

R.M.Novruzov

Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi.

DÜZ BAĞIRSAĞIN SALLANMASININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ QARNIN ÇƏP ƏZƏLƏLƏRİ APONEVROZUNDAN HAZIRLANMIŞ LOSKUTLA TƏSBİT ETMƏNİN YENİ METODU (EKSPERİMENTAL TƏDQIQAT)

Müəddimə:

Düz bağırsağın sallanması (DBS) progressivləşən və kifayət qədər tez-tez müşahidə olunan patologiyalardan biridir (1, 8, 9). Beynəlxalq Səhiyyə Təşkilatının (BST) məlumatına görə bu xəstəliyin əhali arasında rast gəlmə tezliyi 4,2:1000; 65 yaşdan yuxarı insanlarda 1:100; kişi cinsindən olanlar üstünlük təşkil edir (uşaqlarda 3:1, böyüklərdə isə 5:1). DBS iki formada olur: daxili və xarici (A.Ö Titov, 1999). DBS daxili forması haqqında ədəbiyyat bilgiləri çox azdır.

Konservativ müalicənin effektivliyi çox saylı cərrahi üsulların yaranmasına şərait yaratmışdır (4,6,7,8). Buna baxmayaraq M.Corman (1992) haqlı olaraq DBS-nin cərrahi müalicəsində çox illik axtarışlara baxmayaraq «mükəmməl» üsulun tapılmaması qənaətidir.

DBS-nin cərrahi yolla müalicəsinin nəticələri mübahisəlidir və tam qənaətbəxş hesab oluna bilməz. Çünki, ayrı-ayrı müəlliflərə görə, bu məqsədlə aparılan əməliyyatlardan sonrakı residivlər 1-50% hallarda müşahidə olunur. Bununla yanaşı əməliyyat aparılmış xəstələrin demək olar ki, 50% qəbizlikdən, 88% isə defekasiya aktının müxtəlif şəkildə pozulmalarından şikayətlənirlər (1, 9). Bütün bunlara baxmayaraq, bəzi əməliyyatları «ideal» üsul kimi qələmə verənlərə də rast gəlmək olur (1). S.S. Avetisov 1924-cü ildə A.Q. Radzievski tərəfindən DBS-ni ləğv etmək üçün təklif etdiyi üsulu, sol qalça çuxuru naniyyəsində xarici çəp əzələ aponevrozundan hazırlanmış loskutla düz bağırsağın periton daxilində təsbit edilməsini, məhz ideal əməliyyat hesab edir. Bəzi, anatomik və fizioloji aspektləri nəzərə alsaq, adı çəkilən əməliyyatın «ideallığı» şübhə doğurur. Belə ki, loskut aponevrozun lifləri istiqamətində kəsilir, çox iti bucaq altında qatlanaraq periton daxilində düz bağırsağın zolaqlı bağına tikilir və bağırsağın seroz qatı ilə loskutun üstü örtülür.

Aponevrozun lifləri istiqamətində kəsilməyən loskut kifayət qədər möhkəm ola bilməz və çox iti bucaq altında qatlandığı üçün xroniki işemiyaya məruz qalır (2,3,5). Bağırsağın seroz qatı ilə örtülən aponevroz parçasının yaşama ehtimalı çox azdır, çünki, visseral peritonun makrofaqlarının lizosomal fermentlərinin təsirindən loskutun sorulmağa məruz qalması heç bir şübhə doğura bilməz. Bütün bunlara baxmayaraq, ədəbiyyatda bu üsula tənqidi yanaşma halları müşahidə olunmur. Ona görə də, bu cür operativ müalicə növünə və taktikasına yenidən yanaşılmalıdır.

Material və metod.

Bu məqsədlə də, Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzində düz bağırsağın sallanması və onun korreksiyasında qarın çəp əzələləri aponevrozundan hazırlanmış loskutla ventrosuspenziyanın yeni metodunun hazırlanması məqsədilə, 2004-2005-ci illərdə 10 it üzərində icra etdiyimiz əməliyyat növünü təsvir etmək istəyirik.

Təcrübə heyvanları (10 it) iki qrupa bölünmüşdür. I qrupa daxil edilmiş 5 it üzərində aparılan əməliyyat zamanı aponevrotik loskut intraperitoneal vəziyyətdə düz bağırsağa təsbit edilmişdir. II qrupa daxil edilmiş 5 it üzərində aparılan əməliyyat zamanı isə aponevrotik loskut ekstraperitoneal vəziyyətdə düz bağırsağa təsbit edilmişdir.

Aponevrozdan istənilən loskutun hazırlanması, onun tamlığını pozaraq, toxuma defekti yaranır. Ona görə də, loskutun az travmatik üsulla və böyük toxuma defekti yaratmadan hazırlanması çox vacibdir. Hazırlanmış loskutun möhkəmliyi xüsusi əhəmiyyətə malikdir ki, bu da aponevroz liflərinin istiqamətindən birbaşa asılıdır. Bundan başqa, loskutun qidalanmasında və gələcəkdə «yaşamasında» aponevrozda aparılan cərrahi kəsiyin istiqamətinin rolu az deyil. Aponevrozun lifləri istiqamətində hazırlanmış loskutun yaşama ehtimalı daha çoxdur.

DBS ləğvi zamanı təsbit edici vasitə kimi, təkcə xarici çəp əzələ aponevrozundan deyil, qarın hər iki çəp əzələ aponevrozundan loskut hazırlamaq üçün simfizə mümkün qədər yaxın köndələn kəsiyə üstünlük veririk. Bu zaman daxili üzvlərin təftişi və əməliyyatı icra etmək üçün kifayət qədər geniş sahə yaranır. Bununla yanaşı, aponevroz lifləri istiqamətində kəsildiyi üçün möhkəm olur və qidalanması nisbətən az pozulur. Bu kəsiklə aponevrozdan kifayət ölçüdə loskut ayırmaq çətinlik törətmir. Bu növ loskutun yaşama ehtimalı çoxdur. Çünki, aponevrozun əzələ kənarı kəsilir, daxili və xarici çəp əzələlərdən başlayaraq, iki mənbədən qidalanır.

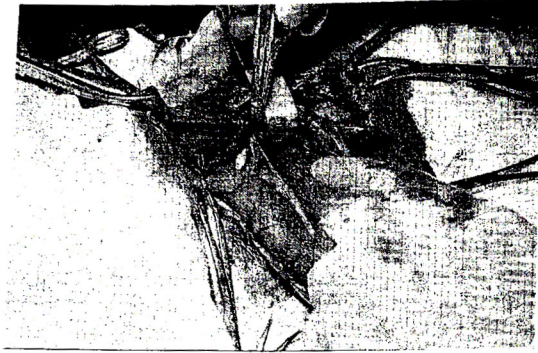
Əməliyyatın əsas mərhələlərinin təsviri.

1. Cərrahi kəsiyin istiqaməti və aponevrozdan loskut hazırlamaq üçün onun mobilizasiyası.

Bu məqsədlə, dəri və dərialtı təbəqədə kiçik çanağa mümkün qədər yaxın olmaqla köndələn kəsik aparılır. Aponevroz eyni xətt üzrə kəsilir və mobilizə edilir. Belə ki, aponevroz əvvəl dərialtı piy təbəqədən, sonra isə əzələlərdən təcrid edilir.

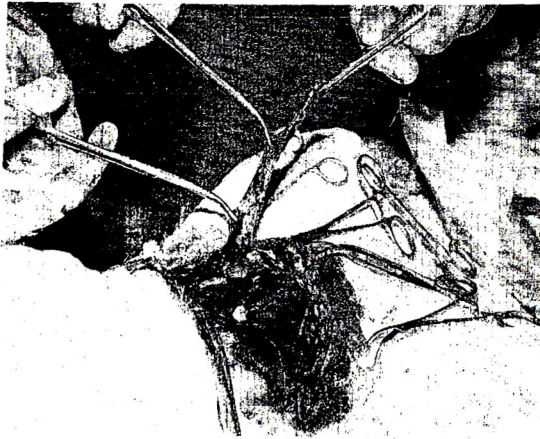
Əzələ və periton aşağı orta kəsiklə açılır.

Düz bağırsaq kranial istiqamətdə çəkilərək yara səthinə çıxarılır və təsbit ediləcək səviyyəsi təyin edilir.



Şəkil № 1. Mobilizə olunmuş düz bağırsaq və onun təsbit olunacaq səviyyəsi

2. Əməliyyatın sonrakı mərhələsini aponevrozdan loskutun hazırlanması təşkil edir. Loskut aponevrozun lifləri istiqamətində kəşilir və düz əzələnin arxasından barmaqla açılan «tuneldən» keçirilir.



a.



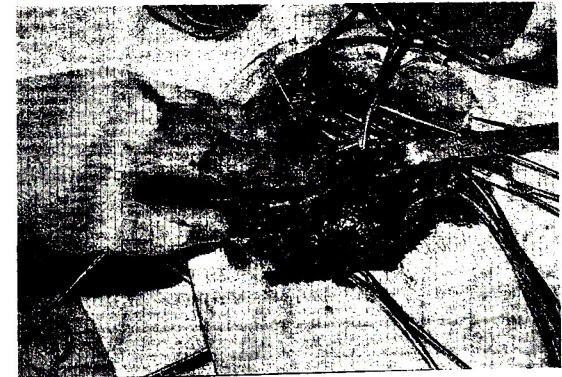
b.

Şəkil № 2 a, b

Aponevrozdan hazırlanmış loskut və onun düz əzələnin arxasından açılan «tuneldən» keçirilməsi oxla işarələnib.

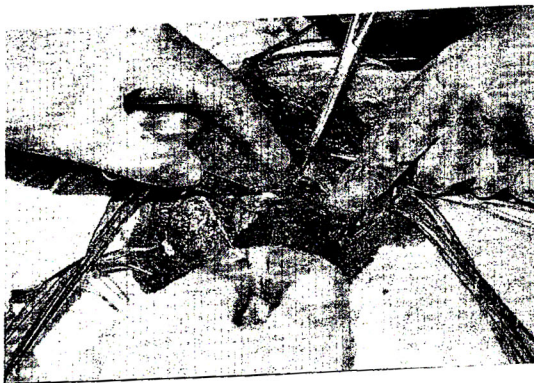
Göründüyü kimi çəp əzələlər aponevrozundan loskut hazırlamaq çətin deyil və toxumalar çox zədələnmir. Loskut aponevrozun lifləri istiqamətində kəşilir və adekvat ölçüdə olur.

3. Sonra loskut düz bağırsağa əvvəlcədən nəzərdə tutulmuş səviyyədə intraperitoneal vəziyyətdə düynülü tikişlərlə təsbit edilir.



Şəkil № 3. Təsbit etmənin səviyyəsi oxla işarələnib.

Təcrübə heyvanlarının digər qrupunda (5 it) isə loskut düz bağırsağa ekstraperitoneal vəziyyətdə təsbit edilmişdir. Bu məqsədlə büz bağırsağın seroz qatının (visseral peritonun) çanaq fəsiyasına (parietal periona) keçən yerindən boylama kəsik aparılmışdır və düz bağırsağın arxa divarı mobilizə olunmuşdur. Kiçik çanağa endirilmiş aponevrotik loskut 4-5 düyünlü tikişlə düz bağırsağın arxa divarına tikilmişdir. Sonra peritonun tamlığı bərpa edilmişdir. Beləliklə, loskut peritondan xaric vəziyyətdə büz bağırsağa təsbit edilmişdir.



Şəkil № 4. Qarın boşluğu ümumi qaydada bağlanır.

Müzakirə və nəticə.

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, bir çox müəlliflər, kiçik çanaq üzvlərinin sallanmasını korreksiya etmək üçün, xarici çəp əzələ aponevrozundan hazırlanmış loskutdan istifadə etmişlər. Bəzi müəlliflər, loskutun sallanan üzvə peritondaxili, digərləri isə peritonxarici vəziyyətdə təsbit edilməsinə tərəfdardır. Aponevrozdan hazırlanmış loskutun periton daxilində və peritondan xaric hansı dəyişikliyə uğramasını vizual müşahidə etmək üçün, üzərində əməliyyat aparılmış itlər yuxarıda qeyd edildiyi kimi iki qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupa daxil edilmiş 5 it üzərində aparılan ventrosuspenziya əməliyyatı zamanı düz bağırsağa təsbit edilmiş loskutun bir hissəsi periton daxilində saxlanmışdır. Bu heyvanlar da 2 yarımqrupa bölünmüşdür.

14 gündən sonra 1-ci yarımqrupa daxil edilmiş 3 it üzərində aparılmış əməliyyatdan sonra, loskutun periton daxilində hansı dəyişikliyə məruz qaldığını vizual müayinə etmək üçün, həmin heyvanlarda relaparotomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Təftiş zamanı loskutun peritondaxili hissəsinin «atrofialaşması», sorularaq nazilmiş şəkildə düşməsi müşahidə olunmuşdur. Loskutu düz bağırsağa təsbit edən tikişlər boşalaraq, öz əhəmiyyətini qismən itirmişdilər. 2-ci yarımqrupa daxil edilmiş 2 it

üzərində isə, 30 gündən sonra relaparotomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Bu heyvanlarda düz bağırsağın üzərində yalnız loskutu təsbit edən tikişlər müəyyən edilmişdir və loskut peritondaxili makrofaqların lizosomal fermentlərinin təsirinə tam sorulmağa məruz qalmışdır.

İkinci qrupa daxil edilmiş, 5 it üzərində aparılan ventrosuspenziya əməliyyatı zamanı düz bağırsağa təsbit edilmiş loskut peritondan xaricdə yerləşdirilmişdir. Bu heyvanlar da, 2 yarımqrupa bölünmüşdür. 14 gündən sonra 1-ci yarımqrupa daxil edilmiş 3 it üzərində aparılmış əməliyyatdan sonra, loskutun periton xaricində hansı dəyişikliyə məruz qaldığını vizual müayinə etmək üçün, həmin heyvanlarda relaparotomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Təftiş zamanı loskutda vizual olaraq heç bir dəyişiklik təyin edilməmişdir. Loskutu düz bağırsağa təsbit edən tikişlər boşalmamış və loskutda atrofiya əlamətləri müşahidə olunmamışdır. Loskut düz əzələ və düz əzələarxası fəsiya ilə müəyyən qədər bitişdiyi üçün az hərəkətlidir. 2-ci yarımqrupa daxil edilmiş 2 it üzərində isə, 30 gündən sonra eyni əməliyyat icra edilmişdir. Bu heyvanlarda düz bağırsağın və ona təsbit edilmiş loskut arasında çox möhkəm bitişmə əmələ gəlmişdir. Loskut «canlıdır» və ətrafdakı toxumalarla sıx rəbitə yaratdığı üçün demək olar ki hərəkətsizdir. Bütün hallarda histoloji müayinələr üçün material götürülmüşdür.

Göründüyü kimi düz bağırsağın sallanmasının ləğvi zamanı Pfannenstil kəsiyinə uyğun köndələn kəsiklə laparotomiya tövsiyə olunur. Təsbit edici vasitə kimi çəp əzələlər aponevrozundan adekvat ölçüdə fassial-transplant hazırlamaq çətinlik törətmir. Təklif etdiyimiz üsulla sallanmış uşaqlıq, uşaqlıq yolunu, uşaqlığın total və subtotal amputasiyalarından sonrakı güdülü, sidik kisəsinin arxa divarını, loskuta yalnız ekstraperitoneal vəziyyətdə təsbit etməklə korreksiya etmək olar.

РЕЗЮМЕ

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ВЕНТРОСУСПЕНЗИИ ИЗ ЛОСКУТА АПОНЕВРОЗА КОСЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Р.М.Новрузов

Научно-исследовательский Центр
Азербайджанский Медицинский Университет

Выпадение прямой кишки (ВПК) достаточно распространенная патология и результаты хирургического лечения прямокишечного выпадения противоречивы и далеко не удовлетворительны. Частота рецидивов выпадения прямой кишки колеблется от 1 до 50%. Это связано, по нашему мнению, с имеющимися выраженными функциональными расстройствами моторики толстой кишки, мышечного каркаса тазового дна и анального сфинктера.

В отличие от предложенного метода А.Г.Радзиевского, мы предлагаем новый хирургический метод вентросуспензии при выпадении прямой кишки.

Разрез проводится по направлению волокон апоневроза косых мышц живота. После чего из апоневроза наружных косых мышц живота, изготовленный лоскут-трансплантат выводится, слева сзади прямой мышцы живота и производится прикрепление в виде вентросуспензии к опущенной прямой кишки экстраперитонеально.

Эксперимент поставлен на 10 собаках, которые были разделены на две подгруппы. Каждая подгруппа состояла из 5 собак. Изучено состояние лоскута находившийся интраперитонеально и экстраперитонеально. Часть апоневроза находившийся интраперитонеально через 14 дней атрофировалось, а через 30 суток полностью лизировано. Лоскуты, находившиеся экстраперитонеально, живые и прочные. Таким образом, апоневротические лоскуты использованные для вентросуспензии опущенных органов малого таза всегда должны находиться экстраперитонеально.

ƏDƏBİYYAT

1. С.С.Аветисов. Выпадение прямой кишки, с.148. Ленинград 1963 г.
2. R.M.Novruzov. Kiçik çanaq üzvlərinin sallanmasının cərrahi üsulla müalicəsində təsbit edici vasitə kimi xarici çəp əzələlərin aponevrozundan və alloplastik materialdan istifadənin yeni üsulu. Cərrahiyyə, 2005, № 4, s. 74-78
3. R.M.Novruzov, İ.A.Şamxalova. Uşaqlığın qarın çəp əzələləri aponevrozundan hazırlanmış loskutla ventrosuspenziyasının yeni metodunun hazırlanması. Reprodukativ sağlamlıq və Perinatologiya, 2005, №1, s.45-50.
4. R.M.Novruzov. Cavan qadınlarda sallanmış uşaqlığın cərrahi müalicəsinin yeni - «iki mərtəbəli» ventrosuspenziya üsulu. Cərrahiyyə, 2005, №2, s.102-106.
5. R.M.Novruzov, Q.Ş.Qarayev. Uşaqlığın sallanması və onun korreksiyasında qarın çəp əzələləri aponevrozundan hazırlanmış loskutla ventrosuspenziyasının yeni metodunun hazırlanması (eksperimental tədqiqat). Azərbaycan tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. Elmi əsərlər toplusu, I cild, 2005, s.65-76.
6. Рижинашвили И.Д. Хирургическое лечение опущений и выпадений матки и влагалища с использованием апоневротического лоскута. Дис. на соиск. кан. мед. наук, 1991, Москва.
7. Краснополский В. И. Наш метод хирургического лечения опущения матки и стенок влагалища. // Акушерство и гинекология, 1985, № 5, с. 58-60.
8. Смольнова С. В., Савельев С. В. и др. Пропалс гениталий - следствие травматичных родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани? // Акушерство и гинекология, 2001, № 4, с. 33-37.
9. Титов А.Ю. Виды выпадения прямой кишки и выбор способа их лечения. Автореферат. Диссертации на соискание учений степени доктора медицинских наук, Москва 1999 г.