

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazma hüququnda

TELMAN CƏLAL OĞLU ƏMİROV

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN CƏRRAHİ
MÜALİCƏSİNDƏN SONRAKI TİBBİ REABİLİTASIYA

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi almaq üçün təqdim olunmuş
DİSSERTASIYA

3213.01 -“Cərrahlıq”

Elmi rəhbərlər: Ə.e.x., Tibb elmləri doktoru, professor Sultanov H.A.
Ə.e.x., Tibb elmləri doktoru, professor Musayev Ə.V.

Bakı – 2015

M Ü N D Ə R İ C A T

GİRİŞ	5
FƏSİL I. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin müasir vəziyyəti (ədəbiyyat icmalı)	9
1.1. Mürəkkəb pararektal fistulların etiopatogenezi	19
1.2. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikası	19
1.3. Mürəkkəb pararektal fistulların müasir müalicə prinsipləri	20
1.4. Cərrahi koloproktoloji praktikada anal inkontinensiya problemi və onun kompleks korreksiyası	27
1.5. Əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar, onların profilaktikası	28
1.6. Kvant terapiyası, onun bioloji əsasları və cərrahi koloproktoloji cərrahiyyədə tətbiqi	30
FƏSİL II. TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI	35
2.1. Ümumi məlumat	36
2.2. Klinik materialın xarakterikası	38
2.3. Tədqiqatın metodları	39
2.3.1. Laborator müayinə üsulları.....	40
2.3.2. Histoloji müayinə üsulları.....	42
2.3.3. Instrumental müayinə üsulları.....	45
2.3.4. Statistik müayinə üsulları.....	48
2.4. Yerli lazer şüalandırılmasının metodikası.....	49
FƏSİL III. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikasının nəticələri.....	51
3.1. Mürəkkəb pararektal fistulların, onların şaxələrinin və pararektal irinliklərin topoqrafo-anatomik diaqnostikasının nəticələri	51
3.2. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikasında anal kanalın və aralıq nahiyəsinin ultrasəs müayinəsinin nəticələri	62
3.3. Anal sfinkterin funksional vəziyyətinin müayinəsinin nəticələri...	65
FƏSİL IV. Mürəkkəb pararektal fistulların kompleks müalicəsinin nəticələri.....	71
4.1. Xroniki paraproktitin cərrahi müalicəsi üsulların seçilməsi.....	71
4.2. Mürəkkəb pararektal fistulların əsirgəyici cərrahi müalicəsi	80
4.2.1. Əsirgəyici cərrahi əməliyyatın metodikası.....	81
4.3. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələri	85
4.3.1. Aralıq nahiyəsindəki əməliyyat yarasının müalicəsində yerli kvant terapiyasının tətbiqinin nəticələri.....	96
4.4. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsindən sonra yara nahiyəsinin toxumalarının reparasiyası səviyyəsinə kvant terapiyasının təsiri	102
FƏSİL V. Mürəkkəb pararektal fistullara görə cərrahi müalicədən sonra xəstələrin tibbi reabilitasiyasının nəticələri	107

YEKUN	120
NƏTİCƏLƏR	131
PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR	132
ƏDƏBİYYAT SİYAHISI	133

İxtisarlər:

ASÇ - anal sfinkter çatmazlığı

ASM - anal sfinkterometriya

ARS - anorektoskopiya

FKS - fibrokolonoskopiya

RRS - rektoromanoskopiya

NRA - nisbi riskin azalması

XPr - xroniki paraproktit

KPr - kəskin paraproktit

GİRİŞ

Problemin aktuallığı. Pararektal fistullar cərrahi koloproktoloji praktikada ən çox rast gələn cərrahi xəstəliklərindəndir. Bu xəstəlik pararektal (perianal) sahənin yumşaq toxumalarının düz bağırsağın selikli qişası ilə mütləq əlaqəli xroniki iltihab prosesidir. Ümimilikdə, pararektal fistullar düz bağırsağın bütün fistullarının 30%-ni təşkil edir və xəstələrin həyatının keyfiyyətini aşağı salırlar [32, 40, 94]. Aparıcı ixtisaslaşmış klinikaların məlumatlarına görə pararektal fistullu xəstələr stasionar cərrahi xəstələrin 0,5-4%-ni, düz bağırsağ xəstəliklərinin 30-35%-ni təşkil edir [44, 72, 82].

Bu xəstəlik kişilər, xüsusilə gənc yaşlı şəxslər arasında daha çox yayıldığından onların əmək qabiliyyətinə mənfi təsir etməklə böyük sosial əhəmiyyət daşıyır [1-6].

Düz bağırsağın fistullarının əsas əmələgəlmə səbəbi kəskin paraproktitin vaxtında, qeyri-rasional və adekvat cərrahi müalicə olunmamasıdır. Bu günə qədər düz bağırsağ fistullarının müalicəsi problemi həll edilməmişdir. Belə ki, cərrahi müalicənin arzuolunmaz nəticələri 7%-dən 30%-ə qədərdir. Bu vəziyyət xəstəliyin ağır və dayanıqlı gedişi, daxili dəliyin və fistul yolunun lokalizasiyasının, fistul yolunun anatomik xüsusiyyətlərinin (şaxələnmə, əlavə, yan boşluqlar və genişlənmələrin olması və s.) müəyyən edilməsinin çətinlikləri, düzbağırsağ ətrafı yumşaq toxumaların çapıq-fibrotik dəyişiklikləri, gizli irinli sahələrin olması, həmçinin müalicə taktikasının seçilməsinin və operativ üsulun texnikasının çətinlikləri ilə əlaqədardır.

Mürəkkəb lokalizasiyalı (trans-, ekstrasfinkter və supralelevator) pararektal fistullar daha böyük cərrahi problemdir. Bu, ilk növbədə, mürəkkəb pararektal fistullara görə hər bir əməliyyat zamanı, xüsusilə residiv hadisələrində birləşdirici toxuma ilə qismən əvəz olunmuş qapayıcı anal sfinkter aparatının mühüm strukturlarının bu və ya digər dərəcədə zədələnməsi, həmçinin praktik ümumi cərrahların bu patologiya ilə kifayət qədər tanış olmaması ilə əlaqədardır. Digər tərəfdən fistulların təklif edilmiş çoxsaylı operativ ləğvi üsullarının və modifikasiyalarının ara-

sında optimal üsulun (modifikasiyanın) seçiminin aparılmasının çətinlikləri, bəzən ciddi anatomik dəyişikliklərlə əlaqədar mümkünsüzlüyü hesabına xəstəliyin residivi 15-30%, residivlərə görə təkrar əməliyyatlardan sonra qapayıcı aparatın geniş, çox geniş zədələnmələri səbəbindən anal sfinkter çatmazlığı ilə ağırlaşma 4,9-33% arasında dəyişir. Sonuncu mexaniki (motor) və nevrogen mənşəli inkontinensiyanın baş verməsinə səbəb olur.

Digər müəlliflər bu xəstəliyə görə cərrahi əməliyyat olunmuş xəstələrin 6-8%-də anal sfinkter əzələlərinin çatmazlığı, 17-36%-də anal dəlik nahiyəsində diskomfort, 13-20%-də yara nahiyəsində irinli-iltihabi ağırlaşmaların baş verməsini qeyd edirlər [40, 44, 71, 86, 119, 157, 198]. Əksər tədqiqatçıların məlumatlarına görə düz bağırsağın fistulları ilə əlaqədar cərrahi əməliyyatlardan sonra 10-13% xəstələrdə əməliyyat yarasının irinləməsi, 1,5-10,2% hallarda xəstəliyin daha ağır gedişli residivi, 1,5-27,9% hallarda isə anal sfinkter çatmazlığı inkişaf edir [44, 71, 86, 143, 159, 201, 214]. İntra- və transsfinkter fistullara görə cərrahi əməliyyatlardan sonra 1,8-22,4% xəstələrdə anal dəlik nahiyəsində və perianal bölgədə diskomfort halları baş verir [18, 44, 72, 83 98].

Xroniki paraproktitli xəstələrin 30%-dən çoxunda mürəkkəb formalar aşkar edilir. Mürəkkəb fistullar fistul yolunun trans-, ekstrafinkter, hətta suprlevator gedişi, şaxələnməsi, əlavə fistul yollarının, pararektal sahədə yolətrafi irinli boşluqların (abseslərin) olması, yol boyunca genişlənmələrin çapıq mənşəli daralmalarla növbələşməsi, fistul yolunun sklerozlaşması, xüsusi ilə davamlı klinik gedişi və çoxsaylı residivləşmə ilə xarakterizə olunur.

Xroniki paraproktitin xüsusilə əmək qabiliyyətli əhali arasında geniş yayılması, xəstəliyin əzabverici gedişi, cərrahi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin əlverişsiz olması onun müalicəsinə baxışların köklü dəyişikliklərə uğraması ilə nəticələnmişdir. Ona görə də daha mütərəqqi diaqnostika və müalicə üsullarının axtarışı prosesi davam etməkdədir.

Tədqiqatçıların əksər hissəsi anal sfinkter əzələlərinin daxilindən və kənarlarından keçən pararektal fistulları, həmçinin levatorüstü lokalizasiyalı fistulları dərin və ya mürəkkəb pararektal fistullara aid edirlər. Dərinlikdə yerləşdiklərinə, ge-

dişinin anatomik xüsusiyyətlərinə, cərrahi müalicənin çətinliklərinə, xüsusilə müalicənin əlverişsiz nəticələrinin rastgəlmə tezliyinin yüksək həddlərdə olmasına görə mürəkkəb pararektal fistullar klinik cərrahi koloproktologiyanın mühüm problemlərindən biridir. Bu fistulların cərrahi müalicəsinin qeyri-qənaətbəxş nəticələri, müalicədən sonrakı ağırlaşmalar, xəstəliyin yüksək residivvermə tezliyi xəstələri, praktik həkimləri daim narahat edir.

Pararektal fistullar hemorroy, anal dəliyin çatı, proktit, proktosiqmoidit, düz bağırsağın polipləri, şişləri və düz bağırsağın digər patologiyalarından sonra da inkişaf edir. Düz bağırsağın distal şöbələrinin və anal kanalın travmatik, yatrogen, intraoperasion zədələnmələri xroniki paraproktitlə ağırlaşa bilər [7, 123, 198, 227]. Uzun sürən, tez-tez residivləşən və ya kəskinləşən xroniki paraproktitin malignizasiyaya səbəb olması hadisələri müşahidə edilmişdir [1, 12, 13].

Pararektal fistulların, xüsusilə mürəkkəb fistulların kompleks cərrahi müalicəsindən sonra residivvermə halları, əməliyyatdan sonrakı sfinkter çatmazlığı, kobud, deformasiyaedici perianal çapıqlaşmalar, hətta pektenoz kimi əzabverici ağırlaşmaları müşahidə edilməkdədir [15, 27]. Bu ağırlaşmalar fistul yolunun topoqrofo-anatomik müxtəlifliyi, fistul yolunun şaxələnməsi, gedişinin fərqliliyi ilə əlaqədar olaraq operativ müalicə üsullarının çoxluğu, optimal əməliyyat üsulunun seçilməsinin çətinlikləri, seçilmiş əməliyyat üsulunun qeyri-adekvat, mükəmməl icra olunmaması, fistul yolunun, fistulun şaxələrinin, fistulətrafi irinliyin, həmçinin daxili dəliyin tam xaric edilməməsi, xarici və daxili sfinkter əzələlərinin rolunun qiymətləndirilməməsi və ya onların anatomik xüsusiyyətlərinin öyrənilməməsi hesabına ciddi operasion (yatrogen) zədələnmələri, kəsilmələri nəticəsində baş verir. Belə ki, cərrahi əməliyyatdan sonra 3-9% hallarda residivlər meydana çıxır [3, 4, 13, 27, 33, 37,42]. Fistul yolunun sadəliyindən və ya mürəkkəbliyindən, cərrahi əməliyyatın keyfiyyətsizliyi və b. səbəblərdən 4-62% hallarda anal sfinkter çatmazlığı [43] inkişaf edir. Mürəkkəb (trans- və ekstrasfinkter lokalizasiyalı) fistulların operativ müalicəsindən sonra əsas etibarlı ilə anal sfinkter əzələlərinin çatmazlığı baş verir. Bu təbii ki, fistul yolunun sfinkterdaxili (transsfinkter fistullarda) və sfinkterə yaxın (ekstrasfinkter fistullarda) hissələrinin geniş sahədə kəsilməsi və ya zə-

dələnməsi ilə əlaqədardır [8, 44, 48]. Suprlevator gedişli dərin fistullara görə levator əzələsinin bu və ya digər səviyyədə kəsilməsi (zədələnməsi) funksional dəyişikliklərə səbəb olmasa da belə fistullara görə əməliyyat edilmiş xəstələrin anal sfinkter əzələləri differensiasiya olunmadan kəsilir. Belə hadisələr xüsusilə fistul yolunun xarici dəliyə yaxın pararektal hissəsinin sfinkter əzələlərinin yaxınlığından keçdiyi zaman baş verir [11, 39, 182, 203, 248].

Anal sfinkter çatmazlığı xroniki paraproktitin ən ciddi ağırlaşmalarından biridir [8]. Belə ki, anal sfinkter çatmamazlığı baş vermiş xəstələr cərrahi əməliyyatın nəticələrindən daim şikayət edir, əməliyyat keçirilməsindən peşman olduqlarını bildirir və əməliyyatdan sonrakı vəziyyətin ilk əməliyyata qədərki vəziyyətdən daha ağır gedişli, əzabverici olduğunu qeyd edirlər [5, 56, 127, 194, 211, 250].

Fistul yolu boyunca və əməliyyat yarasının yerində, o cümlədən anal dəliyə yaxın sahədə kobud çapıqların və bitişmələrin əmələ gəlməsi xəstələri narahat edən ciddi ağırlaşmalardandır. Kobud, deformasiyaedici, hipertrofik, az hallarda keloid çapıqlar və pektenoz (anal dəliyin müxtəlif səviyyəli daralması) xəstələrin rahatsızlığını daha da artırır. Bu ağırlaşma baş vermiş xəstələrdə anal qaşınma hallarının, perianal ağrı sindromunun, anal çətin daha tez-tez müşahidə edilməsi xəstələrin ümumi vəziyyətini daha da ağırlaşdırır, bir sıra hallarda psixonevrotik dəyişikliklərin (pozğunluqların) inkişafına, hətta əmək qabiliyyətinin itirilməsinə səbəb olur [19, 27, 95, 122, 186, 200, 212].

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və cərrahi müalicədən sonra xəstələrin tibbi reabilitasiyası problemi hər zaman aktuallığını saxlamaqdadır [27, 48, 50]. Bu dövrdə bütün hallarda cərrahi müalicə və tibbi reabilitasiya prosesi infeksiyanın qarşısını almağa, reparativ proseslərin stimulyasiyasına, əməliyyat yarasının sağlamlığının sürətləndirilməsinə, incə çapığın formalaşmasına yönəlməlidir. Bu məqsədlə fiziki və fiziki-yerli müalicə metodlarının səmərəli seçimi və istifadəsi daha məqsəduyğundur. Xüsusilə az intensivlikli lazer şüalarının yerli tətbiqinin nəticələrinin öyrənilməsi, şüa terapiyasının optimallaşdırılması böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqatın məqsədi. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə perioperasion yerli kvant terapiyasının tətbiqi hesabına cərrahi müalicənin və xəstələrin tibbi reabilitasiyasının nəticələrinin yaxşılaşdırılması

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Mürəkkəb pararektal fistulların ənənəvi operativ müalicə üsullarının əlverişsiz nəticələrinin səbəblərinin araşdırılması;
2. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə əməliyyatın hazırlıq dövründə yerli müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və cərrahi əməliyyatın səmərəliliyinin artırılması üçün optimal hazırlığın təmin edilməsi;
3. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə əməliyyat sahəsinin və ətrafının yerli kvant müalicəsi üsulunun işlənilib hazırlanması və onun klinik tətbiqi;
4. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması hesabına xəstələrin erkən tibbi reabilitasiyasının təmin edilməsi.

Elmi yenilik

Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə perioperasion yerli kvant terapiyasının yeri və rolu dəqiqləşdirilmiş, ambulator şəraitdə xəstələrin səmərəli tibbi reabilitasiyasının metodikası işlənmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti: Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrdə əməliyyatın hazırlıq dövrünün gedişinin təkmilləşdirilməsi, perioperasion yerli kvant terapiyası, əməliyyat yarasının yerli müalicəsi nəticəsində xəstəliyin residivləri 7,8%-dən 2,5%-ə, irinli-iltihabi ağırlaşmaları isə 12,3%-dən 4,6%-ə qədər aşağı düşmüş, xəstələrin əmək fəaliyyətindən ayrılmadan qısa müddətlərdə, ambulator şəraitdə səmərəli tibbi reabilitasiyası təmin edilmişdir.

İşin tətbiqi. Tədqiqat işinin nəticələri Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Kliniki Tibbi Mərkəzinin cərrahi şöbələrinin gündəlik praktikasında istifadə edilir. Bu tədqiqat işinin əsas elmi müddəalarına Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrasının tədris prosesində istinad edilir.

Dissertasiyanın müdafiəyə çıxarılan əsas müddəaları:

1. Mürəkkəb pararektal fistulları olan xəstələrin kompleks müalicəsi prosesində perioperasion yerli kvant terapiyasının tətbiqi cərrahi ağırlaşmaların, residivlərin və irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasına, müalicənin yaxın və uzaq nəticələrinin yaxşılaşmasına, stasionar müalicə müddətinin azalmasına səbəb olur;
2. Perioperasion yerli kvant terapiyasının cərrahi əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı hissələrinin ambulator şəraitdə aparılması mümkündür. Belə müalicə xəstələrin əmək fəaliyyətinin dayandırılmamasına, cərrahi müalicə və tibbi reabilitasiya məsrəflərinin azalmasına səbəb olur.

Dissertasiyanın müzakirəsi. Dissertasiyanın ayrı-ayrı fraqmentləri aşağıdakı elmi yığıncaqlarda müzakirə edilmişdir: Professor İ.M. Məmmədovun 80-illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konfrans (Bakı, 1999); IX Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Qastroenterologiya konqresi (Bakı, 2007).

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, uşaq cərrahiyyəsi, travmatologiya və ortopediya, ağız boşluğu və plastik cərrahiyyə kafedralarının, Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Kliniki Tibbi Mərkəzinin əməkdaşlarının iştirakı ilə keçirilmiş elmi konfransda (10 iyun 2013-cü il) ilkin müzakirə olunmuşdur.

Publikasiya. Dissertasiya işinin mövzusunə aid 14 elmi iş (5 məqalə və 9 tezis) dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. İş 150 standart kompüter səhifəsində çap edilmiş, giriş, ədəbiyyat icmal, 5 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat qaynaqlarının siyahısından ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısı 250 mənbəni (Vətən – 25, əcnəbi - 225) əhatə edir. Dissertasiya işi 26 cədvəl və 16 şəkillə illüstrasiya olunmuşdur.

F Ə S İ L I

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN DİAQNOSTİKASI

VƏ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ

(ƏDƏBİYYAT İCMALI)

Mürəkkəb pararektal fistullar haqqında ümumi məlumat

Mürəkkəb pararektal fistullar düz bağırsağ ətrafı yumşaq toxumanın düz bağırsağın mənfəzi ilə əlaqəli xroniki iltihabi prosesidir. Bu xəstəlik kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox yayılmışdır - 3:1 [7], 4,6:1 [7]. Bu nisbət Afrika ölkələrində 8:1 [7], ölkəmizdə isə 3,8-4,0:1-dir [8, 56]. Ewerth S. et al. görə (1978) anusun fistulları 1:10000 nisbətində yayılmışdır. Xroniki paraproktit adətən 20-60 yaşlarında, ən çox 25-45 yaşlarında, tipik olaraq həyatın 4-cü onilliyində rast gəlinir. 60 yaşdan yuxarı şəxslərdə adətən az müşahidə edilir [5, 7]. H.A. Sultanova görə (1996) ölkəmizin hər min kişi əhalisindən 18-19-u, hər min qadın əhalisindən 6-sı bu xəstəliklə xəstədir. Xəstəliyin kişilər arasında daha çox yayılması cinsi fərqlə, qan dövranında cinsiyyət hormonlarının dəyişiklikləri ilə izah edilir. İtlərdə və selikaltı vəziləri insan tipində olan digər heyvanlarda da anal fistullar rast gəlir və erkək heyvanlar arasında dişilərlə müqayisədə xeyli çox müşahidə olunur.

Mürəkkəb pararektal fistullar cərrahi koloproktoloji xəstəliklər içərisində xərçəngdən sonra ən ağırını hesab olunur. Bu fistullar düz bağırsağın bütün fistullarının 30%-ni təşkil etməklə əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi və ya itirilməsinə səbəb olur və xəstələrin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli səviyyədə pisləşdirirlər [32, 40, 94]. Çünki onun residiv verməsi, anal sfinkter çatmazlığı, anal daralma və ya çapıq deformasiyalarına səbəb olan kobud çapıq dəyişiklikləri əmələ gətirməsi və digər ağırlaşmaları xəstələrdə ciddi rahatsızlıq doğurur, əmək qabiliyyətinə və həyat tərzinə əhəmiyyətli səviyyədə mənfi təsir edir [7, 33, 52, 57,60].

1.1. Mürəkkəb pararektal fistulların etiopatogenezi

Əksər tədqiqatçıların elmi-praktik araşdırmalarının nəticələrinə görə bu xəstəlik kəskin paraproktitdən sonra inkişaf edir [8, 10, 11, 20, 36, 56]. Xəstəliyin kriptozandulyar mənşəli, müstəqil inkişaf edən xəstəlik olmasını iddia edən təd-

qiqaatçılara daha çox rast gəlinir. Belə ki, bir sıra hallarda xəstəliyin kəskin paraproktit mərhələsi olmur və o, birbaşa inkişaf edir. Son illərə qədər bu nəzəriyyəə sabit mövqeyini qorumaqda davam edir. Belə ki, anus fistullarının 90%-dən çoxu kriptozandulyar mənşəlidir və sfinkterdaxili sahədə yerləşmiş infeksiya, daha doğrusu fistulun daxili dəliyi qapı rolunu oynayır. Bu nəzəriyyənin tərəfdarları kəskin paraproktiti fistulun inkişafında aralıq mərhələlərdən biri hesab edirlər: 3-4 sm uzunluqlu anal vəzilərdən başlayan və anal kanalın divarından pararektal sahəyə qədər uzanan ilkin irinli yolun formalaşmasını prosesin ilk mərhələsi, ilk yolun eksudatının və bağırsağ möhtəviyyətinin həmin yolla pararektal sahəyə keçməsinə və orada absesin (kəskin paraproktitin) əmələ gəlməsini növbəti mərhələ, ilk yolun anal fistula çevrilməsini sonuncu mərhələ. Məhz bu baxımdan belə yanaşmanın tərəfdarları absesin açılmasını əməliyyatın mühüm hissəsi, ilk yolun xaric edilməsini isə onun məqsədi sayırlar.

Kriptozandulyar nəzəriyyəyə görə anal kanalın selikli qişasının Morgagni sütunları arasında yerləşmiş anal kriptomlar anal vəzilərlə əlaqəlidir [19]. Аминеv B.A. görə (1975) hər kriptom 6-8 anal vəzi açılır. Onların 70%-nin 1-dən 46-ya qədər şaxələri olur. Bu müəllifə görə çoxşaxəli hadisələr zamanı fistul əmələ gəlməsi ehtimalı yüksəkdir. Adətən, pararektal fistullar az inkişaf etmiş və ya rudimentar kriptomlərdən yox, yaxşı formalaşmış dərin ciblərə malik kriptomlərdən başlayır. Bu vəzilər dairəvi olaraq dişli xətt üzərində intrasfinkterik yerləşirlər [24]. Anal vəzilərin təxminən yarısı daxili sfinkterə [7], hətta onların az qismi xarici sfinkterə [21] sirayət (penetrasiya) edirlər. Anal vəziləri örtən selikli qişa düz bağırsağın selikli qişasından fərqlidir [22].

Anal kanalda 2 tip vəzilər aşkar edilmişdir: sirkumanal və prokdeal. I tip anal vəzilərin iltihabı zamanı səthi, II tip vəzilərin iltihabı zədələnməsi zamanı isə dərin - sfinkterdaxili və ya sfinkterdən kənar fistullar əmələ gəlir. Parks A. fistulun əmələ gəlməsinin bu variantını yüksək dəyərləndirərək, mənfəzi tıxanmış anal vəzin dilatasiyasının fistulun əmələ gəlməsi üçün əsas hesab etmişdir [18]. Lakin bir sıra müəlliflər pararektal fistulların əmələ gəlməsi prosesində anatomik anal strukturların – anal kriptomların və vəzilərin rolunu mühüm hesab etmirlər [86, 97, 121, 156].

Bəzi xəstələrdə həmin strukturların ümumiyyətlə olmaması bu fikri təsdiq edir.

Kəskin paraproktitlərin spontan və ya cərrahi açılması 3 variantdan biri ilə tamamlanır: 1) anal fistulların formalaşması (20%-100%) [25]. 2) residivverən fistulsuz xroniki paraproktitin əmələ gəlməsi və 3) sağalma (52-74%).

A.M. АМИНОВ-ə görə əksər hallarda (75%) pararektal fistul absesin spontan, yalnız 25% hadisələrdə cərrahi açılmasından sonra əmələ gəlir. Quah A. et al. Metaanalitik tədqiqatlarının nəticələrinə görə (2005) absesin açılması və fistul yolunun xaric edilməsindən sonra fistul əmələgəlmə riski aşağı düşür, lakin kiçik inkontinensiya halları isə əksinə, artır.

Əks nəticələr əldə etmiş tədqiqatçılara, xüsusilə [202, 250] perianal abseslər yalnız 26-37% hallarda perianal fistula çevrilirlər. Həmçinin əməliyyat zamanı fistul yolunun axtarışı zamanı cərrah tərəfindən əlavə yalançı yol yaradıla bilər. Əksər abseslərin açılması və adekvat drenajından sonra tam sağalmanın baş verməsinə görə bu müəlliflər anal sfinkterə və kanala əlavə travma verməyi məsləhət görmürlər.

Bir qayda olaraq, bir neçə anal kript iltihabi zədələnməyə məruz qalır. Lakin onlardan yalnız biri, ən çox iltihablaşmış formalaşmaqda olan fistulun daxili dəliyinə çevrilir. Lakin ədəbiyyatda çox nadir hallarda 2 daxili dəliyin rast gəlməsi haqqında məlumatlar da mövcuddur (0,15% [71], 3,7% [86]).

Pararektal fistulun daxili dəliyi adətən, arxa, az hallarda ön, xeyli az təsadüflərdə isə yan kriptlərdə yerləşirlər. Goodsall prinsipinə görə fistulun xarici dəliyi anal dəliyin arxa yarım dairəsində yerləşdikdə daxili dəlik arxa-orta kriptdə lokallaşır.

Bəzi müəlliflər - 24% natamam pararektal fistulların mövcudluğunu qeyd edir və onları abseslərin açılmasının gecikdirilməsi və qeyri-adekvat drenajı səbəbindən abses boşluğunun kobud çarıqlaşmasına görə mənfəzini tutulması ilə əlaqələndirirlər [127, 198]. Nəticədə fistulun düz bağırsaqla əlaqəsi olmur. Digər müəlliflər bu fikri qəti inkar etməklə, bütün vulqar paraproktitlərin bağırsaqla mənfəzi ilə əlaqəsinin olmasını bildirirlər [18, 25]. Onlara görə daxili dəliyin aşkar edilməməsinin səbəbini onun nəcislə tutulması, qranulyasion toxuma ilə müvəqqəti örtülməsi və

qapaq effektində axtarmaq lazımdır. Həmçinin xarici dəlik tutulduqda daxili dəlik müvəqqəti sağala bilər. Bəzən iltihablaşmış kriptlərin şişkinləşməsi kiçik daxili dəliyin ifrat sıxılmasına və örtülməsinə səbəb olur [56]. Pre- və intraoperasion diaqnostikanın keyfiyyətsizliyi də daxili dəliyin müəyyən edilməməsinə səbəb olur.

Pararektal fistullar [47] fərqli səbəblərdən inkişaf edir: 1) işiorektal sahənin yumşaq toxumalarının infeksiyaya qarşı zəif müqaviməti; 2) sfinkter əzələlərinin sıxılması şəraitində fistul yolunun sıxılması və düz bağırsağ möhtəviyyətinin ləngiməsi; 3) sfinkter əzələlərinin yığılmaları və defekasiya hesabına anal kanalın iltihablaşmış yaralarının sağlması üçün sakit şəraitin olmaması; 4) düz bağırsaqla əlaqəli fistul yolunun daimi infeksiyalaşması; 5) bəzi hallarda nəcis və qazların fistul yoluna keçməsi; 6) uzunmüddətli fistul yolunun uclarının epitelləşməsi.

Histoloji müayinələr nəticəsində fistul yollarının divarlarında kobud çapıqlar, fibrozlaşma, ensiz əyri şaxələr, kor ciblər əlavə şaxələnmələr, yad cisimlər, nəcis daşları, venaların mənfəzinin daralması, sklerozu və obliterasiyası, vaskulit, hissəvi epitelləşmiş sahələrlə epiteli dağılmaış sahələrin növbələşməsi halları müəyyən edilmişdir [25, 168].

Tədqiqatçılar fistul yolunun epitelləşməsini sağalmayı əngəlləyən faktor hesab edirlər. Onlar 56% xəstələrdə fistul yolunun epitelləşməsini, 18% hallarda – yad cisim qranulomaları, 50% hadisələrdə isə arterial venaların daralmasını müəyyən etmişlər [67, 158].

Bütün bunlara baxmayaraq xroniki paraproktitlə keçirilmiş kəskin paraproktit arasında əlaqənin olmasını inkar etmək çox çətindir. Bəzi birincili pararektal fistullar (vərəm, aktinomikoz, Kron xəstəliyi mənşəli, dermoid mənşəli) abses inkişaf etmədən əmələ gəlirlər [24, 27, 35].

Pararektal fistullar bir çox hallarda digər proktoloji xəstəliklərlə (hemorroy, anal çat, anal və ya rektal xora, striktura, rektosele və b.) birgə rast gəlirlər. Fistulun əmələ gəlməsində bu xəstəliklərin hər birinin rolu inkar edilmir. Lakin rus alimləri [40, 55] belə əlaqələrin şişirdilməsinin əleyhinədirlər. Bu zaman Kron xəstəliyi ilə fistulların əlaqəsini xüsusi qeyd edirlər. Kron özü (1960) bu xəstəliklə

542 xəstədə 17-43% hallarda pararektal fistula rast gəlmişdir. D.A. Schwartz, C. R. Herdman (2004) düz bağırsağın Kron xəstəliyi zamanı həmin göstəricinin 92% olmasını göstərmişdir.

Parks, Morson Kron xəstəliyi zamanı bu vəziyyəti sfinkter əzələləriarası sahədə anal vəzilərin ətrafında limfoid toxumanın böyüməsi [201], anal kanalın xoralaşmış selikli qişasının çatı fonunda intrasfinkter fistulun əmələ gəlməsi və ya kavernoza xoranın pararektal sahəyə sirayət etməsi ilə əlaqələndirmişlər. Lakin, Kron xəstəliyi fistulların əmələ gəlməsinin olduqca nadir səbəbi hesab edilir [95, 191, 195]. Qeyri-spesifik xoralı kolit ilə 7,5-7,8-dən 30%-ə qədər xəstələrdə perianal fistullar aşkar edilmişdir [101, 193].

Pararektal fistulların etiopatogenezinə vərəmin [27, 35], sifilisin, aktinomikozun, düz bağırsağın və qonşu üzvlərin şiş xəstəliklərinin, dermoid sistlərin, büzdümün epitelial yolunun əhəmiyyətinə xüsusi yer ayrılmışdır [1, 4, 5, 7, 9, 20, 24, 27, 28, 35, 36, 38]. Endemik bölgələrdə fistulların 15%-i vərəm mənşəlidir [12, 131, 207]. S-vari bağırsağın divertikulunun, nazik bağırsağın xəstəliklərinin, xüsusilə Kron xəstəliyinin ekstrasfinkter fistullarla ağırlaşması hadisələri rast gəlməkdədir [8, 10]. Fistulların formalaşmasının digər səbəbləri içərisində aktinomikoz [12], düz bağırsağın və aralığın travması [13], yad cisimlərlə zədələnmələri [14] xüsusi yer tutur. Büzdümün dermoid sistləri, rektumun ikincili sistləri spontan olaraq və ya cərrahi müalicədən sonra anal fistullarla tamamlana bilər [16].

Burada infeksiyanın penetrasiyası baş vermir [19, 58]. Anal kriptlərdə zəif nöqtələr mövcuddur və absesin spontan, yaxud yanlış cərrahi drenajından sonra fistul əmələ gəlir [17]. Anal vəzilərin keçiriciliyinin pozulması və onlarda sekretin ləngiməsi, artmaqda olan vəzidaxili hipertenziya, düz bağırsağın möhtəviyyətinin sinuslara daxil olması paraproktitlərin inkişafında mühüm rol oynayır.

Kəskin paraproktitin xroniki formaya keçməsi xəstələrin həkimə gec müddətlərdə, irinliyin öz-özünə və ya cərrahi üsulla açılmasından uzun müddət keçdikdən sonra müraciət etməsi və cərrahi taktikanın yanlış seçilməsi (infeksiyanın giriş qapısının sanasiyası aparılmadan irinliyin açılması və tualeti ilə məhdudlaşdırılması) ilə əlaqələndirilir [22, 78, 163, 215].

Fistullar tam və qeyri-tam olmaqla 2 yerə ayrılır [5, 29, 172, 205]. Tam fistul 2 və daha çox dəliyin mövcudluğu ilə varakterizə olunur: daxili dəlik – düz bağırsağın selikli qişasında və xarici dəlik(lər) – aralığın dərisində [5, 96, 179]. Qeyri-tam fistullarda (bu fistullar daxili fistullar da adlandırılır) daxili dəlik (düz bağırsağın selikli qişasında) yerləşir, fistul yolu pararektal toxumada kor qurtarır, yəni fistulun xarici dəliyi olmur [5, 29, 205]. Belə fistullar 10% hadisələrdə rast gəlinir [5, 29, 41, 137, 205, 214] və irinlik öz-özünə düz bağırsağın mənfəzinə açıldıqdan sonra formalaşır [5, 29, 172].

Xroniki paraproktitin klinik mənzərəsi birbaşa fistulun mövcudluğu ilə əlaqədardır. Fistul yolundan irinli, çox vaxt pis, üfunətli iyli mayenin xaric olması və onun miqdarı pararektal sahədə irinli boşluğun olması, sonuncunun həcmindən və iltihab dəyişikliklərinin səviyyəsindən asılıdır [3, 49, 61, 94, 137, 192]. Geniş fistul yolundan irinlə yanaşı nəcis və qazlar da xaric olur [1, 17, 61, 187, 196]. Fistul yolu vaxtaşırı olaraq bu və ya digər səviyyədə qapanır, irin laxtası və ya bərk nəcislə, nəcis daşı ilə tutulur. Bu hallarda irinin xaric olması dayanır, nəticədə paraproktit kəskinləşir, sürətlə, qısa müddətlərdə qabarıq yerli iltihab əlamətləri inkişaf edir [19, 35, 76, 181, 208]. Yəni, xroniki paraproktit üçün remissiyaların və kəskinləşmələrin növbələşməsi xarakterdir. Remissiyaların müddəti bir neçə aydan bir neçə ilə qədər davam edir [21, 49, 81, 133, 199]. Remissiya dövründə xəstələri yalnız fistul yolundan axıntı, bir sıra hallarda anus ətrafında dərinin qaşınması, alt paltarın çirklənməsi əlamətləri narahat edir. Ağrılar və digər əlamətlər yalnız kəskinləşmə dövründə meydana çıxır [4, 17, 44, 83, 112, 179, 210], fistul funksiya etməyə başladıqdan, yəni pararektal irinlik boşaldıqdan sonra isə aradan qalxır [5, 19, 72, 189, 212].

Düz bağırsaq fistulları tez-tez proktit, proktosiqmoidit və ya aralığı dərisinin masserasiyası, indurasiyası, qalınlaşması ilə ağırlaşır [7, 16, 38, 127, 180]. Bəzi xəstələrdə düz bağırsağın sfinkter əzələlərinin lifləri birləşdirici toxuma ilə əvəzlənir. Nəticədə sfinkter əzələləri sərtləşir, rigid olur və anal kanalın daralması (pektenoz), bununla bağlı anal sfinkter çatmazlığı, nəcis (daha çox duru və yarımduru nəcis) və qazların saxlanılmaması (anal inkontinensiya) baş verir [9,

52, 95, 146, 202, 246].

Pektenozun inkişafı, anal kanalın divarında çapıq dəyişikliklərinin meydana çıxması xüsusilə mürəkkəb pararektal fistullara xarakterdir. Bu proses dərinləşsə, anal kanalın elastikliyi azalır, onun strikturası əmələ gəlir. Digər tərəfdən xəstəliyin uzun müddətli xroniki gedişi, lənggedişli xroniki irinli iltihab xəstələrin ümumi vəziyyətinin və həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə səbəb olur.

- Xəstəlik [20, 100] 5 ildən artıq davam etdikdə düz bağırsağın fistulunun malignizasiyası hadisələri meydana çıxır. Uzunmüddətli fistulların malignizasiyaya uğraması, yəni karsinomaya transformasiyası ehtimalı mövcuddur [57, 58, 94, 96, 139]. Fistul mənşəli şişlərin 40%-i kolloid, 35%-i pulcuqlu, 25%-i adenokarsinoma olur.

Düz bağırsağın fistullarının anatomik təsnifatları fistul yolunun anal sfinkter əzələlərinin liflərinə münasibətinə görə işlənmişdir: intrasfinkter, transsfinkter və ekstrasfinkter formaları. St. Marks xəstəxanasında (Böyük Britaniya, Harrow, Middlesex) anal fistullara görə cərrahi müalicə olunmuş 400 xəstənin anatomik məlumatlarına əsaslanmaqla Parks A.G. anatomik təsnifat təklif etmişdir (1976) [34, 35]. Sadə fistulda 1 daxili anal və ya rektal, 1 xarici dəlik olur. Daxili dəlik mövcud olmazsa sadə yol sinus adlanır. Bu təsnifata görə ana fistulun gedişi əsasında intrasfinkter, transsfinkter, suprasfinkter və ekstrasfinkter fistullar ayırd edilir.

İntrasfinkter fistullar zamanı fistul yolu tamamilə sfinkterdən içəridə - sfinkter əzələsi ilə aralığın dərisi və/və ya düz bağırsağın selikli qişası arasında yerləşir. Bu fistulların rastgəlmə tezliyi 25-35% həddlərindədir [5, 46, 124, 213]. Transsfinkter gedişli fistullar sfinkter əzələlərinin daxilindən, ekstrasfinkter lokalizasiyalı fistullar isə sfinkter əzələlərindən kənarlarından keçir və aralığın dərisində qurtarır [5, 94, 142, 195]. Transsfinkter fistullar 40-45%, ekstrasfinkter fistullar 15-25% xəstələrdə rast gəlir [5, 86, 132, 193]. Xroniki paraproktitli xəstələrin 1-2%-də daha dərin və mürəkkəb gedişli supralelevator (levatorüstü) fistullar da müşahidə edilir [36, 144, 181].

İntrasfinkter fistullar dərialti-selikaltı lokalizasiyalı olmaqla sadə fistullara, digər gedişli və lokalizasiyalı fistullar, o cümlədən oturaq-düz bağırsaqlar, çanaq-düz bağırsaqlar formaları dərin, yuxarı, kompleks və ya mürəkkəb pararektal fistullara aid edilir [19,56].

İntrasfinkter fistullar dərialtı və/və ya selikli qişaalıtı sahədə, trans- və ekstrasfinkter gedişli fistullar isə işiorektal və pelviorektal sahələrdə qurtarırlar (mürəkkəb fistullar) [12, 46, 91, 135, 193].

Fistul yolu ətrafı irinli boşluqlar) yolun gedişinə uyğun olaraq intrasfinkterik, işiorektal, retrorektal və supralelevator sahələrdə yerləşir və həmişə fistul yolu ilə əlaqəli olur. Parks A. supralelevator abseslərin çanaq üzvlərinin xəstəliklərindən, intrasfinkter və ya transsfinkter fistulun yuxarıya (çanağa) doğru uzanmasından qaynaqlandığını bildirmiş və on(lar)un açılmasından əvvəl fistulun kökünün tapılmasının zəruriliyini qeyd etmişdir [34].

Rentgenoloji (fistuloqrafiya müayinəsi) müəyyən edilmiş əlamətlərinə görə sadə və mürəkkəb fistullar mövcuddur [19, 73]. Sadə fistullar düzxətli, mürəkkəb fistullar isə əyrixətli, dizşəkili, nalşəkili, sınıqşəkili, spiralsəkili, qurşaqsəkili, şaxəli və şaxəsiz, boşluqla əlaqəli və ya əlaqəsiz formalarda olur.

Mürəkkəblik və ağırlıq dərəcəsinə görə pararektal fistulları yüngül, orta və ağır dərəcəli fistullara bölünür [18]. Sfinkter əzələlərinin daxilindən və xaricindən keçən fistullar mürəkkəb pararektal fistullara aiddir.

Fistulun daxili dəliyinin lokalizasiyasına görə ön, arxa və yan fistullar ayırd edilir [40]. Dəliyin çox vaxt yan tərəfə açılmasını 1977-ci ildə Marks C.C. göstərmişdir. Bu müəllifə görə fistul yolu 99% hallarda orta xəttə arxadan keçməklə düz bağırsağa açılır. 16% hallarda fistulun xarici dəliyi olmur, 14% hallarda isə anorektal fistullar anal çatlarla, 7-8% hallarda isə hemorroyla birgə təsadüf edir [64]. Hər 3 xəstəliyin bigə rast gəlməsi hadisələri də müşahidə edilir.

Anal fistulu olan xəstələrdən 70%-də anorektal abses müəyyən olunmuşdur. Perianal abses adətən fistulun formalaşmasından bir neçə il əvvəl meydana çıxır. Abseslə birgə fistullar ən çox sfinkterdaxili yerləşir. Bu həmin nahiyəyə yaxın selikli qişanın anal vəzilərinin və kriptlərinin infeksiyalaşması ilə əlaqədardır. Bəzi

hallarda pararektal fistullar anal vəzilərin limfadenitindən sonra inkişaf edir. Anusu qaldıran əzələnin üstündə yerləşmiş xroniki abseslər çox zaman çanaq absesi ilə ağırlaşır. Bu gələcəkdə sfinkterdaxili, işiorektal abseslərin meydana çıxmasına, nəticədə sfinkterdən xaric fistulun əmələ gəlməsinə səbəb olur [56]. Belə lokalizasiyalı abseslərin əmələ gəlməsində və ağırlaşmasında bəzən kəskin appendisit, piosalpingit, yoğun bağırsağın divertikulları, iltihabi xəstəlikləri və çanaq üzvlərinin şişlərinin rolu böyükdür. Pararektal fistulların əmələ gəlməsində aralığın travmaları da xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Yoğun bağırsağın Kron xəstəliyi olan xəstələrin 20%-də sfinkterxarici və sfinkterdən keçən fistullar [81-83], rektal bölgənin vərəmindən sonra isə pararektal fistullar 5% hallarda əmələ gəlir. Bu immunosupressiv müalicə alan vərəmli xəstələrdə qeyri-aktiv infeksiyanın aktiv formaya keçməsi nəticəsində fistulun əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Pararektal fistulun əmələ gəlməsində zöhrəvi xəstəliklərin sifilis, QİÇS, limfoqranulömatozun rolu sübut edilmişdir. Bu xəstəliklər də fistul ilə ağırlaşır [91].

Mürəkkəb pararektal fistulların əmələ gəlməsi, onların residiv vermə ehtimalı ağ çörək, meyvə və bitki mənşəli qida qəbul edən şəxslərdə anal nahiyəyə pis qulluq edən şəxslərdə daha böyükdür [93].

Xroniki pararektal fistullu şəxslər istər mənəvi-psixoloji, istər gigiyenik cəhətdən böyük əzab çəkirlər. Xəstələrin çoxunda fistulun xarici dəliyindən ifrazatın axması, ağrı, şişkinlik əlamətləri qabarıq olur.

1.2. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikası

Klinik müayinənin ginekoloji vəziyyətdə uzanmış xəstə üzərində aparılması daha məqsədə müvafiqdir. Klinik situasiyadan asılı olaraq müxtəlif vəziyyətlər (diz-dirsək, sol yan, sağ yan) təklif edilmişdir. Goodsall qaydası daxili dəliyin lokalizasiyası haqqında təxmini fikir yürütməyə imkan verir [43]. Bu qaydaya görə fistul yolunun xarici dəliyi xəyali köndələn anal xəttin arxasında yerləşərsə, daxili dəlik orta xəttin arxasına açılır. Daxili dəlik həmin xəttədən öndə yerləşdikdə isə fistul yolları radial istiqamətli olur. Daxili dəlik anal kanalın digital müayinəsi, rektal güzgü ilə baxış və ya xarici dəlikdən fistul yoluna hidrogen peroksid (me-

tilen abısı) yeridilməklə müəyyən edilir [45, 76]. Daxili dəliyin lokalizasiyasının müəyyənləşdirilməsi baxımından hidrogen peroksid və ya metilen abısı installyasiyasının rolu Goodsall qaydasından üstündür [47].

B.S. Ginqold (1983) fistul yolunu fizioloji məhlulu irriqasiya etməyi təklif etmişdir. Bu zaman incə angiokateter fistul yolunun xarici dəliyinə salınır, fizioloji məhlul, analoji məqsədlə metilen abısının 2-3%-li hidrogen-peroksid məhlulu ilə qarışığı, zəif kalium permanqanat məhlulu fistul yoluna yeridilir [1, 4, 8, 12, 15, 133, 134]. Bu müayinəni retroqrad istiqamətdə də aparmaq mümkündür.

Fistul yolunun gedişinin, lokalizasiyasının öyrənilməsində fistuloqrafiya mühüm diaqnostika üsuludur. Lakin 20% hallarda fistul yolunu bu üsulla təyin etmək olmur. Ona görə də sonuncu onillikdə endorektal ultrasonoqrafiya üsulu istifadə edilir.

Sadə pararektal fistullardan fərqli olaraq mürəkkəb fistulların, əlavə şaxələrin və fistullarla əlaqəli abseslərin diaqnostikasında bu müayinə üsulları yetərsizdir. Yalnız onların nəticələri əsasında aparılmış cərrahi əməliyyatlar radikal olmur və uğursuzluqla nəticələnir [5, 124, 191, 210]. Bu nöqtəyi-nəzərdən vizualizasiya üsullarının diaqnostik rolu əvəzsizdir. Həmin üsullara fistuloqrafiya, endoanal ultrasəs (EAUS) müayinəsi, maqnit-rezonans tomoqrafiyası, qismən kompüter tomoqrafiyası aiddir [39, 75, 92, 127, 181, 200, 214]. Sonuncu üsul çanaqdaxili proseslərin (pelvik abses) diaqnostikasında mühüm yer tutur. Lakin bu müayinə zamanı fistul yolunun özü vizualizasiya edilmir [56].

Fistuloqrafiya sadə müayinə üsuludur, yalnız təxminən 80% hallarda doğru informasiya əldə etməyə imkan verir [57]. Rentgenkontrast maddə fistul yolunun az bir hissəsini doldurur, yolun sfinkter əzələlərinə münasibəti müəyyən edilmir (56). Sfinkter görünmədiyi üçün fistulun tipi aydın olmur, və təbii olaraq cərrahi üsulun seçimi və əməliyyatın həcmnin müəyyən edilməsi çətinləşir.

EAUS müayinəsi fistul yolunun sfinkter əzələsinə münasibətinin, irinli boşluqların diaqnostikasında mühüm rol oynayır [27, 94, 137, 149, 172, 195, 206]. Müayinənin fistul yoluna kontrast maddə (hidrogen peroksid, levovist) yeridilməsi

şəraitində aparılması diaqnostikanın keyfiyyətini xeyli artırır [53, 69, 72]. Bu müayinə sfinkter əzələlərinin anatomik vəziyyəti, çapıq dəyişiklikləri haqqında dolğun informasiya əldə etməyə imkan verir. Lakin MRT məlumatları ilə müqayisədə hətta 3D görünüşlü hidrogen peroksidlə EAUS müayinəsinin məlumatları azinformativdir [74]. Bundan başqa diaqnostikada kompüter sfinkterodefekometriya da istifadə edilir.

MRT müayinəsi fistul yolunun əməliyyatını təsniflənməsində 94% dəqiqliyə, 97% həssaslığa və 100% spesifikliyə malikdir [51]. Daxili dəliyin diaqnostikasında EAUSM 91%, MRT 97% dəqiqliyə malikdir [67].

1.3. Mürəkkəb pararektal fistulların müasir müalicə prinsipləri

Xroniki mürəkkəb pararektal fistullara görə xəstələrin dəfələrlə cərrahi əməliyyata məruz qalması, əməliyyatdan sonrakı anal sfinkter çatmazlığı, perianal nahiyənin xroniki masserasiyası, fasiləli ağrıların olması xəstələrə əzab verir, onların əmək qabiliyyətini aşağı salır. Bu fistulların 1,5%-ə qədəri isə malignizasiyaya uğrayır [57, 58, 90, 94, 95]. Belə vəziyyət xəstələrin əlillik səviyyəsini artırır.

Düz bağırsağın əksər xəstəlikləri ambulator şəraitdə konservativ müalicə olunur [2, 12, 22, 52, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109]. Konservativ müalicə üsulları içərisində A.B. Вишневски-nin novokain blokadası mühüm yer tutur. A.B. Вишневски И.М. Сеченов, С.Р. Боткин, И.Р. Павлов-un nevroizm təliminə əsaslanaraq və sinirlərin zəif qıcıqlanmasını müalicəvi amil sayaraq müəyyən fikirlər irəli sürmüşdür. Bu fikirlərə əsaslanaraq pararektal fistulların müalicəsində presakral və fistulətrafi novokain blokadasını tətbiq etmişlər [11, 25,51]. Lakin bu müalicə 30-40% hallarda mənfi nəticələnir.

Kəskin paraproktitin xroniki paraproktitlə yekunlaşması xəstələrin 22-66%-də baş verir [83, 94]. İntersfinkterik irinli boşluğun açılmasından və drenajından sonra inkontinensiya riski olduqca aşağıdır [88]. Fistulotomiya və ya boşluğun açılması əlverişli müalicə üsuludur. Çünki fistulektomiya ilə müqayisədə toxumaların zədələnməsi az olur və sağalma etibarlılığı ilə seçilir [90, 91].

Düz bağırsağ fistullarının radikal müalicəsi metodu yalnız cərrahidir. Bu günə qədər 100-dən artıq cərrahi müalicə üsulu işlənmişdir [19,24,30,70, 82, 104, 197, 201, 209]. Çoxsalı operativ müalicə üsulları və ayrı-ayrı klinikalarda tətbiq edilən ən yeni cərrahi üsullar, cərrahi modifikasiyalar operasiya üsulunun seçilməsi prosesində unifikasiya olunmuş vahid kompleksin və hamılıqla qəbul edilmiş sadələşdirilmiş taktikanın olmaması mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin əlverişsiz nəticələrində əks olunur. Ona görə də əksər müəlliflər ilk xəstəliyin – kəskin paraproktitin, xüsusilə onun ağırlaşmış formalarının rəşional müalicəsinin, keyfiyyətli açılmasının, sanasiyasının və adekvat drenajının vacibliyinə xüsusi diqqət yetirirlər. Bu baxımdan mürəkkəb pararektal fistulların müalicə üsulunun seçiminin differensə olunmuş alqoritminin işlənilməsi, seçilmiş üsulun etiopatogenetik əsaslandırılması və keyfiyyətli, adekvat tətbiqi yaxın və uzaq nəticələri əhəmiyyətli səviyyədə yaxşılaşdırıla bilər.

Fistulektomiyanın yerinə yetirilməsinin aşağıdakı ümumi prinsipləri qəbul edilmişdir [146]:

- fistul yolunun anatomik aşkar olunması;
- fistul yolunun ikincili genişləndirilməsi;
- irinin xaric olunması və adekvat drenajı;
- fistul yolunun kəsilməsi və xaric edilməsi.

Dərində yerləşmiş trans-, ekstrasfinkter və supraleuator fistullar zamanı cərrahlar daha çox 4 cərrahi əməliyyat növündən birinə üstünlük verirlər: 1) fistul yolunun kəsilməsi, xaric edilməsi, aralıq tərəfdən onun güdülünün tikilməsi və nəhayət dozalaşdırılmış arxa sfinkterotomiya - ikivariantlı A.H. Рыжих əməliyyatı; 2) fistul yolunun kəsilməsi, xaric edilməsi, anal kanalın selikli qişasının yerdəyişməsi (dislokasiyası); 3) fistul yolunun kəsilməsi, xaric edilməsi və sfinkter əzələsinin tikilməsi və 4) fistul yolunun kəsilməsi, xaric edilməsi və qalıq kanalın liqatura ilə bağlanması[16, 18, 99, 103, 207]. A.H. Рыжих metodu, o cümlədən liqatura üsulu qeyri-radikallığı ilə fərqlənir, anal sfinkter əzələlərinin postoperasion çatmazlığı riskinin yüksək olması ilə seçilir.

Anorektal fistulların müalicəsində Qabriel üsulu mühüm yer tutur [146]. Lakin bu üsul səthi, dərialtı və selikaltı fistulların müalicəsində böyük əhəmiyyət kəsb edir. Trans-, ekstrasfinkter formalı mürəkkəb fistullarda A.H. Рыжих üsuluna daha böyük üstünlük verilir. Bu üsulda anal sfinkter vertikal istiqamətdə ön və ya arxa aralıq tikişi boyunca hissəvi kəsilir. Bu zaman sfinkter əzələsinin kəsilməsində məqsəd onun daim tonik və spastik təqəllüsünün qarşısını almaq, fistul yolunun sağlması üçün sakit şərait yaratmaqdan ibarətdir. A.H. Рыжих kişilərdə ön, qadınlarda isə arxa-hissəvi sfinkterotomiya əməliyyatını məsləhət görür. Gordan P.H. (1976, 1985) sfinkterdən xaric fistullarda fistul yolunun radikal xaric edilməsini, yaranın kor bağlanması və ya selikli qişanın endirilməsini tövsiyə etmişdir [32, 53]. Lakin çoxsaylı eyniadlı fistullarda bu cərrahi üsuldan sonra çoxlu residivlər meydana çıxmışdır [90, 128].

Hippokrat bu patologiyanın aradan qaldırılmasında cərrahi müalicəyə üstünlük vermiş, fistul yoluna sap (liqatura) keçirməklə perianal toxumanı bağlamışdır. Bu zaman sap toxumaları tədricən kəsir, fistulu açıq yaraya çevirir, və beləliklə, yara qranulyasiyon toxuma əmələ gəlməklə sağalır. Lakin bu üsul fistul yolu qısa olduqda istifadə olunur. Uşaqlarda qanaxma təhlükəsi olduğu üçün həmin üsulun tətbiqi məqsədə müvafiq deyildir.

Bu gün bir çox müəlliflər sfinkter daxili və sfinkter xarici fistulların cərrahi müalicəsində liqatura üsulundan istifadə etməyi məqsədəuyğun hesab edirlir. Son illər kəsici liqatura üsulu kövşək liqatura (seton, fitil) texnikası ilə əvəz edilməkdədir. Sonuncu texnikanın tətbiqi zamanı xarici sfinkter əzələsi daha yaxşı qorunur. Əlverişli nəticələr 44-86% təşkil edir [159, 160, 163, 164, 165]. Amma bu üsulun tətbiqindən sonra residivvermə, anal sfinkter əzələlərinin çatmazlığı, kobud çarıqların əmələ gəlməsi ehtimalı çox böyükdür.

Fistul yolu kəsilməklə xaric edildikdən sonra selikli qişanın yerdəyişməsi (endirilməsi) zamanı dərinləşməkdə davam edən mikrosirkulator pozğunluqları hesabına yerdəyişmiş (endirilmiş) hissənin nekrozu, nekrozdən sonrakı kobud çarıq dəyişiklikləri, sağalma hadisələrində isə yüksək retraksiya ehtimalı saxlanılır. Digər hadisələrdə selikli qişanın köçürülmüş parçasının (loskutunun) anal kanalın çarıq

dəyişiklikləri inkişaf etmiş divarı ilə qeyri-adekvat bitişməsi hallarında daxili dəliyin plastikasının çatmamazlığı baş verir, köçürülmüş loskut qopur, son nəticədə patologiyanın residivi ortaya çıxır. Мансуров Ю.В. и соавт. görə (2007) aralığın qabarıq çapıq-fibrotik deformasiyalı, çoxsaylı süzgəcəbənzər xarici dəliklər, dərialtı, toxumaarası irinli boşluqlar əməliyyatı adekvat icra etməyə, patoloji dəyişmiş toxumaları radikal xaric etməyə və ən nəhayət, yara defektini keyfiyyətli qapamağa imkan vermir. Yəni mövcud operativ müalicə üsulları qalıq boşluğun (yolun) adekvat qapadılmasını, xüsusilə qalıq boşluğun, anal kanalın (düz bağırsağın) divarının və yara defektinin revaskulyarizasiyanı təmin etmir.

Wite-Heyt operasiyası zamanı fistul yolunun daxili dəliyi düz bağırsağın selikli qişasının aşağı endirilməsi yolu ilə qapadılır. Джанелидзе Дж.Дж. 8 belə operasiya icra etmişdir. O, bütün hallarda fistul yoluna toxunmamışdır. 1912-ci ildə Eltink A.W. həmin operasiyanı müvəffəqiyyətlə həyata keçirmişdir. 1933-cü ildə Leninqrad (Sankt-Peterburq) cərrahlar cəmiyyətinin iclasında İ.İ. Qrekov bu əməliyyatın çoxsaylı fistullarda, S.S. Kuzin isə vərəm mənşəli fistullarda tətbiqini məqsəduyğun olmasını bildirmişlər.

Sonralar infeksiyanın retroqrad inkişafını və submukoz kəskin abseslərin əmələ gəlməsinin səbəbi bu əməliyyatla əlaqələndirilmişdir [25, 56]. Lakin 60-cı illərdə bəzi cərrahlar [12, 147,151] bu əməliyyatın yeni modifikasiyalarını hazırlamış, yəni selikli qişanın yuxarıdan aşağıya yox, yana doğru dislokasiyasını məsləhət görmüşlər.

Bəzi tədqiqatçılar sfinkterətrafi kövşək toxumanın infeksiyalaşmasını nəzərə alaraq, fistulun daxili sfinkter hissəsinin anal vəzilər və kriptilərlə birlikdə xaric edilməsini məsləhət görmüşlər [76,87].

Operativ texnikanın təkmilləşməsinə, yeni-yeni cərrahi müalicə üsullarının istifadəsinə baxmayaraq residivlərin, xüsusilə ASC hadisələrinə rast gəlinir. Mürəkkəb pararektal fistulların mövcud cərrahi müalicə üsullarının əksəriyyəti (sfinkterotomiya ilə birgə fistul yolunun kəsilməsi, selikli qişanın transpozisiyası, ənənəvi liqatura və ya seton (fital) üsulu) əlverişli nəticələri ilə yanaşı texniki cəhətdən çə-

tinliklə, və yalnız yüksək ixtisaslı koloproktoloqlar tərəfindən yerinə yetirilə bilər. Konkret olaraq, bu üsulların bir çoxunun [16, 18,69,76, 196] tətbiq dairəsi məhduddur. Operativ müdaxilələrin ayrı-ayrı fraqmentlərinin təkmilləşdirilməsi və bəzi texniki aspektlərinin yenidən işlənilməsi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyini aşağı salsada da cərrahi koloproktoloji praktikada bu günə qədər istifadə olunan cərrahi əməliyyat üsulları keyfiyyətli sağalma ilə nəticələnmiş [5, 20, 105, 200, 206, 228]. Təklif edilən cərrahi əməliyyatların, onların modifikasiyalarının, metodikalarının sayı durmadan artır, cərrahi koloproktoloji təcrübəyə çoxsaylı yeni texnologiyalar (lateks liqaturalar, yapışqanlı kompozisiyalarla plomblama, nikel-titan sancaqlarla klippləmə, mexaniki fistulektomiya və b.) daxil olur, presizion texnika tətbiq etməklə mürəkkəb plastik əməliyyatlar (auto-, allotransplantlarla proktoplastikanın müxtəlif variantları) yerinə yetirilir. Lakin cərrahi müalicənin əlverişsiz nəticələrinin azalması baş vermir. Hətta ixtisaslaşmış cərrahi koloproktoloji mərkəzlərin və şöbələrin nəticələri də qənaətbəxş deyildir: düz bağırsağın ekstrasfinkter fistullarının residivi 2-11,7%, ASC isə 14,6% hallarda rast gəlməkdə davam edir [100, 116, 190, 201, 220, 224]. Fistulotomiyadan sonra isə residivver-mə halları 0-26% arasında dəyişir [2, 108, 109] və müşahidə müddəti artdıqca, xüsusilə yüksək fistul yollarında bu göstərici daha da artır [4]. Residiv əmələ gəlməsinin səbəblərinə ilk olaraq at nalı tipində fistul və yüksək fistullar, daxili dəliyin müəyyən edilməməsi, və təbii ki, əməliyyatı icra edən cərrahın ixtisas səviyyəsi aiddir [2, 111, 112].

Belliveau P. et al. (1983) fistulektomiyadan sonra sfinkter çatmazlığının və kobud çapıqların əmələ gəlməsini göstərir. Ona görə də əməliyyatdan sonrakı dövrdə tibbi reabilitasiya bu gün də öz əhəmiyyətini saxlamaqdadır. Y.V. Dulsevə görə fistulektomiyadan sonra 8-12% xəstələrdə yaraların ikincili sağalması və bu fonda kobud çapıq toxumasının inkişafı baş verir və anal sfinkterin zəifliyi meydana çıxır [68, 69]. Bu dövrdə infeksiyanın qarşısını almağa, reparativ prosesləri artırmağa, yaranın sağalmasını sürətləndirməyə, incə çapığın əmələ gəlməsinə çalışmaq lazımdır [1, 10, 78, 114, 150, 157, 216, 233].

Ötən əsrin sonuncu onilliyində fistulların müalicəsi prosesinə fibrin tıxac texnikası daxil olmuşdur. Fibrin tıxac qandan ayrılmış fibrinogenlə (XIII faktor) trombin və kalsium xlorid məhlulunun qarışması nəticəsində əmələ gəlir. Bu məhlullar fistul yoluna yeridildikdə kollagenlə təmas anında sonuncuya yapışır, ayrıca fibrin tor əmələ gətirməklə fistul yolunu qapayır. Nəticədə mikroba kontaminasiyasının və irinin yayılmasının qarşısı alınır. Fibrin tıxac istifadəsi bəzi müəlliflərə görə bütün fistulların müalicəsində yüksək nəticələr əldə etməyə imkan vermiş [170, 177], digərlərinin məlumatlarına görə isə 100% təsirsiz olmuşdur [171]. Yüksək daxili dəlik və qısa fistul yolu zamanı fibrin tıxacla qapama xeyli effektivdir [173, 174]. Araşdırmaçıların əksəriyyəti fibrin tıxac istifadəsindən bilavasitə əvvəl fistul yolunun kuretajının aparılmasını məsləhət görürlər [71, 175, 178, 236, 244].

Randomizə edilmiş bir tədqiqatda fibrin tıxacın sadə fistullarda əhəmiyyətsizliyi, mürəkkəb fistullarda isə əksinə konvensial müalicə (fistulotomiya və ya kövşək liqatura (seton) sonrası selikli qişanın dislokasiyası) ilə müqayisədə böyük üstünlükləri göstərilmişdir [179]. Lakin fibrin tıxacla müalicə sadə olmasına baxmayaraq daxili dəliyin qapanmasını təmin etmədiyinə görə kombine şəkildə daxili dəlik kəsilərək tikildikdə və ya selikli qişanın endirilməsi yolu ilə qapadıldıqda klinik nəticələr daha əlverişli olur [182, 183].

Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsindən sonra kompleks şəkildə, müxtəlif yerli və fiziki metodların müştərək tətbiqi tövsiyyə edilir. İrinli yaraların yerli müalicəsi üçün çoxlu sayda antibakterial, antiseptik, ferment və reparativ prosesləri stimullaşdırıcı preparatlar məlumdur [62, 90, 114]. Son vaxtlar stafilokokklərin, qram-mənfi mikrofloranın (protey, bağırsağ cöpləri, göy-yaşıl irin cöpləri və s.) əksər antibiotiklərə və antiseptiklərə qarşı rezistentliyi artmışdır. Ona görə də irinli yaraların cərrahi müalicəsində yerli fiziki metodlara üstünlük verilməkdədir: antiseptik məhlulunun şırnağı ilə yaranın işlənməsi [121, 139, 234], idarə olunan antibakterial mühitin tətbiqi [100], yaranın antiseptiklə yuyulması [83, 139, 177], Helium plazması ilə yaranın işlənməsi [75], lazer şüalarının təsiri [35, 82, 141, 158, 166, 181], gel sorbentlərin tətbiqi və s..

Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi əməliyyatdan sonrakı dövrdə yerli müalicə məqsədi ilə az intensivlikli lazer şüalandırılması klinik praktikada demək olar ki, istifadə edilmir. Odur ki, fistulektomiyadan sonrakı dövrdə məlhəmlərlə birlikdə lazer şüalandırılmasının kompleks istifadəsi cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırılmasına səbəb ola bilər.

Bu xəstəliyin müalicəsi problemi bu günə qədər aktuallığını itirməmiş, yeni, daha səmərəli cərrahi müalicə üsullarının axtarışı, mövcud cərrahi əməliyyat üsullarının, onların modifikasiyalarının təkmilləşdirilməsi ilə yanaşı perioperasion müalicə taktikasının da təkmilləşdirilməsini gündəmə gətirmişdir.

1.4. Əməliyyat vaxtı və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və onların profilaktikası

Mürəkkəb pararektal fistullar dərin toxumalarda yerləşdiklərinə və sfinkter əzələlərindən və ya onların yaxınlığından keçdiklərinə görə cərrahi əməliyyat vaxtı meydana çıxan texniki çətinliklərə, həmçinin cərrahi əməliyyat üsullarının mürəkkəbliyinə, xüsusiyyətlərinə və cərrahların peşəkarlıq səviyyəsinə əsaslanan ağırlaşmalar baş verir. Bu ağırlaşmalar içərisində intraoperasion qanaxmalar üstünlük təşkil edir. Pararektal sahənin bir neçə mənbədən (xarici qalça arteriyaları, daxili qalça arteriyaları) zəngin qan təchizatı belə qanaxmaları şərtləndirən əsas amillərdəndir. Təkrar əməliyyat zamanı çapıq dəyişiklikləri, bitişmələr və deformasiyalar, bu bölgənin anatomik dəyişiklikləri qanaxma riskini daha da artırır. Pararektal sahənin normal və dəyişilmiş anatomik-topoqrafik xüsusiyyətlərinin öyrənilməməsi və ya onlara riayət edilməməsi qanaxma ehtimalını yüksəldən faktorlara aiddir. Qanaxmanın mexaniki və (və ya) elektrotermik dayandırılması vaxt itkisinə, əməliyyatın müddətinin uzanmasına və əməliyyatın daha çətin mərhələlərinin qanlı şəraitdə yerinə yetirilməsinə səbəb olur. Qanaxmanın dayandırılması prosesinin özü də bir sıra çətinliklərlə xarakterizə olunur. Qanaxan damarların dərialtı piy qatının içində gizlənməsi, qurutma anından dərhal sonra əməliyyat sahəsinin ani müddətlərdə qanla tam dolması belə çətinliklərə aiddir.

İntraoperasion ağırlaşmalar içərisində düz bağırsağın distal hissəsinin və sfinkter əzələlərinin zədələnməsi təhlükəli ağırlaşmalarla nəticələnir. Düz bağırsağın distal hissəsinin zədələnmələri pararektal sahənin fleqmonası, absesi ilə tamamlanır. Bu bölgənin infeksiyaları içərisində anaerob flora (qeyri-klostridial və klostridial) adətən üstünlük təşkil edir. Anaerob infeksiyanın qoşulması riskinin mövcudluğu problemin təhlükəliliyindən xəbər verir.

Düz bağırsağın sfinkter əzələlərinin bu və ya digər səviyyədə zədələnməsi, kəsilməsi anal sfinkter çatmazlığı kimi əzabverici ağırlaşma ilə nəticələnir. I dərəcəli ASC xəstələri bir o qədər narahat etmir və onların əmək qabiliyyətini pozmur. Lakin orta (II) və ağır (III) dərəcəli ASC xəstələri bir qayda olaraq cəmiyyətdən təcrid edir, onların əmək qabiliyyəti itir və həyat keyfiyyəti aşağı düşür.

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar içərisində yaranın irinləməsi, yeni pararektal irinliklərin formalaşması, perianal ağrı sindromu, qaşınma və aralığın dərisinin masserasiyası ilə bağlı dəri xəstəlikləri xüsusi çəkiyə malikdir.

Cərrahi əməliyyat adekvat yerinə yetirildiyi və virulent, xüsusilə anaerob infeksiyanın qoşulmadığı hallarda yaranın irinləməsi çətinliklər yaratmır, əksər xəstələrdə yerli fiziki və farmakoloji vasitələrlə müalicə olunur. Assosiativ, çarpaz infeksiyalar zamanı və üzülmüş xəstələrdə etiopatogenetik yerli müalicə, yaranın təkrar cərrahi işlənməsi, digər mühüm yerli müalicə vasitələri ilə yanaşı ümumi müqavimət artırıcı, immunstimuləedici kompleks müalicə zərurəti yaranır.

Pararektal sahədə təkrar əmələ gəlmiş irinliklərin düz bağırsaqla əlaqəsi aydınlaşdırıldıqdan sonra təkrar cərrahi əməliyyat məsələsinə baxılmalıdır.

Orta və ağır dərəcəli ASC ixtisaslaşmış cərrahi koloproktoloji müəssisələrdə təbii olaraq ağır, mürəkkəb korreksiyaedici cərrahi əməliyyat(lar) tələb edir.

Perianal ağrı sindromu, qaşınma və aralığın dərisinin masserasiyası ilə bağlı dəri xəstəlikləri müvafiq ixtisaslı həkimlərlə (nevropatoloq, dəri-zöhrəvi həkimi) birgə müalicə aparılması zərurətini meydana çıxarır.

1.5. Cərrahi koloproktoloji praktikada anal inkontinensiya problemi və onun kompleks korreksiyası

Yüksək (dərin) lokalizasiyalı trans və ekstrasfinkter, həmçinin supralelevator fistulların mövcudluğu pararektal toxumada yerli infiltrativ dəyişikliklərin və irinli boşluqların formalaşması ilə, son nəticədə xəstəliyin fasiləsiz, davamlı gedişi və iltihab prosesinin tez-tez baş verən kəskinləşməsi, həmçinin ağır yerli dəyişikliklərin inkişafı, anal kanalın və aralığın çapıq deformasiyaları ilə yekunlaşır. Sonuncunun hesabına arxa dəliyi sıxan əzələlərin çapıq dəyişiklikləri və təbii olaraq, düz bağırsağın qapayıcı aparatının, ilk növbədə xarici sfinkter əzələsinin zədələnməsi, çatmamazlığı meydana çıxır. Mürəkbə lokalizasiyalı pararektal fistulların residivləri olan xəstələrdə anal inkontinensiyanın inkişaf riski 83%-ə çatır [68, 87].

Bağırsaq möhtəviyyatının saxlanma funksiyasını təmin edən mexanizmlərin öyrənilməsinə aid çoxlu tədqiqatlar aparılmışdır [8, 168, 171, 172]. Anal kanalda normada təzyiq 2-5 mm su st., maksimum təzyiq isə 25-85 mm su st.-dur. Bu təzyiqin formalaşmasında həm daxili, həm də xarici sfinkter əzələlərinin, həmçinin qasıq-düz bağırsaq əzələsinin fəaliyyətinin rolu vardır. Bunu total daxili sfinkterotomiyadan sonra xarici sfinkter əzələsi iflic olan xəstələrdə kanaldaxili təzyiqin aşağı düşməsi sübut edir. Daxili sfinkter əzələsinin boşalması yoğun bağırsağın peristaltikasından asılı deyil. Daxili sfinkter əzələsi düz bağırsağın dairəvi əzələsinin davamı olub dişli xəttədən sonra başlayır. Tədricən 1,5-5 mm-ə qədər qalınlaşır və 2,5-3 sm-ə qədər uzanır [173]. Bunu sadə sfinkteromonometrik müayinə nəticəsində təsdiq etmək olar. Belə ki, saya əzələli daxili sfinkter aparatı anal kanaldaxili təzyiqin 80%-ni yaradır. Anal kanaldaxili təzyiqin 20%-i isə eninəzolaqlı xarici sfinkter aparatı vasitəsilə formalaşır. Ona görə də fistulektomiyadan sonra xarici sfinkter əzələsinin zədələndiyi halda sfinkter çatmazlığı baş vermir, bağırsaq möhtəviyyatını saxlanılır [176]. Bəzi müəlliflər hətta qasıq-düz bağırsaq əzələsinin tamlığı pozulmadıqda nəcis kütləsinin saxlandığını irəli sürürlər. Buradan bağırsaq möhtəviyyatının saxlanmasında sonuncu əzələnin mühüm əhəmiyyəti olduğu aşkar olunur. Bu əzələ anorektal bucağın formalaşmasını təmin edir. Sağ-

lam şəxslərdə bu bucaq 60-150⁰ təşkil edir. Anorektal bucaq iti olduqda nəcisin saxlanılmaması baş verir. Qasıq-düz bağırsağ əzələsinin yığılması nəticəsində anal kanal yastılaşı, kanalın ön və arxa divarları bir-birinə yaxınlaşır. Nəticədə bir növ qapaq funksiyasını yerinə yetirir. Düz bağırsağın xarici sfinkter əzələsi isə qasıq-düz bağırsağ əzələsinin davamıdır. Sonuncu əzələ daxili sfinkter əzələsini əhatə edir və 3 müxtəlif ilgəkdən ibarətdir [180]. Yuxarı ilgək qasıq-düz bağırsağ əzələsindən fərqlənmir, anal kanalı önə dartır. Orta ilgək anal kanalın orta üçdə bir hissəsində yerləşir, defekasiya zamanı onu arxaya doğru dartır. 3-cü ilgək isə distal hissədə yerləşir, perianal nahiyəyə yapışaraq anal dəliyin aşağı hissəsini əhatə edir və onu arxaya doğru dartır.

S-vari bağırsağın peristaltik hərəkətləri düz bağırsağa və daxili sfinkter əzələsinə ötürülməklə defekasiya aktında iştirak edir. Defekasiyanın baş verməsi üçün qasıq-düz bağırsağ əzələsi də boşalmalıdır. Bu zaman anorektal bucaq düzlənir, anal kanal və düz bağırsağ qıf şəkilini alır. Qarın əzələlərinin, düz bağırsağın sayə əzələlərinin yığılması nəticəsində defekasiya aktı baş verir. Mürəkkəb pararektal fistullarda, xüsusi ilə intrasfinkter, bəzi hallarda trans- və ekstrasfinkter fistullara görə cərrahi əməliyyatlardan sonra qasıq-düz bağırsağ əzələsinin və daxili sfinkterin aparatının zədələnməsi nəticəsində düz bağırsağın möhtəviyyatının saxlanmaması problemi qarşıya çıxır. Belə xəstələr həm özləri, həm də onlara qulluq edən şəxslər üçün çətinliklər törədir. Leigh, Turnberg (1982) bu problemə həsr olunmuş “Nəcis saxlanmaması – eşidilməyən əzabdır” əsərində nəcis saxlanmamasının diareyalı 71 xəstənin 51-də rast gəlməsini bildirmişdir.

1.6. Kvant terapiyası, onun bioloji əsasları və cərrahi koloproktoloji cərrahiyyədə tətbiqi

Son 30 ildə praktik təbabətin əksər sahələrində maqnit-infraqırmızı lazer terapiyası (MİL-terapiya) və ya kvant terapiyası müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir. Bu metodun mahiyyətini bioloji obyektlərin (insan, heyvanlar, bitkilər) strukturlarına impulsu infraqırmızı lazer şüalanması, genişzolaqlı pulsasiyaedici infraqırmızı la-

zer şüalanması, pulsasiyaedici qırmızı işıq və daimi maqnit selinin müştərək, qarşılıqlı potensəedici təsiri təşkil edir.

İmpulslu infraqırmızı lazer şüaları toxumaların dərinliyinə (10-13 sm-ədək) nüfuz edərək yerli qan dövranına, hüceyrə membranının maddələr mübadiləsinə güclü stimələedici təsir edir, neyrohumoral faktorları, immunokompetent sistemləri aktivləşdirir, maddələr mübadiləsinin hormonal faktorlarını tənzimləyir.

İmpulslu infraqırmızı lazer şüalarının aşağıdakı klinik təsirləri müəyyən edilmişdir:

- zülal və nuklein turşularının (RNT, DNT) sintezinin aktivləşməsi;
- fermentlərin aktivləşməsi;
- ATF sintezinin artması;
- mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması;
- qanın tərkibi və funksiyalarının yaxşılaşması;
- toxumaların regenerasiyası;
- kollagen sintezinin artması;
- iltihab-, ödeməleyhinə təsir;
- ağrıkəsici təsir;
- xolesterinin miqdarının azalması;
- spesifik və qeyri-spezifik imunitet faktorlarının stimulyasiyası;
- güclü antioksidant təsir;
- prostoqlandinlərin sintezinin stimulyasiyası;
- lipidlərin peroksidləşmə məhsullarının səviyyəsinin azalması.

Genişzolaqlı pulsasiyaedici infraqırmızı lazer şüaları toxumaların dərinliyinə nüfuz etməsə də böyük spektr genişliyinə malikdir. Bu şüalar mərkəzi və periferik sinir sistemlərinə normallaşdırıcı təsir göstərir. Həmin şüaların klinik təsirləri kifayət qədər öyrənilmişdir:

- səthi qatların toxuma strukturlarının isidilməsi;
- dəri reseptorlarına təsir və ağrı hissiyatının azalması
- mikrosirkulyasiyanın aktivləşməsi;

- epiteli və dərinin regenerasiyasının artması;
- lazer şüalarının toxumalara keçidinin artması.

Pulsasiyaedici qırmızı işıq toxumaların dərinliyinə nüfuz etməsə də xüsusilə kövşək birləşdirici toxumanın zəngin olduğu zonalarda iltihab prosesinin intensivliyini azaldır. Digər tərəfdən qırmızı işıq işlənmə zonasını işıqlandırmaqla yerli isidici, ağrıkəsici, ödeməleyhinə və psixoterapevtik təsir göstərir.

Maqnit sahəsi patoloji nahiyəni təcrid etməklə onu xarici mühitin əlverişsiz təsirlərindən (meteofaktorlar, elektromaqnit sahəsi) qoruyur. O, toxumaların ionlaşdırılmış molekullarını dissosiasiya olunmuş şəraitdə saxlamaqla molekulyar və hüceyrə səviyyəsində energetik prosesləri fəallaşdırır. Maqnit sahəsinin kinik təsirləri:

- ağrısızlaşdırma;
- hüceyrənin energetik potensialının yüksəlməsi;
- toxumaların trofikasının yaxşılaşması;
- ödem əleyhinə təsir.

Bütün bu təsirlər eyni vaxtda, sinergik olmaqla bir-birini qarşılıqlı artırır və MİL-terapiyanın unikal fizioterapevtik effektini təmin edirlər.

Lazer şüalarının intensivliyindən asılı olaraq həm azenerjili, həm də yüksəkenerjili lazerlər ayrılmalıdır. Yüksəkenerjili lazer toxumalara təsir edərək onları zədələyir, azenerjili lazer isə toxumalara birbaşa zədələyici təsir göstərmir.

Kvant terapiyası kvant generatorları vasitəsi ilə məcburi şüalanma hadisəsinə əsaslanmış optik sistemlərdən biri olub, yüksək energetik səviyyəyə qalxmış elektronların xarici kvantın təsiri ilə aşağı səviyyəyə keçməsi zamanı elektromaqnit şüası buraxması prosesidir. Kvant terapiyası generatorun quruluşundan asılı olaraq fasiləsiz və fasiləli olur. Fasiləsiz terapiya zamanı aktiv maddələr qazlar (karbon 2-oksidi, arqon, azot), fasiləli lazer terapiyası zamanı isə bərk cisimlər (rubin, neodim şüşəsi və s.) olur. Lakin yarımkeçirici lazerlər həm fasiləli, həm də fasiləsiz işləyirlər. Kvant terapiyası zamanı bioloji obyektlərin xassələrindən (toxumanın əks etdirmə, udma, istilik keçirici, akustik və mexaniki xassələri), optik kvant ge-

neratorun fiziki parametrlərini (şüaların dalğa uzunluğu, enerji gücü, intensivliyi, koherentliyi, polyarizasiya dərəcəsi) nəzərə alınmalıdır. Koherentlik lazer foto-bioeffektivliyində böyük rol oynayır [67, 111]. Kvant terapiyası zamanı monoxromatiklikdən asılı olaraq [19, 87, 88, 111] canlı toxumalarda gedən dəyişikliklərin intensivliyi və istiqaməti dəyişir. Monoxromatiklik artdıqca bioeffekt yüksəlir. Lakin bir neçə dalğa uzunluqlu lazer şüası zamanı bioeffekt azalır və ya heç olmur. Buradan da müxtəlif dalğa uzunluqlu lazer şüalarının toxumalara təsiri olmadığı ortaya çıxır. Kvant terapiyası zamanı ən çox 313-450 nm, 600-700 nm, 760-840 nm diapozonlarda olan lazer şüalarının fotoeffektivliyi yüksəkdir [74, 87, 88, 111]. Lazer şüalanmasının gücü mVt/sm^2 və ya Vt/sm^2 , enerji sıxlığı isə c/sm^2 və ya c/m^2 ilə ölçülür. Karu T.İ. müxtəlif dozalarda sinir hüceyrələrində DNT sintezini öyrənmiş və 0,001-0,1 c/sm^2 dozada stimuleddici effekt əmələ gəlməsini, 100-10000 c/sm^2 dozada isə hüceyrələrin ölməsini müəyyən etmişdir [87].

Вертянов В.А. və digər tədqiqatçılar az enerjili lazer şüalarını 0,5-3 c/sm^2 dozada istifadə edərək irinli yaraların sağalmasına onların stimuleddici təsir göstərdiyini öyrənmişdir [34].

Kvant terapiyasının bioloji toxumalara təsir mexanizmi hələlik tamamilə öyrənilməmişdir [20, 30, 31, 42, 43, 46, 65, 76, 98, 102, 215]. Ədəbiyyatda azenerjili lazer şüalarının təsir mexanizmi haqqında 3 hipotez vardır:

a) kvant terapiyası nəticəsində hüceyrənin daxili və xarici sitomembranlarında müəyyən ferment akseptorları aktivləşir. Bu lazer şüalarının fermentlər tərəfindən udulması ilə əlaqədardır. Belə ki, kvant terapiyası zamanı seruloplazmin [33, 57, 76, 133], superoksiddismutaza [47, 133, 225], katalaza [47, 107, 146], NADTN-oksidadza [44], dehidrogenazalar [107], fosfatazalar, sitoxromoksidazalar [178, 179, 194, 231] və b. fermentlər aktivləşir.

b) digər hipotezə görə lazer bioeffektivliyinin təsirindən toxumalarda aktiv oksigen əmələ gəlir, bu da oksidləşmə prosesini artırır.

c) 3-cü hipotezə görə kvant terapiyası zamanı hüceyrə ətrafında elektromaqnit sahəsi yaranır, sonuncu hüceyrənin elektromaqnit sahəsinə təsir edərək sərbəst enerjinin yenidən paylanmasına səbəb olur.

Beləliklə, lazer şüalarının təsiri hesabına bioloji mühitlərdə, membranlarda struktur dəyişiklikləri meydana çıxır [79, 81, 102, 214].

Bəzi müəlliflərin mülahizələrinə görə hüceyrələr tərəfindən lazer şüalarının udulmasının və meydana çıxan bioloji effektin əsasında mərhələlərlə gedən mürəkkəb fotokimyəvi və fotofiziki proseslər durur [130,182]. Prosesin əvvəlində yüksək reaksiya aktivliyi olan birləşmələr əmələ gəlir ki, onlar da fizioloji aktiv maddələrin yaranmasına, hüceyrə, orqan və sistemlərin funksiyalarının dəyişməsinə səbəb olur.

Digər müəlliflər hüceyrələrdə gedən funksiyaların optik parametrlərdən deyil, hüceyrələrin ilkin vəziyyətindən asılı olduğunu göstərmişlər [87, 102, 104]. Qeyri-aktiv hüceyrələr lazer şüalarına daha həssasdır. Şüalanmaya məruz qalmış hüceyrələrdə aşağıdakı proseslər baş verir:

1. Hüceyrənin mitotik aktivliyi artır;
2. DNT və RNT-in sintezi artır;
3. Biosintetik və bioenergetik aktivlik yüksəlir, Krebs sikli sürətlənir, ATF sintezi artır;
4. Antioksidant müdafiəsi artır, superoksiddismutazalar, katalazalar, seruloplazmin aktivləşir;
5. Antimutagen təsir - hüceyrə DNT-in dəyişikliklərinin fotoreparasiyası baş verir.

Hazırda klinik praktikada əsasən helium-neon (dalğa uzunluğu 632,8 nm), helium-kadmium (dalğa uzunluğu 441 nm) və infraqırmızı spektr diapazonunda lazer şüalandıran yarımkeçirici lazerlər istifadə olunur. Bu lazerlər yaraların, trofiki xoraların yerli şüalandırılması, periton-, plevradaxili orqanların boşluq daxili şüalandırılması və ümumi (homeostaza təsir göstərən) - qanın venadaxili, ekstrakorporal lazer şüalandırılması şəklində tətbiq edilirlər.

Kvant terapiyası zamanı iltihabi proses hesabına meydana çıxan patogenetik dəyişikliklər aradan qalxır, yəni mikrosirkulyasiya yaxşılaşır, iltihab mənşəli ödem azalır, leykositlərin faqositoz qabiliyyəti aktivləşir, alterativ, eksudativ faza qısalır, fibroblastların, epitel hüceyrələrinin proliferasiyası stimule olunur və nəticədə qra-

nulyasion toxumanın erkən formalaşması nəticəsində yaranın epitelizasiyası tezləşir [3, 31, 48, 49, 52, 55, 126, 207].

Lazer şüaları iltihab əleyhinə effekti, regenerasiya proseslərə stimulyasiya təsiri hesabına əməliyyatdan sonrakı yaraların irinləməsinin profilaktikasında, irinli yaraların, xroniki-trofik xoraların, peritonit, plevrit, xolangit və digər xəstəliklərin müalicəsində geniş istifadə edilir [3, 32, 33, 52, 125, 126, 159, 204, 229, 237].

Helium-kadmium kvant terapiyasından sonra əməliyyatdan sonrakı yaralarda irinləmə və infiltratların əmələgəlmə tezliyi 4-5 dəfə azalır. Xəstələrin stasionar müalicə müddətləri 2,6-2,8 gün qısalır [48-50, 52, 53, 159] Bu zaman irinli yaraların trofik xoraların, xora defektlərinin ikincili tikişlərlə tez bağlanmasına əlverişli şərait yaranır [31-33, 41, 51, 63, 70, 108, 109, 125, 129, 152, 156].

Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq əməliyyatdan sonrakı dövrdə mürəkkəb pararektal fistulların irinli-septiki ağırlaşmalarının profilaktikasında və müalicəsində kvant terapiyasının nəticələrinin öyrənilməsi qərara alındı. Bu tədqiqat işində helium-neon və helium-kadmium lazerlərinin tətbiqi nəzərdə tutulmuşdur. Hər 2 lazer şüalarının təsir mexanizminin oxşarlığına baxmayaraq helium-kadmium lazeri helium-neon lazerinə nisbətən iltihab əleyhinə daha aktiv təsir göstərir, helium-neon lazerinin isə regenerasiya prosesləri stimulyasiya qabiliyyəti xeyli yüksəkdir.

Beləliklə, mürəkkəb pararektal fistulalarının yüksək ixtisaslaşmış cərrahi koloproktoloji şöələrdə kompleks cərrahi müalicəsi və xəstələrin əməliyyatdan sonrakı tibbi reabilitasiyası istər Vətən, istərsə də əcnəbi alimləri qarşısında bir problem olaraq qalmaqdadır.

F Ə S İ L II

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

2.1. Klinik materialının xarakteristikası

Tədqiqat işi 2003-2010-cu illərdə Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Kliniki Tibbi Mərkəzində və Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutunda 84 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr hər 2 cinsdən olmuş (71 kişi, 13 qadın) (2.1 sayılı cədvəl), yaş həddi 17-70 (orta - $41,9 \pm 1,8$) təşkil etmişdir (2.2 sayılı cədvəl).

Cədvəl 2.1

Xəstələrin cinsə görə paylanması

Qruplar Cins	Xəstələrin sayı					
	I qrup		II qrup		III qrup	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Kişi	25	29,8	25	29,8	21	25,0
Qadın	6	7,1	3	3,6	4	4,7
Cəmi	31	36,9	28	33,4	25	29,7

Xəstələrin 84,4%-ni kişilər, 15,6%-ni qadınlar təşkil etmişdir.

2.2 sayılı cədvəldən görüldüyü kimi xəstələrin əksər hissəsinin yaş həddləri 21-40 və 41-60 arasında olmuşdur. Yəni xroniki paraproktitli xəstələrin 41,2%-i əmək qabiliyyətli şəxslərdir. Belə əlverişsiz statistika problemin böyük sosial-iqtisadi əhəmiyyətə malik olmasından sübut edir.

Cədvəl 2.2

Xroniki paraproktitli xəstələrin yaşa görə ayrılması

Qruplar Yaş	Xəstələrin sayı					
	I qrup		II qrup		III qrup	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
17-20	5	16,1	3	10,7	4	16,0
21-40	12	38,7	14	50,0	12	48,0
41-60	11	35,5	9	32,1	7	28,0
60-dan çox	3	0,96	2	7,1	2	8,0
Cəmi	31	36,9	28	33,3	25	29,8

Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: I qrupa 31 (36,9%), II qrupa 28 (33,3 %), III qrupa 25 xəstə (29,8%) daxil edilmişdir:

I qrupun xəstələrində (nəzarət qrupu: 25 kişi, 6 qadın) xroniki paraproktitə və ya onun residivlərinə görə ənənəvi müayinə və müalicə üsulları aparılmışdır.

II qrupun xəstələrinin (25 kişi, 3 qadın) üzərində ənənəvi diaqnostika və cərrahi müalicə aparıldıqdan sonra müalicə arsenalına pararektal sahənin və anal kanalın kvant terapiyası əlavə olunmuşdur;

III qrupa aid xəstələr (21 kişi, 4 qadın) üzərində ənənəvi müayinələrlə yanaşı əməliyyatın dövründə və tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra perianal sahənin kvant terapiyası aparılmış, əməliyyat yarasının müalicəsində yerli olaraq məlhəmlər (solkoseril, levomekol, siprofloksasin tərkibli gel) istifadə edilmişdir.

Hər 3 qrupun xəstələrində mürəkkəb pararektal fistulların və onun residivlərinin planlı qaydada ənənəvi diaqnostikası aparılmışdır: intrasfinkter fistul 23 (27,4±1,7%), transsfinkter fistul 40 (47,6±2,5%), ekstrasfinkter fistul 18 (21,4±1,3%), supralelevator fistul 3 xəstədə (3,6±1,1%) müəyyən olunmuşdur (2.3 sayılı cədvəl).

Cədvəl 2.3

Fistul yolunun anatomik gedişinin xüsusiyyətləri

Qruplar Sfinkter əzələlərinə münasibət	Xəstələrin sayı						Cəmi	
	I qrup		II qrup		III qrup			
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
İntrasfinkter	7	22,6	8	28,6	8	32,0	23	27,4
Transsfinkter	16	51,6	12	42,85	12	48,0	40	47,6
Ekstrasfinkter	6	19,35	7	25,0	5	20,0	18	21,4
Levatorüstü	2	6,45	1	3,6	-	-	3	3,6
Cəmi	31	36,9	28	33,3	25	29,8	84	100

Fistul yolunun mürəkkəblik dərəcəsi 40və H.A. Sultanovun təsnifatına (1991) əsaslanmaqla müəyyən edilmiş, xəstələr mürəkkəblik səviyyəsinə görə təsnif olunmuşdur (2.4 sayılı cədvəl).

Fistul yolunun mürəkkəblük dərəcələrinə görə xəstələrin paylanması

Fistulun mürəkkəblük dərəcəsi	I qrup n=31		II qrup (n=28)		III qrup (n=25)	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
II	9	29,0	5	17,9	6	24,0
III	11	35,5	14	50,0	9	36,0
IV	11	35,5	9	32,1	10	40,0
Cəmi	31	36,9	28	33,3	25	29,8

Yanaşı xəstəlikləri (cədvəl 2.5) müəyyən etmək üçün standart klinik-instrumental müayinələr aparılmış, müvafiq ixtisaslı həkimlərin konsultasiyası təmin edilmiş, əməliyyatdan əvvəl və sonra müalicə planına dəyişikliklər və əlavələr olunmuşdur.

Xroniki paraproktitli xəstələrdə müəyyən edilmiş yanaşı xəstəliklər

Yanaşı xəstəliklər	Xəstələrin sayı					
	I qrup		II qrup		III qrup	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Ürəyin xroniki işemiya xəstəliyi	2	6,45	2	7,1	1	4,0
Ağciyərlərin və bronxların xronik xəstəlikləri	2	6,45	2	7,1	2	8,0
Şəkərli diabet	3	9,7	2	7,1	-	-
Aşağı ətrafların səthi venalarının varikoz xəstəliyi	-	-	-	-	1	4,0
Aşağı ətrafların səthi venalarının tromboflebiti	-	-	-	-	1	4,0
Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, xroniki gastrit	1	3,2	-	-	-	-
Böyrəkdaşı xəstəliyi	-	-	1	3,6	-	-
C virus hepatiti	-	-	-	-	1	4,0
B virus hepatiti	1	3,2	-	-	-	-
Öddəsi xəstəliyi, xroniki xolesistit, xroniki pankreatit	2	6,45	1	3,6	1	4,0
Qaraciyərin sirrozu. Assit.	-	-	1	3,6	-	-
Qaraciyərin sirrozu. Portal hipertenziya sindromu. Hepatosplenomeqaliya	1	3,2	-	-	1	4,0
Müxtəlif dərəcəli piylənmələr. Qaraciyərin piy distrofiyası, xroniki alkohol hepatiti və s.	-	-	1	3,6	-	-
Qarının ön divarının müxtəlif lokalizasiyalı yırtıqları	2	6,45	2	7,1	1	4,0
Cəmi	14	45,2	13	46,4	12	48,0

Beləliklə, hər 3 qrupa aid xəstələr cinsə, yaşa, anamnezin müddətinə, fistul yolunun anatomik gedişi xüsusiyyətlərinə, keçirilmiş əməliyyatların xarakterinə və miqdarına görə bir-biri ilə analogiya təşkil etdiyindən nəzarət və əsas qruplarda xəstələrin fərqli müalicəsinin nəticələri öz aralarında müqayisə edilə bilər.

2.2. Tədqiqat üsulları

Xroniki paraproktitli bütün xəstələrin müayinə planı tərtib edilmiş və klinik müayinələr həmin plan əsasında aşağıdakı ardıcılıqla yerinə yetirilmişdir.

I. Klinik müayinə üsulları:

1. Aralıq və anal dəlikətrafi nahiyələrə baxış, anal kanalın, düz bağırsağın terminal hissəsinin digital və bidigital (qadınlarda rektovaginal fistullara şübhə olduqda) müayinəsi, fistul yolunun düyməli zondla müayinəsi, köpüklü boya müayinəsi;
2. Endoskopiya metodları (anorektoskopiya, rektomanoskopiya və fibokolonoskopiya);
3. Anal sfinkterometriya;
4. Fistuloqrafiya;
5. Aralığın yumşaq toxumalarının ultrasəs müayinəsi;
6. Endoanal(rektal) ultrasəs müayinəsi;
7. Kiçik çanağın, pararektal sahənin və aralığın KT və ya MRT müayinələri.

Bəzi xəstələrdə göstərişlərə əsaslanmaqla əlavə müayinələr (döş qəfəsinin və qarın boşluğunun təsviri rentgenoqrafiyası, qarın boşluğunun parenximatoz üzvlərinin və qarınarxası sahənin USM, MBT-nın kontrastlı rentgenoqrafiyası, kompüter tomoqrafiyası və (və ya) maqnit-rezonans tomoqrafiyası müayinələri) aparılmışdır.

Xroniki paraproktitin diaqnostikasında aralıq və anus nahiyələrinə baxış, digital və bidigital müayinələr sadə müayinə üsullarındandır, hər bir cərrah tərəfindən hətta ev şəraitində yerinə yetirilə bilər. Baxış aralıq nahiyəsinin dərisinin vəziyyətini, dərinin masserasiyasını, çapıq dəyişikliklərini, keçirilmiş əməliyyatın izlərini (əməliyyat çapığı, çapıqlar və bitişmələr, dərinin və yumşaq toxumaların deformasiyaları), fistulun xarici dəliklərinin sayını, lokalizasiyasını, düz bağırsa-

ğın, fistul yolunun möhtəviyyatının (ifrazatının) xarakterini, sfinkter aparatının funksional vəziyyətini qiymətləndirməyə imkan verir. Digital (bidigital) müayinə daxili dəliyinin lokalizasiyasını, anal kanalın (uşaqlıq yolunun) iltihabi və çapıq dəyişiklərini, rektovaginal arakəsmənin vəziyyətini, fistul yolunun (intrasfinkter və rektovaginal fistullarda, digər fistullarda qismən) konsistensiyasını, gedişini, yaxın toxumalara münasibətini müəyyən etməyə şərait yaradır.

Fistul yolunun keçiriciliyini (keçməzliyini) müəyyən etmək üçün fistul yoluna zond keçirilmiş və köpüklü boya yeridilmişdir.

Yara prosesinin dinamikası ümumi və yerli əlamətlərə istinadən obyektiv meyarlarla dəyərləndirilmişdir. Ümumi əlamətlərə xəstənin ümumi vəziyyəti, bədən hərarətinin qalxması (qalxmaması), ağrı; yerli əlamətlərə perifokal iltihabi infiltrasiyanın aradan qalxması, yaranın infeksiyalaşma səviyyəsi (görmə sahəsində mikrobların sayı), yaranın reparasiya səviyyəsi, qranulyasion toxumanın əmələ gəlməsi, kənarı epitelizasiyanın başlaması, inkişaf sürəti, çapıq toxumasının formalaşması, sfinkter əzələlərinin çapıqlaşması və digər xüsusiyyətləri müqayisəli şəkildə öyrənilmişdir.

2.2.1.. Laborator müayinə üsulları

Qanın, sidiyin, nəcisin ümumi analizi ümumi standart metodlarla aparılmışdır. Həmçinin qanın koauloqrafiyası, yanaşı xəstəlikləri, xüsusilə qaraciyər xəstəlikləri olan xəstələrdə qanın və sidiyin zəruri biokimyəvi göstəriciləri öyrənilmişdir.

Bakterioloji müayinə üçün patoloji material kənar kontaminasiya və səhv nəticələrin baş verməməsi üçün ciddi aseptika şəraitində birdəfəlik steril hiqroskopik pambıq tamponlarla götürülmüş və steril sınaq şüşələrinə yerləşdirilmiş, Mərkəzin bakteriologiya laboratoriyasına və anaerob floranın identifikasiyası üçün isə Azərbaycan Tibb Universitetinin mikrobiologiya, virusologiya və immunologiya kafedrasının laboratoriyasına göndərilmişdir.

Bakterioloji müayinə əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra yerli infeksiyon ağırlaşmalar (yaranın irinləməsi, pararektal irinliklərin əmələ gəlməsi) baş vermiş xəstələrdə aparılmış, bakteriya koloniyaları və assosiasiyaları identifikasiya

edilmiş, klinikada daha çox istifadə edilən antibiotiklərə, xüsusilə aminoqlükozidlərə və sonuncu nəsil sefalosporinlərə qarşı onların həssaslığı öyrənilmişdir. Bakteriyaların miqdarı В.И. Стручковун (1975) təklif etdiyi göstəricilərlə qiymətləndirilmişdir: görmə sahəsində bakteriyaların külli miqdarda (++++), çox (+++), az (++) , cüzi (+) görünməsi və yoxluğu (-).

Patoloji material bakterioloji və mikroskopik metodlarla müayinə olunmuşdur. Mikroskopik müayinə məqsədi ilə hazırlanmış nativ preparatlar Qram və Gimza üsulları ilə tədqiq edilmişdir. Bakterioloji müayinələr aerob və anaerob şəraitdə aparılmışdır. Aeroblar üçün şəkərli bülyon, 5%-li qoyun qanı ilə aqar, şəkərli aqar, Endo mühiti, Saburo-nun selektiv mühiti, anaeroblar üçün 20%-li qoyun qanı ilə aqar və Kitt-Tarossi mühitləri istifadə olunmuşdur.

Aerob mikroorqanizmlər üçün nəzərdə tutulmuş Petri kasaları kultivasiyadan sonra 37°C temperaturda 18-24 saat müddətində inkubasiya edilmişdir. Bakterial kultivasiya ilk növbədə seyrəltmə üsulu ilə anaeroblar üçün nəzərdə tutulmuş Petri kasalarında və sınaq şüşələrində aparılmışdır. Kultivasiya olunmuş kasalar Becton Dickinson firmasının “Gaspak 150 Anaerobic Systems” anaerostlarına yerləşdirilməklə termostatda 37°C temperaturda 72 saat müddətində inkubasiya olunmuşdur.

İnkubasiyadan sonra koloniyaların vizual və mikroskopik müayinələri aparılmış, inkişaf etmiş mikroorqanizmlər parametrlərinə görə identifikasiya edilmiş, mikrofloranın keyfiyyət tərkibi, həmçinin kəmiyyət analizi aparılmış, KƏV/ml (koloniya əmələ gətirən vahid/ml) müəyyən edilmişdir [152]. Bu müayinə materialında mikroorqanizmlərin miqdarı və assosiativ infeksiyanın dominant amilinin müəyyənləşdirilməsinə, müxtəlif mərhələlərdə müalicə prosesinin effektivliyinin araşdırılması üçün yara mikroflorasının dinamik təhlilinin aparılmasına imkan vermişdir.

KƏV/ml-in öyrənilməsi üçün tamponlar 1 ml bülyonda və ya fizioloji məhlulda dairəvi hərəkət etdirilməklə hopdurulmuş material tamamilə suspenziya halına salınmışdır. Alınmış suspenziyanın 1:10 nisbətində 6 dəfə seriyalı durulaşdırılması aparılmışdır. Bunun üçün hər birində 4,5 ml steril fizioloji məhlul olan 6 sınaq şüşəsi götürülmüş, 1-ci sınaq şüşəsinə 0,5 ml original suspenziya tökülmüş,

oradan 2-ciyə 0,5 ml, 2-cidən 3-cüyə 0,5 ml və s. keçirilmişdir. Sonuncu sınaq şüşəsindən 0,5 ml suspenziya qarışıq məhlul atılmışdır. Hər durulaşmadan sonra 0,1 ml qarışıq ilgək vasitəsilə Petri kasalarındakı müvafiq mühitlərə əkilmişdir.

Assosiativ infeksiya hallarında hər növdən olan koloniyalar ayrılıqda hesablanaraq assosiasianın dominant törədicisi müəyyən edilmişdir. Material selektiv qidalı mühitlərə əkildiyi hallarda isə durulaşma aparılmamışdır. KƏV-in 30-dan 300-dək olduğu kasalar sayılmış, müvafiq qayda üzrə hesablama aparılmışdır: KƏV-in miqdarı durulaşma dərəcəsinə və 10-a (ilkin durulaşma) vurulmuş, alınmış kəmiyyət göstəricisi suspenziyanın həcminə bölünmüşdür.

İdentifikasiya edilmiş əsas (dominant) törədicilərin antibiotiklərə qarşı həssaslığı disk-diffuziya metodu ilə təyin edilmişdir. Test kultura olaraq fistul möhtəviyyatından ayırd edilmiş ştammlar - *E. Coli* (qram-mənfi bakteriyalar), *St. Aureus* (qram-müsbət), *B. Anthracoides* (spor əmələ gətirən), *-P. Aeruginosa* (piqment əmələ gətirən) götürülmüşdür. Kulturalardan optik qatılıq standartına müvafiq hazırlanmış 500 ml suspenziya içərisində ətli-peptonlu aqar olan Petri kasalarına əlavə edilmiş, qalığı maye pipetlə götürülmüşdür. Kasalar 37°C temperaturda 24 saat termostatda inkubasiya olunduqdan sonra steril zonanın (disklərin ətrafında əmələ gəlmiş) diametri ölçülmüşdür.

Sitoloji üsullarla hüceyrə tiplərinin sayı, hüceyrə tərkibi, hüceyrələrin kəmiyyət göstəriciləri və onların bir-birinə nisbəti, onların funksional statusu müəyyən edilmişdir. Histoloji üsullarla bu göstəricilərdən başqa fistulun divarının toxumalarının ümumi mikroskopik vəziyyəti, distrofiya və ödem dərəcəsi, həmçinin yara nahiyəsinin damar-sinir şəbəkəsi, qranulyasiyanın və epitelizasiyanın sürəti öyrənilmişdir.

2.2.2. Histoloji müayinələr

Kvant terapiyasının tətbiqindən asılı olaraq toxumaların reparativ xüsusiyyətlərini öyrənmək üçün 3- və 7-ci günlərdə yara nahiyəsindən toxuma nümunələri götürülmüş və toxumalarda baş verən morfoloji dəyişikliklər müqayisəli şəkildə tədqiq edilmişdir (I qrup – 12, III qrup -19 xəstə). Bioptatlar 10%-li formalində

fiksasiya olunmuş, 5-7 mkm qalınlığında kəsiklər alınaraq hematoksilin-eozin ilə boyadılmışdır.

Patohistoloji müayinələr Azərbaycan Tibb Universitetinin histologiya, sitologiya və embriologiya kafedrasında yerinə yetirilmiş, müayinələrin nəticələri tibb elmləri doktoru, professor İ. Həsənovun konsultativ rəhbərliyi ilə qiymətləndirilmişdir. Mikropreparatlar «Amqilav» və «NU-2E» («Carl-Luss», Almaniya) optik işıq mikroskoplarında tədqiq edilmiş və fotolaşdırılmışdır.

2.2.3. Instrumental müayinə üsulları

Anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətini öyrənmək üçün A.M. АМИНОВ-ın yaylı sfinkterometrinin kafedramızın əməkdaşları (Sultanov H.A., Əliyev E.A., 2005) tərəfindən hazırlanmış modifikasiyası istifadə olunmuşdur (şək. 2.1).

Sfinkterometrin əsas hissəsi üzərində şkala olan dairəvi tərəzidir. Tərəziyə distal ucunda zeytun olan hissə birləşdirilir. Zeytunun ölçüləri müxtəlif olduğundan müayinəni həm uşaqlarda, həm də böyüklərdə aparmaq mümkündür. Bu hissə müayinə zamanı anal kanala yeridilir.

Anal sfinkterometriyadan əvvəl xəstələr təmizləyici imalə olunmuşdur. Bu zaman işlədici preparatların istifadəsini məqsəduyğun hesab etmirik. Əks təqdirdə bağırsağın motor-evakuasiya funksiyasının aktivliyi hesabına müayinənin nəticələri təhrif oluna bilər. Ona görə də mədə-bağırsaq traktının motor-evakuasiya funksiyasına təsir edən dərman preparatlarının istifadəsi müayinədən 48 saat əvvəl dayandırılmışdır. Xəstə yanı üstə çarpayığa uzadılır, dizlər qarına doğru maksimum sıxılır. Vazelin və ya günəbaxan yağı sürtülmüş zeytun anal kanala yeridilir, anal sıxıcının qeyri-iradi sıxılması dayanana qədər 3-4 dəqiqə orada saxlanılır. Sonra zeytun xaricə doğru dartılır. Xəstəyə rahat uzanmaq və dərin nəfəs almaq təklif edilir. Bu zaman sfinkter əzələlərinin tonusu sakitlikdə təyin edilir. Sfinkter əzələləri maksimum sıxıldıqdan sonra müayinə təkrar olunur və əzələlərin maksimal gücü müəyyən edilir. Bu cihazla anal sfinkter əzələlərinin gücünü ölçmək asandır.



Şək. 2.1. H.A.Sultanov və E.A.Əliyevin yaylı sfinkterometri

H.A. Sultanov və E.A. Əliyevin sfinkterometri A.M. АМИНОВ-ин yaylı sfinkterometrindən fərqlidir. O elə qurulmuşdur ki, sfinkterin gücünü ölçən anda şkalanın göstəricisi (əqrəb) təsbit olunur. Müayinə əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdan sonra erkən (3, 7, 10 və 30-cu günlərdə) və uzaq (3-6 ay, 1 il və daha çox müddətlərdə) dövrlərdə aparılmışdır.

Sağlam yaşlı kişilərdə sfinkter əzələlərinin tonusu (daxili sıxıcının dairəvi saya əzələsinin funksiyası, arxa dəliyin qapanması) 427 q, qadınlarda 382 q; xarici sıxıcının köndələn əzələsinin sərbəst yığılması (sfinkterin gücü) kişilərdə - 196 q, qadınlarda 176 q; maksimal yığılma kişilərdə 623 q, qadınlarda 563 q təşkil edir [66].

АМИНОВ А.М. (1973) anal sfinkterin funksiyasının pozulmasının 4 dərəcəsini ayırd etmişdir:

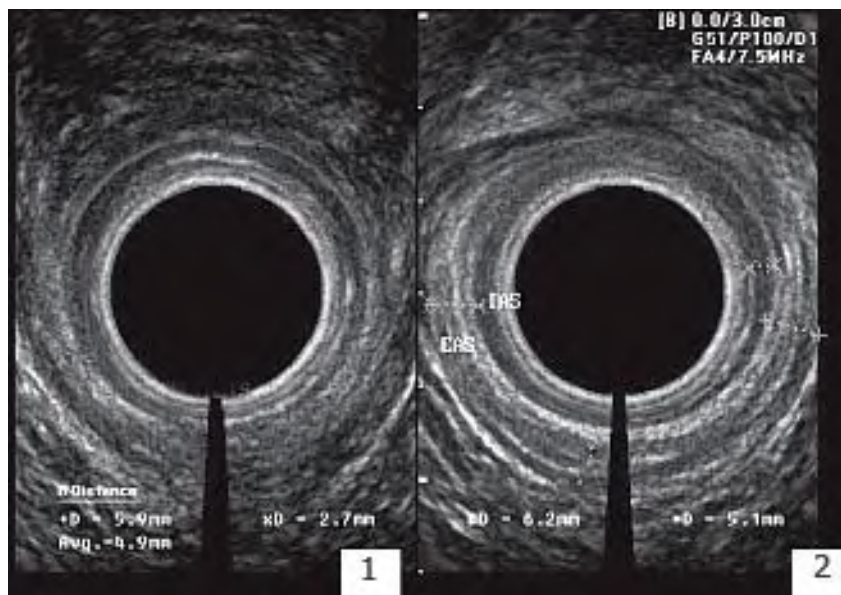
- I- Kompensə olunmuş vəziyyət - maksimal güc - 500-550 q, tonus - 300 q. Anal sfinkter çatmazlığı yoxdur, gərginlik zamanı qaz saxlanılır;
- II- Subkompensə olunmuş vəziyyət - maksimal güc - 300 q, tonus 200 q. Böyük gərginlik olmadıqda (öskürək, gülüş) belə qazlar və duru nəcis saxlanılır;

- III- Dekompensə olunmuş vəziyyət - maksimal güc – 200 q, tonus 100 q.
Sakitlik halında qaz və duru nəcis xaric olur;
- IV- Tam dekompensə olunmuş vəziyyət - maksimal güc və tonus 100 q-dan
aşağı olur. Qazlar, duru və bərk nəcis öz-özünə xaric olur.

Aralığın, düz bağırsaqaətrafı toxumaların və anal kanalın ultrasəs müayinəsi

Aralığın, düz bağırsaq ətraf toxumanın və anal kanalın ultrasəs müayinəsi
Yaponiyanın istehsalı olan “Aloka” ultrasəs aparatı ilə aparılmışdır.

Düz bağırsağın yumşaq toxumalarının daha aydın vizualizasiyası üçün yüksək tezlikdə işləyən ötürücünün istifadəsi mühüm amillərdən biridir. 5,5-7,5 MHz tezliklə işləyən transrektal ötürücülər düz bağırsağın yumşaq toxumalarının incəliklə təsvirini əldə etməyə imkan yaradır. Düz bağırsaq ətrafı yumşaq toxumaların 5,5 MHz tezlikli linear tipli endorektal ötürücü ilə alınmış görüntüsü 2.2 sayılı şəkildə təqdim edilmişdir.



Şək. 2.2. Anal kanalın boylama kəsikdə ultrasonoqramı (EUSM)
1 – daxili sfinkter, 2 – xarici sfinkter

2.3. Yerli kvant terapiyasının metodikası

Əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə irinli-septik ağırlaşmaların profilaktikası, yaranın incə çapıq əmələ gətirməklə intensiv sağalması üçün yara nahiyəsinin kvant terapiyası aparılmışdır. Bu üsul Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi-

nin Elmi Tibbi bərpa institutunda II və III qrupun xəstələrində yerinə yetirilmişdir. Üsul intensiv antimikrob effektinə, həmçinin lazer şüasının birləşdirici toxuma liflərinin profilersiyasını stimula etmək qabiliyyətinə əsaslanmışdır. Lazer şüasının iltihab-, ödeməleyhinə, analgeziyaedici, immunokorreksiyaedici kimi klinik təsirləri mövcuddur [218, 226, 227]. İnfraqırmızı terapevtik lazer aparatının maqnit terminalının şüa başcığı insan üçün təhlükəsiz, az enerjili, fokuslanmayan, dağılan lazer şüaları buraxır.

Tədqiqat işində Rusiya Federasiyasının istehsalı olan “МИЛТА” kvant terapiyası aparatı istifadə edilmişdir (şək. 2.3). Aparat Moskva Energetika institutunun humanitar informasiya texnologiyaları istehsalat-konstruktor müəssisəsinin alimləri tərəfindən hazırlanmışdır. Rusiyanın aparıcı elmi-tibbi müəssisələrində - Н.В. Склифосовский adına ET Təcili Tibbi Yardım İnstitutu, Н.И. Семашко adına Moskva Tibb Akademiyası, И.В Мандрыка adına Mərkəzi Hərbi Hospital və Rusiya Tibb Elmləri Akademiyasında aparılmış klinik sınaqlar aparatın yüksək klinik effektivliyini, mütləq təhlükəsizliyini, geniş müalicəvi-profilaktik imkanlarını ortaya çıxarmışdır. Hazırda aparat Rusiyanın və xarici ölkələrin on minlərlə klinikasında müvəffəqiyyətlə tətbiq olunur. Aparat portativdir, fasiləli və fasiləsiz impuls rejimlərində işləyir. “МИЛТА” – kvant terapiyası aparatının texniki göstəriciləri 2.6 sayılı cədvəldə təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.6

“МИЛТА” maqnit-lazer terapiyası aparatının texniki göstəriciləri

Lazer şüalarının dalğa uzunluğu	890 nm
İşıq-diod şüalanmasının dalğa diapazonu	890-950 nm
Qırmızı şüalanmanın dalğa uzunluğu	650-690 nm
Daimi maqnit sahəsinin induksiyası	40-60 mTl
Qidalanma gərginliyi	50960) Hs



Şek. 2.3. МИЛТА kvant terapiyası aparatı

Yerli lazer terapiyası seanslarının aparılmasına xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq cərrahi əməliyyatdan 2-3 gün əvvəl başlanılmış, əməliyyatdan 1-2 gün sonra davam etdirilmişdir. Kurs müalicə 8-10 seansdan ibarət olmuş, gündə 1 müalicə seansı aparılmışdır. Müalicə seansları toxumaya birbaşa təmas şəraitində və məsafə saxlanılmaqla aparılmışdır. Lakin 1-3 qatlı tənzip sarğının üstündən də şüalandırma aparmaq mümkündür. Bu halda sarğı məlhəm və ya dərmanlarla hopdurulmamalı və quru olmalıdır. Lakin seansdan əvvəl sarğının götürülməsi, yaranın təmizlənməsi, qurudulması və sarğı qoyulmadan müalicənin aparılması məqsədə daha müvafiqdir.

Başlıqda şüanın gücü 10 Vt, tezlik – 50-60 Hz, hər nöqtədə ekspozisiya 1-2 dəqiqə təşkil etmişdir. Azı 4 nöqtənin (yaranın küncələrindən 1-2 sm kənar nöqtələr) şüalandırılması optimal hesab olunur. Geniş yaralar olduqda şüalanma nöqtələrinin sayı 6-8-ə qədər artırılmışdır. Bir gün ərzində lazer şüasının enerjisi 37,5 C-dən çox olma-mışdır. Bu icazə verilən dozadan (40 C) azdır.

Hər seansdan sonra ənənəvi məlhəmlərlə və ya klinikanın üstünlük verdiyi məlhəmlərlə sarğı qoyulmalıdır. Biz levomekol və ya solkoseril, infeksiyalaşmağa

meylli əməliyyat yaralarında isə antibiotik (ciprofloksasin) tərkibli gelə (Hümətov A.F., 2010) üstünlük vermişik [3].

Məlhəmlə yerli müalicə aşağıdakı ardıcılıqla aparılmışdır:

- Əməliyyatın sonunda düz bağırsağın mənfəzinə levomekol məlhəmi və ya solkoseril məlhəmi, infeksiyalaşma ehtimalı olduqda ciprofloksasin tərkibli gel hopdurulmuş trunda yeridilmiş, əməliyyat yarasına müvafiq məlhəmlə hopdurulmuş aseptik sarğı qoyulmuşdur;
- Növbəti gün və ya 2 gün sonra trunda çıxarılmış, əməliyyat yarası antiseptik məhlullarla (3%-li Hydrogen peroxid, 1:5000 nisbətində Sol. Furacillini və 10%-li Yosept (Betadin) məhlulları) işlənilmiş, qurudulmuş və ilk yerli kvant terapiyası seansı aparılmışdır (şək. 2.11);
- Kvant terapiyası seansından sonra yaraya yenidən levomekol məlhəmli (solkoseril məlhəmli və ya ciprofloksasin tərkibli gel ilə) aseptik sarğı qoyulmuşdur.

Yerli müştərək müalicə növbəti günlərdə də bu ardıcılıqla aparılmışdır.

2.2.4. Statistika müayinə metodları

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələrə əsaslanmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı göstəricilər variasion sərəya düzölmüş və hər bir variasion sərə üçün orta hesab göstəricisi (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır.

Qruplarda kəmiyyət göstəriciləri arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsul – Wilkokson (Manna-Withni) meyarı (W) istifadə olunmuşdur [72].

Tədqiqat nəticəsində alınmış göstəricilərin pay miqdarı və onların faizlərinin orta xətası (m_p) aşağıdakı düsturlarla hesablanmışdır [72]:

$$p = \frac{k \cdot 100}{n}$$

$$m_p = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

p – uyğun olan pay (faizlə)

q = 100 - p

n - qrupda variantların ümumi sayı.

Keyfiyyət analizi aparmaq üçün χ^2 –meyarından (Pirso-nun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur [105]. Öyrənilən parametrin qradasiyalarının sayı 2 olduqda tetraxorik, 2-dən çox olduqda polixorik əlaqə göstəricisi istifadə olunmuşdur.

Nisbi riskin azalması (NRA) göstəricisi aşağıdakı düsturla hesablanmışdır [105]:

$$NRA = \frac{P_r - P_m}{P_m} \times 100\%$$

Burada P_m – müqayisə qrupunda öyrənilən əlamətin tezliyi;

P_r – risk qrupunda həmin əlamətin tezliyi.

Hesablamalar EXCEL elektron cədvəlində aparılmış [47], nəticələr cədvəllərdə və diaqramlarda təqdim edilmişdir.

Tərəfimizdən kontrastsız və kontrastlı endorektal ultrasəs müayinə üsullarının həssaslıq, spesifiklik və dəqiqliyi müəyyən edilmişdir.

Bu parametrləri təyin etmək üçün aşağıdakı göstəricilər istifadə olunmuşdur: həqiqi pozitiv – yəni test pozitiv, xəstəlik də pozitiv, həqiqi neqativ – test neqativ, xəstəlik də neqativdir; yalançı neqativ – test neqativ, ancaq xəstəlik pozitiv; yalançı pozitiv – test pozitiv, ancaq xəstəlik neqativdir, yəni yoxdur.

Həmin göstəricilər müvafiq olaraq aşağıdakı düsturlarla hesablanmışdır:

Həssaslıq = $a/a+c$

Spesifiklik = $d/b+d$

Müsbət gözlənilən dəyər = $d/b+d$

Mənfi gözlənilən dəyər = $d/c+d$

Burada:

- a - həqiqi müsbət nəticə;
- b - yalançı müsbət nəticə;
- c - yalançı mənfi nəticə;
- d - həqiqi mənfi nəticə.

Həssaslıq – həqiqi pozitiv xəstələrin sayının bütün xəstələrin sayına nisbətidir. Ehtimalla testin pozitivliyi şəxsin xəstə olduğunu təsdiq edir. Həssaslıq üçün yalan mənfi tezlik 1-ə bərabərdir. Yüksək həssaslıq skrining test sayılır.

Spesifiklik isə həqiqi neqativlərin sayının, xəstəliksiz bütün xəstələrin sayına nisbətidir. Neqativ test həmin şəxsin sağalmasını göstərir. Spesifiklik üçün yalançı pozitiv tezlik 1-ə bərabərdir. Yüksək spesifiklik təsdiqedicidir test sayılır. Pozitiv aşkarlama tezliyi isə həqiqi pozitivlərin xəstəlik üçün testi pozitiv olan xəstələrin sayına olan nisbətidir.

Neqativ aşkarlanma tezliyi – həqiqi neqativlərdə xəstəlik üçün «test»də neqativ olan xəstələr aiddir.

Beləliklə, hər 3 qrupa aid xəstələr cinsə, yaşa, anamnezin müddətinə, fistul yolunun mürəkkəbliyinə, əvvəllər keçirilmiş əməliyyatların xarakterinə və miqdarına görə bir-biri ilə oxşardır. Ona görə də qruplar üzrə müalicənin nəticələri bir-biri ilə müqayisə edilə bilər.

Cərrahi əməliyyatdan əvvəl fistulun xarici dəliyi bütün xəstələrdə müəyyən edilmişdir. Fistul yolunun daxili dəliyinin lokalizasiyası həm əməliyyata qədər (digital, rektoskopiya, fistuloqrafiya), həm də əməliyyat vaxtı (fistul yoluna metilen abısı, düyməli zond yeritməklə, 3%-li hidrogen peroksid məhlulu yeridilməklə) öyrənilmişdir. Fistul yolunun daxili dəliyinin topik lokalizasiyası bütün xəstələrdə müəyyən edilmişdir. Onlardan 34-də əməliyyata qədərki dövrdə yolun daxili dəliyi ilkin müayinələr nəticəsində aşkar edilməmişdir. Bu xəstələrdə daxili dəliyin lokalizasiyası kontrastlı fistuloqrafiya ilə müəyyən olunmuşdur.

F Ə S İ L III

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN DİAQNOSTİKASININ NƏTİCƏLƏRİ

Xroniki paraproktitin diaqnostikası prosesi əməliyyatönü hazırlıq dövründə planlı surətdə ambulator və klinika şəraitində həyata keçirilmişdir. Fistulların topoqrafo-anatomik diaqnostikası digital (bidigital), düyməli metal və zeytuncuqlu metal, həmçinin plastik zondla (bu məqsədlə Bebkokk zondunun istifadəsini məqbul hesab edirik) müayinə, vizualizasiya (H₂O₂–metilen abısı sınağı, anoskopiya, anorektoskopiya), şüa diaqnostikası (kontrastlı fistuloqrafiya, endorektal USM) üsulları ilə təmin edilmişdir. Düz bağırsağın, yoğun bağırsağın digər hissələrinin xəstəlikləri müvafiq klinik-instrumental müayinələrlə (kontrastlı rentgenoqrafiya, irriqoqrafiya, FKS və b.) öyrənilmiş və qiymətləndirilmişdir.

Anal sfinkterin funksional vəziyyəti sfinkterometriya üsulu ilə müəyyən edilmiş və dəyərləndirilmişdir.

Klinik-laborator və alət müayinəsi üsullarının nəticələri cərrahi taktikanın, cərrahi müalicənin növünün və həcmnin müəyyənləşdirilməsində aparıcı rol oynamışdır.

3.1. Mürəkkəb pararektal fistulların, onların şaxələrinin və pararektal irinliklərin topoqrafo-anatomik diaqnostikasının nəticələri

Xəstələrin müayinəsinə anamnestic məlumatların detallıqla öyrənilməsi ilə başlanılmışdır. Cərrahi koloproktoloji praktikada ilk baxışdan əhəmiyyətsiz hesab edilən əlamətlər böyük rol oynaya bilər. Ona görə də anamnezin keyfiyyətli və tam toplanması çox vacibdir. Aralıq nahiyəsinin dərisində fistul yolunun xarici dəliyinin (dəliklərinin) mövcudluğu, həmin dəlikdən (dəliklərdən) irinli, iyli, bəzi hallarda üfunətli mayenin xaric olması xəstələri ən çox narahat edən əsas şikayətlərdəndir. Mayenin xarakteri serozdan seroz-hemorragikə, bulanıqdan irinli möhtəviyyətə qədər dəyişmişdir. Bəzi hadisələrdə mayenin tərkibində toxuma hissələri, həzm olunmamış bərk qida kütlələri (tum, çəyirdək, sümük qırıntıları) olur. Geniş fistul yolu zamanı möhtəviyyət duru, bəzən qatı nəcis hissələrindən ibarət olur. Mayenin,

irinli möhtəviyyatın miqdarı pararektal toxumada irinli boşluğun həcmindən, iltihabın səviyyəsindən və boşluqdaxili infeksiyanın aktivliyindən birbaşa asılıdır. Adətən xəstələr tərəfindən bu əlamət alt paltarın həmin maye (möhtəviyyat) ilə bulanması nəticəsində müəyyən edilir və bir qayda olaraq digər şikayətlər olmur. Lakin bəzi xəstələrdə dəlikətrafi nahiyədə göynəmə, qaşınma, bir sıra hallarda dərinin masserasiyası, qalınlaşması, indurasiyası kimi əlamətlər də rast gəlinir.

Tərəfimizdən xroniki paraproktitin etioloji səbəbləri araşdırılmışdır. I qrupun 24, II qrupun 19, III qrupun isə 17 xəstəsində fistul yolu kəskin paraproktitin özbaşına və cərrahi açılmasından sonra formalaşmışdır. Xroniki paraproktit müvafiq surətdə, 7, 9 və 8 xəstədə müstəqil xəstəlik kimi üzə çıxmışdır. Həmin xəstələr xəstəliyin mövcudluğunu hər hansı patoloji vəziyyətlə əlaqələndirə bilməmişlər. I qrupun 7, II qrupun 2, III qrupun isə 5 xəstəsi alt paltarın bulanması əlaməti əsasında xəstəliyin başlamasından xəbər tutmuş və ailə üzvlərinin təkidi ilə həkimə müraciət etmişlər. Sonuncu xəstələr ümumiyyətlə xəstəliyin mahiyyəti, ciddiliyi haqqında məlumatsız olmuş, hətta cərrahi müalicədən imtinaya cəhd etmişlər. Bəzi xəstələrdə alt paltarın bulanmasını öncə həyat yoldaşı görmüş və bunun səbəbini aydınlaşdırmaq üçün xəstəni həkimə müraciət etməyə vadar etmişdir. Həmin xəstələr xəstəliyin mövcudluğundan ümumiyyətlə xəbərsiz olmuşlar. I qrupun 15, II qrupun 10, III qrupun isə 7 xəstəsi defekasiyadan sonra aralıq nahiyəsini yuyarkən dəlik (məməcik) müəyyən etmiş və bu səbəbdən həkimə müraciət etmişdir. I qrupun 6, II qrupun 4, III qrupun isə 3 xəstəsi aralıq nahiyəsində davamlı qaşınma və göynəmə əlamətlərinə görə xəstəxanaya gəlmişlər. Müvafiq surətdə, 4, 3 və 1 xəstə bu əlamətlərin mövcud olmasını və onlara əhəmiyyət verməmələrini bildirmişlər.

Hər 3 qrupun xəstələrində xəstəliyin mövcudluq müddətləri öyrənilmişdir. Bu müddət 3.1 sayılı cədvəldə təqdim edilir.

Aralıq nahiyəsində ağrılar, şişkinlik və qızartı fistul yolunun irin laxtası, detrit və bərk qida qalıqları və ya nəcis kütlələri ilə tutulması hesabına irinli boşluqdan möhtəviyyatın evakuasiyasının pozulması, boşluqdaxili təzyiqin artması və iltihab prosesinin inkişafı üçün əlverişli şəraitin yaranması ilə əlaqədardır. Bu əlamət xəst-

tələrin təxminən yarısında rast gəlmişdir. Anal nahiyədə ağrılar yanaşı anal çatla bağlı olmuşdur. Anal çat bütün xəstələrin 14,3%-də (12 xəstə) müəyyən edilmişdir. Xəstələrin dördədən birində anal dəlik ətrafı nahiyədə qaşınma, göynəmə hissiyatı, perianal diskomfort müşahidə edilmişdir. Dərinin masserasiyası, qalınlaşması, sərtləşməsi, indurasiyası, çapıq deformasiyaları 13,4% xəstələrdə rast gəlmişdir.

Cədvəl 3.1

Xroniki paraproktitin mövcudluq müddətləri

Xəstəliyin mövcudluq müddəti	Qruplar		
	I	II	III
1 ilə qədər	6	7	5
1-3 il	14	11	9
3-5 il	4	8	6
5 ildən çox	7	2	5

Xəstələrin əksəriyyətində yerli əlamətlərlə yanaşı ümumi simptomlar da meydana çıxmışdır: əsəbilik, baş ağrıları, yuxusuzluq, əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi, bədən temperaturunun subfebril həddlərədək yüksəlməsi, üşütmə və s.

Növbəti mərhələdə aralıq və anus nahiyələrinə baxış keçirilmişdir. Baxış xarici dəlik(lər)in lokalizasiyasını, dəlikətrafı və aralıq nahiyələrinin vəziyyətini (çapıq dəyişiklikləri, masserasiya, qalınlaşma, indurasiya və deformasiyalar), anal dəlikətrafı sahənin dəyişikliklərini, o cümlədən xarici hemorroyu, əvvəllər aparılmış əməliyyatın izlərini (əməliyyat çapığı, çapıqlar və bitişmələr, dərinin və yumşaq toxumaların deformasiyaları) müəyyən etməyə imkan vermişdir. Aralıq nahiyəsinin dərisinin vəziyyəti, xarici fistul dəliklərin sayı və lokalizasiyası, düz bağırsağın və fistul yolunun möhtəviyyətinin xarakteri, çapıq dəyişiklikləri, anal dəlikətrafı deformasiyaların, çapıq dəyişikliklərinin səviyyəsi qiymətləndirilmişdir.

Bütün xəstələrdə fistulun xarici dəliyi (dəlikləri) müəyyən edilmişdir. Yəni xəstələrin heç birində natamam fistul rast gəlməmişdir. 49 xəstədə (58,4±2,9%) - 1, 23-də (27,4±2,4%) - 2, 7-də (8,3±1,4%) 3 və ya daha çox xarici dəlik müəyyən edilmişdir. Xarici dəlik (dəliklər) 41 xəstədə (48,8±2,7%) anus dəliyindən sağda,

24-də (28,6±2,6%) solda, 16-da (19,1±2,4%) orta xəttə, 3-də isə (3,5±1,2%) hər 2 tərəfdə aşkar olunmuşdur. 37 xəstədə (44,1±4,3%) xarici dəlik Hudzel xəttindən (bu xətt saat siferblatının 3 və 9 nöqtələrindən keçən üfqi xəyal xəttidir) aşağı, 29-da (34,5±1,9%) yuxarı yarımdairədə, 18-də isə (21,4±4,8%) həm aşağı, həm də yuxarı yarımdairədə yerləşmişdir.

14 xəstədə (16,7±4,6%) xarici dəliyin ətrafında hiperemiya, şişkinlik aşkar edilmişdir. 4 xəstədə (4,7±3,2%) uzun müddət davam edən irinli ifrazata görə dərinin masserasiyası, 2-də (2,3±3,1%) indurasiyası, 1-də (1,2±3,4%) kəskin qalınlaşması, sərtləşməsi, hətta “qığırdaqlaşması” baş vermişdir.

Residiv mürəkkəb pararektal fistullu 6 xəstədə (7,1±3,2%) anusun kobud çapıq deformasiyaları rast gəlməmişdir. Onlardan 3-də trans-, 3-də ekstrafinkter fistul müəyyən olunmuşdur.

Aralıq, perianal nahiyələrin və anal kanalın divarlarının palpasiyası (bidigital müayinəsi) zamanı adətən sfinkterin səthi porsiyasında xarici dəlikdən daxili dəliyədək “qayıq” (“kəndir”) formasında 0,5-1,0 sm qalınlığında çapıq toxuması əllənmişdir. 29 xəstədə (34,5±5,7%) xarici dəlikdən başlayan 1-2 sm uzunluqlu “qayıq”şəkilli fistul yolu palpasiya olunmuşdur.

Anal kanalın digital və bidigital müayinələri zamanı əsas diqqət fistulun daxili dəliyinin lokalizasiyasına, ölçüsünə, daxili dəlik ətrafında çapıq dəyişikliklərinin olmasına yönəlmişdir. Bu müayinələr nəticəsində daxili dəliyin lokalizasiyası, dəlikətrafi iltihabi dəyişikliklər (kriptit), rektovaginal arakəsmənin vəziyyəti, yanaşı daxili hemorroy, anal çat, distal lokalizasiyalı polip (2 xəstədə) və s. haqqında ilkin məlumatlar əldə edilmişdir.

Tərəfimizdən transrektal güzgü müayinəsi fistulun daxili dəliyinin və yanaşı patologiyaların (hemorroy, anal çat, poliplər, şişlər, və s.) diaqnostikası üçün istifadə edilmişdir. Bu müayinə diz-dirsək və yan üstə üzadılmış vəziyyətlərdə aparılmışdır. İşıqlandırıcı ilə təchiz edilmiş rektal güzgü istifadəsi düz bağırsağın bütün şöbələrini, rektosiqmoidal hissəni vizualla etməyə imkan vermişdir. Müayinə xüsusi hazırlıq tələb etmir. Yalnız təmizləyici imalə etmək kifayətdir. Həssas xəstələrdə və yanaşı anal çat olduqda müayinədən əvvəl narkotik analgetik, neyrolep-

tik və antihistamin preparatı qarışığı ilə premedikasiya aparılmasını məqsədə müvafiq hesab edirik. Güzgü müayinəsi anal sfinkter əzələlərinin tonusu, gücü, yığılma səviyyəsi haqqında ciddi informasiyaları əldə etməyə, sonrakı müayinə taktikasını planlaşdırmağa şərait yaradır. Şübhəli törəmələrdən güzgünün nəzarəti altında biopsiya materialı götürülmüşdür.

Daxili dəlik cüzi dərinlikdə və 0,2 sm diametrə malik olduqda biz onu dar (ensiz), dərinliyə doğru dartıldıqda və 0,2 sm-dən böyük diametrlili olduqda enli dəlik hesab etmişik. 31 xəstədə (36,9±5,4%)-də daxili dəliyin lokalizasiyasını müəyyən etmək mümkün olmuşdur. 47 xəstədə (55,95±5,2%) o digər instrumental müayinə üsulları vasitəsi ilə, 6-da isə (7,1±2,3%) əməliyyat zamanı aşkar olunmuşdur. Residiv pararektal fistul ilə 5 xəstədə daxili dəlik ətrafında selikli qısa əllənməmişdir. Digital müayinə zamanı yanaşı olaraq 10 xəstədə (11,9±1,0%) hemorroy, 2-də (2,4±0,7%) anusun çatı müəyyən edilmişdir.

Düyməli metallik və zeytuncuqlu plastik zondla müayinə fistul yolunun gedişini, mürəkkəblik dərəcəsini, bəzi hallarda yolun sfinkter əzələlərinə münasibətini araşdırmaq üçün dəyərli məlumatların aşkar edilməsinə səbəb olmuşdur. Düyməli metallik zond yalnız düzxətli fistul yolunu tədqiq etməyə imkan vermişdir. Əyri-, sınıqxətli, diz- və nalşəkilli yolların müayinəsini zeytuncuqlu əyilgən plastik zondla müayinəsi nisbətən asandır və yolun anatomik gedişi haqqında ilkin ehtimal irəli sürməyə əsaslar yaradır.

Fistul yoluna köpükləndirici mayenin (2%-li H₂O₂ məhlulu ilə metilen abısının bərabər nisbətlərdə qarışığı) daxili dəliyin lokalizasiyasının dəqiqləşdirilməsində mühüm rol oynamışdır. Bu müayinə fistul yolunun keçiriciliyinin (keçməzliyinin) müəyyənləşdirilməsində də həlledici əhəmiyyətə malikdir. Xarici dəliyə yeridilmiş mayenin həcmi ilə daxili dəlikdən xaric olan mayenin həcmi arasındakı fərq irinli boşluğun mövcudluğu və onun tutumu haqqında təxmini məlumatlar əldə etməyə imkan vermişdir.

Fistul yoluətrafı irinlik(lər) aralığının, perianal nahiyənin və endorektal USM ilə müəyyən edilmişdir. Şübhəli və ya azinformativ hallarda görüntünün keyfiyyətini artırmaq üçün fistul yoluna kontrast məhlul (20%-li uroqrafın məhlulu) yeridilmiş-

dir. Kontrast məhlulun irinli boşluqda toplanması vizualizasiyanı yaxşılaşdırmışdır. Yeridilmiş məhlulun miqdarı və ultrasonoqrafik mənzərə boşluğun həcmi, riyazi ölçüləri haqqında dəqiq məlumatlar əldə etməyə şərait yaratmışdır.

İrinli boşluğun USM nəzarəti altında uzun iynə vasitəsilə punksiyası zəruri diaqnostika üsullarından biridir. Xaric olmuş mayenin xarakteri və həcmi prosesin mahiyyətini, boşluğun həcmi dəyərləndirməyə imkan vermişdir. Əməliyyatözü dövrdə irinli boşluğun punksiyası və antiseptik məhlulu ilə yuyulması (sanasiyası) həmçinin müalicə vasitəsidir və cərrahi əməliyyat zamanı pararektal sahənin infeksiyalaşmasının qarşısını alır.

Düz bağırsağın, o cümlədən yoğun bağırsağın digər şöbələrinin üzvi dəyişikliklərinin müəyyən edilməsi üçün FKS müayinəsi istifadə olunmuşdur. Bu müayinə qeyd edilən şöbələrdə poliplər, proktosiqmoidit, siqmoidit, qeyri-spesifik xorali kolit (3 xəstədə), S-vari bağırsağın endofit şişi (1 xəstədə), yoğun bağırsağın divertikulu (2 xəstədə), divertikulit (1 xəstədə), psevdomembranoz kolit kimi üzvi xəstəliklərin diaqnostikasında aparıcı rol oynamışdır.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə yara (əməliyyat yarası) prosesinin dinamikası ümumi və yerli əlamətlərə diqqət yetirilməklə öyrənilmişdir. Xəstənin ümumi vəziyyəti, bədən hərəkətinin qalxması (qalxmaması), baş ağrıları, ümumi zəiflik ümumi; perifokal iltihabi infiltrasiyanın aradan qalxması, yaranın reparasiya səviyyəsi, qranulyasion toxumanın əmələ gəlməsi, kənarı epitelizasiyanın başlaması, inkişaf sürəti, çapıq toxumasının formalaşması yerli əlamətlərə aid edilmişdir.

Aparılmış müayinələr nəticəsində hər bir qrupun xəstələrində xroniki paraproktitin aşağıda təsvir edilmiş topoqrafik-anatomik xarakteristikası və digər mühüm xüsusiyyətləri əldə edilmişdir.

Birincili fistul I qrupda 27, II qrupda 21, III qrupda 20 xəstədə müəyyən olunmuşdur. I qrupun 4, II qrupun 7, III qrupun 5 xəstəsində fistulun residivi üzə çıxmışdır. Sonuncu xəstələrdən 12-i xroniki paraproktitə görə 1, 3-ü 2, 1-i isə 5 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşlar.

3.2 sayılı cədvəldə fistul yolunun sfinkter əzələlərinə münasibəti əksini tapmışdır. Mürəkkəb pararektal fistullara görə cərrahi əməliyyatdan ilk 2 ay müddə-

tində 11 xəstədə (13,1±1,3%) residiv baş vermişdir. 2-12 ay müddətlərində 10 (11,9±1,6), 12 aydan sonra 2 xəstədə (2,4±1,3%) residiv əmələ gəlmişdir.

Cədvəl 3.2

Birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin fistul yolunun düz bağırsağın sfinkter əzələlərinə münasibətinə görə bölünməsi

Qruplar		Xəstələrin sayı			
		İntrasfinkter	Transsfinkter	Ekstrasfinkter	Suprlevator
I	Mütləq	7	18	4	2
	%	22,6±2,1	58,1±2,6	12,9±1,3	6,45±1,1
II	Mütləq	8	14	4	2
	%	28,6±2,1	50,0	14,3±1,2	7,1±1,1%
III	Mütləq	7	8	10	-
	%	28,0±1,5	32±1,5%	40,0±2,1	-

Konkret olaraq, I qrupun 7 xəstəsində (22,6±2,1%) intrasfinkter, 18-də (58,1±2,6%) transsfinkter, 4-də (14,3±1,2%) ekstrasfinkter, 2-də isə (6,45±1,1) suprlevator fistul aşkar olunmuşdur.

II qrupun 8 xəstəsində (28,6±2,1%) intrasfinkter, 14-də (50,0%) transsfinkter, 4-də (14,3±1,2%) ekstrasfinkter, 2-də (7,1±1,1%) isə suprlevator fistul müəyyən edilmişdir.

III qrupun 8 xəstəsində (32±1,5%) intrasfinkter, 8-də (32±1,5%) transsfinkter, 10-da (40,0±2,1) isə ekstrasfinkter fistul təyin olunmuşdur.

Toplam olaraq, 22 xəstədə (26,2±2,3%) intrasfinkter, 40-da (47,6±2,6%) transsfinkter, 18-də (21,4±1,2%) ekstrasfinkter, 4-də (4,76±1,1%) isə levatorüstü fistul müəyyən edilmişdir.

Fistul yoluətrafı irinlik(lər) I qrupda 19 (61,3±3,5%), II qrupda 21 (75,0%), III qrupda 20 xəstədə (80,0%) müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrdə irinliy(lər)in lokalizasiyası, dərinlik səviyyəsi, fistul yoluna, sfinkter əzələlərinə münasibəti, həcmi öyrənilmişdir. Bu xüsusiyyətlərin dəqiqləşdirilməsi cərrahi taktukanın və cərrahi müalicə üsulunun həcmnin seçilməsində böyük üstünlüklər qazandırmışdır.

3.3 sayılı cədvəldən göründüyü kimi 59 xəstədə (70,2±4,3 %) daxili dəlik arxa, 4-də (4,8±1,2%) ön, 21-də (25,0%) yan kriplərdə yerləşmişdir. Daxili dəliyin lo-

kalizasiyasının müəyyənləşdirilməsində Salmon-Hudzel qaydası istifadə edilmişdir.

Cədvəl 3.3

Mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrdə daxili dəliyinin lokalizasiyası

Daxili dəliyin lokalizasiyası	Intrasfinkter	Transsfinkter	Ekstrasfinkter	Suprlevator	mütləq	%
Ön	-	3 (75±2,3)	-	1 (25,0)	4	4,8±1,2
Arxa	18 (30,5±1,3)	33 (55,9±2,3)	6 (10,2±1,5)	2 (3,4±1,8)	59	70,2±4,3
Yan	4 (23,8±1,3)	14 (66,7±3,4)	2 (9,5±1,4)	-	21	25,0
Cəmi:	22 26,1±1,0	50 59,5±3,8	8 9,5±0,8	3 3,6±1,9	84	100

Xəstəliyin və residiv(lər)in mövcudluq müddəti, əməliyyatdan sonra residiv əmələ gəlməsinə qədərki müddət 3.4 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 3.4

Mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrdə əməliyyatdan sonra residivlərin başvermə müddətləri

Residivvermə müddəti	Intrasfinkter	Transsfinkter	Ekstrasfinkter	Mütləq	%
2 aya qədər	2 18,2±1,4	7 (63,6±2,2)	2 (18,2±1,8)	11	13,1±1,3
2-6 ay	1 12,5±0,9	5 (62,5±1,6)	2 (25±2,5)	8	9,5±1,1
6-12 ay	-	1 (50±1,9)	1 (50±1,9)	2	2,4±0,3
1 ildən sonra	1 50±1,9	1 (50±1,9)	-	2	2,4±0,3
Cəmi:	4 17,4±1,6	14 (60,9±1,9)	5 (21,7±1,5)	23	27,4±2,8

11 xəstə (13,1±1,2%) xəstəlik başladıqdan sonra 1 il müddətində əməliyyat olunmuşdur. Bu xəstələr irinlik açıldıqdan 3-9 ay sonra planlı şəkildə əməliyyat edilmişdir. 1-3 il müddətlərində 29 (34,5±2,7%), 3-5 il müddətlərində isə 12 xəstə (14,3±4,3%) cərrahi müalicə üçün xəstəxanaya müraciət etmişdir.

Mürəkkəb pararektal fistullara görə əməliyyat olunmuş xəstələrdə residiv fistul yollarının anatomik xüsusiyyətləri müxtəlif olmuşdur. Belə ki, ilk əməliyyatdan sonra 14 (16,7%) xəstədə trans-, 5-də ekstra- (6%), 4-də ($4,67 \pm 1,6\%$) isə intrasfinkter fistullar əmələ gəlmişdir. 11 xəstədə ($13,1 \pm 1,3\%$) ilk əməliyyatdan sonra fistul yolu formalaşdıqdan hospitalizasiyaya qədərki müddətdə dəfələrlə xroniki paraproktitin kəskinləşməsi müşahidə edilmişdir. 14 xəstədə ($16,7 \pm 1,6\%$) 2, 5-də ($5,95 \pm 1,3\%$) 3-4 dəfə, 3-də ($3,6 \pm 0,8\%$) 5 dəfədən çox kəskinləşmə halları olmuşdur.

I qrupun 3, II qrupun 4, III qrupun 2 xəstəsində 2 dəfə, I və III qrupun 1 xəstəsində isə 3 dəfə təkrar əməliyyat icra olunmuşdur. 1 xəstə hospitalizasiyaya qədər müxtəlif xəstəxanalarda 4 dəfə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır.

1 xəstədə ($1,2 \pm 0,3\%$) fistul yolunun ətrafından götürülmüş biopsiya materialında kolorektal karsinoma (histoloji) müəyyən olunmuşdur.

Klinik instrumental və laborator müayinələr nəticəsində I qrupun 7 ($22,5 \pm 4,5\%$), II qrupun 5 ($17,9 \pm 3,5\%$), III qrupun 2 xəstəsində ($8,0 \pm 3,2\%$) yanaşı somatik xəstəliklər (obliterasiyaedici ateroskleroz, ürəyin xronik işemik xəstəliyi, hipertoniya xəstəliyi, şəkərli diabet, xroniki hepatit, xronik gastrit, qeyri-spesifik xorali kolit və s.) aşkar edilmişdir.

Yanaşı proktoloji xəstəliklər ümumilikdə 35 xəstədə (41,7%) müəyyən edilmişdir (3.5 sayılı cədvəl).

Cədvəl 3.5

Mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrdə yanaşı proktoloji xəstəliklər

Yanaşı xəstəliklər	Xəstələrin sayı	%
Anal çat	12	$34,3 \pm 1,9$
Hemorroy	10	$28,6 \pm 1,0$
Selikli qişanın düşməsi	6	$17,1 \pm 1,6$
Düz bağırsağın düşməsi	4	$11,4 \pm 1,2$
Düz bağırsağın polipi	3	$8,6 \pm 1,3$
Cəmi:	35	$41,7 \pm 2,6$

Fistul yolunun zondla müayinəsi olduqca vacib müayinədir. Bu üsul fistul yolunun istiqamətini, sfinkter əzələlərinə münasibətini, bir çox hallarda daxili dəliyin lokalizasiyasını və digər anatomik əlamətləri (xüsusiyyətləri) müəyyən etməyə imkan verir. Düzxətli fistul yolu 21 xəstədə (25,0%) metallik zondla müəyyən edilmişdir. Bu zond fistul yolunun uzunluğunu da dəqiqləşdirməyə imkan verir. Zond fistul yolunda olarkən bidigital müayinə ilə yolun sfinkter əzələlərinə münasibətini də öyrənmək mümkündür. Belə ki, 14 xəstədə trans, 7-də isə ekstrasfinkter fistulun olması bu müayinə ilə aşkar edilmiş və diaqnoz intraoperasion təsdiq olunmuşdur.

Fistul yolunun müxtəlif zondlarla müayinəsi

Əyri, sınıqxətli, nal, dizşəkili fistul yollarına metallik zond yeritmək mümkün olmamışdır. Belə fistul yolu tərəfimizdən plastik zondla müayinə edilmişdir. Bu məqsədlə plastik Bebkokk zonu (venektomiya əməliyyatı üçün istifadə edilən) tətbiq olunmuşdur. Zondun ucuna kiçik zeytuncuq bağlanmış və o xarici dəlikdən keçirilməklə fistul yoluna yeridilmişdir. Zondun əyilgən olması onun maneələrdən asanlıqla keçməklə daxili dəlikdən anal kanala çatmasına səbəb olmuşdur. Zondun zeytuncuğunun hamar, sürüşkən olması onun əsas fistul yolu boyunca asan hərəkətini təmin etmiş, əlavə şaxələlərə keçidinin qarşısını almışdır. Bu zondla da fistul yolunun uzunluğunu müəyyən etmək mümkün olmuşdur və o fistul yolunda olarkən bigidal müayinə ilə fistulun sfinkter əzələlərinə münasibəti (9 xəstədə trans-, 5-də isə ekstrasfinkter fistul müəyyən edilmişdir) öyrənilmişdir. Lakin Bebkokk zonu fistul yolunun konkret anatomik gedişi haqqında məlumat vermək imkanlarına malik deyildir. Bu zond vasitəsi ilə 14 xəstədə zond daxili dəliyə qədər yeridilmişdir. Həmin xəstələrdə bu müayinəni metallik zondla icra etmək mümkün olmamışdır. Fistul yolunun hissəvi və ya subtotal obliterasiyası zamanı zond müayinəsi 6 xəstədə yerinə yetirilə bilməmişdir.

H₂O₂-metilen abısı sınağı

Fistul yolunun anal kanalla əlaqəsini müəyyən etmək üçün 56 xəstədə (66,7%) H₂O₂-metilen sınağı aparılmışdır. Müayinə üçün metilen abısının 1%-li məhlulu ilə

Hydrogen peroxidin 3%-li məhlulunun qarışığı istifadə edilmişdir. Anal kanala yeridilmiş tənzif tamponda göy ləkənin yerinin müəyyən edilməsi daxili dəliyin lokalizasiyası haqqında mühakimə yürütməyə əsas yaratmışdır. 51 xəstədə (60,7%) daxili dəlikdən anal kanala “boyayıcı-köpükləndirici” məhlulun daxil olması vizual (anoskopiya) izlənilmişdir. 41 xəstədə ($48,8 \pm 3,6\%$) bu sınaq müsbət, 10-da isə ($11,9 \pm 2,6\%$) fistul yolunun obliterasiyasına və iltihab mənşəli infiltratla kompresiyasına görə mənfi olmuşdur. Yeridilmiş məhlulun həcminə əsasən fistulun şaxələnməsi, irinli boşluq(lar)un olması barədə təxmini fikir yürütmək mümkündür. Qısa fistul yolu olan xəstələrdə 1,0-2,0 ml məhlul yeridildikdə o, düz bağırsağın mənfəzinə tökülür. Şaxələnmə və (və ya) pararektal toxumada irinli boşluq(lar) olan xəstələrdə isə 2,5 ml və daha çox məhlul istifadə edilmişdir. Bu müayinə planına korrektələr etmək zərurəti doğurur, və təbii ki, diaqnozun verifikasiyası prosesində böyük rol oynayır.

Digər instrumental müayinə metodlarından göstəriş (yoğun bağırsağın polipi, şişləri, qeyri-spesifik xorali kolit, Kron xəstəliyi, dolixomeqakolon, qanaxmalar və s.) əsasında, həmçinin bütün şübhəli hallarda düz və yoğun bağırsağın rentgenoloji müayinələri, rektoromanoskopiya və kolonoskopiya istifadə edilmişdir. Divertikulyoz xəstəliyi və rektumun sallanması zamanı bu metodlar əvəzsizdir.

Rektoromanoskopiya düz və S-vari bağırsağın selikli qişasının rəngi, hərəkətliyi, eroziyalar, polip, çat, daxili hemorroy və b. patoloji vəziyyətləri müəyyən etmək mümkündür. Bu üsulun köməyi ilə 1 xəstədə (I qrup) düz bağırsağın yuxarı hissəsinin polipi müəyyən edilmişdir. O, elektrokoagulyasiya vasitəsi ilə xaric olunmuşdur.

Fibrokolonoskopiya yoğun bağırsağın digər şöbələrinin patologiyasına şübhə olan və 40 yaşdan yuxarı xəstələrdə yerinə yetirilmişdir. 2 xəstədə (I və II qrupların hərəsində 1 xəstə) yoğun bağırsağın müxtəlif şöbələrinin polipi, 2-də (II və III qrupların hərəsində 1 xəstə) qeyri-spesifik xorali kolit (bioptatların histoloji müayinəsi diaqnozu təsdiq etmişdir), 1-də (III qrup) divertikulu, 1-də dolixosiqma (II qrup), 1-də isə (III qrup) rektosiqmoidal hissənin şişi (histoloji olaraq aşağı differensiasiya etmiş adenokarsinoma) müəyyən edilmişdir.

3.2. Mürəkkəb pararektal fistulların diaqnostikasında aralıq nahiyəsinin və anal kanalın ultrasəs müayinəsinin nəticələri

65 xəstənin kompleks diaqnostikası prosesində USM istifadə edilmişdir. Bu müayinə pararektal sahədə irinli boşluğun/boşluqların diaqnostikası/inkarı üçün böyük imkanlara malikdir. Fistul yoluna kontrast məhlul (30-40%-li veroqrafın məhlulu) yeridilməklə USM aparılması (49 xəstədə) fistul yolunun gedişi, şaxələnməsi (şaxələnməməsi), toxumaların exostrukturu (fistul yolu ətrafı, anal kanalətrafı və pararektal çapıq dəyişiklikləri, indurasiya və deformasiyalar) haqqında mühüm məlumatlar əldə etməyə kömək etmişdir.

USM ilə 28 xəstədə ($33,3\pm 5,2\%$) irinli boşluq, 14-də ($16,7\pm 2,8\%$) fistul yoluna ətrafı sahənin müxtəlif səviyyəli iltihabı, 7-də ($8,3\pm 1,6\%$) fistul yolunun şaxələnməsi, fistul yolunun düz bağırsağa münasibəti, 9-da ($10,7\pm 2,2\%$) əlavə irinli boşluq (boşluqlar) müəyyən edilmişdir. Bu müayinə vasitəsi ilə fistul yolunun anatomik gedişi haqqında da vizual görüntülər əldə edilmişdir. Belə ki, 3 xəstədə əyri-, 3-də sınıqxətli, 2-də diz-, 1-də isə nalşəkilli fistul yolu görünmüşdür. 14 xəstədə yolun anatomik gedişi haqqında vizual informasiya əldə edilməmişdir. Digər xəstələrdə (26) fistul yolu düzxətli olmuşdur.

Lakin müayinənin aralıq tərəfdən aparılması bir çox mühüm məsələləri (fistul yolunun düz bağırsağa, sfinkter əzələlərinə münasibəti, daxili dəliyin və dəlikətrafi sahənin vəziyyəti) müəyyən etmək imkanlarını məhdudlaşdırır. Bu qüsurları endorektal USM (kontrastsız və kontrastlı) aradan qaldıra bilər.

USM-nin diaqnostik əhəmiyyəti aşağıda təqdim olunan nümunədə öz təsdiqini tapmışdır.

Praktikadan nümunə

Xəstə S.H., 45 yaş, 5859 sayılı x/t, 04.10.2005-ci il tarixdə anal nahiyədə qaşınma, anal dəlikətrafi sahədən nəcicli möhtəviyyət ifrazı, dəlikətrafi sahədə arabisşiklik və qızartı meydana çıxması və həyat keyfiyyətinin pisləşməsi şikayətləri

ilə klinikaya daxil olmuşdur. Bir neçə ildir ki, özünü xəstə hesab edir. Xəstəliyin başlamasını iş şəraiti ilə əlaqələndirir. Xəstəliyin kəskinləşməsinə görə bir neçə dəfə ambulator şəraitdə konservativ müalicə olunmuşdur.

Daxil olarkən ümumi vəziyyəti kafidir. Dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Dərialtı piy qatı orta dərəcədə inkişaf etmişdir. Periferik limfa düyünləri əllənmir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliklidir.

Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır. Nəbz ritmik, orta dolğunluqludur, dəqiqədə 80-dir. AT 110/70 mm c. st..

Dil nəm, ərpsizdir. Qarın simmetrikdir, yumşaqdır, ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Peritonun qıcıqlanma simptomları mənfidir.

Diurez sərbəstdir. Pasternatski simptomu hər 2 tərəfdə mənfidir. Defekasiya aktı bəzən ağrılı olur.

Status localis. Anal nahiyədə, anal dəlikdən 3-4 sm məsafədə saat 11 istiqamətində fistulun xarici dəliyi müəyyən edilir. Fistulətrafi sahəyə təzyiq etdikdə nəcisli möhtəviyyat xaric olur. Digital müayinədə və rektoskopiya zamanı fistulun daxili dəliyi müəyyən edilmir. Saat 3 səviyyəsində 1 ədəd böyümüş hemorroid düyün aşkar olunur.

İlkin diaqnoz: Xroniki paraproktit. Daxili hemorroy.

Laborator-alət müayinələrin nəticələri.

Qanın ümumi analizi: Hb – 110 q/l, er – $3,4 \times 10^{12}$, rəng göstəricisi – 0,9, leyk. - $9,3 \times 10^9$, seqment nüvəli – 64%, eozinofillər – 2%, limfositlər – 28%, monositlər – 6%, EÇS - 10 mm/saat. Sidiyin ümumi analizi xüsusiyyətsizdir.

EKQ: His dəstəsinin sol ayaqcığının blokadası əlamətləri

RH-skopiya: dəyişikliklidir.

Endorektal USM zamanı solda, pararektal sahədə kəndirşəkilli qalınlaşmış sərt toxuma zolağı görünür. Qalınlaşma ətrafında və pararektal sahədə mayeli tö-rəmə (irinli boşluq) müəyyən edilmədi.

Yerli antiseptik sanasiya və ümumi müalicə (antibiotiklər, vitaminlər, ümumi müqaviməartırıcı terapiya və s.) fonunda növbəti gün - 06.10.2005-ci il tarixdə venadaxili infuziya şəraitində, episakral anesteziya altında cərrahi əməliyyat yerinə

yetirildi. Saat 3 istiqamətində yerləşmiş daxili hemorroy düyünü bağlanaraq kəsildi. Xarici dəlikdən köpükləndirici məhlul yeridilməklə saat 5 istiqamətində yerləşmiş daxili dəlik müəyyən olundu. Xarici dəlik səviyyəsindən başlamaqla haşiyəvi dəri və dərialtı kəsiklə fistul yolu daxili dəliyə qədər kəsildi. Fistul yolunun sfinkterdən keçən hissəsi ətraf çapıq toxuması ilə birgə, sağlam əzələ qişası səviyyəsində kəsilməklə xaric edildi. Selikli qişa düz bağırsağın tərəfindən endirilməklə daxili dəlik qapadıldı. Diqqətli hemostaz əldə edildikdən sonra yara spiralşəkilli tikişlərlə sfinkter əzələləri səviyyəsindən dəriyə doğru tikildi. Düz bağırsağa levomekol məlhəmi hopdurulmuş borulu trunda, yaraya həmin məlhəmlə isladılmış aseptik sargı qoyuldu.

Əməliyyatın növbəti günündən başlayaraq yuxarıda təqdim edilmiş metodika ilə yara nahiyəsinin kvant terapiyası kursu aparılmışdır (7 gün). 10.10.2005-ci il tarixdə kafi vəziyyətdə evə yazılmış, müalicə ambulator şəraitdə sona çatdırılmışdır.

6 ay, 2 il və 4 ildən sonra baxılmışdır. Şikayətləri yoxdur. Anal sfinkter əzələlərinin funksional və üzvi (çapıq dəyişiklikləri və deformasiyası) çatmazlığı müəyyən edilməmişdir.

Transrektal ultrasonoqrafiya müayinəsi arxası üstə uzadılmış xəstənin aşağı ətraflarının diz və bud-çanaq oynaqlarında bükülmüş vəziyyətində aparılmışdır. Datçikə prezervativ geydirilir və ona gel yaxılır. Bu müayinə zamanı düz bağırsağın sfinkter aparatının strukturu, daxili və xarici sfinkter əzələlərinin eni, uzunluğu, ön-arxa ölçüləri müəyyən edilmiş, çanaq əzələlərinin, retrorektal, işiorektal və pelviorrektal toxuma sahələrinin vəziyyəti öyrənilmiş, bu sahələrdə yerləşmiş fistulətrafi irinliklərin diaqnostikası təmin edilmişdir. Kontrastlı müayinə diaqnostikanın effektivliyini artırmışdır.

3.3. Anal sfinkterin funksional vəziyyətinin müayinə üsullarının nəticələri

Anal sfinkter əzələlərinin zədələnmə dərəcəsi, onların prosesə cəlb olunması səviyyəsi haqqında dolğun informasiya toplamaq məqsədi ilə anal refleks öyrənilmişdir. Sfinkter əzələlərinin defekti, çapıq prosesinə cəlb olunması sadə refleks-

metriya müayinəsi ilə təyin edilmişdir. Üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, anal dəlik ətrafı dərindən qıcıqlandırılması zamanı hərəkəti-motor refleks hesabına sfinkter əzələlərinin yığılması başlayır. Refleks yüksək olduqda sfinkter əzələləri ilə yanaşı sağrı əzələlərinin, qadınlarda əlavə olaraq uşaqlıq yolunun əzələlərinin yığılması baş verir. Refleksin zəifliyi anal sfinkter çatmazlığının mühüm əlaməti-dir. Bu müayinə əməliyyatdan sonrakı tibbi reabilitasiya dövrünü keçirmiş xəstələrdə anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətini müəyyən etməyə imkan vermişdir.

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivləri müəyyən edilmiş bütün xəstələrdə) cərrahi əməliyyatdan əvvəl, əməliyyatdan 7-10, 20-30 və 60-90 gün sonra anal sfinkterometriya aparılmışdır.

АМИНОВ А.М. görə aktiv iltihab prosesinin anal sfinkterin funksional vəziyyətinə təsiri çox böyükdür. Bu amili nəzərə alaraq birincili irinli boşluqları olan və olmayan, ilkin və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrdə tərə-fimizdən anal dəliyin qapayıcı aparatının əzələlərinin yığılma qabiliyyəti öyrənilmişdir. Əlavə irinli boşluqları olmayan mürəkkəb transsfinkter fistullu 16 xəstənin müayinələrinin göstəriciləri cüzi miqdarda aşağı olmuşdur (3.6 sayılı cədvəl).

Əməliyyatdan əvvəl anal sfinkterin fiziki göstəriciləri kişilərdə normal göstəricilərdən bir qədər fərqli olmuşdur. Belə ki, sfinkter əzələsinin tonusu - 8,7%; maksimal gücü - 9,5%; sərbəst yığılması isə 22,8% normadan az olmuşdur. Qadınlarda isə daha qabarıq dəyişikliklər müəyyən edilmişdir: müvafiq surətdə, -14,1%; -20,2% və -30,5%.

İrinli boşluqlar olan mürəkkəb transsfinkter fistullu 7 xəstənin sfinkterometriya göstəriciləri 3.7 sayılı cədvəldə təsvir edilmişdir.

İrinli boşluğ(lar)u olan transsfinkter fistullu kişilərdə sfinkterometrik göstəricilər normaya nisbətən (tonik yığılma -12,8%; maksimal güc -21,7%; sərbəst yığılma -31,2%) aşağı olmuşdur. Qadınlarda analoji göstəricilər -16,4%; -20,4% və 45% təşkil etmişdir. Belə vəziyyət pararektal toxumanın qadınlarda böyük həcmdə olması ilə əlaqədardır.

**İrinli boşluğu olmayan transsfinkter fistullu xəstələrdə
anal sfinkterin funksional göstəriciləri**

Cins	Göstəricilər	Norma (n=5)	Müayinə müddətləri			
			ƏƏ	7 gün	14 gün	30 gün
Kişilər (n=13)	Tonus	426,4±4,6 (418–441)	389,5±7,4 (366–405) ***	392,7±8,1 (370–420) ***	395,7±7,9 (372–425) *	403,4±7,7 (388–433)
	Max güc	623,8±7,7 (601–644)	564,5±13,4 (533–594) ***	572,4±12,7 (543–602) ***	582,5±11,9 (559–616) *	596,4±12 (576–623)
	Sərbəst yığılma	195,4±6,75 (178–216)	150,9±8,2 (133–172) ***	154,2±9,1 (135–180) **	166,1±7,8 (146–184) *	170,3±10,1 (151–192)
Qadınlar (n=3)	Tonus	382,8±6,1 (365–400)	329±7,2 (303–349) *	332,2±8,1 (310–355) *	342,2±7,8 (318–362) *	361,1±9,1 (339–381) *
	Max güc	563,4±6,2 (546–582)	449,5±6,7 (416–477) *	454,5±9,2 (420–480) *	466,6±10,6 (431–488) *	481,3±9,9 (450–505) *
	Sərbəst yığılma	176±6,2 (161–192)	122,3±5,87 (100–139) *	126,6±6,48 (105–142) *	133,2±5,82 (117–155) *	142,7±6,96 (126–162) *

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqi statistik dürüslüyü:

1. Normativ göstəricilər ilə: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$
2. Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə: ^ – $p_0 < 0,05$; ^^ – $p_0 < 0,01$; ^^ ^ – $p_0 < 0,001$

**İrinli boşluğu olan transsfinkter fistullu xəstələrdə
anal sfinkterin funksional göstəriciləri**

Cins	Göstəricilər	Norma (n=5)	Müayinə müddətləri			
			ƏƏ	7 gün	14 gün	30 gün
Kişilər (n=4)	Tonus	426,4±4,6 (418–441)	372±6,9 (352–389) **	375,9±7,8 (350–395) **	386,9±10,2 (355–402) **	399,7±9,9 (369–421) *
	Max güc	623,8±7,7 (601–644)	488,5±13,3 (459–502) **	490,5±14,1 (466–509) **	516,5±16,2 (489–532) **	522,2±14,4 (500–547) ** ^
	Sərbəst yığılma	195,4±6,75 (178–216)	134,4±9,9 (116–149) **	142,2±10,2 (120–157) **	157,4±11,3 (131–166) **	169,2±12,4 (140–173) ** ^
Qadınlar (n=3)	Tonus	382,8±6,1 (365–400)	320,1±8,4 (302–340) *	325,6±9,1 (306–341) *	339,7±9,8 (323–357) *	350±10,2 (330–372)

	Max güc	563,4±6,2 (546–582)	448,5±8,7 (419–460) *	453,3±10,2 (422–470) *	465,3±9,9 (436–481) *	489,7±12,2 (452–504) *
	Sərbəst yığılma	176±6,2 (161–192)	96,8±6,8 (61–115) *	102,2±7,8 (75–120) *	116,2±9,9 (85–133) *	132,1±7,5 (116–164) * ^

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqi statistik dürüslüyü:

1. Normativ göstəricilər ilə: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

2. Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə: ^ – $p_0 < 0,05$; ^^ – $p_0 < 0,01$; ^^ – $p_0 < 0,001$

Mürəkkəb ekstrasfinkter fistullar və onların residivləri ilə xəstələrdə də sfinkterometriya aparılmış, anal sfinkterin vacib fiziki göstəriciləri öyrənilmişdir (3.8 sayılı cədvəl).

Cədvəl 3.8

Ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə anal sfinkterin funksional göstəriciləri

Cins	Göstəricilər	Norma (n=5)	Müayinə müddətləri			
			Əməliyyatdan əvvəl	7 gün	14 gün	30 gün
Kişilər (n=9)	Tonus	426,4±4,6 (418–441)	374,2±7,2 (357–399) ***	382,6±6,8 (366–402) ***	399,4±11,1 (370–421) *	403,5±10,3 (385–433) ^
	Max güc	623,8±7,7 (601–644)	558,9±8,6 (522–583) ***	566,6±8,6 (545–599) ***	583±9,2 (567–616) *	602,2±6,9 (579–627) ^^
	Sərbəst yığılma	195,4±6,75 (178–216)	156,8±6,6 (137–179) **	162,2±7,2 (149–182) *	177,5±5,9 (151–199) ^	183,3±4,8 (170–205) ^^
Qadınlar (n=5)	Tonus	382,8±6,1 (365–400)	336,1±8,4 (316–357) **	342,6±10,1 (325–366) **	357,2±9,6 (339–372) *	370,6±8,7 (351–392) ^
	Max güc	563,4±6,2 (546–582)	462,5±9,7 (433–482) **	470,2±11,6 (442–490) **	483,9±12,3 (461–514) **	512,7±10,4 (480–553) * ^^
	Sərbəst yığılma	176±6,2 (161–192)	124,9±7,8 (105–147) **	133,6±9,2 (116–159) **	147,2±10,1 (121–167) *	166,7±8,2 (143–188) ^^

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqi statistik dürüslüyü:

1. Normativ göstəricilər ilə: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

2. Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə: ^ – $p_0 < 0,05$; ^^ – $p_0 < 0,01$; ^^ – $p_0 < 0,001$

3.8 sayılı cədvəldən göründüyü kimi irinli boşluqları olan mürəkkəb və residiv ekstrasfinkter fistullu 6 kişi xəstədə müvafiq göstəricilər 12,2%; -27,3%; -18,3% aşağı olmuşdur.

Ekstrasfinkter fistullu, irinli boşluğ(lar)u olmayan 9 kişidə həmin göstəricilər müvafiq surətdə 12,2%; 10,4%; 19,8% aşağı olmuşdur. Qadınlarda analoji göstəricilər daha böyük rəqəmlərlə (12,2%; 17,9% və 29,0%) ifadə edilmişdir.

Fistul yolu anal sfinkterin səthi və ya hissəvi dərin porsiyasından keçdikdə tonik gərginlik, maksimal güc, sərbəst yığılma göstəriciləri böyük dəyişikliklərə uğrayır.

Residiv trans- və ekstrasfinkter fistullar zamanı seçilmiş səmərəli cərrahi müalicə üsulunun adekvatlığı əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə anusun qapayıcı aparatının funksional göstəricilərinin nəticələri ilə tamamilə uzlaşır.

Cədvəl 3.9

İrinli boşluğ (lar)u olan ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə anal sfinkterin funksional göstəriciləri

Cins	Göstəricilər	Norma (n=5)	Müayinə müddətləri			
			Əməliyyatdan əvvəl	7 gün	14 gün	30 gün
Kişilər (n=6)	Tonus	426,4±4,6 (418–441)	374,5±5,9 (351–391) **	380,2±4,8 (357–402) **	391,1±8,6 (378–421) *	403,5±9,4 (382–435) ^
	Max güc	623,8±7,7 (601–644)	453,4±7,5 (421–489) **	466±6,9 (433–491) **	482,3±8,9 (458–512) ** ^	529,7±8,6 (478–557) ** ^^
	Sərbəst yığılma	195,4±6,75 (178–216)	159,7±7,5 (132–179) **	166,2±6,9 (149–187) *	179±8,2 (155–200)	182,4±5,7 (162–205) ^
Qadınlar (n=1)	Tonus	382,8±6,1 (365–400)	202	246	266	323
	Max güc	563,4±6,2 (546–582)	298	316	447	504
	Sərbəst yığılma	176±6,2 (161–192)	120	125	131	139

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqin statistik dürüslüyü:

1. Normativ göstəricilər ilə: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$
2. Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə: ^ – $p_0 < 0,05$; ^^ – $p_0 < 0,01$; ^^ – $p_0 < 0,001$

II qrupun residiv transsfinkter fistullu 1 xəstəsində II dərəcəli ASC müəyyən edilmişdir. Həmin xəstədə əməliyyatdan əvvəl I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı aşkar olunmuşdur. Belə ki, fistul yolunun düz bağırsığa tərəf kəsilməsi, sfinkter əzələsinin bərpası, irinli boşluğun drenaj edilməsi əməliyyatından sonra pararektal

toxumada uzun müddət iltihab prosesi davam etmiş, ASC daha da dərinləşmişdir. Bu xəstədə əməliyyatdan əvvəl tonik yığılma - 202 q; maksimal gərginlik -298 q və sərbəst yığılma - 120 q olmuşdur. Əməliyyatdan 1 ay sonra həmin göstəricilər təkrar müəyyən edilmişdir: tonik gərginlik – 323 q; maksimal gərginlik - 504 q və sərbəst yığılma - 139 q.

Qeyd etmək lazımdır ki, ASC olmayan transsfinkter fistullu xəstələrdə əməliyyat zamanı sfinkter əzələsinin lifləri həcmindən asılı olmayaraq kəsildikdə sfinkter əzələsinin bərpası və qapayıcı aparatın funksional göstəricilərinin normallaşması 2,5 aya qədər müddətdə baş verir.

Transsfinkter fistullu xəstələrdə əməliyyatı dövrə sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətinin müqayisəli təhlili nəticəsində böyük fistul yolu olan hallarda anal sfinkterin funksiyasının daha çox itirilməsi müəyyən edilmişdir. Lakin obyektiv müayinələr zamanı bəzi xəstələrdə ASC əlamətləri olmadığı hadisələrdə də anal sıxıcının funksional vəziyyəti aşağı səviyyələrə qədər düşür.

İltihab prosesinin aktivliyi ilə yanaşı fistul yolunun sfinkter əzələlərinin dərinliklərində yerləşməsi də anal sfinkter əzələlərinin funksional göstəricilərinin aşağı düşməsinə səbəb olur.

Ön transsfinkter fistullu xəstələrdə anal dəliyin funksional vəziyyətinin aşağı düşmə səviyyəsi arxa fistullu xəstələrlə müqayisədə daha qabarıqdır. Qadınlarda kişilərə nisbətən bu göstəricilər xeyli çox dəyişir.

Tədqiqat nəticəsində bəzi xəstələrdə əməliyyatdan sonra düz bağırsağın möhtəviyyətinin saxlanılmaması (inkontinensiya) riskinin (təhlükəsinin) baş verə bilməsi müəyyən olunmuşdur. Risk qrupuna fistul yolunun sfinkter əzələsini keçmə səviyyəsi və iltihab prosesinin aktivindən asılı olmayaraq ön fistullu qadın xəstələr və irinli boşluqları olan mürəkkəb fistullu xəstələr aiddir.

Beləliklə, mürəkkəb trans- və ektrasfinkter fistullu xəstələrdə əməliyyatı dövrə anal sfinkterometriya müayinəsi ilə sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətinin öyrənilməsi nəticəsində hətta ASC şikayətləri (əlamətləri) olmadıqda belə anal sfinkterin aşağı funksional göstəricilərinin təsbit edilməsi hadisələrinə rast gəlinmişdir. Bu ilk növbədə pararektal toxumada irinli boşluqlar olan və resi-

div mürəkkəb fistullu xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Ona görə də mürəkkəb pararektal fistullar, xüsusilə onların residivləri zamanı kompleks diaqnostika üsullarının aparılması olduqca vacibdir.

Xüsusi müayinə üsullarının ardıcılıqla, məntiqi yanaşma ilə kompleks tətbiqi patoloji prosesin xarakterini aydınlaşdırır. Bu cərrahi əməliyyat üsulunun daha diferensial seçilməsinə və əməliyyatın həcmnin müəyyən edilməsinə şərait yaradır, və təbii olaraq, cərrahi müalicənin müsbət nəticələrində əksini tapmışdır.

F Ə S İ L IV

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ

4.1. Xroniki paraproktitin cərrahi müalicəsi üsulların seçilməsi

I və II qruplara aid mürəkkəb pararektal fistullu xəstələr ənənəvi üsullarla cərrahi müalicə olunmuşdur. III qrupda isə cərrahi usula əsirgəyici usul əlavə olunmuşdur. I qrupun xəstələri əməliyyatdan sonra məlhəmlərlə (levomekol, Vişnevski məlhəmi, solkoseril və s.) müalicə olunmuşdur. II-III qrup xəstələrində məlhəm müalicəsi ilə yanaşı əməliyyat yarasının infraqırmızı şüalarla lazer terapiyası aparılmışdır.

Əməliyyatın hazırlıq dövrünün gedişi

Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin əlverişli nəticələri fistul yolunun və şaxələrinin, infiltratın, irinli boşluğun (boşluqların), fistul- və anusətrafi çapıqların əməliyyatın dövründə düzgün diaqnostikası və cərrahi əməliyyat üçün münasib şəraitin təmin edilməsindən bilavasitə asılıdır. Fistul yolu irinlə, düz bağırsağın möhtəviyyatı ilə bilavasitə təmasda olduğuna görə əməliyyatın dövründə onun kompleks sanasiyası (mexaniki, antibakterial, antiseptik, şüa) aparılmışdır. Paralel surətdə yoğun bağırsağın təmizlənməsi (bağırsağın stimulyasiyası və təmizləyici imalələr) yerinə yetirilmişdir. Cərrahi əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələrə əsirgəyici qida qəbulu təyin edilmiş, bitki mənşəli (sellüloza tərkibli) qidaların qəbulu dayandırılmışdır. Əməliyyatdan 1,5-2 gün əvvəl qida qəbulu ümumiyyətlə dayandırılmışdır. Yalnız mineral su (gündə 1-2 stəkan), ılıq çay (0,5-2 stəkan), şlak əmələ gətirməyən meyvə şirələri (0,5-1 stəkan) içmək tövsiyə olunmuşdur. Bu günlərdə təmizləyici imalə (gündə 2 dəfə) edilmişdir. Yanaşı proktit və ya proktosiqmoidit aşkar edilmiş xəstələr çobanyastığı dəmləməsi ilə imalə olunmuşdur (gündə 2-3 dəfə).

Əməliyyatdan 3 gün əvvəldən başlamaqla fistul yolu gündə 2 dəfə antiseptik məhlulu ilə (0,05%-li xlorheksidin biqlükonat məhlulu, durulaşdırılmış betadin

məhlulu, 0,02%-li furasilin məhlulu və s.) şprislə təzyiq altında (şırnaqla) yuyulmuş və qaşıqla (kuretajla) qaşınmışdır. Əməliyyatdan 1 gün əvvəl işlədici məhlul (Düfalak, Normalak, Hepatolak, Fortrans) təyin edilmiş, gündə 4 dəfə (axşam 2 dəfə, əməliyyat günü səhər 2 dəfə) təmizləyici imalə olunmuşdur.

Qəbizlik şikayəti olan xəstələrdə bu əlamətin səbəbləri araşdırılmış, RRS, FKS və FQDS müayinələri, qarın boşluğunun USM aparılmışdır. Belə xəstələrdə qəbizliyin aradan qaldırılmasına böyük əhəmiyyət verilmişdir. Bu xəstələrdə əməliyyatözü dövr ambulator şəraitdə aparılmış, adətən 7-15 gün təşkil etmişdir.

Əməliyyatözü dövrdə infiltrat, irinli boşluq/boşluqlar, perianal hiperemiya, şişkinlik və masserasiya müəyyən edilmiş xəstələrdə yerli infraqırmızı lazer terapiyası aparılmışdır (iş rejimi - fasiləli; dalğa uzunluğu -0,89 mkm; şüalanma gücü - 8-9 Vt; ekspozisiya - 3-5 dəqiqə). Yuxarıda qeyd edilmiş tədbirlərdən sonra fistulun və irinli boşluğun möhtəviyyəti azalmış, xarakteri (qatılığı, rəngi, iyi) dəyişmiş, adətən nəcislə qarışıq və ya qarışıqsız seroz maye xarakteri almış, fistul yolu ətrafi qızartı, şişkinlik və infiltrat çəkilməmişdir.

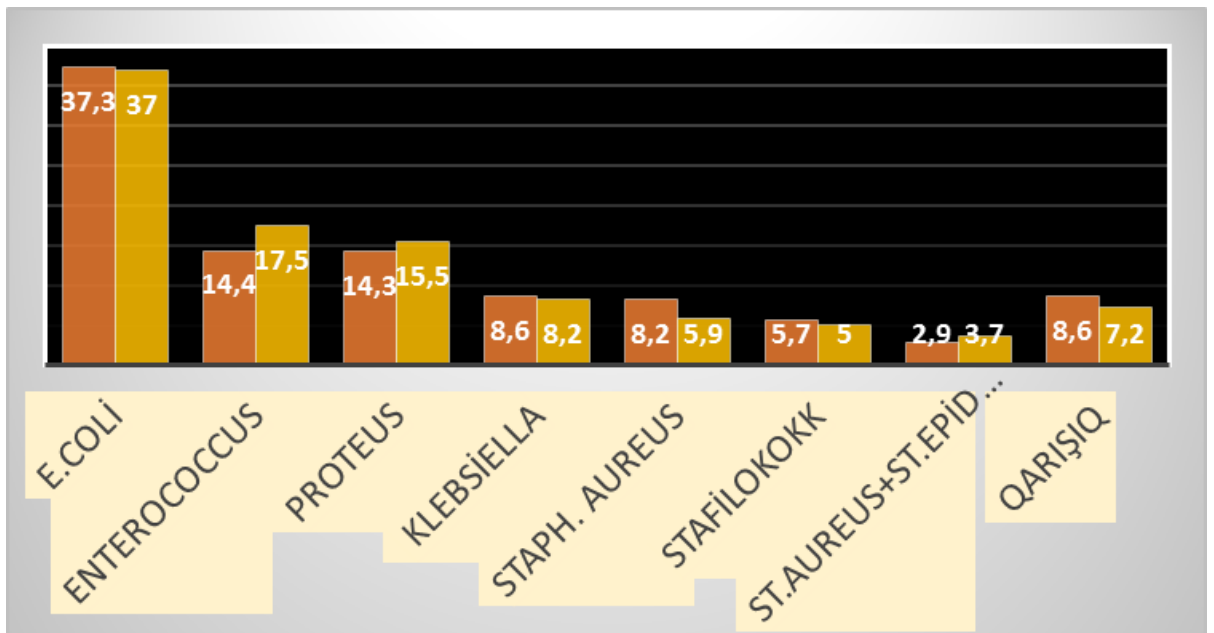
Bütün nümunələrin bakterioloji müayinələrinin nəticəsi olaraq qram-mənfi bakteriyalar daha çox ($48,6 \pm 5,8\%$) identifikasiya edilmişdir. Bağırsağ çöpləri $14,9 \pm 4,1\%$, mikrob assosiasiyaları isə $28,4 \pm 5,2\%$ nümunələrdə rast gəlməmişdir.

Əməliyyat günü (fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra) fistul yolundan təkrar nümunələr götürülmüş və bakterioloji müayinə üçün laboratoriyaya göndərilmişdir.

Tərəfimizdən tədqiq olunan əsas qrupunda 25 xəstə, nəzarət qrupunda isə 59 xəstədə mürəkkəb pararektal fistullar mövcud idi. Kliniki əlamətlərlə yanaşı əməliyyatdan sonra yaraların sağalmasını göstərən obyektiv göstəricilərindən biri yaranahiyyəsinin bakterioloji müayinəsidir. Yaraların mikroflorası həm kəmiyyətcə, həm də keyfiyyətcə tədqiq edilmişdir. Mikroflorada olan mikrobların növünü təyin etmək üçün yaranın səthindən steril tamponla müalicədən əvvəl və müalicənin 1-ci, 3-cü günü tədqiqat materialı götürülmüş, bakterioloji müayinə aparılmışdır. Tədqiqatlar göstərmişdir ki, pararektal fistul olan xəstələrdə daha çox *E. Coli* üstünlük təşkil etmişdir. Mikrofloranın keyfiyyət tərkibinin müayinəsi zamanı məlum

oldu ki, əsas törədicilər stafilokokk 33,8%, bağırsağ çöpləri 21,2% və qarışıq mikroflora isə 45%-dir. Mikroflora 60,2% xəstələrdə geniş yayılmış antibakterial preparatlara davamlı olmuşdur. Maqnit-lazer terapiyasının 3-cü günündə əsas qrupun xəstələrində mikrofloranın azalması dinamikası müəyyən edilmişdir. Müalicədən əvvəl bütün xəstə qruplarında yaraların balterial çirklənməsi biri-birinə əsaslı surətdə fərqlənməmişdir. Maqnit-lazer terapiyasından əvvəl əsas qrupda 7, nəzarət qrupunda -18 xəstədə mikroflora aşkar edilmişdir. Müalicənin sonuna yaxın əsas qrupda mikroflora tapılmadığı halda, nəzarət qrupunda 4 xəstədə mikroflora müəyyən olunmuşdur. Beləliklə, maqnit-lazer terapiyası nəticəsində patogen mikrofloranın inkişafı dayanmış, eyni zamanda antibiotikə həssaslıq təyin edilmişdir. Alınmış qram müsbət stafilokokk və streptokokk ştammları sefazolinə, siprofloksasinə, qram-mənfi bakteriya ştammları isə gentamisinə və levomisetinə qarşı həssas olmuşdur.

Beləliklə, xroniki paraproktitli xəstələrin kompleks cərrahi müalicəsi prosesində yaraların sağalması üçün maqnit-lazer terapiyası çox effektiv olmuşdur.



Şək. 4.1. Yara möhtəviyyatının mikroflorası (I və III qruplar)

Fistul yolunun yuyuntusundan və ya axıntısından alınmış bütün numunələrdə disk-diffuziya üsulu ilə törədicilərin antibiotiklərə qarşı həssaslığı təyin edilmişdir. Seftriaxona, sefamezinə, ciprofloxacinə, amikasinə qarşı ştammların ən yüksək həssaslığı müəyyən edilmişdir (cədvəl 4.1). Fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra da antibiotiklərə qarşı həssaslıq (rezistentlik) dəyişməmişdir.

Cədvəl 4.1

Yara möhtəviyyatının mikroflorası

Növü	I qrup (n=19) %-lə	III qrup (n=13) %-lə
<i>E.coli</i>	37,3	37
Enterokokklar	14,4	17,5
<i>Proteus vulgaris</i>	14,3	15,5
Klebsiella	8,6	8,2
<i>St. Aureus</i>	8,2	5,9
<i>St.aureus+St.epidermidis</i> <i>+Proteus vulgaris</i>	2,9	3,7
Qarışıq	8,6	7,2

4.2 sayılı cədvəldən görüldüyü kimi qatifloxacin və siprofloksasin *St. aureus* ştammlarına qarşı daha yüksək antibakterial fəallığa malik olmuşdur.

Cədvəl 4.2

Yara mikroflorasının antibiotiklərə qarşı həssaslığı

Antibiotiklər	+++	++	+	-
Qatifloxacin	90,5±3,4	6,8±2,9	2,7±1,9	-
Ciprofloksasin	87,8±3,8	8,1±3,2	2,7±1,9	1,4±1,3
Amikacin	79,7±4,7	11,2±3,8	4,1±2,3	4,1±2,3
Ceftriaxone	78,4±4,8	16,2±4,3	2,7±1,9	2,7±1,9
Kanamycin	74,3±5,1	16,2±4,3	5,4±2,6	4,1±2,3
Tetracycline	48,6±5,8	35,1±5,5	10,8±3,6	5,4±2,6
Furazolidone	29,7±5,3	37,9±5,6	24,3±5,0	8,1±3,2%
Ampicillin	14,9±4,1	18,9±4,6	43,2±5,8	23,0±4,9
Penicillin	12,2±3,8	13,5±4,0	28,4±5,2	45,9±5,8

Beləliklə, mürəkkəb pararektal fistullara görə xəstələrdə cərrahi əməliyyatın dövrün yuxarıda qeyd edilmiş prinsiplərlə aparılması əməliyyatın daha münasib şəraitdə yerinə yetirilməsinə, irinli-iltihabi və cərrahi ağırlaşmaların, həmçinin residivlərin rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməsinə səbəb olan mühüm amillərə aiddir.

Anesteziya üsulunun seçilməsi

Bütün xəstələrdə əməliyyatın hazırlıq tamamlandıqdan sonra, bilavasitə əməliyyatdan 30-40 dəq. əvvəl əzələ daxilinə *Sol. Atropini sulfatis* (0,1% - 0,5 ml), *Sol. Dimedroli* (1% - 1,0 ml), *Sol. Droperodoli* (0,25% - 2,0 ml) yeridilməklə premedikasiya edilmişdir. Həm nəzarət qrupunun, həm də əsas qrupun xəstələrində episakral anesteziya metoduna üstünlük verilmişdir. Bu anesteziya I qrupun 27 (90,3%), II qrupun 22 xəstəsində (78,6%) istifadə edilmişdir. Digər xəstələrdə çoxkomponentli venadaxili anesteziya yerinə yetirilmişdir: I qrup - 3 (9,7%), II qrup - 3 xəstə (10,7%). Yalnız 1 xəstədə (I qrup) cərrahi əməliyyat yerli anesteziya altında icra olunmuşdur.

Transsfinkter fistulların cərrahi müalicəsi

Transsfinkter lokalizasiyalı mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsi üsulunun seçilməsi fistul yolunun anal sfinkter əzələlərinə münasibəti, fistul yolunun istiqaməti, gediş xüsusiyyətləri, şaxələnməsi (şaxələnməməsi), düz bağırsağın sahədə irinli boşluq(lar)un lokalizasiyası, iltihab (infiltrasiya, indurasiya) və çapıq (deformasiya) proseslərinin inkişaf dərəcəsindən asılı olmuşdur.

Xəstələrin cərrah müalicəsi prosesində ümumi qəbul olunmuş əməliyyat üsulları seçilmişdir: fistul yolunun xaric edilməsi və qalıq boşluğun (sahənin) yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər tikilməsi; fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın hissəvi tikilməsi; fistul yolunun düz bağırsağa doğru kəsilməsi və daxili dəliklə birgə xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı; fistul yolunun xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi (dislokasiyası), perianal yaranın hissəvi seyrək tikilməklə yarımçıq saxlanması.

Bu əməliyyatlar və onların xarakteristikası 4.3 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Transsfinkter fistullar zamanı icra edilmiş cərrahi əməliyyatlar

Əməliyyat üsulları	Qruplar üzrə xəstələrin sayı	
	I (n=12)	II (n=10)
Fistul yolunun xaric edilməsi və qalıq boşluğun (sahənin) yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər tikilməsi	5 (16,1%)	4 (14,3%)
Fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın hissəvi tikilməsi;	3 (9,7%)	3 (10,7%)
Fistul yolunun düz bağırsağa doğru kəsilməsi və daxili dəliklə birgə xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı	3 (9,7%)	2 (7,1%)
Fistul yolunun xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi (dislokasiyası), perianal yaranın hissəvi seyrək tikilməklə yarımçıq saxlanması	1 (3,2%)	1 (3,6%)
Cəmi	12 (38,7%)	10 (35,7%)

Pararektal toxumada irinli boşluq(lar), fistul yolunun ətrafında, anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformatsiyaları olmadığı hadisələrdə (I qrupun 5 (16,1%), II qrupun 4 (14,3%) xəstəsi) fistul yolunun xaric edilməsi və qalmış sahənin tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Köpüklü boya sınağından sonra fistul yoluna xarici dəlikdən keçməklə daxili dəliyə qədər metal (qeyri-düz fistullarda plastik) zond keçirilmiş, zond boyunca o, dəyişilmiş. çapıqlaşmış ətraf toxuma ilə birgə kəsilmiş, yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər 3/0 vikril sapla tikilmişdir. Sonra sfinkter əzələsinin kəsilmiş hissəsinə əvvəldən 1/0 vikril sapla qoyulmuş tikiş bağlanmışdır. Diqqətli hemostaz təmin edilmiş və anal kanala Vişnevski məlhəmi ilə hopdurulmuş trunda yerdilmişdir.

Anal kanalda, fistul yolunun ətrafında geniş sahədə çapıq dəyişiklikləri, deformatsiyaları, habelə pararektal sahədə irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş (əməliyyatönu USM və fistuloqrafiya vasitəsilə) transsfinkter fistullu 7 xəstədə (I qrup – 3, II qrup – 4) fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın hissəvi tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir.

Fistul yolunun anatomik xüsusiyyətləri, anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyəti (ASÇ-nın dərəcəsi), irinli boşluq(lar) və perianal çapıq deformasiyalarının mövcudluğundan asılı olaraq fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğ(lar)un açılması, sanasiyası və drenajı, sfinkter əzələsinin bərpası, qalıq boşluğun seyrək tikilməsi əməliyyatı icra edilmişdir. Fistul yolunun, onun şaxələrinin və irinli boşluğ(lar)un xaric edilməsindən sonra perianal sahənin yarası seyrək tikişlərlə tikilmişdir. Yaranın yarımçıq saxlanılmasının məqsədi irinli boşluğ(lar)un adekvat drenajının təmin edilməsindən ibarət olmuşdur. İrinli boşluğun drenajı üçün rezin buraxıcı həmin boşluğun dibinə qoyulmuşdur. Nəticədə irinli möhtəviyyatın adekvat evakuasiyası təmin olunmuşdur. Bu əməliyyat üsulu 6 xəstədə (I qrup -4, II qrup – 2) yerinə yetirilmişdir.

Transsfinkter fistullu 5 xəstədə (I qrup – 1, II qrup - 4) fistul yolunun daxili dəliklə birlikdə xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi və ya yandan yerdəyişməsi (dislokasiyası), perianal yaranın hissəvi seyrək tikilməklə yarımçıq saxlanılması əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Anus divulsiya edilmiş, fistul yoluna hidrogen peroksid və metilen abısı məhlullarının bərabər nisbətdə qarışığı yeridilmiş, xarici dəlikdən düyməli metal (plastik) zond keçirilmiş, sonra fistul yolu sağlam toxuma hüdudlarında kəsilmiş və daxili dəliklə birgə xaric edilmişdir. Fistul yolu və onun əlavə şaxələri Folkman qaşığı ilə qaşınmış və 10%-li yosept məhlulu ilə işlənmişdir. Sfinkter əzələsi 1/0 vikril sapla tikilmişdir. Selikli qişa endirilməklə və ya yana düzgün yerdəyişmə aparılmaqla daxili dəliyin defekti qapanmışdır. Anal kanala levomekol məlhəmi ilə hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.

Ekstrasfinkter fistulların cərrahi müalicəsi

Ekstrasfinkter fistullar və onların residivi ilə xəstələrdə də ümumi qəbul olunmuş əməliyyatlar icra olunmuşdur. Bu əməliyyatlara – Рыжих А.Н. əməliyyatı, Аминев А.М. əməliyyatı və b. aiddir. Tərəfimizdən yerinə yetirilmiş cərrahi əməliyyatlar 4.4 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Ekstrasfinkter fistullar zamanı icra edilmiş cərrahi əməliyyatlar

Əməliyyat üsulları	Qruplar üzrə xəstələrin sayı	
	I (n=4)	II (n=4)
Fistul yolunun daxili dəliyi tərəfindən sfinkterin kəsilməsi ilə fistul yolunun ləğvi	2 (6,45)	1 (3,6%)
Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı	1 (3,3%)	1 (3,6%)
Fistul yolunun kəsilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanması	1 (3,3%)	1 (3,6%)
Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası, drenajı, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanması	-	1 (3,6%)
Fistul yolunun ikimomentli xaric edilməsi	-	-
Cəmi	4 (12,9%)	4 (14,3%)

Fistul yolunun kəsilməsi və xaric edilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanması əməliyyatı ən çox (12 xəstədə) yerinə yetirilmişdir. Digər əməliyyatlar ümumilikdə 6 xəstədə icra olunmuşdur.

Yuxarı lokalizasiyalı fistullar zamanı fistul yolu sfinkter əzələlərindən kənar-da yerləşdiyinə görə daxili dəlikdən keçməklə sfinkter əzələsinin fistula yaxın hissəsi qismən kəsilmiş və ya zədələnmiş, fistul yolu ləğv edilmişdir. Bu əməliyyat ekstrasfinkter fistullu 5 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Əməliyyat aşağıdakı ardıcılıqla icra olunmuşdur: fistul yoluna 1%-li 0,7-0,8 ml metilen abısı və hidrogen peroksid qarışığı yeridilmiş, xarici dəliyi əhatə edən kəsik aparılmış və fistul yolu düz bağırsağın divarına qədər (daxili dəliyə qədər) ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılmışdır. Sərbəstləşmiş fistul yolu qayçı ilə əsasından kəsilmiş, yaranın dibi qaşığıla qaşınmış, 10%-li yosept məhlulu ilə işlənmişdir. Yara ketqut sapla ikisıralı tikilərlə tikilmişdir. Düz bağırsağa güzgü yeridilmiş, fistul yolunun daxili dəliyi müəyyən edilmiş, sonra arxa sfinkterotomiya yerinə yetirilmişdir. Yarımçıq saxlanmış perianal yaraya və düz bağırsağa antiseptik gel hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.

Çox uzun fistul yolu olan ekstrasfinkter fistullu 3 xəstədə Sultanov H.A. əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Əməliyyat bu ardıcılıqla aparılmışdır: düz bağırsağın divarına 2-3 sm qalanadək fistul yolu ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılmış və kəsilmişdir. Sonra fistul yolunun qalmış hissəsinə (8-12 sm) boyayıcı-köpükləndirici məhlul vurulmuş və düyməli zond yeridilmişdir. Fistul yolunun proksimal (düz bağırsağa qədərki) hissəsi isə ketqutla tikilmişdir. Aralıqda köndələn kəsik aparılmaqla fistul yolunun səthi hissəsi (5-6 sm məsafədə) əldə edilmiş və kəsilmişdir. Bu zaman metilen abısı və düyməli zond görünmüşdür. Fistul yolunun bu hissəsinin (dərin hissəsi) düz bağırsağa tərəf ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılması və xaric olunması davam etdirilmiş, yaranın dibinə 2-3 ədəd ketqut tikişi qoyulmuşdur. Sonra sfinkterotomiya aparılmış, köndələn əməliyyat (perianal) yarasına antiseptik gel hopdurulmuş tampon qoyulmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı 7-10 gün ərzində fistul yolunun səthi hissəsi öz-özünə bağlanmışdır. Çünki fistul yolunun saxlanmış səthi hissəsinin düz bağırsağın mənfəzi ilə əlaqəsi (daxili dəliklə) etibarlı surətdə kəsilmişdir. Əməliyyatdan sonra 7-8 gün müddətində əsirgəyici pəhriz təyin olunmuşdur. İlk sarğı əməliyyatdan 1 gün sonra dəyişdirilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası, drenajı, selikli qişanın endirilməsi və perianal yaranın yarıaçıq saxlanması əməliyyatı I qrupun I (işiorektal) və II qrupun isə pararektal toxumada irinli boşluq aşkar edilmiş ekstrasfinkter fistullu 2 xəstəsində (1-i işiorektal, 1-i dərialtı) icra edilmişdir. Əməliyyatın ardıcılığı belə olmuşdur: fistul yolunun xarici dəliyinə boyayıcı-köpükləndirici məhlul yeridildikdən sonra xarici dəliyi əhatə edən haşiyəvi kəsik aparılmış, yolun mənfəzinə zond keçilmiş və düz bağırsağın divarına qədər ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılmış, daxili dəliklə birgə xaric edilmişdir. İrinli boşluq açılmış, iti qaşığıla qaşınmış, yuyulmuş və drenaj olunmuşdur. Düz bağırsağın selikli qişası anal defektin qapadılması şərti ilə endirilmiş və sorulan sapla anal nahiyənin dərisinə tikilmişdir. Perianal yaraya və düz bağırsağın mənfəzinə levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı əməliyyatı pararektal toxumada irinli boşluğu olan birincili (2 xəstə) və residiv (4 xəstə) ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə aparılmışdır. 4 xəstədə irinli boşluq işiorektal, 2-də isə dərialtı nahiyədə yerləşmişdir. Fistul yolu kəsilib xaric edildikdən sonra irinli boşluq açılmış, divarları qaşınmış və perianal yara açıq saxlanılmışdır.

Yanaşı patologiyalı xəstələrdə uyğun əməliyyatlar planlı qaydada simultan sürətdə aparılmışdır. Fistul yolunun ləğvi əməliyyatı zamanı hemorroya görə 10 xəstədə müxtəlif üsullarla (Milliqan-Morqani üsulu, Rusiya Federasiyası Cərrahi Koloproktologiya İnstitutunun modifikasiyası ilə, Uaythed üsulu və b.) eynimönlü hemorroidektomiya, düz bağırsağın polipi aşkar edilmiş 3 xəstədə ayaqcığın elektrokoagulyasiyası, 2-də isə anusun çatının kəsilməsi əməliyyatları yeri-nə yetirilmişdir.

I və II qrupların supralelevator yerləşmiş fistul yolu ilə 4 xəstəsində xarici dəlikdən başlamaqla fistulətrafi toxumalarda çapıq toxuması götürülmüş, fistul yolu çanaq diafraqmasına qədər ayrılmış, levator əzələlər kəsilmiş, irinlik cərrahi qaşıqla qaşınmış və 10%-li yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Daxili dəlik ətraf dəyişilmiş toxumalarla birgə xaric edilmiş, ayrı-ayrı tikişlərlə defekt qapadılmışdır. Əməliyyat yarası yaranın dibindən başlamaqla dəriyə qədər spiralsəkilli tikişlərlə tikilmişdir. Əməliyyatın dərin hissəsi aşağıda təsvir edilmiş əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir.

4.2. Mürəkkəb pararektal fistulların əsirgəyici cərrahi müalicəsi

Dərin, mürəkkəb lokalizasiyalı pararektal fistulların və onların şaxələrinin, fistulətrafi irinliklərin cərrahi əməliyyatdan əvvəl və əməliyyat zamanı topoqrafo-anatomik diaqnostikasının, adekvat xaric edilməsinin çətinlikləri, bir sıra hallarda isə hətta mümkünsüzlüyü, əməliyyat vaxtı sfinkter əzələsinin bu və ya digər dərəcədə zədələnməsinin qaçılmazlığı fistulun residivi, anal inkontinensiya kimi daha ciddi ağırlaşmaların əmələ gəlməsi ilə nəticələnir [1-5, 8, 11]. Xüsusilə fistulun transsfinkter hissəsinin, ekstrasfinkter fistullarda isə sfinkter əzələlərinə yaxın bölgədə çapıq dəyişikliklərinin xaric edilməsi zamanı böyük çətinliklər meydana çıxır

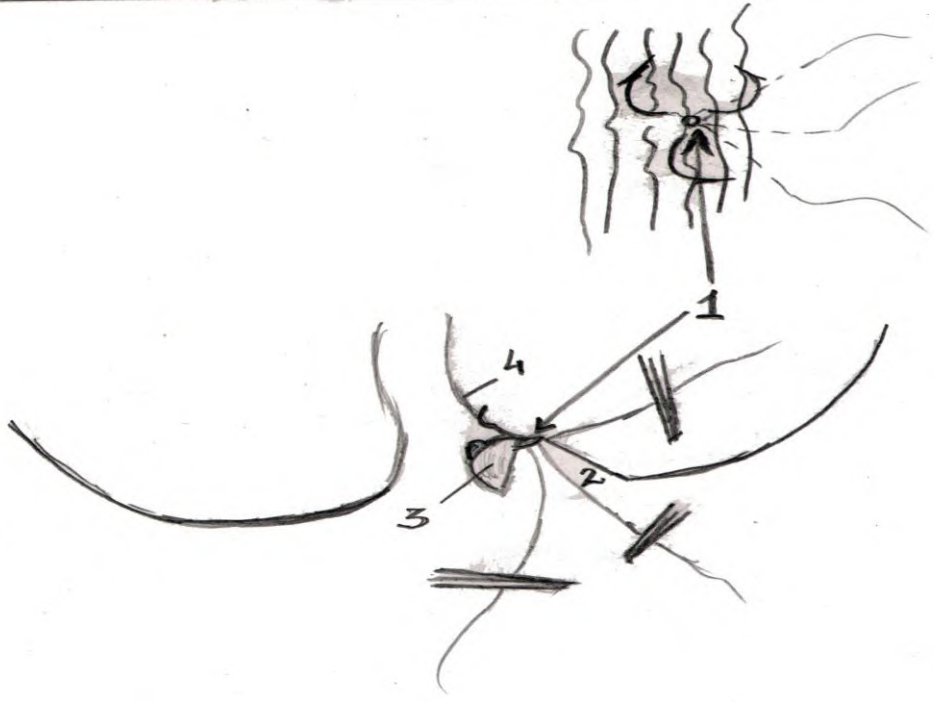
və sfinkter əzələləri ifrat artıq səviyyədə zədələnir [6, 9]. Mövcud liqatura üsulları (Рыжих А.Н. əməliyyatı, Аминев А.М. əməliyyatı və b.) və onların çoxsaylı modifikasiyalarının tətbiqindən sonra sfinkter əzələsinin fistuldaşıcı hissəsi tamamilə birləşdirici toxuma ilə əvəz olunur. Nəticədə anal sfinkterin funksional imkanları aşağı düşür. Bu xəstələrdə çapıq dəyişikliklərinin gur inkişafı pektenoz kimi ağır patoloji vəziyyətin meydana çıxmasına səbəb olur [7, 12].

Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahlığının bu çətinliklərini nəzərə alaraq tərəfimizdən sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyat metodikası işlənmiş və 25 xəstə üzərində istifadə edilmişdir. Tədqiqat 2003-2010-ci illərdə Kliniki Tibbi Mərkəzdə və Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa Institutunda yerinə yetirilmişdir. Xəstələr hər 2 cinsdən olmuş (16 kişi, 9 qadın), yaş həddi 17-70 təşkil etmişdir.

Əməliyyatın hazırlıq klinikamızda qəbul olunmuş standart metodika ilə aparılmışdır. Anesteziya üsulları içəricində episakral metodikaya üstünlük verilmişdir. 4 xəstədə spinal, 2-də isə ümumi anesteziya (endotraxeal intubasiya şəraitində) tətbiq edilmişdir.

4.2.1. Əsirgəyici cərrahi əməliyyatın metodikası

Zondla müayinə və köpüklü boya sınağından sonra fistul yoluna xarici dəlikdən daxili dəliyə qədər metallik (düzxətli olmayan fistullarda plastik) zond keçirilmiş, zond boyunca o, ətraf dəyişilmiş toxuma ilə birləşmiş və xaric edilmişdir. Fistul yolu sfinkter əzələlərinə qədər kəsilmişdir. Hemostaz təmin edildikdən sonra fistul yolunun sfinkterdaxili hissəsinə (ekstrasfinkterdaxili fistullarda isə sfinkterdən kənar hissəsinə) metallik (plastik) zond yeridilir və o, daxili dəlikdən düz bağırsağın mənfəzinə salınır. Zondun müşayiəti ilə fistul yolunun qalmış hissəsinə moskit-sıxıcı salınır və onun ucu düz bağırsaqdan çıxarılır. Balıqçı tilovunun 3 ədəd qarmağının əvvəlcədən 10-12 sm uzunluqda kəsilmiş ipləri moskit-sıxıcı ilə tutulur və yara səthinə çıxarılır (şək. 4.2 və 4.3).



Şek.4.2. Daxili dölüyün balıqçı tilovunun qarmaqları vasitəsi ilə əməliyyat sahəsinə yaxınlaşdırılması (sxematik təsvir): 1- daxili dölük; 2 - əməliyyat sahəsi; 3 – sfinkter əzələləri; 4 - düz bağırsağın selikli qişası. Yuxarı təsvir – selikli qişanın öndən görünüşü (daxili dölüyün ətrafında qarmaqların yerləşdirilməsi)



Şək. 4.3. Qarmaqlar vasitəsilə daxili dölüyün əməliyyat yarasına yaxınlaşdırılması

Qarmaqlar bərabərtərəfli üçbucağın bucaqları səviyyəsində, radial istiqamətdə elə yerləşdirilir ki, onlar fistulun daxili dəliyinin əks tərəfinə istiqamətlənsinlər. Bu vəziyyətdə hər 3 qarmaq cərrah tərəfindən arterial sıxıcı ilə selikli qişadan keçməklə dərin toxumalara sancılır. Assistent yara tərəfdən qarmaqların iplərini ayrı-ayrı sıxıcılara alır və radial istiqamətdə yaraya doğru dartır. Bu zaman fistulun qalmış hissəsi, sfinkter əzələləri daxili dəlik səviyyəsinə qədər yara səthinə gətirilir. Və beləliklə, fistulun dərinə yerləşmiş hissəsi səthə gətirildiyindən cərrahi fəndlərin yerinə yetirilməsi asanlaşır, sfinkter əzələlərinin maksimal qorunması təmin edilir, fistul yolunun yalnız sfinkterdaxili hissəsi (ekstrasfinkter fistullarda sfinkterdənənar dərin hissə) və ətraf çapıq toxuması xaric edilir. İplər yenidən dartılır, daxili dəlik əmələ gəlmiş defektdən yaraya gətirilir və haşiyəvi kəsiklə xaric edilir. Daxili dəliyin defektinə əməliyyat yarası tərəfdən tikiş qoyulduqdan (göstəriş əsasında) sonra sfinkter əzələləri bərpa edilir. Sonda irinli boşluq açılır, sanasiya və drenaj olunur. Əməliyyat yarası seyrək tikişlərlə tikilir. Əməliyyatın son mərhələsi anal kanal tərəfdən aparılır. Daxili dəliyin qalmış defekti selikli qişə səfərbər edildikdən sonra endirilməklə qapadılır. Əməliyyat yarasının sfinkterdən dəriyə qədərki hissəsinə dibdən səthə doğru spiralşəkili tikiş (3/0 vikril sapla) qoyulmaqla yara kapitonaj edilir. Əməliyyat yarasına 3/0 vikril və ya ketqut sapla seyrək tikişlər qoyulur. Anal kanala levomekol və ya Vişnevski məlhəmi ilə hopdurulmuş trunda yeridilir, əməliyyat yarasına aseptik sarğı qoyulur.

Bu metodikanın digər üstünlüyü daxili dəliklə birgə sfinkter əzələlərinin səthə doğru dartılması hesabına pararektal toxumada təftişin və cərrahi sanasiyanın asanlaşmasından ibarətdir. Üsulun daha bir önəmli cəhəti sfinkter əzələsi zədələndikdə və ya bilərəkdən kəsildikdə onun bərpasının asan yerinə yetirilməsidir. 7 xəstədə fistul yolunun sfinkter hissəsi xaric edildikdən sonra sfinkter əzələlərinin zədələnmiş (qalmış) hissəsi 1/0 vikril sapla tikilmişdir.

Fistul yolunun göstərilən metodika ilə xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı əməliyyatı fistul yolunun ətrafında, fistulun sfinkterdaxili his-

səsində (sfinkterə yaxın sahədə), anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformasiyaları, habelə pararektal sahədə irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş (əməliyyatın USM və fistuloqrafiya vasitəsilə) transsfinkter fistullu 16, ekstrasfinkter fistullu 8, supralelevator fistullu 1 xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Supralelevator yerləşmiş fistul yolu ilə xəstələrdə xarici dəlikdən başlamaqla fis-tulətrafi çapıq toxuması götürülmüş, fistul yolu çanaq diafraqmasına qədər ayrılmış, levator əzələlər kəsilmiş, irinlik təmizlənmiş və 10%-li yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Bu əməliyyatın da daxili, dərin hissəsi əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir. Daxili dəlik ətraf dəyişilmiş çapıq toxuması ilə birgə xaric edilmiş, ayrı-ayrı tikişlərlə defekt tikilmişdir. Əməliyyat yarası dıbdən səthə doğru spiralşəkilli tikişlərlə tikilmiş, aralığın dərisinə seyrək tikişlər qoyulmuşdur.

Təklif etdiyimiz metodika istifadə olunmuş ekstrasfinkter fistullu xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı təqdim edirik.

Praktikadan nümunə

Xəstə T., 34 yaş, 1246 sayılı x/t, 11.02.2008-ci il tarixdə aralıq nahiyəsində ağrılar, şişkinlik, anus ətrafında dəlik və həmin dəlikdən irinli ifrazatın, bəzən nəcis xaric olması və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə klinikaya müraciət etmişdir. Özünü 5 ildir ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi oturaq həyat tərzi ilə əlaqələndirir (sürücüdür). Xəstəlik anusun ətrafında ağrılar və şişkinliklə başlamış, həmin nahiyədə dərinin temperaturu artmış, sonra irinli maye xaric olmuşdur.

Dəri və selikli qişalar avazımışdır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, qarın tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 18-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 78-dir. Arterial təzyiq 120/80 mm.c.st..

Dil nəm, az ərplidir. Udqunma sərbəstdir. Qarın simmetrikdir, tənəffüs aktında iştirak edir, palpasiya zamanı yumşaq, intakt və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Bağırsağ peristaltikası güclənmişdir.

Diurez sərbəstdir. pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir. Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Diz-dirsək vəziyyətində anal dəliyin kənarından 3 sm məsafədə sol tərəfdə 1 ədəd xarici dəlik görünür. Təzyiq etdikdə həmin dəlikdən pis iyli sarımtıl çalarlı irinli maye xaric olur. Bu nahiyə şişkin, rigid, qızartılıdır. Palpator zəif ağrılıdır.

İlkin diaqnoz: Mürəkkəb pararektal fistul.

Digital müayinə: saat siferblatının 6 səviyyəsində anal kanalın selikli qişasının deformasiyası, qalınlaşması, sərtləşməsi və fistul yolunun daxili dəliyi müəyyən edilir. Daxili dəliyin ətrafında selikli qişa əllənmir. Zond fisul boyunca 2-3 sm irəliləsə də daxili dəliyə çatmır. Xarici dəlikdən yeridilmiş metilen abısı və hidrogen peroksid qarışığı düz bağırsağa qoyulmuş tənzip tupferi müvafiq rəngə boyayır.

RRS: alət sfinkterdən asanlıqla keçir. Saat 6 səviyyəsində, dişli xəttədən 2-3 sm yuxarıda selikli qişa qalınlaşmışdır, rigiddir, ətrafı hiperemikdir. Bu nahiyədə fistul yoluna yeridilmiş metilen abısı hidrogen peroksid qarışığının düz bağırsağın mənfəzinə axması görünür.

Kontrastlı USM: aralığın yumşaq toxumalarının USM zamanı dərialtı toxumada 25X15 mm ölçülərdə qatı mayeli boşluq izlənilir. Fistul yolu düz bağırsağın divarı boyunca əyri gedişlidir, 7-8 sm uzunluğundadır. Saat 6 istiqamətində daxili sfinkter nahiyəsində daxili dəlik izlənilir.

Əməliyyatdan əvvəl anal sfinkterin gücünün göstəriciləri: tonik - 265 q; maksimal güc - 385 q; sərbəst yığılma - 120 q.

Mikrobioloji müayinə: *E. coli* (+++), *Enterococcus* (+++), *St. aureus* (+).

Klinik və instrumental müayinələr nəticəsində tam mürəkkəb əyrixətli transsfinkter pararektal fistul diaqnozu müəyyən edildi.

Yerli (antiseptik məhlullarla fistul yolunun sanasiyası, təmizləyici imalə), əsirgəyici qidalanma və ümumi müalicə (antibiotiklər, vitaminlər, ümumi müqavimət artırıcı və s.) təyin olunmuş və yerinə yetirilmişdir.

Yerli iltihab əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra spinral anestaziya altında, planlı surətdə cərrahlıq əməliyyatı (15.02.2008-ci il) yerinə yetirilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə tənzif tufper, fistul yolunun xarici dəliyinə metilen abısı və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu qarışığı yeridildikdən sonra fistul yolu xaricdən sfinkter əzələlərinə qədər haşiyəvi kəsilmiş, həmin hissə dəri və dərialtı qatla birgə xaric edilmiş, sfinkter əzələlərinin ətrafın tilov qarmaqları (3 ədəd) keçirilmiş və radial istiqamətdə dəriyə doğru dartılmışdır. Baxış zamanı sfinkter əzələləri bu nahiyədə (fistul keçən hissə) kobud dəyişilmiş, çapıqlaşmışdır. Çapıq toxuması sağlam toxuma həddlərində kəsilmiş, əzələlərə əvvəldən qoyulmuş tikişlər bağlanmışdır. Nəticədə sfinkter əzələlərinin kəsilmiş ucları bir-birinə yaxınlaşmışdır. Bu maneəvi sfinkter əzələlərinin maksimal qorunmasına və bu nahiyədə əməliyyatın gedişinin asanlaşmasına imkan vermişdir. Selikli qısa soyulmuş, daxili dəliyin önündən keçməklə aşağı endirilmiş və xromlaşmış ketqut sapla anal dəriyə tikilmişdir. Fistulun irinli boşluqla qurtarması (USM-nin nəticəsinin təsdiqlənməsi) aşkar edilmişdir. Həmin boşluq Folkman qaşığı ilə qaşınmış, sanasiya edilmiş, boşluğa levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda yeridilmişdir. Əməliyyat yarasına seyrək ketqut tikişləri qoyulmuşdur.

Əməliyyatdan sonra növbəti gündən başlamaqla 7 seans yerli kvant terapiyası aparılmış, yara antiseptik məhlullarla yuyulmuş, qurudulmuş və solkoseril məlhəmi ilə sarğı edilmişdir.

Selektiv antibakterial terapiya aparılmış, metronidazol (500 mq (100 ml) X 2 dəfə), sefamizin (0,5 q X 2 dəfə), vitaminlər, antihistamin preparatları, aktovegin təyin edilmişdir.

Əməliyyatdan sonra 3-cü və 10-cu sutkalarda mikrobioloji müayinə üçün yara möhtəviyyatı götürülmüşdür. 3-cü sutkada E. coli (+) və Enterococcus (+) identifikasiya edilmiş; 10-cu sutkada mikroorqanizmlərin koloniyaları müəyyən olunmamışdır.

Yara birincili sağalmışdır. Sfinkter əzələlərinin funksional göstəriciləri normaya yaxınlaşmışdır: sfinkterin maksimal gücü - 440 q, 2 həftədən sonra - 445 q,

1 aydan sonra - 470 q; sfinkterin tonusu müvafiq surətdə 310, 325 və 330 q (Ами-нев А.М. görə) olmuşdur.

24.02.2008-ci il tarixdə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidə üçün yazılmışdır. 6 aydan sonra baxılmışdır: residiv yoxdur. Sutkada 1 dəfə, bəzən günəşırı defekasiya olur. Qazlar sərbəst xaric olur. Şikayətləri yoxdur.

Nəticə. 2 xəstədə əməliyyat yarasının irinləməsi, 1-də residiv baş vermişdir. I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı 2, II dərəcəli çatmazlıq isə 1 xəstədə rast gəlməmişdir.

Əməliyyatdan öncə III dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı müəyyən edilmiş 4 xəstədən 3-də cərrahi müalicədən sonra çatmazlığın dərəcəsi II, 1-də isə I dərəcəli olmuşdur. I dərəcəli anal sfinkter çatmazlığı müəyyən edilmiş 2 xəstədə çatmazlığın dərəcəsi I olmuşdur.

Beləliklə, mürəkkəb pararektal fistulların və onların residivlərinin təklif etdiyimiz sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyat üsulu ağırlaşmaların və residivlərin tezliyinin aşağı düşməsi, anal dəliyin qapayıcı aparatının normaya yaxın funksional göstəriciləri ilə seçilir və praktik cərrahi koloproktologiyada tətbiq edilə bilər.

4.3. Mürəkkəb pararektal fistulların kompleks müalicəsinin nəticələri

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinin cərrahi müalicəsinin nəticələri cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların, residivlərin, yaxın və uzaq müddətlərdə anal sfinkterin funksional vəziyyətinin kəmiyyət göstəricilərinin təmsalında müqayisəli surətdə öyrənilmişdir. Həmçinin cərrahi ağırlaşmaların, xəstəliyin residiv(lər)inin səbəbləri təhlil edilmişdir.

Müalicənin yaxın nəticələrinin öyrənilməsində ümumi klinik məlumatlardan (xəstənin ümumi vəziyyəti, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar, iltihab prosesinin sönmə müddəti, yaranın nekrotik-irinli toxumalardan və detritdən təmizlənməsi, qranulyasiyanın əmələgəlmə müddəti, yaranın bakterioloji strukturu, əməliyyatdan sonrakı dövrün müddəti, çarpayı günlərinin müddəti) və anal sfinkterometriyanın göstəricilərinin nəticələrindən istifadə edilmişdir. Uzaq nəticələr residiv(lər)in mövcudluğu və anal sfinkterin funksional dəyişikliklərinin səviyyəsinə əsaslanmaqla öyrənilmişdir. Uzaq nəticələr xəstələrin ambulator müayinəsi və ya

telefon (internet) əlaqəsi ilə əldə edilmişdir. İnternet vasitəsi ilə 8 xəstəyə tərəfi-mizdən tərtib edilmiş anket (anketə müvafiq suallar salınmışdır) göndərilmiş, onla-rın cavabları əsasında cərrahi müalicənin uzaq nəticələri dəyərləndirilmişdir.

Yaxın nəticələr

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinə görə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bütün xəstələrdə tədqiq edilmişdir. 64 xəstədə (76,2±4,0%) yara-prosesinin gedişində cərrahi ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonra 3-cü gün-dən başlayaraq onların ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normal-laşmış, ağrılar aradan qalxmışdır.

10 xəstədə (11,9±2,0%) erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə cərrahi ağırlaşma rast gəlməmişdir. I qrupda 5 (16,1±1,6%), II qrupda 2 xəstədə (7,1±1,4%) cərrahi ağırlaşmalar baş vermişdir. Erkən ağırlaşmaların keyfiyyət və kəmiyyət xarakteris-tikası 4.5 sayılı cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəl 4.5

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Qruplar	Ağırlaşmanın xarakteri	Fistulun növü		Cəmi
		Transsfinkter	Ekstrasfinkter	
I (n=10)	Yaranın ikincili sağalması	2	2	4 (12,9±1,6%)
	Anal diskomfort	2	1	3 (9,7±1,3%)
	Perianal ağrı sindromu	3	2	5 (16,1±1,8%)
II (n=6)	Yaranın ikincili sağalması	1	1	2 (7,1±0,9%)
	Anal diskomfort	1	1	2 (7,1±0,9%)
	Perianal ağrı sindromu	1	1	2 (7,1±0,9%)

I qrupun residiv transsfinkter fistullu xəstələrinin 3-də, residiv ekstrasfinkter fistullu xəstələrin 3-də ağırlaşmalar olmuşdur. II qrupun residiv transsfinkter fis-tullu xəstələrinin 1-də, ekstrasfinkter fistullu xəstələrinin 1-də ağırlaşmalar qeyd edilmişdir. Belə ki, II qrupun xəstələrində I qrupla müqayisədə ağırlaşmaların tez-liyində NRA-17,3%. Ənənəvi üsullarla cərrahi və yerli müalicə olunmuş 26 (44,1±3,6%), I qrupun 10 (32,3±1,3%), II qrupun 6 xəstəsində (21,4±1,8%) ağır-

laşmalar meydana çıxmamışdır. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 4.5 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Əməliyyatdan sonra yaranın irinləməsi 7 xəstədə ($8,3\pm 1,1\%$) rast gəlmişdir. I qrupun 4 xəstəsində ($12,9\pm 1,0\%$) yaranın irinləməsinin səbəblərini pararektal toxumada irinli boşluğun müəyyən olunmaması (2 xəstədə); pararektal toxumanın irinli boşluğunun qeyri-adekvat drenaj edilməsi (1); əməliyyat yarasına qulluğun keyfiyyətli aparılmaması (1) təşkil etmişdir. II qrupun 2 xəstəsində ($7,1\pm 1,1\%$) yara irinlənmişdir: qeyri-spesifik xoralı kolitin kəskinləşməsi (1 xəstədə); kataral proktosiqmoiditin kəskinləşməsi (1); əməliyyat yarasına qulluğun keyfiyyətli aparılmaması (1 xəstədə). Bu qrupun 2 xəstəsində ($7,1\pm 0,9\%$) yara irinlənmişdir. Bu ağırlaşmanın səbəbi pararektal toxumanın irinli boşluğunun qeyri-adekvat sanasiyası və drenajı olmuşdur.

Fistul yolunun və onun şaxələrinin, irinli boşluğ(lar)un kontrast endorektal USM ilə dəqiq topik diaqnostikası daha adekvat cərrahi müalicə üsulunun seçilməsinə, nəticədə irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur. Bu ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasının mühüm səbəblərinə əməliyyat yarasının sağalma prosesinə daimi nəzarət və əsaslandırılmış etio-patogenetik yerli müalicə aiddir.

Əməliyyatdan sonra perianal ağrı sindromu I qrupun 5 xəstəsində ($16,1\pm 1,6\%$) uzun müddət (5-7 sutkadan çox) davam etmişdir. II qrupun 3 ($10,7\pm 1,2\%$), ekstrasfinkter fistullu 1 xəstəsində ($3,6\pm 0,4\%$) uzunmüddətli perianal ağrı sindromu qeyd edilmişdir.

I qrupun 3 xəstəsində ($9,7\pm 1,3\%$) (2 - trans- və 1 - ekstrasfinkter fistullu) anal diskomfort hissi - anal dəlikdə nəmlik hissi, periodik qaşınma, duru nəcis və qazların saxlanılmasının zəifləməsi meydana çıxmışdır. Bu ağırlaşma transsfinkter fistullu xəstələrin 1-də fistul yolunun düz bağırsağın mənfəzinə doğru kəsilməsi, irinli boşluğun açılması və drenaj olunması; 1-də fistul yolunun ləğvi, yaranın hissəvi tikilməsi cərrahi əməliyyatlarından sonra rast gəlmişdir. Ekstrasfinkter fistullu 3 xəstədə Рыжих А.Н. əməliyyatı, 1-də fistulektomiya, selikli qişanın endirilməsi,

perianal yaranın yarımçıq saxlanması cərrahi əməliyyatlarından sonra həmin ağırlaşma inkişaf etmişdir.

I qrupun transsfinkter fistullu 4 xəstəsində ($12,9 \pm 1,0\%$) fistul yolunun xarici dəliyi anusun kənarından 4 sm məsafədə yerləşmişdir. Bu xəstələrdə əməliyyat zamanı yaranın distal hissəsi tikilməmiş, qranulyasion toxuma uzun müddətdə əmələ gəlmiş, yaralar 1 ay müddətində sağalmışdır. Nəticədə anusun kobud deformasiyaedici çapıqı formalaşmışdır. Daha 2 xəstədə ($6,5 \pm 1,4\%$) perianal yara irinlədiyinə görə kobud çapıq toxuması əmələ gəlmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, mürəkkəb trans- və ekstrasfinkter fistulların və onların residivlərinin cərrahi müalicəsindən sonrakı erkən ağırlaşmaların səbəbləri sırasında iltihab prosesinin topik diaqnostikası və müalicəsi zamanı buraxılmış texniki səhvlər, cərrahi əməliyyat üsulunun və həcmnin düzgün seçilməməsi, əməliyyatdan sonrakı dövrün qeyri-adekvat aparılması öncül mövqe tutur.

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinin diaqnostikası arsenalına kontrastlı USM-nin, perianal yaranın yerli müalicəsi prosesinə isə məlhəm müalicəsi ilə birgə infraqırmızı lazer terapiyası metodunun əlavə edilməsi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyini $16,1 \pm 1,6\%$ -dən $6,7 \pm 1,4\%$ -ədək azaltmış, bu zaman NRA 58,7% təşkil etmişdir. Xəstələrin stasionarda qalma müddətinin müalicə üsullarından asılılığı cədvəl 4.6-da verilmişdir.

Klinik praktikada kompleks diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqindən sonra transsfinkter fistullu xəstələrin stasionarda qalma müddəti orta hesabla 5,8 ($p < 0,001$) gün, ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə isə 6,1 ($p < 0,001$) gün-ə qədər qısalmışdır.

III qrupun xəstələrində tərəfimizdən təklif olunmuş əsirgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra yaranın solkoseril məlhəmi və kvant terapiyası ilə müştərək müalicəsi aparılmışdır. Cərrahi müalicədən 3 gün sonra Azərbaycan Elmi-Tədqiqat Tibbi Bərpa İnstitutunda əməliyyat yarasının kvant terapiyası aparılmışdır.

Əməliyyatönu hazırlıq dövrünün gedişi nəzarət qruplarının (I və II qruplar) xəstələrində olduğu kimi aparılmışdır. Yəni irindən, düz bağırsağ möhtəviyyatından təmizlənməsi üçün fistul yolunun kompleks sanasiyası aparılmaqla daha əlve-

rişli yerli əməliyyat şəraiti yaradılmışdır. Yoğun bağırsağ stimulyasiya fonunda təmizləyici imalələrlə (gün ərzində 2-4 dəfə) təmizlənmişdir. Cərrahi əməliyyatdan 1 həftə əvvəl xəstələrə əsirgəyici qida qəbulu tövsiyə edilmiş, bitki mənşəli qidalarının qəbulu dayandırılmışdır. Əməliyyatdan 1,5-2 gün öncə qida qəbulu olmamışdır. Yalnız mineral su (gündə 1-1,5 stəkan), ilıq çay (0,5-1,5 stəkan), şlak əmələgətirməyən meyvə şirələri (0,5-1 stəkan) içmək məsləhət görülmüşdür. Yanaşı proktit və ya proktosiqmoidit aşkar edilmiş xəstələrdə əlavə olaraq çobanyastığı dəmləməsi ilə gündə 1-2 dəfə imalə edilmişdir.

Cədvəl 4.6

Xəstələrin stasionarda qalma müddəti

Qruplar	Stasionarda qalma	Fistulun növləri		Cəmi
		Transsfinkter	Ekstrasfinkter	
I	Əməliyyatdan əvvəl	3,3±0,3 (2-5)	3,0±0,3 (2-5)	3,2 ± 0,2 (2-5)
	Əməliyyatdan sonra	22,1±0,6 (11 – 26)	25,9 ± 0,7 (20 – 33)	24,1 ± 0,4 (18 – 33)
	Ümumu çarpayı günləri	25,4±0,7 (20 – 31)	28,9 ± 0,8 (22 – 38)	27,3±0,6 (20 – 38)
II	Əməliyyatdan əvvəl	3,3±0,5 (2 – 5)	4,6±0,7 (2 – 7)	4,0±0,4 (2 – 7)
	Əməliyyatdan sonra	20,6 ± 0,7 (14 – 27)	23,9±1,0 (15 – 33)	20,9±0,8 * (14 – 33)
	Ümumu çarpayı günləri	23,9±1,1 (16 – 32)	28,3±1,0 (17 – 40)	24,9±0,9 * (16 – 40)

Qeyd: I qrupun uyğun göstəriciləri fərqin statistik dürüslüyü: * – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001

Əməliyyatdan 3 gün əvvəldən başlamaqla fistul yolu gündə 2 dəfə antiseptik məhlulu ilə (0,05%-li xlorheksidin biqlükonat məhlulu, durulaşdırılmış betadin məhlulu, 0,02%-li furasilin məhlulu və b.) təzyiq altında (şırnaqla) yuyulmuş, qaşıqla (kuretajla) qaşınmışdır. Əməliyyatdan 2 gün əvvəl işlədici məhlul (Dyüfalak, Normalak, Fortrans) təyin edilmiş, gündə 4 dəfə (axşam 2 dəfə, əməliyyat günü səhər 2 dəfə) təmizləyici imalə olunmuşdur.

Qəbizlik şikayəti olan xəstələrdə qəbizliyin diaqnostikasına və müalicəsinə xüsusi diqqət ayrılmışdır. Həmin xəstələrdə əməliyyatözü dövr ambulator şəraitdə aparılmış, adətən 7-15 gün təşkil etmişdir.

Əməliyyatın dövründə infiltrat, irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş xəstələrdə, perianal hiperemiya, şişkinlik və masserasiya olduqda yerli infraqırmızı lazer terapiyası aparılmışdır (iş rejimi - fasiləli; dalğa uzunluğu -0,89 mkm; şüalanma gücü - 8-9 Vt; ekspozisiya - 3-5 dəqiqə). Bu tədbirlərdən sonra fistulun və irinli boşluğun möhtəviyyəti azalmış, xarakteri (qatılığı, rəngi, iyi) dəyişmiş, fistul yoluətrafı qızartı, şişkinlik və infiltrat çəkilmişdir.

Bütün nümunələrin bakterioloji müayinələrinin nəticəsi olaraq qram-mənfi bakteriyalar daha çox (48,6±2,8%) aşkar edilmişdir. Bağırsağın çöpləri 14,9±1,1%, mikrob assosiasiyaları isə 28,4±1,2% nümunələrdə rast gəlməmişdir.

Əməliyyat günü (fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra) fistul yolundan təkrar nümunələr götürülmüş və bakterioloji müayinə üçün laboratoriyaya göndərilmişdir.

Bu müddətlərdə fistul yolunun yuyuntusundan alınmış törədicilərin disk-diffuziya üsulu ilə antibiotikoqrafiyası öyrənilmişdir. Bu qrupda da daha yüksək həssaslıq seftriaksona, sefamezinə, ciprofloksacinə, amikasinə qarşı müəyyən edilmişdir. Fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra da antibiotiklərə qarşı həssaslıq (rezistentlik) dəyişməmişdir. Cədvəldən görüldüyü kimi qatifloxacin və siprofloksasin *E. Coli* ştammlarına qarşı daha çox antimikrob fəallığı göstərmişdir.

Beləliklə, mürəkkəb pararektal fistullara cərrahi əməliyyatın dövründə bu prinsiplərlə aparılması, əməliyyatın əlverişli şəraitdə yerinə yetirilməsinə, irinli-iltihabi ağırlaşmaların və residivlərin inkişaf tezliyinin aşağı düşməsinə xidmət edən mühüm amillər sırasına aiddir.

Anesteziya üsulunun seçilməsi

III qrupun xəstələrində də əməliyyatdan 30-40 dəq. əvvəl premedikasiya (əzələ daxilinə Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 0,5 ml, Sol. Dimedrollı 1% - 1,0 ml, Sol. Droperodoli 0,25% - 2,0 ml) aparılmışdır. Episakral və ya spinal anesteziyaya üstünlük verilmişdir. Bu anesteziya üsulu 23 xəstədə (92,0%) istifadə edilmişdir. Digər 2 xəstə (8,0%) venadaxili müştərək anesteziya altında əməliyyat olunmuşdur.

Transsfinkter fistulların cərrahi müalicəsi cərrahi müalicəsi üsulunun seçilməsi fistul yolunun anal sfinkter əzələlərinə münasibəti, fistul yolunun istiqaməti, gedişi, şaxələnməsi, düz bağırsaqaştrafi toxumada irinli boşluğ(lar)un lokalizasiyası, iltihab (infiltrasiya, indurasiya) və çapıq (deformasiya) proseslərinin inkişaf dərəcəsiindən asılı olmuşdur. Bu qrupda da cərrahi əməliyyat üsulları seçilmişdir: fistul yolunun xarici dəlikdən başlamaqla kəsilməsi və xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı; fistul yolunun xaric edilməsi və yaranın dibinin səthə doğru tikilməsi; fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, yaranın seyrək tikilməsi; fistul yolunun xaric edilməsi, sfinkter əzələlərinin defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi (dislokasiyası), əməliyyat yarasının yarıaçıq saxlanması. Cərrahi əməliyyatlar və onların miqdarı 4.6 sayılı cədvəldə təsvir edilmişdir.

Cədvəl 4.6

Transsfinkter fistullar zamanı icra edilmiş cərrahi əməliyyatlar

Əməliyyat üsulları	Əməliyyatların sayı
Fistul yolunun xaric edilməsi və yaranın dibinin hermetik tikilməsi	2 (8,0%)
Fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajı	1 (4,0%)
Fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajı, sfinkter əzələsinin bərpası, yara dibinin seyrək tikilməsi	1 (4,0%)
Fistul yolunun xaric edilməsi, sfinkter əzələsinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarıaçıq saxlanması	3 (12,0%)
Cəmi	7 (28,0%)

Fistul yolunun xaric edilməsi və yaranın dibinin tikilməsi əməliyyatı pararektal toxumada irinli boşluq, fistul yolunun ətrafında, anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformasiyaları olmayan 2 xəstədə (8,0%) yerinə yetirilmişdir. Zondla müayinə və köpüklü boya sınağından sonra fistul yoluna xarici dəlikdən daxili dəliyə qədər metal (düzxətli olmayan fistullarda plastik) zond keçirilmiş, zond boyunca o ətraf dəyişilmiş toxuma ilə birgə kəsilmiş, yaranın dibi 3/0 vikril sapla tikilmişdir.

Bu zaman sfinkter əzələsinin kəsilmiş lifləri tikilmişdir. Sonda hemostaz yaradılmış və yaranın dibindən səthə doğru fasiləli tikişlər qoyulmuşdur.

Fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı əməliyyatı anal kanalda, fistul yolunun ətrafında geniş sahədə çapıq dəyişiklikləri, deformasiyaları, habelə pararektal sahədə irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş (əməliyyatözü USM və fistuloqrafiya vasitəsilə) transsfinkter fistullu 1 xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, sfinkter əzələsinin bərpası, əməliyyat yarasının seyrək tikilməsi anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətindən, irinli boşluq/boşluqlar və perianal çapıq deformasiyalarının mövcudluğundan asılı olaraq seçilmişdir. Fistul yolunun və şaxələrinin, irinli boşluq(lar)un xaric edilməsindən sonra anal kanalın böyük yarası seyrək tikişlərlə tikilmişdir. Bu irinliyin adekvat drenajının təmin edilməsinə səbəb olmuşdur. Bu əməliyyat üsulu da 1 xəstədə icra edilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi, sfinkter əzələsinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi, əməliyyat yarasının yarıaçıq saxlanması əməliyyatı transsfinkter fistullu 3 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Fistul yoluna metilen abısı məhlulu yeridilmiş, anus divulsiya edilmiş, xarici dəlikdən düyməli metal zond və ya Bebkokk zonu keçirildikdən sonra o, sağlam toxuma səviyyəsində kəsilmiş və xaric edilmişdir. Fistul yolu və şaxələri cərrahi qaşığılaə qaşınmış və 10%-lı yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Sfinkter əzələsi 1/0 vikril sapla tikilmişdir. Daxili dəlik ləğv edilmiş, selikli qişa sonra endirilməklə 3/0 vikril sapla anal nahiyənin dərisinə tikilmişdir. Anal kanala levomekol məlhəmi ilə hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.

Ekstrasfinkter fistulların cərrahi müalicəsi də ümumi qəbul olunmuş əməliyyat üsulları ilə yerinə yetirilmişdir. Bu əməliyyatlara – Рыжих А.Н. əməliyyatı, Аминев А.М. əməliyyatı və b. aiddir. Tərəfimizdən yerinə yetirilmiş cərrahi əməliyyatlar 4.7 sayılı cədvəldə toplanmışdır.

Fistul yolunun kəsilməsi və xaric edilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarıaçıq saxlanması əməliyyatı daha çox 8 xəstədə yerinə yetirilmişdir. Digər əməliyyatlar ümumilikdə 6 xəstədə icra olunmuşdur.

Ekstrasfinkter fistullar zamanı icra edilmiş cərrahi əməliyyatlar

Əməliyyat üsulları	Əməliyyatların sayı
Fistulun daxili dəliyi tərəfindən sfinkterin kəsilməsi ilə fistul yolunun ləğvi	1 (4,0%)
Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı	1 (4,0%)
Fistul yolunun kəsilməsi, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanması	1 (4,0%)
Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası, drenajı, selikli qişanın endirilməsi, perianal yaranın yarımçıq saxlanması	1 (4,0%)
Fistul yolunun ikimomentli xaric edilməsi	-
Cəmi	4 (16,0%)

Daxili dəlik tərəfdən sfinkterin kəsilməsi ilə fistul yolunun ləğvi yuxarı lokalizasiyalı fistullar zamanı (fistul yolu sfinkterdən xaricdə yerləşdiyinə görə) 5 xəstədə istifadə edilmişdir. Fistul yoluna 1%-li 0,7-0,8 ml metilen abısı yeridilmiş, xarici dəliyi əhatə edən kəsik aparılmış və o (fistul yolu) yaranın dibinə qədər (düz bağırsağın divarına kimi) ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılmışdır. Sərbəstləşmiş fistul yolu qayçı ilə əsasından kəsilmiş, yaranın dibi iti qaşığıla qaşınmış, 10%-li yosept və ya betadin məhlulu ilə işlənmişdir. Yara 3/0 vikril sapla ikiqat tikilmiş və arxa sfinkterotomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Əməliyyat yarasına və düz bağırsağa levomekol məlhəmi ilə trunda yeridilmişdir.

Çox uzun fistul yolu olan ekstrasfinkter fistullu 2 xəstədə Sultanov H.A. əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə 2-3 sm-ə qədər zonada fistul yolu ətraf toxumalardan iti üsulla ayrılmış və kəsilmişdir. Fistul yoluna köpükləndirici boya vurulmuş və düyməli metal və ya plastik zond yeridilmişdir. Fistulun proksimal (düz bağırsağa qədərki) hissəsi 3/0 vikril sapla tikilmişdir. Aralıqda kəndələn kəsik aparılmaqla fistul yolunun səthi hissəsi (5-6 sm məsafədə) əldə edilmiş və kəsilmişdir. Bu zaman metilen abısı və düyməli zond görünmüşdür. Fistul yolunun bu hissəsinin (dərindən hissəsi) düz bağırsağa tərəf ətraf toxumalardan iti üsulla

ayrılması və xaric olunması əməliyyatı tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici metodika ilə davam etdirilmiş, yaranın dibinə 3/0 vikril sapla 2-3 ədəd tikiş qoyulmuşdur. Sonra sfinkterotomiya aparılmış, əməliyyat yarasına antiseptik məlhəm hopdurulmuş tampon yeridilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 7-10 gün ərzində fistul yolunun səthi hissəsi öz-özünə bağlanmışdır. Çünki fistul yolunun saxlanmış səthi hissəsinin düz bağırsağın mənfəzi ilə əlaqəsi (daxili dəliklə) etibarlı surətdə kəsilmişdir. Əməliyyatdan sonra 7-8 gün müddətində əsirgəyici pəhriz təyin olunmuşdur. İlk sarğı əməliyyatdan 1 gün sonra dəyişdirilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası, drenajı, selikli qişanın endirilməsi və perianal yaranın yarıaçıq saxlanması

Bu əməliyyat üsulu işiorektal toxumada irinli boşluq aşkar edilmiş ekstrasfinkter fistullu 1 xəstədə icra edilmişdir. Xarici dəliyə köpüklü boya yeridildikdən sonra haşiyəvi kəsik aparılmış, fistulun mənfəzinə zond keçilmiş və o, ətraf toxumalardan iti üsulla düz bağırsağın divarınadək ayrılmış, daxili dəliklə birgə xaric edilmişdir. Əməliyyatın bu hissəsi əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir. İrinli boşluq açılmış, iti qaşığıla qaşınmış, sanasiya və drenaj olunmuşdur. Anal defektin qapadılması üçün selikli qişa endirilmiş və sorulan sapla anal nahiyənin dərisinə tikilmişdir. Perianal yaraya və düz bağırsağın mənfəzinə levomekol məlhəmi ilə hopdurulmuş tampon yeridilmişdir.

Fistul yolunun kəsilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı əməliyyatı pararektal toxumada irinli boşluğu olan 2 ilkin və 3 residiv ekstrasfinkter fistullu xəstədə aparılmışdır. 3 xəstədə irinli boşluq işiorektal, 2-də isə dərialtı nahiyədə yerləşmişdir. Fistul yolu kəsilib xaric edildikdən sonra irinli boşluq açılmış, divarları qaşınmış və sanasiya edilmişdir. Əməliyyat yarası açıq saxlanmışdır.

Yanaşı patologiyalı xəstələrdə uyğun əməliyyatlar eynimomentli olaraq aparılmışdır. Fistul yolunun ləğvi əməliyyatı zamanı hemorroya görə 3 xəstədə müxtəlif üsullarla (Milliqan-Morqani üsulu) hemorroidektomiya, 2 xəstədə isə (8,0%) anusun çatının kəsilməsi, düz bağırsağın polipi aşkar edilmiş 1 xəstədə ayaqcığın elektrokoagulyasiyası ilə polipin xaric edilməsi əməliyyatları yerinə yetirilmişdir.

6 xəstədə ekstrasfinkter fistul yolu işiorektal, 3-də pelviorektal sahədə irinli boşluqla əlaqəli olmuşdur. 5 xəstədə fistul yolu daxili sfinkterdən keçmişdir. Bu xəstələrdə də işiorektal (3), retrorektal (1) və pelviorektal (1) sahələrdə irinli boşluq müyyin edilmişdir. İrinli boşluqlar USM nəzarəti altında punksiya edilmiş, dəfələrlə 10%-li yosept və ya betadin məhlulu ilə sanasiya edildikdən sonra boşluğa 3%-li hidrogen peroksidin metilen abısı ilə qarışığı yeridilmişdir (köpüklü boya sınağı). Bu test daxili dəliyin lokalizasiyasını dəqiqləşdirməyə imkan vermişdir. Daxili dəliyin verifikasiyasından və sfinkter əzələlərinə münasibətinin müəyənləşdirilməsindən sonra daxili dəlik sağlam selikli qısa səviyyəsində zədələnmiş Morgani kriпти ilə birgə haşiyəvi kəsiklə xaric edilmişdir. Sonra selikli qışanın selikaltı əsasla birgə endirilməsi yolu ilə yara defekti fasiləli ketqut saplarla tikilməklə qapadılmışdır. Düz bağırsağın mənfəzinə levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda sarınmış 20F ölçülü polixlorvinil boru yeridilmişdir. Daha sonra aralıq tərəfdən, punksiya nöqtəsindən keçməklə 2-3 sm uzunluqlu qövsü kəsiklə abses boşluğu açılmış, nekrektomiya icra olunmuşdur. Fistul yolu Folkman qaşığı ilə daxili dəliyə qədər qaşınmış və elektrokoagulyasiya edilmişdir. Sonda abses boşluğu antiseptik məhlulu ilə sanasiya və drenaj (yan dəlikli, 20-22F ölçülü polivinilxor boru ilə) edilmişdir. Drenajın ucu ləğv edilmiş daxili dəliyə yaxın, yəni yaranın dibində yerləşdirilmişdir. Bəzi hadisələrdə (arakəsməli, çox dərin lokalizasiyalı abses boşluğu) aralıq yarasının dibində drenajla yanaşı mikroirriqator qoyulmuşdur. Mikroirriqator vasitəsi ilə gündəlik yaradaxili kvant terapiyası və yaranın lavajı aparılmışdır. Aralığın yarasına 1-2 ədəd seyrək yaxınlaşdırıcı dəri tikişləri qoyulmuşdur.

Ekstrasfinkter fistullu 3 xəstədə işiorektal, 2 xəstədə retrorektal, 1 xəstədə pelviorektal irinlik müəyyən edilmişdir. Daxili dəlik tərəfdən irinlik açıldıqdan və sanasiya edildikdən sonra fistul yoluna daxili dəlikdən liqatura keçirilmişdir. Anoloji əməliyyatlar transsfinkter fistullu 7 xəstədə də yerinə yetirilmişdir.

Dərin, xüsusilə residiv fistul yolu ilə müşayiət olunan pararektal abses açılarkən anal kanal, daxili dəlik ətrafı, anus ətrafı və aralıq nahiyəsində çapıq dəyişikliklərinə böyük diqqət yetirilmişdir. 12 xəstədə çapıq prosesi zədələnmiş Morgani kriпти ətrafında məhdudlaşmışdır, anal kanalın selikli qışası hərəkətli və dəyişiklik-

siz olmuşdur. Bu xəstələrin 4-də işio-, 2-də retro-, 1-də isə pelviorektal abses müəyyən edilmişdir. Digər xəstələrdə (5) pararektal irinlik müəyyən olunmamışdır. 9 xəstədə qabarıq, kobud çapıq dəyişiklikləri anal kanal, daxili dəlik ətrafı və anus ətrafı bölgəni tam əhatə etmiş, anusun kəskin deformasiyasına və strikturasına səbəb olmuşdur. Residiv fistulli 4 xəstədə analoji dəyişikliklər aralıq nahiyəsini, əməliyyat çapığını da əhatə etmişdir. Bu xəstələrin 8-də pararektal abses təyin edilmiş, digər 5-də isə müəyyən olunmamışdır. Abses işio- (3), retro- (3) və pelviorektal (2) sahələrdə lokallaşmışdır.

Anal kanal və daxili dəlik çapıq prosesinə cəlb olunmuş xəstələrin demək olar ki, hamısında fistul yolunun sfinkterdən keçən hissəsinin, ekstrasfinkter fistullarda isə daxili sfinkter əzələlərinə yaxın hissəsinin əzələ lifləri çapıq prosesinə cəlb olunmuşdur. Bu xəstələrdə daxili dəlik bölgəsi və yaxın selikli qişq hərəkətsizliyi, rigidliyi ilə təzahür etmişdir. Belə təsadüflərdə ənənəvi liqatura metodu, III qrupun xəstələrinin əksəriyyətində isə sfinkter əsirgəyici cərrahi metodika seçilmişdir. Çapıq dəyişiklikləri III qrupda sfinkterin hər 2 porsiyasının $\frac{2}{3}$ -dən çox sahəsini əhatə etdiyi hadisələrdə kombinə olunmuş əməliyyat yerinə yetirilmişdir (7 xəstədə). Yəni sfinkter əzələləri əsirgəyici metodika ilə çapıq dəyişikliklərindən azad edildikdən, sərbəstləşdirildikdən sonra liqatura metodu tətbiq olunmuşdur. Bu sfinkter əzələlərinin qalmış, sərbəstləşmiş hissəsinin funksional aktivliyinə səbəb olmuşdur.

Beləliklə, ənənəvi cərrahi əməliyyat üsulları I və II qrupların 32 xəstəsində yerinə yetirilmişdir. Sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyat metodikasını III qrupun xəstələrində icra olunmuşdur.

Suprlevator yerləşmiş fistul yolu ilə 4 xəstədə xarici dəlikdən başlamaqla fistul ətrafı çapıq toxuması götürülmüş, fistul yolu çanaq diafraqmasına qədər ayrılmış, levator əzələlər kəsilmiş, irinlik cərrahi qaşığıla qaşınmış və 10%-lı yosept (betadin) məhlulu ilə işlənmişdir. Bu əməliyyatın da daxili, dərin hissəsi əsirgəyici metodika ilə yerinə yetirilmişdir. Daxili dəlik ətrafı dəyişilmiş toxumalarla birgə xaric edilmiş, ayrı-ayrı tikişlərlə defekt qapadılmışdır. Əməliyyat yarası dibdən səthə doğru spiralşəkilli tikişlərlə tikilmişdir.

4.3.1. Aralıq nahiyəsinin əməliyyat yarasının müalicəsində yerli kvant terapiyasının tətbiqinin nəticələri

III qrupun transsfinkter fistul və onun residivinə görə 5 xəstəsində (20,0%) fistul yolunun ləğvi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qişanın dispoziyası (endirilməsi) və yarımçıq saxlanılmış perianal yaranın, 3 xəstəsində (12,0%) isə fistul yolunun xaric edilməsi və yara dibinin tikilməsi, ekstrasfinkter fistullu 3 xəstəsində (12,0%) fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajından sonra əməliyyat yarasının, 4-də (16,0%) isə fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, selikli qişanın endirilməsi, yarımçıq saxlanılmış əməliyyat yarasının yerli müalicəsində antiseptik və reparasiyaartırıcı müxtəlif məlhəmlər istifadə edilmişdir. Yara prosesinin gedişində aşağıdakı yerli göstəricilər öyrənilmişdir: iltihabi yara reaksiyası, yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən təmizlənməsi müddəti, reparasiya fazası, III fazanın (qranulyasion toxumanın inkişafının) başlanması - kənarı epitelizasiyanın əmələ gəlməsi, çapığın əmələ gəlməsi (ambulator müşahidə). 3, 7 və 10-cu sutkalarda perianal yaralardan götürülmüş patoloji materialın bakterioloji müayinəsi aparılmışdır.

İltihabi yara reaksiyası 3 meyar üzrə dinamik qiymətləndirilmişdir: iltihab prosesinin 3 gün müddətində sönməsi, əməliyyatdan sonrakı 4-cü gündən başlamaqla yaranın təmizlənməsi - müsbət reaksiya; irinli, fibrin ərplərin və koagulyasion nekroz sahələrinin 5 günə qədər qalması - kafi reaksiya; iltihabi reaksiyanın 5 gündən çox davam etməsi - qeyri-kafi reaksiya.

III qrupun bütün xəstələrində iltihab reaksiyasının gedişində müsbət və ya kafi dinamika qeyd olunmuşdur. Alınmış müsbət dinamika həm I ($\chi^2=6,89;p<0,05$), həm də II qrupun ($\chi^2=6,0;p<0,05$) göstəricilərindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən və detritdən təmizlənməsi prosesi (yara prosesinin I fazası) 1-3-cü günlərdə baş verdikdə bu fazanın gedişi aktiv, 4-5-ci günlərdə - kafi, 5 gündən sonra isə qeyri-kafi dəyərləndirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ilkin qranulyasiya 3-cü gündə, kənarı epitelizasiya 6-7 günlərdə əmələ gəldikdə reparasiya fazası aktiv hesab edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 4-5-ci günlərdə qranulyasiya toxuması, 8-9-cu günlərdə kənarı epitelizasiya inkişaf etdikdə yara prosesinin bu fazasının gedişi kafi; analoji göstəricilər uyğun olaraq 5 gündən və 10 gündən sonra təsbit edildikdə isə qeyri-kafi (II fazanın gecikməsi) kimi qiymətləndirilmişdir. Xəstələrin təxminən yarısında ($46,7 \pm 2,9\%$) aktiv reparasiya bu fazanın ləngiməsi təsbit edilmişdir. Reparasiya fazasının gedişində III qrupun xəstələrinin göstəriciləri I ($\chi^2=6,73; p<0,05$) və II qrupun ($\chi^2=6,67; p<0,05$) göstəricilərindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Yara prosesinin III fazasının (çapıqlaşma fazasının) başa çatması cərrahi əməliyyatdan $10,2 \pm 0,6$ gün müddətində baş vermişdir ($p<0,05$). Yəni bu qrupun xəstələrində əməliyyat yarası I qrupla müqayisədə 4,3, II qrupla müqayisədə isə 2,8 gün əvvəl sağalmışdır.

Fistul yolunun möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri

Əməliyyat zamanı kənar kontaminasiya və səhv nəticənin baş verməməsi üçün fistulun xarici dəliyindən ciddi aseptik qaydalara riayət etməklə material götürülmüşdür. Patoloji material daşıyıcı qidalı mühitlərdə və ya steril fizioloji məhlulda maksimum 20 dəq. müddətində ATU-nun Mikrobiologiya və immunologiya kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasına göndərilmişdir. Mürəkkəb pararektal və residiv fistul yolunun möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri 4.1 sayılı cədvəldə verilmişdir.

Perianal yara möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri

Əməliyyat yarasının möhtəviyyatının mikroflorasının xarakterinin öyrənilməsi zamanı cərrahi əməliyyatdan 3 gün sonra III qrupun 3 xəstəsində *En. faecalis* - $1,2 \times 10^3$; 10^4 ; 10^3 kəv/ml, 3 xəstəsində *E. coli* - $1,2 \times 10^3$, 10^3 kəv/ml; 1 xəstəsində - *P. aeroginosa* - 10^4 kəv/m, 1 xəstəsində *St. aureus* - $1,5 \times 10^3$ kəv/ml müəyyən edilmişdir. Bu qrupun digər xəstələrində isə bir neçə mikroorqanizmin assosiasiyası identifikasiya olunmuşdur.

Beləliklə, III qrupun 10 xəstəsində (66,7±12,2%) patoloji mikroflora aşkar edilməmişdir. Bu nəticə I ($\chi^2=7,8;p<0,01$) və II qrupun ($\chi^2=9,2;p<0,01$) xəstələrindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Praktikadan nümunə

Xəstə N., 41 yaş, 13492 sayılı x/t, 25.10.2006-ci il tarixdə residiv pararektal fistul diaqnozu ilə Mərkəzə daxil olmuşdur. Şikayətləri: anal nahiyədə ağrılar, irinli ifrazatın gəlməsi, əsəbilik və əmək qabiliyyətinin aşağı enməsi. Özünü 2 ilə yaxındır xəstə hesab edir. Xəstəliyini oturaq həyat tərzilə əlaqələndirir. Pararektal fistula görə 2 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. İlk əməliyyat 2005-ci ilin noyabr ayında özgə müalicə müəsisəsində, ikinci əməliyyat isə 19.05.2006-cı ildə bizim klinikada yerinə yetirilmişdir. 3 aydan sonra residiv baş vermişdir.

Dəri və selikli qişalar bir qədər avazımışdır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, qarın tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 16-18-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 76-dır. Arterial təzyiq 120/80 mm.c.st..

Dil nəm, az ərplidir. Udqunma sərbəstdir. Qarın simmetrikdir, tənəffüs aktında iştirak edir, palpasiya zamanı yumşaq, intakt və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Üzvlərin sallanması müəyyən olunmur.

Diurez sərbəstdir. Döyəcləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir. Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Diz-dirsək vəziyyətində perianal nahiyədə anal dəliyin kənarından $\approx 4,0$ sm məsafədə saat 6 istiqamətində 1 ədəd xarici dəlik görünür. Təzyiq etdikdə dəlikdən pis iyli sarı, irinli maye xaric olur. Bu nahiyə azacıq şişmiş, qızarmış, palpator zəif ağrılıdır.

Digital müayinə: saat siferblatının 6 səviyyəsində anal kanalın selikli qişası deformasiyalaşmışdır. Daxili dəlik aşkar olunmur. Fistul yoluna zond yeritmək

mümkün deyil. Xarici dəliyə yeridilmiş metilen abısı düz bağırsağa qoyulmuş tən-zif tupferi müvafiq rəngə boyayır.

RRS: alət sfinkterdən asanlıqla keçir. Saat 6 səviyyəsində, dişli xəttədən 2-2,5 sm yuxarıda selikli qısa qalınlaşmışdır, hiperemikdir. Bu nahiyədə fistul yoluna yeridilmiş metilen abısı məhlulunun mənfəzə axması görünür.

Anal sfinkterin gücünün göstəriciləri: tonik - 298 q; maksimal güc - 468 q; sərbəst yığılma - 134 q.

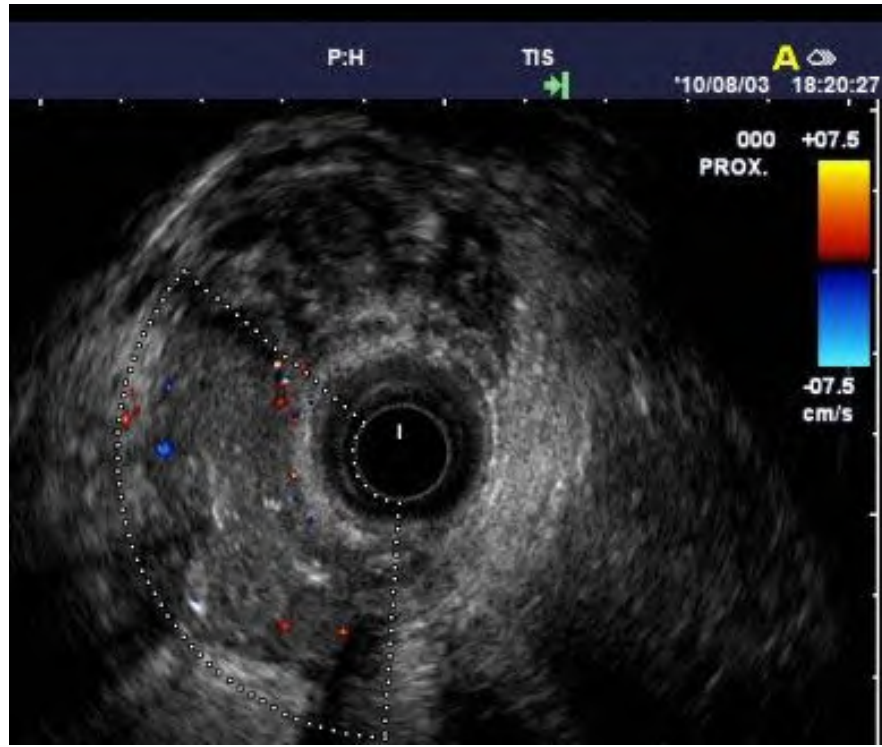
USM: xarici dəlikdən kontrast yeridildikdən sonra xarici sfinkter nahiyəsində 65 mm uzunluğunda fistul yolu aşkar olunmuşdur (şək. 4.4). Əlavə olaraq daxili sfinkter nahiyəsində, saat 12 istiqamətində kiçik ölçülü qaz qabarcıqlarından ibarət hiperexogen sahə (daxili dəlik) qeyd edilir.

Mikrobioloji müayinə: *E. faecalis* $3,5 \times 10^6$ KƏV/ml; *St. aureus* $1,5 \times 10^5$ KƏV/ml.

Klinik və instrumental müayinələr nəticəsində residiv tam ekstrafinkter para-rektal fistul diaqnozu müəyyən edildi.

Yerli (antiseptik məhlullarla fistul yolunun yuyulması və təmizləyici imalə), əsirgəyici qidalanma və ümumi müalicə (antibiotiklər, vitaminlər, ümumi müqavimət artırıcı və s.) təyin edilmişdir.

Yerli iltihab əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra 28.10.2006-ci il tarixdə episakral anestaziya altında, planlı surətdə cərrahlıq əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə tən-zif tupfer, fistul yolunun xarici dəliyinə metilen abısı və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu qarışığı yeridilmişdir. Fistul yolu düz bağırsağın divarınadək kəsilməklə xaric edilmiş, güdül 10%-li yosept məhlulu ilə işlənmiş, qaşınmış və sorulan sapla tikilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə rektal güzgü yeridilmiş, daxili dəlik kəsilməklə arxa sfinkterotomiya edilmişdir. Əməliyyat yarası seyrək tikilmiş, yaraya və düz bağırsağa levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda yeridilmişdir.



Şək. 4.4. Ekstrasfinkter fistul yolunun kontrastlı ultrasonoqramı

Əməliyyatdan sonra selektiv antibakterial terapiya aparılmış, bütün hallarda müalicə kompleksinə venadaxili metronidazol (500 mq (100 ml) X 2 dəfə) infuziyası, həmçinin vitaminlər, antihistamin preparatları, bioloji və regenerasiya stimulyatorları əlavə edilmişdir.

Əməliyyatdan 2 gün keçdikdən sonra hər gün yara antiseptik məhlullarla yuyulmuş, qurudulmuş və solkoseril məlhəmi ilə sarğı olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonra 3-cü və 8-ci sutkalarda mikrobioloji müayinə üçün yara möhtəviyyatı götürülmüşdür: 3-cü sutkada *E. faecalis* - $1,2 \times 10^4$ KƏV/ml, *St. aureus* - 10^3 KƏV/ml. 8-ci sutkada patoloji mikroflora aşkar edilməmişdir.

Yara birincili sağalmış və normaya yaxın sfinkter göstəriciləri təsbit edilmişdir. Belə ki, sfinkterin maksimal gücü 2 həftədən sonra 510 q, 1 aydan sonra 524 q; sfinkterin tonusu müvafiq surətdə 312 q; 338 q (АМИНЕВ А.М. görə) olmuşdur.

15.10.2006-cı il tarixdə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidə üçün evə yazılmışdır. 6 aydan sonra baxılmışdır: ümumi vəziyyəti kafidir. Residiv yoxdur. Sutkada bir dəfə defekasiya olur. Qazlar sərbəst xaric olur. Şikayətləri yoxdur.

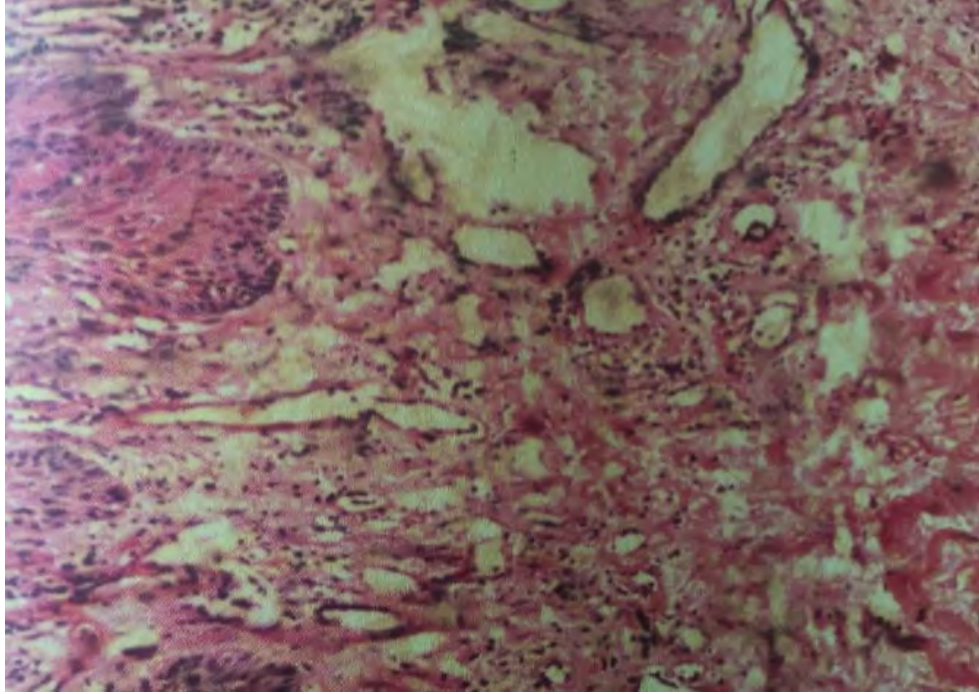
15 xəstədə (12 kişi, 3 qadın; 9 transsfinkter və 6 ekstrasfinkter fistul) əməliyyat yaralarının yerli müalicəsində solkoseril məlhəmi ilə birgə kvant terapiyası

aparılmışdır. Həmin xəstələrdə kompleks müalicə nəticəsində əməliyyat yarasının irinləməsi müşahidə olunmamış və 14 ($56,0 \pm 2,4\%$) xəstədə zərif, incə çapıq toxuması əmələ gəlmişdir. 1 ($40 \pm 0,4\%$) xəstədə fistul yolunun xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması, sanasiyası və drenajı, sfinkter əzələsinin bərpası, yaranın dibinin hissəvi tikilməsi əməliyyatından sonra anal diskomfort inkişaf etmişdir.

4.4. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsindən sonra yara nahiyəsinin toxumalarının reparasiyası səviyyəsinə kvant terapiyasının təsiri

Xəstələrdə müalicənin 3-cü günü toxuma nümunələrinin mikroskopiyasında stromanın ödemləşməsi, damarların deformasiyası və perivazal sahələrdə hemato-gen mənşəli hüceyrə elementlərinin ocaqlı toplantıları diqqət çəkmişdir. Əməliyyatdan sonrakı yaranın müxtəlif sahələrində kiçik nekrotik toxuma fraqmentlərinin və onların ətrafında limfo-histiositar elementlərdən ibarət zəif dərəcədə sahənin olması yara nahiyəsində reparativ proseslərin az intensivliyinə dəlalət edir. Eyni zamanda, mikrosirkulyator damarlarda staz və damar divarının şişkinləşməsi müşahidə edilmişdir (şəkil 4.5).

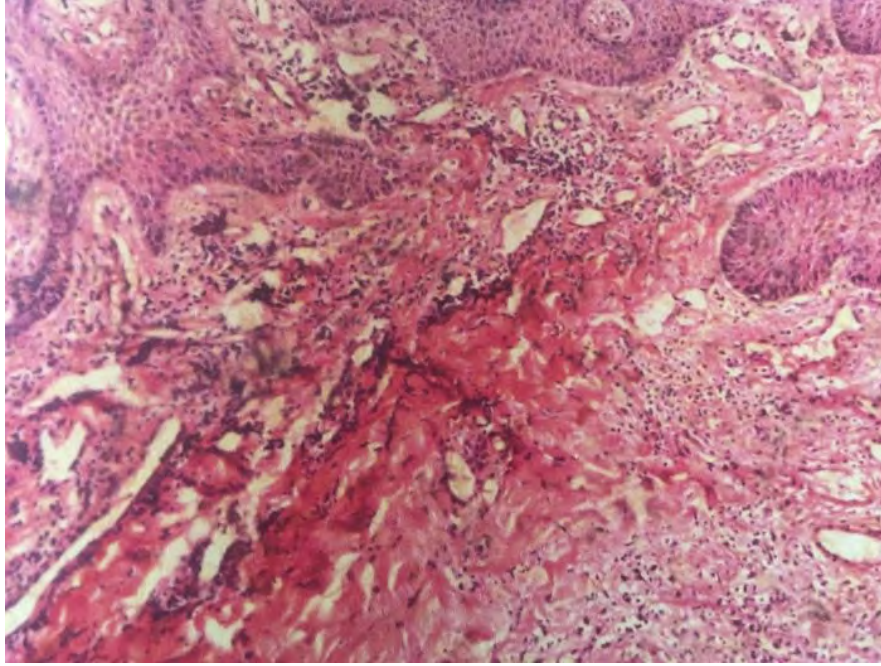
Tədqiqatın 7-ci günündə histoloji müayinələrdə reparativ proseslərin sürətlənməsində nisbətən müsbət dinamika izlənmişdir. Belə ki, ödem azalmış, şişkinləşmiş toxuma strukturlarının tamlığı bərpa olunmuşdur (şəkil 4.6). Kiçik tromb külləri ilə obturasiya olunmuş mikrosirkulyator damarlara rast gəlmiş, zədələnməyə məruz qalmış damar divarlarına isə hialin kütlələri çökmüşdür. Hialinozlaşmış kapilyarlar endotel təbəqəsini itirərək tam obliterasiya olunmuşdur. Bəzi arteriollaların divarlarında mezenximal mənşəli kambial hüceyrələrin proliferasiyası görünmüşdür. Bu dəyişikliklər toxumalarda reparativ regenerasiya proseslərinin ləngədişli olmasını təsdiq edir.



Şək. 4.5. Kvant terapiyasının 3-cü günü. Ödemləşmiş stromada mikrosirkulyator damarların deformasiyaya uğraması və kənarı infiltrasiya
Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20

Histoloji olaraq, regenerativ bərpa proseslərinin sürətlənməsi müəyyən edilmişdir. Belə ki, tədqiqatın 3-cü günü yara nahiyəsindən alınmış toxuma hissəciklərinin histoloji müayinəsində patoloji reaksiyaların I qrupla müqayisədə nisbətən aktiv intensivlikdə təzahürü aydın nəzərə çarpmışdır. Ödem kəskin azalmış, deformasiyalaşmış mikrosirkulyator damarlar reduksiya olunmuşdur. Damarların xeyli aktiv proliferasiyası müşahidə edilmişdir. Toxuma strukturlarının boyağı yaxşı qəbul etməsi autolitik dəyişikliklərin zəifləməsinə və metabolizmin sürətlənməsini təsdiq edən morfoloji əlamətlərdir. Endotelidə qanın formalı elementlərinin adheziyası tək-tək damarlarda aşkar edilmiş, bazal membranın tamlığı isə bərpa edilməkdədir. Bazal membran sərhədində toxuma fraqmentasiyası (kollagen və elastiki liflər) demək olar ki, tam təcrid olunmuşdur. Yara nahiyəsində histiositlərin və fibroblastların proliferasiyası sağalmanın sürətlənməsini sübut edir. Kompleks müali-

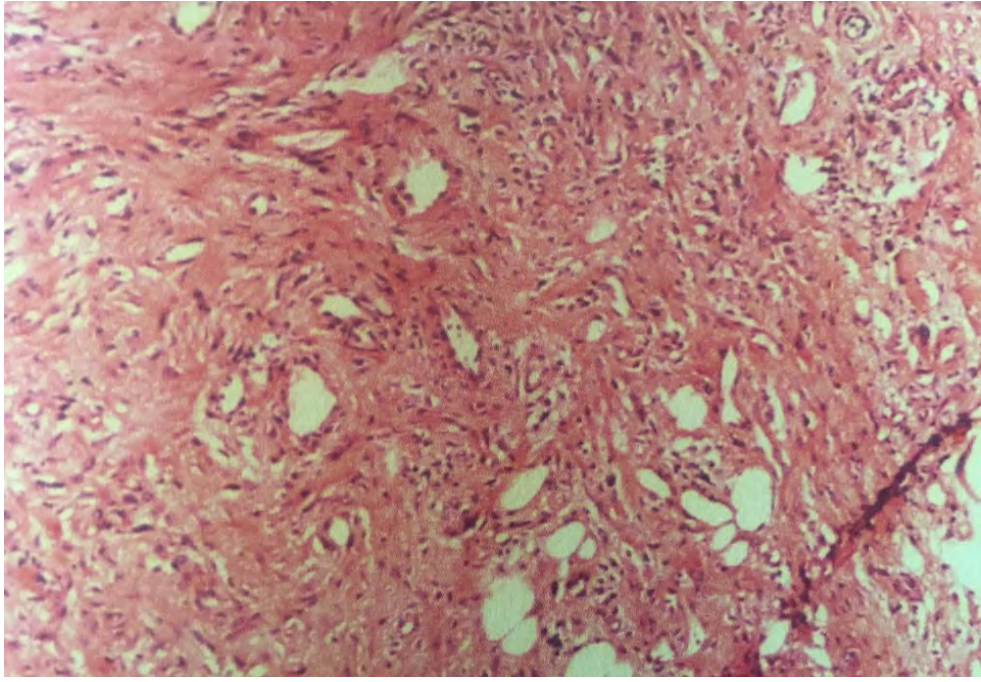
cənin 7-ci günü toxuma elementlərinin mikromorfoloji mənzərəsi daha effektiv olmuşdur. Belə ki, əməliyyatlardan sonrakı 3-cü gündə fraqmentasiyaya uğramış toxuma elementləri və deformasiya olunmuş mikrosirkulyator damarlar anatomik quruluşlarını bərpa etmişdir. Hematogen və histogen mənşəli hüceyrələrin, xüsusilə tosqun hüceyrələrin üstünlük təşkil etməsi reparativ prosesin sürətli gedişini xarakterizə edən morfoloji əlamətlərdən sayılır.



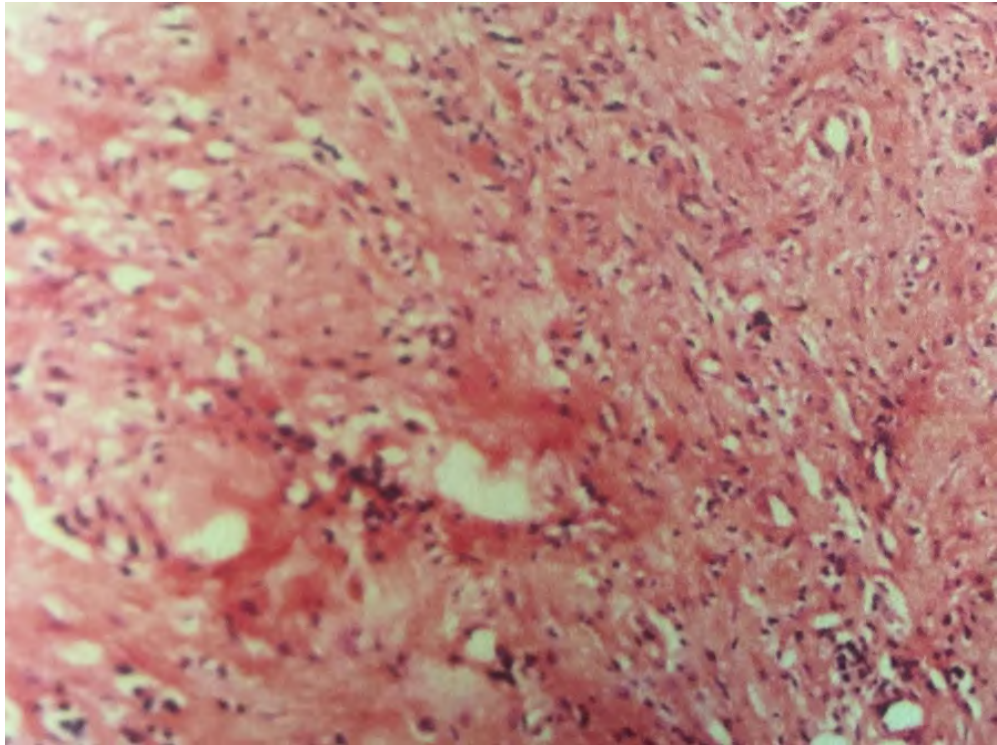
Şək. 4.6. Kvant terapiyasının 7-ci günü. Ödem azalması, damarların proliferasiyası
Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20

Fibrinoid dəyişiklər müşahidə edilən damarların hialinozu başa çatmış və qranulyasyon toxumanın meydana çıxması aşkar edilmişdir (şək. 4.7 və 4.8).

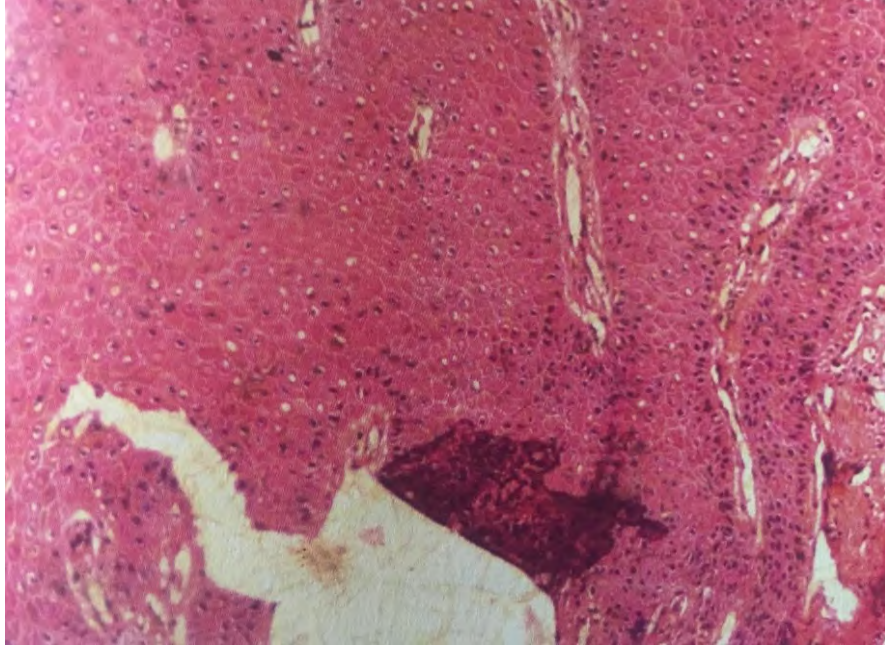
Qranulyasyon toxumanın tərkibində kapilyarların və fibroblastların müşahidə edilməsi kvant terapiyanın iltihabi prosesə müsbət təsirinin əsas göstəricisi hesab edilə bilər (şək. 4.9). Adacıqlar şəklində hialin maddənin görünməsi ilə yanaşı yarasəthinin epitelizasiyası (şək. 4.10) sağalmanın əsas meyarlarındanandır. Yəni, kompleks müalicədə kvant terapiyasının tətbiqi yaranın gedişinə və sağalmaya müsbət təsir edən effektiv amildir.



Şək. 4.7. Kvant terapiyanın 7-ci günü. İnterstisial ödemın azalması
Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20

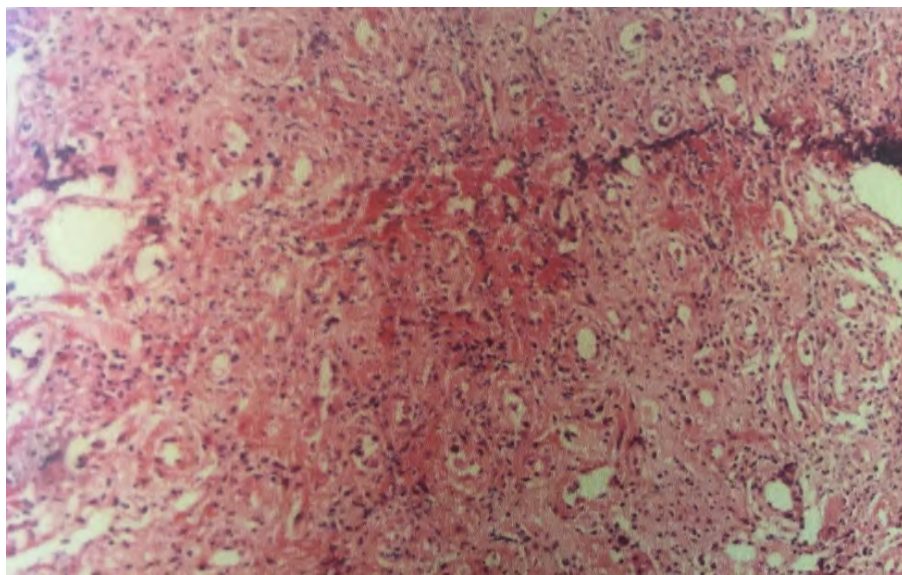


Şək. 4.8. Yara səthinin epitelizasiyası. Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20



Şək. 4.9. Qan damarları ilə zəngin qranulyasion toxuma
Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20

Qranulyasion toxumanın tərkibində kapilyarların və fibroblastların müşahidə edilməsi kvant terapiyanın iltihabi prosesə müsbət təsirinin əsas göstəricisi hesab edilə bilər (şək. 4.10. Adacıqlar şəklində hialin maddənin görünməsi ilə yanaşı yara səthinin epitelizasiyası sağalmanın əsas meyarlarındanır. Yəni, kompleks müalicədə kvant terapiyasının tətbiqi yaranın gedişinə və sağalmaya müsbət təsir edən effektiv amildir.



Şək. 4.10. Qranulyasion toxumanın fibroz toxuma elementləri ilə əvəzlənməsi
Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyütmə: ok.10, ob.20

F Ə S İ L V

MÜRƏKKƏB PARAREKTAL FİSTULLARIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏN SONRA XƏSTƏLƏRİN TİBBİ REABİLİTASIYASININ NƏTİCƏLƏRİ

Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicədən sonrakı kvant terapiyasının nəticələri cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların, residivlərin, yaxın və uzaq müddətlərdə anal sfinkterin funksional vəziyyətinin kəmiyyət göstəricilərinin timsalında müqayisəli surətdə öyrənilmişdir. Həmçinin cərrahi ağırlaşmaların, xəstəliyin residiv(lər)inin səbəbləri təhlil edilmişdir.

Transsfinkter fistul və onun residivinə görə III qrupun 5 xəstəsində (20,0%) fistul yolunun ləğvi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qişanın dispoziyası (endirilməsi) və yarımaçıq saxlanılmış perianal yaranın, 3 xəstəsində (12,0%) fistul yolunun xaric edilməsi və yara dibinin tikilməsi, ekstrasfinkter fistullu 3 xəstəsində (12,0%) fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajından sonra əməliyyat yarasının, 4-də (16,0%) isə fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, selikli qişanın endirilməsi (yandan yerdəyişməsi), yarımaçıq saxlanılmış əməliyyat yarasının yerli müalicəsində antiseptik və regenerasiya artırıcı müxtəlif məlhəmlər istifadə edilmişdir. Yara prosesinin gedişində aşağıdakı yerli göstəricilər öyrənilmişdir: iltihabi yara reaksiyası, yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən təmizlənməsi müddəti, reparasiya fazası, III fazanın (qranulyasion toxumanın inkişafının) başlanması - kənarı epitelizasiyanın əmələ gəlməsi, çapıqın əmələ gəlməsi (ambulator müşahidə). 3, 7 və 10-cu günlərdə perianal yaralardan götürülmüş patoloji materialın bakterioloji müayinəsi aparılmışdır.

İltihabi yara reaksiyası 3 meyar üzrə dinamik qiymətləndirilmişdir: iltihab prosesinin erkən müddətlərdə (3-4 gün) sönməsi, əməliyyatdan sonrakı 3-4-cü günlərdən başlamaqla yaranın təmizlənməsi - müsbət reaksiya; irinli, fibrin ərplərin və koagulyasion nekroz sahələrinin 5 günə qədər qalması - kafi reaksiya; iltihabi reaksiyanın 5 gündən çox davam etməsi - qeyri-kafi reaksiya.

I qrupun 9 xəstəsində (29,0±1,2%), II qrupun isə 11 xəstəsində (39,3±1,4%) yara prosesinin müsbət və ya kafi dinamikası rast gəlmişdir. II qrupun 4 xəstəsində

(14,3±1,1%) müsbət reaksiya baş verməmişdir. Müsbət dinamika həm I qrupun ($\chi^2=6,89$; $p<0,05$), həm də II qrupun ($\chi^2=6,0$; $p<0,05$) göstəricilərindən statistik dürüslüyü ilə fərqlənmişdir.

Yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən və detritdən təmizlənməsi prosesi (yara prosesinin I fazası) 1-3-cü günlərdə baş verdikdə bu fazanın gedişi aktiv, 4-5-ci günlərdə - kafi, 5 gündən sonra isə qeyri-kafi dəyərləndirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ilkin qranulyasiya 3-cü gündə, kənar epitelizasiya 6-7 günlərdə əmələ gəldikdə reparasiya fazası aktiv hesab edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 4-5-ci günlərdə qranulyasiya toxuması, 8-9-cu günlərdə kənar epitelizasiya inkişaf etdikdə yara prosesinin bu fazasının gedişi kafi; analogi göstəricilər uyğun olaraq 5 gündən və 10 gündən sonra təsbit edildikdə isə (II fazanın gecikməsi) qeyri-kafi qiymətləndirilmişdir.

Yara prosesinin III fazasının (çapıqlaşma fazasının) başa çatması I qrupun xəstələrində cərrahi əməliyyatdan 23,7±1,2 gün, II qrupda isə 18,8±0,7 gün müddətlərində baş vermişdir ($p<0,05$). Yəni II qrupun xəstələrində əməliyyat yarası I qrupun xəstələrindən fərqli olaraq 4,9 gün əvvəl sağalmışdır. III qrupda bu göstərici 16,7±1,3 gün ($p<0,05$) olmuşdur.

Fistul yolunun möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinin nəticələri

Əməliyyat zamanı kənar kontaminasiya və səhv nəticənin baş verməməsi üçün fistulun xarici dəliyindən ciddi aseptik qaydalara riayət etməklə material götürülmüşdür. Patoloji material daşıyıcı qidalı mühitlərdə və ya steril fizioloji məhlulda maksimum 20 dəq. müddətində ATU-nun Mikrobiologiya və immunologiya kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasına göndərilmişdir.

Əməliyyat yarasının möhtəviyyatının mikroflorasının xarakterinin öyrənilməsi zamanı cərrahi əməliyyatdan 3 gün sonra I qrupun 3 xəstəsində *E. faecalis* - $1,2 \times 10^4$ KƏV/ml, 2 xəstəsində *St. aureus* - $1,3 \times 10^4$ KƏV/m, 2 xəstəsində - *P. aeruginosa* - $3,2 \times 10^3$ KƏV/ml aşkar edilmişdir. Əməliyyatdan 7-8 gün sonra patogen mikromənzərə belə olmuşdur: $1,2 \times 10^3$; KƏV/ml. 1 xəstədə mikrofloranın inkişafı olmamışdır. I qrupunun 3 xəstəsində əməliyyatdan 3 gün sonra enteropa-

togen *E. coli* - $1,2 \times 10^3$; $1,5 \times 10^3$, $1,5 \times 10^4$ KƏV/ml, 2 xəstəsində *E. faecalis* - $1,2 \times 10^4$, *St. aureus* $1,5 \times 10^3$; 1 xəstəsində -*P. aeruginosa* - 10^4 , 1 xəstəsində *St. hemolyticus* - $1,2 \times 10^3$, 2 xəstəsində *St. aureus* - 10^4 aşkar edilmişdir. Bu qrupun digər xəstələrində isə 2 və daha çox mikroorqanizmin inkişafı ($3,2 \times 10^3$, $1,5 \times 10^3$ KƏV/ml arasında) müəyyən edilmişdir. II qrupunun 8 xəstəsində (53,3%) əməliyyatdan 7-8 gün sonra da mikroorqanizmlərin inkişafı qeydə alınmışdır. II qrupun 3 xəstəsində *En. faecalis* - $1,2 \times 10^3$; 10^4 ; 10^3 KƏV/ml, 3 xəstəsində *E. coli* - $1,2 \times 10^3$, 10^3 KƏV/ml; 1 xəstəsində -*P. aeruginosa* - 10^4 KƏV/m, 1 xəstəsində *St. aureus* - $1,5 \times 10^3$ KƏV/ml müəyyən edilmişdir. Bu qrupun digər xəstələrində isə bir neçə mikroorqanizmin assosiasiyası identifikasiya olunmuşdur.

Beləliklə, I qrupun 12 (38,7±1,4%), II qrupun 14 xəstəsində (50,0±1,5%) əməliyyatdan 7-8 gün sonra mikroorqanizmlərin inkişafı davam etmiş, bəzi mikroorqanizmlərin inkişafı sürətlənmişdir. Bu nəticə həm I ($\chi^2=7,8$; $p<0,01$), həm də II ($\chi^2=9,2$; $p<0,01$) qrupun xəstələrindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Praktikadan nümunə

Xəstə K., 54 yaş, 2492 sayılı x/t, 15.04.2008-ci il tarixdə pararektal fistul diaqnozu ilə Mərkəzə daxil olmuşdur. Şikayətləri: anal nahiyədə ağrılar, irinli ifrazatın gəlməsi, yuxusuzluq, əsəbilik və əmək qabiliyyətinin aşağı enməsi. Özünü 7 ilə yaxındır xəstə hesab edir. Xəstəliyini oturaq həyat tərzi ilə əlaqələndirir. Pararektal fistula görə 3 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Sonuncu əməliyyatdan 1 ay sonra residiv baş vermişdir.

Dəri və selikli qişalar solğundur. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, qarın tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 18-20-dir. Ağciyərlər üzərində zəifləmiş vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 74-dür. Arterial təzyiq 140/85 mm.c.st..

Dil nəm, qəhvəyi ərplidir. Udqunma sərbəstdir. Qarın simmetrikdir, tənəffüs aktında iştirak edir, palpasiya zamanı yumşaq, intakt və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Qarın sallaqdır.

Diurez sərbəstdir. Pasternatski simptomu hər iki tərəfdə mənfidir. Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Diz-dirsək vəziyyətində perianal nahiyədə anal dəliyin kənarından $\approx 3-3,5$ sm məsafədə saat 6 istiqamətində 1 ədəd, onda 0,5 sm arxada 2-ci xarici dəlik görünür. Təzyiq etdikdə dəliklərdən pis iyli sarı, irinli maye xaric olur.

Digital müayinə: saat siferblatının 6 səviyyəsində anal kanalın selikli qişası deformasiyalaşmış və qalınlaşmışdır. Daxili dəlik aşkar olunmur. Fistul yoluna yeridilmiş zond sonanqədər irəliləmir. Xarici dəliyə yeridilmiş metilen abısı düz bağırsağa qoyulmuş tənzip tupferi boyamır.

RRS: alət sfinkterdən asanlıqla keçir. Saat 6 səviyyəsində, dişli xəttədən 2-2,5 sm yuxarıda selikli qişa qalınlaşmışdır, rigiddir, hiperemikdir. Bu nahiyədə fistul yoluna yeridilmiş metilen abısı məhlulunun mənfəzə axması görünür və daxili dəlik müəyyən edilir.

Anal sfinkterin gücünün göstəriciləri: tonik - 313 q; maksimal güc - 445 q; sərbəst yığılma - 125 q.

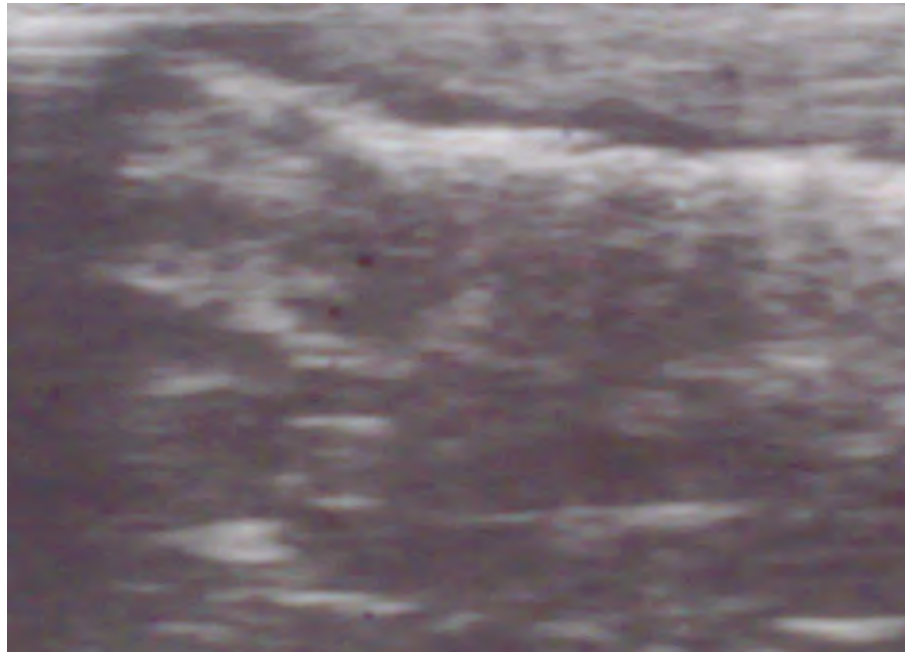
USM: xarici dəlikdən kontrast yeridildikdən sonra xarici sfinkter nahiyəsində 55 mm uzunluğunda fistul yolu, onun şaxəsi və irinli boşluq aşkar olunmuşdur (şək. 5.1). Daxili sfinkter nahiyəsində, saat 6 istiqamətində kiçik ölçülü hiperexogen sahə (daxili dəlik) izlənilir.

Mikrobioloji müayinə: *E. faecalis* $3,7 \times 10^6$ KƏV/ml; *S. aureus* $1,6 \times 10^5$ KƏV/ml.

Klinik və instrumental müayinələr nəticəsində residiv vermiş tam ekstrasfinkter pararektal fistul diaqnozu müəyyən edildi.

Yerli (antiseptik məhlullarla fistul yolunun yuyulması və təmizləyici imalə), əsirgəyici qidalanma və ümumi müalicə (antibiotiklər, vitaminlər, ümumi müqavimət artırıcı və s.) aparıldıqdan və yerli iltihab əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra

19.04.2008-ci il tarixdə episakral anestaziya altında, planlı surətdə cərrahlıq əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə tənzif tupfer, fistul yolunun xarici dəliyinə metilen abısı və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu qarışığı yeridilmişdir. Fistul yolu düz bağırsağın divarınadək kəsilməklə xaric edilmiş, güdül 10%-li betadin məhlulu ilə işlənmiş, qaşınmış və sorulan sapla tikilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə rektal güzgü yeridilmiş, daxili dəlik kəsilməklə arxa sfinkterotomiya edilmiş, selikli qışa soyularaq endirilmişdir. Əməliyyat yarası seyrək tikilmiş, yaraya və düz bağırsığa levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda qoyulmuşdur.



Şək. 5.1. Ekstrasfinkter fistul yolunun kontrastlı ultrasonoqramı

Əməliyyatdan sonra selektiv antibakterial terapiya aparılmış, bütün hallarda müalicə kompleksinə venadaxili metronidazol (500 mq (100 ml) X 2 dəfə) infuziyası, həmçinin vitaminlər, antihistamin preparatları, bioloji və regenerasiya stimulyatorları əlavə edilmişdir.

Əməliyyatdan sonra hər gün yara antiseptik məhlullarla yu-yulmuş, qurudulmuş və solkoseril məlhəmi ilə sarğı olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonra 3-cü və 8-ci sutkalarda mikrobioloji müayinə üçün yara möhtəviyyəti götürülmüşdür: 3-cü sutkada *E. faecalis* - $1,4 \times 10^4$ kəv/ml, *St. aureus* $1,5 \times 10^3$ KƏV/ml. 7-ci sutkada patoloji mikroflora aşkar edilməmişdir.

Yara birincili sağalmış və subnormal funksional sfinkter göstəriciləri təsbit edilmişdir. Belə ki, sfinkterin maksimal gücü 4 həftədən sonra 530 q, 1 aydan sonra 545 q; sfinkterin tonusu müvafiq surətdə 295 q; 320 q (АМИНОВ А.М. görə) olmuşdur.

27.04.2008-ci il tarixdə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidə üçün evə yazılmışdır. 6 ay və 1 ildən sonra baxılmışdır: ümumi vəziyyəti kafidir, şikayətləri yoxdur. Residiv yoxdur. Sutkada bir dəfə defekasiya olur. Qazlar sərbəst xaric olur.

Müalicənin yaxın nəticələrinin öyrənilməsində ümumi klinik məlumatlardan (xəstənin ümumi vəziyyəti, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar, iltihab prosesinin sönmə müddəti, yaranın nekrotik-irinli toxumalardan və detritdən təmizlənməsi, qranulyasiyanın əmələgəlmə müddəti, yaranın bakterioloji strukturu, əməliyyatdan sonrakı dövrün müddəti, çarpayı-günlərinin müddəti) və anal sfinkterometriyanın göstəricilərinin nəticələrindən istifadə edilmişdir. Uzaq nəticələr residiv(lər)in mövcudluğu və anal sfinkterin funksional dəyişikliklərinin səviyyəsinə əsaslanmaqla öyrənilmişdir. Uzaq nəticələr xəstələrin ambulator müayinəsi və ya telefon (internet) əlaqəsi ilə əldə edilmişdir. İnternet vasitəsi ilə 8 xəstəyə tərəfimizdən tərtib edilmiş anket (anketə müvafiq suallar salınmışdır) göndərilmiş, onların cavabları əsasında cərrahi müalicənin uzaq nəticələri dəyərləndirilmişdir.

Yaxın nəticələr. Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinə görə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bütün xəstələrdə tədqiq edilmişdir. 17 xəstədə ($86,5 \pm 4,0\%$) yara prosesinin gedişində cərrahi ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonra 3-cü gündən başlayaraq onların ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normallaşmış, ağrılar aradan qalxmışdır.

Cəmi 4 xəstədə (6,7±6,4%) cərrahi ağırlaşmalar baş vermişdir. Erkən ağırlaşmaların keyfiyyət və kəmiyyət xarakteristikası 5.1 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Cədvəl 5.1

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Ağırlaşmalar	Transsfinkter fistul	Ekstrasfinkter fistul
Anal diskomfort	1 (6,7±6,4%)	1 (6,7±6,4%)
Perianal ağrı sindromu	1 (6,7±6,4%)	1 (6,7±6,4%)
Residiv	-	1 (6,7±6,4%)

III qrupun xəstələrində NRA 58,7% təşkil etmişdir.

Fistul yolunun və onun şaxələrinin, irinli boşluğ(lar)un kontrastlı USM ilə dəqiq topik diaqnostikası daha adekvat cərrahi müalicə üsulunun seçilməsinə, nəticədə irinli iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur.

Klinik praktikada kompleks diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqindən sonra transsfinkter fistullu xəstələrin stasionarda qalma müddəti orta hesabla 5,8 ($p < 0,001$) gün, ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə isə 6,1 günə ($p < 0,001$) qədər qısalmışdır (5.2 sayılı cədvəl).

Uzaq nəticələr. Kompleks müayinə və perianal əməliyyat yaralarının təklif etdiyimiz üsullarla yerli müalicəsinin nəticələri I qrupun 12 (38,7%) və II qrupun 13 (46,4%), III qrupun 20 xəstəsində (76%) öyrənilmişdir. Müşahidə müddəti 6 ay-3 il arasında olmuş, bu qrupların bütün yaşlı, hər 2 cinsə aid xəstələrini əhatə etmişdir. Digər xəstələrlə bilavasitə təmas, telefon (internet) bağlantısı və ya poçt rabitəsi yaratmaq mümkün olmamışdır. Uzaq nəticələri öyrənilmiş xəstələrin ümumi xarakteristikası 5.3 sayılı cədvəldə təsvir edilmişdir. I və II qruplarda birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin cərrahi müalicəsinə yanaşmada anusun qapayıcı aparatının funksional göstəriciləri nəzərə alındığından xeyli yaxşı uzaq postoperasion nəticələr izlənilmişdir.

Cədvəl 5.2

Xəstələrin stasionarda qalma müddəti

Stasionarda qalma	Fistulun növləri		Orta
	Transsfinkter	Ekstrasfinkter	
Əməliyyatdan əvvəl	3,0 ± 0,5 (2 – 5)	3,6 ± 0,7 (2 – 6)	3,3±0,4 (2 – 6)
Əməliyyatdan sonra	16,6 ± 0,6 *** (12 – 21)	19,2 ± 0,6 *** (14 – 25)	17,9±0,5 *** (12 – 25)
Ümumu çarpayı günləri	19,6±0,7 *** (14 – 26)	22,8±0,5 *** (16 – 31)	21,2±0,4 *** (14 – 31)

Qeyd: I və II qrupların uyğun göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü: * – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001

I qrupun 3 xəstəsində (25,0±12,5%) ASC rast gəlməmişdir. Onların 1-də I, 1-də II, 1-də III dərəcəli ASC (nəcisin saxlanılmaması) müşahidə edilmişdir. I dərəcəli ASC residiv pararektal fistullu xəstədə əməliyyatdan sonrakı yaranın müalicəsinin düzgün aparılmaması səbəbindən baş vermişdir. Bu xəstədə geniş yastı çapığın formalaşması I dərəcəli ASC ilə nəticələnmişdir. II dərəcəli ASC əməliyyat üsulunun qeyri-düzgün seçilməməsi hesabına inkişaf etmişdir. Bu xəstədə pararektal toxumada aktiv iltihab prosesinin, fistul yolu boyunca və anal kanalda çapıq dəyişikliklərinin mövcudluğuna baxmayaraq yanlış olaraq fistulun düz bağırsağın mənfəzinə doğru kəsilməklə xaric edilməsi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi və perianal yaranın tam tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonra yara irinləmiş, sfinkter əzələsinin defektinin tikişlərinin tutarsızlığı baş vermişdir. Sonrakı dövrdə ikincili sağalmış yara anusu və anal kanalı kobud çapıq deformasiyasına uğratmış, qapayıcı aparatın defektinin hermetik bitişməməsinə səbəb olmuşdur. Anal sfinkter çatmazlığının III dərəcəsi olan sonuncu xəstədə isə sfinkter əzələləri səhvən tam kəsilmişdir. Həmin xəstədə 2 dəfə residiv pararektal fistula görə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Perianal açıq yarıdan götürülmüş toxumanın histoloji müayinəsi zamanı infiltrativ, aşağı differensiasiya dərəcəli (G₃), kolorektal adenokarsinoma aşkar olunmuşdur. Yerli radioterapiya və yaranın yerli müalicəsi aparılmışdır.

Cədvəl 5.3

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrün nəticələri

Qruplar	Sfinkter əzələsinin funksional statusu		Residiv
	ASC		
I (n=12)	I dərəcəli	1 (8,3±8,0%)	2 (16,7±10,8%)
	II dərəcəli	1 (8,3±8,0%)	
	III dərəcəli	1 (8,3±8,0%)	
	Cəmi	3 (25,0±12,5%)	
II (n=13)	I dərəcəli	–	2 (15,4±10,0%)
	II dərəcəli	2 (15,4±10,0%)	
	III dərəcəli	–	
	Cəmi	2 (15,4±10,0%)	

II qrupun 2 xəstəsi (15,4±10,0%) təkrar residiv fistula görə 2 dəfə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Həmin xəstələrdə pektenoza görə II dərəcəli ASC müəyyən edilmişdir.

I-II dərəcəli ASC zamanı konservativ müalicə və fiziki üsullarla tibbi reabilitasiya kursu aparılmışdır.

Fistulun residivi 4 xəstədə (15,2±6,2%) (hər qrupda 2) baş vermişdir. I qrupun ekstrasfinkter fistullu 2 xəstəsində residivin səbəbi pararektal toxumanın irinliyinin qeyri-adekvat drenaj edilməsi (əməliyyat zamanı), II qrupunun 1 xəstəsində əməliyyat zamanı texniki qüsurlara yol verilməsi, o biri xəstəsində isə əməliyyat yarasının ikincili sağalması olmuşdur. Təkrar əməliyyatdan sonra tam sağalma baş vermişdir.

Kompleks müayinə və perianal əməliyyat yaralarının təklif etdiyimiz üsullarla yerli müalicəsinin nəticələri III qrupun 17 (61,5%) xəstəsində öyrənilmişdir. Müşahidə müddəti 6 ay-3 il arasında olmuş, bu qrupların bütün yaşlı, hər 2 cinsə aid xəstələrini əhatə etmişdir. Digər xəstələrlə bilavasitə təmas, telefon (internet) bağlantısı və ya poçt rabitəsi yaratmaq mümkün olmamışdır. Uzaq nəticələri öyrənilmiş xəstələrin ümumi xarakteristikası 5.4 sayılı cədvəldə təsvir edilmişdir. III qrupda birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin cərrahi müalicəsinə yanaşmada anusun qapayıcı aparatının funksional göstəriciləri nəzərə alındığından xeyli yaxşı uzaq postoperasion nəticələr izlənilmişdir.

III qrupda fistulun residivi cəmi 1 xəstədə ($15,2 \pm 6,2\%$) baş vermişdir. Residivin səbəbi əməliyyatın qeyri-adekvat aparılması olmuşdur. Yalnız 1 xəstədə cərrahi müdaxilə tələb etməyən I dərəcəli ASÇ inkişaf etmişdir.

Cədvəl 5.4

Cərrahi əməliyyatdan sonrakı uzaq dövrün nəticələri

Sfinkter əzələsinin funksional statusu		Residiv
ASÇ		
I dərəcəli	1 ($12,5 \pm 11,7\%$)	1 ($12,5 \pm 4,7\%$)
II dərəcəli	–	
III dərəcəli	–	
Cəmi	1 ($12,5 \pm 11,7\%$)	

Y E K U N

Mürəkkəb pararektal fistullar cərrahi koloproktoloji xəstəliklər içərisində xərçəngdən sonra ən ağırı hesab olunur. Çünki onun residiv verməsi, sfinkter çatmazlığı, kobud çapıq dəyişiklikləri əmələ gətirməsi və digər ağırlaşmaları xəstələrdə ciddi rahatsızlıq doğurur [7, 33, 52, 57-60].

Mürəkkəb pararektal fistullar düz bağırsağın bütün fistullarının 30%-ni təşkil edir və xəstələrin əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi və ya itirilməsinə səbəb olur, onların həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli səviyyədə pisləşdirirlər [32, 40, 94].

Xroniki pararektal fistullu şəxslər istər mənəvi-psixoloji, istər gigiyenik cəhətdən böyük əzab çəkirlər. Xəstələrin çoxunda fistulun xarici dəliyindən ifrazatın axması, ağrı, şişkinlik əlamətləri qabarıq olur.

Belə vəziyyət, xüsusilə cərrahi müalicədən sonra xəstələrin tibbi reabilitasiya müddətlərinin uzun olması mürəkkəb pararektal fistulların həm müalicə prosesinə, həm də müalicədən sonrakı erkən dövrdə xəstələrin tibbi reabilitasiyası məsələlərinə ciddi yanaşma tələb edir. Məsələnin bu aspektləri hazırki tədqiqat işinin əsasını təşkil edir.

Tədqiqat işi 2003-2010-cu illərdə mürəkkəb pararektal fistullu 84 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr hər 2 cinsdən olmuş (71 kişi, 13 qadın), yaş həddi 17-70 (orta - $41,9 \pm 1,8$) təşkil etmişdir.

Xəstələrin əksər hissəsinin yaş həddləri 21-40 və 41-60 arasında olmuşdur. Yəni xroniki paraproktitli xəstələrin 80%-i əmək qabiliyyətli şəxslərdir. Belə əlverişsiz statistika problemin böyük sosial-iqtisadi əhəmiyyətə malik olmasının sübutudur.

Tədqiqatın xarakterinə uyğun olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa 31 (41,9%), II qrupa 28 (37,8 %), III qrupa 25 xəstə (20,3%) daxil edilmişdir:

I qrupun xəstələrində (nəzarət qrupu: 25 kişi, 6 qadın) xroniki paraproktitə və ya onun residivlərinə görə ənənəvi müayinə və müalicə üsulları aparılmışdır.

II qrupun xəstələrinin (23 kişi, 5 qadın) üzərində ənənəvi diaqnostika və cərrahi müalicə aparıldıqdan sonra müalicə arsenalına pararektal sahənin və anal kanalın kvant terapiyası əlavə olunmuşdur;

III qrupa aid xəstələr (21 kişi, 4 qadın) üzərində ənənəvi müayinələrlə yanaşı əməliyyatözü dövrədə və əsirgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra pararektal sahənin və anal kanalın kvant terapiyası aparılmış, əməliyyat yarasının müalicəsində yerli olaraq solkoseril məlhəmi istifadə edilmişdir.

Hər 3 qrupun xəstələrində xroniki paraproktitin və onun residivlərinin planlı qaydada ənənəvi diaqnostikası aparılmışdır: 22 xəstədə ($26,2 \pm 2,3\%$) intrasfinkter, 40-də ($47,6 \pm 2,6\%$) transsfinkter, 18-də ($21,4 \pm 1,2\%$) ekstrasfinkter, 4-də ($4,76 \pm 1,1\%$) isə levatorüstü fistul müəyyən edilmişdir.

Yanaşı xəstəlikləri (cədvəl 2.5) müəyyən etmək üçün standart klinik-instrumental müayinələr aparılmış, müvafiq ixtisaslı həkimlərin konsultasiyası təmin edilmiş, əməliyyatdan əvvəl və sonra müalicə planına dəyişikliklər və əlavələr olunmuşdur.

Beləliklə, hər 3 qrupa aid xəstələr cinsə, yaşa, anamnezin müddətinə, fistul yolunun anatomik gedişi xüsusiyyətlərinə, keçirilmiş əməliyyatların xarakterinə və miqdarına görə bir-biri ilə analogiya təşkil etdiyindən nəzarət və əsas qruplarda xəstələrin fərqli müalicəsinin nəticələri öz aralarında müqayisə edilə bilər.

Xroniki paraproktitli bütün xəstələrin müayinə planı tərtib edilmiş və müayinələr həmin plan əsasında aşağıdakı ardıcılıqla yerinə yetirilmişdir.

Klinik müayinə üsullarına aralıq və anal dəlikətrafi nahiyələrə baxış, anal kanalın, düz bağırsağın terminal hissəsinin digital və bidigital (qadınlarda, rektovaginal fistullara şübhə olduqda) müayinəsi, fistul yolunun düyməli zondla müayinəsi, köpüklü boya müayinəsi; anorektoskopiya, rektomanoskopiya və fibokolonoskopiya; anal sfinkterometriya; fistuloqrafiya kompüter sfinkero-defonometriya və aralığın yumşaq toxumalarının ultrasəs müayinəsi aid edilmişdir.

Fistul yolunun keçiriciliyini (keçməzliyini), fistulun sfinkter əzələsinə münasibətini müəyyən etmək üçün fistul yoluna zond və köpüklü boya yeridilmişdir.

Qanın, sidiyin, nəcisin ümumi analizi ümumi standart metodlarla aparılmışdır. Bundan başqa xəstələrdə qanın koauloqrafiyası, yanaşı xəstəlikləri, xüsusilə qaraciyər xəstəlikləri olan xəstələrdə qanın və sidiyin gərəkli biokimyəvi göstəricilər öyrənilmişdir. Bakterioloji müayinə əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra aparılmış, bakteriya koloniyaları və assosiasiyaları identifikasiya edilmiş, klinikada daha çox istifadə edilən antibiotiklərə, xüsusilə aminoqlükozidlərə və sonuncu nəsil sefolosporinlərə qarşı həssaslıq öyrənilmişdir. Bakteriyaların miqdarı B.И. Стручков-un (1975) təklif etdiyi göstəricilərlə qiymətləndirilmişdir: görmə sahəsində bakteriyaların külli miqdarda (++++), çox (+++), az (++) , cüzi (+), görünməsi və yoxluğu (-).

Bakterioloji müayinə üçün patoloji material kənar kontaminasiya və səhv nəticələrin baş verməməsi üçün ciddi aseptika şəraitində birdəfəlik steril hiqroskopik pambıq tamponlarla götürülmüşdür. Patoloji material 3 mərhələdə - əməliyyat zamanı, yerli müalicənin əvvəllərində (2-4-cü günlər) və müalicənin sonunda (epitelləşmənin başlanğıcında, 7-10-cu günlər) götürülmüş, steril fizioloji məhlulda konteynerə yerləşdirilmiş, 20-30 dəqiqə müddətində ATU-nun mikrobiologiya və immunologiya kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasına göndərilmişdir.

İnkubasiyadan sonra koloniyaların vizual və mikroskopik müayinələri aparılmış, inkişaf etmiş mikroorqanizmlərin müvafiq parametrlərinə əsasən identifikasiya edilmiş, mikrofloranın keyfiyyət tərkibi, həmçinin kəmiyyət analizi aparılmış, KƏV/ml (koloniya əmələ gətirən vahid/ml) müəyyən edilmişdir [152]. Bu müayinə materialında mikroorqanizmlərin miqdarı və assosiativ infeksiyanın dominant amilin müəyyənləşdirilməsinə, müalicə prosesinin müxtəlif mərhələlərində effektivliyin araşdırılması üçün yara mikroflorasının dinamik təhlilinin aparılmasına imkan vermişdir.

İdentifikasiya edilmiş əsas (dominant) törədicilərin antibiotiklərə qarşı həssaslığı disk-diffuziya metodu ilə təyin edilmişdir. Test kultura olaraq fistul möhtəviyyatından ayırd edilmiş ştammlar - *E. Coli* (qram-mənfi bakteriyalar), *St. Aureus* (qram-müsbət), *B. Anthracoides* (spor əmələ gətirən), - *P. Aeruginosa* (piqment əmələ gətirən) götürülmüşdür. Kulturalardan optik qatılıq standartına müvafiq

hazırlanmış 500 ml suspenziya içərisində ətli-peptonlu aqar olan Petri kasalarına əlavə edilmiş, qalıq maye pipetlə götürülmüşdür. Kasalar 37° S temperaturda 24 saat termostatda inkubasiya olunduqdan sonra disklərin ətrafında yaranmış steril zonanın diametri ölçülmüşdür.

Sitoloji olaraq hüceyrə tiplərinin sayı, hüceyrə tərkibi, hüceyrələrin kəmiyyət göstəriciləri və onların bir-birinə nisbəti, hüceyrələrin funksional statusu, histoloji olaraq bu göstəricilərdə başqa fistulun divarının toxumalarının ümumi mikroskopik vəziyyəti, distrofiya və ödem dərəcəsi, həmçinin yara nahiyəsinin damar-sinir şəbəkəsi, qranulyasiyanın və epitelləşmənin sürəti öyrənilmişdir.

Instrumental müayinə üsulları anal sfinkterin funksional vəziyyətini öyrənməyə xidmət etmişdir. Bu məqsədlə kafedramızın əməkdaşları tərəfindən hazırlanmış sfinkterometr (yaylı Аминеv А.М. sfinkterometrinin modifikasiyası) istifadə olunmuşdur.

Aralığın və düz bağırsağ ətraf toxumanın ultrasəs müayinəsi Yaponiyanın istehsalı olan “Aloka” ultrasəs aparatı ilə aparılmışdır.

Əməliyyatdan sonra irinli-septik ağırlaşmaların profilaktikası, yaranın incə çapıq əmələ gətirməklə sürətli sağalması üçün əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə yara nahiyəsinin kvant terapiyası aparılmışdır.

Yerli lazeroterapiya seanslarının aparılmasına xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq cərrahi əməliyyatdan 1-3 gün sonra başlanılmışdır. Kurs müalicə 5-7 seansdan ibarət olmuş, gündə 1 seans aparılmışdır. Seanslar toxumaya birbaşa təmas şəraitində və məsafə saxlanılmaqla aparılmışdır. Başlıqda şüanın gücü 10 Vt, tezlik - 80 Hs, ekspozisiya 3-5 dəqiqə təşkil etmişdir. Bir gün ərzində lazer şüasının enerjisi 37,5 C-dan çox olmamışdır. Yerli müalicə həmçinin solkoseril məlhəmi ilə aparılmışdır.

Cərrahi əməliyyatdan əvvəl fistulun xarici dəliyi müəyyən edilmişdir. Fistul yolunun daxili dəliyinin lokalizasiyası həm əməliyyata qədər (digital, rektoskopiya, fistuloqrafiya), həm də əməliyyat vaxtı (fistul yoluna me-tilen abısı, düyməli zond yeritməklə, 3%-li hidrogen peroksid məhlulu yeridilməklə) öyrənilmişdir.

Tərəfimizdən xroniki paraproktitin etioloji səbəbləri araşdırılmışdır. I qrupun 24, II qrupun 19, III qrupun isə 16 xəstəsində fistul yolu kəskin paraproktitin özbaşına və cərrahi açılışından sonra formalaşmışdır. Müvafiq surətdə, 5, 7 və 4 xəstədə fistul yolu müstəqil xəstəlik kimi üzə çıxmışdır.

Aparılmış müayinələr nəticəsində hər bir qrupun xəstələrində xroniki paraproktitin aşağıda təsvir edilmiş topoqrafik-anatomik xarakteristikası və digər mühüm xüsusiyyətləri əldə edilmişdir.

Birincili fistul I qrupda 27, II qrupda 21, III qrupda 20 xəstədə müəyyən olunmuşdur. I qrupun 4, II qrupun 7, III qrupun 5 xəstəsində fistulun residivi üzə çıxmışdır. Sonuncu xəstələrdən 12-i xroniki paraproktitə görə 1, 3-ü 2, 1-i isə 5 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşlar.

Fistul yoluətrafi irinlik(lər) I qrupda 19, II qrupda 21, III qrupda 20 xəstədə müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrdə irinliy(lər)in lokalizasiyası, dərinlik səviyyəsi, fistul yoluna, sfinkter əzələsinə münasibəti, həcmi öyrənilmişdir. Bu xüsusiyyətlərin dəqiqləşdirilməsi cərrahi taktukanın və cərrahi müalicə üsulunun həcmnin seçilməsində böyük üstünlüklər qazandırmışdır.

Beləliklə, mürəkkəb trans- və ektrasfinkter fistullu xəstələrdə əməliyyatözü dövrədə anal sfinkterometriya müayinəsi ilə sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətinin öyrənilməsi nəticəsində hətta ASC şikayətləri (əlamətləri) olmadıqda belə anal sfinkterin aşağı funksional göstəricilərinin təsbit edilməsi hadisələrinə rast gəlinmişdir. Bu ilk növbədə pararektal toxumada irinli boşluqlar olan və residiv mürəkkəb fistullu xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Ona görə də mürəkkəb pararektal fistullar, xüsusilə onların residivləri zamanı kompleks diaqnostika üsullarının aparılması olduqca vacibdir.

I və II qruplara aid mürəkkəb pararektal fistullu xəstələr ənənəvi üsullarla cərrahi müalicə olunmuşdur. I qrupun xəstələri əməliyyatdan sonra məlhəmlərlə (levomekol, Vişnevski məlhəmi, solkoseril, siprofloksasin tərkibli gel və s.) müalicə olunmuşdur. II qrupun xəstələrində məlhəm müalicəsi ilə yanaşı əməliyyat yarasının infraqırmızı şüalarla lazer terapiyası aparılmışdır.

Əməliyyatın dövründə infiltrat, irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş xəstələrdə, perianal hiperemiya, şişkinlik və masserasiya olduqda yerli infraqırmızı lazer terapiyası aparılmışdır (iş rejimi - fasiləli; dalğa uzunluğu -0,89 mkm; şüalanma gücü - 8-9 Vt; ekspozisiya - 3-5 dəqiqə). Bu tədbirlərdən sonra fistulun və irinli boşluğun möhtəviyyəti azalmış, xarakteri (qatılığı, rəngi, iyi) dəyişmiş, fistul yolu ətrafı qızartı, şişkinlik və infiltrat çəkilmişdir.

Qeyd edilən müddətlərdə fistul yolunun yuyuntusundan alınmış törədicilərin disk-diffuziya üsulu ilə antibiotiklərə qarşı həssaslığı təyin edilmişdir. Ştammların ən yüksək həssaslığı seftriaksona, sefamezinə, ciprofloksacinə, amikasinə qarşı müəyyən edilmişdir. Fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra da antibiotiklərə qarşı həssaslıq (rezistentlik) dəyişməmişdir.

Yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən və detritdən təmizlənməsi prosesi (yara prosesinin I fazası) 1-3-cü günlərdə baş verdikdə bu fazanın gedişi aktiv, 4-5-ci günlərdə - kafi, 5 gündən sonra isə qeyri-kafi dəyərləndirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ilkin qranulyasiya 3-cü gündə, kənarı epitelizasiya 6-7 günlərdə əmələ gəldikdə reparasiya fazası aktiv hesab edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 4-5-ci günlərdə qranulyasiya toxuması, 8-9-cu günlərdə kənarı epitelizasiya inkişaf etdikdə yara prosesinin bu fazasının gedişi kafi; analogi göstəricilər uyğun olaraq 5 gündən və 10 gündən sonra təsbit edildikdə isə qeyri-kafi (II fazanın gecikməsi) kimi qiymətləndirilmişdir.

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinə görə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bütün xəstələrdə tədqiq edilmişdir. 64 xəstədə (86,5±4,0%) yara prosesinin gedişində cərrahi ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonra 3-cü gündən başlayaraq onların ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normallaşmış, ağrılar aradan qalxmışdır. 10 xəstədə erkən əməliyyatdan sonrakı dövrdə cərrahi ağırlaşma rast gəlməmişdir. I qrupda 5, II qrupda 2 xəstədə cərrahi ağırlaşmalar baş vermişdir. Uzaq nəticələr I qrupun 12 və II qrupun 13 xəstəsində öyrənilmişdir. Müşahidə müddəti 6 ay-3 il arasında olmuş, bu qrupların bütün yaşlı, hər 2 cinsə aid xəstələrini əhatə etmişdir.

I qrupun 3 xəstəsində ASC rast gəlmişdir. Onların 1-də I, 1-də II, 1-də III dərəcəli ASC (nəcisin saxlanılmaması) müşahidə edilmişdir. I dərəcəli ASC residiv pararektal fistullu xəstədə əməliyyatdan sonrakı yaranın müalicəsinin düzgün aparılmaması səbəbindən baş vermişdir. Bu xəstədə geniş yastı çapıqın formalaşması I dərəcəli ASC ilə nəticələnmişdir. II dərəcəli ASC əməliyyat üsulu-nun qeyri-düzgün seçilməməsi hesabına inkişaf etmişdir. Bu xəstədə pararektal to-xumada aktiv iltihab prosesinin, fistul yolu boyunca və anal kanalda çapıq dəyişikliklərinin mövcudluğuna baxmayaraq yanlış olaraq fistulun düz bağırsağın mənfəzinə doğru kəsilməklə xaric edilməsi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qişanın endirilməsi və perianal yaranın tam tikilməsi əməliyyatı yerinə yetirilmişdir. Əməliyyatdan sonra yara irinlənmiş, sfinkter əzələsinin defektinin ikişlərinin tutarsızlığı baş vermişdir. Sonrakı dövrdə ikincili sağalmış yara anusu və anal kanalı kobud çapıq deformasiyasına uğratmış, qapayıcı aparatın defektinin hermetik bitişməməsinə səbəb olmuşdur. Anal sfinkter çatmazlığının III dərəcəsi olan sonuncu xəstədə isə sfinkter əzələləri səhvən tam kəsilmişdir. Həmin xəstədə 2 dəfə residiv pararektal fistula görə cərrahi əməliyyat olunmuşdur. Perianal açıq yarıdan götürülmüş toxumanın histoloji müayinəsi zamanı infiltrativ, aşağı differensiasiya dərəcəli (G₃), kolorektal adenokarsinoma aşkar olunmuşdur. Yerli radio-terapiya və yaranın yerli müalicəsi aparılmışdır.

II qrupun 2 xəstəsi təkrar residiv fistula görə 2 dəfə cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Həmin xəstələrdə pektenoza görə II dərəcəli ASC müəyyən edilmişdir.

III qrupun xəstələrində tərəfimizdən təklif olunmuş əsirgəyici cərrahi əməliyyatdan sonra yaranın solkoseril məlhəmi və kvant terapiyası ilə müştərək müalicəsi aparılmışdır.

Əməliyyatın dövründə infiltrat, irinli boşluq/boşluqlar müəyyən edilmiş xəstələrdə, perianal hiperemiya, şişkinlik və masserasiya olduqda yerli infraqırmızı lazer terapiyası aparılmışdır (iş rejimi - fasiləli; dalğa uzunluğu -0,89 mkm; şüalanma gücü - 8-9 Vt; ekspozisiya - 3-5 dəqiqə). Bu tədbirlərdən sonra fistulun

və irinli boşluğun möhtəviyyəti azalmış, xarakteri (qatılığı, rəngi, iyi) dəyişmiş, fistul yoluətrafı qızartı, şişkinlik və infiltrat çəkilmişdir.

Bütün nümunələrin bakterioloji müayinələrinin nəticəsi olaraq qram-mənfi bakteriyalar daha çox ($48,6 \pm 2,8\%$) aşkar edilmişdir. Bağırsağ çöpləri $14,9 \pm 2,1\%$, mikrob assosiasiyaları isə $28,4 \pm 2,2\%$ nümunələrdə rast gəlmişdir.

Bu müddətlərdə fistul yolunun yuyuntusundan alınmış törədiciyə disk-diffuziya üsulu ilə antibiotikografiyası öyrənilmişdir. Bu qrupda da daha yüksək həssaslıq seftriaksona, sefamezinə, ciprofloksacinə, amikasinə qarşı müəyyən edilmişdir. Fistul yolunun və düz bağırsağın sanasiyasından sonra da antibiotiklərə qarşı həssaslıq (rezistentlik) dəyişməmişdir. Qatifloksacin və siprofloksasin *St. aureus* ştammlarına qarşı daha çox antimikrob fəallığı göstərmişdir.

III qrupun xəstələrində fistul yolu əsirgəyici metodika ilə xaric edilmişdir. Xarici dəlik haşiyəvi kəsiklə xaric edildikdən sonra fistul yolu sfinkter əzələlərinə qədər kəsilir. Hemostaz təmin edilir. Sonra fistul yolunun sfinkterdaxili hissəsinə (ekstrasfinkterdaxili fistullarda isə sfinkterdən kənar hissəsinə) metallik (plastik) zond yeridilir və o daxili dəlikdən düz bağırsağın mənfəzinə salınır. Zondun müşayiəti ilə fistul yolunun qalmış hissəsinə moskit-sıxıcı salınır və onun ucu düz bağırsağdan çıxarılır. Balıqçı tilovunun 3 ədəd qarmağının əvvəlcədən 10-12 sm uzunluqda kəsilmiş ipləri moskit-sıxıcı ilə tutulur və yara səthinə çıxarılır. Qarmaqlar bərabərtərəfli üçbucağın bucaqları səviyyəsində, radial istiqamətdə elə yerləşdirilir ki, onlar fistulun daxili dəliyinin əks tərəfinə istiqamətlənsinlər. Bu vəziyyətdə hər 3 qarmaq cərrah tərəfindən arterial sıxıcı ilə selikli qişadan keçməklə dərin toxumalara sancılır. Assistent yara tərəfdən qarmaqların iplərini ayır-ayrı sıxıcılara alır və radial istiqamətdə yaraya doğru dartır. Bu zaman fistulun qalmış hissəsi, sfinkter əzələləri daxili dəlik səviyyəsinə qədər yara səthinə gətirilir. Və beləliklə, əməliyyatın mürəkkəb mərhələsi, fistulun dərinə yerləşmiş hissəsi səthə gətirildiyindən cərrahi fəndlərin yerinə yetirilməsi asanlaşır, sfinkter əzələlərinin maksimal qorunması təmin edilir, fistul yolunun yalnız sfinkterdaxili hissəsi (ekstrasfinkter fistullarda sfinkterdən kənar dərin hissə), ətraf çapıq toxuması xaric edilir. İplər yenidən dartılır, daxili dəlik əmələ gəlmiş defektdən yaraya

gətirilir və haşiyəvi kəsiklə xaric edilir. Daxili dəliyin defektinə əməliyyat yarası tərəfdən tikiş qoyulduqdan (göstəriş əsasında) sonra sfinkter əzələləri bərpa edilir. Sonda irinli boşluq açılır, sanasiya və drenaj olunur. Əməliyyat yarası seyrək tikişlərlə tikilir. Əməliyyatın son mərhələsi anal kanal tərəfdən aparılır. Daxili dəliyin qalmış defekti selikli qısa səfərbər edildikdən sonra endirilməklə qapadılır. Anal kanala levomekol və ya siprofloksasin tərkibli gellə trunda yeridilir, əməliyyat yarasına aseptik sarğı qoyulur.

Fistul yolunun xaric edilməsi və yaranın dibinin tikilməsi əməliyyatı pararektal toxumada irinli boşluq, fistul yolunun ətrafında, anal kanalda çapıq dəyişiklikləri və deformasiyaları olmayan 2 xəstədə (6,7%) yerinə yetirilmişdir. Zondla müayinə və köpüklü boya sınağından sonra fistul yoluna xarici dəlikdən daxili dəliyə qədər metallik (düzxətli olmayan fistullarda plastik) zond keçirilmiş, zond boyunca o ətraf dəyişilmiş toxuma ilə birgə kəsilmiş, yaranın dibi 3/0 vikril sapla tikilmişdir. Bu zaman sfinkter əzələsinin kəsilmiş lifləri tikilmişdir. Sonda hemostaz yaradılmış və yaranın dibindən səthə doğru fasiləli tikişlər qoyulmuşdur.

III qrupun transsfinkter fistul və onun residivinə görə 5 xəstəsində (33,3%) fistul yolunun ləğvi, sfinkter əzələsinin operasion defektinin bərpası, selikli qışanın dispoziyası (endirilməsi) və yarımaçıq saxlanılmış perianal yaranın, 3 xəstəsində (20,0%) isə fistul yolunun xaric edilməsi və yara dibinin tikilməsi, ekstrasfinkter fistullu 3 xəstəsində (20,0%) fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, irinli boşluğun açılması və drenajından sonra əməliyyat yarasının, 4-də (26,7%) isə fistul yolunun kəsilib xaric edilməsi, selikli qışanın endirilməsi, yarıaçıq saxlanılmış əməliyyat yarasının yerli müalicəsində antiseptik və reparasiyaartırıcı müxtəlif məlhəmlər istifadə edilmişdir. Yara prosesinin gedişində aşağıdakı yerli göstəricilər öyrənilmişdir: iltihabi yara reaksiyası, yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən təmizlənməsi müddəti, reparasiya fazası, III fazanın (qranulyasion toxumanın inkişafının) başlanması - kənarı epitelizasiyanın əmələ gəlməsi, çapığın əmələ gəlməsi (ambulator müşahidə). 3-, 7- və 10-cu sutkalarda perianal yaralardan götürülmüş patoloji materialın bakterioloji müayinəsi aparılmışdır.

III qrupun bütün xəstələrində iltihab reaksiyasının gedişində müsbət və ya kafi dinamika qeyd olunmuşdur. Alınmış müsbət dinamika həm I ($\chi^2=6,89;p<0,05$), həm də II qrupun ($\chi^2=6,0;p<0,05$) göstəricilərindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Yaranın irinli-nekrotik kütlələrdən və detritdən təmizlənməsi prosesi (yara prosesinin I fazası) 1-3-cü günlərdə baş verdikdə bu fazanın gedişi aktiv, 4-5-ci günlərdə - kafi, 5 gündən sonra isə qeyri-kafi dəyərləndirilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ilkin qranulyasiya 3-cü gündə, kənarı epitelizasiya 6-7 günlərdə əmələ gəldikdə reparasiya fazası aktiv hesab edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 4-5-ci günlərdə qranulyasiya toxuması, 8-9-cu günlərdə kənarı epitelizasiya inkişaf etdikdə yara prosesinin bu fazasının gedişi kafi; analogi göstəricilər uyğun olaraq 5 gündən və 10 gündən sonra təsbit edildikdə isə qeyri-kafi (II fazanın gecikməsi) kimi qiymətləndirilmişdir. Xəstələrin təxminən yarısında ($46,7\pm 12,9\%$) aktiv reparasiya bu fazanın ləngiməsi təsbit edilmişdir. Reparasiya fazasının gedişində III qrupun xəstələrinin göstəriciləri I ($\chi^2=6,73;p<0,05$) və II qrupun ($\chi^2=6,67;p<0,05$) göstəricilərindən statistik dürüstlüyü ilə fərqlənmişdir.

Yara prosesinin III fazasının (çapıqlaşma fazasının) başa çatması cərrahi əməliyyatdan $19,9\pm 0,6$ gün müddətində baş vermişdir ($p<0,05$). Yəni bu qrupun xəstələrində əməliyyat yarası I qrupla müqayisədə 4,3, II qrupla müqayisədə isə 2,8 gün əvvəl sağalmışdır.

Cərrahi müalicədən sonrakı kvant terapiyasının nəticələri cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların, residivlərin, yaxın və uzaq müddətlərdə anal sfinkterin funksional vəziyyətinin kəmiyyət göstəricilərinin timsalında müqayisəli surətdə öyrənilmişdir. Həmçinin cərrahi ağırlaşmaların, xəstəliyin residiv(lər)inin səbəbləri təhlil edilmişdir.

Yaxın nəticələrin öyrənilməsində ümumi klinik məlumatlardan (xəstənin ümumi vəziyyəti, əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmalar, iltihab prosesinin sönmə müddəti, yaranın nekrotik-irini toxumalardan və detritdən təmizlənməsi, qranulyasiyanın əmələgəlmə müddəti, yaranın bakterioloji strukturu, əməliyyatdan

sonrakı dövrün müddəti, çarpayı-günlərinin müddəti) və anal sfinkterometriyanın göstəricilərinin nəticələrindən istifadə edilmişdir. Uzaq nəticələr residiv(lər)in mövcudluğu və anal sfinkterin funksional dəyişikliklərinin səviyyəsinə əsaslanmaqla öyrənilmişdir. Uzaq nəticələr xəstələrin ambulator müayinəsi və ya telefon (internet) əlaqəsi ilə əldə edilmişdir. İnternet vasitəsi ilə 18 xəstəyə tərəfimizdən tərtib edilmiş anket (anketə müvafiq suallar salınmışdır) göndərilmiş, onların cavabları əsasında uzaq nəticələr dəyərləndirilmişdir.

Mürəkkəb pararektal fistullar və onların residivlərinə görə cərrahi müalicənin yaxın nəticələri bütün xəstələrdə tədqiq edilmişdir. 17 xəstədə (86,5±4,0%) yara prosesinin gedişində cərrahi ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonra 3-cü gündən başlayaraq onların ümumi vəziyyəti yaxşılaşmış, bədən temperaturu normallaşmış, ağrılar aradan qalxmışdır.

Cəmi 4 xəstədə cərrahi ağırlaşmalar baş vermişdir.

III qrupun xəstələrində NRA 58,7% təşkil etmişdir.

Fistul yolunun və onun şaxələrinin, irinli boşluğ(lar)un kontrastlı USM ilə dəqiq topik diaqnostikası daha adekvat cərrahi müalicə üsulunun seçilməsinə, nəticədə irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur. Bu ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azalmasının mühüm səbəblərinə əməliyyat yarasının sağalma prosesinə daimi nəzarət və əsaslandırılmış etiopatogenetik yerli müalicə aiddir.

Klinik praktikada kompleks diaqnostika və müalicə üsullarının tətbiqindən sonra transsfinkter fistullu xəstələrin stasionarda qalma müddəti orta hesabla 5,8 ($p<0,001$) gün, ekstrasfinkter fistullu xəstələrdə isə 6,1 günə ($p<0,001$) qədər qısalmışdır.

Uzaq nəticələr III qrupun 17 (68,0%) xəstəsində öyrənilmişdir. Müşahidə müddəti 6 ay-3 il arasında olmuş, bu qrupların bütün yaşlı, hər 2 cinsə aid xəstələrini əhatə etmişdir. Bu qrupda birincili və residiv mürəkkəb pararektal fistullu xəstələrin cərrahi müalicəsinə yanaşmada anusun qapayıcı aparatının funksional göstəriciləri nəzərə alındığından xeyli yaxşı uzaq postoperasion nəticələr izlənilmişdir.

Fistulun residivi cəmi 1 xəstədə baş vermişdir. Residivin səbəbi əməliyyatın qeyri-adekvat aparılması olmuşdur. Yalnız 1 xəstədə cərrahi müdaxilə tələb etməyən I dərəcəli ASÇ inkişaf etmişdir.

NƏTİCƏLƏR

1. Mürəkkəb pararektal fistulların ənənəvi operativ müalicə üsullarının əlverişsiz nəticələri fistulətrafi çapıq toxumasının kəsilməsi zamanı sfinkter əzələlərinin geniş porsiyalarının zədələnməsi, fistulun natamam xaric edilməsi və fistul ətrafı irinliklərin qeyri-adekvat sanasiyası ilə üzvi əlaqəlidir.
2. Əməliyyatönu dövrdə fistulətrafi iltihabın, cərrahi əməliyyatdan sonra perianal yaranın yerli kvant müalicəsi cərrahi əməliyyatın nəticələrinin yaxşılaşmasına səbəb olur.
3. Mürəkkəb pararektal fistullara görə təklif edilmiş əsirgəyici metodika sfinkter əzələlərini maksimal qorumaqla fistul yolunun dərin hissəsini, ətraf çapıq toxumalarını xaric etməyə imkan vermişdir. Bu anal sfinkter çatmazlığının rastgəlmə tezliyinin 12,7%-dən 8,9%-ə qədər aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur.
4. Mürəkkəb pararektal fistullara görə təklif edilmiş əsirgəyici sfinkterqoruyucu cərrahi əməliyyatdan öncə və sonra erkən müddətlərdə kvant terapiyası kursu-

nun aparılması xəstələrin stasionar müalicə müddətini $3,9\pm 0,4$ gün qısaltmağa, əlverişli tibbi reabilitasiya nəticələri əldə etməyə imkan vermişdir. Belə ki, əmək qabiliyyətli xəstələrin əmək qabiliyyəti $7,2\pm 1,3$ gün tez bərpa olmuşdur.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Müəkkəb pararektal fistullara görə əməliyyatönu dövrde fistulətrafi iltihabın, cərrahi əməliyyatdan sonra erkən müddətlərdə isə perianal yaranın yerli kvant müalicəsinin aparılması tövsiyə edilir.
2. Müəkkəb pararektal fistullara görə tərəfimizdən təklif edilmiş əsirgəyici meto- dika sfinkter əzələlərini maksimal qorumanmasına və anal sfinkterin funksional göstəricilərinin yaxşılaşdırılmasına xidmət etdiyindən onun klinik cərrahi koloproktologiyada genişətbiqi tövsiyə olunur.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1.	Ağayev B.A., Əliyeva E.M., Musayev X.N. Doğuşdan sonra bağırsaq möhtəviyyatını saxlama qabiliyyəti pozulmuş xəstələrdə DBQA-nın funksional vəziyyəti //Cərrahiyyə, 2009, №2 (18), -s. 3-6
2.	Aydınova P.A., Əliyev E.A. Pararektal fistulların cərrahi müalicəsinin nəticələri //Cərrahiyyə, 2014, №2 (38), -s. 78-82
3.	Hümmətov A.H . Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsi /Tibb e.n. alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya. Bakı, 2010, - 146 s.
4.	İsgəndərov Q.B. Kəskin paraproktitin cərrahi müalicəsi /Tibb e.n. alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya. Bakı, 1998, - 110 s.
5.	Mustafyev X.A. Mürəkkəb pararektal fistulların cərrahi müalicəsi /Tibb e.n. alimlik dərəcəsi almaq üçün diss. ... avtoref. Bakı, 2002, - 21 s.
6.	Sultanov H.A., Hümmətov A.H., Əliyev E.A. Mürəkkəb pararektal fistulların xaric edilməsindən sonra pararektal yaraların müalicəsi //Saglamlıq, 2007, №1, - s. 11-14
7.	Sultanov H.A., Səfiyeva A.K. Mürəkkəb pararektal fistulalar müalicəsində cərrahi əməliyyat üsulunun seçilməsi //Cərrahiyyə, 2009, №4 (20), -s. 8-11

8.	Алиев М.М. Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом /Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Ставрополь 2008. – 22 с.
9.	Алиев Э.А. Причины возникновения недостаточности анального сфинктера после операции на дистальном отделе прямой кишки /В кн.: Проблемы колопроктологии, Вып. 17, Москва, МНПИ, 2000, с. 25-27
10.	Алиев Э.А. Оценка анальной инконтиненции изучением анальной монометрии после операции, проводимых по поводу параректальных свищей у мужчин /Актуальные вопросы колопроктологии /Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием, Уфа, 2007, - с. 15
11.	Байрамов С.А. Хирургическое лечение проктологических больных в условиях центральной районной больницы /Автореф. дис. ...канд. мед. наук, Баку, 1992, 24 с
12.	Мамедов Н.И. Причины возникновения посттравматических свищей прямой кишки //Сәггәһиууә, 2009, №2 (18), -s. 36-40
13.	Мустафаев Х.А., Султанов Г.А., Искендеров Г.Б. Хирургическое лечение прямокишечных свищей //Проблемы колопроктологии, 1996, №15, -с. 121-124
14.	Султанов Г.А. Комплексное лечение острого парапроктита //Хирургия, 1986, №3, с. 59-61
15.	Султанов Г.А. Лечение экстрасфинктерных свищей //Азмеджурнал, 1990, №1, с.12-13
16.	Султанов Г.А. Хирургическое лечение обострения парапроктита при функционирующему свище прямой кишки //Хирургия, 1986, №3, - с. 61-63
17.	Султанов Г.А. Лечение трансфинктерных свищей прямой киш-ки //Азмеджурнал, 1990, №8, - с. 62-64
18.	Султанов Г.А. Острый парапроктит. Баку, 1991, - 121 с.
19.	Султанов Г.А., Гейбуллаев А.А., Бекташи Э.К. Лечение острого парапроктита /Мат. конф. посв. 100-летию акад. М.А. Топчибашева. Баку, 1995, - с. 24-25
20.	Novruzova Sh.A., Musayev Kh.N., Shukurov M.A., İsmayilova K.R. Application of elektromyography at differential diaqnostics of pararektal fistulas /Abstracts of XI İnternational Euroasion congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 iyun, 2008, --p. 234
21.	Абуладзе Т.В. Аутоотрансплантаты и эксплантаты в хирургии хронического парапроктита /Автореф. дис. ...докт. мед. наук. Тбилиси, 1992, - 58 с.
22.	Алиев М.М. КВЧ-терапия в комплексном лечении ран у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями промежности и крестцово-копчи-ковой области /В кн.: Актуальные проблемы современной

	хирургии. Нальчик. 2006. - с. 167
23.	Алиев М.М., Лаврешин М.П., Гобеджишвили В.В. Диагностическое значение прогностических факторов развития патологического рубцевания //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2006. № 3. - с. 177-179
24.	Алиев М.М., Лысенко О.В., Муравьев А.В. Опыт лечения стриктур прямой кишки /В кн.: Актуальные проблемы клинической медицины. Ставрополь, 2006, -с. 37-39
25.	Алиев М.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К. Прогнозирование, диагностика и лечение стриктур прямой кишки //Проблемы колопроктологии. 2006. № 19. -с. 159-161
26.	Аминев А.М., Аллерберганов А.Х. Влияние проктологических операций на состоянии сфинктера прямой кишки /В кн.: Новое прогрессивное в практику здравоохранения. Тезисы научн.-практ. конф. врачей, Ульяновск, 1981, - с. 109-111
27.	Ан В.К., Додица А.Н.; Борисов Е.Ю. Опыт лечения послеоперационных рубцовых стриктур анального канала //Проблемы колопроктологии. Москва, 1998, вып. 16, С. 18-20
28.	Ан В.К., Чубарова Е.Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита //Проблемы колопроктологии, 2006, №19, - с. 34-38
29.	Айсаев А.Ю. Хирургическая тактика при транссфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек. 2010. – 24 с.
30.	Блинничев Н.М. Острый и хронический парапроктит /Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук, Москва, 1972, - 44 с.
31.	Бородкин А.С. Метод лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения сегмента стенки прямой кишки в анальный канал /Сборник тезисов конференции молодых ученых «Актуальные проблемы колопроктологии», Москва, 2005, - с. 11
32.	Бородкин А.С., Волков М.В. Результаты лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения послыльного сегмента стенки прямой кишки /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колоректологии, Москва, 2005, - с. 478-479
33.	Бородкин А.С. Сегментарная проктопластика в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2006, - 26 с.
34.	Брискин Б.С., Полонский А.И. и др. Лазерная терапия в профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений в хирургии //Врач. 1994. № 2. –с. 11-14
35.	Гришин К.Н. Сравнительная оценка эффективности некоторых способов хирургического лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Автореф. дисс. к.м.н., Астрахань. 2009. – 25 с.

36.	Гришин К.Н. Сравнительная оценка способов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Мат. I съезда хирургов ЮФО. Ростов– на- Дону, 2007. - с. 133-134
37.	Гришин К.Н. Эффективность усовершенствованного способа операции при рецидивных экстрасфинктерных свищах прямой кишки /Мат. I международной конференции по торакоабдоминальной хирургии. Москва, 2008. -с. 14
38.	Гришин К.Н., Есин В.И. Новый способ хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки /В кн.: Актуальные вопросы современной хирургии. Астрахань, 2006. - с.86-87
39.	Демянюк Д.Г., Гиленко И.А. Лечение параректальных свищей //Клиническая хирургия. 1983, №2, -с.70-75
40.	Дрыга А.В. Лечение сложных форм острога и хронического парапроктита лигатурным методом /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1993, -20 с.
41.	Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Острый и хронический парапроктит /Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва, Медицина, 1984, Гл. 5, - с. 66-107
42.	Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Анальное недержание. Москва, Медицина, 1993, - 60 с.
43.	Додж М., Кината К., Стинсон К., The Cobb Group. Эффективная работа с Excel (пер. с англ.), СПб.: Питер, 2000, - 1067 с.
44.	Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. Москва. Респект. 1992
45.	Жакилбаев К.Л., Мун Н.В. Модифицированный лигатурный метод лечения сложных форм парапроктита /Актуал. пробл. проктологии. Тез. докл., Волгоград, 1997, - с. 64
46.	Жуков Б.Н., Исаев В.Р., ис ав. Опыт применения операции с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала в лечении параректальных свищей /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, - с. 68-70
47.	Канделани С.М., Гаджиев Г.И., Богомозов Ю.К. и др. Трансректальные ультразвуковые исследованием в диагностике свищевой формы парапроктитов //Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии, 2003, №2, - с. 49-52
48.	Капитанов А.С., Нарциссов Т.А., Брежнев В.П. Лечение параректальных свищей //Клиническая хирургия, 1990, №2, - с. 39-43
49.	Козлов В.А., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ «Мустанг». Москва, Фирма «Техника», 1998, - 148 с.
50.	Козлов И.А., Топоров А.М. Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки и их осложнений /Первый международный съезд хирургов. Сб. науч. трудов. Витебск, 1996, - с. 326-328

51.	Коновур Е.Ф., Мурадов Б.Х. Изменения иммунного статуса у больных послеоперационными ранами анального канала и промежности при лечении их ультразвуком и лазерным облучением /Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. конф., 3-4 окт. 1995, Нижний Новгород, - с. 263-264
52.	Копладзе А.М., Бондарев Ю.А., Смирнов С.Г. Низведение сегмента прямой кишки в аномальный канал при экстрасфинктерных свищах прямой кишки IV степени сложности //Хирургия, 1992, №2, - с. 144-151
53.	Корепанов В.И. Руководство по лазерной терапии. Москва. 1995. В 2-х томах. -225 с.
54.	Корепанов В.И. Низкоинтенсивная лазерная терапия в хирургии. Москва. 1996.
55.	Корепанов В.И. Новые методы операции на толстой кишке и в анальной области. Москва Медицина. 1998. -70 с.
56.	Кузьминов А.М., Бородкин А.С., Волков М.В. и др. Новый метод лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием, Самара, 2003, - с. 81-82
57.	Кузьминов А.М., Бородкин А.С. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки путем низведения полнослойного лоскута прямой кишки в анальный канал //Проблемы колопроктологии, 2006, №19, - с.151-154
58.	Кузьминов А.М., Бородкин А.С. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики /Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием, Уфа, 2007, - с. 71-72
59.	Кузьминов А.М., Нехрикова С.В., Корнева Т.Б., Бородкин А.С., Попов П.А. Роль условно-патогенной флоры и заболеваний, передающихся половым путем в патогенезе свищей прямой кишки //Сборник «Проблемы колопроктологии», выпуск 18, Москва, 2002, - с. 109-115
60.	Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Пустагоров Е.А., Бабанин А.В. Место и роль сонографии в диагностике патологии тазового дна /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии, Москва, 2005, - с. 492-433
61.	Куляпин А.В., Лопатин В.М., Аитова Л.Р. Хирургическая коррекция заболеваний в области ректовагинальной перегородки //Проблемы колопроктологии, 2000, №17, - с. 114-117
62.	Куркин А.Н., Мартянов И.Н. Редкие специфические заболевания перианальной кожи и параректальной клетчатки //Проблемы колопрок-

	тологии, 2000, №17, -с. 120-123
63.	Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высш. школа, 1990, - 352 с.
64.	Лемешко З.А. Ультразвуковая ирригоскопия //Клиническая медицина, 1989, №6. - с. 133-136
65.	Максимов Л.В., Мурадов Б.Х. Цитологическая оценка влияния новых физических методов воздействия на течение раневого процесса в послеоперационных ранах промежности и анального канала /Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл. -СПБ, 1993, - с. 182-184
66.	Мансуров Ю.В., Помазкин В.И., Соловьев Д.П. Хирургическое лечение хронического парапроктита с рецидивными экстрасфинктерными свищами прямой кишки /Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. Уфа, 2007, - с. 71-72
67.	Мартынов В.Л. Способ лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. конф., Нижний Новгород. 3-4 окт. 1995. -Нижний Новгород. 1995, - с. 271
68.	Марченко В.К. Лечение больных рецидивными свищами прямой кишки, осложненных недостаточностью анального сфинктера /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1991, - 39 с.
69.	Масляк В.М., Мандзюк В.Д. О хирургическом лечении парапроктита //Вестник хирургии. 1990. №7. – с. 120-123
70.	Махотин Д.А., Наумов Н.В., Рункелов Н.В. Модификация операции Рыжих//Проблемы колопроктологии. Вып.17, Москва, МНПИ, 2000, - с. 131-132
71.	Методические рекомендации по применению аппарата квантовой терапии МИЛТА /Под ред. С.В. Трусова. Москва: ПКП ГИТ, 1998. –254 с.
72.	Назаров Л.У. Свищи прямой кишки. Москва, 1966, -126 с.
73.	Назаров Л.У. и др. Наш опыт лечения острого и хронического парапроктита /Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. конф. Нижний Новгород, 3-4 окт. 1995, г. Нижний Новгород, - с. 275-277
74.	Наумов А.Н., Соловьев О.Л. Новая операция при сложных параректальных свищах /Актуальные проблемы колопроктологии. Тез. докл., Волгоград. 1997, - с. 93-95
75.	Наумов Н.В.,Швецкий А.Г.,Рункелов Н.В. Полупроницаемые мембраны в колопроктологии//Проблемы колопроктологии. Вып.17. Москва. МНПИ. 2000, - с. 131
76.	Орлова Л.П., Кузминов А.М., Полякова Н.А., Минбаева Ш.Т. Ультразвуковая семиотика хронического парапроктита //Колопроктология №1(19), 2007, - с. 4-6
77.	Полынский А.А., Либуркин М.М. Хронический парапроктит. Свищи прямой кишки /IV республиканская научно-практическая конференция по проктологии «Функциональные и воспалительные

	заболевания толстой кишки: хирургические и терапевтические аспекты. Новое в колопроктологии» /Под ред. Г.П. Рычагова, В.М. Русиновича. Минск. БГУ, 2001, -с. 67-68
78.	Помазкин В.Н., Мансуров Ю.В., Пивень Т.А. Использование местно-анестезирующих препаратов после операций на анальном канале /Актуальные проблемы колопроктологии /Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, - с. 118-119
79.	Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Лечение экстрасфинктерных параректальных свищей сочетающихся с недостаточностью анального сфинктера /Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием, УФА: 2007, -с. 71-72
80.	Помазкин В.Н., Мансуров Ю.В., Пивень Т.А. Использование местно-анестезирующих препаратов после операций на анальном канале /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, - с. 118-119
81.	Ривкин В.Л. Вариант радикальной операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, - с. 121-122
82.	Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии Медпрактика, 2001, - с. 64-81
83.	Ривкин В.Л., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и др. заболевания заднепроходного канала. М., 1994, - 240 с.
84.	Ривкин В.Л., Устинов В., Бронштейн А.С. Бесконтактная телевидео-компьютерная ректальная сфинктерометрия //Российские медицинские вести, Том 9, №2, 2004, - с. 54-56
85.	Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. Медпрактика. М.: Москва, 2004, - с. 96-136
86.	Ривкин В.Л., Файн С.Н., Лукин В.В. Справочник проктолога /Медпрактика. Москва, 2007, - с. 30-31
87.	Рыжих А.Н., Баркан М.Б. Парапроктит. Москва. Мед., 1951, - 120 с.
88.	Саламов К.Н. Выбор метода лечения свищей прямой кишки /О болезнях прямой кишки. Сб. науч. Тр. М., 1977, Вып. 9, - с. 5-8
89.	Саидов А.С., Хакимов М., Полвонов Ш.Б. Лечение рецидивных экстрасфинктерных и высоких трансфинктерных свищей методом отсроченной обработки внутреннего отверстия /Актуальные проблемы колопроктологии. Конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва, 2005, - с. 124-125
90.	Татьяченко В.К., Уеркосов Д.М. Обоснование метода хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки /Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы II съезда колопроктологов

	России с международным участием, УФА, 2007, - с. 107-108
91.	Тольстых П.И. и др. Стимуляция заживление асептических ран лазерным излучением //Хирургия. 1991. № 7. –с. 36-40
92.	Тимербулатов В.М. и др. Парапроктит. Уфа, 1998, - 132 с.
93.	Туйджанов Х.К. Фистулография свищей прямой кишки и параректальной области /Методические рекомендации. Ташкент, 1978,-16 с.
94.	Туритин А.Д. Амбулаторные операции в проктологии (показания, техника, исходы, экономическая эффективность) /Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999, - 30 с.
95.	Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей. Москва, Медицина, 1994, - 489 с.
96.	Ходунин А.Д., Алипьев В.Ю., Сорогин А.Б. Обезболивание операций у проктологических больных в условиях поликлиники и стационара одного дня //Проблемы колопроктологии, Москва, 2000, №17, - с. 215-217
97.	Хреков В.Е., Стыгин О.В., Звольская Е.Ю.и др. Некоторый опыт лечения проктологических больных с применением ультразвуковой терапии /Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. конф., Нижний Новгород, 3-4 окт. 1995, - с.304
98.	Черкасов Д.М. Обоснование тактики хирургического лечения экстрафинктерных свищей прямой кишки (клинико-экспериментальное исследование) /Дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Ростов-на-Дону. 2009. – 164 с.
99.	Черкасова В.Г.,Харитонов Ю.Я., Денисова М.Н. Новые источники постоянного магнитного поля в проктологии /Актуальные проблемы колопроктологии. Мат. конф., Нижний Новгород, 3-4 окт. 1995, г. Нижний Новгород, 1995, - 305 с.
100.	Чернов А.А. Оптимизация комплексного лечения больных со сложными формами хронического парапроктита /Дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Самара. 2008. - 181 с.
101.	Чиркин В.В., Новрузов С.Н., Шадрин Б.П. Иммунологическая реактивность больных рецидивными свищами прямой кишки с осложненным течением послеоперационного периода //Проблемы проктологии. 1981, Вып. 2. - с. 56-59
102.	Чубарова Е.Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита /Дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Ставрополь. 2006. – 163 с.
103.	Шешаберидзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрафинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки //Хирургия, 2001, №10, - с. 43-46
104.	Яшвили Р.Н., Абуладзе Т.В., Коркелія Г.А. Лечение свищей прямой кишки //Вестник хирургии, 1998, №1, -с. 66-68

105.	Ackermann C.Tondelli P.Herzog U. Sphinkterschonebde Operation der transsphinkteren Analfistel //Schweiz. Med.Wochenshr., 1994, №27-28, -p. 1253-1256
106.	Aitola P., Hiltunen K.M., Malikainen M. Fibrin glue in periar& fistulas - a pilot study //Ann. Chir. Gynaecol. 1999; 88: 136-138
107.	Alberto Navarro-Luna., Josep Rius-Macias M.D., Constancio Marco-Molina. Ultrasound study of anal fistulas with hydrogen peroxide enhancement //Dis. Colon Rectum, 2004, v. 47, -p. 108-114
108.	Amin S.N., Tierney G.M., Lund J.N. et al. advancement flap for treatment of fistula in-ano //Dis. Colon Rectum. 2003; 46: 540-543
109.	Ardizzone S., Maconi G., Colombo E. et al. Perianal fistulae following infliximab treatment: clinical and endosonographic outcome //Inflamm. Bowel Dis. 2004; 10: 91-96
110.	Arseneau K.O., Cohn S.M., Cominelli F. et al. Cost-utility of initial medical management for Crohn's disease perianal fistulae //Gastroenterology. 2001; 120: 1640-1656
111.	Athanasiadis S., Helmes C., Yazigi R. et al. The direct closure of the internal fistula opening without advancement flap for trans-sphincteric fistulas in-ano //Dis. Colon Rectum. 2004; 47: 1174-1180
112.	Athanasiadis S., Nate H., Kohler A. Transanal rectal advancement flap versus mucosa flap with internal suture in management of complicadet fistulas of the anorectum //Langenbeks Arch. Chir., 1995, №1, -p. 581-585
113.	Bahadursingh A.M., Longo W.E. Malignant transformation of chronic perianal Crohn's fistula //Am. J. Surg., 2005, v. 189(1), -p. 61-62
114.	Bartram C., Buchanan G. Imaging anal fistula //Radiol. Clin. North. Am. 2003; 41: 443-457
115.	Beckingham I.J., Spencer J.A., Ward J. Prospective evaluation of dynamic contrast enhanced magnetic resonance imaging in the evaluation of fistula in ano //Br. J.Surg., Oct. 1996, v. 83(10), -p. 1396-1398
116.	Beets T.R.G., Beets G.L., van der Hoop A.G. et al. Preoperative MR imaging of anal fistulas: does it really help the Surgeon? //Radiology. 2001; 218: 75-84
117.	Bell S.J., Halligan S., Windsor A.C. et al. Response of fistulathg Crohn's disease to infliximab treatment assessed by magnetic resonance imaging //Aliment Pharmacol. Ther. 2003; 17: 38:7: 93
118.	Bell S.J., Williams A.B., Wiesel P. et al. The clinical course r:rJ fistulating Crohn's disease //Aliment Pharmacol. Ther. 2003 17: 1145-1151
119.	Belliweau P, Thomson JP, Parks AG. Fistula-in-ano. A manometrie study //Dis. Colon Rectum. 1983; 26: 152-154

120.	Bonatti H., Lugger P., Hechenleitner -P. Transperineal sonography in anorectal disorders //Ultraschall Med., 2004, v. 25, -p. 111-115
121.	Buchanan G.N., Bartram C.I., Phillips R.K. et al. Efficacy of fibrin sealant in the management of complex anal fistula: a prospective trial //Dis. Colon Rectum. 2003; 46 (9): 1167-1174
122.	Buchanan G.N., Bartram C.I., Williams A.B. et al. Value of hydrogen peroxide enhancement of three-dimensional endoanal ultrasound in fistula in-ano. Dis Colon Rectum. 2005; 48: 141-147
123.	Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I. et al. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in-ano: comparison with outcome-based reference standard //Radiology. 2004; 233: 674-681
124.	Buchanan G., Halligan S., Williams A.B. et al. Effect of MRI on clinical outcome of recurrent fistula in-ano //Lancet 2002; 360: 1661-1662
125.	Buchanan G.N., Halligan S., Williams A.B. et al. Magnetic resonance imaging for primary fistula in ano //Br. J. Surg. 2003; 90: 877-881
126.	Buchanan G.N., Owen H.A., Torkington J. et al. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula //Br. J. Surg. 2004; 91: 476-480
127.	Buchanan G.N., Williams A.B., Bartram C.I. et al. Potential clinical implications of direction of a trans-sphincteric anal fistula track //Br. J. Surg. 2003; 90: 1250-1255
128.	Cavanaugh M., Hyman N., Osler T. Fecal incontinence index after fistulotomy: a predictor of quality of life //Dis. Colon Rectum. 2002; 45: 349-353
129.	Champagne B.J., O'Connor L.M., Orangio G.R. et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up //Dis. Colon Rectum, 2006, v. 49, -p. 1817-21
130.	Chang S.C., Lin J.K. Change in anal continence after surgery for intersphincteral anal fistula: a functional and manometric study //Int. J. Colorectal. Dis. 2003; 18: 111-115
131.	Chapple K.S. Prognostic value of Magnetic Resonance Imaging in the management of fistula-in-ano //Dis. Colon Rectum, 2000, v. 43, -p. 511-515
132.	Chew S.S., Yang J.L., Newstead G.L. et al. Anal fistula: Levovist - enhanced endoanal ultrasound: a pilot study //Dis. Colon Rectum. 2003; 46: 377-384
133.	Christiansen J, Ronholt C. Treatment of recurrent high anal fistula by total excision and primary sphincter reconstruction //Int. J. Colorectal. Dis. 1995; 10: 207-209
134.	Cintron J.R., Park J.J., Orsay C.P. et al. Repair of fistulas in-ano using autologous fibrin tissue adhesive //Dis Colon Rectum. 1999; 42: 607-613

135.	Doon Loon Choo. Endosonographic criteria for an internal opening of fistula –in-ano //Dis. Colon Rectum, 1999, v. 42, -p. 515-518
136.	Eisenhammer S. A new approach to the anorectal fistulas abscess on the high intramuscular lesion //Surg Gynecol. Obstet. 1958; 106: 595-599
137.	Eisenhammer S. The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula //Dis. Colon Rectum. 1978; 21: 237-254
138.	Ellis C.N. Bioprosthetic plugs for complex anal fistulas: an early experience //J. Surg. Ed., 2007, v. 64, -p. 36-40
139.	Emmanuel A.V., Kamm M.A., Laser Doppler flowmetry as a measure of extrinsic colonic innervation in functional bowel disease //Gut, 2000, v. 46(2), -p. 212-217
140.	Engel A.F., Lunniss P.J., Kamm M.A. et al. Sphincteroplasty incontinence after surgery for idiopathic fistula in ano //Int. J. Colorectal. Dis. 1997; 12: 323-325
141.	Ewerth S., Ahlberg J., Collste G. et al. Fistula-in-ano. A six year follow-up study of 143 operated patients //Acta Chir. Scand. Suppl. 1978; 482: 53-55
142.	Filingeri V., Gravante G., Baldessari E. et al. Radiofrequellc fistulectomy vs. diathermic fistulotomy for submucosal fistulas a randomized trial //European Rev. Med. Pharmacol. Sei. 2004; 8: 1116
143.	Garsia-Aguilar J. Anal fistula surgery //Dis. Colon Rectum, 1996, -p. 39-213
144.	Garsia-Aguilar J., Davey C.S., Le C.T. et al. Patient satisfactor after surgical treatment for fistula in-ano //Dis. Colon Rectum 2000; 43: 1206-1212
145.	Goodsall D.H., Miles W.E. Diseases of the anus and rectum. Longmans, Green and Company, London, 1900.
146.	Gordan P.H. Management of fistula in ano //Ann. R. Coll. Surg., Engl. (suppl.) 1985, v. 58, p.10-14
147.	Grace R. Fistulotomy in the management of acute anorectal sepsis //Dis. Colon Rectum. 1997; 40: 1130-1131
148.	Gunawardhana P.A., Deen K.L. Comparison of hydrogen peroxide instillation with Goodsall´s rule for fistula-in-ano //Am. J. Surg., 2001, v.71, -p. 472-474
149.	Gustafsson U.M., Kahvecioglu B., Astrom G. et al. Endoanal ultrasound or magnetic resonance imaging for preoperative assessment of anal

	fistula: a comparative study //Colorectal Dis. 2001; 3: 189-197
150.	Gustafsson U.M., Graf W. Excision of anal fistula with closure of the internal opening: functional and manometric results //Dis. Colon Rectum. 2002; 45: 1672-1678
151.	Halligan S. Imaging fistula-in-ano //Clin. Radiol. 1998; 53: 85-95
152.	Halligan S., Stoker J. Imaging fistula-in-ano //Radiology, 2006, v. 239(1), -p. 18-33
153.	Henrich W., Meckies J., Friedmann W. Demonstration of a recto-vaginal fistula with the ultrasound contrast medium Echovist //Ultrasound Obstet. Gynecol., 2000, v. 15(2), -p. 148-149
154.	Ho K.S., Tsang C., Seow-Choen F. et al. Prospective randomised trial comparing ayurvedic cutting seton and fistulotomy for low fistula in-ano //Tech. Coloproctol. 2001; 5: 137-141
155.	Hyman N. Endoanal advancement flap repair for complex anorectal fistulas //Am. J. Surg, 1999, Oct,-178(4).-337-40. Comment In: Am. J. Surg., 2001, Jun.181(6). -p. 567
156.	Johnson E.K., Gaw J.U., Armstrong D.N., Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas //Dis. Colon Rectum, Mar. 2006, v. 49(3), -p. 371-76
157.	Karu T. Photobiological fundamentals of low-power laser therapy //The 1 st International Congress "Laser, Health". Limassol, 1997, -p. 207-210
158.	Kleinübing H.J., Tannini J.T., Campos A.C. The role of transperineal ultrasonography in the assessment of the internal opening of cryptogenic anal fistula //Tech. Coloproctol., 2007, v. 11, -p. 327-331
159.	Kruskal J.B., Kane R.A., Morrin M.M. Peroxide-enhanced anal endosonography: technique, image interpretation and clinical applications //Radiographics, 2001, v. 21, -p. 173-189
160.	Lasheen D.E. Partial fistulectomy and fistular wall flap for the treatment of high perianal fistulas //Surgery Today. 2004; 34: 977-980
161.	Lengley A.J., Hurst N.G., Williams J.G. Pre-operative assessment of anal fistulas using endoanal ultrasound //Colorectal Dis., 2002, №4, -p. 436-440
162.	Lin C.L. Continence and rectoanal sphincteris inhibitory reflex posterior sagittae anorectoplasty //J. Formos. Med. Assoc., 1996, №4, -p. 303-307
163.	Lindsey L., Humphreys M.M., George B.D. et al. The role of anal ultrasound in the management of anal fistulas //Colorectal Dis. 2002; 4: 118-122
164.	Lindsey L., Smilgin-Humphreys M.M., Cunningham C. et al. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs. conventional treatment for

	anal fistula //Dis. Colon Rectum. 2002; 45: 1:15
165.	Loungnarath R.A., Dietz D.W., Mutch M.G., Birnbaum E.H. Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate //Dis. Colon Rectum, 2004, v.47, p.432-6
166.	Luchtefed M.A. Anorectal abscess and fistula-in-ano //Clin. Colon Rectal Surg., 2001, v. 14, p.221
167.	Lurin Ī.A., Shudrak A.A., Dibrova V.A., Tsema E.V. Functional condition of anal sphincter at patients with nonspecific fistulas of rectum //Proctologiya, Mockow, 2008, 9(1), -p. 89
168.	Mallouhui A., Bonatti H., Peer S., et al. Detection and characterization of perianal inflammatory disease: accuracy of transperianal combined gray scale and color Doppler sonography //J. Ultrasound Med., 2004, 23, -p.19-27
169.	Malouf A.J., Buchanan G.N., Carapeti E.A. et al. A prospective audit of fistula-in-ano at St. Mark's Hospital //Colorectal Dis. 2002; 4: 13-19
170.	Marks C.G., Ritchie J.K.. Anal fistulas at St. Mark's Hospital //Br. J. Surg. 1977; 64: 84-91
171.	Mators D., Linniss P.J., Phillips R.K. Total sphincter conservation in high fistula in ano: results of a new approach //Br. J. Surg., 1993, v. 80 № 6, --p. 802-804
172.	Maxwell-Armstrong C.A., Phillips R.K. Extrasphincteric rectal fistulas treated successfully by Soave's procedure despite marked local sepsis //Br. J. Surg. 2003; 90: 237-238
173.	Milligan E.T.C., Morgan C.N. Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistulae //Lancet 1934; 2: 1150-1156; 1213
174.	Mizrahi N., Wexner S.D., Zmora O. et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? //Dis. Colon Rectum. 2002; 45: 1616-1621
175.	Morris J., Spencer J.A. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient managment //Radiographics, 2000, v.20, p.623-635
176.	Moskowitz M.K., Baig J.J., Weiss J.T. et al. Accuracy of hydrogen peroxide enhanced endoanal ultrasonography in assessment of the internal opening of anal fistula complex //Tech. Coloproctol, 2003, v. 7, -p. 133-137
177.	Mylonakis E., Katsios C., Kappas A.M. Quality of life of patients after surgical of anal fistula; the role of anal manometry //Colorectal Diseases, 2001, v. 3, -p. 417-21
178.	Navarro A. Et al. Anal fistulas //Dis. Colon Rectum, 1998, v. 41, p.52
179.	Navarro-Luna A., Garsia-Domingo M.Ī., Ruis-Macias J., Marco-Molina.

	Ultrasound study of anal fistulas with hydrogen peroxide enhancement //Dis. Colon Rectum, 2004, v. 47(1), -p. 108-114
180.	Nelson R.L., Cintron J., Abcarian H. Dermal island-flap anoplasty for transsphincteric fistula-in-ano: assessment of treatment failures //Dis. Colon Rectum., 2000, v. 43(5), -p. 681-684
181.	Nickelsen T.N., Jorgensen T., Kronborg O. Lifestyle and 30-day complications to surgery for colorectal cancer //Acta Oncol., 2005, v. 44(3), -p. 218-223
182.	O'Connor L.M., Champagne B.J., Ferguson M.A. et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn's anorectal fistulas //Dis. Colon Rectum, 2006, v. 49, -p. 1569-73
183.	Oliver Í., Lacueva J., Perez V.F. et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment //Int. J. Colorectal Dis. 2003; 1:107-110
184.	Ortiz H., Marzo J. Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas //Br. J. Surg., 2000, v. 87(12), -p. 1680-1683
185.	Ozuner G., Hull T.L., Gartmill J., Fazia V. Long-term analysis of the use of transanal rectal advancement flap for complicated anorectal/vaginal fistulas /Dis. Colon Rectum. 1996. v.39, -p. 10-15
186.	Park J.J., Cintron J.R., Orsay C.P. et al. Repair of chronic anorectal fistulae using commercial fibrin sealant //Arch. Surg. 2000; 135: 166-169
187.	Parks A.G., Gordon P.H., Hardcastle J.D. A classification of fistula-in-ano //Br. J. Surg. 1976; 63: 1-12
188.	Parks A.G., Morson B.C. The pathogenesis of fistula-in-ano //Proc. R. Soc. Med. 1962; 55: 751-754
189.	Patrlj L., Kocran B, Martinac M. et al. Fibrin glue-antibiotic mixture in the treatment of anal fistulae: experience with 69 cases //Dig. Surg. 2000; 17: 77-80
190.	Peterli R., Askermann C., Herzog U. et al. Results of anal sphincteroplasty in fecal incontinence-significance of intra-anal ultrasound imaging //Swiss. Surg., 1997, 3(3), -p. 112-116
191.	Poen A.C., Felt-Bersma Hydrogen peroxide-enhanced transanal ultrasound in the assessment of fistula-in-ano //Dis. Colon Rectum, September, 1998, -p. 132-135
192.	Rasull M.R., Wilson S.R., Mac Rae H. et al. Clinical and radiological responses after infliximab treatment for perianal fistulizing Crohn's disease //Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 82-88
193.	Ratto C., Gentile E., Merico M. et al. How can the assessment of fistula-

	in-ano be improved? //Dis. Colon Rectum. 2000; 43: 1375-1382
194.	Ratto C., Grillo E., Doglietto G.B. Endoanal ultrasound-guided surgery for anal fistula //Endoscopy, 2005, v. 37(8), -p. 722-728
195.	Regueiro M., Mardini H. Treatment of perianal fistuling Crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exit under anesthesia with seton placement //Inflamm. Bowel Dis. 2003; 9: 98-103
196.	Riicchi E. Surgery of anal fistulas//MinervoChir.,1997,v.52,№6, -735-741
197.	Roig J.V., Garcia-Armengol J., Jordan J. Immedjate reconstruction og the anal sphincter after fistulectomy in the management of complex anal fistulas //Colorectal dis., 1999, v. 1, -p. 137-140
198.	Sandborn W.J., Present O.H., Isaacs K.L. et al. Tacrolimus for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, placebo-controlled trial //Gastroenterology. 2003. 125: 380-388
199.	Sands B.E., Anderson F.H., Bernstein C.N. et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease //New Engl. J. Med. 2004; 350: 876-885
200.	Schouten W.R., Zimmerman O.O., Briel J.W. Transanal advancement flap repair of trans-sphincteric fistulas //Dis. Colon Rectum. 1999; 42: 1419-1422
201.	Sentovich S.M. Fibrin glue for all anal fistulas //J. Gastrointest. Surg. 2001; 5: 158-161
202.	Sentovich S.M. Fibrin glue for anal fistulas: long-term restarts //Dis. Colon Rectum. 2003; 46: 498-502
203.	Seow C., Phillips R.K. Insights gained from the management of problematical anal fistulae at St. Mark's Hospital, 1984-88 //Br. J. Surg. 1991; 78: 539-541
204.	Sonoda T., Piedmonte M.R., Fazio V.W. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap //Dis. Colon Rectum., 2002, v. 45(12), -p.1622-1628
205.	Sonographic evaluation of the bladder neck in continent anal stress-incontinent Women //Obstet. Gynecol., 1999, v. 93, №3, -p. 412-416
206.	Stewart L.K.,Wilson S.R.Transperianal and transvaginal sonography of perianal inflamatory disease // J. Roentgenol., 2001, v. 177, -p. 627-632
207.	Stoker J., Rocik H., Wiersma T.G, Imaging of anorectal disease //Br. J. Surg., 2000, v. 87, -p. 10-27
208.	Sudol-Szopinska Ā.J., Gesla J., Jakubowski W. et al. Reliablity of endosonography in evaluation of anal fistulae and abscesses //Acta Radiol., 2002, v. 43, -p. 599-602

209.	Schwartz D.A., Wiersema M.J., Dudiak K.M. et al. A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of Crohn's perianal fistulas //Gastroenterology. 2001; 121: 1064-1072
210.	Sudol-Szopinska Ā., Jakubowski W., Szepekowski M. Contrast enhanced endosonography for the diagnosis of anal and anovaginal fistulas //J Clin Ultrasound. 2002; 36: 145-150
211.	Theerapol A. et al. Routina use os setar for the treatment of anal fistulae //Singapore Med., 2002, v. 43, -p. 305-307
212.	Thomson W.H., Fowler A.L. Direct appositional (no flap) closure of deep anal fistula //Colorectal Dis. 2004; 6: 32-36
213.	Tocchi A, Mazzoni G, Miccini M. Fibrin sealant in the repair of anorectal fistulae //Arch. Surg. 2000; 135: 989
214.	Tonkin D.M., Murphy E., Brooke-Smith M. et al. Perianal abscess: a pilot study comparing packing with nonpacking of the abscess cavity //Dis. Colon Rectum. 2004; 47: 1510-1514
215.	Venkatesh K.S., Ramanujam P. Fibrin glue application in the treatment of recurrent anorectal fistulas //Dis. Colon Rectum. 1999; 42: 1136-1139
216.	West R.L., Zimmerman D.D., Dwarkasing S. et al. Prospective comparison of hydrogen peroxide-enhanced three-dimensional endoanal ultrasonography and endoanal magnetic resonance imaging of perianal fistulas //Dis. Colon Rectum. 2003; 46: 1407-1415
217.	Whiteford M.H., Kilkenny J., Hyman N. et al. The standards Practice Task Force; The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised) //Dis. Colon Rectum., 2005, v. 48, -p. 1337-42
218.	Williams N., Barlow J., Hobson A. et al. Manometric asymmetry in the anal canal in controls and patients with fecal incontinence //Dis. Colon Rectum. 1995, v. 38, №12, -p. 1275-1280
219.	Zbar A.P., Oyetunji R.O., Gill R.T. Transperineal versus hydrogen peroxide-enhanced endoanal ultrasonography in never operated and recurrent cryptogenic fistula-in-ano: a pilot study //Tech. Coloproctol., 2006, v. 10, -p. 297-302
220.	Zimmerman D.D., Breil J.W., Gosselink M.P., Schouten W.R. Anocutaneous advancement flap repair of transsphincteric fistulas //Dis. Colon Rectum, 2001, v. 44, -p. 1474-1480
221.	Zimmerman O.O., Briel J.W., Schouten W.R. Endoanal advancement flap

	repair for complex anorectal fistulas //Am. J. Surg. 2001; 181: 576-577
222.	Zimmerman O.O., Delemarre J.B., Gosselink M.P. et al. Smoking affects the outcome of transanal mucosal advancement flap of trans-sphincteric fistulas //Br J Surg 2003; 90: 351-354
223.	Zimmerman D.D., Delemarre J.B., Hop W.C., Briel J.W. Smoking affects the outcome of transanal mucosal advancement flap repair of trans-sphincteric fistulas //Br. J. Surg., 2003, v. 90(3), - p. 351-354
224.	Zmora O., Mizrahi N., Rotholtz N. et al. Fibrin glue sealing in the treatment of perineal fistulas //Dis. Colon Rectum. 2003; 40 584-589
225.	Lim SW. Surgery in an intersphincteric fistula. //J Korean Soc Coloproctol. 2009;25:365–371.
226.	Han KS, Cho HM, Kim DH, Kim JG. Retrospective analysis of a fistula-in-ano: focus on an anal-sphincter-preserving procedure //J Korean Soc Coloproctol. 2007;23:403–409.
227.	Song K. H. New Techniques for Treating an Anal Fistula //J Korean Soc Coloproctol. 2012 Feb; 28(1): 7–12
228.	Wang JY, Garcia-Aguilar J, Sternberg JA, Abel ME, Varma MG. Treatment of transsphincteric anal fistulas: are fistula plugs an acceptable alternative? //Dis Colon Rectum. 2009 Apr;52(4):692-7.
229.	Hwang SH, Bang MJ. Surgery for a complex anal fistul //J Korean Soc Coloproctol. 2008;24:77–82
230.	Loungnarath R, Dietz DW, Mutch MG, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW. Fibrin glue treatment of complex anal fistulas has low success rate //Dis Colon Rectum. 2004;47:432–436
231.	Lawes DA, Efron JE, Abbas M, Heppell J, Young-Fadok TM. Early experience with the bioabsorbable anal fistula plug //World J Surg. 2008;32:1157–1159
232.	Corman ML, Abcarian H, Bailey HR, Birnbaum EH, Champagne BJ, Cintron JR, et al. The surgisis((R)) AFP((TM)) anal fistula plug: report of a consensus conference //Colorectal Dis. 2008;10:17–20.
233.	Christoforidis D, Etzioni DA, Goldberg SM, Madoff RD, Mellgren A. Treatment of complex anal fistulas with the collagen fistula plug //Dis Colon Rectum. 2008;51:1482–1487
234.	Lenisa L, Espin-Basany E, Rusconi A, Mascheroni L, Escoll-Rufino J, Lozoya-Trujillo R, et al. Anal fistula plug is a valid alternative option for the treatment of complex anal fistula in the long term //Int J Colorectal Dis. 2010;25:1487–1493
235.	Deeba S, Aziz O, Sains PS, Darzi A. Fistula-in-ano: advances in treatment //Am J Surg. 2008;196:95–99

236.	Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, Orangio GR, Schertzer ME, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up //Dis Colon Rectum.2006;49:1817–1821
237.	Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas //Dis Colon Rectum. 2006;49:371–376
238.	Garg P. To determine the efficacy of anal fistula plug in the treatment of high fistula-in-ano: an initial experience //Colorectal Dis. 2009;11:588–591.
239.	Ky AJ, Sylla P, Steinhagen R, Steinhagen E, Khaitov S, Ly EK. Collagen fistula plug for the treatment of anal fistulas //Dis Colon Rectum. 2008;51:838–843
240.	Ellis CN, Rostas JW, Greiner FG. Long-term outcomes with the use of bioprosthetic plugs for the management of complex anal fistulas //Dis Colon Rectum. 2010;53:798–802
241.	Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistulain-ano //Tech Coloproctol.2009;13:237–240
242.	Shanwani A, Nor AM, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano //Dis Colon Rectum. 2010;53:39–42
243.	Bleier JI, Moloo H, Goldberg SM. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas //Dis Colon Rectum. 2010;53:43–46
244.	Himpson RC, Cohen CR, Sibbons P, Phillips RK. An experimentally successful new sphincter-conserving treatment for anal fistula //Dis Colon Rectum. 2009;52:602–608
245.	Garcia-Olmo D, Herreros D, Pascual I, Pascual JA, Del-Valle E, Zorrilla J, et al. Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial //Dis Colon Rectum.2009;52:79
246.	Neal Ellis C. Outcomes with the use of bioprosthetic grafts to reinforce the ligation of the intersphincteric fistula tract (BioLIFT procedure) for the management of complex anal fistulas //Dis Colon Rectum.2010;53:1361–1364
247.	Aboulian A, Kaji A, Kumar R. Early results of ligation of intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano [abstract]; 2010 ASCRS Annual Meeting; 2010 May 15-19; Minneapolis, MN, USA. Arlington Heights, IL: American Society of Colon and Rectal Surgeons; 2010. 138 pp.
248.	Bleier JI, Moloo H, Goldberg SM. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas //Dis Colon Rectum. 2010;53:43–46

249.	Shanwani A, Nor AM, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano //Dis Colon Rectum. 2010;53:39–42
250.	Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistulain-ano //Tech Coloproctol.2009;13:237–240

Praktikadan nümunə

Xəstə M., 22 yaş, 15918 sayılı x/t, 21.11.2007-ci il tarixdə sol sarğı nahiyəsində ağrılar, şişkinlik, perianal dəlikdən irinli ifrazatın xaric olması, əsəbilik və əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə klinikaya müraciət etmişdir. Özünü 4 aydır ki, xəstə hesab edir. Xəstəliyi oturaq həyat təzi ilə əlaqələndirir. Xəstəlik perianal nahiyədə ağrılı şişkinliklə başlamış, həmin nahiyənin temperaturu artmış, sarımtıl irinli maye xaric olmuşdur. Bu xəstəliyə görə əvvəllər müalicə olunmamışdır.

Dəri və selikli qişalar bir qədər avazımışdır. Periferik limfa düyünləri böyüməmişdir. Dayaq-hərəkət sistemi dəyişikliksizdir.

Tənəffüs sərbəstdir, ritmikdir, qarın tiplidir, tənəffüs hərəkətlərinin tezliyi dəqiqədə 16-18-dir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları

aydındır, təmizdir. Nəbz ritmik, kafi dolğunluqlu, dəqiqədə 86-dır. Arterial təzyiq 120/80 mm.c.st..

Dil nəm, az ərplidir. Udqunma sərbəstdir. Qarın simmetrikdir, tənəffüs aktında iştirak edir, palpasiya zamanı yumşaq, intakt və ağrısızdır. Qaraciyər və dalaq böyüməmişdir. Üzvlərin sallanması müəyyən olunmur.

Diurez sərbəstdir. Döyücləmə simptomu hər iki tərəfdə mənfidir. Defekasiya müntəzəmdir, qazlar sərbəst xaric olur.

St. localis. Diz-dirsək vəziyyətində perianal nahiyədə anal dəliyin kənarından \approx 4-5 sm məsafədə sol tərəfdə 1 ədəd xarici dəlik görünür. Təzyiq etdikdə dəlikdən pis iyli sarı, irinli maye xaric olur. Bu nahiyə azacıq şişmiş, qızarmışdır, palpator zəif ağrılıdır.

İlkin diaqnoz: Mürəkkəb pararektal fistul.

Digital müayinə: saat siferblatının 6 səviyyəsində anal kanalın selikli qişasının deformasiyası və fistul yolunun daxili dəliyi müəyyən edilir. Zond düz bağırsağın divarına paralel gedir. Bu səbəbdən onun bağırsağın mənfəzinə yeridilməsi mümkün olmadı. Xarici dəliyə yeridilmiş metilen abısı düz bağırsağa qoyulmuş tənzip tupferi müvafiq rəngə boyayır.

RRS: alət sfinkterdən asanlıqla keçir. Saat 6 səviyyəsində, dişli xəttədən 2-2,5 sm yuxarıda selikli qişa qalınlaşmışdır, hiperemikdir. Bu nahiyədə fistul yoluna yeridilmiş metilen abısı məhlulunun bağırsağın mənfəzinə tökülməsi görünür.

Əməliyyatdan əvvəl anal sfinkterin gücünün göstəriciləri: tonik - 280 q; maksimal güc - 400 q; sərbəst yığılma - 125 q.

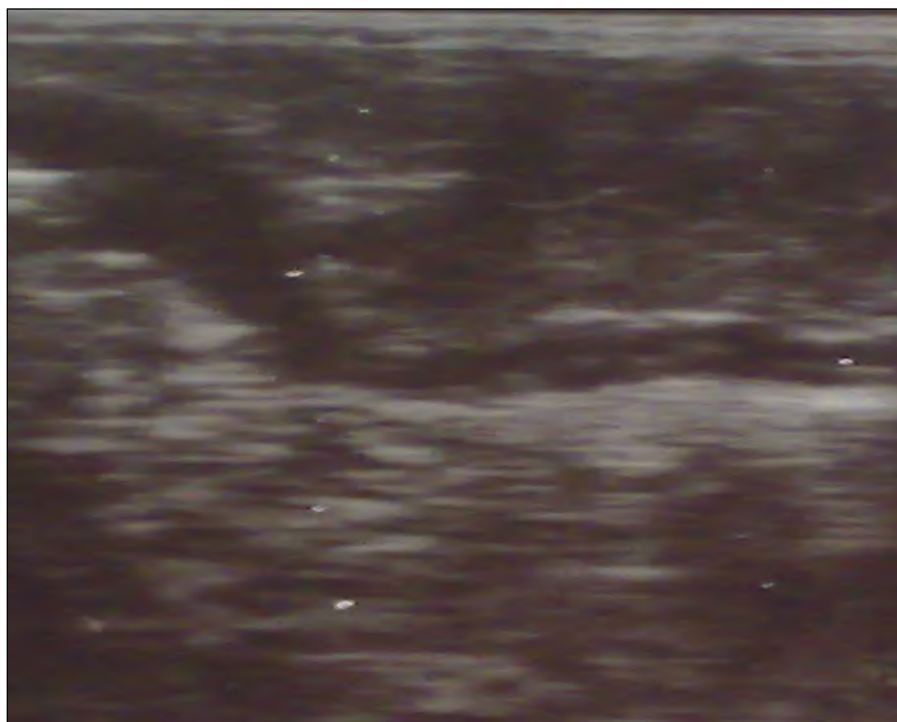
Kontrastlı USM: aralığın yumşaq toxumalarının USM zamanı dərialtı toxumada 28X11 mm ölçülərdə exogen boşluq izlənilir. Transrektal müayinədə xarici dəlikdən kontrast yeridildikdən sonra xarici sfinkter əzələsi nahiyəsində fistul yolu və irinli boşluq aydın vizualizə olunur (şək. 5.2 və şək. 5.3). Fistul yolu düz bağırsağın divarına paralel gedir və 6 sm uzunluğundadır. Saat 6 istiqamətində daxili sfinkter nahiyəsində hiperexogen sahə (daxili dəlik) qeyd edilir.

Mikrobioloji müayinə: E. coli (+++), Enterococcus (++), Actinomyces (+).

Klinik və instrumental müayinələr nəticəsində mürəkkəb ekstrasfinkter tam pararektal fistul diaqnozu müəyyən edildi.

Yerli (antiseptik məhlullarla fistul yolunun yuyulması və təmizləyici imalə), əsirgəyici qidalanma və ümumi müalicə (antibiotiklər, vitaminlər, ümumi müqavimət artırıcı və s.) təyin olunmuşdur.

Yerli iltihab əlamətləri aradan qalxdıqdan sonra episakral anestaziya altında, planlı surətdə cərrahlıq əməliyyatı (23.11.2007-ci il) yerinə yetirilmişdir. Düz bağırsağın mənfəzinə tənzif tupfer, fistul yolunun xarici dəliyinə metilen abısı və 3%-li hidrogen peroksid məhlulu qarışığı yeridilmişdir. Fistul yolu kəsilmiş, xaric edilmiş, selikli qısa xromlaşmış ketqut sapla daxili dəliyin önündən keçməklə aşağı endirilmiş və anal dəriyə tikilmişdir. Əlavə şaxənin boşluqla qurtarması (USM-nin nəticəsinin təsdiqlənməsi) aşkar edilmişdir. İrinli boşluq Folkman qaşığı ilə qaşınmış, sanasiya edilmiş, boşluğa levomekol məlhəmi hopdurulmuş trunda yeridilmişdir. Kəsilmiş sfinkter əzələsi vikril sapla tikilməklə bərpa edilmişdir. Dəri yarasına hemostatik seyrək ketqut tikişləri qoyulmuş, əməliyyat yarası seyrək tikilmişdir.



Şək. 5.2. Fistul yolunun kontrastlı ultrasonoqramı (şaxəli fistul yolu)

Hər gün yerli infraqırmızı lazer terapiyası seansı aparılmış, yara antiseptik məhlullarla yuyulmuş, qurudulmuş və solkoseril məlhəmi ilə sarğı edilmişdir.

Ümumi olaraq selektiv antibakterial terapiya aparılmış, metronidazol (500 mq (100 ml) X 2 dəfə), vitaminlər, antihistamin preparatları, bioloji və regenerasiya stimulyatorları təyin edilmişdir.



Şək. 5.3. Fistul yolunun şaxələnməsi və boşluqla qurtarması

Əməliyyatdan sonra 4-cü və 10-cu sutkalarda mikrobioloji müayinə üçün yara möhtəviyyatı götürülmüşdür. 4-cü sutkada *E. coli* (++) və *Enterococcus* (+) identifikasiya edilmiş; 10-cu sutkada mikroorqanizmlərin inkişafı olmamışdır.

Yara birincili sağalmış və normaya yaxın sfinkter göstəriciləri təsbit edilmişdir: sfinkterin maksimal gücü - 450 q, 2 həftədən sonra - 442 q, 1 aydan sonra - 495 q; sfinkterin tonusu müvafiq surətdə 330, 320 və 335 q (АМИНОВ А.М. görə) olmuşdur.

03.12.2007-ci il tarixdə kafi vəziyyətdə ambulator müşahidə üçün yazılmışdır. 6 aydan sonra baxılmışdır: residiv yoxdur. Sutkada 1-2 dəfə defekasiya olur. Qazlar sərbəst xaric olur. Şikayətləri yoxdur.