

DOI: 10.34921/amj.2023.4.013

LAPAROSKOPIK ADHEZİOLİZ VƏ QARIN BOŞLUĞUNDA BİTİŞMƏ PROSESLƏRİNİN PROFİLAKTİKASI

İ.Ə.Yusubov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Ümumi və plastik cərrahiyyə kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Xülasə. Məqalədə əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinin laparoskopik üsulla diaqnostikasının mümkünlük dərəcəsini aydınlaşdırmaq və adheziolizisin optimallaşdırılması məqsədilə aparılmış tədqiqat işi haqqında məlumat verilmişdir.

Əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə mədə-bağırsaq traktının yuxarı şöbələrində bağırsaq keçməzliyi klnikası olan 70 xəstə müayinə və müalicə almışdır. Əsas qrupa 46, kontrol qrupa isə 24 xəstə daxil edilmişdir. Əsas qrupda laparoskopik əməliyyat, kontrol qrupa daxil olan oxşar kateqoriyalı xəstələrdə isə açıq üsul – laparotomiya həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat göstərmişdir ki, yuxarı-orta və aşağı-orta kəskin laparotomiyalar bağırsaq keçməzliyinə daha çox səbəb olur. Nazik bağırsaq ilgəklərinin hərəkətli vissero-parietal bitişmələrinin əməliyyatönlü ultrasəs diaqnostikasının həssaslığı 94,6%, laparoskopik diaqnostikasının həssaslığı isə 99,2% təşkil edir. Tədqiqat olunan qrupların göstəricilərinin statistik təhlili zamanı aşkar edilmişdir ki, azinvasiv texnologiyadan istifadə edərək intraoperation ($p=0,009$) və əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların inkişaf tezliyi [10,9% və 54,1%; ($p=0,006$)], letallıq səviyyəsi [0 və 4 (16,6%); $p=0,021$] və stasionarda qalma müddəti [(5,8±2,3 və 14,5±3,4); $p=0,045$] azalır.

Açar sözlər: qarın boşluğu, bitişmə prosesləri, laparoskopik adhezioliz

Ключевые слова: брюшная полость, спаечные процессы, лапароскопический адгезиолизис

Key words: abdominal cavity, the adhesive processes, laparoscopic adhesiolysis

Cərrahi müdaxilələrdən sonra qarın boşluğunda bitişmələrin formalaşma və yayılmasını proqnozlaşdırmaq həmişə mümkün olmur. Ənənəvi olaraq kəskin bağırsaq keçməzliyi olan xəstələrdə konservativ müalicə effektiv olmadıqda bitişmələrin ayrılması üçün laparotomiyadan istifadə edilir. Lakin laparotomiyanın ardınca yeni əmələ gələn adheziyalar bağırsaq keçməzliyinə görə xəstələrin üçdəbirinin təkrari hospitalizasiyasına [1], laparotomiyadan sonra yaranan irinləməsinə, ventral yırtıqların törənmə tezliyinin və stasionar şəraitdə müalicə müddətinin artmasına səbəb olur [2]. Endovideocərrahi avadanlıqların və laparoskopianın meydana çıxması ilə diaqnostik axtarışları və əməliyyatları daha az travmatik hala salmaq mümkün olmuşdur. Bir çox tədqiqatlar laparoskopik müdaxilələrdən sonra bitişmələrin əmələ gəlməsinin və onun yayılmasının azaldığını təsdiqləmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı bağırsaq keçməzliyi zamanı letallıq 16,2-52,5% təşkil edir [1, 3]. Bu

patologiya zamanı əməliyyatın əsas mərhələlərinə qarın boşluğunun təftişi, keçməzliyin səbəbinin aydınlaşdırılması və onun aradan qaldırılması daxildir. Operativ müdaxilənin xarakteri isə fərqlidir: bunlara bitişmələrin kəsilib ayrılması, sıxılma və deformasiyanın aradan qaldırılması, burulmanın düzəldilməsi, anastomozun rezeksiyası, dolayı anastomozların qoyulması, yad cismin xaric edilməsi aiddir [4, 5]. Əməliyyat göstəriş əsasında nazik bağırsağın intubasiyası, sanasiyası və lazım olan hallarda qarın boşluğunun drenləşdirilməsi ilə sona çatdırılır [2]. Laparotomiya zamanı qarın boşluğu açıldıqda peritonun hava ilə təması və bağırsağın uzunmüddətli eventrasiyası peritonun qurumasına gətirib çıxarır ki, bu da bitişmələrin əmələ gəlməsinin etioloji amillərindən biridir.

Ədəbiyyat mənbələrində bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinə laparoskopik yanaşmaya dair məlumatlara az rast gəlinir [4, 6, 7]. Lakin müəyyən taktiki və texniki aspektlərə əməl

edildikdə bu metod kifayət qədər effektiv ola bilər.

Bu səbəbdən apardığımız tədqiqatın əsas məqsədi əməliyyatdansonrakı bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinin laparoskopik üsulla diaqnostikası və adheziolizisin optimallaşdırılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin cərrahiyyə klinikalarında əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə mədə-bağırsaq traktının yuxarı şöbələrinin bağırsaq keçməzliyinin klinikası olan 70 xəstə müayinə və müalicə edilmişdir.

Əsas qrupa 46, kontrol qrupa isə 24 xəstə daxil edilmişdir. Əsas qrupda əməliyyatdansonrakı bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinə görə 46 laparoskopik əməliyyat icra edilmişdir ki, bunların da 56,5%-də (n=26) cərrahi müdaxilə konservativ müalicənin effektivliyini səbəbindən təcili göstəriş üzrə (6 saata qədər dövr – erkən mərhələ) ağrının ən intensiv dövründə, 43,5%-də (n=20) isə bağırsaq keçməzliyi konservativ olaraq aradan qaldırıldıqdan sonra həyata keçirilmişdir.

Kontrol qrupa daxil olan oxşar kateqoriyalı xəstələrdə əməliyyatdansonrakı bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyini aradan qaldırmaq üçün açıq üsul – laparotomiya həyata keçirilmişdir.

Konservativ tədbirlər kompleksinə nazoqastral zondlama, infuzion terapiya, spazmolitiklərin, antixolinesteraz preparatların inyeksiyası, hipertonik və təmizləyici imalələrin aparılması kimi tədbirlər daxil edilmişdir.

Xarakterik ultrasəs və rentgenoloji əlamətlər bizə 39 (65,2%) xəstədə xəstəliyin klinikasının bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinə məxsus olduğunu təyin etməyə imkan verib. Yanaşı patologiyalar şəraitində konservativ müalicə və dinamik müşahidənin müddəti 2-3 saatdan artıq olmamışdır.

Xəstəlik başlayandan 6-12 saat sonra klinikaya bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinin gecikmiş mərhələsinin klinik, ultrasəs və rentgenoloji əlamətləri, eləcə də orqanizmin həyati vacib funksiyalarının və sistemlərinin dekompensasiyası olan 7

(15,2%) xəstə daxil olmuşdur. Xəstələrdə 4-5 saat ərzində bağırsağın stimulyasiyası ilə yanaşı elektrolit və zülal müvazinətinin, həmçinin hemodinamik pozuntuların korreksiyası aparılmışdır.

Konservativ müalicənin effektivliyi aşağıdakı meyarlarla qiymətləndirilmişdir: ağrı sindromu və intoksikasiya əlamətlərinin (klinik və laborator) repressiyası, bağırsaq möhtəviyyətinin hərəkətinin bərpa olunması, qarın həcmində əhəmiyyətli dərəcədə kiçilməsi, nazoqastral zondla durğunluq möhtəviyyətinin ifrazının olmaması.

Göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldən – Uilkokson (Mann-Uitni) meyarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Apardığımız təhlillər əsasında aşkar olmuşdur ki, yuxarı-orta və aşağı-orta kəskin üzrə icra edilən laparotomiyalardan sonrakı dövrdə bağırsaq keçməzliyinə daha çox rast gəlinir.

Bütün xəstələrdə qarın boşluğunun icmal rentgenoloji müayinəsi həyata keçirilmişdir ki, bunların da 21-də Kloyber kasaları, 18-də nazik bağırsağın qazla dolması, 13-də köndələn zolaqlıq, 9-da büküşlərin hamarlaşması, 5-də nazik bağırsaq qövsələri aşkar edilmişdir. Bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinin mərhələsindən asılı olaraq rentgenoloji simptomların tezliyi 1-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Əməliyyatdan müayinələrdə 44 (95,7%) xəstədə boşluqlu orqanların vissero-parietal bitişmələri və qarının ön divarındakı “akustik pəncərə” aşkar edilmiş və onların ultrasəsle verifikasiyasına xüsusi diqqət ayırmışıq. Ultrasəs müayinəsi zamanı bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinin xarakterik əlamətləri – 40 xəstədə (86,9%) mayenin mənfəzdaxili depolanma sindromu, 36 xəstədə (78,3%) antiperistaltika, 11 xəstədə (23,9%) isə nazik bağırsaq divarının 6 mm-dən çox qalınlaşması müşahidə edilmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 1. Bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinin müxtəlif mərhələlərində rentgenoloji simptomların tezliyi

Simptomlar	Erkən mərhələdə (n=39)	Gecikmiş mərhələdə (n=7)
Kloyber kasaları	14 (35,9%)	7 (100%)
Nazik bağırsaqların qazla dolması	13 (33,3%)	5 (71,4%)
Nazik bağırsaqlarda köndələn zolaqlıq	10 (25,6%)	3 (42,9%)
Nazik bağırsaq büküşlərinin hamarlaşması	5 (12,8%)	4 (57,1%)
Nazik bağırsaq qövsələri	1 (2,6%)	4 (57,1%)

Cədvəl 2. Bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinin ultrasəs semiotikası

Ultrasəs əlamətləri	Erkən mərhələ (n=39)	Gecikmiş mərhələ (n=7)	Cəmi
Mayenin mənfəzdaxili depolanma sindromu	33 (84,6%)	7 (100%)	40 (86,9%)
Antiperistaltika	30 (76,9%)	6 (85,7%)	36 (78,3%)
Nazik bağırsaq divarının qalınlaşması	5 (12,8%)	6 (85,7%)	11 (23,9%)
Peristaltikanın olmaması	3 (7,7%)	2 (28,6%)	5 (10,9%)
Qarın boşluğunda sərbəst maye	1 (2,6%)	4 (57,2%)	5 (10,9%)

Əməliyyatdansonrakı dövrdə ambulator şəraitdə müalicə almış 7 xəstənin bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyinin gecikmiş mərhələsində klinikaya daxil olmasının əsas səbəbi, onların uzaq rayonlarda yaşaması ilə əlaqədar olmuşdur. Müayinə zamanı əldə edilən bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinin klinik, rentgenoloji və ultrasəs əlamətlərinə əsaslanaraq xəstələrin müalicəsi üçün optimal taktikanı müəyyənləşdirmişik. Konservativ müalicənin uğurlu olacağına ümid etməyə imkan verən əlverişli proqnostik əlamətlərə aşağıdakıları daxil etmişik:

– qarında yüngül şişkinlik (n=33), birdəfəlik qusma (n=29), aydın nəzərə çarpan intoksikasiya əlamətlərinin olması (n=43);

– qarın boşluğunun icmal rentgenoqrammında hiperpnevmatoz və dilatasiyanın aydın nəzərə çarpmaması (n=28), büküşlərin hamarlaşması (n=37), nazik bağırsaq qövləri (n=41);

– USM zamanı peristaltikanın (n=41), horizontal müstəvidə parietal peritona münasibətdə nazik bağırsaq ilgəyinin pərdəşəkilli vissero-parietal bitişmələrinin 1 sm və daha böyük radiusda hərəkətililiyinin olması (n=37), nazik bağırsaq ilgəyinin divarının qalınlaşmasının ultrasəs əlamətlərinin olmaması (n=35).

Konservativ müalicənin effektivliyini cərrahi müdaxiləyə göstəriş olmuşdur.

Əməliyyatın birinci mərhələsi – pnevmoperitoneumun yaradılması və qarın boşluğuna birinci troakarın daxil edilməsi, sonra isə diaqnostika mərhələsində bağırsaq keçməzliyinin növü müəyyən edilmişdir:

– bitişmə mənşəli kəskin stranqulyasion bağırsaq keçməzliyi, bir qayda olaraq, möhkəm vissero-visseral bitişmə atmaları arasında nazik bağırsaq müsariqəsinin boğulması ilə əlaqədar olmuşdur;

– bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinin səbəbi nazik bağırsağın möhkəm atmaşəkilli və intim vissero-parietal bitişmələri olmuşdur.

İkinci mərhələdə patologiyanın laparoskopik korreksiya imkanları, mini-laparotomiya ilə birgə aparılmasının və ya laparotomiyaya göstərişin vacibliyini müəyyənləşdirmişik. Bu mərhələdə ağırlaşmalar olmamışdır. Laparoskopun nəzarəti altında qarının ön divarının vissero-parietal bitişmələrindən azad zonalarında işçi alətlər daxil etmək və vissero-parietal bitişmələrin təftişini aparmaq üçün bir neçə nöqtədə 1-dən 4-dək laparoportlar yerləşdirmişik ki, bu da boşluqlu orqanların və böyük piyliyin parietal peritonla bitişmələri zamanı xüsusilə aktualdır.

Üçüncü mərhələdə radikallıq və əməliyyatın ən az travmatikliyi prinsipinə əməl edilməklə adheziolizis icra edilmişdir.

İlk növbədə bağırsaq keçməzliyi törədən bitişmələr aradan qaldırılmışdır. Adekvat dekompressiya məqsədilə bağırsağı “qoşalülə” şəklində deformasiyaya uğradan, ciblər və arakəsmələr əmələ gətirən bitişmələr, eləcə də istənilən lokalizasiyalı atmalar kəsilmişdir. Bağırsaq möhtəviyyatının hərəkətinə maneə yaratmayan vissero-visseral, həmçinin diafraqmaaltı sahənin vissero-parietal bitişmələrinin adheziolizisinə ehtiyac olmamışdır.

Dördüncü mərhələdə isə lazım olan hallarda və imkan olduqda bitişmələrin residivinin profilaktikası həyata keçirilmişdir.

Müasir dövrdə bitişmələrin əmələ gəlməsinin profilaktikası, əsasən, üç istiqamətdə aparılır: peritonun zədələnmə səthini azaltmaq; əməliyyat zonasında iltihabı prosesi azaltmaq; mezotel üzərinə yerləşdirilən qoruyucu təbəqələr vasitəsilə zədələnmiş seroz səthləri məhdudlaşdırmaq.

Bitişmə xəstəliyinin operativ müalicəsi zamanı azinvaziv texnologiyadan istifadə edilməsi cərrahi aqressiyanı minimum səviyyəyə endirməyə imkan verir. Operativ müdaxilə sahəsinin radikal kiçildilməsi yeni parieto-visseral bitişmələrin əmələgəlmə riskini, mədə-bağırsaq traktı ilə möhtəviyyatın hərəkətinin bərpa müddətini əhəmiyyətli dərəcədə azaldır və bununla da tənəffüsün funksiyasını, xəstələrin ümumi reabilitasiyasını yaxşılaşdırır.

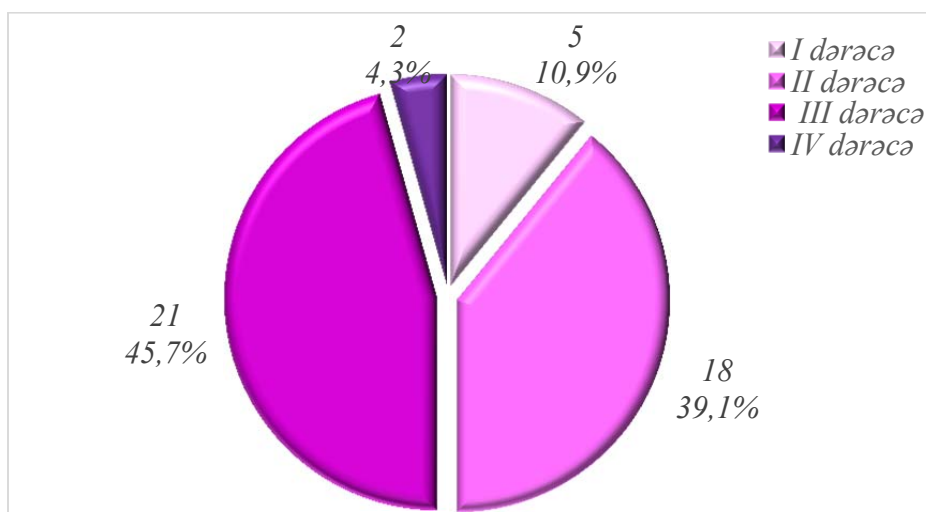
Əməliyyat zonasında iltihabı reaksiyanın zəiflədilməsinin məlum üsulları ilə yanaşı, sintetik sorulan tikiş materiallarından ("Polysorb", "Biosin", "Dexon" – Tyco Healthcare) və enzimoterapiyadan ("Flogenzim" – Mucos Pharma) istifadə etmişik. Sorulan sapların iltihab əleyhinə təsirinin əsasını onun bioinertliyi və liflərinin qlükol və süd turşusuna qədər parçalanması təşkil edir ki, bu məhsullar da toxumalardan sorularaq orqanizmdə metabolizasiyaya uğrayır.

Tərkibi təbii fermentlər kompleksindən ibarət olan "Flogenzim" qanın özlülüyünü azaldır, trombositlərin aqreqasiyasını zəiflədir, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırır. Fermentlər patoloji proses zonasında toplanaraq ödem əleyhinə, fibrinolitik, ikincili analgetik, iltihab əleyhinə, antiaqreqant təsir göstərir, başqa sözlə bitişmələrin əmələ gəlməsinin patogenetik həlqələrinə kompleks təsir göstərir.

Müasir dövrdə periton üzərində qoruyucu təbəqə yaratmaq üçün istifadə edilən bitişmə əleyhinə daha effektiv təsir göstərən baryer

vasitəsi "İnterceed (TC-7)" hesab edilir. Onun əsası regenerasiya olunan oksigenləşmiş sellülozdan ibarət steril bioloji deqradasiyaya uğrayan tordur və implantasiyadan sonra bakteriyaların inkişafına səbəb olmur. 8 saat keçdikdən sonra tor jeleşəkili olur və zədələnmiş toxuma üzərində qoruyucu təbəqə əmələ gətirir, 24 saatdan sonra isə "İnterseed" artıq identifikasiya oluna bilmir. Preparatın tam hidrolizi və absorbsiyası 28 gündən sonra baş verir. Bu səbəbdən biz də periton üzərində qoruyucu təbəqə yaratmaq üçün "İnterceed" torundan istifadə etmişik.

Bütün xəstələrdə birinci mərhələ ağırlaşmasız keçmişdir. I və II dərəcəli bitişmə prosesi təsdiqlənmiş müvafiq olaraq 5 (10,9%) və 18 (39,1%) xəstədə qarın boşluğuna operativ giriş və bağırsaq keçməzliyinə səbəb olan orqanlararası bitişmələrin ayrılması texniki çətinlik törətməmişdir. 21 xəstədə (45,7%) III dərəcəli bitişmə prosesinin olması əməliyyatın bütün mərhələlərinin yerinə yetirilməsini əhəmiyyətli dərəcədə çətinləşdirmişdir. Presizion əməliyyat texnikası hesabına intraoperasion ağırlaşmaların inkişafından qaçmaq mümkün olmuşdur. Xəstələrdən 2 nəfərdə (4,3%) IV dərəcəli bitişmə prosesi bağırsaq möhtəviyyatının hərəkətinə mane olmayan çoxsaylı atmalar, lövhəşəkili piylik və bağırsaq bitişmələri, eləcə də vissero-visseral bitişmələr aşkar edilmişdir (şəkil). Bu xəstələrdə adheziolizis məqsədilə minilaparotomik və laparoskopik üsullardan müştərək istifadə etmişik.



Şəkil. Laparoskopik üsulla əməliyyat keçirilmiş (əsas qrup) xəstələrdə aşkar edilən bitişmə prosesinin dərəcələri

Nazik bağırsağın lövhəşəkili və yastı formada olan vissero-parietal hərəkətli bitişmələri 35 xəstədə aşkar edilmişdir. Bu növ bitişmənin xüsusi əməliyyatını ultrasəs diaqnostikasının həssaslığı 94,6%, laparoskopik diaqnostikasının həssaslığı isə 99,2% təşkil etmişdir. Azinvaziv texnika hərəkətli orqanlararası bitişmələr üçün daha münasib olmuş və 31 (67,4%) xəstədə əməliyyatın uğurla başa çatmasına imkan vermişdir.

Xəstələrimizdən 11 nəfərdə (23,9%) nazik bağırsağın əməliyyatdansonrakı çapıq toxuma ilə bitişmələri çox sıx və möhkəm olduğundan laparoskopik üsulla adheziolizis mümkün olmamışdır. Bu bitişmələr, əsasən, göbək nahiyyəsində (n=9) lokalizasiya etmişdir. Hərəkətli bitişmələri laparoskopik olaraq kəsdikdən sonra bizə nazik bağırsaq ilgəyinə fiksə olunmuş hissə üzərində mini-laparotomiya həyata keçirmək və adheziolizis aparmaq lazım gəlmişdir. Seroz qışası qopmuş hissələr və yaralar atravmatik sorulan tikiş materialı ilə ("Polysorb", "Biosin", "Dexon") tikilmişdir.

Azinvaziv adheziolizisin orta davametmə müddəti $48,2 \pm 5,3$ dəqiqə təşkil etmişdir. Azinvaziv əməliyyatın nəzərdə tutulmuş planı (adheziolizisin uğurla başa çatması) xəstələrdən 91,3%-də yerinə yetirilmişdir (n=42), 8,7%-də (n=4) isə bağırsağın perforasiyası və qanaxma ilə əlaqədar olaraq laparotomiyaya keçmək lazım gəlmişdir. Letal nəticə müşahidə edilmişdir.

Xəstələrdən 15,2%-də (n=7) qarın boşluğunun sanasiyasına, bağırsağın vəziyyətinin dinamik qiymətləndirilməsinə və bitişmələrin əmələ

gəlməsinin profilaktikasına yönəlmiş dinamik relaparoskopiya həyata keçirilmişdir. Kontrol qrupda laparotomik əməliyyatın müddəti $65 \pm 8,5$ dəqiqə təşkil etmişdir. Stasionar müalicənin müddəti orta hesabla $14,5 \pm 3,4$ gün olmuşdur. Yara ağırlaşmalarına 24 xəstədən 5-də (20,8%) rast gəlinmişdir. Dörd xəstə (16,6%) ölmüşdür.

Bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyi zamanı azinvaziv və laparotomik cərrahi müdaxilələrin müqayisəli qiymətləndirilməsi 2-ci cədvəldə göstərilmişdir. Tədqiq edilən qrupların göstəricilərinin statistik təhlili zamanı aşkar olmuşdur ki, azinvaziv texnologiyadan istifadə edərkən intraoperasion ($p=0,009$) və əməliyyatdansonrakı ($p=0,006$) ağırlaşmaların inkişaf tezliyi, letallıq səviyyəsi ($p=0,021$) və stasionarda qalma müddəti ($p=0,045$) azalır (cədvəl 3).

Əsas qrupda adheziolizdən sonra xəstələrin stasionarda qalma müddəti $5,8 \pm 2,3$ gün təşkil etmişdir. Vissero-parietal bitişmələrin ayrılmasından sonra periton üzərində yaranan defektlər bitişmə prosesinin residivində müstəsna rol oynayır. Bəzi hallarda bağırsağın mənfəzini açmamaq üçün nazik bağırsaq ilgəyini qarın ön divarından bitişmiş periton hissəsi ilə birgə ayırmaq lazım gəlir. Buna görə də, xəstələrdən 14 nəfərdə vissero-parietal bitişmələrin formalaşmasının profilaktikası məqsədilə parietal periton üzərinə biodegradasiya olunan sintetik "İnterceed" torunun laparoskopik aplikasiyası həyata keçirilmişdir.

Cədvəl 3. Bitişmə mənşəli kəskin bağırsaq keçməzliyi zamanı cərrahi müdaxilələrin müqayisəli qiymətləndirilməsi

Göstərici	Tədqiqat qrupları		Fərqi statistik dürüslüyü
	Əsas qrup (n=46)	Kontrol qrupu (n=24)	P_{χ^2} / P_U
Laparotomiyaya konversiyanın vacibliyi	4 (8,7%)	22 (91,7%)	$<0,001^*$
İntraoperasion ağırlaşmalar	4 (8,7%)	8 (33,3%)	0,009 *
Əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar	1 (2,2%)	5 (20,8%)	0,006 *
Letal nəticələr	0	4 (16,6%)	0,021 *
Əməliyyatın müddəti (M±m), dəq	$48,2 \pm 5,3$	$65 \pm 8,5$	0,051
Stasionarda qalma müddəti (M±m), gün	$5,8 \pm 2,3$	$14,5 \pm 3,4$	0,045 *

Qeyd: * – "0" hipotezi inkar edilir

“İnterceed” torunun aplikasiyası aparılmış 14 xəstədə əməliyyatdan 4-5 gün sonra qarnın ön divarının ultrasəs müayinəsində preparatın yerləşdirildiyi zonada parietal peritonun və peritonönu birləşdirici toxumanın 4-6 mm-ə qədər infiltratlaşdığını aşkar etmişik ki, bu da çox güman ki, adheziolizis zamanı toxumaların zədələnməsi ilə əlaqədardır.

Əməliyyat olunmuş xəstələrdə əməliyyat-dansonrakı dövr ağırlaşmasız keçmişdir. Bütün xəstələrə bitişmə əleyhinə fizioterapevtik tədbirlər kompleksi təyin edilmiş, 6 xəstədə isə həm də “Flogenzim”-in müalicəvi dozalarından istifadə edilməklə bitişmələrin dərman profilaktikası həyata keçirilmişdir. Əməliyyatdan sonra 6 aydan 4 ilədək dövrdə “İnterceed” aplikasiyası olunmuş 34 (73,9%) xəstədə kontrol müayinələr aparılmışdır. Vissero-parietal bitişmələrin residivinin ultrasəs əlamətləri aşkar olunmamış, təkrar stasionara qəbul və cərrahi müdaxilələr aparılmamışdır. “İnterceed” istifadə olunmuş yalnız 1 (4,2%) xəstədə bağırsaq fistulu meydana çıxmışdır ki, buna görə də laparotomiya icra olunmuşdur. Kontrol qrupda 2 (8,4%) xəstə (müvafiq olaraq 4 ay və 1,5 il sonra) motor-evakuator pozğunluğa görə təkrar

hospitalizasiya olunmuş, lakin müayinələr zamanı bağırsaq keçməzliyi əlamətləri aşkar edilməmişdir. Xəstələr qısamüddətli konservativ müalicə və pəhriz korreksiyası kursundan sonra evə yazılmışdır.

Nəticələrdən çıxarış

1. Nazik bağırsaq ilgəklərinin adheziyasının əməliyyatönu laparoskopik üsulla aparılan diaqnostikanın həssaslığı 99,2% təşkil edir;
2. Laparoskopik adheziolizis və bitişmə prosesinin baryer profilaktikası bağırsaq keçməzliyi konservativ tədbirlərlə aradan qaldırılmış I-II dərəcəli adheziya olan xəstələrdə daha effektivdir;
3. Laparoskopik adheziolizis zamanı texniki çətinliklər meydana çıxan hallarda bitişmələri mini-laparotomik kəsikdən keçməklə ayırmaq daha əlverişlidir. Bu mümkün olmadıqda, laparotomiyaya konversiya məqsədəuyğundur;
4. Adheziolizisdən sonra bitişmə prosesinin baryer profilaktikası məqsədilə “İnterceed (TC-7)” və sistem enzimoterapiya aparılması məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Jin Hyung Park, Dong Jin Kim, Jung Hyun Park. Does Laparoscopic Adhesiolysis Reduce the Risk of Small Bowel Obstruction Related Readmissions and Reoperations Compared to Open Adhesiolysis? // Journal of Minimally Invasive Surgery 2020; 23(2): 86-92
<https://doi.org/10.7602/jmis.2020.23.2.86>
2. Pepijn Krielen, Salomone Di Saverio, Richard P G Ten Broek, Roberto Cirocchi. Laparoscopic Versus Open Approach for Adhesive Small Bowel Obstruction, a Systematic Review and Meta-analysis of Short Term Outcomes // Journal of Trauma and Acute Care Surgery: June 2020 – Volume 88 – Issue 6 – p 866-874
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002684>
3. Sallinen, V., Wikström, H., Victorzon, M. et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis for small bowel obstruction – a multicenter, prospective, randomized, controlled trial // BMC Surg 14, 77 (2014).
<https://doi.org/10.1186/1471-2482-14-77>
4. Kelly K.N., Iannuzzi J.C. Laparotomy for small-bowel obstruction: first choice or last resort for adhesiolysis? A laparoscopic approach for small-bowel obstruction reduces 30-day complications // Surg Endosc. 2014; 28: 65-73
<https://doi.org/10.1007/s00464-013-3162-6>
5. Сушков О.И., Шахматов Д.Г., Москалев А.И., Шунин Е.М. Выбор объема адгезиолизиса при реконструктивно-восстановительных операциях у больных с одностольными колостомиями (обзор литературы) // Колопроктология. 2022; т. 21, № 3, с. 111-118. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-3-111-118> [Sushkov O.I., Shahmatov D.G., Moskaev A.I., Shunin E.M. Vybor ob#ema adgeziolizisa pri rekonstruktivno-vosstanovitel'nyh operacijah u bol'nyh s odnostvol'nymi kolostomami (obzor literatury) // Koloproktologiya. 2022; t. 21, № 3, s. 111-118. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2022-21-3-111-118>]
6. Назаренко А.А., Акимов В.П. Лапароскопический адгезиолизис и барьерная профилактика спаечного процесса брюшной полости // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2016;(8):83-85. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016883-85> [Nazarenko A.A., Akimov V.P. Laparoskopicheskiy adgeziolizis i bar'ernaya profilaktika spaecnogo processa brjushnoj polosti // Hirurgiya. Zhurnal im. N.I.Pirogova. 2016;(8):83-85. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016883-85>]
7. Broek RP, Stommel MWJ, Strik C, van Laarhoven CJ, Keus F, van Goor H. Benefits and harms of adhesion barriers for abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. // Lancet. 2014;383(9911):48-59.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61687-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61687-6)

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗ И БАРЬЕРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

И.А.Юсубов

*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева
Кафедра общей и пластической хирургии, Баку, Азербайджан*

Резюме. В статье представлена информация о проведенной исследовательской работе по уточнению возможности лапароскопической диагностики кишечной непроходимости спаечного происхождения в раннем послеоперационном периоде и оптимизации адгезиолизиса.

В раннем послеоперационном периоде было обследовано и пролечено 70 пациентов с кишечной непроходимостью верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В основную группу вошли 46 пациентов, в контрольную – 24. В основной группе при кишечной непроходимости послеоперационного спаечного происхождения выполнялась лапароскопическая операция, а у аналогичных категорий пациентов, вошедших в контрольную группу, выполнялся открытый метод – лапаротомия.

Исследование показало, что при лапаротомии с верхнесрединными и нижнесрединными разрезами вероятность возникновения кишечной непроходимости выше. Чувствительность предоперационной ультразвуковой диагностики подвижных висцеро-париетальных спаек петель тонкой кишки составляет 94,6%, а чувствительность лапароскопической диагностики – 99,2%. Статистический анализ параметров исследуемых групп показал, что при использовании малоинвазивных технологий снизилась частота интраоперационных ($p=0,009$) и послеоперационных осложнений [10,9% и 54,1%; ($p=0,006$)], летальность [0 и 4 (16,6%); $p=0,021$], продолжительность пребывания в стационаре [$(5,8\pm 2,3$ и $14,5\pm 3,4)$; $p=0,045$].

LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS AND BARRIER PREVENTION OF ADHESIVE PROCESSES IN THE ABDOMINAL CAVITY

I.A.Yusubov

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors, named after A.Aliyev
Department of General and Plastic Surgery, Baku, Azerbaijan*

Summary. The article presents information about research work carried out to clarify the possibility of laparoscopic diagnosis of intestinal obstruction of adhesive origin in the early postoperative period and optimization of adhesiolysis.

In the early postoperative period, 70 patients with intestinal obstruction of the upper gastrointestinal tract were examined and treated. The main group included 46 patients, and the control group included 24. In the main group, laparoscopic surgery was performed for intestinal obstruction of postoperative adhesive origin, and in similar categories of patients included in the control group, an open method - laparotomy - was performed.

The study showed that laparotomy with upper-middle and lower-middle incisions is more likely to cause intestinal obstruction. The sensitivity of preoperative ultrasound diagnostics of mobile viscero-parietal adhesions of small intestine loops is 94.6%, and the sensitivity of laparoscopic diagnostics is 99.2%. Statistical analysis of the parameters of the studied groups revealed that the incidence of intraoperative ($p=0.009$) and postoperative complications [10.9% and 54.1%; ($p=0.006$)], mortality rates [0 and 4 (16.6%); $p=0.021$], and duration of hospital stay [$(5.8\pm 2.3$ and $14.5\pm 3.4)$; $p=0.045$] decreased with the use of minimally invasive technology.

Müəlliflə əlaqə üçün:

İlqar Əliəsə oğlu Yusubov, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Ümumi və plastik cərrahiyyə kafedrası

E-mail: yusibov.ilqar@mail.ru