımdır ki, infuzion terapiyanın həcmi fərdi olmaqla, yoğun bağırsağın şişlə obturasiyasının dərəcəsindən, bağırsaq keçməməzliyinin formasından və müddətindən və eləcə də xəstənin yaşından, ürək-damar, tənəffüs, sidik-ifrazat sisteminin vəziyyətindən və yanaşı xəstəliklərin xüsusiyyətindən xeyli asılıdır.

Kəskin bağırsaq keçməməzliyi zamanı konservativ müalicə kompleksində hemodinamik və volemik pozğunluqların tənzimi ilə bərabər əməliyyatözü hazırlığın əsas komponentlərindən biri də preventiv (profilaktik) antibakterial terapiyadır. Antibiotikoprofilaktikanın vacibliyi bu qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli-septik ağırlaşmaların baş verməsinin yüksək riski ilə izah edilir. Lakin kolorektal cərrahiyyədə antibiotiklərin profilaktik məqsədlə tətbiq edilməsi barədə fikirlər müxtəlifdir. Bəzi müəlliflərin (M.İ.Kuzin i soavt., 1985) məlumatlarına görə antibiotikoprofilaktika irinli-infeksion ağırlaşmaları iki dəfədən çox azaltmağa imkan verir. Digər müəlliflər isə (Q.İ.Vorobğev i soavt., 1985; V.D.Fedorov i soavt., 1986,1994) disbakteriozun inkişafı ilə əlaqədar olaraq antibiotiklərin profilaktik məqsədlə tətbiq edilməsindən imtina edirlər.

Profilaktik məqsədlə antibiotiklər müxtəlif sxemlərlə tətbiq olunur:

1. Uzunmüddətli: əməliyyatdan 2-12 saat əvvəl başlayır, əməliyyatdan sonra bir neçə gün davam edir.
2. Əməliyyatdan 1-2 saat əvvəl başlayır və əməliyyatdan sonra 24-72 saat müddətində davam etdirilir (ən çox tətbiq olunur).
3. Qısamüddətli: premedikasiya ilə və ya giriş narkozu zamanı başlayır və əməliyyatın gedişində ikinci doza ilə tamamlanır.

4. Ultraqısa: premedikasiya və ya giriş narkozu zamanı antibiotikin birdəfəlik profilaktik dozası təyin olunur.

Klinik təcrübəmizdə aminoglikozid (kanamisin, gentamisin) və ya sefalosporin (kefzol, klaforan, seftazidim) qrupundan olan antibiotiklərdən və ya onların birgə tətbiqindən istifadə etmişik.

Antibiotiklər profilaktik məqsədlə kombinə olunmuş şəkildə tətbiq edildikdə preparatların sinergik təsiri təmin olunur. Profilaktik məqsədlə antibiotiklərin yuxarıda qeyd olunan 2-ci üsulla tətbiqi daha əlverişlidir. Antibiotiklərin antibakterial preparatlarla kombinə olunması daha optimal üsuldur. Adətən kanamisin (1 q) və ya gentamisin (80 mq) metronidazol (500 ml) ilə birgə əməliyyatdan 1 saat əvvəl və sonra 8 saatlıq intervalla 3 dəfəlik dozada tətbiq edilir. Kolorektal cərrahiyyədə antibiotikoprofilaktikanın əhəmiyyəti MDB ölkələri koloproktoloqlarının I qurultayında müzakirə olunmuşdur (Daşkənt, 2009).

Bəzi müəlliflər sefalosporinlər qrupundan olan antibiotiklərin və rifaksimin yüksək effektivliyini qeyd edirlər (M.V.Krivoqova, A.İ.Abeleva, 2009).

Konservativ terapiyanın müddətinə təsir edən əsas meyarlardan biri bağırsaq keçməməzliyinin nə dərəcədə ləğv edilməsidir. Bu müddət dekompensə olunmuş yoğun bağırsaq keçməməzliyi və peritonit zamanı 3-6 saat, bağırsaq mənfəzinin subkompensasiya olunmuş obturasiyası zamanı – 12-24 saat, keçməməzliyin kompensə olunmuş forması zamanı – 7 sut və daha çox ola bilər.

Şiş mənsəli kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı tətbiq edilən cərrahi taktika aşağıdakı təkamül dövrünü və inkişaf mərhələlərini keçmiş və operativ müalicə konsepsiyası çoxsaylı cərrahi forumların qərarı ilə təsdiq edilmişdir.

Cərrahların ümumittifaq konfransı (Kazan, 1958) – çənbər bağırsağın sağ yarısının obturasion keçməməzliyi zamanı 2 mərhələli, sol yarısının obturasion xərcəngi zamanı – 3 mərhələli əməliyyatlar (Seydler-Şloffer) təklif olunmuşdur. Yoğun bağırsağın birincili rezeksiyası yolverilməz hesab edilmişdir.

Cərrahların IV Ümumrusiya qurultayı (Perm, 1973) – çənbər bağırsağın sağ yarısının xərcəngi zamanı birmomentli radikal əməliyyat – sağtərəfli hemikolektomiya, ileotransverzoanastomozun formalaşdırılması seçim əməliyyat üsulu kimi qəbul edilmişdir. Lakin obturasion keçməməzliyin sub- və dekompensə olunmuş formaları zamanı ağır vəziyyətdə olan xəstələrə ikimərhələli əməliyyatlar məqsədəuyğun hesab

edilmişdir. Şişin soltərəfli lokalizasiyası zamanı – 2-3 mərhələli əməliyyatlar (Seydler-Şloffer, Mikuliç, Qrekov, Hartman əməliyyatları) məsləhət görülmüşdür.

Cərrahların ümumrusiya konfransı (Tula, 1984) – sağtərəfli lokalizasiyalı obturasion xərcəng zamanı ümumi qəbul olunmuş alternativ cərrahi taktika – sağtərəfli hemikolektomiya, birincili ileotransverzoanastomoz hesab edilmişdir. Çənbər bağırsağın sol yarısının obturasion xərcəngi zamanı çoxmərhələli əməliyyatlar – (Hartman, Seydler-Şloffer əməliyyatları) təklif olunmuşdur. Soltərəfli şişlər zamanı çənbər bağırsağın birincili rezeksiyasının «Y» və ya «T»-vari anastomozlar qoyulmaqla, proksimal dekompression kolostomiya ilə yekunlaşdırılması qərara alınmışdır.

Orta Asiya və Qazaxıstan Respublikalarının cərrahlarının I qurultayı (Daşkənd, 1991) və təxirəsalınmaz cərrahiyyə üzrə Ümumittifaq konfransı (Rostov-Don, 1991). Tula konfransında (1984) qəbul olunmuş konsepsiya və cərrahi taktika prinsiplərinin davam etdirilməsi və eləcə də birmomentli radikal əməliyyatlara göstərişlərin genişləndirilməsi məsləhət görülmüşdür.

N.İ.Piroqov adına cərrahlar Assosiasiyasının I konqresi (Daşkənd, 1996) – əvvəlki cərrahi forumlarda (1984, 1991) qəbul olunmuş taktiki prinsiplərə riayət olunması barədə qərar qəbul edilmişdir. Eyni zamanda birincili radikal və birmomentli bərpaedici əməliyyatlar şiş mənşəli obturasion bağırsaq keçməməzliyinin cərrahi müalicəsində prioritet istiqamət kimi qiymətləndirilmişdir.

Beynəlxalq Cərrahi Konqress «Müasir cərrahiyyənin aktual problemləri» (Moskva 2003). Differensə olunmuş taktika: yoğun bağırsağın dekompressiya üsullarının təkmilləşdirilməsi, soltərəfli lokalizasiyalı şişlər zamanı birmomentli radikal əməliyyatlara (birincili və obstruktiv rezeksiyalar) göstərişlərin genişləndirilməsi məsləhət görülmüşdür.

MDB ölkələri koloproktoloqlarının I qurultayı (Daşkənd, 2009), MDB ölkələri koloproktoloqlarının II və Ukrayna koloproktoloqlarının III beynəlxalq qurultayı (Odessa, 2011), koloproktoloqların III ümumrusiya qurultayı (Belqorod, 2011), kolorektal cərrahiyyənin rus məktəbinin VI beynəlxalq konfransı (Moskva, 2012).

Birincili radikal və birmomentli - bərpaedici əməliyyatlar patogenetik əsaslandırılmış hesab edilərək, cərrahi müalicənin əsas konsepsiyası kimi qəbul edilmişdir. Eyni zamanda yoğun bağırsağın şişlə obstruksiya zonasının stentləndirilməsi ənənəvi kolostomiyaya alternativ taktika kimi qiymətləndirilərək, ikimərhələli əməliyyatlardan imtina etməyə imkan

verən, radikal əməliyyata hazırlıq və qeyri-operabel xəstələrin palliativ müalicəsi üçün seçim üsul kimi bəyənilmişdir. Çoxmərhələli əməliyyatlar qüsurlu üsul kimi qiymətləndirilərək, məhdud göstərişlərlə yerinə yetirilməsi məsləhət görülmüşdür.

Koloproktologiyanın son onilliklər ərzində nail olduğu mühüm nailiyyətlərdən biri də şiş mənşəli kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyinin müalicəsində endovideojərrahi texnologiyanın (laparoskopiya) tətbiq edilməsidir. Belə ki, laparoskopiya - əl assistentliyi ilə icra olunan kolostomiya, jərrahi müəliyənin birinci mərhələsini az travmatikliklə və fəsadsız yerinə yetirilməsini təmin etməklə, operativ müəliyənin əsas (radikal) mərhələsinin optimal müddətinin seçilməsinə imkan verir.

Müasir müalicə strategiyasına əsasən şiş etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı cərrahi taktika bədxassəli prosesin yayılmadığı hallarda, xəstənin ümumi vəziyyəti və əməliyyatdaxili texniki şəraitdən asılı olaraq, xərçəngin lokalizasiyasından asılı olmayaraq, şişin birmomentli xaric edilməsi yolu ilə bağırsaq keçməməzliyinin ləğv edilməsindən ibarətdir. Bu zaman əməliyyatın yekunlaşdırılması (birincili yoğun bağırsaq anastomozu və ya kolostomiya) konkret kliniki şəraitdən: şişin lokalizasiyasından, inkişaf xüsusiyyətindən (rezektabelliği), bağırsaq keçməməzliyinin formasından, obturasiyanın müddətindən, peritonitin olub-olmamasından, xəstənin vəziyyətindən, yaşından və somatik xəstəliklərin xüsusiyyətindən asılı olaraq diferensə olunmuş və fərdi qaydada həll edilməlidir. Digər tərəfdən, radikal əməliyyatların obstruktiv variantları (Mikulic və Hartman əməliyyatları) patogenetik əsaslandırılmış olmaqla, daha optimal üsul kimi tətbiq edilir (xüsusilə yoğun bağırsağın soltərəfli şişləri zamanı). Qeyd etmək lazımdır ki, son zamanlar bəzi klinikalarda yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv xərçəngi zamanı birmomentli radikal əməliyyatlar birincili anastomozlarla yekunlaşdırılır (Q.V.Bondarğ i soavt., 1990, 1991; N.A.Əiükiy i soavt., 1994; A.M.Beləev i soavt., 2010; R. Noce i soavt., 1992). Bu zaman bağırsağın şişlə zədələnmiş seqmenti rezeksiya olunduqdan sonra əməliyyatdaxili olaraq proksimal (suprastenotik) hissələr irriqasiya olunaraq, virulent flora ilə zəngin və yüksək toksikliyə malik durğun möhtəviyyatdan azad edilir və birincili anastomoz formalaşdırılır.

Yoğun bağırsağın intraoperasion irriqasiyası və sanasiyası (lavajı) 2 üsulla aparılır: anteqrad və retroqrad. Anteqrad lavaj zamanı yoğun bağırsağın sol yarısı onkoloji radikalizm prinsiplərinə müvafiq olaraq aşağı

müsariqə damarlarının mütləq bağlanması və həmin şəbəkədə limfodisseksiya edilməsi şərti ilə mobilizə edilir. Yoğun bağırsağ şişdən ən azı 5 sm aşağı rezeksiya olunur. Yoğun bağırsağın mobilizə edilmiş hissəsi əməliyyat yarasından kənar edilir və uzun boru şəkilli steril polietilen «kisəyə» yerləşdirilir. Həmin «kisə» bağırsağın şişdən yuxarı divarına fiksə edilir. «Kisənin» distal ucu, içərisində antiseptik məhlul olan qaba salınır. Şişdən yuxarı yoğun bağırsağın mənfəzi açılır və bağırsağın manual dekompressiyası aparılır (əllə bağırsağ «sığallayıcı» hərəkətlərlə qazlardan və yoğun bağırsağ möhtəviyyatından təmizlənir). Sonra appendikostoma formalaşdırılır və kor bağırsağın mənfəzinə Folley kateteri (№ 18) salınır. Kateterdən xüsusi qurğu vasitəsilə 36-37⁰ hərərdə su vurularaq, bağırsağ yuyulur (lavaj). Lavaj məhlulunun həcmi orta hesabla 10-12 l təşkil edir. Əməliyyatdaxili sanasiyanın müddəti suyun vurulma sürətinə müvafiq (2 l/dəq) – 15-20 dəq təşkil edir. Lavaj qurtardıqdan sonra Folley kateteri çıxarılır, soxulcanabənzər çıxıntının güdülü ümumi qəbul olunmuş qaydada büzməli tikişlə invaginasiya və peritonizasiya olunur. Sonra isə yoğun bağırsağ müvafiq həcmdə rezeksiya edilərək, preparat boru şəkilli polietilen «kisə» ilə birlikdə xaric edilir.

Retroqrad lavaj zamanı yoğun bağırsağın şişdən yuxarı (suprastenotik) hissəsində bağırsağ mənfəzinə irriqasiya aparatının (qurğunun) sorucu borusunun ucu salınır və o, büzməli tikişlə bağırsağın divarına fiksə olunur. Sonra isə bağırsağın mənfəzinə su sinxron qaydada vurulur (irriqasiya) və sorulur (aspirasiya). Yoğun bağırsağın retroqrad sanasiya rejimi fərdi qaydada, mənfəzdaxili təzyiqin dinamikasına müvafiq olaraq aparılır. Retroqrad sanasiya zamanı lavaj məhlulunun həcmi orta hesabla 15-17 l təşkil edir. İrriqasiya yoğun bağırsağ möhtəviyyatdan tam təmizlənənədək (eliminasiya) və təmiz su xaric olanadək aparılır. Sanasiyadan sonra bağırsağ onkoloji prinsiplər əsasında rezeksiya olunur.

Şübhəsiz, yoğun bağırsağın rezeksiyasının yekunlaşdırılma variantları (kolostomiya və ya birincili anastomoz) xəstənin ümumi vəziyyətinin kompleks qiymətləndirilməsindən və əməliyyatdaxili sanasiyadan sonra bağırsağ divarında mikrosirkulyasiyanın perfuzion göstəricilərinin dinamikasından asılı olaraq yerinə yetirilir.

Birincili radikal və birmomentli – bərpaedici əməliyyatlar əsas etibarilə yoğun bağırsağın kompensə olunmuş keçməməzliyi zamanı və homeostaz sisteminin adekvat tənzimindən sonra icra edilməlidir.

Klinikamızda şiş mənşəli yoğun bağırsağ keçməməzliyi zamanı icra olunmuş radikal əməliyyatlar 21-ci və 22-ci cədvəllərdə göstərilmişdir.

**Obturation bağırsaq keçməməzliyi zamanı icra olunmuş
əməliyyatlar və onların nəticələri**

Cədvəl 21

Əməliyyatlar	Xəstələrin sayı	Ölən- lərin sayı
Radikal əməliyyatlar	348	10
Sağtərəfli hemikolektomiya:	75	
– ileotransverzoanastomozun qoyulması	73	
– ileostomiya	1	
– ikilüləli ileotransverzostomiya (Lahey əməliyyatı)	1	5
Köndələn çənbər bağırsağın rezeksiyası:	22	
– birincili anastomozun qoyulması	18	
– birlüləli ileotransverzostomiya	4	
Soltərəfli hemikolektomiya:	58	7
– transverzosiqmoanastomozun qoyulması	42	
– birlüləli transverzostomiya (Hartman üsulu ilə)	13	
– ikilüləli transverzosiqmostomiya (Mikulic üsulu)	3	
Siqmavari bağırsağın rezeksiyası:	190	12 29
– birincili anastomozun qoyulması	83	
– birlüləli siqmostomiya (Hartman əməliyyatı)	98	
– ikilüləli siqmostomiya (Mikulic əməliyyatı)	4	
- Y-vari terminolateral anastomoz, proksimal kolostomiyanın qoyulması	5	
Enən çənbər bağırsağın rezeksiyası, Y-vari anastomoz	1	
Düz bağırsağın ön rezeksiyası, ileosiqmoanastomozun qoyulması	1	
Palliativ əməliyyatlar	180	
İleostomiya	8	3
Sekostomiya	66	27
Kolostomiya	77	42
Ötürücü ileotransverzoanastomozun qoyulması	23	2
Ötürücü ileosiqmoanastomozun qoyulması	2	
Ötürücü ileotransverzosiqmoanastomozun qoyulması	4	
Eksplorativ laparotomiya	4	
Cəmi	532	137

22-26-cı şəkillərdə çənbər bağırsağın müxtəlif lokalizasiyalı xərçəngi zamanı icra olunmuş radikal əməliyyatların preparatları göstərilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, 126 xəstədə radikal əməliyyatlar (yoğun bağırsağın rezeksiyası və ya hemikolektomiya) əslində palliativ, daha doğrusu – şərti-radikal xarakter daşmışdır, çünki şişin xaric edilməsi blastomatoz prosesinin regional və uzaq metastazları fonunda, yəni xərçəngin III^b-IV stadiyalarında icra edilmişdir. Bu xəstələrin 23-də xərçəng yoğun bağırsağın sağ yarısında, 9-da köndələn çənbər bağırsaqda, 94-də yoğun bağırsağın sol yarısında lokalizasiya etmişdir. Bu xəstələrin 68-də xərçəngin III^b, 58-də isə IV stadiyası aşkar edilmişdir (cədvəl 22).



Şəkil 22. Kor bağırsağın xərçəngi



a)

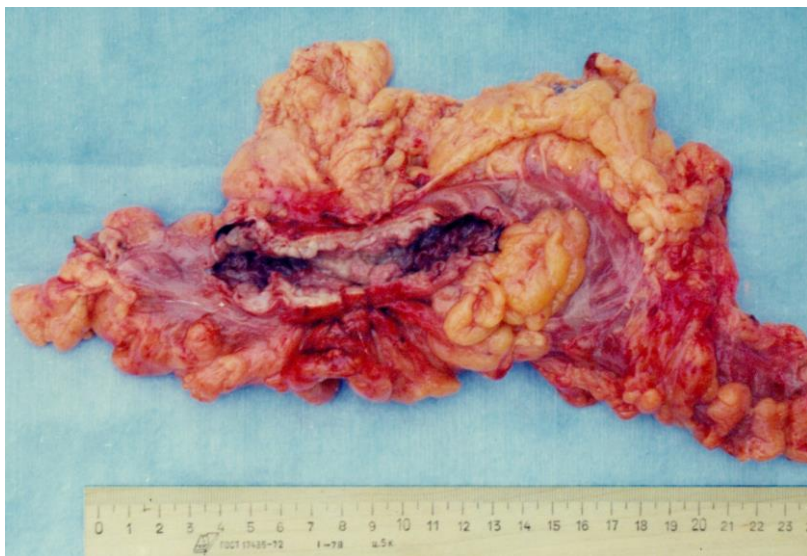


b)

Şəkil 23. Qalxan çənbər bağırsağın xərçəngi: a) şişlə zədələnmiş bağırsağın xarici görünüşü; b) şiş üzərində bağırsağın mənfəzi açıldıqdan sonra onun görünüşü.



Şəkil 24.Çənbər bağırsağın qaraciyər ayriliyinin xərcəngi



Şəkil 25.Çənbər bağırsağın dalaq ayriliyinin xərcəngi



a)



b)

Şəkil 26. Sıqmavari bağırsağın xərçəngi: a) nazik bağırsaq ilgəyi şiş zonasına cəlb olunmuşdur; b) şiş üzərində bağırsağın mənəfi

açıldıqdan sonra onun görünüşü

Radikal əməliyyatların təhlilindən görünür ki, xəstələrin 64,3%-də (244) əməliyyat yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin birmomentli bərpası ilə qurtarmışdır. Belə ki, sağtərəfli hemikolektomiya zamanı (75) 73 xəstədə əməliyyat ileotransverzoanastomozun, 1 xəstədə ileostomanın, digər xəstədə isə ikilüləli ileotransverzostomanın (Lahey əməliyyatı) formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılmışdır. Bu xəstələr qrupunda letallıq 13,3% təşkil etmişdir (10 xəstə ölmüşdür). Çənbər bağırsağın rezeksiyası icra edilmiş 22 xəstənin 18-də birincili anastomoz, 4-də isə birlüləli transverzostoma qoyulmuşdur. Bu xəstələrdən 5-i ölmüşdür (letallıq 22,7% təşkil etmişdir).

Şərti-radikal əməliyyatların xarakteristikası

Cədvəl 22

Radikal əməliyyatların növləri	Xərçəngin stadiyası	Əməliyyatın növləri				Cəmi	Ölən xəstələr
		Təxirəslənməz	Təcili	Erkən	Planlı		
Sağtərəfli hemikolektomiya	III ^b	1	3	4	7	15	3
	IV	-	2	1	5	8	5
Köndələn çənbər bağırsağın rezeksiyası	III ^b	1	2	1	-	4	-
	IV	1	2	1	1	5	3
Sıqmayabənzər bağırsağın rezeksiyası	III ^b	1	2	-	1	4	2
	IV	-	2	8	4	14	6
Hartman əməliyyatı	III ^b	14	18	2	1	35	10
	IV	13	8	3	1	25	7
Soltərəfli hemikolektomiya	III ^b	2	2	1	4	9	3
	IV	-	2	1	4	7	2
Cəmi		33	43	22	28	126	41 (32,5%)

Soltərəfli hemikolektomiya (58) zamanı 42 xəstədə birincili transverzo-siqmoanastomoz formalaşdırılması mümkün olduğu halda, 13 xəstədə Hartman əməliyyatı tipli birlüləli transverzostomiya, 3 xəstədə Mikuliç əməliyyatı tipli ikilüləli transverzosiqmostomiya icra edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə letallıq 12% təşkil etmişdir (58 xəstənin 7-i ölmüşdür). Sıqmavari bağırsağın rezeksiyası (190) 83 xəstədə birincili siqmo-siqmo və ya siqmorektal anastomozun qoyulması ilə, 98 xəstədə Hartman üsulu ilə siqmostomiya ilə, 4 xəstədə Mikuliç üsulu ilə ikilüləli siqmostomiya ilə yekunlaşdırılmışdır. 5 xəstədə sıqmavari bağırsağın rezeksiyası zamanı proksimal dekompression kolostoma qoyulmaqla terminolateral «U»-vari anastomoz formalaşdırılmışdır.

Siqmavari bağırsağın rezeksiyası zamanı letallıq 21,6% (41 xəstə) təşkil etmişdir. U-vari kolo-koloanastomoz, digər xəstədə enən çənər bağırsağın rezeksiyası zamanı yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin ümumi strukturunda 1 xəstədə subtotal kolektomiya, ileo siqmoanastomozun qoyulması, digər xəstədə isə düz bağırsağın ön (peritondaxili) rezeksiyası icra edilmişdir.

Şiş qeyri-rezektabel olduqda və xərçəngin uzaq metastazları aşkar edildikdə cərrahi taktika palliativ (simptomatik) əməliyyatlarla məhdudlaşdırılır. Palliativ əməliyyatlar eləcə də bağırsaq keçməməzliyinin sub- və dekompensə olunmuş formaları zamanı ağır vəziyyətdə və ciddi yanaşı xəstəlikləri olan ahıl və qoca xəstələrə göstərilir. Bu əməliyyatlar, şübhəsiz, radikal əməliyyata şansı olan xəstələrdə müdaxilənin birinci mərhələsi kimi tətbiq edilir.

Dekompression kolostoma və ya ötürücü anastomoz xarakteri daşıyan palliativ (simptomatik) əməliyyatlar bağırsaq keçməməzliyinin səbəbini aradan qaldırmadan, onun əlamətlərini müəyyən müddətə ləğv edir, süni anuslu xəstələrə isə idarə olunmaz müvəqqəti kolostoma ilə əlaqədar ciddi psixi-mənəvi və fiziki iztirablar yaradır, onların bir qismi üçün sosial-əmək reabilitasiyası ilə bağlı problemlər doğurur. Şiş qeyri-rezektabel olduqda isə simptomatik əməliyyatlar alternativ üsul kimi cərrahın yeganə seçimi olur. 23-cü cədvəldə xərçəngin lokalizasiyasından, palliativ əməliyyatların müddətindən asılı olaraq xəstələrin səciyyələndirilməsi göstərilmişdir.

Xərçəngin lokalizasiyasından və palliativ əməliyyatların müddətindən asılı olaraq xəstələrin səciyyələndirilməsi

Cədvəl 23

Xərçəngin lokalizasiyası	Əməliyyatın növləri				Cəmi
	Təxirəsalınmaz	Təcili	Erkən	Planlı	
Kor bağırsaq	6	7	2	4	19
Qalxan çənər bağırsaq	3	2	4	1	10
Qaraciyər ayrılığı	4	2	4	-	10
Köndələn çənər bağırsaq	5	4	1	1	11
Dalaq ayrılığı	11	9	1	1	22
Enən çənər bağırsaq	5	3	-	-	8
Siqmayabənzər bağırsaq	47	18	5	6	76
Rektosiqmoid hissə	11	9	2	2	24

Cəmi	89	53	19	15	180
------	----	----	----	----	-----

Hazırda çoxsaylı xüsusi tədqiqatlara baxmayaraq, yoğun bağırsağın sol yarısının keçməməzliliklə ağırlaşmış xərçəngi zamanı cərrahi taktikanın seçilməsi məsələsi hələ də mübahisəlidir. Bu isə çox güman ki, çoxsaylı əməliyyat variantlarının mövcudluğu ilə izah olunur. Birincili radikal əməliyyatların aşağıdakı variantları klinik təcrübədə geniş tətbiq olunur (S.V.Osmolovskiy i soavt., 2000; S.V.Tarassenko i soavt., 2002; S.V.Vasilğev i soavt., 2009; A.M.Beləev i soavt., 2010; G.Q.Topuzov i soavt., 2011; R.Noce i soavt., 1992; A.Uccheddu i soavt., 1994):

- Birincili radikal əməliyyatlar, birlüləli kolostomanın formalaşdırılması;
- Birincili radikal əməliyyatlar, ikilüləli kolostomanın qoyulması;
- Birincili radikal əməliyyatlar, birmomentli anastomozun formalaşdırılması, proksimal kolo- və ya sekostomanın qoyulması;
- Əməliyyatın birinci mərhələsində kolo- və ya sekostomanın formalaşdırılması ilə icra olunan üçmomentli əməliyyatlar (Seydler-Şloffer əməliyyatı);
- Yoğun bağırsağın palliativ rezeksiyası;
- Simptomatik əməliyyatlar.

Simptomatik əməliyyatlara ileostomiya, sekostomiya, kolostomiya və ötürücü anastomoz aiddir. Bu əməliyyatlar içərisində xəstənin psixoloji vəziyyəti baxımından ötürücü anastomoz daha optimal variantdır. Lakin peritonit, dekompensasiya olunmuş bağırsaq keçməməzliyi və onunla əlaqədar bağırsağın divarında inkişaf edən ciddi mikrosirkulyator pozğunluqlar, ağır yanaşı xəstəliklər ötürücü anastomoza əks-göstərişdir. Siqmaya-bənzər bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ hissəsinin obstruktiv xərçəngi zamanı simptomatik əməliyyat keyfiyyətində siqmostoma formalaşdırılır. Yoğun bağırsağın sol yarısının digər lokalizasiyalı xərçəngində isə palliativ əməliyyat variantı kimi transverzostomiyaya üstünlük vermək lazımdır. Bu zaman transverzostoma sağ və ya sol qabırğa altında yerləşdirilir. Sekostomiya isə soltərəfli şişlər zamanı qüsurlu əməliyyat hesab olunur və onun tətbiqi cərrahi (taktiki) səhv kimi qiymətləndirilir. Çünki, sekostoma, yoğun bağırsağın sol yarısının adekvat dekompressiyasını təmin etmir. Digər tərəfdən, sekostoma xaric olan möhtəviyyatın xarakterinə görə ileostomadan az fərqlənir (nazik bağırsaq ximusu). Lakin sekostomaya qulluq müqayisə olunmayan dərəcədə kolostomaya qulluqdan çətindir (hətta müasir nəcis rezervuarlarının istifadə olunmasına baxmayaraq). Müasir koloprok-

tologiyada yoğun bağırsağın sol yarısının şişləri zamanı sekostomiyadan birmənəli olaraq imtina edilmişdir.

Son 32 il ərzində klinikamızda çənbər bağırsağın müxtəlif lokalizasiyalı xərçəngi zamanı sekostomiyanın tətbiq olunma tezliyi 47,7%-dən 36,7%-ə endirilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, sekostomiyanın palliativ əməliyyatlar içərisində kolostomiyadan sonra üstünlük təşkil etməsi (42,7%-ə qarşı 36,7%) həmin əməliyyatın yoğun bağırsağın sol yarısının şişlə obturasiyası zamanı da icra olunması ilə izah olunur. Bu taktikanın qüsurlu olması haqqında isə yuxarıda məlumat verilmişdir.

Yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv xərçəngi zamanı palliativ (simptomatik) əməliyyatlara göstəriş olduqda kolostomanın bilavasitə bağırsağın birincili şişə yaxın hissəsində formalaşdırılması daha məqsəduyğundur. Çünki bu zaman daha effektiv dekompressiya əldə olunması ilə bərabər, cərrahi müalicənin ikinci mərhələsində şişin xaric edilməsinin, kolostomanın ləğv edilməsinin və yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpasının birmomentli yerinə yetirilməsi imkanına nail olunur.

Beləliklə, KRX-in obturasion bağırsaq keçməməzliyi ildə ağırlaşması aşkar edilmiş 568 xəstənin 532-i müxtəlif həcmli əməliyyatlara məruz qalmışdır (cərrahi aktivlik 93,7% təşkil etmişdir). Bu zamanı radikal əməliyyatlar 348 (65,4%), palliativ (simptomatik) əməliyyatlar isə 180 (33,9%) xəstəyə yerinə yetirilmişdir. 4 (0,8%) xəstələrdə cərrahi müdaxilə sınaq (eksplorativ) laparotomiya həcmində icra olunmuşdur. Radikal əməliyyatlar 224 (64,3%) xəstədə birincili yoğun bağırsaq anastomozunun formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılmışdır. 126 (56,2%) xəstədə radikal əməliyyatlar şərti-radikal (palliativ rezeksiya və ya hemikolektomiya) xarakter daşmışdır. Əməliyyatdan sonrakı ümumi letallıq 25,7% təşkil etmişdir (532 xəstənin 132-si ölmüşdür). Letallıq radikal əməliyyatdan sonra 18,1% təşkil etmişdir (348 xəstənin 63-ü ölmüşdür). Palliativ (simptomatik) əməliyyatlardan sonra letallıq 41,1% ölmüşdür (180 xəstənin 74-ü ölmüşdür). Ölümün əsas səbəbləri 24-cü cədvəldə göstərilmişdir.

Beləliklə, klinikamızda tətbiq olunan cərrahi taktika son 12 il ərzində (1998-2010) şiş etiologiyalı obturasion yoğun bağırsaq keçməməzliyi zamanı əməliyyatdan sonrakı letallığı stabil olaraq 25,7% səviyyəsində saxlamağa, irinli-septik ağırlaşmaları isə 29,4%-dən 19,5%-ə endirməyə imkan vermişdir. Lakin etiraf etmək lazımdır ki, bu göstəricilər heç də qənaətbəxş hesab edilə bilməz.

Digər tərəfdən isə nəzərə alınmalıdır ki, bu xəstələrin əksəriyyəti KRX-in gecikmiş stadiyalarında daxil olmuş və müşahidələrin 8,1%-də

bədxassəli proses obturasion keçməməzliliklə yanaşı yoğun bağırsağın müxtəlif seqmentlərinin perforasiyası ilə ağırlaşmışdır. Əməliyyata məruz aqlmış xəstələrin 54,9%-ni (292 xəstə) müxtəlif yanaşı xəstəliyi olan ahl və qoca yaşlı xəstələr təşkil etmişdir. Bütün qeyd olunanlar şiş etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyinin müalicəsinin yaxşılaşdırılması istiqamətdə tədqiqatların davam etdirilməsinin vacibliyini bir daha təsdiq edir.

Obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı əməliyyatdan sonrakı letallığın səbəbləri

Cədvəl 24

ÖLÜMÜN SƏBƏBLƏRİ	ÖLƏNLƏRİN SAYI	
	Mütləq	%
Yoğun bağırsaq anastomozunun tikişlərinin çatmamazlığı	42	33,6
Endogen intoksikasiya	37	29,6
Ağciyər arteriyasının tromboemboliyası	18	14,4
Kəskin ürək-damar çatmamazlığı	16	12,8
Kəskin tənəffüs çatmamazlığı	8	6,4
Qaraciyər çatmamazlığı	4	3,2
Cəmi	125	100

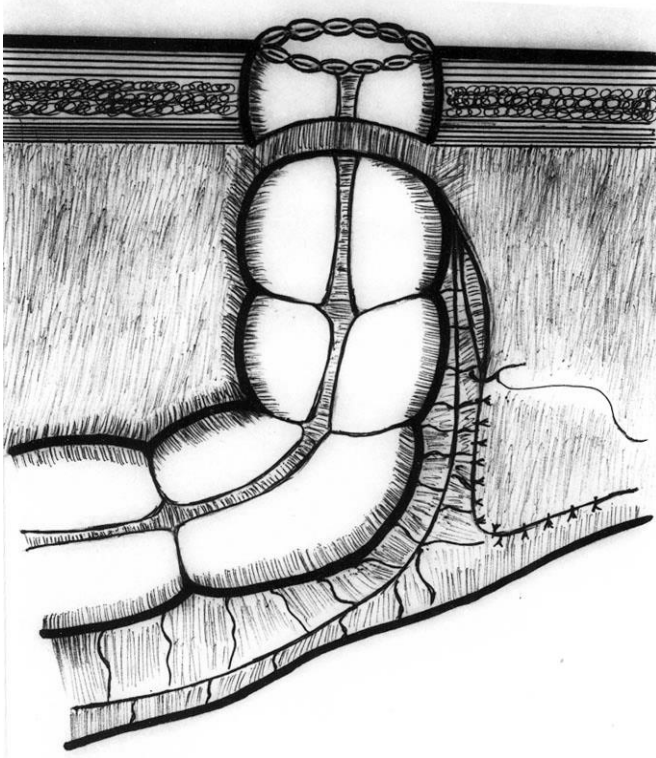
5.1. Terminal kolostomiyanın yeni modifikasiyası

Kolostomiya yoğun bağırsaq üzərində aparılan palliativ və radikal əməliyyatların optimal yekunlaşdırma variantı olmaqla, kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələrdə icra olunan əməliyyatların 50%-ni təşkil edir. Son onillik ərzində ənənəvi üsulla formalaşdırılan kolostomanın mənfi cəhətlərini (yoğun bağırsağın xaricə çıxarılmış hissəsinin 5-6 sm dəri səviyyəsindən artıq qalması və bununla əlaqədar kolostomaya qulluğun çətin olması, «xortum» şəkilli kolostomanın xarici görünüşünün xəstədə psix-emosional narahatlıq törətməsi və s.) nəzərə alınaraq, dəri səviyyəsində formalaşdırılan birlüləli «yastı» kolostomaya üstünlük verilir. Biz öz klinik təcrübəmizdə dəri səviyyəsində formalaşdırılan «yastı»

kolostomanın yeni variantını təklif etmişik*. Kolostomanın bu variantı texniki cəhətdən ənənəvi üsulla formalaşdırılan süni anusdan çox da fərqlənmir.

Yoğun bağırsağın sol yarısının şişlə birlikdə rezeksiyasından sonra dəri üzərinə çıxarılmış proksimal ilgək sol qalça çuxurunda əvvəlcədən hazırlanmış periton-aponevroz «həlqəsinə» fiksə olunur. Laparotomiya yarası tikildikdən sonra kolostomanın formalaşdırılması davam etdirilir.

Bağırsağın qarın divarına çıxarılmış artıq hissəsi dəri səviyyəsində kəsilir. Kolostoma dəliyi, bağırsağın selikli qışasından keçməklə bütün divarı, fasiəlsiz tikişlərlə (vikril) dəri yarasının perimetri boyu fiksə olunur (yəni yoğun bağırsağın divarının bütün təbəqələrindən keçməklə stoma dəliyi fasiəlsiz tikişlərlə dairəvi dəri yarasına tikilir – şəkil 27).



* Азярбайҗан Тибб Университетинин Сямярялишдирмя вя Ихтира биросунун вясигяси № 332 13 X.1997.

Şəkil 27. Fasiləsiz selikli qışa – dəri tikişləri tətbiq etməklə dəri səviyyəsində (yastı) kolostomanın formalaşdırılmasının sxematik təsviri

Beləliklə, yoğun bağırsaq stoma dəliyi ilə birlikdə onun divarının bütün qatlarından keçməklə «selikli qışa-dəri» tikişi ilə qarının dairəvi yarasına fiksə olunur. Hesab edirik ki, fasiləsiz tikişin tətbiq edilməsi kolostoma dəliyinin kənarlarının peristomal (stomaətrafı) zona toxumaları ilə daha sıx və hermetik kontaktını təmin etməklə həm əməliyyat zamanı, həm də əməliyyatdan sonrakı dövrdə süni anus ətrafındakı toxumaların bağırsaq möhtəviyyatı ilə infeksiyalaşmasının və bununla əlaqədar parakolostomik irinli-iltihabi ağrılaşmaların inkişafının qarşısını almağa imkan verir. «Yastı» kolostomanın qarının ön divarına ənənəvi qaydada düyünlü tikişlər qoymaqla formalaşdırılması, stoma dəliyi ilə peristomal zona dərisi arasında yarıqvari sahələrin qalmasına səbəb olur. Bu isə əməliyyatdan sonrakı dövrdə hətta stomaya ən yaxşı qulluq etdikdə, bağırsaq möhtəviyyatının həmin sahələrdən qarın divarının alt toxumalarına (hətta periton boşluğuna!) keçməsinə və təhlükəli irinli-septik ağrılaşmaların (o cümlədən peritonitin) inkişaf etməsinə şərait yaradır. «Yastı» kolostomanın qeyd olunan modifikasiyası (fasiləsiz tikişlərlə fiksə olunması) parakolostomik irinli-iltihabi ağrılaşmaların qarşısını almağa imkan verir.

«Yastı» kolostomanın məlum olan üstünlüklərindən başqa dəri səviyyəsində formalaşdırılan süni anusun modifikasiya olunmuş variantının üstünlükləri aşağıdakılardan ibarətdir:

- Stoma dəliyinin dəri səviyyəsində olması ilə əlaqədar olaraq selikli qışanın rənginə görə yoğun bağırsağın vəziyyətini (qan təchizatını) qiymətləndirmək mümkündür. Lakin yoğun bağırsağın dəri səthindən uzun ilgəklə çıxarılması ilə formalaşdırılan kolostoma zamanı, bağırsağın divarında stoma dəliyi boyunca baş verən iltihabi-infiltrativ dəyişikliklərlə və ödəmlə əlaqədar, bağırsağın mənfəzinin vizualizasiyası çox çətin olur.
- Kolostoma dəliyinin yoğun bağırsağın divarının bütün təbəqələrindən keçməklə fasiləsiz tikişlərlə dairəvi dəri yarasına fiksə olunması, stoma dəliyinin peristomal zona toxumaları ilə hermetik kontaktına və sıx birləşməsinə şərait yaradır. Bu isə parakolostomik irinli-iltihabi ağrılaşmaların (abses, fleqmona) rastgəlmə tezliyini azaltmağa və eləcə də kolostomanın retraksiya təhlükəsinin qarşısını almağa imkan verir. Belə

ki, təcrübəmizdə «klassik» variantda ənənəvi üsulla («xortum»şəkilli) kolostoma formalaşdırılarkən, parakolostomik ağırlaşmalar 22 xəstənin 16-da (72,7%) baş verdiyi halda, dəri üzərində «yastı» kolostomanın təklif olunmuş modifikasiyası ilə qoyulan süni anus zamanı həmin ağırlaşmalar 40 xəstənin 18-də (45%) müşahidə edilmişdir (cədvəl 25).

Kolostomanın növündən asılı olaraq postkolostomik ağırlaşmaların xarakteristikası

Cədvəl 25

Kolostomanın növləri	Ağırlaşmaların xarakteri							Cəmi
	Erkən				Gec			
	Para-kolo-sto-mik abses	Para-kolo-sto-mik fleq-mona	Kolo-sto-manın nek-rozu	Kolo-sto-manın ret-rak-siyası	Para-kolo-stomik yırtıq	Kolos-toma-nın çapıq da-ralmas ı	Kolo-stoma-nın pro-lapsı	
Klassik birlüləli («xortum»şəkilli) kolostoma (n=22)	4	3	2		4	2	1	16
Birlüləli yastı kolostomanın modifikasiya olunmuş variantı (n=40)	7	4	–	2	3	2	–	18
Cəmi	11	7	2	2	7	4	1	34

Bədxassəli prosesin IV stadiyası aşkar olunmuş 4 xəstədə cərrahi əməliyyatın həcmi eksplorativ (sınaq) laparotomiya ilə məhdudlaşdırılmışdır.

FƏSİL 6

KOLOREKTAL XƏRÇƏNG ZAMANI YOĞUN BAĞIRSAĞIN PERFORASIYASI

Yoğun bağırsaq xərçənginin nisbətən az rast gəlinən, lakin ən təhlükəli ağırlaşmalarından biri yoğun bağırsağın perforasiyasıdır. Perforasiya çox ağır klinik gedislə səciyyələnərək, irinli-septik fəsadlarla və yüksək letallıqla müşayiət olunur. KRX zamanı yoğun bağırsağın perforasiyasının tezliyi müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə müxtəlifdir və 1,1 – 27% arasında tərəddüd edir (N.N.Aleksandrov i soavt., 1980; Q.A.Efimov i soavt., 1984; S.İ.Perequdov i soavt., 2008; G.Q.Topuzov i soavt., 2009; M.A.Abdulaev i soavt., 2012; M.A.Şaşolin i soavt., 2012; Khan S. i soavt., 2001). Bu qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı letallıq 36-70% təşkil edir. Klinik təcrübədə KRX zamanı yoğun bağırsağın perforasiyasının 2 forması (növu) ayırd edilir: bağırsağın şiş inkişaf edən divarının perforasiyası və bağırsağın obstruksiyası yerindən proksimal zonalarda olan suprastenotik seqmentlərinin (diastatik, dilatasion) perforasiyası (cırılması).

KRX yoğun bağırsağın perforasiyasının nozoloji səbəblərinin ümumi strukturunda aparıcı yer tutaraq, bizim klinik müşahidələrimizə əsasən 45% təşkil edir. KRX nəticəsində yoğun bağırsağın perforasiyası zamanı letallıq çox yüksəkdir və 37,8-80,8% arasında tərəddüd edir. Yoğun bağırsağın divarının şiş zonasında perforasiyası nisbətən daha çox rast gəlinir və ədəbiyyat məlumatlarına görə 2,8-14,4% təşkil edir. Diastatik perforasiya yoğun bağırsağın müxtəlif etiologiyalı perforasiyalarının 26-35%-ni təşkil edir. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, ayrı-ayrı müəlliflərin təcrübəsində diastatik perforasiyasının rast gəlməsi 21 klinik müşahidədən çox deyildir. Son onilliklər ərzində 13 müəllif tərəfindən müşahidə olunan diastatik perforasiyanın ümumi sayı 141-ə çatır. Bu zaman ümumi letallıq 54,6% təşkil etmişdir. KRX-lə olan xəstələrdə yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası 0,3-8,9% arasında tərəddüd edir. Son illərin ədəbiyyat mənbələrinə əsasən, bəzi müəlliflərin məlumatına görə yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası 4,9% təşkil edərək, 58-60 klinik müşahidəni əhatə edir (S.İ.Perequdov i soavt., 2008; G.Q.Topuzov i soavt., 2009).

Birincili şişin lokalizasiya səviyyəsinin yoğun bağırsağın perforasiyasının xarakterinə və rastgəlmə tezliyinə təsiri haqqında dəqiq məlumat yoxdur. Yoğun bağırsağın şiş zonasında perforasiyası, bədxassəli prosesin lokalizasiyasından asılı olmayaraq, xərçəngin həm sağtərəfli, həm də soltərəfli yerləşməsi zamanı eyni tezlikdə rast gəlinir. Lakin əksər

müəlliflərin məlumatlarına görə və bizim klinik müşahidələrimizə əsasən xərçəngin yoğun bağırsağın sol yarısında lokalizasiyası zamanı şişin perforasiyası daha çox müşahidə olunur. (V.P.Zineviç i soavt., 1991; Aliyev S.A., 1999; 2003).

Əgər yoğun bağırsaq divarının şiş zonasında perforasiyasının rastgəlmə tezliyi bədxassəli prosesin lokalizasiyasından əhəmiyyətli dərəcədə asılılığı yoxdursa, diastatik perforasiyasının rastgəlmə tezliyi şişin yoğun bağırsaqda yerləşmə səviyyəsindən asılılığı müxtəlif cərrahlar tərəfindən müxtəlif qiymətləndirilir. Ədəbiyyat məlumatlarına və şəxsi təcrübəmizə əsasən soltərəfli lokalizasiyalı şişlər yoğun bağırsağın sağ yarısının diastatik perforasiyası ilə ağırlaşır.

Bəzi müəlliflərin (G.Q.Topuzov i soavt., 2009) məlumatlarına görə yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası birincili şişin bilavasitə yaxınlığında və daha uzaqda olan seqmentlərində baş verə bilər. Digər müəlliflərin (S.İ.Perequodov i soavt., 2008) müşahidələrinə görə yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası xərçəngin həm sağtərəfli, həm də soltərəfli lokalizasiyası zamanı eyni tezliklə rast gəlir.

Bağırsaq divarının şişlə perforasiyasının mexanizmi müxtəlifdir və bu, şiş toxumasının qan dövrəsinin pozulması, işemiyası və nekrozu ilə əlaqədardır. Şiş toxumasının nekrozunun 4 variantı ayırd edilir: 1) xora tipli nekroz: proses şişin səthi boyu yayılır, lakin bağırsaq divarının perforasiyasını törətmir; 2) fistula tipli nekroz – şişin səthində konusvari xora-defekt əmələ gələrək, şiş toxumasının bütün dərinliyinə yayılır; 3) absesləşmiş tip – şiş kütləsinin dərinliyində başlayan nekroz sahəsi absesləşir. Bu zaman abses bağırsağın mənfəzinə və ya sərbəst periton boşluğuna açıla bilər; 4) sekvestr tipli nekroz: bu zaman nekroz prosesi şiş toxumasının periferik hissələrindən başlayır, şişin mərkəzi hissəsi isə sekvestrasiyaya uğrayır, nəticədə əmələ gələn defekt şişin bütün kütləsindən keçərək, bağırsaq divarının perforasiyasına səbəb olur (N.N.Aleksandrov i soavt., 1980).

Diastatik perforasiyasının baş verməsində mexaniki, damar və infeksiya amillərin mühüm rolu vardır. Mexaniki amilin təsiri obstruksiya yerindən proksimal (suprastenotik) hissələrdə mənfəzdaxili təzyiqin artması nəticəsində bağırsağın həddindən artıq genişlənməsi ilə izah olunur. Genişlənmiş bağırsağın divarına qazların mexaniki təsirinə şişdən proksimal yerləşən və şişdən daha uzaq olan bağırsaq (məs.: siqmayabənzər bağırsağın xərçəngi zamanı – kor bağırsaq) daha çox məruz qalır. Bu vəziyyət Laplas qanunu ilə izah olunur. Bu qanuna əsasən bağırsaq mənfəzinin genişlənmə dərəcəsi onun diametri ilə düz-

mütənasibdir. Perforasiyanın damar mexanizmi, mənfəzdaxili təzyiqin artması nəticəsində kəskin dərəcədə genişlənmiş bağırsağın divarında baş verən mikrosirkulyator dəyişikliklərlə (venoz durğunluq, kiçik diametrlı damarların trombozu, bağırsaq divarının ödemi, selikli qışanın xoralaşması və s.) izah olunur. Bu zaman bağırsağın müsariqədən azad kənarında inkişaf edən nekroz sahəsində perforasiya baş verir. Mexaniki səbəb (obturasiya və mənfəzdaxili təzyiq) aradan qaldırıldıqdan sonra supra-stenotik seqmentlərdə perforasiyanın baş verməsi, damar mexanizminin rolunu bir daha təsdiq edir. Əksər hallarda diastatik perforasiya hər iki amilin (mexaniki və damar) birmomentli təsiri nəticəsində baş verir. Diastatik perforasiyanın patogenezinə infeksiya (və ya toksiko-infeksiya) mexanizminin rolu azdır. Lakin obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə əlaqədar olaraq, bağırsağın mənfəzində olan bakterial floranın patogenliyi artır və bu zaman bağırsağın zədələnmiş (xoralaşmış) selikli qışasından mikroblar asanlıqla bağırsaq divarına invaziya edərək, irinli-çürümə prosesi və destruksiya törədir. Bəzi hallarda diastatik perforasiya infeksiya və iltihab amillərinin birgə təsiri nəticəsində baş verir. Yoğun bağırsağın perforasiyasının baş verməsinə səbəb olan mexaniki amillərə, eləcə də keçməməzliyi aradan qaldırmaq məqsədilə icra olunan çoxsaylı sifonlu imalələr də aiddir.

Son 32 il ərzində (1978-2010) bizim klinikamızda yoğun bağırsağın müxtəlif seqmentlərinin xərçəngi nəticəsində inkişaf etmiş obturasion bağırsaq keçməməzliyi ilə 568 xəstə müayinə və müalicə olunmuşdur. Kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyi fonunda yoğun bağırsağın perforasiyası 46 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Bu işə bütün xəstələrin 8,1%-ni təşkil etmişdir. Xəstələrin yaş həddi 24-85 il arasında dəyişmişdir. Kişilər 17 (37%), qadınlar – 29 (63%) olmuşdur. 60 yaşdan yuxarı olan xəstələr 71,7% (33 xəstə) təşkil etmişdir, bunların 28 (84,8%)-də ürək-damar, tənəffüs, sidik-ifrazat və mübadilə sistemlərinin müxtəlif yanaşı xəstəlikləri aşkar edilmişdir.

Yoğun bağırsağın perforasiyasının diaqnostika kompleksində klinik-laborator üsullarla yanaşı rentgenoloji, endoskopik, ultrasəs müayinəsi üsulları, müvafiq göstərişlərlə – KT və MRT istifadə edilmişdir.

Xəstəlik anamnezinin müddəti orta hesabla 6-8 ay arasında tərəddüd etmişdir. KRX klinik stadiyası B.Y.Peterson və N.N.Bloxin (1979) tərəfindən işlənmiş təsnifat meyarlarına və bədxassəli şişlərin müalicəsinə dair metodik tövsiyələrə (1985) və eləcə də TNM sistemində əsasən təyin edilmişdir. 46 xəstənin 29-da (63%) xərçəngin III^B stadiyası (T₄N₁₋₂M₀P₄),

17-də (37%) IV stadiyası ($T_4N_2M_1P_4$) aşkar edilmişdir. 33 (71,7%) xəstədə perforasiya yoğun bağırsağın şişlə zədələnmiş hissəsində, 13 (28,3%) xəstədə isə suprastenotik seqmentlərdə baş vermişdir (diastatik perforasiya).

Yoğun bağırsağın perforativ şişlərinin və diastatik cırılmalarının kliniki mənzərəsi polimorf simptomlarla səciyyələnir. Lakin, KRX-in bu ağırlaşmasının nisbətən az rast gəlinməsi, klinik əlamətlərin çoxcəhətliliyi, xəstələrin onkoloji anamnezinin olmaması və ya qısa müddətli olması və bəzən xəstələrin həkimə gec müraciət etməsi, bu təhlükəli ağırlaşmanın erkən diaqnostikasını xeyli çətinləşdirir.

46 xəstənin 7-si xəstələnmə momentindən 6 saat, 16-sı – 9 saat, 9-u – 12 saat, 6-sı – 18 saat, 9-u – 24 saat keçdikdən sonra klinikaya daxil olmuşdur.

Şübhəsiz, diaqnostik çətinliklər bədxassəli proses nəticəsində xəstənin ağır vəziyyəti fonunda peritonitin klinik əlamətlərinin «sönük» təzahür etməsi ilə də əlaqədar olmuşdur. Əməliyyatdan əvvəl düzgün diaqnoz yalnız 8 xəstədə qoyulmuşdur. Qalan 38 xəstədə periton boşluğunun müxtəlif kəskin cərrahi xəstəliklərinə şübhə yaranmışdır: yayılmış peritonit (19), kəskin pankreatit (3), kəskin bağırsaq keçməməzliyi (16), mezenterial qan dövrəsinin kəskin pozğunluğu (2), perforativ gastroduodenal xora (6).

Yoğun bağırsağın perforasiyasının əsas simptomu – qarında daimi kəskin ağrıdır. Ağrı 28 xəstədə yayılmış, 18 xəstədə isə hipoqastral nahiyədə lokal xarakter daşımışdır. 13 xəstədə perforasiyanın ilk klinik təzahürü hipertermiya ($39-40^{\circ}\text{C}$) və titrətmə olmuşdur. 13 xəstədə yoğun bağırsağın perforativ şişi və diastatik cırılması kəskin başlayan və proqressivləşən peritonitlə təzahür etmişdir. Ahıl və qoca yaşlı 33 xəstədə isə peritonit əlamətləri ilkin olaraq zəif olmuş, bağırsağın perforasiyası üçün xarakter olan simptomlarla müşayiət olunmamışdır. Həmin xəstələrdə uzun müddət mövcud olan «yoğun bağırsaq diskomfortu» fonunda qarında yayılmış kəskin ağrılar başlamış, yüksək hərarət müşahidə olunmuşdur. Qarının ön divarının əzələlərinin gərginliyi və peritonun qıcıqlanma simptomları bu xəstələrdə ya olmamış (9), ya da çox zəif nəzərə çarpmışdır (24). Əllənən şiş 6 xəstədə təyin edilmişdir (kəndələn çənbər bağırsağın xərçəngi – 2, enən çənbər bağırsağın xərçəngi – 1, siqmayabənzər bağırsağın xərçəngi – 3). Qaraciyər kütlüyünün itməsi (Spijarnı simptomu) və qarın boşluğunun rentgenoloji müayinəsi zamanı pnevmoperitoneum 13 xəstədə aşkar edilmişdir. Abdominal USM zamanı bağırsaq ilgəklərinin genişlənməsi və onların mənfəzinə mayenin sevestrasiyası – 19 xəstədə müşahidə edilmişdir.

Düz bağırsağın digital müayinəsi zamanı çanaq peritonunun qıcıqlanması və ağrılı olması və düz bağırsağın ön divarının sallanması 10 xəstədə, ampulanın boş olması – 28 xəstədə aşkar edilmişdir. Periferik qanın müayinəsi zamanı hemoglobinin 60 q/l-dən aşağı olması 21 xəstədə, leykositlərin miqdarının $14,4 \cdot 10^9/l$ -ə qədər və EÇS-nin 65 mm/s artması – 26 xəstədə müəyyən edilmişdir. Yoğun bağırsaq şişinin perforasiyası olan 2 xəstədə klinik əlamətlər içərisində hemodinamik pozğunluqlar (kollaps) üstünlük təşkil etmişdir.

Anamnestik məlumatların təhlili nəticəsində aydın olmuşdur ki, xəstələrin əksəriyyətində perforasiyaönlü dövrdə KRX-in əlamətləri bu və ya digər dərəcədə mövcud olmuşdur. Belə ki, 23 xəstədə əsas xəstəliyin əlamətləri şişin perforasiyasından bir neçə gün, bəzən bir neçə həftə əvvəl başlamışdır və bu əlamətlər qarında ağrılarla, nəcisin xaric olmasının ləngiməsi və xəstələrin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi ilə səciyyələnmişdir. Bağırsaq keçməməzliyini xarakterizə edən bu simptomlar 3-7 gündən başlayaraq (18 xəstə), 8-15 günə qədər (2 xəstə) və bəzən daha uzun müddət ərzində (3 xəstə) müşahidə olunmuşdur.

Beləliklə, kliniki müşahidələrin retrospektiv təhlili göstərir ki, bütün xəstələrdə yoğun bağırsağın perforasiyası KRX-in ağırlaşması kimi inkişaf edən kəskin obturasion bağırsaq keçməməzliyinin dekompensə olunmuş forması fonunda baş vermişdir. Perforativ şişlər zamanı 33 xəstənin 8-də birincili xərçəng yoğun bağırsağın sağ yarısında aşkar edilmişdir (kor bağırsaqda – 6, qalxan çənbər bağırsaqda – 2). Kəndələn çənbər bağırsağın şişlə zədələnməsi 2 xəstədə qeyd olunmuşdur. 23 xəstədə bədxassəli proses yoğun bağırsağın sol yarısında lokalizasiya etmişdir (dalaq əyriliyində – 1, enən çənbər bağırsaqda – 2, siqmayabənzər bağırsaqda – 16, rektosiqmoid hissədə – 4).

Diastatik perforasiya zamanı birincili şiş bütün xəstələrdə (13) yoğun bağırsağın sol yarısında aşkar edilmişdir. Bu zaman enən çənbər (1) və siqmayabənzər (7) bağırsağın mənfəzinin şişlə obturasiyası 8 xəstədə yoğun bağırsağın sağ seqmentlərinin (kor bağırsağın – 5, qalxan çənbər bağırsağın – 3) suprastenotik (diastatik) perforasiyasına səbəb olmuşdur. Siqmayabənzər bağırsağın (3) və rektosiqmoid hissənin (2) obturasiyaedici xərçəngi zamanı qalxan (2), enən (2) çənbər bağırsaq seqmentlərinin və siqmayabənzər bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ hissənin (1) diastatik perforasiyası aşkar edilmişdir.

Beləliklə, xəstələrin əksəriyyətində (36-78,3%) yoğun bağırsağın həm birincili şiş inkişaf edən hissəsinin (23), həm də suprastenotik seqmentlərinin (13) perforasiyası xərçəngin soltərəfli lokalizasiyası zamanı

müşahidə edilmişdir. 46 xəstənin 9-da yerli, 22-də – diffuz, 15-də yayılmış peritonit müəyyən olunmuşdur. Perforativ şişlərin və yoğun bağırsağın diastatik cırlmalarının lokalizasiyası və peritonitin yayılma dərəcəsi 26-cı cədvəldə göstərilmişdir.

**Şişin lokalizasiyasından asılı olaraq yoğun bağırsağın
perforasiyası və peritonitin yayılması**

Cədvəl 26

PERFORATİV ŞİŞİN LOKALİZASIYASI	XƏSTƏLƏRİN SAYI	PERİTONİTİN YAYILMASI		
		yerli	diffuz	yayılmış
Kor bağırsaq	6	1	4	1
Qalxan çənbər bağırsaq	2	–	1	1
Köndələn çənbər bağırsaq	2	1	1	–
Dalaq ayrılığı	1	–	1	–
Enən çənbər bağırsaq	2	–	2	–
Siqmayabənzər bağırsaq	16	2	4	10
Rektosiqmoid hissə	4	1	2	1
Cəmi	33	5	15	13

Diaqnoz histoloji müayinə nəticəsində 36 xəstədə təsdiq edilmişdir. Bu zaman müxtəlif dərəcədə diferensiasiya olunmuş adenokarsinoma aşkar edilmişdir: zəif dərəcəli diferensə olunmuş adenokarsinoma – 19, yüksək dərəcəli diferensə olunmuş adenokarsinoma – 17.

Şişin lokalizasiyasından asılı olaraq yoğun bağırsağın diastatik perforasiyasının rastgəlmə tezliyi 27-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Xəstələrin əksəriyyətində (37-80,4%) yoğun bağırsağın perforativ şişlərinin və diastatik cırılmalarının klinikası və laboratoriya müayinələrinin göstəriciləri abdominal cərrahi sepsislə ağırlaşmış və ağır dərəcəli endotoksikozun ümumi əlamətləri ilə müşayiət olunan yayılmış peritonitin tipik simptomları ilə xarakterizə olunmuşdur. Abdominal sepsis bu xəstələrin bir qrupunda progressiv inkişaf edən sistem disfunksiyası və poliorqan çatmamazlığı sindromu ilə müşayiət olunmuşdur.

İltihabın mahiyyəti haqqında müasir elmi təlimə və orqanizmin immun vəziyyətinin tənzim mexanizmlərinə əsasən Çikaqo məşvəratçılar komissiyasının (1991) məsləhətləri nəzərə alınmaqla qeyd etmək lazımdır ki, bu xəstələrdə yoğun bağırsağın perforativ şişləri və diastatik cırılmaları orqanizmin iltihaba sistem reaksiyası sindromunun xarakterik əlamətləri ilə müşayiət olunmuşdur (Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS). SIRS-in əsas meyarlarına aiddir: hipertermiya (hərərət 38°-dən yüksək), taxikardiya (ürək yığılmalarının dəqiqəlik sayı 90-dan çox),

taxipnoe (tənəffüs hərəkətlərinin dəqiqlik sayı 20-dən çox), hiperleykositoz (leykositlərin sayının $12 \cdot 10^9/l$ -dən çox), çubuqnuvəli neytrofillərin hesabına (10%-dən çox) «sola» meylik. SIRS-in aşkar (təsdiq) edilməsi üçün qeyd olunan simptomların 2 və ya daha çoxunun olması kifayətdir.

Şişin lokalizasiyasından asılı olaraq yoğun bağırsağın diastatik perforasiyasının rastgəlmə tezliyi

Cədvəl 27

ŞİŞİN LOKALİZASIYASI	DİASTATİK PERFORASIYANIN LOKALİZASIYASI			
	Kor bağırsaq	Qalxan çənbər bağırsaq	Enən çənbər bağırsaq	Simaya- bənzər bağırsaq
Enən çənbər bağırsaq	1	–	–	–
Siqmayabənzər bağırsaq	4	3	2	1
Rektosiqmoid hissə	–	2	–	–
Cəmi	5	5	2	1

Periton boluğunda olan irinli ekssudata orqanizmin həyatı vacib əsas sistemlərinin funksiyasının pozulması ilə səciyyələnən SIRS xarici ədəbiyyatda «abdominal sepsis» termini ilə təyin olunmuşdur. Bu vəziyyət qeyd olunduğu kimi, təsdiq olunmuş intraabdominal infeksiya ocağı fonunda inkişaf edən endotoksikoz, poliorqan disfunksiyası (çatmamazlığı) və immun çatmamazlıqla səciyyələnir.

Son zamanlar xüsusi ədəbiyyatda abdominal sepsisin bağırsaq (intestinal) formalarına aid tədqiqat işlərinə rast gəlinir (Q.İ.Jidovinov i soavt., 2005; A.M. Karsanov i soavt., 2005).

Abdominal sepsisin intestinal formasının ayırd edilməsi metodoloji cəhətdən də düzgün əsaslandırılmışdır. Çünki KRX-in müstəqil ağırlaşmaları zamanı intraabdominal infeksiyasının bir mərhələdə, bir əməliyyatın icrası ilə cərrahi sanasiyası həmişə mümkün olmur. Belə ki, bu qrup xəstələrin əksəriyyətinə təkrari və çoxmərhələli əməliyyatlar yerinə yetirmək lazım gəlir (proqramlaşdırılmış, idarə olunan relaparotomiya).

Qəbul olunmuş klinik meyarlara əsasən 37 xəstənin 5-də SIRS 3 (abdominal sepsisin 3 əlaməti), 9-da SIRS 4 (abdominal sepsisin 4

əlaməti), 14-də ağır sepsis (qeyd olunan simptomların poliorqan pozğunluqlarla, hipoperfuziya və hipotenziya ilə birgə olması), 9-da toksiko-septik şok (davamlı hipotenziya, hipovolemiyanın adekvat tənzimi üçün katexolaminlərin tələb olunması).

Yoğun-bağırsağın obstruktiv xərcəngi zamanı perforativ şişlərin və diastatik perforasiyanın müalicəsində cərrahi taktikanın seçilməsi konkret kliniki şəraitdən, bədxassəli prosesin və perforasiya dəliyinin lokalizasiyasından, xərcəngin inkişaf xüsusiyyətindən, peritonitin ağırlıq (yayılma) dərəcəsiindən, xəstənin yaşından və ümumi vəziyyətindən asılı olaraq seçilir. Yoğun bağırsağ şişlərinin perforasiyası zamanı şişin rezektabelliyi nəzərə alınmaqla icra olunan birincili radikal əməliyyatlar patogenetik əsaslandırılmış hesab olunur. Bu zaman əməliyyatın kolostomiya ilə yekunlaşdırılması daha optimal variant kimi qiymətləndirilir. Çoxillik təcrübəmiz göstərir ki, bu qrup xəstələrdə birincili radikal əməliyyatların obstruktiv variantlarının tətbiq edilməsi operativ müalicənin yaxın nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verir. Şiş operabel (rezektabel) olduğu təqdirdə cərrahi taktika üsulunun seçilməsi yoğun bağırsağın perforasiyasının lokalizasiya səviyyəsindən asılıdır. Bədxassəli şişin distal lokalizasiyası və diastatik perforasiyanın yoğun bağırsağın sağ yarısında yerləşməsi zamanı yüksək əməliyyat riski olan xəstələrdə (xəstənin ağır vəziyyəti, yanaşı xəstəliklər, ahıl və qoca yaş və s.) əməliyyatın optimal variantı kimi şişin cərrahi müalicənin ikinci mərhələsində çıxarılmasını məqsəduyğun hesab edirik. Bu zaman əməliyyatın birinci mərhələsində seko(appendiko)stomiya icra edilir və ya perforasiya dəliyi tikilir (tikilən hissə ekstrapertonizə edilməklə və ya edilməməklə) və terminal ileostoma formalaşdırılır. Diastatik perforasiya birincili şişə yaxın yerləşdiyi hallarda optimal əməliyyat üsulu kimi yoğun bağırsağın şiş və perforasiya olan seqmentlərinin birlikdə rezeksiyası icra edilir. Bu zaman əməliyyat kolostomiya ilə yekunlaşdırılır (obstruktiv rezeksiya). Yoğun bağırsağın rezeksiyası yüksək risk ehtimalı doğurduqda (yayılmış peritonit, infeksiya-toksiki şok, ağır endotoksikoz) əməliyyatın həcmi palliativ minimumla məhdudlaşdırılır. Əməliyyat kolostomanın formalaşdırılması ilə yekunlaşdırıldığı zaman bağırsağın mənfəzdaxili irriqasiyasına xüsusi əhəmiyyət veririk. Klinikamızda yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyası və mənfəzdaxili irriqasiyası məqsədi ilə vakuum tipli irriqasion-aspirasion qurğunun yeni modeli hazırlanmış və kliniki təcrübədə istifadə olunmuşdur. Həmin qurğu və onun iş rejimi barədə ətraflı məlumat kitabın növbəti fəslində verilmişdir.

Yoğun bağırsağın sağ yarısının şişlərinin perforasiyası zamanı 7
xəstəyə sağtərəfli hemikolektomiya icra olunmuşdur: bu zaman 3
xəstədə əməliyyat birincili ileotransverzoanastomozun qoyulması ilə, 2
xəstədə 2 lüləli ileokolo(transvezo)stomiya ilə, 2 xəstədə terminal
ileostomiya ilə yekunlaşdırılmışdır. Bu xəstələrdən 2-si ölmüşdür.
Köndələn çənbər bağırsağın şişinin perforasiyası olan 2 xəstəyə Mikuliç
əməliyyatı icra olunmuşdur (1 xəstə ölmüşdür). Yoğun bağırsağın sol
yarısının perforativ şişi zamanı 23 xəstənin 5-də perforasion dəliyin
tikilməsi və proksimal dekompression kolostomiya icra edilmişdir (bu
xəstələrin 4-ü ölmüşdür). 14 xəstəyə Hartman əməliyyatı yerinə
yetirilmişdir (6 xəstə ölmüşdür). Siqmayabənzər bağırsağın perforativ şişi
olan 3 xəstədə bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası icra edilərək,
U-vari «uc-yana» anastomoz qoyulmuş, proksimal kolostoma
çıxarılmışdır. Terminal vəziyyətdə olan 75 və 77 yaşlı 2 xəstə abdominal
sepsislə ağırlaşmış peritonit fonunda inkişaf edən endotoksikoz və
poliorqan çatmamazlığı nəticəsində klinikaya daxil olduqdan 3-4 saat
sonra ölmüşdür. Bu xəstələrin birində yoğun bağırsağın şişinin
perforasiyası profuz qanaxma ilə müşayiət olunmuşdur. Autopsiya zamanı
həmin xəstələrdə kor bağırsağın və siqmayabənzər bağırsağın böyük ölçülü
şişi, yayılmış nəcisli peritonit, xərçəngin qaraciyərə metastazları aşkar
edilmişdir.

Yoğun bağırsağın şişinin perforasiyası zamanı əməliyyatdan sonrakı
letallıq 41,9% təşkil etmişdir (31 xəstədən 13-ü ölmüşdür). 2 xəstə
əməliyyatsız ölmüşdür. Ümumi letallıq 45,4% olmuşdur (33
xəstənin 15-i ölmüşdür).

Yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası zamanı cərrahi taktikanın
seçilməsi perforasiyanın səviyyəsindən və birincili şişin lokalizasiyasından
asılıdır. Şişin və diastatik perforasiyanın yoğun bağırsağın sağ yarısında
yerləşməsi zamanı sağtərəfli hemikolektomiya icra edilərək, birincili
ileotransverzoanastomoz formalaşdırılır. Xərçəngin və yoğun bağırsağın
diastatik perforasiyasının soltərəfli lokalizasiyasında optimal əməliyyat
variantı kimi şişlə birlikdə perforasiya olan segmentin rezeksiyası və
kolostomanın formalaşdırılması (Hartman üsulu ilə obstruktiv rezeksiya və
ya hemikolektomiya) yerinə yetirilir. Birincili şişin və diastatik
perforasiyanın yoğun bağırsağın əks (kontralateral) hissələrində yerləşməsi
zamanı şişin çıxarılmasının cərrahi müalicənin ikinci (planlı) mərhələsində
yerinə yetirilməsi məqsədəuyğun hesab olunur. Əməliyyatın birinci

mərhələsində isə yoğun bağırsağın diastatik perforasiyaya uğramış seqmenti kolostoma tipində qarının ön divarına çıxarılır.

Son zamanlar yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası zamanı cərrahi taktikanın seçilməsində perforasiya yerləşən seqmentin birinci şişdən nə qədər məsafədə olması əsas tutulur (S.İ.Perequodov i soavt., 2008; G.Q.Topuzov i soavt., 2009). Belə ki, bədxassəli prosesin metastazları olmadığı hallarda və perforasiya şişə yaxın yerləşdikdə, yoğun bağırsağın şişlə və perforasiya olan seqmentlə birlikdə rezeksiyası icra edilərək, süni anus və ya ileostoma formalaşdırılır. Perforasiya birincili şişdən uzaq yerləşdikdə isə optimal əməliyyat üsulu kimi subtotal kolektomiya icra edilir və ileosiqmo- və ya ileorektoanastomoz formalaşdırılır, ya da ileostoma qoyulur.

Yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası olan 13 xəstənin 8-də siqmayabənzər (7) və enən çənbər bağırsağın (1) rezeksiyası icra edilmiş, kor bağırsaq (5) və qalxan çənbər bağırsaq (3) perforasiya dəliyi ilə divaryanı seko- və assendostoma tipində qarının ön divarına çıxarılmışdır (bu xəstələrin 4-ü ölmüşdür). Siqmayabənzər bağırsağın distal $\frac{1}{3}$ hissəsinin xərçənginin enən çənbər bağırsağın (2) və siqmayabənzər bağırsağın proksimal $\frac{1}{3}$ hissəsinin diastatik perforasiyası ilə ağırlaşması aşkar edilən 3 xəstədə perforasiya defekti tikilmiş və dekompression proksimal kolo(transverzo)stoma formalaşdırılmışdır. Rektosiqmoid hissənin xərçənginin qalxan çənbər bağırsağın diastatik perforasiyası ilə ağırlaşması olan 2 xəstədə perforasiya dəliyi dekompression assendostoma kimi istifadə edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə bu xəstələrin 4-ü ölmüşdür.

Beləliklə, yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası zamanı əməliyyatdan sonrakı letallıq 61,5% təşkil etmişdir (13 xəstənin 8-i ölmüşdür). KRX-in bu ağırlaşması zamanı müşahidə olunan yüksək letallıq (61,7-63,8%) digər müəlliflərin tədqiqatlarında da təsdiq olunur (S.İ.Perequodov i soavt., 2008; G.Q.Topuzov i soavt., 2009). Yoğun bağırsağın perforativ şişləri və diastatik cırılmaları zamanı icra olunmuş əməliyyatlar 28-ci və 29-cu cədvəllərdə göstərilmişdir.

Yoğun bağırsağın perforativ şişləri zamanı icra olunmuş əməliyyat variantları

Cədvəl 28

ƏMƏLİYYAT NÖVLƏRİ	XƏSTƏLƏRİN SAYI	ÖLƏN XƏSTƏ-
-------------------	-----------------	-------------

		LƏRİN SAYI
Sağtərəfli hemikolektomiya	7	2
Köndələn çənbər bağırsağın rezeksiyası	2	1
Hartman əməliyyatı	–	–
Siqmayabənzər bağırsağın rezeksiyası	14	6
U-vari terminolateral anastomoz	3	–
Perforasion dəliyin (şişin) tikilməsi, proksimal kolostomanın qoyulması	5	4
Cəmi	31	13

Beləliklə, yoğun bağırsağın perforativ şişlərinin və diastatik cırılma-
malarının cərrahi müalicəsinin müqayisəli təhlili göstərir ki, eyni şərtlər
daxilində (peritonit, ahıl və qoca yaş, yanaşı xəstəliklər) radikal
əməliyyatlardan sonra letallıq palliativ əməliyyatlara nisbətən xeyli
aşağıdır. Belə ki, əgər letallıq radikal əməliyyatlardan sonra 38,2%
olmuşdursa (34 xəstənin 13-ü ölmüşdür), palliativ əməliyyatlardan sonra
bu göstərici 80% təşkil etmişdir (10 xəstənin 8-i ölmüşdür).

Yoğun bağırsağın diastatik perforasiyası zamanı icra olunmuş əməliyyatlar və onların nəticələri

Cədvəl 29

ƏMƏLİYYAT NÖVLƏRİ	XƏSTƏLƏRİN SAYI	ÖLƏN XƏSTƏ- LƏRİN SAYI
Siqmayabənzər bağırsağın rezeksiyası:		
– sekostomanın qoyulması	5	3
– assendostomanın formalaşdırılması	2	1
Enən çənbər bağırsağın rezeksiyası, divaryanı assendostomanın qoyulması	1	–
Divaryanı assendostomiya	2	1
Diastatik perforasiya defektinin tikilməsi, proksimal dekompression kolostomiya	3	3
Cəmi	13	8

Qeyd etmək vacibdir ki, radikal əməliyyat icra olunmuş xəstələrdə, cərrahi əməliyyatlar palliativ, yəni şerti-radikal xarakter daşımışdır, çünki bu əməliyyatlar xərçəngin III^b və IV stadiyalarında yerinə yetirilmişdir. Lakin biz hesab edirik ki, bu qrup xəstələrdə şişin birmomentli çıxarılması əməliyyatdan sonrakı dövrün fəadsız gedişi zamanı nəinki cərrahi müalicənin yaxın nəticələrini yaxşılaşdırır, eləcə də xəstələrin tibbi-sosial reabilitasiyasına şansı artırır və onların müəyyən hissəsinin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırır.

Beləliklə, əməliyyata məruz qalmış 44 xəstənin 34-də radikal, 10-da palliativ əməliyyatlar yerinə yetirilmişdir. Radikal əməliyyatlardan sonra 13 xəstə (38,2%), palliativ əməliyyatlardan sonra isə – 8 (80%) xəstə ölmüşdür. 2 xəstə əməliyyatsız ölmüşdür. Əməliyyatdan sonrakı letallıq 47,7%, ümumi letallıq 50% təşkil etmişdir. Ölümün əsas səbəbləri: abdominal sepsislə ağırlaşmış yayılmış peritonit (13), xərçəng intoksikasiyası və endotoksikoz fonunda inkişaf edən poliorqan çatmamazlığı (8), kolostomanın nekrozu (1), ağciyər arteriyasının tromboemboliyası (1).

Beləliklə, yoğun bağırsağın şişlərinin perforasiyasının və diastatik cırılmalarının cərrahi müalicə üsullarının nəticələrinin müqayisəli təhlili göstərir ki, yoğun bağırsağın zədələnmə səviyyəsindən, bədxassəli prosesin lokalizasiyasından, xəstənin yaşından asılı olmayaraq radikal əməliyyatlar effektivliyi ilə fərqlənir. Bu vəziyyət, qeyd olunan patologiyalar zamanı cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verən birincili-radikal əməliyyatlara göstərişlərin genişləndirilməsinə əsas verir. Bu zaman radikal əməliyyatların obstruktiv variantları cərrahi müdaxilənin optimal növü kimi seçilməlidir (xüsusilə yoğun bağırsağın sol yarısının xərçəngi zamanı).

FƏSİL 7

YOĞUN BAĞIRSAQDA APARILAN ƏMƏLİYYATLAR ZAMANI İRİNLİ-İLTİHABİ AĞIRLAŞMALARIN KOMPLEKS PROFİLAKTİKASI

Yoğun bağırsaqda icra edilən əməliyyatlardan sonra baş verən ağır-
laşmaların profilaktikası müasir operativ koloproktologiyanın aktual prob-
lemlərindən biridir. Bu ağırlaşmaların ümumi strukturunda irinli-septik
ağırlaşmalar əsas yer tutur və nozoloji səbəblərdən asılı olaraq yüksək ölüm
faizi ilə səciyyələnilir.

Yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatlardan sonra baş verən irinli-
septik ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi müxtəlifdir və əsas xəstəliyin
(nozoloji səbəbin) xüsusiyyətindən asılı olaraq 29,4-68,7% arasında
tərəddüd edir (V.İ.Knış i soavt., 1985; M.S.Löbarskiy i soavt., 1998;
S.A.Aliev, 2000; 2001; N.V.Mun i soavt., 2000; V.V.Darvin i soavt., 2002;
N.N.Kaşın i soavt., 2005) Müasir dövrdə geniş təsir spektrinə malik yeni
antibiotiklərin və antibakterial preparatların tətbiq edilməsinə baxmayaraq,
bu ağırlaşmalar zamanı letallıq 43,5-80% təşkil edir. V.İ.Knış i soavt.
(1985) məlumatlarına görə KRX və olan xəstələrin cərrahi müalicəsi
prosesində əməliyyat sahəsinin bakterial çirklənməsi (kontaminasiya) 98%-
ə çatır. KRX zamanı intraabdominal irinli-infeksiyon prosesin inkişaf
etməsində yoğun bağırsağın perforasiyasının (həm şiş zonasında, həm də
suprastenotik hissələrdə) mühüm rolu vardır. Digər tərəfdən, irinli-septik
ağırlaşmaların tezliyinə təsir edən amillərdən biri də yoğun bağırsaqda
aparılan əməliyyatın yekunlaşdırılma variantlarının seçilməsi (birincili
anastomozun qoyulması və ya kolostomiya) və eləcə də əməliyyatdan
sonrakı dövrün gediş xüsusiyyətidir. Bu zaman qeyd olunan ağırlaşmaların
təzahürü konkret kliniki şəraitdən, o cümlədən anatomik nəhiyədən,
əməliyyat sahəsinin yoğun bağırsağın bakterial florası ilə
infeksiyalaşmasından və irinli-iltihab prosesinin periton boşluğunda yayıl-
ma dərəcəsindən asılıdır. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə anastomoz
tikişlərinin çatmamazlığı intraabdominal irinli-iltihabi ağırlaşmaların (peri-
tonit, peritondaxili abses) inkişaf etməsinə səbəb olduğu halda, birincili
əməliyyatın kolostoma ilə yekunlaşdırılması qarının ön divarında parako-
lostomik infeksiyon fəsadların (parakolostomik abses və fleqmona) baş ver-
məsinə şərait yaradır.

Ona görə də, yoğun bağırsaqda əməliyyat planlaşdırılan xəstələrdə əməliyyatöünü, əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı dövrdə irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə tədbirlər kompleksinin (sisteminin) hazırlanmasının mühüm praktik əhəmiyyəti vardır. Çünki KRX zamanı cərrahi müalicənin bivasitə nəticələri və proqnoz qeyd olunan tədbirlər sistemindən və onun keyfiyyətindən xeyli asılıdır.

Kliniki təcrübəmizdə yoğun bağırsağın obturasion keçməməzliliklə ağırlaşmış xərcəngin cərrahi müalicəsi prosesində 77 xəstədə irinli-septik ağırlaşmaların kompleks profilaktikası sistemi tətbiq edilmişdir. Xəstələrin yaşı 22-68 il arasında dəyişmişdir. Kişilər – 54 (70,1%), qadınlar – 23 (29,9%) olmuşlar. Bütün xəstələrə döş qəfəsinin və qarın boşluğunun rentgenoskopiyası (rentgenoqrafiyası), mədə-bağırsaq traktının kontrast rentgenoloji müayinəsi, ezofaqofibroqastroduodenoskopiya, USM, KT, irriqoskopiya, kolonoskopiya və histoloji müayinələr aparılmışdır.

77 xəstənin 10-da (13%) xərcəng yoğun bağırsağın sağ yarısında, 67-də (87%) sol yarısında lokalizasiya etmişdir. Bədxassəli prosesin III^a stadiyası 52 (67,5%), III^b stadiyası – 25 (32,5%) xəstədə aşkar edilmişdir. Xəstələrin 28-də (36,4%) yoğun bağırsağ keçməməzliyinin kompensə olunmuş forması, 49-də (63,6%) isə subkompensə olunmuş forması qeyd olunmuşdur. Obturasion bağırsaq keçməməzliyinin dekompensə olunmuş forması ilə olan xəstələr klinik təhlilə daxil edilməmişlər. Əməliyyatöünü dövrdə irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası, kompleks tədbirlər sisteminin başlanğıc (ilkin) mərhələsi kimi aşağıdakılardan ibarət olmuşdur:

1. Yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsi.

Yoğun bağırsağın planlı cərrahi əməliyyata hazırlanması bağırsağın ortoqrad lavajı üsulu ilə həyata keçirilmişdir. Bu məqsədlə «Fortrans» preparatı istifadə edilmişdir (fransız kompaniyası «Bofur Ipcen Internacional»). Peroral qəbul etmək üçün istifadə olunan məhlulun toz tərkibinə daxildir: polietilenqlikol – 64 q (4000 dalton molekulyar çəkili makroqol), anhidrid-natrium-sulfat – 5,7 q, natrium-bikarbonat – 1,68 q, natrium-chlorid – 1,46 q, kalium-chlorid – 0,75 q, saxarin-natrium – 0,1 q. Tozun ümumi çəkisi 73,69 q-dır. Tozun 1 bağlaması 1 litr suda həll edilərək, 1 saat ərzində içilir. Preparatın təxmini dozası xəstənin 15-20 kq çəkisinə müvafiq olaraq 1 litr hesab edilir. Yoğun bağırsağın tam təmizlənməsi üçün 4 l məhlul (4 bağlama toz) lazımdır. Preparat yeməkdən 2-3 saat sonra və əməliyyatdan (müayinədən) 3-4 saat əvvəl qəbul edilir. «Fortrans» məhlulunun qəbulu qurtardıqdan 1-2 sonra defekasiya başlanır.

Qeyd etmək lazımdır ki, irinli-iltihabi ağrılaşmaların əməliyyatönu profilaktikası zamanı yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənilməsi ilə bərabər, əsas xəstəliklə əlaqədar orqanizmdə baş vermiş metabolik pozğunluqların adekvat tənzimi də vacib şərtlərdən biridir. «Fortrans» istifadə etməklə yoğun bağırsağın ortoqrad lavaj üsulu ilə əməliyyata hazırlanması, homeostaz sisteminin kompleks tənzimi fonunda müayinə olunmuş bütün xəstələrə patogenetik əsaslandırılmış əməliyyat növü tətbiq edərək, cərrahi müalicənin bilavasitə (yaxın) nəticələrini yaxşılaşdırmaq mümkün olmuşdur.

2. Medikamentoz profilaktika.

Bu məqsədlə əməliyyatdan 1 saat əvvəl ftorxinolon qrupundan olan antibiotiklərdən (floksan 100 ml venadaxili) və antibakterial preparatlardan (metronidazol – 100 ml venadaxili) istifadə edilmişdir.

İrinli-septik ağrılaşmaların əməliyyatdaxili profilaktikası periton boşluğunun təftişi zamanı keçməməzliliklə əlaqədar həddindən artıq genişlənmiş bağırsaq ilgəklərinin zədələnmədən qorumaqdan, bağırsaq mənfəzinin açılması zamanı endogen mikrofloranın translokasiyasının və periton boşluğunun bakterial çirklənməsinin qarşısını almaqdan ibarət olmuşdur. Bununla əlaqədar olaraq yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyasına və mənfəzdaxili irriqasiyasına xüsusi əhəmiyyət vermişik.

Effektiv dekompressiya məqsədilə tərəfimizdən əməliyyat zamanı yoğun bağırsağın mənfəzi geniş açılmadan «qapalı» dekompressiyası və mənfəzdaxili irriqasiyası üsulu və onun icrası üçün aspirasion-irriqasion qurğunun yeni modeli hazırlanmışdır (şəkil 28)*. Qurğunun universal texniki konstruksiyası yoğun bağırsaq möhtəviyyatının aspirasiyasını və mənfəzdaxili bağırsaq lavajını həm mərhələlərlə, həm də birmomentli (sinxron) rejimdə icra etməyə imkan verir. Aspirasion-irriqasion qurğunun əsas texniki göstəriciləri aşağıdakılardır: təzyiqin (aspirasiyanın) diapazonu – 0-300 mm civə sütunu; aspirasiya və insufflyasiya rejimi – 0-1200 ml/dəq; qurğunun iş rejimi fasiləsiz (6 saata qədər) və tsiklikdir (mərhələlidir). Bir dəqiqə ərzində qurğu vasitəsilə bağırsağın mənfəzinə 1200 ml maye vurularaq (insufflyasiya) aspirasiya (evakuasiya) edilir.

Yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili «qapalı» dekompressiyası və mənfəzdaxili irriqasiyası (bağırsaq lavajı) üsulu aşağıdakılardan ibarətdir.

* *Азәрбајҹан Республїкасы Елм вҹ Технїка Комїтҹасїнїн Мїлли Патент Експертїза Мҹркҹзїнїн вердїйї патент J20010025 11.01.2001.*



Şəkil 28. Yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyası və mənfəzdaxili lavajı məqsədilə hazırladığımız vakuumlu irriqasion-aspirasion qurğunun ümumi görünüşü.

Periton boşluğu təftiş edildikdən (o cümlədən bədxassəli prosesin yayılması dərəcəsi təyin edildikdən) və ilkin şiş aşkar olunduqdan sonra yoğun bağırsaq segmenti şişlə birlikdə periton boşluğunun digər şöbələrindən kifayət qədər təcrid olunur. Şişin bilavasitə yaxınlığında yoğun bağırsağın divarına büzməli tikiş qoyulur və onun mərkəzində bağırsağın sərbəst teniyası (tenia libera) boyunca 1,5-1,8 sm uzunluqda kəsiklə seroz-əzələ təbəqələri kəsilir və qurğunun birkanallı borusunun ucu ilə bağırsağın divarı dəşilərək boru onun mənfəzinə salınır. Qurğu elektrik şəbəkəsinə qoşulur və aspirasion rejimdə işə salınır. Bağırsaq möhtəviyyatı aspirasiya olunduqca, mənfəzdaxili təzyiq azaldıqca, aspirasiyaedici borunun bağırsağın mənfəzində sərbəst yerdəyişməsinə təmin etmək üçün onun divarındakı kəsiyi 1 sm-ə qədər genişləndirmək olar. Bu, bağırsaq möhtəviyyatının maksimal dərəcədə evakuasiyasını və keyfiyyətli dekompressiyasını təmin etməyə imkan verir. Sonra birinci büzməli tikişdən distal hissədə və ya onun əks tərəfində yoğun bağırsağın divarına ikinci büzməli tikiş qoyulur və yuxarıda qeyd olunan üsulla ikinci (irriqasion) borunun ucu bağırsağın mənfəzinə salınır. Qurğu daimi iş rejiminə keçirilərək, birmomentli fasiləsiz irriqasiya (insufflyasiya) və aspirasiya

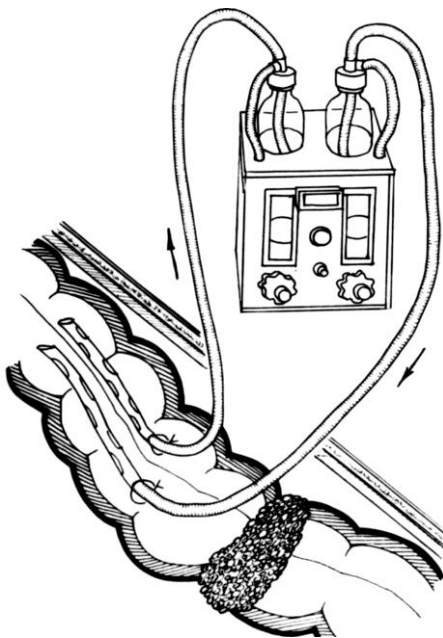
aparılr. Aspirasiyaedici borunun yoğun bağırsağın mənəzi boyu sərbəst yerdəyişməsi (hərəkəti) bağırsağın dolma dərəcəsinə, divarlarının genişlənməsinə və mənəzdaxili təzyiqə nəzarət etməyə imkan verir. Yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili irriqasiyasının (lavajı) davamı suprastenotik hissələrin dekompressiya dərəcəsiindən və bağırsaqdan xaric olan yuyuntu mayesinin rəngindən asılıdır.

Beləliklə, qeyd olunan qurğu obturasiya ilə əlaqədar həddindən artıq dolmuş və genişlənməmiş yoğun bağırsağı yüksək toksikliyə və virulentliyə malik bakterial floradan təmizləməyə (irriqasiya) və adekvat dekompressiya etməyə imkan verir. Bağırsaqdaxili təzyiqin azalması, qurğunun yuyucu sistemi ilə bağırsaq möhtəviyyatının xaric olmasının kəsilməsi və təmiz mayenin xaric olması bu üsulun yüksək dekompression və irriqasion effektini sübut edir. Bağırsaq lavajı başa çatdırıldıqdan sonra borular çıxarılır və bağırsaq divarına qoyulmuş büzməli tikişlər bağlanılır, saplar kəsilmir, əməliyyatın sonrakı mərhələsində «tutucu» kimi istifadə edilir. Aspirasiya və irriqasiya yoğun bağırsaq keçməməzliyinin aradan qaldırılması istiqamətində aparılan əməliyyatdaxili tədbirlərin əsas və başlanğıc hissəsini (bağırsağın dekompressiyası və lavajı) təşkil etdiyinə görə, əməliyyatın sonrakı mərhələlərinin icrası davam etdirilir. Şübhəsiz ki, əməliyyat kəskin bağırsaq keçməməzliyi ilə əlaqədar aparıldığından, bu zaman cərrahi müdaxilə onun həcmindən (şişin çıxarılıb-çıxarılmamasından) asılı olmayaraq kolostomiya ilə yekunlaşdırılır. Əlbəttə, şiş operabel olduğu hallarda bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası və süni anusun formalaşdırılması daha optimal əməliyyat variantıdır (obstruktiv rezeksiya).

Beləliklə, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili fasiləsiz, birmomentli «qapalı» dekompressiyası və irriqasiyası (lavajı) sub- və dekompensasiya formalı yoğun bağırsaq keçməməzliyinin kəskin əlamətlərini aradan qaldırmaqla, bağırsağın genişlənməmiş suprastenotik hissələrinin mexaniki təmizlənməsini, endogen intoksikasiyanın azalmasını təmin etməklə, periton boşluğunun intraoperation bakterial çirklənməsinin, bununla əlaqədar əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmaların inkişaf riskinin və eləcə də təftiş zamanı yoğun bağırsağın mexaniki zədələnmə təhlükəsinin qarşısını almağa imkan verir. Qeyd olunan qurğunun mühüm üstünlüklərindən biri odur ki, bir tərəfdən birinci əməliyyat zamanı şiş çıxarılmayan və kolostoma qoyulmuş xəstələrin radikal əməliyyata hazırlanmasını, digər tərəfdən isə şişin çıxarılması ilə obstruktiv rezeksiya keçirmiş xəstələrdə kolostomadan istifadə etməklə yoğun bağırsağın bərpaedici əməliyyata hazırlanmasını təmin etməyə imkan verir.

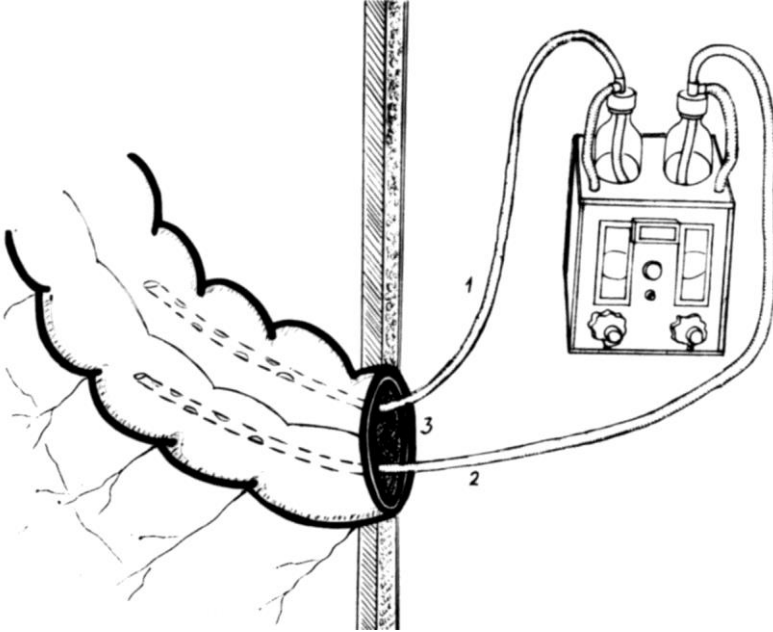
Aspirasion-irriqasion qurğunun iş rejiminin geniş diapazonda dəyişməsi (aspirasiya və irriqasiyanın fasiləsiz, sinxron aparılması və ya bağırsaq lavajının növbəli-tsiklik icrası), aspirasiyaedici borunun insuffluasiya borusundan nisbətən uzun olması, irriqasiyanın, yuyucu məhlulların şarnaqla vurulması ilə yerinə yetirilməsi, bağırsaq lavajının aparılmasının sterilliyi və gigiyenikliyi (qurğunun aspirasiya və irriqasiya hissələrinin ayrı olması, lavajın bağırsaq mənfəzinin geniş açılmadan yerinə yetirilməsi) və eləcə də əməliyyatdan sonrakı müxtəlif dövrlərdə və kolostomalı xəstələrin bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatlara hazırlanması zamanı aparatdan istifadə edilməsinin mümkünlüyü, qurğunun universallığını və üsulun yüksək effektivini nümayiş etdirir.

Aspirasion-irriqasion qurğunun ümumi görünüşü, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili «qapalı» dekompressiyasının və mənfəzdaxili irriqasiyanın sxematik təsviri 29 və 30-cu şəkillərdə göstərilmişdir.



Şəkil 29. Yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili «qapalı» dekompressiyası və mənfəzdaxili irriqasiyasının (lavajının) sxemi: a) aspirasiya borusu; b) insufflyasiya (irriqasiya) borusu.

Hesab edirik ki, yoğun bağırsağın əməliyyat zamanı mənfəzdaxili irriqasiyası və əməliyyatdan sonrakı dövrdə kolostomadan bağırsaq lavajının aparılması sanasiyaedici və tonuslandırıcı (stimuləedici) təsirə malik olmaqla, bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların icrası zamanı anastomozun sağlmasına müsbət təsir edir. Bu da bir növ hidromassaj üsulu ilə yoğun bağırsağın divarında trofik proseslərin və mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması ilə izah olunur.



Şəkil 30. İrriqasion-aspirasion qurğu vasitəsilə kolostomadan yoğun bağırsağın mənfəzdaxili irriqasiyasının (lavajının) sxematik təsviri:
1) aspirasiya borusu; 2) irriqasiya borusu; 3) kolostoma.

Əməliyyatın yekunlaşdırılma üsulunun seçilməsini (birincili yoğun bağırsaq anastomozu və ya kolostomiya) fərdi qaydada, konkret kliniki şəraiti nəzərə almaqla, əsas xəstəliyin (bədəxsəli prosesin) stadiyasından, xəstənin yaşından, vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsindən, yanaşı xəstəliklərin xüsusiyyətindən asılı olaraq həll edirik. Digər eyni şərtlər daxilində, o cümlədən şiş rezektabel olduqda, yoğun bağırsağın obstruktiv rezeksiyasına üstünlük veririk və obturasiyanın dərəcəsini nəzərə alaraq, (sub- və

dekompensasiya) bu qrup xəstələrdə birincili anastomozun qoyulmasını məhdudlaşdırır.

Beləliklə, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üçün tətbiq olunan tədbirlər kompleksi əsas xəstəlik (KRX) və onun ağırlaşması (bağırsağ keçməməzliyi) ilə əlaqədar homeostaz sistemində baş verən metabolik pozğunluqların adekvat tənzimi fonunda bütün xəstələrə patogenetik əsaslandırılmış əməliyyatların yerinə yetirilməsinə və cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına imkan vermişdir.

Biz eləcə də terminal «yastı» (dəri səviyyəsində) kolostomanın modifikasiya olunmuş variantını təklif etmişik. Üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, stoma dəliyi yoğun bağırsağın selikli qışasından keçməklə fasiləsiz tikişlə qarının ön yan divarının yarasının perimetri boyu dəriyə tikilir. Əməliyyatın texnikası 5-ci fəsildə təsvir edilmişdir.

Beləliklə, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili hazırlanmasının (mexaniki təmizlənmə) texniki təminatının təkmilləşdirilməsi nəticəsində birincili radikal və birmomentli bərpəedici əməliyyatlar müşahidəmiz altında olan 77 xəstənin 70-də (90,9%) icra olunmasına imkan vermişdir: sağtərəfli hemikolektomiya – 10, siqmayabənzər bağırsağın rezeksiyası – 36, soltərəfli hemikolektomiya – 23, subtotal kolektomiya – 1. 7 xəstədə Hartman tipli əməliyyat yerinə yetirilmişdir, sonradan bu xəstələrin yalnız 3-də yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası və kolostomanın ləğv edilməsi mümkün olmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 15 (19,5%) xəstədə müxtəlif ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir: yoğun bağırsağ anastomozunun tikişlərinin çatmamazlığı (2), əməliyyat yarasının irinləməsi (8), parakolostomik abses və fleqmona (5). Letal nəticə qeyd olunmamışdır.

Beləliklə, kolostomiya üsulunun təkmilləşdirilməsi, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyasının və mənfəzdaxili irriqasiyasının səmərələşdirilməsi ilə yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsinin optimallaşdırılması yoğun bağırsağın planlı cərrahiyyəsində əməliyyatdan sonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktika kompleksinin mühüm tərkib elementlərini təşkil edir. Hazırladığımız və tətbiq etdiyimiz profilaktika sistemi yoğun bağırsağın şiş etiologiyalı keçməməzliyinin cərrahi müalicəsində irinli-iltihabi ağırlaşmaları son 10 il ərzində 29,4%-dən 19,5%-ə endirməyə imkan vermişdir.

FƏSİL 8

TERMINAL KOLOSTOMANIN AĞIRLAŞMALARI VƏ ONLARIN MÜALİCƏSİ

Kolostomiya yoğun bağırsağın bir çox xəstəlikləri və eləcə də travmatik zədələnmələri zamanı tətbiq olunan cərrahi müalicənin müvəqqəti mərhələsi və ya daimi variantı olmaqla, əməliyyatdan sonra suni anus nəhiyəsində müxtəlif ağırlaşmaların baş verməsinə səbəb olur. Hazırda kolostomanın 200-dən çox variantı mövcuddur. Ağırlaşmaların tezliyi və xarakteri kolostomanın növündən asılı olaraq 12,9-74% arasında tərəddüd edir (P.V.Eropkin i soavt., 2000; N.N.Kaşın i soavt., 2005; E.V.Mixaylova i dr., 2000; G.P.Rudin i soavt., 2001; N.Patwardhan et al., 2002). Postkolostomik ağırlaşmalar əməliyyatdan sonrakı erkən və uzaq dövrdə baş verə bilər. Erkən ağırlaşmalara parakolostomik irinli iltihab prosesləri (abses və fleqmona) və kolostomanın retraksiyası aiddir. Bu ağırlaşmalar 16,4-31% təşkil edir.

Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə baş verən postkolostomik ağırlaşmalara parakolostomik yırtıq, kolostomanın prolapsı və çapıq daralması aiddir. Klassik (peritondaxili) terminal kolostomiyadan sonra inkişaf edən gecikmiş ağırlaşmalar 20-70,6% və bəzən 90%-ə çatır.

Bizim müşahidəmiz altında olmuş yoğun bağırsağın sol yarısının rezeksiyasından sonra birlüləli (terminal) kolostoma formalaşdırılmış 63 xəstədə əməliyyatın yaxın və uzaq nəticələri öyrənilmişdir. Bu xəstələr kolostomalı bütün xəstələrin 38%-ni təşkil etmişdir. Xəstələrin 35-də (55,5%) kolostomanın müxtəlif ağırlaşmaları müşahidə olunmuşdur. Xəstələr 23-72 yaşlarda olmuşlar: kişilər – 19, qadınlar – 16 nəfər olmuşdur. Klinikada tətbiq olunan kolostoma növündən asılı olaraq, müalicənin effektivliyini obyektiv qiymətləndirmək məqsədi ilə xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür:

I (nəzarət) qrupa 23 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrə birlüləli kolostoma klassik üsulla, yəni qarın divarına çıxarılan bağırsağın 5-6 sm hissəsi dəri üzərində artıq saxlanılmaqla formalaşdırılmışdır. Əməliyyatdan sonra 17 xəstədə kolostoma nəhiyəsində müxtəlif ağırlaşmalar inkişaf etmişdir. Bu zaman erkən dövrdə ağırlaşmalar 9, gec dövrdə – 8 xəstədə müşahidə edilmişdir. Yoğun bağırsağın dekompressiyası məqsədi ilə klinik təcrübədə tətbiq olunan kolostoma variantlarının effektivliyi müxtəlif olduğundan, biz terminal «yastı» kolostomanın yeni variantını təklif etmişik.

Dəri səviyyəsində formalaşdırılan «yastı» kolostomanın modifikasiya olunmuş variantı kitabın V fəslində təsvir edilmişdir. Kolostomanın təkmilləşdirilmiş variantının əsas cəhəti ondan ibarətdir ki, bu zaman stoma dəliyi bağırsağın selikli qişasından keçməklə dairəvi yaranın perimetri boyu fasiləsiz tikişlərlə dəriyə tikilir. Fasiləsiz selikli qişa-dəri tikişi stoma dəliyinin peristomal zona toxumaları ilə daha sıx və hermetik kontaktı yaratmaqla düyünlü tikişlərdən fərqli olaraq yoğun bağırsağın qarın ön divarına çıxarılmış distal hissəsi ilə dəri arasında yarıqvari sahələrin əmələ gəlməsinin qarşısını alır və bağırsaq möhtəviyyatının qarın divarının təbəqələrinin arasına keçməsinə imkan vermir. Kolostomanın dekompressiya effektini artırmaq üçün vakuumlu aspirasiya və irriqasiya sisteminə əsaslanan qurğu təklif etmişik. Həmin qurğu vasitəsilə yoğun bağırsağın əməliyyat zamanı və eləcə də əməliyyatdan sonrakı dövrdə yüksək toksikliyə malik durğun möhtəviyyatdan mexaniki təmizlənməsi və mənfəzdaxili irriqasiyası (lavaj) həyata keçirilir.

Vakuum sorucu-yuyucu qurğunun əsas texniki göstəriciləri aşağıdakılardır: qurğunun sorucu qüvvəsi – 0-300 mm civə sütunu; qurğu vasitəsi ilə vurulan və sorulan mayenin həcmi – 1 dəqiqədə 1200 ml, qurğunun iş rejimi – 6 saata qədərdir və fasiləsizdir. Qurğu həm irriqasiya və aspirasiya rejimlərində fasilə ilə, işlətməklə həm də birmomentli (sinxron) fasiləsiz olaraq mayeni vurur və sorur. Aspirasiyaedici borunun nisbətən uzun olması mayeni bağırsağın daha proksimal (sprastenotik) hissələrinə vurmağa və bağırsaq lavajının effektini artırmağa imkan verir. Digər tərəfdən, qurğu nəinki əməliyyat zamanı, eləcə də əməliyyatdan sonrakı dövrdə yoğun bağırsağı dekompressiya etmək və kolostomalı xəstələri bərpaedici-plastik əməliyyatlara hazırlamaq məqsədi ilə tətbiq oluna bilər.

Təklif olunmuş qurğu maksimal dərəcədə genişlənmiş yoğun bağırsağı adekvat dekompressiya etməklə mənfəzdaxili və peritondaxili təzyiqi azaltmağa imkan verir. Digər tərəfdən, kolostoma formalaşdırılan bağırsağın divarının və qarın divarına fiksə olunmuş stomal hissənin stabil vəziyyətdə qalmasını təmin edir.

Kliniki müşahidələrimizdə yoğun bağırsağın sol yarısının xərçəngi zamanı obstruktiv rezeksiya 43 xəstədə qoyulan terminal kolostomanın dəri səviyyəsində formalaşdırılması fasiləsiz «selikli qişa-dəri» tikişləri qoymaqla icra edilmişdir. Bu xəstələr içərisində postkolostomik ağırlaşmalar 44,2% təşkil etmişdir (19 xəstə). Bunlardan 14-ü əməliyyatdan sonrakı erkən, 5-i isə gec dövrdə baş vermişdir. Göründüyü kimi, yastı

kolostomanın fasiləsiz «selikli qışa-dəri» tikişləri ilə formalaşdırılması əməliyyatdan sonrakı dövrdə kolostoma zonasında ağırlaşmaların artmasına səbəb olmur (44,2%). 26 xəstədə kolostoma ənənəvi (klassik) üsulla formalaşdırılmışdır. Bu zaman postkolostomik ağırlaşmalar 18 (69,2%) xəstədə baş vermişdir (cədvəl 30).

Kolostomanın növündən asılı olaraq postkolostomik ağırlaşmaların xarakteri

Cədvəl 30

KOLOS TO- MANIN NÖVÜ	AĞIRLAŞMALARIN XARAKTERİ							İCƏM
	Erkən				Gec			
	Para- kolos- tomik abses	Para- kolos- tomik fleq- mona	Bağır- sağın nekro- zu	Kolos- toma- nın retrak- - siyası	Pa- rako- los- to- mik yırtıq	Kolos- toma- nın ça- pıq da- ralmas ı	Ko- lostoma- nın pro- lapsı	
Klassik birlüləli kolostoma (n=26)	4	7	2	1	4	2	2	18
Birlüləli «yastı» kolostomanın modifi- kasiya olunmuş variantı (n=43)	7	4	—	3	3	2	—	19
Cəmi	11	7	2	4	7	4	2	37

Postkolostomik ağırlaşmaların cərrahi müalicəsi mürəkkəb və çətin məsələdir. Bu vəziyyət əsas xəstəliyin, yəni kolostomiyaya göstərişin (KRX) və onun ağırlaşmalarının (bağırsaq keçməməzliyi, peritonit və s.) xüsusiyyətləri, xəstənin yaşı və yanaşı xəstəlikləri ilə əlaqədardır. Müalicə taktikasının seçilməsi ağırlaşmanın xarakterindən asılıdır.

Parakolostomik abses və fleqmonalar zamanı irinliyin açılması və adekvat drenajı və eləcə də kolostomanın aspirasion-irriqasion qurğu vasitəsi ilə idarə olunan dekompressiyası və yoğun bağırsağın mənfəzdaxili lavajı bütün xəstələrdə (18) irinli-iltihabi ağrılaşmaların tam sanasiya olunmasına imkan vermişdir.

Antibakterial terapiya bütün xəstələrə irinin bakterioskopiyasından, mikrofloranın növündən asılı olaraq, onların antibiotiklərə həssaslığı nəzərə alınmaqla aparılmışdır. Erkən ağrılaşmaların strukturunda kolostomanın retraksiyasının nisbətən az olması (19 xəstədən 3 nəfərdə) «yastı» kolostomanın formalaşdırılmasının texniki səmərəliliyi və eləcə də təklif etdiyimiz qurğu vasitəsi ilə yoğun bağırsağın əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra idarə olunan dekompressiyası və mənfəzdaxili irriqasiyası (lavaj) ilə izah olunur.

Kolostomanın nekrozu (2) və retraksiyası (4) baş vermiş xəstələrdə cərrahi taktika relaparotomiyadan, yoğun bağırsağın dəyişilmiş hissəsinin rezeksiyasından və kolostomanın əvvəlki yerində rekonstruksiyasından ibarət olmuşdur. Parakolostomik yırtıqlar əməliyyatdan sonrakı (ventral) yırtığın bir növü kimi qiymətləndirilir. Bu növ yırtıqların cərrahi müalicəsində autoplastik üsullara üstünlük verilməklə bərabər (Martinov, Sapejko, Napalkov), son illər ərzində sintetik (polipropilen) tor strukturlu plastik (endoprotez) materiallardan istifadə etməklə «gərginliksiz» allohernioplastika üsullarını da tətbiq edirik. Parakolostomik yırtıqlar zamanı tətbiq olunan cərrahi taktikadan asılı olaraq xəstələri iki qrupa bölmüşük. Birinci qrupa 3 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə birmomentli olaraq yırtığın plastikası yerinə yetirilmiş və kolostoma ləğv edilərək, yoğun bağırsağın fasiləsizliyi bərpa edilmişdir. Parakolostomik yırtıq apanevrozdan duplikatura yaratmaqla autoplastik üsulla ləğv olunmuşdur. Bu zaman eləcə də kolostomanın yerindəki defekt də plastika edilmişdir. Yoğun bağırsağın fasiləsizliyi (koloplastika) siqmorektal anatomoz formalaşdırmaqla bərpa olunmuşdur.

İkinci qrupa 4 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə parakolostomik yırtıq plastika olunmuş, lakin kolostoma ləğv olunmamışdır. Bu xəstələrin 2-sində kolostomaya müdaxilə etmədən yırtığın plastikası icra olunmuşdur. 3-cü xəstədə isə parakolostomik yırtıq plastika edilməklə bərabər kolostoma rekonstruksiya olunmuş və köhnə yerində saxlanılmışdır. 4-cü xəstədə parakolostomik yırtığın plastikası zamanı kolostoma çıxarılan yoğun bağırsağın çapıq dəyişikliyə uğramış hissəsi və köhnə stoma rezeksiya

olunduqdan sonra başqa yerdə yeni kolostoma (neokolostoma) formalaşdırılmışdır.

Kolostomanın çapıq strikturası zamanı cərrahi taktika qarının öq divarının süni anus nahiyyəsində və ətraf toxumaların vəziyyətindən, bağırsaq mənəzinin daralma dərəcəsindən asılı olaraq seçilir. Bir xəstədə kolostomanın daralması süni anusun dəliyi səviyyəsində aşkar edilmişdir. Əməliyyat stomaətrafi çapıq dəyişikliyə uğramış toxumaların kəsilib götürülməsindən, yoğun bağırsaq ilgəyinin aponevroza qədər mobilizasiyasından, yeni kolostomanın (köhnə yerdə) formalaşdırılmasından ibarət olmuşdur. Kolostoma nahiyyəsində inkişaf edən çapıq prosesinin yoğun bağırsağın peritondaxili hissəsinə yayılması ilə əlaqədar olaraq, 3 xəstədə laparotomiya icra edilmişdir. Bu xəstələrdə yoğun bağırsağın mobilizasiyasından sonra daralmış hissəsi rezeksiya olunmuş və yeni kolostoma formalaşdırılmışdır. Yoğun bağırsağın stomadan prolapsı olan xəstədə bağırsağın düşmüş hissəsi rezeksiya olunmuş və kolostoma rekonstruksiya olunaraq, əvvəlki yerində formalaşdırılmışdır.

Kolostomanın əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrdə ağırlaşması müşahidə olunan 13 xəstənin 10-da cərrahi müalicənin nəticələri 2-5 il müddətində öyrənilmişdir. Xəstələrin yaş həddi 58-70 olmuşdur. Bunların içərisində parakolostomik yırtığı olan 7 xəstədə əvvəlki əməliyyatın həcmi yırtığın plastikasından ibarət olmaqla bərabər, 3 xəstədə kolostomanın ləğvi və yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası ilə yekunlaşdırılmışdır. Bu xəstələrdə peritonun birləşmə xəstəliyi fonunda konservativ müalicəyə asanlıqla tabe olan xroniki bağırsaq keçməməzliyi əlamətləri qeyd olunmuşdur.

Yoğun bağırsağın fasiləsizliyi bərpa olunmadan parakolostomik yırtığın plastikası icra olunmuş 4 xəstədə (nəzarət qrupunda – 2, əsas qrupda – 2) kolostomanın funksiyasında pozğunluq aşkar edilməmişdir. Lakin nəzarət qrupunda olan 2 xəstədə parakolostomik yırtığın residivi müşahidə edilmişdir. Əsas qrupdan olan xəstələrdə isə parakolostomik yırtığın residivi qeyd olunmamışdır. Bu xəstələr 58-67 yaşlarda olmuşlar. Həmin 4 xəstəyə kolostomanın ləğvi və koloplastik əməliyyat icra olunmaqla bərabər, nəzarət qrupundan olan 2 xəstədə eləcə də residiv parakolostomik yırtığın plastikası yerinə yetirilmişdir. Süni anusun çapıq daralması ilə əlaqədar əvvəllər yeni kolostoma qoyulmuş 3 xəstədə neokolostomanın funksiyasında pozğunluq aşkar edilməmişdir. Bu xəstələrin yalnız 1-də kolostomanı ləğv etməklə yoğun bağırsağın fasiləsizliyini bərpa etmək mümkün olmuşdur.

Ürək-damar, tənəffüs sisteminin və mübadilə prosesinin ciddi yanaşı xəstəlikləri və yuxarı yaş həddi ilə əlaqədar yüksək risk qrupunu təşkil edən 2 xəstədə (nəzarət qrupunda 1 xəstə, əsas qrupda – 1) koloplastik əməliyyatların icrası məqsədəuyğun hesab edilməmişdir.

FƏSİL 9

KOLOSTOMALI XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ REABİLİTASIYASI

9.1. Yoğun bağırsaqda aparılan bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların xüsusiyyətləri və ümumi prinsipləri

Kolorektal xərçəng və onun ağrılaşmaları zamanı icra edilən radikal əməliyyatların 50%-i kolostomanın formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılır. Radikal əməliyyatların obstruktiv variantları zamanı xəstələr bədxassəli proses və onun təhlükəli ağrılaşmalarından xilas olunursa, qeyri-müəyyən müddətə qoyulmuş idarəolunmaz suni anusla əlaqədar olaraq ciddi fiziki, psixi-emosional və mənəvi iztirablara məruz qalmış olurlar.

Statistik məlumatlara görə, bu əməliyyatların və kolostoma ilə olan xəstələrin sayı getdikcə artır. Bu vəziyyət bir tərəfdən KRX-in artmasına meylliyin yüksəlməsini göstərir. Digər tərəfdən isə radikal əməliyyat keçirmiş xəstələrin 5 illik yaşama müddəti 50%-dən çox təşkil edir.

V.B.Aleksandrov i soavt. (2005) məlumatlarına görə Moskva şəhərində kolostoma ilə olan xəstələrin sayı 6500-ə yaxındır. Bu göstəricinin illik artımı 3-5% təşkil edir və beləliklə, qeydiyyatdan çıxarılan xəstələrin sayı ilə əməliyyata məruz qalmış yeni xəstələrin sayı statistik uyğundur.

Problemin həlli şübhəsiz ki, KRX-nin erkən diaqnostikası, birincili radikal və birmomentli bərpaedici əməliyyatların genişləndirilməsi sayəsində mümkün ola bilər. Kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası mühüm tibbi-sosial əhəmiyyətə malik bir problemdir.

Müvəqqəti kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası süni anusun ləğv edilməsi ilə yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpasından ibarətdir.

9.2. Yoğun bağırsaqda rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatın icra edilməsinin mümkünlüyünü təyin edən alqoritm

Yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv xərçənginin cərrahi müalicəsinin son nəticəsi şiş xaric edildikdən sonra yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpasıdır. Lakin bəzi klinik şəraitdə (kəskin bağırsaq keçməməzliyinin sub-, dekompensə olunmuş formaları, xəstənin ağır vəziyyəti, ciddi somatik xəstəliklər, ahıl və qoca yaş və s.) əməliyyatın birincili bağırsaq anastomozunun formalaşdırılması ilə yekunlaşdırılması mümkün olmur.

Əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrlərdə bu qrup xəstələrə rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatın icrası ilk növbədə sosial reabilitasiya tələbatından irəli gəlir, çünki kolostoma xəstənin həyatı üçün bilavasitə təhlükə törətmir. Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların yerinə yetirilməsinin mümkünlüyü isə adətən göstəriş və əks-göstərişlərin təhlilinə əsasən təyin edilir, bu da çox zaman subyektiv və şərti xarakter daşıyır, əksər hallarda isə şəxsi təcrübəyə istinad edir. Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların yerinə yetirilməsinin mümkünlüyünü təyin edən əsas meyarlardan biri əksər cərrahların fikrincə, birincili əməliyyatdan və kolostomanın formalaşdırılmasından sonra keçən müddətdir. Əksər koloproktoloqlar qeyd olunan əməliyyatların icrası üçün optimal müddəti 6-12 ay hesab edirlər (S.S.Maskin, 1998; Q.İ.Vorobğev, 2000). Klinik təcrübəyə əsasən bu müddət ərzində periton boşluğunda, qarının ön divarında (kolostoma nahiyəsində) iltihabi-infeksion proses aradan qaldırılır və bununla da təkrari əməliyyat zamanı baş verə biləcək ağırlaşmalar təhlükəsi azalmış olur. Bu şərtlərlə bərabər bəzi koloproktoloqlar (V.V.Ənovoy i soavt., 2002) obyektiv meyarlar əsasında rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara əks-göstərişləri inkar etməklə təkrari əməliyyatın mümkünlüyünü təyin edirlər. Bu məqsədlə həmin müəlliflər tərəfindən hər bir xəstədə rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyata əks-göstərişi təyin edən alqoritm hazırlanmış və həmin meyarlar müayinələrin poliklinika və stasionar mərhələlərində aşkar edilir. Poliklinika müayinəsi mərhələsində birincili əməliyyat zamanı kolostomanın qoyulmasına səbəb olan əsas xəstəlik (nozoloji səbəb) müəyyən edilir, xəstənin ümumi somatik statusu qiymətləndirilir.

Müasir şəraitdə təkrari (rekonstruktiv-bərpaedici) əməliyyatlara göstərişlər və xəstələrin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi orqanizmin mühüm sistemlərinin kəmiyyət göstəriciləri nəzərə alınmadan, yalnız cərrahın şəxsi təcrübəsinə istinad əsasında həll etmək yolverilməzdir. Əgər müayinənin ilk mərhələsində təkrari əməliyyata əks-göstərişlər aşkar edilmirsə, xəstəyə xüsusi müayinələr (yoğun bağırsağın rentgenoktrast müayinəsi, periton boşluğunun və kiçik çanağın USM). Bu müayinələr zamanı bədxassəli prosesin yayılmasının (metastazlar) aşkar edilməsi rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara əks-göstəriş hesab olunur. Periton boşluğunda, kiçik çanaqda iltihab prosesi aşkar edildikdə onun səbəbi aydınlaşdırılmalı və sonrakı əks-göstəriş qeyd olunan patoloji dəyişikliklər aradan qaldırıldıqdan sonra əsaslandırılır.

Poliklinika müayinəsi mərhələsində rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyata əks-göstəriş aşkar edilmədikdə, sonrakı müayinə və aşkar edilmiş

əks-göstərişin aradan qaldırılması cərrahi şöbədə həyat keçirilir. Stasionar müayinəsi mərhələsində təkrari əməliyyata əks-göstərişlərə, nəzərdə tutulan əməliyyat zonasında aşkar edilən iltihabi dəyişikliklər aiddir: liqatur fistulası, parakolostomik fistula, kolostomanın daralması. Qeyd olunan dəyişikliklərin ümumi profilli cərrahi şöbələrdə aradan qaldırılması məqsədəuyğun hesab edilir. Bununla da ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji şöbələrdə xəstələrin müayinə və müalicəsinə sərf olunan vaxt azalmış olur.

Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara hazırlıq dövründə yoğun bağırsağın fəaliyyət göstərən və təcrird olunmuş seqmentlərinin funksional vəziyyəti, anal sfinkterin qapayıcı funksiyası mütləq öyrənilməlidir. Bu məqsədlə ənənəvi (rutin) müayinələrə (sfinkterometriya, funksional sınaqlar və s.) qarın boşluğunun və kiçik çanağın USM aparılır. Təbii passajdan təcrid olunmuş yoğun bağırsaq ilgəklərinin transabdominal və transrektal USM yoğun bağırsağın həmin hissələri barədə aşağıdakı meyarları aşkar etməyə imkan verir: bağırsaq divarının elastikliyi, qalınlığı, təbəqəliliyi, tonusu, əlavə törəmələrin olub-olmaması.

Eyni zamanda düz bağırsağın sfinkter aparatının USM aparılır, anal sfinkterin köndələn və boylama ölçüləri, onun iradi yığılma dərəcəsi qiymətləndirilir. Anal sfinkterin USM erkən dövrdə degenerativ dəyişiklikləri aşkar etməyə və xüsusi hazırlıq üsulları ilə həmin dəyişiklikləri aradan qaldırmağa imkan verməklə, onun normal funksiyasını bərpa etməyə kömək edir. Bu vəziyyət xüsusilə ahi və qoca yaşlı xəstələrə aiddir, süni digər yaş qruplarından fərqli olaraq bu xəstələrdə kolostomiyadan sonra anal sfinkterdə morfoloji və funksional dəyişikliklər daha çox təsadüf edilir.

Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara əks-göstərişlər olmadığı təqdirdə xəstələr koloproktoloji şöbələrə qəbul olunurlar. İxtisaslaşdırılmış şöbələrə, eləcə də poliklinikanın texniki təchizatı, nəzərdə tutulan algoritmlə meyarlarını aşkar etməyə imkan vermədiyi xəstələr də hospitalizə edilir.

Beləliklə, təklif olunan və mühüm təşkilat prinsiplərinə əsaslanan müayinə algoritmi rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara ehtiyacı olan kolostomalı xəstələrin mərhələli müayinə prosesini (poliklinika, rayon xəstəxanası və s.) yaxşılaşdırmaqla, xəstələrin ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji şöbələrə əsaslandırılmamış hospitalizasiyasının qarşısını almaqla, xəstələrin təkrari əməliyyatlara hazırlıq dövrünü və tam reabilitasiya müddətini qısaltmağa imkan verir (V.V.Ənovoy i soavt., 2002).

Müşahidəmiz altında yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv rezeksiyası əməliyyatını keçirmiş 106 xəstə olmuşdur. Kolostomanın formalaşdırılmasından keçən müxtəlif müddət ərzində aparılan müayinələr nəticəsində bərpaedici əməliyyatın icra edilməsi 77 xəstədə mümkün olmuşdur. Xəstələrin yaşı 30-72 arasında dəyişmişdir. Qadınlar 45, kişilər 32 nəfər olmuşdur. 29 xəstənin vəziyyəti xərçəngin metastazları və residivi, eləcə də yüksək əməliyyat riski ilə əlaqədar olaraq bərpaedici əməliyyatların icra olunmasına imkan verməmişdir. Xəstələrin əksəriyyətinin (57-74%) əmək qabiliyyəti saxlanılmışdır. 20 (26%) xəstənin yaşı 60-dan yuxarı olmuşdur.

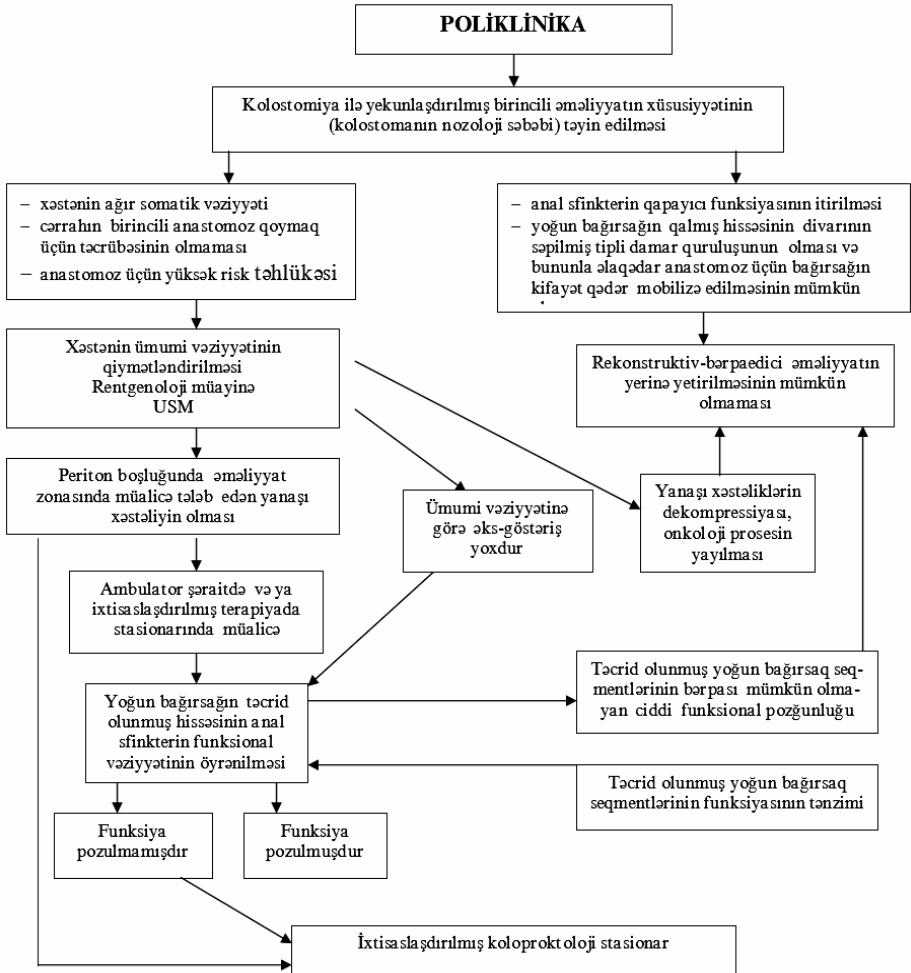
Bərpaedici əməliyyatlar planlaşdırılarkən aşağıdakı şərtlər mütləq nəzərə alınmalıdır:

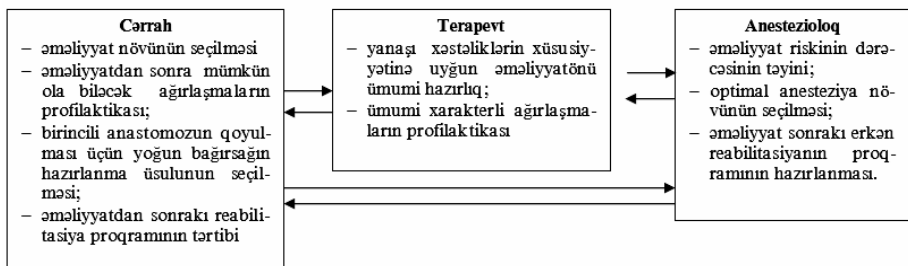
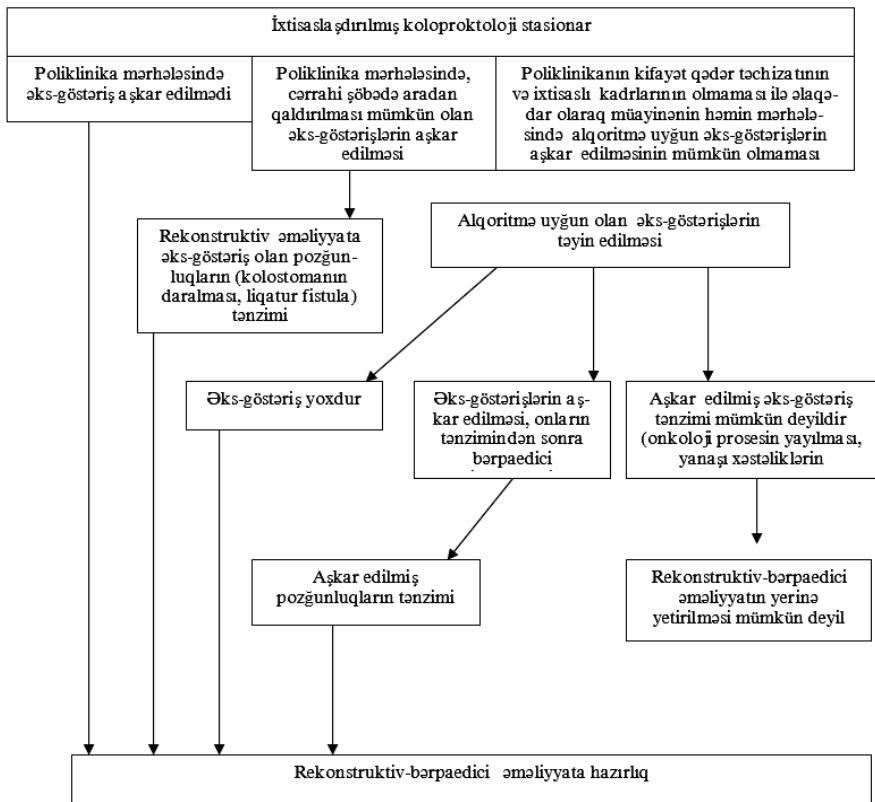
- birinci əməliyyatın onkoloji radikallığı;
- xəstələrin seçilməsi;
- bərpaedici əməliyyatın növü və mürəkkəblik dərəcəsi;
- bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatın icra edilməsinin optimal müddəti.
- Somatik xəstəliklər və onların kompensasiya dərəcəsi

Bərpaedici əməliyyatlardan əvvəl bütün xəstələrə ümumi klinik müayinələr, düz bağırsağın və kolostomanın digital müayinəsi, kolostoma zonasının sitoloji və histoloji müayinəsi, mədə-bağırsaq traktının rentgenoloji, endoskopik müayinələri, xərçəng metastazlarının və residivləşlərinin olub-olmamasını təyin etmək məqsədi ilə kolonoskopiya (yoğun bağırsağın həm fəaliyyət göstərən seqmentlərinin, həm də təcrid olunmuş hissələrinin endoskopik müayinəsi), qarın boşluğunun və kiçik çanağın USM, KT və lazım gəldikdə maqnit-rezonans tomoqrafiyası aparılmış, eləcə də düz bağırsağın qapayıcı aparatının (sfinkterin) funksional vəziyyəti yoxlanılmışdır. Bəzi müəlliflər aşkar edilmiş metastazların və loko-regionar residivlərin bərpaedici əməliyyatlara əks-göstəriş olmamasını iddia edirlər (V.İ.Kniş i soavt., 1997). Həmin müəlliflər, bu taktikanın həmin xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına yönəldilməsi ilə əsaslandırırlar. Kolostomalı xəstələrə birinci əməliyyatdan sonrakı ilk 3 il ərzində dinamiki olaraq rektoromanoskopiya, irriqoskopiya və kolonoskopiya müayinələri aparılmalıdır. Bərpaedici əməliyyata hazırlıq zamanı yoğun bağırsağın həzm traktından təcrid olunmuş seqmentinin diametrinin, selikli qişasının büküşlərinin vəziyyəti (ödem, kontaklı qanaxma) vizual olaraq qiymətləndirilməlidir.

Sxem. Yoğun bağırsağın rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatın yerinə yetirilməsinin mümkünlüyünün təyin olunma algoritmi

(V.V.Ənovoy i soavt., 2002)





Beləliklə, yoğun bağırsağın fəaliyyət göstərən və təcrid olunmuş hissələrinin anatomik-funksional vəziyyətinin öyrənilməsi bərpaedici əməliyyatlara hazırlığın əsas meyarlarıdır. Bununla bərabər, hazırlıq prosesində əsas xəstəliyin (yoğun bağırsağın xərçəngi) və onun ağırlaşmasının (bağırsaq keçməməzliyi) homeostaz sistemində törətdiyi metabolik pozğunluqların, o cümlədən anemiyanın, disproteinemiyanın, elektrolit disbalansının adekvat tənzimi əməliyyatönu hazırlıq tədbirləri kompleksinin əsasını təşkil edir. Yoğun bağırsağın fəaliyyət göstərən və təcrid olunmuş hissələrinin mexaniki təmizlənməsi bərpaedici əməliyyatların ən mühüm tərkib hissəsidir. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması üsulları kitabın əvvəlki fəsilərində təfəsilatı ilə işıqlandırılmışdır. Yoğun bağırsağın mexaniki təmizlənməsi ortoqrad və retroqrad (kolostomadan) bağırsaq lavajı üsulları ilə həyata keçirilir. Yoğun bağırsağın distal (təcrid olunmuş) hissələrinin mexaniki hazırlanması hidromassaj üsulu ilə yerinə yetirilir. Bağırsağın həzm prosesindən uzun müddət təcrid olunması ilə əlaqədar olaraq inkişaf etmiş atrofik dəyişiklikləri bərpa etmək üçün düz bağırsağın antiseptik məhlullarla hidromassajı mühüm praktik əhəmiyyətə malikdir. Bu tədbir bərpaedici əməliyyatdan əvvəl 10-12 gün müddətində (gündə 2 dəfə) yerinə yetirilməlidir. Yoğun bağırsağın distal hissələrinin hidromassajı, onun tonusunu və motor aktivliyini artırır və beləliklə də həmin seqmenti anastomoza funksional yararlı vəziyyətə salır. Əməliyyatönu hazırlıq kompleksində profilaktik məqsədlə antibiotiklərin təyini məqsəduyğundur. 51 xəstədə ürək-damar, tənəffüs və mübadilə sistemlərinin xəstəlikləri (hipertoniya xəstəliyi II-III dərəcə, aortanın ateroskleroza, aterosklerotik kardioskleroz, ÜİX, pnevmoskleroz, ağciyərlərin emfizeması, şəkərli diabet, müxtəlif dərəcəli piylənmə) aşkar edilmişdir.

Birlüləli kolostomalı 5 xəstədə parakolostomik yırtıq, 2 xəstədə kolostomanın çapıq daralması qeyd olunmuşdur. Yoğun bağırsağın distal seqmentlərində minimal dərəcədə iltihabi dəyişikliklər 48 xəstədə, zəif (mülayim) dərəcədə iltihabi dəyişikliklər 19 xəstədə, kəskin dərəcəli iltihabi dəyişikliklər 10 xəstədə aşkar edilmişdir.

Beləliklə, təcrid olunmuş yoğun bağırsaq seqmentində iltihab prosesinin kəskinlik dərəcəsi birinci əməliyyatın gedişindən asılıdır. Eləcə də, bərpaedici əməliyyat üsulu birinci əməliyyatın xarakterindən və kolostomanın növündən asılı olaraq seçilir.

Bərpaedici əməliyyatların müddəti radikal əməliyyatlardan sonra keçən vaxtdan, keçirilmiş əməliyyatın həcmindən, əməliyyatdan sonrakı döv-

rün gedişindən, xəstənin yaşından və vəziyyətindən, kolostomanın növündən asılı olaraq təyin edilmişdir.

Bərpaedici əməliyyatlar 77 xəstənin 8-də birinci əməliyyatdan – 6 ay, 16-da – 9 ay, 37-də – 12 ay, 16-da isə 1 ildən çox keçdikdən sonra icra edilmişdir (cədvəl 31).

Bərpaedici əməliyyatların icraedilmə müddətindən və kolostomanın növündən asılı olaraq xəstələrin təhlili

Cədvəl 31

RADİKAL ƏMƏLİYYATLARDAN SONRA BƏRPAEDİCİ ƏMƏLİYYATLARIN MÜDDƏTİ	KOLOSTOMANIN NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ BƏRPAEDİCİ ƏMƏLİYYATLARIN SAYI	
	Birlüləli kolostoma	İkilüləli kolostoma
6 aya qədər	7	1
9 aya qədər	14	2
12 aya qədər	36	1
1 ilə qədər	15	1
Cəmi	72	5

Bütün xəstələrdə yoğun bağırsağın sol yarısının obstruktiv xərçəngi aşkar edilmişdir. 77 xəstənin 72-də yoğun bağırsağın Hartman üsulu ilə rezeksiyası (o cümlədən soltərəfli hemikolektomiya 1 xəstədə), 5 xəstədə isə Mikuliç əməliyyatı icra edilmişdir. Yoğun bağırsağın Mikuliç üsulu ilə rezeksiyası zamanı ikilüləli transverzostoma – 2, ikilüləli siqmostoma – 3 xəstədə formalaşdırılmışdır. 31-ci cədvəldən göründüyü kimi, xəstələrin 48%-i (37 nəfər) birinci əməliyyatdan 9-12 ay sonra bərpaedici əməliyyatlara məruz qalmışlar.

Yoğun bağırsağın birincili rezeksiyası bağırsaq keçməməzliyinin kompensasiya və ya subkompensasiya formaları zamanı planlı qaydada icra olunduğu təqdirdə və əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçdikdə cərrahi reabilitasiya məqsədilə bərpaedici əməliyyatların 6-9 ay müddətində yerinə yetirilməsi məqsədəuyğundur. Bu müddət ərzində bir tərəfdən xəstənin kompensator-uyğunlaşma imkanları bərpa olunur, digər tərəfdən, bədxassəli prosesin metastazları və ya yerli residivləri təyin edilə bilər. Bu isə təkrari əməliyyat taktikasına təsir edən mühüm amil kimi qiymətləndirilir. Hərçənd bəzi müəlliflərin fikrincə bu göstərici xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması baxımından heç də vacib deyil, yəni

metastazların olması bərpəedici əməliyyata heç də mütləq əks göstəriş deyil (V.L.Çerkes, V.İ.Knış, 1997).

Hartman əməliyyatı təxirəsalınmaz göstərişlərlə icra olunduqda və əməliyyatdan sonrakı dövr peritonitlə ağırlaşdıqda, bərpəedici əməliyyatın optimal müddəti 9-12 ay hesab olunur. Belə ki, bu müddət ərzində keçirilmiş əməliyyat və onun ağırlaşması (peritonit) ilə əlaqədar periton boşluğunda inkişaf etmiş iltihab prosesi «sönür» və xəstənin somatik statusu nisbətən yaxşılaşır. İkilüləli kolostomalı xəstələrdə bərpəedici əməliyyatların 4-6 ay ərzində icra olunması daha məqsədəuyğundur. Mikuliç əməliyyatından sonra cərrahi reabilitasiya müddətinin qısaltılmasının mümkün olması ikilüləli kolostomanın ləğv edilməsinin Hartman tipli birlüləli süni anusun ləğvindən texniki cəhətdən nisbətən asan və aztravmatik olması ilə izah olunur. Digər tərəfdən, ikilüləli süni anus qoyulmuş xəstələrdə yoğun bağırsağın həm gətirici, həm də aparıcı ilgəkləri yaxşı drenə olunduğundan, təcrid olunmuş seqmentdə iltihabi və distrofik dəyişikliklər az inkişaf edir.

Yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası məqsədilə icra olunan koloplastika aspektlərindən biri əməliyyatın texniki icrasının təşkil olunmasıdır. Hazırda ixtisaslaşdırılmış koloproktologiya şöbələrində bu əməliyyatlar ikibriqadalı üsulla yerinə yetirilir. Bu üsul əsasən düz bağırsağın ekstirpasiyası və periton-anal rezeksiyası zamanı tətbiq olunur. İkibriqadalı üsulla əməliyyat zamanı həm periton boşluğu, həm də aralıq tərəfdən əməliyyatın gedişinə və texniki icrasına sinxron nəzarət olur. Digər tərəfdən, bu zaman əməliyyatın icrası sürətlənir, hemostaz asanlaşır və yoğun bağırsağın endirilən seqmentlərinə nəzarət etmək mümkün olur. İkibriqadalı üsulla əməliyyat zamanı mobilizə olunmuş düz bağırsaq birmomentli xaric olunduğundan, periton boşluğunun və kiçik çanaq boşluğunun infeksiyalaşma təhlükəsi azalmış olur.

Koloplastik əməliyyatlar zamanı reabilitasiya proqramı müəyyən alqoritm əsasında yerinə yetirilir. Bərpəedici əməliyyatın həcmindən, yoğun bağırsağın proksimal hissələrinin yerinin dəyişdirilməsindən və eləcə də bağırsağın fəaliyyət göstərən və təcrid olunmuş seqmentləri arasındakı diastazın (defektin) dərəcəsindən asılı olaraq, koloplastikanın 3 mürəkkəblik dərəcəsi ayırd edilir.

Koloplastikanın I dərəcəsi zamanı yoğun bağırsağın dalaq ayrılıyı «düzəldilir» və əməliyyat dessendorektal və ya dessendoanal anastomozla yekunlaşdırılır. II dərəcəli koloplastika soltərəfli hemikolektomiyadan sonra yerinə yetirilir. Bu zaman transverzorektal və ya transverzoanal

anastomoz formalaşdırılır. III dərəcəli koloplastika yoğun bağırsağın geniş rezeksiyalarından sonra icra olunur. Bu zaman koloplastik rekonstruksiya assendorektal və ya assendoanal anastomozla yekunlaşdırılır.

Yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası zamanı hansı bağırsaq seqmentindən istifadə olunmasından asılı olaraq iki üsul tətbiq olunur. Qalça bağırsaq seqmentindən istifadə edilməklə rekonstruktiv əməliyyat (ileokoloplastika) və yoğun bağırsaq seqmentindən istifadə edilməklə aparılan bərpaedici əməliyyat (kolokoloplastika). Eyni adlı (yoğun bağırsaq) seqmentlərdən istifadə edilməklə anastomozun qoyulması daha fizioloji və aztravmatik olduğundan kolokoloplastika daha optimal əməliyyat variantı hesab edilir. Yoğun bağırsağın anatomik və fizioloji xüsusiyyətləri və onun damar şəbəkəsinin quruluşu və kompensator imkanları əksər hallarda koloplastik əməliyyatların icrasına imkan verir (O.P.Amelina i soavt., 1989; Q.İ.Vorobğev i soavt., 1991; V.D.Fedorov i soavt., 1994).

Əksər müəlliflər yoğun bağırsağın Hartman üsulu ilə rezeksiyasından sonra birlüləli kolostomanın ləğv edilməsi ilə yerinə yetirilən bərpaedici əməliyyatların texniki cəhətdən daha mürəkkəb olmasını iddia edirlər. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, bizim klinik müşahidələrimizdə Hartman əməliyyatından sonra koloplastika 72 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Yoğun bağırsağın obstruktiv rezeksiyasından sonra kolostomalı xəstələrə rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların icra edilməsi zamanı, müdaxilənin ardıcıl mərhələlərlə yerinə yetirilməsi mühüm şərtlərdən biridir. Koloplastik əməliyyat aşağıdakı ardıcılıqla icra olunur:

1. Kolostomanın tikilməsi;
2. Laparotomiya;
3. Təcrid olunmuş yoğun bağırsaq seqmentinin mobilizasiyası və anastomoz formalaşdırmağa hazırlanması;
4. Yoğun bağırsağın proksimal (fəaliyyət göstərən) seqmentlərinin toblizasiyası və anastomoz formalaşdırmaq üçün hazırlanması;
5. Rekonstruktiv yoğun bağırsaq anastomozunun qoyulması;
6. Laparotomiya yarasının və kolostoma yerinin yarasının tikilməsi.

Biz öz təcrübəmizdə kolostomaların ləğvi və yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası zamanı kolo(kolo)plastika üsulu tətbiq edirik. 58 xəstədə yoğun bağırsağın distal güdülünün 15 sm və daha uzun olması və çanaq peritonundan yuxarıda yerləşməsi kolokolo – (20) və kolorektal (38) anastomozların formalaşdırılmasına imkan vermişdir. Bu zaman siqmosiqmoid anastomoz – 19, siqmorektal anastomoz – 28 xəstədə, transverzosiq-

moanastomoz – 2, dessendorektal anastomoz – 17 xəstədə formalaşdırılmışdır. 44 yaşlı xəstə qadına yoğun bağırsağın dalaq ayrılıyının obstruktiv xərçəngi ilə əlaqədar Hartman əməliyyatı tipli soltərəfli hemikolektomiya icra edildikdən 6 ay sonra yoğun bağırsağın fasiləsizliyini bərpa etmək məqsədi ilə təkrari əməliyyat zamanı köndələn çənbər bağırsaq müsariqəsinin kolostomaya yaxın hissəsində şiş düyünü aşkar edilmişdir. Şiş prosesinin yayılması (metastaz) təyin olunmuşdur. Xəstəyə sağtərəfli hemikolektomiya icra edilərək, bağırsaq borusunun fasiləsizliyi «uc-yan» ileosiqmoanastomozun qoyulması ilə təmin edilmişdir. Beləliklə, klinik müşahidələrimiz içərisində 1 xəstədə bərpapedici-rekonstruktiv əməliyyat yoğun bağırsağın mərhələli (ikimomentli) subtotal rezeksiyasından sonra yerinə yetirilmişdir. Bərpapedici-rekonstruktiv əməliyyatlar zamanı anastomoz «uc-uca» – 43 xəstədə, «uc-yana» – 18, «yan-yana» – 6 xəstədə qoyulmuşdur. 59 xəstədə bağırsaq anastomozu əl ilə iki sıralı tikişlərlə formalaşdırılmışdır. 8 xəstədə yoğun bağırsağın təcrid olunmuş seqmentinin (distal güdülün) uzunluğu 10-15 sm olduğundan, kolorektal anastomozun əl ilə formalaşdırılmasının mümkün olmaması ilə əlaqədar olaraq, anastomoz AKA-2 tipli kompression aparat vasitəsi ilə qoyulmuşdur.

Bərpapedici əməliyyatlar zamanı 7 xəstədə anastomoz ekstraperitonizə edilmiş və peritonarxası sahə presakral zonadan drenə edilmişdir. 47 xəstədə anal sfinkter divulsiya, 13 xəstədə anastomoz zonasından keçməklə yoğun bağırsağın transanal intibasiyası və dekompressiyası yerinə yetirilmişdir. Anastomozun növündən asılı olaraq rekonstruktiv-bərpapedici əməliyyatların xarakteristikası 32-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Rekonstruktiv-bərpapedici əməliyyatları icra edərkən ən mürəkkəb vəziyyət yoğun bağırsağın distal güdülünün çox qısa (6-10 sm) olması və onun çanaq peritonu altında yerləşməsi zamanı kolorektal anastomozun qoyulmasının texniki çətinliyi ilə əlaqədar meydana çıxır. Belə hallarda anastomozun əl ilə və ya aparatla qoyulması qeyri-mümkün olur. Əksər cərrahlar (G.P.Rudin, 1985; Q.İ.Vorobğev i soavt., 1985; V.D.Fedorov i soavt., 1985; A.A.Şalimov i soavt., 1986) bu qrup xəstələrə yoğun bağırsağın proksimal hissələrini mobilizə edərək anal kanala endirilməsi üsulu ilə bağırsağın fasiləsizliyini bərpa edirlər. Tikiş qoyulmadan bağırsağın təbii passajını (fasiləsizliyini) təmin edən bu əməliyyatlara Düamel, Soave, Svinson və onların müxtəlif modifikasiyaları aiddir. Biz öz təcrübəmizdə 10 belə xəstə müşahidə etmişik.

**Bağırsaq anastomozunun növündən asılı olaraq
rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların xarakteristikası**

Cədvəl 32

ANASTOMOZUN NÖVÜ	XƏSTƏLƏRİN SAYI	
	Mütləq	%-lə
Kolo-koloanastomoz	20	25,9
Kolo-rektal anastomoz (əl ilə)	38	49,3
Kompression anastomoz (AKA-2)	8	10,4
Düamel əməliyyatı tipli kolorektal anastomoz	3	4
Yoğun bağırsağın proksimal hissələrinin düz bağırsağın güdülündən endirilməsi (Soave əməliyyatı)	6	7,8
Düz bağırsağın periton-anal rezeksiyası və yoğun bağırsağın anal kanala endirilməsi	1	1,3
İleokoloplastika	1	1,3
Cəmi	77	100

Beləliklə, klinik təcrübəmizə və ədəbiyyat məlumatlarına əsaslanaraq qeyd etmək lazımdır ki, rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatların növü konkret kliniki şəraitdən, o cümlədən keçirilmiş birinci əməliyyatın həcmindən, yoğun bağırsağın fəaliyyət göstərən və təcrid olunmuş hissələri arasındakı defektin (diastazın) dərəcəsiindən, distal güdülün uzunluğundan asılıdır və heç də həmişə standart ola bilməz. Bu vəziyyət əsas xəstəliyin xüsusiyyətiindən (xərçəngin residivi və ya metastazları) və onunla əlaqədar keçirilmiş birinci əməliyyatın nəticəsiindən çox asılıdır.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, birlüləli kolostomalı 10 xəstədə yoğun bağırsağın distal güdülünün uzunluğu 6-10 sm olmuşdur. Bu xəstələrin 6-da düz bağırsağın güdülünün çox qısa (6 sm) olması ilə və kiçik çanaq boşluğunda geniş çaplıq prosesi və birləşmələrlə əlaqədar olaraq, çənbər bağırsağın mobilizə olunmuş hissələri düz bağırsaq güdülündən anal kanala endirilmişdir (Soave əməliyyatı). 1 xəstədə düz bağırsağın periton-anal rezeksiyası icra edilərək, çənbər bağırsaq anal kanala endirilmişdir. Qalan 3 xəstədə düz bağırsağın güdülü 10 sm-ə qədər olmuş və həmin xəstələrə Düamel əməliyyatı yerinə yetirilmişdir («uc-yana» kolo-rektal anastomoz).

Beləliklə, bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyat icra olunmuş 77 xəstənin 17-də koloplastika – I dərəcəli, 8-də – II dərəcəli, 1-də isə III dərəcəli mürəkkəblikdə olmuşdur. Qalan 51 xəstədə bərpaedici əməliyyatın növü koloplastikanın mürəkkəbliyinə uyğun olmamışdır.

Klinik təcrübəmizdə kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası məqsədi ilə bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların icrası üçün optimal müddəti 6 ay hesab edirik. Bu müddət ərzində bədxassəli prosesin yayılma dərəcəsi (metastazlar) və ya residivi dəqiqləşir, qarın boşluğunda keçirilmiş birinci əməliyyatla əlaqədar baş vermiş dəyişikliklər reqressiyaya uğrayır (xüsusilə birinci əməliyyatın peritonit fonunda yerinə yetirildiyi təqdirdə) və xəstələrin ümumi (somatik) statusu stabilləşir. Digər tərəfdən, bu müddət əməliyyatdan sonrakı dövrdə kimyəvi (adjuvant) müalicə kursunu həyata keçirməyə imkan verir (citoreduktiv terapiya).

Klinik təcrübədən müşahidə:

62 yaşlı xəstə (kişi) İ. 15.IX.2011-ci ildə saat 23⁰⁰ radələrində “kəskin bağırsaq keçməməzliyi” diaqnozu ilə klinikaya daxil olmuşdur. Şikayətləri: qarında sancıcıkeşikli, yayılmış ağrılar, qarının köpməsi, ürəkbulanma, qusma, nəcis və qazların xaric olmasının ləngiməsi, ağızda quruluq və ümumi zəiflik. Xəstələnmə müddəti – 3-4 gündür, həkimə müraciət etməmişdir. Əvvəllər qeyd olunan əlamətlər müşahidə edilməmişdir.

Obyektiv olaraq: Qarın kəskin köpdür, tənəffüs ekskursiyası məhduddur. Palpator olaraq bir qədər gərgindir və kəskin ağrılıdır (xüsusi ilə qarının sol yarısında). Perkutor olaraq kəskin timpanit təyin edilir, kütlük sahələri qeyd olunmur. Spasokukotski, Sklyarov simptomları müsbətdir. Peritonun qıcıqlanma əlamətləri yoxdur. Bağırsaqların peristaltik küyləri zəif eşidilir. Düz bağırsağın digital müayinəsi zamanı patoloji dəyişiklik aşkar edilmir. Priferik limfa vəziləri böyüməmişdir. Qarın boşluğunun icmal rentgenoloji müayinəsi zamanı bağırsaq ilgəklərinin kəskin pnevmatizasiyası fonunda çoxlu miqdarda maye səviyyələri (Kloyber kasacıqları) aşkar edilir. Transabdominal USM – periton boşluğunda az miqdarda maye təyin olunur, bağırsaq ilgəkləri kəskin dərəcədə genişlənmişdir. 10 saat ərzində aparılan konservativ tədbirlər effekt vermədiyinə görə xəstəyə təcili əməliyyat – laparotomiya icra edilmişdir. Periton boşluğunun təftişi zamanı ənənəvi çənbər bağırsağın mənfəzini tam obturasiya edən və endofit - infiltrativ inkişafa malik şiş aşkar edilmişdir. Məsariqə limfa düyünlərinin hiperplasiyası qeyd olunmuşdur. Qara ciyərdə metastaz aşkar edilməmişdir. Paraaortal limfa

düyünləri böyüməmişdir. ($T_4N_4M_0$). Sol tərəfli hemikolektomiya, Hartman əməliyyatı tipli birlüləli transverzostomiya. Periton boşluğunun sanasiyası və drenajı. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçmişdir. Əməliyyat yarası birincili sağalmışdır və xəstə kafi vəziyyətdə onkoloqun müşahidəsinə göndərilmişdir.

Histoloji müayinənin nəticəsi: yoğun bağırsağın orta dərəcəli differensə olunmuş adenokarsinoması. Xəstə 6 ay müddətində onkoloqun müşahidəsi altında olmuş və adyuvant kimyəvi müalicə kursu almışdır. 30.IV.2012-ci ildə xəstə kolostomanın ləğvi və yoğun bağırsağın fasiləsizliyinin bərpası məqsədilə klinikaya daxil olmuşdur. Aparılan klinik - laborator, instrumental (kolonoskopiya, USM, KT) və histoloji müayinələr nəticəsində bədxassəli prosesin residivi və metastazları aşkar edilməmişdir. Müvafiq hazırlıqdan sonra 5.V.2012-ci ildə xəstəyə təkrari əməliyyat-kolostomanın ləğvi, transverzosiqmoanastomozun formalaşdırılması (“uc-yana”) icra edilmişdir. Əməliyyat zamanı xərçəngin yayılması və residivi aşkar edilməmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstədə 7-10 gün müddətində davam edən mədə atoniyası (qastroparez) müşahidə edilmişdir. Klinik –laborator və instrumental (rentgenoloji, endoskopik, exoskopik) müayinələr əsasında yoğun bağırsaq anastomozunun tikişlərinin çatmamazlığı və ya stenozu aşkar edilməmişdir. Bu ağırlaşmanın həqiqi səbəbi tam aydın olmamışdır. (Əməliyyatdan sonrakı dövrdə adekvat həcmdə infuzion-transfuzion terapiya aparılmış, su-elektolit, zülal mübadiləsi tam tənzim olunmuşdur). Lakin böyük inamla atoniyanın, aparılan adyuvant müalicə nəticəsində, kimyəvi preparatların kumulyativ (toksik) təsiri ilə əlaqədar olması ehtimal olunmuşdur. Aparılan konservativ müalicə nəticəsində mədə - bağırsaq traktının parezi tam aradan qaldırılmışdır. Əməliyyat və kolostoma yaraları birincili sağalmışdır. 11.IV.2012- ildə xəstə kafi vəziyyətdə ambulator müalicəyə göndərilmişdir.

Qəribə də olsa, bəzən xəstə kolostomanın ləğvi məqsədi ilə bərpaedici- rekonstruktiv əməliyyatdan imtina edir (əməliyyatın ağırlığı, gözlənilən ciddi fəsadlar barədə məlumatı olmadan). Çoxillik təcrübəmizdə bir dəfə bu paradoksal təsadüflə rastlaşmışıq.

57 yaşlı xəstə (qadın) M. 29.III.2009-cu il saat 22⁰⁰ radələrində “kəskin qarın, yayılmış peritonit” diaqnozu ilə çox ağır vəziyyətdə klinikaya daxil olmuşdur. Xəstəlik anamnezi 3 aya yaxındır. Bu müddət ərzində xəstə naməlum etiologiyalı anemiya ilə əlaqədar terapevtin nəzarəti altında müalicə almışdır. Məqsədyönlü müayinə olunmamışdır. Son 3 – 4 gün ərzində xəstənin vəziyyəti kəskin pisləşmişdir: “abdominal

diskomfort“ fonunda qarında kəskin, yayılmış və daimi ağrı başlamış, hərərəti yüksəlmiş (38-39⁰), titrətmə, qusma, nəcis və qazların ləngiməsi, ümumi zəiflik qeyd olunmuşdur.

Obyektiv olaraq: Xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır. Dəri və selikli qişaları avazımlıdır (Hb - 6,8 q/l). Dili qurutəhəddir, ərplidir. Dehidratasiya əlamətləri qeyd olunur. Qarın köpdür, qarın divarının tənəffüs ekskursiyası çox zəifdir. Palpator olaraq qarın kəskin dərəcədə gərgindir, ağrılıdır. Palpator ağırlıq yayılmış xarakter daşıyır. Perkutor olaraq–geniş sahədə (yan kanallar, hipoqastral nahiyyə) kütlük təyin edilir. Bağırsaqların peristaltik küyləri eşidilmir. Peritonun qıcıqlanma simptomları kəskin müsbətdir. Qara ciyər, dalaq, mədəaltı vəzi və böyrəklər əllənmir. Düz bağırsağın digital müayinəsi zamanı patologiya aşkar edilmir. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Qarın boşluğunun icmal rentgeno­loji müayinəsi zamanı bağırsaq ilgəklərinin kəskin genişlənməsi, pnevmatizasiyası və bir neçə maye səviyyəsi qeyd olunur. Abdominal USM zamanı bağırsaq ilgəklərinin genişlənməsi, ilgəklər arasında, yan kanallarda və kiçik çanaq boşluğunda maye təyin edilir. Aparılan müayinələr əsasında xəstədə “Haməlum etiologiyalı yayılmış peritonit, dinamik bağırsaq keçməməzliyi“ diaqnozu qoyulmuşdur. Əməliyyatö­nü hazırlıqdan sonra xəstəyə təcili əməliyyat- laparotomiya icra olunmuşdur. Periton boşluğunda təxminən 500-600 ml nəcisli-irinli möhtəviyyat aşkar edilmişdir. Təftiş zamanı yoğun bağırsağın rektosiqmoid hissəsinin perforativ şişi aşkar edilmişdir. Şişdən proksimal (suprastenotik) hissələrdə bağırsaq ilgəklərinin kəskin genişlənməsi, divarlarının infiltratlaşması, irinli ərplə örtülməsi müəyyən edilmişdir. Bağırsaq müşariqəsinin limfa düyünlərinin böyüməsi qeyd olunmuşdur. Qara ciyərdə, paraaortal limfa düyünlərində metastazlar aşkar edilməmişdir (T₄N₄M₀). S-vari bağırsağın obstruktiv rezeksiyası, birlüləli siqmostomiya (Hartman əməliyyatı) icra edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçmişdir. Əməliyyat yarası birincili sağalmışdır və xəstə kafi vəziyyətdə onkoloqun müşahidəsinə göndərilmişdir.

Histoloji müayinənin nəticəsi: yoğun bağırsağın aşağı dərəcəli differensə olunmuş adenokarsinoması. Xəstə onkoloqun nəzarəti altında adyuvant kimyəvi müalicə kursu almışdır. 24.II.2010 və 8.IX.2011- ci illərdə aparılan təkrarı klinik – laborator, histoloji, instrumental (kolonoskopiya, USM, KT) müayinələri əsasında bədxassəli prosesin residivi və ya metastazları aşkar edilməmişdir. Xəstənin bədən çəkisi 5 – 6 kq artmışdır. Hb -11,3 q/l, EÇS-17 mm/s. Xəstəyə parakolostomik yırtıq

(24.II.2010) və onun residivi (8.IX.2010) ilə əlaqədar allohernioplastika (defektin polipropilen torla plastikası) icra edilmiş və yeni (neo)kolostoma formalaşdırılmışdır. Xəstə kolostomanın ləğv edilməsi məqsədilə bərpaedici- rekonstruktiv əməliyyatdan imtina etmişdir.

Qeyd olunan klinik müşahidə göstərir ki, bütün digər şərtlər eyni olduğu təqdirdə, xəstələrin həyat keyfiyyətini xeyli pisləşdirən kolostomaya münasibəti heç də birmənalı deyildir.

Çoxillik təcrübəmiz göstərir ki, kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası məsələsini həll edərkən, əsas vəzifə bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyata göstərişləri düzgün əsaslandırmaqdır. Bu əməliyyatların geniş tətbiq edilməsinə çox ehtiyatla yanaşmaq lazımdır. Klinik təcrübəmizə və ədəbiyyat mənbələrinə əsaslanaraq qeyd edirik ki, yoğun bağırsağın Hartman əməliyyatı tipli obstruktiv rezeksiya keçirmiş xəstələrin süni anusdan xilas olunma arzusunun birmənalı olmasına baxmayaraq, bərpaedici koloplastik əməliyyatları heç də bütün xəstələrə icra etmək olmaz. Biz müşahidəmiz altında olan 105 xəstənin 28-nə bərpaedici əməliyyatların icra edilməsindən imtina etmişik. Bu zaman cərrahi reabilitasiya məqsədi ilə təkrari bərpaedici əməliyyatlardan imtina edilməsi həm mütləq əks-göstərişlərlə (xərçəngin uzaq metastazları, ürək-damar və tənəffüs sisteminin ciddi xəstəlikləri), həm də risk amilləri ilə əlaqədar nisbi əks-göstərişlərlə (qoca yaş və s.) əsaslandırılmışdır. Digər tərəfdən, kolostomalı xəstələrdə bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların texniki çətinliyi və mürəkkəbliyi nəzərə alınmaqla, həmin əməliyyatların ixtisaslaşmış koloproktoloji şöbələrdə kifayət qədər təcrübəsi olan cərrahlar tərəfindən icra edilməsi məqsədəuyğundur.

9.3. Koloplastik əməliyyatlardan sonra baş verən ağrılaşmalar və onların profilaktikası

Kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası məqsədi ilə icra edilən bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların nəticəsi birincili əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişinin xüsusiyyətindən, əsas xəstəlik (kolorektal xərçəng) və onun ağrılaşmaları (bağırsaq keçməməzliyi, yoğun bağırsağın perforasiyası, peritonit və s.) nəticəsində homeostaz sistemində baş vermiş metabolik pozğunluqların tənzimindən və eləcə də xəstələrin təkrari əməliyyatlara hazırlanmasının keyfiyyətindən, koloplastikanın növündən və onun yerinə yetirilməsinin texniki xüsusiyyətlərindən çox asılıdır. Koloplastik əməliyyatlardan sonra (77) müxtəlif ağrılaşmalar 45 (58,4%) xəstədə müşahidə edilmişdir: yoğun bağırsaq anastomozu tikişlərinin tutmamazlığı

– 14, peritonit – 4, anal kanala endirilmiş bağırsağın nekrozu – 2, pararektal sahənin absesi – 5, endirilmiş bağırsaqdan qanaxma – 1, anastomozun çapıqla daralması – 4, anastomozit – 3, əməliyyat yarasının irinləməsi – 12 xəstədə qeyd olunmuşdur. Bərpəedici-rekonstruktiv əməliyyatlardan sonra baş verən ağırlaşmalar 33-cü cədvəldə göstərilmişdir.

Yoğun bağırsaq anastomozunun tikişlərinin çatmamazlığının əsas səbəbi anastomozlaşdırılan bağırsaq seqmentlərinin mobilizasiyası zamanı qan dövrəninə pozulması və periton boşluğunun bağırsaq mikroflorası ilə infeksiyalaşmasıdır. Düəel əməliyyatı icra olunmuş 2 xəstədə anastomoz tikişlərinin çatmamazlığının səbəbi gətirici bağırsaq ilgəyinin qan dövrəninə pozulması olmuşdur. Bu isə endirilmiş bağırsağın nekrozu nəticəsində kiçik çanaq boşluğunun absesinə və peritonitə səbəb olmuşdur.

Yoğun bağırsağın endirilməsi zamanı mobilizə edilən seqmentlərin qan təchizatının adekvat olmasını təmin etmək çox vacibdir. Bu, endirilən bağırsağın nekrozunun qarşısının alınmasının əsas şərtidir. Mobilizasiya zamanı bağırsaq seqmentlərinin distal hissələrindən kiçik diametrli damarların kəsilməsi pulsasiyaedici qanaxma ilə müşahidə olunursa, bu, bağırsağın qan təchizatının adekvat olmasını göstərir, hərçənd hazırda bağırsaqların qan dövrəninə əməliyyatdaxili yoxlanılması üçün daha informativ müayinə üsullarından istifadə edilir (transillüminasion angioskopiya, USM).

Yoğun bağırsağın, düz bağırsağın qısa distal güdülündən endirilməsi zamanı (Düamel əməliyyatı) qan dövrəninə pozulması və nekrozun baş vermə təhlükəsi daha çox olur, çünki bu zaman bağırsaq daha uzun məsafədə mobilizə olunaraq, geniş çapıq prosesi mövcud olan dar kanaldan endirilir. Ona görə də bu təhlükəli ağırlaşmanın baş verməməsi üçün ən optimal əməliyyat variantı kimi, hətta düz bağırsağın güdülü qısa olduqda belə «uc-yana» anastomozun formalaşdırılmasına üstünlük vermək lazımdır. Bu onunla izah olunur ki, kolorektal xərçəng zamanı təcrid olunmuş yoğun bağırsaq ilgəyində iltihabi dəyişikliklər, Düamel əməliyyatı icra olunan qeyri-şiş xəstəliklərinə nisbətən çox nadir hallarda müşahidə olunur.

Kolorektal xərçəng zamanı təcrid olunmuş ilgəkdə iltihabi dəyişikliklər, birincili əməliyyatın kəskin bağırsaq keçməməzliyi və peritonit ilə əlaqədar icra olunduğu hallarda rast gəlinir. Ona görə də bərpəedici əməliyyat birincili əməliyyatdan sonra erkən dövrdə, təcrid olunmuş ilgəkdə iltihab prosesi hələ tam keçmədiyi zaman icra olunursa, rekonstruktiv anastomoz tikişlərinin çatmamazlıq təhlükəsi yüksək olur.

Digər tərəfdən, yoğun bağırsaq anastomozu tikişlərinin çatmamazlığı ilə əlaqədar baş verə biləcək təhlükənin qarşısını almaq üçün bəzi hallarda anastomozun ekstraperitonizasiyası və ya anastomozdan yuxarı dekompression kolostomiya icra etmək lazım gəlir. Yoğun bağırsaq anastomozu nisbətən yuxarıda yerləşdiyi hallarda, onu qarının sol yan kanalından peritonarxası sahəyə keçirmək və həmin sahəni əlavə kəsiklə drenə etmək olar. Kolorektal anastomoz qoyulduqda isə onu çanaq peritonu altında yerləşdirərək, presakral nəhiyəni drenə etmək məqsədəuyğundur.

Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlardan sonra baş verən ağırlaşmaların xarakteristikası

Cədvəl 33

AĞIRLAŞMALAR IN XARAKTERİ	ANASTOMOZUN NÖVÜNDƏN ASILI OLARAQ AĞIRLAŞMALARIN SAYI						XƏSTƏ LƏ-RİN ÜMU- Mİ SAYI
	Uc-uca kolo- koloanastomoz	Kolorektal anastomoz					
		Uc-uca	Uc-yana	AKA-2	Düaməl əməliyyatı	Yoğun bağırsağın endirlməsi	
Anastomoz tikişlə- rinin çatmamazlığı	6	5	2	1	–	–	14
Peritonit	1	1	–	–	2	–	4
Anal kanala endiril- miş yoğun bağır- sağın nekrozu	–	–	–	–	2	–	2
Pararektal sahənin absesi	–	1	–	–	4	–	5
Anal kanala endiril- miş bağırsaqdan qanaxma	–	–	–	–	–	1	1
Anastomozun çapıq daralması	–	2	–	1	–	1	4
Anastomozit	1	–	1	–	1	–	3
Yaraların irinləməsi	4	2	4	–	1	1	12
Cəmi	12	11	7	2	10	3	45

Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlardan sonra anastomozun çapıq prosesi nəticəsində daralması 4 xəstədə müşahidə olunmuşdur. Koloplastik əməliyyatlardan 1-1,5 il sonra 40 xəstənin özünü yaxşı hiss etməsi və əmək fəaliyyətinə başlaması qeydə alınmışdır. 4 xəstə xərçəngin uzaq metastazları və residivi nəticəsində ölmüşdür. Ahıl yaşlı 10 xəstənin ev şəraitində aktiv fəaliyyəti müşahidə olunmuşdur. 13 xəstənin sonrakı taleyini izləmək mümkün olmamışdır. Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlardan sonrakı yaxın dövrdə 10 xəstədə ölüm baş vermişdir (13,1%).

Ölümün səbəbləri: anastomoz tikişlərinin çatmamazlığı nəticəsində inkişaf edən peritonit (5), endirilmiş bağırsağın nekrozu (2), kəskin ürək-damar çatmamazlığı (2) və ağciyər arteriyasının tromboemboliyası (1) olmuşdur.

Beləliklə, yoğun bağırsağın obstruktiv rezeksiyalarından sonra müvəqqəti kolostomaların ləğvi məqsədi ilə icra olunan bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatlar yüksək travmatikliyi, texniki mürəkkəbliyi, əməliyyat zonasında inkişaf etmiş geniş çapıq prosesi ilə əlaqədar olaraq üzv və toxumaların identifikasiya olunmasının çətinliyi ilə səciyyələnilir. Bu əməliyyatlardan sonra irinli-septik ağırlaşmalar və ölüm faizi yüksək olur. Həmin əməliyyatlara göstərişlər kifayət qədər düzgün əsaslandırılmalı, konkret klinik şərait, xəstənin yaşı, risk amilləri, yanaşı xəstəlikləri, ümumi vəziyyəti, stasionarın texniki imkanı və cərrahın təcrübəsi nəzərə alınmalıdır. Rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlar xüsusi ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji şöbələrdə, ümumi cərrahi profilli stasionarlarda isə təcrübəli cərrahlar tərəfindən icra edilməlidir.

YEKUN

Kolorektal xərçəngin ağırlaşmalarının müalicəsi abdominal cərrahiyyənin və onkologiyanın çox mürəkkəb problemlərindən biridir. Blastomotoz prosesi xəstələrin 60-70%-də yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə ağırlaşaraq, patogenetik əsaslandırılmış müalicə taktikasının seçilməsini mürəkkəbləşdirir. Cərrahi müalicənin nəticələrinə təsir edən mürəkkəb amillər içərisində bədxassəli proseslə əlaqədar yoğun bağırsağın motor-evakuator funksiyasının pozulması mühüm rol oynayır.

Xüsusi ədəbiyyatda şiş etiologiyalı obturasion bağırsaq keçməməzliyinin müxtəlif aspektlərinə həsr edilmiş çoxsaylı elmi-tədqiqat işlərinin olmasına baxmayaraq, problemin müalicə strategiya və taktikasının, yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının və dekompressiyasının bəzi məsələləri hələ də mübahisəlidir. Operativ koloproktologiyada yeni texnologiyaların tətbiq olunması ilə əlaqədar olaraq cərrahi müalicə üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, bu qrup xəstələrdə letallığın və irinli-septik ağırlaşmaların yüksək olması, qeyd olunan problemin aktuallığını bir daha sübut edir.

Yoğun bağırsaq keçiriciliyinin pozulması, bağırsağın cərrahi əməliyyata hazırlanmasını xeyli çətinləşdirir. Bu zaman kolorektal cərrahiyyədə tətbiq olunan ənənəvi üsullar çox vaxt effektiv olmur, belə ki, yoğun bağırsağın əməliyyata keyfiyyətli hazırlanmasını heç də təmin etmir. Nəticədə obturasion bağırsaq keçməməzliyinin sub- və dekompensə olunmuş formaları ilə stasionara daxil olan xəstələrin 75%-nə ya birmomentli radikal əməliyyatların icra olunmasından imtina edilir, ya da bu əməliyyatlar anastomoz tikişlərinin çatmamazlığının profilaktikası məqsədilə preventiv dekompression kolostomiyanın yerinə yetirilməsi ilə yekunlaşdırılır.

Xəstələrin əksəriyyətində isə şiş rezektabel olduğu təqdirdə birincili-radikal əməliyyatların obstruktiv variantına üstünlük verilir. Bu əməliyyatlar hərçənd onkoloji radikalizm prinsiplərinə cavab verir, lakin idarəolunmaz kolostomanın olması ilə əlaqədar xəstələrin tibbi-sosial reabilitasiyasına ehtiyacı ilə bağlı problemlər yaradır. Obturasion bağırsaq keçməməzliyi zamanı yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması bədxassəli prosesin lokalizasiyasından, bağırsaq mənfəzinin obstruksiya dərəcəsindən çox asılıdır. Bu cəhətdən çənbər bağırsağın sol yarısı xüsusiyyət təşkil edir. Bu isə xərçəngin yoğun bağırsağın sol yarısında lokalizasiyasına çox rast gəlinməsi və bağırsağın həmin hissəsinin anatomo-fizioloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Monoqrafiyada yoğun

bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ənənəvi və müasir üsullarının effektivliyinin müqayisəli təhlili aparılmışdır.

Kitabda eləcə də KRX-in daha təhlükəli ağırlaşmaları yoğun bağırsağın şişlə zədələnmiş divarının suprastenotik seqmentlərinin (diastatik) perforasiyası aşkar edilmiş xəstələrin cərrahi müalicəsinin xüsusiyyətləri, terminal «yastı» kolostomiyanın yeni modifikasiyası və eləcə də yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili «qapalı» dekompressiyası və irriqasiyası üsulu və bu məqsədlə hazırlanmış irriqasion-aspirasion qurğunun tətbiqinin cərrahi müalicəsinin nəticələrinə təsiri şərh edilmişdir. KRX-in aktual aspektlərindən biri də kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası problemidir. Kolostomanın ləğvinə və yoğun bağırsağın fasiəlsizliyinin bərpasına yönəldilən rekonstruktiv əməliyyatlar texniki mürəkkəbliyi, yüksək travmatikliyi və ciddi ağırlaşmalarla səciyyələnir. Tətbiq olunan yeni aspirasion-irriqasion sistem (qurğu) kolostomalı xəstələrin radikal əməliyyatlara və eləcə də rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatlara hazırlanmasına imkan verir.

Yoğun bağırsaq üzərində aparılan əməliyyatlar zamanı irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikası bu qrup xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş mühüm tədbirlərdən biridir. Bu tədbirlər sistemi irinli-septik ağırlaşmaları 29,4%-dən 19,5%-ə endirməyə imkan vermişdir. Əməliyyatdan sonrakı letallıq isə 25,7% təşkil etmişdir.

Beləliklə, çənbər bağırsağın obturasion keçməməzliliklə ağırlaşmış xərcənginin cərrahi müalicəsinin nəticələri əməliyyatönu hazırlığın keyfiyyətindən, yoğun bağırsağın əməliyyatdaxili dekompressiyasının səmərəliliyindən və onun texniki təminatının optimallaşdırılmasından və kolostomiya üsulunun təkmilləşdirilməsindən bilavasitə asılıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Əliyev S.A., İbişov K.H. Kolorektal xərcəngin ağırlaşmalarının gerontoloji aspektləri və cərrahi müalicəsinin prinsipləri: VI International Euroasian and Azerbaijanian congress of gastroenterologists and surgeons Abstracts. Baku, 2003, P. 153-154.
2. Abbasov A.A., Aliev Ş.X., Aqabeyli Z.A. K voprosu leçeniə kişəçnoy neproxodimosti, vızvannoy rakom tolstoy kişki / Tezisi dokladov nauçnoy konferenüii, posvəhennoy 100-letio so dnə rojdeniə akad. M.A.Topçibaşeva. Baku, 1995, S.68.
3. Abdulaev M.A., Topuzov G.G., Üikoridze M.Ö. i soavt. Rak obodornoy kişki, oslojnenniy perforaüiey // Materialı VI mejdunarodnoy konferenüii «Rossiyskaə škola kolorektalğnoy xirurqii», Moskva, 5-6 aprelə 2012, s. 109.
4. Abdullaev X.R., Petrov V.P., Kitaev A.V. i soavt. Sravnitelğnaə oüenka kaçestva podqotovki tolstoy kişki k issledovaniəm i operativnum vmeşatelğstvam // Problemi koloproktologii, M., 2006, vıp. 19, S. 551-557.
5. Abeuov M.E., Turqunov E.M., Üxay B.V. i soavt. Leğebno-diaqnostiçeskaə taktika pri oslojneniəx kolostomii / I scezd koloproktoloqov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 333-334.
6. Aqaev B.A., Kuliev B.Q., Şukörov M.A. Xirurqiçeskaə taktika pri rake tolstoy kişki, oslojnivşeyseə neproxodimostğö kişəçnika // Azmedjurnal, 1984, № 7, S. 30-34.
7. Ajavi A.M., Slesarenko S.S. Assistirovannie vmeşatelğstva v leçenii bolğnix s ostroy tolstokişəçnoy neproxodimostğö opuxolevoqo geneza // Mejdunarodniy xirurqiçeskiy konqress «Novie texnologii v xirurqii» Trudi konqressa. Rostov-na Donu, 2005, 339 s.
8. Akimov V.P., Borisov A.E., Raspereza D.V., Tondze V.V. Perviy opıt stentirovaniə tolstoy kişki pri opuxolevoy neproxodimosti / I scezd koloproktoloqov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 362-363.
9. Akselğ E.M., Barmina N.M. Kolorektalğniy rak (zabolevaemostğ, smertnostğ, soüialğno-gkonomiçeskiy uherb) // Ros. onkoloqiçeskiy jurnal. 1999, № 6, S. 40-46.

10. Aleksandrov N.N., Litkin M.İ., Petrov V.P. i soavt. Neotlojnaə xirurgiə pri rake tolstoy kiški. Minsk, Belarusğ, 1980, 303 s.
11. Aleksandrov V.B., Qolubeva M.Ö. Reabilitaüiə paüientov s kişeqnoy stomoy v Moskve // Aktualğnie problemı koloproktoloqii. Nauqnaə konferenüiə s mejdunarodnim uqastiem, posvəhennaə 40-letiö QNÜ koloproktoloqii. Moskva, 2005, S. 409-410.
12. Aliev S.A. Xirurgiqeskaə taktika pri obturaüionnoy neproxodimosti tolstoy kiški opuxolevoqo qeneza // Kliniqeskaə xirurgiə, 1989, № 5, S. 61-62.
13. Aliev S.A. Xirurgiqeskaə taktika pri rake obodoqnoy kiški, osloj-nennom obturaüionnoy neproxodimostğö u bolğnix qruppi visokoqo riska. Metodiqeskie rekomendaüiii. Baku, 1996, 20 s.
14. Aliev S.A. Faktori riska v xirurgiqeskom leqenii obturaüionnoy neproxodimosti obodoqnoy kiški opuxolevoqo qeneza // Azmedjurnal, 1997, № 1, S. 32-36.
15. Aliev S.A., Aşrafov A.A. Xirurgiqeskaə taktika pri obturaüionnoy opuxolevoy neproxodimosti obodoqnoy kiški u bolğnix s povişennım operaüionnım riskom // Vestn. xirurgii, 1997, № 1, S. 46-49.
16. Aliev S.A., Sultanov Q.A., Knış V.İ. Xirurgiqeskaə taktika pri rake obodoqnoy kiški, oslojnennom obturaüionnoy neproxodimostğö u bolğnix s povişennım operaüionnım riskom // I Konqress qastrognteroloqov Evrazii, Baku, 1997, S. 60.
17. Aliev S.A. Vıbor metoda zaverşeniə radikalğnoqo operativnoqo vmeşatelğstva po povodu obturaüionnoy neproxodimosti levoy polovini obodoqnoy kiški opuxolevoqo qeneza // Kliniqeskaə xirurgiə, 1998, № 5, S. 15-16.
18. Aliev S.A. Xirurgiqeskaə taktika pri rake obodoqnoy kiški, osloj-nennom obturaüionnoy neproxodimostğö, u bolğnix pojiloqo i star-qeskoqo vozrasta // Ros. onkoloqieskiy jurnal. 1998, № 6, S. 23-28.
19. Aliev S.A. Puti uluqşeniə rezulğtatov xirurgiqeskoqo leqeniə obturaüionnoy neproxodimosti obodoqnoy kiški opuxolevoqo qeneza // Vestn. xirurgii, 1998, № 6, S.34-39.
20. Aliev S.A. Alğternativnie podxodı k xirurgiqeskomu leqeniö osloj-nennıx form raka obodoqnoy kiški // Xirurgiə, 1998, №8, S. 58-67.

21. Aliev S.A. Vıbor metoda operativnoqo vmeşatelğstva pri opuxolevoy obturaüionnoy neproxodimosti obodoçnoy kişki u bolğnıx razliçnıx vozzrastnıx grupp // Problemlı koloproktologii, M., 1998, vıp. 16, S.132-138.
22. Aliev V.M., Salıxov Ə.S., Aliev A.İ., Allaxverdiev A.Q. Opıt leçeniä ostroy obturaüionnoy kişeçnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeneza / Materialı itoqovoy nauçnoy konferenüii Azerbaydjanskoqo mediüin-skoqo universiteta im. N.Narimanova, Baku, 1998, S. 127-128.
23. Aliev S.A. Xırurqıeskaə taktika pri perforativnıx opuxoləx i dias-tatiçeskıx razrıvax obodoçnoy kişki // Xırurqiə, 1999, № 12. S. 37-42.
24. Aliev S.A. Puti uluçşeniä rezulğtatov xırurqıeskoqo leçeniä obtu-raüionnoy neproxodimosti obodoçnoy kişki opuxolevoqo qeneza: Dis.... d-ra med. nauk, Baku, 1999, 390 s.
25. Aliev S.A. Xırurqiə raka obodoçnoy kişki, oslojnennoqo nepro-xodimostğö (diagnostika i xırurqıeskaə taktika). Baku, Glm, 1999, 302 s.
26. Aliev S.A. Priçını posleoperaüionnoy letalğnosti pri stenoziruöhem rake obodoçnoy kişki, oslojnennom neproxodimostğö // Materialı XII svezda xırurqov Zakavkazskıx qosudarstv, Tbilisi, 1999, tom I, S. 56-57.
27. Aliev S.A. Xırurqıeskaə taktika pri oslojnennom rake siqmovidnoy kişki // Xırurqiə, 1999, № 11, S.26-30.
28. Aliev S.A. Taktika xırurqıeskoqo leçeniä posleoperaüionnıx osloj-neniy u bolğnıx obturaüionnoy neproxodimostğö obodoçnoy kişki opuxolevoy gtiologii // Vestn. xırurqii, 1999, № 3, S. 66-67.
29. Aliev S.A. Obturaüionnaə neproxodimostğö obodoçnoy kişki kak prob-lema qeriatrıçeskoy xırurqii // IX Vserossiyskiy svezd xırurqov, Volqoqrad, 2000, S. 138-139.
30. Aliev S.A. Qnoyno-septiçeskie oslojneniä pri stenoziruöhem rake obodoçnoy kişki, oslojnennom neproxodimostğö // Materialı III konqressa Assoüiäüii xırurqov, Moskva, 2001, S. 128.
31. Aliev S.A. Perviçno-radikalğnie operativnie vmeşatelğstva pri ostroy neproxodimosti obodoçnoy kişki opuxolevoqo qeneza u bolğnıx pojıloqo i starçeskoqo vozzrasta // Xırurqiə, 2001, № 8, S. 44-50.

32. Aliev S.A. Spornie i neresennie voprosi xirurgičeskoj taktiki pri perforačii tolstoy kiški // Vestn. xirurgii, 2001, № 4, S. 44-49.
33. Aliev S.A. Vnutribrošnie qnoyno-vospalitel'nie oslojneniä v xirurgii kolorektal'noqo raka, oslojnennoqo neproxodimost'gi i perforačii obodočnoy kiški // Problemy koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 294-300.
34. Aliev S.A. İntraoperatiionnā «zakrıtaä» dekompressiä i vnutriprosvetny lavaj tolstoy kiški pri ostroy opuxolevoy obturačionnoy neproxodimosti // Problemy koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 300-305.
35. Aliev S.A. Optimizačiiä antibakterial'noy terapii v kompleksnom lečenii bol'nyx s vnutribrošnymi qnoyno-septičeskimi oslojneniämi kolorektal'noqo raka // Materialy XX sčezda xirurgov Ukrainy, Ternopol'g, 2002, tom I, S. 323-325.
36. Aliev S.A. Taktika xirurgičeskoqo lečeniä tolstokišęčnoy neproxodimosti opuxolevoqo qenezä / Mejdunarodny xirurgičeskiy kongress. Aktual'nie problemy sovremennoy xirurgii. Trudy kongressa. Moskva, 2003, S. 130.
37. Aliev S.A. Sovremennie tendenčii i perspektivy v xirurgičeskom lečenii opuxolevoy neproxodimosti obodočnoy kiški u bol'nyx staršix voznrastnyx grupp // Ros. onkoloqiceskiy jurnal, 2005, № 4, S. 21-29.
38. Aliev S.A., Aliev G.S. Vıbor metoda xirurgičeskoj taktiki pri stenoziruöhem rake levoy poloviny obodočnoy kiški, oslojnennom kišęčnoy neproxodimost'gi u bol'nyx pojilogo i staršeskoqo voznrasta // Aktual'nie problemy koloproktologii. Naučnā konferenčiiä s mejdunarodnim učasčiem, posvähennā 40-letii QNÜ koloproktologii. Moskva, 2005, S. 159-161.
39. Aliev S.A., Aliev G.S. Oslojneniä terminal'noy kolostomy i ix lečenie // Vestn. xirurgii, 2006, № 2, S. 71-75.
40. Aliev S.A., Aliev G.S. Kolorektal'ny rak: zäbolevaemost'g, smertnost'g, invalidnost'g, nekotorie faktory riska // Vestn. xirurgii, 2007, № 4, S. 118-122.
41. Aliev S.A. Aliev G.S. Primenenie preparata «Fortrans» v planovoy xirurgii obodočnoy kiški // Aktual'nie voprosy koloproktologii.

- Materialı II svezda koloproktologov Rossii s mejdunarodnim učas-tiem. Ufa, 2007, S. 519-520.
42. Aliev S.A., Aliev G.S. Kompleksnaə profilaktika qnoyno-vospalitelğ-nix oslojneniy pri operauiəx na obodočnoy kiške // Vestn. xirurgii im. İ.İ.Qrekova, 2008, № 6, S. 77-82.
 43. Aliev S.A., İbišov K.Q. Rezulğtatı xirurgiçeskoqo leçeniə kolorektalğ-noqo raka, oslojnennoqo neproxodimostğö i diastatiçeskoq per-foraiiəy obodočnoy kiški / I svezd koloproktologov SNQ. Materialı svezda, Taşkent, 2009, S. 367-368.
 44. Aşurkov M.Q. Taktika i kompleksnoe leçenie obturaüionnoy nepro-xodimosti obodočnoy kiški. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 1991, 29 s.
 45. Babakulov X.B., Xudaerov S.S., Akbarov G.T., Turaev Q.X. Rekon-struktivno-vosstanovitelğnie operaüii u bolğnix rakom tolstoy kiški / I svezd koloproktologov SNQ. Materialı svezda, Taşkent, 2009, S. 343-344.
 46. Battalov M.Ö., Kuləpin V.V., Qaynutdinov F.M. i dr. İspolğzovanie laparoskopıçeskix texnoloqiı v leçenii obturaüionnoy tolstokişəçnoy neproxodimosti // Mejdunarodniy xirurgiçeskiy kongress «Novie texnoloqii v xirurgii» Trudi kongressa. Rostov-na Donu, 2005, s. 242.
 47. Belekov J.O., Mamanov N.A., Ismayılov K.S. Rezulğtatı subtotalğnoy kolgktomii pri obturaüionnoy tolstokişəçnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeaze / I svezd koloproktologov SNQ, Materialı svez-da, Taşkent, 2009, S. 366-367.
 48. Beləev A.M., Surov D.A., Semenüev K.V. Odnogtapnie operaüii pri levostoronney tolstokişəçnoy neproxodimosti // Vestn. xirurgii, 2010 №4. S. 36-38.
 49. Bondarğ Q.V., Başeev V.X., Kravüova V.N. i soavt. Polnaə kişəçnaə neproxodimostğ pri kolorektalğnom rake // Pervıy kongress Assoüia-üii xirurgov im. N.İ.Piroqova. Tezisi dokl. i soobheniy, Taşkent, 1996, S. 75.
 50. Bondarğ Q.V., Zvezdin V.P., Ladur A.İ. Posleoperaüionnie oslojneniə i letalğnostğ pri pervıçno-vosstanovitelğnix i kombinirovannıx rezeküiəx kişəçnika // Xirurgia, 1990, № 9, S. 126-127.

51. Bondarğ Q.V., Əkoveü Ö.İ., Başeev V.X. i soavt. Xirurqıçeskoe leçenie raka tolstoy kışki, oslojnennoqo kışeçnoy neproxodimostğö // Xirurqıä, 1990, № 7, S. 94-97.
52. Briskin B.S., Smakov Q.M., Borodin A.S., Marçenko A.D. Obturaüionnaä neproxodimostğ pri rake obodoçnoy kışki // Xirurqıä, 1999, № 5, S. 37-40.
53. Bulnin V.İ., Nalivkin A.İ., Gktov V.N., Romanov A.M. Variantı pravostoronney qemikolgtomii v leçenii ostroy obturaüionnoy kışeçnoy neproxodimosti // Ostrıe xirurqıçeskie zabolevaniä brışnoy polosti. Tezısı dokladov Plenuma Komissii AMN SSSR i Vsesoöznoy konferenüii po neotlojnoy xirurqii. Rostov na-Donu, 1991, S. 24-26.
54. Bulnin V.İ., Gktov V.N., Nalivkin A.İ., Romanov A.M. Xirurqıçeskoe leçenie oslojnennix form opuxoley pravoy polovını obodoçnoy kışki // Xirurqıä, 1997, № 5, S. 14-17.
55. Buənov V.M., Maskin S.S. Sovremennoe sostoənie voprosov diaqnos-tiki, taktiki i metodov xirurqıçeskoqo leçeniä tolstokışeçnoy neproxodimosti // Annalı xirurqii, 1999, № 2, S. 23-31.
56. Vasilğev İ.T., Kaçurin S.A. Neotlojnaä xirurqıä pri rake tolstoy kışki, oslojnennom kışeçnoy neproxodimostğö // Aktualğnie problemı koloproktoloqii. Nauçnaä konferenüiä s mejdunarodnim uçašiem, posvəhennaä 40-letü QNÜ koloproktoloqii. Moskva, 2005, S. 175-176.
57. Vasilğev S.V., Kotiaşvili V.N., Dudka V.V. i soavt. Rekonstruktivno-vosstanovitelğnie operativnie vmeşatelğstva u bolğnix s odnostvolğnoy kolostomoy // Problemı koloproktoloqii, M., 1998, vıp. 16, S. 160-162.
58. Vasilğev S.V., Popov D.E., Semenov A.V. Xirurqıçeskaä taktika pri obturiruöhem rake levıx otdelov tolstoy kışki / I scezd koloproktoloqov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 373-374.
59. Vasötkov V.Ə., Bloxin V.N., Pankov S.M. Leçenie kışeçnoy neproxodimosti, obuslovennoy rakom tolstoy kışki // Ostrıe xirurqıçeskie zabolevaniä brışnoy polosti. Tezısı dokladov Plenuma Komissii AMN SSSR i Vsesoöznoy konferenüii po neotlojnoy xirurqii. Rostov na-Donu, 1991, S. 29-30.

60. Vlasov A.V. Blijayşie i otdalennie rezulğtati leçeniä raka tolstoy kişki // Xirurqiä, 1996, № 2, S. 51-52.
61. Viäçki İv. Diaqnostiçeskie i xirurqiçeskie problemı oslojnennoqo raka obodoçnoy i prämoy kişok // Xirurqiä , 1993, № 12, S.35-39.
62. Vorobey A.V., Qrişin İ.N., Xadji-İsmail İ.A. i soavt. Gkstretnnie rezeküii obodoçnoy kişki s pervıçnım anastomozom na fone opuxolevoy tolstokişeçnoy neproxodimosti / Mejdunarodniy xirurqiçeskiy konqress. Aktualğnie problemı sovremennoy xirurqii. Trudi konqressa. Moskva, 2003, S. 136.
63. Vorobğev Q.İ., Juçenko A.P., Salamov K.N., Xorunjiy A.P. Rak pravoy polovini tolstoy kişki: klinika, diaqnostika i blijayşie rezulğtati xirurqiçeskoqo leçeniä // Vestn. xirurqii, 1990, № 5, S. 42-46.
64. Vorobğev Q.İ., Zikas V.S., Pavalğkis D.K. Podqotovka bolğniş s dvustvolğnımi i kraevımi kolostomami k vosstanovitelğnim operaüiam // Xirurqiä, 1991, № 3, S. 93-95.
65. Vorobğev Q.İ., Salamov K.N., Minü Ə.V., Vişeqorodüev D.V. Vosstanovlenie estestvennoqo kişeçnoqo passaja posle operaüii Qartmana // Xirurqiä, 1991, № 5, S. 45-50.
66. Vorobğev Q.İ., Totikov V.Z. Xirurqiçeskaä taktika pri obturaüionnom naruşenii proxodimosti obodoçnoy kişki // Xirurqiä, 1993, № 4, S. 47-52.
67. Qaziev A.Ə. Gpidemioloqiä, mediüinskie, demoqrafiçeskie i soüialğno-gkonomiçeskie aspektı zlokaçestvenniş novoobrazovaniy v Azerbaydjane: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Baku, 2005, 34 s.
68. Qaynutdinov F.M., Kuläpin A.V., Battalov M.Ö. i soavt. Vıbor sposobı nalojenia kolostomi dlä umenğşeniä çastotı oslojneniy i bolezney kolostomi // Mejdunarodniy xirurqiçeskiy konqress. Novie texnologii v xirurqii. Sbornik trudov. Rostov na-Donu, 2005, S. 346
69. Qorelik P.V., Dubrovhiş O.İ., Polinskiy A.A., Xilğmonçik İ.V. Tolstokişeçnaä neproxodimostğ opuxolevoqo qeneza / Mejdunarodniy xirurqiçeskiy konqress. Aktualğnie problemı sovremennoy xirurqii. Trudi konqressa. Moskva, 2003, S. 132.
70. Qrinberq A.A., Boqdanov A.E., Aleksandrova E.Q. i soavt. Xirurqiçeskaä taktika pri opuxolevoy kişeçnoy neproxodimosti // Perviy kon-

- gress Assosiatzii xirurgov im. N.İ.Piroqova. Tezisi dokl. i soobheniy. Taşkent, 1996, S. 79-80.
71. Danzanov B.S., Xodkova V.P. Taktika leçeniə pri ostroy obturaüionnoy kişeqnoy neproxodimosti / I scezd koloproktoloqov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 370-371.
 72. Darvin V.V., İlğkaniç A.Ə., Beriaşvili Z.A. i soavt. Profilaktika qnoyno-septiqeskix oslojneniy v kolorektalğnoy xirurgii / Materialı III konqressa Assosiatzii xirurgov im. N.İ.Piroqova. M., 2001, S. 132-133.
 73. Darvin V.V., İlğkaniç A.Ə., Pexoto Q.Q., Lısak M.M. Kompleksnaə profilaktika qnoyno-septiqeskix oslojneniy posle operaüii na tolstoy i prə moy kişke // Xirurgiə, 2002, №7, S.47-49.
 74. Daüenko B.M., Kirillov A.V., Xmızov R.A. Rekonstruktivno-vosstanovitelğnie operaüii u bolğnıx s kolostomami / I scezd koloproktoloqov SNQ, Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 342-343.
 75. Doüenko A.P., Zayçuk A.İ. Analiz priçin posleoperaüionnoy letalğnosti pri neproxodimosti tolstoy kişki opuxolevoy prirodi // Klin. xirurgiə, 1989, № 4, S. 19-22.
 76. Daüenko B.M., Pulatov A.K., Dovjenko A.N., Ulitin V.A. Puti optimizaüii diaqnostiki i leçeniə raka tolstoy kişki, oslojnennoqo kişeqnoy neproxodimostğö // Aktualğnie problemı koloproktologii: Materialı konferenüii. N.Novqorod, 1995, S. 93-95.
 77. Emelğənov S.İ., Osonin T.Ö., Reşetnikov M.N. Maloinvazivnie vmeşatelğstva pri oslojnennom rake obodoçnoy kişki v usloviəx gkstretnoy xirurgii // Mejdunarodniy xirurgiqeskiy konqress «Novie texnologii v xirurgii» Trudi konqressa. Rostov-na Donu, 2005, s. 349.
 78. Ermolov A.S., Rudin G.P., Oön D.D. Vıbor metoda xirurgiqeskoqo leçeniə obturaüionnoy neproxodimosti pri opuxoləx obodoçnoy kişki // Xirurgiə, 2004, № 2, S. 4-7.
 79. Eropkin P.V., Üargkov P.V., Kalaşnikov V.N. i soavt. Xirurgiqeskoe leçenie parakolostomiçeskix qriy i prolapsov // Xirurgiə, 2000, № 1, S. 15-18.
 80. Eröxin İ.A., Petrov V.P., Xaneviç M.D. Kişeqnoə neproxodimostğ: Rukovodstvo dlə vraçey. SPb: Piter, 1999, 448 s.

81. Efimov Q.A., Nenarokomov A.Ö., Alikov A.A. Obcem i sroki operaüii pri kişeqnoy neproxodimosti opuxolevoy gtioloqii u pojilix bolğnix // Problemlı koloproktoloqii, M., 2000, vıp. 17, S. 308-310.
82. Efimov Q.A., Uşakov Ö.M. Oslojnenniy rak obodoqnoy kişki. M.: Mediüina, 1984, 151 s.
83. Jadkeviq M.M., Burneviq S.Z. Subtotalğnae kolgktomiæ v xirurqii ostroy tolstokişeqnoy neproxodimosti opuxolevoy gtioloqii // Vestn. xirurqii, 1993, № 3-4, S. 147-150.
84. Zaxaraş M.P., Zaxaraş Ö.M., Stelğmax A.İ. i soavt. Perspektivı ulğtrazvukovoy diaqnostiki obturaüionnoy neproxodimosti tolstoy kişki / I svezd koloproktoloqov SNQ. Materialı svezda, Taşkent, 2009, S. 364.
85. Zaxarqenko A.A., Suxorukov A.M., Ştoppelğ A.G. Profilaktika qnoyno-vospalitelğnix oslojneniy v kolorektalğnoy xirurqii / Aktualğnie voprosı koloproktoloqii. Materialı konferenüii. SPb. 1993, S. 459-460.
86. Zaxarqenko A.A., Ştoppelğ A.G. Profilaktika posleoperaüionnix qnoyno-vospalitelğnix oslojneniy v kolorektalğnoy xirurqii // Problemlı koloproktoloqii. M., 2000, vıp. 17, S. 69-74.
87. Zemlænoy V.P., Rıbkin A.K., Akimov A.P. Profilaktika qnoyno-vospalitelğnix oslojneniy pri operativnix vmeşatelğstvax na tolstoy kişke / Aktualğnie voprosı koloproktoloqii. Materialı konferenüii. Rostov na-Donu, 2001, S. 28.
88. Zitta D.V., Subbotin V.M., Busirev Ö.B. Predoperaüionnae podqotovka kişeqnika v planovoy kolorektalğnoy xirurqii / Materialı VI Mejdunarodnoy konferenüii «Rossiyskae şkola kolorektalğnoy xirurqii». Moskva, 5-6 aprele 2012, s.160.
89. Zubarev P.N., İqnateviq İ.Q., Sinenqenko Q.İ. Taktika xirurqişeskoqo leqeniæ raka distalğnix otelov tolstoy kişki // Vestn. xirurqii, 1998, № 5, S. 20-22.
90. Zubriükiy V.F., Şaşolin M.A., Zæzin A.A., Nersesov D.V. Predoperaüionnae podqotovka kişeqnika u bolğnix so stenoziruöhim kolorektalğnim rakom // Problemlı koloproktoloqii. M., 2006, vıp. 19. S. 327-332.

91. İvanovskiy S.O., Pavlenko S.Q., Morqoev A.G., Fizulin M.M. Optimi­zaüiä predoperaüionnoqo perioda bolğnıx kolorektalğnım rakom pojıloqo i starçeskoqo vozrasta // Proble­mı koloproktoloqii. M., 2006, vıp. 19. S. 332-336.
92. İlğkaniç A.Ə., Darvin V.V., Lısak M.M. Kompleksnaə profilaktika posleoperaüionnıx oslojneniy pri operaüiäx na obodoçnoy kiške // Aktualğnie proble­mı koloproktoloqii. Nauçnaə konferenüiä s mej­dunarodnim uça­stiem, posvähennaə 40-letio QNÜ koloproktoloqii. M., 2005, S. 427-429.
93. Kalanov R.Q., Timerbulatov V.M., Pleçev V.V. i soavt. Tolstokişeq­naə neproxodimostğ: diaqnostika, leçenie, rehabilitaüiä. Ufa. İzd-vo Bašk. Med. un-ta, 1999, 163 s.
94. Kanşın N.N., Volenko A.V., Rudin G.P. Profilaktika posleoperaüi­onnıx oslojneniy v xirurgii tolstoy kiški // Mejdunarodniy xirur­qişeskiy konqress. Novie texnoloqii v xirurgii. Sbornik trudov. Rostov na-Donu, 2005, S. 351.
95. Kliniçeskaə operativnaə koloproktoloqiä / Pod red. V.D.Fedorova, Q.İ.Vorobğeva, V.L.Rivkina. M., 1994, 432 s.
96. Knış V.İ., Sultanov Q.A., Aliev S.A. Vosstanovitelğno-rekonstruk­tivnie operaüii u bolğnıx s kolostomoy, operirovannıx po povodu ob­turaüionnoy neproxodimosti obodoçnoy kiški opuxolevoqo qeneza // Kliniçeskaə xirurgiä, 1996, № 6, S. 25-27.
97. Knış V.İ., Timofeev Ö.M., Ananğev V.S. Primenenie U-obraznoqo anastomoza pri oslojnen­nom rake levoy polovini obodoçnoy kiški // Xirurgiä, 1990, № 12, S. 61-62.
98. Kornienko V.İ., Paşkov V.Q., Rusäeva T.V. Rezulğtatı leçeniä kolo­rektalğnoqo raka, oslojnennoqo ostroy kişeqnoy neproxodimostğö v obhexirurgiçeskom otdelenii / I scezd koloproktoloqov SNQ, Mate­rialı scezda, Taşkent, 2009, S. 365-366.
99. Korovin A.Ə., Didiqov M.T., Karipidi Q.K. Kompleksnoe leçenie qnoyno-septiçeski­x oslojneniy ostroy obturaüionnoy tolstokişeqnoy neproxodimosti opuxolevoy gtioloqii // Proble­mı koloproktoloqii. M., 2000, vıp. 17. S. 335-338.
100. Koçmareva T.V., Evstiqneev S.V., Oqanezov V.L. Kompleksniy podxod k profilaktike qnoynıx oslojneniy u bolğnıx s onkoloqiçeskim zabo-

- levaniem tolstoy kişki posle opuxoleunosəhix operatüiy // Problemi koloproktologii. M., 2000, vip. 17. S. 341-343.
101. Krivonoqova M.V., Abeleviç A.İ. Antibiotikoprofilaktika pri operaüiəx na tolstoy i prə moy kişke / I svezd koloproktoloqov SNQ. Materialı svezda, Taşkent, 2009, S. 10-11.
 102. Kulanbaev M.K., Sultanbaev T.J., Şpiü A.Q. Obturaüionnaə kişəçnaə neproxodimostğ // V svezd xirurgov respublik Sredney Azii i Kazaxstana. Tezisi dokl. i soobheniy, Taşkent, 1991, S. 184-185.
 103. Kurbonov K.M., Kondakov O.K. Diagnostika i leçenie obturaüionnoy tolstokişəçnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeneza // Aktualğne problemi koloproktologii. Nauçnaə konferenüiə s mejdunarodnim uçaştiem, posvəhennaə 40-letio QNÜ koloproktologii. Moskva, 2005, S. 248-250.
 104. Löbarskiy M.S., Sparin S.A., Mayborodin İ.V., Şvela A.İ. Profilaktika posleoperaüionnix oslojneniy pri kolorektalğnom rake // Problemi koloproktologii. M., 1998, vip. 16. S. 194-198.
 105. Makarov A.A., Zataçev A.V., Kirğənova İ.V. i soavt. Opit leçeniə raka tolstoy kişki, oslojnennoqo ostroy kişəçnoy neproxodimostğö // Problemi koloproktologii, M., 1998, vip. 16, S. 199-200.
 106. Makarova N.P., Troiükiy B.S., Peskova N.Q. Rolğ sostoəniə prestenotiçeskih otdelov obodoçnoy kişki v vıbo re xirurgiçeskoj taktiki u bolğnix s opuxolevoy obturaüionnoy kişəçnoy neproxodimostğö // Ros. onkologiçeskiy jurnal. 2000, № 2, S. 46-48.
 107. Makarova N.P., Troiükiy B.S., Bıkov E.Q. Vıbor xirurgiçeskoj taktiki pri obturaüionnoy tolstokişəçnoy neproxodimosti // Xirurgiə, 2000, № 8, S. 45-48.
 108. Maşşanov İ.Ə., Moroz S.V., Dubrovhiç O.İ., Polinskiy A.A. Xirurgiçeskaə taktika pri opuxolevoy neproxodimosti tolstoy kişki / Zdravooxr. Belorussii, 1992, № 5, S. 52-53.
 109. Marqulis F.B., Axmedov B.P., Xaydarov A.X. Ob odnomomentnoy rezeküii pri tostokişəçnoy neproxodimosti // V svezd xirurgov respublik Sredney Azii i Kazaxstana. Tezisi dokl. i soobheniy, Taşkent, 1991, S. 187-188.

110. Maskin S.S. Sravnitel'nye aspektı xirurgičeskogo lečeniä i profilaktika posleoperaüionnıx oslojneniy pri obturaüionnoy neproxodimosti tolstoy kiški: Avtoref. dis.... d-ra med. nauk. M., 1998, 48 s.
111. Maskin S.S., Naumov A.İ., Starovidçenko A.İ. Puti uluçşeniä rezul'tatov rekonstruktivno-vosstanovitel'nyx operaüiy na tolstoy kiške / Vtoroy kongress Assoüiaüii xirurgov im. N.İ.Piroqova. Materialı kongressa. Sankt-Peterburq, 1998, S. 176.
112. Maskin S.S., Sajin V.P., Naumov A.İ. i soavt. Klassifikaüia obturaüionnoy neproxodimosti tolstoy kiški: kriterii oüenki täjesti i stepeni neproxodimosti // Vestnik Volqogradskoy meditiüinskoy akademii, Volqograd, 1997, T. 52, vip. 3, S. 115-118.
113. Maskin S.S., Şirokov V.B. Taktičeskie aspektı xirurgii opuxolevoy obturaüionnoy tolstokişeynoy neproxodimosti // Perviy kongress Assoüiaüii xirurgov im. N.İ.Piroqova. Tezisi dokl. i soobheniy. Taşkent, 1996, S. 89.
114. Moxov E.M., Muradaliev M.A. Diagnostika i kompleksnaä terapiä opuxolevıx porajeniy tolstoy kiški v usloviäx obhexirurgičeskogo otdeleniä // Problemy koloproktologii. M., 1998, vip., 16, S. 208-210.
115. Mel'nik V.M., Poyda A.İ. Diagnostika, leçenie i profilaktika oslojneniy, svəzannıx s formirovaniem anastomozov na tolstoy kiške // Xirurgiä, 2003, № 8, S. 69-74.
116. Mixaylova E.V., Petrov V.P., Leonov S.V. Bolezni kolostomı // Problemy koloproktologii. M., 2000, vip. 17. S. 136-139.
117. Moroz V.A., Tabola N.M. Kompleksnaä podgotovka tolstoy kiški k operaüii s ispol'zovaniem gnteral'noy pitatel'noy smesi «Berlamin Modulär» // Problemy koloproktologii. M., 2002, vip. 18. S. 375-377.
118. Mun N.V., Üoy O.Q., Riskulbekov E.A., Pirojenko O.L. Posleoperaüionnie oslojneniä pri opuxolevoy tolstokişeynoy neproxodimosti // Problemy koloproktologii, M., 2000, vip. 17, S. 355-357.
119. Navruzov S.N., Abdujapparov S.B. Osobennosti teçeniä i diagnostiki posleoperaüionnıx oslojneniy u bol'nyx tolstokişeynoy patologiyey // Problemy koloproktologii. M., 2002, vip. 18. S. 168-173.
120. Navruzov S.N., Xakimov A.M., Abdujapparov S.B. Taktika pri kişeynoy neproxodimosti opuxolevoqo qeaze / I svezd koloproktologov SNQ. Materialı svezda, Taşkent, 2009, S. 371-372.

121. Nikiforov T.A., Bloxin A.F., Burkov S.Q., Danğko A.A. Opıt prime-neniä preparata «Fortrans» v podqotovke k kolonoskopii i gndosko-piçeskey polipgktomii // Annalı xirurgii, 2001, № 4, S. 77-79.
122. Osipov A.P., Malğüev V.A., Danilov B.A. Taktiçeskie osobennosti pri tolstokişeynoy neproxodimosti opuxolevoqo qezez / Perviy kongress Assoüiaüüii xirurgov im. N.İ.Piroqova. Tezisi dokl. i soobheniy. Taşkent, 1996, S. 92-93.
123. Osipov A.P., Malğüev V.A., Danilov B.A., Qorşkov Ö.V. Taktiçeskie osobennosti pri kişeynoy neproxodimosti opuxolevoqo proisxojdeniä / Mejdunarodniy xirurgiçeskiy kongress. Aktualğnie problemı sovremennoy xirurgii. Trudi kongressa. Moskva, 2003, S. 131.
124. Pajitnov S.V., Konovalov S.V., Sinençenko Q.İ. Rannie oslojneniä kolostomii u bolğnix, operirovannix v gksternnom porädke / Aktu-alğnie problemı koloproktologii. Materialı nauçnoy konferenüüii. Moskva, İD «Medpraktika», 2005, S. 599-600.
125. Paxomova Q.V., Uteşev N.S., Podlovçenko T.Q. i soavt. Subtotalğnaä kolgktomiä v leçenii obturaüionnoy neproxodimosti obodoçnoy kişki // Problemı koloproktologii, M., 2000, vip. 17, S. 380-387.
126. Perequodov S.İ., Sinençenko Q.İ., Kuriqin A.A., Piroqov A.V. Opıt xirurgiçeskoqo leçeniä diastatiçeskix razrivov obodoçnoy kişki // Vest. xirurgii, 2008, № 3, S. 49-53.
127. Podlovçenko T.Q., Paxomova Q.V. Rak levoy polovini obodoçnoy kişki, oslojnenniy kişeynoy neproxodimostğö // Problemı kolo-proktologii, M., 2002, vip. 18, S. 396-399.
128. Pomazkin V.İ., Mansurova Ö.V. Rezulğtati vosstanovitelğnix ope-raüiy pri dvustvolğnix kişeynix stomax / I scezd koloproktoloqov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 339-340.
129. Pomelov V.S., Bulqakov Q.A., Lisenko A.O. Puti snijenä posleo-pe-raüionnoy letalğnosti i çastoti qnoynix oslojneniy pri opuxoläx tolstoy kişki // Xirurgiä, 1990, № 4, s. 98-101.
130. Puqaev A.V., Alekperov S.F., Krutilina O.V. s soavt. Leçenie obtura-üionnoy kişeynoy neproxodimosti, obuslovennoy rakom obodoçnoy kişki T 3-4 // Ros. onkologiçeskiy jurnal, 1999, № 6, S. 25-30.
131. Rivkin V.L., Bronşteyn A.S., Fayn S.N. Rukovodstvo po koloprok-tologii. M., 2001, 300 s.

132. Rudin G.P. Sotsialǵnie aspektı u bolǵnıx s vremennoy kolostomoy // Xırurqıǵ, 1989, № 4, s. 75-77.
133. Rudin G.P., Andreev V.Q., Mironov A.S. Novıy sposob formirovaniǵ konıuevoy kolostomı s üelǵö profilaktiki rannıx i pozdnıx parakolostomiçeskıx oslojneniy // Problemy koloproktologii. M., 2002, vıp. 18. S. 198-202.
134. Rudin G.P., Upırev A.V., Mironov A.S. K voprosu profilaktiki parakolostomiçeskıx oslojneniy. İnfeküiǵ v xırurqii / Materialı Vserossiyskoy nauçno-praktiçeskoy konferenüii xırurqov. Pətiqorsk. 2001, S. 82.
135. Sidorenko Ö.S., Qruşko S.A., Nazarenko V.P., Tokarskiy A.A. K voprosu o taktike leçeniǵ bolǵnıx s oslojnenımi formami raka tolstoy kişki na sovremennom gtape // Problemy koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 432-438.
136. Skvortıov A.V. Vıbor, proqnozirovaniǵ obcema operativnoqo vmeşatelǵstva i taktika posleoperatiionnoqo leçeniǵ bolǵnıx s obturaüionnoy neproxodimostǵö obodoçnoy kişki / Ostrie xırurqıçeskie zabolevaniǵ brışnoy polosti. Tezısı dokladov Plenuma Komissii AMN SSSR i Vsesoöznoy konferenüii po neotlojnoy xırurqii. Rostov na-Donu, 1991, S. 125-127.
137. Slesarenko S.S., Fedorov V.G., Qrışko A.B., Ajavi A.M. Rekonstruktivno-vosstanovitelǵnie operatiüi u bolǵnıx s kolostomoy // Aktualǵnie problemy koloproktologii. Nauçnaǵ konferenüiǵ s mejdunarodnım uçaştıem, posvəhennaǵ 40-letıö QNÜ koloproktologii. Moskva, 2005, S. 293-294.
138. Slesarenko S.S., Fedorov V.G., Jdanov İ.Q. Osobennosti leçebnoy takтики pri rake tolstoy kişki, oslojnennom kişeçnoy neproxodimostǵö // Problemy koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 453-457.
139. Smakov Q.M., Briskin B.S., Marçenkov A.D., Borodin A.S. Obturaüionnaǵ kişeçnaǵ neproxodimostǵ pri rake obodoçnoy kişki // Pervıy kongress Assoüiatiüi xırurqov im. N.İ.Piroqova. Tezısı dokl. i soobheniy. Taşkent, 1996, S. 99-100.
140. Smirenin S.V., Konovalov S.V., Sinençenko Q.İ. Metod profilaktiki qnoynıx oslojneniy v oblasti kolostomı // Aktualǵnie problemy

- koloproktologii. Nauçnaä konferenüia s mejdunarodnim uçastiem, posvähennaä 40-letüiä QNÜ koloproktologii. M., 2005, S. 602-603.
141. Sultanov Q.A., Aliev S.A. Xirurgiçeskaä taktika pri rake obodoçnoy kiški, oslojnenom neproxodimostğö // Xirurgia, 1998, № 2, S. 17-20.
 142. Sultanov Q.A., Aliev S.A., İbişov K.Q., Quliev V.İ. Vosstanovlenie neprerivnosti tolstoy kiški u bolğnix s kolostomoy po Qartmanu / Vtoroy kongress Assoüiaüii xirurgov im. N.İ.Piroçova. Materialı kongressa. Sankt-Peterburq, 1998, S. 185-186.
 143. Sultanov Q.A., Knıř V.İ., Aliev S.A. Diaqnostika i xirurgiçeskaä taktika pri opuxolevoy neproxodimosti levoy polovini obodoçnoy kiški // Vestn. xirurgii, 1997, № 2, S. 40-43.
 144. Suxanov V.Q. Soüialğnaä reabilitaüia stomirovannıx bolğnix v sovremennoy Rossii: soüiolojiçeskiy aspekt / Aktualğnie problemı koloproktologii. Nauçnaä konferenüia s mejdunarodnim uçastiem, posvähennaä 40-letüiä QNÜ koloproktologii. M., 2005, S. 296-298.
 145. Sisoev S.V., Lısenko V.A., Jijin F.S. Subtotalğnaä proksimalğnaä kolgktomia pri obturaüionnoy neproxodimosti obodoçnoy kiški opuxolevoqo qeaze i soçetannıx s ney porajeniäx obodoçnoy kiški // Problemı koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 461-464.
 146. Tarasenko S.V., Peskov O.D., Zayüev O.V. Xirurgiçeskaä taktika pri opuxolevoy neproxodimosti levoy polovini obodoçnoy kiški // Problemı koloproktologii, M., 2002, vıp. 18, S. 464-469.
 147. Topuzov G.Q., Abdullaev M.A., řiřkina Q.A. i soavt. Xirurgiçeskaä taktika pri diastatiçeskoy perforaüii, vsledstvie stenoziruöheqo raka obodoçnoy kiški / I scezd koloproktoloqov SNQ, Materialı scezda, Tařkent, 2009, S. 372-373.
 148. Topuzov G.Q., Erošina E.A., řiřkina Q.A., Aliev K.N. Leçenie posleoperaüionnıx oslojneniy u bolğnix rakom tolstoy kiški // Problemı koloproktologii. M., 2006, vıp. 19. S. 434-440.
 149. Topuzov G.Q., Plotnikov Ö.V., Abdullaev M.A. Rak obodoçnoy kiški, oslojnennoy neproxodimostğö: Diaqnostika, leçenie, reabilitaüia Spb, 1997, 154 s.
 150. Topuzov G.Q., řiřkina Q.A., Topuzov G.G. i soavt. Osobennosti diaqnostiki, xirurgiçeskoy taktiki s ispolğzovaniem metodov detoksi-

kañii pri rake tolstoy kiški, oslojnenom kişeqnoy neproxodimostğö / I scezd koloproktologov SNQ, Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 359-360.

151. Totikov V.Z., Zuraev K.G., Xestanov A.K., Dzqoeva D.B. Xirurqişeskaə taktika pri opuxolevoy neproxodimosti levoy polovini obodoqnoy kiški / Aktualğnie problemı koloproktologii. Nauçnaə konferenüia s mejdunarodnim uçaştiem, posvəhennaə 40-letio QNÜ koloproktologii. Moskva, 2005, S. 301-303.
152. Turqunov E.M., Loxviükiy S.V., Şakeev K.T. Gtapnoe xirurqişeskoie leçenie ostroy kişeqnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeneza / Mejdunarodniy xirurqişeskiy kongress. Aktualğnie problemı sovremennoy xirurqii. Trudi kongressa. Moskva, 2003, S. 137.
153. Uxanov A.P., Merqenov M.M., Nosov A.Ö. i soavt. Xirurqişeskoie leçenie obturaüionnoy tolstokişeqnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeneza / Aktualğnie problemı koloproktologii. Nauçnaə konferenüia s mejdunarodnim uçaştiem, posvəhennaə 40-letio QNÜ koloproktologii. Moskva, 2005, S. 308.
154. Faəzov R.R., Timerbulatov Ş.V., Mexdiev D.İ. i soavt. Xirurqişeskaə taktika pri ostroy obturaüionnoy neproxodimosti tolstoy kiški, oslojnennoy intraabdominalğnoy qipertenziey / I scezd koloproktologov SNQ. Materialı scezda, Taşkent, 2009, S. 374-375.
155. Fedorov V.D. Xirurqişeskaə taktika pri opuxolevoy neproxodimosti tolstoy kiški / Vserossiyskaə konferenüia xirurqov. Tezisi dokladov. Tula. 1984, S. 92-94.
156. Fedorov V.D., Vorobğev Q.İ. Problema vosstanovitelğnoy i rekonstruktivnoy xirurqii v koloproktologii // Xirurqia, 1989, № 10, S. 127-132.
157. Xaneviç M.D., Voronin N.İ. Vıbor xirurqişeskoy taktiki pri ostroy tolstokişeqnoy neproxodimosti / Perviy kongress Assoüiaüii xirurqov im. N.İ.Piroqova. Tezisi dokl. i soobheniy. Taşkent, 1996, S. 35-36.
158. Xaneviç M.D., Zəzin A.A., Şaşolin M.A., Aqalarova G.A. Podqotovka kişeqnika k radikalğnoy planovoy operaiiü bolğnim so stenoziruöhimi opuxoləmi tolstoy kiški / Mejdunarodniy xirurqişeskiy kongress. Aktualğnie problemı sovremennoy xirurqii. Trudi kongressa. Moskva, 2003, S. 125.

159. Xaneviç M.D., Şaşolin M.A., Aqalarova İ.A., Zəzin A.A. Primenenie ortoqradnogo kişeçnoqo lavaja rastvorom poligtilenqlikolə pri podqotovke tolstoy kişki k operaüii / Nauçnie trudi QİUV MO RF, M., 2003, S. 95-96.
160. Xaneviç M.D., Şaşolin M.A., Zəzin A.A. Kolorektalğnıy rak. Podqotovka tolstoy kişki k operaüii. M. «Med Gkspert Press». Petrozavodsk: «İntelTek», 2003, 136 s.
161. Xotinənu V.F., Bendelik V.K., Timiş T.Q., Paliy L.A. Xirurqiçeskaə reabilitaüiə kolostomirovannıx bolğnıx / Aktualğnie problemi koloproktoloqii. Nauçnaə konferenüiə s mejdunarodnım uçaştıem, posvəhennaə 40-letiö QNÜ koloproktoloqii. Moskva, 2005, S.318-319.
162. Çadaev A.P., Löbskiy A.S. Xirurqiçeskaə taktika pri ostroy obturaüionnoy tolstokişeçnoy neproxodimosti opuxolevoqo qeneza / Mejdunarodnıy xirurqiçeskiy konqress. Aktualğnie problemi sovremennoy xirurqii. Trudi konqressa. Moskva, 2003, S. 135.
163. Çerkes V.L., Knış V.İ. Vosstanovlenie neprerivnosti kişeçnoy trubki u bolğnıx kolostomoy // Xirurqiə, 1997, № 9, S. 19-22.
164. Çuquevskiy V.M., Nasırov İ.M., Dımov A.B., Satışeva N.Q. Rezulğtatı xirurqiçeskoqo leçeniə opuxolevoy tolstokişeçnoy neproxodimosti // Problemi koloproktoloqii, M., 2000, vıp. 17, S. 464-466.
165. Şalimov A.A., Saenko V.F., Polinkeviç B.S., Lavrik A.S. Vosstanovitelğnie operaüii v xirurqii obodoçnoy kişki // Klin. xirurqiə, 1986, № 2, s. 17-19.
166. Şaşolin M.A., Zubriükiy V.F., Qlotov S.V., Fedorçenko D.A. Proqramma xirurqiçeskoqo leçeniə bolğnıx kolorektalğnım rakom, oslojnennım perforaüiei opuxoli i rasprostranennım peritonitom // Materialı VI Mejdunarodnoy konferenüii «Rossiyskaə şkola kolorektalğnoy xirurqii», Moskva, 5-6 apreł 2012, s. 106.
167. Şişkin Q.A., Topuzov G.Q., Erošina E.A. i soavt. Profilaktika oslojneniy pri vosstanovitelğnıx operaüiəx na tolstoy kişke / Vtoroy konqress Assoüiaüii xirurqov im. N.İ.Piroqova. Materialı konqressa. Sankt-Peterburq, 1998, S. 195-196.

168. Şulutko A.M., Moiseev A.Ö., Zubüov V.Ö. Pervıñnie odnomomentnie operaüii pri opuxolevoy tolstokişeynoy neproxodimosti // Ros. mediüinskiy jurnal. 2000, № 2, S. 22-26.
169. Gktov V.N. Vıbor xırurqişeskey taktiki i metodov intensivnoy terapii v leçenii obturaüionnoy tolstokişeynoy neproxodimosti opuxolevoy gtioloqii: Avtoref. dis.... d-ra med. nauk. Voronej, 1995, 37 s.
170. Gktov V.N. Kliniçeskaə klassifikaüiə tolstokişeynoy neproxodimosti // Aktualğnie problemı koloproktoloqii: Materialı konferenüii N.Novqorod, 1995, s. 156-157.
171. Gktov V.N., Şamaeva T.E., Nalivkin A.İ. i soavt. İntraoperaüionniy kişeyniy lavaj v leçenii obturiruöhix opuxoley tolstoy kişki levostoronney lokalizaüii // Problemi koloproktoloqii, M., 1998, vip. 16, S. 240-242.
172. Gktov V.N., Şamaeva T.E., Nalivkin A.İ. i soavt. Gnterosorbüiə i intraoperaüionniy tolstokişeyniy sorbüionniy dializ pri stenoziruöhix opuxoləx levoy polovini obodoçnoy kişki // Problemi koloproktoloqii, M., 2000, vip. 17, S. 467-469.
173. Əblokov E.Q. Primenenie preparata «Fortrans» pri xırurqişeskom leçenii kolorektalğnoqo raka // Zdravooxr. Başkortostana, 2000, T. 4, № 1, S. 102-103.
174. Əiükiy N.A., Vasilğev S.V., Kotiaşvili V.N. i soavt. Pervıçnoe vosstanovlenie neprerıvnosti kişeynika pri oslojnennıx formax raka obodoçnoy i prə moy kişok // Xırurqiə, 1994, № 10, S.26-19.
175. Ənovoy V.V. Vosstanovlenie neprerıvnosti tolstoy kişki s ispolğzovaniem metoda koloplastiki / Vtoroy kongress Assoüiaüii xırurqov im. N.İ.Piroqova. Materialı kongressa. Sankt-Peterburq, 1998, S. 197.
176. Ənovoy V.V., Üeluyko S.S., Martinov A.S. Gksperimentalğnoe obosnovanie speüialğnoy kompleksnoy terapii posle vremennoy dekompressii tolstoy kişki pri ee neproxodimosti // Problemi koloproktoloqii. M., 2000, vip. 17. S. 630-634.
177. Ənovoy V.V., Dorovskix Ö.V., Mojarova O.A. Alqoritm opredeleniə vozmojnosti vipolneniə rekonstruktivno-vosstanovitelğnoy operaüii na tolstoy kişke // Problemi koloproktoloqii. M., 2002, vip. 18. S. 277-281.

178. Ənçuk N.A., Baliükiy V.V., Tabola N.M. Bakterialğnaə translokatiə i ee rolğ v vozniknovenii septičeskix oslojneniy pri obturaüionnoy kişeqnoy neproxodimosti // Problemi koloproktologii. M., 2002, vip. 18. S. 507-510.
179. Ənçuk N.A., Baliükiy V.V., Tabola N.M. Xirurqičeskaə taktika pri leçenii opuxoley levoy polovini tolstoy kişki, oslojnennix obturaüionnoy kişeqnoy neproxodimostğö // Problemi koloproktologii, M., 2002, vip. 18, S. 510-514.
180. Aliyev S.A., Aliyev E.S. The choice for method of colostomy in colon resection / Abstracts of XI International Eurasian congress of Surgery and gastroenterology. Baku, 2008, P. 221.
181. Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al. L'occlusione retto-colica da cancro // Minerva Chir. – 1996. Vol. 51, N. 6. P. 333-334.
182. Andivot T., Bail J.P., Chio F. et al. Les complications des colostomies: Suivi de 500 patients colostomises // Ann. Chir. 1996, Vol. 50, N. 3. P.252-257.
183. Anselmetti G. La chirurgia d'urgenza nelle neoplasie del colon // Chir. Gastroenterol. – 1992. Vol. 26, N.6. P.409-418.
184. Araki Y., Isomoto H., Matsutomo A. et al. Endoscopic decompression procedure in acute obstruction colorectal cancer // Endoscopy. – 2000. Vol. 32. P. 641-643.
185. Arnaud A., Yves P., Danielle T., Jien-Marc R. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: Multivariate analysis of 707 patients // World J. Surg. 2002, Vol. 26, N. 4, P. 499-502.
186. Beck D.E., Di Palma J.A. A new oral lavage solution vs. cathartics and enema method for preoperative colonic cleansing // Arch. Surg. 1991. Vol. 126. P. 552-555.
187. Beck D.E., Fazio V.W. Current preoperative bowel cleansing methods: results of a survey // Dis. Colon Rectum. 1990. Vol. 33. P. 12-15.
188. Binda P.I., Rossi M., Gorini P. et al. La rottura diastatica del cieco nelle ostruzioni neoplastiche del colon sinistra // Acta Chir. Ital. 1995, Vol. 51. P. 512-515.

189. Brownson P., Jenkins S., Nott D., Ellenbogen S. Mechanical bowel preparation before colorectal surgery: results of a prospective randomized trial (abstract) // Br. J. Surg. 1992. Vol. 79. P. 461-462.
190. Burke P., Mealy K., Gillen P. et al. Requirement for bowel preparation in colorectal surgery // Br. J. Surg. 1994. Vol. 81. P. 907-910.
191. Carraro P.G., Segala M., Orlotti C., Tiberio G. Outcome of large-bowel perforation in patients with colorectal cancer // Dis. Colon Rectum, 1998, Vol 41, № 11, P. 1421-1426.
192. Chen H.C., Shen-Chen S.M. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: An analysis of prognosis and current trends // Surgery, 2000, Vol. 127, № 4, P. 370-376.
193. Ciocchi R., Cagini L., Coverelli P. Le occlusioni intestinale da carcinoma del colon-retto in eta geriatrica // Minerva Chir. – 1994. Vol. 49, N. 4. P. 247-252.
194. De Gregorio M.A., Mainar A., Tobio R. et al. Tratamiento de las obstrucciones colorectales agudas mediante implantacion de protests metallicas expandibles // Rev esp. enferm digest. 1996. Vol. 88. N. 10. P. 667-671.
195. Khan S., Pawlak S.E., Eggenberger J.C. et. al. Acute colonic perforation associated with colorectal cancer // Amer. Surg., 2001, Vol 67, № 3, P.261-264.
196. Lomidze N.B., Dzeladze Z.I., Gelashvili I.J., Chkhikvadze T.G. Intestinal obstruction caused by colon cancer / Abstracts of XI International Euroasian congress of Surgery and gastroenterology. Baku, 2008, P. 232.
197. Londono-Schimmer E.E., Leong A.P., Ohilips R.K. Life table analyses of stomal complications following colostomy // Dis. Colon Rectum. 1994, Vol. 37, N. 9. P. 916-920.
198. Longo W.E., Virgo K.S., Johnson F.E. et al. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer // Dis. Colon Rectum. 2000. Vol. 43. P. 83-91.
199. Mainar A., De Gregorio Ariza M.A. et al. Acute colorectal obstruction: treatment with self-expandable metallic stents before

- scheduled surgery-results of a multicenter study // Radiology. 1999. Vol. 210. P. 65-69.
200. Mandrioli M., Accorsi D., Carbonari A. et al. La terapia chirurgia dei tumori occludenti del grosso intestino // Minerva Chir. – 1993. Vol. 48, N. 19. P. 1069-1071.
 201. Meyer Ch., de Manzini N., Rohr S. Le cancer du colon en occlusion // Med. et chir. dig. – 1994. Vol. 23. N. 7. P. 403-404.
 202. Miettinen R.P., Laitinen S.T., Makela J.T., Paakkonen M.E. Bowel preparation with oral polyethylene glycol electrolyte solution vs. no preparation in elective open colorectal surgery: prospective, randomized study // Dis. Colon Rectum. 2000. Vol. 43. P. 669-677.
 203. Nichols R.L., Smith J.M., Garcia R.Y. et al. Current practices of preoperative bowel preparation among North American colorectal surgeons // Clin. Infect. Dis. 1997. Vol. 24. P. 609-619.
 204. Noce R., Galuppi G., Steinweg M. et al. Our experience of primary colonic resection for cancer in emergency surgery // Minerva Chir. – 1992. Vol. 47, N. 19. P. 1585-1587.
 205. Nozoe T., Matsumata T. Usefulness of preoperative colonic lavage using transanal ileus tube for obstruction carcinoma of left colon: devise to perform onestage operation safely // J. Clin. Gastroenterol. 2001. Vol. 31. P. 156-158.
 206. Obed Zmora, Alon J. Pikarsky, Steven D. Wexner. Bowel preparation for Colorectal Surgery // Dis. Colon Rectum. 2001. Vol. 44. P. 1537-1549.
 207. Oliveira L., Wexner S.D., Daniel N. et al. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a prospective, randomized, surgeon-blinded trial comparing sodium phosphate and polyethylene glycol-based oral lavage solutions // Dis. Colon Rectum. 1997. Vol. 40. P. 585-591.
 208. Planjar M., Kukoch M. Emergency treatment of occlusive cancer of the left colon // Acta Chir. Austr. – 1991. Vol. 23. N. 1. P. 32.
 209. Rodrigues-Wong U., Ruiz-Healy L. Obstructing colorectal carcinoma // International society of university colon and rectal surgeons, 15-th Biennial Congress. 1994. P. 167.

210. Rovito P.P., Verasin G., Prorok J. Obstruction carcinoma of the cecum // Journal of Surgical Oncology. 1990. Vol. 45. P. 177-179.
211. Schein M., Assalia A., Eldar S., Witman D.H. Is mechanical bowel preparation necessary before primary colonic anastomosis? An experimental study // Dis. Colon Rectum. 1995. Vol. 38. P. 749-752.
212. Shimizu S., Tada M., Kawai K. Use of endoscopic ultrasonography for the diagnosis of colorectal tumors // Endoscopy. 1990. Vol. 22. N. 1. P. 31-34.
213. Sjodahe R., Franzen T.U.E., Nystrom P.O. Management of completely obstructing colorectal carcinoma // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. 1990. Vol. 25. N. 176. P. 65.
214. Song F., Glenny A .M. Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomized controlled trials // Br. J. Surg. 1998. Vol. 85. P. 1232-1241.
215. Stellato T.A., Danziger L.N., Cordon N. Antibiotics in elective colon surgery. A randomized trial of oral, systemic, and oral/systemic antibiotics for prophylaxis // Am. Syrg. 1990. Vol. 56. P. 251-254.
216. Tanaca T., Furuawa A., Murata K., Sacomoto T. Endoscopic transanal decompression with a drainage tube for acute colonic obstruction aspects of preoperative treatment // Dis. Colon Rectum. 2001. Vol. 44. P. 418-422.
217. Yochioka K., Conolly A.B., Ogunbiyi O.A. et al. Randomized trial of oral sodium phosphate compared with oral sodium picosulphate (Picolax) for elective colorectal surgery and colonoscopy // Dig. Surg. 2000. Vol. 17. P. 66-70.

M Ü N D Ə R İ C A T

Giriş.....	3
Ön söz.....	5
FƏSİL 1 Kolorektal xərçəngin epidemioloji, demoqrafik, tibbi və sosial iqtisadi aspektləri.....	9
FƏSİL 2 Kolorektal xərçəngli xəstələrdə bağırsaq keçiriciliyinin pozulması.....	16
2.1. Şiş mənşəli yoğun bağırsaq keçməməzliyinin həll olunmamış bəzi aspektləri.....	16
2.2. Yoğun bağırsağın şişləri zamanı bağırsaq keçiriciliyinin pozulmasının kliniki təsnifatı.....	23
2.3. Kəskin yoğun bağırsaq keçməməzliyi ilə olan xəstələrin müalicəsinin təhlili.....	30
FƏSİL 3 Kolorektal cərrahiyyədə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması probleminin müasir vəziyyəti ...	61
3.1. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması probleminin aktuallığı	61
3.2. Yoğun bağırsağın əməliyyatını hazırlanması tələb olunan xəstələrinin xarakteristikası.....	66
3.3. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanma üsullarının xarakteristikası	70
3.4. Antibiotiklərin istifadə edilməsi ilə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması. Kolorektal cərrahiyyədə antibiotikoprofilaktika	70
3.5. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ənənəvi, standart üsulu	73
3.6. Hüceyrə qarışığı olmayan və elementar pəhrizin tətbiqi.....	74
3.7. İşlədici dərmanların tətbiqi	77
3.8. İmalələrin və Fleet-enema üsulunun tətbiqi.....	80
3.9. Ortoqrad bağırsaq lavajı üsul	82

3.10. Lavajın su-elektrolit məhlulları ilə aparılması	82
3.11. Mannitolun su məhlulları ilə lavajın tətbiqi	87
3.12. Polietilenqlikolun su məhlullarının elektrolitlərlə lavajın tətbiqi	88
FƏSİL 4 Polietilenqlikol məhlulu və elektrolitlərlə bağırsaq lavajı üsulunun tətbiq olunması ilə yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanması	96
4.1. Yoğun bağırsağın əməliyyata hazırlanmasının ümumi prinsipləri	96
FƏSİL 5 Şiş etiologiyalı yoğun bağırsaq keçməməzliyinin müalicəsinin ümumi prinsipləri	103
5.1. Terminal kolostomiyanın yeni modifikasiyası	120
FƏSİL 6 Kolorektal xərçəng zamanı yoğun bağırsağın perforasiyası	124
FƏSİL 7 Yoğun bağırsaqda aparılan əməliyyatlar zamanı irinli-iltihabi ağırlaşmaların kompleks profilaktikası	136
FƏSİL 8 Terminal kolostomanın ağırlaşmaları və onların müalicəsi	144
FƏSİL 9 Kolostomalı xəstələrin cərrahi reabilitasiyası	149
9.1. Yoğun bağırsaqda aparılan bərpaedici-rekonstruktiv əməliyyatların xüsusiyyətləri və ümumi prinsipləri	149
9.2. Yoğun bağırsaqda rekonstruktiv-bərpaedici əməliyyatın icra edilməsinin mümkünlüyünü təyin edən alqoritm	149
9.3. Koloplastik əməliyyatlardan sonra baş verən ağırlaşmalar və onların profilaktikası	164
Yekun	168
Ədəbiyyat	170

Mündëricat	193
-------------------------	------------

“Təbib” nəşriyyatı

Nəşriyyatın müdiri:
Texniki redaktoru:
Kompyuter dizaynı:
Korrektor:

M.M.İdrisov
R.M.Seyidov
S.Z.Abışlı
R.M.İbrahimova

Kağız formatı 60x84 $\frac{1}{16}$. Mətbəə kağızı №1.
Ofset çap üsulu. Uçot nəşr vərəqi 12,25.
Sifariş 308. Tiraj 500.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76