

DOI: 10.34921/amj.2022.2.006

İsmayılov M.U.

HİRŞPRUNQ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ LAPAROSKOPIYANIN TƏTBİQİ

Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Məqalədə Hirşprunq xəstəliyi (HX) diaqnozu qoyulmuş və təsdiq edilmiş 724 xəstənin retrospektiv analizinin nəticələri təhlil edilmişdir. Bu xəstələrin hamısı laparoskopik əməliyyat olunmuşdur. I qrupa daxil olan 524 uşaqda laparoskopik əməliyyat həyata keçirmişdir. II qrupa aid olan 200 xəstə əvvəllər müxtəlif klinikalarda açıq üsulla operasiya edilmişdir. Onlardan 129 uşaqda palliativ əməliyyat aparılmış (stoma qoyulmuş), 71 uşaqda isə radikal əməliyyat icra edilmişdir. Təqdim edilmiş laparoskopik metod HX-nin radikal korreksiyası üçün universal metod sayılır. Müəllif apardığı müşahidə əsasında belə nəticəyə gəlmişdir ki, uşaqlarda bütün yaşlarda və qüsurun istənilən formasında, o cümlədən təkrari əməliyyatlar zamanı (əvvəllər aparılan müalicə, ağırlaşma, bitişmə prosesinin dərəcəsiindən asılı olmayaraq) bu metodun tətbiqi yaxşı nəticələr almağa kömək edir. Eyni zamanda yüksək səviyyəli morfoloji müayinənin aparılması, əməliyyata qədər və əməliyyat zamanı düzgün cərrahi taktika seçilməsi və müalicənin aparılması üçün əsas şərtidir.

Açar sözlər: Hirşprunq xəstəliyi (HX), laparoskopiya, yoğun bağırsağ, rektovestibulyar fistul, kolorektal anastomoz

Ключевые слова: болезнью Гиршпрунга (БГ), лапароскопия, толстая кишка, ректовестибулярная фистула, колоректальный аностомоз

Keywords: Hirschsprung disease (HD), laparoscopy, colon, rectovestibular fistula, colorectal anastomosis

Uşaqlarda yoğun bağırsağın anadangəlmə inkişaf qüsurları və qazanılma xəstəlikləri zamanı endovideocərrahi texnologiyasının tətbiqi çox geniş yayılmayıb edir və bəzi hallarda müəlliflərin fikirləri də ziddiyyətlidir. Bu metodun ilk və geniş tətbiq edildiyi yeganə sahə Hirşprunq xəstəliyidir (HX). Bu xəstəlik zamanı bəzən təkrari əməliyyatların aparılmasına zərurət yaranması, müdaxilələrin azlığı və ədəbiyyat materiallarının qıtlığı, bu xəstəliklərin ağır keçməsi, qarın boşluğunda olan çoxsaylı bitişmələr və əməliyyatların mürəkkəbliyi ilə bağlıdır.

Bu gün xarici ədəbiyyat mənbələrində bu sahəyə həsr edilmiş tədqiqat işləri mövcuddur. Videoendocərrahi əməliyyatların uşaqlarda bağırsaqların iltihabi xəstəliklərinin [1], invaginasiyaların [2], mekkel divertikulunun [3], Hirşprunq xəstəliyinin [4-7], anorektal qüsurların [8] müalicəsində tətbiqi əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların azalmasını, əməliyyat zamanı qanitirmənin minimuma endirilməsini, bağırsaqların fəaliyyətinin daha tez bərpa olmasını, immun supressiya dərəcəsinin azalmasını

və uşaqların klinikada daha az müddət qalmasını təmin edir.

Yuxarıda şərh edilənləri nəzərə alaraq yoğun bağırsağın ağır inkişaf qüsurlarından olan Hirşprunq xəstəliyinin müalicəsində laparoskopiyanın tətbiqinin optimallaşdırılması tədqiqatımızın əsas məqsədini təşkil etmişdir.

Tədqiqatın material və metodları. 2003-2019-cu illər ərzində ATU-nun və Yevdokimov adına Moskva Tibbi Stomatologiya Universitetinin uşaq cərrahlığı kafedralarında HX-yə görə 724 uşaq cərrahi müalicə edilmişdir. Xəstələrdən 246-sı (33,9%) 1-12 aylıq, 254-ü (35,1%) 1-2 yaş arasında, 134-ü (18,5%) 3-6 yaşlarında, 65-i (9%) 7-10 yaş, 25-i (3,5%) 11-17 yaş arasında olmuşdur. Onlardan 432-si (59,7%) oğlan, 292-si (40,3%) qızlar idi. Hər iki qrupda ən çox xəstəliyin rektosiqmoid formasına rast gəlinmişdir. I qrupda – 413, II qrupda – 129 nəfər.

I qrupda olan 524 nəfərin hamısı laparoskopik üsulla operasiya edilmişdir. 2-ci qrup – təkrari və etap əməliyyatları üçün şəraiti yüksək olmayan klinikalarda icra edilmişdir. Bu uşaqlardan 129 nəfərdə palliativ əməliyyat icra edilmişdir. Əsas etibarilə stoma qoyulması əməliyyatı aparılmışdır. Stomanın ağırlaşması və funksiyasının olmamasına görə hətta xəstədə 6 dəfəyə qədər əməliyyat aparılması hallarına rast gəlinmişdir. Bəzən eyni uşağa əlavə olaraq 2-3 stoma qoyulub. Beləliklə, 41 uşaq (31,8%) dəfələrlə əməliyyat olunub.

71 uşaq inkişaf qüsurunun radikal korreksiyası həyata keçiriləndən sonra ağırlaşmalar baş verdiyinə görə müraciət edib. Bu xəstələrdən 35-i (49,3%) 10 dəfəyə qədər təkrari əməliyyata məruz qalıb. Radikal əməliyyatlar aşağıdakı üsullarla icra edilmişdir. Soavye (açıq) – 26, Svenson (açıq) – 7, Duamel (açıq) – 8, Sakroabdominal-aralıq – 3, laparoskopik Soavye – 17, transanal – 10.

Radikal əməliyyatlardan sonra rast gəlinən ağırlaşmalar da fərqli olmuşdur. Aqanqlionar zonanın qalması – 38, çapıq stenoz – 28, peritonit – 21, bitişmə mənşəli keçməzlik – 17, laparostoma – 14.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik analizi zamanı keyfiyyət göstəricilərinin işlənməsində Pırson χ^2 (xu-kvadrat) meyarı və Fişerin Dəqiq Üsulu tətbiq edilmişdir.

Kəmiyyət göstəricilərinin analizində qeyri-parametrik üsul olan U (Uilkokson-Manna-Uitni) meyarı tətbiq edilmişdir.

Statistik araşdırmalar MS EXCEL və S-PLUS proqramlarından istifadə etməklə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. İlk müraciət etmiş xəstələr standart müayinələrdən keçirilmişdir.

– Ümumklinik analizlər, mübadilə prosesinin qiymətləndirilməsi və korreksiyası, Cl. Difficile toksininin müayinəsi aşkar edilən zaman dekantaminasiyası, US müayinə, irriqoqrafiya, düz bağırsağın selikli qişasının biopsiyası. (2015-ci ilə qədər AXE, 2015-dən sonra isə kalretinin müayinəsi), svenson üsulu ilə biopsiya, total aqanqlioza şübhə olduqda seroz-əzələ qatının etajlı laparoskopik biopsiyası və ya kolonoskopiya ilə kalretinə görə etajlı biopsiya, anorektal monometriya.

2-ci qrupa daxil edilən xəstələrdə yuxarıdakı müayinələrə bunlar əlavə edilmişdir.

– Stoması olan xəstələrin kontrast müayinəsi

nəsi (gətirici və aparıcı ilgək), KT, MPT – Qarındaxili fistulaya, maye yığıntısına və s. ehtiyac olduqda, hazır histoloji materiala baxış, təkrari biopsiya və onun morfoloji verifikasiyası, göstəriş olarsa düz bağırsağın və sfinkterin funksional müayinəsi, göstəriş olduqda çanaq dibi əzələlərin və qapayıcı aparatın USM-i, əməliyyat öncəsi USM-qarın boşluğunda olan bitişmə prosesinin yayılma dərəcəsini və qarın boşluğuna laparoskopik girişi təmin etmək üçün boş sahəni müəyyən etmək üçün.

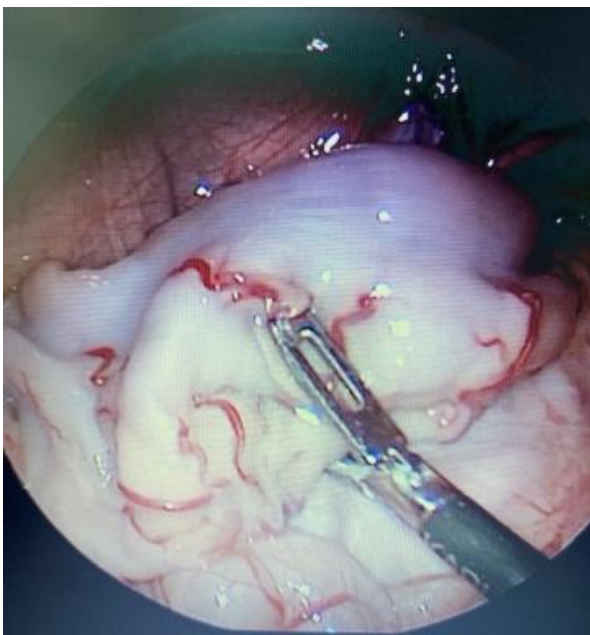
Aparılan cərrahi əməliyyatın metodikası aşağıdakı kimi olmuşdur.

Yoğun bağırsağın aşağı kolorektal anastomozla birgə orijinal standart laparoskopik assisə olunmuş rezeksiyası (Swenson, Soave, George-son əməliyyatlarının tətbiqi ilə)

Rektal və ya rektosiqmoid formada–yoğun bağırsağın standart laparoskopik rezeksiyası icra edilmişdir. Bağırsağın sol yarısının qısa (1,5–2 sm) seroz-əzələ silindirindən (təkrari əməliyyatlarda silindirsiz) keçməklə – 495 əməliyyat;

Subtotal formada (133 uşaq) – yoğun bağırsağın, qalça bağırsağın distal hissəsinin mobilizasiyası, qalxan çənbərbağırsağın sağ yan kəmərdə 180 dərəcə döndərilməsi;

Total formada (49 uşaq) – laparoskopik total kolektomiya, qalça bağırsağın təxminən 4–5 sm uzunluğunda seroz-əzələ silindri ilə endirilməsi və iliorektal anostomoz qoyulması;



Şəkil 1. Bağırsağın vizual müayinəsi

Əməliyyatı iki briqada icra edir. Xəstəyə lazımi vəziyyət verildikdən sonra üç ədəd 5-3 mm troakar yerləşdirilir. Əvvəlcə vizual baxış həyata keçirilir (şəkil 2).

Yoğun bağırsağın vəziyyəti qiymətləndirilir, rezeksiya sərhəddi müəyyən edilir. Yoğun bağırsağın ekspress biopsiyası həyata keçirilir və götürülmüş biopstat müayinəyə göndərilir (şəkil 2).

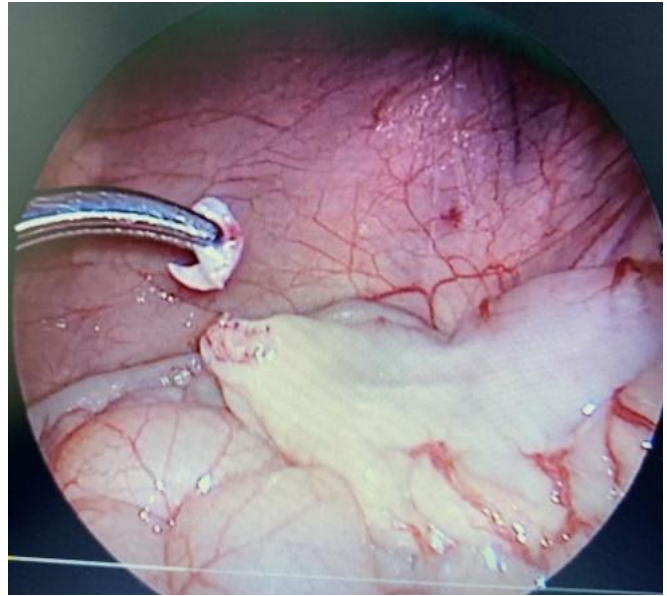
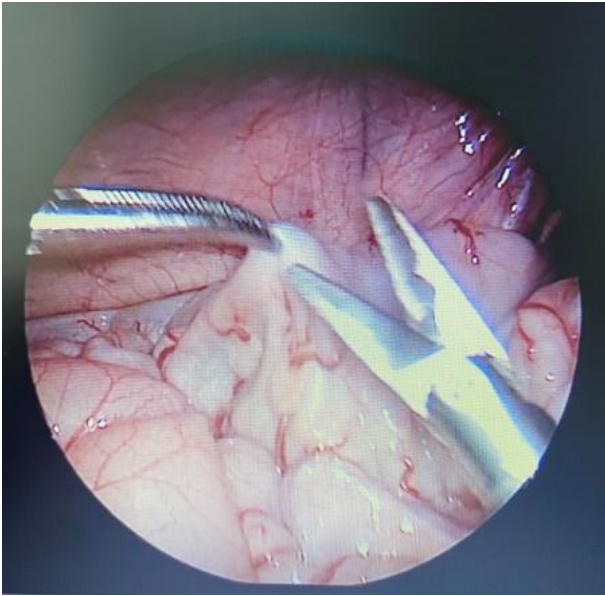
Müayinənin cavabı hazırlanana qədər əvvəlcə yoğun bağırsağın sol yarısı və bağırsaq damarları mobilizasiyası edilir. Endiriləcək bağırsaq damarları onun fiksasiya yerinə uyğun olaraq kəsilir. Eyni zamanda ikinci briqada tərəfindən anus genişləndiricinin qoyulmasından sonra anus devulsiyası edilir, düz bağırsaq mobilizasiya edilir və dişli xətdən 1-2 sm məsafədə 2-3 sm-lik gödək silindir yaradılır. Bundan

sonra mobilizasiya olunmuş bağırsaq aralığa çıxarılır. Endirilmiş bağırsağın fiksasiyasına vizual nəzarət edilir. Bağırsağın artıq hissəsi kəsilib götürüldükdən sonra aşağı kolorektal anastomoz qoyulur (Şəkil 3).

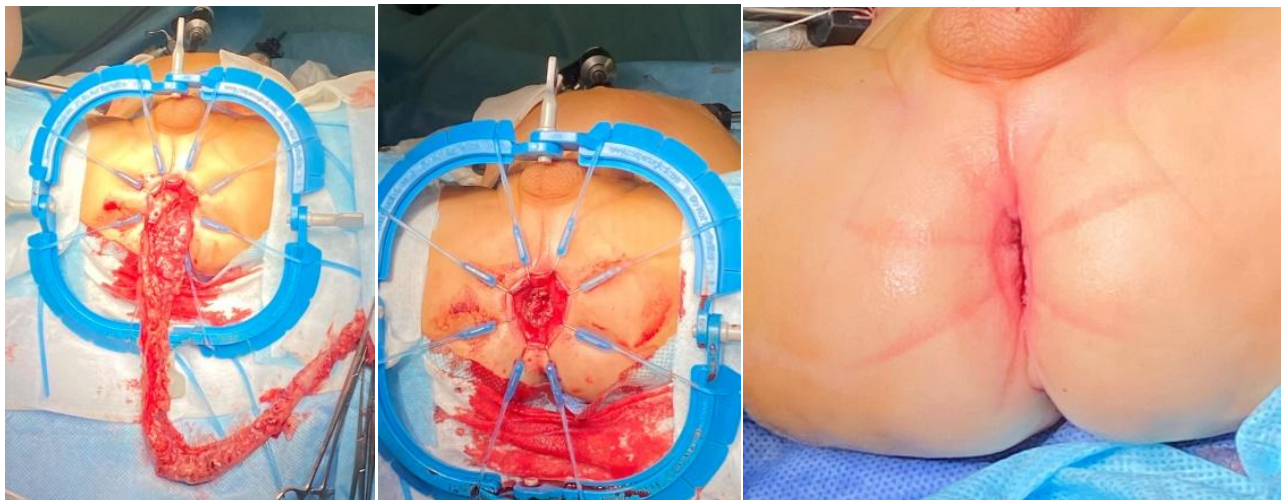
Çanaq diafraqması bərpa edilir. Bundan sonra vizual nəzarət altında trubka-intubator yoğun bağırsağa salınır. Hemostaza nəzarət edildikdən sonra əməliyyat yekunlaşdırılır.

Əməliyyatdan sonrakı müalicə planına aşağıdakılar daxildir.

- İntensiv terapiya şöbəsində 2-3 günlük müalicə;
- 2-3 gün peridural anesteziya (həmişə);
- Enteral qidalanma – əməliyyatdan 12 saat sonra su, 24 saat sonra qida qarışığı, əməliyyatın 5-6 cı günü normal qidanın verilməsi;



Şəkil 2. Yoğun bağırsaqdan biopsiyanın götürülməsi



Şəkil 3. Aşağı kolorektal anastomozun qoyulması

Cədvəl. Hirsprung xəstəliyinə görə cərrahi müalicə edilmiş xəstələrdə baş verən əsas ağırlaşmalar

| | Laparoskopik (n=524) | | Açıq üsul (n=200) | | P |
|---------------------------|----------------------|------|-------------------|------|---------|
| | müt. | % | müt. | % | |
| Çapıq stenoz | 3 | 0,57 | 28 | 14,0 | p<0,001 |
| Peritonit | 0 | 0,00 | 21 | 10,5 | p<0,001 |
| Bitişmə mənşəli keçməzlik | 1 | 0,19 | 17 | 8,5 | p<0,001 |
| Laparostoma | 0 | 0,00 | 14 | 7,0 | p<0,001 |
| Rektovestibulyar fistula | 2 | 0,38 | 4 | 2,0 | p>0,05 |

- Antibakterial müalicə – 7 gün;
- Ciddi yataq rejimi – 10 gün;
- Endirilmiş bağırsağa salınmış boru intubator, 5-7 gün sonra çıxarılır;
- 3 və 7-8-ci günlər nəzarət USM həyata keçirilir;
- Əməliyyatın 10-cu günü xəstənin aktivləşdirilməsi və rektal müayinə aparılır, 10-11-ci gün isə xəstə evə yazılır. Bundan sonrakı 2 il ərzində xəstəyə dinamik nəzarət edilir.

İlkin əməliyyatdan sonra xəstələrin 6%-də bujlama həyata keçirilmişdir. Təkrari və etap əməliyyat keçirən xəstələrdə bu prosedura xəstələrin 18%-də icra edilmişdir (p<0,001). Aparılan əməliyyat nəticəsində konversiya və ölüm hadisəsi qeyd edilməyib. İlkin xəstələrdə əməliyyatın müddəti 25-60 dəqiqə (orta müddət 45 dəqiqə), təkrari əməliyyatlarda 45-240 dəqiqə (orta müddət – təxminən 70 dəqiqə) çəkmişdir (p<0,001).

2 ildən artıq müddət ərzində 560 uşağın əməliyyatdan sonra uzaq nəticələri öyrənilmişdir. Bunlardan nəcisin hissəvi saxlanılmaması xəstələrdən 7%-də, periodik imalə tələb edən epizo-

dik qəbizlik 5%-də rast gəlinmişdir. Qalıq aqanqlionar zona – 3 nəfərdə (intraoperasion ekspress biopsiyadan sonra–0, p<0,001), müşahidə edilmişdir.

Ağırlaşmalar: Təkrari əməliyyat tələb edən əməliyyatdan sonra ağırlaşma–15 xəstədə qeyd edilmişdir (2,1%), kolorektal anastomozun tutarsızlığı, pararektal abses və fistulun əmələ gəlməsi – 6, anal kanalın kobud çapığı – 3, gecikmiş bağırsaq keçməzliyi – 1, rektovestibulyar fistul – 2 (Cədvəl).

Beləliklə, uşaqlarda bütün yaşlarda və yoğun bağırsaq qüsurunun bütün formalarında, o cümlədən təkrari əməliyyatlar zamanı (əvvəllər aparılan müalicə, ağırlaşma, bitişmə prosesinin dərəcəsindən asılı olmayaraq) laparoskopik cərrahi əməliyyat Hirsprung xəstəliyinin radikal korreksiyası üçün universal metod hesab edilə bilər. Yüksək səviyyəli morfoloji müayinə, əməliyyata qədər və əməliyyat zamanı düzgün cərrahi taktikanın seçilməsi və müalicənin aparılması üçün əsas şərtidir (p<0,001).

ƏDƏBİYYAT

1. Pini-Prato A, Faticato MG, Barabino A, et al. Minimally invasive surgery for paediatric inflammatory bowel disease: Personal experience and literature review // *World J Gastroenterol.* 2015 Oct 28;21(40):11312-20
2. Ağayev G.X., Uşaqlarda kəskin bağırsaq invaginasiyasının müalicəsində təcrübəmiz // *Azərbaycan perinatologiya və pediatriya jurnalı.* 2016.V 2. N 1. p.90-95 [Ağayev G.Kh. Experience in the treatment of acute intestinal intussusception in children // *Journal of Azerbaijan Perinatology and Pediatrics.* 2016.V 2. N 1. p.90-95]
3. Поддубный И.В., Дьяконова Е.Ю., Исмаилов М.У., Трунов В.О., Махаду А.Р., Ярустовский П.М., Бекин А.С., Толстов К.Н. Лапароскопические операции при патологии дивертикула меккеля // *Детская хирургия.* 2015. Т. 19. № 5. С. 4-6. 4. [Poddubnyy I.V., D'yakonova Ye.YU., Ismailov M.U., Trunov V.O., Makhadu A.R., Yarustovskiy P.M., Bekin A.S., Tolstov K.N. Laparoskopicheskiye operatsii pri patologii divertikula mekkelya // *Detskaya khirurgiya.* 2015. T. 19. № 5. p. 4-6. 4]
4. Awad K.1., El Debeiky M.1. Laparoscopic Suture Rectopexy for Persistent Rectal Prolapse in Children: Is It a Safe and Effective First-Line Intervention? // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2016 Apr;26(4):324
5. Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Толстов К.Н., Афаунов М.В., Исмаилов М.У. Повторные лапароскопические операции при болезни Гиршпрунга у детей // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2014. Т. 4. № 2. С. 94-98. [Poddubnyy I.V., Kozlov M.YU., Trunov V.O., Tolstov K.N., Afaunov M.V., Ismailov M.U. Povtornyye laparoskopicheskiye operatsii pri bolezni girshprunga u

- detey // Rossiyskiy vestnik detskoй khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2014. T. 4. № 2. p. 94-98. 1]
6. Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Малашенко А.С., ЩербакOVA О.В., Сытьков В.В., Исмаилов М.У. Возможности лапароскопической хирургии при повторных операциях по поводу болезни Гиршпрунга у детей // Детская хирургия. 2017. Т. 21. № 6. С. 294-296. [Poddubnyy I.V., Kozlov M.YU., Malashenko A.S., Shcherbakova O.V., Syt'kov V.V., Ismailov M.U. Vozmozhnosti laparoskopicheskoy khirurgii pri povtornykh operatsiyakh po povodu bolezni girshprunga u detey // Detskaya khirurgiya. 2017. T. 21. № 6. p. 294-296]
 7. Поддубный И.В., Исмаилов М.У. Лапароскопические операции при пороках развития и заболеваниях толстой кишки у детей // Материалы международного научно-практического конгресса посвященного 90-летию Азербайджанского Медицинского Университета. с.88-89. [Poddubnyy I.V., Ismailov M.U. Laparoskopicheskiye operatsii pri porokakh razvitiya i zabolevaniyakh tol'stoy kishki u detey // Materialy mezhdunarodnogo nauchno-prakticheskogo kongressa posvyashchenogo 90-letiyu Azerbaydzhanskogo Meditsinskogo Universiteta. p.88-89].
 8. Полухов Р.Ш., Аноректальная дисфункция возникшая после хирургического лечения болезни Гиршпрунга и ее коррекция // Журнал Клинична "ХИРУРГИЯ" №1. 2017, с.16-18. [Polukhov R.SH., Anorektal'naya disfunktsiya voznikshaya posle khirurgicheskogo lecheniya bolezni Girshprunga i yeye korrektsiya // Zhurnal Klinichna "KHIRURGIYA" №1. 2017, p.16-18]

Исмаилов М.У.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии Азербайджанского медицинского университета, Баку, Азербайджан

Резюме. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 724 детей с установленным и подтвержденным диагнозом «болезнь Гиршпрунга» (БГ), которым были выполнены лапароскопические операции. Группа 1 – первичные лапароскопические операции проведены 524 ранее не оперированным детям. Группа 2 – повторные и этапные лапароскопические операции выполнены 200 детям, ранее перенесшим хирургические вмешательства – наложение и реконструкция стом – 129 больных; радикальные операции – у 71. Предлагаемые лапароскопические методики являются универсальным подходом к проведению коррекции имеющегося порока развития у детей всех возрастных групп, с различными анатомическими вариантами болезни Гиршпрунга, у первичных и ранее оперированных детей, позволяющим добиться хороших послеоперационных результатов, малого количества осложнений, сократить длительность операции (за счет проведения одномоментной интраабдоминальной лапароскопической и промежностной диссекции).

Ismailov M.U.

THE USE OF LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT HIRSCHSPRUNG DISEASE IN CHILDREN

Department of Pediatric Surgery, Azerbaijan Medical University Baku, Azerbaijan

Summary. The article analyzes the results of retrospective analysis of 724 children diagnosed with Hirschsprung's disease (HD) and underwent laparoscopic surgery. Group 1 – primary laparoscopic surgery was performed on 524 previously unoperated children. Group 2 – repeated and staged laparoscopic operations were performed in 200 children. 129 children of them underwent palliative surgery (stoma), and 71 children underwent radical surgery. The proposed laparoscopic techniques are a universal method to correction of HD. Using this method in children of all age groups, with various anatomical variants of Hirschsprung's disease, in primary and previously operated children allows achieving good postoperative results, a small number of complications, and reducing the duration of the operation (due to one-stage intra-abdominal laparoscopic and perineal dissection).

Müəlliflə əlaqə:

İsmayilov Mahmud Uğurlu oğlu, Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı kafedrası, Bakı

E-mail: doctor-mahmud@mail.ru