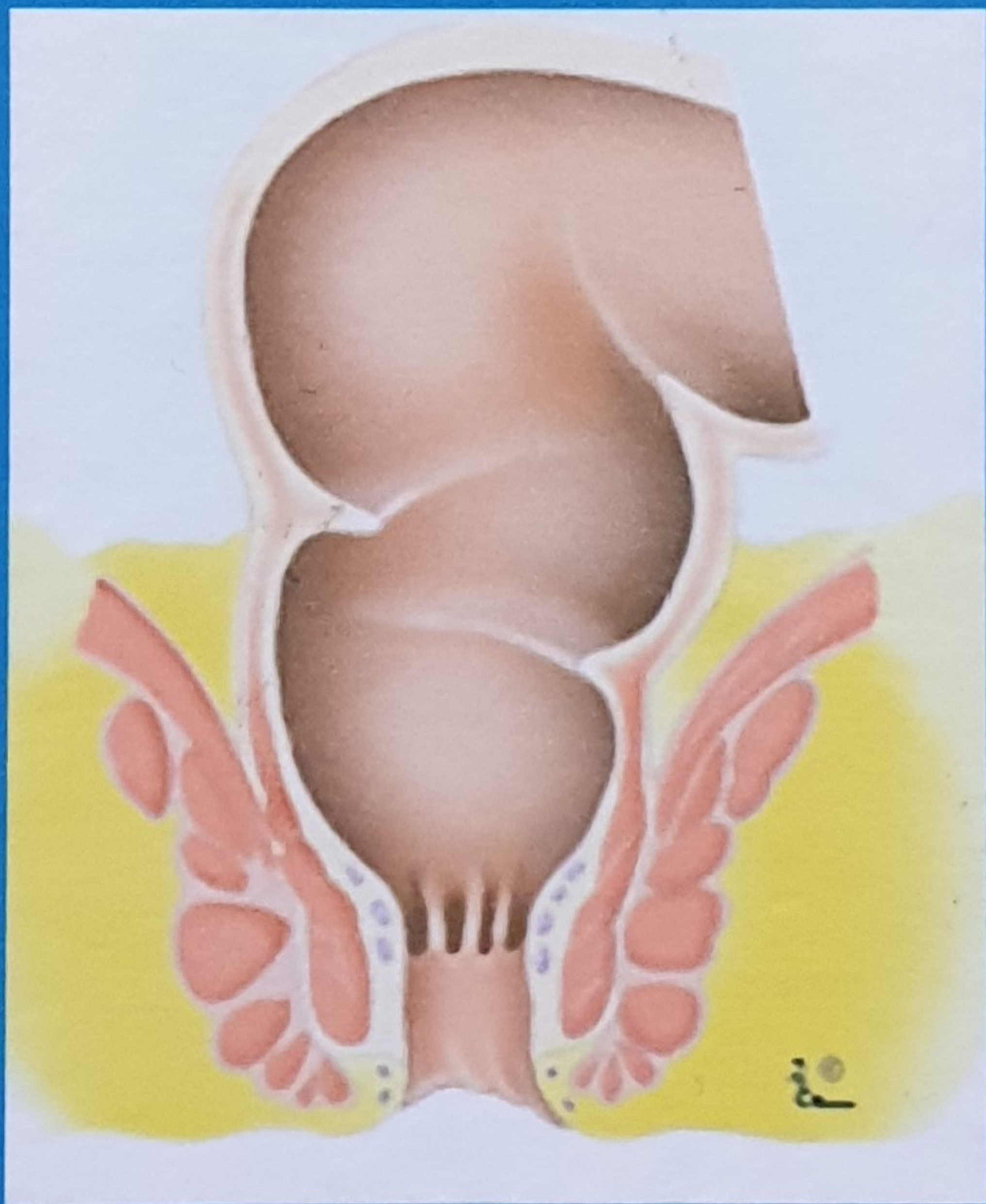


**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Azərbaycan Tibb Universiteti**

İmanova S.S., Bayramov N.Y.

DÜZ BAĞIRSAQ VƏ ANAL NAHIYƏNİN CƏRRAHİ XƏSTƏLİKLƏRİ



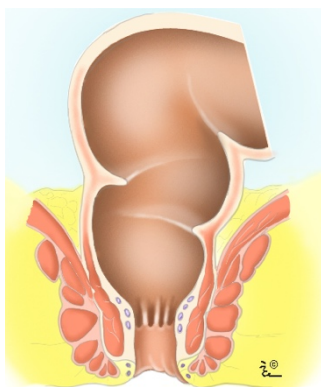
DOI <https://doi.org/10.25045/k.nurubay.analc>
ISBN 9789952536249
ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6958-5412>

Bakı- 2017

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Azərbaycan Tibb Universiteti**

İmanova S.S., Bayramov N.Y.

DÜZ BAĞIRSAQ VƏ ANAL NAHIYƏNİN CƏRRAHİ XƏSTƏLİKLƏRİ



DOI <https://doi.org/10.25045/k.nurubay.analc>

ISBN 9789952536249

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6958-5412>

Bakı- 2019

Elektron nəşr - ISBN: 978-9952-536-24-9

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

İmanova S.S., Bayramov N.Y.

**DÜZ BAĞIRSAQ VƏ ANAL NAHIYƏNİN
CƏRRAHİ XƏSTƏLİKLƏRİ**

Web site www.bck.az

DOI [10.25045/k.nurubay.analc](https://doi.org/10.25045/k.nurubay.analc)

ISBN 9789952536249

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6958-5412>

*Azərbaycan Respublikası Səhiyyə
Nazirliyinin 11 oktyabr 2016-cı il 59 saylı
kollegiyasının qərarı əsasında təsdiq
edilmişdir*

Elektron nəşr - ISBN: 978-9952-536-24-9

Bakı - 2019

*Unudulmaz müəllimimiz, ustadımız əməkdar elm xadimi
tibb elmləri doktoru professor Həsən Abbas oğlu
Sultanovun əziz xatirəsinə ittihaf edirik.*

Rəyçilər:

Tibb e.d., Prof. **Hacıyev C.N.**

Tibb e.d., Prof. **Musayev X.N.**

Elmi redaktor: Tibb ü.f.d., Dos. **Rüstəm Ə.M.**

İmanova S.S., Bayramov N.Y. Düz bağırsaq və anal nahiyənin cərrahi xəstəlikləri. Bakı. “Təbib” nəşriyyatı. 2017. - s.

Elektron nəşr - ISBN: 978-9952-536-24-9

Dərs vəsaiti Tibb Universitetinin müalicə fakültələrinin və tibb fakültələrinin yuxarı kurs tələbələri üçün nəzərdə tutulmuş və tədris proqramına uyğun yazılmışdır. Anorektumun anomaliyaları, inkişaf qüsurları, cərrahi xəstəlikləri, spesifik və qeyri-spesifik iltihab xəstəlikləri, düz bağırsağın və anusun cərrahi əməliyyatlarından sonrakı patoloji vəziyyətləri, xoş- və bədxassəli törəmələri, onların epidemiologiyası, etiopatogenezi, patomorfogenezi, klinikası, müasir diaqnostika üsulları və differensial diaqnostikası, cərrahi müalicə prinsiplərini əhatə edən ən yeni məlumatlar təqdim edilmişdir. Əyani şəkillər, faktografik məlumatlar, cədvəllər, cərrahi əməliyyatların təsvirləri və sxemləri biliklərin qavranılmasını və mənimsənilməsinin keyfiyyətini artırmaq məqsədi ilə kitaba əlavə olunmuşdur.

Vəsaitdən cərrahlik fənnini tədris edən müəllimlər, praktik həkimlər (ümumi cərrahlar, koloproktoloqlar, onkoloqlar, ginekoloqlar, tibbi radioloqlar və b.) də istifadə edə bilərlər.

© **İmanova S.S., Bayramov N.Y.**

Elektron nəşr - ISBN: 978-9952-536-24-9

METADATA

Type	Book
Title	Düz bağırsağ və anal nahiyənin cərrahi xəstəlikləri
Editor	
Edition	
Authors	İmanova S.S., Bayramov N.Y.
Experts	Hacıyev C.N, Musayev X.N.
Year	11.10.2016
Pages	127
Abstract	<p>Dərs vəsaiti Tibb Universitetinin müalicə fakültələrinin və tibb fakültələrinin yuxarı kurs tələbələri üçün nəzərdə tutulmuş və tədris proqramına uyğun yazılmışdır. Anorektumun anomaliyaları, inkişafqüsurları, cərrahi xəstəlikləri, spesifik və qeyri-spesifik iltihab xəstəlikləri, düz bağırsağın və anusun cərrahi əməliyyatlarından sonrakı patoloji vəziyyətləri, xoş- və bədxassəli törəmələri, onların epidemiologiyası, etiopatogenezi, patomorfogenezi, klinikası, müasir diaqnostika üsulları və differensial diaqnostikası, cərrahi müalicə prinsiplərini əhatə edən ən yeni məlumatlar təqdim edilmişdir. Əyani şəkillər, faktoqrafik məlumatlar, cədvəllər, cərrahi əməliyyatların təsvirləri və sxemləri biliklərin qavranılmasını və mənimsənilməsinin keyfiyyətini artırmaq məqsədi ilə kitaba əlavə olunmuşdur. Vəsaitdən cərrahlik fənnini tədris edən müəllimlər, praktik həkimlər (ümumi cərrahlar, koloproktoloqlar, onkoloqlar, ginekoloqlar, tibbi radioloqlar və b.) də istifadə edə bilərlər.</p>
Keywords	Düz bağırsağ, anal kanal, cərrahi, xəstəlik, babasil, anal, çat, paraproktit, fūrnü qanqrenası, anorektal, rektovaginal, rektal,

prolaps, rektosele, itiuclu kondiloma, pilonidal sinus, steno, inkontinensiya, qaşınma, kriptit, koxsiqodiniya, qəbizlik

City Baku

Publisher Print-Təbib, Elektron-Azərbaycan Tibb Universiteti

Language Azerbaijani

Type of work Textbook

URL

Web site www.bck.az

DOI 10.25045/k.nurubay.analc

ISBN [9789952536249](https://doi.org/10.25045/k.nurubay.analc)

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-6958-5412>

MÜNDƏRİCAT

1. Düz bağırsağın anatomiyası və fiziologiyası-----	9
2. Hemorroy-----	14
3. Anal çat -----	22
4. Kəskin paraproktit-----	26
5. Furne qanqrenası-----	29
6. Xroniki paraproktit (anorektal fistullar)-----	32
7. Rektovaginal fistullar-----	40
8. Prolaps-----	43
9. Rektosele-----	48
10. Sistosele-----	52
11. Sfinkter yetməzliyi(anal inkontinensiya).-----	54
12. Anal stenoz-----	57
13. Anal qaşınma-----	60
14. Anal tromboz-----	63
15. Rektal qanaxma-----	66
16. Düz bağırsağ polipləri-----	70
17. Koksiqodiniya-----	72
18. Pilonidal sinus-----	74
19. Xroniki qəbizlik-----	77
20. Xroniki diareya-----	82
21. Crohn xəstəliyi-----	87
22. Düz bağırsağın tək xorası-----	99
23. Anal və perianal bədxassali törəmələr-----	101
24. Düz bağırsağ törəmələri-----	106
25. Retrorektal törəmələr-----	108
26. Düz bağırsağ və anal nahiyənin cərrahi xəstəlikləri üzrə test sulları.-----	110
27. Ədəbiyyat siyahısı-----	119

Ön söz

Yeni əsrin ilk illərindən başlayaraq ən yeni texnologiyalar və innovasiyalar təbabətinin sürətli tərəqqisi klinik cərrahlığın bütün sahələrinin, o cümlədən koloproktoloji cərrahlığın hərtərəfli inkişafına böyük töhfələr vermişdir. Modern cərrahi avadanlıqların, diaqnostik aparatların və alətlərin tətbiqi, vizualizasiya üsullarının təkmilləşməsi cərrahi xəstəliklərin və onların ağırlaşmalarının erkən diaqnostikası və müalicəsi problemlərini müvəffəqiyyətlə aradan qaldırmaqdadır.

Düz bağırsağın və anusun cərrahi xəstəliklərini tam əhatə edən dərş vəsaiti müəlliflərin çoxillik elmi-pedaqoji və praktik həkimlik fəaliyyətinin məhsuludur. Cərrahi xəstəliklər fənninə aid hətta irihəcmli dərşliklərdə, rəhbərliklərdə düz bağırsağın və anusun cərrahlığına kifayət qədər yer verilməməsi, onlara səthi yanaşılması anorektal xəstəliklərin klinikası, diaqnostikası, digər xəstəliklərlə differensiasiyası və müalicəsi məsələlərinin öyrənilməsində böyük çətinliklər yaradır. Vəsaitin yazılması mövcud boşluğu aradan qaldırmaq məqsədi daşımışdır və hesab edirəm ki, müəlliflər bu işin öhdəsindən müvəffəqiyyətlə gəlmişlər.

Vəsaitdə cərrahi koloproktologiyanın ən proqressiv istiqamətləri, xüsusilə düz bağırsaq cərrahlığı, azinvaziv cərrahlıq, müalicə taktikası və üsullarının seçimi prinsipləri, farmakoloji müalicə və profilaktika, nutrision dəstək müalicəsi kimi elmi-praktik məlumatlar dolğunluqla əksini tapmışdır.

Düz bağırsaq və anus cərrahlığına həsr olunmuş bu dərş vəsaitinin koloproktoloqlarla yanaşı ümumi cərrahlar, onkoloqlar, ginekoloqlar, qastroenteroloqlar, həmçinin infeksiyon xəstəliklər üzrə həkim-mütəxəssislər üçün faydalı olacağı qənaətindəyəm.

Tibb e.d., Prof. **Hacıyev C.N.**

DÜZ BAĞIRĞIN ANATOMİYASI VƏ FİZİOLOGİYASI

Kolorektal cərrahiyyə nədir?

Ümumi cərrahiyyənin yoğun bağırsağ cərrahiyyəsinə bağlı bölümünə kolorektal cərrahlıq və ya **koloproktologiya** deyilir. Tibbin bu sahəsi yoğun bağırsağın (çənbər və düz bağırsağın) və perianal nahiyyənin xəstəliklərinin öyrənilməsi, diaqnostikası və müalicəsi ilə məşğul olur. Hazırda koloproktologiya çox inkişafdadır, müasir üsullar və texnologiyalardan istifadə etməklə xəstəliklərin müxtəlif mərhələlərində olan çoxsaylı xəstələri yüksək səviyyədə müalicə etmək mümkündür. Koloproktoloji əməliyyatlar cərrah-koloproktoloq tərəfindən icra edilir.

Anorektal cərrahi xəstəliklərdən ən çox aşağıdakılar rast gəlinir:

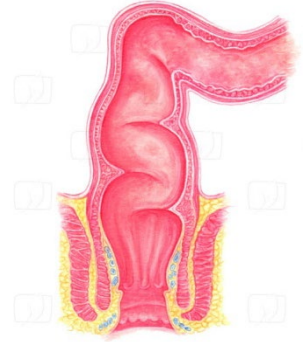
- Hemorroy;
- Anal kanalın çatı;
- Paraproktit;
- Furne qanqrenası;
- Fistullar (pararektal, rektovaginal);
- Düz bağırsağın sallanması (rektal prolaps);
- Çanaq dibinin disfunksiyaları (obstruktiv defekasiya sindromu) – rektosele;
- Perianal nahiyyənin itiüclu kondiloması (papillomaları);
- Büzdümün epitelial yolu;
- Anal stenoz;
- Anal inkontinensiya;
- Anal qaşınma;
- Qəbizlik;
- Papillit;
- Kriptit;
- Koksiqodiniya (proktalgiya);

- Kolitlər – qeyri-spesifik xoralı kolit;
- Crohn xəstəliyi;
- Disbakterioz;
- Anal bölgənin prekanseroz xəstəlikləri;
- Anorektumun yad cisimləri;
- Yoğun bağırsağın polipləri;
- Anal kanalın bədxassəli şişləri;
- Kolorektal şişlər (çənbər və düz bağırsağın bədxassəli şişləri);
- Bağırsaq stomaları (kolostomalar).

DÜZ BAĞIRSAQ VƏ ANUS

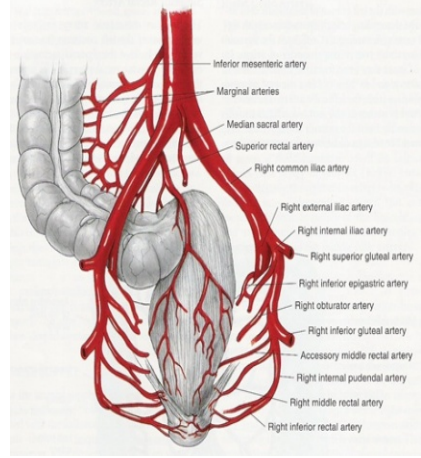
Anatomiya

- Düz bağırsağ S-vari bağırsağ və anal halqa arasında yerləşir, 12-15 sm uzunluğa malikdir.
- Düz bağırsağın uzunluğunun 1/5-ampulüstü hissəsinin, 3/5-ü ampulyar hissənin və digər 1/5-i isə anal kanalın payında düşür.
- Düz bağırsağ yuxarı ampulyar hissədə 3 tərəfdən peritonla örtülür, aşağı getdikcə periton təbəqəsi çanağın divarına qayıdaraq boşluqlar (ön və arxa Doogluse sahələri) yaradır.
- Anal kanalın uzunluğu 4 sm-dir.
- Düz bağırsağın selikli qışası anal kanalda boylama, proksimalda köndələn qırıqlar əmələ gətirir.
- Boylama qırıqlar anal (Morqan'i) sütunlar adlandırılır. Həmin sütunlar arasında anal kriptlər yerləşir.
- Düz bağırsağın selikli qışasının dəriyə keçən hissəsi dişli xətt adlandırılır.
- Anal kanalın daxili sfinkteri sayə əzələ liflərindən ibarət halqadır. Adətən sıxılmış vəziyyətdə olur (defekasiya vaxtı boşalır).
- Anal kanalın xarici sfinkteri eninəzolaqlı 3 əzələ dəstəsindən ibarətdir, sərbəst (iradi) yığılır və boşalır.



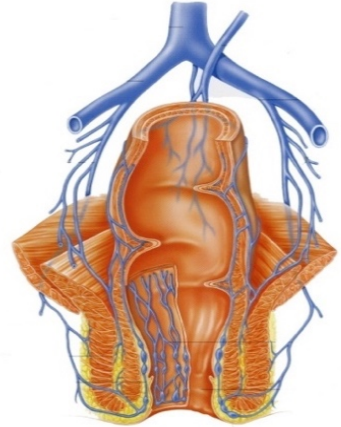
Arterial qan təchizatı

- Yuxarı düz bağırsağ arteriyası (aşağı müsariqə arteriyasının şaxəsi);
- Sağ və sol orta düz bağırsağ arteriyaları (daxili qalça arteriyalarının şaxələri);
- Sağ və sol aşağı düz bağırsağ arteriyaları (cinsiyyət arteriyalarının şaxələri).



Venoz qayıdış

- Düz bağırsağın yuxarı və orta hissələrindən venoz qan axını portal venaya, aşağı hissə və anusdan isə aşağı boş venaya axılır.
- Düz bağırsağın venaları 3 venoz kəlf əmələ gətirir. Bu kəlfələr sirkulyar əzələ lifləri arasında yerləşən vena yığımlarından ibarət olub hemorroidal sahə adlandırılır.



Limfatik drenaj

- Limfa damarları arteriyaları müşayət edirlər.
- Limfatik axın düz bağırsağın yuxarı və orta hissələrindən qasıq limfa düyünlərinə, oma limfa düyünlərinə və yuxarı düz bağırsaq limfa düyünlərinə açılır. Dişli xəttədən distal hissədən isə limfa ümumi qalça arteriyası ətrafı aşağı limfatik kollektorlara açılır.

İnnervasiya

- Düz bağırsağın innervasiyası simpatik və parasimpatik liflər vasitəsi ilədir.
- Simpatik liflər hipogastrik sinirlərin tərkibində düz bağırsağı, sidik kisəsini və cinsiyyət üzvlərini innervasiya edir.
- Parasimpatik liflər oma kələfinin tərkibində olan sinirlərdir.

Fiziologiya

Düz bağırsağın 2 əsas funksiyası var:

<i>Anal kontinensiya – nəcis və qazların saxlanılmasının təmini</i>	Mexanizmləri: <ul style="list-style-type: none">• Nəcisın həcmi;• Rezervuar funksiyası (yoğun bağırsağın distal hissəsi);• Sfinkterin funksiyası (daxili və xarici sfinkter əzələləri);• Sensor komponentlər (reflekslər);• Mexaniki faktorlar (anorektal bucaq).
<i>Defekasiya</i>	Mexanizmləri: <ul style="list-style-type: none">• Nəcisın rektuma təsiri;

	<ul style="list-style-type: none"> • Akkomodasiya; • Defekasiyanın başlaması (rektumun distal hissəsinin peristaltikası və nəcis porsiyalarla xaric olması).
--	--

Müayinə üsulları

- Anamnezin toplanması – şikayətlərin (qanaxma, ağrılar, selikli, irinli ifrazat, qaşınma, göynəmə və s.) öyrənilməsi;
- Baxış (perianal bölgədə şişkinlik, hiperemiya, patoloji dəlik(lər), dəlik(lər)dən ifrazat axması, düz bağırsağın selikli qişasının sallanması, düz bağırsağın sallanması, anal dəliyin ətrafında yerləşən patoloji törəmələr);
- Digital müayinə (sfinkter əzələlərinin tonusu, selikli qişada patoloji dəyişikliklər, fistulun daxili dəliyi, törəmələr və s.);
- Instrumental müayinələr:

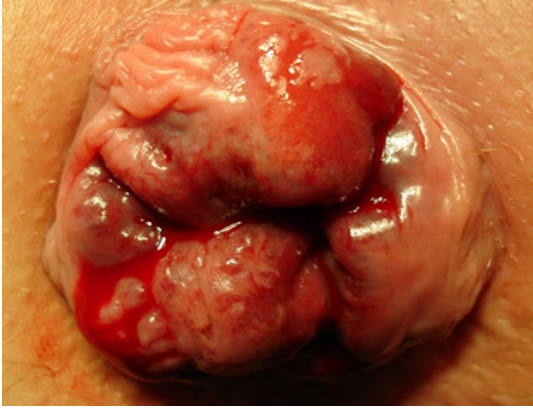
<i>Rektoskopiya</i>	Anal kanalın, düz bağırsağın rektal güzgülü və rektoskoplə ilə müayinəsi
<i>Anoskopiya</i>	Anal kanalın anoskop ilə müayinəsi. Həmçinin, anoskop nəzarəti altında hemorroy düyünlərinin skleroterapiyası, kriodestruksiyası, infraqırmızı şüalarla koaqulyasiyası və lateks halqalarla liqasiyası aparılır.
<i>Rektosiqmoidoskopiya</i>	Düz və S-vari bağırsağın rektoromanoskoplə müayinəsi. Müayinə zamanı selikli qişa yoxlanılır, patoloji ocaqdan biopsiya materialı götürülürək

	histoloji və sitoloji tədqiqatlara göndərilir.
<i>Kolonoskopiya</i>	Yoğun bağırsağın selikli qişasının fibrolifli optik sistemə malik elastiki qurğu ilə müayinəsi. Yoğun bağırsağın yuxarı şöbələrinin patoloji dəyişikliklərinə şübhə olduqda aparılır.
<i>Fistuloqrafiya</i>	Anus və düz bağırsağın fistullarının topik diaqnostikasında önəmi böyükdür.
<i>Rentgenoqrafiya müayinəsi</i>	Müayinə zamanı kontrast məhlul per os və ya imalə ilə (irriqoqrafiya) yeridilir.
<i>Defekoqrafiya</i>	Defekoqrafiya, yaxud evakuator proktoqrafiya: defekasiya aktı zamanı düz bağırsağın və çanaq dibinin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün dinamik Rentgenoloji müayinə üsuludur.
<i>İntrarektal ultrasonoqrafiya</i>	Düz bağırsağın divarının vəziyyəti, qalınlığı, exosıxlığı, patoloji yayılma dərəcəsi qiymətləndirilir. Fistulların diaqnostikasında kontrastlı endorektal USM geniş tətbiq olunur.
<i>Sfinkterometriya</i>	Əsasən <i>m. puborectalis</i> , <i>m. levator ani</i> və anal sfinkter əzələlərinin funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün aparılır.

HEMORROY

Tərif

Hemorroy düyünü düz bağırsağın, anusun və ya hər ikisinin venoz kələfinin böyüməsi və kavernoza cisimciklərin hiperplaziyası nəticəsində selikli qişa və ya anal haşiyənin qabarması və ya sallanmasıdır.



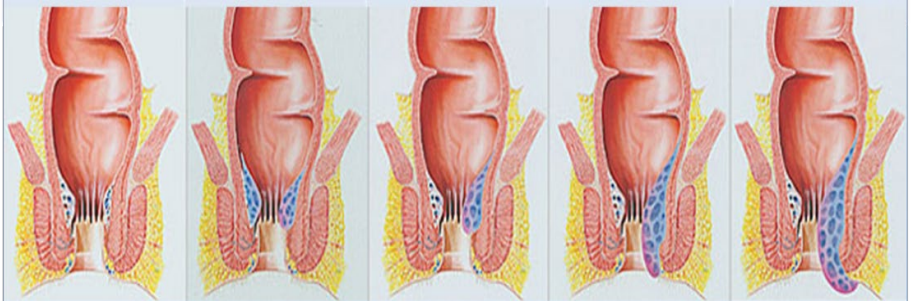
Diaqnostik əlamətlər

- Defekasiya aktı zamanı qanaxma;
- Anal qaşınma;
- Ağrılar;
- Anal nahiyədə və anal kanalda hemorroidal şişkinliklərin əllənməsi -anal kütlə;
- Anoskopiya, rektosiqmoidoskopiya və ya kolonoskopiya müayinələrində hemorroy düyünlərinin görünməsi;

Təsnifat

Klinik gedişə görə

<i>Kəskin hemorroy</i>	<ul style="list-style-type: none">• I dərəcə – düyünlərin iltihabsız trombozu;• II dərəcə – tromblanmış düyünlərin iltihablaşması;• III dərəcə – tromblanmış düyünlərlə birgə ətraf toxumanın və perianal dərinin iltihablaşması.
<i>Xroniki hemorroy</i>	<ul style="list-style-type: none">• I dərəcə – düyünlər anal dəlikdən çıxır, qanaxma olur, prolaps etməyən hemorroid;• II dərəcə – düyünlər anal dəlikdən çıxır və sərbəst geri qayır (prolaps edən, lakin öz-özünə geri qayıdan), qanaxma olur;• III dərəcə – düyünlər anal dəlikdən çıxır, barmaqla qaytarılır, qanaxma olur (prolaps edən düyün əllə geri qayıdır)• IV dərəcə – anal dəlikdən düyünlərlə birgə düz bağırsağın selikli qişası xaricə çıxır və geri qayıtmır (prolaps edən düyün geri qayıtmır), qanaxma olur.



Lokalizasiyasına görə

- Daxili hemorroidlər – dişli (dental) xəttədən proksimalda yerləşən hemorroidlər
- Xarici hemorroidlər – dişli xəttədən distalda yerləşən hemorroidlər.
- 3 “hemorroid kvadratı”:
 - sol lateral
 - sağ posterior
 - sağ anterior

Rastgəlmə

- Hemorroyun yayılması – hər 1000 yaşlı insanlar arasında 120 xəstə aşkar edilir. Yaşlı əhalinin 10%, proktoloji xəstələrin isə 25-30%-də rast gəlinir.
- Kişilər qadınlara nisbətən 4-5 dəfə çox xəstələnirlər.

Morfologiya

- İlk mərhələdə kavernoz venalarda funksional dəyişikliklər baş verir.
- Uzun müddət xoşagəlməz faktorların təsirindən yalnız damarlarda yox, eyni zamanda düz bağırsağın boylama əzələsində elastiklik xüsusiyyəti dəyişir, hemorroy düyünlərini anal kanalda saxlayan Parks bağları zəifləyir.
- Daxili düyünlərin üzəri selikli qişa ilə, xarici düyünlərin üzəri çoxqatlı yastı epitellə örtülür.

Etiologiya

- Qəbizlik;
- Gücənmə;
- Portal hipertenziya;
- Hamiləlik;

- Az hərəkətlilik;
- Alkohol qəbulunun çox olması;
- Oturaq iş.

Patogenez

- Hemorroy düyünlərinin yaranmasında hemodinamik və distrofik amillərin rolu böyükdür;
- Mexaniki nəzəriyyə;
- Hemodinamik nəzəriyyə.

Gediş

- İlk mərhələdə kavernoz cisimciklərdə funksional dəyişikliklər olur;
- Etioloji faktorların təsirindən geridönməz patoloji proseslər baş verir;
- Gecikmiş mərhələlərdə hemorroy düyünləridüşür;
- Bu proses yalnız damardəyişiklikəri ilə bağlı olmur, eyni zamanda düz bağırsağın boylama əzələlərinin, həmçinin Parks bağlarının elastikliyi pozulur.

Ağırlaşmalar

- Profuz qanaxma (xarici qanaxma olmaya da bilər, yəni axmış qan yoğun bağırsaqda toplanır);
- Anemiya;
- Çanaq infeksiyası (yayılmış tip letal nəticəyə səbəb ola bilər).
- Anal kanalın çatı;
- Kəskin paraproktit;
- Düz bağırsaq ətrafı toxumaların irinli iltihabı;
- Anal çatmazlıq (sfinkter aparatının zədələnməsi);
- Anal striktur.

Klinika

Hemorroy düyünlərinin əsas simptomokompleksi aşağıdakılardır:

- Defekasiya zamanı ağrılar(əsasən xarici hemorroidlərdə və ya düyünlərin boğulması zamanı)– 50%;
- Qanaxma – 40%;
- Artan zəiflik, başhərlənmə - 10%;
- Düyünlərin anal dəlikdən çıxması – 25%;
- Anal diskomfort, anal qaşınma – 15%.

Diaqnostika

- Şikayətlər, anamnez, obyektiv müayinə;
- Anal nahiyəyə baxış;
- Digital müayinə, barmaqda qan izləri;
- Anoskopiya;
- Rektoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Defekoqrafiya.

Differensial diaqnostika

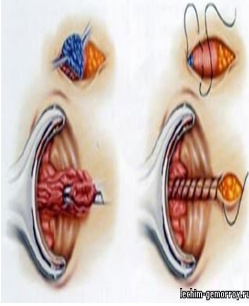
- Kəskin hemorroy;
- Anal çat;
- Düz bağırsağın sallanması;
- Perianal dərinin bədxassəli şişi.

Müalicə

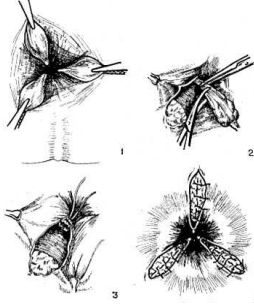
<i>Kəskin hemorroy</i>	I. Konservativ müalicə: <ul style="list-style-type: none">• anal bölgənin təmizliyi;• yüksək lifli qidalar;• pəhriz;
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • ağrıkəsici; • İƏQSP; • təmizləyici imalə; • məlhəmlə sarğılar; • flebotoniklər. <p>II. Hemorroy düyünlərinin trombozunda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antikoagulyantlar. <p>III. Qanaxma zamanı:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adrenalın tərkibli rektal şamlar; • hemostatik süngər; • davam edən və dayandırılı bilməyən qanaxma cərrahi əməliyyata mütləq göstərişdir.
<p><i>Xroniki hemorroy</i></p>	<p>I. Konservativ müalicə:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anal bölgənin təmizliyi; • yüksək lifli qidalar; • pəhriz; <p>II. Azinvaziv müalicə:</p> <ul style="list-style-type: none"> • düyünlərin infraqırmızı fotokoagulyasiyası (İnfrared); • skleroterapiya; • elektrokoagulyasiya; • düyünlərin lateks halqalarla bağlanması; • dezarterizasiya. <p>III. Cərrahi müalicə:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorroidektomiya – qapalı (Ferguson üsulu, şək. 1) və açıq (Milligan-Morgan üsulu, şək. 2);

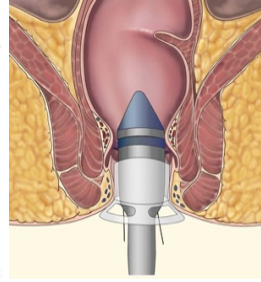
- Longo üsulu (şək. 3) – düz bağırsağın aşağı ampulyar şöbəsinin selikli-selikaltı qatının sirkulyarrezeksiyası.



Şək. 1



Şək.2



Şək. 3

Hemorroidektomiyadan sonraki tibbi rehabilitasiya

- 3-4 gün sonra başlanılır;
- ödem, ağrılar, şişkinlik olur;
- əməliyyatdan sonraki trombemboliya ağırlaşması demək olar ki, rast gəlmir. Antikoagulyantların təyininə göstəriş olmur. Çünki onların istifadəsi qanaxmalara səbəb ola bilər.
- iş qabiliyyəti normal halda 20-25 günə bərpa olur;
- residivlərin tezliyi 13-15%-dir.

Profilaktika

- Qəbizliyin, ishalın, iki- və çoxmomentli defekasiya aktına qarşı mübarizə, spirtli içkilərdən imtina, aralıq və anal nahiyəsinin gigiyenası, ağır işdən yüngül işə keçmək;
- Hamilələrdə venoz durğunluğu azaltmaq üçün rasionel qida, rahat geyim, gündəlik idman, piyada gəzmək və s.
-

Hemorroidektomiyadan sonrakı ağırlaşmalar

- Qanitirmə (xarici qanaxma əlaməti olmaya bilər. Belə olduqda qan yoğun bağırsaqda toplanar);
- Çanaq infeksiyası (yayılmış tip letallıqla nəticələnə bilər);
- Anal striktur.

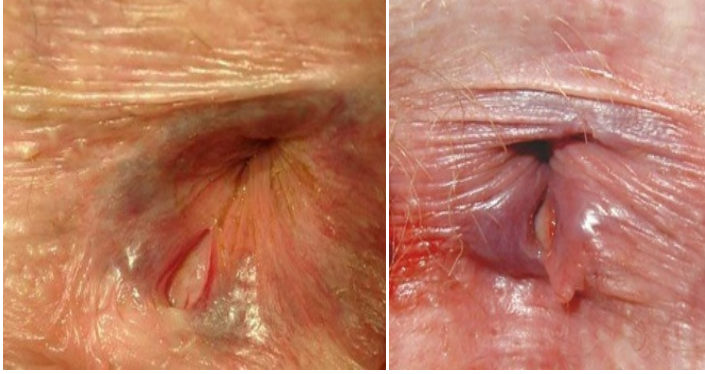
Hemorroidektomiyaya əks-göstərişlər

- Crohn xəstəliyi və portal hipertenziya mənşəli hemorroidlər

ANAL ÇAT

Tərif

✓ Anus dərisinin cırılmasına anal çat (anal fissur) deyilir.



Diaqnostik əlamətlər

- anusda ağrılar;
- ağrılı defeksiya;
- rektal qanaxma;
- defekasiyadan sonra tualet kağızı üzərində qan izləri, sentinel tag;
- anal dərinin cırılması;
- rektal (digital) müayinənin kəskin ağrılı olması;
- sentinel pile (anal çatın distalında kiçik hemorroid düyünü xatırladan qalınlaşmış mukoza);
- Hipertrofik papilloma.

Təsnifat

- kəskin;
- xroniki (bu zaman çat triadası olur – çat, sentinel pile, hipertrofik anal papilloma).

Rastgəlmə

- əsasən gənc və orta yaşlı insanlarda;
- qadınlarda kişilərdən daha çox rast gəlinir.

Morfologiya

- anal çat əsasən anal kanalın arxa komissurunda yerləşir (qan axını nisbətən zəif olan yer);
- nadir hallarda, xüsusilə qadınlarda ön komissurda da yerləşə bilər (güzgülü çat);
- anal çatın uzunluğu - 5-10 mm.

Etiologiya

- anal çatın yaranmasının əsas səbəbi qəbizlikdir;
- defekasiya zamanı anal çat şiddətli ağrılara səbəb olur. Belə ağrılardan qorxan xəstələr defekasiya aktından çəkinirlər. Nəticədə nəcis daha da qatılaşır və növbəti defekasiya aktı zamanı daha güclü ağrılar baş verir;
- sfinkter əzələlərinin tonusunun yüksək olması;
- leykemiya;
- Crohn xəstəliyi;
- immun sisteminin çatmazlığı;
- Birdən artıq hamiləlik.

Klinika

Anal çatın əsas simptomokompleksi aşağıdakılardır:

- anal çatın uzunluğunun azlığına baxmayaraq (5-10 mm) xəstələrin əsas şikayəti anusətrafı şiddətli ağrılardır;
- defekasiya vaxtı və sonrası baş verən şiddətli ağrılar;
- anal dəridə cırılma;
- qaşınma;
- göynəmə;
- kiçik qanaxma;
- qəbizlik;
- anal dəlikdən pis qoxulu ifrazatın xaric olması;
- rektal müayinədə kəskin ağrıların olması;

Klinik əlamətlər 6 həftədən çox davam etdikdə xroniki anal çat formalaşır. Bu zaman anus nahiyəsində kiçik şişkinlik və ya “skin tag”, çatın proksimal hissəsində isə hipertrofik papilla əllənir, çat daha da dərinləşir, ağrılar və qaşınma artır.

Diaqnostika

- anamnezin düzgün toplanması;
- klinik müayinə;
- obyektiv rektal müayinələr - digital müayinə, güzgü ilə müayinə;
- anoskopiya;
- kolonoskopiya.

Müalicə

<i>Cərrahi müalicə - xroniki anal çatlar zamanı mütləqdir.</i>	<ul style="list-style-type: none">• anal çatın kəsilməklə xaric edilməsi;• anal dilatasiya;• lateral internal sfinkterotomiya (açıq və qapalı üsulla);• vaporizasiya - anal çatın lazerlə yandırılması.
<i>Konservativ müalicə - əsasən kəskin anal çat zamanı istifadə olunur.</i>	<ul style="list-style-type: none">• pəhriz (yüksək lifli qidalar);• oturaq vannalar;• işlədici dərmanlar;• kortizol tərkibli məlhəmlər;• nitroqliserin tərkibli məlhəmlər;• botilin toksini (botox);• UYT-terapiya;• spazmolitik müalicəsi

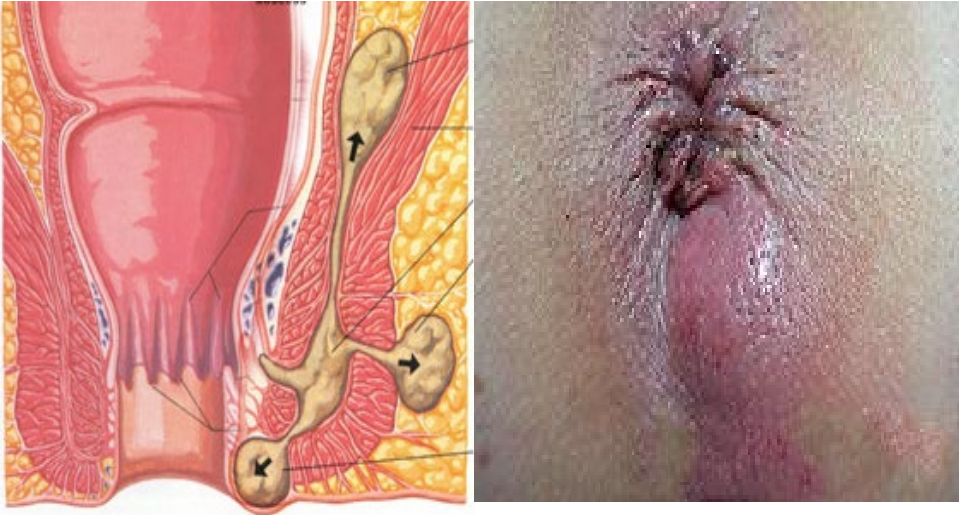
Cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağrılaşmalar

- infeksiya – 1-2% hallarda abses əmələ gələ bilər;
- qaz (12-27% hallarda) və nəcis (10-15% hallarda) saxlanılmaması;
- anal fistulun əmələ gəlməsi (1%-ə qədər hallarda);
- qanaxma;
- anal çatın residivi(1-6% hallarda).

KƏSKİN PARAPROKTİT

Tərif

Anus və rektum ətrafı nahiyyədə irinli və ya iltihablaşmış kisənin (boşluğun) əmələ gəlməsi kəskin paraproktit (pararektal abses) adlandırılır.



Diaqnostik əlamətlər

- anus ətrafında şişkinlik;
- qızartı;
- hərarətin yüksəlməsi;
- rektal USM və MRT-də anusətrafı nahiyyədə irinli mayenin toplanması.

Təsnifat

<i>Aşağı abseslər</i>	<ul style="list-style-type: none">• perianal – 40%;• sfinkterdaxili – 40%;• ishiorektal – 20%.
<i>Yuxarı abseslər</i>	<ul style="list-style-type: none">• supralevator – 6%;• submukozal – 3%.

Rastgəlmə

- 90% hallarda abses anal kanalın dişli xətti səviyyəsində açılır;
- paraproktit kişilərdə qadınlara nisbətən 2-5 dəfə çox rast gəlinir;
- xəstəlik ən çox 30-50 yaşlarında rast gəlinir;
- uşaqlarda isə az təsadüf olunur.

Etiologiya

- İnfeksiyanın dişli xətt səviyyəsində kriptlərdən yayılmasıdır;
- Anusətrafi nahiyədə tük və ya tər vəzinin tıxanması;
- Şəkərli diabet;
- Anal çatın iltihablaşması;
- Cinsi yolla ötürülən xəstəliklər;
- Bağırsağın iltihab xəstəlikləri;
- Bağırsaq divertikuliti;
- Kortizon tərkibli şamların, məlhəmlərin istifadəsi.

Klinika

- Aralıq dərisinin iltihab mənşəli ödemləşməsi, qızarması, anal dəliyin deformasiyası;
- Sərt konsistensiyalı infiltrat;
- Anusətrafi nahiyədə ağrılar, şişkinlik, qaşınma;
- Hərərətın yüksək olması;
- Anusdan iyli ifrazatın xaric olması;
- Qəbizlik;
- Üşütmə, titrətmə, halsızlıq.

Müalicə

- Bütün abseslərdə (qaraciyərin amöb absesindən başqa) olduğu kimi cərrahi drenaj;
- Paraproktit anusətrafi dərinin kəsilməsi, irinli boşluğun açılması və möhtəviyyatın boşaldılması yolu ilə müalicə olunur.
- Abses boşaldıldıqdan sonra boşluğa drenaj qoyulur. Paraproktitin açılmasından 24 saat sonra ağrılar və yanğı hissi aradan qalxır, lakin boşluğun tam sağalması 3-5 həftə çəkir.
- Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrə oturaq vannalar, həmçinin lifli qidaların qəbulu məsləhət görülür.
- Pararektal abses öz-özünə və ya cərrahi yolla boşaldılır. Bu zaman anusətrafi nahiyədə ağrılar və toxuma gərginliyi azalır.
- Kəskin paraproktit 40-50% hallarda pararektal fistulla nəticələnir.

FURNE QANQRENASI

Tərif

Əsasən kişilərdə rast gəlir. Anusətrafı nahiyənin və cinsi orqanların infeksiyon-iltihabi zədələnməsi ilə müşahidə olunur.



Diaqnostik əlamətlər

- Perianal nahiyədə göyərmə və yaqaralma;
- Göyərmə ətrafında dəri suluğu;
- Dərialtı krepitasiya.

Rastgəlmə

- Furne qanqrensı anusətrafı nahiyənin patologiyalarının 1%-ni təşkil edir.
- Kişilərdə qadınlara nisbətən 10 dəfə çox rast gəlinir.
- Əsasən 30-39 yaş arasında müşahidə olunur.

Etiologiya

Xəstəliyin yaranmasında kiçik dəri çapıqı və yarasına aerob və anaerob mikrofloranın düşməsinin rolu böyükdür.

Klinika

- perianal nahiyədə göyərmə, qaralma;
- şiddətli ağrılar;
- üşütmə, titrətmə;
- hərarətin yüksəlməsi;
- hipotenziya;
- ürəkbulanma, qusma;
- cinsi orqanların qanqrenası.

Diaqnostika

- baxış;
- fizikal müayinə;
- Rentgenoqrafiya;
- KT;
- MRT.

Müalicə

- cərrahi müalicə;
- antibiotikoterapiya;
- düzgün qidalanma;
- hiperbarik oksigen terapiyası.

ANOREKTAL FİSTULLAR

Tərif

Anorektal fistul anal kanal və perianal dəri arasında patoloji əlaqədir (kanal və ya tuneldir).

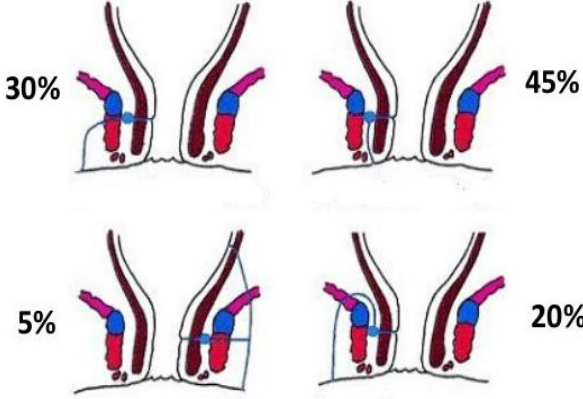


Diaqnostik əlamətlər

- Anusətrafi nahiyədə qızartı, qızartı nahiyəsində dəlik, dəliyə təzyiq etdikdə irinli, bəzən qanlı ifrazatın xaric olması, perianal axıntı;
- H₂O₂ və brilliant yaşılı qarışığının və ya metilen abısı xarici dəlikdən yeridilir, qabarcıqların çıxdığı yer daxili dəlikdir. Düyməli zondla müayinə zamanı fistul yolunun daxili dəliyi anal kanalda adətən dişli xətt səviyyəsində müəyyən olunur.

Təsnifat

- İntراسfinkter fistul – 45% hallarda rast gəlinir; dişli xəttədən başlayıb perianal dəriyə açılır. Daxili və xarici sfinkter əzələləri arasında yerləşir.



- Transsfinkter fistul – 30% hallarda rast gəlinir; xarici sfinkter əzələsini dələrək ishiorektal çuxura açılır, oradan perianal dəriyə doğru uzanır.
- Suprasfinkter fistul – 20% hallarda rast gəlinir; zədələnmiş anal kriptdən başlayaraq anal sfinkter əzələlərini əhatə edərək ishiorektal çuxura açılır.
- Ekstrasfinkter fistul – 5% hallarda rast gəlinir; anal sfinkter əzələləri və *m. levator ani* keçərək düz bağırsağın mənfəzinə doğru uzanır.

Rastgəlmə

- Anorektal fistullar kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox təsadüf olunur, uşaqlarda isə nadir hallarda rast gəlinir;
- əsasən 20-60 yaşlar arasında təsadüf edir, orta yaş dövrü – 40.

Etiologiya

Adətən anal kriptin/vəzilərin infeksiyasıdır (perianal abses). Eyni zamanda:

- orqanizmin infeksiyaya qarşı müqavimətinin zəif olması;
- xarici sfinkter əzələsinin spazmı nəticəsində düz bağırsaqla durğunluğun olması;
- iltihab proseslərinin sağalması üçün vacib şərtlərdən birinin - fizioloji sakitliyin olmaması;
- anal vəzilərin bağırsaqla möhtəviyyəti ilə daim çirklənməsi;
- bağırsaqla ətrafı toxumalarda regenerativ proseslərin pozulması.

Klinika

- təkrarlanan anorektal abseslər;
- perianal axıntı;
- anusətrafi nahiyənin qaşıntısı;
- anusətrafi nahiyədə şişkinlik;
- bağırsaqla hərəkətlərinin və qazların ağrılı xaric olması;
- qanaxma;
- anus nahiyəsindən irinli ifrazatın xaric olması;
- anusətrafi nahiyədə anal dermatitin inkişafı;
- yüksək hərarət, titrətmə və halsızlıq kimi infeksiya əlamətlərinin olması.

Diaqnostika

- Baxış;
- Digital müayinə, zond müayinəsi;
- Fistuloqrafiya - fistul yolunun kontrastlı Rentgenoloji müayinəsidir;

- Endorektal USM - bu zaman fistul yolunun uzunluğu, gedişidəqiqləşdirilir;
- MRT - anal kanalın kontrastlı müayinəsi zamanı fistulun lokalizasiyası, uzunluğu, eni, gedişi, anal sfinkter əzələləri və *m. levator ani* ilə münasibətləri (əlaqəsi) öyrənilir;
- Endoskopiya (ano-, rekto-, siqmoido- və ya kolonoskopiya) – təkrarlanan anorekal fistullar zamanı Crohn xəstəliyi təsdiq (inkar) edilməlidir. Ona görə də kolonoskopiya mütləq müayinədir;
- Goodsall qaydası – fistulun xarici dəliyi anal dəliyin ortasından çəkilən köndələn xəttin ön tərəfində isə fistul düz xəttlidir və anal kanalın ön hissəsinə açılır, xarici dəlik köndələn xəttin arxasında yerləşərsə fistul əyridir.

Differensial diaqnostika

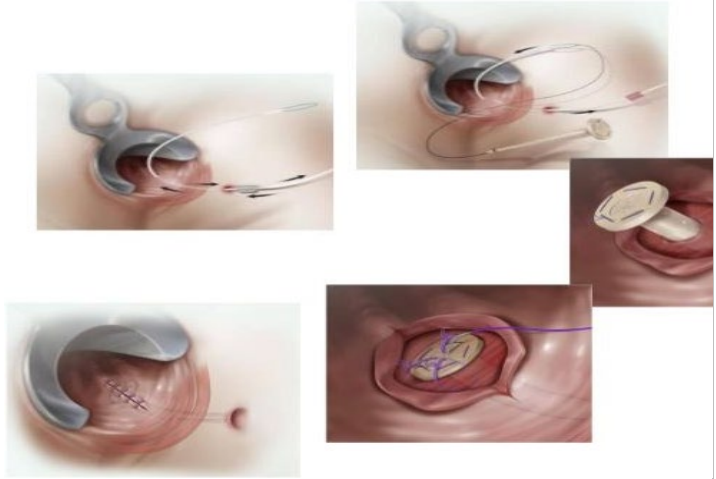
- Bartolinit;
- piy sisti;
- hidroadenit;
- vərəm;
- aktinomikoz;
- osteomielit;
- anal kanalın xərçəngi;
- düz bağırsağın xərçəngi;
- anusda qaşınma;
- Crohn xəstəliyi;
- proktit;
- prostatit.

Ağırlaşmalar

- Anal kanalın xərçəngi – 60%.
- kolloid xərçəng – 44%;
- skvamoz xərçəng – 34%;
- adenokarsinoma – 22%.

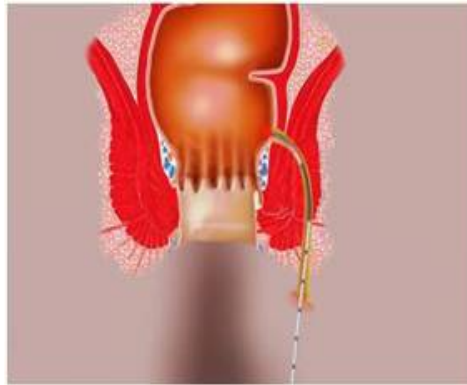
Müalicə

<i>Konservativ müalicə</i>	<ul style="list-style-type: none">• oturaq vannalar;• isidici kompres;• defekasiyanın tənzimlənməsi;• məlhəmli sarğılara;• antibiotiklər;• Rentgenoterapiya.
<i>Qeyri-cərrahi müalicə</i>	<ul style="list-style-type: none">• fibrin yapışdırıcıdan istifadə (fibrin glue – Surgisis AFP® – Cook Surgical) – fibrin yapışdırıcı fistulun içinə kateterlə yeridilir. 60-70% hallarda uğurla nəticələnir;• tıxac texnikası (GORE® BİO-A®Fistulae Plug) – anorektal fistulun tıxacla qapadılması. Tıxac donuzların nazik bağırsağından hazırlanır, steril buraxılır, sorulmur. O, fistulun xarici dəliyindən salınır və fistulun hər 2 dəliyi tikilərək qapadılır. Metodun uğur göstəricisi 80%-dir.

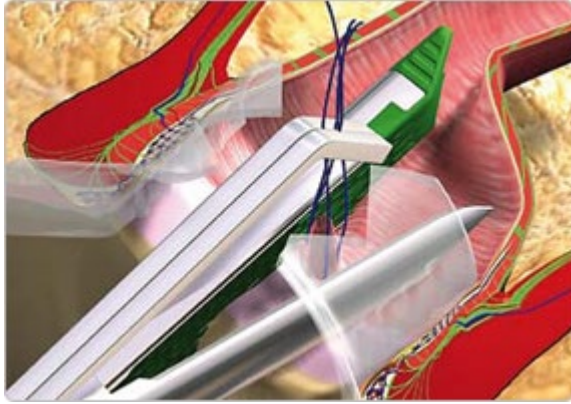


Cərrahi müalicə

- Lazer texnikası – mürəkkəb fistullarda fistul yolu fırça ilə təmizləndikdən sonra incə lazer çubuğu fistul yoluna yeridilir və dairəvi hərəkətlərlə yandırılır. İngilis dilində bu texnika “Fistula laser closure” (FİLAC), və ya “Laser ablation of the fistula tract” (LAFT) adlandırılır. Əsasən mürəkkəb fistullarda istifadə olunur və
- 70-90% hallarda uğurla nəticələnir;



- Video-assisted anal fistula treatment (VAFFT) texnikası – bu zaman fluoroskop, endoskopik fırça və sianoakrilat yapışdırıcısı istifadə olunur. İlk olaraq fistul yolu genişləndirilir, sonra flüoroskop fistul yoluna keçirilir və daxili dəlik tapılır. Daxili



dəliyə 2-3 tikiş-asqı qoyulur. Xarici dəlikdən daxili dəliyə doğru irəliləməklə fistul yolu koagulyatorla yandırılır və fırça ilə qazılır. Sonda fistul yoluna sianoakrilat yapışdırıcısı yeridilir və xarici dəlik tikilərək bağlanılır. Nəticə 87% hallarda uğurlu olur;

- Ligation of intersphincteric fistula tract (LİFT) texnikası – xarici və daxili anal sfinkter əzələləri arasında yerləşən fistulun qapadılmasında istifadə olunur. Bu zaman sfinkter əzələləri (xarici və daxili) bir-birindən ayrılır, fistul yolunun daxili və xarici dəlikləri tikilərək bağlanılır. Bu metod 60-95% hallarda uğurlu olur;
- Seton texnikası – xarici anal sfinkterdən keçən fistullar zamanı seton istifadə olunur. Fistulun daxili

və xarici dəliyədən ip (seton) keçirilir və bağlanılır. Seton fistul traktından keçməklə sfinkter əzələsinin tədrici kəsilməsinə səbəb olur, sonuncu kəsildikcə yerində çapıq toxuması formalaşır. Seton boşaldıqca



sıxılaşaraq yenidən bağlanılır. Nəticədə yeni əzələ porsiyası kəsilir. Sonda həmin nahiyədə (fistulun əzələdən keçən hissəsində) bir neçə həftədən 6 aya qədər müddətlərdə çapıq arakəsməsi formalaşır. 2-30% hallarda xəstələrdə fekal inkontinensiya əlamətləri müşahidə olunur. Nəticə 80-100% hallarda uğurlu olur;

- Fistulotomiya və fistulektomiya – əsasən intrasfinkter fistullarda istifadə olunur. Fistul yolunun daxili və xarici dəlikləri tapılaraq, aradakı toxuma kəsilir və fistul yolunun dibi qaşınır. 2-20% hallarda anal inkontinensiya müşahidə oluna bilər;
- Fistulun tikilməsi.

REKTOVAGİNAL FİSTULLAR

Tərif

Rektovaginal fistul doğuş, travma və ya digər səbəblərdən düz bağırsağ və uşaqlıq yolu arasında yaranan patoloji əlaqədir.

Diaqnostik əlamətlər

- Uşaqlıq yolundan qaz və nəcis xaric olması;
- uşaqlıq yolundan pis iyli ifrazat xaric olması;
- vaginit.

Təsnifat

<i>Lokalizasiyasına görə</i>	<ul style="list-style-type: none">• Aşağı• Yuxarı
<i>Həcminə görə</i>	<ul style="list-style-type: none">• Kiçik fistullar – < 0,5 sm• Orta fistullar – 0,5-2,5 sm arasında• Böyük fistullar – > 2,5 sm

Etiologiya

- Doğuş zamanı travmalar (20-80%);
- qalça sümüyü nahiyəsinin süa terapiyası (4-34%);
- infeksiya (6-38%);
- cərrahi əməliyyatlar (2-7%);
- bağırsağın iltihab (Crohn xəstəliyi) xəstəlikləri (6-23%);
- çanaq orqanlarının xərçəngi;
- idiopatik fistullar (4-19%).

Klinika

- Uşaqlıq yolundan iyli ifrazat xaric olması;
- vaginit əlamətləri;
- cinsi əlaqə zamanı ağrılar;
- vaginadan qaz və nəcis xaric olması.

Diaqnostika

- Anamnez;
- baxış;
- metilen abısı (hidrogen peroksid+brilliant yaşılı) testi;
- endoskopiya;
- fistuloqrafiya;
- KT;
- intravenoz pieloqrafiya;
- anorektal manometriya;
- defekoqrafiya;
- MRT;
- endorektal USM.

Müalicə

52% hallarda rektovaginal fistullar öz-özünə bağlanır. Cərrahi əməliyyatdan əvvəl xəstələrə mütləq antibakterial müalicə təyin edilir. Cərrahi müalicənin növləri:

- vaginal giriş;
- perineal giriş;
- transsfinkterik giriş;
- *m. gracilis*-in interpozisiyası;
- dəri parçasından istifadə;

- LİFT texnikası – fistulun daxili dəliyinin bağlanması;
- abdominal giriş;
- stoma qoyulması.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

- cinsi əlaqə zamanı ağrılar;
- sidiyin saxlanılmaması;
- qazların və nəcisin saxlanılmaması.

REKTAL PROLAPS

Tərif

Düz bağırsağın anusdan xaricə çıxmasıdır. Rektal prolaps anal sfinkter əzələlərinin zəifləməsi ilə əlaqədar inkişaf edir.

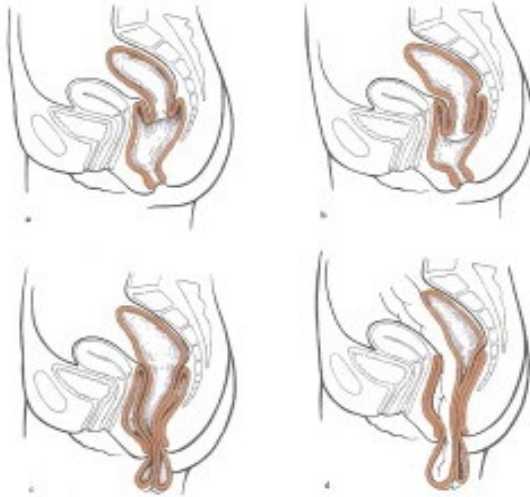


Diaqnostik əlamətlər

Müayinə zamanı anusdan xaricə tərəf qabarmanın olması

Təsnifat

Formasına görə	<ul style="list-style-type: none">• <i>Prolapsus ani</i> – anal dəliyin sallanması;• <i>Prolapsus recti</i> – düz bağırsağın sallanması;• <i>Prolapsus ani et recti</i> – anal dəlik və düz bağırsağın sallanması;• <i>Prolapsus coli invaginati</i> – düz bağırsağ və ondan yuxarıda yerləşən yoğun bağırsağ hissəsinin invaginasiyası.
Sallanma dərəcəsinə görə	<ul style="list-style-type: none">• yüngül (5 sm);• orta (6-10 sm);• ağır (10 sm-dən çox).



Rastgəlmə

Düz bağırsağın sallanması cərrahi xəstəliklərin 0,2-0,9%-ni, ptoktoloji xəstəliklərin isə 3-5%-ni təşkil edir. Qadınlarda kişilərə nisbətən 6 dəfə çox rast gəlinir (80%). Adətən 4 yaşa qədər uşaqlarda müşahidə olunur.

Etiologiya

- xroniki qəbizlik (50-75%);
- çoxsaylı doğuş (50%);
- ishal (15%);
- Hirsprung xəstəliyi;
- xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi;
- işlətmə dərmanlarının uzunmüddətli istifadəsi;
- yaş faktoru;
- urinar inkontinensiya;
- rektal poliplər;
- bəzi nevroloji xəstəliklər.

Ağırlaşmalar

- bağırsağın boğulması;
- bağırsağın perforasiyası;
- düz bağırsağın selikli qişasının sallanması;
- nəcisin saxlanılmaması;
- xərçəng riski;
- perineal nahiyədə ağrılar;
- çanaq absesi;
- fistulun əmələ gəlməsi.

Klinika

- qəbizlik (20-50%);
- qaz və nəcisinin saxlanıla bilməməsi (40-80%);
- defekasiya zamanı aşırı gücənmə (tenezmlər);
- obstruktiv defekasiya;
- rektal qanaxmalar;
- diareya.

Diaqnostika

- defekoqrafiya –daxili və ya gizli prolapsın diaqnostikası üçün;
- çanaq orqanlarının MRT müayinəsi;
- Endoskopik rektal USM.

Differensial diaqnostika

- hemorroy;
- anal kanalın polipləri;
- anal kanalın xərçəngi.

Müalicə

<i>Qeyri-cərrahivə azinvaziv müalicə</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pəhriz;• Radiofrekans ablasiya;• Akupunktura;• Skleroterapiya.
<i>Cərrahi müalicə</i>	<p>I. Perineal yanaşma:</p> <ul style="list-style-type: none">• STARR əməliyyatı (stepler ilə transrektal rezeksiya) - düz bağırsaqdan prolaps edən hissənin kəsilməsi, daha sonra stepler ilə qalan hissənin birləşdirilməsi;• Altemeyer əməliyyatı - prolaps edən hissənin rezeksiyasından sonra kolo-anal anastomozun qoyulması (proktosiqmoidal rezeksiya);• Tırş əməliyyatı - perineal nahiyədə dərialtına gümüş sapla tikişlərin qoyulması;• Delorme əməliyyatı - düz bağırsağın selikli qişası kəsilir, əzələ qatı isə plikasiya edilərək tikilir;• Mikuliç əməliyyatı - perineal rektosiqmoidektomiya;• Transsakral retropeksiya - düz bağırsağın daxildən sakruma tikilməsi. <p>II. Abdominal yanaşma:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ripstein əməliyyatı - prolaps edən düz bağırsağın hissəsi sərbəstləşdirilərək sakruma torla tikilməsi;• Qoldberg-Fricman əməliyyatı - düz bağırsağın fiksasiyası və S-vari bağırsağın rezeksiyası (rezeksion rektopeksiya);• Wells əməliyyatı - mezorektal fassiyanın presakral fassiyaya torla fiksasiyası.

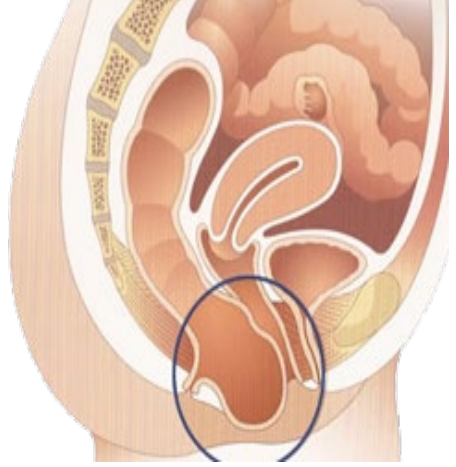
Cərrahi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

- qanaxma və xoralaşma (2-10%) - ən çox STARR əməliyyatından sonra baş verir;
- bağırsaqda divertikulun əmələ gəlməsi – əsasən STARR əməliyyatında sonra əmələ gəlir. Perianal nahiyədən kəsilib götürülməsi məsləhət görülür;
- rektovaginal fistul (1-8%);
- bağırsağın obturasiyası (3%).

REKTOSELE

Tərif

Rektosele düz bağırsağın uşaqlıq yoluna tərəf qabarmasıdır. Düz bağırsağın divarı incəlir və o, defekasiya (gücənmə) zamanı uşaqlıq yolunu qabardır. Adətən qadınlarda müşahidə olunur.



Diaqnostik əlamətlər

- qəbizlik;
- defekasiya zamanı tam boşalma hissinin olmaması;
- uşaqlıq yolundan əllə təzyiqlə defekasiya aktının icra edilməsi.

Təsnifat

- kiçik rektosele – 1 sm-dən az;
- orta rektosele – 2-4 sm arası;
- böyük rektosele – 4 sm-də çox.

Rastgəlmə

Qadınların 30-90%-də müxtəlif ağırlıq səviyyəsində rektosele müşahidə olunur.

Etiologiya

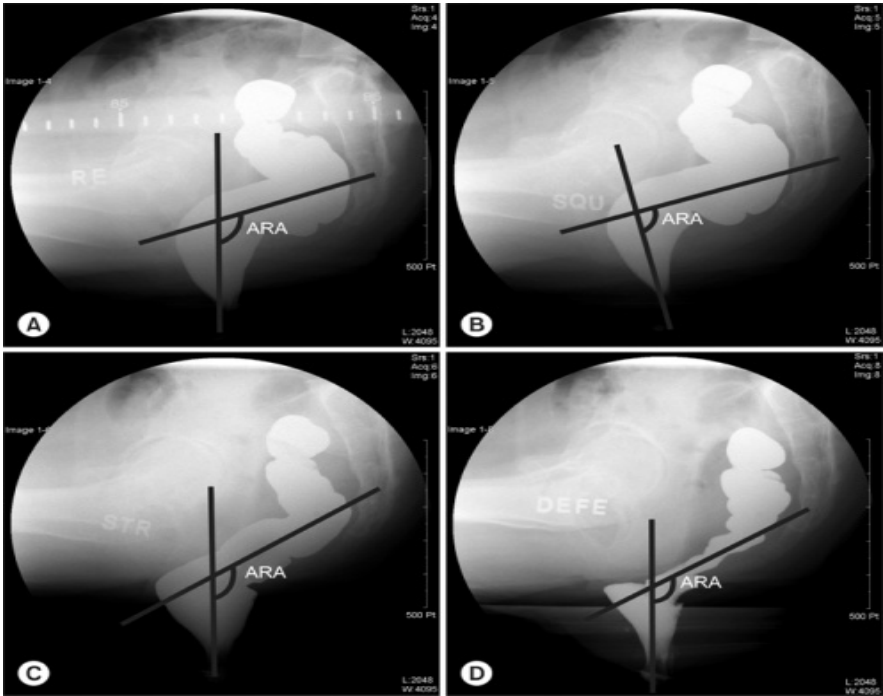
- Rektoselenin inkişafı doğuşdan sonra rektovaginal divarın zəifləməsi ilə əlaqələndirilir.
- digər səbəblərə xroniki qəbizlik və keçirilmiş histerektomiya əməliyyatı aiddir.

Klinika

- uşaqlıq yolunda yad cisim hissi;
- cinsi əlaqə zamanı ağrılar;
- vaginal qanaxma;
- davamlı gücənmə;
- anus nahiyəsində ağrılar;
- defekasiya zamanı tam boşalma hissini olmaması;
- defekasiya zamanı uşaqlıq yolundan əllə təzyiqlə etməklə defekasiya aktının tamamlanması;
- Qaz və nəcisin saxlanılmaması.

Diaqnostika

- Obyektiv müayinə – rektal və vaginal müayinə zamanı rektoseleni təyin etmək mümkündür;
- kolonoskopiya;
- defekoqrafiya – düz bağırsağın defekasiya vaxtı kontrastlı Rentgenoloji müayinəsi;
- irriqoskopiya;
- dinamik MRT;
- anorektal manometriya.



Müalicə

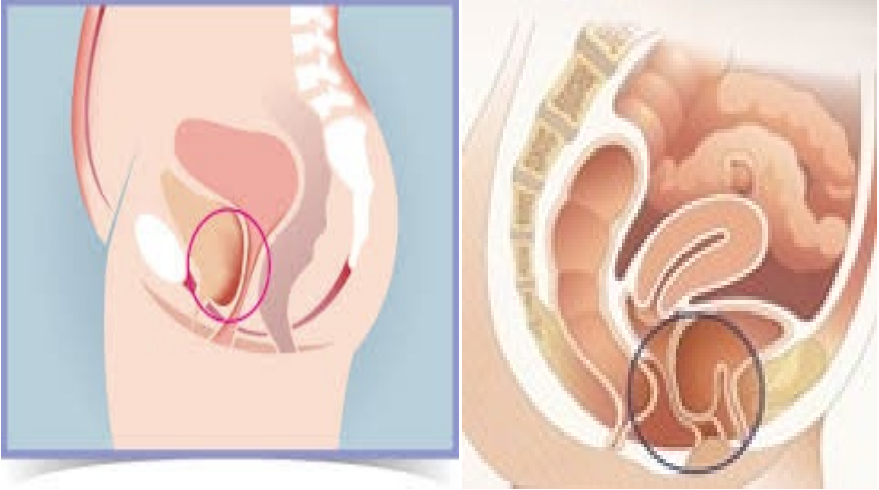
Defekoqrafiya zamanı 3 sm-dən böyük rektoselenin aşkar edilməsi cərrahi əməliyyata mütləq göstərişdir. Klinik əlamətlər olmayan rektosele zamanı hər hansı müalicəyə ehtiyac yoxdur.

<i>Konservativ müalicə</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pəhriz - bol lifli qida və maye qəbulu məsləhət görülür;• Kegel hərəkətləri - çanaq dibi əzələlərinin möhkəmlənməsi üçün məsləhət görülür.
<i>Cərrahi müalicə - bu zaman xəstənin yaşı, cinsi fəaliyyəti nəzərə alınır</i>	<p>I. Perineal (transanal) yanaşma:</p> <ul style="list-style-type: none">• düz bağırsağın selikli qişasından parça (flap) ayrılmaqla rektovaginal divar bərpa olunur;• arxa kolporafiya – uşaqlıq yolundan rektovaginal divarın bərpası aparılır, həmçinin levatoroplastika icra edilir;• polipropilen tor istifadəsi;• perineorafiya. <p>II. Abdominal yanaşma - qarın boşluğu tərəfdən sakral kolpeksiya icra edilir.</p>

SİSTOSELE

Tərif

Qarının alt divarını təşkil edən əzələ və fassiyaların zəifləməsi nəticəsində sidik kisəsinin uşaqlıq yoluna doğru qabarmasıdır.



Etiologiya

- Anamnezdə coxsaylı doğuş;
- Histerektomiya əməliyyatı keçirilməsi;
- Menopauza dövrü.

Təsnifat

- 1- gərginlik (stress) sidik saxlanılmaması (49%);
- 2- təcili (urgent) sidik saxlanılmaması (22%);
- 3- qarışıq tip sidik saxlanılmaması 29 %

Klinika

Yüngül dərəcəli sistosele zamanı xəstələrin şikayətləri olmur. Tez-tez sidik qaçırma, usaqlıq yolundan sallanan sidik kisəsinin əllənməsi əsas şikayətlərdir.

Diaqnostika

Digital müayinə

Müalicə

Yüngül dərəcəli sistosele müalicə tələb etmir. Ağır dərəcəli sistoseli zamanı:

- ön kolporafiya əməliyyatı
- TVT, TOT əməliyyatları

ANAL İNKONTİNSİYA

Tərif

Anal inkontinensiya qazların, duru və bərk nəcisin saxlanıla bilməməsinə deyilir. Sağlam insanda qaz və nəcisin saxlanılmasında aşağıdakı faktorların rolu var:

- psixoloji vəziyyət;
- nəcisin həcmi;
- defekasiya aktının tezliyi;
- düz bağırsağın genişlənmə özəlliyi;
- anal sfinkter aparatının gücü;
- anorektal bölgənin sinirlərinin vəziyyəti;
- anorektal reflekslər.

Təsnifat

Anal inkontinensiyanın bir neçə təsnifatı vardır.

Browning və Parks təsnifatı

- **A kateqoriyası** – həm bərk, həm də duru nəcisin və qazların saxlanılması (normal kontinensiya);
- **B kateqoriyası** – bərk və duru nəcisin saxlanıla bilməsi, qazların saxlanıla bilməməsi;
- **C kateqoriyası** – bərk nəcisin saxlanıla bilməsi; duru nəcisin və qazların saxlanıla bilməməsi;
- **D kateqoriyası** – bərk nəcisin saxlanıla bilməməsi.

Joge və Wexner təsnifatı

	<i>Heç vaxt</i>	<i>Nadir</i>	<i>Arabir</i>	<i>Adətən</i>	<i>Hər zaman</i>
<i>Qatu nəcis</i>	0	1	2	3	4
<i>Duru nəcis</i>	0	1	2	3	4
<i>Qaz</i>	0	1	2	3	4

Rastgəlmə

Anal inkontinensiyaya 1-18% insanlarda (4-24% qadınlar, 5% kişilər) rast gəlir. Ağır hallarda sidik saxlanılmaması da müşühidə olunur. Nəcis saxlanılmaması qadınlarda kişilərdən 8 dəfə artıq izlənilir. Anal inkontinensiya hallarına 65 yaşından sonra daha çox rast gəlir.

Etiologiya

- Çanaq sümüklərinin travmaları – çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi;
- anorektal nahiyədə aparılmış cərrahi əməliyyatlar (pararektal fistul, anal çat, hemorroy);
- doğuş travmaları;
- sfinkterotomiya – xronik anal çatın cərrahi müalicəsi zamanı;
- anorektal nahiyənin zədələnmələri;
- yaşla əlaqəli anal sfinkter əzələlərinin zəifləməsi;
- anal dilatasiya;
- işlədici dərmanların uzun müddət istifadəsi;
- iltihabli ishal;
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri;
- anal kanalın xərçəngi;
- *Tabes dorsalis*;
- şəkərli diabet (nevropatiya);
- rektal prolaps;
- rektosele;
- şüa terapiyası

Diaqnostika

- Obyektiv müayinə – digital müayinə zamanı anal sfinkterin zəifliyi qeyd edilir;
- Endoskopik müayinə;
- Anorektal manometriya;
- Anorektal elektromioqrafiya – xarici anal sfinkter əzələsinə elektrod yerləşdirməklə onun gücü təyin edilir;
- Defekoqrafiya;
- MRT;
- Rektal USM.

Müalicə

- Pəhriz;
- Kegel idmanı – çanaq dibi əzələlərinin gücləndirilməsi üçün;
- Dərman preparatları – loperamid, aktivləşdirilmiş kömür, pektin, amitriptillin, morfin;
- Anorektal əzələlərin stimulyasiyası;
- Sakral sinirin stimulyasiyası;
- Hiperbarik oksigen terapiyası;
- Süni sfinkter;
- Sfinkteroplastika;
- *M. Gracilis* vasitəsi ilə neosfinkterin yaradılması;
- Kolostomiya.

ANAL STENOZ

Tərif

Anal kanalın daralması, diametrinin azalması və elastiklik qabiliyyətinin itirilməsi **anal stenoz və ya anal darlıq** adlandırılır. Anal darlıq həqiqi anatomik darlıq, əzələ sıxılması və funksional daralma formalarında olur. Anodermada əməliyyatdan sonrakı çapıq toxumasının inkişafı həqiqi anal daralmadır. Anal kanalın normal diametri sakitlikdə 3 sm, açılma zamanı 5-9 sm, tam sıxılma zamanı isə 2,5 sm hədlərindədir.

Diaqnostik əlamətlər

- Digital müayinədə anal kanalın daralması;
- Anus nahiyəsində ağrılar;
- Defekasiya zamanı ağrılar, qanaxma.

Təsnifat

- I qrup – anal kanal diametrinin azalması, anusətrafi nahiyədə çapıq toxumasının olması və nəcisin incəlməsi;
- II qrup – anal kanal diametrinin azalması, anusətrafi nahiyədə çapıq toxumasının olması, nəcisin incəlməsi, çox gücənmə və ağrılı defekasiya;
- III qrup – anal kanal diametrinin azalması, anusətrafi nahiyədə çapıq toxumasının olması, nəcisin incəlməsi, çox gücənmə, ağrılı defekasiya və qanaxma.

Etiologiya

- Hemorroidektomiya (90%) – əsasən rektal prolaps və ya hemorroy düyününün trombozu zamanı aparılan Whitehead əməliyyatından sonra baş verə bilər;
- Longo əməliyyatı zamanı büzməli tikişin anal dəliyə yaxın qoyulması da anal daralma ilə ağrılaşa bilər;

- aşağı səviyyəli düz bağırsağ xərçənginə görə kolorektal və ya koloanal anastomoz qoyulduqda 10-30% xəstələrdə anal daralma müşahidə olunur;
- bağırsağın iltihab xəstəliklərinə bağlı cərrahi əməliyyatdan - total kolektomiyadan sonra ileoanal anastomoz nahiyəsində darlıq inkişaf edə bilər;
- anal çatın ləğvi əməliyyatı;
- anal sfinkter əzələlərinin bərpası;
- pararektal fistulun ləğvi əməliyyatı;
- rektovaginal fistulun ləğvi;
- anal ziyillərin koaqulyasiyası;
- anismus;
- xroniki anal çat;
- anal kanalın xərçəngi;
- endometrioz;
- işlədici dərmanların xroniki istifadəsi;
- xroniki ishal;
- anal nahiyənin travmaları;
- bağırsağın iltihabxəstəlikləri;
- anal nahiyənin şüa terapiyası;
- cinsi yolla keçən xəstəliklər.

Klinika

- nəcisin incəlməsi;
- defekasiya zamanı tam boşalma hissinin olmaması;
- defekasiya zamanı ağrılar;
- qanaxma;
- qarın ağrıları;
- köp;

- qəbizlik.

Diaqnostika

- Obyektiv müayinə;
- anoskopiya;
- anorektal manometriya;
- defekoqrafiya;
- endoanal USM;
- anorektal MRT;
- KT;
- kolonoskopiya

Müalicə

Əsasən əməliyyat sonrası erkən dövrdə (ilk 1 ay) işlədici dərmanlar, lifli qida qəbulu və 1 gündən bir barmaq dilatasiyası tövsiyə edilir.

Anal daralmanın cərrahi müalicəsi:

- selikli qişanın endirilməsi: daxili sfinkter əzələsi kəsilir və selikli qişa endirilərək perianal dəriyə tikilir;
- anoplastika – çapıq toxuması kəsilir, ardından Y-V şəklində dəri parçası (flap) qaldırılır və defekt bölgəsinə tikilir.

ANAL QAŞINMA

Tərif

Anal qaşınma (*pruritus ani*) ilə birlikdə perianal nahiyədə ağrılar, qızartı, masserasiya, sulanma, yanma hissi və perianal dərinin sərtləşməsi müşahidə olunur. Bu əlamətlər cinsi orqanlara və qasıq nahiyəsinə sirayət edir.



Təsnifat

- **yüngül:** perianal nahiyənin müayinəsi zamanı patologiya aşkar edilmir, lakin anoskopiya ağrılıdır;
- **orta:** dəridə qızartı və quruluq, çatlama qeyd edilir;
- **ağır:** dəri qızartılı olur, islanma görünür, səthi xoralar rast gəlir;
- **xroniki:** dərinin rəngi solğun olur, tüklər tökülür.

Rastgəlmə

Anal qaşınma 1-4% hallarda,ənçox 40-60 yaşlı kişilərdə rast gəlir.

Etiologiya

- idiopatik (50-90%);
- qida;
- içkilər;
- alkohol;
- şəxsi gigiyena;
- dərman preparatlarına bağlı;
- kimyəvi maddələr;
- infeksiya (göbələk, bakteriya, virus, parazitlər);
- psixoloji (stress, depressiya);
- dəri xəstəlikləri;
- qadın xəstəlikləri;
- travmalar;
- xroniki qəbizlik, ishal;
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri;
- düz bağırsağın xəstəlikləri və s.

Patogenezi

Perianal nahiyədə nəcis qalıqlarının olması anal qaşınmaya və yanğıya səbəb ola bilər. Lakin qaşınma və yanğı hissi anal nahiyəni həddən artıq təmiz saxlayan insanlarda da rast gələ bilər. Bu vəziyyət perianal dəridə vəzilərin atrofiyası ilə əlaqədar baş verir.

Ağırlaşmalar

Anal qaşınma müalicə edilmədikdə perianal nahiyədə ciddi infeksiyaya yol açır, anal sepsis və ya çanaq sepsisi tipli həyat üçün təhlükəli vəziyyətlər inkişaf edə bilər.

Diagnostika

- Anoskopiya;
- rektoskopiya;

- siqmoidoskopiya;
- kolonoskopiya;
- allergik testlər;
- dərinin biopsiyası

Profilaktika

- lifli qidaların qəbulu;
- qaşınmaya səbəb olan qidalardan imtina;
- gigiyenik normalara riayət;
- rahat geyim;
- perianal nahiyənin tərləməsinin qarşısının alınması və s.

Müalicə

- göbələkəleyhinə dərman preparatları (kremlər, tabletlər);
- antibiotiklər;
- parazitəleyhinə dərman preparatları (albendazol, pirantel və b.);
- qaşınmanın qarşısını almaq üçün preparatlar (kremlər, pastalar və s.);
- cərrahi müalicə: qaşınmanı yaradan əsas xəstəliyin aradan qaldırılması (hemorroy, anal çat, anal fistul və s.)

ANAL TROMBOZ (HEMORROİDAL

TROMBOZ)

Tərif

Anal kanal ətrafında hemorroidal damar yumaqcıqlarının (kavernoz cisimciklərin) birinin və ya bir neçəsinin mənfəzinə qan laxtasının toplanması hadisəsidir.



Diaqnostik əlamətlər

- anus ətrafında dəri altında mavi rəngli qabarıqların görünməsi;
- əllə hiss edilən ağrılı şişkinliyin olması;
- qaşınma və anal ətrafında rahatsızlıq.

Etiologiya

- yaş;
- xroniki qəbizlik və ya ishal;
- hamiləlik;
- genetik səbəblər;

- defekasiya aktını asanlaşdırən dərmanların uzun müddət istifadəsi;
- defekasiya aktı zamanı gücənmələrin sayının çox olması;
- oturaq həyat tərzi;
- ağır yük qaldırma;
- alkohol qəbulu;
- ədvalı yeməklərin qəbulu

Klinika

- ağrı;
- anusda əllənən şişkinlik;
- anal bölgədə qaşınma;
- qanaxma

Diaqnostika

- digital müayinə;
- anoskopiya;
- rektoskopiya;
- siqmoidoskopiya

Differensial diaqnostika

- yoğun bağırsağın xərçəngi;
- yoğun bağırsağ polipləri;
- anal fistul;
- ulserativ kolit;
- Crohn xəstəliyi

Müalicə

Konservativ

- Defekasiya aktının normalaşdırılması;
- Yerli konservativ müalicə (şamlar, məlhəmlər);
- su vannaları;
- flebotonik preparatlar

Cərrahi

- trombektomiya;
- hemorroidektomiya

REKTAL QANAXMA

Tərif

Anal kanaldan öz-özünə qan gəlməsi, defekasiya və ya gücənmə zamanı qan xaric olunması hadisəsidir.

Diaqnostik əlamətlər

- anal kanaldan damcı şəklində qan gəlməsi;
- sızıntı şəklində qanaxma;
- tualet kağızında və ya alt paltarda qan görünməsi;
- tünd, qırmızı (al) rəngli aktiv qanaxma.

Yoğun bağırsağın anal kanala yaxın sol hissəsindən qanaxmalar açıq və parlaq qırmızı rəngli olur. Yoğun bağırsağın sağ yarısından qanaxma tünd rəngdə, mədə və onikibarmaq bağırsaqdan qanaxmalar isə qara rəngdə, qəhvə çöküntüsünə bənzər (melena) olur.

Rastgəlmə

Rektal qanaxma, həzm sistemi qanaxmalarının 20-30% ni təşkil edir.

Etiologiya

- hemorroid;

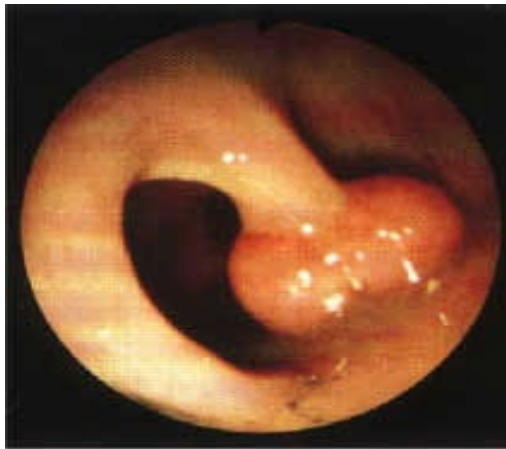


- bağırsaq xərçəngi;

- radiasion müalicədən sonra qanaxma;



- bağırsaq polipi;



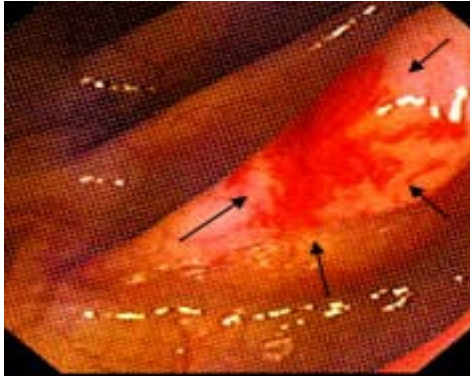
- işemik kolit (bağırsağı qidalandıran damarların yetərsizliyi ilə bağlı qanaxmalar)
- yoğun bağırsağın divertikulyar xəstəliyi



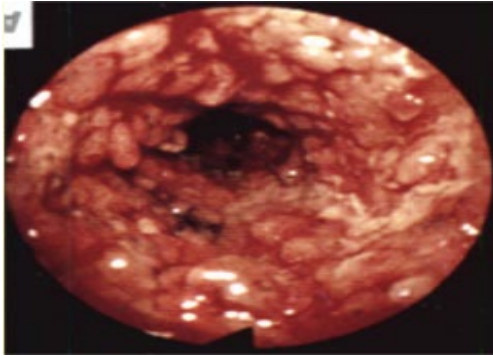
- anal çat;



- anorektal fistul;
- angiodisplaziyalar (yoğun bağırsaqdaxili damar yumaqcıqları);



- proktit;
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri



Klinika

Anal kanaldan qan gəlməsi

Diaqnostika

- Kolonoskopiya;
- Angioqrafiya;
- Ssintiqrafiya

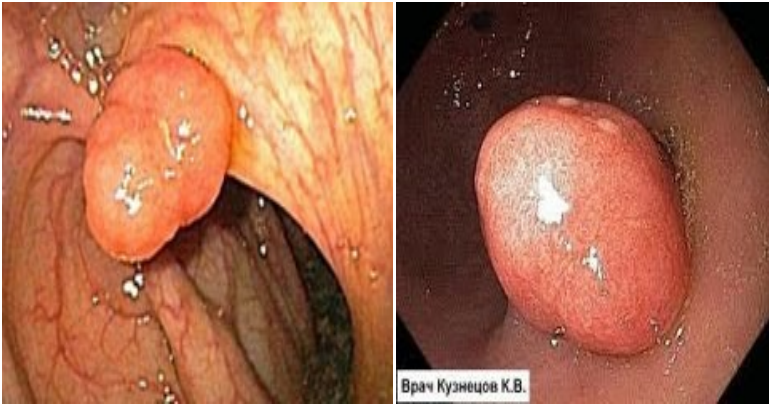
Müalicə

Müalicə taktikasını etioloji faktordan asılı olaraq seçilir.

DÜZ BAĞIRSAQ POLİPLƏRİ

Tərif

Polip yoğun bağırsağın (kolon və düz bağırsağın) selikli qişasının anomal böyüməsi nəticəsində inkişaf edən və bağırsağın mənfəzinə doğru böyüyən kütlədir.



Diaqnostik əlamətlər

Bağırsağın mənfəzinə doğru böyümüş xoşxassəli şişkinliyin olması

Rastgəlmə

Erkən yaş qrupunun 1-12%-də, 70 yaşdan yuxarı şəxslərin 40%-də müəyyən olunur.

Etiologiya

- yaş;
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri;
- genetik;
- hərəkətsizlik;

- köklük;
- zərərli vərdişlər

Klinika

Bağırsaq polipləri əksər hallarda simptomsuz olur və təsadüfi kolonskopiya zamanı aşkar edilir.

Təsnifat

- Adenomatoz polip;
- hiperplastik polip;
- iltihabi polip;
- qarışıq polip

Diaqnostika

- kolonoskopiya;
- siqmoidoskopiya;
- biopsiya

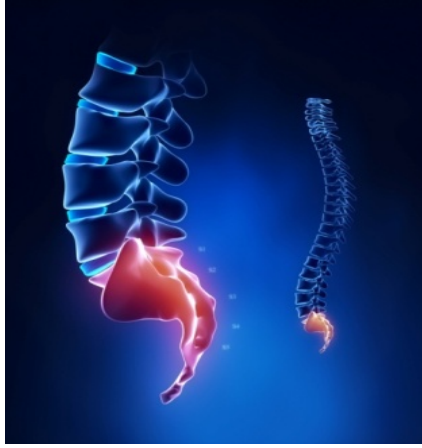
Müalicə

- polipektomiya;
- endoskopik skleroterapiya

KOKSIQODİNİYA

Tərif

Koksiqodiniya bürdüm nahiyəsində müşahidə edilən ağrılardır. Əksər hadisələrdə xəstəliyin əsasında bürdüm nahiyəsinin travmaları durur.



Təsnifat

- Anorektal ağrılar anusda lokallaşır.
- Bəzi hallarda psevdokoksiqodiniya rast gəlir. Bu zaman bürdüm nahiyəsində ağrıların səbəbi ginekoloji, uroloji və proktoloji xəstəliklərdir.

Rastgəlmə

Qadınlarda kişilərə nisbətən 3 dəfə çox rast gəlir.

Etiologiya

- koksiqodiniyanın əsas səbəbi oma sümüyü və bürdüm nahiyəsində sinirlərin zədələnməsidir.

- uzun müddət davam edən oturaq vəziyyət və oturaq həyat tərzini ağrıların yaranmasına səbəb olur.
- Koxsiqodiniyanın səbəblərindən biri də osteoxondrozdur.

Klinika

- etioloji səbəbdən asılı olmayaraq koxsiqodiniyanın əsas simptomu bürzdüm nahiyyəsində ağrılardır.
- bəzi hallarda ağrılar defekasiya vaxtı başlayır, aralıq əzələlərinin spazmı ilə müşahidə olunur və qasıq nahiyyəsinə irradiasiya edir.

Diaqnostika

- bürzdüm nahiyyəsinin palpasiyası;
- düz bağırsağın digital müayinəsi;
- rektoskopiya;
- Rentgenoqrafiya;
- irriqoskopiya;
- endorektal USM.

Müalicə

- rektal Darsonvalizasiya;
- dinamik elektrik cərəyanları;
- ultrasəs müalicəsi;
- lazer müalicəsi;
- parafin aplikasiyaları;
- palçıq müalicəsi;
- **cərrahi müalicə** -konservativ müalicə effektiv olmadıqda və ya bürzdüm sümüyünün patoloji hərəkətliyi zamanı aparılır: bürzdüm sümüyünün çıxarılması

PİLONOİDAL SİNUS

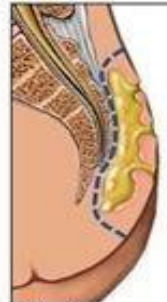
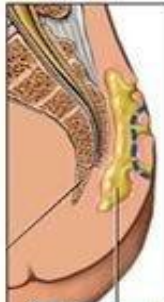
Tərif

Pilonidal sinus və ya **dermoid sist**, türk ədəbiyyatında qıl dönməsi büzdüm nahiyəsində dəriyə açılmış bir və ya bir neçə ədəd dəlik, dəlik(lər) ətrafı bölgədə qızartı, iltihab, şiş və ya abses tipində təzahür edən xəstəlikdir.



Diaqnostik əlamətlər

- büzdüm nahiyəsində ağrılı şişkinlik;
- şişkinlik üzərində bir və ya bir neçə dəlik;



- dəliyə təziq etdikdə irinli, bəzən qanlı ifrazatın xaric olması

Rastgəlmə

Pilonidal sinus büzdüm bölgəsində rast gəlməklə yanaşı, qasıq nahiyəsində, qoltuqlarda və göbəkə də təsadüf edir. 16-40 yaşlı kişilər arasında geniş yayılmışdır.

Etiologiya və patogenezi

Xəstəliyin səbəbi sağrılar arası çuxura kürək və başdan tökülən tüklərin həmin bölgədə tər vəzi dəliklərinə daxil olması, bu bölgədə ağac kökü kimi labirintlər meydana gətirməsidir. Dəliklərə nüfuz edən bakteriyalar iltahab, irinli və ya qanlı, pis qoxulu axıntılar meydana gətirir. Üst dəlik tutulduqda irinli iltahab mayesi xaricə axa bilmir və abses formalaşır.

Klinika

Büzdüm nahiyəsində tük dönməsi infeksiya qoşulana qədər təzahür etmir. Xəstələr büzdüm bölgəsinin xarici hissəsində ağrılı şişkinlik, otura və yeriyə bilməmək kimi şikayətlərlə həkimə müraciət edirlər. Bəzən xəstə həkim qəbuluna abses formalaşdıqdan, hətta o, öz-özünə boşaldıqdan sonra gəlir. Abses cərrahi yolla açılmalı, sanasiya və drenaj olunmalıdır. Xəstə əməliyyat olunmazsa bu nahiyədə arabir ifrazata baxmayaraq uzun müddət müalicəsiz həyatını davam etdirir. Lakin bir neçə həftə və ya aydan sonra kliniki əlamətlər eyni şəkildə təkrarlanır.

Diaqnostika

Baxış zamanı bu bölgədə iynə ucundan kibrit çöpü diametrinə qədər dəyişkən ölçülü bir və ya bir neçə dəlik görünür. Dəlik(lər)dən açıq rəngli ifrazat, bəzən tük xaric olur. Dəlik ətrafında qızartı, şişkinlik, ağrılar əsas şikayətlərdir.

Müalicə

Kəskin pilonidal absenin müalicəsi

Tük dönməsi mənşəli abses təcili müalicə tələb edən vəziyyətdir. Çünki xəstə ağrılara görə oturmaqda və yeriməkdə çətinlik çəkir. Kiçik abses lokal anesteziya ilə açılmalı, sanasiya və drenaj

edilməlidir. Orta və böyük abseslərin epidural və ya ümumi anesteziya şəraitində əməliyyat olunması məsləhətdir. Yara sağaldıqdan sonra radikal cərrahi əməliyyat (patoloji ocağın haşiyəvi kəsilməsi) göstərişdir.

Xroniki pilonidal sinusun müalicəsi

- *Lazer texnikası* – pilonidal sinusun lazerlə yandırılması; əsasən ağırlaşmamış hallarda yerli anesteziya altında aparılır;
- *EPSİT texnikası* – pararektal fistulların VAAFT texnikası ilə müalicəsi üsulunun növüdür; endoskopik yolla kiçik dəlikdən sist boşluğuna girilir, onun mənfəzi boşaldılır, divarları isə lazerlə yandırılır;
- *Flap texnikası* – 1-10% hallarda residiv sinuslarda istifadə olunur olunur;
- *birincili bağlama* – sistin, yaxud sinusun çıxarılması və yaranın tikilməsindən ibarətdir: 7-10% hallarda yaranın irinləməsi, 10-30% hallarda isə residiv hadisələri baş verir;
- *yaranın açıq saxlanması* – sistin çıxarılması, yaranın açıq saxlanması və onun ikincili sağalmasından ibarətdir: sağalma 3-6 ay çəkə bilər; 10-15% hallarda yara irinləməsi, 5-15% hallarda isə residiv müşahidə edilir;
- *introfleksiya* – sist çıxarıldıqdan sonra yara qismən qapadılır; tam sağalma 2-3 ay çəkir.

Əməliyyatdan sonra erkən dövrdə yaraya keyfiyyətli qulluq, uzaq dövrdə isə bölgənin gigiyenasına diqqət edilməsi vacibdir. Ən az 2 il müddətində həmin bölgə mütəmadi tərəş və ya epilyasiya (kimyəvi, fiziki) edilməlidir.

QƏBİZLİK

Tərif

Həftədə 3 dəfədən az defekasiya aktı və ya ağırlı defekasiyanın olması hadisəsi qəbizlik , yaxud konstipasiya hesab edilir. Xroniki qəbizlik olan insanlarda defekasiya zamanı çox qatı və ya olduqca az miqdarda nəcis xaric olur.



Təsnifat

Aşağıdakı meyarlardan ən azı ikisinin 3 ay müddətində davam etməsi, şikayətlərin ən azı 6 ay əvvəl başlaması qəbizlik diaqnozunun qoyulmasına əsaslar yarada bilər:

- həftədə 3 dəfədən az defekasiya aktı;
- defekasiya zamanı artıq gücənmənin olması;
- defekasiya zamanı nəcisin qatı və sərt şəkildə olması;
- defekasiya zamanı tam boşalma hissənin olmaması;
- defekasiya zamanı barmaqla kömək etmək;
- mütəmadi işlədici dərman istifadəsi;
- qıcıqlanmış bağırsağ sindromu əlamətləri.

Rastgəlmə

Böyüklərin 2-30%-də qəbizlik problemi mövcuddur. 65 yaşdan yuxarı qadınlarda qəbizlik kişilərə nisbətən 3 dəfə çox rast gəlinir. Xəstələrin 50%-də defekasiya problemi olur.

Etiologiya

- anadangəlmə – Hirşsprunq xəstəliyi (anadangəlmə meqakolon);
- qazanılmış – Cagas xəstəliyi (*Tripanasoma cruzi* ilə bağlı meqakolon);
- tıxanma səbəbi:
 - törəmələr (bağirsaq xərçəngi);
 - bağırsaqda yapışmalar (adheziya);
 - yırtıqlar;
 - bağırsaq dönməsi;
 - bağırsaq vərəmi;
 - endometrioz;
 - divertikulit;
 - anal stenoz;
 - siqmoidosele;
 - rektosele;
 - anismus;
 - işemik kolit;
 - yoğun bağırsağın psevdooobturasiyası (Ogilvie sindromu);
- Funksional:
 - lifli qidaların yetərsiz qəbulu;
 - nəcisi qatılaşıdıran qidaların aşırı qəbulu;
 - hərəkətsizlik;
 - defekasiya refleksinin ertələnməsi;
 - ətraf mühitə bağlı səbəblər;
 - aşırı maye itkisi;
 - qıcıqlanmış bağırsaq sindromu;

- Səbəbi bilinməyən:
 - dolixokolon;
 - rektal prolaps;
- Dərman preparatları;
- Metabolik səbəblər;
 - hamiləlik;
 - yaşlılıq;
 - şəkərli diabet;
 - amiloidoz;
 - hiperkalsiemiya;
 - hiperparatiroidizm;
 - hipokaliemiya;
 - hipotiroidizm;
 - feoxromositoma;
 - porfiriya;
 - sklerodermiya;
 - uremiya.
- Sinir mənşəli:
 - düz bağırsağın azalmış həssaslığı (20-70%);
 - Von Reklinhauzen xəstəliyi (neyrofibromatoz 1);
 - MEN;
 - iflic;
 - onurğa sütununun törəmələri;
 - *Tabes dorsalis*.

Patogenez

Normal defekasiya aktının baş verməsi:

- bağırsağın üst hissəsinin yığılma hərəkətləri;
- gücənmə zamanı qarındaxili təzyiğin artması;
- nəcisin xaric olması üçün aralıq əzələlərinin (anal sfinkter aparatının) boşalması;

- puborektal əzələnin boşalması və anorektal bucağın açılması

Profilaktika

- maye qəbulu: gündə ən azı 2 litr su içilməsi; səhər ac qarına 1 stəkan su içmək çox faydalıdır;
- lifli qidaların qəbulu;
- suda həll olmayan qidaların qəbulu (paxla);
- suda həll olan qidaların qəbulu (yaşıl tərəvəz);
- yağlar (zeytun yağı);
- tərəvəz;
- çörək;
- meyvələr;
- bitkilər (kətan toxumu və s.)

Diaqnostika

- qarının müayinəsi (palpasiya, perkussiya, auskultasiya);
- perianal nahiyənin müayinəsi;
- nəcisdə gizli qan testi;
- qanın biokimyəvi analizi;
- anoskopiya;
- rektoskopiya;
- siqmoidoskopiya;
- kolonoskopiya;
- irriqoskopiya;
- defekoqrafiya;
- anorektal manometriya;
- anorektal elektromioqrafiya;
- biopsiya;
- ssintiqrifiya

Müalicə

- lifli qida əlavələri;
- probiotiklər;
- prebiotiklər;
- nəcisin həcmi artırən təbii əlavələr;
- osmotik laktat tərkibli preparatlar;
- nəcis durulaşdırıcı preparatlar;
- bağırsağ hərəkətlərini artıran preparatlar və s.

Qəbizlik əleyhinə preparatların təsiri olmadıqda:

- rektal prolaps, rektosele, bağırsağ polipləri, rektum xərçəngi, anismus, anal stenoz kimi patoloji vəziyyətlərin diaqnostikası və cərrahi müalicəsi;
- qəbizlik əleyhinə dərmanların 2 həftədən artıq istifadə edilməməsi;
- cərrahi müalicə haqqında düşünmək.

XRONİKİ DIAREYA

Diareya (ishal) - boş, sulu, duru və tez-tez baş verən nəcis ifrazıdır. Başqa sözlə, gün ərzində 250 qramdan çox nəcis ifrazı diareya hesab edilə bilər. Həftədə 3 dəfədən gündə 3 dəfəyə qədər nəcis ifrazı normal hesab edilə bilər. Həftədən az davam edən diareya kəskin diareyadır. Diareya 4 həftədən çox davam etdikdə xroniki diareya adlandırılır. Dünyada bir və ya çox epizodlu diareyadan il ərzində 1 milyarddan çox insan əziyyət çəkir. Amerika Birləşmiş Ştatlarında il ərzində diareya olan hər 100 milyon insandan yarısı iş prosesində fasilə verməli olur, 10%-i həkimlə məsləhətləşir, 250000-i xəstəxanaya qəbul olunur, 3000-i (xüsusilə yaşlılar) dünyasını dəyişir.

Yaşlı insanlarda diareya adətən mülayim gedişə malik və fəsadsız olur, qısa zamanlarda aradan qalxır. Lakin uşaqlarda, xüsusilə 3 yaşından kiçik uşaqlarda diareya tez bir zamanda ciddi dehidratasiyaya səbəb ola bilər. Sanitariya qaydalarına əməl edilməməsi üzündən baş verən infeksiyon diareya il ərzində, xüsusilə də inkişaf etməyən ölkələrdə 5-8 milyon uşağın ölümünə səbəb olur.

Səbəblər

Virus mənşəli gastroenteritlər ən çox rast gələn səbəblərdəndir. Virus infeksiyası mülayim hesab edilir və bir neçə gün ərzində spontan olaraq aradan qalxır. Bu vəziyyət bəzən “mədə qripi” hesab olunur. Virus gastroenteriti adətən məktəbdə, məhəllədə və ya ailədə miniepidemiya şəklində meydana çıxır.

Qida zəhərlənmələri və səyahətdə olmaq diareyanın digər tez-tez rast gələn səbəblərinə aiddir. Belə diareyalar bir qayda olaraq bakteriya və parazitlərlə çirklənmiş qida məhsullarının və ya içkilərin qəbulu üzündən baş verir.

Diareyanın digər səbəbi dərman maddələrinin (antibiotiklər, laktasidlər (laktuloza), maqnezium tərkibli antiasid preparatları

(magnesium hydroxid), ürək qlikozidləri (digitoxin, digoxin), methylxanthine (theophyllin), sidıqçovucular (furasemid), qalxanabənzər vəzin hormonları (L-thyroxin), xərcəng əleyhinə sitostatik dərmanlar qəbulu olur.

Diareya bir çox xəstəliklərin dominant əlamətidir. Bu xəstəliklərə:

- laktozaya qarşı dözümsüzlük kimi malabsorbsiya sindromları,
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri (Crohn xəstəliyi, qeyri-spesifik xoralı kolit),
- qıcıqlanmış bağırsağ sindromu,
- seliak xəstəliyi,
- Zollinger-Ellison sindromu,
- avtomatik və ya diabetik neyropatiya kimi sinir pozğunluqları,
- karsinoid sindromu,
- gastroektomiya (mədənin hissəvi rezeksiyası) və
- yüksək dozalı radiasiya terapiyası aiddir.

Hansı insanlarda diareya riski daha çoxdur?

ABŞ-da aparılmış bir tədqiqatın nəticəsinə görə bu ölkədə diareyanın aşağıdakı risk qrupları qeyd olunur:

- Səyahətçilər. Latin Amerikasına, Afrika və Asiya ölkələrinə səyahət edən insanların 40%-ində diareya müşahidə edilir. Belə vəziyyətin əsasında enterotoksigenik *Escherichia coli*, *Campylobacter*, *Shigella* və *Salmonella* cinsindən bakteriyalar durur. Rusiyada, xüsusilə də Sankt-Peterburqda *Giardia*, Nepalda isə *Cyclospora* mənşəli diareya çox təsadüf olunur.
- Müəyyən qidaları müntəzəm qəbul edən insanlar. Pikniklərdə, banketlərdə və ya restoranlarda tez-tez qidalanan insanlarda toyuq ətindən *Salmonella*, *Campylobacter* və ya *Shigella*, hamburgerdən *E. coli* (O157:H7), qızardılmış düyüdən *Bacillus*

Aureus, mayonez və ya kremlərdən *Staphylococcus aureus* və ya *Salmonella*, yumurtadan *Salmonella* mənşəli diareya baş verə bilər.

- İmmunodefisitli insanlar. Anadangəlmə (İgA çatmazlığı, hipogammaqlobulinemiya, xroniki qranulomatoz xəstəlik) və ya qazanılmış (QİÇS, farmakoloji immunosupressiya) immun çatmazlığı olan insanlar diareyaya meyilli olur.
- Gündəlik tibbi xidmət iştirakçıları. Bu qrup insanlarda *Shigella*, *Giardia*, *Cryptosporidium*, *Rotavirus* mənşəli diareya rast gəlinir.
- Nazokomial diareya. Xəstəxanaya qəbuldan 3 gün sonra meydana çıxan diareyanın səbəbi təyin edilən antibiotiklər və ya xəstəxanadaxili infeksiyadır. Xəstəxanadaxili diareya fərqli mikroorganizmlərdən, xüsusilə *Clostridium difficile*-dən qaynaqlana bilər.

Həkimə getməzdən öncə nə etmək olar?

Diareya zamanı orqanizmin aramsız maye itkisinə görə çoxlu miqdarda maye içmək susuzlaşmanın qarşısını alır. Kofein tərkibli və spirtli içkilərdən imtina vacibdir. Süd qəbulu nəcisin boş, duru olmasına səbəb olsa da susuzlaşmanın qarşısını alır və yetərli qidalanmanı təmin edir. Ona görə də mülayim diareya zamanı süd içilməsi məqbul hesab edilir. Orta və kəskin diareya zamanı qazsız mineral suların qəbulu daha məqsədəuyğundur. Faydalı bakteriyaların aktiv kulturu (probiotiklər) diareyanın kəskinliyini, ağırlığını və davam etmə müddətini azaldır. Diareya hadisələrində suda bişmiş düyü, xuxuri, banan istifadəsi faydalı olur.

Həkim təyinatı olmadan diareya əleyhinə preparatların kortəbii qəbulu tövsiyə edilmir. Həmin dərman vasitələri bəzi infeksiyaların gedişini ağırlaşdırma bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, diareya eyni zamanda müdafiə reaksiyasıdır və o, mədə-bağırsaq traktının bəzi faktorlardan (toksinlər, viruslar, köhnə qida və s.) təmizlənməsinə səbəb olur. Belə hallarda diareya əleyhinə preparatlar fizioloji

təmizlənmə prosesini ləngidir. Odur ki, paralel surətdə spesifik müalicə aparmadan diareya ələyhinə dərman preparatlarının istifadəsi məqsədəuyğun deyil.

Diareya zamanı nəcisin həcmi artırıcı qidaların (suda bişmiş düyü, banan, liflərlə zəngin taxıl məmulatları) daha çox qəbulu tövsiyə olunur.

Hansı hallarda həkimə müraciət etməli?

Aşağıdakı hallarda mütləq həkim müraciət etmək məsləhətdir:

- nəcisdə qan və ya irin olması;
- nəcisinqara rəngdə olması;
- defekasiya aktından sonra da qarın ağrılarının davam etməsi;
- dehidratasiya (susuzlaşma) əlamətlərinin mövcudluğu və davam etməsi;
- 38 °C-dən yuxarı hərarət;
- üfunətli, pis iyli nəcis və ya yağlı nəcis;
- xarici ölkələrdən səyahətdən qayıdıqda;
- diareyalı digər insanlarla birgə yemək qəbulu zamanı;
- diareya ələyhinə dərman vasitəsi qəbul etmək qərarını verdikdə;
- 5 gün (uşaqlarda 2 gün) ərzində diareyanın davam etməsi

Həkimə müraciətdən nə gözləmək olar?

Həkiminiz fərqli suallar verməklə sizdən xəstəliyin tarixini və xarakterini öyrənməyə çalışacaq. Sonra fiziki müayinə üsulları (qarının əllənməsi, perkussiyası, digital rektal müayinə) istifadə edərək diareyanın ilkin, şübhə doğurucu səbəblərini araşdırmağa çalışacaq. Həkim sizdən nəcisin müayinə məqsədilə xüsusi konteynerə toplanmasını xahiş edə bilər. Bəzi həkimləri nəcisin gündəlik çəkisi də maraqlandırır. İlkin müayinələrin nəticələri əsasında əlavə müayinələrin aparılması zərurəti yarana bilər:

- nəcisin ümumi, bakterioloji və gizli qana görə müayinəsi

- qanın ümumi və biokimyəvi analizi iltihab göstəricilərini, qalxanabənzər vəzin və pankreasın funksional vəziyyətini, elektrolit balansının, turşu-qələvi müvazinətinin pozğunluqlarını müəyyən etmək üçün tövsiyə edilir;
- endoskopiya (rekto-, rektosiqmoido- və ya kolonoskopiya) düz və yoğun bağırsaqdaxili patologiyanın diaqnostikasına imkan verir. Bu müayinələr zamanı bağırsaq mənfəzindən sonrakı müayinə üçün patoloji toxuma da götürülür;
- abdominal USM: xroniki pankreatitin diaqnostikası üçün vacibdir. İxtisaslaşmış mərkəzlərdə bu müayinə yoğun bağırsaq patologiyalarında rutin olaraq tətbiq edilir.
- nazik bağırsağın Rentgenoloji müayinəsi (Sellink üsulu ilə: Crohn xəstəliyi və qeyri-spesifik xorali kolitin təsdiqi (inkarı) məqsədi ilə);
- funksional testlər: laktoza testi, H₂ - tənəffüs testi, Shilling testi;
- çətin situasiyalarda KT və MRT müayinələri

Profilaktika

- yeməkdən əvvəl və tualetdən sonra əllərin yuyulması;
- uşaqların çirkli əşyalarla oynamaması;
- antibiotiklərin qəbulu zamanı faydalı laktobasillər olan qidaların (yoqurt, kefir və ya laktobasillərin canlı kulturası) istifadəsi;
- alkohol əsaslı əl gəllərinin mütəmadi istifadəsi;
- digər ölkələrə səfərlər zamanı şüşə qablarda satılan qazsız su qəbulu;
- bişirilməmiş göyərti və meyvələrdən imtina;
- tam bişirilməmiş ət yeməklərindən imtina

CROHN XƏSTƏLİYİ

Tərif

Crohn xəstəliyi həzm traktının müəyyən seqmentinin bütün qatlarını əhatə edən qranulomatoz iltihab xəstəliyidir. Əksər hallarda nazik bağırsağın distal hissəsini əhatə edən xəstəlik bu səbəbdən regional və ya terminal ileit adlandırılır. Az hallarda yoğun, olduqca nadir hadisələrdə isə düz bağırsaqda qranulomatoz iltihab rast gəlinir.

Əksər xəstələrdə kəskinləşmə (diareya, ağrılar və s.) və remissiya fazaları təkrarlanır. Qida azlığı (arıqlama), bağırsaq keçməzliyi, bağırsağın perforasiyası, abses, peritonit, fistul, ekstraintestinal ağırlaşmalar və sepsis hadisələri ilə ağırlaşır.

Diaqnostik əlamətlər

- xarakterik anamnez (uzunmüddətli diareya, təkrarlanan ağrılar, özündə və ya ailə üzvlərində Crohn xəstəliyi və ya ulserativ kolit);
- endoskopik əlamətlər;
- KT/MRT əlamətləri;
- biopstatın histoloji müayinəsində qranulomatoz iltihab əlamətləri

Rastgəlmə

- Aşkenazi yəhudiləri arasında rastgəlmə tezliyi yüksəkdir;
- ABŞ-da və Avropa ölkələrində hər 100 000 nəfərdən 2-9-da;
- Bimodal təzahür edir, 15-40 və 50-70 yaşlarında daha çox rast gəlinir.

Təsnifat

<i>Lokalizasiyasına görə</i>	<ul style="list-style-type: none">• ileit;• ileokolit;• kolit;• perianal;• digər seqmentlər (qida borusu, mədə, OBB və b.)
-------------------------------------	--

<i>Ağırlıq dərəcələri</i>	<ul style="list-style-type: none"> • asimptomatik; • yüngül; • orta; • ağır
----------------------------------	---

Etiologiya

- Crohn xəstəliyinin səbəbi dəqiq məlum deyil;
- genetik, immunoloji, infeksiyon və ekzogen faktorların rolu güman edilir;
- ailə üzvləri arasında Crohn xəstəliyi olan insanlarda xəstəlik 25 dəfə çox rast gəlinir;
- monoziqot əkilərdə rastgəlmə ehtimalı 60%-dən çoxdur;
- siqaret çəkmə və çoxlu şəkər qəbulu risk faktorları hesab edilir;
- səbəbkar genlər üzərində (NOD2/CARD15 genləri) elmi tədqiqatlar aparılmaqdadır.

Patogenezi

- Crohn xəstəliyinin patogenezi tam öyrənilməmişdir;
- mədə-bağırsağ traktının selikli qişasının zədələnməsi və iltihab prosesinin davam etməsi əsas patogenetik mexanizmlərdəndir;
- selikli qişanın daimi zədələnməsi və immuntənзимin pozulması bağırsağın divarında iltihabın davamına təkan verir. Davam edən iltihab prosesi isə qranulomaların yaranmasına və divarın zədələnməsinə səbəb olur. Nəticədə patoloji dövrən yaranır - zədələnmə və iltihab növbələşir.

Patomorfolojiya

- Crohn xəstəliyi zamanı dodaqlardan anusa qədər həzm traktının istənilən hissəsi zədələnir.,

- iltihab prosesi bağırsağın bir və ya bir neçə seqmentini əhatə edir. Bəzən zədələnmiş seqmentlərlə sağlam bağırsağ hissələri növbələşir;
- ən çox distal ileum zədələnir (bütün xəstələrin 75-80%-i), sonrakı yerlər düz bağırsağa və kolona məxsusdur;
- terminal ileitdə 15-25%, kolonun obturasiyasında isə 50-75% xəstələrdə anorektal nahiyyə zədələnir.

Lokalizasiyasına görə:

- yalnız nazik bağırsağ (ileitit) – 75-80%
- yalnız düz bağırsağ (proktit) - 20-30%;
- yalnız yoğun bağırsağ (kolit) – 20-30%;
- düz və yoğun bağırsağ birgə (rektokolit) – 40-50%;
- perianal nahiyyə –30%;
- digər seqmentlər (qida borusu, mədə, OBB və b.) - 0,5-15%.

Makroskopik (vizual) olaraq (şək. 4):

- bağırsağın divarının qalınlaşması;
- bağırsağın antimezenterik səthinin piy toxuması ilə örtülməsi;
- çözün qalınlaşması, fibrozlaşması və qısalması;
- regionar limfa düyünlərinin böyüməsi;
- abses və fistullar (xarici və ilgəklərərası);
- selikli qişanın şişkinləşməsi, qranulomalar, dərin xətti xoralar, çatlar;
- bütün qişaların iltihabı

Klinik gediş

Crohn xəstəliyi xroniki xəstəlikdir, 3 gediş forması var:

- təkrarlanan (kəskinləşmə (residiv) və remissiya fazalarının növbələşməsi) - 75-85%;
- uzunmüddətli remissiya - 10-20%;

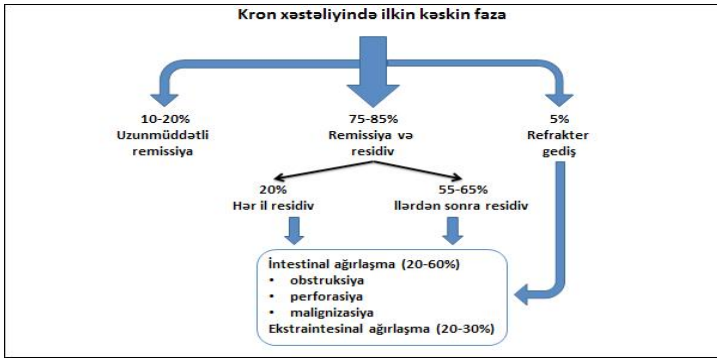
- refrakter gediş (kəskin fazanın davam etməsi) - 5%.

Kəskinləşmə, ağırlaşmasız və ağırlaşmış gedişli olur. Eyni yerdə və ya yeni bağırsağ seqment(lər)ində baş verə bilər. Residivlərin başvermə vaxtı və səbəbi dəqiq məlum deyil. Lakin vaxt uzandıqca residivvermə ehtimalı artır. Xəstəliyin klinik gedişində aşağıdakı özəlliklər qeyd olunur:

- ilkin kəskin fazadan sonra təxminən 10-20% hallarda uzunmüddətli remissiya olur;
- təxminən 20% xəstələrdə hər il residiv baş verir;
- təxminən 60% hallarda illik təkrarlamalar və uzunmüddətli residivlər birgə rast gəlir;
- perianal zədələnmələrin residivləri 60-80% rast gəlir;
- ileal və ya ileokolik rezeksiyadan 5 il sonra residivlər 25-50%, 10 ildən sonra 35-80%, 15 ildən sonra isə 45-85% təşkil edir (şək. 5).



Şək. 4. Crohn xəstəliyinin kəskinləşmə mərhələsində (konservativ müalicə olunmayan xəstədə) qalça bağırsağın selikli qişasının görünüşü (xoralaşmış sahələr, çoxlu xoralar)



Şək. 5. Crohn xəstəliyinin klinik gedişi (sxem)
Ağırlaşmalar

20-60% xəstələrdə rast gəlinir. Bağırsağın obstruksiyası və perforasiyası (fistul, abses, kəskin peritonit), anorektal ağırlaşmalar və malignizasiya kimi lokal ağırlaşmalarla yanaşı, 20-30% hallarda autoimmün və digər sistemik ağırlaşmalar rast gəlinir (cədvəl). Malnutrisiya, artrit və dəri zədələnmələri ilk yerlərdə durur.

<i>İntestinal ağırlaşmalar (20-60%)</i>	<i>Sistemik ağırlaşmalar (20-30%)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • obstruksiya; • perforasiya (abses, daxili və xarici fistullar); • anorektal ağırlaşmalar; • toksik meqakolon; • karsinoma 	<ul style="list-style-type: none"> • anemiya; • hepatobiliar xəstəliklər; • uveit; • artrit, ankilozlaşdırıcı spondilit (Бехтерева xəstəliyi); • düyünlü eritema; • amiloidoz; • tromboemboliya; • sistit; • digər

Klinika

Crohn xəstəliyinin klinik təzahürləri prosesin lokalizasiyası, davametmə müddəti və ağırlaşmanın xarakterindən asılı olaraq dəyişir:

- diareya - 90%;
 - təkrarlanan ağrılar;
 - qarında kütlə;
 - qızdırma;
 - anemiya;
 - anorektal patologiya;
 - yorğunluq;
 - malnutrisiya;
 - arıqlama.
- terminal ileit üçün xarakterik əlamətlər: uzunmüddətli diareya, qarın ağrıları, ümumi zəiflik, arıqlama və subfebril qızdırma;
 - diareya ən çox rast gəlinən əlamətdir, adətən bağırsağın iltihabı və malabsorpsiya mənşəli olur. Nəcis qansız və ya qanlı olur;
 - ağrılar adətən təkrarlanan və sancışəkili xarakterlidir, dəqiq lokalizasiyası olmur. Qida qəbulundan sonra artır, defekasiyadan sonra isə azalır. Bəzən terminal ileiti kəskin appendisitdən klinik cəhətdən fərqləndirmək çətin olur;
 - uzunmüddətli Crohn xəstəliyi zamanı kor ilgək sindromu - malnutrisiya əlamətləri (arıqlama, dəmir defisitli anemiya, steatoreya, halsızlıq və s.) meydana çıxır;
 - anal nahiyənin Crohn xəstəliyində xronik yan lokalizasiyalı anal çat, fibroz poliplər, xoralar, anal fistul, pararektal abseslər müşahidə olunur. Bu əlamətlər bəzən regional ileit və kolonun obstruksiyasından illər əvvəl təzahür edir;
 - kəskin bağırsaq keçməzliyi Crohn xəstəliyinin ən çox rast gəlinən və təcili cərrahi əməliyyat tələb edən ağırlaşmasıdır. Abseslə

ağırlaşma zamanı qarında kütlə və sepsis əlamətləri (yüksək hərarət, taxikardiya, taxipnoe və s.) aşkar edilir. Abseslər spontan və ya cərrahi drenajdan sonra sağalır və ya fistullar əmələ gəlir;

- Crohn xəstəliyinə ümumi ağırlaşma əlamətləri də (malnutrisiya, artrit və dəri zədələnmələri) xarakterikdir.

Diaqnostika

Şübhə

- uzunmüddətli diareya, təkrarlanan qarın ağrıları və subfebril hərarət olan xəstələrdə Crohn xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır;
- ailə üzvlərində və anamnezində Crohn xəstəliyi olan şəxslərdə anorektal patologiya, qarındaxili abseslər, xarici fistullar olması şübhələri daha da artırır;
- kəskin bağırsağ keçməzliyi, bağırsaqdaxili kütlə, abses müəyyən edilən xəstələrdə Crohn xəstəliyindən şübhələnmək lazımdır.

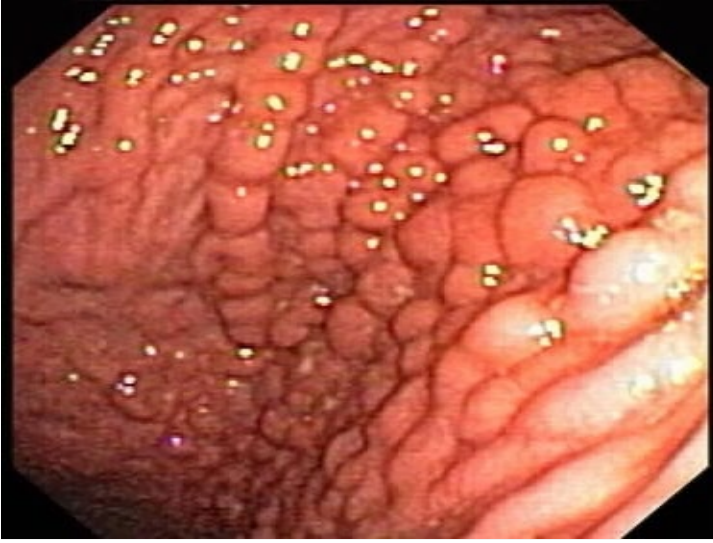
Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi

Crohn xəstəliyinin spesifik klinik, laborator və görüntüləmə əlamətləri yoxdur. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün klinik müayinələrlə yanaşı KT/MRT, endoskopiya+biopsiya, bəzən genetik müayinələr və alınmış məlumatların differensial diaqnostik interpretasiyası lazım gəlir.

Crohn xəstəliyinin diaqnostik əlamətlərinə aiddir:

- xarakterik anamnez (uzunmüddətli diareya, təkrarlanan qarın ağrıları, özündə və ya ailə üzvlərində Crohn xəstəliyinin mövcudluğu); endoskopik əlamətlər (şək. 6);
- KT /MRT əlamətləri;

- biopstatda qranulomatoz iltihab əlamətləri.



Şək. 6. Crohn xəstəliyində endoskopik görünüş
(kapsul endoskopiyası)

Laborator

Yüksək leykositoz, EÇS-nin artması, CRZ, hipoalbuminemiya, steatoreya, D-ksilozanın absorbsiyasının azalması, nəcisin bakterioloji mayinəsi, genetik müayinələr (NOD2/CA RD 15 genləri) iltihab prosesinin ağırlıq dərəcəsini və ağırlaşmaları təyin etməyə imkan verir.

Endoskopiya

Mütləq müayinədir, patoloji prosesin lokalizasiyasını, əlavə lokalizasiyaları, diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və biopsiya materialı alınması üçün vacib müayinədir.

KT/MRT

- bağırsağın divarının qalınlaşması;
- bağırsağın daralması;

- çözün infiltrasiyası;
- limfodenopatiya;
- abses(lər);
- xarici və daxili fistul(lar)

Differensial diaqnoz

Crohn xəstəliyinin diaqnostikası prosesində uyğun lokalizasiyalı digər xəstəliklərin differensiasiyası olduqca əhəmiyyətlidir: kəskin appendisit, düz bağırsağın vərəmi, limfoma və digər mənşəli ileitlər; Crohn xəstəliyi mənşəli koliti isə qeyri-spesifik xoralı kolit və yoğun bağırsağın adenokarsinoması ilə diferensiasiya etmək lazımdır.

- **Qeyri-spesifik xoralı koliti** yoğun bağırsağın Crohn xəstəliyindən klinik baxımdan differensiasiya etmək adətən çətin olur. Diareyanın nisbətən azsaylı və qansız olması, perianal patologiyalar, seqmentar zədələnmələr, transmural zədələnmələr, bağırsağın divarının və çözün qalınlaşması, böyük mukozal xoralar və çatlar, düz bağırsağın normal görünüşü, qranulomalar və biopsiya materialında xarakterik transmural qranulomatoz iltihab (patohistoloji müayinənin nəticəsi) Crohn xəstəliyi üçün xarakterikdir. Differensiasiya çətinlikləri olduqda genetik müayinələr aparılmalıdır. Az hallarda xəstələrə “təyin olunmayan kolit” diaqnozu qoyulur .
- **Kəskin appendisit** Crohn xəstəliyindən differensiasiya etmək çətinidir, və əksər hallarda səhih diaqnoz əməliyyat vaxtı qoyulur. Əməliyyatönu dövrdə şübhələr yarandıqda KT faydalı ola bilər.
- **Bağırsağın vərəmi** mədə-bağırsaq traktının hər yerində rast gəlinir. Lakin qalça bağırsağın distal hissəsi hər 2 patologiyada daha çox zədələnilir. Differensiasiya çətinlikləri bu amillə və klinik oxşarlıqlarla bağlıdır. KT-nın informativliyi azdır, çünki hər 2 halda bağırsağın divarının və çözün qalınlaşması, limfodenopatiya müəyyən edilir. Differensiasiya prosesində anamnez, genetik

müayinələr və biopsiya materialının patohistoloji müayinələrinin nəticələri faydalı ola bilər. Lakin əksər hallarda diaqnoz bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyasından sonra (bağırsaq vərəmində də cərrahi müalicə tövsiyə olunur) qoyulur.

- **Limfoma** Crohn xəstəliyindən görüntüləmə (KT/MRT) əlamətləri ilə differensiasiya oluna bilər. Lakin diaqnozun verifikasiyası üçün biopsiya materialının götürülməsi vacibdir.
- **Karsinoma** yalnız patomorfoloji müayinələrin nəticələri əsasında Crohn xəstəliyindən differensiasiya olunur. Bəzi xəstələrin düz bağırsağından biopsiya üçün material götürmək mümkün olmur və ya biopstatın histoloji müayinələrinin nəticələri yanlış (yalnız müsbət və ya yalnız mənfi) olur. Belə hallarda bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası vacibdir.

Xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin təyini

- Klinik praktikada Crohn xəstəliyinin ağırlıq dərəcələri ilə əlaqədar bir neçə təsnifat istifadə edilir: Crohn's Disease Activity Index (CDAI), Harvey-Bradshaw Index (HBI).
- Sadə klinik təsnifata görə xəstəliyin 4 dərəcəsi ayrılır:
 - **Asimptomatik;**
 - **Yüngül dərəcə** - oral qidalanma rahatsızlıq vermir (diareya və ağrılar olmur), dehidratasiya, qarında ağrılar, kütlə, bağırsaq keçməzliyi, sepsis əlamətləri və arıqlama olmur;
 - **Orta dərəcə** - oral qidalanma rahatsızlıq verir (qarında ağrılar, ürəkbulanma, qusma), hərərət, anemiya və arıqlama müşahidə olunur;
 - **Ağır dərəcə** - qlükokortikoid və digər immunomodulyator müalicəsinə baxmayaraq xəstələrin vəziyyəti yaxşılaşmır və ya kaxeksiya, toksik-septik əlamətlər və cərrahi ağırlaşmalar (abses, fleqmona, kəskin peritonit, kəskin bağırsaq keçməzliyi) inkişaf edir.

Müalicə

Crohn xəstəliyinin spesifik müalicə üsulu yoxdur. Mövcud konservativ və cərrahi əməliyyat üsulları iltihabın şiddətinin və residivlərin tezliyinin azaldılmasına, remissiya dövrünün uzadılmasına, ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsinə yönəlmişdir.

Konservativ müalicə:

- iltihabəleyhinə müalicə: aminosalisilatlar (mesalazin, salofalk, sulfosalazin);
- immunosupressor terapiya (azatioprin, steroid preparatları: prednizolon, hidrokortizon, budesonid);
- antibiotikoterapiya (siprofloksasin, metronidazol);
- infliximab (anti-TNF α) və
- dietik (əsirgəyici) qidalanma.

Cərrahi müalicə:

Cərrahi müalicə palliativ xarakter daşıyır, əsasən ağırlaşmalar zamanı və konservativ müalicəyə tabe olmayan bəzi hallarda göstərişdir:

- obstruksiya (ən çox rast gələn göstərişdir);
- perforasiya (abses, daxili və xarici fistullar, kəskin peritonit);
- massiv qanaxma.

Crohn xəstəliyində laparoskopik yol ilk seçimdir və aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar aparılır:

- bağırsağın zədələnmiş hissəsinin rezeksiyası;
- strikturoplastika;
- abses(lər)in sanasiyası və drenajı.

Əməliyyatdan sonra profilaktik məqsədlə uzunmüddətli mesalazin və metronidazol istifadəsi tövsiyə olunur.

Diqqət!!!

Kəskin appendisit diaqnozu və ya şübhəsi ilə laparotomiya və ya laparoskopiya zamanı xəstədə Crohn xəstəliyinə şübhələr yaranarsa

və kor bağırsaq iltihablı inkar edildikdə terminal ileitə görə distal ileuma toxunmamaq və appendektomiya, kor bağırsaq iltihablı olduqda isə ileosekal rezeksiya və appendektomiya icra oluna bilər.

Müalicə üsulunun seçimi

Müalicə üsulunun seçimi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə əsaslanılır:

- Yüngül və orta şiddətli iltihab prosesi zamanı konservativ müalicə təyin edilir: əsirgəyici pəhriz və mesalazin müalicəsi başlanılır, müalicəyə cavab olmadıqda antibiotik əlavə edilir. Müsbət reaksiya alınmadıqda steroid preparatı təyin olunur. Müalicə yenə effektiv olarsa anti-TNF, və nəhayət son addım kimi cərrahi müalicə seçilir.

DÜZ BAĞIRSAĞIN TƏK XORASI

Tərif

Tək xora düz bağırsağın anal kanala yaxın nahiyəsində müşahidə edilir.

Diaqnostik əlamətlər

Rektal qanaxmalar, düz bağırsaqdan ifrazat xaric olması, rektovə ya kolonoskopiya zamanı xoranın aşkar edilməsi.

Etiologiya

Etiologiyası tam məlum deyil. Lakin düz bağırsağın divarının mexaniki zədələnmələri, həmçinin bu nahiyədə arterial qan axınının azalması əsas etiopatogenetik faktorlara aid edilir.

Risk faktorları

- Xroniki qəbizlik;
- Rektal prolaps;
- Bağırsaq peristaltikasında gərginlik

Klinika

- Rektal qanaxma(lar);
- Bağırsaq peristaltikası zamanı gərginlik hissi;
- Anusdan axıntı olması;
- Qəbizlik və ya ishal;
- Anal kanal nahiyəsində ağrılar və ya anal sfinkter əzələlərinin spazmı;
- Anal inkontinensiya

Diaqnostika üsulları

- Digital müayinə;
- Rektoskopiya;
- Sigmoidoskopiya;
- Kolonoskopiya;
- Endorektal USM

Müalicə

Konservativ

- Xəstəliyin yüngül formalarında yalnız qidalanma rejimində dəyişiklik edilir. Qəbizliyin aradan qaldırılması üçün lifli qidalara üstünlük verilməsi məsləhət görülür;
- Xora bölgəsinə dərmanli imalə edilə bilər. Aliminium duzu tərkibli imalələr xoranın üzərini örtür və onun sağalmasını asanlaşdırır.

Cərrahi müalicə. Rektal prolapsla birgə tək xora cərrahi müalicəyə göstərişdir.

ANAL VƏ PERİANAL BƏDXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏR

Anal kanal vəzili selikli qişadan ibarətdir, perianal sərhəd epidermislə tamamlanmışdır. Anal kanalın selikli qişası histoloji cəhətdən 3 tip epiteli hüceyrələrindən təşkil olunmuşdur:

- vəzili (proksimal hissədə yerləşir);
- keçici (orta bölgədə);
- yastı (distal hissədə). Distal hissədə anusun yastı epitelə malik selikli qişası perianal dəridə tamamlanır. Bu nahiyə anal sərhəd adlandırılır.

Anal kanalda 2 fərqli kateqoriyaya malik şişlər əmələ gəlir. Şişlər hər 3 tip epitel hüceyrələrindən inkişaf edirlər. Keçici (tranzitor) və ya yastı epitel hüceyrələrindən inkişaf edən şişlər **yastı hüceyrəli kanserlərdir**.

- **Bazaloid (və ya kloakogenik və ya birləşdirici sahə) karsinoması** yastı hüceyrə karsinomasını variantıdır və tranzitor (keçici) zonanın epitelindən inkişaf edir;
- **Adenokarsinomalar** anal kanalın vəzi elementlərindən inkişaf edirlər. Lakin bu şişlər nadir rast gəlinirlər. Anal kanalın adenokarsinoması rektal adenokarsinoma kimi gedişə malikdir. Bu səbəbdən müalicə taktikası və həcmi oxşardır.
- Anal sərhəddə inkişaf edən şişlər **anal hüddü və ya perianal dəri kanserləri** adlandırılır. Melanomalar istisna olmaqla, perianal dəri kanserləri bioloji cəhətdən digər lokalizasiyalı dəri kanserlərindən fərqlənmirlər.



Rastgəlmə

Həzm sisteminin bədxassəli törəmələrinin 2-4%-i anal kanalın payına düşür. 50 yaş üzərində insanlar risk qrupuna aid edirlər.

Klinika

- Anal kanaldan qanaxma - 45%;
- anusda ağrılar - 30%;
- anus nahiyəsində şişkinlik;
- anusda qaşınma hissi;
- anal kanalda sağalmayan xoralamış yaralar

Təsnifat

- Epidermoid kanser;
- bazal hüceyrəli kanser;
- adenokarsinoma;
- melanoma;
- kiçikhüceyrəli kanser;
- verrukoz karsinoma (yüksək differensiasiyalı skvamoz hüceyrəli xərçəng: xoş gedişlidir, proqnozu əlverişli olur);
- anal kanalın Peget xəstəliyi;
- differensiasiya etməyən kanser

Diaqnostika

Şişin mərhələsinin təyini

- Anal kanalın selikli qişasının istənilən şişi kanser kimi qəbul və təyin edilir, eyni taktika ilə müalicə olunur;
- anal kanalın kanserlərinin TNM təsnifatı şişin ölçüsü, ətraf orqanlara və limfa düyünlərinə invaziyası, distal metastazların olmasına əsaslanır;
- Anal kanal şişləri limfa düyünlərinə daha tez və sürətlə yayılırlar;
- Perianal dəri şişləri isə limfa düyünlərinə xeyli gec yayılırlar.

Perianal dəri kansərləri

Perianal dərinin yastı hüceyrəli karsinoması (YHK) bioloji cəhətdən özünü digər lokalizasiyalarda dərinin yastı hüceyrə karsinoması kimi aparır və oxşar təsnifata malikdir. Lakin limfatik drenaj bu zonaya əsasən təyin edilir.

Limfatik drenaj

Dişli xəttədən proksimalda yerləşən şişlərin limfatik drenajı rektal kanserlərdə olduğu kimidir,yəni perirektal və paravertebral limfa düyünlərinə doğrudur. Dişli xəttədən aşağıdakı şişlərin limfatik drenajı qasıq və bud limfa düyünlərinədir. TNM təsnifatına görə perirektal limfa düyünlərinə yayılma N₁; eyni tərəfli (unilateral) daxili qalça və ya səthi qasıq düyünlərinə metastaz isə N₂ xəstəlik kimi təyin edilir. Həm perirektal, həm də qasıq düyünlərinə metastazlar və ya ikitərəfli daxili qalça və ya qasıq düyünlərinə metastazlar isə N₃ xəstəliyi kimi tanınır.

Müayinə metodları

- Fiziki müayinə və birincili şişin biopsiyası;
- Qasıq zonasının palpasiyası;
- Döş qəfəsi, qarın boşluğu və çanağın KT;
- MRT;
- PET/KT;
- qadınlarda əlavə olaraq servikal kanser görə müayinələr aparılır.

Müalicə

- Şişin lokal rezeksiyası;
- kimyəvi terapiya ilə şüa terapiyasının kombinasiyası və
- yalnız şüa terapiyasından ibarətdir.

Cərrahi müalicə

- abdomino-perineal rezeksiya (APR) (ölüm faizi 3% bərabərdir);
- kimyəvi terapiya;
- şüa terapiyası

Hazırda əksər xəstələrdə 1 sm normal toxuma hüdudlarının saxlanması şərti ilə geniş lokal rezeksiya aparılır. Bəzi hallarda şişin residivi baş verdikdə (50% hallarda), yenidən lokal rezeksiya və ya qasıq limfodenoektomiyası aparıla bilər. 2 sm-dən kiçik şişlərin bu tip cərrahi rezeksiyasından sonra 5 illik sağqalma faizi 80%-dən yuxarı olur. Şiş anusun çevrəsinin 50%-dən çoxunu əhatə etdikdə APR məqsədəuygundur.

Kombinə olunmuş terapiya

Kimya-şüa terapiyasının tətbiqi hesabına anal kanal kanserlərinin tam müalicəsi mümkündür.

Proqnoz

Proqnoz şişin ölçüləri və limfa düyünlərinin prosesə cəlb olunması səviyyəsindən asılıdır. Anal kanalın şişlərinə görə kombinə olunmuş müalicədən sonra 5-illik sağqalma göstəricisi aşağıdakı kimidir:

- I mərhələ - 70%;
- II mərhələ - 59%;
- III mərhələ - 41%;
- IV mərhələ - 19%

DÜZ BAĞIRSAĞIN BƏDXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

Tərif

Düz bağırsağ yəğun bağırsağın anal kanala açılan terminal hissəsidir.

Bu hissənin törəmələrinin bioloji təbiəti və klinik gedişi MBT-nin digər lokalizasiyalarından fərqli özəllikləri ilə seçilir.

Diaqnostik əlamətlər

Düz bağırsağın funksional dəyişiklikləri (ishal, qəbizlik, onların növbələşməsi), qarında davamlı ağrılar, nəcisdə gizli qan olması, düz bağırsaqdan qan gəlməsi, lentşəkilli nəcisin xaric olması və s.

Rastgəlmə

Dünya üzrə ildə 1,2 milyon və Avropada ildə 140.000 insanda düz bağırsağın yeni törəmələri müəyyən edilir.

Düz bağırsağ xərçənginin rastgəlmə tezliyi 5-6% hədlərindədir.

Təsnifat

- Adenokarsinoma;
- Limfoma;
- Sarkoma;
- Karsinoid tümör

Risk faktorları

- Qırmızı ət və heyvan mənşəli yağla zəngin qida qəbulu;
- ailədə yəğun bağırsağ xərçəngi;
- yəğun bağırsağ polipləri;
- bağırsağın iltihab xəstəlikləri;

- ailəvi adenamatoz polipoz

Klinika

- Asimptomatik (əksər xəstələrdə);
- qəbizlik (şişin ölçüsü 5 sm-dən çox olduqda);
- düz bağırsaqdan qan gəlməsi (xəstələrinin 60%-də);
- qarın ağrıları;
- iştahsızlıq;
- qalça sümüyündə ağrılar

Diagnostika

- Hemoqram;
- şiş onkomarkerləri;
- anoskopiya;
- rektoskopiya və şişdən biopsiya götürülməsi;
- kolonoskopiya;
- çanaq və abdominal KT;
- çanaq və abdominal MRT;
- endorektal ultrasonoqrafiya

Müalicə

- Kimyaterapiyası;
- Radioterapiya;
- Cərrahi əməliyyat

Diqqət!!! Kimyaterapiya və radioterapiya planlı cərrahi əməliyyatdan əvvəl, situasiyadan asılı olaraq 1,5-2 ay müddətlərində aparılır. Kəskin bağırsaq keçməzliyi, kəskin peritonit, dayanmayan qanaxma və digər təcili vəziyyətlərə görə cərrahi əməliyyatlardan sonra kimya- və radioterapiya aparılması göstərişdir.

RETROREKTAL TÖRƏMƏLƏR

Retrorektal və ya presakral bölgədə (anusla büzdüm arasındakı bölgə) həcmi törəmələr nadir rast gəlinir. Retrorektal şişlər bir qayda olaraq asimptomatik olurlar. Onlar rektal və (və ya) ginekoloji müayinələr zamanı təsadüfən aşkar edilir və çanaq MRT ilə təsdiq olunur. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi və mərhələnin təyini üçün endorektal sonografiya, abdominal və çanaq KT, MRT, PET/KT tövsiyə olunur. Bu lokalizasiyalı şişlərin böyük qismi xoşxassəli olur. Bədxassəli törəmələr az hallarda rast gəlinir.

Təsnifat

<i>Anadangəlmə</i>	
Xoşxassəli	Bədxassəli
<ul style="list-style-type: none">• Teratoma• Kordoma• Epidermoid sist• Pilonidal sinus	<ul style="list-style-type: none">• Teratokarsinoma
<i>Qazanılma</i>	
Xoşxassəli	Bədxassəli
<ul style="list-style-type: none">• Neyrofibroma• Şvannoma• Qanglionevroma	<ul style="list-style-type: none">• Ependimoma• Neyroblastoma• Qanglioneuroblastoma

Diaqnostika

- Rektal (digital) və ginekoloji (bidigital) müayinələr;
- pelvik MRT, KT, PET/KT müayinələri

Müalicə

Retrorektal şişlərin qiymətləndirilməsində və müalicəsində yumşaq toxumaları, sinir və sümük strukturları əhatə etməklə çanağın anatomiyasının özəlliklərinin öyrənilməsi böyük əhəmiyyət daşıyır. Bioloji təbiətindən və klinik gedişindən asılı olmayaraq şişlərin cərrahi tamlığı pozulmadan kapsulla birgə çıxarılması məsləhət görülür.

**Düz bağırsağ və anal nahiyənin
cərrahi xəstəlikləri üzrə test sualları**
(tünd şriftli cavablar doğrudur).

1. Promontoriumdan anorektal xəttə qədər məsafə nə qədərdir?
 - A) 8-10 sm
 - B) 11-13 sm
 - C) 15-16 sm**
 - D) 17-19 sm
 - E) 20-22 sm
2. Anal kanalın uzunluğu hansı kəmiyyətə uyğundur?
 - A) 5-6 sm
 - B) 4-5 sm
 - C) 1-2 sm
 - D) 3-4 sm**
 - E) 2-3 sm
3. Defekasiya aktı zamanı az miqdarda al qan xaric olması, anus nahiyəsində kəskin ağrılar, yəni “nəcisə getməkdən qorxmaq” hansı xəstəlik üçün xarakterikdir?
 - A) anal kanalın çatı**
 - B) düz bağırsağın polipi
 - C) sfinkterit
 - D) hemorroy
 - E) düz bağırsağın xərçəngi
4. Büzdümün epitelial yolunun irinli iltihabı zamanı hansı müalicə üsulunun tətbiqi məqsədəuyğundur?
 - A) absesin punksiyası, punktatın xaric edilməsi və boşluğa antibiotik yeridilməsi
 - B) absesin açılması və boşluğun drenajı
 - C) irinliyin acılması, epitelial yolun kəsilməsi və yaranın açıq üsulla müalicəsi**
 - D) epitelial yolun haşiyəvi kəsilməsi və yaranın tikilməsi

- E) irinliyin açılması, epitelial yolun kəsilməsi və yaranın dibindən keçməklə seyrək tikilməsi
5. Anal çat necə diaqnostika olunur?
- A) rektoromanoskopiya
 - B) kolonoskopiya
 - C) düz bağırsağın barmaq müayinəsi
 - D) perianal sahəyə baxış**
 - E) endorektal USM
6. Hansı simptom anal çata ən çox aiddir?
- A) anal hərarətin yüksəlməsi
 - B) qəbizlik
 - C) anal inkontinensiya
 - D) defekasiya aktından sonra kəskin ağrılar**
 - E) diareya
7. 85% hallarda anal çat lokalizə olunur.
- A) saat 12 istiqamətində
 - B) saat 3 istiqamətində
 - C) saat 9 istiqamətində
 - D) saat 6 və 12 istiqamətlərində
 - E) saat 6 istiqamətində**
8. Anal çata hansı simptomokompleks xasdır?
- A) defekasiya aktı zamanı və sonra kəskin ağrılar**
 - B) anal sfinkter çatmazlığı
 - C) anal tromboz
 - D) melena
 - E) hemorroy düyünlərinin boğulması
9. Proktoloji xəstələrin diaqnostika metodu kimi vacibdir.
- A) anal nahiyəyə vizual baxış
 - B) düz bağırsağın barmaq müayinəsi
 - C) mədə-bağırsaq traktının kontrastlı Rentgenoloji müayinəsi
 - D) anoskopiya və rektoromanoskopiya**

- E) sfinkterometriya
10. Yoğun bağırsağın uzunluğu nə qədərdir?
- A) 50 sm
 - B) 80 sm
 - C) 150 sm**
 - D) 200 sm
 - E) 300 sm
11. Anal çat əsasən harada yerləşir?
- A) anal kanalın ön və arxa yarım dairəsində
 - B) anal kanalın ön dairəsində
 - C) anal kanalın sol dairəsində
 - D) anal kanalın sağ dairəsində
 - E) anal kanalın arxa dairəsində**
12. Anal çatın əmələ gəlməsinə səbəb hansılardır?
- A) hemorroy, kəskin paraproktit və proktit
 - B) uzun müddətli qəbizlik, düz bağırsağın və anal kanalın travması**
 - C) uzun müddətli qəbizlik, kəskin paraproktit və proktit
 - D) uzun müddətli qəbizlik, hemorroy
 - E) kəskin paraproktit və proktit, düz bağırsağın və anal kanalın travması
13. Lateral sfinkterotomiya hansı xəstəlik zamanı göstərişdir?
- A) düz bağırsağın selikli qişasının düşməsi
 - B) xroniki paraproktit
 - C) daxili hemorroy düyünlərinin düşməsi ilə müşahidə olunan hemorroy
 - D) koksiodiniya
 - E) sfinkterin tonusunun yüksəlməsi ilə müşahidə olunan hemorroy və anal çat**
14. Anal çatın diaqnozunun təsdiqi üçün hansı müayinə yetərlidir?
- A) kolonoskopiya

- B) irriqoskopiya
C) düz bağırsağın barmaqla müayinəsi
D) anoskopiya
E) rektoromanoskopiya
15. Xroniki kallyoz çatın müalicəsi zamanı ən effektiv üsul hansıdır?
A) lateral internal sfinkterotomiya (LİS) və çatın haşiyəvi kəsilməsi
B) novokain məhlulu ilə presakral blokada
C) çatın altına spirtli novokain məhlulu inyeksiyası
D) oturaq vannaları
E) sfinkterin barmaqla genişləndirilməsi
16. Anal çat zamanı daxili sfinkter əzələsi hansı dərinlikdə sfinkterotomiya edilir?
A) 2,0 sm-dən çox
B) 1,5-2,0 sm
C) 0,8 -1,0 sm
D) 0,5 - 0,8 sm
E) 1,0 - 1,5 sm
17. Daxili hemorroyin inkişafında əsas səbəb hansıdır?
A) hamiləlik
B) qəbizlik
C) portal hipertenziya
D) kiçik çanağın massiv şişi
E) düz bağırsağın xərçəngi
18. Ağırlaşmış hemorroya hansı kliniki simptom aiddir?
A) defekasiya aktından sonra al qan gəlməsi
B) defekasiya aktı zamanı və sonra ağrılar
C) anal nahiyədə bənövşəyi-göyərmiş elastik şişkinliklərin olması
D) melena
E) titrətmə

19. Hemorroyin əmələ gəlməsi səbəbləri hansılardır?
- A) ağır fiziki iş, alkohol qəbulu, uzunmüddətli və davamlı qəbizlik, artıq çəki
 - B) ağır fiziki iş, alkohol qəbulu, proktosiqmoidit, artıq çəki
 - C) alkohol qəbulu, proktosiqmoidit, uzunmüddətli və davamlı qəbizlik, artıq çəki
 - D) ağır fiziki iş, proktosiqmoidit, uzunmüddətli və davamlı qəbizlik, artıq çəki
 - E) ağır fiziki iş, alkohol qəbulu, proktosiqmoidit, uzunmüddətli və davamlı qəbizlik**
20. Milligan-Morgan üsulu ilə hemorroidektomiya nədir?
- A) saat əqrəbinin 2, 5, 8 istiqamətlərində hemorroy düyünlərinin kəsilməsi
 - B) saat əqrəbinin 3, 7, 11 istiqamətlərində hemorroy düyünlərinin kəsilməsi və anal kanalın selikli qişasının bərpası
 - C) saat əqrəbinin 3, 7, 11 istiqamətində hemorroidal düyünlərin kəsilərək xaric edilməsi**
 - D) anal kanalın selikli qişasının sirkulyar kəsilməsi
 - E) xaricə çıxan hemorroidal düyünlərin kəsilməsi
21. Anal kanalın kəskin çatı ilə ağırlaşmış hemorroy olan xəstədə nə etmək lazımdır?
- A) hemorroidektomiya
 - B) presakral novokain blokadası**
 - C) iltihab əleyhinə müalicə
 - D) hemorroidektomiya ilə birlikdə yan sfinkterotomiya
 - E) anal çatın kəsilməsi
22. Hemorroy düyününün kəskin trombozunun radikal müalicə üsulu hansıdır?
- A) antikoagulyantlar
 - B) presakral novokain blokadası
 - C) skleroterapiya

- D) soyuq qoyulması
- E) cərrahi əməliyyat**
23. Hemorroidektomiyadan sonra ən çox hansı ağırlaşma rast gəlinir?
- A) qanaxma
- B) nəzərəcarpan ağrı simptomu
- C) sidik ləngiməsi**
- D) perianal ödem
- E) kəskin paroproktit
24. Defekasiya aktı zamanı hemorroidal qanaxma nə ilə xarakterizə olunur?
- A) laxtalarla birgə al qan xaric olması
- B) laxtalarla birgə tünd qan gəlməsi və melena
- C) nəcisdə qan və selik qarışığı
- D) nəcisdə qan və selik qarışığı
- E) nəcisin üstündə al qan görünməsi**
25. Qarışıq tipli hemorroyda əməliyyat növü hansıdır?
- A) liqatura qoyulması
- B) selikli qişanın düyünlərlə birgə sirkulyar kəsilməsi və endirilməsi
- C) Milliqaqan-Morqaqan əməliyyatı**
- D) hemorroy düyünlərin elektrokoagulyasiyası
- E) hemorroy düyünlərinin fotokoagulyasiyası
26. Çox nadir rast gəlin hemorroidal ağırlaşma hansıdır?
- A) anemiya
- B) anorektal tromboz
- C) düyünlərin düşməsi
- D) boğulmuş düyünlərin nekrozu
- E) düyünlərin malignizasiyası**
27. Hemorroy xəstəliyinin II-III dərəcələrində hansı halda cərrahi əməliyyat göstərişdir?
- A) proktosiqmoiditlə yanaşı olduqda

- B) hamiləlik olduqda
C) nəzərəçarpan anemiya olduqda
D) portal hipertenziya mənşəli olduqda
E) düz bağırsağın yanaşı xərçəngi olduqda
28. Rektal fistulun klinik şəkili hansı simptomla xarakterizə olunur?
A) defekasiya aktı zamanı qan xaric olması
B) hərarətin yüksək olması
C) nəcisə getmək qorxusu
D) fistuldan irin çıxması ilə müşahidə olunan residiv verən paraproktit
E) defekasiya aktı zamanı seliyn xaric olması
29. Kəskin işiorektal paraproktit zamanı hansı əməliyyat göstərişdir?
A) irinliyin bağırsaq mənfəzindən açılması
B) irinliyin punksiyası və antibiotiklərin vurulması
C) anal kanal tərəfdən kriptin kəsilməsi, irinliyin açılması və drenaj edilməsi
D) absesin punksiyası, yuyulması və drenaj edilməsi
E) aralıqdan büzdüm-düz bağırsaq bağının kəsilməsi ilə irinliyin açılması
30. Paraproktitin etiologiyasında ən əsas amil hansıdır?
A) düz bağırsağın selikli qişasının travması
B) anal vəzilərin iltihabı
C) hemorroy
D) ümumi septik xəstəlik
E) düz bağırsağın düşməsi
31. Kəskin paraproktitin əmələ gəlməsi üçün hansı etioloji faktor ən vacibdir?
A) düz bağırsaqdan qanaxma
B) düz bağırsağın selikli qişasının defekti
C) anal vəzi axacağıının tutulması ilə iltihabı
D) ishal

- E) qəbizliyə meyillilik
32. Ekstrasfinkter fistul zamanı əlavə irinlik boşluğu olduqda ən effektiv radikal əməliyyat hansıdır?
- A) irinliyin drenaj olunması
B) fistulun kəsilməsi və sfinkteroplastika
C) bağırsağ mənfəzindən fistulun kəsilməsi
D) liqatura qoyulması, irinliyin açılması və drenaj olunması
E) selikli qişanın endirilməsi və sfinkteroplastika
33. Dərialtı kəskin paraproktit tipik halda hansı əlamətlə xarakterizə olunur?
- A) çanağın dərinliyində ağrılar
B) anusdan selik xaric olması
C) aralıq dərisinin hiperemiyası ilə birgə şişkinlik olması
D) pararektal fistul
E) aralıqın dərisində patoloji dəyişikliklərin olmaması
34. Kəskin dərialtı paraproktitə hansı əlamət xarakterik deyil?
- A) aralıq nahiyəsində şişkinlik
B) defekasiya aktından müəyyən müddət sonra ağrılar olması
C) aralıq nahiyəsində ağrılar
D) şişkinliyin üzərində dərinin hiperemiyası
E) hərarətin yüksəlməsi
35. Kəskin paraproktitin müalicə metodu hansıdır?
- A) kimyəvi terapiya
B) radioterapiya
C) irinliyin açılması və drenajı
D) vitaminoterapiya
E) sulfanilamid preparatları ilə müalicə
36. Xroniki paraproktitin diaqnostikasının ən informativ metodu hansıdır?
- A) USM

- B) fibrokolonoskopiya
 - C) angioqrafiya
 - D) fistuloqrafiya**
 - E) KT
37. Pararektal fistulların müalicə metodu hansıdır?
- A) radioterapiya
 - B) vitaminoterapiya
 - C) antibiotikoterapiya
 - D) kimyəvi terapiya
 - E) fistul yolunun kəsilərək xaric edilməsi**
38. Pararektal fistulları ən çox əmələ gətirən səbəb hansıdır?
- A) kəskin paraproktit**
 - B) hemorroïd
 - C) anal çat
 - D) koksiodiniya
 - E) anal qaşınma
39. Kəskin paraproktitin təsnifatı hansına əsaslanır?
- A) etioloji prinsipə
 - B) irinli-nekrotik prosesin və absesin lokalizasiyasına görə**
 - C) sfinkter əzələlərinə münasibətinə görə
 - D) ağırlaşma dərəcəsinə görə
 - E) xəstənin hospitalizə olunmasına görə
40. Pararektal fistulun müalicə metodu:
- A) daxili dəliyin kəsilməsi ilə fistul yolunun ləğvi**
 - B) oturaq antiseptik vannalar
 - C) fistul yolunun yuyulması (antiseptiklərlə)
 - D) fistul yolunun antibiotiklərlə instillyasiyası
 - E) çaytikanı yağı və ya kollarqol məhlulu ilə mikroimalə.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. *Colorectal Dis.* 2009;11:564–571. [PubMed]
2. Cirocchi R, Santoro A, Trastulli S, et al. Meta-analysis of fibrin glue versus surgery for treatment of fistula-in-ano. *Ann Ital Chir.* 2010;81:349–356. [PubMed]
3. Lupinacci RM, Vallet C, Parc Y, et al. Treatment of fistula-in-ano with the Surgisis[®] AFP[™] anal fistula plug. *Gastroenterol Clin Biol.* 2010;34:549–553. [PubMed]
4. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. *Tech Coloproctol.* 2009;13:237–240. [PubMed]
5. Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol.* 2011;15(4):417–422. [PMC free article] [PubMed]
6. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1976;63:1–12. [PubMed]
7. Mishra A, Shah S, Nar AS, Bawa A. The role of fibrin glue in the treatment of high and low fistula in ano. *J Clinic Diagn Res.* 2013;7(5):876–879. [PMC free article] [PubMed]
8. Atkin GK, Martins J, Tozer P, et al. For many high anal fistulas, lay open is still a good option. *Tech Coloproctol.* 2011;15:143–150. [PubMed]
9. Adamina M, Hoch JS, Burnstein MJ. To plug or not to plug: a cost-effectiveness analysis for complex anal fistula. *Surgery.* 2010;147:72–78. [PubMed]
10. Wang JY, Garcia-Aguilar J, Sternberg JA, et al. Treatment of transsphincteric anal fistulas: are fistula plugs an acceptable alternative? *Dis Colon Rectum.* 2009;52:692–697. [PubMed]
11. 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. [PubMed]
12. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1622–1628. [PubMed]
 13. Schouten WR, Zimmermann DD, Briel JW. Transanal advancement flap repair of transsphincteric fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1419–1423. [PubMed]
 14. Mizrahi N, Wexner SD, Zmora O, et al. Endorectal advancement flap: are there predictors of failure? *Dis Colon Rectum* 2002;45:1616–1621. [PubMed]
 15. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano: the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Asso Thai*. 2007;90:581–586. [PubMed]
 16. 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. [PubMed]
 17. 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. [PubMed]
 18. Thomson WH, Fowler AL. Direct appositional (no flap) closure of deep anal fistula. *Colorectal Dis*. 2004;6:32–36. [PubMed]
 19. Wilhelm A. New technique for anal fistula repair using a novel radial emitting laser probe (FILAC™) *Tech Coloproctol*. 2011;15:445–449. [PubMed]
 20. Garcia-Olmo D, Herreros D, Pascual I, et al. Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial // *Dis Colon Rectum*. 2009;52:79–86. [PubMed]
 21. Perera N, Liolitsa D. et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *The Cochrane database of systematic reviews* // *Biologics in colon and rectal surgery*. January 1, 2012.
 22. Johnson EK *Biologics in colon and rectal surgery* // *Clin Colon Rectal Surg* - December 1, 2014; 27 (4); 123-4

23. MacDermid E, Young CJ, Young J, Solomon M *Decision-making in rectal surgery* //Colorectal Dis - March 1, 2014; 16 (3); 203-8
24. Bhama AR, Obias V, Welch KB, Vandewarker JF, Cleary RK. A comparison of laparoscopic and robotic colorectal surgery outcomes using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS NSQIP) database *Surg Endosc.* April 1, 2016. Vol. 30, Issue 4; Pages 1576-84
25. Gingold DS¹, Murrell ZA, Fleshner PR. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with Crohn's disease. *Ann. Surg.* December 1, 2014. Vol.260, Issue 6; Pages 1057-1
26. Ortiz H, Marzo J, Ciga MA, Oteiza F, Armendáriz P, de Miguel M. Randomized clinical trial of anal fistula plug versus endorectal advancement flap for the treatment of high cryptoglandular fistula in ano. *Br J Surg.* June 1, 2009. Vol. 96, Issue 6; Pages 608-2
27. Abbas MA, Jackson CH, Haigh PI. Predictors of outcome for anal fistula surgery //Arch Surg. Published September 1, 2011. Vol. 146, Issue 9; P. 1011-6
28. Meinero P, Mori L, Gasloli G. Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas //Dis. Colon Rectum. March 1, 2014. Vol. 57, Issue 3; P. 354-9
29. Abramowitz L, Soudan D, Souffran M, Bouchard D, Castinel A, Sudauc JM, Staumont G, Devulder F, Pigot F, Ganansia R, Varastet M. The outcome of fistulotomy for anal fistula at 1 year: a prospective multicentre French study //Colorectal Dis. March 1, 2016. Vol. 18, Issue 3; P. 279-5
30. Blom J, Husberg-Sellberg B, Lindelius A, Gustafsson UM, Carlens S, Ooppelstrup H, Bragmark M, Yin L, Nyström PO. Results of collagen plug occlusion of anal fistula: a multicentre study of 126 patients //Colorectal Dis. 1, 2014. Vol. 16, Issue 8; P. 626-0
31. Pini Prato A, Zanaboni C, Mosconi M, Mazzola C, Muller L, Meinero PC, Faticato MG, Leonelli L, Montobbio G, Disma N, Mattioli G¹. Preliminary results of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) in children //Tech Coloproctol. May 1, 2016. Vol. 20, Issue 5; P. 279-5

32. Ding JH, Bi LX, Zhao K, Feng YY, Zhu J, Zhang B, Yin SH, Zhao YJ. Impact of three-dimensional endoanal ultrasound on the outcome of anal fistula surgery: a prospective cohort study //Colorectal Dis. December 1, 2015. Vol. 17, Issue 12; Pages 1104-2
33. Ozturk E. Treatment of recurrent anal fistula using an autologous cartilage plug: a pilot study //Tech Coloproctol. May 1, 2015. Vol.19, Issue 5; P. 301-7
34. Garcia-Olmo D, Guadalajara H. et al. Recurrent anal fistulae: limited surgery supported by stem cells //World journal of gastroenterology. Published March 21, 2015.
35. Kontovounisios C, Tekkis P, Tan E, Rasheed S, Darzi A, Wexner SD. Adoption and success rates of perineal procedures for fistula-in-ano: a systematic review //Colorectal Dis. May 1, 2016. Vol. 18, Issue 5; Pages 441-58
36. Owen HA, Buchanan GN et al. Quality of life with anal fistula //Annals of the Royal College of Surgeons of England. Published May 1, 2016.
37. Rosen DR, Kaiser AM. Definitive seton management for transsphincteric fistula-in-ano: harm or charm? //Colorectal Dis. Published May 1, 2016. Volume 18, Issue 5; Pages 488-5. PMID:PMC4236078
38. Gaurav K, Sudipta S, Manoj A et al. Video-Assisted Anal Fistula Treatment //JSLS. 2014 Jul-Sep; 18(3): e2014.00127. doi: 10.4293/JSLS.2014.00127
39. FilingeriV, BuonomoO, Sforza D. Use Of Flavonoids For The Treatment Of Symptoms After Hemorrhoidectomy With Radiofrequency Scalpel //Eur Rev Med Pharmacol Sci 2014; 18(5):612-6
40. Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids //N. Engl. J. Med. September 4, 2014. Vol. 371, Issue 10; P. 944-1
41. Krammer H, Herold A. Conservative treatment of hemorrhoids: aims and procedures //Dtsch Med Wochenschr. 2004 Sep 3;129 Suppl 2:S85-6

42. Brühl W, Schmauz R. Injection Sclerotherapy and a Bulk Laxative in the Treatment of Bleeding Grade 1 Hemorrhoids //Coloproctology. 2000; 22 211-7
43. Komborozos V, Skrekas G, Pissiotis C. Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases //Dig Surg. 2000; 17 71-6
44. Pezzulo A, Palladino E. Rubber band ligation of hemorrhoids. 5-year follow-up //G Chir. 2000; 21: 253-6
45. Hollingshead JRF, Phillips RKS. Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment //Postgraduate medical journal. Published January 1, 2016
46. Di Palma J. Introducing comprehensive non-surgical anorectal care to the gastroenterology fellowship training curriculum: the University of South Alabama experience //Pract Gastroenterol. 2011; 31-6 (May)
47. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: a comprehensive review //J Am Coll Surg. 2007; 204: 102–17
48. Guttenplan M, Ganz RA. Hemorrhoids: office management and review for gastroenterologists.<http://Touchgastroentorology.com>. (Accessed December 2011)
49. Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids //Surg Clin North Am. 2002; 82: 1153-67
50. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management //World J Gastroenterol. 2012; 18: 2009-7
51. Halverson A. Hemorrhoids //Clin Colon Rectal Surg. 2007; 20: 77–5
52. Schubert MC, Sridhar S, Schade RR. et al. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders //World J Gastroenterol. 2009; 15: 3201-9
53. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D. et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis //Am J Gastroenterol. 2006; 101: 181-8
54. Chong PS, Bartolo DC. Hemorrhoids and fissure in ano //Gastroenterol Clin North Am. 2008;37: 627-44
55. Hain JM. Medical treatment of hemorrhoids using flavonoids //Pract Gastroenterol. 2011; 1-5

56. Cataldo P, Ellis N, Gregorcyk S. et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised): Standards Practice Task Force—the American Society of Colon and Rectal Surgeons //Dis Colon Rectum. 2005; 48: 189-4
57. El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH. et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases //World J Gastroenterol. 2008; 14: 6525-0
58. Iyer VS, Shrier I, Gordon P.H. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids //Dis Colon Rectum. 2004; 47: 1364-0
59. Daram SR, Lahr C, Tang SJ. Anorectal bleeding: etiology, evaluation and management //Gastrointest Endosc. 2012; 76: 406-17
60. Su MY, Chiu CT, Wu CS et al. Endoscopic hemorrhoidal ligation of symptomatic internal hemorrhoids//Gastrointest Endosc. 2003; 58: 871-4
61. Cazemier M, Felt-Bersma RJ, Cuesta MA et al. Elastic band ligation of hemorrhoids: flexible gastroscope or rigid proctoscope? //World J. Gastroenterol. 2007; 13: 585-7
62. Poon GP, Chu KW, Lau WY et al. Conventional vs triple rubber band ligation for hemorrhoids: a prospective randomized trial //Dis Colon Rectum. 1986; 29: 836-8
63. Pilkington SA, Bateman AC, Wombwell S et al. Anatomical basis for impotence following haemorrhoid sclerotherapy //Ann R Coll Surg Engl. 2000; 82: 303-6
64. Mc Rae H.M., Mc Leod, R.S. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis //Can J Surg. 1997; 40: 14-7
65. Mc Rae HM, Larissa KF, Mc Leod R.S. A meta-analysis of hemorrhoidal treatments //Semin Colon Rect Surg. 2002; 13: 77–3
66. Giordano P, Overton J, Madeddu F. et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review //Dis Colon Rectum. 2009; 52: 1665–1
67. Nelson R.L, Thomas K. et al. Non surgical therapy for anal fissure. The Cochrane database of systematic reviews. January 1, 2012
68. Nelson R.L, Chattopadhyay A. et al. Operative procedures for fissure in ano. The Cochrane database of systematic reviews. January 1, 2011



İmanova S.S. – Tibb üzrə fəlsəfə doktoru,
Azərbaycan Tibb Universitetinin
I cərrahi xəstəliklər kafedrasının dosenti,
Azərbaycan kolon və rektum dərnişinin,
Türkiyə kolon və rektum dərnişinin,
Rusiya Koloproktoloqlar Assosiasiyasının üzvü



Bayramov N.Y. – Tibb üzrə elmlər doktoru, Professor,
AMEA-nın müxbir üzvü,
Azərbaycan Tibb Universitetinin
I cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri,
Azərbaycan Cərrahlar Cəmiyyətinin,
Avropa Endoskopik cərrahlar cəmiyyətinin,
Avropa transplantoloqlar cəmiyyətinin üzvü