

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Azərbaycan Tibb Universiteti

Çerkəz Cəfərov, Elşad Cəfərov,
Ülkər Rüstəmzadə

Qida borusu cərrahlığı



Redaktorlar: **M.Q.Allahverdiyev** (Tibb elmləri doktoru, professor)
E.M.Qasımov (Tibb üzrə fəlsəfə doktoru)

Rəyçilər: **Professor F.H.Camalov** – ATU-nun III cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri
T. E. D. E.A.Rüstəmov – akademik M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahi Mərkəzin qida borusu, mədə, 12 barmaq bağırsağ cərrahlığı şöbəsinin rəhbəri

C 77 Cəfərov Ç.M., Cəfərov E.Ç., Rüstəməzadə Ü.Ç.
Qida borusu cərrahlığı. Bakı, “Aspoliqraf LTD” MMC,
2022, 376 səh. şək. 290

Respublika miqyasında qida borusu cərrahlığı sahəsində böyük təcrübəyə malik müəlliflərin tərtib etdiyi bu ilk kitabda qida borusunun müxtəlif xəstəliklərinin – xoş və bədxassəli xronik keçməzlilərinin, zədələnmələrinin, yad cisimlərinin törətdiyi fəsadlar, onların diaqnozunun aşkarlanması, müalicə taktikasının seçilməsi, cərrahi əməliyyatlara göstəriş və əks göstərişlər təhlil edilmişdir. Eyni zamanda qida borusunda aparılan mürəkkəb bərpa əməliyyatlarının təkmilləşdirilmiş yeni icra üsulları diqqətə çatdırılmışdır.

Kitabda çoxsaylı, maraqlı, orijinal rentgen, kompüter təsvirləri, endofotolar və əməliyyatların texnikasını əks etdirən şəkillər təqdim olunmuşdur. Oxuculara təqdim olunan bu kitab qida borusu cərrahlığı ilə maraqlananlar üçün dəyərlidir.

Müəlliflər kitabın redaktə olunmasında xeyli əmək sərf etmiş redaktorlara minnətdarlıq edirlər.

Jafarov Ch.M., Jafarov E.Ch., Rustamzade U., Ch.

Surgery of the Esophagus - Baku, “Aspoliqraf LTD” MMC,
2022. p.376, ill. 290

This first book written by the most experienced nationwide specialists in foregut surgery represents the analysis of various types of esophageal diseases, including benign and malignant obstructions as well as trauma complications and foreign body injuries. The methods of diagnostics, treatment options and indications for surgery are discussed in the book. Newer surgical techniques for the complicated reconstructive procedures are presented as well.

The volume contains abundant numbers of illustrations of radiology and endoscopy studies and surgical techniques. It would be of a particular value for the specialists in foregut surgery.

The authors acknowledge enormous gratitude to the editors for the titanic work dedicated to this edition.

C $\frac{4108080000}{053}$ 2022

© Çərkəz Cəfərov, 2022
© Elşad Cəfərov, 2022
© Ülkər Rüstəməzadə, 2022

Cəfərov Çərkəz Məmiş oğlu

Tibb elmləri doktoru, professor, 1965-ci ildə Azərbaycan Tibb İnstitutunu fərqlənmə diplomu ilə bitirdikdən sonra Elmi Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Təbabət İnstitutunun döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsində işə başlayıb. Uzun illər keçmiş Sovet İttifaqının (Leningrad, Moskva) elmi-tədris mərkəzlərinə ezam olunmuş və orada elmi təcrübi fəaliyyətini davam etdirmişdir. 1987-ci ildə



doktorluq dissertasiyasını tamamladıqdan sonra yenidən ETKETİ-na qayıtmışdır, 1995-2016-cı illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin ümumi cərrahlıq kafedrasına rəhbərlik etmiş, böyük cərrahi məktəb yaratmışdır. Respublikada və xarici ölkələrdə yetkin döş qəfəsi cərrahi kimi tanınmışdır. Onun rəhbərliyi altında 8 doktorluq və 16 namizədlik dissertasiyası müdafiə olunub, 250 elmi məqalənin, 6 müəlliflik şəhadətnaməsi və patentin, 4 dərsliyin, 5 monoqrafiyanın müəllifidir. Respublikanın əməkdar həkimidir. “Tərəqqi” medalı ilə təltif olunmuşdur. Hazırda ümumi cərrahiyyə kafedrasının professoru kimi fəaliyyətini davam etdirir.

Jafarov Cherkez Mamish

Doctor of Medicine, professor. After graduation from the Azerbaijan Medical Institute in 1965 with the diploma of honor he started the career in the Department of Thoracic Surgery of Scientific Research Institute of Clinical and Experimental Medicine. He spent many years in scientific-educational centers of former Soviet Union (Leningrad, Moscow) continuing his scientific and research activity. After completing the doctoral thesis in 1987 he returned to the Scientific Research Institute of Clinical and Experimental Medicine. In 1995-2016 he was the head of the Department of General Surgery of Azerbaijan Medical University. Prof. Ch.M.Jafarov created a large surgical school. He is known in the country and abroad as a top specialist in thoracic surgery. 8 doctoral and 16 PhD works were defended under his supervision. He is the author of 250 scientific articles, 6 inventions and patents, 4 textbooks and 5 monographs. Prof. Ch.M.Jafarov is the Honored Doctor of Azerbaijan. He is awarded with “Tərəqqi” (Progress) state medal. He is continuing his activity as a professor of the Department of General Surgery of Azerbaijan Medical University.



Cəfərov Elşad Çərkəz oğlu

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru, 2000-ci ildə Rusiya Xalqlar Dostluğu Universitetinin tibb fakültəsini bitirmişdir. Azərbaycan Tibb Universitetində kliniki ordinatura və aspiranturanı bitirmişdir. Qida borusu cərrahlığına aid elmi tədqiqatlar aparmış və 2009-cu ildə namizədlik dissertasiyasını müdafiə etmişdir.

Jafarov Elshad Cherkez

MD, PhD. Has graduated from the Faculty of Medicine of Peoples' Friendship University of Russia in 2000. Successfully completed the clinical residency program and the PhD course in Azerbaijan Medical University. Has carried out scientific research on esophagus surgery and defended his thesis in 2009.



Rüstəməzadə Ülkər Çərkəz qızı

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru, 2000-ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin müalicə-profilaktika fakültəsini fərqlənmə diplomu ilə bitirmişdir. Kliniki ordinatura keçmişdir. Son 20 ildə qida borusu cərrahlığı ilə məşğuldur. 2010-cu ildə namizədlik dissertasiyası müdafiə etmişdir.

Rustamzade Ulker Cherkez

MD, PhD. Has graduated from the Treatment and Prevention Faculty of Azerbaijan Medical University in 2000 with the diploma of honor. Successfully completed the program of clinical residency. For the last 20 years the main field of expertise is the esophagus surgery. Has defended her thesis in 2010.

Mündəricat

Ön söz	8-9
I fəsil. Qida borusu cərrahlığının inkişaf tarixi	10-20
II fəsil. Qida borusunun anatomik və fizioloji xüsusiyyətləri.....	21-26
III fəsil. Qida borusunun müayinə üsulları	27-35
IV fəsil. Qida borusunun inkişaf qüsurları	36-43
V fəsil. Qida borusunun yad cisimləri.....	44-67
VI fəsil. Qida borusu zədələnmələri	68-111
Qida borusunun qapalı zədələnmələri.....	69-70
Yatrogen zədələnmələr	71-81
Döş qəfəsinin əzilməsi, qida borusu-traxeya süzğəci	81-88
Qida borusunun spontan cırılması	89-95
Qida borusunun açıq zədələnmələri	95-111
VII fəsil. Qida borusunun xoşxassəli törəmələri	112-115
Qida borusunun leyomioması	115-126
Qida borusunun sistləri.....	126-131
VIII fəsil. Qida borusunun divertikulları.....	132-142
IX fəsil. Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyi (kardiyanın axalaziyası).....	143-182
Havalı genəldici ilə müalicə.....	148-152
Cərrahi müalicə.....	152-176
Faringeal axalaziya.....	176-182
X fəsil. Qida borusu və mədənin kimyəvi yanıqları.....	183-278
Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralmaları	183-189
Nazik bağırsaqla ezofaqoplastika	189-201
Yoğun bağırsaqla ezofaqoplastika	201-204
Yoğun bağırsaqla birmərhələli ezofaqoplastika	204-209
Yoğun bağırsaqla ikimərhələli ezofaqoplastika	209-213
Yoğun bağırsaqla üçmərhələli ezofaqoplastika	213-219
Mədə ilə plevradaxili ezofaqoplastika.....	220-230

Qarın və boyun kəsikləri ilə qastroezofaqoplastika.....	230-242
Sağ tərəfli torakotomiya, qarın-boyun kəsikləri ilə qastroezofaqoplastika.....	242-249
Mədənin kimyəvi yanıqdan sonra daralmaları	250-261
Uşaqlarda qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralmaları	262-271
Qida borusunun qısa daralmaları.....	272-278
XI fəsil. Qida borusu və kardioezofaqal keçidin xərçəngi.....	279-378
Qida borusu xərçəngi.....	281-319
Kardioezofaqal xərçəng	320-348
XII fəsil. Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı, reflüks-ezofagit.....	349-373
Ədəbiyyat.....	374-376

Contents

Preface	8-9
Chapter I. The history of development of esophagus surgery	10-20
Chapter II. Anatomical and physiological peculiarities of the esophagus.....	21-26
Chapter III. Methods of investigation of the esophagus.....	27-35
Chapter IV. Congenital anomalies of the esophagus.....	36-43
Chapter V. Foreign bodies of the esophagus.....	44-67
Chapter VI. Esophageal trauma	68-111
Closed injuries of the esophagus	69-70
Iatrogenic injuries.....	71-81
Chest contusion, tracheoesophageal fistula	81-88
Spontaneous esophageal rupture	89-95
Open injuries of the esophagus	95-111
Chapter VII. Benign esophageal lesions	112-115

Esophageal leiomyoma.....	115-126
Esophageal cysts	126-131
Chapter VIII. Esophageal diverticula	132-142
Chapter IX. Chronic obstruction of gastroesophageal junctioneuro muscular genesis (achalasia cardia)	143-182
Treatment with balloon dilatation	148-152
Surgical management.....	152-176
Cricopharyngeal achalasia	176-182
Chapter X. Chemical burns of esophagus and stomach	183-278
Esophageal strictures after chemical burn	183-189
Small bowel esophagoplasty	189-201
Colon patch esophagoplasty	201-204
One-stage colon patch esophagoplasty	204-209
Two-stage colon patch esophagoplasty	209-213
Three-stage colon patch esophagoplasty	213-219
Intraleural esophagoplasty with gastric tube.....	220-230
Gastroesophagoplasty through abdominal and cervical incisions	230-242
Gastroesophagoplasty through right sided thoracotomy, abdominal and cervical incisions.....	242-249
Gastric strictures after chemical burn	250-261
Esophageal strictures after chemical burn in children	262-271
Short esophageal strictures.....	272-278
Chapter XI. Cancer of esophagus and gastroesophageal junction.....	279-378
Esophageal cancer	281-319
Gastroesophageal junction cancer	320-348
Chapter XII. Hiatal hernia, reflux esophagitis.....	349-373
Literature.....	374-376

Ön söz

Qida borusu anatomik quruluşu, yerləşməsi, topoqrafiyası, sintopik olaraq həyat üçün vacib sayılan orqanlarla (*ürək, nəfəs borusu, aorta, ağciyərlər, plevra, sinirlər, döş qəfəsi axacağı və s.*) qarşılıqlı vəhdətdə olması, cərrahi müdaxilə zamanı əldə edilməsinin çətinliyi, həmçinin fizioloji fəaliyyəti ilə həzm sisteminin digər orqanlarından xeyli fərqlənir. Onun xəstəliklərinin erkən aşkarlanmasında və müalicəsində də müəyyən çətinliklər mövcuddur.

XX əsrin 40–50-ci illərindən etibarən Amerika, Avropa və bir sıra Şərq ölkələrində, o cümlədən keçmiş Sovetlər İttifaqında cərrahlar qida borusu xəstəliklərinin diaqnostikası və cərrahi müalicəsi ilə ciddi məşğul olmağa başlamışlar. Həmin dövrdən bu sahədə müəyyən uğursuzluqlarla yanaşı, böyük nailiyyətlər də qazanılıb.

Qida borusunun xroniki keçməzliyindən (*kimyəvi zəhərlərdən sonra və turş maddə şirəsinin təsirindən törənən daralmalar, xoş və bədxassəli şişlər, qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralmaları*) əzab çəkən çoxsaylı xəstələrdə cərrahi əməliyyatlar yerinə yetirilib, onların yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşdırılıb, yeni bərpa əməliyyatları təklif olunub, mövzu ətrafında sanballı elmi araşdırmalar aparılıb, jurnal məqalələri, dissertasiyalar, monoqrafiyalar yazılıb.

Elmi-texniki tərəqqi ilə əlaqədar, müasir diaqnostika üsullarının və rekonstruktiv bərpa əməliyyatlarının geniş tətbiqi qida borusu cərrahlığının mükəmməl inkişafına xeyli təkan vermişdir.

Azərbaycanda uzun illər ərzində qida borusu cərrahlığı kifayət qədər inkişaf etməmişdir.

Ötən əsrin 90-cı illərində respublika müstəqilliyini yenidən bərpa etdikdən sonra kitabın müəllifləri qida borusu cərrahlığı ilə ardıcıl və məqsədyönlü şəkildə ciddi məşğul olmağa başlamışlar.

Son 30 ildə müəlliflərin müşahidəsində olan qida borusunun müxtəlif xəstəlikləri ilə 1000-dən artıq xəstəyə cərrahi yardım göstərilmişdir. Müvəffəqiyyətlərlə yanaşı, uğursuzluqlar da müşahidə olunmuşdur. Toplanmış təcrübənin nəticələri elmi araşdırılmışdır. Azərbaycan dilində ilk dəfə tərtib olunan bu kitabda qida borusunun xoş və bədxassəli xroniki keçməzliklərinin, zədələnmələrinin, yad cisimlərinin törətdiyi ağır fəsadların diaqnostika və müalicə üsullarına aid əyani nümunələr, rentgen şəkilləri, fotoşəkillər təqdim olunub.

Qida borusu cərrahlığı ilə maraqlanan tələbələr, rezidentlər, gənc cərrahlar eləcə də elmi-tədqiqat işi ilə məşğul olan əməkdaşlar işıq üzü görən bu nəfis tərtibatlı kitabdən bəhrələnmə bilərlər.

M.Q.ALLAHVERDİYEV
E.M.QASIMOV

I FƏSİL QIDA BORUSU CƏRRAHLIĞININ İNKİŞAF TARİXİ

125 ilə yaxındır ki, dünyanın bütün ölkələrinin çoxsaylı klinikalarında qida borusunun bəd və xoşxassəli xroniki keçməzliklərinin cərrahi müalicəsinə cəhdlər göstərilir. Bu cəhdlər qida borusuna daha qısa yolla çatmaq üçün cərrahi kəsiklər axtarmağa, xaric edilmiş qida borusunu əvəzləmək üçün qarın boşluğu orqanlarından ən münasibini seçməyə, hazırlanmış transplantatı qida borusunun sağlam yerinə çatdırmağa və onlar arasında anastomoz yaratmağa, təbii yolla qida qəbulunu asanlaşdırmağa və xəstələrin yaşayış keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa yönəlmişdir.

Qida borusu cərrahlığının inkişafını 3 dövrə bölmək olar.

Birinci dövrdə qida borusuna çatmaq üçün müxtəlif cərrahi kəsiklər təklif olunmuşdur.

Qida borusunun topoqrafik və anatomik (*boyun, döş, qarın*) yerləşməsi ilə əlaqədar 3 əsas kəsik-*boyun, plevradaxili və qarın kəsikləri* təklif olunmuşdur.

Qida borusunun boyun hissəsinə yaxınlaşmaq üçün döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel boyun kəsiyindən istifadə olunur. Bu kəsiklə qida borusunun boyun hissəsində olan qısa ölçülü daralmaları ləğv etmək, divertikulları xaric etmək, qida borusunun ucu ilə transplantat arasında anastomoz qoymaq, pərçimlənmiş və divarı deşmiş yad cisimləri çıxarmaq, qida borusu ətrafı dərin fleqmonaları açmaq mümkündür.

Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissəsinin xərçəng şişini xaric etmək və ikitərəfli geniş limfodisseksiya məqsədilə döş sümüyünün dəstəsini, döş-körpücük birləşməsini, birinci qabırğanın qığırdağını kəsməklə müşayiət

olunan çoxsaylı genəltmə kəsikləri də təklif edilib, ancaq bu kəsiklər çox zədələyici və fəsadlar törətdikləri üçün onlardan geniş istifadə olunmayıb.

Qida borusunun boyun hissəsinə nisbətən dərin toxumalarda yerləşən *döş hissəsinə yaxınlaşmaq* çox çətin olub.

İlk dəfə 1888-ci ildə *İ.İ.Nasilov* qida borusunun yuxarı döş hissəsinə soltərəfli, aşağı hissəsinə isə sağtərəfli *arxa orta divar kəsiyindən* yanaşmağı təklif edib. Bu kəsiklər də çox zədələyici olduqlarına görə klinikada geniş tətbiqə tövsiyə almayıb.

İ.İ.Nasilovdan fərqli olaraq 1901-ci ildə *V.D.Dobromislov*, eksperimental tədqiqatlarla qida borusunun yuxarı döş hissəsinə sağtərəfli, aşağı döş hissəsinə isə soltərəfli *plevraxili kəsiklə* yanaşmağı işləyib hazırlamaqla qida borusu cərrahlığının inkişafına böyük təkan verib.

Qida borusunun diafraqmaaltı (qarın) hissəsinə çatmaq üçün isə yuxarı laparotomiya kəsiyindən istifadə olunub.

Qida borusuna geniş sahədə yanaşmaq məqsədilə sonralar bu kəsiklərin müştərək döş-qarın kəsiyi kimi tətbiqinə başlanılıb (*Osava-Qarlok*).

Təklif olunan kəsiklərlə xaric edilən qida borusunu əvəz etmək üçün ilk vaxtlarda xeyli uğursuz, sonralar isə nəhayət, uğurlu əməliyyatlar aparılıb.

İkinci dövr: xaric edilmiş qida borusunu əvəz etmək üçün qarın boşluğu orqanlarından – nazik, yoğun bağırsaqlardan, mədədən damar ayaqçığı üzərində kifayət qədər uzunluğa malik transplantatların hazırlanması, qida borusunun sağlam hissəsi səviyyəsinə çatdırılması və onunla transplantat arasında anastomoz qoyulması üsullarının təklifi ilə seçilir.

Qida borusunu əvəz etmək üçün müxtəlif üsullar təklif olunub. Bu üsulları asan başa düşmək üçün onları xronoloji olaraq 3 qrupa bölmək olar:

Dəri ilə plastika – bütövlükdə döşönü dəridən hazırlanmış boru ilə plastika *H.Bircher* (1894), *T.Rovsing* (1925), *V.R.Braytsev* (1926) tərəfindən icra edilib.

İlk dəfə *H.Bircher* (1894) qida borusunun xərçəngi ilə 2 xəstədə döşsümüyünü dəri örtüyündən hazırlanmış boru ilə qida borusunu əvəz etmə əməliyyatına cəhd göstərib, lakin həmin xəstələr xərçəng kaxeksiyasından ölüb və əməliyyat axıra çatdırılmayıb. Bu məlumatı 1907-ci ildə onun oğlu *E.Bircher* verib və atasının yeni xəstəxananın tikintisi ilə bağlı vaxtı olmadığı üçün əməliyyatlar haqqında məlumat verməməsini bildirib.

Döşsümüyünü dəri örtüyündən hazırlanan boru ilə qida borusunu əvəz etmək cəhdləri sonralar da davam etdirilib.

V.R.Braytsev (1926) 7 xəstədə, *T. Rovsing* (1926) isə 4 xəstədə döşsümüyünü dəri borusunu boyunda qida borusu, qarında isə mədə ilə birləşdirməklə plastika əməliyyatları icra ediblər.

Ümumi statistik məlumata görə bu əməliyyatlar – 1932-ci ilə qədər 15 xəstədə aparılıb (*T.Ziano*).

1954-cü ildə *V.R.Braytsev və əməkdaşları* Moskva cərrahlar cəmiyyətinin (23/IV-1954) iclasında artıq 22 xəstədə belə əməliyyatlar apardıqları haqqında məlumat veriblər.

Qida borusunun kimyəvi yanıqlarında nazik bağırsaqla plastika əməliyyatı aparmaq sahəsində böyük təcrübəyə malik *S.S.Yudin* (1954) dəri ilə plastikanı belə dəyərləndirib:

- üsul qorxulu deyil;
- dəri borusu təqəllüs etmir, ancaq udma zamanı udlaq əzələlərinin yığılaraq itələmələri hesabına qida asanlıqla aşağıya ötürülür;
- dəri borusunun daxili səthində turş mədə şirəsi təsirindən əzabverici dermatit və xoralar inkişaf edir;

– dəri borusunun aşağı ucu ilə mədə arasında tam kip anastomoz yaratmaq xeyli çətin olur. Ona görə də bütövlükdə dəri borusu ilə plastika əməliyyatının geniş tətbiqini tövsiyə etmək düzgün hesab edilmir.

Nazik bağırsağ və mədə ilə plastika – qida borusunun rezeksiya edilmiş hissəsinin mədə ilə əvəz olunması fikrini ilk dəfə *M.Biondie* (1895) irəli sürüb. Buna baxmayaraq ilk cəhdlər nazik bağırsaqla, sonralar isə mədədən istifadə etməklə yerinə yetirilib:

– nazik bağırsaqla döşsümüyünü (*C.Roux*, 1907; *P.A.Qertsen*, 1908; *S.S.Yudin*, 1941);

– mədə ilə döşsümüyünü (*M.Kirschner*, 1920; *A.P.Bakulev*, 1946);

– mədə ilə arxa orta divardan (*W.Kümmel*, 1922);

– mədə ilə sağ plevra boşluğundan (*R.Sweet*, 1945; *B.V.Petrovski*, 1946);

– nazik bağırsaqla arxa orta divardan (*A.Q.Savinix*, 1951);

– nazik bağırsaqla döşsümüyüarxası (*N.İ.Yeremeyev*, 1952) əməliyyatlar aparılıb.

İlk dəfə *C.Roux* (1906) 11 yaşlı uşaqda kimyəvi yanıq nəticəsində daralmış qida borusunu xaric etmədən, nazik bağırsağı döşsümüyünü dərialtı sahədə yerləşdirməklə zədələnmiş üzvü əvəz etməyə çalışmış, lakin bəzi texniki səbəblərdən bu əməliyyat onun tərəfindən yalnız 1911-ci ildə tamamlanmışdır.

C.Roux-un tələbəsi *P.A.Gertsen* 1907-ci ildə 20 yaşlı xəstədə qida borusunun turşu ilə yanıqdan sonra daralmasına görə nazik bağırsaqla döşsümüyünü plastika əməliyyatını 44 gün ərzində 3 mərhələdə müvəffəqiyyətlə yerinə yetirib.

Sonralar nazik bağırsaqla plastika əməliyyatına cəhdlər zamanı yaranan çətinliklər:

– transplantatın uzunluğunun düz seçilməməsinə görə nazik bağırsağın kranial ucunun bəzən boyuna çatdırılmasının qeyri-mümkünlüyü;

– transplantatın kranial ucunun işemiyası və tikişlərin tutarsızlığı kimi fəsadlarla əlaqədar plastikanı axıra çatdırmağın mümkün olmaması aşkarlanıb.

Bəzi Avropa cərrahları qida borusunu əvəz etmək üçün transplantatın aşağı hissəsini: nazik, yoğun bağırsaqlardan və mədədən hazırlamağı, yuxarı hissəsini isə döşsümüyünü dəri örtüyündən hazırlanan boru ilə birləşdirməyə çalışıblar.

L.Wullstein, (1904); *E.Lexer*, (1911); *A.E.Solovyev*, (1926) – aşağı hissəni dərialtı yerləşdirilmiş nazik bağırsaqla və yuxarı hissəni isə döşsümüyünü dəridən hazırlanan boru ilə;

H.Vulliet, (1911); *G.Kelling*, (1911) – aşağı hissəni yoğun bağırsaqla və yuxarı hissəni döşsümüyünü dəri borusu ilə;

A.Jiano, (1931); *Y.O.Qalperin*, (1912), *C.Henschen*, (1924) aşağı hissəni mədə və yuxarı hissəni döşsümüyünü dəri borusu ilə birləşdirmə əməliyyatlarını icra etmişlər.

Bu əməliyyatların nəticələri çox vaxt uğursuz olub.

Dəridən hazırlanan borunun daxili səthində ağır dermatitin, dəri ilə nazik və yoğun bağırsaqlar, eləcə də mədə arasında yaradılan anastomoz nahiyəsində turş mədə şirəsi təsirindən (*peptik*) xoranın, süzgəcin yaranması dəri ilə hissəvi plastikanın da yararsızlığını göstərib.

Nazik bağırsaqla qida borusunun bütövlükdə əvəzlənməsinin üstünlüyü sonralar cərrahları dəri borusu ilə tam və hissəvi ezofaqoplastika cəhdlərindən imtina etməyə sövq etmişdir.

Keçmiş Sovet İttifaqında *S.S.Yudin* 1928–1954-cü illərdə qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra xroniki keçməzliyi ilə 350 xəstədə *nazik bağırsaqla dərialtı və plevradaxili ezofaqoplastika* üsullarını təkmilləşdirib və yaxşı nəticələr əldə edib.

A.Q.Savinix (1952) isə boyun və qarın kəsiklərindən diafraqma ayaqçıqları arasından, kimyəvi yanıt nəticəsində çapıqlaşmış qida borusunun çıxarılması, nazik bağırsaqdan hazırlanmış transplantatın arxa orta divardan boyuna qaldırılıb qida borusu ilə anastomozlaşdırılmasının üstünlüklərini böyük kliniki materialda sübuta yetirib.

Qida borusunu əvəzləmək üçün nazik bağırsaqdan istifadə edən cərrahlar belə bir qənaətə gəlib ki, nazik bağırsağın qeyri-məhdud uzunluqda olması, mənfəzinin ölçüsünün qida borusundan az fərqlənməsi, xeyli hərəkətliliyi, nazik bağırsağın çözümdən ayrılmasının çox da çətin olmaması ondan plastik material kimi istifadə etməyə imkan verir. Lakin sonrakı tədqiqatlar göstərdi ki, nazik bağırsağın qan təchizatının çox mürəkkəbliyi, kapilyar qan dövrünün pozulması ehtimalının yüksəkliyi və toxumaların oksigen aclığına çox həssaslığı əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə xəstələrin 25,9–66,1%-də transplantatın boyuna qaldırılmış ucunun işemiyasına, nekrozuna, tikişlərinin tutarsızlığına, süzgəclərin və qida borusu ilə transplantat arasında böyük diastazın meydana çıxmasına səbəb olur.

Nazik bağırsaqla ezofaqoplastikanın uzaq nəticələrinin öyrənilməsi göstərdi ki, nazik bağırsaqla döşümüyü önü və epigastral nahiyələrdə ilgəklər və dizlər törədir, bəzi hallarda udulan qida çətin keçir və görünüş baxımından vizual olaraq qeyri-estetikdir. Bununla əlaqədar kifayət qədər uzunluğa və etibarlı qan təchizatına malik olan digər orqanlarla qida borusunu əvəzləmək üçün transplantatlar seçilməsinə cəhdlərə başlanılıb.

Yoğun bağırsaqla ezofaqoplastika – V.Hacker 1913-cü ildə köndələn çənbər bağırsaqdan istifadə etməklə 12 yaşlı qızda döşümüyü önü ezofaqoplastika əməliyyatını müvəffəqiyyətlə icra edib.

Xaric edilmiş qida borusunu bütövlükdə yoğun bağırsağın sağ yarısından hazırlanmış izoperistaltik transplantatla əvəz etmək üsulunu *O.Roith* (1923) həyata keçirib.

A.Oscher və *N.Owens* 1934-cü ilə qədər bütün dünyada 240 xəstədə yoğun bağırsaqla plastika aparılması haqda məlumatlar dərc etdiriblər. Onlardan yalnız 20 xəstədə yaxşı nəticə alındığı qeyd edilib. Məlum olub ki, yoğun bağırsaqla bioloji xüsusiyyətinə görə qidanı nisbətən gec ötürür. Bununla əlaqədar olaraq 20 il ərzində yoğun bağırsaqdan transplantat kimi istifadə olunmasına maraq azalıb.

XX əsrin 50-ci illərindən etibarən Fransa cərrahları yenidən yoğun bağırsaqdan istifadə eləməyə başlayıb. Yoğun bağırsağın sol yarısı ilə əks peristaltik (*anti peristaltik*) istiqamətdə *E.Orsoni* və *A.Torpet* (1950), izoperistaltik istiqamətdə isə *T.Cristophe* (1951) ezofaqokoloplastika əməliyyatlarını icra ediblər. Qısa müddətdə qida borusu cərrahlığı ilə məşğul olan klinikalarda çoxsaylı xəstələrdə yoğun bağırsağın sağ, sol yarısından və köndələn çənbər bağırsaqdan damar ayaqcığı üzərində hazırlanan transplantatları *döşsümüyünü dərialtı, sağ plevradaxili, döşsümüüarxası* yerləşdirməklə ezofaqoplastika əməliyyatlarının aparılmasına başlanılıb.

Koloezofaqoplastika sahəsində böyük təcrübəyə malik olan klinikalarda əməliyyatdan sonra 12,8-23,4% müxtəlif fəsadlar: transplantatın nekrozu, tikişlərin tutarsızlığı, mediastinit, irinli plevrit, çətin sağalan süzgəclər və anastomoz nahiyəsində daralmalar müşahidə olunurdu. Bu fəsadların səbəbi isə transplantatın damar ayaqcığının burulması ilə əlaqələndirilirdi. Ölüm halları 3,9-8% təşkil edirdi. Yoğun bağırsaqla ezofaqoplastika əməliyyatlarının uzaq nəticələrinin 15-20 ildən sonra öyrənilməsi xəstələrin böyük əksəriyyətində qida boru-

sunun əvəzləyicisinin kafi və yaxşı fəaliyyət göstərdiyini, qida qəbulunun asanlaşdığını və xəstələrin yaşayış keyfiyyətinin xeyli yaxşılaşdığını göstərmişdir.

Yoğun bağırsağın yaxşı qan təchizatı, kifayət qədər uzunluqda transplantat hazırlanmasının mümkünüyü, ilgəklərinin olmaması, seçilmiş qısa yolla asanlıqla qida borusunun sağlam hissəsinə çatdırılması və anastomozun qoyulması onun plastik material kimi daha yararlı olduğunu təsdiqləmişdir.

Mədə ilə plastika – qida borusu cərrahlığının inkişafa başladığı dövrdən bütöv mədədən plastik material kimi istifadə edilməsi fikri cərrahları çoxdan maraqlandırır.

1913-ci ildə *H.Zaaiyer* qida borusunun aşağı döş hissəsinin xərçənginə görə sağ plevraxili kəsiklə qida borusunu rezeksiya edib, 3 mərhələdə döşdaxili qida borusu-mədə anastomozu qoymaqla həzm traktının tamlığını müvəffəqiyyətlə bərpa etmişdir. Xəstə 98 gün yaşamışdır.

Həmin ildə *A.Torek* (1913) qida borusunun orta döş hissəsinin xərçənginə görə sağıtərəfli plevraxili kəsiklə qida borusunu rezeksiya edib, yuxarı ucunu boyuna çıxarıb ezofaqostoma icra etdikdən sonra laparotomiya edib və qastrostoma qoyub. Bu əməliyyat bir müddət qida borusunun xərçənginin müalicəsində “*Torek əməliyyatı*” kimi geniş tətbiq edilib. Lakin bu əməliyyatların mərhələlərlə aparılması uzun vaxt tələb edirdi. Xəstələrin bəzilərində vəziyyətlərinin ağırlığı, metastazların yaranması ilə əlaqədar həzm sisteminin tamlığının bərpası qeyri-mümkün olurdu.

M.Kirschner, (1920), *A.N.Bakulev*, (1946) bütövlükdə mədəni qarın boşluğundan aralayıb qidalandırıcı sağ mədə-piylik arteriyası üzərində dərialtı döşsümüyüönü yolla boyuna qaldıraraq onu qida borusunun sağlam mənfəzi ilə birləşdiriblər.

W.Kümmel, (1922) mədənin böyük əyriliyindən boru hazırlayıb və onu arxa orta divardan boyuna qaldıraraq qida borusu ilə anastomoz yaradıb. Qida borusunun (*qarın*) hissəsi ilə birləşən mədənin kiçik əyriliyində formalaşdırılan mədə qalığı onikibarmaq bağırsaqla birləşdirilib.

1923-cü ildə *G.Rutkowski* eksperimentdə mədənin böyük əyriliyindən sağ-mədə piylik arteriyası üzərində boru hazırlayıb və onu arxa orta divardan boyuna qaldıraraq, qida borusu ilə anastomoz yaratmaq texnikasını işləyib hazırlayıb klinikaya tətbiqini tövsiyə edib.

1933-ci ildə *G.Turner* torakotomiya etmədən qida borusunun xərçənginə görə laparotomiya, sagital diafraqmatomiya və boyun kəsiyindən qida borusunu xaric edib, mədədən hazırlanmış borunu boyuna qaldıraraq mədə ilə qida borusunun kranial ucu arasında anastomoz qoyub.

1946-cı ildə ingilis cərrahı *İvor Lewis* qida borusunun döş hissəsinin xərçəngində ilk dəfə ikimərhələli əməliyyat aparıb. Birinci mərhələdə orta laparotom kəsiklə sağ mədə və sağ mədə-piylik arteriyaları saxlanılmaqla mədənin proksimal hissəsini eləcə də dibini damar və bağlardan aralamışdır. İkinci mərhələdə 2 həftədən sonra sağtərəfli torakotomiya aparıb, qida borusunu rezeksiya edərək, mədəni plevra boşluğuna çəkib, qida borusu ilə mədə arasında anastomoz yaradıb.

Az sonra *Santy P., Moucher A., (1947), Mc.Manus J.S., (1948)* bu əməliyyatı bir mərhələdə icra ediblər.

XX əsrin 50-ci illərindən başlayaraq onkoloji klinikalarda bu üsul "*Lüis tipli əməliyyat*" adı altında geniş tətbiq edilməyə başlandı. Əvvəllər bu əməliyyatdan sonra tikişlərin tutarsızlığı, plevrit, ağciyərin kollapsı kimi fəsadlar çox müşahidə edilirdi. Sonralar bu fəsadlar xeyli azaldı və "*Lüis tipli əməliyyat*"ın qida borusunun

aşağı və orta döş hissələrinin xərçənginin cərrahi müalicəsində tətbiqi əsas üsul kimi davam etdirildi.

1930-cu ildə *T.Osavanın* təklif etdiyi soltərəfli qarın döş kəsiyindən istifadə edərək *J. Garlock* (1946) mədənin kardial hissəsini və qida borusunun aşağı hissəsini rezeksiya edib qida borusu ilə mədənin qalan hissəsi arasında arxa orta divarda anastomoz yaradıb. Sonralar bu əməliyyat "*Osava-Garlock əməliyyatı*" kimi məşhurlaşdı.

T.Osava (1952) bu kəsiklə total qastrektomiya və qida borusu ilə nazik bağırsağ arasında arxa orta divarda anastomoz yaratmaq əməliyyatını da icra edib.

XX əsrin 70-ci illərindən hazırkı dövrə qədər bütün klinikalarda qida borusunun xroniki keçməzliliklərinə görə mədə və yoğun bağırsağ transplantatlarından istifadə edilərək, çoxsaylı xəstələrdə əməliyyatlar aparılıb, əməliyyatdansonrakı fəsadlar, xüsusən də ölüm halları xeyli azalıb, xəstələrin yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşdırılıb.

Üçüncü dövr: elmi-texniki tərəqqi ilə əlaqədar müasir dövrdə qida borusunda plastik əməliyyatlar innovativ endoskopik aparatların köməyi ilə aparılır (*Luketich.J.D et.al 2003*).

Azərbaycanda qida borusu cərrahlığı XX əsrin 50-60-cı illərindən inkişafa başlamışdır. Professorlar *M.Topçubaşov*, *F.Əfəndiyev*, *H.Əliyev* qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmaları ilə xəstələrdə epizodik olaraq mərhələlərlə nazik bağırsaqla döşsümüyüönü plastika əməliyyatları aparıblar. Qida borusunun xərçəng şisi aşkarlanmış xəstələrə şüa müalicəsi tətbiq edilib (*Ş.Behbudov*).

Təqdim olunan qısa xronoloji icmal göstərir ki, qida borusu cərrahlığı çox gərgin, eksperimental və klinik axtarışlarla zəngin bir inkişaf yolu keçib. Qida borusu ilə məşğul olan mütəxəssislər uğursuzluqlardan, fəsad-

lardan ehtiyatlanıb geri çəkilməyiblər. Müalicə üsullarını daima təkmilləşdirərək, çox ağır xəstələrə yardım göstərməyə çalışıb və qida borusu cərrahlığının müasir inkişaf səviyyəsinə çatmasına təkan veriblər.

Ədəbiyyat məlumatları ilə tanışlıqdan sonra biz XX əsrin 90-cı illərinin əvvəllərindən etibarən qida borusunun xroniki keçməzliklərinin cərrahi müalicəsi ilə məşğul olmağa başladıq. Əvvəllər Elmi-Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Cərrahlıq İnstitutunun (indiki akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin) döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsində, 1995-ci ildən isə Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlıq kafedrasının kliniki bazalarında bu iş davam etdirilib.

Toplanmış şəxsi təcrübənin nəticələri tənqidi araşdırılaraq, təhlil edilib və bu tərtibatda oxuculara təqdim olunur.

II FƏSİL

QIDA BORUSUNUN ANATOMİK VƏ FİZIOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Qida borusu borulu orqanlardan olub VI-VII boyun fəqərələrinin fəqərəarası qığırdağı səviyyəsində udlaqdan başlayıb əvvəlcə onurğanın önü və arxa orta divar ilə aşağıya doğru gedir, sonra orta xətdən bir qədər sola meyil edərək IV–V döş fəqərələri səviyyəsində sol baş bronxu arxadan çarpazlayır, daha sonra sağa meyil edərək VIII döş fəqərəsi səviyyəsində enən aortanı öndən çarpazlayır və oradan aşağı enərək X–XI döş fəqərələri bərabərliyində mədənin girəcəyinə birləşir. Qida borusu öndə sol arxada sağ azan sinirlə müşayiət olunur və onlarla birlikdə diafraqmanın qida borusu dəliyindən qarın boşluğuna keçərək mədənin girəcəyinə açılır.

Gedişi boyunca qida borusu 3 anatomik daralma (*udlaq, bronx, diafraqma*) və 2 genişlənmə (*yuxarı, aşağı*) əmələ gətirir. Qida borusu arxadan fəqərələrlə (*boyun, döş*) öndən yuxarıda traxeya və onun bifurkasiyası, aşağı hissədə enən aortanın döş hissəsi, həmçinin azan sinirlərlə, aşağı boş vena, tək vena, döş qəfəsi axacağı, parietal plevra, perikardla və s. strukturlarla həmsərhəddir.

Anatomik yerləşməsinə görə qida borusu üç hissəyə: *boyun, döş* və *qarın* hissələrinə bölünür. Qida borusunun uzunluğu 22-25 sm, mənfəzinin diametri 17-21 mm, divarının qalınlığı 3 mm-ə bərabərdir. Öndən arxaya doğru sıxılmış borulu orqan kimi ön və arxa divarları vardır. Qida borusunun divarı mənfəzdən xaricə doğru selikli qişa, selikliqişaaltı əsas, əzələ qişası və xarici adventisiya və ya birləşdirici toxuma qişasından ibarətdir.

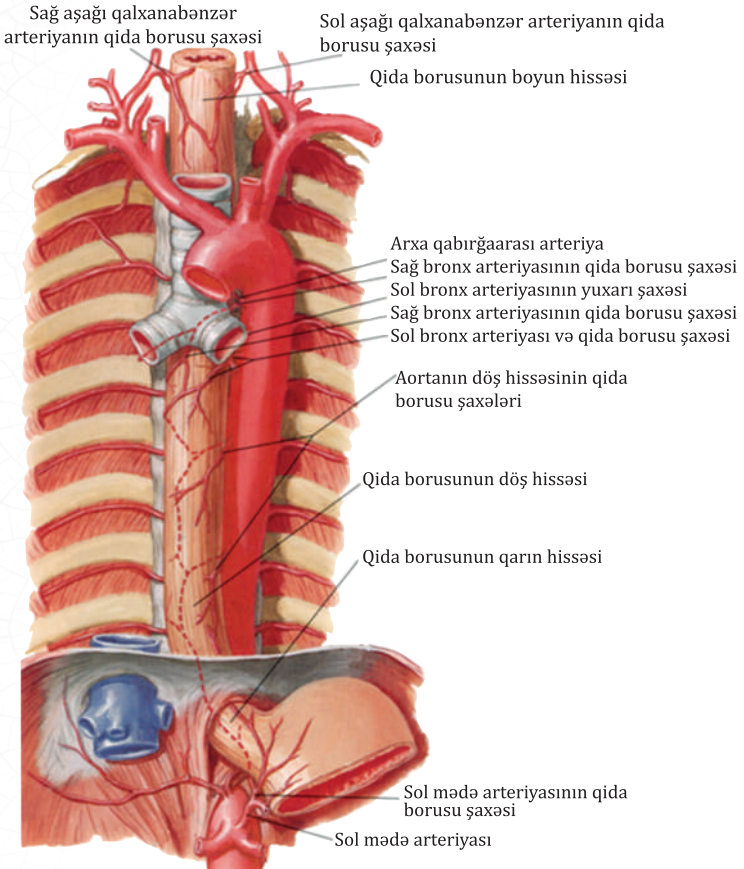
Selikli qişa – orqanın bütün gedişi boyunca çoxqatlı yastı epitel hüceyrələrdən təşkil olunub və mədənin girəcəyində silindrik hüceyrələr səviyyəsində məhdudlaşır.

Selikliqişaaltı əsasda – boş birləşdirici toxuma ilə əhatə olunmuş damar və sinirlər yerləşir.

Əzələ qişası iki qatdan – daxildən halqavarı, xaricdən boylama liflər qatından ibarətdir.

Qida borusunun diafraqmaaltı – qarın hissəsindən fərqli olaraq, onun *boyun və döş hissələri xaricdən seroz qişa ilə deyil, yalnız boş birləşdirici toxuma (adventisiya) qişası ilə məhdudlaşır.*

Qida borusunun arterial qanla təchizi bir neçə mənbədən təmin olunur (*şəkil 2.1*).

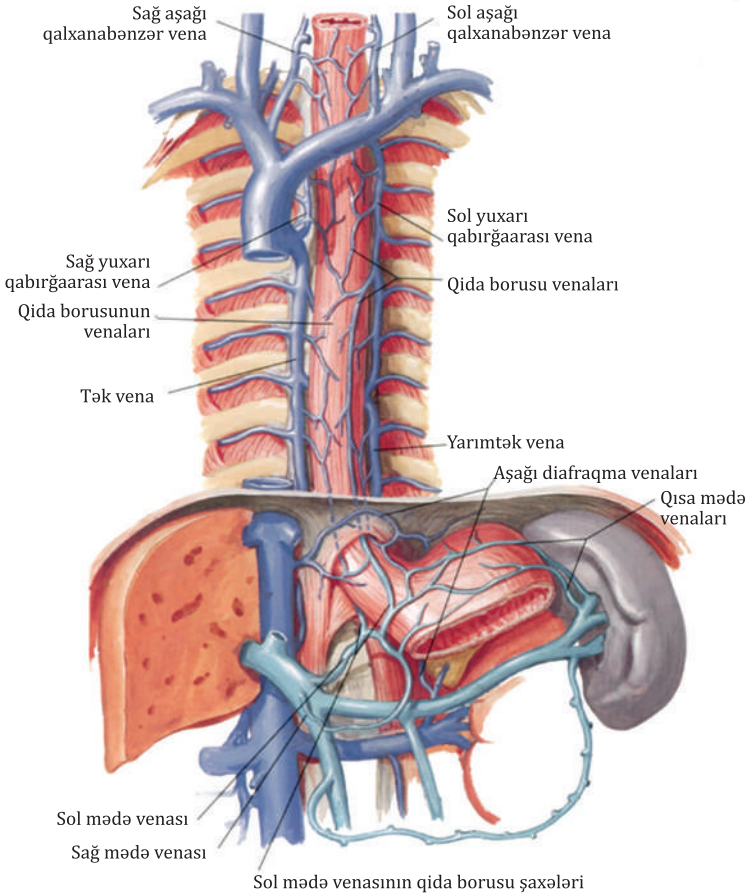


Şəkil 2.1. Qida borusu arteriyaları.

Şəkildən görüldüyü kimi, qida borusunun boyun hissəsi hər iki tərəfdən bilavasitə körpücükaltı arteriyalardan gələn aşağı qalxanabənzər vəzi arteriyalarından çıxan şaxələrlə qidalanır.

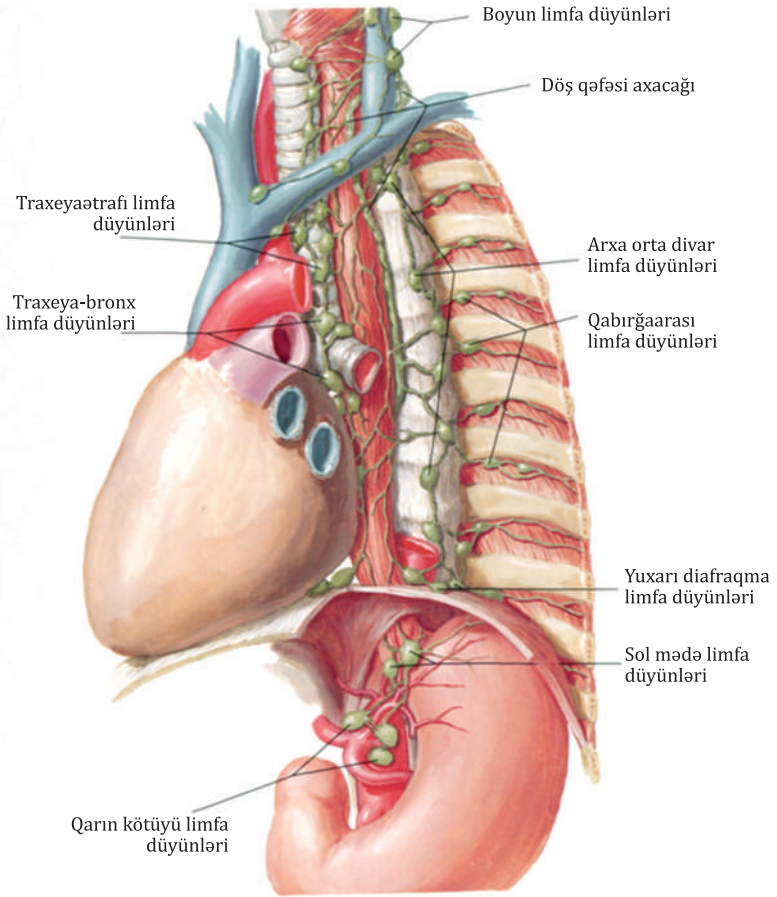
Qida borusunun döş hissəsi bronx şaxələrindən, sağ qabırğaarası və bilavasitə enən aortanın döş hissəsindən ayrılan qida borusu şaxələri ilə qanla təchiz olunur. Onun qarın hissəsi isə sol mədə və aşağı diafraqma arteriyalarından çıxan qalxan şaxələrlə təmin olunur.

Qida borusunun venoz qanı mərkəzi venoz kələfə toplanaraq arteriyaları müşayiət edən eyniadlı venoz şaxələrlə tək və yarımtek venalar vasitəsilə yuxarı boş venaya, orqanın qarın hissəsindən çıxan venalar isə qarpi (*portal*) venasına axır (*şəkil 2.2*).



Şəkil 2.2. Qida borusu venaları.

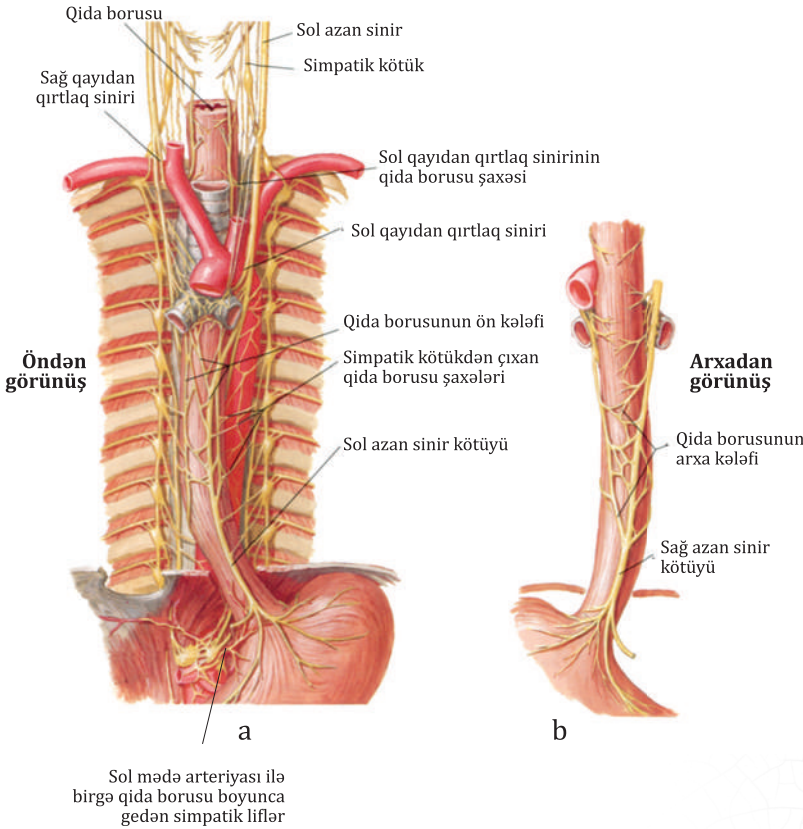
Limfa axını qida borusunun selikliqışaaltı qatında yerləşən limfa damarları ilə boyun və yuxarı döş hissələrindən yuxarıda ümumi yuxu və körpücükaltı arteriyalar ətrafı arxa orta divar limfa düyünlərinə, döş hissəsinin aşağısından isə mədənin kiçik əyriliyi ilə sol mədə arteriyası ətrafı, qarın kötüyü ətrafı və oradan da peritonarxası limfa düyünlərinə istiqamətlənir (şəkil 2.3).



Şəkil 2.3. Qida borusunun limfa damarları.

Qida borusu azan sinirdən (*parasimpatik*) və simpatik sinir şaxələrindən təşkil olunmuş – *plexus oesophageus*-la innervasiya olunur (*şəkil 2.4, a; b*).

Qida borusunun fizioloji fəaliyyəti ağızdan, udlaqdan seliyin, mayenin, çeynənmiş, üyüdülmüş qida möhtəviyyatının mədəyə ötürülməsindən ibarətdir. Udma aktına



Şəkil 2.4. Qida borusu sinirləri:
a – öndən və b – arxadan görünüşü.

müvafiq olaraq qida borusunun əzələ qişasının xarici boylama və daxili halqalı liflərinin peristaltik təqəllüsü sulu və bərk qidanın mədəyə axınıni təmin edir.

Qida borusu xəstəliklərinin diaqnostikası və müalicəsi ilə məşğul olmaq istəyən tələbələr, rezidentlər, gənc həkimlər qeyd olunan anatomik xüsusiyyətləri yaxşı mənimsəsələr, yüksək nəticələrə nail ola bilərlər.

Qida borusu haqqında topoqrafik və anatomik biliklər əməliyyat zamanı damarları zədələmədən bağlamağa, qanıtirməni azaltmağa yardım edir, xüsusən də limfa düyünlərinin yerini bilmək, xərçəng şişinə görə qida borusunu xaric edərkən orta divar limfa düyünlərini xaric etməyə, şişin yenidən erkən inkişafının və metastazlarının törənməsinin qarşısını almağa zəmin yaradır. Sinirlərin aralanması zamanı isə qayıdan qırtlaq siniri şaxələrini zədələmədən aralamağa, səs tellərinin fəaliyyətini qorumağa məntiqi təfəkkür imkanı verir.

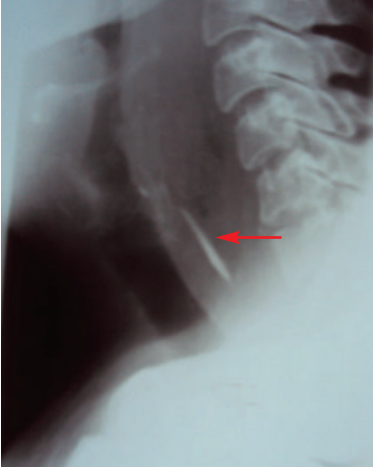
III FƏSİL

QIDA BORUSUNUN MÜAYİNƏ ÜSULLARI

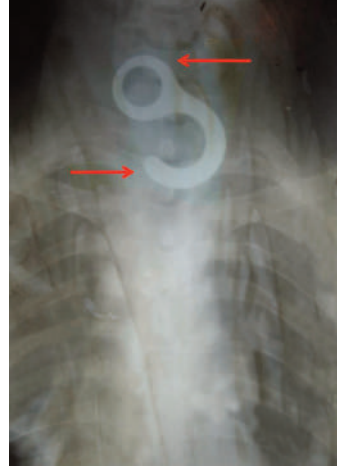
Qida borusunun anatomik yerləşməsi ilə əlaqədar onun xəstəliklərinin diaqnozunun qoyulmasında sorğudan başqa baxma, palpasiya, perkussiya (*barmaqlarla döyəcləmə*) və s. kimi digər müayinə üsullarından istifadə etmək qeyri-mümkündür. Instrumental müayinə üsullarından – kontrastsız və kontrastla rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya, kompüter tomoqrafiya, ezofaqoskopiya, ezofaqomanometriya, qidaborusudaxili ultrasonoqrafiya, mədə-qida borusu reflüksü sınaqlarının aparılması mühüm diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Adi kontrastsız rentgenoskopiya ilə qida borusunda olan yad cisimlər (*sümük, metal əşyalar və s.*) asanlıqla aşkarlanır (şəkil 3.1.; 3.2).

Rentgenoskopiya zamanı aşkarlanmış dəyişikliklərin təsviri neqativə keçirilir və bu üsul rentgenoqrafiya adlanır. Alınmış təsvirlərdən – rentgenoqramlardan isə



Şəkil 3.1. Rentgenoqram. Qida borusunun boyun hissəsində boylama dayanmış sümük.



Şəkil 3.2. Rentgenoqram. Qida borusunun yuxarı döş hissəsində metal qarmaq.

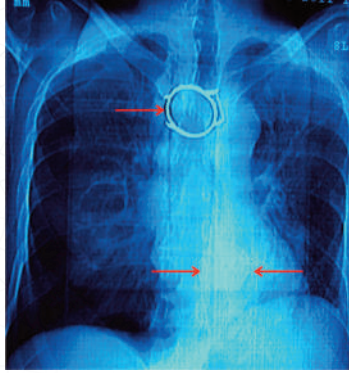
diaqnoz təsdiqləyici sənəd kimi istifadə olunur (şəkil 3.3.; 3.4.; 3.5.; 3.6.; 3.7.; 3.8.).



Şəkil 3.3. Rentgenoqram.
Qida borusunun boyun
hissəsində diş protezi.



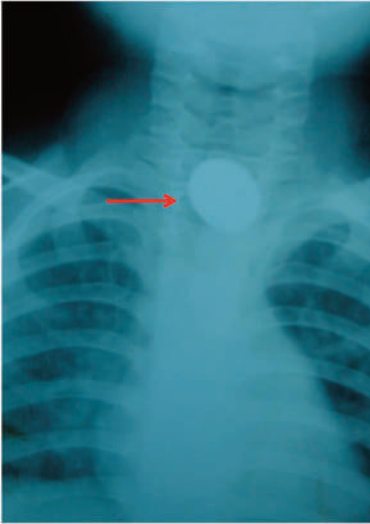
Şəkil 3.4. Rentgenoqram.
Udulmuş banka qapağı.



Şəkil 3.5. Rentgenoqram.
Qida borusunun yuxarı döş
hissəsində saat çərçivəsi,
perikardın arxasında isə
saatın siferblatı
dayanmışdır.



Şəkil 3.6. Rentgenoqram.
Udlaq-qida borusu
keçidində şaquli dayanmış
yad cisim – iynə.



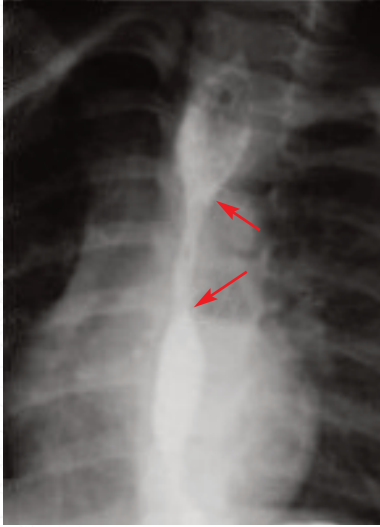
Şəkil 3.7. Rentgenoqram.
Qida borusunun boyun
hissəsində metal pul.



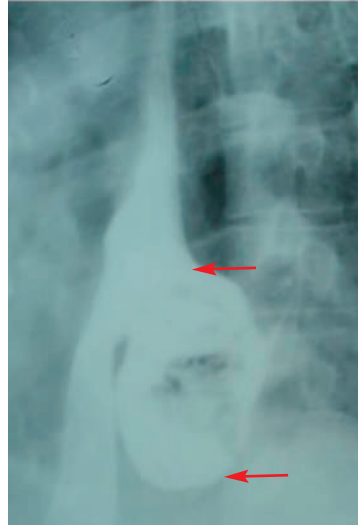
Şəkil 3.8. Rentgenoqram.
Qida borusunda dayanmış
çay qaşığı.

Kontrastla rentgenoskopiya – qida borusunun çox sadə, geniş tətbiq olunan, diaqnozu təsdiqləmək üçün mühüm məlumat verən müayinə üsuludur. Rentgen müayinəsi ön-arxa, yan, sağ və sol çəp vəziyyətlərdə aparılır.

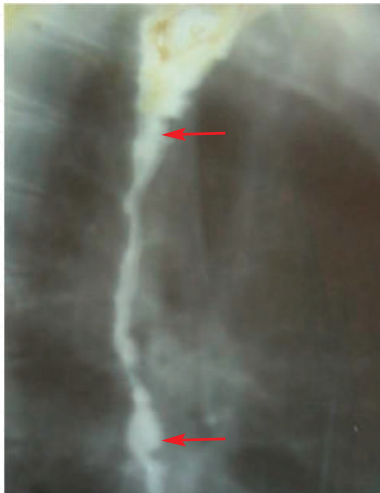
Kontrastlı rentgen müayinəsinin köməyi ilə qida borusunun selikli qişasının boylama büküşlərinin vəziyyəti, anadangəlmə inkişaf qüsurları (*daralma, atreziya, qısa qida borusu (şəkil 3.9)*), onun divertikulları (*şəkil 3.10*), kimyəvi yanıqdan və turş mədə şirəsi təsirindən daralmaları (*şəkil 3.11*), kontrastın qida borusundan orta divara (*şəkil 3.12*), plevra boşluğuna, tənəffüs yollarına axması, varikoz genəlməmiş venalar, xərçəng şişi üçün səciyyəvi əlamət – dolma defekti (*şəkil 3.13*), qida borusunun xaricdən – qonşu orqanlar (*orta divar törəmələri*) tərəfindən sıxılmaları nəticəsində yerdəyişməsi (*şəkil 3.14*), bu orqanın divarından inkişaf edən xoşxas-



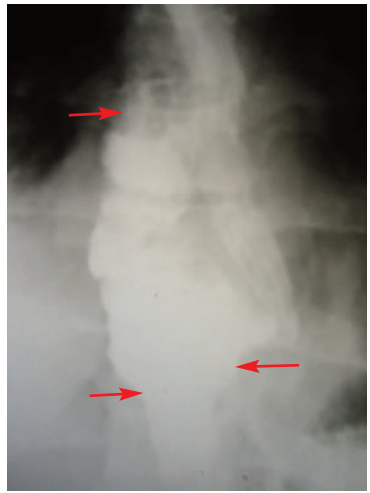
Şəkil 3.9. Rentgenoqram.
Qida borusunun
anadangəlmə daralması.



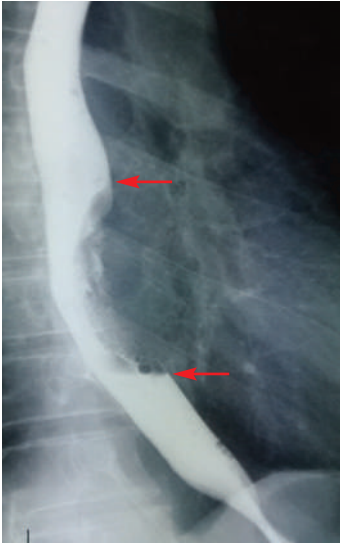
Şəkil 3.10. Rentgenoqram.
Qida borusunun orta döş
hissəsinin divertikulu.



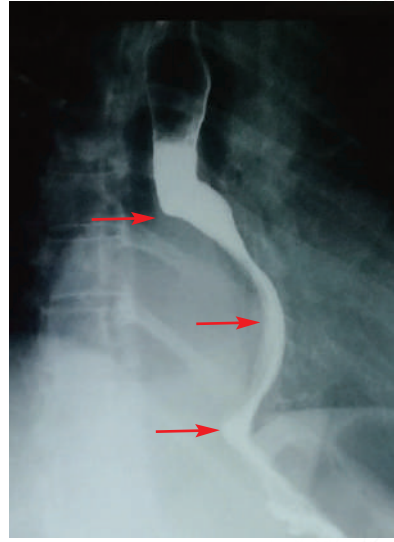
Şəkil 3.11. Rentgenoqram.
Qida borusunun döş hissəsinin
kimyəvi yanıqdan sonra
daralması.



Şəkil 3.12. Rentgenoqram.
Kontrast maddə qida
borusundan arxa orta
divara axmışdır.



Şəkil 3.13. Rentgenoqram. Qida borusunun xərçəngi, dolma defekti.



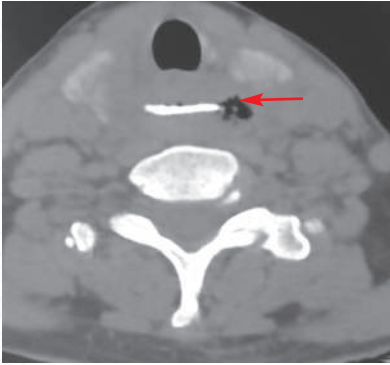
Şəkil 3.14. Rentgenoqram. Arxa orta divarın törəməsi ilə yerini dəyişmiş qida borusu.



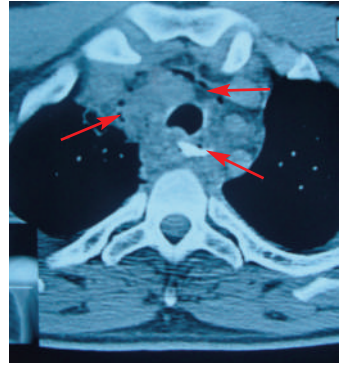
Şəkil 3.15. Rentgenoqram. Qida borusu xeyli genişlənmişdir və kontrast maddə mədəyə keçmir. Kardianın axalaziyası.

səli törəmələri, qida borusu – mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralması (*axalaziya*) (şəkil 3.15) asanlıqla aşkarlanır.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsi – kontrastsız və suda həll olunan kontrast maddə ağızdan qəbul edildikdən sonra kəllə əsasında bel fəqərələrinə qədər kəsiklər aparmaqla tamamlanır. Bu kəsiklərdə qida borusunun yad cisimləri, onların törətdiyi fəsadlar (şəkil 3.16.; 3.17.;;) (*deşilmə, mediastinit,*

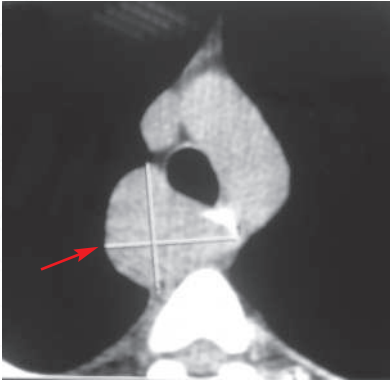


Şəkil 3.16. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun boyun hissəsində divarı deşib köndələn dayanmış sümük, toxumaarası hava toplanması.

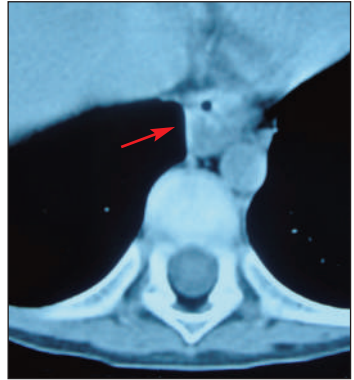


Şəkil 3.17. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun yad cisimlə deşilməsi, mediastinit.

pnevmomediastinum, plevrit, pnevmotoraks), xoş (şəkil 3.18) və bədxassəli törəmələr, divar qalınlaşması aşkarlanır (şəkil 3.19).



Şəkil 3.18. Kompüter tomoqrafiya. Kontrastlaşmış qida borusunun divarında xoşxassəli törəmə – leyomioma.



Şəkil 3.19. Kompüter tomoqrafiya. Xərçəng şişi ilə əlaqədar qida borusunun divarının qalınlaşması və mənfəzinin daralması.

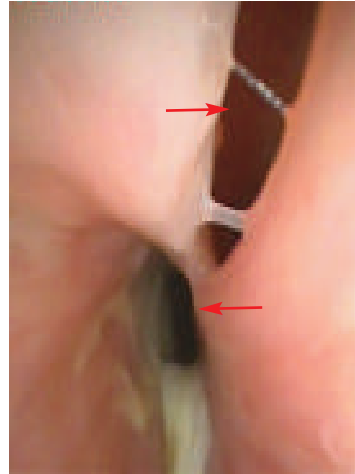
Ezofaqoskopiya – müasir elastik quruluşlu fibroezofaqoskoplarla müayinə yerli və ümumi ağrısızlaşdırma ilə aparılır. Xəstəyə müvafiq vəziyyət verildikdən sonra endoskop udlaqdan qida borusuna, oradan da tədricən mədə və 12-barmaq bağırsağa yeridilir. Endoskopla müayinə diaqnostika və müalicə məqsədi ilə aparılır.

Endoskopla müayinə zamanı qida borusunun selikli qişasında olan normal görüntü, eroziya, xoralaşmalar, poliplər, qalınlaşmalar, onun mənfəzə doğru qabarması (*leyomioma, böyümüş limfa düyünləri*), *qida qalıqları, yad cisimlər (şəkil 3.20)*, süzgəclər (*traxeya və baş bronxla qida borusu arasında*) (*şəkil 3.21*), *varikoz genəlmis venalar, xərçəng şişi (şəkil 3.22)*, *xoşxassəli törəmələr, axalaziya, divertikullar, kimyəvi yanıq və turşu təsirli iltihabi daralmalar* aşkarlanır.

Müalicə məqsədi ilə aparılan endoskopiya zamanı qida borusunun mənfəzində olan yad cisimlər xaric edi-



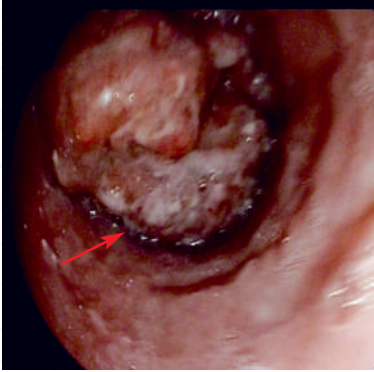
*Şəkil 3.20. Endofoto.
Hər iki ucu qida borusuna
sancılmış sümük.*



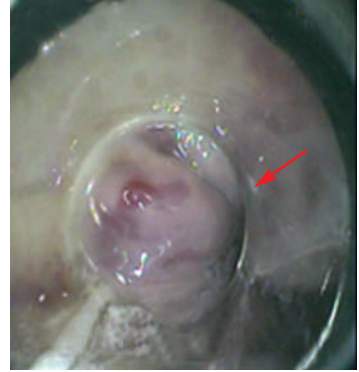
*Şəkil 3.21. Endofoto.
Qida borusu-traxeya
süzgəci.*

lır, varikoz genəlmiş və qanayan vena damarları bağlanır (şəkil 3.23), süzgüləri qapamaq və disfaqiyanı azaltmaq üçün stentlər yerləşdirilir. Endoskopiya zamanı tapılan patologiyanın yerləşməsi, ölçüləri ön kəsici dişlərin səviyyəsindən fibroendoskopun uzunluğunu göstərən rəqəmlərə əsasən təyin edilir. Endoskopiya zamanı histoloji müayinə (biopsiya) üçün patoloji ocaqdan toxuma tikələri alınır.

Ezofaqoskopiya ehtiyatla, təcrübəli mütəxəssis tərəfindən icra olunmalıdır. Ezofaqoskopiya zamanı fəsad – qida borusunun cırılması baş verə bilər.



Şəkil 3.22. Endofoto.
Qida borusunun
xərçəngi.



Şəkil 3.23. Endofoto.
Varikoz genəlmiş venanın
bağlanması.

Endoskopla mənfəzdaxili ultrasəs müayinəsi – ucunda optik və ultrasəs göstəricisi olan xüsusi endoskoplara icra edilir. Ultrasəs dalğaları qida borusunun toxuma qatlarına keçərək selikliqışaaltı-divardaxili yerləşmiş törəmələrin (*fibroma, lipoma, leyomioma*) olmasını, yerləşdiyi səviyyəni, ölçüsünü, inkişaf istiqamətini, qida borusunun divarının qalınlığını, bədxassəli şiş toxumasının divar qatlarına sirayətini təyin etməyə və qida borusunun divarının xaricdən sıxılmasını fərqləndirməyə imkan verir.

Ezofaqomanometriya – qidaborusudaxili təzyiqi və əzələlərin hərəkət fəaliyyətini yoxlamaq üçün tətbiq edilir. Bu metod qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyini digər xəstəliklərdən fərqləndirməkdə xeyli əhəmiyyətlidir.

Qida borusunun təqdim olunan müayinə üsullarının hər biri ayrı-ayrılıqda mühüm diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bu müayinə üsulları göstərişlərlə, müəyyən ardıcılıqla tətbiq edilir və biri digərini tamamlayır. Müayinə aparən hər bir mütəxəssis nəticələri düzgün qiymətləndirib diaqnozu təsdiqləyici yazılı məlumat verir və ona cavabdehdir. Müayinələr patoloji ocağın xüsusiyyətlərini, yerləşməsini, cərrahi əməliyata göstəriş və əks göstərişləri, müalicə taktikasını seçməyə köməklik edir.

IV FƏSİL QIDA BORUSUNUN İNKİŞAF QÜSURLARI

Qida borusunun inkişaf qüsurlarına onun tam və hissəvi atreziası, mənfəzinin olmaması, anadangəlmə daralması, qısa olması və anadangəlmə qida borusu traxeya süzgəci (*fistulası*) aiddir.

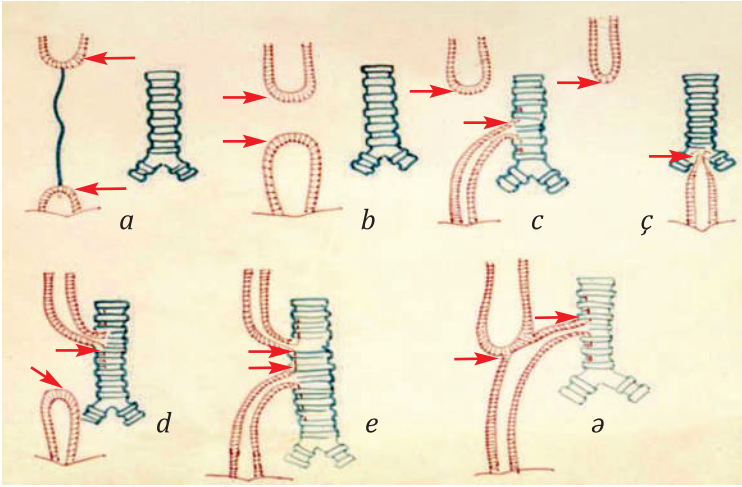
Qida borusunun atreziası

Embrional inkişafın ilk həftələrində ön bağırsağın baş hissəsinin önündən qırtlaq, traxeya və baş bronxların, eləcə də ağciyərlərin epiteli, arxasından isə udlağın, qida borusunun və mədənin epiteli inkişafa başlayır. Erkən dövrdə traxeyanın və qida borusunun mənfəzləri geniş sahədə əlaqəli olur. 4-5-ci həftələrdən əlaqə kəsilir, qida borusu formalaşır və ayrılıqda inkişafını davam etdirir. Bu dövrdə hər hansı endogen zərərli amilin təsirindən, traxeyanın istiqaməti və inkişaf sürəti qida borusunu üstələdikdə, onun vakuolizasiya (*hüceyrədə gedən distrofik dəyişikliklərlə əlaqədar protoplazmada şəffaf maye ilə dolu qovuqucuqların törənməsi*) prosesləri ilə əlaqədar aralanması, formalaşması pozulur və qida borusu qüsurla inkişaf edir. Bu orqanın atreziası 5-7% hallarda xromosom anomaliyaları ilə müşayiət olunur.

Qida borusunun atreziası çox vaxt digər orqan və sistemlərin (*ürək, mədə-bağırsaq, sidik-cinsiyət, dayaq-hərəkət, kəllə-üz nahiyələrinin*) inkişaf qüsurları ilə müş-tərək müşahidə oluna bilər.

Hər 4000-5000 yenidoğulmuşdan birində müxtəlif quruluşlarda qida borusunun atreziası təzahür edir (*şəkil 4.1. a, b, c, ç, d, e, ə*):

a) *Aplaziya* – çox nadir hallarda rast gəlinir. Belə halda qida borusunun mənfəzi yalnız udlaq keçidində



Şəkil 4.1. (a, b, c, ç, d, e, ə). Qida borusu atreziyasının quruluş növləri.

və mədənin girişində olur – boyun və bütövlükdə döş hissələrində mənfiz olur;

b) Qida borusunun kranial və kaudal ucları qapalı və aralarında xeyli diastaz olur;

c) Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissəsi təxminən 8-10 sm uzunluğunda ucu qapalı olur, kaudal hissəsinin ucu traxeyanın mənfizi ilə əlaqələnir – qida borusu traxeya süzgəci formalaşır;

ç) Qida borusunun kranial ucu qapalı, kaudal ucunun mənfizi isə traxeyanın bifurkasiyası, yaxud baş bronxlardan biri ilə əlaqəli olur;

d) Qida borusunun kranial ucu traxeyanın mənfizinə birləşir, kaudal ucu isə qapalı olur;

e) Qida borusunun kranial və kaudal ucları ayrılıqda traxeyanın mənfizi ilə əlaqəli olur;

ə) Qida borusunun kaudal ucu traxeyaya birləşir, kranial ucu isə kaudal uca yapışır.

Doğuşdan sonra ilk saatlarda yenidoğulmuşun ağızından və burnundan çoxlu köpüklü selik axır, bəzən qusma olur.

Qida borusunun ucu bağlı kranial hissəsinin mənfizindən seliyin səs yarığından və traxeya ilə qida borusu

arasında olan süzgcdən mədə möhtəviyyatının traxeyanın mənəzinə axması tənəffüs çatışmazlığı (*təngnəfəslik, öskürək, ağciyərlər üzərində yaş xırıltı, göyərmə*) törədir. Traxeya ilə qida borusu arasında olan süzgcdən hava mədə və bağırsaqlara keçib onların xeyli havalanmasına, qarının köpməsinə səbəb olur. Traxeya-qida borusu süz-gəci olmayan yenidoğulmuşların qarını yatmış vəziyyətdə olur; mədə və bağırsaqlarda qaz olmur.

Bu vəziyyəti müşahidə edən tibb personalında yenidoğulmuşun qida borusunun atreziyası ilə doğulmasına şübhə yaranmalıdır və yenidoğulmuş sonrakı müayinə və diaqnozun təsdiqlənməsi, yaxud inkarı üçün uşaq cərrahlığı klinikasına köçürülməlidir.

Diaqnozun təsdiqlənməsi üçün aşağıdakı müayinələr aparılmalıdır:

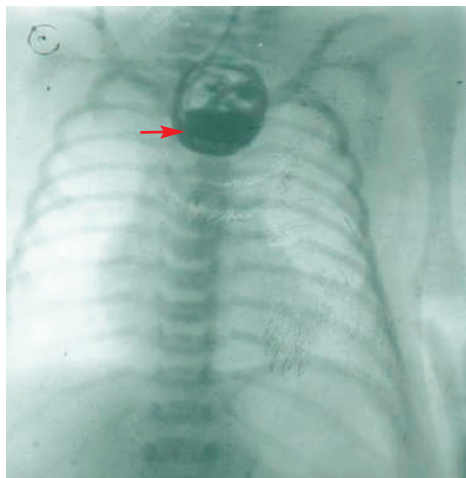
– yenidoğulmuşun burun dəliyindən rentgen-kontrast rezin zond qida borusuna yeridilməlidir və bu zaman qida borusunun qapalı ucuna rast gələn kateter irəliyə getməyib, geriyyə ağız, yaxud burun boşluğuna qaydır;

– Elefant sınağı aparılmalıdır – şprislə kateterdən yeridilən hava küylə burundan geri qaydır;

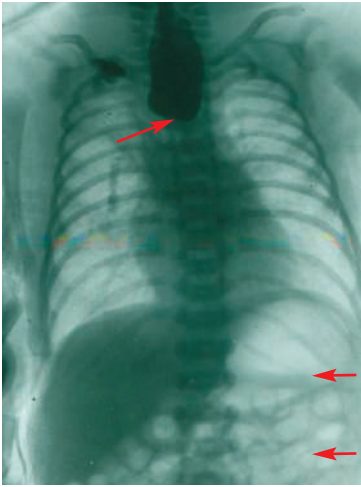
– döş və qarın boşluğunun rentgen şəkli çəkilməlidir; – rentgenoqramda:

a) kontrast yeridilmiş rezin kateterin ucunun qida borusunun kranial hissəsində dayanması aydın təyin edilir (*şəkil 4.2*);

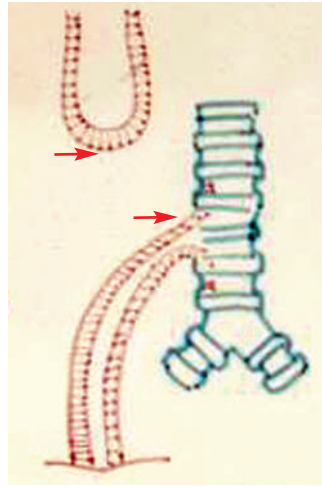
b) mədə və bağırsaqların qazla köpməsi traxeya ilə qida borusunun kaudal ucu arasında süz-gəcin olmasını təsdiqləyir (*şəkil 4.3 a,b*);



Şəkil 4.2. Rentgenoqram. Kontrast maddə axan kateter qida borusunun boyun hissəsində dayanmışdır.



a



b

Şəkil 4.3. a) Rentgenoqram. Kontrast maddə qida borusunun boyun hissəsində dayanmışdır, mədə və bağırsaqlar qazla dolmuşdur; b) qida borusu – traxeya süzğəci.

c) qarın boşluğunun köpməməsi, yaxud tam boş kölgəliliyi aşkarlanır;

ç) kateterdən axıdılan kontrast maddənin qida borusunun kranial qapalı ucunda toplanması;

d) qida borusunun kranial ucunun traxeya ilə əlaqəsi zamanı kontrast maddənin tənəffüs yoluna axması diaqnozu təsdiqləyir.

Müalicəsi – yalnız cərrahi yolladır. Təcili cərrahi əməliyyat növü atreziyanın quruluşuna müvafiq seçilir.

1. Qida borusunun aplaziyası təsdiqləndikdə boyun ezofaqostomasi və gastrostoma formaləşdirilməlidir.

Ezofaqostoma-ağız boşluğundan və udlaqdan seliyn tənəffüs yoluna axmaması üçün qoyulur. *Qastrostoma* isə uşağı 1-2 yaşa qədər qidalandırır və sonrakı kolo-, yaxud gastroplastikaya hazırlamaq üçün istifadə olunur.

2. Qida borusunun iki qapalı ucları arasında diastaz qısa olduqda uclar aralanıb yaxınlaşdırılıb döşdaxili anastomoz qoyulur; böyük olduqda və ucları yaxınlaşdırıb anastomoz qoymaq qeyri-mümkün olduqda, qida borusunun kranial ucu boyuna çıxarılıb yuxarı ezofaqostoma,

kaudal ucu isə qarın boşluğuna endirərək qarın divarına çıxarılır, aşağı ezofaqostoma qoyulur.

3. Qida borusunun kranial və kaudal ucları traxeya ilə birləşdikdə, onun ucları traxeyadan aralanır, traxeyanın divarı tikilir və süzgəc qapanır. Uclar arasında diastaz az olduqda qida borusunun ucları arasında anastomoz formalaşdırılır. Uclar arasında diastaz böyük olduqda yuxarı və aşağı ezofaqostoma formalaşdırılır, gələcəkdə plastika əməliyyatı planlaşdırılır.

4. Qida borusunun kranial ucu bağlı, kaudal ucu traxeya ilə birləşdikdə qida borusu traxeyadan aralanır, uclar arasında diastaz kiçik olduqda qida borusu anastomozu yaradılır, uclar arasında diastaz böyük olduqda yuxarı və aşağı ezofaqostoma formalaşdırılmalıdır.

1997-ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı klinikasına doğuşdan bir neçə saat sonra gətirilən və qida borusunun atreziyası diaqnozu təsdiqlənən bir uşağa kömək göstərmək üçün təcrübəli döş qəfəsi cərrahi kimi məni dəvət etmişdilər.

Ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli ön-yan torakotomiya aparıldı. Mediastinal plevra boylama açıldıqdan sonra qida borusunun qapalı kranial ucunun II döş fəqərəsi səviyyəsində yerləşdiyi aşkarlandı. Qida borusunun kaudal ucu isə bifurkasiyaüstü nahiyədə IV döş fəqərəsi səviyyəsində traxeya ilə birləşmişdir. Qida borusu traxeyadan aralandı. Traxeyanın divarında 3 mm diametrində olan süzgəc (*fistula*) gözəndi, qida borusunun ucları arasındakı böyük diastaz və onun kaudal ucunun mənfəzinin dar olması ilə əlaqədar anastomozun yaradılması qeyri-mümkün olduğu üçün qida borusunun kaudal ucu bağlanıb arxa orta divarda saxlandı. Bu orqanın kranial ucu isə boyuna çıxarılıb yuxarı ezofaqostoma qoyuldu.

Uşağın vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq gastrostomanın qoyulması sonrakı günə saxlandı. Doğulduqdan 2 gün sonra artan tənəffüs çatışmazlığından uşaq öldü. O vaxt klinikada neonatoloji anesteziya və reanimasiya xidmətinin olmaması ilə əlaqədar bu ağır əməliyyatların klinikada aparılması məqsədəuyğun sayılmamışdır.

Anadangəlmə qida borusu-traxeya süzgəci

Atreziyasız qida borusu-traxeya süzgəci (*fistulası*) çox nadir hallarda təsadüf olunur. Embrional dövrdə qida *borusu-traxeya yarığının tam qapanmaması* nəticəsində süzgəc yaranır. Süzgəc daha çox yuxarı döş hissədə müşahidə olunur.

Yenidoğulmuş südü qəbul edərkən, süzgəcdən traxeyaya keçən süd güclü öskürək tutması və sianoz törədir.

Qüsurun diaqnozu kompleks rentgen-kontrast və endoskopik (*ezofaqoskopiya, traxeoskopiya*) müayinələrlə təsdiqlənir. Qida borusuna yeridilən kateterdən axıdılan kontrast maddənin tənəffüs yoluna keçməsi diaqnozu təsdiqləyir.

Endoskoplə müayinə ilə süzgəcin yeri, ölçüsü, quruluşu dəqiqləşdirilir.

Müalicəsi – cərrahi yollaadır.

Qida borusunun anadangəlmə daralması

Qüsür çox nadir hallarda müşahidə olunur. Döln embrional inkişafının müəyyən mərhələsində ilk bağırsağ borusunda hüceyrə distrofiyası törənir və qida borusunun mənəfi daralır.

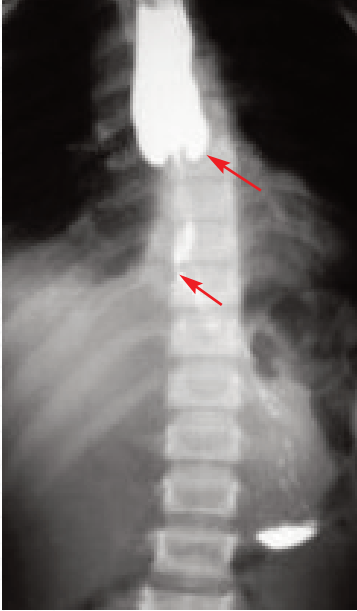
Qida borusunun anadangəlmə daralmasına 3 formada rast gəlinir:

– qida borusunun mənəzində distala doğru kiçik oval keçidi olan selikli qişadan ibarət pərdə şəklində (*şəkil 4.4*);

– əzələ liflərinin inkişafdan qalması və fibroz toxumanın inkişafı ilə əlaqədar halqavari daralma;

– əzələ liflərinin hipertrofiyası ilə əlaqədar daralma şəklində olur.

Yenidoğulmuşlar südü, maye halında olan süni qidaları asan qəbul edir. Uşaqlar bərk qida qəbuluna başladığıda yeməyin çətin keçməsi, bəzən qusma müşahidə olunur. Qidalanma pozulduğu üçün uşaqlar fiziki inkişafdan qalır. Bəzən həddi-bülüğ yaşına qədər uşaqlar qida qə-



Şəkil 4.4. Rentgenoqram.
Qida borusunun
anadangəlmə daralması.

tərkibli mədə şirəsi qida borusuna qayıtdıqda, onun selikli qişasında hiperemiya, eroziya və səthi xoralar törədir.

Xəstəlik turş gəyirmə, bəzən qan izləri ilə qusma, xəncərəbənzər çıxıntı üzərində ağrılarla özünü büruzə verir.

Rentgen-kontrast müayinədə mədənin dibinin arxa orta divarda qida borusu ilə birləşməsi görünür.

Ezofaqoskopiya ilə mədənin selikli qişasının qida borusunun mənfəzinə yayılmasının sərhədi aydın seçilir. Selikli qişadan götürülən biopsiya materialında mədənin epitel örtüyü aşkarlanır.

Müalicəsi – cərrahi üsulladır.

Müasir dövrdə qida borusunun inkişaf qüsurları nisbətən daha çox müşahidə olunur. Kompleks müayi-

bulundan əziyyət çəkərək yaşayırlar. Disfagiyanın güclənməsi ilə əlaqədar valideynlər uşağı həkim müayinəsinə aparırlar.

Qüsurun diaqnozu rentgen – kontrast və endoskopla müayinə üsulları ilə qoyulur.

Müalicəsi – cərrahi yoldadır.

Anadangəlmə qısa qida borusu

Qüsür qida borusunun aşağı hissəsinin selikli qişasının yastı epitellə deyil, mədənin selikli qişası ilə örtülməsi ilə seçilir. Turşu

nələrlə diaqnoz erkən qoyulmalı və lazımı cərrahi müalicə üsulu seçilməlidir. Düzgün aparılan əməliyyatlar fəsadları azaldır və uşağın yaşamasını təmin edir.

Son illərdə endoskopların köməyi ilə aparılan az zədələyici əməliyyatların nəticəsi daha uğurlu olur.

V FƏSİL QIDA BORUSUNUN YAD CİSİMLƏRİ

Qida borusuna yad cisimlərin düşməsi nadir hal deyil. Hər yaşda müşahidə oluna bilər. Qida borusunun yad cisimləri ilə 1–80 yaşda 107 xəstə bizim nəzarətimiz altında olub. Sorğu zamanı xəstələrin əksəriyyəti qida qəbulu zamanı ətlə qarışıq sümük udmalarını bildiriblər. Toplanmış anamnestik məlumata görə yad cisimlər qida borusuna müxtəlif səbəblərlə:

- yaxşı çeynənməmiş və sümük, yaxud onun parçası olan böyük ət tikəsini tələsik udmaqla;
- qida qəbul edərkən danışmaq və gülmə ilə əlaqədar hiss edilmədən tam çeynənilməmiş qida sümüklə birgə udlaqdan sürüşməklə;
- damaqda protezi olan insanlar hazırlanmış qidanın içərisinə düşmüş yad cismi hiss etmədən təsadüfən udmaqla;
- kiçikyaşlı uşaqlar anlamadan yad cismi ağızlarına qoyub udmaqla;
- peşə vərdisi ilə əlaqədar yad cismi – iynə (*dərzilər*), mismar (*dülgərlər, çəkməçilər*) dodaq, yaxud dişlər arasında saxladıqda və danışmaq, nəfəsalma zamanı onları təsadüfən udmaqla;
- bəzi müqəssirlər məsuliyyətlərini azaltmaq üçün yad cismi qəsdən udmaqla;
- ruhi xəstələr yad cismi anlamadan udmaqla əlaqədar düşə bilər.

Qida borusunun anadangəlmə, kimyəvi yanıqdan sonra və peptik xora ilə əlaqədar daralmaları olan 5 xəstə kiçikölçülü yad cisimlərin (*meyvə tumu, yaxşı çeynənilməmiş ət tikəsi*) daralmış nahiyədə ilişib dayanıb qida qəbuluna imkan verməməsi şikayətləri ilə klinikaya müraciət etmişdir.

Klinikaya gələn xəstələrdə qida borusuna keçmiş müxtəlif ölçülü, kənarları hamar, yaxud iti (*dəmir pul, düymə, iynə, sancaq, sümük, diş protezi, iri meyvə tumu və s.*) yad cisimlər aşkarlanıb (*Cədvəl 5.1*).

Cədvəldən göründüyü kimi, daha çox udulan yad cisim müxtəlif sümüklər (81) olub.

Qida borusunda yad cismin olmasının əlamətləri onun quruluşundan, növündən, ilişib qaldığı yerdən və

Cədvəl 5.1

Qida borusunda aşkarlanan yad cisimlər

Yad cisimlər	Fəsadlaşmamış	Fəsadlaşmış	Cəmi
Toyuq sümüyü	15	26	41
İri-xırda buynuzlu heyvan sümüyü	8	13	21
Balıq sümüyü	12	7	19
İynə	5	1	6
Meyvə tumu	3	2	5
Metal cisim	2	3	5
Qoz qabığı	2	–	2
Şüşə qəlpəsi	1	–	1
Diş protezi	1	–	1
Ət tikəsi	1	–	1
Kiçik banka qapağı (metal)	–	1	1
Düymə	–	1	1
Çay qaşığı	1	–	1
Xörək qaşığı	–	1	1
Saat çərçivəsi və siferblat	–	1	1
Cəmi	51	56	107

bədənin fərdi xüsusiyyətlərindən asılıdır. Yad cisimlərin qida borusunun boyun hissəsində – 91, yuxarı döş hissəsində – 8, orta döş hissəsində – 5, kardial hissəsində – 3 xəstədə ilişib qalmasını müşahidə etmişik. Qida borusuna yad cisim düşmüş 107 xəstədən 51-də yad cisimlər fəsad törətməmiş, 56 xəstə isə müxtəlif fəsadlarla klinikaya daxil olmuşdur.

Fəsadlaşmamış yad cisimlə xəstələr yad cismi udduqdan sonra 6 saatdan – 2 günə qədər müddətdə tibbi yardım üçün müraciət ediblər.

Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissələrində dayanmış və fəsadlaşmamış yad cismi olan xəstələr boynunda sıxıntı, döşdə və kürəkərası nahiyədə ağrı, qidanın keçməməsi, mayələrin çətin udulmasından, ağızdan selik ifrazından şikayətləniblər. Bəzi xəstələr udlağa toplanan və xaric olan selikdə qan izləri olduğunu qeyd ediblər.

Yad cismin udulmasından sonra vaxt ötdükcə disfagiya əlamətləri artır. Qəbul edilən qida və maye qusuntu şəklində geri qayıdır. İtiüclü yad cisimləri udmuş xəstələr ağrının getdikcə gücləndiyini qeyd edirlər. Ağrıları azaltmaq üçün xəstələr müvafiq vəziyyət seçirlər, ağız suyunu belə udmaq istəmirlər.

Çox təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, qida borusuna yad cisim keçmiş xəstələrin bəziləri yad cismi çıxarmaq üçün tibbi təhsili olmayan “çöpçülərə” müraciət edirlər, yaxud onların yaxınları tərəfindən yad cismin çıxarılmasına cəhdlər göstərilir və çıxara bilməyib, yad cismi daha dərin toxumalara itələyirlər. Bu isə fəsadlara və arzuolunmaz nəticələrə səbəb olur.

Diaqnozu erkən təsdiqlənməmiş və yad cismin qida borusunda ilişib qalmasından 3 gündən – 10 günə qədər vaxt ötmüş 56 xəstə klinikaya müxtəlif fəsadlarla müraciət edib.

Bu müddət ərzində yad cisim dayanan yerdə qida borusunun divarında və ətraf toxumalarda iltihab əlamətləri yaranıb.

Ezofaqoskopiya zamanı bu xəstələrdə qida borusunun selikli qişasında qansızmalar, məhəlli nekroz, yataq yarası aşkarlanıb. İtiuclu yad cisimlər qida borusunun divarını deşib və qida borusu divarının qalınlaşması, ətraf boş birləşdirici toxumalarda ödem, qaz toplanması, dərialtı emfizema, patoloji eksudatın toplanıb boyun fleqmonası verməsi kimi fəsadlar törədib. Artan iltihabi proses boyunun fasial yataqlarından aşağıya doğru orta divara süzülüb mediastinitə və plevritə səbəb olub. Fəsadlaşma ilə xəstələrin vəziyyəti getdikcə ağırlaşmış, irinli intoksikasiya əlamətləri – nəbzın sürətlənməsi, tənqəfəslik yaranıb və bədən hərəkəti yüksəlib.

Bu xəstələrdə boyunda və döş sümüyü üstündə dərinin qızarması, toxumaların qalınlaşması və toxunduqda xeyli ağrılı olması, başın hərəkətinin məhdudlaşması qeyd edilib.

Klinikaya çox ağır vəziyyətdə daxil olan və təcili cərrahi əməliyyata hazırlanan 10 gün əvvəl yad cisim (*toyuq qabırğası*) udmuş xəstədə daha qorxulu fəsad – sümüyün döş aortasını deşməsi nəticəsində əməliyyatsız aortadan qanaxma başlayıb və xəstə ölüb.

Qida borusunun yad cisimlərinin diaqnozunun qoyulmasında anamnestik məlumatlar və kliniki əlamətlərlə yanaşı, rentgen, kompüter tomoqrafiyası və endoskopik müayinələr xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Qida borusunda yad cismə şübhə olduqda, ilk növbədə, qida borusunun ön-arxa və yan vəziyyətlərdə rentgen müayinəsi aparılmalıdır. Rentgenkontrast yad cisimlər: metal əşyalar, iriölçülü sümük asanlıqla aşkarlanır.

Zəif, yaxud rentgenkontrast olmayan yad cisimlər isə əvvəllər pambıqla isladılmış barium-sulfat, yaxud yod tərkibli kontrast mayelərin köməyi ilə təyin edilə bilinirdi. Kontrast maddə qarışığı ilə udulmuş pambıq yad cismə ilişib dayanır və onun olduğu səviyyəni göstərir (*şəkil 5.1*).

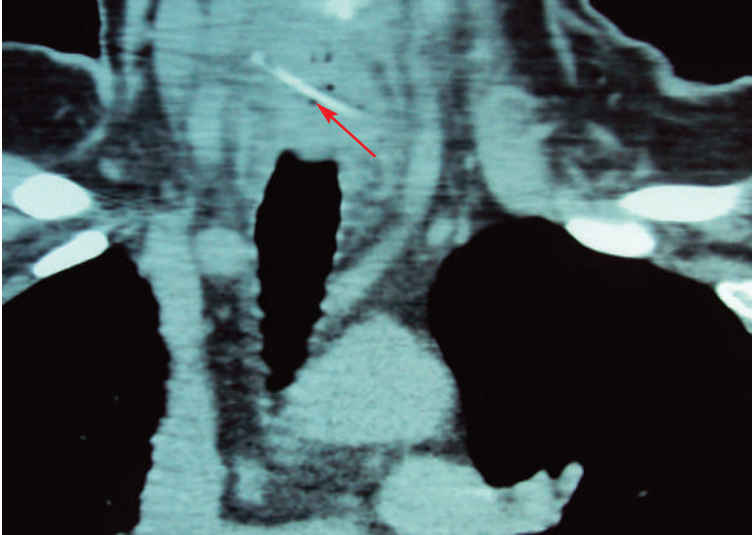
Müasir dövrdə *rentgen-kompüter müayinəsi* ilə yad cismin dəqiq ölçüləri, quruluşu, yerləşdiyi səviyyə və törətdiyi fəsadlar asanlıqla aşkarlanır (*şəkil 5.2., 5.3., 5.4*).



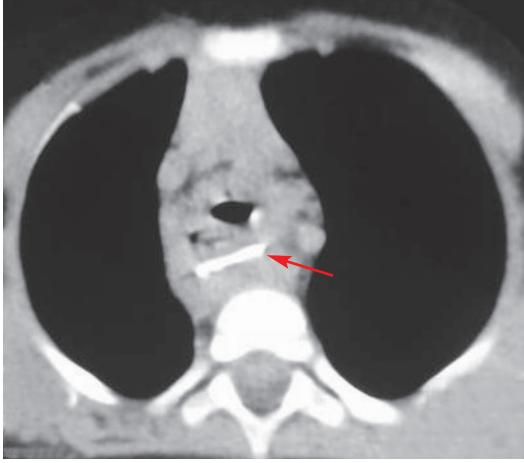
Şəkil 5.1. Rentgenoqram.
Kontrast qarışıq pambıq
sümüyə ilişib qida borusunun
boyun hissəsində dayanmışdır.



Şəkil 5.2. Kompüter
tomoqrafiya. Qida borusunun
boyun hissəsində yad
cisim – sümük.

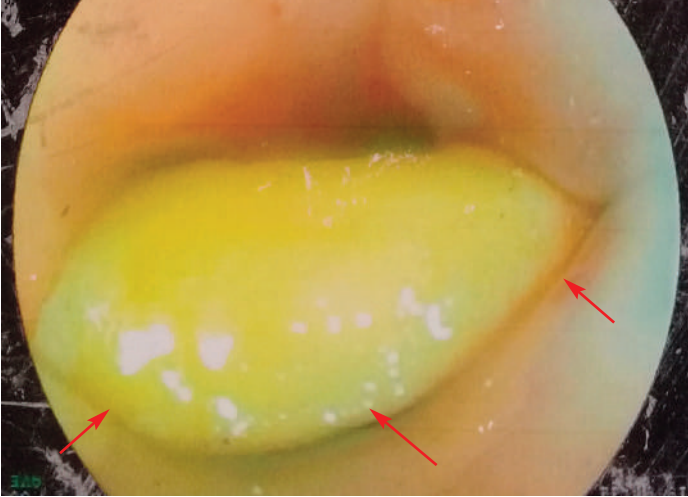


Şəkil 5.3. Kompüter tomoqrafiya. Sümük qida borusunun
boyun hissəsini deşmişdir. Ətraf toxumalarda qaz və ödem
müşahidə olunur.



Şəkil 5.4. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun yuxarı döş hissəsinə pərçimlənmiş sümük, ətraf toxumalar ödemləşmişdir.

Ezofaqoskopiya müayinəsi – yad cismin xüsusiyyətini, quruluşunu, yerləşməsini, selikli qişanın vəziyyətini, yataq yarasını, qida borusunun deşilməsinin olub-olmasını təsdiqləməyə imkan verir (şəkil 5.5).



*Şəkil 5.5. Endofoto.
Qida borusuna pərçimlənmiş sümük – qabırğa.*

Uşaqlarda kənarları hamar, kürəvi, maye və qida qəbulunu çətinləşdirməyən yad cisimlərin erkən diaqnostikası xeyli çətin olur.

Ruhi xəstələr yad cisim udmalarını uzun müddət gizli saxlayırlar, yalnız fəsadlar törəndikdə, irinli intoksikasiya əlamətləri başladığı zaman yad cisimi udduqlarını boyunlarına alırlar.

Qida borusuna düşən itiuclu yad cisimlər, xüsusən balığın bel dərisində olan kənarları iti, girintili-çixıntılı sümük yerdəyişmə xüsusiyyətinə malikdir. Bir xəstədə qida borusunun aşağı hissəsinə pərçimlənmiş yad cisimi (*balığın belinin dərisində olan sümük*) endoskopun köməyi ilə çıxarmaq mümkün olmadığı üçün xəstəyə cərrahi əməliyyat təklif olunmuş xəstə əməliyyata razılaşmayıb klinikadan getmişdir. 4 ay sonra o, klinikaya öskürək, yüksək hərarət, bəlgəmdə qan izləri şikayəti ilə yenidən müraciət etmişdir. Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi zamanı onda sağ ağciyərin aşağı payının atelektazi aşkarlanmışdır. Balığın bel sümüyünün qida borusunun divarından sağ ağciyərin aşağı payına yerdəyişməsi və atelektaza səbəb olması diaqnozu ilə xəstəyə sağ aşağı lobektomiya icra edilmişdir. Preparat kəsilən zaman balığın bel dərisinin girintili-çixıntılı sümüyünün aşağı payın parenximasına keçməsi və iltihaba səbəb olması təsdiqlənmişdir. Bu necə baş vermişdir?

Çox güman ki, nəfəsalma və nəfəsvermə zamanı döş qəfəsi üzvlərinin və udma aktına müvafiq qida borusunun hərəkəti tədricən yad cismin yerdəyişməsinə səbəb olub.

Yad cisim dayanmış nahiyədə qida borusunun divarında törənmiş iltihab nəticəsində ətraf toxumalar, mediastinal plevra, ağciyəri örtən visseral plevra bir-birinə yapışaraq infiltrat törədib və kənarları qeyri-hamar yad cisim yerini dəyişərək infiltratın içərisində qida borusundan ağciyəre keçdikdə pnevmomediastinum, pnevmotoraks və mediastinit törətməmişdir. Ağciyərin aşağı payında yaranmış irinli iltihab cərrahi əməliyyata göstəriş olmuşdur.

Qida borusuna düşmüş kiçik ölçülü, hamar kənarlı və hətta itiuclu yad cisimlər əksər hallarda həzm traktından sərbəst keçib təbii yolla xaric olurlar. Bəzən isə itiuclu yad cisimlər nazik bağırsağın divarına sancılıb 2-3 ay ərzində xaric olmurlar (şəkil 5.6). Belə vəziyyətdə cərrahi əməliyyata göstəriş yaranır.

Qida borusuna düşmüş yad cisimlərin müalicə prinsipi onların erkən aşkarlanıb xaric edilməsindən ibarətdir.

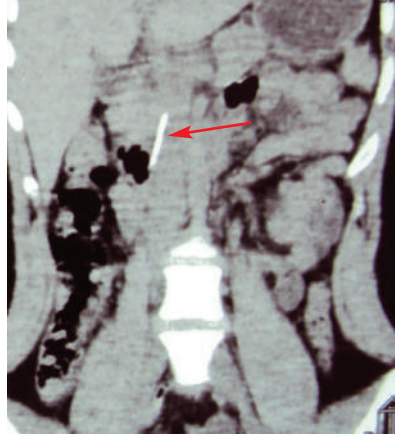
Qida borusuna düşmüş yad cisimlər iki yolla: endoskoplə və bu, qeyri-mümkün olduqda cərrahi yolla xaric edilməlidir.

Müalicə taktikası yad cismin yerləşdiyi səviyyəyə, ölçüsünə, fəsadlaşmasına görə seçilir.

İlk növbədə, qida borusuna düşən bütün yad cisimləri endoskoplə xaric etməyə çalışmaq lazımdır.

Bizim klinikaya müraciət etmiş xəstələrdən 51-də yad cisimlər endoskopun köməyi ilə çıxarılıb.

Yad cisimlərin endoskopla xaric edilməsi ümumi ağrısızlaşdırma altında aparılıb. Traxeya intubasiya edilib xəstədə ağciyərlərin havalandırılması təmin edildikdən sonra endoskop qida borusuna yad cismin yerləşdiyi səviyyəyə qədər yeridilməlidir. Yad cismin xüsusiyyəti, yerləşməsi, qida borusunun divarına münasibəti, selikli qişanın vəziyyəti dəqiqləşdirildikdən sonra yad cisim endosko-



Şəkil 5.6. Kompüter tomoqrafiya. 3 ay əvvəl udulmuş iynə onikibarmaq bağırsağın divarına sancılıb dayanmış və cərrahi yolla xaric edilmişdir.

pun kanalına yeridilən xüsusi tutqacın köməyi ilə yad cisim tutulub ehtiyatla endoskopla birgə xaric edilməlidir. Yad cisimlər 30 xəstədə fibroezofaqoskopun, 21 xəstədə isə Fridelin sərt tubuslu bronxoskopunun köməyi ilə çıxarılıb.

Yad cisim xaric edildikdən sonra onun yatağına mütləq yenidən baxılmalıdır. Selikli qışada nekroz, yataq yarası, qida borusunun divarının deşilməsi aşkarlanarsa, xəstənin burnundan mədəyə zond yeritmək və 4-5 gün ərzində onu zondla qidalandırmaq lazımdır. Bu müddətdən sonra zond xaric edib, xəstəyə endoskopla təkrar baxılmalıdır və rentgen-kontrast müayinə aparılmalıdır. Qida borusunun keçiriciliyinin tam bərpa olunmasına əmin olduqdan sonra xəstəyə məsləhətlər verib ambulator nəzarətə göndərmək lazımdır. Əks təqdirdə, qida borusunun divarında nəzarətsiz qalan yad cismin törətdiyi fəsad – deşik ağır mediastinitə səbəb ola bilər.

Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

Xəstə M. 57 yaşlı (kişi) 03.02.2017-ci il tarixində saat 17⁴⁰-da təcili yardım maşını ilə xərkəda klinikaya gətirilib. Xəstə döş sümüyü arxasında və kürək sümükləriarası sahədə ağrılar, susuzluq, ağızda quruluq, titrətmə, təng-nəfəslik, halsızlıq, bədən hərəratinin 38.9°C-yə qədər yüksəlməsi şikayətləri ilə klinikaya daxil olub.

Xəstənin dediyinə görə, 07.01.2017-ci ildə yemək qəbul edərkən sümük udub. İki gün sonra 5 sayılı Bakı şəhər xəstəxanasına müraciət edib, endoskopla sümüyü çıxarmağa cəhd göstərilib və bu zaman xəstə qusub. Rahatsız olduğu üçün qida borusuna endoskopla təkrar baxılmayıb və xəstə evə buraxılıb. Sedasiya altında qida borusuna baxmaq mütləq lazım idi.

Bir neçə gün ərzində vəziyyəti yenidən pisləşib və 3 sayılı Bakı şəhər xəstəxanasına aparılıb, rentgen müayinəsində plevrit diaqnozu qoyulub, sağ plevra boşluğuna nazik

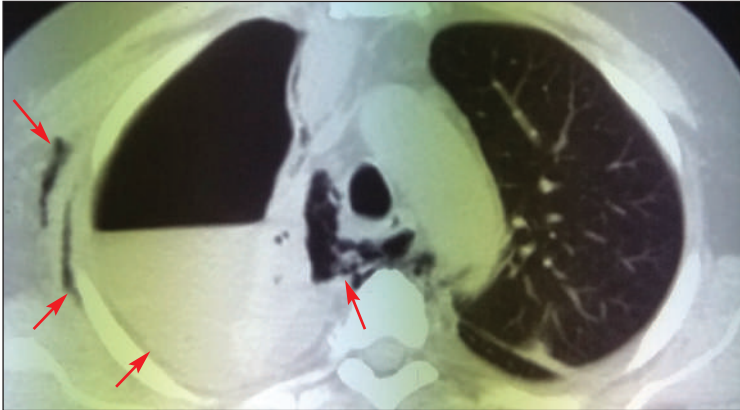
drenaj yeridilib. Drenajın yanından axan infeksiyalaşmış plevral maye əzələarası qatların arasına sızıb, döş qəfəsinin və qarının sağ yarısında fleqmona törədib.

Vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar xəstə ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikasına göndərilib.

Daxil olarkən xəstənin huşu aydın, vəziyyəti məcburidir, nəfəsi üfunətlidir. Dərisi və görünən selikli qişaları solğundur. Döş qəfəsinin, qarının sağ yarısının dərisi qızarmış və dərialtı təbəqəsi qoltuqaltı nahiyədən qalça darağına qədər ödemli, bərk və ağrılıdır. Boynun dərisinin altında hava-empfizema təyin edilir.

Sağ ağciyərin üzərində tənəffüs eşidilmir, sol ağciyərin üzərində isə sərt tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 150/90 mm c.s. səviyyəsində, nəbzi 122 vuruğu həddində olub, aritmik və zəifdir. Dili quru, ərplə örtülmüşdür, qarını yumşaq, ağrısızdır.

Döş qəfəsinin kompüter tomoqrafiya müayinəsində boyunun, döşün dərisi altında hava qabarcıqları görünür; orta divar xeyli genəlib, qaz qabarcıqları ilə doludur. Sağ ağciyər kollaps vəziyyətindədir, sağ plevra boşluğunda qaz və maye səviyyəsi təyin edilir (şəkil 5.7).



Şəkil 5.7. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusu deşildikdən sonra yaranmış total mediastinit və sağtərəfli piopnevMotoraks, ağciyərin kollapsı.

Xəstədə 27 gün əvvəl qida borusunun yad cisimlə deşilməsi, boyun fleqmonası, total mediastinit, sağtərəfli plevrit təsdiqlənib və təcili cərrahi əməliyyat aparmaq təklif edilib.

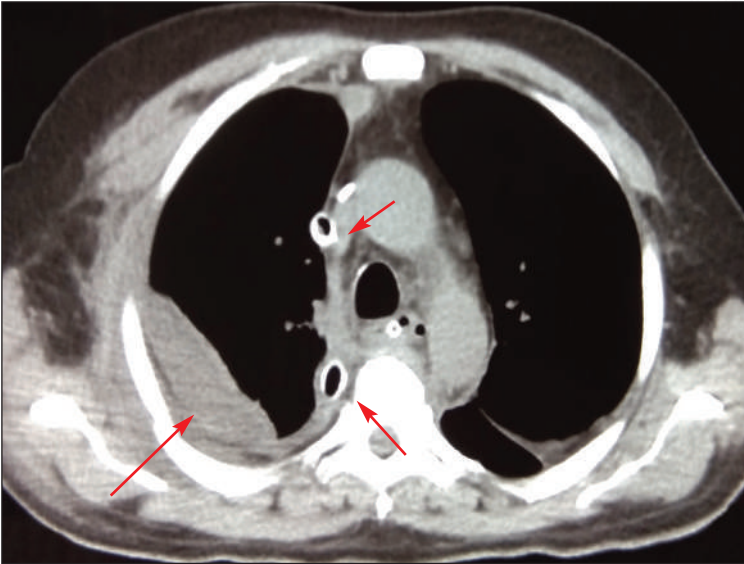
Cərrahi əməliyyat - 03.02.2017-ci il tarixində saat 19²⁰-də ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli torakotomiya icra edilib. Döş və qabırğaarası əzələləri bişmiş ətə bənzəyir. Plevra boşluğu üfunətli maye ilə doludur, ağciyər kollaps vəziyyətindədir. Mediastinal plevra qalınlaşıb. Boylama kəsiklə mediastinal plevra körpücük sümüyü səviyyəsindən diafraqmaya qədər açıldı. Arxa orta divardan xeyli qanqrena iyli üfunətli qaz və irin xaric olmağa başladı. Plevra boşluğu antiseptiklərlə yuyuldu. Orta divar və plevra boşluğu 2 rezin boru ilə drenajlandı. 2-ci qabırğaarasından fasiləsiz antiseptiklər axıtmaq üçün üçüncü drenaj orta divara yeridildi. Döş qəfəsinin yarası tikildi. Qidalandırmaq üçün nazoqastral zond mədəyə yeridildi.

Xəstənin vəziyyəti ağır olaraq qalır və 48 saat ərzində köməkçi tənəffüsdə saxlanılmışdır.

Əməliyyatdan 3 gün sonra 06.02.2017-ci il tarixində döş qəfəsi və qarının fleqmonaya uğramış divarında 2 paralel kəsik aparılıb xeyli üfunətli irin xaric edildi və üfunəti götürmək üçün tənəzzif tamponları arasına sarımsaq dilimləri qoyulub yaraya yeridildi. 3 gün ərzində yaradan üfunətli qanqrena iyi çəkildi. Xəstənin vəziyyəti bir qədər yaxşılaşdıqdan sonra 07.02.2017-ci il tarixində ezofaqoskopiya aparılıb və dişlərdən 22 sm məsafədə sağ tərəfdə boyun fleqmonasına, mediastinitə, sağ plevranın irinləməsinə səbəb olan 3-4 mm ölçüdə sümüklə deşilmiş dəlik aşkarlandı və ümumi ağrısızlaşdırma altında boyun kəsiyi ilə toxumalar aralanıb udlaq arxası və qida borusunun boyun hissəsinin ətrafı açıldı, üfunətli maye xaric edildi və yaraya antisep-

tiklərlə isladılmış tənziy yeridildi, boyun yarası açıq saxlandı. Əməliyyatdan sonra intensiv müalicə aparıldı və xəstənin vəziyyəti tədricən yaxşılaşmağa başladı.

Döş qəfəsinin əməliyyatdan sonrakı kompüter tomoqrafiya müayinəsi zamanı xəstədə sağ ağciyərin açılıb tənəffüsdə iştirak etməsi, orta divarda drenajlar və məhdud divaryanı plevrit aşkarlandı (şəkil 5.8). 20.02.2017-ci il tarixində xəstə sağalaraq evə yazıldı. 3 ildən sonrakı müşahidə göstərir ki, xəstənin vəziyyəti yaxşıdır, şikayəti yoxdur.



Şəkil 5.8. Kompüter tomoqrafiya. Ön və arxa orta divarın drenajlanmasından sonra. Məhdud divaryanı plevrit.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, birinci endoskopiya tam olmayıb. Yad cisimlə qida borusunun deşilməsi vaxtında aşkarlanmayıb, o, nəzarətsiz qalıb və bu da bir neçə gün ərzində ağır dərin boyun fleqmonasına, mediastinitə, plevritə səbəb olub. Törənmiş fəsadların xeyli gec aşkarlanması xəstənin müalicəsində ciddi çətinliklər yaradıb.

Digər xəstəxanada aparılan torakosentez effektsiz olub (*nazik drenaj boru*). Tam boşalmayan infeksiyalaşmış plevral maye drenajın yanından axıb gövdənin fleqmonasına səbəb olub. Ağır irinli intoksikasiya vəziyyətində klinikaya gətirilən xəstəyə ardıcıl ixtisaslaşdırılmış tibbi köməklər göstərildikdən sonra xəstə sağalıb.

Endoskopla çıxarılması mümkün olmayan fəsad törətmiş yad cisimlər yalnız cərrahi yolla xaric edilməlidir. Fəsad törətmiş yad cisimlərin cərrahi müalicəsi 56 xəstədə icra olunub.

Müxtəlif klinikalarda bu xəstələrdə yad cismin qida borusundan endoskopun köməyi ilə çıxarılmasına uğursuz cəhdlər olunub. Xəstələr bizim klinikaya yad cisimlərin cərrahi yolla xaric edilməsi məqsədilə göndəriliblər.

Yad cismin dayandığı yerdə onun fəsadlarını aşkarlamaq üçün xəstələrə kontrastsız və kontrastlı rentgen müayinəsi, boyun, döş və qarının yuxarı mərtəbəsinin kompüter müayinəsi aparılmalıdır.

Kompleks endoskopiya, rentgen-kompüter-tomografiya müayinələri ilə yad cismin yerləşdiyi səviyyə, xüsusiyyəti, qida borusunun deşilməsi, boyun fleqmonası, mediastinit əlamətləri erkən aşkarlanmalı və müvafiq cərrahi kəsik seçilməlidir.

Bizim tərəfimizdən yad cisimlər qida borusundan boyun kəsiyi ilə – 48, torakotomiya ilə – 5, laparotom kəsiklə – 3 xəstədə xaric edilib. Müşahidəmizdə olan xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

Xəstə B. 39 yaşlı (kişi) 18.05.2015-ci il tarixində ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikasına qida borusunun yad cismi diaqnozu ilə daxil olub.

Xəstə Bakı Dövlət Universitetinin tələbəsi olub və 2-ci kursda oxuyarkən onda ruhi xəstəlik (şizofreniya) əlamətləri təzahür edib.

Son 20 ildə təhsildən aralanaraq müalicə olunub və Bakının Maştağa qəsəbəsindəki xroniki xəstələr üçün nəzərdə tutulan xəstəxanaya yerləşdirilib.

Anamnezindən məlum olub ki, 5 gün əvvəl çox güman ki, ruhi xəstələrə xas olan əmrə tabe olaraq, xörək qaşığını qida borusuna zor ilə itələyərək salıb.

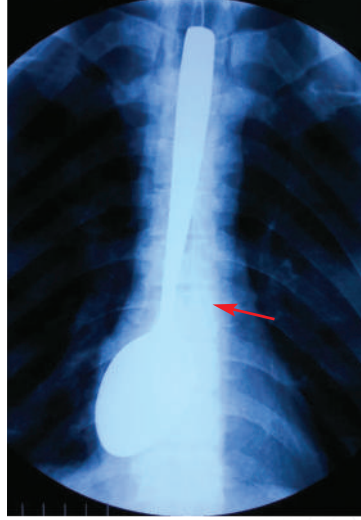
Qida qəbulunun mümkün olmaması ilə əlaqədar müalicə olduğu xəstəxanada rentgen müayinəsi aparılıb və qida borusunda yad cisim (xörək qaşığı) aşkarlanıb (şəkil 5.9, 5.10).

Digər xəstəxanada endoskopiya yad cismin çıxarılmasına cəhd göstərilib, ancaq bu mümkün olmayıb.

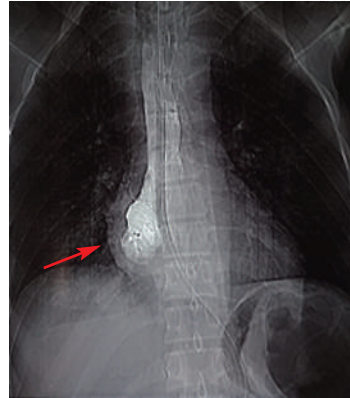
Bununla əlaqədar xəstə bizim klinikaya yönləndirilib.

Daxil olarkən xəstə döş sümüyü arxasında ağrılardan, qida qəbul edə bilməməsindən şikayətlənirdi.

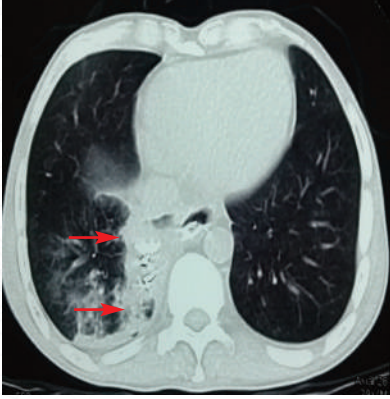
Huşu əsas xəstəliyinə uyğundur, vəziyyəti aktiv, orta-boylu, düzgün bədən quruluşuna malikdir. Ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 110/70



Şəkil 5.9. Rentgenogram. Qida borusuna yeridilmiş xörək qaşığı.



Şəkil 5.10. Rentgenoram. Yad cisim qida borusunu deşmişdir. Kontrast qida borusundan arxa orta divara keçir.



Şəkil 5.11. Kompüter tomoqrafiya.

Yad cismin törətdiyi mediastinit, pnevmoplevrit.

mm. c.s. səviyyəsində, nəbzi ritmik olub 102 vuruğu həddindədir. Dili quru, ərplidir, qarnı yumşaq və ağırsızdır.

Xəstəyə kompüter tomoqrafiya müayinəsi aparıldı və nəticədə sağtərəfli məhdud infiltratif, medias-tinit və pnevmoplevrit aşkarlandı (şəkil 5.11). Bu vəziyyət torakotomiyaya göstəriş hesab edilmədi, konservativ müalicə məqsədə uyğun sayıldı.

Yad cismin endoskoplə çıxarılması mümkün olmadığı üçün cərrahi yolla xaric edilməsi qərara alındı.

Cərrahi əməliyyat – 18.05.15-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında aparılıb. Yad cismin yuxarı ucunun I döş fəqərəsi səviyyəsində olduğunu nəzərə alaraq boyunun sol yarısında döş körpücük-məməyabənzər əzələyə paralel istiqamətdə 8 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Qida borusu ətraf toxumalardan aralanıb tutqaca götürüldü. Yad cismin ucu əllənirdi. Ezofaqotomiya olundu və 17 sm uzunluğunda yad cisim – xörək qaşığı qida borusundan xaric edildi. Qida borusuna baxmaq üçün əməliyyat stolunda təkrari endoskopiya edildi və qida borusunun aşağı döş hissəsinin selikli qişasında qaşığın aşağı ucunun dayandığı yerdə nekroz sahəsi (yataq yarası), qida borusunun deşilməsi aşkarlandı. Endoskop mədəyə yeridildi və mədənin boşluğunda tanınmaz hala düşmüş, təxminən 8 santimetr uzunluğunda plastmas materialından olan hamar səthli digər yad cisim aşkarlandı (şəkil 5.12). 30 dəqiqə ərzində endoskoplə yad cismi çıxarmağa uğursuz cəhdlər göstərildi. Yad cismi xaric etmək mümkün ol-



Şəkil 5.12. Endofoto. Mədənin boşluğunda olan yad cisim (alışqan).

madığı üçün və qida borusunun qaşığının ucu ilə deşilməsini nəzərə alaraq qərara alındı ki, laparotomiya və gastro-tomiya icra edilsin, yad cisim çıxarılsın və xəstəni qida-landırmaq üçün gastrostoma qoyulsun.

Qida borusunun boyun hissəsindəki defekt tikildi. Bo-yun yarasına seyrək tikişlər qoyuldu.

Xəstəyə yuxarı orta laparotomiya edildi. Təftiş zamanı mədədə 8x2 sm ölçüdə hərəkətli yad cisim əllənirdi.

Gastrotomiyaya icra olundu, yad cisim xaric edildikdə məlum oldu ki, o, xəstənin əvvəl udduğu metallik çaxmağı olmayan alışqandır (şəkil 5.13).

Gastrotomiyaya kəsiyindən gastrostoma qoyuldu. Qarın yarası tikildi. Əməliyyadan 5 gün sonra 23.05.15-ci il tarixində xəstə müalicə olunduğu xəstəxanaya köçürüldü.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ruhi xəstə yad cismi anlamadan udub. Yad cismin yuxarı ucu boyunda olduğu üçün onun boyun kəsiyindən xaric edilməsi məqsədəuyğun sayılıb. Mədəyə keçmiş yad cismi xaric etmək və gastrostoma qoymaq üçün laparotom kəsikdən istifadə edilib.



Şəkil 5.13. Qida borusundan çıxarılan xörək qaşığı və maddədən xaric edilmiş alışqan.

Cərrahi kəsiklər yad cisimlərin yerləşdikləri nahiyələrdən asılı olaraq seçilir.

Qida borusunun boyun hissəsində pərçimlənib, divarı deşib, məhəlli, dərin boyun fleqmonası törətmiş, amma mediastinit əlamətləri olmayan xəstələrdə boyun kəsiyindən istifadə etmək lazımdır. Qida borusundan fəsadlaşmış yad cisimlər 48 xəstədə boyun kəsiyindən xaric edilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

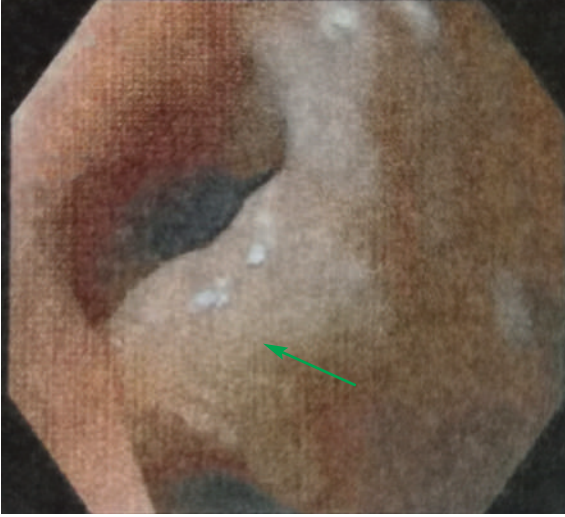
Xəstə Ç. 47 yaşlı (kişi) 04.12.2014-cü il tarixində boyun-da ağrılar, şişkinlik, udmanın çətinləşməsi, bədən hərərətinin 38°C yüksəlməsi şikayətləri ilə klinikaya daxil olub.

Xəstənin verdiyi məlumata görə, o, 3 gündür xəstədir. Qida qəbulu zamanı sümük udub. Sümüyü çıxarmaq üçün bir neçə dəfə endoskoplə cəhdlər olunub, lakin çıxarmaq mümkün olmayıb.

Vəziyyəti ağırlaşdığı üçün cərrahi klinikaya müraciət edib. Klinikaya daxil olarkən boynunun sol yarısında dərinin qızarması, ödem görünürdü, barmaqla sıxdıqda ağrı güclənirdi. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları aydın, nəbzi 106 vuruğu, arterial

qan təzyiqi 120/60 mm c.s. səviyyəsində olub. Dili quru, qarnı ağrısızdır.

Endoskopiya-sümük qida borusunun boyun hissəsinin divarına pərçimlənib və çıxarılması qeyri-mümkündür (şəkil 5.14).



Şəkil 5.14. Endofoto. Qida borusuna pərçimlənmiş sümük.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsində məlum olub ki, sümük qida borusunun boyun hissəsinə pərçimlənib, qida borusunun divarını deşib və ətraf toxumalara hava toplanıb (şəkil 5.15). Qida borusu ətrafında irinlik – dərin fleqmona törənib.

Endoskoplə cəhdlərin uğursuzluğu, qida borusunun yad cisimlə deşilməsi, dərin boyun fleqmonasının inkişafı cərrahi əməliyyata göstərişi təsdiqləyib.

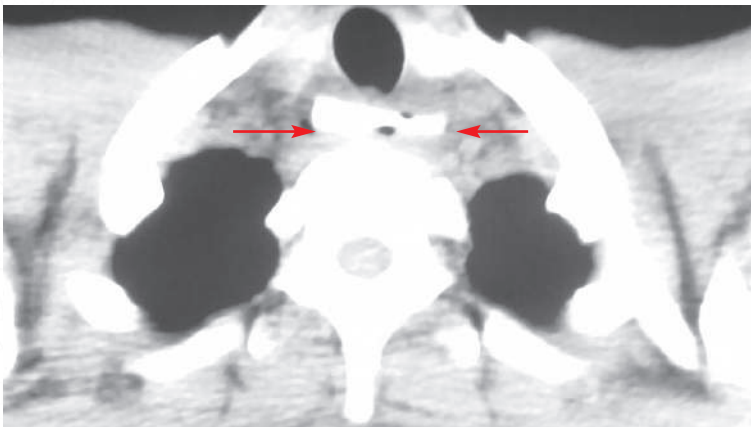
Cərrahi əməliyyat – 04.12.2014-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında aparılıb və boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 8 sm uzunluğunda kəsik icra edilib və toxumalar aralandıqca üfunətli maye və qaz xaric olub. Təftiş zamanı sümüyün

qida borusunun divarını deşdiyi aşkarlanıb. Yad cismin üzərində 2 sm uzunluğunda kəsik aparıldı və 3x2 sm ölçüdə kənarları girintili-çixıntılı yad cisim – sümük xaric edildi (şəkil 5.16). Boyun yarası yuyuldu, yaraya tənzif parçası yeridilib açıq saxlandı. Qidalandırmaq üçün mədəyə nazoqastral zond yeridildi. 10 gün ərzində boyun yarası dənəvər toxuma ilə doldu və bağlandı. Zond xaric edildi. Ağızdan qəbul edilən kontrast maddə qida borusunun divarından ətraf toxumalara keçmir. Beləliklə, təbii yolla qida qəbulu bərpa edildi (şəkil 5.17).

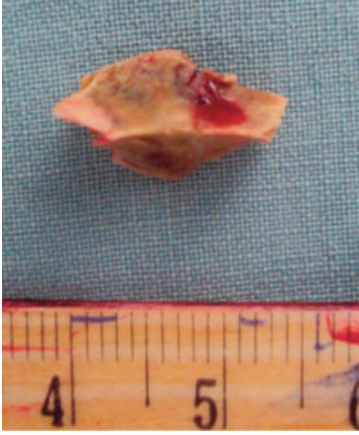
Fəsad törətmiş yad cismin qida borusunun döş hissəsində yerləşməsi ilə əlaqədar 5 xəstədə sağtərəfli torakotomiya kəsiyi ilə yad cisim xaric edilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

Xəstə Ə. 58 yaşlı (kişi) 08.07.2011-ci il tarixində Kliniki Tibbi Mərkəzə ağır vəziyyətdə – boğulma, tənənfəslik, tərləmə, döş qəfəsinin sağ yarısında ağrı, disfagiya şikayətləri ilə daxil olub.

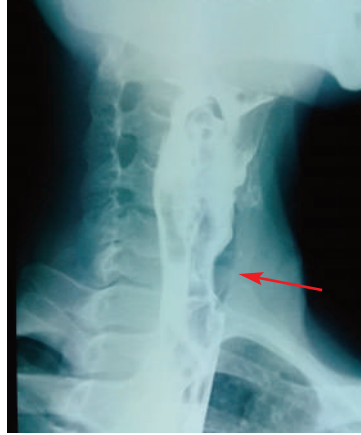
Xəstənin verdiyi məlumata görə, 4 gündür xəstədir. Xörək yeyərkən sümük udub. Disfagiya yaranıb və döş qəfəsində ağrılar başlayıb.



Şəkil 5.15. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun boyun hissəsini deşmiş sümük.



Şəkil 5.16. Boyun kəsiyi ilə qida borusundan xaric edilən sümük.

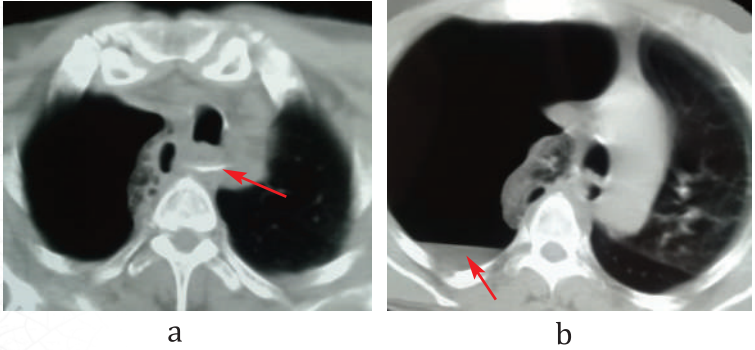


Şəkil 5.17. Rentgenoqram. Qida borusunun deşilmiş yarası sağalıb və keçiriciliyi bərpa olunub.

Digər klinikada endoskoplə yad cismin çıxarılmasına cəhdlər göstərilib, ancaq sümüyü çıxarmaq mümkün olmayıb. Müdaxilə zamanı xəstənin vəziyyəti ağırlaşdığı üçün bizim klinikaya göndərilib.

Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində endoskoplə uğursuz cəhdlər zamanı yad cismin qida borusunu deşməsilə əlaqədar olaraq mediastinal, dərialtı emfizema, sağtərəfli gərgin hidropnevmotoraks aşkarlanıb (şəkil 5.18, a, b) və xəstənin vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar təcili cərrahi əməliyyat aparılıb.

Cərrahi əməliyyat – 08.07.2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli torakotomiya aparılıb. Plevra boşluğunda çoxlu hava və bulanıq, irinli maye, ağciyərin kollapsı aşkarlanıb. Parietal, visseral və arxa orta divar plevralarının üzəri qalın fibrin qatı ilə örtülüb. Sonrakı təftiş zamanı arxa orta divar plevrası üzərində kənarları nekrozlaşmış dəlik və sümüyün ucu aşkarlandı. Ezofaqotomiyanın icrasından sonra sümük xaric edildi (şəkil 5.19). Qida borusunun divarına seyrək tikiş qoyuldu.



Şəkil 5.18. Kompüter tomoqrafiya a) Qida borusunun döş hissəsini deşmiş yad cisim – sümük, mediastinit, sağtərəfli pnevmotoraks b) sağtərəfli gərgin pnevmotoraks, ağciyərin kollapsı, plevra boşluğunda maye səviyyəsi. Orta divar yerini sola doğru dəyişib.

Ağciyər dekortikasiya olundu, visseral plevra üzərindən fibrin qatı xaric edildi, ağciyərlər açılıb havalanmağa başladı.

Plevra boşluğu drenajlandı və döş yarası tikildi. Mədəyə nazoqastral zond yeridildi və xəstə qidalandırıldı. Xəstənin sağalması 66 gün davam etdi. Müalicə niyə belə uzun çəkdi?



Şəkil 5.19. Xaric edilmiş sümük.

Qida borusunun döş hissəsində pərçimlənib, divarı deşmiş yad cisimlərin endoskoplə çıxarılması zamanı ehtiyatlı olmaq lazımdır. Qida borusunun mənfəzini genişlətmək və yad cismi görmək üçün endoskopun kanalından böyük təzyiqlə qovulan hava axını, deşilmiş qida borusundan orta divara və oradan da plevra boşluğuna keçib, gərgin pnevmotoraksa, ağciyərin kollapsına səbəb olub. Orta divarda və plevra boşluğunda irinli iltihab törənib, bu da müalicə müddətini uzadıb.

Yad cisim (sümük-2, sancaq - 1) 3 xəstədə qida borusunun diafraqmaaltı – qarın hissəsində yerləşdiyi üçün onlarda yad cisim yuxarı orta laparotom kəsiklə xaric edilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

Xəstə M.60 yaşlı (kişi) 25.08.2018-ci il tarixində klinikaya yeməyin çətin keçməsi, epigastral nahiyədə ağır şikayətləri ilə müraciət edib. Xəstənin dediyinə görə, 5 gündür xəstədir. Qida qəbulu zamanı sümük udub. Digər klinikada ezofaqoskopiya cəhdləri edilib, ancaq sümüyü çıxarmaq mümkün olmayıb.

Döş qəfəsinin kompüter tomoqrafiya müayinəsi aparılıb və sümüyün qida borusunun qarın (diafraqmaaltı) hissəsində ilişib dayandığı aşkarlanıb. Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti ağır olub, ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır, arterial təzyiqi 120/80 mm civə sütunu səviyyəsində olub, nəbzın dəqiqəlik sayı 90 vuruğu həddindədir. Dili ərpli, qurudur. Qarnı yumşaq, epigastral nahiyədə ağrılıdır.

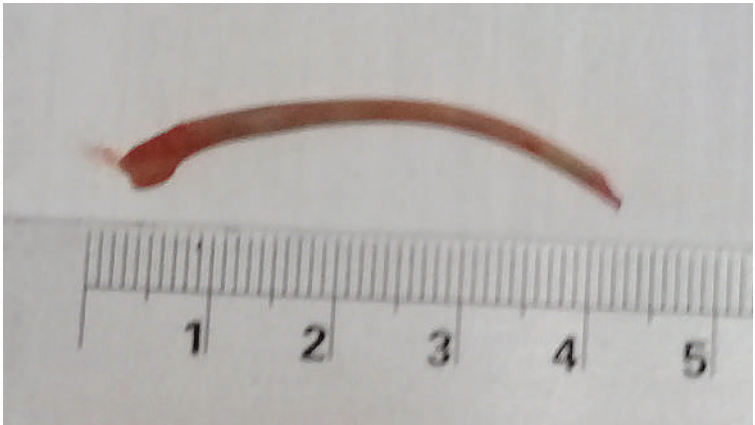
Yad cismin çox aşağı səviyyədə yerləşməsi, endoskoplə çıxarılmasının mümkünsüzlüyü cərrahi əməliyyata göstəriş olub.

Cərrahi əməliyyat – 25.08.2018-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı orta laparotomiya, gastrotonomiya icra edilib. Qida borusu-mədə keçidinə pərçimlənən

itiuclu sümük xaric edilib (şəkil 5.20). Qastrotom yarası tikilib, qarın boşluğu drenajlanıb və qarın yarası bağlanıb. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 3 gün sonra xəstə qida qəbuluna başlayıb və evə yazılıb.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinə pərçimlənmiş yad cismi endoskopla çıxarmaq mümkün olmadıqda, cərrahi müdaxilə-laparotomiya, qastrotonomiya edib, yad cismi xaric etmək lazımdır.

Beləliklə, qida borusuna keçmiş və orada ilişib qalmış yad cisimlər ciddi fəsadlara səbəb olur, yəni qida borusunu və ətraf iri damarları (*körpücükaltı və ümumi yuxu arteriyası, aorta, daxili vidacı vena*) ürəyi, ağciyəri deşə, həmçinin qida borusu – traxeya süzɡəci, ezofagit, mediastinit, plevrit, ağciyər absesi törədə bilər. Qida borusuna yad cisim düşmüş xəstələr mütləq həkimə müraciət etməlidir. Tibbi ixtisası olmayan şəxslərin (*çöpçülərin*), xəstələrin özlərinin və qohum-əqrəbalarının yad cismi çıxarmağa cəhd göstərməsi yolverilməzdir, çünki hər bir kənar müdaxilə yad cismin qida borusunun divarına keçib, fəsadlar törətməsinə səbəb olur. Xəstələr mütləq erkən mərhələdə həkimə müraciət etməlidirlər. Ümumi ağrısızlaşdır-



Şəkil 5.20. Qida borusunun aşağı hissəsindən xaric edilmiş sümük.

ma altında endoskopun köməyi ilə yad cisim xaric edilməlidir. Fəsadlar törətmiş, endoskopla çıxarılması qeyri-mümkün olan yad cisimlər cərrahi əməliyyatla xaric edilməli və fəsadlar aradan qaldırılmalıdır.

Cərrahi kəsiklər: boyun kəsiyi, sağ, sol torakotomiya və laparotomiya əməliyyatları yad cismin yerləşdiyi nahiyəyə müvafiq seçilməlidir.

Qida borusuna yad cisimlərin keçməsinin və ağır fəsadların (dərindən boyun fleqmonası, irinli mediastinit, plevrit) yaranmasının qarşısını almaq üçün tövsiyələr:

- xörək bişirərkən ehtiyatlı olmaq lazımdır, çiy ətin içərisində olan kiçik sümük parçaları xaric edilməlidir;
- qida qəbulu sakit, tələsmədən icra olunmalıdır;
- qida qəbulu zamanı mahnı oxumaq, danışmaq, gülmək olmaz;
- qida mükəmməl çeynəndikdən sonra udulmalıdır;
- körpə uşaqların ətrafında xırda yad cisimlər (*düymə, metal pul, sancaq, plastik qapaqlar, oyuncaq və s.*) qoyulmamalıdır;
- ruhi xəstələr xəstəxana şəraitində tibb işçilərinin və evdə yaxınlarının daimi nəzarəti altında olmalıdırlar;
- ağızda diş protezləri etibarlı təsbit olunmalıdır;
- dərzilər (*iyənəni*), dülgərlər, çəkməcilər (*mismarı*) peşə ilə əlaqəli iti uclu əşyaları, dodaqları və dişləri arasında saxlamamalıdırlar.

VI FƏSİL QIDA BORUSUNUN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

Mexaniki zərbənin və kimyəvi aşındırıcı mayələrin təsirindən qida borusunun divarında törənən quruluş dəyişikliyinə *zədələnmə* deyilir. Törənmə səbəbinə, kliniki gedişinə və törətdiyi fəsadlara görə qida borusu zədələnmələri çox ağır patoloji vəziyyətdir. Bütün mümkün müalicə tədbirlərinin aparılmasına baxmayaraq, bu zədələr bəzən xəstənin ölümünə səbəb olur.

Qida borusunun zədələnmələri *qapalı* və *açıq* olur. Qapalı zədələnmələrin bir növü də qida borusunun spontan cırılmasıdır (*Burxave sindromu*).

Qida borusunda və qonşu orqanlarda müayinə və müalicə tədbirləri (*ezofaqoskopiya, bujlama, kardio pnevmo-hidrodilatasiya*), cərrahi əməliyyat zamanı onun divarının tamlığının həkim tərəfindən gözlənilmədən təsadüfən pozulması – *yatrogen zədə adlanır*.

Qapalı zədələnmələr selikli qişa tərəfdən, *açıq zədələnmələr* isə xaricdən adventisiya və əzələ qişaları tərəfdən başlayır. Zədələnmələr qida borusunun boyun, döş və qarın (*diafraqmaaltı*) səviyyələrində ola bilər.

Mexaniki qapalı zərbənin təsirindən qida borusunun divarının zədələnməsi bəzən selikli qişanın tamlığı pozulmadan – əzilmə və əzələ liflərinin cırılması kimi təzahür edir. Boyuna, döş qəfəsinə xaricdən istiqamətlənən mexaniki təsirlər digər orqanlar kimi qida borusunun da divarında yüngül zədə-əzilmə törədə bilər: selikli qişanın tamlığı pozulmadan əzələ lifləri cırıldıqda əzələarası qansızmalar – hematoma yaranır. Ağrılar və udmanın çətinləşməsi ilə müşayiət olunan bu yüngül zədələr öz-özünə sağalıb, qida borusunun divarında fibroz çarıqlarla tamamlanır.

Qida borusunun mexaniki təsirlərdən qapalı zədələnmələri: yad cisimlərlə (*sümük, metal əşyalar*) divarın

deşilməsi, endoskoplə müayinə, bujlamə və kardiopnevmodilatasiya zamanı törənə bilər. Bundan əlavə traxeyanın intubasiyası zamanı borunun səhvən qida borusuna yeridilməsi nəticəsində də zədələnmə baş verə bilər. Qida borusunun müxtəlif səbəbli zədələnmələri ilə bizim nəzarətimiz altında 89 xəstə olub (cədvəl 6.1).

Cədvəl 6.1

Qida borusunun zədələnmələri

Zədələnmənin növü	Səbəbləri	Miqdarı
Qapalı	Qida borusunun yad cisimlədeşilməsi	56
	Yatrogen təsirlər:	
	- ezofaqoskopiya	10
	- bujlama	4
	- kimyəvi aşındırıcı mayələrin təsiri	3
	- döş qəfəsinin əzilməsi, qida borusu-traxeya süzgəci	2
	- kardiopnevmodilatasiya	1
	- intubasiya borusunun səhvən qida borusuna yeridilməsi	1
Qida borusunun öz-özünə cırılması (<i>Burxave sindromu</i>)	5	
Açıq	- kəsilmiş-deşilmiş bıçaq yarası	5
	- odlu silah (qəlpə) yarası	1
	- cərrahi əməliyyat	1
Cəmi		89

Qida borusunun açıq zədələnmələri boyunun, döşün bıçaqla, odlu silahla və cərrahi əməliyyat zamanı onun divarının təsadüfi yaralanması nəticəsində törənir.

Qida borusunun açıq və qapalı zədələnmələrinin kliniki təzahürü və erkən diaqnostikası zədələnmənin növündən, yerləşdiyi səviyyədən və ətraf toxumaların prosesə cəlb olunmasından asılıdır.

Qida borusunun qapalı zədələnmələri

Qida borusunun qapalı zədələnmələri əksər hallarda onun mənfəzinə keçmiş itiüclu yad cisimlərin divarı deşməsi, yaxud yad cisimləri endoskopla çıxarmağa uğursuz cəhdlər zamanı törənir. Yad cisimlərlə zədələnmə daha çox boyun hissəsində olur.

Qida borusunun mənfəzində ucları divara pərçimlənmiş yad cisimlər əksər hallarda arxa divarı, yaxud ön və arxa divarların birləşdiyi yeri zədələyir və onun ucu mənfəzdən kənara, qida borusu ətrafı boş birləşdirici toxumaya çıxır.

Qida borusunun yad cisimlərlə qapalı zədələnməsi haqqında yad cismin fəsadı kimi əvvəlki fəsildə məlumat verilib.

Qida borusunun divarında əmələ gələn kiçik deşikdən hər udma aktı zamanı hava və ağız boşluğunun saprofit florası ilə zəngin selik qida borusu ətrafı toxumaya axır. Deşilmənin ilk saatlarından başlayaraq qida borusu ətrafı toxumalarda ödem və emfizema yaranır. Saprofit flora patogen xüsusiyyət alıb boyunda, orta divarda irinli iltihab törədir. Bu vəziyyətdə yad cismi çıxarmaq üçün fibroendoskopla təkrari uğursuz cəhdlər zamanı ödemlənmiş qida borusunun şişkin selikli qişasının büküslərini açmaq məqsədilə havanın endoskopun kanalından təzyiqlə yeridilməsi emfizemanı sürətlə artırır, hava boyunun ön, yan səthlərinə, döş qəfəsi divarına, yuxarı ətraflara, orta divara yayılır, mediastinal plevra cırılır, pnevmotoraks və ağciyərin kollapsı törənir.

Yatrogen zədələnmələr

Qida borusunun yatrogen zədələnmələri bizim müşahidəmizdə olan 15 xəstədə: ezofaqoskopiya (10), buj-lama (3), kardiopnevmodilatasiya (1), traxeyanın intubasiyası zamanı borunun səhvən qida borusuna yeridilməsi və onun deşilməsi (1) nəticəsində törənmişdir.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

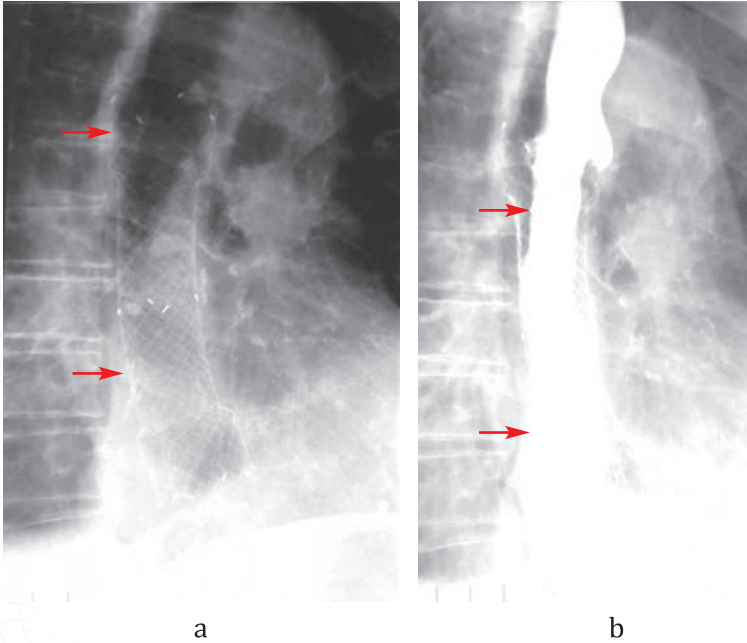
Xəstə B. 80 yaşlı (qadın) 10.05.2012-ci il tarixində Bakı şəhərinin özəl klinikalarından birinə qida borusunda yad cisim – çörək qurusu qalması və qidanın, mayələrin qəbulunun çətinləşməsi şikayətləri ilə müraciət edib. Anamnezində 40 il əvvəl təsadüfi kimyəvi maye qəbulu və qida borusunun tədricən daralmasını bildirir. Bu illər ərzində yalnız duru qidalarla qidalanıb. Bir gün əvvəl çörəyin quru qabıq hissəsini az çeynəyib udub və çörək qida borusunun daralmış hissəsində ilişib dayanıb. Yad cismi çıxarmaq və qida qəbulunu təmin etmək üçün xəstəyə yerli ağrısızlaşdırma ilə fibroezofaqoskopiya aparılıb və qida borusunun divarı deşilib.

Müayinə zamanı döşün, boyunun divarında dərialtı emfizema törəndiyi aşkarlanıb. Az keçməmiş emfizema sifətə və göz qapaqlarına yayılıb. Təngnəfəslik artmağa başlayıb. Endoskopun kanalından təzyiqlə vurulan hava orta divara və digər toxumalara yayılıb.

Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində orta divarda, qidaborusuətrafı toxumalarda hava, ikitərəfli pnevmotoraks və ağciyərlərin hissəvi kollapsı aşkarlanıb.

Tənəffüs çatışmazlığının güclənməsi və xəstənin vəziyyətinin ağırlaşması ilə əlaqədar olaraq bizə müraciət etmişlər. Xəstənin vəziyyətini gördükdə və kompüter şəkillərinə baxdıqdan sonra məlum oldu ki, fibroezofaqoskopiya zamanı qida borusunun divarı deşilib və dərhal hər iki plevra boşluğu drenajlanmış, sorucu ilə xeyli hava xaric edildikdən sonra xəstənin vəziyyəti yüngülləşmişdir.

2 saat sonra bizim təklifimizlə qida borusuna stent yeridilib və qida borusunun cırılmış hissəsi qapanıb (şəkil 6.1, a, b). Xəstə ağır vəziyyətdən çıxıb, qida qəbul etməyə başlayıb və stentlə evə yazılıb. Son 6 il ərzində bir neçə dəfə stent dəyişdirilib, sərbəst qida qəbulu təmin edilib, xəstənin yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşıb. Xəstə 88 yaşında miokard infarktından ölüb.



Şəkil 6.1. Rentgenoqram: a) qida borusuna yeridilmiş stent; b) kontrast maddə stentdən keçir və qida borusu hüdudundan orta divara çıxır.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, qida borusunun daralmaları olan xəstələr uzun müddət duru qidalar qəbul edib yaşaya bilirlər. Bu müddət ərzində qida borusunun divarında yerli dəyişikliklər törənir, ehtiyatsız, müalicə və diaqnostika məqsədi ilə aparılan endoskopiya qida borusunun divarının cırılmasına, orta divarın emfizemasına və pnevmotoraksa səbəb ola bilər. Plevra boşlu-

ğunun dərhal drenajlanması xəstəni ağır vəziyyətdən çıxarmağa imkan verir və stentin qida borusuna yeridilməsi divarın defektini bağlayır, mediastinitin inkişafının qarşısını alır və qida qəbulunu təmin edir. Xəstə uzun müddət yaşayıb və başqa xəstəlikdən ölüb.

Qida borusunun yatrogen zədələnməsi endoskoplə ehtiyatsız davranan zaman da törənə bilər. Digər bir nümunə.

Xəstə Ə. 25 yaşlı (qadın) 13.01.15-ci il tarixində saat 16⁰⁰-da ağır vəziyyətdə – boğulma, tənəffüsün çətinləşməsi, ağızda quruluq şikayətləri ilə klinikaya daxil olub.

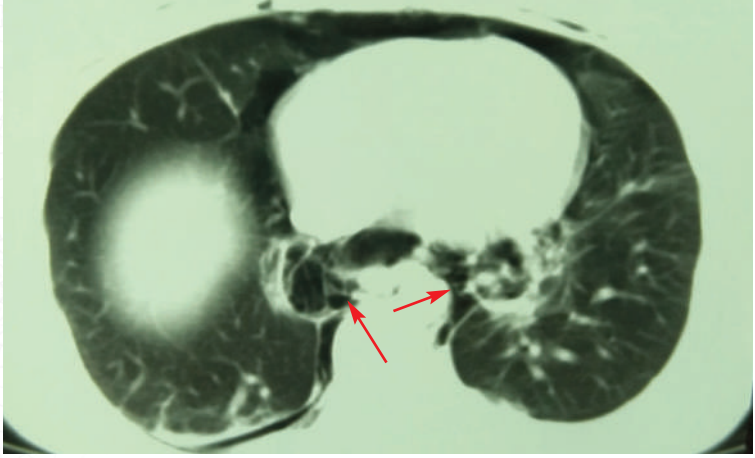
Xəstənin dediyinə görə 26.12.14-cü ildə paltar tikərkən iynəni dodaqları arasında saxlayıb və nəfəs alarkən iynəni udub. İynə yerini dəyişib və mədəyə düşüb. Təkrar rentgen müayinəsində 2 həftə ərzində iynənin mədədə qaldığı təsdiqlənib.

13.01.15-ci il tarixində Sumqayıt şəhərində ümumi ağrısızlaşdırmasız endoskoplə iynəni çıxarmağa cəhd göstərilib. Ümumi ağrısızlaşdırma olmadığı üçün xəstə müdaxilə zamanı rahatsız olub və endoskoplə iynəni geri çəkərkən iynənin ucu qida borusunun divarına ilişib, onu cırıb, arxa orta divara keçib.

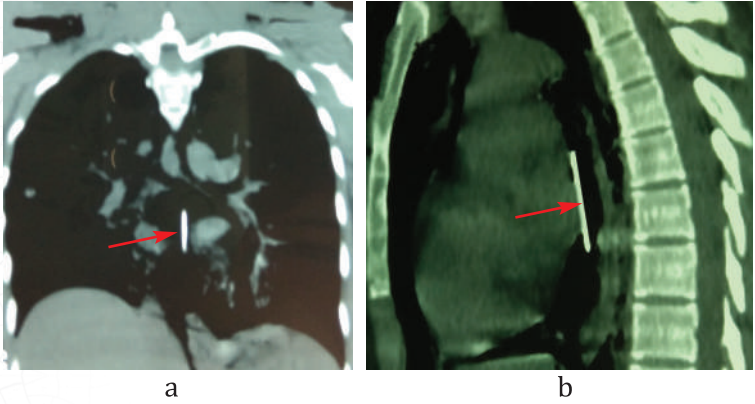
Xəstənin vəziyyəti dərhal ağırlaşmağa başlayıb və bizimlə telefon əlaqəsindən sonra xəstə klinikaya gətirilib.

Daxil olarkən dəri örtükləri avazımış, dodaqları və sədəfləri göyərməmişdir. Döş qəfəsi divarında, boyunda emfizema təyin edilir. Sol ağciyər üzərində tənəffüs xeyli zəifləyib.

Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində sol tərəfli hidropnevmoqoraks, ağciyərin hissəvi kollapsı və mediastinal emfizema aşkarlanıb (şəkil 6.2). Yad cisim – iynə şaquli vəziyyətdə qida borusu ilə döş aortasının arasında yerləşib (şəkil 6.3 a, b.).



Şəkil 6.2. Kompüter tomoqrafiya. Orta divarda emfizema.



Şəkil 6.3. Kompüter tomoqrafiya. Arxa orta divarda yad cisim – iynə. a) arxa-ön və b) yan görünüşü.

Cərrahi əməliyyat – saat 17³⁰-da 13.01.2015-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğaarasında sol tərəfli torakotomiya icra edilib. Plevra boşluğunda hava və 100 ml seroz maye aşkarlanıb. Mediastinal plevra hava qovuquqları ilə gərilib.

Mediastinal plevra boylama açıldıqdan sonra perikardla aorta arasında qida borusunun əzələ qişası üzərində

də sərbəst dayanan yad cisim – iynə aşkarlanıb xaric edildi. Qida borusunun ön divarında 12 mm uzunluğunda cırılmış yara aşkarlanaraq tikilib. Plevra boşluğu və orta divar drenajlandı, döş yarası tikilib. Mədəyə zond yeridilib və 10 gün ərzində qidalanma zondla aparılıb. Xəstənin sonrakı müalicəsi bizim nəzarətimiz altında Sumqayıt şəhər xəstəxanasında davam etdirilib. Xəstədə irinli mediastinit inkişaf edib. Sol plevra boşluğunda saxlanılan drenajdan 5-6 gün ərzində 300 ml möhtəviyyat xaric olub. Plevra boşluğu drenajdan yuyulub, irinli ifrazat dayanıb və xəstə sağalaraq evə yazılıb.

Qida borusuna və mədəyə düşmüş yad cisimlər yalnız ümumi ağrısızlaşdırma altında, xəstənin tam rahat, qıcığa reaksiya verməməsi şəraitində təcrübəli endoskopist tərəfindən ehtiyatla çıxarılmalıdır. Qida borusundan yad cisimlərin yerli ağrısızlaşdırma ilə çıxarılmasına cəhdlər fəsadlara səbəb ola bilər. Qida borusunun zədələnməsi və yad cismin orta divara keçməsi yalnız cərrahi yolla müalicə olunmalıdır.

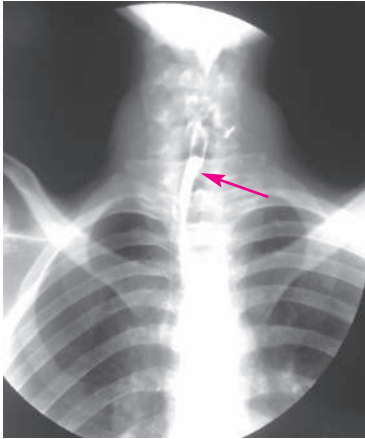
Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralmasına görə *bujlama* zamanı qida borusunun boyun hissəsi – 1 xəstədə, yuxarı döş hissəsi isə - 2 xəstədə deşilmişdir. Bu xəstələrə qastrostoma qoyulub və konservativ müalicə aparıldıqdan sonra koloplastika icra edilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

18 yaşlı xəstə İ. (oğlan) 02.12.2013-cü il tarixində klinikaya boyunda ağrılar, aclıq hissi, susuzluq, ağızda quruluq, qidanın çətin keçməsi, öyümə, qusma, bədən çəkisinin azalması, halsızlıq, ümumi zəiflik şikayətlərilə daxil olub. Xəstənin dediyinə görə, 1 aya yaxındır ki, özünü pis hiss edir. Kimyəvi məhlul içdikdən sonra 20 günə yaxın 1 saylı xəstəxananın toksikologiya şöbəsində müalicə alıb. Son günlərdə qusma yarandığı üçün qida borusunu genəltmək məqsədi ilə xəstəyə yerli ağrısız-

laşdırma ilə ezofaqoskopiya aparılıb və bu zaman qida borusu cırılıb. Boyunda fleqmona əlamətləri inkişaf etməyə başlayıb. Xəstənin vəziyyəti ağırlaşdığı üçün bizim klinikaya köçürülüb. Daxil olarkən vəziyyəti ağır olub. Boynunun sol yarısının toxumaları ödemli, şişkin və əllədikdə dərialtı emfizema təyin edilir, ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilirdi. Arterial qan təzyiqi 90/60 mm. c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 120 vuruğu həddindədir. Dili quru, ərpəlidir. Qarnı yumşaqdır.

Kompüter müayinəsində xəstənin boynunun sol yarısının toxumalarında ödem, dərialtı emfizema və toxumaarası yığıntı (fleqmona) təyin edilib.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı ağızdan qəbul edilən kontrast maddə boyunda qida borusunun hüdudundan kənara çıxır (şəkil 6.4) və daralmış qida borusu boyunca çətinliklə mədəyə keçir. Kontrast maddə mədədən onikibarmaq bağırsağa keçmir (şəkil 6.5).



Şəkil 6.4. Rentgenoqram. Kontrast maddə boyunda qida borusunun hüdudundan kənara çıxır.



Şəkil 6.5. Rentgenoqram. Kontrast maddə 12-barmaq bağırsağa keçmir. Pilorik kanal yanıb qapanmışdır.

Xəstədə qida borusunun kimyəvi yanıqı, ezofaqoskopiya zamanı deşilməsi, boyun fleqmonası, mediastinit, mədənin antral hissəsinin yanıq nəticəsində daralması və keçməzliyi diaqnozu qoyulub, təcili cərrahi əməliyyat aparılıb.

Cərrahi əməliyyat – 02.12.2013-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı mədənin pilorik kanalının kimyəvi yanıq nəticəsində çapıqlaşması və keçməzliyi aşkarlanıb. Ön gastroenteroanastomoz, Braun anastomozu və qastrostoma qoyulub. Qarın yarası tikildikdən sonra boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyabənzər əzələyə paralel kəsik aparılıb, seroz bulanıq maye və hava qovuqcuqları ilə dolmuş toxumalar aralanıb, qida borusu ətrafi toxumalardan xeyli üfunətli irin xaric edilib. Udlaqarxası sahə və yuxarı orta divar genəldilib və irinli maye xaric edilib. İrinli boşluq antiseptiklərlə yuyulub, drenajlanıb və yara açıq saxlanılıb. Əməliyyatdan 4 gün sonra xəstə ambulator nəzarətə göndərilib. Xəstə qastrostomadan qidalanıb, boyun mediastiniti əlamətləri sönüb və 6 aydan sonra yenidən klinikaya gəlib.

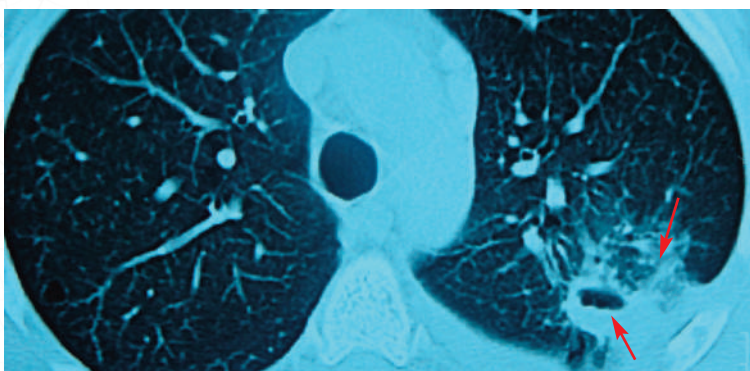
Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı udlaq-qida borusu keçidi səviyyəsində mənfəzin tam bağlanması və kontrast maddənin qida borusuna keçməməsi aşkarlanıb. Xəstədə qida borusunun kimyəvi yanıq nəticəsində udlaqdan başlayan tam xroniki keçməzliyi ilə yanaşı, mədənin çıxacağıının kimyəvi yanıq nəticəsində daralması, keçirilmiş cərrahi əməliyyat, qastrostomanın qoyulması mədədən plastik material kimi istifadə etməyə imkan vermədiyi üçün yoğun bağırsaqla plastika planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyat – 18.06.2014-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında əməliyyatdansonrakı çapıq götürülməklə yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Bitişmələr aralandıqdan sonra qastrostoma borusu xaric edilib, mədənin ön divarındakı defekt tikilib. Yoğun bağırsağın sol yarısından orta çənbər bağırsaqlar arteriyası saxlanılmaqla,

35 sm uzunluğunda transplantat hazırlanıb. Uc-uca yoğun bağırsağ anastomozu qoyulub və həzm sisteminin peristaltik ötürücülüüyü bərpa edilib. Transplantatın kaudal ucu ilə mədənin ön divarı arasında qovşağ yaradıldıqdan sonra döşsümüyüarxası yolla transplantat boyuna qaldırılıb. Boyunun sağ yarısında döş-körpücük-məməyə-bənzər əzələyə paralel kəsik aparılıb və udlağa yanaşılıb. Böyük texniki çətinliklə udlaq açılıb, onun daralmış kaudal ucu və qida borusunun boyun hissəsi 5 sm uzunluğunda rezeksiya edilib, qida borusunun 3 mm-ə qədər daralmış kaudal ucu tikilib və orta divarda saxlanılıb. Yoğun bağırsağ transplantatının kranial ucu ilə udlaq arasında uc-yana anastomoz yaradılıb. Boyun və qarın yaraları tikilib. Əməliyyatdan 5 gün sonra xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb və 12 gündən sonra evə yazılıb. Əməliyyatdan 2 ay sonra xəstə öskürək və bəlğəm ifrazı ilə yenidən klinikaya müraciət edib.

Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində sol ağciyərin 6-cı seqmentində (şəkil 6.6) spesifik iltihab-kaverna aşkarlanıb və xəstəyə spesifik preparatlarla müalicə təyin edilib.

Vərəm əleyhinə dərmanlarla 2-3 kurs müalicədən sonra ağciyərdə proses məhdudlaşıb, xəstənin vəziyyəti



Şəkil 6.6. Kompüter tomoqrafiya. Sol ağciyərin aşağı payında (6-cı seqment) spesifik iltihab ocağı – kaverna ilə plevra boşluğunda maye yığıntısı.

yaxşılaşmış və çəkisi artmış. Əməliyyatdan 5 il sonrakı müşahidələr göstərir ki, qida qəbulu sərbəstdir.

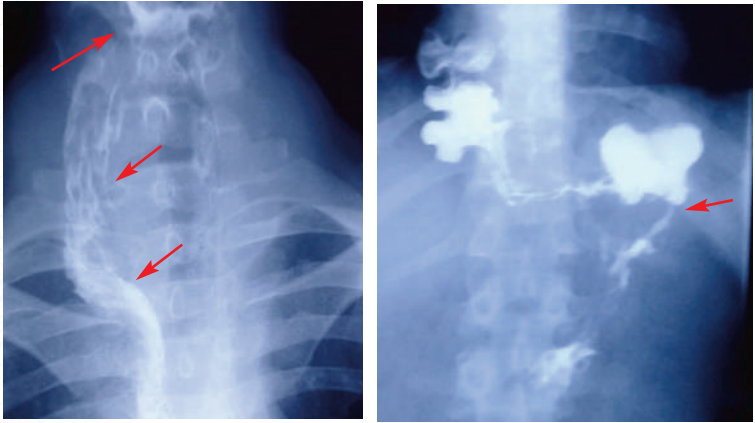
Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində sol ağciyərdə spesifik iltihab (vərəm) ocağı çapıqlaşmış. Döşsümüyüarxası nahiyədə yerləşən yoğun bağırsağın transplantatında maye səviyyəsi və qaz görünür (şəkil 6.7).



Şəkil 6.7. Kompüter tomoqrafiya. Döşsümüyüarxası nahiyədə yoğun bağırsağdan hazırlanan süni qida borusu. Spesifik iltihab ocağı çapıqlaşmış.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı kontrast maddə udulandan sonra yoğun bağırsağın transplantatına, mədəyə və gastroenteroanastomozdan nazik bağırsağın iliyinə axır (şəkil 6.8 a, b).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, təsadüfən ağızdan qəbul edilən kimyəvi aşındırıcı mayelər qida borusunun divarında, selikli qişada yanığ, nekroz, dağılma törədir. Bu vəziyyətdə qidaborusudaxili hər hansı bir yatrogen müdaxilə (*bujlama, ezofaqoskopiya*) ağır fəsada-cırılmaya səbəb olur, yerli toxumalar iltihablaşır və boyun fleqmonası törənir. Belə vəziyyətə düşmüş xəstələrə təcili yar-



a

b

Şəkil 6.8. Rentgenoqram.

- a) kontrastlanmış udlaq – yoğun bağırsaq anastomozu
b) kontrast maddə mədəyə və nazik bağırsağa axır.

dım göstərməli və xəstələr ağır vəziyyətdən çıxdıqdan sonra planlı qaydada bərpa əməliyyatı aparıb ağızdan qida qəbulunu təmin etmək lazımdır. İlk əməliyyat zamanı mədənin çıxacağı yeri ilə əlaqədar *gastro-enteroanastomoz* və *Braun* anastomozunun qoyulması mədədən qida axını təmin etmiş, ancaq plastik material kimi mədəni yararsız hala salmışdır. Bu vəziyyətdə yalnız yoğun bağırsaq transplantatı ilə ağızdan qida qəbulunu bərpa etmək mümkündür.

Boyunun sol yarısında törənən irinli fəsad müalicə olunduqdan sonra udlaqla – transplantat arasında anastomozun boyunun sağ yarısı tərəfdən sağlam toxumalar arasında qoyulması daha məqsəduyğun sayılmalıdır.

Toksikoloji mərkəzdən daha 3 xəstə kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun deşilməsi, mediastinit diaqnozu ilə bizim klinikaya göndərilib. Bu xəstələrin vəziyyəti çox ağır olduğu üçün onlara cərrahi yardım göstərmək

mümkün olmayıb və o xəstələr kəskin toksemiya, irinli intoksikasiya, qaraciyər-böyrək çatışmazlığından 2-3 gün ərzində ölüb.

Döş qəfəsinin əzilməsi, qida borusu-traxeya süzgəci

Döş qəfəsi zədələnmələrinin ağır nəticələrindən biri də arxa orta divarda yerləşən iki qonşu orqanın – traxeyanın və qida borusunun divarının eyni vaxtda cırılması və onların arasında patoloji kanalın – traxeya-qida borusu süzgəcinin formalaşmasıdır.

Döş qəfəsinə küt zərbə təsirindən qida borusunun ön və traxeyanın arxa divarının eyni zamanda cırılması səbəbindən qida borusu-traxeya süzgəci diaqnozu ilə klinikaya 2 xəstə daxil olub. Əməliyyatönu hazırlıqdan sonra bu xəstələrdə cərrahi əməliyyat aparılıb, traxeya ilə qida borusu arasındakı süzgəc aralanaraq hər iki orqanın divarındakı deşik tikilib və xəstələr sağalıb.

Bu ağır zədələnmənin diaqnozunun aşkarlanması çətinlik törətmədi.

34 yaşlı xəstə (kişi) S. 16.08.1981-ci il tarixində yol-nəqliyyat qəzası zamanı döş qəfəsinin ağır dərəcəli qapalı zədələnməsinə məruz qalıb və 2 saylı Bakı şəhər Kliniki Xəstəxanasının reanimasiya şöbəsinə daxil olub. Kliniki və rentgen müayinəsi zamanı xəstədə sağtərəfli hemotoraks və dərialtı emfizema aşkarlanıb. Xəstənin sağ plevra boşluğuna əvvəlcə punksiya, sonra isə torakosentez edilib, boyunun və döşün dərisi altında emfizemanı azaltmaq üçün balaca kəsiklər, şok əleyhinə intensiv müalicə aparılıb.

Zədələnmədən 5 gün sonra qida qəbulu zamanı xəstədə güclü öskürək tutması başlayıb və selikli bəlgəmlə bərabər qəbul etdiyi qida hissələri tənəffüs yolundan xaric olmağa başlayıb.

Xəstəyə baxmaq üçün bizi həmin klinikaya dəvət ediblər. Anamnez topladıqdan sonra xəstəyə bir udum su içmək təklif olundu. Suyun qəbulu güclü öskürək tutması və hipoksiya törətdi. Döş qəfəsinin yol-nəqliyyat qəzası zamanı zədələnməsinin qida borusu-traxeya süzgəci ilə fəsadlaşması diaqnozu təsdiqləndi.

Sonrakı müayinə və müalicə üçün xəstə Elmi-Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Cərrahlıq İnstitutunun Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə köçürüldü.

Klinikaya daxil olarkən xəstənin vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Müayinə zamanı müəyyən edildi ki, xəstənin dəri örtükləri avazıyıb, çəkisi xeyli azalıb. Döş qəfəsi tənəffüsdə qeyri-bərabər iştirak edir. Ağciyərləri üzərində yaş və quru xırıltılar eşidilir. Nəbzi ritmik, kafı dolğunluqda, dəqiqədə 80 vuruğu həddində idi. Arterial qan təzyiqi 110/70 mm.c.s. səviyyəsində olub.

Traxeoskopiya zamanı bifurkasiyaüstü nahiyədə traxeyanın arxa-zar divarında 10-15 mm uzunluğunda süzgəc kanalı aşkarlanıb (şəkil 6.9 a).

Ezofaqoskopiya ilə qida borusunun ön divarında ölçüləri 10-12 mm olan kənarları halqavari infiltratlaşmış süzgəc kanalının olduğu təyin edilib. Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində kontrast maddənin süzgəc kanalından tənəffüs yoluna axması təsdiq olunub.

Son 10 gün ərzində ağızdan qida qəbulu dayandırıldı. 26.08.1981-ci il tarixində xəstəyə Kader üsulu ilə gastrostoma qoyulub və qidalandırmaya başlanılıb. Vaxtaşırı xəstədə mədə-qida borusu reflüksü ilə əlaqədar gəyirmə, mədə möhtəviyyatının traxeyaya qayıtması və öskürək tutmaları ilə bağlı sağtərəfli aspirasion pnevmoniya, mediastinit yaranıb. Əməliyyatönu hazırlıq məqsədi ilə parenteral müalicəyə başlanılıb. 18.08.1981-ci il tarixində venadaxili 100 ml zülal məhlulu-hidrolizinin köçürülməsi zamanı xəstənin vəziyyəti qəfil ağırlaşıb: üşütmə, pareste-

ziya, əzələ ağrıları, oyanıqlıq, rahatsızlıq hissləri qeyd olunub və bədən hərərəti 40°C-yə qədər yüksəlib. Xəstənin huşu itib. Dəri örtüyü göyərrib, soyuq tərlə örtülüb, tənəffüsü tezləşib və səthi olub. Arterial qan təzyiqi 40 mm. c. s., venoz – 100 mm su sütunu həddində olub, nəbzi sapvari dəqiqədə sayı 160 vurğuya qədər artıb. Ekstrasistolik aritmiya yaranıb.

Bu vəziyyət vena daxilinə köçürülən zülalə qarşı ana-filaktik reaksiya kimi qiymətləndirilib.

İntensiv müalicə: nəmləndirilmiş oksigen verilməsi, antihistaminlər, ürək-damar dərmanları, antikoagulyantlar, antibakterial və hormonal preparatlarla davam etdirilib. Vazopressorlar: mezaton 4,0 ml+noradrenalin 2,0 ml+500 ml izotonik məhlulda dəqiqədə 45 damcı köçürülməklə arterial təzyiqi saxlamaq mümkün olub.

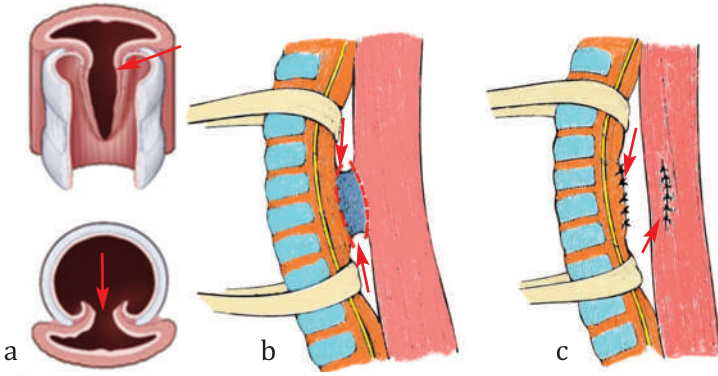
Bu müalicə 2 həftə ərzində aparılıb. Bütövlükdə xəstəyə vena daxilinə 100 ml noradrenalin, 172 ml mezaton, 3400 mq prednizolon, 250 mq hidrokortizon məhlulları köçürülüb. 16 günlük müalicədən sonra xəstənin hemodinamik göstəriciləri normal səviyyəyə qayıdıb. Bundan sonra vazopressorların yeridilməsi dayandırılıb, hormonal preparatların dozası tədricən azaldılıb. Xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşması radikal əməliyyat aparmağa imkan verir.

Cərrahi əməliyyat – 23.11.1981-ci il tarixində zədələnmədən 3 ay sonra ümumi endotraxeal ağrısızlaşdırma altında IV qabırğanın rezeksiyası ilə sağtərəfli arxa yan torakotomiya əməliyyatı aparılıb. Məlum olub ki, bütövlükdə ağciyər parietal plevraya yapışıb. Bitişmələr aralandıqdan sonra tək vena (v.azygos) aralanıb, bağlanıb və kəsilib. İlk zədələnmə zamanı orta divarda törənən toxumaarası qansızma hesabına toxumalar iltihablaşmış və xroniki mediastinit törənib. İltihablaşmış mediastinal plevra boylama açılıb, azan sinir aralanıb tutqaca götürüldükdən sonra 6-7 sm məsafədə traxeya ilə birləşən, qida borusu və

süzgəc kanalı aralanıb (şəkil 6.9 b). Bu zaman traxeyanın arxa divarında 5 sm uzunluğunda zar divarın defekti, qida borusunda isə 15 mm uzunluğunda defekt aşkarlanıb.

İntubasiya borusu bifurkasiyaüstü nahiyəyə qədər endirildikdən sonra traxeyanın zar (membranoz) divarının defekti zərif iynəli supramid sapı ilə fasiləli tikilib.

Qida borusunun divarında olan defekt ikisıralı fasiləli tikişlərlə qapanıb (şəkil 6.9, c). Əlavə olaraq ayaqcıq üzərində parietal plevra ilə qida borusu tikişlərinin üzəri örtülüb.



Şəkil 6.9. a) traxeyanın və qida borusunun eyni vaxtda cırılması; b) formalaşmış traxeya-qida borusu süzgəci; c) süzgəcin ləğvindən sonra.

Əməliyyat sahəsinə axıdılan fizioloji məhlulda hava qabarcıqlarının olmaması tikişlərin möhkəmliyini təsdiqləyib. Ağciyərin yuxarı payının kənarı traxeya ilə qida borusu arasına yeridilib, tikişlə fiksə olunub (interpozisiya).

Plevra boşluğunu və arxa orta divarı yuyub drenajladıqdan sonra döş yarası tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 10 gündən sonra xəstə qida qəbuluna başlayıb, öskürək tutmaları olmayıb. Qastrostoma 17-ci sutkada ləğv edilib.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində traxeya ilə əlaqə görünməyib. 28.12.1981-ci il tarixində xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Bu nümunənin maraqlı cəhəti ondan ibarətdir ki, zülal məhluluna qarşı törənən anafilaktik şokun uğurlu müalicəsindən sonra radikal cərrahi əməliyyatın mümkünlüyü baş tutub. Digər xəstədə isə traxeyanın və qida borusunun eyni vaxtda cırılması, bu orqanlar arasında patoloji süzğəcin formalaşması xeyli gec – 4 aydan sonra aşkarlanıb.

55 yaşlı xəstə (kişi) Ə. 02.10.2010-cu il tarixində Klinik Tibbi Mərkəzə zəiflik, çəkinin azalması, gün ərzində 100 ml-ə qədər selikli bəlğəm ifrazı, tənəffüs və son 4 ayda qidanı yalnız nazoqastral zondla qəbul etməsi şikayətləri ilə daxil olub.

2010-cu ilin avqust ayından xəstədir. Hündür bina ti-kintisində iş zamanı, təsadüfən döş qəfəsi qaldırıcı kranla beton plitəyə sıxılıb. Xəstə ağır şok vəziyyətində yaxınlıqda olan Neftçilər xəstəxanasına çatdırılıb.

Rentgen-kompüter tomoqrafiyası ilə sağ tərəfdən qabırğaların çoxsaylı sınığı və hemopnevmotoraks aşkarlanıb.

Xəstəyə dərhal sınımış qabırğaların cərrahi yolla metal saplarla fiksasiyası və sağtərəfli torakosentez olunub, mədəsinə nazoqastral zond yeridilib.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə tənəffüs çatışmazlığı ilə əlaqədar 5 gün intubasiya borusu ilə köməkçi tənəffüsə qoşulub. Sonra xəstəyə traxeostoma qoyulub və köməkçi tənəffüs 2 həftə davam etdirilib. Bu müddət ərzində xəstə yalnız nazoqastral zondla qidalandırılıb.

Təminəddi spontan tənəffüs bərpa olunduqdan sonra traxeostomiya borusu və nazoqastral zond çıxarılıb.

Ağızdan ilk qəbul edilən maye kəskin öskürək tutmasına səbəb olub. Xəstəyə yenidən nazoqastral zond qoyulub və ehtimal olunub ki, bəlkə traxeostoma qoyularkən traxeyanın arxa divarı zədələnib. Xəstənin vəziyyəti yaxşılaşmayıb. Öskürəklə selikli-irinli bəlğəm ifrazı davam edib.

4 aydan sonra xəstə bizə müraciət edib. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti çox ağır olub, xeyli arıqlama nəzərə çarpır. Xəstədə döş qəfəsinin ön divarında parasternal

xətt üzrə 2-3-cü qabırğalararası sahə 3x2 sm ölçüdə zəif dənəvər toxuma ilə örtülüb. Açıq qabırğa (sümük toxuması) görünən yara qeyd edilir. Ağciyərlər üzərində hər iki tərəfdən yaş və quru xırıltılar eşidilirdi. Ürək tonlarının aydın, arterial qan təzyiqinin 100/70 mm.c.s. səviyyəsində, nəbzinin dəqiqədə sayı 100 vuruğu həddində olması müşahidə olunurdu. Qarnı yumşaq, ağrısız, sidik ifrazı sərbəstdir.

Fibrotraxeoskopiya zamanı traxeyanın yuxarı $\frac{1}{3}$ hissəsində, onun zar divarı üzərində 10-12 mm uzunluğunda, qida borusundan selik axan süzgəc aşkarlandı.

Kompüter tomoqrafiyası zamanı traxeya ilə qida borusu arasında 10-12 mm uzunluğunda patoloji kanal-süzgəcin olması təsdiqləndi (şəkil 6.10). Bu sahədə traxeyanın divarı deformasiyaya uğrayıb və mənəfəzi bir qədər daralıb.



Şəkil 6.10. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusu-traxeya süzgəci.

Hər iki ağciyərin zirvəsində bulloz sistlər qeyd olunur.

Xəstə 2 həftə ərzində intensiv konservativ müalicə qəbul edib, ona təzə eritrositar kütlə, plazma, albumin, kolloid məhlullar köçürülüb, antibiotik yeridilib.

Bundan sonra xəstənin vəziyyəti xeyli yaxşılaşmış və sutka ərzində öskürəklə bəlğəm ifrazı 20-30 ml-ə qədər enmişdir.

Anamnestik məlumatla yanaşı, endoskopik və kompüter müayinələri ilə xəstədə, gecikmiş olsa da, ilkin travma

nəticəsində traxeyanın arxa zar divarının, qida borusunun isə ön divarının eyni vaxtda cırılması, qida borusu ilə traxeya arasında süzgəcin formalaşması diaqnozu təsdiqlənib.

Traxeostoma qoyularkən traxeyanın arxa divarının zədələnməsi qeyri-mümkün sayılmışdır, çünki traxeya ilə qida borusu arasında formalaşan patoloji kanal-süzgəc traxeostomiya səviyyəsindən 3–4 sm aşağıda yerləşmişdir.

Təsdiqlənmiş diaqnoz, 4 aylıq konservativ müalicənin əhəmiyyətsizliyi cərrahi əməliyyata mütləq göstəriş sayılıb.

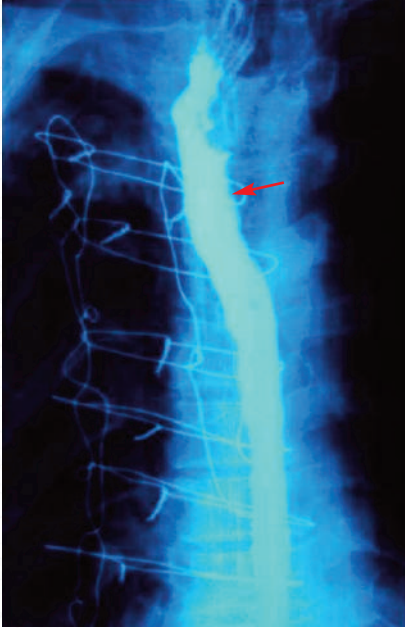
Cərrahi əməliyyat – 06.01.2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğanın rezeksiyası ilə sağ-tərəfli arxa yan torakotomiya icra edilib. Qalınlaşmış mediastinal plevra boylama açılıb. Traxeya ilə qida borusu arasındakı süzgəc IV döş fəqərəsi səviyyəsində aşkarlanıb. Qida borusu süzgəcdən yuxarıda və aşağıda aralanıb tutqaca götürülüb.

Traxeya ilə qida borusu arasındakı süzgəc aralanıb. Traxeyanın zar divarında olan 15 mm uzunluğunda defekt fasiləli 3/0 vikril saplarla tikilib.

Qida borusunun divarındakı defektin uzunluğu 20 mm təşkil edirdi. Defekt ikisıralı tikildi və qida borusu sağ plevra boşluğu tərəfə meyilləndirildi. Ağciyərin yuxarı payının kənarı süzgəc kanalı boyunca traxeya ilə qida borusu arasında tikişlə təsbitləndi (interpozisiya). Beləliklə, süzgəc nahiyəsində qida borusu ilə traxeyanın təması olmadı. Plevra boşluğu drenajlandı və döş qəfəsinin yarası tikildi.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə öskürəklə bəlgəm ifrazı kəsildi. Xəstə 10 gün ərzində yenə nazoqastral zondla qidalandırıldı və zond xaric edildi. Ağızdan maye, qida qəbulu sərbəst oldu, öskürək tutmaları yaranmadı.

Əməliyyatdan sonra 12-ci sutkada bulloz sistin partlaması nəticəsində xəstədə soltərəfli gərgin pnevmotoraks inkişaf etdi. Torakosentez aparıldı, plevra boşluğuna rezin boru yeridildi və 6 gün sonra plevra boşluğundan hava



Şəkil 6.11. Rentgenoqram. Əməliyyatdan sonra kontrast maddə traxeyaya daxil olmur. Qida borusu bir qədər sağa yerini dəyişib. Sınımış qabırğaların metal sapla döş sümüyünə təsbit edilməsindən sonrakı vəziyyət.

ması hər iki orqanın mənfəzdaxili təzyiqinin artması ilə əlaqədar olub.

Travma nəticəsində traxeya ilə qida borusu arasında formalaşan süzgəcin radikal müalicəsi cərrahi yollardır. Bu müalicə xəstəni sonrakı əzablardan xilas edir və onun yaşayış keyfiyyətini yaxşılaşdırır.

Təsdiqləndi ki, traxeya ilə qida borusu arasındakı patoloji kanal (*süzgəc*) aralandıqdan sonra hər iki orqanın arasına ağciyər toxumasının yerləşdirilməsi (*interpozisiya*) süzgəcin yenidən əmələ gəlmə ehtimalını azaldır.

axını dayandı. Rentgen müayinəsində pnevmotoraks görünmədi, ağciyər açıldığı üçün plevral drenaj xaric edildi.

Müşahidə və müayinələr göstərdi ki, əməliyyatdan 1 ay sonra qida borusunun keçiriciliyi sərbəstdir, kontrast maddə qida borusunun hüdudundan kənara çıxmır; qida borusu bir qədər sağa meyillənmişdir (şəkil 6.11). Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

Əməliyyatdan 3 il sonrakı yoxlama zamanı xəstənin şikayəti olmadı. Çox güman ki, hər iki xəstədə zərbə vaxtı traxeyanın zar divarı və qida borusunun ön divarının eyni vaxtda cırılması

Qida borusunun spontan cırılması (*Burxave sindromu*)

Qida borusunun çox nadir hallarda rast gəlinən *köndələn* spontan (*öz-özünə*) cırılmasını ilk dəfə Hollandiya cərrahı *Hermann Boerhaave* 1724-cü ildə xəstənin çoxlu qida və maye qəbulundan sonra törənmiş qusma zamanı yarandığını təsvir edib. Qida borusunun daha çox müşahidə olunan *boylama* cırılması haqqında 1788-ci ildə *A.Dreydess* məlumat verib. Xəstələrdə bu diaqnozu qoymaq mümkün olmayıb, *diaqnoz yalnız meyitin təşrihi* zamanı qoyulub. 1858-ci ildə *K.Myers* xəstənin *sağlığında* bu diaqnozu qoya bilib. *Burxave sindromu* ilə xəstənin plevra boşluğunun drenajlanmasından sonra *sağalması* haqqında ilk dəfə 1947-ci ildə *N.Fink* məlumat verib.

Qida borusunun spontan cırılması (*Burxave sindromu*) ilə bizim müşahidəmizdə 5 xəstə (kişi-4, qadın-1) olub. Qida borusunun qusma refleksi zamanı öz-özünə cırılması onun döş hissəsində törənir. Bu növ zədə əksər hallarda hədsiz qida və spirtli içki qəbul etmiş insanlarda müşahidə olunur. Normal halda qusma refleksi zamanı mədənin əzələ qatı, diafraqma və qarının əzələləri xeyli gərilir, eyni zamanda hər 3 daralmadakı büzücü: yuxarı, orta və aşağı qida borusu büzücüləri açılır, qusuntu kütləsi ağızdan xaricə atılır.

Belə halda qida borusu daralmalarındakı büzücülər arasında fəaliyyət uyğunsuzluğu yarandıqda, yəni aşağı daralmanın büzücüsü açıq, yuxarı daralmanın büzücüsü bağlı olduqda cırılma müşahidə oluna bilər.

Qusma refleksi yarandıqda udlaq-qida borusu daralması nahiyəsindəki büzücü iradi qapalı saxlandığı zaman (*qusmamaq üçün*) böyük təkanla mədədən gələn qusuntu kütləsi qida borusuna qalxır və qida borusunun daxilində təzyiqin yüksəlməsi onun divarının əzələləri zəif olan

diafraqmaüstü nahiyədə boylama cırılmasına səbəb olur. Diaqnozun erkən qoyulmasında çox çətinlik törənir.

Burxave sindromu sağlam insanda qəfil törənib özünə-məxsus aşkar kliniki təzahürü ilə davam edir: döş qəfəsinin sol yarısında və getdikcə kürək sümükləri arası nahiyədə kəskin ağrı, dəri örtüyünün avazıması, soyuq tərlə örtülməsi, dodaqların göyərməsi, tənəgnəfəslik, ürəkdöyünmənin sürətlənməsi, qan təzyiqinin düşməsi müşahidə olunur.

Cırılmış yerdən hava, qida kütləsi, ağız suyu ilə bərabər ağız boşluğundan seliklə qarışıq gələn saprofit qeyri-klostridial mikroblar arxa orta divara axır. Qısa müddətdə qida borusu boyunca ətraf boş birləşdirici toxuma ödemlənir və orta divar hava ilə dolur, irinli mediastinit başlayır, plevra, perikard boşluğuna seroz-bulanıq, sonra isə irinli maye toplanır. İrinli intoksikasiya ilə əlaqədar xəstələrin vəziyyəti getdikcə ağırlaşır.

Diaqnoz anamnestik məlumatla, kliniki əlamətlərə, rentgen və kompüter tomoqrafiyası, endoskopiya müayinəsinə əsasən dəqiqləşdirilir.

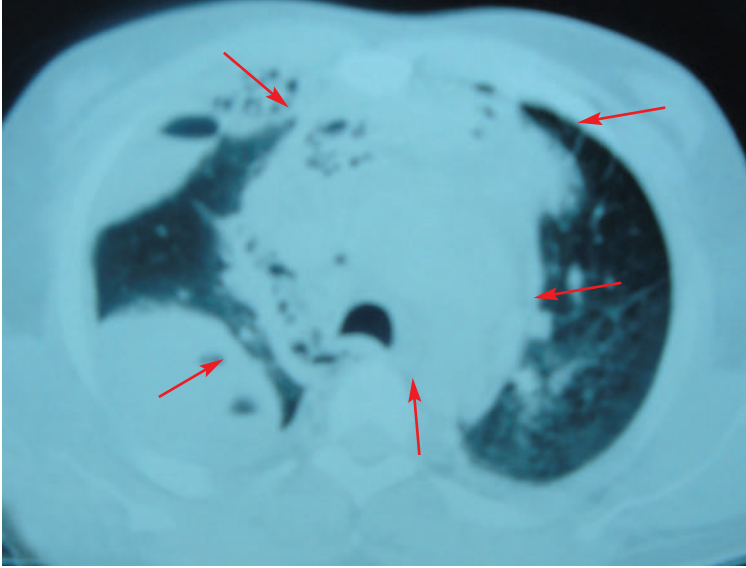
Döş qəfəsinin kompüter tomoqrafiya müayinəsində



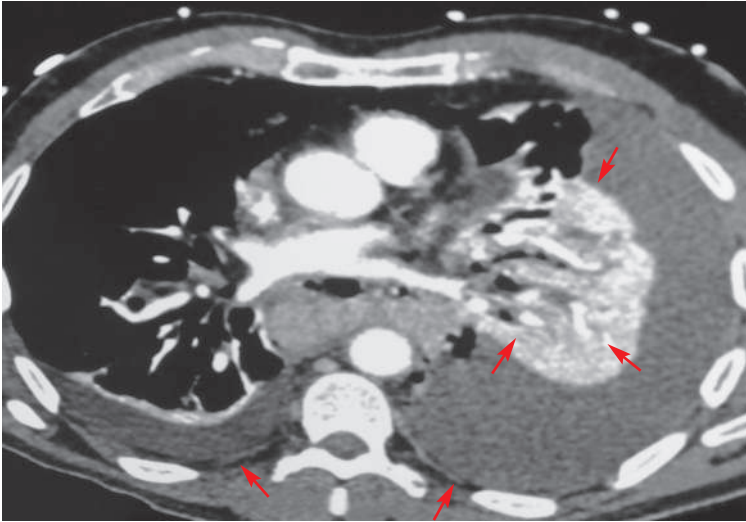
Şəkil 6.12. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun öz-özünə cırılmasından sonra qidaborusu ətrafı toxumalar qazla dolub.

orta divarın kölgəliyinin genəlməsi, boyunda, döş qəfəsi divarında və orta divarda qaz (şəkil 6.12), plevra boşluğunda sərbəst qaz və məhdudlaşdırılmış maye yığıntısı aşkarlanır. Plevra boşluğunda toplanan maye ağciyərin kollapsına, tənəffüs çatışmazlığının güclənməsinə səbəb olur (şəkil 6.13, 6.14).

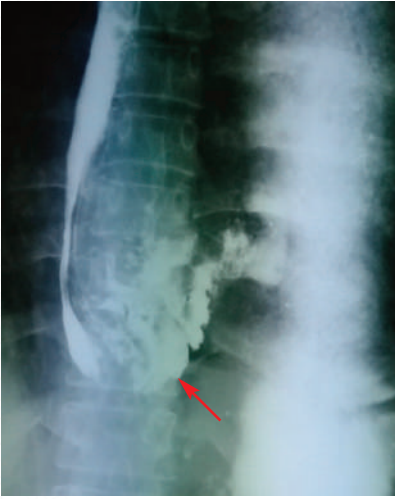
Müşahidəmizdə olan xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarış veririk.



Şəkil 6.13. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun öz-özünə cırılmasından sonra törənmiş mediastinit və plevrit, sağ ağciyərin kollapsı.



Şəkil 6.14. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun spontan cırılması, mediastinit, sol plevra boşluğunda maye toplanması, ağciyərin kollapsı. Sağ plevra boşluğunda maye.



Şəkil 6.15. Rentgenoqram.
Ağızdan qəbul edilən kontrast
maddə orta divara, sol plevra
boşluğuna axır.

Daxil olarkən vəziyyəti ağır olub, dəri örtükləri avazımış, dili quru, ərplə örtülmüşdür.

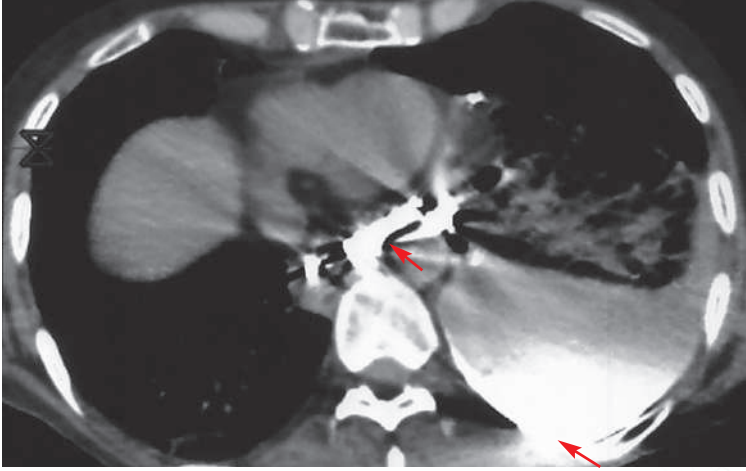
Sol ağciyər üzərində tənəffüs zəif eşidilir. Nəbzın dəqiqə sayı 110 vuruğu, arterial təzyiqi 100/60 mm c.s. səviyyəsində olub.

09.06.2012-ci il tarixində rentgen müayinəsində ağızdan qəbul edilən kontrast maddənin qida borusunun aşağı döş hissəsində 4 sm uzunluğunda olan defektdən orta divara və sol plevra boşluğuna keçməsi təsdiqlənib (şəkil 6.15). Ətraf toxumalar infiltratlandı və ödemlidir.

Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində qida borusundan orta divara keçən kontrast maddənin sol plevra boşluğuna toplanması aşkarlandı (şəkil 6.16).

İltihabi proses gücləndikcə plevra boşluğuna toplanan maye ağciyərin kollapsına səbəb olur və tənəffüs çatışmazlığı artır.

55 yaşlı xəstə (kişi) M. 08.06.2012-ci il tarixində akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinə döş qəfəsində ağrılar, tənəffüslük, ağızın quruması şikayətləri ilə ağır vəziyyətdə daxil olub. Xəstənin deyinə görə, 2 gündür xəstədir. Çoxlu qida qəbulundan sonra ürəkbulanma və güclü qusma baş verib. Qusma zamanı kürəyində bərk ağrı başlayıb. Vəziyyətinin ağırlaşması ilə əlaqədar klinikaya müraciət edib.



Şəkil 6.16. Kompüter tomoqrafiya. Kontrast maddə orta divara və plevra boşluğuna axıb. Hissəvi hidropnevmotoraks və ağciyərin kollapsı qeyd edilir.

Ezofaqoskopiya zamanı qida borusunun distal hissəsinin divarında 15 mm ölçüdə cırılma müəyyən edilib.

Xəstənin vəziyyəti ağırlaşdığı üçün bizi Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinə (ECM) dəvət ediblər. Xəstə müayinə edildikdən sonra anamnez məlumatına, kliniki əlamətlərə, rentgen və kompüter müayinələrinin nəticələrinə əsasən, xəstədə Burxave sindromu – qida borusunun qusma refleksi zamanı cırılması, mediastinit və soltərəfli plevrit diaqnozu təsdiqlənib.

ECM-nin rəhbərliyinin xahişi ilə həmin klinikada təcili əməliyyat aparıldı.

Cərrahi əməliyyat – 09.06.2012-ci il tarixində – ümumi ağrısızlaşdırma altında soltərəfli yan torakotomiya kəsiyi icra edildi. Sol plevra boşluğundan 400 ml-ə qədər bulanıq üfunətli maye xaric edildi. Sonrakı təftiş zamanı sol mediastinal plevrada 2 sm uzunluğunda kənarları nekrozlaşmış defekt aşkar edildi. Mediastinal plevra geniş açıldı və qida borusunun divarında 4 sm uzunluğunda boylama cırılma

aşkarlandı. Defektin üzərinə 3 fasiləli tikiş qoyuldu. Mədəyə nazoqastral zond yeridildi. Orta divar və plevra boşluğu antiseptiklərlə yuyuldu, drenajlandı və döş yarası tikildi.

İntensiv konservativ müalicə, zondla enteral qidalandırma və plevra boşluğunun hər gün antiseptiklərlə yuyulması davam etdirildi.

2 aylıq müalicədən sonra təkrar rentgen müayinəsində məlum oldu ki, ağızdan qəbul edilən kontrast maddə



Şəkil 6.17. Rentgenoqram. Orta divarda drenaj, ağızdan qəbul edilən kontrast maddə qida borusundan kənara çıxır.

sürətlə mədəyə axır və qida borusunun mənfəzindən kənara çıxır (şəkil 6.17). İntensiv müalicədən sonra xəstə sağalır və evə yazılır.

Qida borusunun qapalı zədələnmələrinin diaqnozu kliniki əlamətlərə, rentgen-kontrast, kompüter tomoqrafiya və endoskopik müayinələrə əsasən qoyulur.

Zədələnmənin səviyyəsindən asılı olaraq münasib cərrahi kəsik seçib əməliyyat aparmaq lazımdır. Müşahidədə olan 5 xəstəyə cərrahi əməliyyat icra edilmişdir. Sağtərəfli torakotomiya (2), sol tərəfli torakotomiya (2) və boyun kəsiyi (1) ilə orta divar geniş açılmış, antiseptiklərlə yuyulmuşdur.

Əməliyyat zamanı 3 xəstədə qida borusunun defektinə seyrək tikişlər qoyulmuşdur. Cırılmış qida borusunun divarında olan nekrozla əlaqədar 1 xəstədə defekt tikilmədi və yalnız nekroz sahəsinə drenaj yeridildi. Qida borusunun geniş sahədə cırılması və nekrozlaşması ilə əlaqədar

1 xəstədə qida borusu xaric edildi və ezofaqostoma qoyuldu.

Xəstələrdən 3-ü sağalmışdır. Klinikaya çox gec halda müraciət edən 2 xəstə irinli intoksikasiya fonunda tənəffüs çatışmazlığından ölmüşdür.

Qida borusunun qusma refleksinə müvafiq öz-özünə cırılması az təsadüf olunan patoloji vəziyyətdir. Düzgün toplanmış anamnez, kompleks müayinə üsulları diaqnozu aşkarlamağa imkan verir. Erkən aparılan cərrahi əməliyyatın nəticəsi uğurlu olur.

Qida borusunun açıq zədələnmələri

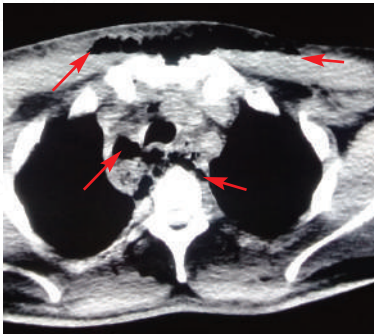
Qida borusunun açıq zədələnmələri: *bıçaq yarası (boyun-3, döş-2), yuxarı döş hissəsinin qəlpə yarası (1) və cərrahi əməliyyat zamanı qida borusunun təsadüfi yaralanması (1) ilə 7 xəstə müşahidə edilib.*

Bu zədələnmələr zamanı düzgün cərrahi kömək göstərilmədikdə ağır fəsadlar törənir. Müşahidəmizdə olan xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

22 yaşlı xəstə (oğlan) Q. 21.12.2013-cü il tarixində klinikaya təngnəfəslik, öskürəklə bəlgəm ifrazı, boyunda və döşün arxasında ağrılar, ağızda quruluq, susuzluq, boğulma, halsızlıq, bədən hərəkətinin 39-40 dərəcəyə qədər yüksəlməsi şikayətlərilə daxil olub. Xəstənin və qohumlarının verdiyi məlumata görə, 7 gün əvvəl boyunun sağ yarısının kəsilmiş-deşilmiş bıçaq yarasına məruz qalıb. Xəstə 1 saylı Bakı Şəhər Klinik Xəstəxanasına aparılıb və növbətçi həkim tərəfindən boyun yarası birincili işlənilib, dəriyə tikiş qoyulub və xəstə evə buraxılıb. Bir neçə gün sonra xəstənin vəziyyəti getdikcə pisləşib, boğulma, təngnəfəslik başlayıb və bədən hərəkəti yüksəlib.

19.12.2013-cü il tarixində xəstə qohumları tərəfindən 4 saylı xəstəxananın burun-boğaz-qulaq xəstəlikləri şöbəsinə aparılıb. Burada xəstənin vəziyyəti udlaqarxası abses kimi dəyərləndirilib və udlağın arxasında böyük kəsik aparılıb. Boğulma gücləndiyi üçün traxeostomiya qoyulub. 20.12.2013-cü il tarixində kompüter tomoqrafiya müayinəsində boyunda, döşdə dərialtı, əzələarası yataqlarda çoxlu hava aşkarlanıb. Boyunun bütün dərialtı toxumalarında, körpücük sümüyündən diafraqmaya qədər, mediastinal plevra altında, orta divar orqanları arasında (traxeya, qida borusu, aorta, perikard) çoxlu qaz və patoloji maye toplantısı aşkarlanıb (şəkil 6.18). Bununla əlaqədar orta divarın hüdudları genəlib. Sol plevra boşluğunda cıbləşmiş maye toplantısı qeyd edilir (şəkil 6.19). Xəstənin vəziyyətinin ağırlaşması ilə əlaqədar bizi 4 saylı xəstəxanaya dəvət etdilər. Xəstəyə boyunun yaralanmasından sonra boyun fleqmonası, mediastinit, soltərəfli irinli plevrit diaqnozu qoyuldu və bizim klinikaya köçürüldü.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti çox ağır idi. Dəri və görünən selikli qişalar solğun və nəmdir. Boyunun ön səthində traxeostomiya borusu vardır. Traxeostomadan



Şəkil 6.18. Kompüter tomoqrafiya. Mediastinit, orta arxa divarda qaz və maye. Döşsümüyünü dərialtı emfizema.



Şəkil 6.19. Kompüter tomoqrafiya. Mediastinit, sol plevra boşluğunda cıbləşmiş irinlik.

10–12 mm aralı boyunun sağ yarısında 10 mm uzunluğunda, üzərində iki dəri tikişi olan yara xətti qeyd olunur. Boyunda və döşdə dərialtı emfizema təyin edilir. Tənəffüsü traxeostoma borusu ilədir və küylüdür. Ağciyərlər üzərində yaş xırıltılar eşidilir. Tənəffüs hərəkətinin dəqiqəlik sayı 34-dür. Ürək tonları aydın, arterial təzyiq 90/60 mm c. s., nəbzın sayı dəqiqədə 134 vuruğudur. Dili quru, ərplə örtülüb. Dodaqlarında çatlar görünür. Qarnı yumşaq, ağrısızdır. Bədən hərərəti 40°C-dir.

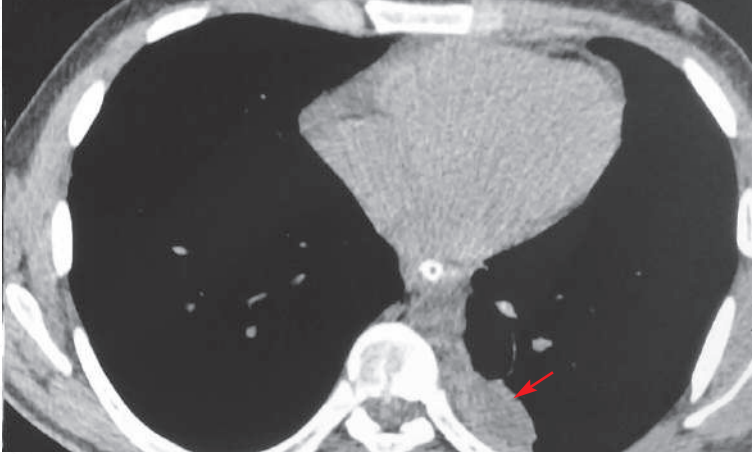
Təsdiqlənmiş diaqnoz: yayılmış boyun fleqmonası, irinli mediastinit, soltərəfli irinli plevrit, tənəffüs çatışmazlığı, ağır irinli intoksikasiya təcili cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilmişdir.

Cərrahi əməliyyat – 21.12.2013-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağ döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Toxumalar aralandıqca fassial yataqlardan üfunətli maye və qaz xaric olmağa başladı. Udlaqarxası sahə və arxa orta divar açıldı, 300 ml-ə qədər ağız suyu ilə qarışıq köpüklü-üfunətli möhtəviyyat sorulub xaric edildi.

Təftiş zamanı irinliyin fəqərələrin önü ilə traxeyanın bifurkasiyası səviyyəsinə qədər yayıldığı aşkarlandı. Udlağın arxa divarında infeksiyalaşmış yara deffekti tapıldı. Udlaqarxası sahə və arxa orta divar antiseptiklərlə yuyuldu. İrinli boşluğa tənzip parçası yeridildi. Boyun yarası açıq saxlanıldı.

Sol arxa qoltuq xətti üzrə VII qabırğaarası sahədən soltərəfli torakosentez icra edildi. Plevra boşluğundan 400 ml seroz-irinli maye xaric edildi. Qidalanma üçün mədəyə zond yeridildi. Xəstənin vəziyyəti tədricən yaxşılaşmağa başladı. İrinli intoksikasiya və mediastinit əlamətləri söndükdən sonra xəstə ambulator müalicəyə göndərildi.

Döş qəfəsinin təkrari kompüter tomoqrafiya müayinəsində müşahidə edilir ki, xəstədə mediastinit əlamətləri sönmüş, sol parietal plevra qalınlaşmışdır. Ağciyərlər açılmışdır (şəkil 6.20).



Şəkil 6.20. Kompüter tomoqrafiya. Mediasinit sağalıb, sol parietal plevra qalınlaşıb.

Boyunun ön və yan səthlərinin yaralanmaları böyük diqqət tələb edir. Düzgün göstərilməmiş cərrahi yardım ağır fəsadlara səbəb olur. Boyun yaraları ilə klinikaya müraciət edən xəstələr mütləq ümumi ağrısızlaşdırma altında cərrahi əməliyyata məruz qalmalıdırlar. Yara kanalı geniş açılmalıdır, onun dibinə qədər təftiş aparılmalıdır və zədələnmiş orqan və toxumaların tamlığı görmə nəzarəti altında bərpa edilməlidir. Boyun yaralarının səthi təftişi ağır fəsadlara səbəb ola bilər.

Udlağın və qida borusunun boyun hissəsinin yaralanması boyun fleqmonasının yaranmasına səbəb olur. İrinli iltihabi proses boyunun fassial yataqları ilə arxa və ön orta divara yayılıb, irinli mediastinitin və plevritin yaranması ilə nəticələnir. Bu xəstələrə erkən adekvat cərrahi kömək göstərildikdə xəstələr ağır vəziyyətdən çıxıb sağalırlar.

Qida borusunun döş hissəsinin kəsilmiş-deşilmiş bıçaq yarası ilə bir xəstəyə ilk 24 saat ərzində köməklik göstərilib və mediastinitin qarşısı alınıb.

28 yaşlı xəstə (qadın) A. 12.04.2005-ci il tarixində Bakı şəhər Təcili Tibbi Yardım Xəstəxanasına (TTYX) döş qəfəsinin sol yarısının orta körpücük xətti üzrə V qabırğaarası sahədə kəsilmiş-deşilmiş bıçaq yarası ilə daxil olub və növbətçi həkim tərəfindən təcili torakotomiya icra edilib. Ağciyərin yarası tikilib, plevra boşluğundan 300 ml qan və laxta xaric edilib, plevra boşluğu drenajlanıb, döş qəfəsinin yarası tikilib. Ertəsi gün xəstənin ağızdan qəbul elədiyi maye və qida qalıqları drenajdan xaric olmağa başlayıb. Əməliyyatı icra edən cərrah xəstənin drenajından ağızdan qəbul etdiyi maye və qidanın xaric olduğunu bildirdikdə xəstənin yenidən təcili əməliyyata götürülməsinə göstəriş verilmişdir.

Cərrahi əməliyyat – 13.04.2005-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında rektorakotomiya icra edildi. Plevra boşluğunda 500 ml bulanıq maye, selik, qida qalıqları aşkarlandı. Plevra boşluğu təmizləndikdən sonra təftiş zamanı sol aşağı ağciyər venası səviyyəsində mediastinal plevrada 2 sm uzunluğunda defekt aşkarlandı. Mediastinal plevra geniş açıldıqdan sonra qida borusunun ön divarında 12 mm ölçüdə kəsilmiş yara tapıldı. Selikli qişa ödemlidir. Yara ikiqat tikildi, plevra boşluğu yenidən drenajlandı, döş yarası tikildi. Nazoqastral zond yeridilib və qidalandırma davam etdirilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız olub və xəstə sağalaraq evə yazılıb.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ilkin əməliyyatı icra edən növbətçi cərrah plevra boşluğunu, orta divar plevrasını tam təftiş etməyib və ona görə də qida borusundakı defekti tapmayıb. Ağızdan qəbul olunan mayenin plevral drenajdan xaric olması qida borusu yaralanmasını təsdiqləyib və təkrar əməliyyatla defekt qapanıb. Döş

qəfəsinin daxilə nüfuz edən yaralanmalarında mediastinal plevranın səthi mütləq təftiş olunmalı və defektin olub-olmadığı aşkarlanmalıdır. Mediastinal plevrada defekt aşkarlanarsa, yara xətti genişləndirilməli, qida borusu və aorta təftiş olunmalıdır. Qida borusunun divarında aşkarlanan yara ikiqat tikişlə qapanmalıdır.

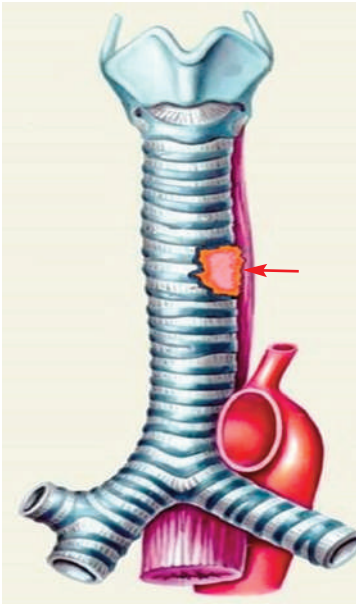
Boyunda, orta divarda, plevra boşluğunda yaranmış patoloji vəziyyətlərdə düzgün müalicə taktikası, cərrahi kəsik seçilməli və əməliyyat aparılmalıdır.

Digər bir xəstədə traxeyanın və qida borusunun odlu silah (*qəlpə*) zədələnməsinin müalicəsi uzanmış və çətinlik törətmişdir.

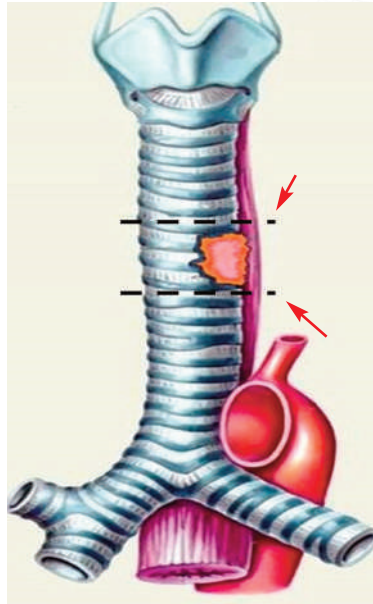
20 yaşlı xəstə (oğlan) B. Birinci Qarabağ müharibəsi zamanı gedən döyüşlərdə boyun və döş qəfəsi nahiyələrindən qəlpə yarası alıb və yaralanmadan 12 saat sonra 26.01.1994-cü il tarixində ön cəbhə xəstəxanasından klinikaya gətirilib. Daxil olarkən vəziyyəti ağır olub. Tənəffüsü xeyli çətinləşib və boyun yarısından tənəffüs yoluna yeridilmiş nazik polietilen boru vasitəsilədir. Boyun yarası nəfəs alır. Traxeyadan hava küylə dəri səthinə çıxır. Dəri örtükləri avazımsız, suallara tam cavab verə bilmir, 5 saatlıq təxliyə müddəti nəzərə alınsa, yaralanmadan 17 saat sonra xəstəyə ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardıma cəhd göstərilib. Xəstənin vəziyyətinin ağırlaşmasını nəzərə alaraq 26.01.1994-cü il tarixində saat 22³⁰-da təcili cərrahi əməliyyat aparılıb. Ümumi ağrısızlaşdırma altında intubasiya borusunu ancaq qırtlağa qədər yeritmək mümkün oldu. Traxeyaya yeridilmiş polietilen boru xaric edildi. Nəfəs alan yaradan barmağın köməyi ilə intubasiya borusunun ucu traxeyaya yeridildi və tənəffüs aparatına qoşuldu. Boyunun ön səthində döş sümüyü üzərindən keçməklə boylama kəsik aparıldı. Hissəvi boylama sternotomiyadan sonra təftiş zamanı məlum oldu ki, boyun və yuxarı döş seqmentləri səviyyəsində traxeyanın divarının

2/3 hissəsi 4-5 qığırdaq yarımhalqası hüdudunda dağılmışdır. İntubasiya borusunun ucu divarda olan yara yerindən aşağı endirilmişdir. Bundan əlavə, qida borusunun mənfəzi də 3 sm məsafədə tam dağılmışdır. (şəkil 6.21)

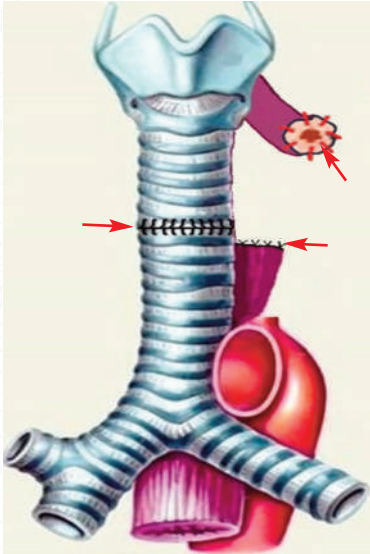
Sonrakı təftiş göstərdi ki, yara yerində traxeyanın ön divarı dağılmış və yalnız 5 mm enində zar divar hesabına bir-biri ilə birləşir. 4-5 dağılmış qığırdaq yarımhalqaları ilə birlikdə traxeya və qida borusu rezeksiya edildi (şəkil 6.22), uclar arasında diastaz 5 sm təşkil edirdi. Traxeyanın ucları ətraf toxumalardan aralandı, xeyli hərəkətləndirildi və birincili traxeya anastomozu qoyuldu. Uc-uca qida borusu anastomozunun qoyulması mümkün olmadığı üçün qida borusunun ucu yarıdan kaudala doğru ətraf toxumalardan aralanıb, sağlam toxuma səviyyəsində tikildi və arxa orta divara buraxıldı. Qida borusunun kranial ucu isə ətraf toxumalardan aralanaraq ezofaqostoma şəklində boyun



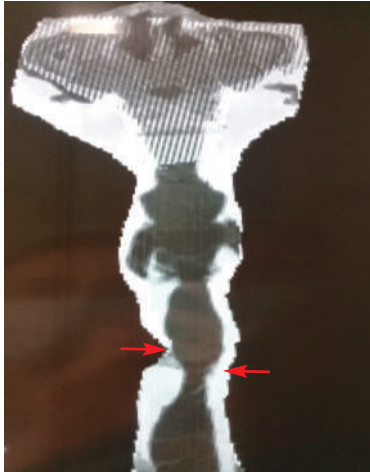
Şəkil 6.21. Traxeyanın və qida borusunun qəlpə yarası.



Şəkil 6.22. Traxeyanın və qida borusunun rezeksiyasının sərhəddi.



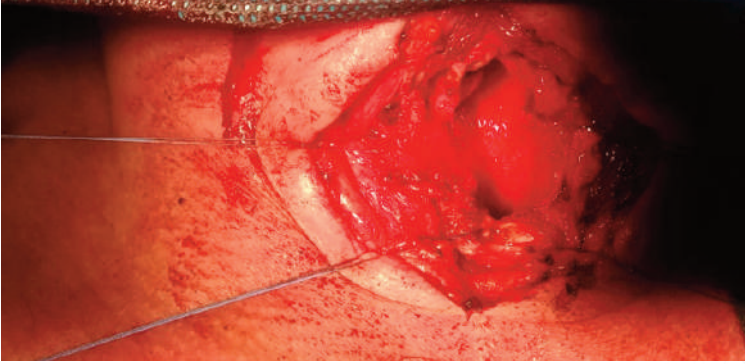
Şəkil 6.23. Birincili traxeal anastomoz. Qida borusunun rezeksiyası və ezofaqostomanın qoyulması.



Şəkil 6.24. Kompüter tomoqrafiya – 3D rekonstruksiya. Traxeya anastomozunun daralması.

dərisinə çıxardılıb təsbit edildi (şəkil 6.23). Döş yarası tikildi və xəstənin vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar olaraq qastrostomiya əməliyyatı təxirə salındı. 2 gün sonra 28.01.1994-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı orta laparotomiya aparıldı və Kader üsulu ilə qastrostoma qoyuldu. Qastrostomadan qidalanmaqla, əməliyyatdan sonra xəstənin vəziyyəti tədricən yaxşılaşmağa başladı. Əməliyyatdan 2 ay sonra xəstədə öskürək, tənəffüsün çətinləşməsi və küylü nəfəsalma (stridoroz) əlamətləri artmağa başladı. Traxeoskopiya zamanı cərrahi müdaxilədən sonra traxeal anastomoz nahiyəsində mənfəzin 5-6 mm-ə qədər daralması aşkarlandı. Döş qəfəsinin kompüter-tomoqrafiyasında traxeyanın boyun hissəsində daralma qeyd edilir (şəkil 6.24). Traxeyanın rezeksiyasından sonrakı daralma ilə əlaqədar mərhələli bərpa əməliyyatı məqsəda uyğun hesab edildi.

Cərrahi əməliyyat – 28.04.1994-cü il tarixində boyunun ön səthində ezofaqostomadan bir qədər aralı orta xətlə ilkin əməliyyatdansonrakı çapıq götürülməklə 5 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Traxeyaya kifayət qədər giriş üçün qalxanabənzər vəzin boynu aralandı. Boylama kəsiklə traxeyanın daralmış hissəsinin ön divarı sağlam mənfəzə qədər kranial və kaudal istiqamətdə açıldı (şəkil 6.25). Traxeyanın divarları dəriyə tikildi və T-vari silikon boru traxeyaya yeridildi (şəkil 6.26). Əməliyyatdansonrakı dövrdə T-vari silikon boru ilə xəstənin tənəffüsü sərbəst



Şəkil 6.25. Traxeyanın daralmış hissəsi geniş açılmış və kənarları dəriyə tikilmişdir.



Şəkil 6.26. T-vari silikon boru traxeyaya yeridilmişdir. Ezofaqostoma yeri

olub. Fonasiya pozulmayıb, tənəffüs çatışmazlığı ləğv edilib, təkrar sanasiyalarla traxeya və bronxların drenaj fəaliyyəti bərpa olunub.

Əməliyyatdan sonra tənəffüs çatışmazlığı müşahidə olunmayıb. Xəstə sağalaraq, gastrostoma və traxeyanın mənfəzinə yeridilmiş T-vari silikon boru ilə ambulator nəzarətə yazılıb. Keçirilmiş əməliyyatlardan 6 ay sonra xəstə yenidən klinikaya qəbul olunub və qısamüddətli hazırlıqdan sonra qida borusunda bərpa əməliyyatı aparılıb.

Cərrahi əməliyyat – 25.11.1994-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında T-vari silikon boru traxeyadan xaric edilib və intubasiya borusu traxeyaya yeridilərək, xəstə süni tənəffüs aparatına qoşulub. Orta laparotomiya icra edilib. Gastrostoma borusu xaric edilərək mədənin ön divarındakı gastrostoma yeri tikilib. Orta çənbər bağırsağ arteriyası saxlanılmaq şərti ilə yoğun bağırsağın sol yarısından əks peristaltik vəziyyətdə transplantat hazırlanıb (şəkil 6.27). Hazırlanmış transplantatın kaudal ucu ilə mədənin ön divarı arasında anastomoz qoyulub və döşsümüyüarxası kanal hazırlandıqdan sonra transplantatın kranial ucu boyuna çıxarılıb. Ezofaqostoma dəridən və ətraf toxumalardan aralandıqdan sonra (şəkil 6.28) qida borusunun boyun hissəsi ilə yoğun bağırsağ transplantatının kranial ucu arasında təksirali tikişlə uc-uca anastomoz yaradılıb. Qarın və boyun yaraları tikilib. Əməliyyatdan sonra T-vari silikon boru yenidən traxeyaya yeridilib və xəstə təminedicisi tənəffüs ilə reanimasiya şöbəsinə yerləşdirilib.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız olub və əməliyyatın 5-ci günündən ağızdan qida qəbulu bərpa edilib. Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Vaxtaşırı klinika ilə əlaqə saxlaması və T-vari silikon borunun xaric edilməsi tövsiyə olunub. İki il sonra xəstə özü T-vari silikon borunu xaric edib. Tənəffüs çatışmazlığı müşahidə olunmayıb.



Şəkil 6.27.
Hazırlanmış yoğun
bağırsaq
transplantatı.



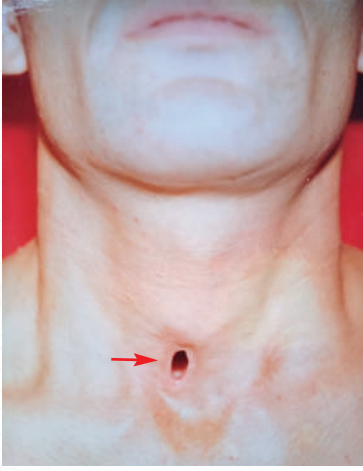
Şəkil 6.28. Ezofaqostoma ləğv
edildikdən sonra qida borusunun
mənfəzi.

08.09.1999-cu il tarixində xəstə təkrar klinikaya mü-
raciət edib. Vəziyyəti yaxşı olub. Qidalanmasından şikayəti
yoxdur. Ancaq boyunun ön səthində T-vari silikon borunun
yerində 10x10 mm ölçüdə traxeyanın mənfəzini dəri ilə
birləşdirən pəncərə görünür (şəkil 6.29, a).

Endoskopik müayinə zamanı traxeyanın mənfəzinin ki-
fayət qədər genişləndiyi və tənəffüsü təmin etdiyi təsdiqlənib.

Cərrahi əməliyyat – 13.09.1999-cu il tarixində ümumi
ağrısızlaşdırma altında traxeostomik pəncərə ətrafında
dəri traxeyanın ön divarından selikli qişa səviyyəsində ara-
lanıb, tikilib və pəncərə qapanıb (şəkil 6.29, b). 21.09.1999-
cu il tarixində xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 20 il sonrakı müşahidələr göstərir ki,
xəstənin vəziyyəti qənaətbəxşdir. Əmək fəaliyyətini
davam etdirir. Şikayəti yoxdur.

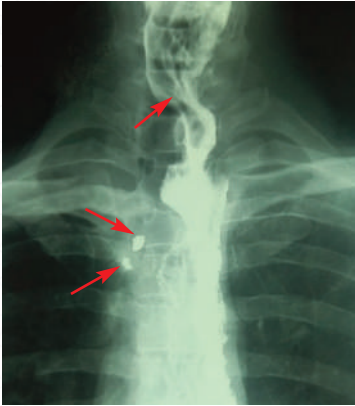


a



b

Şəkil 6.29. a) T-vari boru xaric edildikdən 2 il sonra. Traxeyanın ön divarında dəri ilə birləşən pəncərəşəkilli defekt; b) defekt dəri ilə örtüldükdən sonra.



a



b

Şəkil 6.30. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 20 il sonra kontrastlanmış yoğun bağırsağ transplantatı: a) ön-arka və b) yandan görünüşü.

Metal yad cisim-qəlpələr sağda orta divarda.

Rentgen müayinəsində 20 il əvvəl yoğun bağırsaqdan formalaşdırılan və ön orta divarda yerləşdirilən süni qida borusunun fəaliyyəti qənaətbəxşdir (şəkil 6.30, a,b).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, traxeyanın və qida borusunun müştərək yaralanmalarında yaralanmadan 17 saat keçdikdən sonra ilkin ixtisaslaşdırılmış yardım göstərilməsinə baxmayaraq, düzgün cərrahi taktika seçilib, traxeyanın tamlığı bərpa olunub, qida borusunun tamlığının bərpası qeyri-mümkün olduğu üçün ezofaqostoma qoyulub və sonrakı mərhələdə bərpa əməliyyatları ilə xəstənin təbii yolla qidalanması təmin edilib. Traxeyanın birincili rezeksiyasından sonra stenozun yaranması isə çox güman ki, yaralanmanın xüsusiyyəti, müştərəkliyi, orta divarda başlayan mediastinit əlamətləri və traxeyanın uzun ölçüdə rezeksiyası, uclarının ətraf toxumalardan xeyli aralanması və anastomoz xəttində gərilmənin olması ilə əlaqədardır. Traxeyanın birincili rezeksiyasından sonra yenidən daralması inkişaf etdikdə yalnız mərhələli əməliyyat ilə tənəffüs yollarının tamlığının bərpası daha məqsədəuyğundur.

Qida borusunun yatrogen zədələnmələrindən biri də nadir təsadüf olunan cərrahi əməliyyat zamanı onun divarının yaralanmasıdır. Bu fəsad bir xəstədə müşahidə olunub.

35 yaşlı xəstədə (qadın) X. 25.08.2011-ci il tarixində respublikanın rayonlarından birində ümumi ağırsızlaşdırma altında strumektomiya əməliyyatı icra edilib və qida borusu zədələlib. Əməliyyatı aparan cərrah qida borusunu köndələn kəsib və hər iki ucu ayrı-ayrı tikib. Yaranmış vəziyyətlə əlaqədar telefon əlaqəsi zamanı bizim göstərişimizlə xəstənin Kliniki Tibbi Mərkəzə gətirilməsi tövsiyə olunub.

25.08.2011-ci il tarixində ümumi ağırsızlaşdırma altında xəstənin boyun yarasının tikişləri açıldı. Döş-körpücük-məməyəbənzər əzələ yana çəkildi və toxumalar aralandı. Qida borusunun tikişlə qapanmış hər iki ucu ətraf toxumalardan aralandıqdan sonra tikişlər çıxarıldı, qida borusunun uclarındaki cırılmış toxumalar kəsilib xaric edildikdən sonra sağlam toxumalar səviyyəsində qida borusunun ucla-



Şəkil 6.31. Rentgenoqram.
Qida borusu anastomozunun
daralması.

təkrar əməliyyat aparıldı, anastomoz nahiyəsi tam aralandı, boylama kəsilərək köndələn tikildi və daralma ləğv edildi. Qidalanma 1 həftə zondla aparıldı. 5 il sonrakı yoxlama göstərir ki, xəstənin vəziyyəti yaxşıdır, istədiyi qidaları qəbul edir. Əmək fəaliyyəti bərpa olunub.

Strumektomiya əməliyyatı icra olunarkən çox nadir hallarda təcrübəsiz cərrah tərəfindən qida borusunun zədələnməsi halı baş verə bilər. Bu zaman qida borusunun yarası köndələn istiqamətdə tikilməli və xəstəni qidalandırmaq üçün mədəyə zond yeridilməlidir. Təkrari əməliyyat boyunda uc-uca qida borusu anastomozu artıq infeksiyalaşmış toxumalar fonunda yaradıldığı üçün əməliyyatdan 2 il sonra anastomoz nahiyəsində yüngül disfagiya törədən daralma və ondan yuxarı udlağın mənəfi xeyli genişlənməmişdir. Belə halda boyun anastomozu təkrari boylama istiqamətdə açılıb və köndələn tikişlərlə qapanıb. Anastomozun ötürücülük fəaliyyəti tam bərpa olunub.

Qida borusunun müxtəlif səbəbli açıq və qapalı zədələnmələrinin müalicəsi çox ciddi və məsuliyyətli məsələdir.

rı arasında təksirali tikişlərlə anastomoz yaradıldı. Burundan mədəyə yeridilən zond vasitəsilə 10 gün ərzində qidalanma aparıldı. Zond xaric edildikdən sonra xəstə sərbəst qida qəbuluna başladı.

Əməliyyat infeksiyalı toxumalarda aparıldığı üçün əməliyyatdan 2 il sonra xəstədə anastomoz nahiyəsində mənəfin bir qədər daralması aşkarlandı (şəkil 6.31). Xəstəyə

Selikli qişanın tamlığı pozulmadan qida borusunun divarında, ətraf toxumalarda ödem, qansızma, hematoma ilə təzahür edən qapalı əzilmələrin konservativ tədbirlərlə müalicəsi həkim nəzarəti altında olmalıdır. Xəstəyə yumşaq-duru qida qəbulu, bədən hərəkətinin ölçülməsi tövsiyə olunmalıdır. Zədələnmədən 5-7 gün ötdükdən sonra xəstənin vəziyyətində rahatsızlıq yaranmasa, əzilmə əlamətləri izsiz ötərsə, xəstə sağlam hesab olunur.

İlk 5-7 gün ərzində qida qəbulu zamanı boyunda, döşdə ağrılar olduqda, qida qəbulu çətinləşdikdə, təngnəfəslik yarandıqda, bədən hərəkəti yüksəldikdə xəstə yenidən həkimə müraciət etməlidir.

Həmin əlamətlər əzilmiş nahiyədə qida borusuətrafi toxumalarda patoloji maye toplanması, irinli abseslər, boyun fleqmonası üçün səciyyəvidir. Belə vəziyyət yarandıqda boyunun, döşün kompüter müayinəsi aparılmalıdır və qida borusunun, onun ətraf toxumalarının vəziyyəti öyrənilməlidir. Boyun fleqmonası, mediastinit əlamətləri aşkarlandıqda göstərişlərə müvafiq cərrahi tədbirlər görmək lazımdır.

Qida borusunun divarının kiçik ölçülü açıq zədələnmələri ətraf toxumaların iltihablaşmasına səbəb olur. Zədələnmədən ötən 1-ci sutka ərzində zədələnmə sahəsində iltihabi proses məhdud olur, erkən başlamış parenteral və zondla enteral qidalanma, boyun nahiyəsinə soyuq qoymaq çox vaxt prosesin tam məhdudlaşmasına, tədricən sönməsinə və sağalmasına kömək edir.

Qida borusunun boyun hissəsində 2-3 gün dayanan, itiuclu yad cisimlər iltihabi proses törədib (*ödem, yataq yarası, nekroz*), onundeşilməsinə səbəb olur. Qida borusu ətrafı boş birləşdirici toxuma mənfəzdən axan qeyri-klostridial mikroblarla infeksiyalaşır. Müalicə tədbirləri erkən görülmədikdə iltihabi proses boyunun fassial yataqlarına keçir, boyun fleqmonası inkişaf edir.

Boyun toxumaları infiltratlaşır, ağırlı olur, dəri qızarır, disfagiya yaranır.

Qida borusunun arxa divarının qapalı zədələnmələri zamanı boyunda progressivləşən iltihabi proses boyunun fassial yataqlarından orta divara axıb mediastinitə və xəstənin vəziyyətinin xeyli ağırlaşmasına səbəb olur.

İrinli intoksikasiya ilə əlaqədar boyunda, döşdə ağrılar artır, xəstə qida qəbul edə bilmir. Təngnəfəslik, taxikardiya yaranır. Dəri örtükləri avazıyır, bədən hərarəti yüksəlir. Boyunun və döşün kompüter müayinəsində boyun fleqmonası, mediastinit əlamətləri aşkarlandıqda cərrahi müalicə aparılmalıdır. Əks təqdirdə ölüm baş verir.

Qida borusunun açıq və qapalı zədələnmələrinin cərrahi müalicəsi aşağıdakı tələblərə müvafiq olmalıdır:

– qida borusunun divarının cırılmış nahiyəsindən onun möhtəviyyatının orta divara axmasının qarşısı alınmalıdır;

– orta divar və infeksiyalaşmış plevra boşluğu drenajlanmalı və patoloji möhtəviyyatın xaricə axması təmin edilməlidir;

– ağızdan qida və maye qəbulu dayandırılmalıdır;

– parenteral və enteral yolla (*burundan mədəyə yeridilmiş zondla, qastrostoma ilə*) qidalanmaqla bədənin enerji tələbatı təmin edilməlidir.

Boyun fleqmolası, mediastinit, plevritlə fəsadlaşmış qida borusunun zədələnmələrində bütün əməliyyatlar ümumi ağrısızlaşdırma altında aparılmalı, əməliyyatdan sonra reanimasiya şöbəsində intoksikasiya əlamətləri azalana qədər 3-4 gün ərzində intubasiya borusundan köməkçi tənəffüs davam etdirilməli və toxumaların oksigenə tələbi təmin olunmalıdır.

Cərrahi kəsik düzgün seçilməlidir: qida borusunun boyun və yuxarı döş hissəsinin zədələnmələrində – sağ-sol boyun kəsiyi, döş hissəsinin zədələnmələrində – torakotomiya və qarın hissəsinin zədələnmələrində – laparotomiya kəsiyi seçilməlidir.

Yad cisim qida borusunun boyun hissəsini deşdikdə və boyun fleqmonası yaratdıqda sağ, yaxud sol tərəfdən döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel kəsik aparıb boyun fassiaları açıldıqdan sonra qida borusu ətrafi fassial qat geniş açılmalı, irinli möhtəviyyat xaric edilməli, sonra yad cismin orqanın divarını deşmiş ucu axtarılıb tapılmalı və ehtiyatla yad cisim sıxıcı ilə tutularaq qida borusundan xaric edilməlidir. Qida borusunun divarında olan dəliyə tikiş qoymaq cəhdi göstərilməməlidir. Burundan mədəyə zond yeridildikdən sonra qida borusu ətrafi infeksiyalaşan toxumalar antiseptiklərlə (hidrogen peroksid, durulaşdırılmış betadin məhlulu ilə) yuyulduqdan sonra yaraya antiseptiklə isladılmış tənzif parçası yeridib yaranı açıq saxlamaq lazımdır. 7-10 gün ərzində boyun yarası təmizlənir, dənəvər toxuma ilə örtülür və çapıqlaşır. Nazoqastral zond xaric edilir və xəstə təbii yolla qidalanır.

Boyun fleqmonası erkən aşkarlanıb açılmadıqda iltihabi proses fassial yataqlarla orta divara yayılıb mediastinit törədir. Belə vəziyyətdə boyun kəsiyi ilə boyun-udlaqarxası və qida borusu boyunca orta divar açılır, yad cisim varsa xaric edilir, orta divar və boyun yarası drenajlanır, yarada tənzif parça saxlanılır.

Parenteral və zondla enteral qidalanma davam etdirilir. Boyun yarası hər gün yuyulur, təmizlənir və 2-3 həftə ərzində orta divarda, eləcə də boyunda iltihabi proses sönür, yara dənəvər toxuma hesabına bağlanır. Xəstənin ağzından qida qəbulu təmin edilir.

Qida borusunun döş hissəsinin instrumental, travmatik və spontan cırılmalarında göstərişlərlə sağ, yaxud soltərəfli torakotomiya aparılmalı, plevra boşluğu təmizlənməli, mediastinal plevra boylama açılmalı, qida borusunun divarındakı zədə yeri tapılmalı və 2-3 yaxınlaşdırıcı tikişlə qapanmalıdır. Göstərişlərlə xəstə nazoqastral zondla, yaxud qastrostoma borusu ilə qidalandırılmalıdır. Düzgün aparılan müalicə nəticəsində xəstə sağalır.

VII FƏSİL QIDA BORUSUNUN XOŞXASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

Qida borusunun xoşxassəli törəmələri onun bütün şişlərinin təxminən 0,5-10%-ni təşkil edir. Bu törəmələr daha çox 25-60 yaş həddində olan kişilərdə müşahidə olunur. Embrional inkişaf qüsuru olan sistlər müstəsna olmaqla qida borusunun xoşxassəli törəmələrinin əmələgəlmə səbəbi məlum deyil.

İnkişaf xüsusiyyətinə görə xoşxassəli törəmələr – *mənfəzdaxili və divardaxili* (intramural) olmaqla 2 qrupa bölünür: *mənfəzdaxili epitel törəmələr* (polip, papilloma, adenoma, sistlər) selikli qişanın epitel hüceyrələrindən, *divardaxili qeyri-epitel törəmələr* (leyomioma, lipoma, fibroma, neyrofibroma, hemangioma, limfangioma, mik-soma) isə qida borusunun saya əzələlərindən inkişaf edir.

Mənfəzdaxili poliplər və adenomalar qida borusunun müxtəlif səviyyələrində yerləşir. Bu törəmələr geniş əsasda, yaxud uzun ayaqcıq üzərində olurlar və endoskopla görünüşdə məhdud qırmızımtıl paycılar şəklində nəzərə çarpırlar.

Qida borusunun xoşxassəli törəmələri arasında *leyomioma* – 80%, *sistlər* – 10%, *digər törəmələr* isə 10% hallarda müşahidə olunur.

Xoşxassəli törəmələrin kliniki təzahürü onların yerləşdiyi nahiyədən, böyüklüyündən, infeksiyalaşmasından və qonşu üzvlərə münasibətindən, qida borusunun fəaliyyətinin pozulmasından asılıdır. Kiçikölçülü xoşxassəli törəmələr özlərini büruzə vermirlər. Törəmələr tədricən böyüdükcə xəstələr udulan qidanın ilişməsi (*disfagiya*) hissiyyatından, döş qəfəsində ağırlardan şikayətlənilirlər.

Intramural inkişaf edən şişlər xeyli böyüdükdə, xəstələrdə orta divarda inkişaf edən və ağciyəri, bronxları sıxan şişlər üçün səciyyəvi əlamətlər (*quru öskürək, təngnəfəslik, ürəkdöyünmə*) meydana çıxır.

Qida borusunun qeyri-epitelial şişləri: *fibroma, nevrinoma, lipoma, hemangioma, limfangioma* çox nadir hallarda müşahidə olunur. Bu törəmələr özünəməxsus quruluşda olurlar.

Fibroma və nevrinoma nisbətən bərk olur, əksər hallarda qida borusunun xarici qatlarından, sinir kötükləri qişasından (*örtüyündən*), yaxud qida borusuətrafı toxumalardan inkişaf edir. Onlar divara bərk yapışırlar, və böyüdükcə əzələ liflərini laylaşdırırlar – histoloji quruluşca daha çox neyrofibromaya bənzəyirlər.

Lipoma, hemangioma, limfangiomalar yumşaq olub, çox vaxt qida borusu boyunca inkişaf edir və ətraf toxumalarda dəqiq yayılma hüdudları olmur.

Mənfəzdaxili böyüyən törəmələr qidanın ötürülməsini çətinləşdirir, böyüdükcə disfagiya törədirlər. Xəstələr döş arxasında küt ağrıdan, ağızdan selik ifrazından, ürəkbulanmadan, gəyirmədən, qidanın geri qayıtmasından, qida qəbulu zamanı boğazda rahatsızlıqdan şikayətlənirlər. Təkrari qusmalarla əlaqədar xəstələr bədən çəkisini itirirlər. Qəbul edilən qida mənfəzdaxili törəmələrin səthini zədələyir, selikli qişanın tamlığı pozulur, xoralaşır və gizli qansızmaya, anemiyaya səbəb olur.

Nadir hallarda uzun ayaqcıq üzərində olan xoşxassəli törəmələr qusma zamanı qırtlaq boşluğuna qalxır, boğulma, asfiksiya, hətta ölüm də törədir.

Divardaxili yerləşən xoşxassəli törəmələr daha çox qida borusunun aşağı hissəsində yerləşir və uzun müddət əlamətsiz böyüyürlər. Xeyli böyümüş törəmələr ürəkbulanma, iştahasızlıq, disfagiya, döşsümüyüarxası ağrılarla özünü büruzə verir.

Divardaxili törəmələr böyüdükcə qida borusunun divarından xaricə çıxıb orta divarın qonşu orqanlarını (*azan sinir, bronxlar, böyük venalar*) sıxıb səsin kallaşmasına, döşarxası ağrıların güclənməsinə, ürəkdöyməyə, aritmiyaya, quru öskürəyin yaranmasına səbəb olur.

Çox nadir hallarda xoşxassəli törəmələr bədləşib qida borusu xərçənginə çevrilə bilər.

Qida borusunun xoşxassəli törəmələrinin diaqnozunun qoyulmasında rentgen, ezofaqoskopiya, kompüter tomoqrafiya müayinələri həlledici əhəmiyyət kəsb edirlər.

Rentgen-kontrast müayinəsi – xoşxassəli törəmələrin yerləşdiyi səviyyəni, səciyyəvi əlamət sayılan dolma defektini, selikli qişanın vəziyyətini və daralmadan yuxarı mənfəz genişlənməsini aşkarlamağa imkan verir.

Ezofaqoskopiya – mənfəzdaxili törəmənin yerləşdiyi səviyyəni, onun ölçülərini, xüsusiyyətini, böyümə növünü təyin etməyə, histoloji müayinə üçün toxuma nümunələrini götürməyə şərait yaradır. Dərin yerləşmiş divardaxili törəmələr aşkarlandıqda sağlam görünən selikli qişanı mümkün qədər zədələməmək və infeksiyalaşmadan qorumaq, eyni zamanda cərrahi əməliyyat zamanı onun cırılmasının qarşısını almaq üçün biopsiya götürmək lazım deyil.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsi – xeyli böyük divardaxili törəmələrin divardan kənara çıxmış toxumasının vəziyyətini, ölçüsünü, qonşu üzvlərə münasibətini təyin etməyə köməklik edir.

Qida borusunun xoşxassəli törəmələrinin müalicəsi cərrahi yolla olmalıdır.

Qida borusunun mənfəzdaxili törəmələrinin daim isti, kobud qidalarla təması onların fəsadlarına – dağılmasına, qanaxmaya, irinləməyə, bədləşməyə və s. səbəb olur. Uzun, nazik ayaqcıq üzərində olan törəmələrin əsası en-

doskopun nəzarəti altında yandırılıb kəsilərək xaric edilməlidir. Geniş əsaslı törəmələri isə açıq əməliyyatla – şişin əsasını götürməklə qida borusundan xaric etmək lazımdır. Böyükölçülü, bədləşmə ehtimalı yüksək olan törəmələrin müalicəsi qida borusunun rezeksiyası və mədə-yoğun bağırsaqla plastikası ilə aparılmalıdır.

Divardaxili törəmələrin yerləşməsindən asılı olaraq sağ, yaxud sol torakotomiya, orta divar plevrasının açılması, selikli qişanı zədələmədən ezofaqomiotomiya və törəmənin aralanıb çıxarılması, qida borusunun əzələ divarının tikilməsi ilə tamamlanmalıdır.

Qida borusunun leyomioması

Leyomioma qida borusunun əzələ liflərindən, yaxud selikli qişanın sayə əzələ elementlərindən divardaxili inkişaf edən xoşxassəli törəmədir. Adətən, leyomioma tək, hamarhüdüdü törəmə, yaxud çox nadir hallarda öz aralarında birləşmiş qida borusunu hər tərəfdən böyük məsafədə əhatə edən bir neçə düyün formasında olur.

Divardaxili yerləşmiş leyomioma böyüdükcə əzələ liflərini aralayır, mənfəzə doğru uzanaraq selikli qişanı itələyir, qida borusunun mənfəzini daraldır və disfagiya törədir. Qida borusunun xoşxassəli törəmələrinin 80%-ni leyomioma təşkil edir və daha çox orta və aşağı döş hissələrində eninəzolaqlı əzələlərin sayə əzələlərlə əvəz olunan yerində yaranır.

Qida borusunun leyomiomasının tədricən böyüməsi ilə əlaqədar xəstələr qidanın keçməməsinin güclənməsindən, döşsümüyüarxası, qarınüstü, kürəkərası nahiyələrdə ağrıdan, ürək bulanmasından, qıvcırmadan, qidanın ağız boşluğuna qayıtmasından, qusmadan, gəyirmədən, ağızdan selik ifrazından şikayətlənirlər.

Bifurkasiya nahiyəsində yerləşən böyük leyomiomalar bronxları və sinirləri sıxıb quru öskürəyə, ürəkdöyünməyə, ritm pozğunluğuna, təngnəfəsliyə səbəb olur.

Leyomiomanın əmələgəlmə səbəbləri tam öyrənilməyib, ancaq onun törənməsində pəhrizin, düzgün qidalanmamanın (*kəskin, acı, tüstüyə verilmiş, çox isti qida qəbulunun*) rolu sübut olunub.

Leyomiomalar 8% hallarda bədləşib leyomiosarkomaya çevrilə bilər.

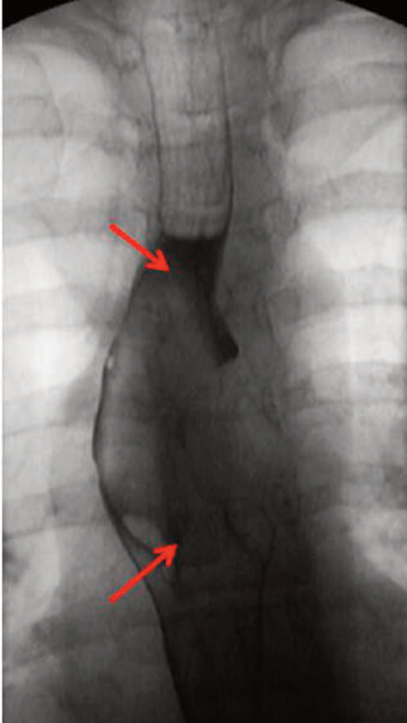
Digər xoşxassəli törəmələrdə olduğu kimi, qida borusunun leyomiomasının diaqnozunun qoyulmasında

kompleks kliniki, rentgen, endoskopiya, kompüter tomoqrafiya müayinələri böyük diaqnostik əhəmiyyətə malikdir.

Qida borusunun xoşxassəli törəmələri ilə bizim nəzarətimiz altında 8 xəstə (23-62 yaşda, 5 kişi, 3 qadın) olub. Onlardan 6-da leyomioma, 2-də isə qida borusunun sisti aşkarlanıb.

Qida borusunun 5-8 sm (*şəkil 7.1*) ölçülü leyomiomaları 5 xəstədə torakotomiya kəsiyi ilə xaric edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixi nümunə kimi verilir.



Şəkil 7.1. Rentgenoqram. Qida borusunun mənəzində böyük dolma defektini və selikli qişanın yerdəyişməsi.

23 yaşlı xəstə Q. (oğlan) (x/t №3063) 30.11.1995-ci il tarixində qidanın çətin keçməsi və bu zaman döşdə ağrıların güclənməsi şikayətləri ilə klinikaya daxil olub. Özünü bir ildir xəstə hiss edir.

Obyektiv: dəri və görünən selikli qişası adi rəngdədir; döş və qarın boşluğu orqanları tərəfindən heç bir xəstəlik aşkarlanmayıb.

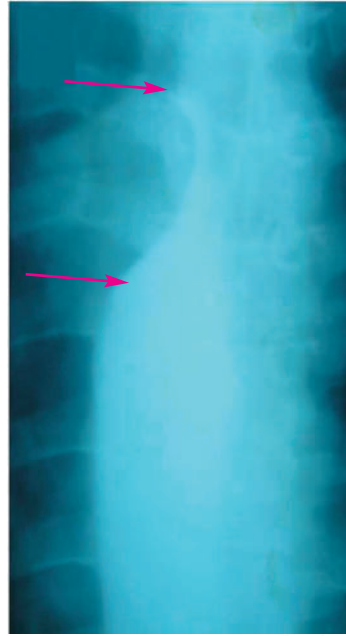
Rentgen-kontrast müayinədə – qida borusunun orta döş hissəsini xaricdən sıxan hamar konturlu törəmə aşkarlanır (şəkil 7.2).

Kompüter tomoqrafiya – kəsiklərində 4–5-ci döş fəqərələri səviyyəsində, onların ön səthində 35 mm ölçüdə dairəvi, traxeyanı sıxan törəmə aşkarlanır (şəkil 7.3).

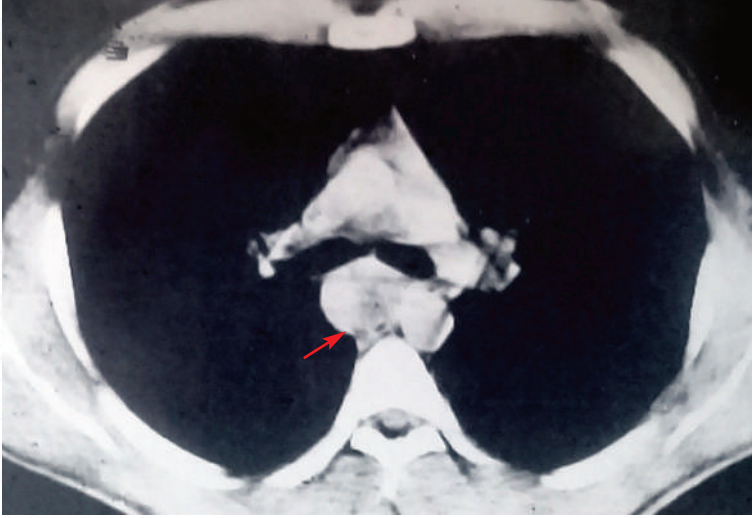
Ezofaqogastroskopiya – qida borusunun selikli qişası normal ölçüdə, səthi hamardır. Qida borusunun orta hissəsində selikli qişanı xaricdən sıxan 6,5 x 3,5 sm ölçüdə törəmə aşkarlanır (şəkil 7.4).

Xəstədə qida borusunun leyomioması diaqnozu təsdiqlənib və cərrahi əməliyyat təklif olunub.

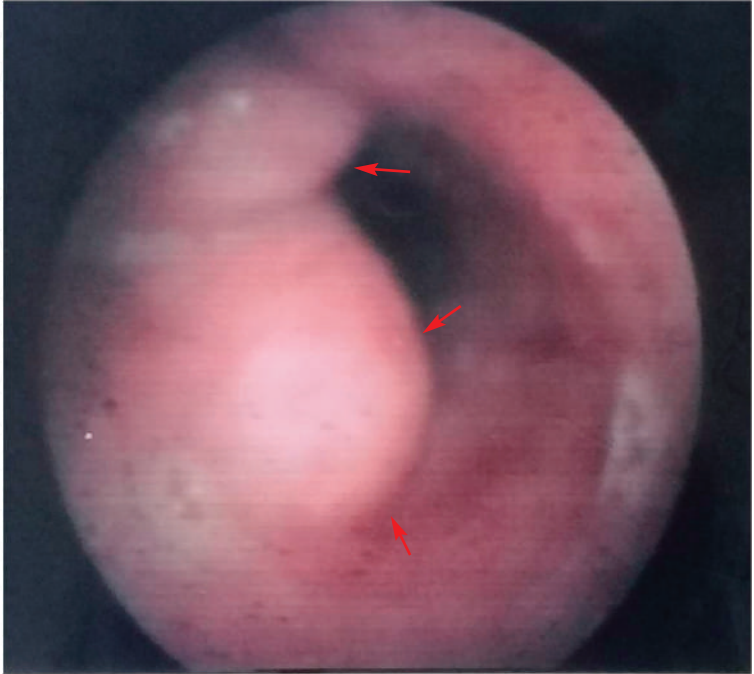
Cərrahi əməliyyat – 20.12.1995-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğanın rezeksiyası ilə sağ-tərəfli arxa yan torakotomiya icra edilib. Tək vena aralanıb, bağlanıb və kəsilib. Traxeyanın bifurkasiyası nahiyəsində 8,5x4,5 sm ölçüdə uzunsov bərk konsistensiyalı törəmə aşkarlanıb. Arxa orta divar plevrası 10 sm uzunluğunda



Şəkil 7.2. Rentgenoqram. Qida borusunun leyomioması – dolma defekti.



Şəkil 7.3. Kompüter tomoqrafiya. Leyomioma düyünü.

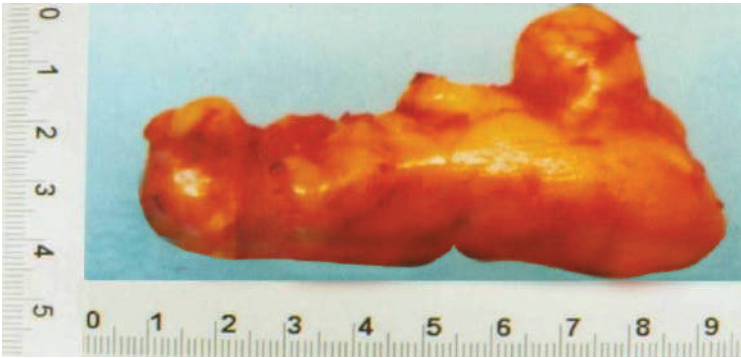


Şəkil 7.4. Endofoto. Leyomioma ilə mənfiyə doğru qabarmış selikli qişa.

törəmə üzərində boylama istiqamətdə açılıb. Törəmə boyunca ehtiyatla qida borusunun boylama və halqavari əzələləri kəsilib. Selikli qişanı zədələmədən törəmə əzələlərdən və selikaltı əsasdan aralanaraq xaric edilib.

Selikli qişa üzərində əzələ defekti fasiləli tikişlərlə örtülüb. Arxa orta divar plevrasının tamlığı bərpa edilib. Plevra boşluğu drenajlanıb və döş qəfəsi yarası tikilib.

Makropreparat – 8,5 x 4,5 sm ölçüdə olub, uzunsov, ağımtıl-sarı rəngli, səthi hamar, yuxarı hissəsində qabaqlıq olan törəmə görünüşündədir (şəkil 7.5).



Şəkil 7.5. Makropreparat. Xaric edilmiş çoxdüyünlü leyomioma.

Histoloji müayinə – qida borusunun leyomiası. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. Xəstə 2 gündən sonra sərbəst, ağrısız qida qəbuluna başlayıb.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində əvvəlki dolma defekti görünmür. Selikli qişanın səthi hamar, büküşləri aydındır. Qida borusunun keçiriciliyi tam bərpa olunub. Xəstə yaxşı vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 25 il sonra aparılan sorğuya görə şikayəti yoxdur. Yaşayış keyfiyyətləri normaldır. Əmək fəaliyyətini davam etdirir.

Xəstələrdən birində xeyli böyümüş çoxsaylı leyomiomalar olduğu üçün onun qida borusunun rezeksiyası əməliyyatı aparılıb.

Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

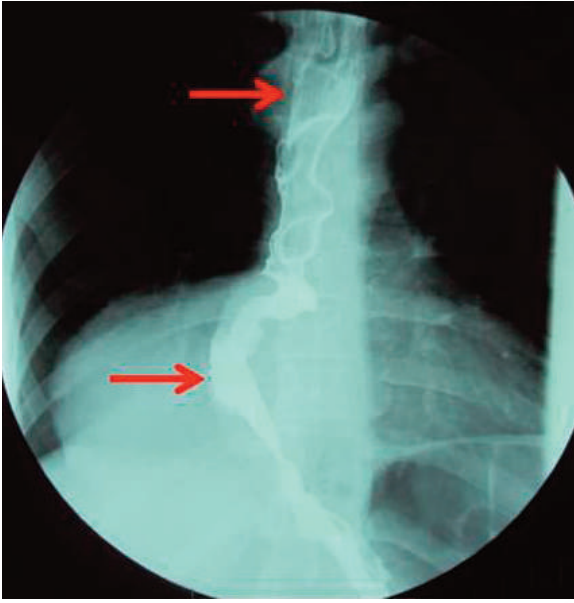
29 yaşlı xəstə (qadın) H. 15.09.2015-ci il tarixində Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasına qida qəbulunun çətinliyi, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə daxil olub. Onun verdiyi məlumatlara görə, özünü 2 ildir ki, xəstə hesab edir. Müayinə və müalicə üçün klinikaya müraciət edib.

Daxil olarkən huşu aydın, vəziyyəti aktivdir, ortaboylu, normal bədən quruluşuna malikdir. Dərisi və görünən selikli qişaları solğundur. Dərialtı təbəqəsi zəifləmişdir. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial təzyiq 110/70 mm c. s., nəbzi ritmik, dəqiqəlik sayı 92 vuruğudur. Dili nəmdir, qarnı yumşaq, ağrısızdır. EKQ – normaldır.

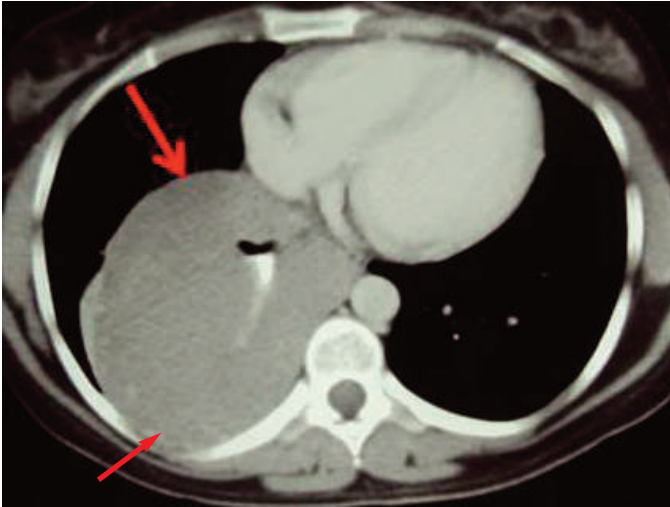
Ezofaqoqastroskopiya – qida borusunun girişi sərbəstdir, ön kəsici dişlərdən 15 sm məsafədə mənfəzi xaricdən sıxan və daraldan törəmə kardiya qədər davam edir. Selikli qişa dəyişməmişdir. Kardiya tam yumulur. Mədənin mənfəzi boş, selikli qişası normal rəngdədir. 12-barmaq bağırsağın selikli qişası və Fater məməciyi dəyişiksizdir.

Rentgen müayinəsi – baxış zamanı orta divardan başlayaraq sağ ağciyərin aşağı sahəsinə doğru uzanan dəqiq konturlu, oval formalı törəmə görünür. Ağızdan qəbul edilən kontrast maddə qida borusunun aşağı $\frac{1}{3}$ hissəsində ləngiyir, aşağıya doğru qida borusunun divarı deformasiya olunub. Distal hissə bir qədər genişlənilib (şəkil 7.6).

Kompüter müayinəsində – qida borusunun distal orta $\frac{1}{3}$ hissəsini halqavari əhatələyərək, sağ hemitoraks boyunca, yuxarı döş hissəsinə qədər uzanan, ən qalın yerində 7-8-ci döş fəqərələri səviyyəsində, təxminən 113x110x30 mm ölçüdə solid törəmə aşkarlanır. Müayinələrin nəticəsinə görə xəstəyə qida borusunun böyük ölçülü leyomiomasi diaqnozu qoyulub (şəkil 7.7).



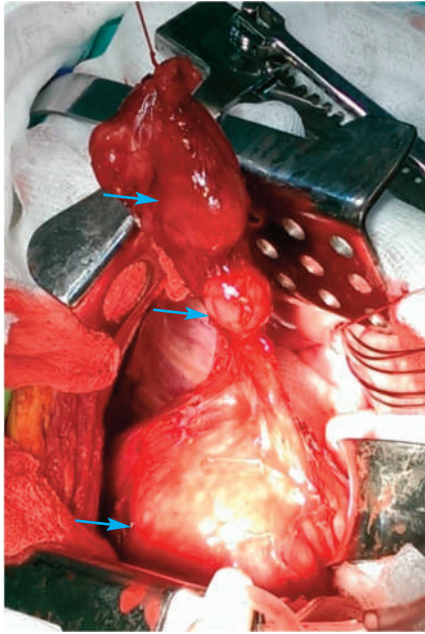
Şakil 7.6. Rentgenoqram. Qida borusunun aşıđı dös hissəsi daralıb və törəmə ilə sađa dođru yerini dəyişib.



Şakil 7.7. Kompüter tomoqrafiya. Xeyli böyümüş leyomioma sađ plevra boşluđuna keçib. Qida borusunun mənfüzi daralıb.

Artan disfagiya, maliqnizasiya şübhəsi cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib. Böyük ehtimalla leyomiomanın enukleasiyası, bu, qeyri-mümkün olarsa, qida borusunun xaric edilməsi və gastroezofaqoplastika əməliyyatı planlaşdırılır.

Cərrahi əməliyyat – 16.09.2015-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağ 5-ci qabırğaarası sahədən ön-yan torakotomiya icra olundu. Tək vena – bağlandı və kəsildi. Arxa orta divar boyunca mediastinal plevra açıldı. Qida borusunun divarında onun bütün uzunluğu boyunca 1 ədəd – ölçüləri 14x12x12 sm və 2 ədəd – ölçüləri 4x3,5x3 sm olan hamar törəmələr təyin edilir. Qida borusu ətraf toxumalardan törəmələr ilə birlikdə tam ayrıldı, körpücük sümüyü səviyyəsində və qida borusu-mədə keçidi üzərində bağlanıb kəsildikdən sonra xaric edildi (şəkil 7.8).



Şəkil 7.8. Əməliyyat zamanı çoxsaylı leyomioma düyünləri ilə xaric edilən qida borusu.

Plevra boşluğu drenajlanıb, döş qəfəsi yarası tikilib. Yuxarı orta laparotomiya icra edilib. Sagital diafraqmotomiya olunub. Sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərti ilə, mədə böyük və kiçik əyriliklər boyunca bütün bağ və damarlardan aralanıb. UKL-60 aparatı ilə mədə kiçik əyrilik boyunca dibinə doğru rezeksiya edilib və 30-35 sm uzunluğunda bir boru formalaşdırılıb. Sonra subseroz pilorotomiya icra edilib.

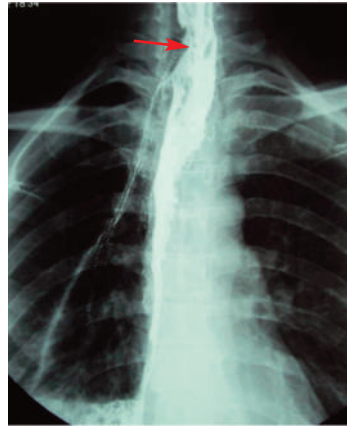
Boyunun sol yarısında döş-korpücük-məməyabənzər əzələlərə paralel istiqamətdə 8 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Əzələlər aralanıb və qida borusunun boyun hissəsi əldə olunub.

Mədədən hazırlanmış boru arxa orta divardan çıxarılmış qida borusunun yatağında boyuna qaldırılıb. Qida borusunun boyun hissəsi ilə mədə transplantatı arasında anastomoz yaradılıb. Nazoqastral zond mədə transplantatına yeridilib. Boyun və qarın yaraları tikilib.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 5-ci gündən etibarən xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb və kafi vəziyyətdə evə yazılıb. Əməliyyatdan 5 il sonra rentgenkontrast müayinəsi zamanı anastomozun keçiriciliyi və transplantatın ötürmə qabiliyyəti normal olub (şəkil 7.9).

Xəstənin yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşmışdır, istədiyi qidanı qəbul edir, əmək fəaliyyətini davam etdirir.

Digər bir xəstədə 5 sm uzunluğunda leyomioma qida borusunun divarından xaric edilib. Xəstəlik tarixini nümunə kimi veririk.

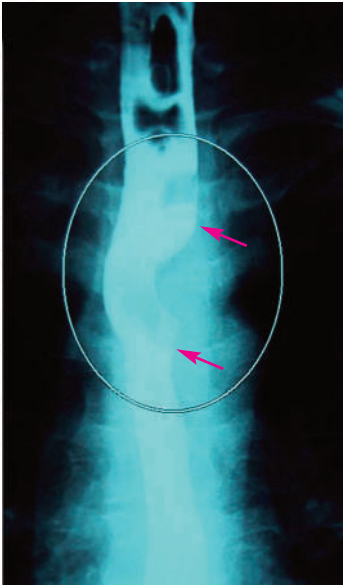


Şəkil 7.9. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 5 il sonra boyunda qoyulmuş qida borusu-mədə anastomozunda daralma yoxdur, transplantatın fəaliyyəti qənaətbəxşdir.

37 yaşlı xəstə (kişi) M. 28.04.2017-ci il tarixində qidanı çətin udması, tıxanma hissiyyəti, ağızdan bol selik ifrazı şikayətlərilə klinikaya daxil olub. Verdiyi məlumatlara görə, 7 aydır xəstədir, daxil olarkən vəziyyətinin orta ağırlıqda olması nəzərə çarpır. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial təzyiq 120/70 mm c. s., nəbzın dəqiqədə sayı 76 vuruğudur. Dili nəm, qarnı yumşaqdır.

Ezofaqoskopiya – qida borusunun selikli qişası ərplidir. Onun orta 1/3 hissəsində 1 sm diametrində yarımkürevi qabarma görünür. Qabarma səthində selikli qişa dəyişiksizdir.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində orqanın orta döş hissəsində dolma defekti aşkarlanır. Selikli qişa hamardır (şəkil 7.10).



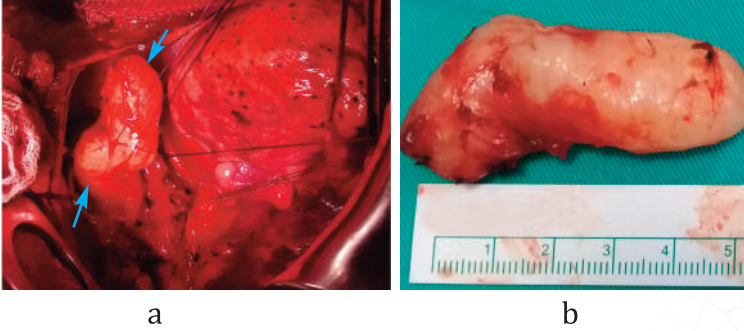
Şəkil 7.10. Rentgenoqram. Qida borusunun orta hissəsində böyük ölçülü dolma defekti.

Kompüter müayinəsi nəticəsində qida borusunun orta döş hissəsində divardaxili törəmə-leyomioma aşkarlandı.

Kliniki və kompleks endoskopik, rentgen müayinələrinə əsasən xəstədə qida borusunun xoşxassəli törəməsi-leyomioma diaqnozu təsdiqlənib. Artan disfagiya əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib.

Cərrahi əməliyyat – 02.05.2017-ci il tarixində ümumi ağırsızlaşdırma altında V qabırğanın rezeksiyası ilə arxa-yan torakotomiya icra olundu. Təftiş zamanı traxeyanın bifurkasiyasından yuxarı qida borusunun divarında hüdudları hamar törəmə aşkar edildi. Arxa

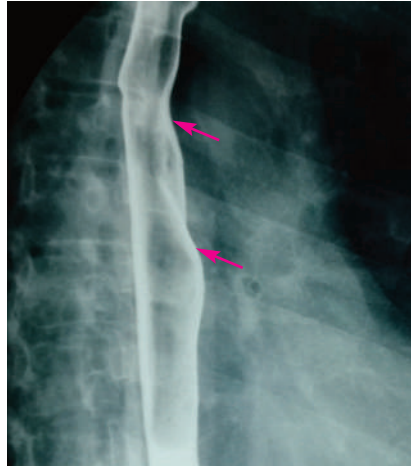
orta divar plevrası açıldıqdan sonra törəmə üzərində boylama miotomiya aparıldı. Xoşxassəli törəmə, selikli qişa zədələnmədən, aralanıb xaric edildi (şəkil 7.11, a, b). Qida borusunun əzələ qatının tamlığı fasiləli tikişlərlə bərpa edildi. Plevra boşluğu drenajlandı, döş qəfəsi yarası tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi. Xəstə rahat qida qəbul etməyə başladı.



Şəkil 7.11, a) əməliyyatın gedişi zamanı leyomiomanın aralanması; b) xaric edilmiş leyomioma.

Əməliyyatdan iki il sonra rentgen-kontrast müayinədə dolma defekti aşkarlanmır, keçiricilik tam bərpa olunub (şəkil 7.12).

Qida borusunun leyomioması divardaxili yerləşir və uzunmüddət inkişaf edir. Böyüdükcə əzələ liflərini aralayır, selikli qişanı mənfiyə doğru itələyir və qidanın keçməsinə ləngidir. Diaqnoz kompleks rentgen-kompüter müayinəsi və



Şəkil 7.12. Rentgenoqram. Qida borusunun selikli qişasının konturları hamardır, dolma defekti qeyd edilmir.

ezofaqoskopiya ilə təsdiqlənir. Çox kiçikölçülü olub, disfagiya törətməyən leyomiomalara malik yaşlı xəstələr nəzarətdə saxlanılmalıdırlar. Disfagiya törədən leyomiomalar cərrahi yolla əzələ qişasından və selikaltı qatdan aralanıb çıxarılmalıdır. Orqanın mənfəzini daraltmadan, onun əzələ qatı tikilməlidir. Qida borusunun mənfəzini daraldan çoxsaylı və böyük ölçülü leyomiomalarda qida borusu rezeksiya edilib, böyük ayrılık hesabına hazırlanmış mədə borusu ilə əvəzlənilməlidir.

Qida borusunun sistləri

Qida borusunun sistlərinə nadir rast gəlinir. Sistlər *anadangəlmə və qazanılmış* olurlar.

Anadangəlmə sistlər – embrional inkişaf dövründə nəfəs və bağırsağ borularını ayıran boylama çəpərin qalığının “*azan, yaxud süstləşmiş*” hüceyrələrinin inkişaf qüsurudur. Sistlərin daxili səthində əksər təsadüflərdə tənəffüs, az hallarda isə mədə-bağırsağ epiteli aşkarlanır. Buna görə də qida borusunun sistləri iki növə bölünür: *bronxogen və enterogen*. Çox nadir hallarda sistlər parazitər (*exinokok*) mənşəyə malik olur.

Bədxassəli şişlərdən fərqli olaraq qida borusunun sistləri cavan yaşlarda müşahidə olunur.

Qazanılmış sistlər – qida borusunun selikli qişasında yerləşən belə sistlər həqiqi vəzlərin axacağıının tutulması nəticəsində yaranır. Sistlər müxtəlif ölçüdə olur və əksər hallarda bifurkasiya səviyyəsində yerləşir. Böyük ölçülü sistlər qida borusunun və bronxun mənfəzini sıxıb disfagiya, döşarxası ağrı, tənəffüs, öskürək törədir.

Sistlər deşilmə, qanaxma, irinləmə, mediastinit və pnevmoniya ilə fəsadlaşa bilər.

Sistlərin diaqnostikasında rentgen-kontrast müayinə böyük diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Qida borusunun sisti ilə bizim nəzarətimiz altında 2 xəstə olmuşdur. Onlardan birinin xəstəlik tarixindən çıxarışını nümunə kimi veririk.

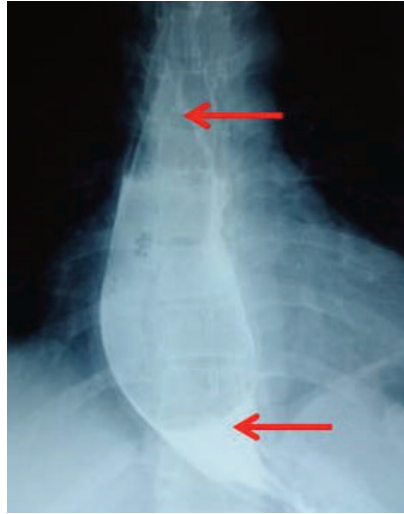
47 yaşlı xəstə (qadın) Q. 14.02.2018-ci il tarixində qida qəbulunun çətinləşməsi, öyümə, qusma, ürəkbulanma, ümumi zəiflik, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə klinikaya daxil olmuşdur. Onun dediyinə görə, 15 ildir özünü xəstə hiss edir.

Daxil olarkən ümumi vəziyyəti qənaətbəxşdir. Dəri və selikli qişaları normal rəngdədir. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial təzyiq 120/70 mm c. s., nəbzi ritmik, dəqiqəlik sayı 80 vuruğudur. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Sidik ifrazı və defekasiya normaldır.

EKG – sinus ritmi, ST segmentində qeyri-spesifik dəyişiklik qeyd edilir.

Rentgen-kontrast müayinə – qida borusunun distal 1/2 hissəsinin mənfəzi genişliyi, peristaltika dalğaları səthi və zəifdir. Mənfəzin distal 1/3 hissəsində dəqiq konturlu, nisbi oval formalı 120x40 mm ölçüdə dolma defekti təyin edilir (şəkil 7.13).

Ezofaqoskopiya – qida borusunun girişi sərbəstdir. Ön kəsici dişlərdən 18-20 sm başlayaraq psevdoyaqaqcıq əmələ gətirən, zirvəsi 37 mm davam edən, üzərindəki selikli qişa dəyişikliksiz olan, silindrik formada, 2 sm enində törəmə görünür.



Şəkil 7.13. Rentgenoqram. Qida borusu divarının böyük ölçülü dolma defekti.

Kompüter tomoqrafiya kəsiklərində – qida borusunun arxa divarında submukoz yerləşmiş, üst sərhəddi karinadan 36 mm yuxarıdan başlayaraq aşağıda qastroezofageal keçidə qədər uzanan daxilində piy, yumşaq toxuma və ətrafında kapsulla izləndiyi 13 sm uzunluğunda, 43-33 mm enində törəmə izlənilir.

Kliniki, anamnestic və instrumental müayinələrə əsaslanaraq xəstədə qida borusunun xoşxassəli törəməsi – kista – leyomioma diaqnozu qoyulub və xəstəyə cərrahi əməliyyat təklif olundu.

Cərrahi əməliyyat – 15.02.2018-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağ V qabırğaarası sahədə torakotomiya icra edildi. Tək vena bağlanıb, kəsildi. Arxa orta divar boyunca plevra açıldı. Təftiş zamanı məlum oldu ki, qida borusunun divarları nazikləşib, mənfəzi 7 sm enində genişlənilib. Bifurkasiya nahiyəsindən başlayaraq kardiya qədər qida borusunun mənfəzində leyomiyomadan da yumşaq konsistensiyalı, xeyli hərəkətli uzunsov törəmə aşkarlandı. Qida borusunun nazikləşmiş əzələ qatı açıldıqdan sonra törəmənin əzələ arasında deyil mənfəzdə olduğu təyin edildi. Qida borusunun divarındakı dəyişiklikləri nəzərə alaraq onun döş hissəsi bütövlükdə mənfəzdaxili törəmə ilə birgə qida borusu mədə keçidi səviyyəsində rezeksiya olunaraq xaric edildi.

Qida borusunun yuxarı ucu bağlanıb, boyun fəqərələrinə doğru itələndi. Hemostazdan sonra döş boşluğu drenajlandı və yara tikildi.

Yuxarı orta laparotomiya icra edildi. Sagital diafraqmotomiyadan sonra mədə böyük və kiçik əyrilik boyunca, sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə, digər damar və bağlardan aralandı. Kiçik əyrilikdən başlayan mədənin dibi UKL-60 aparatı ilə tikilib 35 sm uzunluğunda boru formalaşdırıldı. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel 8 sm uzunluğunda kəsik

aparıldı. Toxumalar aralanıb qida borusunun oral ucu yaraya gətirildi. Mədə borusu sagital kəsikdən arxa orta divar ilə qida borusunun yatağından boyuna qaldırıldı. Qida borusu ilə mədə transplantatı arasında uc-uca anastomoz qoyuldu. Boyun və qarın yaraları tikildi.

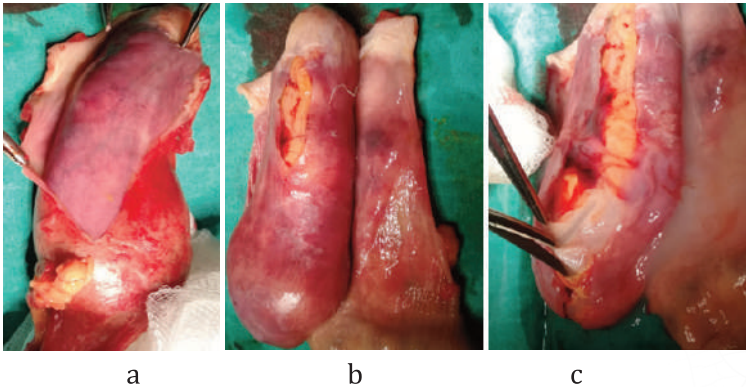
Xaric edilmiş qida borusunun mənfəzi açıldıqda onun divarının xeyli nazikləşməsi (şəkil 7.14, a), mənfəzdaxili törəmənin 20 mm ölçüdə ayaqcıqla qida borusunun divarına birləşməsi (şəkil 7.14, b) və törəmənin 15 sm uzunluğunda sist quruluşlu olması (şəkil 7.14, c) aşkarlandı.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan sərbəst qidalar qəbul etməyə başladı. Kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

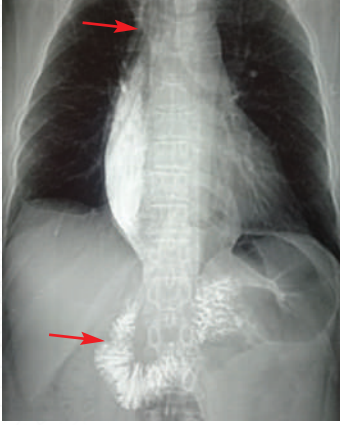
Histoloji müayinədə qida borusunun proliferativ kistası aşkarlandı, atipiya əlamətləri qeydə alınmadı.

6 ay sonra qida qəbulunun sərbəst olması müşahidə edilir, xəstə yaşayış keyfiyyətindən razıdır, şikayəti yoxdur.

Əməliyyatdan 2 il sonra rentgen-kontrast müayinə göstərir ki, mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış transplantatın ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir. Anas-

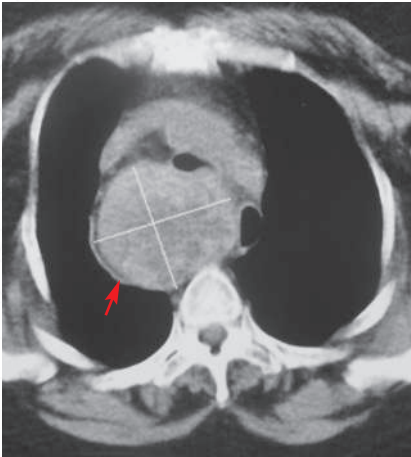


Şəkil 7.14, a) xaric edilmiş qida borusunun xeyli nazikləşmiş divarı ilə birləşən kistoz törəmə; b) qida borusunun mənfəzi tam açıldıqdan sonra kistoz törəmənin görünüşü; c) kistoz törəmənin divarının açılmış vəziyyətdə görünüşü.



Şəkil 7.15. Rentgenoqram.
Arxa orta divarda mədə
borusunun əməliyyat-
dansonrakı görünüşü.

selikli qişada bir neçə yerdə cırılma yarandığı üçün qida borusu tam xaric edilib və 12-barmaq bağırsağın xora



Şəkil 7.16. Kompüter
tomoqrafiya.
Qida borusunun orta döş
hissəsində yerləşmiş kistoz
törəmə.

tomoz nahiyəsində daralma yoxdur (şəkil 7.15).

Digər xəstədə isə döş qəfəsinin kompüter müayinəsində traxeyanın bifurkasiyaaltı nahiyəsində, perikardın arxasında qida borusunun divarından çıxan və onun mənfəzini xeyli daraldan, içərisi maye ilə dolu olan 50-60 mm ölçüdə nazik divarlı kistoz törəmə aşkarlandı (şəkil 7.16).

Əməliyyat zamanı həmin xəstədə kistoz törəmə selikli qişaaftı qatdan aralanarkən xəstəliyi ilə əlaqədar yoğun bağırsaqla plastika aparılıb. Ağır əməliyyatdan 48 saat sonra gecə vaxtı 12-barmaq bağırsaql xorasından güclü qanaxma baş verib və xəstəyə təkidlə təcili cərrahi əməliyyat təklif olunub, lakin çox təəssüf ki, xəstənin valideynləri əməliyyata qəti olaraq razılıq verməyib. Nəticədə xəstə qanaxmadan ölüb.

Qida borusunun mənfəz daxili böyük öl-

çülü kistoz törəməsi uzun müddət ərzində böyüyərək qida borusunun divarını nazikləşdirmiş, əzələ təqəllüsünü pozmuş və disfagiya yaratmışdır.

Qida borusunun divarında mənfəzdaxili inkişaf edən xoşxəssəli törəmələr cərrahi əməliyyata göstərişdir. Kompleks rentgen-kontrast, kompüter tomoqrafiya və endoskopiya müayinələri ilə diaqnoz təsdiqlənməlidir. Divardaxili 5–7 sm ölçüdə olan törəmələr əzələ və selikaltı qişadan aralanıb xaric edilməlidir. Qida borusunun mənfəzini daraldan və disfagiya törədən böyükölçülü leyomiomada, eləcə də kistoz törəmələrdə qida borusunun döş hissəsi rezeksiyası edilməli, mədənin böyük ayrılıyından, yaxud yoğun bağırsaqdan hazırlanmış boru ilə əvəzlənməlidir.

VIII FƏSİL QIDA BORUSUNUN DİVERTİKULLARI

Qida borusu divarının mənəfəzlə əlaqələnən cib formasında çıxıntı şəkilli qabarmasına – *divertikul* deyilir. İlk dəfə 1769-cu ildə ingilis anatomu *Ludlow* təşrih zamanı qida borusunun boyun hissəsinin divarından inkişaf edən cibi divertikul kimi təsvir edib. Qida borusunun divertikulu *həqiqi və yalançı* olur.

Həqiqi divertikul çıxıntısı – qida borusunun bütün divar qatlarının birgə qabarmasıdır.

Yalançı divertikul isə – qida borusunun yalnız selikli qişasının kisə şəklində əzələ lifləri arasından adventisiyaya doğru qabarmasıdır.

Mənşəyinə görə qida borusunun divertikulu *anadangəlmə və qazanılmış* olur.

Anadangəlmə divertikullar çox nadir müşahidə olunur və bətdaxili inkişaf dövründə qida borusunun əzələ qatının zəifliyi nəticəsində törənir. Anadangəlmə divertikul daha çox qida borusunun döş hissəsində inkişaf edir.

Qazanılmış divertikullar inkişaf etdiyi nahiyədən asılı olaraq üç yerdə təzahür edir:

- 1) udlaq-qida borusu səviyyəsində;
- 2) traxeyanın bifurkasiyası səviyyəsində;
- 3) diafraqmaüstü (epifirenal) səviyyədə.

1) *udlaq-qida borusu divertikulu* 2 növ olur:

a) *Zenker divertikulu* – udlaq qida borusu keçidindən yuxarı udlağın zəif inkişaf etmiş arxa divarında yaranır (*şəkil 8.1*);

b) *udlaq – qida borusu keçidi səviyyəsində* udlağın arxa divarından inkişaf edib, qida borusunun yan ilə torba şəklində sallanır (*şəkil 8.2*). Bu divertikulun yaranmasında udlaqdaxili təzyiqin yüksək olmasının rolu vardır.



Şəkil 8.1. Rentgenoqram. Udlağın arxa divarından inkişaf edən Zenker divertikulu.



Şəkil 8.2. Rentgenoqram. Kontrast maddə ilə dolmuş və hava qabarcığı olan udlaq-qida borusu divertikulu.

2) *traxeyanın bifurkasiyası səviyyəsindəki divertikul* – arxa orta divarda olan iltihabi proses hesabına törənir (şəkil 8.3). Bu divertikulun yaranması limfa düyünlərində törənən iltihabi proses, sağaldıqdan sonra əmələ gələn çarıqla qida borusunun divarının dartılması ilə əlaqədardır.

3) *diafraqmaüstü (epifrenal)* – qida borusunun aşağı $\frac{1}{3}$ hissəsində perikardın arxasında onun ön divarından inkişaf edir (şəkil 8.4).

Epifrenal divertikul daha çox qida borusunun döş hissəsində törənir. Onların əmələ gəlməsində qida borusunun divarının anadangəlmə zəifliyinin rolu vardır.



Şəkil 8.3. Rentgenoqram. Qoşa divertikul.



Şəkil 8.4.
Rentgenoqram.
Epifrenal divertikul.

Qida borusunun fəaliyyəti ilə bağlı divertikul da müşahidə olunur: qida borusunun əzələləri yığıldıqda divertikul görünür, boşaldıqda isə divertikul itir.

Kiçikölçülü divertikullar əlamətsiz olur. Ancaq qidani tələsik yedikdə, qidani tam çeynəmədikdə disfagiya yarana bilər.

Qazanılmış divertikul, bir qayda olaraq, arxa orta divarda olan iltihabi proseslə əlaqədardır (*limfadenit, mediastinit*).

Qida borusunun xəstəlikləri: anadangəlmə, yaxud qazanılmış daralmalar, uzunmüddətli reflüks ezofagit, kardiyanın axalaziyası, orta divarda aparılan cərrahi əməliyyatlarla əlaqədar qida borusunun mənfəzdaxili təzyiqinin yüksəlməsinin divertikulun yaranmasında rolu böyükdür. Bundan əlavə, qida borusunun əzələ qıspasının reflektor yığılmalarının pozulması da divertikulun törənməsinə şərait yaradır.

Əmələgəlmə mexanizminə görə qazanılmış divertikullar 3 növ olur: *vurğulu*, *dartıcı* və *qarışıq* (*vurğulu-dartıcı*) divertikullar.

Vurğulu divertikul – daha çox qida borusunun daralması olan xəstələrdə daralmadan udlağa doğru mənfəzdaxili təzyiqin artması ilə əlaqədar törənir.

Dartıcı divertikul – qida borusu divarını qonşu üzvlər və toxumalarla əlaqələndirən çapıq toxumanın gərilməsi hesabına yaranır.

Qarışıq divertikul – isə hər iki törədici amilin birgə iştirakı ilə yaranır.

Divertikul qida borusunun hər bir hissəsində inkişaf edə bilər. Divertikul böyüdükcə udma çətinləşir, gəyirmə, qusma olur, ağızdan üfunətli qoxu gəlir. Boyunun sol yarısında yerləşən divertikullar bəzən qabarma şəklində özünü büruzə verir. Döşdaxili yerləşən divertikullar böyüdükcə orta divar orqanlarını, iri damarları, ürəyi, ağciyərləri sıxır. Yuxarı boş vena sıxıldıqda səthi boyun venalarında durğunluq, səsin kallaşması, ürək-döyünmə olur.

Divertikulun diaqnostikasında qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi və ezofaqoskopiya mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Rentgen-kontrast müayinə divertikulun yerləşdiyi nahiyəni, ölçüsünü, quruluşunu, kontrast maddənin yubanma müddətini, qida borusunun keçiriciliyinin pozulmasının dərəcəsini, fəsadların (*deşilmə, qanaxma, iltihab*) olmasını təyin etməyə imkan verir. Ağızdan qəbul edilən kontrast maddə boş divertikul kisəsinə axıb onun dibini doldurur və üzərində hava olan üfüqi xətt şəklində görünür (*şəkil 8.5*).

Ezofaqoskopiya ilə divertikul kisəsinin ölçüsü, yerləşməsi, dərinliyi, kisənin selikli qişa-



Şəkil 8.5. Rentgenoqram. Kontrastla yarıya qədər dolmuş və üzərində hava olan divertikul kisəsi.

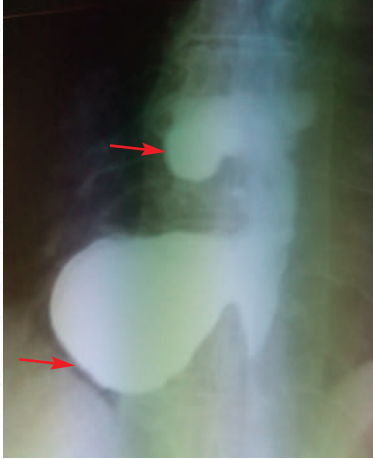
sının vəziyyəti, möhtəviyyəti, mənfəzində yad cismin olub-olmaması və fəsadları (*qanaxma, irinləmə, deşilmə, süzgəcin olması, bədxassəli şişə çevrilməni*) təyin edilir.

Divertikulun fəsadları: divertikulit, selikli qişanın iltihablaşması, xoralaşması, deşilib mediastinit, plevrit, süzgəclər törətməsidir. Divertikulitlər bəzən qida borusunda qanaxmalara səbəb olur, bədxassəli şişə çevrilmə ehtimalı da mümkündür.

Divertikulun müalicəsi konservativ və cərrahi yolla dır. Divertikulu olan xəstələri nəzarətdə saxlamaq və vaxtaşırı müayinələrdən keçirmək lazımdır.

Qida borusunun divertikulu ilə bizim nəzarətimiz altında 28-72 yaşda 18 xəstə (kişi-15, qadın-3) olub.

Boyun hissədə – 10, döş hissədə – 5, diafraqmaüstü nahiyədə – 3 xəstədə divertikul müşahidə edilib.



Şəkil 8.6. Rentgenoqram.
Qoşa divertikul.

Qida borusunun qoşa divertikulu iki xəstədə aşkarlanıb (şəkil 8.6).

Bütün xəstələrdə cərrahi əməliyyat aparılıb. Böyük divertikulu olan xəstələr fəsadlar törənməmiş cərrahi müalicə olunmalıdır. Divertikul kəsilib götürülür, qida borusunun divarı tikilir.

10 xəstədə qida borusunun boyun hissəsində yerləşən divertikullar boyun kəsiyi ilə xaric edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

72 yaşlı xəstə (kişi) V. 08.05.2017-ci il tarixində qidanı uda bilməməsi, tıxanma hissi, ümumi zəiflik şikayətləri ilə klinikaya qəbul olunub. Dediynə görə, 30 ildir özünü

xəstə hiss edir. Son 4-5 ildə qida qəbulu zamanı əzab çəkdiyi üçün tibbi müayinəyə göndərilib.

Daxil olarkən xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqlı, dərisi və görünən selikli qişaları dəyişiksizdir.

Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 130/80 mm c. s., nəbzi ritmik, dəqiqəlik sayı 77 vuruğudur. Dili nəm, qarnı yumşaqdır, ağrısızdır. Göbək yırtığı müşahidə olunur.

EKQ – sol mədəciyin hipertrofiyası, reaktiv tip diastolik disfunksiya qeydə alınır.

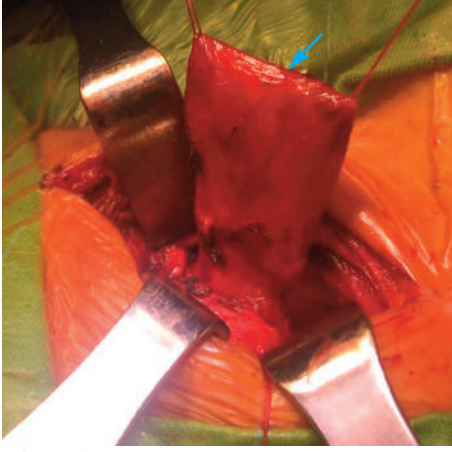
Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusunun boyun hissəsində divertikul aşkarlanır (şəkil 8.7).

Cərrahi əməliyyat – 09.05.2017-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında boyunun sol yarısında döş-körpücük-məmə-yəbənzər əzələlərə paralel istiqamətdə 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Yumşaq toxumalar və boyunun fassial qatları açıldıqdan sonra qida borusunun divarında divertikul kəsəsi aşkarlandı. Divertikul kəsəsi ətraf toxumalardan aralandıqdan sonra onun boyun nahiyəsində qida borusunun əzələ qatları boylama açıldı. Divertikul kəsəsinin dibi tutqaca götürülüb mənfəzi açıldı (şəkil 8.8, 8.9).

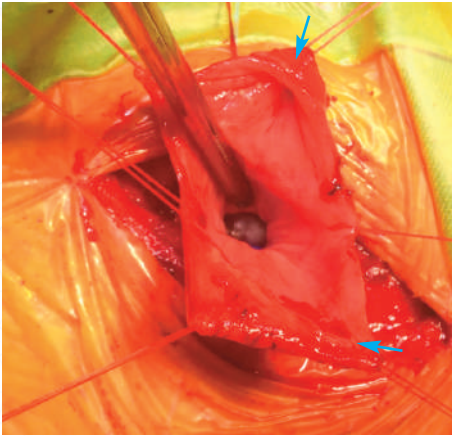
Görmə nəzarəti ilə divertikulun boynu qida borusunun selikli qişası səviyyəsində kəsilib fasiləli tikişlərlə qapandı və kəsə xaric edildi (şəkil 8.10, 8.11).



Şəkil 8.7. Rentgenoqram. Qida borusunun boyun hissəsinin divertikulu.



Şəkil 8.8. Əməliyyat zamanı aralanmış divertikul kisəsi.



Şəkil 8.9. Mənfəzi açılmış divertikul kisəsi.

Aralanmış əzələ lifləri divertikulun güdülü üzərində tikildi. Boyun yarası qapanı. Xəstənin göbək nahiyəsindəki 3x5 sm ölçüdə olan yırtıq da cərrahi əməliyyatla ləğv edildi.

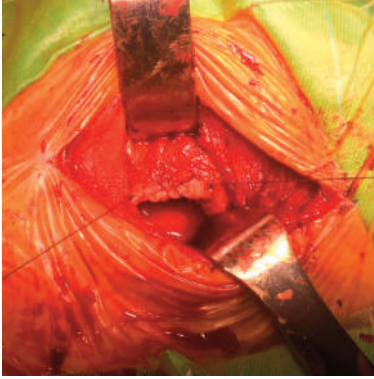
Xəstəyə nazoqasttral zond yeridildi və ilk 5 gün ərzində onun vasitəsilə qidalandırıldı. Zond xaric edildikdən sonra xəstə istədiyi qidaları heç bir tıxanma hissi olmadan sərbəst qəbul edə bildi.

Qida borusunun döş hissəsində divertikulu olan – 5, epifrenal diverte-kulla –3 xəstədə sağ (6) və soltərəfli (2) torakotomiya kəsiyindən istifadə olundu.

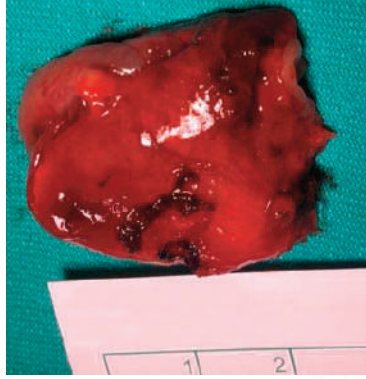
Xəstələrdən biri-

nin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə veririk.

45 yaşlı xəstə (kişi) M. 15.05.1979-cu il tarixində yeməyin çətin keçməsi, ilişməsi, qusma, ağızdan pis qoxunun gəlməsi, təngnəfəslik şikayətləri ilə klinikaya daxil olub. Anamnezinə görə 10 ildir ki, özünü xəstə hiss edir.



Şəkil 8.10. Divertikul kisəsinin boynu tikilib.



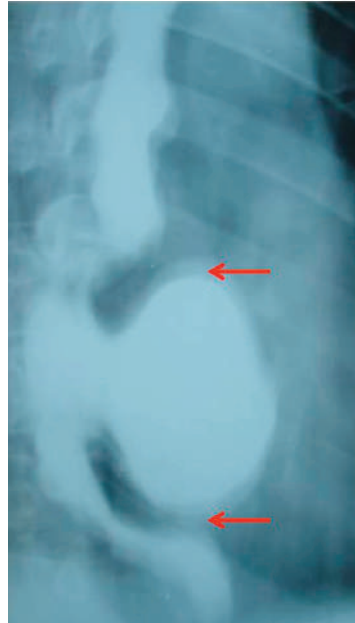
Şəkil 8.11. Xaric edilmiş divertikul kisəsi.

Müayinə üçün klinikaya daxil olarkən xəstənin vəziyyəti kafi olub. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial təzyiqi 120/80 mm c. s., nəbzi ritmik, dəqiqəlik sayı 80 vuruş olmuşdur. Dili nəm, ərplidir. Qarını yumşaq, ağrısızdır. EKQ dəyişiksizdir.

Rentgen müayinəsi göstərir ki, ağızdan qəbul edilən kontrast maddə sol tərəfə meyillənən divertikul kisəsinə toplanır. Kisənin ölçüsü 4x5 sm-dir (şəkil 8.12).

Boşalması çətin olan xeyli böyümüş divertikul kisəsi cərrahi əməliyyata göstəriş olmuşdur.

Cərrahi əməliyyat – 20 may 1979-cu il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qa-



Şəkil 8.12. Rentgenoqram. Qida borusunun orta 1/3 hissəsinin divertikulu.

birğaarası sahədən sol yan torakotomiya icra edildi. Aorta qövsü altında 5x4 sm ölçüdə divertikul kisəsi aşkarlandı. Arxa orta divar plevrası açıldı. Divertikul kisəsi ətraf toxumalardan aralandı. Qida borusunun boylama əzələ lifləri divertikul kisəsinin boynu ətrafında açıldı. Divertikul kisəsinin boynu qida borusunun selikli qişası səviyyəsində kəsilərək fasiləli tikişlərlə qapandı. Əzələ qatı da selikli qişanın güdülü üzərində qapandı. Arxa orta divar plevrasının tamlığı bərpa edildi. Plevra boşluğuna drenaj qoyuldu və döş qəfəsi yarası tikildi.

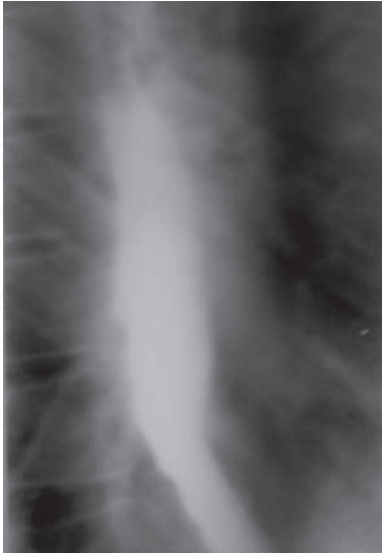
Mədəyə nazoqastral zond yeridildi. Xəstə 5-6 gün nazoqastral zondla qidalandırıldı. Sonra zond xaric edildi. Xəstə ağızdan sərbəst qida qəbuluna başladıqdan sonra kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

O, əməliyyatdan 5 il sonra özünü yaxşı hiss edib, şikayəti olmayıb. Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı divertikul görünməyib, orqanın mənfi-

nin bir qədər genəlməsi müşahidə olunub (*şəkil 8.13*).

Qida borusunun divertikulu mədə-bağırsaq xəstəliyi olan yaşlı insanlarda daha çox müşahidə olunur.

Divertikulun inkişafında qida borusu divarının anadangəlmə və qazanılmış zəifliyinin, əzələ təqəllüsünün və yığılmalarının pozulmasının, qonşu toxumalarda olan iltihab hesabına qida borusunun



Şəkil 8.13. Rentgenoqram. Kontrast maddənin sərbəst axınla mədəyə keçməsi.

divarında birləşdirici toxuma çarıqlarının yaranmasının rolu böyükdür.

Böyük divertikullarda hər qida qəbulu zamanı disfagiya yaranır, xəstə arxası üstə uzandıqda, divertikulun möhtəviyyatının qida borusuna, udlağa qayıtması zamanı ağızda üfunətli qoxu müşahidə olunur.

Rentgen-kontrast müayinə ilə divertikulun yeri, forması, ölçüləri, mənfəzində qida qalıqlarının olub-olmaması aşkarlanır.

Kiçikölçülü, kliniki təzahür etməyən divertikullar, təsadüfi rentgen-kontrast müayinəsi zamanı aşkarlanır (*şəkil 8.14*).

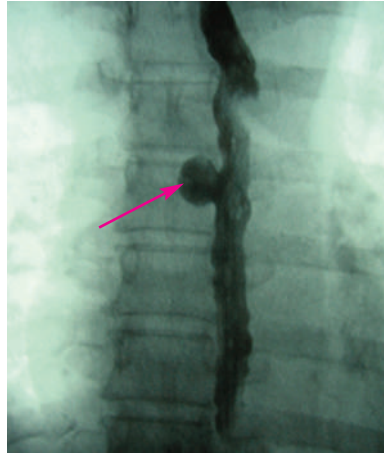
Ezofaqoskopiya vasitəsilə divertikulun boynu ilə qida borusunun mənfəzi arasında əlaqə daha aydın təyin edilir.

Böyükölçülü, boşalması çətin olan və qida qalıqlarını saxlayan divertikulların iltihablaşması və mediastinitə səbəb olma

ehtimalı çoxdur. Bəzən udulmuş yad cisimlər (*sümük, meyvə tumu və s.*) divertikula keçib, orada qala bilər.

Nadir hallarda qida borusunun dağılan şişləri divertikul kimi qəbul edilir, ancaq ezofaqoskopiya və biopsiya diaqnozu diferensiasiya edib dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Çox böyük olmayan divertikullara malik və cərrahi əməliyyata əks göstəriş sayılan xəstələrə kiçik tikələrin qəbulu, qidani tam çeynəmək və qida qəbulundan sonra maye içmək məsləhət görülür. Cərrahi əməliyyata əks



*Şəkil 8.14. Rentgenoqram.
Kiçikölçülü divertikul.*

göstəriş olduqda yatmazdan əvvəl xəstələr münasib vəziyyət alaraq divertikulu boşaltmağa cəhd göstərməlidirlər.

Böyükölçülü, kiçikboyunlu, aşağı sallanan, boşalması çətin olan, uzun müddət qida qalıqları saxlayan divertikullar cərrahi müalicəyə göstərişdir.

Cərrahi kəsik boyun və döş divertikullarının yerləşdikləri səviyyəyə uyğun seçilir. Divertikul kisəsi ətraf toxumalardan aralanır, qida borusunun divarı səviyyəsində kəsilib xaric edilir. Selikli qişa və əzələ qişaları ayrılıqda fasiləli tikişlə qapanır.

IX FƏSİL

QIDA BORUSU-MƏDƏ KEÇİDİNİN SINİR-ƏZƏLƏ MƏNŞƏLİ XRONİKİ KEÇMƏZLİYİ (KARDİYANIN AXALAZİYASI)

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralması (*kardiyanın axalaziyası*) qida borusu xəstəlikləri arasında 3-20% hallarda təsadüf olunur. Xəstəlik ilk dəfə 1679-cu ildə *Tomas Villis* tərəfindən təsvir edilib.

Achalasis – yunan sözü olub (*a* – inkar, *chalis* – boşalma) qida borusu-mədə keçidinin udma refleksinə müvafiq açılmaması və qəbul edilmiş qidanın üçüncü anatomik daralmadan yuxarıda yubanmasıdır.

Xəstəliyə – “*qida borusunun idiomatik gəngəməsi*”, “*kardiospazm*”, “*qida borusunun axalaziyası*”, “*kardiyanın axalaziyası*” kimi müxtəlif adların verilməsi göstərir ki, onun əsas səbəbi hələlik tam aydınlaşdırılmamışdır.

Kardiospazm zamanı qida borusu-mədə (*aşağı məngənə*) keçidindən yuxarıda mənfəzdaxili təzyiq 20 mm c.s (*normada 10±3 mm c.s.-na bərabərdir*) qədər artır. Xəstəliyin başlanğıcında qida borusu divarının qida möhtəviyyatını aşağı itələməsi güclü olur. Bu zaman azan sinirin arxa vegetativ-parasimpatik nüvəsinin qanqliondansonrakı (*postqanqlionar*) liflərində degenerativ, distrofik dəyişikliklər tapılır. Bu dəyişikliklər auerbox kələfinin qanqliondansonrakı intramural neyronlarında az olur. Mərkəzi innervasiyanın pozulması ilə əlaqədar kardiospazmda qida borusunun aşağı məngənəsinin sayə əzələləri öz fizioloji tənzimləyicisi – gastrinin təsirinə daha həssas olur və bu zaman qida borusu-mədə keçidində sıxılma müşahidə olunur.

Kardiyanın axalaziyasında isə degenerativ, distrofik dəyişikliklər qanqliondansonrakı neyronlarda güclü olduğu üçün udma aktına müvafiq qida borusu-mədə keçidinin

açılma refleksi itir. Səya əzələlərin qastrinə yüksək həssaslığının yaranmasına şərait olmur.

Beləliklə, kardiospazmla axalaziyanın arasındakı fərqi əsas səbəbi parasimpatik sistemin müxtəlif səviyyələrdə zədələnməsi və bunun müqabilində qida borusunun aşağı mənqənəsinin səya əzələlərinin öz fizioloji-hormonal tənzimləyicisi olan qastrinə həssaslığının pozulması ilə əlaqədardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, qida borusunun peristaltik hərəkətliliyi və aşağı daralmanın udma aktına müvafiq açılma releksinin pozulması eyni vaxtda davam edən prosesdir.

Xəstəlik qəbul olunan qidanın qarınüstü nahiyədə yubanması, sonra isə mədəyə keçməsi ilə davam edir. Xəstəliyin davam müddəti uzandıqca, tədricən ağızdan selik axır və qusma yaranır. Adı rentgen-kontrast və endoskopiya müayinəsi ilə diaqnoz aşkarlanır.

Kliniki təzahürünə, rentgen və endoskopiya müayinələrinin nəticələrinə görə qida borusu-mədə keçidinin



sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyi 4 inkişaf dərəcəsinə bölünür:

I dərəcə – qida borusu-mədə keçidində vaxtaşırı funksional daralma qeyd edilir. Qida borusunun mənfəzində genəlmə olmur (*şəkil 9.1*). Qida borusunun diafraqma daralmasının (*mənqənənin*) açılma refleksi saxlanılır, ancaq qida borusunun hərəkətliliyi güclənir, bəzən hərəkəti pozulmalar yaranır.

II dərəcə – qida borusu-mədə keçidində daralma

Şəkil 9.1. Rentgenoqram. Sinir-əzələ keçməzliyinin 1-ci inkişaf dərəcəsi – diafraqma daralmasının (mənqənənin) açılma refleksi saxlanılıb.

daim olub ondan yuxarıda qida borusunun mənəfi nisbətən genəlir (şəkil 9.2). Məngənənin açılma refleksi itir.

III dərəcə – qida borusu-mədə keçidi nahiyəsinin boylama və halqavari əzələlərində fibroz-çarıq dəyişiklikləri və daralmadan yuxarıda qida borusunun mənəfinin xeyli genəlməsi ilə özünü büruzə verir (şəkil 9.3).

IV dərəcə – qida borusu-mədə keçidində daralma yaranır, qida borusunun mənəfi xeyli genəlir, divarı qalınlaşır, oxu əyilir, boşluğu qida qalığı ilə dolu olur (şəkil 9.4).

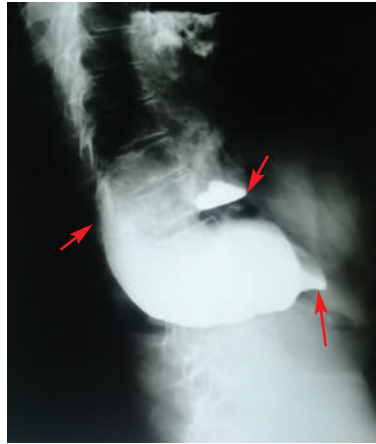
Qida borusu-mədə keçidinin sinir əzələ mənşəli daralması ilə bizim müşahidəmizdə (3-70 yaşda, 92 qadın, 58 kişi) 150 xəstə olub.



Şəkil 9.2. Rentgenoqram. Sinir-əzələ keçməzliyinin 2-ci inkişaf dərəcəsi.



Şəkil 9.3. Rentgenoqram. Sinir-əzələ keçməzliyinin 3-cü inkişaf dərəcəsi.



Şəkil 9.4. Rentgenoqram. Sinir-əzələ keçməzliyinin 4-cü inkişaf dərəcəsi.

Xəstəlik daha çox 31–40 yaşlarda aşkarlanır. Bu xəstəliyə qadınlar arasında kişilərlə müqayisədə 1,5 dəfə çox təsadüf olunur. Bu fərq, çox güman ki, qadınların emosional gərginliyə çox məruz qalmaları ilə əlaqədardır.

Bizim nəzarətimiz altında olan xəstələrdə xəstəliyin I inkişaf dərəcəsi – 30, II – 38, III – 47, IV – 35 xəstədə təyin edilib.

Xəstəliyin kliniki əlamətlərinə uyğun diaqnoz asanlıqla qoyulur. Bəzi hallarda xəstəliyin təzahürü aydın olmur, xəstələr uzun müddət tibbi yardıma müraciət etmir və yalnız ağırlaşmış hallarda, disfagiya gücləndikdə, bədən çəkisini xeyli itirdikdən sonra müraciət edirlər.

Xəstələr bizim klinikaya müxtəlif şikayətlərlə müraciət edib (*cədvəl 9.1*).

1-ci cədvəldən göründüyü kimi, xəstəliyin əsas kliniki əlamətləri disfagiya, qusma və ağrılardır. Tədricən bədən çəkisinin azalması, öskürək, ağızdan selik ifrazı, tənənfəslik, taxikardiya və s. təzahür edir. Xəstələrin böyük əksəriyyəti qida qəbulunun çətinləşməsinin səbəbini psixi gərginliklə (*qorxu, həyəcan, xidməti və ailə-məişət rahatsızlığı və s.*) əlaqələndirirlər.

Xəstəliyin əsas əlaməti qidanın ilişib qalması və mədəyə keçməməsidir. Qidanı mədəyə daha rahat keçirmək üçün bəzi xəstələr su içirlər və tikəni udduqdan sonra ayaq üstə qalxıb gəzirlər, yaxud bədənini vəziyyətini dəyişmək məcburiyyətində qalırlar. Bu vəziyyətə düşmüş xəstələr ümumi süfrə arxasında qidalanmadan çəkinir, yeməyi təklildə qəbul etməyə üstünlük verirlər.

Xəstəlik aylarla, illərlə davam edir. Xəstəliyin davam etmə müddəti 1 ilə qədər – 21, 1–5 il – 46, 6–10 il – 39, 11–15 il – 19, 16–20 il – 16; 21 ildən çox – 9 xəstədə rast gəlinib. Kliniki əlamətlər tədricən artdığı üçün xəstələr məcburiyyət qarşısında klinikaya müraciət ediblər.

Cədvəl 9.1

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinin kliniki əlamətləri

Xəstəliyin kliniki əlamətləri	%-lə
Disfagiya	
daimi	35,1
vaxtaşırı	60,4
Qusma	72,2
Döş sümüyü arxasında və xəncərəbənzər çıxıntının əsası nahiyəsində ağrı	65,2
Bədən çəkisinin azalması	61,1
Ağızdan selik ifrazı	45,8
Gecələr yuxunu pozan öskürək	30,5
Qida qəbulundan sonra tənənfəslik	23,6
Qida qəbulundan sonra ürəkdöyünmə	18,1
Ağızdan çürüntü iyi	12,5

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli dəri-almalarının müalicəsi *konservativ, mexaniki genəltmə* və *cərrahi* üsullarla aparılır.

Xəstəliyin I-II inkişaf mərhələlərində konservativ müalicəyə üstünlük verilməlidir.

Konservativ müalicə məqsədilə təyin edilən dərman maddələri əsasən sinir sisteminə təsir edərək əzələ tonusunu aşağı salır və qida borusu-mədə keçidinin boşalmasını asanlaşdırır. Ancaq keçidin sinir-əzələ toxu-

masında, cüzi də olsa, üzvi dəyişikliklər törəndikdə müalicə tədbirləri, demək olar ki, heç bir əhəmiyyət kəsb etmir.

Keçidin mexaniki genəldilməsi üsulu çoxdan məlumdur. İlk dəfə *Tomas Villis* 1679-cu ildə balina balığının bığcığından elastik çubuq düzəldib, qida borusuna yeritməklə keçidin genəldilməsinə nail olub. Üsulun əhəmiyyətini hiss edən xəstə 15 il ərzində özü hər gün çubuğu qida borusuna yeridib-çıxardıqdan sonra asanlıqla qida qəbul edib yaşamışdır. Sonralar daha təkmilləşdirilmiş (*metal, havalı, sulu*) genişləndiricilər təklif edilib və onlardan istifadə olunub.

Havalı genəldici ilə müalicə

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli darılması ilə bizim müşahidəmiz altında olan 150 xəstədən 43-də havalı genəldici ilə müalicə aparılıb. Havalı genəldici ilə kardiopnevmodilatasiya 10%-li lidokain məhlulunu udlağa çilədikdən sonra icra edilib.

Udlaqda toxunma hissiyyatı itdikdən sonra rentgen-contrast genəldicinin ucu xəstənin udlağına yeridilir və xəstə özü tədricən udma aktına müvafiq genəldicini qida borusuna yeridir. Sonra xəstə rentgen aparatı arxasına keçirilir, rentgenoskopıyanın nəzarəti ilə genəldici qida borusu-mədə keçidindən mədəyə yeridilir və onun orta hissəsi qida borusu-mədə keçidində yerləşdirilir (*şəkil 9.5*). *Riva-Roççi* aparatının manometri genəldicinin hava kanalı ilə birləşdirilir və balonun daxilinə hava qovulur. Rezin balon genişləndikcə xəstələr döş sümüyü arxasında və xəncərəbənzər çıxıntının əsası nahiyəsində güclü ağrı hissi olduğunu bildirirlər. Bu hissiyyət qida borusu-mədə keçidini tənzimləyən sinir uclarının qıçılınması ilə əlaqədar olub, genəldilmənin effektivini

göstərir. İlkin genəldilmə zamanı rezin balondakı təzyiq 160–200 mm c. s. səviyyəsinə qədər qaldırılır.

Xəstə rentgen aparatının arxasından çıxarılır və stula əyləşdirilir. 3–4 dəqiqədən sonra manometr hava aparən kanaldan alınır və qalığı hava öz axını ilə xaric olur. Genəldici qida borusundan xaric edil-



Şəkil 9.5. Rentgenoqram. Qida borusu-mədə keçidinə yerləşdirilən havalı genəldici.

dikdən sonra ağrı hissənin intensivliyi azalır və 20–30 dəqiqədən sonra tədricən keçir. Bununla qida borusu-mədə keçidinin ilkin genəldilməsi tamamlanır. Təkrari genəldilmə 2–3 gündən sonra icra edilir. Bu zaman rezin balondakı təzyiq 270–300 mm c. s. səviyyəsinə qədər qaldırılır (*şəkil 9.6*).

Müasir dövrdə kardiopnevmodilatasiya fibroendoskopun köməyi ilə aparılır. Endoskopun nəzarətilə genəldici qida borusu-mədə keçidinə yerləşdirilir və hava ilə doldurulur. Endoskopun köməyilə pnevmodilatasiya xəstələri rentgen şüa yükündən azad edilir.

İlk kardiopnevmodilatasiyanın tətbiqindən sonra xəstəliyin kliniki əlamətləri xeyli aradan qalxır və 3–5 genəldilmədən sonra öz effektivliyini göstərir. Xəstələrdə müalicədən əvvəlki kliniki əlamətlər: disfagiya, qusma aradan qalxır, bəzi xəstələr hətta qısa müddətdə bədən çəkisinin artdığını bildirirlər.



Şəkil 9.6. Kardiopnevmodilatator.

Qida borusu-mədə keçidinin I və II inkişaf dərəcəsində havalı genişləndirici ilə müalicə alan 43 xəstədən 39-da yaxşı, 2 xəstədə qənaətbəxş, 2-də isə qeyri-qənaətbəxş nəticə əldə edilib.

Bu xəstələrdə müalicədən sonra rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusu boyunca kontrast maddənin sərbəst axması və keçiddən asanlıqla mədəyə keçməsi qeyd olunub. Qida borusunun mənfəzinin ölçüləri xeyli kiçilib və mədənin qaz qovucucu aydın təyin edilibdir.

Müalicədən sonra müxtəlif vaxtlarda aparılan rentgen-kontrast müayinəsi göstərir ki, qida borusu-mədə keçidinin qidaötürmə qabiliyyətinin yaxşılaşmasına baxmayaraq, müayinə olunanların bir qisminə qida borusunun əzələ qişasının təqəllüsü və keçidin fizioloji fəaliyyəti tam bərpa olunmur.

Havalı genəldici ilə müalicə asan icra olunur. Bu zaman xəstəyə cərrahi xəsarət yetirilmir və ümumi konservativ müalicə fonunda əhəmiyyətli olub, fizioloji sayılır. Ona görə də xəstələrə ilkin olaraq bu müalicə üsulunun tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralmalarının I-II dərəcəsi olan xəstələrdə aparılan ilkin müayinə, müalicə və sonrakı müşahidə göstərir ki, xəstəliyin erkən inkişaf dərəcələrində keçidin havalı genəldici ilə müalicəsi daha effektiv və səmərəli olur.

Müşahidələrin tədqiqi göstərir ki, havalı genəldici ilə qida borusu-mədə keçidinin genəldilməsi simptomatik müalicə üsulu olub, qida qəbulunu asanlaşdırır, qusmanın dayanmasına səbəb olur, udma aktına müvafiq keçidin fizioloji fəaliyyəti bir qədər tənzimlənir.

Müalicədən bir müddət sonra qida qəbulunun çətinləşməsi, qusma baş verərsə, təkrar genəltmənin aparılması çətinlik törətmir və xəstənin ümumi vəziyyətinə müsbət təsir göstərir. Bəzi cərrahi üsulların icrasından sonra meydana çıxan fəsadların – qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığı və bunun nəticəsində reflüks ezofagitin törənməsi ehtimalı azalır.

Xəstəliyin III-IV inkişaf mərhələlərində, qida borusunun mənəfi xeyli genəldiyi, əyilib deformasiyaya uğradığı hallarda mexaniki genəldilmə az əhəmiyyətli və xeyli təhlükəli olur; təkrari cəhdlər fəsadlar (*qida borusunun cırılması, pnevmomediastinum və mediastinit*) törədə bilər. Pnevmonokardiodilatasiya aparılmış 43 xəstədən 1-də fəsad – qida borusunun deşilməsi, məhdud mediastinit törədib. Xəstəyə təcili cərrahi əməliyyat təklif olunub, ancaq xəstə əməliyyatdan imtina edərək, başqa ölkəyə gedib. Qeyd etmək lazımdır ki, hər dəfə mexaniki genəltmə aparılan zaman qida borusunun daralmış hissəsində selikliqışaaltı qatın kiçik damarlarının cırılması, toxumaarası qansızmaların yaranması keçiddə üzvi dəyişikliklərin baş verməsinə və keçməzliyin daha da güclənməsinə səbəb olur ki, bu da cərrahi müalicəyə göstəriş kimi dəyərləndirilir.

Havalı genəldicilərlə müalicə olunmuş 43 xəstədən 14-də 2-3 ildən sonra disfagiya gücləndiyi üçün onlarda cərrahi əməliyyat aparılıb.

Cərrahi müalicə

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli keçməzliyinin müalicəsi üçün çoxsaylı cərrahi üsullar təklif edilib. Bu əməliyyatlar 4 qrupa bölünür:

- qida borusunun genəlmiş döş hissəsində kəsiklər aparıb tikməklə qida borusunun mənfəzi daraldılır;
- sinirlərdə və diafraqma ayaqcıqlarında əməliyyatlar;
- qida borusu-mədə keçidinə yaxın nahiyələrdə əməliyyatlar;
- daralmış qida borusu-mədə keçidi nahiyəsində əməliyyatlar.

Təklif olunan bu əməliyyatlardan yalnız daralmış qida borusu-mədə keçidində aparılan əməliyyatlar daha önəmli sayılır. Digər əməliyyat növləri çox zədələyici və az əhəmiyyətli olduğu üçün demək olar ki, hazırda tətbiq edilmir.

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyini ləğv etmək üçün *J.Gottstein* (1901) orqanın selikli qişasının tamlığını pozmadan ezofaqokardiomiometriya əməliyyatı aparmaq fikrini irəli sürüb.

Bu əməliyyatı ilk dəfə *E.Heller* (1913) müvəffəqiyyətlə yerinə yetirib. Belə ki, o, qarın boşluğu açıldıqdan sonra qida borusunun daralmış hissəsinin ön və arxa divarlarının əzələ qatında selikli qişanın tamlığını pozmadan 8 sm uzunluğunda boylama kəsik aparıb. Sonralar bu əməliyyat xeyli təkmilləşdirilib və kəsik yalnız qida borusunun ön divarında aparılıb (*F.Zaayer*, 1923). Bu əməliyyat sonrakı illərdə bir çox klinikalarda geniş tətbiq edilib və xəstələrin 80-90%-i qida qəbulunun xeyli asanlaşdığını qeyd ediblər. Ancaq bu əməliyyatlardan

sonra xəstələrin 36–50%-də reflüks ezofagit, çapıq daralmalarının və disfagiyanın güclənməsi qeyd edilib. Zənnimizcə, bu fəsadlar daha çox əməliyyatın icrasındakı texniki qüsurlarla bağlı olub.

Cərrahi müalicə üsulu kimi qida borusu-mədə keçidinin rezeksiyası, keçidə toxunmadan qida borusu ilə mədənin dibi arasında anastomoz yaratmaq üsulları da təklif edilib, ancaq onların da nəticələri qeyri-qənaətbəxş olub.

Heller əməliyyatından sonra kardiomiotoz kəsiyinin defektini və selikli qişanın üstünü örtmək üçün diafraqma ayaqcığından, böyük piylikdən, mədənin divarından, alloplastik materiallardan istifadə olunub. Bu əməliyyatlardan sonra çox sayda residivlər müşahidə edilib.

XX əsrin 60-cı illərində keçmiş Sovetlər İttifaqında *B.V.Petrovski* əməkdaşları ilə (1956) birlikdə sol VI qabırğaarası kəsiklə *Heller* əməliyyatını təkmiləşdirib klinikada tətbiq ediblər. Qida borusu-mədə keçidinin daralmış hissəsi üzərində T-şəkilli miotom kəsiyi aparılıb, əzələ qatı xaric edilib, selikli qişa azad edildikdən sonra diafraqmanın sol kümbəzindən qida borusu-mədə keçidinin əzələ defektinə müvafiq ayaqcıq üzərində diafraqmanın bir hissəsi dilim şəklində kəsilib, çevrildikdən sonra əzələ defektinin kənarı boyunca tikilib və selikli qişanın üzəri örtülüb.

Suvorova A.T. (1969) həmin klinikada üsulu təkmiləşdirib, selikliqişaüstü əzələ defektini mədənin dibinin ön divarı ilə qapayıb.

Müşahidəmiz altında olan 150 xəstədən 107-də cərrahi müalicə aparılıb (*cədvəl 9.2*).

Cərrahi əməliyyata göstəriş əsaslandırıldıqdan sonra ona ümumi hazırlıq aparılır. Əməliyyat ərəfəsində vena daxilinə qlükoza, fizioloji – *Ringer* məhlulları, müxtəlif qanəvəzedicilər, vitaminlər və s. dərman maddələri ye-

Xəstəliyin inkişaf dərəcəsinə müvafiq olaraq
icra edilmiş əməliyyatlar

Cərrahi əməliyyatlar	Xəstəliyin inkişaf dərəcəsi			
	II	III	IV	cəmi
Bizim təklifimizlə ezofaqokardiomioto- miya və plastika	2	48	39	89
Ezofaqokardiomiotomiya – <i>A.T.Suvorova</i> üsulu ilə mədənin ön divarı hesabına plastika	2	3	3	8
Ezofaqokardiomiotomiya – <i>B.V.Petrovski</i> üsulu ilə diafraqmoplastika	1	2	1	4
Koloezofaqoplastika	–	–	2	2
Qastroezofaqoplastika	–	–	2	2
Ezofaqomiomektomiya	–	1	1	2
<i>Cəmi</i>	5	54	48	107

ridilir. Bir qayda olaraq, əməliyyata gedən xəstələrin qi-
da borusuna 2–3 gün ərzində mədə zondı yeridilir və
mənfəzindəki qida qalıqları xaric edildikdən sonra, fi-
zioloji məhlul, yaxud qaynadılmış su ilə yuyulub təmizlənilir.

Mübahisəli məsələlərdən biri də cərrahi kəsiyin se-
çilməsidir. Əməliyyat döş qəfəsi tərəfdən VI qabırğaarası
sahədə sol yan torakotomiya və yuxarı orta laparotom
kəsiklərlə icra oluna bilər.

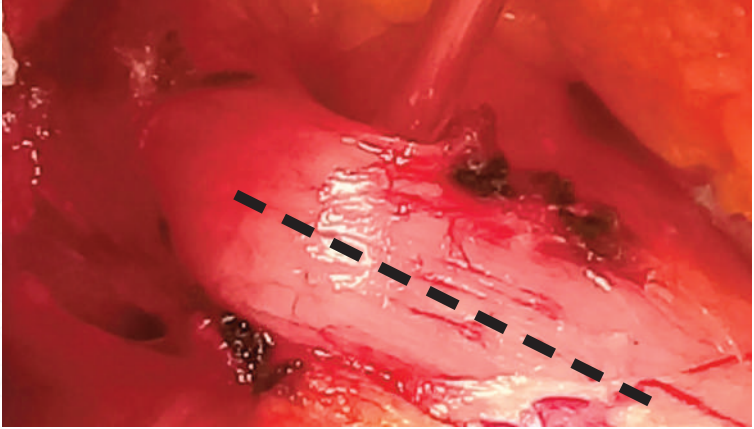
Kardiyanın axalaziyasının müalicəsi ilə məşğul olmağa başladığımız ilk dövrlərdə torakotom kəsiklə əməliyyata göstəriş xeyli geniş qoyulurdu. Bir neçə əməliyyatdan sonra biz bəzi mühüm səbəblərə görə bu kəsiklə diafraqmaplastika əməliyyatından imtina etdik. Birinci səbəb, mühüm fizioloji fəaliyyətə malik olan diafraqmanın müxtəlif istiqamətlərdə aparılan kəsiklərlə tamlığının pozulması şübhəsiz, onun normal işini məhdudlaşdırır. İkincisi isə diafraqmadan əsası vətər mərkəzinə yönəlmiş plastika üçün dilimin aralanması qidalandırıcı damarların və sinir liflərinin kəsilməsi ilə nəticələnir. Bu da gələcəkdə həmin plastik toxumanın çarıqlaşmasına, atrofiyasına və xəstəliyin yenidən təkrarlanmasına – residivə səbəb olur. *B.V.Petrovskinin* klinikasında bu əməliyyatın uzaq nəticələri öyrənilmiş və əməliyyatdan sonra xəstələrin əksəriyyətində residivin olduğu təsdiqlənmişdir. Müəllif özü də əməliyyata göstərişi xeyli məhdudlaşdırıb və sonradan bu əməliyyatdan imtina edib.

Mənim həkim kimi fəaliyyətə başladığım ETKETİ-nin döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsində kardiyanın axalaziyası ilə 12 xəstədə ilk əməliyyatlar *B.V.Petrovski* (4) və *A.T.Suvorova* (8) üsulları ilə soltərəfli torakotomiya kəsiyindən istifadə yolu ilə icra edilib. Bu kəsiklə əməliyyat keçirmiş xəstələrin bəzilərində residivlər müşahidə olunub.

Ezofaqokardiomiotomiyanın yaxın və uzaq nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədilə biz *Heller* üsulunu təkmilləşdirib tətbiq etməyə başladıq. Üsul aşağıdakı ardıcılıqla icra edilir. Əməliyyat soltərəfli torakotomiya kəsiyi ilə deyil, yuxarı orta laparotom kəsiklə aşağıdakı kimi yerinə yetirilir: qarın boşluğu yuxarı orta kəsiklə açıldıqdan sonra *Siqal* genişləndiriciləri vasitəsilə qabırğa qövsləri çəkilir və yara genişləndirilir. Qaraciyərin sol üçbucaq bağı kəsilir və sol pay qaraciyər güzgüsü ilə sağ tərəfə çəkilir. Bu zaman diafraqmanın

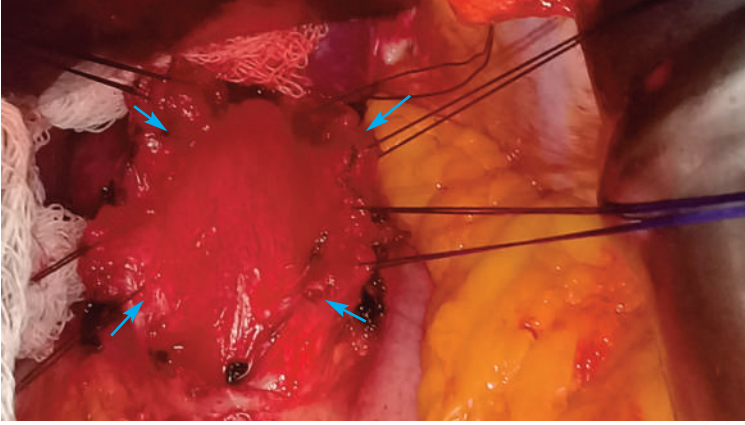
qida borusu dəliyinə geniş yanaşma yaranır. Onun üzərindəki periton örtüyü boylama açılır və hissəvi sagittal diafraqmotomiya aparılır. Sonra qida borusu-mədə keçidi ətraf toxumalardan aralanır və rezin tutqaca götürülür.

Azan sinirləri və keçidin selikli qişasını qorumaq şərtlə qida borusunun ön divarı üzərində əzələ qatı 8–10 sm uzunluğunda boylama istiqamətində kəsilir (şəkil 9.7). Əzələ qatı kəsiyinin kənarları hər iki tərəfdən böyük ehtiyatla selikli qişadan aralanır və hemostaz aparılır. Sonra mədənin girəcək hissəsinin seroz-əzələ qişası da 10–12 mm açılır. Selikli qişanı asan aralamaq və bu zaman onu zədələməmək üçün əzələ kəsiyinin kənarlarına tutqac tikişlər qoyulur və yan tərəflərə çəkilir (şəkil 9.8).



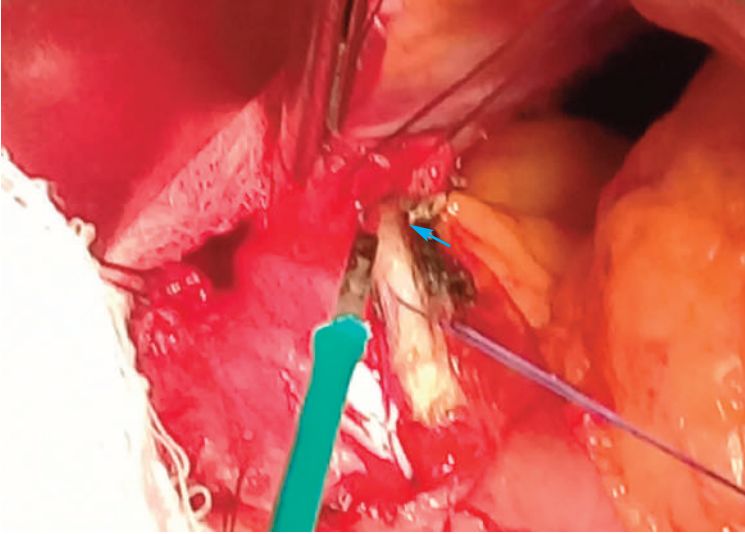
Şəkil 9.7. Daralmaya məruz qalmış qida borusu-mədə keçidi ətraf toxumalardan aralanıb və rezin tutqaca götürülüb. Fasiləli xətt boyunca kəsiklə əzələ qatı açılır

Ezofaqokardiomiometriyadan sonra xəstəliyin residiv vermə səbəblərindən biri də qida borusu-mədə keçidinin kəsilməmiş əzələ liflərinin yenidən bitişməsi və kəsik



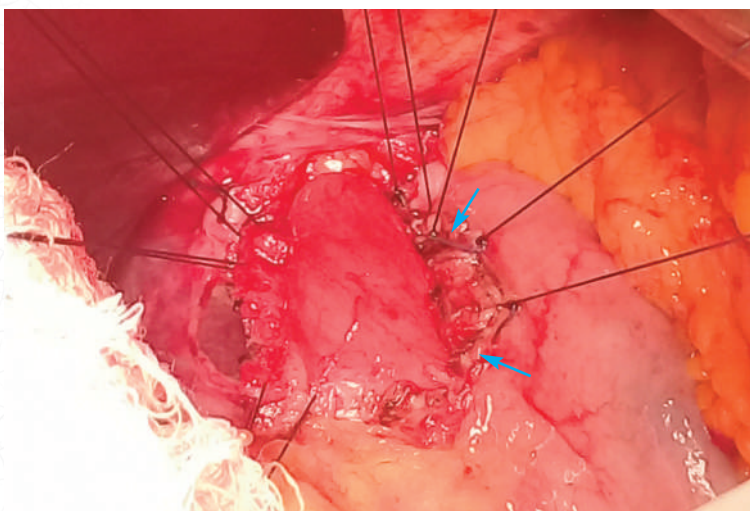
Şəkil 9.8. Qida borusu-mədə keçidinin əzələ qişası selikliqişa-üstü boylama açılıb və hər iki tərəfdən tikişlərə götürülüb.

boyunca çapıq toxumanın inkişaf etməsidir. Bu səbəbi aradan qaldırmaq üçün biz keçidin əzələ qatını His bucağı tərəfdən 5–7 mm enində boylama istiqamətdə kəsib xaric edirik (*şəkil 9.9*).



Şəkil 9.9. Keçidin əzələ qişasının His bucağı tərəfdən boylama kəsilməsi.

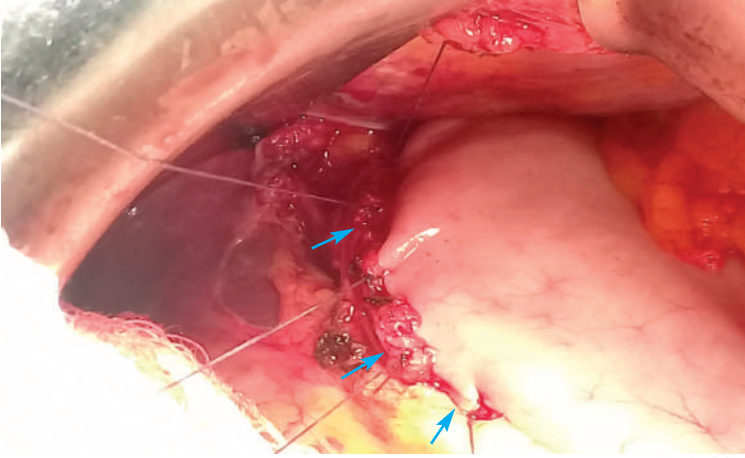
Bu zaman kəsilmiş əzələ lifləri arasındakı diastaz bir qədər də artır və keçidin üzərində 8,0–10,0 x 1,5–2,5 sm ölçüdə əzələ defekti əmələ gəlir. Sonra əzələ defektinin kənarı boyunca mədə dibinin ön divarı fasiləli seroz-əzələ tikişləri ilə tikilir. İlk tikişlər əzələ defektinin aşağı hissəsindən başlayaraq *His bucağı* tərəfdən yuxarı, əzələ kəsiyinin zirvəsinə qədər qoyulur (*şəkil 9.10*), sonra isə həmin qayda ilə ezofaqomiotom kəsiyin əks divarı boyunca enən istiqamətdə tikilir (*şəkil 9.11*).



Şəkil 9.10. Mədənin dibinin seroz örtüyünün qida borusu-mədə keçidi üzərində əmələ gələn əzələ defektinin sol kənarının tikilməsi.

Əməliyyatın texniki icrası çətinlik törətmir. Əməliyyatdan 2–3 gün sonra sərbəst və rahat qida qəbulu xəstələrdə onların sağalmalarına böyük inam və əminlik yaradır.

Təklif olunan üsul tərəfimizdən 89 xəstəyə tətbiq edilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixini nümunə kimi veririk:



Şəkil 9.11. Plastikanın yekun mərhələsi – mədənin seroz örtüyü əzələ divarının sağ kənarına tikilib.

57 yaşlı xəstə (qadın) D. 15.11.2017-ci il tarixində qidanı uda bilməməsi, qusma, çəkinin itirilməsi, halsızlıq şikayətləri ilə klinikaya daxil olub.

Onun dediyinə görə 3 ildir özünü xəstə hiss edir. Son 3 ayda qida qəbulu çətinləşdiyi və çəkisi azaldığı üçün klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən ümumi vəziyyəti kafi olub.

Dəri və selikli qişaları bir qədər avazımışdır. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 130/85 mm c. s., nəbzın dəqiqəlik sayı 77 vuruğudur. Dili nəmdir, qarnı yumşaq və ağrısızdır. EKQ-də miokarda mülayim dəyişiklik qeyd edilir.

Rentgen müayinəsi zamanı qəbul edilən barium horrasının qida borusu-mədə keçidində ləngiməsi və nazik axınla mədəyə keçməsi müşahidə olunur. Qida borusunun mənfəzi həmin nahiyədə 3 sm-ə qədər genəlib və daxilində qida qalıqlarının olması qeyd edilir.

Ezofaqoqastroskopiya zamanı qeyd edilir ki, qida borusunun mənfəzi genəlib, selikli qişası avazımışdır. Qida



Şəkil 9.12. Rentgenoqram. Mənfəzi xeyli genələn və boylama oxu əylən qida borusu. Daralmış qida borusu-mədə keçidindən kontrast maddənin nazik axınla süzülməsi.

borusu-mədə keçidi qapalıdır. Bu nahiyənin selikli qişası bükülmüşdür. Endoskop asanlıqla mədəyə keçir. Mədənin selikli qişası avazılmışdır.

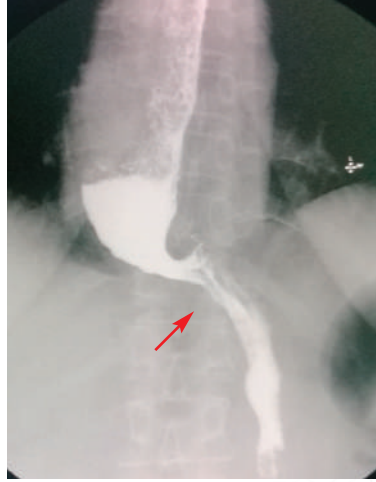
Kliniki, rentgen və endoskopik müayinələr əsasında xəstədə qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralmasının III inkişaf dərəcəsi aşkarlanıb və cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib (şəkil 9.12).

Cərrahi əməliyyat- 15.11.2017-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Sagital diafraqmotomiya aparıldıqdan sonra qida borusunun abdominal və mədənin daralmış kardial his-

səsi aralanıb tutqaca götürülüb.

Təklif etdiyimiz təkmilləşdirilmiş Heller üsulu ilə qida borusunun daralmış divarı üzərində boylama kəsiklə boylama və halqavari əzələ qatı lifləri selikli qişaya qədər aralanıb. Əzələ kəsiyi yuxarıda qida borusunun genəlmis hissəsinə və aşağıda mədənin seroz örtüyünə qədər 8 sm uzunluğunda aparılıb. Bütün kəsik boyunca ehtiyatla, tamlığı pozulmadan selikli qişə əzələ qatından aralanıb. Aralanmış əzələ qatı sol tərəfdən bütün kəsik boyunca 10 mm enində rezeksiya edilib, selikli qişanın üstü geniş sahədə açılıb. Tənəffüs hərəkətlərinə uyğun olaraq bütün kəsik boyunca üzəri geniş açılmış selikli qişə asanlıqla qabarmağa başlayıb. Mədənin dibinin seroz qişası kəsik boyu sol tərəfdən əzələ defektinin kənarına tikilib. Əzələ kəsinin zirvəsindən başlayaraq seroz qişə kəsik boyu

sağ divara da tikilərək selikli qişanın üstü örtülüb. Nazoqastral zond mədəyə yeridilib və qarın yarası tikilib. Əməliyyatdan 48 saat sonra xəstə asanlıqla qida qəbuluna başlayıb və evə yazılıb. Əməliyyatdan 1 il sonra yaşayış keyfiyyəti xeyli yaxşılaşıb və istədiyi qidanı rahat qəbul edib.



Şəkil 9.13. Rentgenoqram. Əməliyyatdan sonra kontrast maddə keçiddən sərbəst şəkildə mədəyə axır.

Qida borusunun rentgen müayinəsində kontrast maddənin mədəyə axını aydın görünür (şəkil 9.13).

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli

daralmalarında bütün əməliyyatların əsasında Heller üsulu ilə ezofaqokardiomiomiya dayanır. Təklif olunan yeniliklər isə Heller əməliyyatının nəticələrini yaxşılaşdırmaq məqsədi daşıyır.

Əməliyyat zamanı meydana çıxan, onun davamiyyətini uzadan və fəsadların yaranmasına səbəb olan ağırlaşma selikli qişanın zədələnməsidir. Əzələ qişasının selikli qişa və selikliqişaaltı əsasdan aralanması zamanı tələsmək, ehtiyatsız davranış selikli qişanın tamlığının pozulmasına, bu da öz növbəsində ətraf toxumaların infeksiyalaşmasına və irinli iltihabın törənməsinə səbəb ola bilər. 89 xəstədən 2-də cərrahi əməliyyat zamanı selikli qişa zədələnməmiş və həmin nahiyyə bütün hallarda nazik iynələrlə köndələn istiqamətdə tikildikdən sonra tamlığı bərpa olunub.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə fəsad olmadıqda müalicə yüngül keçir. Mədədə saxlanılan zondla mədə möhtəviyyəti

24 saat ərzində xaric edilir. Bu müddət ərzində ağızdan maye və qida qəbulu dayandırılır. Vena daxilinə izo- və hipertonik məhlullar, müxtəlif qanəvəzedicilər, antibiotiklər köçürülür. Əməliyyatdan 48 saat sonra bişmiş ət suyu, şirin çay, mineral sular, şirələr təyin edilir. Xəstəyə oturmağa icazə verilir. O aktivləşir və palatada gəzişir. Növbəti günlərdə xəstəyə suda bişmiş ət xörəkləri, yumşaq çörək verilir. Əməliyyatdan 4–5 gün sonra xəstələr istədikləri qidanı qəbul edir və evə yazılırlar. Evə yazılmazdan əvvəl bütün xəstələrdə, bir qayda olaraq, rentgenkontrast müayinəsi aparılır və qida borusunun, keçidin, mədənin selikli qişasının vəziyyəti aydınlaşdırılır. Qida borusu-mədə keçidindən duru və qatı barium-sulfat horrasının axın sürətinə, mədənin qaz qovucuğunun olub-olmamasına, onun ölçülərinə, konturlarına xüsusi fikir verilir.

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli dərəlmələrində:

- konservativ və havalı genəldicilərlə müalicənin əhəmiyyətsizliyi və disfagiyanın yenidən başlanması;
- keçirilmiş ilkin əməliyyatlardan sonra residivlərin yaranması;
- illərlə davam edən bədən çəkisinin azalması və əmək fəaliyyətinin pozulması ilə müşayiət olunan xroniki keçməzliliklər cərrahi əməliyyata göstərişdir.

Havalı genəldici ilə təkrari genəlmədən sonra 14 xəstədə aparılan müalicənin nəticəsi qənaətbəxş olmadığı üçün onlarda cərrahi əməliyyat aparılıb.

Həmin xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi diqqətə çatdırırıq.

162

20 yaşlı xəstə (qadın) M. xəstəlik tarixi № 08/2, 02.01.1995-ci il tarixində ETKECİ döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə döş sümüyü arxasında ağrılar, disfagiya, qusma, arıqlama və ümumi zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Xəstənin verdiyi məlu-

mata görə, iki ildir ki, özünü xəstə hiss edir. Daxil olarkən ümumi vəziyyəti kafi olub. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, nəbzi ritmik, dəqiqədə 74 vuruğudur. A/T - 120/80 mm c. s. həddində olub. Dili ərpəlidir, nəmdir. Qarnı yumşaq, epigastral nahiyə palpasiyada zəif ağrılıdır. Defekasiya aktı və sidik ifrazı sərbəstdir.

Rentgenoloji müayinədə qida borusunun mənfəzində çoxlu miqdarda qida qalığı və selik qeyd edilir. Qida borusu-mədə keçidi daralmış, keçiddən yuxarıda qida borusunun mənfəzi 4-5 sm məsafədə eninə genəlmişdir. Kontrast maddə az miqdarda və kiçik paylarla mədəyə keçə bilir. Mədənin tağında qaz qovucuğu görünür.

Diaqnoz: Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinin III inkişaf dərəcəsi təyin edilib.

Diaqnoz təsdiq edildikdən sonra havalı genəldici ilə gün-aşırı 5 dəfə genəltmə aparılıb və bununla da müalicə kursu başa çatdırılıb. Müalicədən sonra qida qəbulu ağrısız, sərbəst olmuş, qusma isə dayanmışdır. Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb, ancaq 3 ay sonra xəstəliyin kliniki əlamətləri daha ağır formada təkrarlandığı üçün klinikaya müraciət edib. 24.03.1995-ci il tarixində o, yenidən xəstəxanaya qəbul edilib.

Rentgen müayinədə qida borusunun döş hissəsi xeyli genəlib, mənfəzində qida və selik durğunluğu müşahidə olunur. Qida borusu-mədə keçidi bağlıdır, kontrast maddə mədəyə keçmir. Mədənin tağında qaz qovucuğu görünür (şəkil 9.14, a).

Kliniki əlamətlərin təkrarlanması ilə əlaqədar xəstəyə cərrahi əməliyyat və yaxud yenidən qida borusu-mədə keçidinin genəldilməsi təklif olunub. Ancaq xəstə bundan qəti imtina edib və cərrahi əməliyyata razılıq verib.

Cərrahi əməliyyat – 27.03.1995-ci il tarixində yuxarı orta kəsiklə qarın boşluğu açıldıqdan sonra qaraciyərin sol üçbucaq bağı kəsilib və sol pay qaraciyər güzgüsü ilə sağa çəkilib. Diafraqmanın qida borusu dəliyi səviyyəsin-

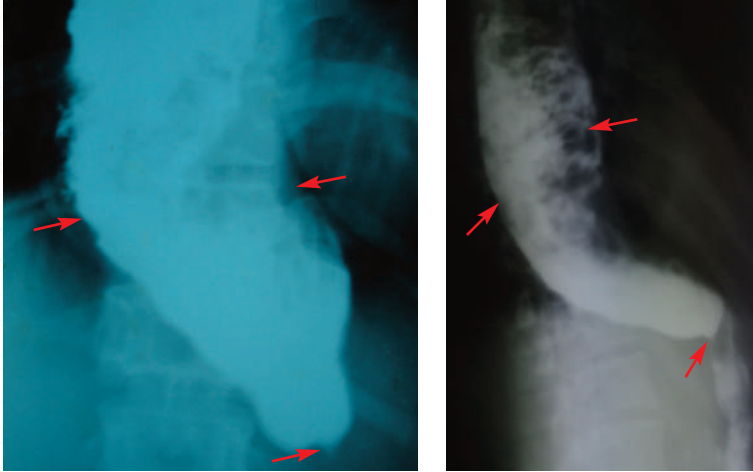
də periton örtüyü və diafraqma sagital istiqamətdə kəsilib. Təklif olunan üsulla ezofaqokardiotomiya və mədənin dibi ilə əzələ defektinin üstü örtülüb.

Qarın boşluğu drenaj edildikdən sonra yara qat-qat tikilib. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib, 48 saatdan sonra xəstə mayelər qəbul etməyə başlayıb. Növbəti günlərdə qida qəbulu sərbəst, ağrısız olub, xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Sonrakı müşahidə və müraciət zamanı xəstə özünü yaxşı hiss etdiyini bildirib. 5 ildir ki, nəzarətimiz altında olmuşdur. Şikayətləri yoxdur. Əməliyyatdan 3 il sonra qida borusunun kontrast-rentgen müayinəsi aparılıb.

Rentgen müayinəsi zamanı kontrast maddənin mədəyə axını sürətlidir. Qida borusunun ölçüləri bir qədər kiçilib (şəkil 9.14, b).

Bu nümunədən görüldüyü kimi, qida borusu-mədə keçidinin genəldilməsindən sonra qısa müddət ərzində



a

b

Şəkil 9.14. Rentgenoqram. a) qida borusunun eninə ölçüləri xeyli genəlib, kontrast maddə mədəyə axmır; b) həmin xəstənin əməliyyatdan 3 il sonrakı rentgen şəkli. Qida borusunun ölçüləri kiçilib. Keçidin fəaliyyətini isə qənaətbəx hesab etmək olar.

xəstəliyin kliniki əlamətləri təkrarlanarsa, cərrahi müalicə aparılması daha məqsədəuyğun sayılmalıdır.

Digər klinikalarda əməliyyat keçirmiş 6 xəstə bizim klinikaya qida borusu-mədə keçidinin daralmasının residivi ilə daxil olub. Bu xəstələr üzərində bizim təkmilləşdirdiyimiz üsulla təkrari əməliyyat aparılıb.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

23 yaşında xəstə Ə. (oğlan) xəstəlik tarixi №1863, 14.04.1994-cü il tarixində klinikaya disfagiya, ümumi zəiflik, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə daxil olub. Uşaqlıqdan xəstədir. 1983-cü ildə 12 yaşında ikən uşaq cərrahlığı klinikasında qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinə görə B.V.Petrovskinin təklif etdiyi üsul ilə cərrahi əməliyyata məruz qalıb. 6-7 il şikayəti olmayıb. Son 3-4 ildə yeməyin çətin keçməsi və qusma baş vermiş, bu əlamətlər tədricən güclənmişdir. Klinikaya daxil olarkən ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Dəri örtükləri quru, nisbətən solğundur. Dili nəm, ərpilidir. Döş qəfəsinin sol yarısında əməliyyatdansonrakı çapıq qeyd olunur. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, nəbzi 88 vurğudur. A/T-100-60 mm c. s. həddindədir. Defekasiya hər 2-3 gündən bir olur.

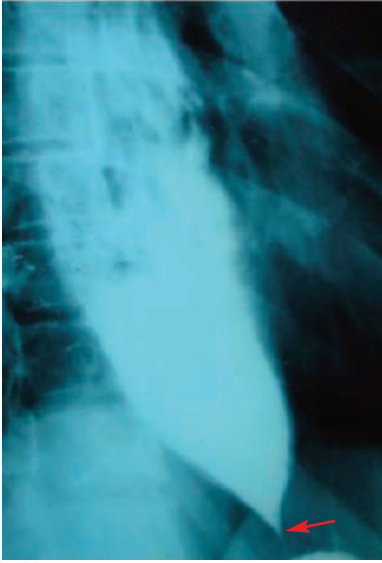
EKG – miokardın diffuz distrofik dəyişiklikləri fonunda zirvənin qidalanmasının zəifləməsi qeyd edilir.

Rentgen müayinə – qida borusunun mənəfəzi genəlib, kontrast maddə mədəyə zəif axınla keçir. Mədənin tağında qaz qovuqucuğu görünür (şəkil 9.15).

Ezofaqoskopiya – qida borusunun mənəfəzi genəlib, selik və qida qalıqları ilə doludur. Endoskopun ucu mədəyə çətinliklə keçir. Mədədə çoxlu selik qeyd olunur.

Diaqnoz – Kardiyanın III dərəcəli residiv axialaziyası. Cərrahi əməliyyat – 17.04.1994-cü il tarixində:

yuxarı orta kəsiklə qarın boşluğu açıldı və təftiş zamanı diafraqmanın qida borusu dəliyinin çapıqlaşması hesabına



Şəkil 9.15. Rentgenoqram. Qida borusu-mədə keçidinin əməliyyatdan sonra təkrar daralması.

zamanı selikli qişanı qorumaq mümkün oldu və tərəfimizdən təklif edilən üsul ilə cərrahi müdaxilə uğurla tamamlandı. Əməliyyatdan sonra rahat qida qəbulu bərpa olunub, xəstə evə yazılıb. O, 5 il ərzində nəzarətdə saxlanılıb. Şikayəti olmayıb. Özünü sağlam hesab edib. Vaxtaşırı müayinəyə cəlb olunub. Əməliyyatdan 5 il sonra aparılan rentgen-kontrast müayinəsində keçidin ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı kontrast maddənin mədəyə axını sürətlidir, daralma qeyd edilmir, qida borusunun ölçüləri kiçilibdir (şəkil 9.16).

Bu nümunədən görüldüyü kimi, xəstəliyin təkrarlanmasının səbəbi əməliyyatın gedişində buraxılan texniki səhvlər: ezofaqokardiomiyanın kiçik və diafraqma parçasının damar ayaqcığının yararsızlığı, onun qan dövrəsinin pozulması, deformasiyası və çapıqlaşması ilə əlaqədardır.

deformasiyaya uğraması aşkarlandı. İlk əməliyyat zamanı plastik material üçün istifadə olunan diafraqma dilimi atrofiyalaşmış və çapıq toxuma ilə əvəzlənib. Çapıq toxuma böyük texniki çətinliklə xaric edildikdən sonra qida borusu-mədə keçidi üzərində 8-10 sm uzunluğunda boylama ezofaqokardiomiya aparıldı. Baxmayaraq ki, çapıqlaşma nahiyəsində toxumaların ayrı-ayrı təbəqələrinə düşmək çox çətinidir və bu vəziyyətdə selikli qişanın da açılması ehtimalı çox yüksək idi. Əməliyyat

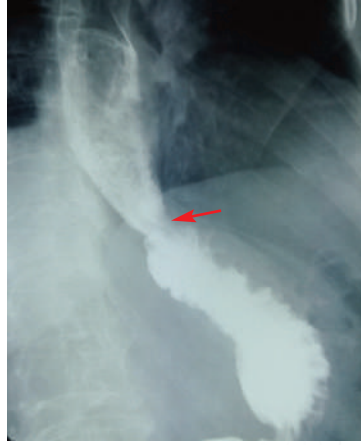
Xəstəliyin residivi olan hallarda çapıq toxumanın içərisində qida borusunun selikli qişasını seçmək çox çətin olur və bəzən selikli qişa zədələnin. Zədələnmiş selikli qişa mütləq tikilməlidir.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarış nümunə kimi təqdim edilir.

70 yaşlı xəstə (kişi) Ə. 03.03.1997-ci il tarixində klinikaya disfagiya, döş sümüyü arxasındakı ağrılar,

arıqlama, qusma, ümumi zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. 25 ildir özünü xəstə hesab edir. 1973-cü ildə kardiyanın axalaziyası diaqnozu ilə başqa klinikada cərrahi müalicəyə məruz qalıb. Soltərəfli torakotomiya kəsiyi ilə ezofaqokardiomiometriya və əzələ defektinin B.V.Petrovskinin təklif etdiyi üsulla ayaqcıq üzərində diafraqma toxuması ilə plastikası aparılıb. Əməliyyatdan sonra bir neçə il şikayətləri azalmış, özünü nisbətən yaxşı hiss etmişdir. Son 10 ildə yenidən disfagiya və qusma başlayıb, bədən çəkisini xeyli itirib. Klinikaya daxil olarkən ümumi vəziyyəti orta ağırlıqda, dəri və görünən selikli qişaları solğun olub. Döş qəfəsinin sol yarısında VI qabırğaarası nahiyədə önyan torakotomiya kəsinin çapığı qeyd edilir. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, nəbzi ritmik, dəqiqəlik sayı 82 vurğudur. A/T-100/70 mm c. s. həddindədir. Dili nəmdir, qarnı yumşaqdır. Stul hər 5–6 gündən bir olur. Diurez normaldır.

Qanın ümumi analizi: Hb – 80 q/l, erit. – $2,8 \times 10^{12}$ /l, leyk. – $9,9 \times 10^9$ /l, EÇS – 30mm/saat.



Şəkil 9.16. Rentgenoqram. Ötürücülüü bərpa olunan qida borusu-mədə keçdi.

Endoskopiya müayinəsi: qida borusunun mənfəzi bütövlükdə genəlmiş, qida qalıqları və seliklə doludur. Divarı deformasiyaya uğramış, iltihabi prosesin hesabına çatlar qeyd olunur. Qida borusu-mədə keçidi bağlıdır. Güclü təzyiqlə fibroskop mədəyə yeridildi. Mədədə çoxlu miqdarda selik qeyd olunur.



Şəkil 9.17. Rentgenoqram. Mənfəzi bağlı olan qida borusu-mədə keçidi.

Rentgen kontrast müayinə – qida borusunun mənfəzi genişdir, seliklə doludur, deformasiyaya uğramışdır, kontrast maddə mədəyə zəif axır. Mədənin tağında qaz qovucuğu görünmür (şəkil 9.17).

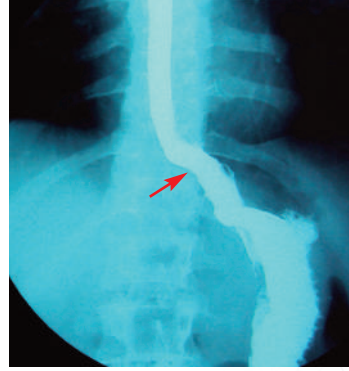
Diaqnoz: Kardiyanın IV dərəcəli residiv axalaziyası.

Qida borusunun atonik vəziyyətini, onun divarının, xüsusən, qida borusu-mədə keçidinin

deformasiyaya uğraması, xəstəliyin IV inkişaf dərəcəsi nəzərə alınaraq onun havalı genəldici ilə müalicəsi təhlükəli və əhəmiyyətsiz sayılıb, cərrahi əməliyyat məsləhət görülüb.

Cərrahi əməliyyat – 12.03.1997-ci il tarixində yuxarı orta kəsiklə qarın boşluğu açılıb, qaraciyərin sol üçbucaq bağı kəsildikdən sonra sagital diafraqmotomiya aparılıb. Bu zaman məlum olub ki, qida borusu-mədə keçidi onu əhatə edən fibroz toxuma hesabına deformasiyaya məruz qalıb, öz anatomik quruluşunu dəyişib. Keçmişdə plastika üçün istifadə olunan diafraqma dilimi tam çapıqlaşmış və qida borusu-mədə keçidi ilə birlikdə çətin fərqlənən toxuma

əmələ gəlib. Qida borusu böyük texniki çətinliklə ətraf toxumalardan və diafraqmadan ayrılıb. Qida borusu-mədə keçidi əldə edildikdən sonra boylama ezofaqokardiomyotomiya və keçidin təklif etdiyimiz üsulla plastikası aparılıb. Əməliyyat zamanı selikli qişanın tamlığı pozulub və yaranmış qüsur nazik iynə vasitəsilə bərpa olunub. Qarın boşluğu qurudulub, drenaj edildikdən sonra yara tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız olub. Sərbəst, ağrısız qida qəbulu təmin edilib. 25.03.1997-ci il tarixində xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb. Xəstə nəzarətimizdə olub. Şikayətləri olmayıb. Əməliyyatdan 2 il sonra aparılan rentgen müayinəsi zamanı aşkarlanıb ki, qida borusunun en ölçüləri xeyli kiçilib. Qida borusu-mədə keçidinin fəaliyyəti qənaətbəxş hesab olunub (şəkil 9.18).



Şəkil 9.18. Rentgenoqram. Kontrast maddənin geniş axınla mədəyə keçməsi və ölçüləri kiçilmiş qida borusu.

Xəstəliyin əməliyyatdansonrakı residivində bizim təklif etdiyimiz üsulla bərpa daha münasib sayılır.

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyində aparılan əməliyyatlardan sonra qida borusu bir orqan kimi öz quruluşunu və fizioloji fəaliyyətini itirir, xeyli genişlənir və qonşu orqanları sıxır. Keçidin divarında quruluş dəyişikliyi meydana çıxır.

Bizim müşahidəmizdə olan və əvvəllər digər klinikalarda cərrahi əməliyyata məruz qalan xəstələrdən 2-də ilkin əməliyyatdan sonra residiv baş verib. Qida borusunun xeyli genəlməsi, fəaliyyətini itirməsi ilə əlaqədar bu xəstələrdə daha radikal əməliyyat-qida borusunun xaric edilməsi və koloezofaqoplastika əməliyyatı aparılıb.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

24 yaşlı xəstə (oğlan) İ. 13.02.2006-cı il tarixində Kliniki Tibbi Mərkəzə disfagiya, döş sümüyü arxasında ağrılar, vaxtaşırı qusma, arıqlama, ümumi zəiflik şikayətləri ilə daxil olub.

Xəstənin dediyinə görə, 10 ildir ki, xəstədir. Konservativ müalicə alıb. Yeməyin çətin keçməsi ilə əlaqədar 2004-cü ilin fevral ayında Moskvaya gedib və B.V.Petrovski adına Rusiya Elmi Cərrahlıq Mərkəzinə müraciət edib. Orada xəstəyə Heller əməliyyatı və fundoplikasiya icra edilib. Qısa müddətdən sonra xəstədə udma yenə də çətinləşib, vaxtaşırı qusmalar başlayıb. Vəziyyətində yaxşılaşma olmadığı üçün bizim klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Boyca hündür olan xəstənin dərialtı piy toxuması zəif inkişaf edib.

Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir, ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 110/70 mm c. s., nəbz-in dəqiqəlik sayı 80 vuruğudur. Dili nəm, təmizdir. Qarnının ön divarında orta xətt boyunca əməliyyatdan sonrakı çapıq təyin edilir. Qarnı yumşaq, ağrısızdır. Həftədə 1 dəfə defekasiya olur.

Rentgen müayinə – ağciyərlər patologiyasızdır. Orta divarın kölgəliyi sağa doğru genəlibdir (qida borusu hesabına). Ağızdan qəbul edilən bariüm məhlulu xeyli dərəcədə genəlmiş və selik, qida qalıqları ilə dolu olan qida borusunun yuxarı döş hissəsindən diafraqmaya qədər ölçüsünün böyüdüyünü və əyildiyini göstərir (şəkil 9.19).

Kompüter müayinəsində qida borusunun mənfəzinin qida qalıqları ilə dolması aşkar görünür (şəkil 9.20).

Qida borusunun divarı xeyli nazıqlaşmış və əzələ təqəllüsü nəzərə çarpmır. Qida borusu-mədə keçidi konusabənzər şəkildə daralıb, kontrast maddə az miqdarda mədəyə vaxtaşırı olaraq daxil olur. Mədə hipotonikdir, divar

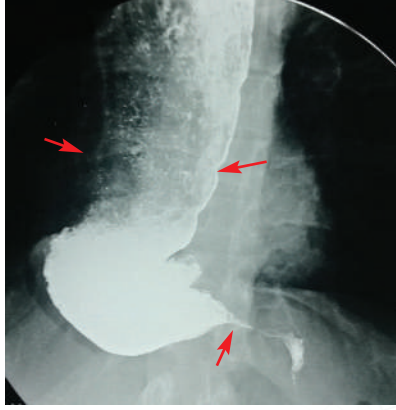
təqəllüsü zəifdir. Kontrast maddə az miqdarda 12-barmaq bağırsağa axır. EKQ normaldır.

Aparılan konservativ və cərrahi müalicənin əhəmiyyətsizliyi, disfagiyanın güclənməsi, qida borusunun mənfəzinin genəlməsi, keçidin xeyli daralması qonşu toxumaları sıxması, qida borusunun fəaliyyətini itirib yarsarsız vəziyyətə düşməsi təkrari əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib.

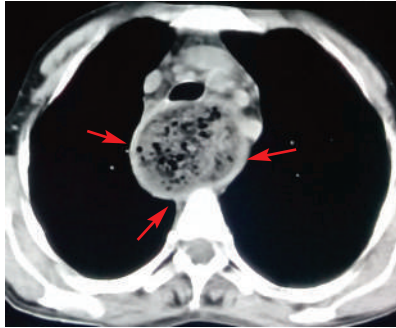
Qida borusunun bütövlükdə xaric edilməsi və mədə ilə plastika əməliyyatı planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyat – 17.02.2006-cı il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı orta kəsiklə, əməliyyatdansonrakı çapıq götürülməklə, qarın boşluğu açıldı. Çoxsaylı bitişmələr aralandı. Böyük

piylik, mədə və qaraciyər diafraqmaya bitişmişdir. Bitişmələr aralandıqdan sonra sagital diafraqmatomiya icra edildi. Mədənin dibi xeyli çapıqlaşmış, fundoplikasiyadan sonra xeyli burulub və keçidin keçməzliyi törənibdir. Xeyli genəlmiş qida borusu aralanıb tutqaca götürüldü. Sagital kəsikdən qida borusu yuxarı döş hissəyə qədər aralandı. Sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə mədə böyük



Şəkil 9.19. Rentgenoqram. Əməliyyatdan sonra xəstəliyin residivi. Qida borusu xeyli genəlib, keçid daralıb.



Şəkil 9.20. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun divarı nazikləşib, mənfəzi genəlib və qida qalıqları ilə doludur.

və kiçik ayrilik boyunca damar və bağı aparatından təcrid olundu və qida borusundan aralanıb yaraya qaldırıldı. Bu zaman mədənin çapıqlaşmış proksimal hissəsində venoz durğunluq və toxumaların göyərməsi diqqəti cəlb elədi. Mədənin deformasiyaya uğraması onun proksimal hissəsindən transplantat hazırlanması üçün məqsədəuyğun sayılmadı və mədənin proksimal hissəsi UKL-60 aparatı ilə rezeksiya olunub götürüldü. Yoğun bağırsağın sol yarısından orta çənbər bağırsağ arteriyası (art. colica media) saxlanılmaqla, 35 sm uzunluğunda, kifayət qədər qan təchizatı olan transplantat hazırlandı. Yoğun bağırsağın ucları arasında anastomoz formalaşdırıldı. Yoğun bağırsağ transplantatı kiçik piylikdən mədənin önünə keçirildi və onun kaudal ucu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz qoyuldu.

Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel 10 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Qida borusu ətraf toxumalardan aralanıb tutqaca götürüldü. Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissəsi əlavə olaraq aralandı, sonra qida borusu boyunda kəsildi və patoloji genəlmiş qida borusu sagital diafraqma kəsiyindən xaric edildikdən sonra yoğun bağırsağ transplantatı arxa orta divardan boyuna qaldırıldı. Qida borusu ilə transplantat arasında təksıralı tikişlə uc-uca anastomoz yaradıldı. Qarın boşluğu və arxa orta divar drenajlandıqdan sonra boyun və qarın yaraları tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi. Xəstə sərbəst qida qəbuluna başladı və kafi vəziyyətdə evə yazıldı. Əməliyyatdan 15 il sonrakı müayinə zamanı xəstənin şikayəti olmayıb.

Rentgen kontras müayinədə arxa orta divarda yerləşən yoğunbağırsağ transplantatının hərəki ötürücü fəaliyyəti qənaətbəxşdir (şəkil 9.21).

Fizioloji fəaliyyətini itirmiş, deformasiyaya uğramış qida borusu 2 xəstədə xaric edilmiş və mədədən hazır-

lanan boru ilə plastika edilmişdir.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

54 yaşlı xəstə (qadın) Q. 26.11.2015-ci il tarixində Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə klinikasına qanqusma, qidanın çətin keçməsi, ağızdan üfunətli qoxu gəlməsi, döş qəfəsində ağrıların olması şikayətləri ilə daxil olub.

Xəstənin dediyinə görə, 20-25 ilə qədərdir ki, xəstədir. O, 20 il əvvəl bizə müraciət etmişdi.

Klinikada rentgen müayinəsində xəstədə kardiyanın axalaziyası diaqnozu qoyulmuşdur. Xəstəyə 5 dəfə pnevmokardiodilatasiya aparılmış və qida borusu-mədə keçidinin keçiriciliyi qismən bərpa olunmuş, qida qəbulu asanlaşmışdır. Xəstəyə 20 il əvvəl cərrahi müalicə təklif olunmuş, lakin o, imtina edib evə yazılmışdı. Bu illər ərzində xəstə bizə müraciət etməmiş lakin vəziyyəti ağırlaşdığı üçün yenidən klinikaya gəlmişdir.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti xeyli ağır olub. Dəri örtükləri avazıyıb və o qida qəbul edə bilmirdi. Az-çox qəbul etdiyi qidanı qan laxtaları ilə qusurdu.

Xəstə dediyinə görə, bədən çəkisini 15 kq itirib. Ağciyərlərinin üzərində yaş və quru xırıltılar eşidilirdi.

Arterial qan təzyiqi 90/60 mm c. s., nəbzın dəqiqəlik sayı 100-110 vuruğudur. Dili ərpli, qarnı yaprılmış, yumşaq, ağrısızdır, 10-15 gündən bir az defekasiya olur.

Rentgen müayinəsi zamanı kontrastlanmış qida borusu yuxarı döş hissədə "S"vari qatlanmış, mənfəzi ge-



Şəkil 9.21. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 15 il sonra arxa orta divarda yerləşmiş yoğun bağırsağ transplantatı.



Şəkil 9.22. Rentgenoqram. Deformasiyaya uğramış və mənəzi genişlənmiş qida borusu.

nəlmiş və daxili qida qalıqları ilə doludur (şəkil 9.22).

Ezofaqoqastroskopiya – qida borusunun girişi sərbəstdir, mənəzində bol miqdarda qanla qarışıq qida möhtəviyyəti var. Mənəz 4-5 sm-ə qədər genəlmişdir. Dışlərdən 22 sm məsafədə yerləşən 1 sm ölçülü, bir qədər qida borusunun mənəzinə doğru qabaran, üzərində qan laxtası oturmuş xora görünür. 22-25 sm-lik məsafədə qida borusu boyunca, ölçüləri 2-4 mm olan üzəri ağ ərplə örtülü xoralar qeyd

olunur. Qida borusunun aşağı hissəsində 2-3 mm ölçülü çoxsaylı polip və eroziyalar aşkarlanır. Qida borusu fəaliyyətsiz bir üzvə çevrilmişdir. Bu orqandan qanaxma, disfagiya, xəstənin vəziyyətinin ağırlaşması cərrahi əməliyyata – qida borusunun tam xaric edilməsi və mədə ilə plastika əməliyyatına göstəriş kimi dəyərləndirilmişdir.

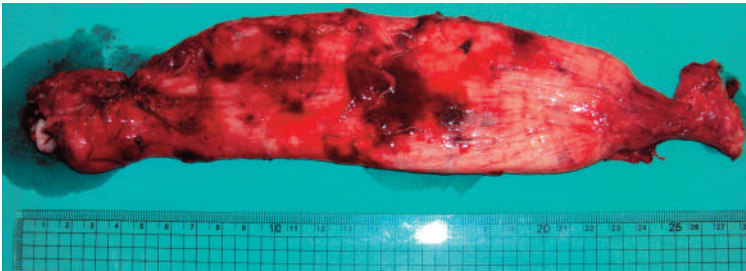
Cərrahi əməliyyat – 02.12.2015-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğaarası sahədə sağtərəfli torakotomiya icra edilib. Qida borusu xeyli genəlib və arxa orta divardan sağ plevra boşluğuna sallanır. Tək vena aralanıb, bağlanıb kəsildikdən sonra arxa orta divar plevrası boylama açılıb. 1-2-ci dös fəqərəsi səviyyəsindən diafraqmaya qədər qida borusu qonşu orqanlardan aralanıb və kəsilib. Qida borusunun bağlanmış oral ucu boyuna qaldırılıb. Plevra boşluğu drenajlanıb və dös qəfəsi yarası tikilib. Yuxarı orta laparotomiya aparılıb. Sagital diafraqmotomiyadan sonra sağ mədə-piylik arteriyasını saxlamaq şərti ilə mədə böyük və kiçik ayrılik boyunca bütün damar və bağlardan aralanıb. Qida borusu qarına endirilib. Mədənin kiçik ayriliyi dibinə qədər UKL-60

aparatu ilə tikilib və 30 sm uzunluqda mədə borusu hazırlanıb. Qida borusu xaric edilib (şəkil 9.23: a, b).

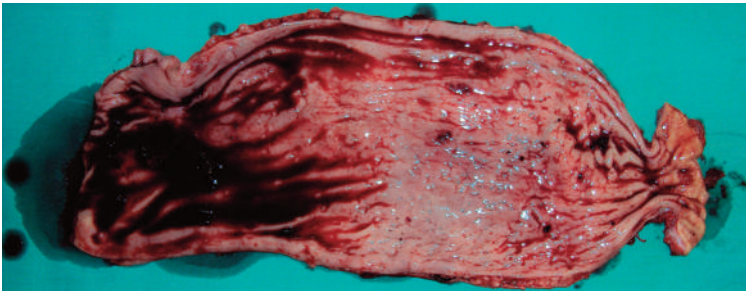
Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel istiqamətdə 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb, qida borusunun boyun hissəsi ətraf toxumalardan aralanıb tutqaca alınıb. Mədədən hazırlanmış transplantat arxa orta divardan xaric edilmiş qida borusu yatağından boyuna qaldırılıb. Qida borusu ilə mədə borusu arasında uc-uca anastomoz qoyulub. Mədəyə nazoqastral zond yeridilib.

Boyun və qarın yaraları tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb və evə yazılıb.

Qida borusunun histoloji müayinəsi zamanı əzələ qişasında sklerotik dəyişikliklər aşkarlanıb.



a

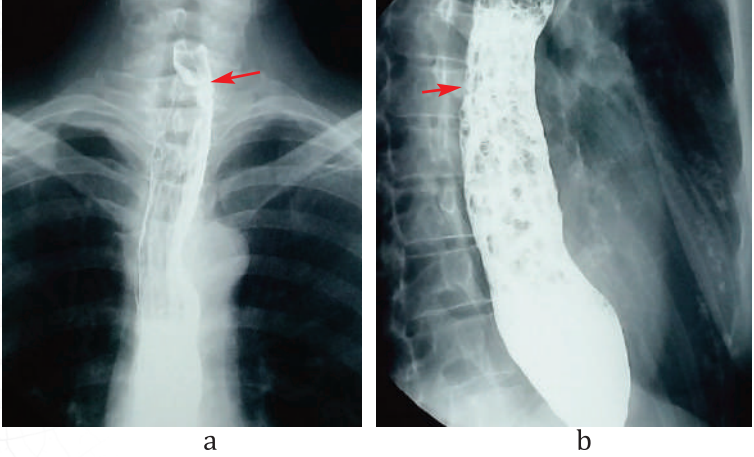


b

Şəkil 9.23, a) xaric edilmiş qida borusu; b) qida borusunun selikli qişasında çoxsaylı qanayan xoralar qeyd edilir.

Xəstə əməliyyatdan 2 il sonra klinikaya müraciət edib, şikayəti olmayıb. İstədiyi qıdanı sərbəst qəbul edir. Yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşıb, bədən çəkisi artıb.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı mədə transplantatının ötürücülük fəaliyyəti normal dəyərləndirilib (şəkil 9.24 a, b).



Şəkil 9.24. Rentgenoqram. Qastroezofaqoplastika əməliyyatından sonra. Kontrastlanmış mədə borusunun a) öndən və b) yandan görünüşü.

Nümunədən görüldüyü kimi, fəaliyyətini itirmiş qida borusunu xaric etdikdən sonra mədə ilə plastika daha önəmli üsuldür. Koloplastikadan fərqli olaraq 3 anastomoz əvəzinə qida borusu ilə mədə arasında yalnız bir anastomoz qoyulur. Həzm traktının ardıcılığı qorunur.

Faringeal axalaziya

Patogenezində sinir-əzələ innervasiyasının və qastriyə həssaslığın pozulması olan qida borusu-mədə keçidindən (*aşağı məngənə*) fərqli olaraq, udlaq-qida borusu məngənəsinin açılmaması (*axalaziya*) əksər hallarda mərkəz mənşəli olub baş beyinin kötük quruluşlarında törənən dəyişikliklərlə (*beyin qan dövranının kəskin pozulması, neyroinfeksiyalar, Parkinson xəstəliyi, beyində aparılan əməliyyatlar və s.*) əlaqədardır. Xəstəlik qidanın udulmasının çətinləşməsi (*disfagiya*), yaxud tam keçməməsi (*afagiya*) ilə təzahür edir.

Qidanın udlaqdan qida borusuna keçməsi zamanı *üzüybənzər-udlaq əzələsinin* boşalmasının olmaması ilə afagiya yaranır. Bu əzələ haqqında məlumat ilk dəfə 1717-ci ildə *Valsalva* tərəfindən açıqlanıb.

Xəstəliyin patofiziologiyası isə XX əsrin 60-ci illərindən etibarən öyrənilməyə başlanılmışdır. Xəstəliyin müalicəsi üçün ikitərəfli beyin simpatik denervasiyasına (*E.Rogers, 1935*), *üzüybənzər-udlaq əzələsinin* boylama kəsilməsinə (*C.Kaplan, 1951*) cəhdlər edilmişdir.

1975-ci ildə *P.Choddoch* udlaq-qida borusu keçidində sadəcə boylama-miotom kəsik aparmaqla qidanın keçməsinin asanlaşmasına nail olmuşdur.

M.M.Abakumov (2015) müşahidəsində olan 28 xəstədən 7-sində *Choddoch* üsulu ilə boylama miotomiya aparmış, 21 xəstədə isə özünün təklif verdiyi üsulla selikli qışanı zədələmədən *üzüybənzər-udlaq əzələsinin* boylama açıb və kəsiyi 1 sm udlağa, 3-4 sm qida borusunun boyun hissəsinə doğru uzatmışdır. Sonra kəsilmiş *üzüybənzər-udlaq əzələsinin* arxa küncünü fəqərəönü fassiyaya təsbit etmişdir. Selikli qışanı araladıqdan sonra *üzüybənzər-udlaq əzələsinin* defektinə köndələn tikiş, qida borusunun divarına isə boylama tikiş qoymaqla

udlaq-qida borusu keçidinin fəaliyyətini xəstələrin 81%-də bərpa etmişdir.

M.M.Abakumovdan fərqli olaraq biz faringeal axalaziya ilə 2 xəstədə udlaq-qida borusu keçidi üzərində 5 sm uzunluğunda boylama kəsik aparmışıq. Bütün kəsik boyunca, selikli qişanı zədələmədən ehtiyatla əzələ qatından aralamışıq. Sonra qida borusu-udlaq keçidinin əzələ qatının diametrinin 2/3 hissəsi kəsik boyunca rezeksiya olunaraq, xaric edilmişdir. Selikli qişanın üstü geniş sahədə açıq saxlanmışdır və yalnız boyun əzələləri yaxınlaşdırılaraq tikiş qoyulmuşdur. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

40 yaşlı xəstə (qadın) Ə. 19.08.1999-cu il tarixində Bakı şəhər Təcilli Tibbi Yardım xəstəxanasına mayələrin çətin udulması, quru qida qəbulunun qeyri-mümkünlüyü, zəiflik, bədən çəkisinin xeyli azalması, iş qabiliyyətini itirməsi şikayətləri ilə daxil olmuşdur. Xəstənin dediyinə görə, 10 ildir ki, xəstədir. Xəstəlik bərk qidanın çətin keçməsi ilə başlanmışdır. Sonralar yalnız duru qidalar qəbul edə bilmişdir. Son günlər qida qəbulu çətinləşmiş və xeyli zəifləmişdir. Xəstə yardım üçün klinikaya müraciət etmişdir.

Daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Dəri örtüyü avazıyıb, bədən çəkisi azalıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları bir qədər karlaşıb. Arterial qan təzyiqi 115/70 mm c. s. həddində olub. Nəbzın dəqiqəlik sayı 82 vuruğudur. Dili nəm, ağ ərplə örtülüb. Qarnı yumşaq, ağrısızdır. Həftədə bir dəfə defekasiya olur.

Rentgen müayinədə kontrast maddə boyun hissədə 6-cı boyun fəqərəsi səviyyəsində yubanır, sonra isə nazik axınla aşağı keçir. Daralmış hissənin uzunluğu 0,5–1 sm-ə qədərdir (şəkil 9.25). EKQ normadadır.

Xəstədə birinci anatomik daralma nahiyəsində qida borusunun daralması – Faringeal (udlaq) axalaziyası diaqnozu qoyulub.

Qida qəbulunun çətinləşməsi, daralma səviyyəsində orqanın quruluşunun dəyişməsi, əmək qabiliyyətinin itirilməsi cərrahi əməliyyata göstəriş olmuşdur.

Cərrahi əməliyyat – 24.08.1999-cu il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Yumşaq toxumalar və fassial qatlar açıldıqdan sonra təftiş zamanı birinci anatomik daralma səviyyəsindən 10-12 mm məsafədə qida borusunun əzələ qışasının fibroz dəyişikliyə uğraması qeyd edilib. Qida borusu aralanıb tutqaca götürülüb.

Daralma yerindən aşağı sağlam əzələ divarı səviyyəsində biri digərindən 5 mm aralıda paralel olaraq iki tikişlə qida borusunun sağlam divarı yaraya gətirildikdən sonra daralmış divar boyunca əzələ qatında boylama kəsik aparılaraq udlağa doğru uzadılıb və sağlam selikli qısa əzələ defektindən qabarmağa başlayıb. 3 sm məsafədə qida borusunun çapıqlaşmış əzələ qışasının diametrinin 2/3 hissəsi selikli qışadan aralanıb rezeksiya edilib. 10 mm diametrlə zond selikli qışanı zədələmədən ağız boşluğundan asanlıqla daralma yerindən aşağı yeridilib. Selikli qısa qatının üzəri açıq saxlanılıb və yalnız boyun əzələləri tikilib. Boyun yarası qapanıb. Əməliyyatın ertəsi günü xəstə rahat mayelər və duru qidalar qəbul etməyə başlamışdır.

Əməliyyatdan 2 il sonra xəstə xeyli gümrahlaşıb, bədən çəkisi 15 kq artıb, həyat keyfiyyəti yaxşılaşıb. Qida borusunun təkrar rentgen-kontrast müayinəsində qida borusunun



Şəkil 9.25. Rentgenoqram. Qida borusu udlaqdan aşağı daralmışdır.



*Şəkil 9.26. Rentgenoqram.
Daralmış nahiyyə xeyli
genəlib və qida qəbulunu
təmin edir.*

mənfəzinin xeyli genəldiyi aşkarlanıb (şəkil 9.26), disfagiya ləğv edilib.

Təqdim olunmuş nümunə göstərir ki, udlaq-qida borusu keçidinin açılmaması mərkəzi sinir sistemi ilə əlaqədardır. Disfagiyanı ləğv etmək üçün udlaq-qida borusu keçidi əzələ qişasının 2/3 hissəsinin rezeksiyası ilə daralma ləğv edilir və qida qəbulu asanlaşır.

Qida borusu-mədə keçidinin əzələ qatında törənmiş morfoloji dəyişiklikləri öyrənmək məqsədilə kafedranın aspirantı Ə.C.Cavadov namizədlik dissertasiyası üçün tədqiqatlar aparıb.

Bizim təklif etdiyimiz üsulla cərrahi müdaxilə aparılan xəstələrin bir qisminə qida borusu-mədə keçidinin əzələ qatının boylama rezeksiyası zamanı çıxarılmış toxuma parçasının (əzələ və xarici-adventisiya qişalarının) morfohistokimyəvi müayinəsi aparılıb.

Qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinin II inkişaf dərəcəsi ilə olan xəstələrdə qida borusunun rezeksiya olunan divarından götürülən toxumaların morfoloji tədqiqatı zamanı əzələ toxumasının daxili halqavarı və xarici boylama qatlarında sayə miositlər əsasən ellips və ya uzunsov, bəzən isə girdə formada görünüb. Təqəllüs vəziyyətində olan hüceyrələr daxili halqavari qatda ümumi populyasiyanın 48–52 %-ni, xarici boylama qatda isə 30–34 %-ni təşkil edir. Hər iki qatın əzələ dəstələri nizamla yerləşir və ciddi dəyi-

şikliklərə uğramayıb. Birləşdirici toxuma arakəsmələri orta dərəcədə kövrəkləşib, ödemləşib, ancaq ümumi quruluşunu saxlayıb. Əzələ qatları daxilindəki damar şəbəkəsində disfunktional dəyişikliklər müşahidə edilib. Sinir aparatındakı proseslər isə neyrodegenerativ və neyrodifunktional xarakter alıb.

Keçidin əzələ qişası və xarici – adventisiya örtüyü əsasən orta intensivlikli distrofik, degenerativ və disfunktional xarakterdə olub. Proses əsasən əzələ və sinir elementlərini, cüzi miqdarda isə lifli birləşdirici toxuma qatlarını və mikrosirkulyasiya şəbəkəsini əhatə edib. Ağır destruksiya və parçalanma təzahürlərinin olmadığını nəzərə alaraq, həmin prosesin geriyə dönən xarakterini söyləmək mümkün olub.

Xəstəliyin III inkişaf dərəcəsi ilə olan xəstələrdən götürülmüş bioptatlarda sayə əzələ toxumasına aid miositlərin çoxu təqəllüs vəziyyətində olub. Bu hüceyrələr girdə, zəif ellipsoid formasında görünüblər. Təqəllüs vəziyyətində olan sayə əzələ toxuması miositlərinin daxili qatda ümumi populyasiyası 55-60 %-ə, xarici qatda isə 40-45 %-ə çatıb. Hər iki qatda yerləşən miositlərin çoxu çəp-spiralvari xarakter alıb, diffuz kövrəkləşmiş və ödemləşmiş olub. II inkişaf dərəcəsindən fərqli olaraq, xroniki keçməzliyin III inkişaf dərəcəsində ağır mukoid distrofiyalı, nekrobiozlu sayə əzələ miositləri meydana çıxıb. Lifli birləşdirici toxuma təbəqələrində distrofik-alterativ və degenerativ dəyişikliklər intensiv olub. Qida borusu-mədə keçidinin xarici və xüsusən əzələ qişasındakı patomorfoloji dəyişikliklərin böyük bir hissəsi artıq geriyə dönməz xarakter alıb.

Xəstəliyin IV inkişaf dərəcəsi ilə olan xəstələrdə isə qida borusu-mədə keçidi divarında distrofik-alterativ dəyişikliklər daha güclü olaraq, yüksək həddə çatıb.

Əzələ dəstələrinin hipertəqəllüsü davamlı, geridönməz, destruktiv xarakter alıb. İnnervasiya aparatı isə patoloji hiperfunksiya vəziyyətində sabitləşib.

Aparılan tədqiqat işi göstərir ki, qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinin havalı genəldici və cərrahi üsulla müalicəsi xəstələrin böyük əksəriyyətində keçidin qidaötürmə fəaliyyətini yaxşılaşdırır. Morfoloji tədqiqatlar isə keçidin sinir-əzələ aparatında gedən degenerativ dəyişikliklərin xəstəliyin inkişaf dərəcəsinə müvafiq olaraq güclənməsi ilə müşayiət olunduğunu göstərir.

Beləliklə, qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli xroniki keçməzliyinin cərrahi müalicəsi, keçidin hər iki əzələ qatının 8-10 sm boylama yarılməsindən, əzələ kənarlarının rezeksiyasından və ondan sonra yaranan əzələ defektinin bərpaşından ibarət olub. Cərrahi üsul patogenetik müalicə olmayıb, xəstəliyin əsas əlaməti olan keçməzliyin aradan qaldırılmasına yönəlib və xəstələrin 79,4%-də yaxşı nəticələr verib. Əməliyyatın nəticələrinin bəzi xəstələrdə az uğurlu və yaxud uğursuz olması ezofaqokardiomiotoiyadan sonra əzələ defektinin bərpaş zamanı yaranmış texniki çətinliklərlə əlaqədardır. Qida borusu-mədə keçidinin əzələ qişasının 5-7 mm enində boylama rezeksiyası, selikli qişanın daha geniş açılması və mədənin ön divarı ilə plastika edilməsi əməliyyatın nəticələrini yaxşılaşdırmağa kömək edir. Digər üsullarla cərrahi müalicədən sonra əmələ gələn residivlər zamanı təklif olunan üsulla təkrari əməliyyat aparılması daha məqsədəuyğun olub ki, bu da keçidin qidaötürmə fəaliyyətini bərpa edərək, onu tənzimləyir.

X FƏSİL QIDA BORUSU VƏ MƏDƏNİN KİMYƏVİ YANIQLARI

Qida borusunda törənən hər bir iltihabi proses onun mənfəzinin qismən, yaxud tam daralmasına, qida qəbulunun çətinləşməsinə və xoşxassəli xroniki keçməzliyə səbəb olur. Qida borusunun xroniki keçməzliyi kimyəvi aşındırıcıların qəbulundan, mədə-qida borusu reflüksü zamanı turş mədə möhtəviyyatının qida borusuna qayıdaraq selikli qişada törətdiyi dəyişikliklərdən (*eroziya, xoralaşma, qanaxma, çapıqlaşma*) sonra və qida borusunun anadangəlmə, yaxud qazanılmış qısa daralmaları ilə əlaqədar inkişaf edir.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmaları

Qida borusunda kimyəvi yanıq təsadüfən (*uşaqlar, spirtli içkiyə aludə olanlar*), yaxud intihar məqsədi ilə (*ruhi gərginlik, qısqanclıq*) qatı kimyəvi məhlulları (*turşular-sirkə, sulfat, xlorid; qələvilər-natrium hidrokسيد, kalium hidrokسيد*) qəbul etdikdə törənir.

Aşındırıcı məhlulları içdikdən sonra dərhal dilin, udlağın, qida borusunun, mədənin selikli qişasında yanıqlar – qızartı, ödem yaranır.

Qatı turşu məhlulları selikli qişanın səthində koagulasyon (*pıxtalaşan*) nekroz törədir. İnkişaf edən yanıq səthi bir növ qoruyucu rol oynayır və yanığın dərinləşməsinin qarşısını alır.

Qatı qələvi məhlulları isə toxuma zülallarını və yağları əridir, dərin yanıq törədir. Fizioloji daralmalar səviyyəsində yubanan aşındırıcı mayelər dərhal dərin qatları da yandırır.

Qida borusunun kimyəvi yanıqları 3 dərəcəyə bölünür:

I – *yüngül* – selikli qişanın yalnız səthi epitel hüceyrələri yanır. Tam sağalma ilə qurtarır.

II – *orta* – selikli qişa bütövlükdə yanır və yanıq selikli qişaaltına yayılır, nekroz-xoralı ezofagit törənir və daralmaya səbəb olur.

III – *ağır* – qida borusunun bütün qatları yanır və yanıq qida borusu ətrafı birləşdirici toxumalara: medias-tinal plevraya, perikarda yayılır. Bəzən qida borusu dəşilir, qanaxmaya, mediastinitə səbəb olur.

Qida borusunun kimyəvi yanıqlarının kliniki gedişi onun divarında gedən patoloji dəyişikliklərdən asılı olaraq 4 dövrə bölünür:

I – *kəskin dövr* – 2 həftəyə qədər davam edir və qida borusunun divarında degenerativ – distrofik dəyişikliklər törənir.

II – *müvəqqəti sakitlik dövrü* – 2–3 həftə davam edir, nekrozlaşmış selikli qısa qopur və yerində dənəvər toxuma yaranır, tədricən daralma-disfagiya başlayır.

III – *çapıq daralmanın formalaşması dövrü* – (3–4-cü həftədən başlayır və 1–2 ay davam edir)-üzəri epitellə örtülmüş dənəvər toxuma birləşdirici-fibroz toxuma ilə əvəz olunur, disfagiya güclənir.

IV – *tam çapıq daralmanın yaranması dövrü* – 2–6 ay davam edir, disfagiya daimi olur.

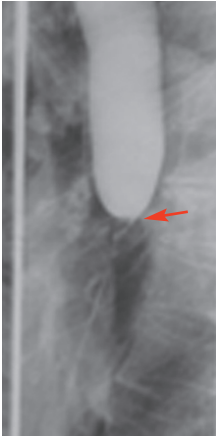
Kompleks rentgen-kontrast və ezofaqoskopiya müa-

yinələri ilə qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralmasının dərəcəsi, yerləşdiyi səviyyə, uzunluğu təyin edilir. Qida borusunun daralmaları xəstələrin 33,3-64,3%-də yuxarı döş (*şəkil 10.1*), 24,1-35,7% hallarda orta döş hissədə (*şəkil 10.2*) və 42,5 % hallarda aşağı döş hissədə yerləşir (*şəkil 10.3*).

Qələvilərlə yanıqdan sonra çapıq daralmaları əksər hallarda udlaqdan, yaxud boyun hissədən başlayaraq bütün qida borusu boyunca mədənin girəcəyinə qədər uzanır (*şəkil 10.4 a, b*).



Şəkil 10.1. Rentgenoqram. Qida borusunun boyun hissəsindən mədənin girəcəyinə qədər daralması.



Şəkil 10.2. Rentgenoqram.
Qida borusunun orta döş
hissəsindən başlayan daralma.



Şəkil 10.3. Rentgenoqram.
Qida borusunun aşağı döş
hissəsinin daralması.

Xəstələrin 9%-də 2 səviyyəli (şəkil 10.5), 3,5%-də 3 səviyyəli daralma inkişaf edir (şəkil 10.6. a, b).

Yanıqdan sonra qida borusunun mənfəzinin ölçüsünə görə daralmalar 4 dərəcəyə bölünür.

I dərəcə – qida borusunun daralmış mənfəzi 9-11 mm; II dərəcə – 6-8 mm; III dərəcə – 3-5 mm; IV dərəcə – 0-2 mm olur.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra törənmiş daralmaları ilə bizə müraciət edən bütün xəstələr yanıqdan dərhal sonra Respublika Toksikologiya Mərkəzinə yerləşdirilib.

Kəskin yanıq dövründə xəstələr ağız boş-



a

b

Şəkil 10.4. Rentgenoqram. Qida borusunun udlaqdan başlayan daralması: a) ön – arxa; b) yan görünüşü.

luğunda, udlaqda, qida borusu boyunca və epiqastral nahiyədə ağrılardan şikayətlənib. Xəstələrin bəzilərində təkrari qusmalar olub və qida borusunun selikli qişası qusuntu kütləsi ilə qayıdan kimyəvi aşındırıcının təsirinə yenidən məruz qalmışdır. Xəstələrdə tənəffüs, taxikardiya, qan təzyiqinin enməsi müşahidə olunur. Ağızda quruluq, susuzluq hissiyyəti təzahür edir. Tədricən disfagiya başlayır.

Birinci sutkanın sonuna yaxın bədən hərarəti yüksəlir, sidik ifrazı azalır. Bəzi xəstələrdə dərin yanıqlar qida borusunun deşilməsinə –



Şəkil 10.5. Rentgenoqram. Qida borusunun kimyəvi yanığ nəticəsində 2 səviyyəli daralması.



a



b

Şəkil 10.6. Rentgenoqram. Bir xəstədə qida borusunun kimyəvi yanığ nəticəsində 3 səviyyəli daralması: a) boyun və yuxarı döş hissədə daralma; b) orta döş hissədə daralma.

mediastinitə, mədənin deşilməsi isə peritonitə səbəb olur. Bu xəstələrdə təcili cərrahi əməliyyata ehtiyac yaranır. Yanıqdansonrakı dövr fəsadsız keçdikdə 2–3 ay ərzində tədricən qida borusunun divarında fibroz birləşdirici toxuma yaranır və mənfəzi daraldır. Daralmalar *hissəvi, tam, qısa və uzun* olur. Daralmadan yuxarı qida borusunun mənfəzi xeyli genəlir. Daralmalar udlaq, yuxarı, orta və aşağı döş hissələrində ola bilər. Qəbul edilmiş aşındırıcının miqdarından və qatılığından asılı olaraq mədənin çıxacağı, onikibarmaq bağırsağ və hətta çözlü nazik bağırsağın başlanğıc hissəsində də (*acı bağırsağ*) daralma müşahidə oluna bilər.

Qida borusunun daralmalarının kliniki gedişi onun keçiriciliyinin pozulmasından asılıdır. Tədricən disfagiya inkişaf edir, ağızdan selik ifraz olunur, xəstələr bədən çəkisini itirməyə başlayır, dərialtı təbəqə itir və əzələ atrofiyası yaranır. Qida borusunun daralmalarının diaqnozu anamnezə, kliniki əlamətlərə əsasən qoyulur, rentgen və endoskopik müayinələrlə təsdiqlənir.

Rentgen müayinəsi zamanı qida borusunun mənfəzinin qeyri-bərabər daralması, selikli qişanın səthinin qeyri-hamarlığı və kontrast maddənin dar axınla mədəyə axması, yaxud heç axmaması aşkarlanır. Daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzi xeyli genəlir.

Udlaq nahiyəsindən başlayan daralmalarda qırtlaq qapağı deformasiyaya uğrayır, udma aktı pozulur, kontrast maddə səs yarığından traxeyaya axır və səhvən qida borusu-traxeya süzgəci kimi dəyərləndirilir.

Ezofaqoskopiya zamanı – daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzinin genəlməsi, selikli qişanın qızarması, eroziyaya uğraması, nekroz ocaqlarının və əlavə yan ciblərin olması, dənəvər toxumanın inkişafı, daralmanın ölçüsü təyin edilir.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmalarının müalicəsi əsasən bujlama ilə başlanır. Bu üsulla

müalicə erkən və gecikmiş olur. Erkən bujlama 4-10-cu günlərdən başlayır, 1 ay ərzində hər gün təkrarlanır, sonra 1-2 ay ərzində həftədə 2 dəfə, daha sonra isə 1 dəfə aparılır.

Gecikmiş genəltmə 2 aydan sonra aparılır. Bujlama xüsusi, ucu yumşaq metal, aparıcının köməyi ilə icra olunur. Mənfəzli plastik bujla (5-40N^o) genəltmə rentgenoskopiyanın nəzarəti ilə aparılır.

Əvvəlcə metal-yumşaq uclu ötürücü qida borusuna və mədəyə yeridilir. Çox vaxt xəstələr özləri ötürücünü asanlıqla udurlar. Elastiki buj metal ötürücüyə geyindirilib rentgenoskopiyanın nəzarəti altında yavaş-yavaş qida borusunun daralmış hissəsinə yeridilir. Təkrari yeridilmələrlə qida borusunun mənfəzi genəldilir və ötürücülüyü qismən bərpa edilir.

Qida borusu daralmalarının müalicəsi son zamanlar vibro-elastik bujla aparılır. Elastiki bujla müalicənin əhəmiyyətliyi bir çox amillərdən: daralmanın yerindən, uzunluğundan və bədənin xüsusiyyətlərindən asılıdır. Kifayət qədər davamlı effekt endoskopun köməyi ilə hidrostatik, yaxud havalı balon genəldici ilə alınır.

Elastik bujla müalicədən sonra daralmanın yenidən əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə bəzən qida borusunun mənfəzinə endoprotezlər (*stent*) yeridilir.

Yanıq nəticəsində daralmış qida borusunun müxtəlif üsullarla genəldilməsi xəstələrin 60-80%-dən çoxunda yaxşı nəticə verir. Qida qəbulu bərpa edilir. Qida borusunun uzun daralmaları ilə xəstələrin 40%-də cərrahi müalicəyə ehtiyac yaranır. Yanmış qida borusunu əvəz etmək və ağızdan qida qəbulunu təmin etmək üçün plastik material kimi nazik, yoğun bağırsaqlardan və mədədən istifadə olunur.

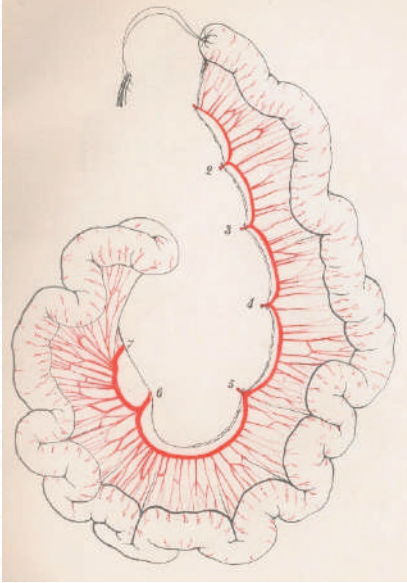
1965-ci ildə N.Nərimanov adına Azərbaycan Tibb İnstitutunu bitirdikdən sonra Səhiyyə Nazirliyinin gön-

dərişi ilə Bakı Şəhəri Baş Tibb İdarəsi məni Bakının Buzovna qəsəbəsində yerləşən 4 saylı vərəm xəstəxanasına ftiziocərrah kimi işə göndərdi. Qısa müddətdən sonra Bakı şəhəri 4 saylı kliniki xəstəxananın döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə işə keçirildim. Şöbə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Təbabət İnstitutunun kliniki bazası idi. 1967-ci ildə şöbə İnstituta verildikdən sonra İnstitutun əməkdaşı oldum.

Nazik bağırsaqla ezofaqoplastika

Klinikada işə başladığım ilk günlərdə döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsində uzun müddət yatan 2 xəstənin müalicəsi (*sarğılarını dəyişmək, gündəlik yazmaq, təcrübəli həkimlərin təyinatını yerinə yetirmək*) mənə həvalə olundu. Belə ağır xəstələrin müalicəsində təcrübəm yox idi. Bu xəstələrdən birində (*A. 25 yaşlı qadın*) qida borusunun kimyəvi yanığından sonra daralmasına görə nazik bağırsaqla döşsümüyüönü plastika əməliyyatına cəhd olunmuşdu (*professor F.Ə.Əfəndiyev*). Plastika axıra çatdırılmamışdı. O xəstə sonrakı bərpa əməliyyatı üçün Moskvaya mərkəzi institutlardan birinə göndərildi.

Digər xəstəyə (*K. 18 yaşlı oğlan*) mənim iştirakımla, qidalandırmaq üçün əvvəlcə gastrostoma (*t.e.n. Abrahamova B.İ.*) qoyuldu, sonra isə nazik bağırsaqla döşsümüyüönü dərialtı plastikaya cəhd göstərildi (*professor H.M.Kərimov*). Bu əməliyyatlarda mən köməkçi kimi iştirak edirdim. İndi də xatirimdədir, professor H.Kərimov laparotomiyadan sonra nazik bağırsağın bir neçə ilgəyini aralayıb nazik bağırsaq transplantatını döşsümüyüönü dərialtı yolla böyük texniki çətinliklə III qarğıraası sahəyə qədər qaldıra bildi (*şəkil 10.7*).



Şəkil 10.7. Nazik bağırsaq transplantatının hazırlanması.

Qida borusunun sağlam boyun hissəsinə transplantatı qaldırmaq üçün onu 8–10 sm uzatmaq lazım idi. Bu icra edilmədi. Qida borusunun boyun hissəsi dəriyə tikilib ezofaqostoma formalaşdırıldı. Hazırlanmış gödək nazik bağırsaq transplantatının proksimal ucu döş dərisinə tikildi və yeyunos-toma formalaşdırıldı. Nazik bağırsağın kəsilmiş proksimal ucu ilə transplantata qatılmayan nazik bağırsaq ilgəyi ara-

sında uc-yana Ru-tipli anastomoz qoyuldu və həzm traktının tamlığı bərpa edildi. Xəstənin müalicəsini 2–3 ay davam etdirdim və onun xahişi ilə professor H.M.Kərimovla razılaşıb xəstəni Moskvaya mərkəzi instituta göndərdim.

Mənim qida borusu cərrahlığı ilə məşğul olmağım belə uğursuz başladı. Ancaq qidanı uda bilməyən xəstələrə köməklik göstərmək istəyi uzun müddət mənim üçün bir arzu olaraq qalırdı. Beləliklə, 15 il keçdi. 1981-ci ildə elmi ezamiyyət planlaşdırırdım. Klinikaya çox ağır, tam disfagiya və alimenter çatışmazlıq şikayəti ilə bir xəstə müraciət etdi. Müayinələrdən sonra mən o xəstəyə yoğun bağırsaqla plevradaxili plastika əməliyyatını təklif etdim. Xəstə razılaşdı. Əməliyyatı ilk dəfə icra etməyə hazırlaşdığım üçün xəstənin rentgen şəkillərini götürüb institutun direktoru professor N.M.Rzayevin iş otağına getdim. Xəstənin rentgen şəklini göstərib əməliyyatın vacibliyini bildirdim.

Professor soruşdu ki, belə əməliyyatı əvvəllər etmişənmi?

Dedim: – Yox, birinci dəfədir. Xəstəyə kömək etmək üçün cəhd göstərmək lazımdır.

– Get elə! – dedi.

Bu, mənim üçün ilk yaşıl işıq idi.

Müzakirədən sonra direktor Nurəddin müəllimin xeyir-duası həyəcanımı bir qədər azaltdı.

Bu əməliyyatı icra etməkdə təcrübəmin olmamasına baxmayaraq, nəzəri biliklərimə və cərrahi hazırlığıma güvənərək belə bir məsuliyyətli işə cəhd göstərdim.

Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən çıxarışı olduğu kimi oxucuların diqqətinə çatdırıram.

26 yaşlı xəstə (kişi) R. 03.08.1981-ci il tarixində akademik M.Topçubaşov adına ETKEC İnstitutunun döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qidanın çətin keçməsi, bədən çəkisinin xeyli azalması, zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Xəstənin verdiyi məlumatlara görə, 2 ildir ki, xəstədir. Spirtli içkiyə meyillidir. Təsadüfən spirtli içki əvəzinə sirkə turşusu içmişdir. Toksikoloji mərkəzdə konservativ müalicə almışdır. Yeməyin çətin keçməsi ilə əlaqədar elastiki bujla qida borusunda təkrar genəlmələr aparılıb, ancaq cəhdlər əhəmiyyətsiz olub. Sərbəst qida qəbulunun qeyri-mümkünlüyü ilə əlaqədar xəstə cərrahi müalicə üçün klinikaya müraciət edib.

Daxil olarkən onun vəziyyəti son dərəcə ağır idi, çox zəifləmişdi. Dəri örtükləri bir qədər avazımış, dərialtı piy təbəqəsi, demək olar ki, yox idi. Ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları karlaşmış, arterial qan təzyiqi 110/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzin dəqiqəlik sayı 90 vurğuya çatıb. Eritrositlər $3.4 \times 10^{12}/l$, Hb – 80q/l, leykositlər 3.800, EÇS – 9 mm/saat həddində olub. EKQ – dəyişiksizdir.



Şəkil 10.8. Rentgenoqram. Qida borusunun orta döş hissəsinin mədənin girəcəyinə qədər daralması.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı qida borusunun orta döş hissəsindən başlayan kimyəvi yandıqdan sonrakı daralması aşkarlanıb. Daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzi genişləmişdir (şəkil 10.8).

3 həftə ərzində planlı şəkildə əməliyyatı hazırlıq məqsədilə xəstəyə yüksək qatılıqlı məhlullar, zülallar, plazma, qan köçürülmüşdür.

Cərrahi əməliyyat – 25.08.1981-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı orta laparotom kəsiklə qarın boşluğu açılmışdır. Çənbər bağırsağın damar quruluşu dəqiqləşdirildikdən sonra yoğun bağırsağın sol yarısından, art. colica media saxlanılmaq şərtilə, damar ayaqcıq üzərində 30 sm uzunluğunda əksperistaltik transplantat hazırlandı. Uc-uca anastomozla yoğun bağırsağın keçiriciliyi bərpa edildi. Yoğun bağırsağ transplantatı əks istiqamətdə çevrilərək kiçik piylikdən mədənin arxasından önünə keçirildi. Transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz qoyuldu.

Qida borusunun diafraqma dəliyi genişləndirilmiş, sağ mediastinal plevra açılıb, transplantat plevra boşluğuna keçirilmişdir. Qarının ön divarının yarısı tikilmişdir.

Xəstə sol böyrü üstə çevrilmiş, V qabırğaarası sahədən sağtərəfli yan torakotomiya icra edilmişdir. Döş qəfəsi açılarkən plevra boşluğunda 100 ml seroz maye, bütün parietal və visseral plevra səthlərinin çoxsaylı vərəm təpəcikləri aşkarlanmışdır. Bu spesifik dəyişikliklər, çox

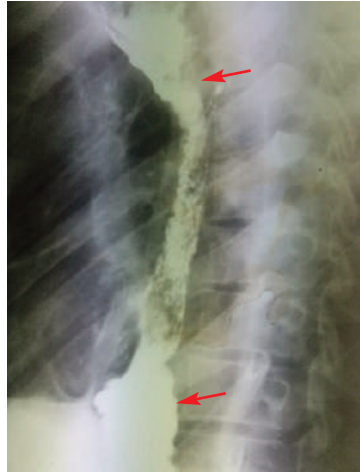
güman ki, alimentar çatışmazlıq nəticəsində yaranmışdır.

Tək vena aralanıb, bağlanıb, kəsildikdən sonra arxa orta divar plevrası boylama açılmış və daralmadan yuxarıda genəlmiş qida borusu tutqaca götürülmüşdür. Qida borusunun ön divarında 3 sm uzunluğunda kəsik aparılıb mənfəzi açılmışdır. Yoğun bağırsağ transplantatı qida borusunun genəlmiş sağlam səviyyəsinə qədər qaldırılmış və qida borusu ilə transplantat arasında yan-yana geniş anastomoz formalaşdırılmışdır. Plevra boşluğu qurudulub, döş qəfəsi divarının yarası tikilmişdir. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçmişdir. Xəstə 5-ci gündən başlayaraq ağızdan sərbəst qida qəbuluna başlamış, məsləhətlər verilib kafi vəziyyətdə evə yazılmışdır. Vərəm əleyhinə preparatlar qəbulu tövsiyə edilmişdir.

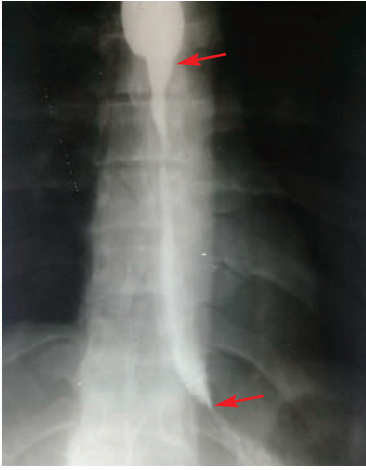
Əməliyyatdan 4 ay sonra xəstə gümrah vəziyyətdə klinikaya gəlmişdir. Çəkisi 10 kq artmışdır. İstədiyi qidani qəbul edə bilir.

Rentgen-kontrast müayinəsində – anastomozun və yoğun bağırsağ transplantatının normal hərəkətötürücü fəaliyyəti aşkarlanmışdır (şəkil 10.9).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, uzun müddət alimentar çatışmazlığa məruz qalan xəstələrdə immun sistemi zəiflədiyi üçün onlar spesifik iltihaba (vərəmə) meyilli olurlar. Əməliyyatönü intensiv hazırlıq, şübhəsiz ki, əməliyyatın uğurlu olmasına möhkəm zəmin yaradır. Plevradaxili anastomoz – da-



Şəkil 10.9. Rentgenoqram. Plevradaxili yerləşmiş yoğun bağırsağ transplantatının ötürücülüüyü qənaətbəxşdir.



*Şəkil 10.10. Rentgenoqram.
Xəstə M. Qida borusunun orta
döş hissəsindən mədənin
girəcəyinə qədər daralması.*

ralmadan bilavasitə yuxarıda yaradılmış və boyunda qoyulan anastomozlardan fərqli olaraq genəlmiş qida borusunun mənfəzi fəaliyyətsiz “kor” kisə kimi saxlanılmışdır.

İlk əməliyyatın uğurlu nəticəsi məni 3 ay sonra eyni əməliyyatı ikinci bir xəstədə müvəffəqiyyətlə icra etməyə sövq elədi (şəkil 10.10.). Bundan sonra mənim qida borusu cərrahlığı ilə məşğul olmağında bir neçə il fasilə yarandı. Qarşıda məni Moskvaya 6 illik elmi ezamiyyət – doktorluq dissertasiyası

üzərində işləmək gözləyirdi.

Doktorluq dissertasiyası üzərində işləmək üçün 1982-ci ilin yanvar ayında Moskvaya Ümumittifaq Elmi Cərrahlıq Mərkəzinə və İ.M.Seçenov adına I Moskva Tibb İnstitutuna ezamiyyətə getdim.

Elmi fəaliyyətimlə yanaşı, boş vaxtlarımda təcrübəli cərrah professor A.F.Çernousovun qida borusu üzərində apardığı əməliyyatlara kənardan baxıb özüm üçün gələcəyə zəmin hazırlayırdım.

Doktorluq dissertasiyasını müdafiə etdikdən sonra 1988-ci ilin yanvar ayında mən yenidən ETKEC İnstitutuna qayıtdım və qısa istirahətdən sonra təcrübə və elmi işlə məşğul olmağa başladım.

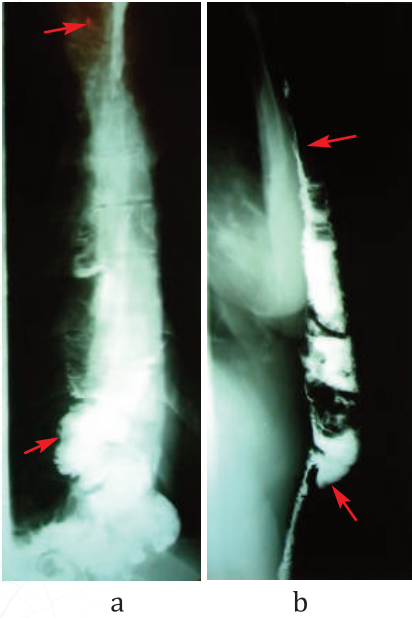
Nəhayət, 20 illik fasilədən və Moskvada müəyyən qədər təcrübə topladıqdan sonra məni çoxdan düşündürən və respublika səhiyyəsi qarşısında həllini gözləyən qida borusu cərrahlığı ilə ciddi məşğul olmağı qərara aldım.

Ötən əsrin 90-cı illərindən başlayaraq qida borusunun cərrahi müalicə tələb edən xəstəlikləri ilə (*xərçəng, kimyəvi yanıqdan sonra daralma, qida borusu mədə keçidini sinir-əzələ mənşəli daralması və s.*) xəstələri çalışdığım Elmi-Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Cərrahlıq İnstitutunun Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qəbul edib, cərrahi əməliyyatlara başladım. 2-3 il ərzində müəyyən təcrübə toplandı. Bu işdən xəbərdar olan və əvvəllər bizim hörmətli müəllimlərimiz M.A.Topçubaşov, F.Ə.Əfəndiyev, H.K.Əliyev tərəfindən nazik bağırsaqla döşsümüyünü plastika əməliyyatı keçirmiş 6 xəstə vəziyyətlərindəki rahatsızlıq şikayətlərilə mənə müraciət etdilər. O xəstələrdən 40, 58 və 70 yaşlı 3 qadın əməliyyatdan 30-40 il sonra özlərini kafi hiss etmişlər.

Xəstələr duru qidaları asanlıqla qəbul edə biliblər, lakin vaxtaşırı qidanın çətin keçməsinə, döşdə ağırlıq, dərialtı yerləşmiş transplantatın vaxtaşırı aktiv hərəkətini, məhəlli sıxılma və ondan yuxarı qazla köpməsini, qidanın qıvrım bağırsaqlarında yubanmasını, eləcə də nazik bağırsaqla transplantatı üçün səciyyəvi əlamət diareya (*duru nəcis xaric olması*) müşahidə ediblər. Onlar ev işlərini görmüşlər, ancaq əməliyyatdan sonra döşsümüyünü dərialtı yerləşdirilmiş transplantatın kosmetik görüntüsü onlarda depressiya yarırdı (*şəkil 10.11*). Nazik



Şəkil 10.11. Xəstə K. 70 yaşlı. Nazik bağırsaqla döşsümüyünü plastikadan 40 il sonra.



a b
*Şəkil 10.12. Rentgenoqram.
Döşümüyüönü dərialtı genəlmiş
nazik bağırsağ ilgəkləri: a) ön-
arxa və b) yandan
görünüşü.*

bağırsaqdan düzəlmiş süni qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı müəyyən olundu ki, kontrast maddə nazik bağırsaqdan düzəlmiş transplantatın ilgəklərində bir qədər yubandıqdan sonra mədəyə keçir (şəkil 10.12, a, b.).

Nazik bağırsaqla plastikadan 30-35 il sonra 28-65 yaşlı digər 3 xəstə: disfagiya və boyun anastomozu nahiyəsində qida, selik xaric olan süzgəc fəsadları ilə müraciət edib.

Ezofaqoskopiya zamanı bu xəstələrdən 2-də boyunda qoyulan anastomozun daralması aşkarlandı. Süzgəc toxumasından götürülən nümunələrin histomorfoloji tədqiqi zamanı onların 2-də də xərçəngə çevrilmə amili tapılıb.

O xəstələrdən birində – 64 yaşlı qadında əməliyyatdan 35 il sonra anastomozun daralması, bədxassəli şişin dağılması və süzgəcin inkişafı ilə əlaqədar, körpücük sümüyü səviyyəsində yeyunostoma formalaşdırılıb və qidalanmaq üçün qastrostoma borusu nazik bağırsağ transplantatının mənfəzinə yeridilib.

Digər xəstə, 48 yaşlı xeyli arıqlamış kişidə əməliyyatdan 30 il sonra laparotomiya aparıldı və təftiş zamanı məlum oldu ki, nazik bağırsağ transplantatının kaudal ucu

mədə ilə birləşdirilməyib. Bu illər ərzində mədə boş qalıb, onun şirəsi nazik bağırsağa axıb və həzm prosesində iştirak etmişdir. Nazik bağırsaq transplantatının distal ucu ilə mədə arasında anastomoz qoyulub və mədə həzm prosesinə qoşulub.

Üçüncü xəstənin xəstəlik tarixini nümunə kimi təqdim edirik.

32 yaşlı xəstə (kişi) M. 10.09.1990-cı il tarixində disfagiya, duru qida və maye qəbulu zamanı öskürək tutması və boyunun sol yarısında olan süzgəcdən bulanıq-selik ifrazı şikayətləri ilə bizim klinikaya müraciət edib.

Anamnezindən məlum olmuşdur ki, o, 2 yaşında, təsadüfən potaş (kalium hidroksid) məhlulu içib. Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralması ilə əlaqədar 1960-cı ildə akademik M.A.Topçubaşov tərəfindən ona qastrostoma qoyulub və sonra mərhələlərlə nazik bağırsaqla döşsümüyünü dərialtı plastika əməliyyatına cəhdlər olunub. Nazik bağırsaqla transplantatı boyuna qədər qaldırılıb, lakin qida borusunun boyun hissəsi ilə birləşdirilməyib. Xəstə uzun müddət qastrostoma vasitəsilə qidalanıb. 1982-ci ildə Moskvada Elmi Cərrahlıq Mərkəzində xəstədə qastrostoma ləğv edilib, transplantatın kaudal ucu mədə ilə, kranial ucu isə qida borusunun boyun hissəsi ilə birləşdirilib (A.F.Çernousov). Əməliyyatdan sonra xəstə 5 il ərzində ağızdan rahat qidalanıb. Ancaq 1986-cı ildə qida qəbulu zamanı xəstədə çəçəmə və öskürək tutması yaranıb. 5 il ərzində həmin klinikada xəstə bir neçə dəfə boyun anastomozu nahiyəsində təkrari rekonstruktiv əməliyyatlara məruz qalıb və hər dəfə əməliyyatdan 2–3 həftə sonra qida qəbulunun öskürək tutması törətməsi yenidən təkrarlanıb.

Xəstə bir daha Moskvaya getməkdən imtina edib və bizim klinikaya gəlib. Daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Dəri örtükləri avazıyıb, xeyli arıqlayıb. Ağciyərləri üzərində

vezikulyar tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları aydın, arterial təzyiqi 110/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın sayı 80 vuruğu həddində olub. Dili nəm, ərplə örtülüdür, qarnı yumşaq ağrısızdır. Boynunun sol yarısında döş-körpücük-məməyə-bənzər əzələ üzərində qızarmış kobud dəri çapıqı və mərkəzində bulanıq irinli maye xaric olan süzgəc qeyd edilir. EKQ- dəyişiksizdir.



Şəkil 10.13. Rentgenoqram.
Traxeya-nazik bağırsağ
və qida borusu-dəri süzgəci.

Fibrobronxoskopiya zamanı traxeyanın boyun hissəsinin arxa divarında 5 mm diametrində süzgəc aşkarlanıb.

Rentgen müayinəsi zamanı ağızdan qəbul edilən kontrast maddənin daralmış anastomozdan nazik bağırsağ transplantatına axması qeyd edilib. Daralmadan yuxarıda kontrast maddə qida borusunun genəlmiş boyun hissəsində ləngiyir. Kontrast maddənin bir hissəsi anastomozdan traxeyaya keçir (şəkil 10.13.).

Xəstəyə transplantatla – qida borusu anastomozunun daralması, qida borusu-traxeya süzgəci diaqnozu qoyulub, cərrahi əməliyyat təklif olunub və razılıq alınıb.

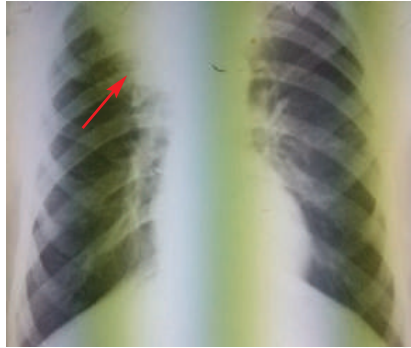
Cərrahi əməliyyat – 14.09.1990-cı il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında anastomoz nahiyəsində 15 sm uzunluğunda kəsiklə çapıqlaşmış dəri süzgəc kanalı ilə birlikdə götürüldü. Böyük texniki çətinliklə iltihablaşmış infiltrata çevrilmiş anastomoz ətraf toxumalardan arındı, qida borusunun boyun hissəsinin sağlam divarı və nazik bağırsağ transplantatının kranial ucu tutqaqlara alındı. Traxeyanın divarı süzgəc nahiyəsində qida borusun-

dan aralandı və süzgəc tikildi. Çapıqlaşmış anastomoz nahiyəsi sağlam toxumalar səviyyəsində kəsilib götürüldü və transplantatla qida borusunun boyun hissəsi arasında sağlam toxumalar səviyyəsində yeni anastomoz formalaşdırıldı. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan sərbəst qida qəbuluna başlayıb və öskürək tutmaları bir daha təkrarlanmayıb. 3 il ərzində xəstə özünü yaxşı hiss edib, qidalanıb, çəkisini artırıb və yüngül fiziki işlə məşğul olub.

1993-cü ildə qida qəbulu zamanı öskürək tutması təkrarlandığı üçün xəstə yenidən klinikaya gəlib. Müayinə zamanı boyunun dəri çapığına süzgəc aşkarlandı.

Döş qəfəsinin rentgen müayinəsində yuxarı ön orta divarda xeyli genəlmə aşkarlandı və şişə şübhə yarandı (şəkil 10.14.). Boyunda olan dəri süzgəcindən toxuma nümunəsi götürülüb histoloji müayinəyə göndərildi və yastı hüceyrəli xərçəng şişi təsdiq edildi. 8 ay ərzində simptomatik müalicə aparıldı və xəstə kaxeksiya fonunda öldü.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, kimyəvi məhlulun təsirinə məruz qalan qida borusunun selikli qişasında uzun illər ərzində epitel hüceyrələrində şişə çevrilmə prosesi gedib. Bu müddət ərzində nazik bağırsağ qida borusu anastomozunun təkrarı daralmaları, qida borusu – traxeya və anastomozla dəri arasında süzgəcin təkrarlanması kimyəvi aşındırıcının təsirinə məruz qalmış, çapıqlaşmış və arxa orta divarda saxlanılan qida borusunda xərçəng şişinin inkişafı ilə əlaqədar olmuşdur.



*Şəkil 10.14. Rentgenoqram.
Yuxarı ön orta divarın törəmə
hesabına genəlməsi.*

Bu nümunə təsdiq edir ki, döş sümüyünü yolla yaradılan ezofaqoyeyunoplastika əməliyyatı zamanı kimyəvi yanığa məruz qalmış, çapıqlaşmış qida borusunda xərçəngə çevrilmənin qarşısını almaq üçün yanmış qida borusu da xaric edilməlidir.

Beləliklə, döş sümüyünü dərialtı nazik bağırsaqla ezofaqoplastika əməliyyatından sonra xəstələr uzun müddət yaşaya bilirlər. Ancaq sonralar nazik bağırsaqla plastikanın çatışmayan cəhətləri: dəri altında qeyri-kosmetik görünüşü, qidanın, kontrast maddənin mədəyə ləng ötürülməsi, mədənin həzm prosesindən təcrid olunması, əksər hallarda qida borusunun aşağı döş hissəsinin yanıqdan sonrakı çapıq daralmalarından yuxarıda onun xeyli genəlmiş hissəsinin arxa orta divarda saxlanması və qida borusunun yanmış divarında xərçəng şişinin inkişafı aşkarlanmışdır.

Bəzi hallarda nazik bağırsağın transplantatının kifayət qədər uzunluqda hazırlanmasının çətinliyi, təkrari əməliyyatlara ehtiyacın yaranması, boyun anastomozu nahiyəsində toxuma işemiyası, nekrozun, təkrari əməliyyat tələb edən süzgəclərin törənməsi ilə əlaqədar nazik bağırsaqla ezofaqoplastika əməliyyatlarına göstərişlər məhdudlaşdırılmalıdır. Ancaq qida borusunun bujlama ilə müalicəyə tabe olmayan bütün xoşxassəli və yoğun bağırsağ, yaxud mədə ilə əvəzlənməsi qeyri-mümkün olan bədxassəli xroniki keçməzlilikləri nazik bağırsaqla plastikaya göstəriş kimi qalmaqdadır.

Əvvəllər xəstədə nazik bağırsağın rezeksiya edilməsi, mədənin Bilrot II üsulu ilə distal rezeksiyası, xüsusən uzun ayaqcıq üzərində Braun anastomozu ilə qoyulmuş gastroenteroanastomoz nazik bağırsaqdan transplantat hazırlanmasına imkan vermir və nazik bağırsaqla plastika əməliyyatına əks göstəriş sayılır.

Hazırda qida borusunun hissəvi qısa daralmalarını əvəzləmək üçün daha önəmli üsul sərbəst nazik bağır-

saq ilgəyini ayaqcıq üzərinə götürüb damar anastomozları yaratmaqla aparılan plastikaadır.

Son 30 ildə bizim nəzarətimiz altında qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra müxtəlif ölçülü daralmaları ilə 140 xəstə olmuşdur. Bu xəstələrə göstərişlə yoğun bağırsaqla (58) və mədə ilə (82) plastika icra edilmişdir.

Yoğun bağırsaqla ezofaqoplastika

Nazik bağırsaqla aparılan plastika əməliyyatlarının uzaq nəticələri bizdə əminlik yaratdı ki, daha uğurlu nəticələr almaq və xəstələrin yaşayış keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq üçün plastik material kimi yoğun bağırsaqdan və mədədən istifadəyə üstünlük vermək lazımdır. Yoğun bağırsaqla plastikaya göstərişlər:

– qida borusunun udlaqdan başlayaraq mədənin girəcəyinə qədər və mədənin çıxacağıının kimyəvi yanıqdan sonra daralması;

– qida borusunun yanıqdan sonra böyük uzunluqda daralması ilə müşayiət olunan ətraf toxumaların yanıq nəticəsində çapıqlaşması (*ezofagit, periezoqagit*) və bəzi hallarda qida borusu orta divar süzgəci (*deşilmə*), mediastinit;

– əvvəllər mədə üzərində əməliyyatlar (*distal mədə rezeksiyası, qastroduodenoanastomoz, qastroyeyunoanastomoz*) keçirilmiş xəstələrdə qida borusunun böyük ölçülü daralması;

– qida borusunun xərçənginə görə icra olunmuş *Dobromislov-Torek* əməliyyatından sonra ağızdan qida qəbulunun bərpası;

– nazik bağırsaqla, yaxud mədə ilə plastikaya uğursuz cəhdlər, transplantatın nekrozu, qida borusunun sağlam hissəsinə transplantatın çatdırıla bilinməməsi və plastikanın tamamlanmaması;

– qida borusunun və mədənin kardial hissəsinin qida borusuna sirayət edən və çıxarılması qeyri-mümkün olan xərcəngi.

Əks göstərişlər:

– qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralması ilə yanaşı tənəffüs üzvlərinin və ürəyin ciddi xəstəlikləri;

– yoğun bağırsaqla plastikaya cəhd zamanı onun divarının və damarlarının zədələnməsi;

– hazırlanmış yoğun bağırsaqla transplantatının işemiyası və həyatiliyinin böyük şübhə doğurması.

Plastika üçün yoğun bağırsağın sağ və sol yarısından qidalandırıcı arteriya üzərində aşağıdakı quruluşlarda hazırlanan transplantatlarla bərpa əməliyyatı mümkündür:

– orta və sağ çənbər bağırsaqla arteriyaları üzərində yoğun bağırsağın sol və sağ yarısından əks-peristaltik hazırlanmış transplantatlarla;

– sol çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;

– sol çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində əks-peristaltik hazırlanmış transplantatla;

– birinci S-ə bənzər çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;

– sol çənbər bağırsaqla arteriyası ilə birinci S-ə bənzər çənbər bağırsaqla arasında fasilə olduqda orta və sağ çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində əks-peristaltik hazırlanmış transplantatla;

– sağtərəfli hemikolektomiyadan sonra saxlanılan orta çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində əks-peristaltik hazırlanmış transplantatla;

– sağtərəfli hemikolektomiyadan sonra sol çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində əks-peristaltik hazırlanmış transplantatla;

– sağtərəfli hemikolektomiyadan sonra birinci S-ə bənzər çənbər bağırsaqla arteriyası üzərində izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;

- orta çənbər bağırsağ arteriyası üzərində çənbər bağırsağın sağ yarısından qalça bağırsağın terminal hissəsi qatılmaqla izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;
- qalça-çənbər bağırsağ arteriyaları üzərində çənbər bağırsağın sağ yarısından kor bağırsağ da qatılmaq şərtilə əks-peristaltik hazırlanmış transplantatla;
- orta-çənbər bağırsağ arteriyası üzərində çənbər bağırsağın sağ yarısından, kor bağırsağ qatılmamaq şərtilə, izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;
- qalça-çənbər bağırsağ arteriyası üzərində qalça bağırsağın terminal hissəsi, kor bağırsağ, qalxan çənbər bağırsağın bir hissəsi qatılmaqla izoperistaltik hazırlanmış transplantatla;
- qalça-çənbər bağırsağ arteriyası üzərində qalça bağırsağ və kor bağırsaqdan izoperistaltik hazırlanmış transplantatla.

Beləliklə, çənbər bağırsağın həm sağ, həm də sol yarısından izo- və əksperistaltik olaraq hazırlanmış və müxtəlif mənbələrdən qan təchizatı alan 13 quruluşda transplantat hazırlayıb qida borusunu əvəz etmək mümkündür. Təqdim olunan quruluşlar içərisində çənbər bağırsaqla qida borusunun əvəzlənməsinin ən önəmli üsulu, hətta sağtərəfli hemikolektomiyadan sonra belə, orta çənbər bağırsağ arteriyası üzərində yoğun bağırsağın sol yarısından əksperistaltik hazırlanmış transplantatdan istifadə olunmasıdır. Bu növ plastikanın üstünlüyü orasındadır ki, transplantatı lazımi uzunluqda hazırlamaq mümkün olur. Transplantatın izo- və əksperistaltik yerləşdirilməsi böyük əhəmiyyət kəsb etmir, çünki qəbul olunmuş qida peristaltika hesabına yox, öz ağırlığı ilə transplantatdan mədəyə axır.

Yoğun bağırsağın sağ yarısından izoperistaltik transplantat hazırlanarkən qalça bağırsağın terminal hissəsi və kor bağırsağ da transplantata qatılır. Bu quruluşda hazırlanmış transplantata kor bağırsağın qatılması (*Bahuni*

qapağı hesabına) funksional cəhətdən yaxşı olmur. Bundan əlavə, qalça bağırsağın qan təchizatı ilə əlaqədar onun nekrozu da törənə bilər. Ona görə də yoğun bağırsağın sağ yarısı uzun olduqda orta çənbər bağırsaq arteriyası üzərində, kor bağırsağın götürülməməsi şərtilə, izoperistaltik transplantat hazırlamağa çalışmaq lazımdır. Kor bağırsağın transplantata qatılmaması *Bahuni qapağının* fəaliyyətini qorumağa imkan verir. Çıxılmaz vəziyyət yarandıqda, yoğun bağırsağın sağ yarısından qalça-çənbər bağırsaq arteriyası üzərində izoperistaltik transplantat hazırlamağa cəhd göstərmək olar. Bu zaman transplantata qalça bağırsağın terminal hissəsinin böyük, yaxud kiçik bir segmenti və kor bağırsaq da qoşulmalıdır.

Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı (*xeyli üzülmüş, zəif*), ciddi yanaşı xəstəlikləri, qarın boşluğu üzvlərində keçirilmiş əməliyyatlar, qida borusu ilə yanaşı, udlağın və mədənin yanığı və yoğun bağırsağı qidalandıran damarların quruluşu ilə əlaqədar olaraq yoğun bağırsaqla plastika 1 və 2–3 mərhələli ola bilər.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra ciddi disfagiya törədən çapıq daralması ilə əlaqədar biz yoğun bağırsaqla plastika əməliyyatını 58 xəstədə icra etmişik. Onlardan 5-də plevradaxili, 53-də isə döş sümüyü arxası yolla plastika aparılmışdır.

Əməliyyat keçirmiş xəstələr vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq 3 qrupa bölünmüşdür: birmərhələli, ikimərhələli və üçmərhələli kolo-ezofaqoplastika.

Yoğun bağırsaqla birmərhələli ezofaqoplastika

Yoğun bağırsaqla birmərhələli əməliyyat 24 xəstədə icra edilmişdir. Xəstələrin qənaətbəxş vəziyyəti birmərhələli əməliyyatı aparmağa imkan verib. Bu xəstələrdən

birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

17 yaşlı xəstə (qız) B. 12.10.1988-ci il tarixində ETKECİ-nin Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qidanın çətin keçməsi – disfagiya, bədən çəkisinin azalması, zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Anamnezdən müəyyən olunur ki, 6 ay əvvəl sirkə turşusu içmişdir. Toksikoloji mərkəzdə müalicə alıb və evə yazıldıqdan 3 ay sonra yeməyin çətin keçməsinə hiss edib. Disfagiyanın güclənməsi ilə əlaqədar olaraq xəstə klinikaya müraciət edib.

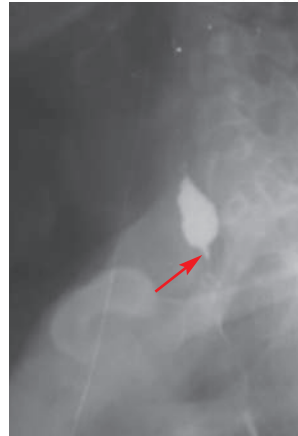
Daxil olarkən ümumi vəziyyəti kafi olub, dəri örtükləri bir qədər avazıyıb. Bədən çəkisini 4-5 kq itirib. Yalnız duru qidaları çətinliklə qəbul edir. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəfüs eşidilir. Arterial təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 90 vuruğu həddindədir. Qarnı yumşaq, ağrısızdır, EKQ – dəyişiksizdir.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı kontrast maddə udlaqdan dar bir yarıqla axıb keçə bilir (şəkil 10.15, a, b).

Təsdiqlənmiş diaqnoz: Qida borusunun udlaqdan başlamış kimyəvi yanıqdan sonrakı daralması, güclənən



a



b

Şəkil 10.15. Rentgenoqram. Qida borusunun boyun hissəsindən başlayan daralma: a) ön-ərxa və b) yan görünüş.

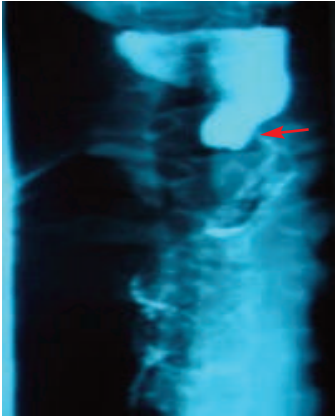
disfagiya ilə əlaqədar olaraq xəstəyə cərrahi əməliyyat təklif olunub və razılığı alınıb.

Cərrahi əməliyyat – 19.10.1988-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında orta laparotomiya kəsiyi ilə qarın boşluğu açıldı. Məlum oldu ki, mədənin ölçüləri kiçikdir. Təftişdən sonra yoğun bağırsağın sol yarısı art. colica media saxlanılmaq şərti ilə və art. colica sinstra bağlanıb kəsildikdən sonra periton çözündən aralandı, 30 sm uzunluğunda transplantat hazırlandı. Uc-uca yoğun bağırsağ anastomozu yaratmaqla bağırsağın keçiriciliyi bərpa edildi. Transplantat mədənin arxasından kiçik piylikdən keçməklə, mədənin önünə çıxarıldı.

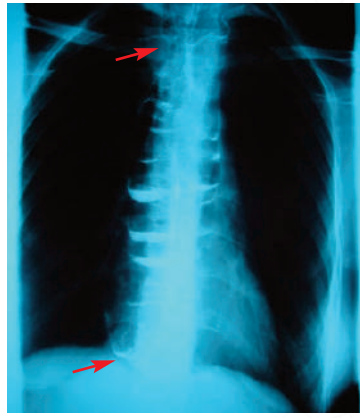
Transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz yaradıldı. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 8 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Qida borusunun boyun hissəsi aralanıb tutqaca götürüldü. Məlum oldu ki, yanıq nəticəsində törənən 12 mm-ə qədər daralma udlaqdan başlayıb qida borusunun boyun hissəsinə keçir. Qida borusunun daralmış mənfəzi və udlağın çıxacağı boylama kəsiklə açıldıqdan sonra daralmış hissə kəsilib götürüldü. Daralmadan aşağıda qida borusunun mənfəzi tikilərək, orta divarda saxlanıldı. Döşsümüyüarxası yol açıldıqdan sonra yoğun bağırsağ transplantatı əksperistaltik vəziyyətdə boyuna çatdırıldı və udlaqla transplantat arasında uc-uca anastomoz formalaşdırıldı. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi və 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan sərbəst maye və qidalar qəbul etməyə başladı, kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

Əməliyyatdan 7 ay sonra xəstə qidanın çətin keçməsi ilə əlaqədar yenidən klinikaya gəldi. Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı anastomoz nahiyəsində daralma aşkarlandı (şəkil 10.16).

Xəstənin boyun nahiyəsində təkrari əməliyyat aparıldı. Çapıq toxumalar aralandıqdan sonra daralmış anastomoz üzərində yoğun bağırsağın və udlağın divarı 3 sm



Şəkil 10.16. Rentgenoqram. Rentgen-kontrast müayinə ilə aşkarlanan udlaq-yoğun bağırsaq anastomozunun daralması.



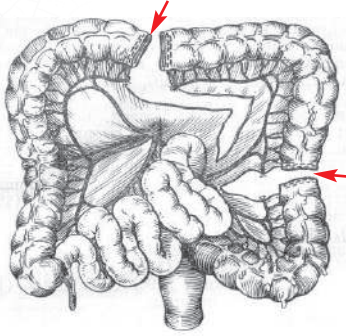
Şəkil 10.17. Rentgenoqram. Anastomozun daralmasının ləğvindən sonra.

uzunluğunda boylama açılıb köndələn tikildi və rahat qida qəbulu bərpa edildi (şəkil 10.17).

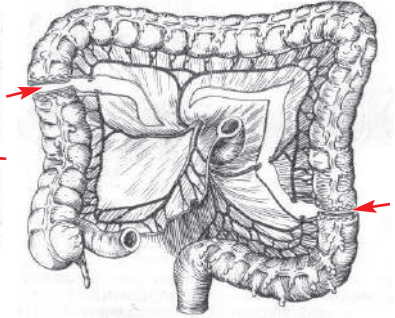
Ümumiyyətlə, anastomozun daralması aşağıdakı səbəblərlə əlaqədar ola bilər: cərrahi texnikanın yetərsizliyi, kobud tikiş saplarından istifadə, əməliyyat sahəsinin infeksiyalaşması, anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı və anastomozun ikincili sağlması. Yoğun bağırsaqla birmərhələli plastika icra olunan 24 xəstədən 5-də transplantat, art.colica sinistra damar ayaqcığı saxlanılmaq şərtilə, izoperistaltik (şəkil 10.18), 19 xəstədə isə art. colica media üzərində əksperistaltik vəziyyətdə hazırlandı (şəkil 10.19).

Daralmanın udlaqdan başlanması ilə əlaqədar olaraq daralmış seqment götürüldükdən sonra 5 xəstədə transplantatın proksimal ucu ilə udlaq arasında təksirali tikişlə anastomoz yaradıldı (şəkil 10.20, 10.21).

Birmərhələli plastika əməliyyatından sonra 24 xəstədən 2-də erkən dövrdə (2-5 həftə) nazik bağırsaq keçməzliyi yarandı. Həmin xəstələr qusma şikayəti ilə klinikaya



Şəkil 10.18. Sol çənbər bağırsağ arteriyası üzərində izoperistaltik transplantatın hazırlanması.



Şəkil 10.19. Orta çənbər bağırsağ arteriyası üzərində akoperistaltik transplantatın hazırlanması.



Şəkil 10.20. Kimyəvi yanıqdan sonra udlaqdan başlayan daralma.



Şəkil 10.21. Udlaq-yoğun bağırsağ anastomozu.

yenidən müraciət etdilər və onların üzərində təkrari əməliyyat aparıldı. Xəstələrdən birində keçməzlik bitişmə mənşəli oldu. Bitişmələr aralandıqdan sonra keçməzlik ləğv edildi.

Digər xəstədə isə keçməzliyin səbəbi tam qapanmayan yoğun bağırsağ çözümdə olan defektdən nazik bağır-

saq ilgəkləri əks tərəfə keçərək diz əmələ gətirməsi olub. Belə halda nazik bağırsağ ilgəkləri geri çəkilib, çözdə formalaşan pəncərə-defekt tikilib və keçməzlik ləğv edilib.

Əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə bir xəstədə transplantatın qan dövranının pozulması ilə əlaqədar onun nekrozu, ön mediastinit, sol plevra boşluğunun irinləməsi yaranıb. Xəstə üzərində təkrar əməliyyat aparılıb, nekroza uğramış transplantat xaric edilib, ezofaqostoma və qidalandırmaq üçün qastrostoma qoyulub. Güclənən irinli intoksikasiya xəstənin ölümünə səbəb olub.

Birmərhələli bərpa əməliyyatından 3–7 ay sonra 2 xəstədə boyunda qoyulmuş anastomozun daralması törəndiyi üçün onlara yenidən əməliyyat aparılıb, boyun anastomozu boylama açılıb və köndələn tikilməklə anastomozun sərbəst keçiriciliyi bərpa olunub.

Birmərhələli əməliyyatların üstünlüyü ondan ibarətdir ki, onların icrasından sonra qısa müddətdə ağızdan qida qəbulu bərpa edilir, əməliyyatların sonrakı mərhələlərinə ehtiyac olmur. Ancaq bəzi xəstələrin ümumi vəziyyəti birmərhələli əməliyyatın uğurlu nəticəsinin ehtimalını şübhə altına alır. Belə xəstələlərdə ikimərhələli əməliyyatların aparılması daha məqsədəuyğundur.

Yoğun bağırsaqla ikimərhələli ezofaqoplastika

Vəziyyətlərinin ağırlığını, alimentar çatışmazlığı, xeyli ariqlamanı, zülal azlığını, anemiyanı nəzərə alaraq travmatik birmərhələli əməliyyatların icrası 22 xəstədə məqbul sayılmayıb və onlara ikimərhələli cərrahi əməliyyat icra edilib.

Birinci mərhələdə 22 xəstədən 21-də *Kader üsulu* ilə qastrostoma, bir xəstəyə isə bütün mədə yanib çapıqlaşdığı və qastrostoma qoymaq mümkün olmadığı üçün *Maydl üsulu* ilə yeyunostoma qoyulub.

Pilorik kanalın yanıq nəticəsində daralması ilə əlaqədar olaraq 22 xəstədən 4-də qastrooma ilə yanaşı, gastroenteroanastomoz da yaradılıb.

Qastrostoma qoyulmuş xəstələrdən 2-də bujla genəltmək məqsədilə, digər klinikalarda eyni zamanda boyunda ezofaqostoma da qoyulub.

22 xəstədən 8-də transplantatın kranial ucu ilə udlaq arasında, 14 xəstədə isə transplantatla qida borusunun boyun hissəsi arasında anastomoz formalaşdırılıb.

Nümunə kimi ikimərhələli əməliyyata məruz qalmış xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarış təqdim edilir:

17 yaşlı xəstə (oğlan) Q. 10.01.1997-ci il tarixində M.Nağıyev adına Bakı şəhər Təcili Tibbi Yardım Xəstəxanasının III cərrahiyyə şöbəsinə ağır vəziyyətdə – ağızdan qida qəbulunun mümkünüzlüyü, zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Klinikaya daxil olmasından 3 ay öncə təsadüfən sirkə turşusu içib. İlk yardım yaşayış yerində – Naxçıvan şəhərində göstərilib. Vəziyyəti bir qədər yaxşılaşmış və yalnız duru qidalar qəbul etmişdir. 2 ay sonra, disfagiya güclənmiş və xəstə ancaq mayelər (süd, bişmiş ət suyu, çay) qəbul edə bilmişdir. Bədən çəkisi 5 kq azalmışdır.

Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti çox ağır olub, zəifliklə əlaqədar günün əksər saatlarını yataqda keçirirdi. Dəri örtükləri avazıyıb, dərialtı piy təbəqəsi yoxdur. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddində olub. Dili nəm, qarnı yumşaq, ağrısızdır, bağırsaqları boşdur (qarnı belinə yapışıb). İki aydır defekasiya olmur.

Rentgen müayinəsi – kontrast maddə qida borusunun yuxarı döş hissəsinə qədər sərbəst keçir. O səviyyədən aşağıda qida borusunun mənfəzi xeyli daralıb. Kontrast maddə nazik axınla mədəyə keçə bilir (şəkil 10.22).

Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı, qanın tərkibinin dəyişiklikləri (eritrositlər $2.5 \times 10^{12}/l$, Hb – 70 q/l, leykositlər

10.000, eritrositlərin çökmə sürəti 53 mm/saat, ümumi zülal – 6.3 q/l) və ağır alimenter çatışmazlığı nəzərə alınaraq, xəstəyə ezofaqoplastika əməliyyatının icrasının iki mərhələdə aparılması məqsəddə uyğun sayılıb.

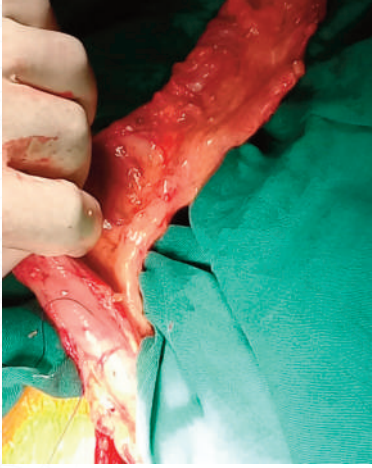
Cərrahi əməliyyatın birinci mərhələsində 17.01.1997-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya aparılıb. Kader üsulu ilə qastrostoma qoyulub və qarın yarası tikilib. Əməliyyatın ikinci mərhələsini asanlaşdırmaq məqsədilə boyunun sol yarısında, döş-körpücük-məməyabənzər əzələyə paralel olaraq 6 sm uzunluğunda kəsik aparılıb, qida borusunun boyun hissəsi ətraf toxumalardan aralanıb, YO-40 aparatı ilə tikilərək, kəsilib və kaudal ucu orta divarda saxlanılıb.

Qida borusunun kranial ucu dəriyə tikilərək ezofaqostoma formalaşdırılıb. Əməliyyatın ertəsi günündən xəstə qastrostoma borusu vasitəsilə qida qəbuluna başlayıb. Qısa müddətdən sonra xəstə evə yazılıb və məsləhət verilib ki, 4–6 aydan sonra əməliyyatın ikinci mərhələsi üçün klinikaya qayıtsın. 5 ay sonra xəstə yenidən xeyli gümrah, dəri örtükləri normal rəngdə, bədən çəkisini 3 kq artırıb vəziyyətdə klinikaya qəbul edilib.

Əməliyyatın II mərhələsi – 19.06.1997-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında, köhnə dəri çapığı götürülmək şərti ilə, geniş laparotomiya icra edilib. Təftişdən və yoğun bağırsağın damar quruluşu dəqiqləşdirildikdən



Şəkil 10.22. Rentgenoqram. Qida borusunun yuxarı döş hissəsindən başlayan daralma.



Şəkil 10.23. Yoğun bağırsaqdan hazırlanmış transplantat.

sonra çənbər bağırsağın sol yarısından, əksperistaltik vəziyyətdə 35 sm uzunluğunda transplantat (şəkil 10.23), orta çənbər bağırsaq arteriyası saxlanılmaq şərti ilə hazırlanıb. Uc-uca yoğun bağırsaq anastomozu ilə bağırsaq ötürücülüüyü bərpa edilib.

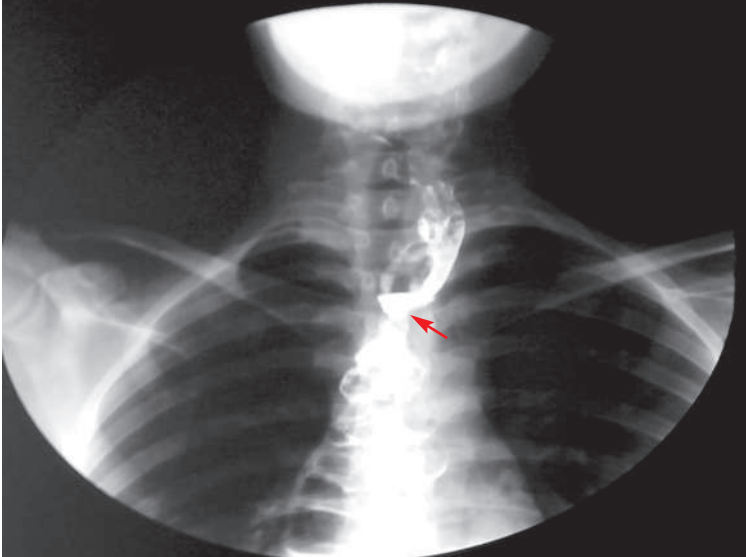
Yoğun bağırsaq transplantatı kiçik piylikdən mədənin önünə çıxarılıb və transplantatın kaudal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz formalaşdırılıb.

laşdırıldıqdan sonra döş sümüyü arxasında ön orta divarda diafraqmadan körpücük sümüyünə qədər yol yaradılıb. Boyunda ezofaqostoma ətrafında kəsik aparılıb, qida borusu dəridən və ətraf toxumalardan aralanıb. Transplantat döş sümüyünün arxası ilə ön orta divardan boyuna çıxarılıb və qida borusunun boyun hissəsi ilə transplantatın kranial ucu arasında təksıralı fasiləli tikişlə uc-uca anastomoz formalaşdırılıb.

Boyunun və qarının ön divarlarındakı yaraları tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 4-5-ci gündən etibarən xəstə ağızdan qida qəbul eləməyə başlayıb. Qastrostoma ləğv edilib və xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb. Əməliyyatdan 10 il sonrakı müayinəyə görə vəziyyəti yaxşıdır, əmək qabiliyyəti bərpa olunub və yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşıb.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı ön orta divarda transplantatın qənaətbəxş ötürücülüüyü təsdiqlənib (şəkil 10.24.).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ağır dərəcəli alimantar çatışmazlığı olan xəstələrdə mərhələli əməliyyat



Şəkil 10.24. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 10 il sonra qida borusu-yoğun bağırsaq anastomozundan kontrast maddə sərbəst axınla keçir.

yatlar aparılmalıdır. Əməliyyatın birinci mərhələsində gastrostomanın qoyulması xəstələri qidalandırmağa, onların ümumi vəziyyətlərini yaxşılaşdırmağa, bədən çəkisini artırmağa, həmçinin qanın tərkib elementlərinin normallaşmasına və bərpa əməliyyatının uğurla tamamlanmasına zəmin yaradır.

İkimərhələli əməliyyatdan sonra yaxın və uzaq dövrlərdə xəstələrdə fəsadlar müşahidə olunmayıb.

Yoğun bağırsaqla üçmərhələli ezofaqoplastika

Üçmərhələli bərpa əməliyyatları – daha ağır alimantar çatışmazlığı olan 20–56 yaşlı 7 xəstədə icra edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi şərh edirik.

20 yaşlı xəstə (qadın) H. 20.01.2000-ci il tarixində döşündə ağrılar, disfagiya, maye qəbulu zamanı çeçəmə, zəiflik, bədən hərəkətinin yüksəlməsi şikayətləri ilə M.Nağıyev adına Bakı şəhər Təcili Tibbi Yardım Xəstəxanasının III cərrahlıq şöbəsinə daxil olub.

Anamnezindən məlum olub ki, 2 aydır xəstədir. 1999-cu ilin noyabrında ərinin ölümündən sonra özünə qəsd etmək məqsədilə kalium hidroksid (potas) məhlulu içib. Yaşadığı yerdə konservativ müalicə alıb və 2 aydan sonra vəziyyəti pisləşməyə başlayıb, ağızdan qida qəbulu xeyli çətinləşib. Ancaq mayələr qəbul edə bilir. Hər dəfə maye qəbulundan sonra öskürək tutmaları yaranır və boğulma törədir. Vəziyyətinin ağırlaşması ilə əlaqədar klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən vəziyyəti ağır olub. Dəri örtükləri avazıyıb, dodaqlarının qırmızı haşiyəsi göyümtüldür. Bədən çəkisini 10 kq itirib. Hərəkəti 38°–39°C-dir. Ağciyərlərinin üzərində hər iki tərəfdən yaş xırıltılar eşidilir. Tənəffüsün dəqiqəlik sayı 26-dır. Ürək tonları küylüdür, arterial qan təzyiqi 100/60 mm c. s. səviyyəsində, nəbz ritmik, dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddindədir. Dili qurudur, qarın yumşaqdır, ağrısızdır, EKQ – dəyişiksizdir.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində udlaqdan başlayaraq, bütün qida borusunun daralması aşkarlanır. Kontrast maddə qida borusundan tənəffüs yoluna və nazik axınla mədəyə sızır (şəkil 10.25.). Mədənin çıxacağı yanib daraldığı üçün kontrast maddə mədədən 12-barmaq bağırsağa keçmir (şəkil 10.26.). Mədə xeyli genəlib və maye ilə doludu. Daralma ilə əlaqədar olaraq ezofaqoskopiya qeyri-mümkündür.

Traxeoskopiya zamanı qida borusunun yuxarı döş hissəsi ilə traxeyanın arxa divarı arasında süzgəc kanalı aşkarlanıb.

Xəstədə kimyəvi yanığ nəticəsində qida borusunun bütövlükdə daralması, qida borusu-traxeya süzgəci, mediastinit diaqnozu təsdiqlənib və cərrahi əməliyyatın icrası həyati göstəriş kimi dəyərləndirilib.

Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar olaraq bərpa əməliyyatının mərhələlərlə aparılması məqsədəuyğun sayılıb.

Cərrahi əməliyyatın birinci mərhələsi – 27.01.2000-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı pilorik kanalın kimyəvi yanıqdan sonra çapıq daralması və tam keçməzliyi aşkarlanıb. Xəstəyə ön gastroenteroanastomoz və Braun anastomozu formalaşdırıldıqdan sonra Kader üsulu ilə qastrostoma qoyulub. Xəstə qastrostomadan qidalanmağa başlayıb və evə yazılıb. 8 ay sonra xəstə ağır vəziyyətdə kəskin tənəffüs çatışmazlığı, qanhayxırma şikayəti ilə klinikaya qayıdıb.

Döş qəfəsinin rentgen müayinəsində sol ağciyərin yuxarı payının infiltrativ və rəmi və sol tərəfli seroz plevrit aşkarlanıb. Xəstəyə vərəm əleyhinə preparatların qastrostomadan yeridilməsinə başlanılıb. Xəstə ambulator müşahidədə saxlanılıb, spesifik iltihaba qarşı müalicə davam etdirilib və qastrostomadan yüksək kalorili qidalar yeridilməsi məsləhət görülüb.



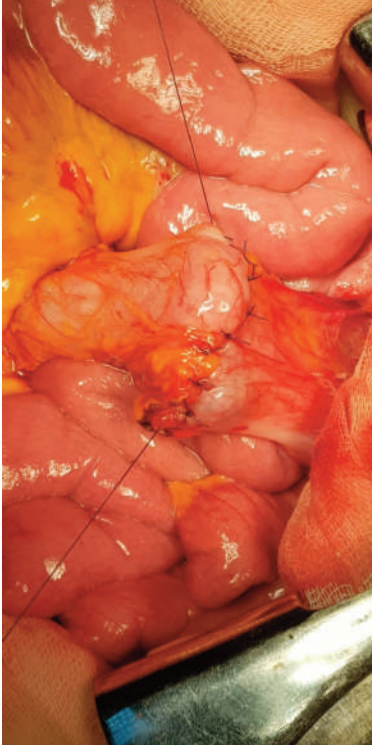
Şəkil 10.25. Rentgenoqram. Ağzıdan qəbul olunan kontrast maddə nazik axınla traxeyaya və mədəyə axır.



Şəkil 10.26. Rentgenoqram. Pilorik kanalın yanıq nəticəsində daralması.

10.05.2001-ci il tarixində xəstə yenidən klinikaya gümrah vəziyyətdə qayıdıb. Bədən çəkisi 2 kq artıb. Döş qəfəsinin rentgen müayinəsində sol ağciyərdə spesifik iltihabın produktiv formada davam etməsi, nisbətən stabil vəziyyət alması aşkarlanıb. Ümumi vəziyyəti qənaətbəxş qiymətləndirilib və əməliyyatın II mərhələsinin icrasına göstəriş məqbul sayılıb.

Cərrahi əməliyyat – 15.05.2001-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında dəri çapığı götürülməklə geniş yuxarı-orta laparotomiya aparılıb. Bitişmələr aralandıqdan sonra yoğun bağırsağın sol yarısından, sol çənərbə bağırsaq



arteriyası saxlanılmaq şərtilə, 35 sm uzunluğunda izoperistaltik transplantat hazırlanıb. Yoğun bağırsaqarası uc-uca anastomozla bağırsağın ötürücülüüyü bərpa edilib. (şəkil 10.27).

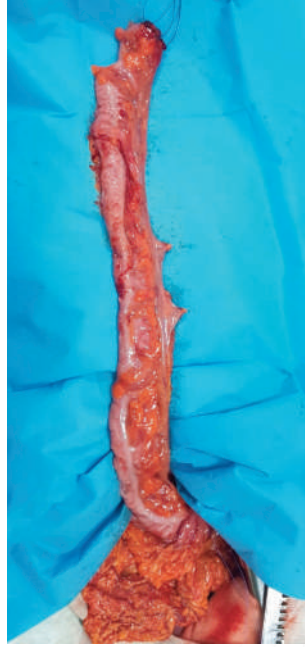
Transplantat kiçik piylikdən mədənin önünə keçirilib və onun kaudal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz formalaşdırılıb. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq kəsik aparılıb və döşsümmüüarxası yolla transplantatın kranial ucu boyuna qaldırılıb, ətraf toxumalara təsbit edilib (şəkil 10.28). Qidalanmanı davam etdirmək üçün qastrostoma saxlanılıb. Qarın və boyun yaraları tikilib.

Şəkil 10.27. Yoğun bağırsaq anastomozu ilə həzm traktının tamlığı bərpa edilib.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib və xəstə ambulator müşahidəyə göndərilib.

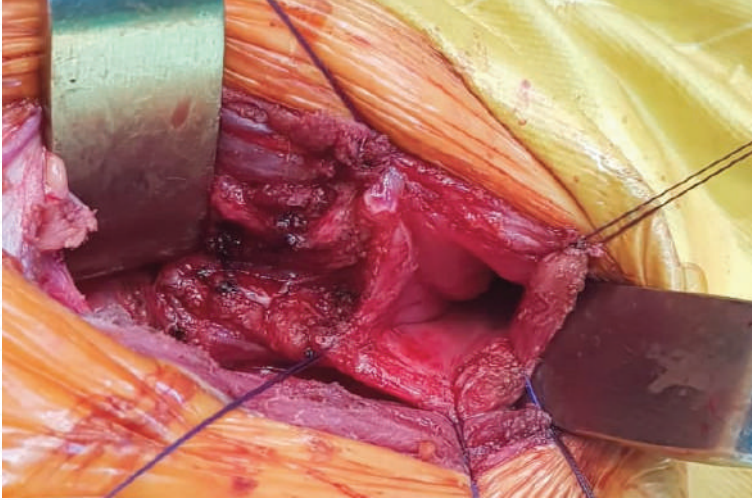
21.11.2001-ci il tarixində xəstə yenidən klinikaya xeyli gümrah vəziyyətdə qayıdıb və əməliyyatın sonuncu mərhələsi planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyatın yekun mərhələsi – 03.12.2001-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sol döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel, dəri çapığı götürülməklə 8 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Qida borusu kimyəvi yanığ nəticəsində çapıqlaşmış, boyun hissəsi ətraf toxumalardan aralanıb və qida borusunun mənfəzi açılıb. Bu orqanın boyun hissəsinin mənfəzi 3 mm-lik dar kanala



Şəkil 10.28. Hazırlanmış yoğun bağırsağ transplantatı.

çevrilib. Kanal boyu qida borusunun divarı udlağa qədər açılıb və udlağın çıxışı köndələn kəsiklə açılıb, xeyli geniş mənfəz yaradılıb. (Şəkil 10.29.). Qida borusunun çapıqlaşmış boyun hissəsi rezeksiya edilib götürülüb və distal ucu tikilib orta divarda saxlanılıb. Yoğun bağırsağ transplantatının kranial ucu ətraf toxumalardan aralandıqdan sonra udlaqla transplantat arasında geniş anastomoz yaradılıb. Nazoqastral zond anastomozdan kaudala transplantatın mənfəzinə yeridilib, boyun yarası tikilib, qastrostoma müvəqqəti saxlanılıb. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib, 10 gün ərzində xəstə qastrostomadan qidalanmanı davam etdirib, sonra ağızdan sərbəst qida qəbuluna başlayıb. 2 həftə sonra qastrostoma borusu çıxarı-



Şəkil 10.29. Udlağın mənfəzi geniş açılıb.

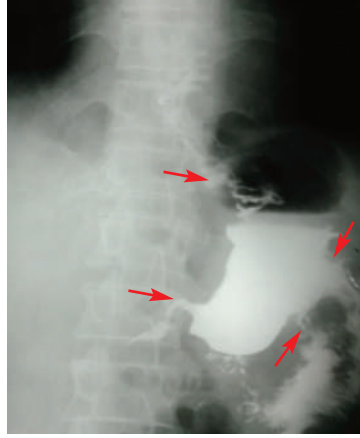
lib, gastrostoma dəliyi öz-özünə bağlanıb. Xəstə kafi vəziyyətdə evə yazılıb. Əməliyyatdan 2 il sonra xəstə klinikaya çağırıldı. Vəziyyəti yaxşıdır, istədiyi qidanı çətinlik olmadan qəbul edir, əmək qabiliyyəti bərpa olunub, həyat keyfiyyəti xeyli yaxşılaşmışdır.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı ağızdan qəbul edilən kontrast maddə döşsümüyüarxası yerləşmiş transplantatla mədəyə axır (şəkil 10.30.). Kontrast maddə gastroenteroanastomozdan nazik bağırsaqa keçir (şəkil 10.31.).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ağır vəziyyətə düşmüş xəstələrdə, əlavə spesifik infeksiyanın qoşulması əməliyyatın 2 mərhələdə tamamlanmasına imkan verməmişdir. Əməliyyatın 3-cü mərhələsinin icra vaxtının uzadılması, qoşulmuş spesifik infeksiyanı söndürməyə və bərpa əməliyyatının uğurla tamamlanmasına imkan verir. Bu müddət ərzində xəstənin gastrostomadan qidalanması qida borusu ilə traxeya arasında yaranmış süzgəcin çapıqlaşmış bağlanması və ağciyər-



*Şəkil 10.30. Rentgenoqram.
Kontrast maddə
transplantatla sərbəst axır.*



*Şəkil 10.31. Rentgenoqram.
Kontrast maddə mədədən na-
zik bağırsağ ilgəklərinə axır.
Mədənin çıxacağı bağlıdır.*

də spesifik iltihabın sönməsinə yardım edir. Traxeoskopiya zamanı qida borusu traxeya süzgəcinin qapanması təsdiqlənib. Xəstənin müalicə olunub sağlması 2 ilə qədər davam edib.

Nazik bağırsaqla dərialtı və yoğun bağırsaqla döşsü-
müyüarxası dolayı plastika əməliyyatı zamanı yanmış qi-
da borusu boyun nahiyəsində kəsilib, aralanır və onun
döş hissəsi arxa orta divarda qalır. Yanıq nəticəsində çarıq-
laşmış qida borusu epitelindən xərçəng şişinin inkişafı eh-
timalı yüksək olduğu üçün təkrar əməliyyatla qida borusu
xaric edilməlidir. Ancaq xəstələr ağır vəziyyətdən çıxdıq-
dan və alimentar çatışmazlıq əlamətləri söndükdən sonra
bu əməliyyata razılıq vermir təbii yolla qida qəbulunun
bərpaı ilə kifayətlənirlər.

Mədə ilə plevraxili ezofaqoplastika

Ötən əsrin 50-ci illərində *T.Garlock* və *R.Sweet* təcrübədə göstərişlər ki, qida borusunun aşağı hissəsinin xroniki keçməzliyini ləğv etmək üçün qida borusu ilə mədə arasında istənilən səviyyədə plevraxili anastomoz qoyulması mümkündür. Qida borusunun aşağı hissəsinin kimyəvi yanıqdan sonra müxtəlif dərəcəli və müxtəlif uzunluqda daralması ilə 29 xəstədə (17 – qadın, 12 – kişi, 20 – 65 yaşlarında) qida borusu rezeksiya edilib və sağ plevra boşluğunda mədə ilə qida borusu arasında anastomoz formalaşdırılıb.

Mədə ilə plevraxili *gastroezofaqoplastikaya* göstərişlər:

– qida borusunun aşağı 1/3 hissəsinin bujla genəldilməyə tabe olmayan kimyəvi yanıqdan sonra daralması;

– turş mədə möhtəviyyatının qida borusuna qayıdaraq törətdiyi iltihabi (*peptik*) çapıq daralma;

– qida borusu-mədə keçidinin xərçəngi.

Əks göstərişlər:

– mədənin kimyəvi yanıq nəticəsində tam çapıqlaşması və çıxacağıının yanıqdan sonra böyük məsafədə daralması;

– sağ mədə-piylik arteriyası və venasının əvvəllər keçirilmiş əməliyyat zamanı (mədə rezeksiyası) bağlanması;

– texniki düzgün qoyulmamış qastrostoma ilə əlaqədar mədənin büzüşüb yararsız hala düşməsi;

– qarın boşluğunda əvvəllər keçirilmiş əməliyyatlardan sonra mədədən plastik material kimi istifadənin qeyri-mümkünlüyü;

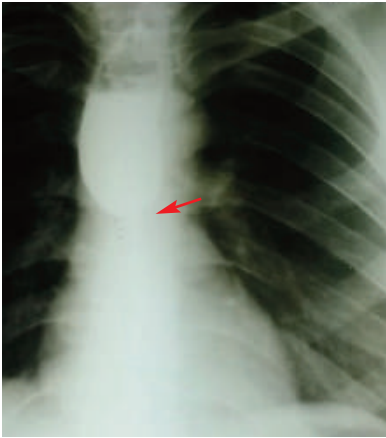
– ağır ürək-tənəffüs pozuntuları.

Qida borusunun aşağı döş hissəsinin kimyəvi yanıqdan sonra daralması ilə 29 xəstədən 24-də birmərhələli, 5-də ikimərhələli plevraxili gastroezofaqoplastika icra olunub.

Plevraxili birmərhələli əməliyyat aparılmış xəstələrdən birinin xəstəlik tarixini nümunə kimi veririk.

22 yaşlı xəstə (oğlan) G. 15.06.1988-ci il tarixində ETKECİ Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qidanın keçməməsi (disfagiya), zəiflik şikayətləri ilə daxil olub. Xəstənin dediyinə görə, 6 aydır xəstədir. Təsadüfən hansısa aşındırıcı məhlul içmişdir. Həmin mayenin adını aydınlaşdırmaq bizə müyəsər olmadı. Tədricən disfagiya güclənmişdir. Son həftələrdə böyük çətinliklə mayələr qəbul edə bilir. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti kafi olub, dərialtı piy təbəqəsi azalıb. Dəri örtükləri adi rəngdədir. Ağciyərlərinin üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydındır. Arterial qan təzyiqi 120/80 mm c.s. səviyyəsində, nəbz-in dəqiqəlik sayı 80 vuruğu həddindədir. Dili nəm, ərplə örtülüb, qarnı yumşaq, ağrısızdır.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı orta döş hissəsindən başlayaraq onun mənfəzinin daralması və daralmadan yuxarı qida borusunun mənfəzinin xeyli genəlməsi aşkarlanıb (şəkil 10.32, a,b).



a



b

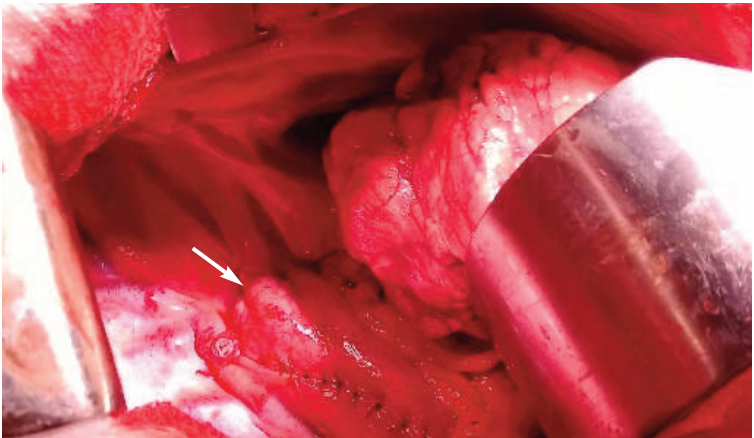
Şəkil 10.32. Rentgenoqram. Qida borusunun orta döş hissəsindən başlayan daralma: a) ön-arxa və b) yan görünüş.

Qida borusunun tam keçməzliyi və xəstənin kafi ümumi vəziyyəti birmərhələli qastroezofaqoplastika əməliyyatına göstəriş hesab edilib.

Cərrahi əməliyyat – 28.06.1988-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı mədə boşdur, çapıq daralma görünür, damarların nəbz vurğusu aydın görünür.

Sagital diafraqmatomiya icra edilib və qida borusunun daralmış diafraqmaaltı hissəsi tutqaca alınıb. Sağ-mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə mədə digər damar və bağı elementlərindən aralanıb. Subseroz piloroplastika edildikdən sonra qarın divarının yarası tikilib. Xəstəyə V qabırğa arasında sağ tərəfdən yan torakotomiya aparılıb. Ağciyər orta divara tərəf çəkilib. Orta divar plevrası açılıb, tək vena aralanıb, bağlanıb və kəsilib. Qida borusunun çapıqlaşan aşağı hissəsi ətraf toxumalardan aralanıb. Mədə sağ plevra boşluğuna çəkilib. Qida borusu kardial hissədən və daralmadan yuxarı sağlam divar səviyyəsində kəsilib və çapıqlaşan qida borusu xaric edilib.

Qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz qoyulub (şəkil 10.33.). Plevra boşluğu drenajlandıqdan sonra döş qəfəsi divarının yarası tikilib. Əməliyyatdanson-



Şəkil 10.33. Plevradaxili qida borusu-mədə anastomozu.

rakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən başlayaraq xəstə mayelər və duru qidanı rahat qəbul etməyə başlayıb.

Əməliyyatdan 3 il sonra rentgen müayinəsində sağ plevra boşluğunda kontrastlanmış qida borusu-mədə anastomozu və kontrast maddənin onikibarmaq bağırsağa sərbəst axını aşkarlanıb (şəkil 10.34).

Qida borusunun keçiriciliyi tam bərpa olunmuşdur və 10 il sonrakı müayinədə xəstənin vəziyyəti yaxşıdır. Əmək fəaliyyətini davam etdirir.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, qida borusunun aşağı döş hissəsinin kimyəvi yanığından sonrakı daralmalarında xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verərsə, birmərhələli plevradaxili gastroezofaqoplastika aparılması daha məqsədəuyğundur. Birmərhələli əməliyyatların üstünlüyü:

- onun qısa müddətdə icrası;
- qida borusu – mədə anastomozunun bilavasitə daralmadan yuxarıda sağlam mənfəzlə birləşdirilməsi;
- həzm sisteminin anatomik ardıcılığının qorunması;
- kimyəvi yanığa məruz qalmış qida borusunun xaric edilməsi ilə gələcəkdə qida borusunun zədələnmiş epitelinin bədləşməsinin qarşısı alınır.

Vəziyyətlərinin ağırlığı və xeyli dərəcədə alimantar çatışmazlıqla əlaqədar 5 xəstədə ikimərhələli gastroezofaqoplastika əməliyyatı aparılıb. Birinci mərhələdə bu xəstə

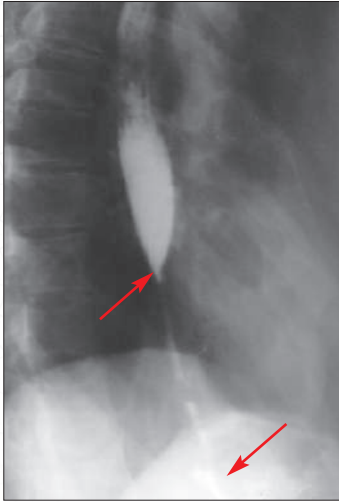


Şəkil 10.34. Rentgenogram. Əməliyyatdan sonra sağ plevra boşluğunda yerləşmiş və kontrastlanmış mədə borusu və 12-barmaq bağırsaq

tələrə *Kader üsulu* ilə qastrostoma qoyulub və 4–6 ay ərzində onların qidalanması bu şəkildə təmin olunub. Alimantar çatışmazlıq əlamətləri ortadan götürüldükdən və xəstələrin vəziyyəti xeyli yaxşılaşdıqdan sonra 2-ci mərhələ plevradaxili qastroezofaqoplastika icra edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

Xəstə N. 27 yaşında (kişi) 15.05.1997-ci il tarixində qida qəbulunun qeyri-mümkünlüyü, zəiflik, bədən çəkisinin 10 kq-a qədər azalması şikayətilə klinikaya daxil olub. Xəstənin vəziyyəti çox ağır olub. Dəri örtüyü avazımış, dərialtı piy təbəqəsi yoxdur. Ağciyərlərinin üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddində olub. Dili nəm, qarnı yumşaqdır, defekasiya hər 10 gündən bir olur.



224

Şəkil 10.35. Rentgenoqram. Qida borusunun aşağı döş hissəsinin kimyəvi yanığ nəticəsində daralması.

EKG-də miokardın distrofik dəyişiklikləri aşkarlanıb.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı kontrast maddə qida borusunun aşağı 1/3-də dayanır. Keçməzlikdən yuxarıda qida borusunun mənfəzi genəlib. Kontrast maddə dar axınla mədəyə sızır (şəkil 10.35). Xəstənin vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq radikal əməliyyata hazırlaşmaq üçün qastrostoma qoyulması məqsədəuyğun sayılıb.

Cərrahi əməliyyatın 1-ci mərhələsi 20.02.1997-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta lapa-

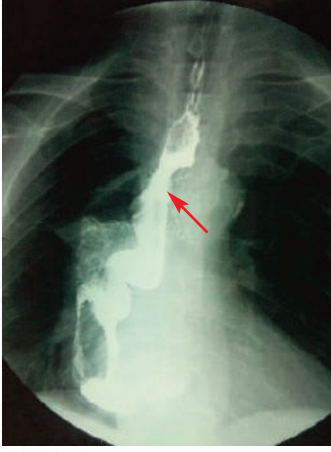
rotomiya aparılıb, Kader üsulu ilə qastrostoma qoyularaq, qarın boşluğu bağlanıb. Xəstə qidalanmağa başlayıb və ambulator müalicəyə yazılıb.

4 ay sonra xəstə yenidən klinikaya qəbul edilib. Vəziyyəti xeyli yaxşılaşıb, dəri örtüklərinin rəngi normaya qayıdıb, bədən çəkisini 3 kiloqram artırıb. Əməliyyatın hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyatın 2-ci mərhələsinə götürülüb.

Cərrahi əməliyyat – 24.07.1997-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında əvvəlki əməliyyat çapığı götürülməklə yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Qarın boşluğu açıldıqdan sonra bitişmələr aralanıb, qastrostomiya zamanı qarın divarına tikilmiş mədə aralanıb, qastrostoma borusu xaric edilib və dəliyi tikilib. Sagital diafraqmotomiya edilib. Sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə, mədə böyük və kiçik əyrilik boyunca digər damar və bağ aparatından ayrılıb. Kardial hissədə qida borusu tikilib, kəsilib və mədə qarın yarasına qaldırılıb. Mədənin kiçik əyriliyi və dibi UKL-60 aparatı ilə rezeksiya olunaraq xaric edilib. Qarın yarası tikilib.

V qabırğa arasından sağtərəfli torakotomiya icra edilib, orta divar plevrası boylama açılıb, tək vena (vena azygos) aralanıb, bağlanıb və kəsilib. Daralmadan yuxarıda qida borusunun sağlam divarı aralanaraq tutqaca götürülüb, qida borusunun daralmış hissəsi rezeksiya olunaraq xaric edilib. Sagital kəsikdən mədə sağ plevra boşluğuna qaldırılıb və qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz qoyulub. Plevra boşluğu drenajlanaraq döş yarası tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən etibarən xəstə ağızdan qida qəbul etməyə başlayıb və sağalaraq evə yazılıb.

Əməliyyatdan 3 il sonrakı müayinə göstərir ki, qida qəbulu ilə əlaqədar xəstənin şikayətləri yoxdur. Rentgen müayinəsində kontrast maddənin anastomozdan plevradaxili yerləşmiş mədəyə sərbəst axını aşkarlanıb (şəkil 10.36).



Şəkil 10.36. Rentgenoqram.
Plevradaxili qida borusu-
mədə anastomozu.

radaxili plastika da mümkündür. Bir xəstədə bu əməliyyat icra edilib.

28 yaşlı xəstə (qadın) A. 14.06.2004-cü il tarixində M.Nağıyev adına Kliniki Təcili Tibbi Yardım Xəstəxanasının III cərrahiyyə şöbəsinə disfagiya şikayəti ilə daxil olub.

Anamnezindən məlum olur ki, o, 2 il əvvəl xlorid turşusu içib. 2 ay sonra xəstədə qusmalar başlayıb. Müayinə zamanı mədənin antral hissəsinin kimyəvi yanıqdan sonra daralması və kontrast maddənin 12-barmaq bağırsağa keçməməsi aşkarlanıb. Bununla əlaqədar xəstəyə ön gastroenteroanastomoz və Braun anastomozu qoyulub. Qusmalar dayanıb və xəstə ağızdan qida qəbulunu davam etdirib.

Son 6 ay ərzində həmin xəstədə tədricən qidanın çətin keçməsi başlanıb. O, yalnız mayelər qəbul edə bilib. Disfagiyanın artması isə əlaqədar xəstə klinikaya müraciət edib.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti nisbi kəfi olub, dəri örtükləri avazıyıb, dərialtı piy təbəqəsi bir qədər azalıb.

Hər iki ağciyər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilib. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm c.s. səviyyəsində, nəbz

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ağır vəziyyətdə klinikaya müraciət edən xəstələrdə plevraxili gastroplastika əməliyyatının 2 mərhələdə aparılması daha önəmlidir. Qastrostoma əməliyyatından sonra xəstələr qidalandırılır, alimentar çatışmazlıq ləğv edilir, xəstənin vəziyyəti yaxşılaşır və əməliyyatın ikinci mərhələsinə uğurla tamamlamağa imkan verir.

Çıxılmaz vəziyyət yaranmışda əvvəllər üzərində əməliyyat aparılmış mədə ilə plevraxili plastika da mümkündür. Bir xəstədə bu əməliyyat icra edilib.

dəqiqəlik sayı 76 vurğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Yuxarı-orta laparotomiya əməliyyatından sonrakı çapıq nəzəri cəlb edir.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində onun orta hissəsindən başlayan mənfəzinin xeyli daralması və kontrast maddənin nazik kanaldan mədəyə axması aşkarlanıb (şəkil 10.37).

Kimyəvi aşındırıcı qəbul etdikdən sonra həm qida borusunda, həm də mədənin pilorik hissəsində yanıq törənib. Mədənin yanıq nəticəsində daralması tez formalaşmış və özünü qusma ilə büruzə verib.

Xəstəyə, göstərişlə, cərrahi əməliyyat zamanı gastroenteroanastomoz və Braun anastomozu qoyulub, qusma aradan götürülüb. Xəstənin qida qəbuluna baxmayaraq, 6 ay ərzində qida borusunda yanıqdan sonra daralma inkişaf edib və disfagiya səbəb olub. Qida qəbulunun çətinləşməsi, alimentar çatışmazlığın başlanması cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib və xəstəyə qida borusunda plastik əməliyyat təklif olunaraq, razılığı alınıb. Mədə üzərində aparılan əməliyyatdan sonra mədədən plastiki material kimi istifadə etməyin şübhəli olacağını nəzərə alaraq, yoğun bağırsaqla ezofaqoplastika aparılması planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyat – 22.06.2004-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında əməliyyatdansonrakı dəri çapığı



Şəkil 10.37. Rentgenoqram. Qida borusunun orta hissəsindən mədənin girəcəyinə qədər daralması.

götürülməklə, geniş laparotomiya icra edilib. Bitişmələr aralandıqdan sonra mədənin çıxacaq hissəsinin kimyəvi yanıqdan sonra daralıb deformasiyaya uğraması, eləcə də ön-yuxarı gastroenteroanastomoz və Braun anastomozu aşkarlanıb. Əməliyyat planına uyğun art. colica media bağlanıb, sonra yoğun bağırsağın sol yarısından art. colica sinstra saxlanmaq şərtilə, 30 sm uzunluğunda yoğun bağırsağ transplantatı hazırlanıb. Yoğun bağırsağın ucları arasında anastomoz qoyulduqdan sonra hazırlanan transplantatın divarında venoz durğunluq yaranması aşkarlanıb. Transplantatın yaşama qabiliyyəti şübhə doğurduğu üçün art. colica sinstra bağlanıb və transplantat qarın boşluğundan xaric edilib. Nə etməli? Planlaşdırılan koloplastika mümkün olmadı. Yoğun bağırsağın sağ yarısının damarlarının anatomik quruluşu isə yeni yoğun bağırsağ transplantatının hazırlanmasına imkan vermirdi.

Qastroenteroanastomozun rekonstruksiyası və mədədən transplantat kimi istifadə olunmasına qərar verildi.

Sagital diafraqmotomiya edildi və qida borusu aralanıb tutqaca götürüldü. Mədə böyük və kiçik ayrılik boyunca damar və bağlardan aralandı. Sağ mədə-piylik arteriyası qorunub saxlanıldı. Sol mədə arteriyası və venası bağlandı. Mədə tam aralanıb xeyli uzadıldı. Qida borusu kardial hissədə UO-40 aparatı ilə tikildi və kəsildi. Qastroenteroanastomozun gətirici ilgəyi Braun anastomozundan aşağıda kəsildi. Braun anastomozu götürülməklə gastroenteroanastomoz ləğv edildi, mədənin və nazik bağırsağın aparıcı ilgəyində olan defekt tikildi. Nazik bağırsağın aparıcı ilgəyi, qidalandırıcı damar qorunmaq şərtilə aralandı və xeyli uzadıldı. Gətirici ilgəklə aparıcı ilgək arasında Ru tipli uc-yana yeni anastomoz qoyuldu. Xeyli uzadılmış nazik bağırsağın aparıcı ilgəyi ilə mədənin ön divarı arasında antral hissəyə xeyli yaxın nahiyədə yeni uc-yana anastomoz qoyuldu. Qarın yarası tikildi.

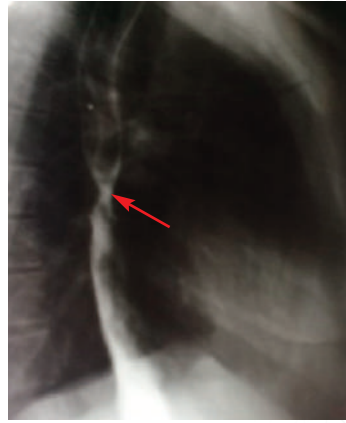
Sağ tərəfdən IV qabırğaarasından torakotomiya icra edildi. Tək vena (v.azygos) bağlanıb kəsildikdən sonra orta divar plevrası açıldı. Qida borusunun daralmış hissəsi ətraf toxumalardan ayrıldı. Mədə plevra boşluğuna çəkildi. Qida borusunun daralmış hissəsi sağlam mənfəz səviyyəsində kəsilib xaric edildi. Qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Döş qəfəsinin yarısı tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi. Xəstə ağızdan sərbəst qida qəbuluna başlayıb və kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 2 il sonra həmin xəstədə ağızdan qəbul edilən kontrast maddənin sərbəst axınla anastomozdan mədəyə keçdiyi müşahidə olunub (*şəkil 10.38.*).

Qohumlarının verdiyi məlumata görə, xəstə əməliyyatdan sonra 10 il yaşayıb, qida qəbulunda çətinliyi olmayıb. 10 il sonra ruhi pozğunluq zəminində intihar edib, özünü 5-ci mərtəbənin pəncərəsindən ataraq, yerindəcə ölüb.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, məcburi vəziyyət yarandıqda əvvəllər üzərində əməliyyat aparılmış mədədən rekonstruksiyadan sonra plastik material kimi istifadə oluna bilər. Əməliyyatdan 10 il sonra xəstənin intiharı ruhi vəziyyəti ilə əlaqədar olub.

Plevradaxili gastroezofaqoplastika əməliyyatından sonra 29 xəstədən 28-i sağalıb və evə yazılıb. Bir xəstədə ezofaqogastroanastomoz tikişlərinin tutarsızlığı yaranıb və həmin xəstədə sağtərəfli irinli plevrit inkişaf



Şəkil 10.38. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 2 il sonra plevradaxili anastomozun qənaətbəxş vəziyyəti.

edib. Xəstə irinli intoksikasiya fonunda tənəffüs-ürək çatışmazlığından vəfat edib.

Qarın və boyun kəsikləri ilə gastroezofaqoplastika

Qarın-boyun kəsikləri ilə diafraqma dəliyindən qida borusunun xaric edilməsi və mədənin böyük ayrılıyından izoperistaltik hazırlanan boru vasitəsilə aparılan plastika əməliyyatına göstərişlər:

– kimyəvi yanıqdan sonra konservativ müalicəyə tabe olmayan alimentar çatışmazlıq törədən, qida borusunun boyun və döş hissələrini əhatə edən çapıq daralmaları;

– qida borusu-mədə reflüksü ilə əlaqədar qida borusunun turş mədə şirəsi təsirindən bütün döş hissəsinin daralması;

– qida borusu-mədə keçidinin sinir-əzələ mənşəli daralması ilə əlaqədar qida borusunun mənəfinin bütövlükdə xeyli genəlməsi;

– qida borusunun böyükölçülü, xoşxassəli törəmələri (*leyomioma, kista*);

– qida borusunun bütöv döş hissəsinin küt zərbə təsiri nəticəsində yenicə cırılması (*6 saata qədər*);

– qida borusunun traxeyanın bifurkasiyasından aşağıda yerləşən müxtəlifölçülü xərçəngi;

– qida borusunun bifurkasiyaüstü və ondan yuxarı hissəsində yerləşən və ölçüsü 3 sm-dən az olan xərçəngi;

– mədənin kardial hissəsinin diafraqmadan yuxarıda qida borusuna keçən məhəlli xərçəngi.

Əks göstərişlər:

– onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi;

– kimyəvi yanığ nəticəsində mədənin bütövlükdə, yaxud antral kanalın böyük sahədə daralması;

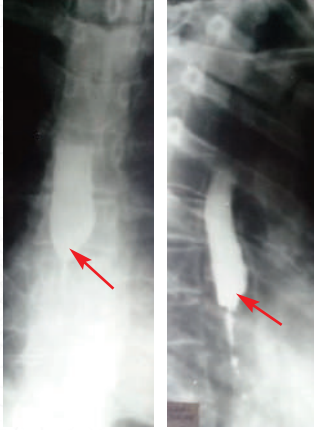
- əvvəllər keçirilmiş əməliyyat zamanı sağ mədə-piylik arteriyasının və venasının zədələnməsi;
- texniki cəhətdən düzgün qoyulmamış və mədəni büzülmüş vəziyyətə gətirmiş qastrostoma;
- qarın boşluğunda əvvəllər keçirilmiş əməliyyatlardan (*qastroduodenoanastomoz, Braun anastomozu ilə qoyulmuş qastroyeyunoanastomoz, mədənin distal rezeksiyası*) sonra mədədən plastik material kimi istifadənin qeyri-mümkünlüyü.

Bu əməliyyatlar 28 xəstədə icra edilib, onlardan 23-də birmərhələli, 5-də isə ikimərhələli plastika edilib.

Mədənin böyük əyriliyindən izoperistaltik hazırlanmış boru ilə birmərhələli plastika aparılan xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi diqqətə çatdırırıq.

32 yaşlı xəstə (qadın) Q. 01.02.1989-cu il tarixində ETKECİ-nin Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə disfagiya, bədən çəkisinin azalması, zəiflik şikayətlərilə daxil olub. Anamnezində 4 ay əvvəl sirkə turşusu içməsi qeyd edilib. Xəstəyə Naxçıvan şəhər xəstəxanasında ilkin yardım göstərilib və 1 gün sonra evə yazılıb. Tədricən bərk qidanın çətin keçməsinə hiss edib. Yalnız duru qidalar (çay, süd) qəbul edə bilirmiş. Qida qəbulunun çətinləşməsilə əlaqədar klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Kimyəvi aşındırıcı qəbul etdikdən sonra qusma ilə əlaqədar alt dodaqdan başlayaraq çənənin, boyunun və döşün ön səthində aşındırıcının təsirindən kobudlaşmış kelloid tipli boylama yanıq izi qeyd edilir. Dəri örtükləri avazımış, dərialtı piy təbəqəsi zəifdir. Ağciyərlər üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/60 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddində olub. Dili quru, qarnı yumşaqdır.

EKQ-miokarda distrofik dəyişikliklər aşkarlanıb.



a b
Şəkil 10.39.

Rentgenoqram. Qida borusunun orta döş hissəsindən mədə girəcəyinə qədər kimyəvi yarıqdan sonra daralma: a) ön- arxa və b) yan görünüşü.

hissəyə qədər iti və küt üsulla ətraf toxumalardan ayrılıb.



Şəkil 10.40. Mədənin böyük ayriliyindən hazırlanmış boru.

Rentgen-kontrast müayinə-sində qida borusunun yuxarı döş hissəsinin divarı deformasiyaya uğrayaraq daralıb. Aşağı döş hissədə mənfəz tamamilə çapıqlaşmış (şəkil 10.39). Xəstədə kimyəvi maye qəbulundan sonra qida borusunun tam keçməzliyi, kafi ümumi vəziyyəti birmərhələli cərrahi əməliyyata göstəriş olub. Bir həftə ərzində əməliyyatönü hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyata verilib.

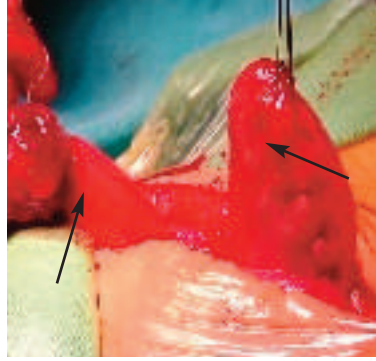
Cərrahi əməliyyat – 07.02. 1989-cu il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Sagital diafraqmotomiyadan sonra qida borusu yuxarı döş

hissəyə qədər iti və küt üsulla ətraf toxumalardan ayrılıb. Sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərti ilə, mədə böyük və kiçik ayrilik boyunca bütün damar və bağlardan aralanıb. Qida borusu diafraqmaaltı sahədə kəsilib bağlanıb və sərbəst mədə yaraya gətirilib. Mədə kiçik ayrilik boyunca UKL-60 aparatı ilə tikilərək mədənin böyük ayriliyindən 35 sm uzunluğunda boru hazırlanıb (şəkil 10.40). Boru boyunca tantal tikiş xətti sero-seroz tikişlərlə örtülüb. Subseroz piloroplastika edilib. Boyunun sol yarısında döş-kör-

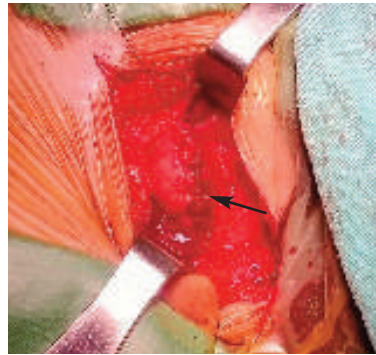
püçük-məməyəbənzər əzələyə paralel 8-10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Əzələ və fassial qatlar aralanaraq qida borusunun sağlam boyun hissəsi tutqaca alınıb. Tutqacdən aşağıda qida borusu UKL-40 aparatı ilə tikilib, kəsilib və orta divara buraxılıb. Qida borusunun oral ucu tutqac tikişlərə götürüldükdən sonra aralanan qida borusu sağıtal kəsikdən xaric edilib. Mədənin böyük əyriliyindən hazırlanan boru arxa orta divardan, xaric edilmiş qida borusunun yatağından

boyuna (şəkil 10.41) qaldırılıb və qida borusu ilə mədə borusu arasında uc-uca anastomoz qoyulub (şəkil 10.42). Nazoqastral zond anastomozdan mədəyə yeridilib. Qarın və boyun yaraları tikilib. 5-ci sutkadan başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbul etməyə başlayıb. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib və xəstə sağalaraq evə yazılıb. Xəstənin yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşıb, ailə qurub, 3 uşaq böyüdür.

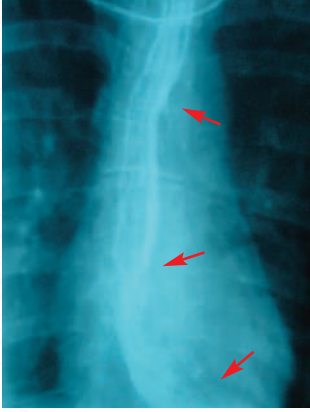
Əməliyyatdan 10 il sonrakı müayinədə şikayəti olmadığını bildirib. Rentgen müayinəsində kontrast maddə mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış borunun normal ötürücülük fəaliyyətini təsdiqləyir (şəkil 10.43).



Şəkil 10.41. Boyuna qaldırılmış mədə borusu və qida borusunun boyun hissəsi.



Şəkil 10.42. Boyunda qida borusu-mədə anastomozu.



*Şəkil 10.43.
Rentgenoqram. Həmin xəstənin əməliyyatdan 10 il sonrakı şəkli. Mədənin böyük ayrılıyından hazırlanmış boru ilə kontrast maddə sərbəst axınla aşağı keçir.*

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı dəriyəmələmələrində qarın və boyun kəsiklərindən onun xaric edilməsi və mədənin böyük ayrılıyından hazırlanmış borunun arxa orta divardan xaric edilmiş qida borusunun yatağından boyuna qaldırılıb qida borusu ilə mədə borusu arasında anastomozun qoyulması mütərəqqi bir üsuldür. Bu üsul qısa müddətdə ağızdan qida qəbulunu təmin edir və xəstənin yaşayış keyfiyyətini yaxşılaşdırır.

Qida borusunun kimyəvi yanığı ilə əlaqədar aparılan ezoqastroplastika üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq,

qida borusu ilə transplantat arasında yaradılan anastomozların ağır fəsadlarından biri anastomoz nahiyəsində qan dövranının zəifliyi, işemiya və tikişlərin tutarsızlığıdır. Tikişlərin tutarsızlığının əsas səbəbi transplantatın kranial ucunda qan təchizatının yarırsızlığıdır. Bununla əlaqədar törənən mediastinit, plevranın irinli iltihabı 33-35% hallarda ölümə səbəb olur.

Qida borusunun kimyəvi yanıqda və xərçəng şişində mədə borusu ilə birmərhələli plastikadan sonra anastomoz nahiyəsində qan dövranını yaxşılaşdırmaq üçün damargenəldici dərmanların bilavasitə transplantatın damarına yeridilməsi, sol mədə arteriyasını bağlamazdan əvvəl onun mənfəzinə perftoran yeridilməsi, əməliyyatdan sonra xəstələrin yüksək təzyiqli oksigen kameralarına yerləşdirilməsi təklif edilib.

E.H.Vansyan, O.K.Skobelkin (1975) mədə borusunun kranial ucunun etibarlı qan təchizatını dalaq, sol və sağ mədə-piylik arteriyaları hesabına təmin etməyi təklif ediblər. Bu məqsədlə *A.F.Çernousov* (2000) izoperistaltik hazırlanan mədə borusunun antral hissəsinin bütün qatlarını köndələn açıb boylama tikilməsini və transplantatın xeyli uzadılmasını və boyunda onun qan təchizatı şübhəli olan kranial ucunu kəsib daha etibarlı qan dövranı olan səviyyədə anastomoz qoyulmasını təklif edib.

Üsul mədə borusunun mənfəzinin açılması ilə aparıldığı üçün ətraf toxumaların infeksiyalaşması ehtimalı yüksək olur. Bununla əlaqədar biz fərqli olaraq kəsiyi selikli qişanın tamlığını pozmadan mədə borusunun yalnız seroz-əzələ qatının açılması ilə icra etməyi təklif edirik. Üsul qida borusunun xərçəngi olan 3 xəstədə müvəffəqiyyətlə icra edilmişdir.

Qida borusunun xoş və bədxassəli xroniki keçməzliyində qida borusu xaric edildikdən sonra onu əvəzləmək üçün hazırlanan mədə borusunun qan təchizatı yalnız sağ mədə-piylik arteriyası ilə təmin olunur.

Intramural qan dövrəninin vəziyyətindən asılı olaraq bəzi hallarda, xüsusən də, bədən çəkisini itirmiş daha ağır xəstələrdə transplantatın kranial ucunda çox vaxt qan təchizatı zəif olur, bu da anastomoz xəttində işemiyaya, nekroza və tikişlərin tutarsızlığına səbəb olur.

Qida borusunun kimyəvi yanığına görə qarın və boyun kəsiklərindən mədə borusu ilə birmərhəli gastropezofaqolastika aparılmış, 23 xəstədən 5-də boyunda qoyulan anastomoz tikişlərin tutarsızlığı yaranıb.

Konservativ müalicə nəticəsində 5 xəstədən 2-də anastomoz yarası sağalıb. 3 xəstə mediastinit və irinli plevritlə əlaqədar ümumi intoksikasyadan ölüb.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmaları ilə xəstələrin bir qrupu çox gecikmiş, ağır vəziyyətdə, kəskin alimentar çatışmazlıq, anemiya, zülal azlığı, bədən çəkisini xeyli itirmiş halda klinikaya daxil olurlar. Belə xəstələrdə mədə borusu ilə birmərhələli bərpa əməliyyatı bəzən xəstələrin həyatını təhlükə qarşısında qoyur.

Bununla əlaqədar olaraq, digər 5 xəstədə gastroezofaqoplastika əməliyyatı 2 mərhələdə aparılıb.

Bu xəstələrdə ikimərhələli qastroezofaqoplastika tərəfimizdən təkmilləşdirilmiş üsulla icra edilib. Bu üsula Avrasiya patent təşkilatı tərəfindən 13.03.2006-cı il №14/006662-11 sayılı patent alınıb. Üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, əməliyyatın ilk mərhələsində, *Kader üsulu* ilə qastrostoma qoymazdan əvvəl sol mədə arteriyası və venası aralanıb, bağlanıb və kəsilib.

Mədənin qidalanması sağ və sol mədə-piylik arteriyaları ilə təmin edilib.

Kafedranın aspirantı, kitabın müəlliflərindən biri E.Ç.Cəfərovun tədqiqatında əməliyyatın ikinci mərhələsində (4–21 ay) 5 xəstədə mədənin böyük əyriyindən 35 sm uzunluğunda izoperistaltik boru hazırlandıqdan sonra boyuna qaldırılmazdan əvvəl borunun mədə çıxacağına yaxın, orta və kranial ucunda qan təzyiqi *M.Z.Siqalın* (1975) təklif etdiyi angiotenziometr aparatı ilə təyin edilib. Alınan nəticələr birmərhələli ezofaqoplastika aparılan 7 xəstənin göstəriciləri ilə müqayisə edilib (*cədvəl 10.1*).

Cədvəldən görüldüyü kimi, 7 xəstədə (kimyəvi yanıqdan sonra daralma – 4, qida borusunun xərçəngi – 3) birmərhələli ezofaqoplastika zamanı mədə borusunun kranial ucunda intramural damarlarda qan təzyiqi 53.4+4.6 mm c.s., digər 5 xəstədə ikimərhələli ezofa-

Cədvəl 10.1

Sol mədə arteriyası və venası bağlandıqdan sonra
mədə borusunun qan dövranının vəziyyəti

Arterial qan təzyiqi mm.c.s.	Birmərhələli qastroplastika (n=7)	İkimərhələli qastroplastika (n=5)
Xəstənin sistem arterial təzyiqi	110.0 +4.3	119.6±3.3x P<0.05
Mədə borusunun antral hissəsi	74.5+4.2	90.5+4.8xx P<0.05
Mədə borusunun cismi	62.6+5.6	86.4+7.1xx P<0.01
Mədə borusunun kranial ucu	53.4+4.6	68.4±5.7xx P<0.01
	P _x <0.05	xxP<0.01

Qeyd: n – xəstələrin sayını göstərir.

qoplastika zamanı intramural damarda qan təzyiqi 68.4±5.7 mm c.s. (P<0.05) bərabər olub. İnamural damarlarda arterial qan təzyiqinin müqayisəsi göstərir ki, birmərhələli ezofaqoplastikadan fərqli olaraq ikimərhələli gastroezofaqoplastika aparılan xəstələrdə mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış borunun antral hissəsində, cismində və kranial ucunda intramural qan təzyiqinin 14–16 mm c.s. yüksək olması əməliyyatın birinci mərhələsində sol mədə arteriyası və venası bağlanmasının nəticəsi kimi dəyərləndirilir və bu da öz növbəsində anastomoz nahiyəsinin qan təchizatını yaxşılaşdırır, tikişlərin tutarsızlığının ehtimalını azaldır.

Beləliklə, ilkin əməliyyat zamanı sol mədə arteriyası və venası bağlandıqı vaxtdan ikinci əməliyyata qədər ötən müddət ərzində bağlanmış sol mədə arteriyasının hövzəsində intramural qan dövranı sağ və sol mədəpiylik arteriyaları hesabına artır. Mədənin böyük əyriliyindən hazırlanan izoperistaltik borunun divarlarında arterial qan təzyiqi sistem arterial təzyiqinə yaxın olur

və mədə borusunun kranial ucunda qan dövranının zəifləməsinin, işemiyanın, nekrozun və tikişlərin tutarsızlığının baş verməsi ehtimalını azaldır.

Mədə borusu ilə ikimərhələli plastika icra olunmuş xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

25 yaşlı xəstə (qadın) Q. 08.07.2003-cü il tarixində M.Nağıyev adına BŞTTY xəstəxanasına disfagiya, ümumi zəiflik şikayəti ilə daxil olub.

Anamnezdən məlum olur ki, xəstə 2 ay əvvəl səhvən sirkə turşusu içib. İlk yardım Naxçıvan şəhər xəstəxanasında göstərilib. Tədricən qida qəbulu çətinləşdiyi üçün xəstə bizim klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti ağır olub, xeyli arıqlayıb, dəri örtüyü avazıyıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/60 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 120 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Son 20 gündür defekasiya olmayıb. EKQ dəyişiksizdir.



Rentgen müayinəsi göstərir ki, kontrast maddə qida borusunun yuxarı döş hissəsindən zəif axınla keçir, aşağı hissəsində isə qida borusu tam daralıb (şəkil 10.44).

Xəstənin vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq plastika əməliyyatının 2 mərhələdə aparılması məqsədəuyğun sayılmışdır.

Cərrahi əməliyyat – 15.07.2003-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Mədə boşdur, pilorik

Şəkil 10.44. Rentgenoqram. Qida borusunun yuxarı döş hissəsindən başlayan daralma.

kanal normal vəziyyətdədir. Əməliyyatın ikinci mərhələsinə hazırlıq üçün gələcəkdə transplantatın qan təchizatını sağ mədə-piylik arteriyası hesabına gücləndirmək məqsədi ilə mədənin sol venası və arteriyası aralanıb, bağlanıb kəsilib. Mədənin kiçik ayriliyinə yaxın Kader üsulu ilə qastrostoma qoyulub, qarın yarası tikilib. Xəstə qidalanmağa başlayıb və 22.07.2003-cü il tarixində evə yazılıb. 4 ay sonra təkrar əməliyyat üçün klinikaya gəlməsi tövsiyə olunub.

04.11.2003-cü il tarixində xəstə gümrah vəziyyətdə klinikaya qayıdıb. Daxil olarkən dəri örtükləri normal vəziyyətdə olub, bədən çəkisini 3 kq artırıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 115/75 mm c.s., nəbzin dəqiqəlik sayı 80 vuruğu olub. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Qastrostoma borusu ətrafında qızartı görünür. EKQ dəyişiksizdir. 2 həftəlik əməliyyat-önü hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyata verilib.

Cərrahi əməliyyat – 21.11.2003-cü il tarixində ümumi ağsırsızlaşdırma altında köhnə dəri çapığı götürülməklə yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. İlkin əməliyyatdan sonrakı bitişmələr aralanıb. 4 ay əvvəl sol mədə arteriyası və venası bağlandıqdan sonra mədənin kiçik ayriliyi boyunca seroz qişanın altında yerləşən damarlarda aydın nəbz vurğusu nəzəri cəlb edib. Bu vurğu divardaxili anastomozlar hesabına sağ mədə-piylik arteriyasından gələn axınla təmin olunurdu.

Qastrostoma borusu xaric edildi və mədənin ön divarında olan dəlik qapandı. Sagital diafraqmotomiya edildi. Sagital kəsikdən qida borusu yuxarı döş hissəyə qədər ətraf toxumalardan aralandı. Qida borusu diafraqmaaltı hissədə kəsildi. Mədə kiçik və böyük ayrilik boyunca, sağ mədə-piylik arteriyası saxlanmaq şərti ilə, digər damarlardan və bağlardan ayrıldı.

UKL-60 aparatının köməyi ilə mədə kiçik ayrilik boyunca rezeksiya edildi və böyük ayrilik hesabına 35 sm uzunluğunda boru hazırlandı.

Angiotenziometriya zamanı mədə borusunun orta 1/3 hissəsində sistolik arterial təzyiqin 70 mm c.s., kranial ucunda isə 60 mm c.s. olduğu təyin edildi.

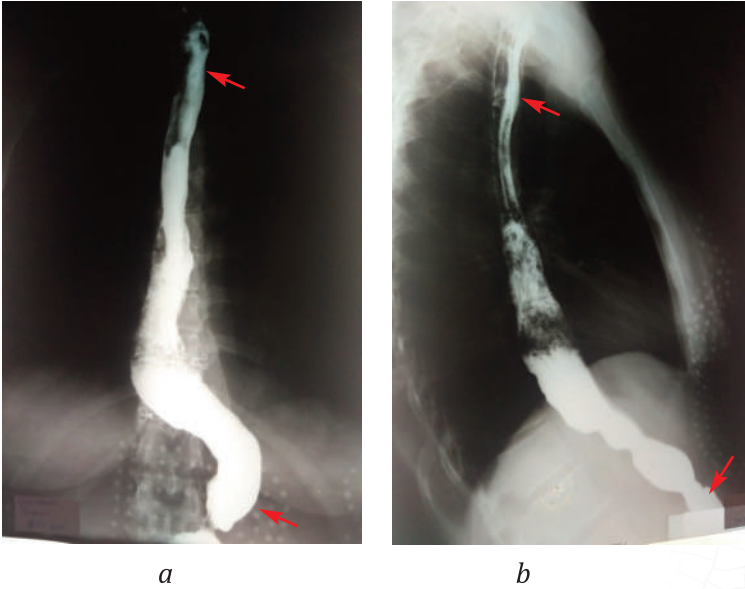
Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel 10 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Əzələ və fassial qatlar açıldı, qida borusunun boyun hissəsi aralandı və tutqaca alındı. Tutqacdən aşağı qida borusu YO-40 aparatı ilə tikildi, kəsildi və sagital kəsikdən çapıqlaşmış qida borusu xaric edildi. Mədə borusu sagital kəsikdən arxa orta divardan, xaric edilmiş qida borusunun yatağından boyuna qaldırıldı. Qida borusu ilə mədə borusu arasında uc-uca anastomoz qoyuldu. Nazoqastral zond mədə borusuna yeridildi. Boyun və qarın yaraları tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi. Xəstə ağızdan sərbəst qida qəbul etdikdən sonra evə yazıldı.

Əməliyyatdan 3 il sonrakı müayinədə xəstənin şikayəti olmayıb. Yaşayış keyfiyyətindən razıdır. Rentgen kontrast müayinə zamanı arxa orta divarda yerləşmiş mədə borusunun normal ötürücülük fəaliyyəti aşkarlanır (şəkil 10.45, a, b).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, əməliyyatın birinci mərhələsində sol mədə arteriyasının bağlanması ilə əlaqədar sağ və sol mədə piylik arteriyaları hesabına sol mədə arteriyasının hövzəsində və mədə dibində qan təchizatı yaxşılaşıb, mədə borusunun kranial ucunda toxuma işemiyası ehtimalı azalıb.

Toplanmış təcrübəyə əsasən bir və ikimərhələli gastroezofaqoplastika əməliyyatının aşağıdakı üstünlüklərini qeyd etmək olar:

– qida borusunu çıxarmadan nazik və yoğun bağırsaqlarla ezofaqoplastikadan fərqli olaraq gastroezofaqoplastika zamanı yanmış və çapıqlaşmış qida borusu xaric edilir. Bununla da yanmış qida borusunun selikli qişasının epitel örtüyünün şişə çevrilmə ehtimalı ləğv edilir;



*Şəkil 10.45. Rentgenoqram. Kontrastlanmış mədə borusu:
a) ön-arxa və b) yandan görünüşü.*

- mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış izoperistaltik boru kifayət qədər intramural qan təchizinə malikdir, toxuma işemiyası və hipoksiyaya dözümlüdür;
- həzm traktının anatomik ardıcılığı və fizioloji funksiyası qorunur;
- transplantat plevra boşluğuna, yaxud boyuna qısa yolla çıxarılır;
- qida borusu ilə mədə arasında bir anastomoz qoyulur, əməliyyatın davamiyyət müddəti azalır.

Sonda qeyd etmək lazımdır ki, kimyəvi yanq nəticəsində çarıqlaşmış və fizioloji fəaliyyətini itirmiş qida borusunun xaric edilməsi və mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış izoperistaltik boru ilə əvəzlənməsi gastroezofaqoplastikanın daha təkmlil üsul olduğunu təsdiqləyir.

Bir, yaxud ikimərhələli gastroezofaqoplastika əməliyyatına göstərişlər xəstənin vəziyyətinin ağırlığından və

alimantar çatışmazlığın dərəcəsiindən asılı olaraq fərdi qoyulmalıdır.

İkimərhələli qastroezofaqoplastika əməliyyatının ilk mərhələsində sol mədə arteriyası və venasının bağlanması intramural qan təchizini sürətləndirir və anastomoz xəttində toxuma işemiyasını azaltmağa zəmin yaradır.

Sağtərəfli torakotomiya, qarın-boyun kəsikləri ilə qastroezofaqoplastika

Qida borusunun qələvilərlə bütövlükdə, kimyəvi yanıqlardan sonra uzun müddət davam edən daralmalarında və bujla təkrari əhəmiyyətsiz genəltmələrindən, stentlərin qida borusuna yeridilməsindən sonra qida borusunun divarında və onun ətraf toxumalarında (*mediastinit, ezofagit, periezofagit – qida borusu ətrafi toxumalarda iltihab*) ayrılması xeyli çətinliklər yaradan güclü çarıqlar törənir. Belə vəziyyətdə qida borusunun qarın, sagital diafraqma və boyun kəsiklərindən aralanıb xaric edilməsi bəzən qeyri-mümkün olur. Bu vəziyyətdə qida borusunu aralamaq üçün sağtərəfli torakotomiya kəsiyindən istifadə etmək daha məqsədəuyğundur. Bu kəsiklə qida borusu orta divardan tam aralandıqdan sonra, onun qarın və boyun kəsiklərindən xaric edilməsi, həmçinin mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış boru ilə plastikası daha asan yerinə yetirilir. Belə kəsiklərlə qida borusunu xərçəng şişinə görə xaric edərkən bədxassəli şiş xəstəliklərinin müalicəsinin bütün tələblərinə asanlıqla əməl olunur (*görmə nəzarətilə bütün döş limfa düyünləri xaric edilir*).

Əməliyyata göstərişlər:

– qida borusunun kimyəvi yanığından sonra ətraf toxumaların (*qida borusu ətrafi və orta divarın birləşdirici toxumalarının*) fibroz-skleroz çarıqlaşması ilə müşahidə olunan uzun daralmalar;

- qida borusunun uzunluğu 3 sm-dən çox olmayan xərçəngi;

- traxeyanın bifurkasiyası və ondan yuxarıda yerləşən qida borusunun uzunluğu 3 sm-dən çox olan xərçəngi;

- qida borusunun böyük ölçülü xərçənginin həyati əhəmiyyətli orqanlara yayılmasının dəqiq bilinməməsi;

Bu kəsiklə kimyəvi yanıqdan sonra daralmış qida borusu 4 xəstədə xaric edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi diqqətinizə yetiririk.

16 yaşlı xəstə (qız) N. 31.05.2005-ci il tarixində disfagiya şikayəti ilə klinikaya müraciət edib. Valideynlərinin verdiyi məlumata görə, 13 ildir xəstədir. 3 yaşında olanda qələvi tərkibli aşındırıcı içmişdir. Tədricən qidanın keçməzliyi başlamışdır. Çoxlu klinikalarda olub. Təkrar bujla genəlmələr aparılıb, ancaq nəticəsi qeyri-qənaətbəxş olub. Qidalandırma üçün qastrostoma qoyulub. Bir neçə aydan sonra qastrostoma ləğv edilib. Son illərdə yalnız mayelər qəbul edə bilib. Qidanı ötürmək üçün barmağı ilə udlağın sağ divarını sıxıb və həmin yerdə dəridə döyənək yaradıb. Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Dəri örtükləri avazımış, dərialtı piy təbəqəsi xeyli nazikdir. Ağciyərlərinin üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial təzyiqi 100/70 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 93 vurğu həddindədir.

Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Qarnının ön divarında aparılan qastrostomiya əməliyyatından sonra çapıq izi qeyd edilir. 4–5 gündən bir defekasiya olur. Fiziki inkişafdan qalır.

Rentgen müayinəsi göstərir ki, udlaq xeyli genəlib. Kontrast maddə bütün qida borusu boyunca nazik axınla mədəyə sızır (şəkil 10.46).

Uzunmüddətli disfagiya, qida borusunun çapıqlaşmış daralması əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib. Əmə-



Şəkil 10.46.
Rentgenoqram.
Qida borusunun
boyundan başlayan
daralması və
daralmadan yuxarı
genişlənmə.

liyyatönü 3 həftəlik hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyata alınıb.

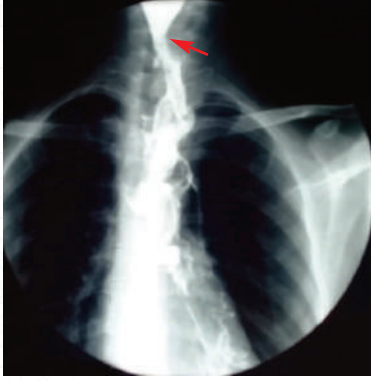
Cərrahi əməliyyat – 22.06.2005-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında, əməliyyatdansonrakı çapıq götürülməklə yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Qastrostoma zamanı qarın divarına təsbit olunan mədə aralanıb, gastrostoma dəliyi tikilib. Sagital diafraqmotomiya həyata keçirilib. Qida borusu tutqaca götürülüb, traxeyanın bifurkasiyasına qədər, böyük çətinliklə ətraf toxumalardan aralanıb. Mədə qida borusundan aralanaraq yaraya gətirilib. Sağ mədə-piylik arteriyası və venası qorunmaq şərtilə, mədə digər damar və bağlardan aralanıb və onun böyük ayrılıyından UKL-60 aparatının köməyi ilə 30 sm uzunluğunda boru hazırlanıb. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 6 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Qida borusunun boyun hissəsi ətraf toxumalardan aralanaraq tutqaca alınıb. Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissələri xeyli sərtləşib, qığırdaq toxumasını xatırladır və ətraf toxumalara bitişdiyi üçün onu boyun kəsiyindən aralamaq qeyri-mümkündür. Bununla əlaqədar olaraq V qabırğa-arası sahədən sağtərəfli torakotomiya icra edilib. Keçirilmiş periezofoqit və mediastinit hesabına qida borusunun bütün döş hissəsi sərt bir toxumaya çevrilib. Böyük texniki çətinliklə qida borusu ətraf toxumalardan aralanıb, boyunda geniş mənfəz səviyyəsində kəsilərək xaric edilib. Mədədən hazırlanmış boru arxa orta divardan

boyuna qaldırılarkən gastrostoma dəliyi tikilmiş səviyyədən yuxarıda mədə borusunun divarında venoz durğunluq nəzəri cəlb edib. Mədə borusunun yuxarı hissəsində qan dövranının yararsızlığı və qoyulacaq anastomozun tikişlərinin tutarsızlığı ehtimalını nəzərə alaraq, mədə borusunun göyərmiş hissəsi gastrostoma səviyyəsində rezeksiya edilərək götürülüb və mədə borusunun qalan hissəsi qarına qaytarılıb. Çıxılmaz vəziyyət yarandığı üçün yoğun bağırsağın sol yarısından orta çənbər bağırsaq arteriyası üzərində 30 sm uzunluğunda transplantat hazırlanıb. Yoğun bağırsaq anastomozu ilə həzm traktının tamlığı bərpa edilib. Transplantatın distal ucu ilə mədə borusunun ön divarı arasında uc-yana anastomoz qoyulub. Döşsümüyüarxası yol açılıb və transplantatın proksimal ucu ön orta divardan boyuna qaldırılıb. Qida borusunun boyun hissəsi ilə transplantat arasında təksirali tikişlə uc-uca anastomoz qoyulub. Qarın və boyun yaraları tikilib. Bu əməliyyat 15 saat davam edib. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib. Beşinci gündən etibarən xəstə qida qəbuluna başlayıb və əməliyyatdan 20 gün sonra evə yazılıb. Xəstə qız böyüyüb, fiziki inkişafı bərpa olunub, ailə qurub, iki övlad böyüdü. Əməliyyatdan 15 il sonra çəkisi artıb, vəziyyəti yaxşıdır.

Rentgen müayinəsi zamanı ön orta divarda yerləşmiş yoğun bağırsaq transplantatının qənaətbəxş fəaliyyəti aşkarlanıb (şəkil 10.47).

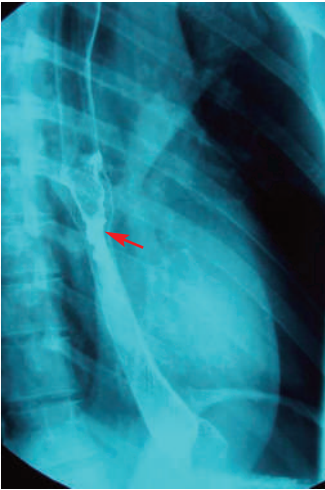
Digər bir xəstədə kimyəvi yanıqdan sonra daralmış qida borusunda yerləşdirilən stentlə əlaqədar ətraf toxumalarda çapıqlaşma törənmiş, ona görə də əvvəlcədən 3 kəsikdən qida borusunun xaric edilməsi planlaşdırılmışdır.

22 yaşlı xəstə (qız) İ. 13.03.2017-ci il tarixində klinikaya quru qidaları uda bilməməsi, ağızdan selik ifrazı, bədən



Şəkil 10.47. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 15 il sonra kontrastlanmış yoğun bağırsaq transplantatı.

masına uğursuz cəhd göstərilib. Qidaborusudaxili qanaxma olduğu üçün stentin çıxarılmasından imtina olunub. Digər klinikada stent xaric edilib və qida borusuna yeni stent yeridilib. 10–15 gün ərzində qida qəbulu rahat olub. Sonra yenə də disfagiya başlayıb. Bununla əlaqədar xəstə bizim klinikaya müraciət edib. Daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Dəri və görünən qişaları xeyli avazıyıb. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşıb, arterial qan təzyiqi 90/60 mm.c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 95 vuruğu həddində olub. Qarnı yumşaq və ağrısızdır.



Şəkil 10.48. Rentgenoqram. Qida borusunun stent fonunda orta dös hissəsindən başlayan daralması.

Rentgen kontrast müayinəsi zamanı qida borusunda ikisəviyyəli daralma qeyd edilir. Stent yerini dəyişmişdir. Stentdən yuxarıda qida borusunun mənfəzi 2 yerdə xeyli daralıb. Daralmadan yuxarıda genəlmə qeyd olunur (şəkil 10.49.). Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı, stentin qida borusunda olmasına baxmayaraq, disfagiyanın davam etməsi cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib.

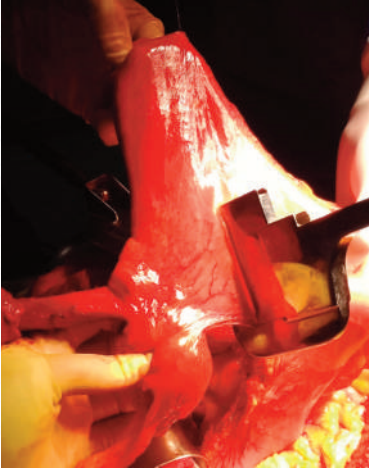


Şəkil 10.49. Rentgenogram. Stent mədənin girəcəyinə doğru yerini dəyişmişdir. Qida borusunun 2 səviyyəli daralması.

Cərrahi əməliyyat – 15.03.2017-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli 4-cü qarabırğaarası sahədə yan torakotomiya icra edilib. Tək vena aralanıb, bağlanıb və kəsilib. Arxa orta divar plevrası boylama istiqamətdə açılıb. Qida borusunun divarı və ətraf toxumalar xeyli ödemlidir və qalınlaşmış (stentin törətdiyi iltihab nəticəsində). Qida borusunun mənfəzində orta döş hissədən başlayaraq mədə girəcəyinə qədər stent əllənir. Stentdən yuxarıda qida borusunun divarı çapıqlaşmış və daralıb. Daralmadan yuxarıda 5–6 sm uzunluğunda genəlmə müşahidə olunur. Çapıqlaşmış qida borusu aralanıb tutqaca götürülüb və böyük texniki çətinliklə ətraf toxumalardan aralanıb. Qida borusu ikinci döş fəqərəsi səviyyəsində kəsilib, bağlanıb, boyuna itələnib. Plevra boşluğu qurudulub, drenajlanıb və döş yarası tikilib. Yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Sağ mədə-piylik arteriyası qorunmaq şərtilə, mədə böyük və kiçik əyriliklər boyunca digər damarlardan və bağlardan aralanıb. Qida borusu qarına



Şəkil 10.50. Stentlə birgə xaric edilmiş qida borusu.



Şəkil 10.51. UKL-60 aparatı ilə mədənin kiçik ayrılığının rezeksiyası.

endirilib və içərisindəki stentlə birgə rezeksiya edilərək çıxarılıb (şəkil 10.50). Mədənin kiçik ayrılığını və dibi UKL-60 aparatı ilə tikilib (şəkil 10.51) və 30 sm uzunluğunda boru hazırlanıb (şəkil 10.52). Subseroz pilorotomiya edilib. Boynunun sol yarısında döş-körpüçük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 6 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Qida borusunun boyun hissəsi aralanıb və tutqaca alınıb. Mədənin böyük ayrılığından hazırlanan boru arxa orta divardan çıxarılmış qida borusunun yatağından boyuna qaldırılıb. Qida borusunun boyun hissəsi ilə mədə borusu arasında uc-uca anastomoz formalaşdırılıb. Nazoqastral zond anastomozdan mədə borusunun mənfəzinə yeridilib. Qarın və boyun yaraları tikilib. Əməliyyatdan sonra dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən etibarən xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb və kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 2 il sonra vəziyyəti yaxşıdır. İstə-

diyi qidanı asanlıqla qəbul edə bilir.

Rentgen müayinəsi zamanı ağızdan qəbul edilən kontrast maddə geniş anastomozdan sürətlə mədə borusuna keçir. Az sonra kontrast maddə 12-barmaq bağırsağa axır (*şəkil 10.53*).

Ümumiyyətlə, yanıq nəticəsində uzun illər qida borusunda və ətraf toxumalarda meydana çıxan xroniki iltihabi proseslər güclü bitişmələr və çapıqlar törədir. Qida borusunu boyun və laparotom sagital diafraqma kəsikləri vasitəsilə aralamaq qeyri-mümkün olur. Belə hallarda əvvəlcə sağtərəfli torakotomiya icra edib, vizual olaraq ətraf toxumalara və qonşu orqanlara az zədə verməklə, digər orqanların divarlarının tamlığını pozmadan, ciddi hemostazla qida borusunu aralayıb çıxarmaq daha məqsədəuyğundur.



Şəkil 10.52. Mədənin böyük ayrılıyından hazırlanmış izoperistaltik boru.



Şəkil 10.53. Rentgenoqram. Əməliyyatdansonrakı kontrastlanmış qida borusu-mədə anastomozu.

Mədənin kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmaları

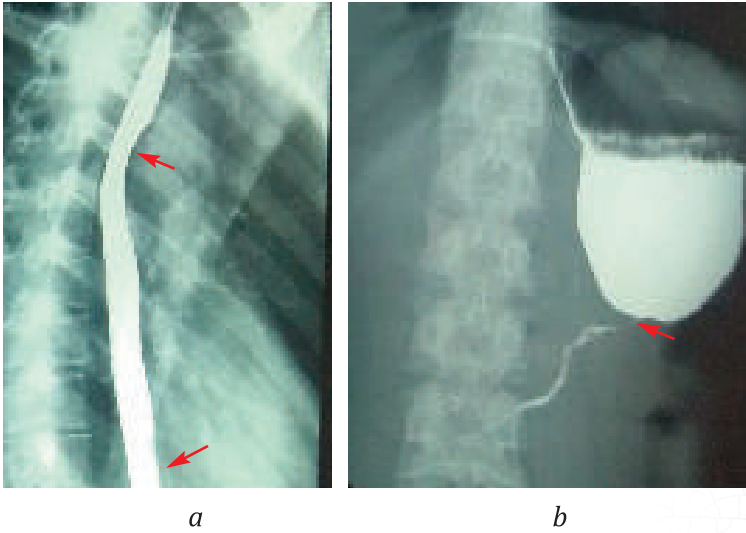
Kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun və mədənin selikli qişasının sağalma prosesləri eyni olmur. Ağızdan qəbul edilən kimyəvi aşılایıcı maddə qida borusu ilə axıb reflektor sıxılma hesabına hər daralmadan yuxarıda onun selikli qişasına qısamüddətli təsir göstərir. Sıxılma ötdükdən sonra aşılایıcı maye mədəyə axır, orada uzun müddət yubanıb, mədənin divarını, xüsusən də, onun pilorik kanalını yandırır.

Aşılایıcı maddənin qatılığından və təsir müddətindən asılı olaraq 20–25 qat yastı epitel hüceyrələrindən ibarət olan qida borusunun selikli qişasının sağalması mədəyə nisbətən ləng davam edir. Kimyəvi aşılایıcı maddənin təsirindən sonra qida borusu epitelinin bərpa müddəti məlum deyil.

Mədənin selikli qişasının təkqatlı epitelinin regenerasiyası qısa müddət ərzində baş verir. Nekrozlaşmış təkqatlı epitelin qopması, dənəvər və birləşdirici toxumanın inkişafı qida borusuna nisbətən, mədədə daha tez başlanır. İltihabi infiltrasiya, geniş qansızma ocaqları hesabına mədənin divarı qalınlaşır, bərkiyir, qısa müddətdə deformasiyaya uğrayır və pilorik kanalın daralmasına səbəb olur (*şəkil 10.54, a, b*).

Qida borusunda isə daralma tədricən yaranır. Əvvəlcə selikli qişada uzun halqavarı xoralar, sonra isə boylama daralmalar törənib, hissəvi keçməzlik yaranır. Qida borusu və pilorik kanalın birgə daralması tədricən törənir (*şəkil 10.55*).

Kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun keçiriciliyi saxlanılan xəstələrdə pilorik kanalın daralmasının diaqnozunun qoyulması çətinlik törətmir. Ağızdan sərbəst qida qəbulundan sonra təkrari qusmalar pilorik kanalın



Şəkil 10.54. Rentgenoqram: Eyni xəstədə: a) kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun keçiriciliyi pozulmayıb; b) lakin mədənin çıxacağı kimyəvi yanıq nəticəsində daralıb.

yanıqdan sonra daralmasına heç bir şübhə doğurmur.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı bu xəstələrdə mədənin mənfəzinin xeyli genəlməsi, böyük ayrılıyin çanağa qədər sallanması, mədədən kontrast maddənin onikibarmaq bağırsağa keçməməsi pilorik kanalın yanığı nəticəsində daralmasını təsdiqləyir.

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra tam daralması olan xəstələrdə isə kontrast maddənin mədəyə



Şəkil 10.55. Rentgenoqram. Qida borusunun aşağı hissəsinin və mədənin çıxacağının kimyəvi yanıq nəticəsində daralması.

keçməməsi ilə əlaqədar pilorik kanalın daralmasını aşkarlamaq qeyri-mümkündür. Belə xəstələrdə pilorik kanalın daralması yalnız qarın boşluğu açılıb təftiş aparılan zaman aşkarlanır. Daralmanın yerləşdiyi səviyyədən, quruluşundan asılı olaraq mədə üzərində aparılacaq əməliyyat növü seçilir.

Qida borusunun, mədənin kimyəvi yanıqdan sonra daralması ilə əlaqədar 24 xəstədə mədə üzərində müxtəlif növ əməliyyatlar icra edilib (*cədvəl 10.2*).

Cədvəl 10.2

Mədə üzərində aparılmış əməliyyatlar

Əməliyyatlar	Sayı	Ölüm
Qastroenteroanastomoz, Braun anastomozu və qastrostoma	5	–
Qastroenteroanastomoz, Braun anastomozu	4	1
Mədənin Bilrot 1 üsulu ilə rezeksiyası	2	–
Qastrektomiya	1	–
Mikulic üsulu ilə piloroplastika	1	–
Maydl üsulu ilə yeyunostoma	1	–
Kader üsulu ilə qastrostoma	10	3
Cəmi	24	4

Cədvəldən görüldüyü kimi, kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun keçiriciliyi saxlanılıb və ancaq pilorik kanalın daralması ilə əlaqədar 13 xəstədən 9-da gastroenteroanastomoz və *Braun* anastomozu qoyulub. Onlardan 5-də qida borusunun yanığı ilə əlaqədar *Kader üsulu* ilə qastrostoma da qoyulub. Bu xəstələrdən 70 yaşlı bir kişidə kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun keçiriciliyinin saxlanılmasına baxmayaraq, yanığ nəticəsində qısa müddətdə fasiləsiz qusmaya, mədənin dilatasiyasına səbəb olan pilorik kanal daralması ilə əlaqədar gastroenteroanastomoz və *Braun* anastomozu

qoyulub (*şəkil 10.56*). Qida borusunda yanığın fəsadlarının davam etməsi və gələcəkdə daralmanın mütləq yaranacağını nəzərə alaraq, xəstəyə Kader üsulu ilə qastrostoma da qoyulub. Ağızdan qida qəbulu çətinləşdikdə qastrostomadan istifadə etmək tövsiyə olunub.

Ağızdan qidalanma və mədədən qidanın bağırsağa keçməsi ilə kifayətlənən xəstə əməliyyatdan 2 həftə sonra qastrostoma borusunu çəkib çıxarıb və 2 il təbii yolla qidalanıb. Sonra xəstədə disfagiya başlayıb və yəni-dən klinikaya müraciət edib.

Rentgen-kontrast müayinəsində qida borusunun aşağı döş hissəsinin xeyli daralması və tam keçməzliyi aşkarlanıb (*şəkil 10.57*). Xəstəyə 2 il sonra plevradaxili qastroezofaqoplastika aparılıb və təbii yolla qida qəbulu bərpa edilib.

Pilorik kanal və mədənin distal hissəsinin



Şəkil 10.56. Rentgenoqram. Pilorik kanalın daralmasında çanağa qədər sallanmış mədə.



Şəkil 10.57. Rentgenoqram. 2 il sonra qida borusunun tam daralması.

yanığı ilə əlaqədar 2 xəstədə *Bilrot* 1 üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılıb.

Qida borusunun keçiriciliyi saxlanan bir xəstədə mədə bütövlükdə büzüşüb çapıqlaşdığı üçün ona qastrektomiya və qida borusu-nazik bağırsağ anastomozu qoyulub.

Pilorik kanalın qısa daralmasında isə 1 xəstədə *Mikulic* üsulu ilə piloroplastika icra edilib.

Qida borusunun və mədənin yanıqdan sonra udlaqdan başlayan daralmalarında yoğun bağırsağ transplantatının kaudal ucunu tamamilə çapıqlaşmış mədə ilə birləşdirmək mümkün olmadığı üçün bir xəstədə ilkin əməliyyat zamanı *Maydl* üsulu ilə qoyulan yeyunostoma ləğv edilib və transplantatla nazik bağırsağ arasında uc-uca anastomoz qoyulub.

Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

19 yaşlı xəstə (oğlan) İ. 23.01.2003-cü il tarixində M.Nağıyev adına BŞTTYX IV cərrahiyyə şöbəsinə disfagiya, zəiflik, arıqlama şikayətləri ilə daxil olub.

Xəstənin dediyinə görə, 3 ay əvvəl suisid məqsədlə potaş içmişdir. Ona ilk yardım Toksikoloji mərkəzdə göstərilib və iki həftə sonra evə yazılıb. Kimyəvi yanıqdan 45 gün sonra disfagiya başlayıb. Xəstə mayeləri belə qəbul edə bilməyib. Bədən çəkisini 15 kq itirib.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti xeyli ağır olub. O, klinikaya xərəkdə gətirilib. Dəri və selikli qişaları göyərrib, dərialtı piy təbəqəsi yox dərəcəsidədir və verilən suallara belə tam cavab verə bilmir. Xəstə kəskin alimentar çatışmazlıq həddində olub.

Ağciyərlərinin üzərində yaş xırıltılar eşidilir. Ürək tonları karlaşıb. Arterial qan təzyiqi 80/40 mm c. s. hüdudunda, zəif dolğunluqda olan nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğa çatıb.

Dili quru, qarnı yumşaq, bağırsaqları tam yatmış vəziyyətdə olub.

Rentgen müayinəsi zamanı qida borusunun yuxarı döş hissəsindən başlayaraq onun daralması aşkarlanıb (şəkil 10.58).

Xəstənin vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar 3 saatlıq vena-daxili qan, plazma, zülal preparatları, qlükoza, vitaminlər köçürüldükdən sonra xəstəyə təcili qaydada həyati göstərişlə əməliyyat-qastrostomiya planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyat – 23.01.2003-cü il tarixində

ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı məlum olub ki, mədə tamamilə yanıb və büzüşmüş xiyara bənzəyir. Odur ki, qastrostoma qoyulmasına belə yer yoxdur. Bununla əlaqədar nazik bağırsağın Treys bağından aşağı kəsilib, uc-yana nazik bağırsağın anastomozu qoyulub. Nazik bağırsağın aparıcı ucu – Maydl üsulu ilə yeyunostoma şəklində qarın divarına çıxarılıb. Qarın divarının yarısı tikilib. Əməliyyatdan 48 saat sonra xəstə yeyunostomadan qidalanmağa başlayıb. Bundan sonra xəstə evə yazılıb və nəzarət altında saxlanılıb.

İlkin əməliyyatdan 6 ay sonra 09.06.2003-cü il tarixində xəstə xeyli gümrəh, dəri örtükləri normal rəngdə yənidən klinikaya qəbul edilib. Bədən çəkisini 5 kq artırıb. Təkidlə ezofaqoplastika əməliyyatını tezləşdirməyi istəyib.

Təkrar rentgen müayinəsində qida borusunun boyun hissəsindən başlanan tam daralma aşkarlanıb (şəkil 10.59).



Şəkil 10.58. Rentgenoqram. Qida borusunun yuxarı döş hissəsindən başlayan daralma.



Şəkil 10.59. Rentgenoqram. Həmin xəstədə 6 ay ərzində qida borusunun tam keçməzliyi formalaşmış.

ğıracaq qarın divarından aralanıb, Maydl üsulu ilə qoyulan yeyunostoma ləğv edilib. Yoğun bağırsağ transplantatının kaudal ucu aralanmış nazik bağırsaqla uc-uca anastomozlaşdırılıb.

Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb, yanib çapıqlaşan qida borusunun boyun hissəsi tutqaca alınıb. Daralmadan yuxarıda qida borusu UO-40 aparatı ilə tikilib və arxa orta divara salınıb, qida borusunun oral ucu tikiş sapları ilə tutqaca götürülüb.

Döşsümüyüarxası kanal formalaşdırılıb və transplantat boyuna doğru çəkilib, mənfəzi açılıb və qida borusu ilə transplantat arasında təksıralı tikişlə uc-uca anastomoz formalaşdırılıb.

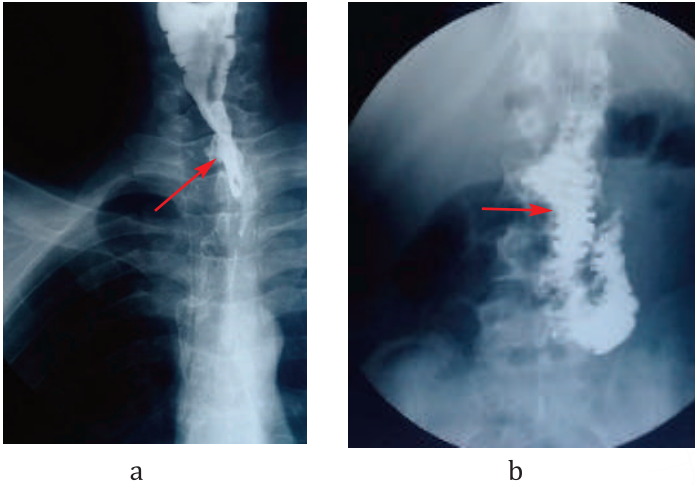
Bundan sonra qarın və boyun yaraları tikilib. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 5-6-cı günlərdən başlayaraq xəstə ağızdan rahat qida qəbuluna başlayıb. Əməliyyatdan 2 həftə sonra yaxşı vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 15 il sonra xəstə klinikaya gəlib. Xeyli gümrəhləşən xəstənin bədən çəkisi 10 kq artıb. Onun dediyinə görə tikintidə çalışır.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı yoğun bağırsağ transplantatının normal ötürücülük qabiliyyətinə malik olması təsdiqlənmişdir. Kontrast maddə birbaşa nazik bağırsağa axır (*şəkil 10.60 a, b*).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, kimyəvi yanıqdan 2 ay sonra xəstənin mədəsi tamamilə çarıqlaşmış və fəaliyyətini itirib, hətta qastrostoma qoymaq belə mümkün olmayıb. Bununla əlaqədar olaraq *Maydl* üsulu ilə qoyulan yeyunostoma xəstənin qidalanmasını təmin edib. Sonrakı 6 ay ərzində xəstənin qidalanması fonunda yanmış qida borusu tam daralıb və fəaliyyətini itirib. Hazırlanan yoğun bağırsağ transplantatının ucu ilə nazik bağırsağın başlanğıc hissəsi arasında anastomoz qoyulub. Transplantatın kranial ucu qida borusunun boyun hissəsinə birləşdirilib.

Kimyəvi yanıqdan sonra qidanın çətin keçməsi ilə əlaqədar olaraq 10 xəstəyə qastrostoma qoyulub. Bu xəstə-



Şəkil 10.60. Rentgenoqram: a) qida borusu-yoğun bağırsağ anastomozu; b) kontrast maddə birbaşa nazik bağırsağa axır.

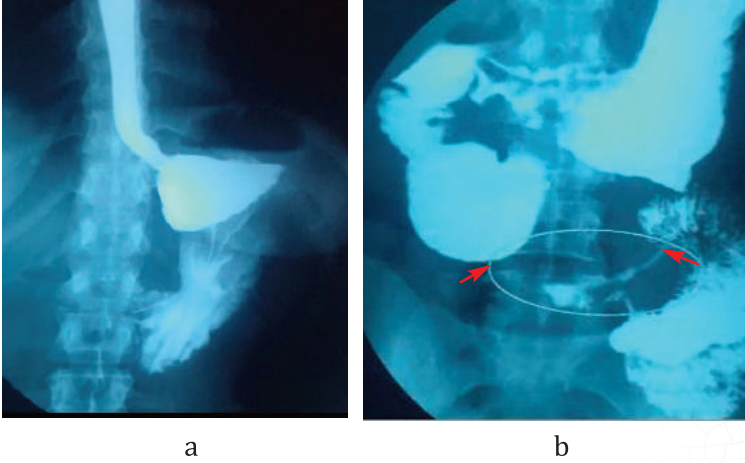
tələr 3–4 ay ərzində qastrostomadan qidalanıb. Bu müddət ərzində qida borusunun divarlarında iltihabi proses sönüb və onun ötürücülüüyü qismən bərpa olduğu üçün qastrostoma ləğv edilib və digər cərrahi müdaxiləyə ehtiyac olmayıb. Kəskin toksemiya vəziyyətində məcburi icra edilmiş qastrostoma əməliyyatından sonra 3 xəstə qaraciyər və böyrək çatışmazlığından ölmüşdür.

Çox nadir hallarda ağızdan qəbul edilən kimyəvi aşındırıcı maddə qida borusu və mədənin divarında üzvi dəyişiklik törətmir. Belə ki, həmin maddə qida borusundan mədəyə, oradan isə onikibarmaq bağırsağa keçərək *Treys* bağı səviyyəsində çözlü nazik bağırsağın başlanğıc hissəsində (*12-barmaq–acı bağırsağ ayrılıyında*) yanıq və daralma törədir. Qida borusunun və mədənin qidaötürmə qabiliyyəti pozulmur, ancaq fasiləsiz qusma ilə özünü büruzə verən yuxarı nazik bağırsağ keçməzliyi yaranır. Bizim nəzarətimiz altında 2 belə xəstə olub.

Onlardan birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik:

28 yaşlı xəstə (qadın) A. 11.11.2016-cı il tarixində epi-gastral nahiyədə ağrılar, qida qəbulundan bir saat sonra qusma, ürəkbulanma, arıqlama, ümumi zəiflik şikayətləri ilə klinikaya daxil olub. Xəstənin dediyinə görə, 3 aydır xəstədir. Təsadüfən sirkə turşusu içib. Toksikoloji mərkəzdə müalicə alıb. Son 1 ay ərzində yeməyin rahat udulmasına baxmayaraq, bir neçə saat sonra təkrar qusmalar başlayıb. Müayinə üçün xəstə klinikaya müraciət edib.

Rentgen-kontrast müayinəsində qida borusunun və mədənin keçiriciliyinin saxlanılması və genəlməsi aşkarlanıb, onikibarmaq bağırsağ da xeyli genəlib (şəkil 10.61, a, b). Acı bağırsağın başlanğıc hissəsi daralıb və həmin nahiyədə kontrast maddənin hərəkəti xeyli zəifləyib. Müayinəyə əsasən xəstədə çözlü nazik bağırsağın başlanğıc hissəsinin kimyəvi yanıqdan sonra daralması və nazik bağırsağın acı bağırsağ hissəsində keçməzlik diaqnozu qoyulub. Xəstəyə cərrahi əməliyyat təklif olunub və razılığı alınıb.



Şəkil 10.61. Rentgenoqram: a) kimyəvi yanıqdan sonra qida borusu, mədə və onikibarmaq bağırsağın genəlmişdir; b) çözlü nazik bağırsağın başlanğıc hissəsi – 12-barmaq bağırsağ–acı bağırsağ ayrılığı (flexura duodenoeyunalis) yanıq nəticəsində daralıb.

Cərrahi əməliyyat – 12.11.2016-cı il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı Treys bağı səviyyəsindən başlayaraq nazik bağırsağın ilk ilgəyinin 20 sm məsafədə daralıb çapıqlaşması aşkarlanıb. Daralmış nazik bağırsağ seqmenti rezeksiya edilərək götürülüb (şəkil 10.62) və nazik bağırsağ anastomozu ilə həzm traktının keçiriciliyi bərpa olunub (şəkil 10.63, a, b). Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib, qusma dayanıb və xəstə rahat qida qəbuluna başlayaraq evə yazılıb.

Beləliklə, həzm sistemi orqanlarının kimyəvi yanıqdan sonra çapıq nəticəsində törənmiş tam keçməzliyi, bujla genəldilmənin effektivliyini cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilməlidir.

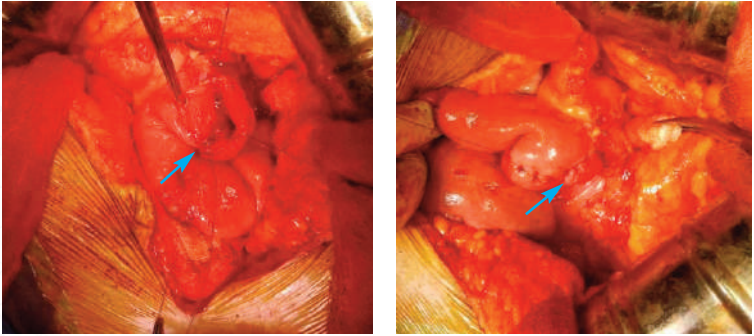
Hazırda qida borusunun çapıq daralmalarına görə birmərhələli əməliyyatlara üstünlük verilməlidir, ancaq bir qrup ağır xəstələr vardır ki, birmərhələli ağır əmə-

liyyatların icrası onların həyatı üçün təhlükəli olur və belə xəstələrdə mərhələli əməliyyatlara göstərişləri genişləndirmək lazım gəlir.

Funksional yararsızlıqlarla əlaqədar olaraq nazik bağırsaqla plastikaya göstərişlər xeyli məhdudlaşdırılmalı və kolo-qastroezofaqoplastikaya üstünlük verilməlidir.



Şəkil 10.62. Rezeksiya edilmiş nazik bağırsaqla.



a

b

Şəkil 10.63. Nazik bağırsaqla anastomozu: a) anastomozun arxa divarı; b) nazik bağırsaqla anastomozunun yekunu.

Ezofaqoplastika üçün transplantat xəstənin vəziyyətinin ağırlığından, udlağın, qırtlağın, qida borusunun və mədənin daralmaya cəlb olunmasından asılı olaraq fərdi seçilməlidir.

Qida borusunda və mədədə birmərhələli əməliyyatlar ciddi alimentar çatışmazlığı olmayan xəstələrdə aparılmalıdır.

Bir, iki və üçmərhələli koloplastika əməliyyatı qida borusunun udlaqdan başlayaraq bütövlükdə yanmış,

mediastinit törənmiş, qida borusu ilə traxeya və bronx arasında süzgəc yaranmış xəstələrdə və mədənin plastika əməliyyatı üçün yararlı olmadığı hallarda icra edilməlidir.

Plevraxili gastroezofaqoplastika qida borusunun orta və aşağı hissələrinin və kardioezofageal keçidin daralmalarında icra edilməlidir. Qida borusunun boyun hissəsindən başlanan və bütövlükdə onun döş hissəsini əhatə edən daralmalarda qarın və boyun kəsiklərindən mədənin böyük ayrılıyından izoperistaltik hazırlanan transplantatla plastikaya önəmli üsul kimi üstünlük verilməlidir. Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı xoşxassəli daralmalarında icra olunan bir və çoxmərhələli əməliyyatlarla qida borusunun xroniki keçməzliyi ləğv olunur, təbii yolla qida qəbulu bərpa edilir və xəstələrin yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşdırılır.

Ancaq qida borusu ətrafı toxumalarda, eləcə də orta divarda törənən çapıq, fibroz toxumalarla əlaqədar olaraq qida borusunun xaric edilməsi müştərək sağtərəfli torakotomiya və qarın-boyun kəsiklərindən daha asandır.

Kimyəvi yanıqdan sonra həzm sisteminin yuxarı hissələrinə nisbətən çapıq daralmalar mədədə erkən törənir və nəticədə mədədən 12-barmaq bağırsağa qida ötürülməsi pozulur. Mədənin çıxacağıının yanıq mənşəli daralmaları yalnız cərrahi yolla ləğv edilməlidir. Mədə üzərində aparılacaq əməliyyatın həcmi daralmanın və çapıq deformasiyaların ölçüsündən asılı olaraq fərdi seçilməlidir. Kimyəvi yanıq nəticəsində mədə daralıb fəaliyyətini itirdikdə qastrektomiya icra edilməlidir. Əgər mədə çapıqlaşmışsa və onun selikli qişası bütövlükdə diffuz zədələnmişsə, mədə üzərində hər hansı əməliyyat aparılması məqsədsəuyğun deyil. Pilorik kanalın məhdud daralmalarında, zədələnmiş toxumalar aydın seçildikdə Bilrot 1 üsulu ilə mədə rezeksiyası aparılmalıdır.

Fasiləsiz qusmaya səbəb olan acı bağırsağın başlanğıc hissəsinin kimyəvi yanıq nəticəsində daralmış hissəsinin rezeksiyası qida ötürücülüynü təmin edir.

Uşaqlarda qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralmaları

Uşaqlarda qida borusunun kimyəvi yanıq nəticəsində zədələnməsi digər xəstəliklərlə müqayisədə 1-ci yeri tutur. Kimyəvi aşındırıcıların evdə saxlanılmasına düzgün əməl olunmadıqda (*əlçatan yerlər, üzərində aşındırıcının adı olmayan qabda saxlama və s.*) uşaqlar onu təsadüfən və yaxud dərman kimi içdikdə, yaxud böyük yaşlı uşaqlar intihar məqsədilə qəbul etdikdə, qida borusunda yanıqlar törənir. Qəbul edilən aşındırıcının növündən, qatılığından, miqdarından, təsir müddətindən, göstərilən ilkin yardımın və müalicənin səviyyəsindən asılı olaraq bir neçə ay ərzində uşaqların 10-33%-də qida borusunun daralması və xroniki keçməzliyi inkişaf edir. Daralmaların diaqnozu, yeri, ölçüsü, quruluşu kompleks anamnez, kliniki əlamətlər, rentgen, kontrast və endoskopik müayinələrlə təsdiqlənir.

Kəskin dövrdə konservativ müalicə ilə yanaşı, uşaqlarda qida borusu daralmasının müalicəsi erkən və gecikmiş halda bujla genəltməklə aparılır. Ancaq bujlama uzun vaxt tələb edir, bəzən ağır fəsadlar (*qida borusunun deşilməsi, mediastinit, plevrit*) törədir, əhəmiyyətsiz olur və uşaqların sinir sistemində dəyişiklik törədir.

Cərrahi müalicə zamanı daralmış qida borusu nazik və yoğun bağırsaqlar, eləcə də mədə ilə əvəzlənir. Bu əməliyyatlardan sonra da fəsadlar (*nekroz, daralma*) törənə bilər və bu da təkrar müdaxilələr tələb edir.

Kimyəvi yanıqdan sonra qida borusunun daralması ilə cərrahi yardım üçün bizim klinikaya 2 yaşdan 7 yaşa qədər 10 uşağın valideyni müraciət edib. Bu uşaqlara uşaq cərrahlığı klinikasında dəfələrlə bujla genəltmə aparılıb. Qısa müddət ərzində qida qəbulunda asanlaşma müşahidə edilib, lakin az keçməmiş disfagiya yenidən güclənməyə başlayıb. Bizim klinikaya daxil olduqdan sonra bütün uşaqlar dəqiq yoxlanılıb, daralmanın yeri,

ölçüsü müəyyənləşdirilib, uşağın vəziyyətinin ağırlığı nəzərə alınmaqla, cərrahi əməliyyat növü seçilib. Yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika 8 uşaqda, mədə ilə plevradaxili plastika isə 2 uşaqda icra edilib.

Yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası birmərhələli plastika 8 uşaqdan 2-də icra olunub.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

7 yaşlı xəstə (oğlanı) A. 05.09.1990-cı il tarixində atası qucağında ETKEC İnstitutunun Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə gətirib və "Bu uşağı haraya qoyum, o "ölür" – deyər tibb personalına müraciət edib. Daxil olarkən uşağın vəziyyəti çox ağır olub, xeyli arıqlayaraq, kaxeksiya vəziyyətinə düşüb. Suallara cavab verə bilmir. Atasının dediyinə görə, 3 ay əvvəl təsadüfən sirkə turşusu içmişdir. Rayon şəraitində müalicə almış və tədricən disfagiya başlamışdır. Son 1 ay ərzində yalnız süd və su içə bilir. Ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 70/50 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 120 vurğu həddindədir. Dili quru, qarnı yumşaqdır. 20 gündür ki, defekasiya olmur. Sidik ifrazı xeyli azalmışdır.

Uşağın vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq 1 həftə ərzində ona vena daxilinə qlükoza məhlulu, plazma, qan köçürüldü. Ümumi vəziyyətində bir qədər yüngülləşmə əldə olundu.

Cərrahi əməliyyat – 13.09.1990-cı il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edildi. Mədə boşdur. Yoğun bağırsağın sol yarısından arteria colica sinistra üzərindən 25 sm uzunluğunda izoperistaltik transplantat hazırlandı. Yoğun bağırsaqla anastomozu ilə həzm traktının tamlığı bərpa edildi. Transplantat kiçik piylikdən mədənin arxasından önünə keçirildi. Transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında anastomoz yaradıldı. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 6 sm uzunluğunda

kəşik aparıldı. Qida borusunun boyun hissəsi aralanıb tutqaca götürüldü, UO-40 aparatı ilə tikilib, kəsilib, arxa orta divara salındı. Qida borusunun mənfəzi geniş açıldı. Döşsümüyüarxası yolla yoğun bağırsağ transplantatı boyuna qaldırıldı və qida borusu ilə yoğun bağırsağın proksimal ucu arasında anastomoz qoyuldu. Nazik nazogastral zond anastomozdan transplantatın mənfəzinə yeridildi. Qarın və boyun yaraları tikildi. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçdi. 5-ci gündən etibarən uşaq ağızdan qidalanmağa başladı və evə yazıldı.

6 ay sonra uşaq atası ilə klinikaya gəlmişdi. Mən uşağı tanımadım. Atası dedi ki, bu, mənim qucağında buraya ölü vəziyyətində gətirdiyim Vəfadardır. O, xeyli kökəlmiş, dəri örtükləri normal rəng almışdı.

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, ağızdan qida qəbulunun bərpası uşaqlarda qısa müddətdə alimentar çatızmazlığı aradan qaldırır və uşağın normal inkişafını təmin edir.

Yoğun bağırsaqla ikimərhələli plastika 6 uşaqda icra edilib. Bu uşaqların 4-də əvvəllər uşaq cərrahlığı klinikasında daralmış qida borusunu bujla genəltmək üçün gastrostoma, 2 uşaqda isə eyni zamanda gastrostoma və ezofaqostoma qoyulub.

Həmin uşaqlardan birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

2 yaş 5 aylıq xəstə (qız) A. 24.09.2011-ci il tarixində Kliniki Tibbi Mərkəzin Uşaq cərrahlığı şöbəsinə daxil olub. Anasının dediyinə görə, qız 1 yaşında təsadüfən sirkə turşusu içib. Uşaq xəstəxanasında müalicə alıb, sonra 7 ay ərzində bujla genəltməyə cəhdlər olunub. Növbəti genəltmə cəhdlərinin birində qida borusu deşilib. Uşağa ezofaqostoma və gastrostoma qoyulub, bu yolla qidalandırılıb.

Daxil olarkən uşağın vəziyyəti ağır olub, dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf edib. Ağciyərləri üzərində vezikulyar

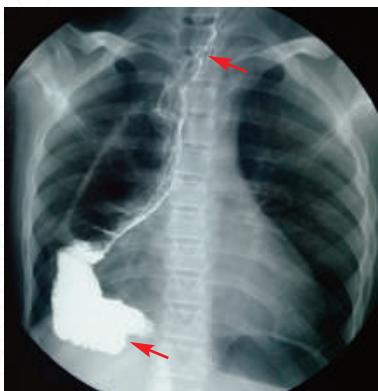
tənəffüs eşidilir, ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 80/60 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 120 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaqdır.

2 həftə ərzində əməliyyatönü hazırlıq aparılıb. Ona qanəvəzedicilər, zülal, plazma, qan köçürülüb.

Cərrahi əməliyyata – 11.10.2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında laparotomiya icra edilib. Qastrostoma saxlanılıb. Bitişmələr aralandıqdan sonra köndələn və enən çənbər bağırsağ, a.colica media saxlanılmaq şərti ilə aralanıb, 20–25 sm uzunluğunda əks-peristaltik istiqamətdə transplantat hazırlanıb. Uc-uca yoğun bağırsağ anastomozu ilə həzm traktının tamlığı bərpa edilib. Transplantat kiçik piylikdən, mədənin arxasından önünə çıxarılıb və distal ucla mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz qoyulub. Boyunun sol yarısında ezofaqostoma ətrafında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel kəsik aparılıb, qida borusu ətraf toxumalardan aralanaraq tutqaca alınıb. Döşsümüyüarxası yolla transplantat boyuna qaldırılıb və qida borusu ilə transplantatın proksimal ucu arasında uc-uca anastomoz formalaşdırılıb. Nazoqastral zond anastomozdan transplantatın mənfəzinə yeridilib, qarın və boyun yaraları tikilib. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib. 5-ci gündən etibarən uşağ ağızdan rahat qida qəbuluna başlayıb. Qastrostoma borusu xaric edilib və xəstə qənaətbəxş vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 8 il sonrakı müayinə göstərir ki, uşağın ümumi vəziyyəti yaxşıdır və çəkisini xeyli artırıb. Rentgen-kontrast müayinəsində transplantatın normal ötürücülük qabiliyyəti izlənilir (şəkil 10.64).

Qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonrakı daralmalarında bujla genəltmə erkən dövrdə qısa daralmalarda effektiv olur. Qida borusunun uzun daralmalarında bujla təkrari genəltmələrə cəhdlər bəzən ağır fəsadlara – qida borusunun deşilməsinə, mediastinitə



Şəkil 10.64. Rentgenoqram. Kontrastlanmış yoğun bağırsağ transplantatı sağ plevra boşluğuna yerini dəyişib.

rənir və bu da daha güclü çarıqlaşmaya səbəb olur.

Yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika aparılmış 8 uşaqdan 7-si sağalaraq evə yazılıb. Yalnız 4 yaşlı bir oğlan uşağı əməliyyatdan 4 gün sonra heç bir müalicəyə tabe olmayan yüksək hipertermiya – 40°C dərəcə fonunda ölmüşdür. Bu uşağa 6 ay əvvəl bujla qida borusunu genəltmək üçün ezofaqostoma və gastrostoma qoyulub. Yüksək hipertermiyanın səbəbi aşkarlanmayıb. Çox güman ki, həmin nahiyələr naməlum endogen infeksiya mənbəyi olub.

Mədə ilə plevraxili plastika 10 uşaqdan 2-də icra edilib. Onlardan birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

6 yaşlı xəstə (qız) M. 15.04.1993-cü il tarixində ETKECİ-nin Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qidanın çətin keçməsi, bədən çəkisinin azalması şikayətləriylə daxil olub. Anasının verdiyi məlumata görə, 1 il əvvəl təsadüfən sirkə turşusu içib. İlk yardım rayon xəstəxanasında göstərilib. Uşaqda tədricən qida qəbulunun çətinləşməsi başlayıb və şöbəyə daxil olarkən yalnız mayelər qəbul edə bilib.

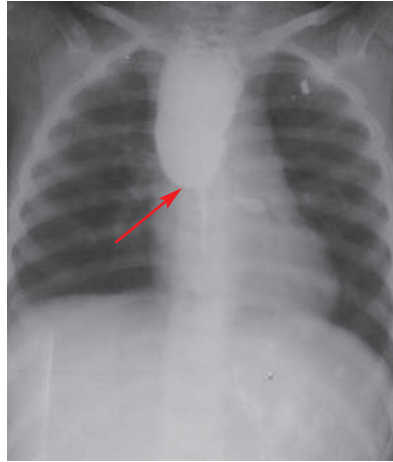
Uşağın ümumi vəziyyəti kafi olmaqla, dəri örtükləri bir qədər avazıyıb, dərialtı təbəqə çox zəifdir, ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir, ürək tonları aydın, qan təzyiqi 100/60 mm c. s. səviyyəsində, nəbzi 110 vuruğu həddindədir. Dili nəm və qarnı yumşaqdır. Kifayət qədər qidalana bil-mədiyi üçün həftədə 1 dəfə defekasiya olur. EKQ dəyişiksizdir.

Rentgen müayinəsində qida borusunun orta 1/3-dən başlayaraq mənfəzinin xeyli daralması aşkarlanır. Kontrast maddə nazik bir axınla mədəyə keçir. Daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzinin xeyli genəlməsi müşahidə olunur (şəkil 10.65).

Davamlı disfagiya, daralmadan yuxarıda qida borusunun döş hissəsinin çox genəlməsi, bədən çəkisinin azalması, qida borusunun aşağı döş hissəsinin xeyli daralması, plevradaxili gastroplastika əməliyyatına göstəriş olmuşdur.

Cərrahi əməliyyat – 19.04.1993-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib.

Diafraqma sagital açıldıqdan sonra qida borusunun daralmış diafraqmaaltı hissəsi aralanaraq tutqaca alınıb. Texniki çətinliklə qida borusunun döş hissəsi çapıq toxumalardan təcrid edilib. Sağ mədə-piylik arteriyası qorunmaq şərtilə, mədə böyük və kiçik əyriliklər boyunca bütün bağlardan və damarlardan ayrılıb, qarın boşluğu drenajlanaraq, yara tikilib. Xəstə sol böyrü üstə çevrilib, 5-ci



Şəkil 10.65. Rentgenoqram. Qida borusunun aşağı döş hissəsindən başlayan daralma.

qabırğaarası sahədən torakotomiya icra edilib. Ağciyər bitişmələrdən aralandıqdan sonra tək vena (vena azygos) aralanıb, bağlanıb və kəsilib. Çapıqlaşmış arxa orta divar plevrası boylama açıldıqdan sonra qida borusu bitişmələrdən aralanıb, daralma yerindən yuxarıda, sağlam toxuma səviyyəsində kəsilib, mədə sağ plevra boşluğuna çəkilib və onun kardial hissəsi UKL-60 aparatının köməyi ilə rezeksiya edilib. Qida borusunun çapıqlaşmış aşağı döş hissəsi və mədənin kardial hissəsi xaric edilib. Mədənin divarındakı mexaniki tikişlərin üzərinə kəsik boyunca fasiləli sero-seroz tikişlər qoyulub. Qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz yaradılıb. Plevra boşluğu drenajlanıb və döş qəfəsi yarası tikilib.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə plevra boşluğunda yaranan məhdud irinlik konservativ tədbirlərlə (punksiya-antibiotiklə) müalicə edilib. 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbul etməyə başlayıb və sağalaraq evə yazılıb.



Şəkil 10.66. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 25 il sonra sağ plevra boşluğunda yerləşmiş mədə transplantatı.

Xəstə qız böyümüş, ailə qurmuş və özü də 2 övlad böyüdür. Əməliyyatdan 25 il sonra müayinə üçün klinikaya gəlib. Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusu-mədə anastomozunun normal fəaliyyəti təsdiqlənib (şəkil 10.66).

Digər bir uşaqda plevradaxili qida borusu-mədə anastomozu tikişlərinin hissəvi çatışmazlığı ilə əlaqədar olaraq irinli plevrit törənib. Anastomoz nahiyəsinə stent yeridilib və anastomozun defekti bağlanıb.

Xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

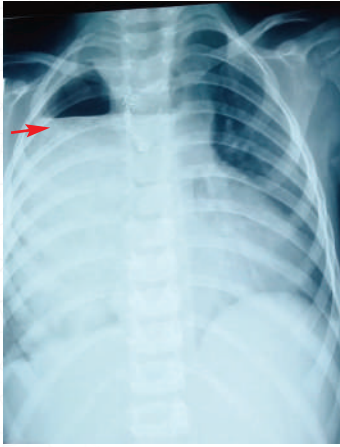
4 yaşlı xəstə (qız) F. 05.04. 2016-cı il tarixində Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasına disfaqiya əlaməti ilə çox ağır alimentar çatışmazlıq vəziyyətində daxil olub. Valideynlərinin dediyinə görə, uşaq 1 ildir xəstədir. Təsadüfən sirkə turşusu içib. Uşaq cərrahlığı klinikasında ona qastrostoma qoyulub və bujla genəltmə aparılıb. Qida qəbulunun nisbi yaxşılaşmasından sonra qastrostoma ləğv edilib. Qida qəbulu tədricən çətinləşib. Bununla əlaqədar olaraq valideynləri uşağı klinikaya gətirib. Klinikaya daxil olarkən, uşağın vəziyyəti xeyli ağır olub. Dəri örtükləri avazıyıb və xeyli bədən çəkisi itirib. Ağciyərlərinin üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzin dəqiqəlik sayı 100 vuruğu olub. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Qastrostomadan sonrakı çapıq qeyd edilir.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində onun orta hissəsindən başlayaraq mənfəzinin xeyli daralması və deformasiyası nəzərə çarpır. Təsdiq olunan diaqnoz – qida borusunun kimyəvi yanıqdan sonra daralması, ağızdan qida qəbulunun çətinləşməsi, alimentar çatışmazlıq, bujla genəltmənin əhəmiyyətsizliyi cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib, cərrahi əməliyyatın vacibliyi uşağın valideynlərinə izah edilib və onların razılıqları alınıb.

Əməliyyatönu qısa hazırlıqdan sonra 08.04.2016-cı il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotom kəsiklə qarın boşluğu açılıb, qastrostomiya zamanı qarının ön divarına təsbit edilmiş mədə qarın divarından aralandıqdan sonra sagital diafraqmotomiya aparılıb və qida borusu tutqaca alınıb. Sağ-mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə mədə digər damarlar və bağı aparatından ayrılıb. Piloroplastika edilib. Qarının ön divarının yarası tikilib. Xəstəyə V qabırğaarası sahədə sağtərəfli torakotomiya icra edilib.

Ağciyər orta divara tərəf çəkildikdən sonra tək vena (v.azygos) bağlanaraq kəsilib, arxa orta divar plevrası boylama istiqamətdə açılıb. Qida borusu traxeyanın bifurkasiyası nahiyəsindən başlayaraq xeyli çapıqlaşmış və ətraf toxumalara yapışıb. Çapıqlaşmış qida borusu sağlam mənfəzə qədər aralandıqdan sonra daralmış hissə rezeksiya edilib və mədə sağ plevra boşluğuna çıxarılarak onun dibi ilə qida borusunun sağlam mənfəzi arasında 3-cü döş fəqərəsi səviyyəsində uc-yana anastomoz qoyulub. Plevra boşluğu drenajlanıb və döş qəfəsi divarının yarası tikilib.

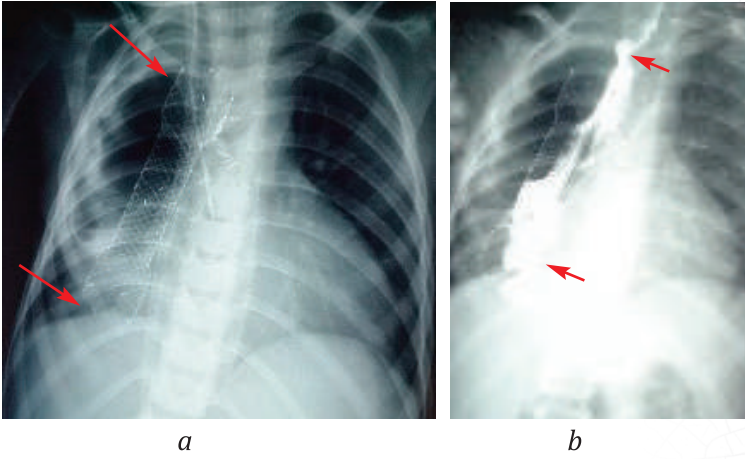
Əməliyyatdan 5 gün sonra xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb. Əməliyyatdan 7 gün sonra uşağın hərərəti



Şəkil 10.67. Rentgenoqram. Sağ plevra boşluğunda mayenin səviyyəsi.

yüksəlib, öskürək başlayıb. Döş qəfəsinin rentgen müayinəsində sağ plevra boşluğunda maye səviyyəsi, qaz mövcudluğu təyin edilib (şəkil 10.67). Döş qəfəsi yarası irinləyib və ağızdan qəbul edilən qida yara yerindən xaric olmağa başlayıb. Anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı və plevranın irinləməsi təsdiqlənib.

Endoskopun köməyi ilə ezofaqoqastroanastomoz nahiyəsinə stent yeridilib və uşağın qidalanması davam etdirilib (şəkil 10.68 a, b). 3 ay ərzində uşaq stentlə qidalanıb, anastomoz sağalıb, irinli plevrit ləğv edilib. Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində anastomozun tam sağalması və kontrast maddənin anastomoz hüdudundan kənara axması müşahidə edilməyib.



Şəkil 10.68 a, b. Rentgenoqram: a) qida borusu-mədə anastomozuna yerləşdirilmiş stent; b) kontrast maddə stentdən mədəyə axır və plevra boşluğuna keçmir.

Əməliyyatdan 1 il sonrakı müayinə göstərir ki, uşağın vəziyyəti yaxşılaşmağa doğru gedir. Bu müddətdə onun çəkisi xeyli artıb və o, artıq istədiyi qidanı qəbul edə bilir.

Təqdim edilən nümunə göstərir ki, çox güman ki, anastomoz tikişlərinin tutarsızlığının səbəbi mədənin dibinin zəif qan dövranının pozulması olub. Endoskopla stentin anastomoz nahiyəsinə yerləşdirilməsi ilə qida qəbulu bərpa edilib, anastomoz tikişlərin tutarsızlığı və plevrit ləğv olunub.

Ezofaqogastroanastomoz tikişlərinin tutarsızlığı baş verdikdə endoskopun köməyiylə stentin yerləşdirilməsi daha məqsədəuyğun tədbirdir.

Uşaqlarda plevradaxili qida borusu-mədə anastomozunun tikişlərinin tutarsızlığı mədənin dibinin qan dövranının tam formalaşmaması və qida borusu-mədə anastomozu yaradılarkən tikişlərlə divardaxili intramural damar əlaqələrinin pozulması ilə əlaqədardır. Stentin yeridilməsi anastomozdan plevra boşluğuna qida və mayelərin axmasının qarşısını alıb və qida borusu plevra süzgecinin sağalmasını sürətləndirib.

Qida borusunun qısa daralmaları

Qida borusunun qısa daralmaları ilə bizim nəzarətimiz altında 7 xəstə (16–55 yaşda; 5 qadın, 2 kişi) olub. Qısa daralmalar əksər hallarda qida borusunun boyun hissəsində müşahidə olunub. Daralmaların uzunluğu 10–15 mm təşkil edib. Bu xəstələrdən 6-da yerli plastika – qida borusunun daralmış hissəsi kəsilərək götürülüb və boyunda uc-uca qida borusu anastomozu qoyulub.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə veririk.

47 yaşlı xəstə (qadın) M. 15.10.2018-ci il tarixində klinikaya qidanın keçməməsi, bədən çəkisini itirməsi, zəiflik, əmək fəaliyyətinin aşağı düşməsi şikayətləri ilə müraciət edib. Daxil olarkən, xəstənin vəziyyəti kafi olub. Yalnız duru qidaları böyük çətinliklə qəbul edir. Dəri örtükləri avazıyıb. Anamnezində xəstə heç vaxt kimyəvi məhlul içmədiyini bildirib.

Xəstənin ağciyərləri üzərində sol tərəfdə vezikulyar tənəffüs, sağ ağciyər üzərində körpücük sümüyündən aşağıda xışiltılar eşidilir. Arterial təzyiqi 100/70 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 76 vurğu həddində olub. Dili nəm, qarnı yumşaq və ağrısızdır.

Rentgen müayinəsi zamanı sağ ağciyərin yuxarı payında spesifik proses üçün səciyyəvi olan infiltrat ocaqları və fibroz çapıqlar aşkarlanıb. Ağızdan qəbul edilən kontrast maddə udlaq-qida borusu keçidi nahiyəsində dar bir mənfəzdən aşağıya axır (şəkil 10.69).

Xəstəyə qida borusunun boyun hissəsinin qısa darılması diaqnozu qoyulub. Daralmanın anadangəlmə olması ehtimalı var. Ağciyərdəki spesifik iltihabın isə kifayət qədər qidalanmama nəticəsində immun sistemin zəifliyi ilə əlaqədar yaranması güman edilir. Xəstəyə cərrahi əməliyyat təklif edilib və razılığı alınıb.

Cərrahi əməliyyat 18.10. 2018-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında boyunun sol yarısında sol döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 8 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Toxumalar aralandıqdan sonra qida borusunun boyun hissəsi tutqaca götürülüb. Təftiş zamanı məlum oldu ki, udlaq-qida borusu keçidi 10 mm uzunluğunda daralıb. Daralmış hissədə əzələ lifləri fibroz dəyişikliyə uğrayıb. Daralmadan aşağıda qida



Şəkil 10.69. Rentgenoqram. Qida borusunun boyun hissəsinin qısa daralması.

borusunun mənfəzi sağlam divar səviyyəsində köndələn kəsilərək tutqaca alınıb. Daralmış hissə udlağın çıxacağına qədər rezeksiya olunaraq xaric edilib. Udlaqla qida borusu arasında arxa divar formalaşdırıldıqdan sonra 12 mm mənfəzli rezin boru ağızdan udlağa, sonra isə anastomozun arxa tikişləri üzərindən aşağı yeridilib və onun üzərində anastomozun ön divarı fasiləli tikişlə tikilib. Rezin boru xaric edilib və nazoqastral zond mədəyə yeridilib. Boyun yarası tikilib. Əməliyyatdan sonra xəstənin qidalanması 7 gün ərzində zondla yerinə yetirilib. Sonra zond xaric edilib və xəstə ağızdan rahat qida qəbul etməklə evə yazılıb. Qida qəbulu bərpa edildikdən sonra xəstəyə iltihab əleyhinə spesifik müalicə təyin edilib. Bundan sonra xəstənin vəziyyəti xeyli yaxşılaşıb və o, bədən çəkisini artırır. Ağciyərdəki spesifik iltihab əlamətləri sönüb.

Əməliyyatdan 6 ay sonra rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusunda daralma qeyd edilməyib. Kontrast maddə sərbəst axınla udlaqdan qida borusuna keçir (şəkil 10.70).



Şəkil 10.70. Rentgenoqram. Həmin xəstənin əməliyyat-dansonrakı şəkli. Daralma ləğv olunub, qida borusunun normal keçiriciliyi bərpa edilib.

sorğu zamanı kimyəvi aşındırıcı içdiyini tam inkar edir. Son iki ay ərzində böyük çətinliklə yalnız mayələr və duru qida qəbul edə bilir.

Daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Hündürboylu, arıq bədən quruluşuna malikdir və dəri örtükləri bir qədər avazıyıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/ 70 mm c.s. səviyyəsində, nəbzindəqiqəlik sayı 68 vuruğu həddindədir. Qarnı yumşaq və ağrısızdır. Həftədə 1 dəfə defekasiya olur.

EKG-ritm sinusdur, düzgündür. His dəstəsinin sağ ayaq-cığının natamam blokadası təyin edilir.

Rentgen-kontrast müayinədə udlağın xeyli genəlməsi müşahidə edilir. Sağ armudabənzər cib aşağıya sallanmış vəziyyətdədir. Udlaq-qida borusu keçidində qida borusu mənfəzinin 10 mm uzunluğunda daralması aşkarlanıb (şəkil 10.71).

Daralmanın qısa olmasına baxmayaraq, udlaqda törənən yerli çapıq dəyişikliklərlə əlaqədar digər bir xəstədə uc-uca qida borusu anastomozu yaratmaq qeyri-mümkün olduğu üçün həmin xəstəyə yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika icra edilib.

31 yaşlı xəstə (kişi) B. 05.09.2018-ci il tarixində klinikaya disfagiya, zəiflik, bədən çəkisinin itirilməsi şikayətləri ilə müraciət edib. Anamnezindən məlum olur ki, uşaq yaşlarından xəstədir. Daim qida qəbulundan əziyyət çəkib. Dəqiq

Xəstəyə udlaq-qida borusu keçidinin qısa daralması diaqnozu qoyulub. Çox güman ki, bu daralma anadangəlmə olub, lakin turş mədə möhtəviyyətinin qida borusuna və udlağa qayıdıb iltihab prosesi törətməsi də inkar edilmir.

Xəstəyə udlaq-qida borusu keçidinin rezeksiyası və ucları arasında anastomoz qoyulması əməliyyatı planlaşdırılıb.

Cərrahi əməliyyat – 06.09.2018-ci il tarixində

ümumi ağrısızlaşdırılma altında sol döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Toxumalar aralanaraq qida borusunun boyun hissəsi tutqaca götürülüb. Taftış zamanı məlum olub ki, udlaq-qida borusu keçidi nahiyəsində qida borusunun mənfəzi 15 mm uzunluqda xeyli daralıb. Əzələ lifləri fibroz dəyişikliyə uğrayıb və çapıqlaşmış. Daralmış hissə ətraf toxumalardan aralandıqdan sonra daralmadan aşağıda qida borusu sağlam divar səviyyəsində köndələn istiqamətdə kəsilərək tutqaca alındı. Daralmış qida borusu boyunca udlaq və qida borusunun mənfəzi açıldı. Udlağın çıxacağı səviyyəsində daralmış hissə rezeksiya edilib götürüldü. Qida borusunun sağlam mənfəzi ilə udlağın mənfəzi arasında diastaz 30-40 mm təşkil edirdi. Ucları yaxınlaşdırıb gərginliksiz anastomoz yaratmaq qeyri-mümkün idi. Qərara alındı ki, farinqostoma yaradılsın, qida borusunun mənfəzi bağlanıb orta divarda saxlanılsın, qastrostomiya edilsin və xəstə koloplastika əməliyyatına hazırlansın.



Şəkil 10.71. Rentgenoqram. Udlaq-qida borusu keçidinin qısa daralması. Udlağın xeyli genişlənməsi.

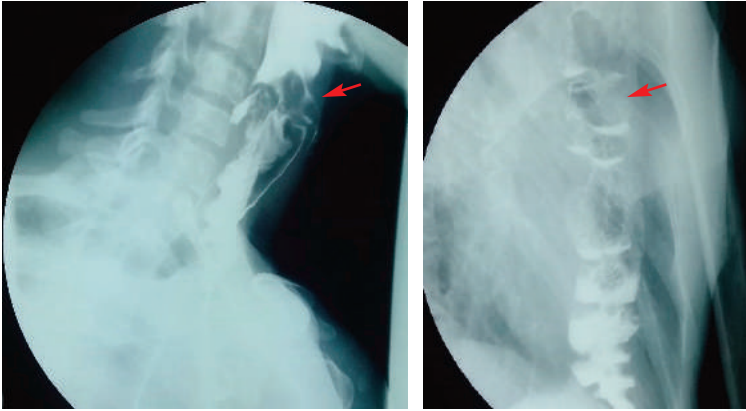
Boyunda farinqostoma yaradıldıqdan sonra yuxarı-orta laparotomiya icra edildi və Kader üsulu ilə qastrostoma qoyuldu. Qarın yarası tikildi. Xəstə evə yazıldı və qastrostoma ilə qidalanma tövsiyə olundu. 3 ay sonra xəstə bərpa əməliyyatı üçün yenə də klinikaya qayıtdı.

Cərrahi əməliyyat – 03.12.2018-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında dəri çapığı götürülməklə yuxarı-orta laparotomiya icra edildi. Qastrostoma saxlanıldı. Yoğun bağırsağın sol yarısından orta çənbər bağırsaq arteriyası üzərində 30 sm uzunluğunda transplantat hazırlandı. Yoğun bağırsaq anastomozu ilə həzm kanalının keçiriciliyinin tamlığı bərpa edildi. Transplantat kiçik ayrılıqdan mədənin önünə keçirildi və transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldı.

Boyunda farinqostoma ətrafında kəsik aparıldı, çapıq toxumalar götürüldükdən sonra döşsümüyüarxası yolla transplantat boyuna qaldırıldı və transplantatla udlaq arasında uc-uca anastomoz qoyuldu. Boyun və qarın yaraları tikildi. Əməliyyatdan sonra 5-ci gündən etibarən xəstə ağızdan rahat qida qəbul etməyə başladı. Qastrostoma hələlik ehtiyat variant kimi saxlanıldı. 1 ay sonra xəstənin qida qəbulunda rahatsızlıq olmadığı üçün qastrostoma ləğv edildi.

Əməliyyatdan 6 ay sonra rentgen-kontrast müayinədə udlaqdan başlayaraq yoğun bağırsaq transplantatının normal fəaliyyəti qeyd edilir. Xəstənin bədən çəkisi 2 kq artıb, əmək fəaliyyəti bərpa olunub və yaşayış keyfiyyəti yaxşılaşıb (şəkil 10.72, a, b).

Qida borusunun qısa daralmalarının müalicəsi cərrahi yolla olur. Daralmanın ölçüsü kiçik olarsa, daralmış hissənin rezeksiyası və qida borusu anastomozu yaradılmalıdır. Bu, qeyri-mümkün olduqda yoğun bağırsaqla plastika aparılmalıdır.



Şəkil 10.72. Rentgenoqram. Həmin xəstənin əməliyyatdan sonrakı şəkli. Kontrastlanmış, döşsümüüarxası yerləşmiş transplantatın: a) ön–arxa və b) yan görünüşü.

Ağızdan qəbul edilən kimyəvi maddələrin miqdarından, qatılığından, keyfiyyətindən asılı olaraq, həzm traktının yuxarı hissəsində yanığ törənir. Yanıq nəticəsində qida borusunun, mədənin selikli qişasında epitel örtüyü və selikliqişaaltı qat nekroza uğrayır, qida borusu və mədənin divarında, ətraf toxumalarda ödem törənir. Erkən ilkin yardım göstərilmədikdə kimyəvi aşındırıcı pilorik kanaldan axıb onikibarmaq bağırsaqda və acı bağırsağın başlanğıc hissəsində də yanığ törədir. Reflektor qapanma nəticəsində kimyəvi aşındırıcı birinci və ikinci daralmalar səviyyəsində bir qədər dayandıqdan sonra mədəyə və pilorik kanala toplanır. Kəskin yanığ dövründə aparılan konservativ müalicədən sonra mədənin və qida borusunun divarlarında yanıqdan sonra daralma inkişaf edir. Mədənin divarında regenerasiya sürətli olduğu üçün pilorik kanalın daralması erkən (30–40 gün ərzində) inkişaf edir. Qida borusunda daralma yanıqdan 2–3 ay sonra yaranmağa başlayır.

İnkişaf edən daralma disfagiya, qidanın keçməməsi ilə müşahidə olunur. Xəstələrdə tədricən alimentar çatış-

mazlıq: arıqlama, zəiflik başlayır. Diaqnoz anamnestic məlumata əsasən, həmçinin rentgen müayinəsi və ezofaqoskopiya ilə təsdiqlənir. Kompleks müayinələrlə daralmanın səviyyəsi, dərəcəsi, davamiyyəti aşkarlandıqdan sonra cərrahi əməliyyata göstəriş: daralmış, fəaliyyətini itirmiş orqanın tam, yaxud hissəvi xaric edilməsi üçün cərrahi kəsik, qida borusunu əvəzləmək üçün isə müvafiq orqan seçilir. Qida borusunun aşağı döş hissəsinin yanıqlarında mədə ilə plevradaxili plastika aparılmalıdır.

Qida borusunun yuxarı döş hissəsinin mədəyə qədər daralmalarında, əgər mədədə daralma yoxdursa, mədənin böyük əyriliyindən hazırlanan boru xaric edilən qida borusunun yatağından boyuna qaldırılmalı, qida borusunun sağlam mənfəzi ilə uc-uca qida borusu-mədə anastomozu yaradılmalıdır.

Mədədən plastik material kimi istifadə etmək qeyri-mümkün olduqda və udlaqdan başlayan daralmalarda yoğun bağırsağın sağ və sol yarısından izo- və əksperistaltik hazırlanmış yoğun bağırsağ transplantatı ilə qida borusunu əvəz etmək daha məqsədəuyğundur.

Mədənin çıxacağıının daralmalarında mədə üzərində göstərişlərlə piloroplastika, antrumrezeksiya edilməli, gastroenteroanastomoz qoyulmalıdır. Nadir müşahidə olunan və fasiləsiz qusmalarla davam edən çözlü nazik bağırsağın başlanğıc hissəsinin daralmalarında, nazik bağırsağın (*acı bağırsağın*) daralmış seqmentini rezeksiya edib, birincili nazik bağırsağ anastomozu qoymaq lazımdır.

XI FƏSİL QIDA BORUSU VƏ KARDİOEZOFAQEAL KEÇİDİN XƏRÇƏNGİ

Qida borusu və kardioezofaqeal keçidin xərçəngi selikli qişanın çoxqatlı yastı epitel hüceyrələrindən inkişaf edən bədxassəli yenitörəmədir. İnkişaf etdiyi hüceyrə quruluşu ilə əlaqədar olaraq bu yenitörəmələr 2 qrupa bölünür: *yastıhüceyrəli xərçəng; adenokarsinoma*.

Yastıhüceyrəli xərçəng daha çox təsadüf olunur. Bu növ xərçəng qida borusunun yuxarı və orta döz hissələrində selikli qişanı təşkil edən çoxqatlı yastı epitel hüceyrələrindən inkişaf edir.

Adenokarsinoma isə selik ifraz edən vəzlərin epitel hüceyrələrindən inkişaf edir. Buna daha çox qida borusunun aşağı döz hissəsində, kardioezofaqeal və mədənin subkardial hüduqlarında rast gəlinir.

Bu şişlər qadınlara nisbətən kişilərdə daha çox müşahidə olunaraq, qonşu orqanlara sirayət etmək, qan və limfa damarları ilə yayılma (*metastazvermə*) xüsusiyyətinə malikdirlər.

Qida borusu və kardioezofaqeal xərçəngin əmələgəlmə səbəbi tam aydın deyil, lakin bəzi zərərli amillərin – tənbəki tüstüsünün, qatı spirtli içkilərin, qaynar mayələrin (*çay, qəhvə*), kimyəvi aşındırıcıların qəbulundan sonra, həmçinin qida borusuna qayıdan turş mədə möhtəviyyatının təsirindən selikli qişada törənən xoniki iltihabların, şişlərin yaranmasında rolunun olması istisna edilmir. Xəstəlik tədricən inkişaf edir və onun diaqnozunun erkən qoyulması çox çətindir.

Qida borusu və kardioezofaqeal xərçəng qəbul edilmiş qidanın çətin keçməsi ilə özünü büruzə verir. Sonralar kürəkarası və epiqastral sahədə ağrılar, zəiflik, bə-

dən çəkisinin azalması müşahidə olunur. Qidanın çətin keçməsi xəstələri həkimə müraciət etməyə məcbur edir.

Son 30 ildə qida borusu və kardioezofaqeal xərçəng ilə bizim klinikaya 1000-dən çox xəstə müraciət edib.

Anamnez məlumatlarına əsasən və ezofaqoskopiya – biopsiya ilə, rentgen-kontrast, kompüter tomoqrafiya müayinələrinin köməyi ilə şişin yerləşdiyi səviyyə, ölçüləri, histoloji quruluşu öyrənilib. Müayinə olunmuş 1000-dən artıq xəstədən yalnız 299-da, yəni hər 3 xəstədən 1-də cərrahi əməliyyatın aparılması mümkün sayılıb.

Bu xəstələrdən 174-də qida borusunun müxtəlif səviyyəli xərçəngi, 125-də isə kardioezofaqeal şişi aşkarlanıb.

Qida borusu və kardioezofaqeal xərçəngin cərrahi müalicəsi ilə məşğul olan klinikaların məlumatına görə, təsdiqlənmiş diaqnozla klinikaya müraciət edən xəstələrin çox hissəsində şişin yayılması, ciddi yanaşı xəstəliklərin törənməsi və disfagiya mənşəli alimentar çatışmazlıqla, zəifliklə əlaqədar cərrahi müalicə aparmaq qeyri-mümkün olur. Hətta icra edilən radikal əməliyyatlardan sonra belə xəstələrin 20%-də az müddətdə anastomoz nahiyəsində şişin yenidən inkişafı və qida borusunun mənfəzinin hissəvi, yaxud tam qapanması müşahidə olunur.

Qida borusu və kardioezofaqeal xərçəngin cərrahi müalicəsinin əsas məqsədi:

- təbii yolla rahat qida qəbulunu təmin etməkdən;
- əməliyyatdan sonra xəstələrin yaşama müddətini uzatmaqdan;
- əməliyyatdansonrakı dövrdə insanın fiziki, psixi-emosional durumunu, sosial fəaliyyətini, maddi və mənəvi vəziyyətini yaxşılaşdırmaqdan ibarətdir.

QIDA BORUSU XƏRÇƏNGİ

Qida borusu xərçənginin erkən diaqnostikası və müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması müasir təbabətin, onkologiyanın, cərrahlığın qarşısında duran, həllini gözləyən çətin bir işdir.

Dünya miqyasında bütün orqanların şiş xəstəlikləri arasında qida borusunun xərçəngi 9-cu yerdə dayanır. Qida borusunda şiş xəstəliyi aşkarlandanda, artıq xəstələrin 40-60%-də şişin yayılması, ciddi yanaşı xəstəliklərin törənməsi, qida qəbulunun çətinliyi, alimentar çatışmazlıq və zəifliklə əlaqədar cərrahi əməliyyat aparmaq vaxtı ötür (*Davidov M.İ., 2005*). Müalicə tədbirləri aparılmadıqda bu xəstələr ancaq 5-8 ay ərzində əzabla yaşayır və ölürlər (*Çissova V.İ., Daryalova S.L., 2007*). Xəstələrin əksəriyyəti qida borusunun xroniki keçməzliyi ilə əlaqədar alimentar çatışmazlıqdan və xərçəng intoksikasiyasından dünyalarını dəyişirlər. Ölüm faizinin yüksəkliyi xəstələrin müayinə və müalicəyə gec müraciət etmələri ilə əlaqədardır.

Müasir dövrdə qida borusunun döş hissəsinin xərçənginin müalicəsi şüa təsiri, kimyəvi maddələr, cərrahi yolla və bu müalicə növlərinin kompleks şəkildə tətbiqi ilə aparılır. Qida borusu xərçənginin kimyəvi maddələrin təsirinə aşağı həssaslığı və şüa müalicəsinin qısamüddətli effekti ilə əlaqədar cərrahi müalicəyə üstünlük verilir. Qida borusu xərçənginin müalicəsi tək bir cərrahi üsulla tam mümkün olmur. Ona görə də son illərdə bu üsullarla müştərək müalicəyə üstünlük verilir.

Ötən əsrin 60-cı illərindən başlayaraq Azərbaycanda qida borusu xərçəngi aşkarlanan xəstələrə, bir qayda olaraq, şüa müalicəsi tətbiq edilirdi (*Behbudov Ş.*). Bəzi xəstələr isə cərrahi müalicə üçün keçmiş SSRİ-nin mərkəzi institutlarına müraciət edirdilər. Respublika şə-

raitində qida borusu xərçəngi ilə xəstələrə cərrahi yardımın təşkili vacib bir məsələ olaraq qalırdı.

Qida borusu xərçənginin cərrahi müalicəsinə biz 90-cı illərdən başladıq. İlk əməliyyatlar Elmi Tədqiqat Kliniki və Eksperimental Cərrahlıq İnstitutunun (ETKECİ) Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsində aparılıb. Tədrisən şöbəyə müxtəlif səbəbli disfagiya əzab çəkən xəstələr müraciət etməyə başladılar. Qida borusunun xərçəngi ilə cərrahi müalicə üçün klinikaya qəbul edilmiş 174 xəstədə disfagiya (87%), döşdə, xüsusən də kürək sümükləriarası (59%) və epiqastral (18%) nahiyələrdə ağrı, bədən çəkisinin azalması (55%), ağızdan selik ifrazı (25%), nəfəsdən iy gəlməsi (12%) şikayətləri olub.



Şəkil 11.1. Rentgenoqram.
Qida borusunun boyun hissəsinin xərçəngi.

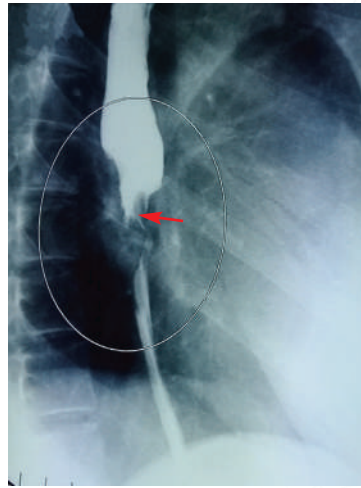
Bütün xəstələrdə qida borusu xərçənginin yerləşmə səviyyəsi, ölçüsü, quruluşu endoskop müayinəsi ilə təyin edilib: ön kəsici dişlərdən 18 sm məsafədə yerləşən qida borusunun boyun hissəsinin xərçəngi – 22 (şəkil 11.1); 18–24 sm-də yuxarı döş hissəsinin xərçəngi – 39 (şəkil 11.2), 24–32 sm-də orta döş hissəsinin xərçəngi – 72 (şəkil 11.3), 32–40 sm-də aşağı döş hissəsinin xərçəngi – 41

xəstədə aşkarlanıb (şəkil 11.4).

Endoskopiya görüntüsündə şişdən yuxarı selikli qişanın dəyişikliyi, xoralaşma, dağılma, ödem, şişin ölçüsü, qanaxmaya meyillilik qeyd edilib.



Şəkil 11.2. Rentgenoqram.
Qida borusunun yuxarı döş
hissəsinin xərçəngi.

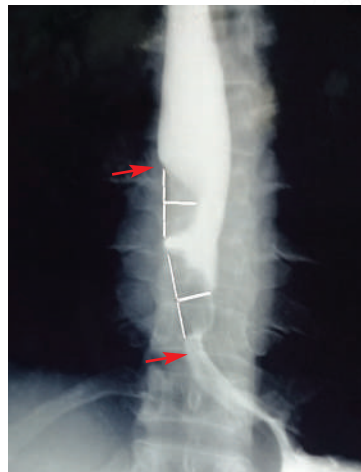


Şəkil 11.3. Rentgenoqram.
Qida borusunun orta döş
hissəsinin xərçəngi.

Endoskopiya müayinəsi zamanı götürülmüş toxuma nümunələrinin tədqiqi ilə qida borusunun boyun və döş hissələrində müxtəlif diferensiasiya quruluşlu yastı hüceyrəli xərçəng, aşağı hissələrdə isə adenokarsinoma aşkarlanıb.

Rentgen müayinəsi ilə qida borusunun divarında müxtəlif ölçülü, quruluşlu dolma defekti, qida borusunun mənfəzinin xeyli daralması, hərəkətsizliyi, daralmalardan yuxarıda bir qədər genəlmələri qeyd edilib.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsində şişin yerləşdiyi nahiyədə qida borusunun mənfəzinin daralması, di-



Şəkil 11.4. Rentgenoqram.
Qida borusunun aşağı
döş hissəsinin xərçəngi.

varının qalınlaşması, yanaşı limfa düyünlərinin böyüməsi, daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzinin genəlməsi diqqəti cəlb edib.

Qida borusunun boyun, yuxarı və orta döş hissələrində yerləşən böyükölçülü şişlərin traxeya və baş bronxlara sirayət etməsini aşkar etmək üçün bəzi xəstələrdə traxeobronxoskopiya aparılıb.

Tətbiq olunan müayinə üsulları qida borusunda şişin yerləşdiyi səviyyəni dəqiq təyin etməyə, cərrahi kəsiyi seçməyə, qida borusunun rezeksiyasının ölçüsünü əvvəlcədən müəyyənləşdirməyə və həzm sisteminin tamlığını bərpa etmək üçün istifadə olunacaq daha yararlı, etibarlı qan təchizatına malik plastik material kimi istifadə olunacaq borulu orqanı seçməyə imkan verib.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginin inkişafı, ölçüsü, qonşu toxumalara münasibəti ilə əlaqədar cərrahi əməliyyat üçün seçilmiş 174 xəstədə şişin inkişafının 4 mərhələsi təyin edilib.

I mərhələ – 28 xəstədə şişin ölçüsü 2 sm-ə qədər olub və selikli qişaya yayılıb, selikaltı əsasa sirayət edib;

II mərhələ – 72 xəstədə şişin ölçüsü 2-4 sm olub və qida borusunun divarına yayılıb;

III mərhələ – 57 xəstədə şişin ölçüsü 4 sm-dən yuxarı olub və qida borusunun bütün qatlarına yayılıb;

IV mərhələ – 17 xəstədə şişin ölçüsü xeyli böyük olub, qonşu orqanlara sirayət edib, metastazlar verib.

Endoskoplə müayinədə götürülən, sonradan isə əməliyyat vaxtı xaric edilən qida borusunun divarının şiş toxumasından alınan nümunələrin patomorfoloji tədqiqi zamanı 97 xəstədə müxtəlif yetkinlik quruluşuna (*yüksək, orta, aşağı*) malik yastıhüceyrəli xərçəng, 38 xəstədə isə adenokarsinoma təsdiqlənib. Qida borusunun xərçənginə görə onu xaric edib boşluqlu orqanlardan biri ilə həzm traktının tamlığını bərpa etmək üçün eyni vaxtda müxtəlif cərrahi kəsiklərdən istifadə olunub:

- yuxarı-orta laparotomiya və sağtərəfli torakotomiya;
- soltərəfli torakolaparotomiya;
- yuxarı-orta qarın-sagital diafraqma və boyun kəsiyi;
- sağtərəfli torakotomiya, yuxarı-orta laparotomiya, sagital diafraqma və boyun kəsiyi.

Bu kəsiklərdən hər birinin qida borusunun əldə edil-məsində, ətraf toxuma və orqanlardan aralanmasında, limfa düyünlərinin çıxarılmasında, qida borusunun sağ-lam hüdudu ilə seçilmiş transplantat arasında anastomoz yaradılmasında, cərrahi müalicənin nəticələrinin yax-şılaşdırılmasında müəyyən üstünlükləri və çatışmayan cəhətləri vardır.

Cərrahi müalicə üçün seçilmiş 174 xəstədən 135-də radikal cərrahi əməliyyat aparmaq mümkün olub (Cədvəl 11.1).

Cədvəl 11.1

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginin cərrahi müalicəsi

Cərrahi əməliyyatlar	Qida borusu xərçənginin yerləşdiyi səviyyə				
	boyun	yuxarı döş	orta döş	aşağı döş	cəmi
Sağtərəfli torakotomiya, qarın-boyun kəsiklərin-dən qastroezofaqoplasika	–	5	30	19	56
Qarın-boyun kəsiklərin-dən qastroezofaqoplastika	1	6	21	9	37
Lüis əməliyyatı	–	–	4	29	33
Torek əməliyyatı		1	3	1	5
Koloezofaqoplastika	2	–	–	2	4
Cəmi	3	12	58	60	135

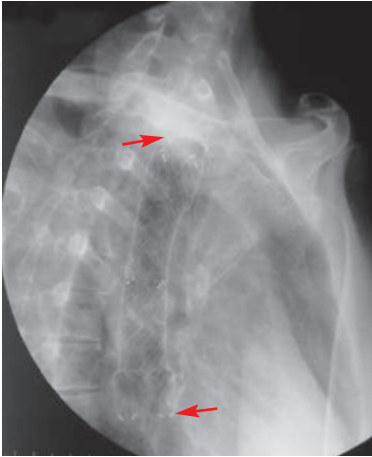
Cədvəldən görüldüyü kimi, qida borusunun aşağı döş hissəsinin xərçənginə görə 33 xəstədə Lüis tipli əməliyyat aparılıb.



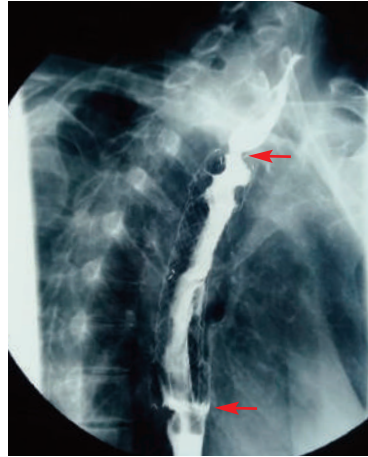
Şəkil 11.5. Rentgenoqram.
Qastrostoma borusu ilə
kontrastlanmış mədə.
Qida qəbulu təmin edilib.

Cərrahi əməliyyat zamanı təftişdən sonra şişin çıxarılması 13 xəstədə qeyri-mümkün sayılıb və bu xəstələrə qastrostoma qoyulub (şəkil 11.5). Xəstələrin ümumi vəziyyətinin ağırlığı, yanaşı xəstəliklər və ahıl yaşla əlaqədar 26 xəstədə əməliyyat aparılmayıb və qida borusuna stent yeridilib, müvəqqəti də olsa, təbii yolla qida qəbulu bərpa edilib (şəkil 11.6 a, b).

Heç bir təcrübəm olmadan, nəzəri biliyimə, qarın və döş qəfəsi əməliyyatlarını apara bilmək imkanına və doktoranturada olduğum illərdə cərrahi mərkəzdə gördüklərimə güvənərək, mən ilk dəfə 19 aprel 1988-ci il



a



b

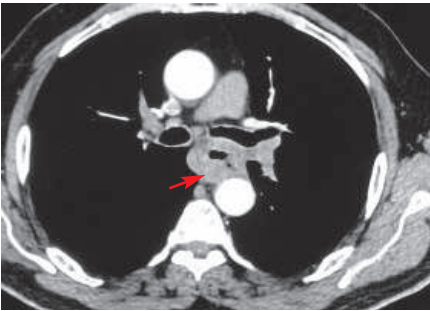
Şəkil 11.6. Rentgenoqram: a) şiş nahiyyəsinə yeridilmiş stent;
b) kontrast maddənin stentdən axması qida qəbulunun
bərpa olduğunu təsdiqləyir.

tarixində qida borusunun xərçənginə görə “Lüis tipli” əməliyyatı müvəffəqiyyətlə icra etdim. Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə gətirirəm.

37 yaşlı xəstə (qadın) N. 13.04.1988-ci il tarixində ETKEC İnstitutunun Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə duru və bərk qidanın çətin keçməsi, kürək sümükləriarası nahiyədə ağrılar, zəiflik, iştahasızlıq, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə daxil olub. Özünü 5 aydır pis hiss edir. Daxil olarkən xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Dəri örtükləri normal rəngdə, ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları aydın, arterial təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 76 vuruğu həddində olub, dili nəm, qarnı yumşaq və ağrısızdır.

Rentgen müayinəsi – bariüm məhlulu qida borusunun orta hissəsində ləngiyir, dolma defekti qeyd edilir. Kontrast maddə zəif axınla xeyli daralmış kanaldan aşağı keçir (şəkil 11.7).

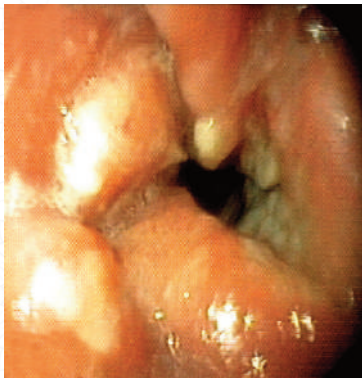
Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində qida borusu divarının qalınlaşması və mənfəzinin xeyli daralması aşkarlanıb (şəkil 11.8).



Şəkil 11.8. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun divarı xeyli qalınlaşıb və mənfəzi daralıb. Ətraf limfa düyünləri böyüyüb.



Şəkil 11.7. Rentgenoqram. Kontrast maddə qida borusunun orta 1/3-də dayanır və zəif axınla mədəyə keçir.



Şəkil 11.9. Endofoto. Qida borusunun mənəzi şiş toxuması ilə daralıb.

Ezofaqoskopiya – ön kəsici dişlərdən 25 sm məsafədə qida borusunun selikli qişası normaldır. Həmin səviyyədə başlayaraq qida borusunun mənəzinin daralması aşkarlanıb və endoskopu daralma yerindən aşağı keçirmək mümkün olmayıb. Daralma nahiyəsində orqanın selikli qişasının tamlığı pozulub, xoralanma səthi qeyd olunur (şəkil 11.9). Biopsiya götürüldü. Histoloji

müayinə zamanı qida borusunun divarından götürülmüş toxumada yastıhüceyrəli xərçəng şişi aşkarlanıb.

Kliniki, endoskopik, rentgenoloji olaraq təsdiqlənən qida borusunun xərçəngi diaqnozu cərrahi əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib.

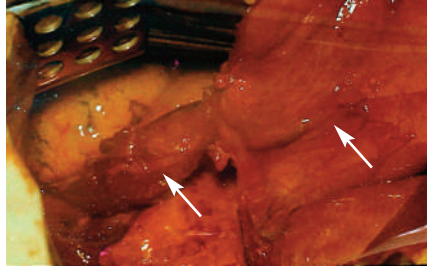
Cərrahi əməliyyat – 19 aprel 1988-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Qarın boşluğu təftiş edildikdən sonra sagittal diafraqmotomiya aparılıb. Sağ mədə-piylik arteriyası saxlanmaqla, mədə bütün damar və bağlardan aralanıb. Qarın limfodisseksiyası edilib. Subseroz pilorotomiya aparıldıqdan sonra qarın boşluğu drenajlanıb və qarın yarası tikilib. Xəstə sol böyrü üstə çevrilərək, V qabırğa-arasından sağtərəfli yan torakotomiya edilib. Təftiş zamanı qida borusunun orta hissəsindən başlayaraq 5 sm uzunluğunda şiş aşkarlanıb. Şiş hərəkətsizdir. Tək vena aralanıb, bağlanıb kəsildi. Arxa orta divar plevrası diafraqmaya qədər boylama açıldı. Qida borusu şişdən yuxarıda aralandı və tutqaca götürüldü. Qida borusu aortadan, traxeya və bifurkasiyadan, digər toxumalardan aralandıqdan sonra döş limfodisseksiyası aparıldı,

xüsusən də sağ-sol baş bronxlar ətrafı, traxeyaönü limfa düyünləri xaric edildi.

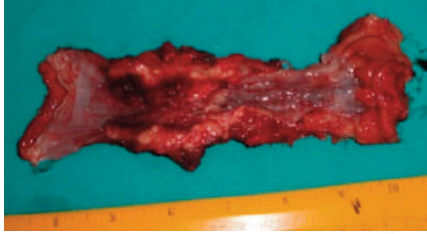
Qida borusu aralandıqdan sonra mədə sağ plevra boşluğuna çəkildi (şəkil 11.10).

Mədənin kiçik əyri-liyi və dibi UKL-60 aparatının köməyi ilə tiki-lərək kəsildi, qida bo-rusu şişdən xeyli yuxarı rezeksiya edildi və mə-dənin proksimal hissəsi qida borusu ilə birlik-də xaric edildi (şəkil 11.11). Tantal tikişlər xəttinə fasiləli seroz tikişlər qoyuldu (şəkil 11.12).

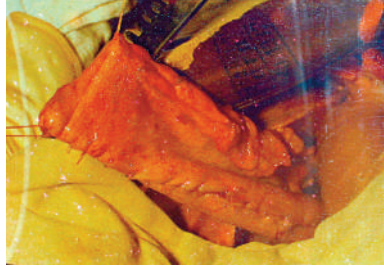
III döş fəqərəsi səviy-yəsində qida borusu ilə mədənin ön divarı arasın-da ikisıralı fasiləli tikiş-lərlə uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Mədəyə nazoqastral zond yeridil-di. Plevra boşluğu drenaj-landı və döş qəfəsi diva-rının yarası tikildi. Əmə-liyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi, yaralar bi-rincili sağaldı. Əməliy-



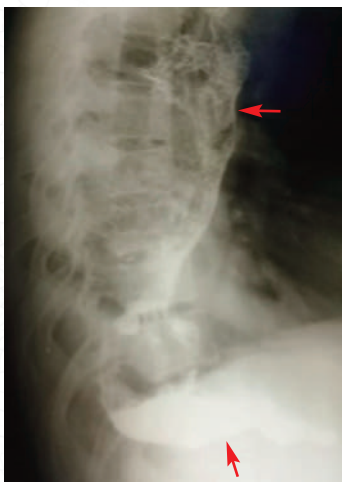
Şəkil 11.10. Aralanmış qida borusu və plevra boşluğuna çəkilmiş mədənin kardial hissəsi.



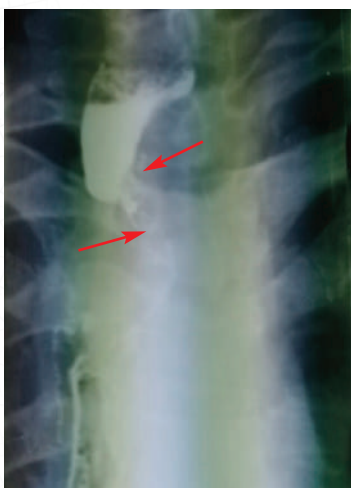
Şəkil 11.11. Rezeksiya olunmuş qida borusu və mədənin kardial hissəsi.



Şəkil 11.12. Qida borusunun aşağı və mədənin kardial hissəsinin rezeksiyasından sonra sağ plevra boşluğunda mədədən hazırlanmış transplantat.



Şəkil 11.13. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 6 ay sonra kontrastlaşmış arxa orta divarda yerləşmiş mədə transplantatı.



Şəkil 11.14. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 3 il sonra anastomoz nahiyəsində şişin residivi.

yatdan 5–6 gün sonra xəstə ağızdan mayelər və qida qəbuluna başlayaraq, ambulator nəzarətə göndərildi.

Hər 6 aydan bir xəstə klinikaya gəlib və müayinələrdən keçib. Rentgen müayinəsi zamanı plevra boşluğunda yerləşən transplantatın kontrast maddə ilə dolması və onikibarmaq bağırsağa axması görünür (*şəkil 11.13*). Əməliyyatdan 3 il sonra xəstə qidanın yenidən çətin keçməsi şikayəti ilə klinikaya müraciət edib.

Ezofaqoskopiya və rentgen müayinəsi zamanı anastomoz nahiyəsində şişin residivi aşkarlanıb (*şəkil 11.14*) və xəstəyə şüa müalicəsi tövsiyə olunub.

İlk dəfədən sonra bu əməliyyatı daha 33 xəstədə təkrarən etdikcə, bizdə belə bir əminlik yarandı ki, bu əməliyyat bir mənalı olaraq bir mərhələdə icra edilməlidir. Sağtərəfli torakotomiya kəsiyi onkoloji təlimatları gözləməyə imkan verir. Arxa orta divar plevrası açılır, qida borusu ətraf toxumalardan vizual olaraq aralanır, döşdaxili limfodisseksiya

aparılır, etibarlı hemostaz və qida borusu ilə mədə arasında anastomoz yaradılır. Ancaq bu əməliyyatdan sonra yanaşı gedən ürək və ağciyər xəstəlikləri olan xəstələrdə tənəffüs və ürək fəaliyyətinin pozulmaları törənə bilər. Qida borusu-mədə anastomozunun tikişlərinin tutarsızlığı baş verdikdə isə xəstələrdə orta divarda və plevra boşluğunda irinli iltihab, septik vəziyyət və ölüm təhlükəsi müşahidə olunur. Bu əməliyyatları mütəmadi apararıq ixtisaslaşdırılmış klinikalarda ölüm halı 1,5–9 %-ə çatır.

Lüis tipli əməliyyat keçirmiş 33 xəstədən 3-də ağır fəsad – plevradaxili qidaborusu-mədə anastomozu tikişlərinin tutarsızlığı – mediastinit, irinli plevrit, septik vəziyyət yaranıb. İntensiv konservativ müalicə (*plevra boşluğunun əlavə drenajlanması, antiseptiklərlə yuyulması, antibiotiklər*) aparılıb. Xəstələrdən 1-i sağalıb, 2-si isə septik vəziyyət fonunda tənəffüs və ürək çatışmazlığından ölüb (6%).

Evə yazılmış 31 xəstə bizim nəzarətimiz altında olub və vaxtaşırı (3-6 ay arasında) tövsiyəmizlə klinikada yenidən müayinədən keçib. Əməliyyatdansonrakı dövrdə bu xəstələrdən 4 nəfər 1 il, 10 nəfər 2 il, 8 nəfər 3 il, 6 nəfər 4 il, 3 nəfər 5 il yaşayıb. 5 illik yaşama müddəti 9,6 % olub. Əməliyyatdansonrakı uzaq dövrdə bu xəstələrdə residiv və metastazlar aşkarlanıb.

Orta laparotomiya və sağtərəfli torakotomiya kəsikləri ilə qida borusunun döş hissəsinin rezeksiyası əməliyyatının üstünlükləri:

- qida borusu görmə nəzarəti və hemostazla ətraf toxumalardan (*aorta, traxeya, baş bronxlar*) aralanır;
- bütün limfa düyünləri vizual olaraq xaric edilir;
- mədə asanlıqla plevra boşluğuna çəkilir;
- qida borusunun aşağı döş hissəsi və mədənin girəcəkalıtı hissəsi rezeksiya edilir;

– qida borusu ilə mədə transplantatı arasında II-III döş fəqərəsi səviyyəsində gərginlik olmayan anastomoz yaradılır.

Çatışmayan cəhətləri:

– qida borusunun yalnız orta və aşağı döş hissəsi rezeksiya olunur;

– anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı yarandıqda həyat üçün təhlükəli fəsad: irinli mediastinit, plevrit, sepsis inkişaf edir;

– əməliyyatdansonrakı dövrdə bəzi yaşlı xəstələrdə tənəffüs və ürək çatışmazlığı yaranır.

Plevradaxili fəsadları nəzərə alaraq ötən əsrin 80-ci illərindən başlayaraq bir sıra klinikalarda qida borusunu xərçəng şişinə görə xaric etmək üçün cərrahlar yuxarı orta laparotom-sagittal diafraqma və boyun kəsiyindən istifadə etməyə başladılar. Bu kəsiklə ezofaqektomiya ilk dəfə 1933-cü ildə Ç.Tuner tərəfindən icra edilib.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginə görə qarın-diafraqma-boyun kəsiklərindən qida borusunun subtotal rezeksiyası bizim tərəfimizdən 37 xəstədə icra edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixini nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

39 yaşlı xəstə (qadın) Y. 02.12.1988-ci il tarixində ETKEC İnstitutunun Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə qidanın çətin keçməsi, zəiflik, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə daxil olub. Dediynə görə, 2 aydır özünü xəstə hesab edir. Son 2–3 həftə ərzində yalnız duru qidalar qəbul edə bilib. Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti kafi olub. Dəri örtükləri bir qədər avazıyıb. Ağciyərlərinin üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Nəbzın dəqiqəlik sayı 80 vuruğudur, arterial qan təzyiqi 110/70 mm c. s. səviyyəsində olub. Dili nəm, qarnı yumşaqdır.

Rentgen müayinəsi zamanı qida borusunun orta döş hissəsində dolma defekti aşkarlanıb (şəkil 11.15).

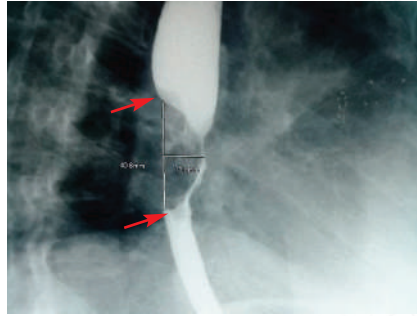
Döş qəfəsinin kompüter müayinəsində qeyd edilir ki, divarı qalınlaşmış qida borusu aortanın döş hissəsinə söykənir (şəkil 11.16).

Ezofaqoskopiya zamanı qida borusunun mənfəzini xeyli daraldan törəmə aşkarlanıb. Selikli qişasında tamlığı pozulan və üzəri ərplə örtülən 1,5x2 sm ölçüdə xorali səth diqqəti cəlb edir (şəkil 11.17). Morfoloji tədqiqat üçün toxuma nümunəsi götürülüb.

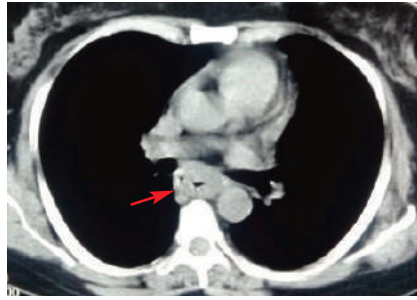
Histoloji müayinə zamanı yüksək diferensiasiyaya malik yastı hüceyrəli xərçəngin olması təsdiqlənib.

Təsdiq olunmuş diaqnoz, xəstənin cavan yaşı, artan disfagiya əməliyyata göstəriş hesab edilib.

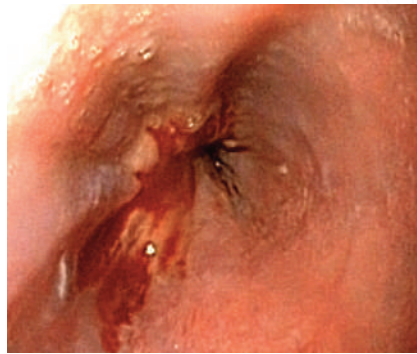
Cərrahi əməliyyat – 19.12.1988-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya aparılıb.



Şəkil 11.15. Rentgenoqram. Qida borusunun orta hissəsində 40 mm uzunluğunda dolma defekti.



Şəkil 11.16. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun qalınlaşmış divarı aortaya söykənir.



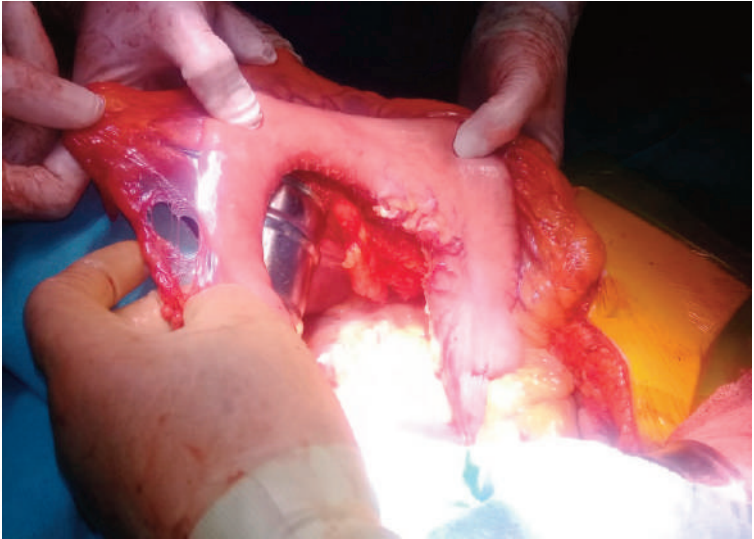
Şəkil 11.17. Endofoto. Qida borusunun mənfəzi daralmış və selikli qişa xoralaşmışdır.

Qarın boşluğu orqanları təftiş olunduqdan sonra sagital diafraqmotomiya edilib.

Sagital kəsikdən qida borusu şişlə birgə ətraf toxumalardan III-IV döş fəqərəsi səviyyəsinə qədər aralandıqdan sonra sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə mədə bütövlükdə digər damar və bağlardan aralanıb. Sol mədə arteriyası bağlandıqdan sonra qarın limfodisseksiyası yerinə yetirilib.

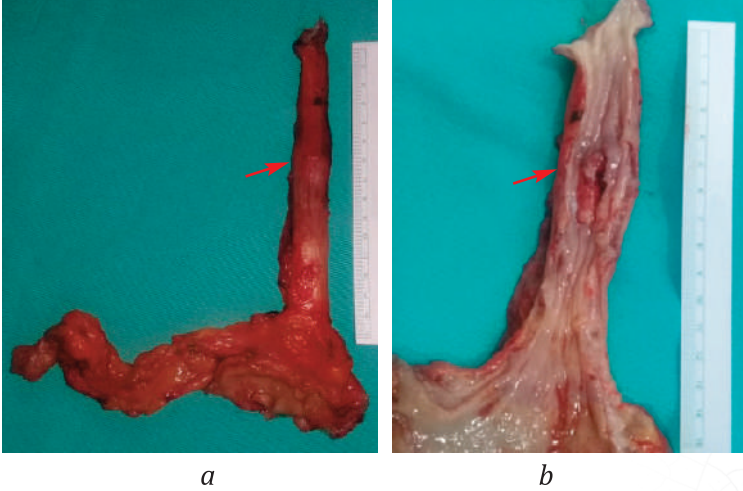
Mədə kiçik əyrilik boyunca dibinə qədər UKL-60 aparatının köməyi ilə tikilərək kəsilib, seroz örtük fasiləli tikişlərlə qapanaraq 33-35 sm uzunluğunda boru formalaşdırılıb (şəkil 11.18).

Subseroz pilorotomiya edildikdən sonra boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 10 sm uzunluğunda kəsik aparılıb. Qida borusunun boyun hissəsi qayıdan siniri zədələmədən aralanıb, tutqaca götürülüb. Qida borusunun boyun hissəsi yuxarı döş hissəyə qəqər küt üsulla aralanıb və qida borusu boyun səviyyəsində kəsilib, onun oral ucu tutqac saplara alınmış.



Şəkil 11.18. Mədənin böyük əyriliyindən hazırlanmış boru.

Tam aralanmış qida borusu sağıtal diafraqma kəsiyindən xaric edilib (şəkil 11.19 a, b). Mədədən hazırlanan boru xaric edilmiş qida borusunun yatağında boyuna qədər qaldırılıb.



Şəkil 11.19. Makropreparat: a) xaric edilmiş qida borusu mədənin kiçik ayrılığı və dibi ilə birlikdə; b) xərçəng şişinin mənfəzdaxili görünüşü.

Mədə borusu boyunda fəqərəni fassiyaya təsbit edildikdən sonra qida borusu ilə mədə borusu arasında anastomozun arxa divarı ikisıralı tikişlə, ön divarı təksıralı tikişlə formalaşdırıldı.

Orta divar və qarın boşluğu drenajlandıqdan sonra boyun və qarın yaraları tikildi. Əməliyyatdan sonra dövr fəsadsız keçdi. 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan sərbəst olaraq qida qəbuluna başladı və evə yazıldı.

Əməliyyatdan 8 il sonra xəstə klinikaya gəlib. Bu illər ərzində özünü yaxşı hiss edib və istədiyi qidanı sərbəst qəbul edə bildiyini deyib.

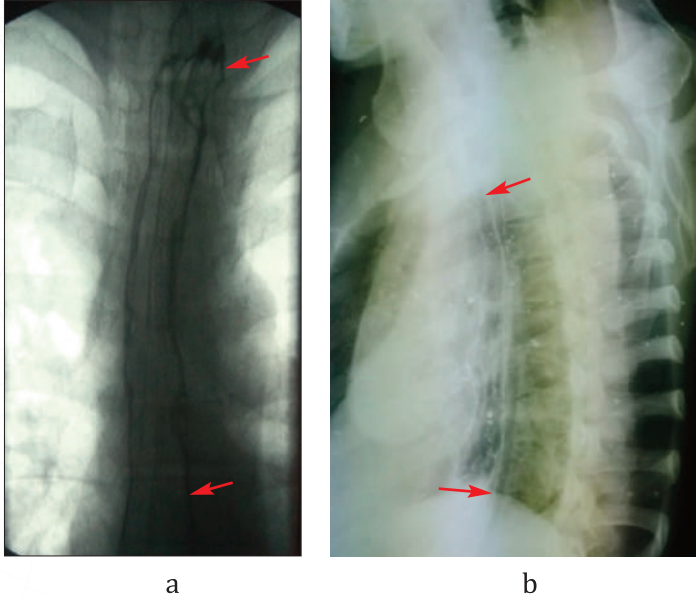
Rentgen-kontrast müayinə göstərir ki, mədədən hazırlanan, arxa orta divarda yerləşdirilən borunun ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir, daralma və dolma defekti qeyd edilmir (şəkil 11.20 a, b).

Ancaq ultrasəs müayinəsi zamanı qaraciyərdə yerləşən və qarının ön divarına sirayət edən 4 x 5 sm ölçüdə metastaz aşkarlanıb. Xəstə kimyəvi dərmanlarla müalicəyə göndərilib.

Cərrahi əməliyyatın gedişində 37 xəstədən 7-də fəsadlar müşahidə olunub:

- traxeyanın zar divarının cırılması – 1;
- döş qəfəsi axacağıının zədələnməsi – 1;
- əks tərəfdən mediastinal plevranın cırılması, pnevmotoraks – 2;
- qayıdan sinirin zədələnməsi – 3.

Əməliyyat zamanı 1 xəstədə qida borusunu boyunda aralayarkən, anestezioloqa intubasiya borusunu geri çəkməsi təklif olunub. O isə borunun hava qovucğunu boşaltmadan onu yuxarı çəkib və traxeyanın zar divarı-



Şəkil 11.20. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 8 il sonra arxa orta divarda yerləşmiş və kontrastlaşmış mədə borusu: a) ön-arxa və b) yan görünüşü.

nı cırıb. Traxeyadan fasiləsiz hava axını başlayıb. Dərhal hissəvi sternotomiya icra edilərək, yara genəldilib və traxeyanın arxa divarında olan 3 sm uzunluğundakı defekt tikilib. Bundan sonra hava axını dayanıb. Zədələnmiş döş qəfəsi axacağı bağlanıb.

Mediastinal plevranın cırılması qorxulu fəsad deyil. Əməliyyatın sonunda ağciyərlərin havalandırılması ilə pnevmotoraks ləğv edilir, cırılmış plevra isə tədricən sağalır.

Qida borusunu boyunda aralayarkən 3 xəstədə qayıdan sinirin zədələnməsi baş verib. Bu fəsad yalnız əməliyyatın ertəsi günü xəstəni danışdırarkən səsinin kəlləşməsi ilə təsdiqlənib. Tədricən xəstənin səsi tam bərpa olunub.

Qarın və boyun kəsiklərindən qida borusunun xaric edilməsi və mədənin böyük ayrılıyından hazırlanmış boru ilə gastroplastika keçirən 37 xəstədən 8-i (23,5%) klinikada ölüb. Ölümə səbəb boyunda qoyulmuş anastomoz nahiyəsində qan təchizatının pozulması ilə əlaqədar tikişlərin tutarsızlığı, mediastinit, irinli plevrit olub. Bu 8 xəstədən 2-də təkrari əməliyyat aparılıb, mədə borusu aralanaraq qarına endirilib, gastrostoma qoyulub və boyunda ezofaqostoma formalaşdırılıb. Aparılan intensiv müalicə tədbirlərinə baxmayaraq, fəsadlaşmış 8 xəstə septik vəziyyət, irinli mediastinit və plevrit fonunda 5-33 gün ərzində tənəffüs və ürək çatışmazlığından klinikada ölüb. Bu ölümlər fəaliyyətimizin ilk illərində müşahidə olunub. Son illərdə isə daha az təsadüf olunur.

Əməliyyat keçirmiş 37 xəstədən 29-u sağalaraq evə yazılıb və həkim nəzarətində olub. Əməliyyatdan bir il sonra 2 xəstədə boyunda uc-uca qoyulmuş qida borusu-mədə anastomozunda daralma inkişaf edib və disfagiya yaranıb (*şəkil 11.21*). Onlarda yenidən əməliyyat aparılıb,



Şəkil 11.21. Rentgenoqram.
Qida borusu-mədə
anastomozunun daralması.

boyunda qoyulan anastomoz nahiyəsi ətraf toxumalardan təcrid edildikdən sonra boylama kəsiklə qida borusu və mədənin mənfəzi açılıb, köndələn tikilərək yeni anastomoz formalaşdırılıb. Bununla da qida qəbulu asanlıqla bərpa edilib.

Əməliyyat keçirmiş 29 xəstədən 1 il – 2; 2 il – 7; 3 il – 4; 4 il – 7; 5 il – 6; 6-10 il müddətində – 3 nəfər yaşamışdır. 5 illik yaşama müddəti 30%, 6-10 il isə 10% olub.

Bu xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə rentgen müayinəsi zamanı mədədən hazırlanmış borunun normal ötürücülük fəaliyyəti qeyd edilib (şəkil 11.22).

Qarın və boyun kəsiklərindən qida borusunun xaric edilməsi və mədənin böyük ayrılıyından hazırlanan boru ilə plastika əməliyyatının üstünlükləri:

- az zədələyici əməliyyatdır;
- əməliyyatın vaxtı xeyli qısalır;

Çatışmayan cəhətləri:

- əsas onkoloji və cərrahi prinsiplər pozulur;
- kifayət qədər hemostaz aparmaq mümkün olmur;
- döşdaxili limfodisseksiya tam icra edilmir;
- plevradaxili fəsad yarandıqda (*traxeyanın, baş bronxun, aortanın, tək venanın divarlarının cırılması*) torakotomiyaya ehtiyac yaranır;

Belə çatışmayan cəhətləri nəzərə alaraq biz qida borusunun qarın və boyun kəsiklərindən xaric edilməsi əməliyyatından imtina elədik.

Qida borusunu vizual olaraq ətraf toxumalardan aralamaq, orta divarda geniş limfodisseksiya aparmaq və plevradaxili fəsadların qarşısını almaq məqsədilə biz üç kəsikdən: *sağtərəfli torakotomiya, orta laparotomiya, sagittal diafraqmotomiya və boyun kəsiklərindən* istifadə etməklə qida borusunun xaric edilməsi əməliyyatına üstünlük verdik.

Mədədən hazırlanan transplantatın proksimal ucunda etibarlı qan təchizatını təmin etmək və qida borusu ilə mədə borusu arasında qoyulan anastomozun tikişlərinin tutarsızlığının qarşısını almaq məqsədilə mədə borusunun hazırlanmasını xeyli təkmilləşdirdik.

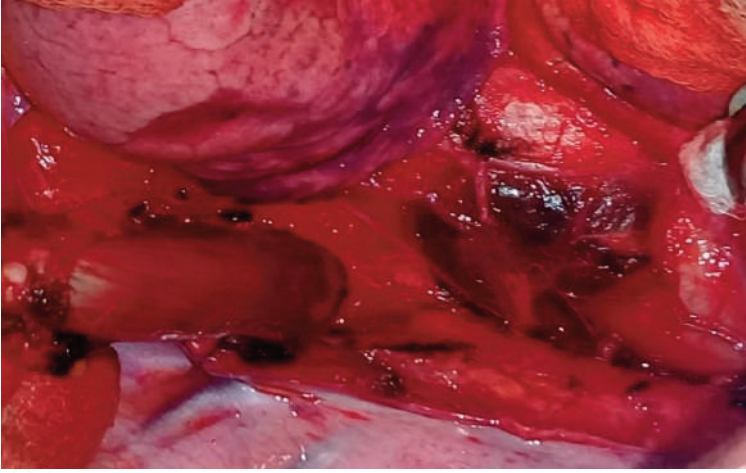
Təklif olunan təkmilləşdirilmiş üsul aşağıdakı qaydada icra olunur:

Sağtərəfli torakotomiya kəsiyi ilə mediastinal plevra boylama açılır. Qida borusu aralanıb tutqaca alınır. Traxeya və bifurkasiyaaltı düyünlər xaric edilir (*şəkil 11.23, 11.24, 11.25*).

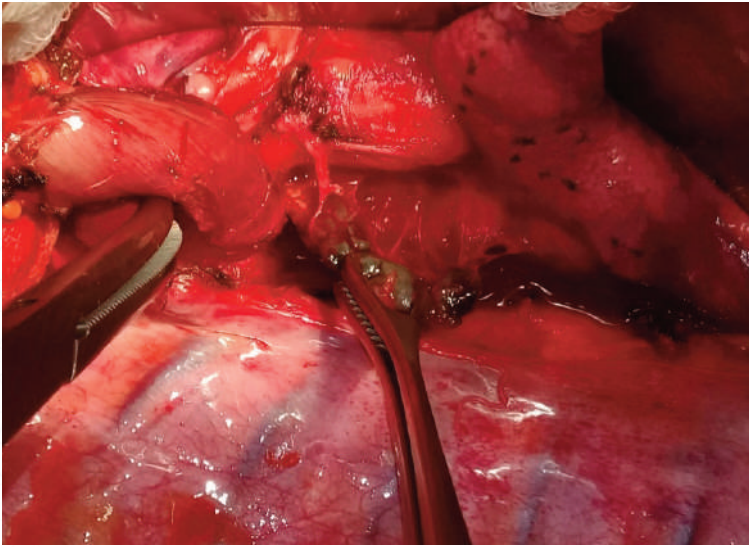
Limfodisseksiya bitdikdən sonra qida borusu ikinci döş fəqərəsi səviyyəsində kəsilir, onun oral ucu bağlanır və boyuna itələnir. Distal ucu isə müvəqqəti arxa



Şəkil 11.22. Rentgenogram. Mədənin böyük ayriliyindən hazırlanan və boyunda qida borusu ilə birləşdirilən kontrastlaşdırılmış boru.



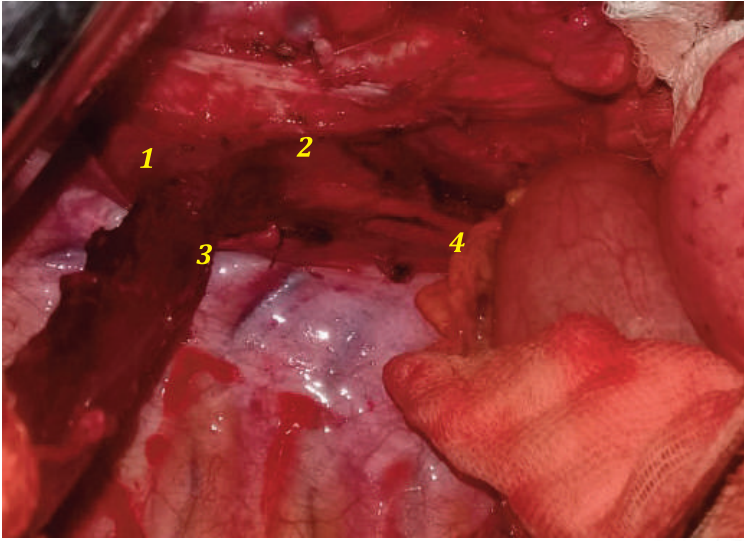
Şəkil 11.23. Bifurkasiyaətrafı böyümüş limfa düyünləri.



Şəkil 11.24. Limfodisseksiya.

orta divarda saxlanılır. Plevra boşluğu drenajlanır və döş qəfəsi yarası tikilir.

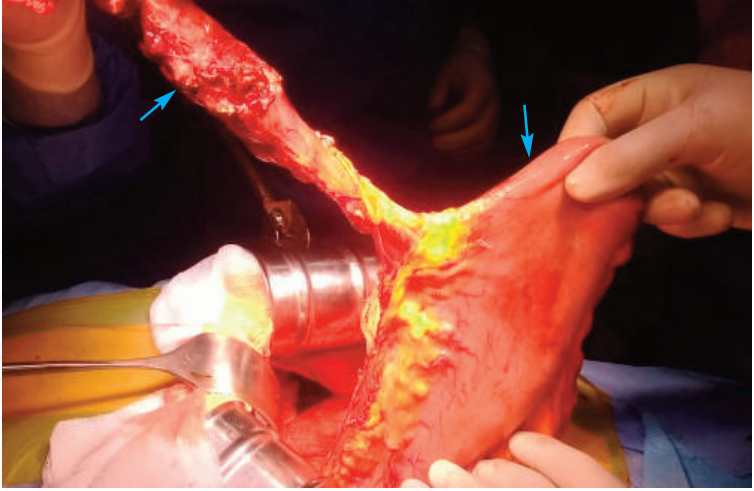
Xəstəyə arxası üstə vəziyyət verildikdən sonra orta laparotomiya aparılır. Qarın boşluğu təftiş edilir, sagital



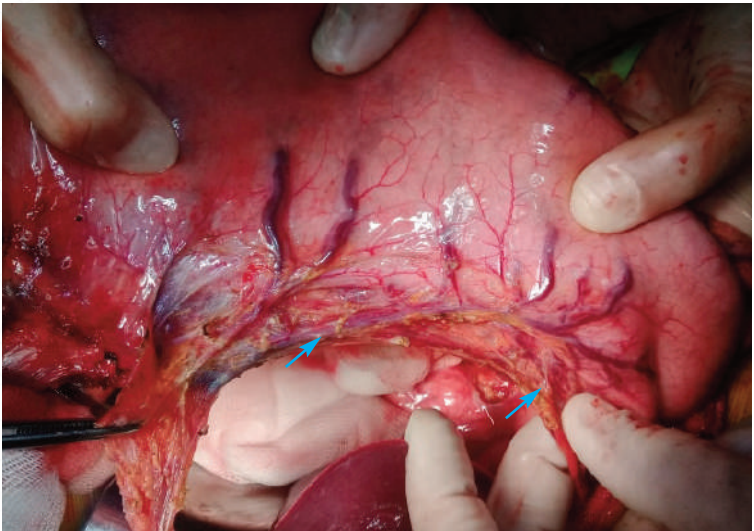
Şəkil 11.25. Limfodisseksiyadan sonra: 1-traxeya, 2-sağ baş bronx, 3-sol baş bronx, 4-perikard.

diafraqmotomiya aparılır. Sağ mədə-piylik arteriyasını saxlamaq şərt ilə mədə böyük və kiçik əyrilikləri boyunca digər damar və bağlardan aralanır. Qida borusu qarına endirilir və aralanmış mədə ilə birlikdə qarın-üstü nahiyəyə çıxarılır (şəkil 11.26).

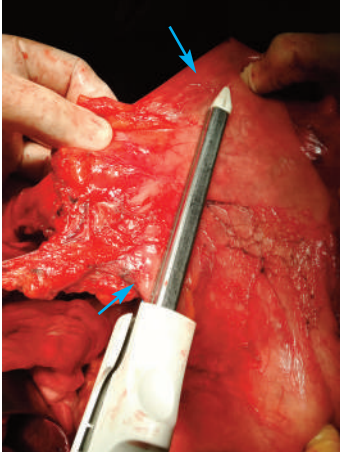
Kiçik əyrilik boyunca sol mədə arteriya və venasının şaxələrini zədələməmək şərt ilə mədənin ön və arxa divarında seroz qişa (örtük) açılır, bütün piy toxuması, limfa düyünləri örtüklə birgə mədənin subkardial hissəsinə qədər aralanır və damar şaxələnməsi qorunub saxlanılır (şəkil 11.27). Sol mədə arteriya və venasının yuxarı üfüqi şaxəsi səviyyəsindən başlayaraq mədənin divarı ilə dibinə doğru, əvvəllər mexaniki tikiş aparatı UKL-60-la, son 3 ildə isə xətvəri steplərlə (100 mm-lik) tikilir və kəsilir (şəkil 11.28 a,b). Mexaniki tikiş xəttinin boyunda qoyulacaq anastomozə düşməməsi üçün mə-



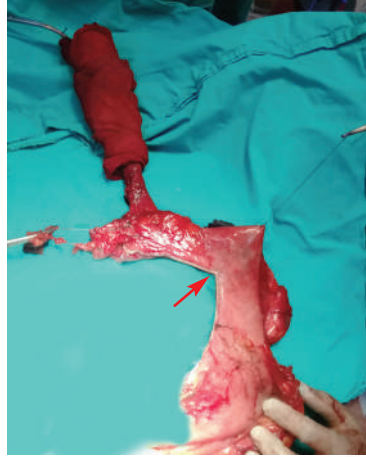
Şəkil 11.26. Qida borusu şişlə birgə və aralanmış mədə yaraya gətirilib.



Şəkil 11.27. Seroz qişa (örtlük) açıldıqdan sonra mədənin kiçik ayrılığı boyunca sol mədə arteriyası və venasının saxələrinin aralanıb, qorunub saxlanması.



a

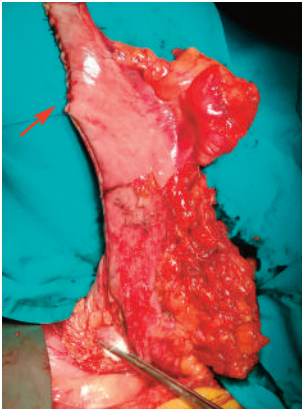


b

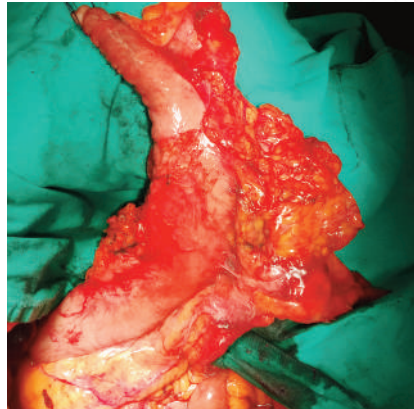
Şəkil 11.28. a) sol mədə arteriyasının yuxarı üfüqi şaxəsindən yuxarıda mədənin divarı steplerlə tikilir və b) kəsilir.

dənin dibi 2-3 sm uzunluğunda fasiləli tikişlərlə əllə tiki-
lib kəsilir (şəkil 11.29 a).

Qida borusu mədənin subkardial hissəsi və dibi ilə
birgə xaric edilir. Geniş əsaslı, etibarlı qan təchizatına



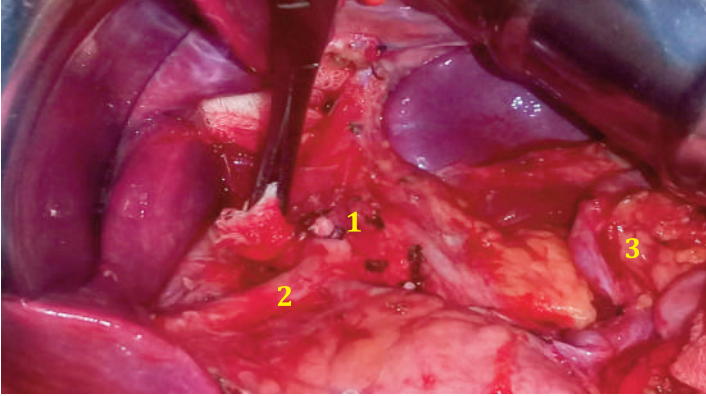
a



b

Şəkil 11.29. a) mexaniki tikişdən yuxarıda mədənin qalan
hissəsi fasiləli əl tikişləri ilə tikilir; b) bütün xətt boyu
fasiləli sero-seroz tikişlər qoyulur və boru formalaşdırılır.

malik mədə borusu formalaşdırılır (*şəkil 11.29 b*). Qarındaxili geniş 2-D limfodisseksiya aparılır (*şəkil 11.30*). Piloroplastika icra edilir. Mədə borusunun proksimal



*Şəkil 11.30. Qarın limfodisseksiyasından sonra:
1) sol mədə arteriyasının güdülü; 2) ümumi qaraciyər
arteriyası; 3) dalaq arteriyası və venası.*

ucu asanlıqla arxa orta divardan boyuna qaldırılır və qida borusunun boyun hissəsi ilə anastomoz qoyulur. Anastomozun qoyulması da tərəfimizdən təkmilləşdirilib. Mədə borusunun arxa divarı boyunda fəqərəöünü fassiyaya, sağdan traxeyaətrafı, soldan isə damarətrafı toxumalara təsbit olunduqdan sonra qida borusu ilə mədə borusu arasındakı uc-uca anastomozun arxa dodağı ikisıralı, ön dodağı isə təksıralı tikişlə qapanır. Təklif olunmuş üsul 56 xəstədə icra edilib.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

36 yaşlı xəstə (kişi) M. 16.05.2014-cü il tarixində ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikasına qidanın çətin və çox vaxt su içdikdən sonra belə keçməməsi, zəiflik, bədən çəkisinin azalması şikayətləri ilə daxil olub. Xəstənin verdiyi məlumata görə, 3-4 aydır bu vəziyyətdədir. Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Huşu aydın, normal bədən quruluşuna malikdir. Dəri və görünən selikli qişaları normal rəngdədir. Dəri tur-

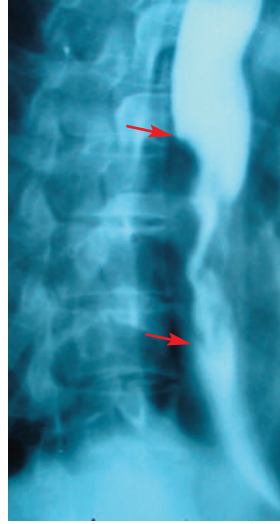
qoru normaldır, dərialtı piy təbəqəsi kifayət qədərdir. Bədən hərərəti 36°C -dir. Ürək tonları aydın, nəbzın dəqiqəlik sayı 80 vuruğudur, arterial qan təzyiqi 120/80 mm c. s. səviyyəsinə bərabərdir.

Dili nəm, təmiz, qarnı yumşaq, ağrısızdır. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Tənəffüsünün dəqiqəlik sayı 20-dir.

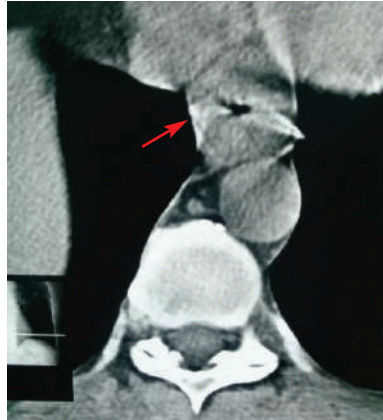
Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusunun orta döş hissəsində böyük dolma defekti aşkarlanıb (şəkil 11.31).

Kompüter tomoqrafiya – traxeyanın bifurkasiyası səviyyəsindən başlayaraq 45 mm uzunluğunda qida borusunun mənəfəzini daraldan divar qalınlaşması qeyd edilir. (şəkil 11.32).

Endoskopiya – ön kəsicici dişlərdən başlayaraq 30 sm-lik məsafədə qida borusu üzərində 2–3 sm mənəfəzə doğru davam və inkişaf edən, ekzofit, nahamar konturlu üzəri eroziv-xoralı, mənəfəzi qismən daraldan, lakin endoskopun keçməsinə imkan verən toxuma kütləsi görünür (şəkil 11.33). Biopsiya alındı. Histoloji müayinə – yastıhüceyrəli xərçəngi aşkarladı.



Şəkil 11.31. Rentgenoqram. Qida borusunun orta 1/3-də böyük dolma defekti.



Şəkil 11.32. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun divarı xeyli qalınlaşıb və mənəfəzi daralıb.



Şəkil 11.33. Endofoto. Qida borusunun mənəfəzi şiş toxuması ilə qapanıb.

borusunun divarında 5 sm uzunluğunda bərk konsistensiyalı törəmə aşkarlanıb. Qida borusu ətraf toxumalardan aralanıb, traxeya və baş bronxlar ətrafı limfa düyünləri aralanaraq, xaric edilib. Qida borusu 2-ci döş fəqərəsi səviyyəsində kəsilərək bağlanıb və kranial ucu boyuna itələnilib. Aralanmış qida borusu tənzif örtük arasında müvəqqəti olaraq orta divarda saxlanılıb. Plevra boşluğu drenajlanıb və döş yarası tikilib.

Xəstəyə arxası üstə vəziyyət verilib, yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Sagital diafraqmotomiyadan sonra sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərti ilə mədə böyük və kiçik piyliklər boyunca ətraf bağlardan, damarlardan aralanıb. Sol mədə arteriyası və venası bağlandıqdan sonra portal limfa düyünü götürülməklə, geniş limfodisseksiya aparılıb.

Sagital diafraqma kəsiyindən qida borusu tənzif örtüklə birləşərək qarın boşluğuna endirilib.

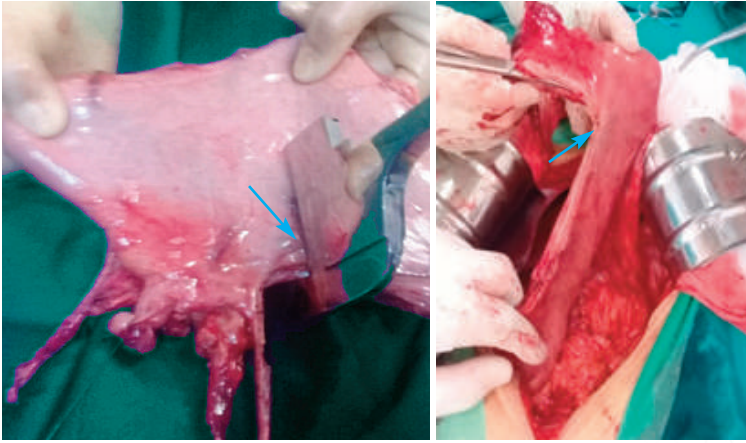
Mədənin kiçik ayrılıyını UKL-60 aparatı ilə rezeksiya edilib (şəkil 11.34 a, b) və 30 mm enində boru formalaşdırılıb.

Bədxassəli şişə məruz qalmış qida borusu mədənin kiçik ayrılıyını və dibi ilə birlikdə xaric edilib (şəkil 11.35 a, b).

Təsdiqlənmiş diaqnoz, xəstənin cavan yaşı, disfagiyanın güclənməsi cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib.

Cərrahi əməliyyat –

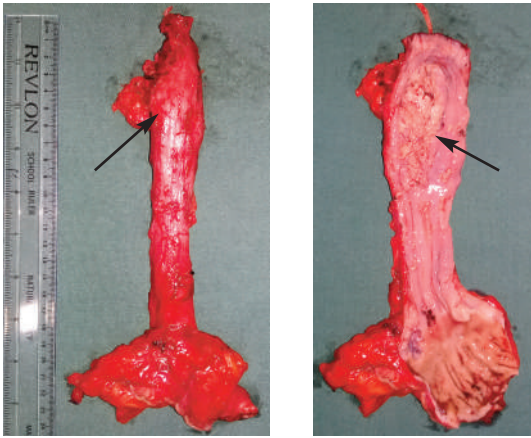
17.05.2014-cü il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli torakotomiya aparıldı. Tək vena aralanaraq, bağlanıb və kəsilib. Arxa orta divar plevrası boylama açılıb. Traxeyanın bifurkasiyası səviyyəsində yerləşən qida



a

b

Şəkil 11.34. Mədənin kiçik ayrılıyının və dibinin rezeksiyası;
a) UKL-60 aparatı ilə mədənin tikilməsi;
b) mədənin kiçik ayrılıyının hissəvi rezeksiyası.

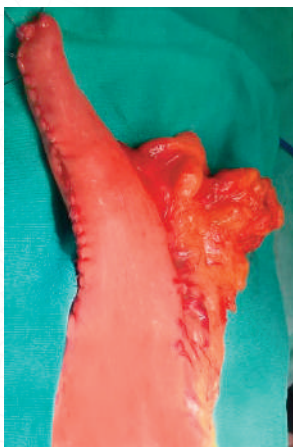


a

b

Şəkil 11.35. Makropreparat: a) şişlə birgə qida borusunun döş hissəsi və mədənin kiçik ayrılığı, dibi;
b) şişin mənfəzdaxili dağılma mərhələsi.

Subseroz pilorotomiya icra edildi. Boyunun sol yarısında döş-körpüçük-məməyabənzər əzələyə paralel olaraq 8 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Toxumalar aralanıb və



Şəkil 11.36. Mədənin böyük ayrılıyından və dibindən formalaşdırılmış boru.

qida borusunun ucu asanlıqla yarıya gətirilib, rezeksiya edildi.

Mədədən hazırlanan boru (şəkil 11.36) arxa orta divardan boyuna qaldırılıb və qida borusu ilə mədə transplantatı arasında uc-uca anastomoz formalaşdırılıb.

Çıxarılmış preparatın planlı histomorfoloji müayinəsi zamanı aşağı diferensiasiyalı yastıhüceyrəli buynuzlaşmış, seroz-endofit inkişafı, əzələ qişaya sirayət edən karsinoma və damar mənfəzində şiş embolları aşkarlanıb. Döş və qarın limfa düyünlərində reaktiv hiperplaziya qeyd edilib.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçib. 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan sərbəst mayelər və qida qəbuluna başlayıb.

26.05.2014-cü il tarixində xəstə evə yazılıb və kimyəvi dərmanlarla müalicə tövsiyə olunub.

Xəstə kimyəvi preparatlarla müalicə alıb. Əməliyyatdan 7 il sonra xəstənin vəziyyəti yaxşıdır, qida qəbulu rahatdır, əmək qabiliyyəti bərpa olunub, yaşayış keyfiyyətindən razıdır.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı boyunda formalaşdırılmış qida borusu-mədə anastomozunun və mədə borusunun ötürücülük qabiliyyəti qənaətbəxşdir (şəkil 11.37).

Əməliyyatın gedişində bu xəstələrdə fəsad olmayıb. Əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə 1 xəstədə səsin kallaşması qeyd edilib. Bu da əməliyyat zamanı qayidan qırtlaq siniri şaxələrinin zədələnməsi ilə əlaqədar olub. 3 aydan

sonra xəstədə normal səs bərpa olunub.

Bu üsulla əməliyyat keçirmiş 56 xəstədən 5-də boyunda qoyulan anastomoz tikişlərinin hissəvi tutarsızlığı olub. Boyun yarısından selik ifraz olunmağa başlayıb. Konservativ tədbirlərlə boyun yarası ikincili sağalıb, selik ifrazı kəsilib və qida qəbulu bərpa olunub. Əməliyyatdan 2–3 həftə sonra xəstələr kimyəvi dərmanlarla müalicəyə göndəriliblər. 1 xəstədə əməliyyatdan əvvəl sol ağciyərin yuxarı payında 2–3 sm ölçüdə törəmə təyin edilib.

Qastroezofaqoplastika əməliyyatından 3 ay sonra həmin xəstəyə sol yuxarı lobektomiya icra edilib və morfoloji olaraq yastıhüceyrəli xərçəng aşkarlanıb. Bu xəstələrdən 5 nəfər 1 il, 11 nəfər 2 il, 13 nəfər 3 il, 17 nəfər 4 il, 5 nəfər 5 il, 5 nəfər isə 10 il ərzində yaşayıb. 5 illik yaşama 18,7%, 6-10 illik yaşama isə 9,2% olub.

Sağtərəfli torakotomiya, laparotomiya, boyun kəsiklərindən qida borusunun xaric edilməsi və mədə ilə plastika əməliyyatının üstünlükləri:

- qida borusu vizual olaraq tam hemostazla aralanır;
- qonşu orqanların divarının zədələnmə ehtimalı azalır;
- tam limfodisseksiya aparılır;



Şəkil 11.37. Rentgenoqram. Boyunda qoyulmuş qida borusu-mədə anastomozunda daralma, dolma defekti aşkarlanmır. Mədə borusunun ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir.

– qarın boşluğu açıldıqdan sonra mədənin kiçik ayrılığı boyunca sol mədə arteriyası və venasının şaxələri saxlanılmaqla, seroz örtük və piy toxuması, limfa düyünləri ilə birgə mədə girəcəyinə doğru çıxarılır və sol mədə arteriyasının yuxarı üfüqi şaxəsi səviyyəsindən başlayaraq mədənin dibi rezeksiya edilir və enli, funksional cəhətdən yararlı olan, eləcə də etibarlı qan təchizatına malik boru hazırlanır;

– qidanın həzmi üçün selik ifrazı artıq olur;

– geniş mədə borusu orta divarı dolduraraq hemostatik təsir edir;

– geniş mədə borusu ilə plastika zamanı transplantatın aktiv hərəkəti – ötürücü və funksional fəaliyyəti ensiz mədə borusuna nisbətən daha güclü olur.

Çatışmayan cəhətləri:

– 3 cərrahi kəsik xəstə üçün zədələyici olur;

– əməliyyat müddəti 1 saata qədər uzanır.

Müasir dövrdə qida borusun xərçənginin cərrahi müalicəsində onun xaric edilməsinə və mədə borusu ilə əvəzlənməsinə üstünlük verilir. Ancaq bəzi xəstələrdə müəyyən səbəblərdən:

– mədənin xora xəstəliyi;

– mədə üzərində əvvəllər aparılmış əməliyyatlar (*qastrostoma, mədə rezeksiyası*);

– şişin qida borusuna və mədənin böyük hissəsinə yayılması ilə əlaqədar plastik material kimi mədədən istifadə etmək qeyri-mümkün olur.

Belə vəziyyətdə yoğun bağırsaqla plastika aparmaq ön plana keçir.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginə görə əməliyyatdan əvvəl 4 xəstədə mədədən plastik material kimi istifadə olunması qeyri-mümkün sayıldığı üçün yoğun bağırsaqla birmərhələli plastika aparılmışdır.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

55 yaşlı xəstə (kişi) M. 04.12.2012-ci il tarixində disfagiya, arıqlama, döş sümüyü və kürəkərası nahiyələrdə ağrılar, ümumi zəiflik şikayətləri ilə klinikaya daxil olub.

Bir neçə aydır özünü pis hiss edir. Qida qəbulu qeyri-mümkün olduğu üçün klinikaya müraciət edib.

1976-cı ildə hərbi xidmətdə olarkən xora xəstəliyinə görə mədə rezeksiyası əməliyyatı keçirib. Daxil olarkən ümumi vəziyyəti ağır olub. Dərisi və selikli qişaları solğundur. Ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilir, arterial qan təzyiqi – 90/60 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 74 vuruğu həddində olub. Qarnı yumşaq, ağrısızdır.

Rentgen müayinəsində qida borusunun aşağı döş hissəsində böyük dolma defekti qeyd edilir (şəkil 11.38).

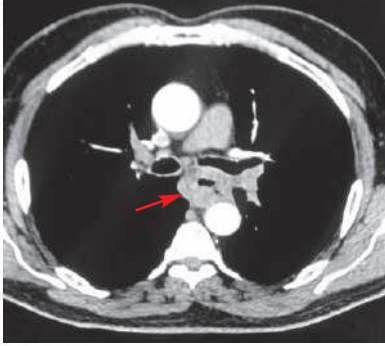
Kompüter tomoqrafiyası – qida borusunun aşağı döş hissəsinin divarı xeyli qalınlaşıb, mənfəzi isə daralıb (şəkil 11.39).

Ezofaqoskopiya – qida borusunun yuxarı hissəsinin selikli qişası açıq çəhrayı rəngdədir. Aşağı hissədə isə mənfəz şiş toxuması ilə qapanıb (şəkil 11.40). Biopsiya götürülüb və xəstədə yastıhüceyrəli xərçəng aşkarlanıb.

Mədə rezeksiyasından sonra qısalmış mədədən plastika üçün istifadə etmək qeyri-mümkün olduğu üçün yüngün bağırsaqla plastika planlaşdırılmışdır.



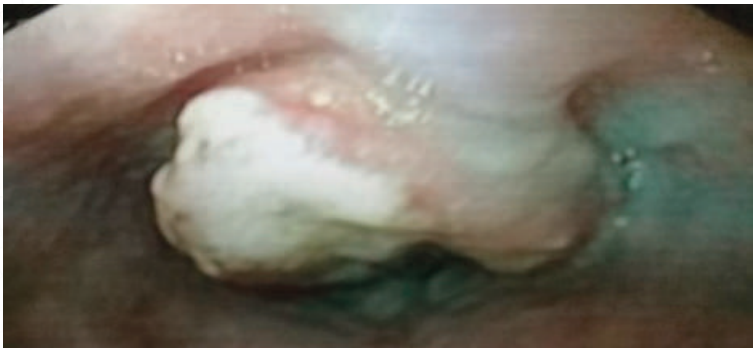
Şəkil 11.38. Rentgenoqram.
Qida borusunun aşağı
1/3 hissəsində böyük
dolma defekti.



Şəkil 11.39. Kompüter tomoqrafiya. Bifurkasiyaaltı nahiyədən başlayaraq qida borusunun divarı qalınlaşıb, mənfüzi isə xeyli daralıb.

aralanıb tutqaca götürülüb. Traxeyaətrafi, bifurkasiyaaltı limfa düyünləri xaric edilib. Qida borusu yuxarı döş hissədə kəsilib və onun proksimal ucu boyuna itələnib. Qida borusunun aşağı hissəsi arxa orta divarda saxlanılıb. Döş boşluğu drenajlanıb və tikilib.

Yuxarı-orta laparotomiya və sagital diafraqmotomiya icra olunub. Mədə həcmcə kiçikdir. Bitişmələr aralandıqdan sonra böyük texniki çətinliklə orta çənbar bağırsağ



Şəkil 11.40. Endofoto. Qida borusunun mənfüzi şişin toxuması ilə tam qapanıb.

arteriyası saxlanılmaq şərtilə yoğun bağırsağın sol yarısından transplantat hazırlanıb. Yoğun bağırsaq anastomozu ilə həzm traktının keçiriciliyi bərpa edilib. Sagital kəsikdən qida borusu çəkilərək orta divardan qarın boşluğuna endirilib, Z xətti səviyyəsində mədədən aralanıb və xaric edilib (şəkil 11.41). Mədənin girəcəyi qapanıb.

Yoğun bağırsaq transplantatı kiçik piylikdən mədənin önünə keçirilib və transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında anastomoz qoyulub.

Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel kəsik aparılıb, qida borusunun boyun hissəsi aralanıb yaraya gətirilib. Döşsümüyü arxası yolla transplantat boyuna qaldırılıb və qida borusu ilə transplantat arasında təksirali tikişlə ucuca anastomoz qoyulub. Qarın, boyun yaraları tikilib. Əməliyyatdan sonra, 5-ci gündən etibarən xəstə rahat qida qəbuluna başlayıb və evə yazılıb.

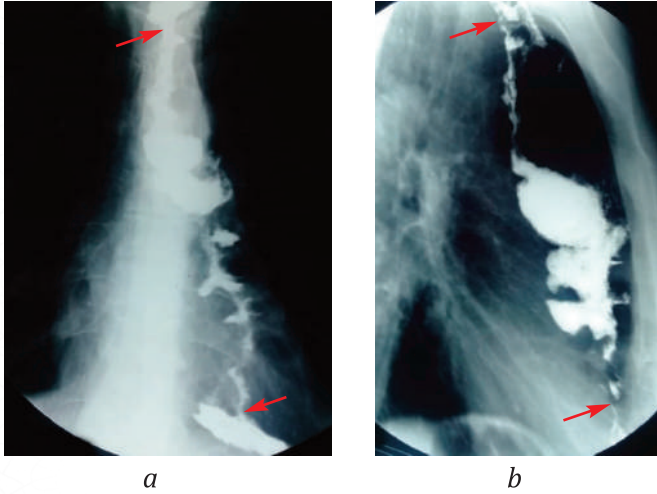
Əməliyyatdan iki il sonra rentgen-kontrast müayinəsi zamanı yoğun bağırsaqdan düzəldilən transplantatın ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir (şəkil 11.42, a,b).

Koloezofoqoplastika keçirmiş 4 xəstənin heç birində fəsad olmayıb və onlar rahat qida qəbul edərək evə yazılıblar. Bunlardan birində 6 aydan sonra sol ağciyərin yuxarı payında 2 sm ölçüdə metastatik düyün aşkarlanıb və sol yuxarı lobektomiya icra edilib. Bütün xəstələrə kimyəvi dərmanlarla müalicə aparılıb. Bu xəstələrin əməliyyatdan sonra yaşama müddəti 2–4 il olub.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginin radikal cərrahi müalicəsində yoğun bağırsaqla plastika iki üsulla aparıla bilər:



Şəkil 11.41. Makropreparat – şişlə birlikdə xaric edilmiş qida borusu.



Şəkil 11.42. Rentgenoqram. Döşsümüyüarxası yerləşdirilmiş və kontrastlaşmış yoğun bağırsaqla birmərhələli plastikanın a) ön – arxa və b) yandan görünüşü.

- birmərhələli;
- ikimərhələli.

Mədədən plastik material kimi istifadə etmək qeyri-mümkün olduqda yoğun bağırsaqla birmərhələli plastika aparılır.

İkimərhələli əməliyyatlara ötən əsrin 60–90-cı illərindən geniş tətbiq olunan *Torek əməliyyatı* aiddir. Bu əməliyyat çox ağır, alimentar çatışmazlığı olan, yaxud əməliyyat zamanı fəsad törənən xəstələrdə icra edilir. Qida borusu xaric edildikdən sonra boyunda ezofaqostoma, qarında isə gastrostoma ilə əməliyyatın birinci mərhələsi yekunlaşır. 4–6 aydan sonra əməliyyatın ikinci mərhələsi – *qastroezofaqoplastika*, yaxud *koloezofaqoplastika* icra olunur.

Bu əməliyyatın birinci mərhələsində sağtərəfli torakotomiya kəsiyi ilə qida borusunun döş hissəsi şişlə birgə rezeksiya edilir və xəstəyə boyunda ezofaqostoma,

qarında qastrostoma qoyularaq qidalandırma davam etdirilirdi. Bir neçə (3–4) aydan sonra xəstənin vəziyyəti yaxşılaşdıqda, metastazlar olmadıqda əməliyyatın ikinci mərhələsi – yoğun bağırsaqla, yaxud mədədən hazırlanmış transplantat döşsümüüarxası, yaxud döşsümüyünü dərialtı yolla boyuna qaldırılıb qida borusunun dəriyə tikilmiş boyun hissəsi ilə birləşdirilirdi. Bu üsulun çatışmayan cəhəti o idi ki, əməliyyatdan sonra xəstələrin yaşayış keyfiyyəti çox aşağı düşürdü, metastazlar yaranırdı, ölüm baş verirdi.

Xəstələr uzun müddət əməliyyatın ikinci mərhələsini gözləyirdilər. Bu dövrdə metastazlar və ölüm müşahidə olunurdu. Xəstələrin az bir qismində əməliyyatın ikinci mərhələsi tamamlanırdı, digərləri isə əzab içərisində öz ölümlərini gözləyirdilər.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçəngi ilə xəstələrin vəziyyətinin ağırlığını və birmərhələli əməliyyatın təhlükəliliyini nəzərə alaraq 5 xəstədə ikimərhələli – *Torek* əməliyyatına cəhd göstərilib. Bu xəstələrdən yalnız birində bərpa əməliyyatının ikinci mərhələsi mümkün olub. Digər 4 ağır xəstədən 2-si əməliyyatdan 5–7 gün sonra tənəffüs çatışmazlığından ölüb. Əməliyyatdan sonrakı dövrü ağır keçirən 2 xəstədən biri 4 ay, ikincisi isə 6 aydan sonra xərçəng şişinin yayılmasından və intoksikasiyadan ölüb. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixini nümunə kimi təqdim edirik.

51 yaşlı xəstə (qadın) N. 14.08.2017-ci il tarixində qidanın qəbul edilə bilməməsi, qusma, bədən çəkisinin azalması, zəiflik şikayətləri ilə klinikaya daxil olub. Dedi-yinə görə, 3 aydır xəstədir. Xəstəyə onkoloji klinikada şüa müalicəsi verilib və ondan sonra qida, mayelər belə qəbul edə bilməyib. Xəstə cərrahi müalicə üçün müraciət edib. Disfagiyanı ləğv etmək üçün qida borusuna stent qoyulması xəstəyə təklif edilib. Xəstə bundan imtina edib və

cərrahi müalicəyə üstünlük verir. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqda, huşu aydın olub. Xeyli zəifləmişdir. Şüa müalicəsindən sonra kürəyin dərisində piqmentasiya yaranıb. Dəri və görünən selikli qişaları avazıyıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşıb. Arterial təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın daqiqəlik sayı 70 vuruğu həddində olub. Dili quru, ərplidir. Qarnı yumşaq, ağrısızdır.

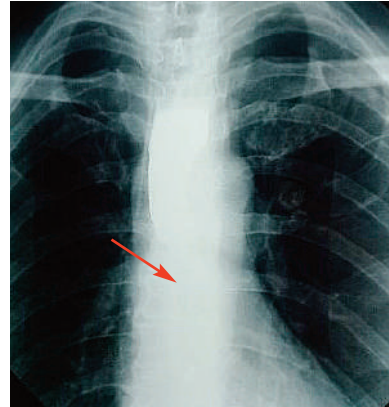
EKQ – sinus ritmi, nəbzi 68 vuruğudur, nəzərə çarpan dəyişikliklər qeyd edilmir.

Rentgen müayinə – ağızdan qəbul edilən kontrast maddə qida borusunun orta $\frac{1}{3}$ hissəsində dayanır, həmin sahədən yuxarı genəlmə aşkar edilir. Kontrast maddə mədəyə keçmir (şəkil 11.43 a, b).

Kompüter tomoqrafiya müayinəsində qida borusunun orta döş hissəsində arxa orta divarda 1,4 sm-ə qədər patoloji qalınlaşma təyin olunur, qalınlaşmanın divarı aortaya söykənir. Daralmadan yuxarıda qida borusunun mənfəzi genəlib. Böyümüş limfa düyünləri qeyd edilir (şəkil 11.44 a, b).



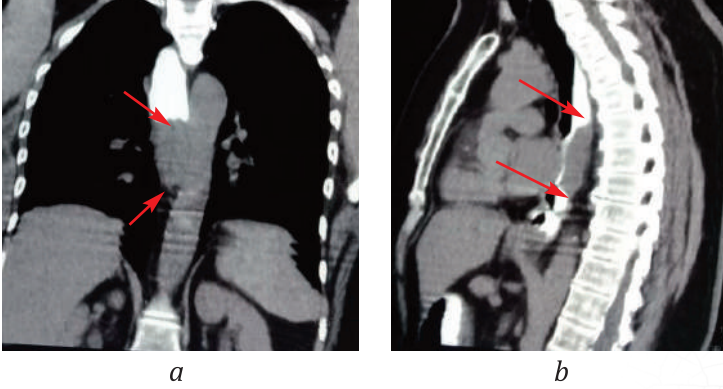
a



b

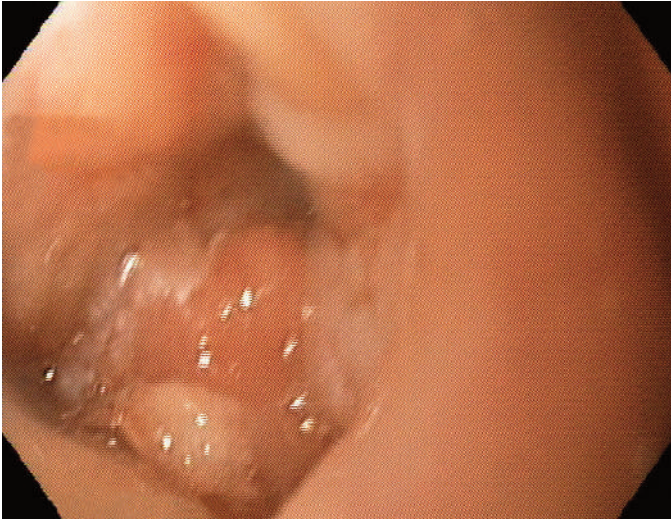
Şəkil 11.43. Rentgenoqram. Qida borusunun mənfəzi tam qapanıb: a) yan və b) ön-arxa görünüşü.

Endoskopiya – qida borusunun mənəfi şiş toxuması ilə tutulub. Selikli qişa ödemli və dağılmış vəziyyətdədir. Biopsiya alındı (şəkil 11.45).



Şəkil 11.44. Kompüter tomoqrafiya. Qida borusunun mənəfini qapamış şiş aortaya yapışmış: a) ön-arxa və b) yan görünüşü.

Histoloji müayinə – yastı hüceyrəli xərçəngin mövcudluğunu aşkarladı.



Şəkil 11.45. Endofoto. Qida borusunun mənəfi qeyri-hamar səthli şiş toxuması ilə qapanıb.

Xəstədə təsdiq olunan diaqnoz, onda tam disfagiya olması, həmçinin şüa müalicəsinin əhəmiyyətsizliyi tərəfimizdən cərrahi əməliyyata göstəriş kimi qəbul edildi.

Şişin aortaya yapışması və aortanın divarının zədələnmə biləcəyi təhlükəsi xəstənin valideynlərinə izah olundu və razılıqları alındı.

Cərrahi əməliyyat – 16.08.2017-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında sağtərəfli torakotomiya icra edildi. Tək vena aralanaraq, bağlandı və kəsildi. Arxa orta divar plevrası boylama açıldı. Qida borusunun orta 1/3 hissəsində 5x5 sm ölçüdə bərk şiş toxumasının aortaya və traxeyanın bifurkasiyasına sirayət etdiyi göründü. Şiş toxuması traxeyanın bifurkasiyasından və baş bronxlardan böyük çətinliklə aralandı. Tədricən şişlə birgə aortanın adventisiya qişasının aralanmasına başlandı. Bu zaman aortadan qida borusuna gələn şaxə aortadan qopdu və yüngül qanaxma dayandırıldı. Vizual olaraq müəyyən edildi ki, xəstəyə verilmiş şüa müalicəsindən sonra orta divarın bütün toxumaları və aortanın divarı sərtləşmiş toxumaya çevrilib. Şiş toxumasını tədricən aralamağa başladıq. Bu zaman aortanın divarı cırıldı və 3 mm-lik defektdən güclü qanaxma başladı. Aorta zədələnmiş yerdən yuxarıda və aşağıda sıxıcıya alınmaqla qanaxma dayandırıldı. Şiş toxuması aortadan tam aralandıqdan sonra aortanın divarında geniş defekt yarandı. Ürək-damar cərrahları əməliyyata dəvət olundu.

Qida borusu yuxarı və aşağı döş hissədə bağlanıb kəsildi, şiş qida borusu ilə birgə xaric edildi.

Ürək-damar cərrahları aortanın qalan uclarını 1 sm uzunluğunda kəsərək, yaranmış 6 sm uzunluğundakı defekti aortal protezlə əvəzlədilər və qan dövranını bərpa etdilər. Bud arteriyasının üzərində nəbz təyin edildi. Qarın boşluğu orqanlarının və aşağı ətrafların işemiyası 40 dəqiqə davam etdi.

Yaranmış bu vəziyyətdə gastroezofaqoplastikanın icrası lüzumsuz sayıldı və Torek əməliyyatının icrası qərar alındı. Döş boşluğu drenajlandı və döş yarası tikildi.

Bundan sonra orta laparotomiya və gastrostomiya əməliyyatı icra edildi. Boyunun sol yarısında kəsik apararaq qida borusunun boyun hissəsi dəriyə çıxarıldı və ezofaqostoma qoyuldu.

İkinci mərhələdə gastroezofaqoplastika əməliyyatının aparılması planlaşdırıldı. Xəstə reanimasiya şöbəsinə verildi. İlk 6 saat ərzində o, sidik ifraz etmədi, sonra sidik ifrazı normallaşdı. Xəstə 24 saat köməkçi tənəffüsdə saxlandıqdan sonra ekstubasiya edildi və gastrostoma-dan qidalanmasına başlanıldı.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə onun aşağı ətraflarında hərəkət zəifliyi yarandı. Xəstə otura bilirdi, ancaq ayaq üstə dayana bilmirdi.

Çox güman ki, bu vəziyyət 40 dəqiqəlik visseral işemiya ilə əlaqədar olub.

26.08.2017-ci il tarixində xəstə evə yazılıb. 6 aydan sonra bərpa əməliyyatı üçün klinikaya qayıtması tövsiyə olundu.

Xəstə 4 ay sonra ümumi zəiflikdən və kaxeksiyadan ölmüşdür.

Müasir dövrdə Torek əməliyyatı çox nadir hallarda xəstənin vəziyyətinin ağırlığı ilə əlaqədar icra edilir. Bu əməliyyatların icrasında məqsəd imkan daxilində xəstələri ağır vəziyyətdən çıxarıb, sonra bərpa əməliyyatını yerinə yetirməkdən ibarətdir. Əksər hallarda bu mümkün olmur. Əməliyyat keçirmiş xəstələrdə metastazlar yaranır, xəstənin vəziyyəti ağırlaşır, həyat keyfiyyəti aşağı düşür.

KARDİOEZOFAGEAL XƏRÇƏNG

Son 20 ildə dünyanın bütün ölkələrində kardioezofageal xərçənglə xəstələrin sayı durmadan artır. Bu çoxalmanın qənaətləndirici izahı hələlik yoxdur. Kardioezofageal xərçəngin təsnifatı, cərrahi müdaxilə üçün münasib kəsiyin seçilməsi və rezeksiyanın həddlərinin təyini də mübahisəlidir.

Şiş xəstəliklərinin müalicəsi ilə məşğul olan klinikaların məlumatına görə, kardioezofageal xərçəng və mədənin digər hissələrinin (*çixacağının, kiçik əyriliyinin, cisminin*) xərçəngi biri digərindən fərqli müxtəlif gedişatlı xəstəliklərdir. Kardioezofageal nahiyənin selikli qişasından inkişaf edən şişlər daha çox qida borusuna yayılır. Bu şişlər qarın limfa düyünləri ilə yanaşı, əksər hallarda orta divar limfa düyünlərinə də metastaz verir. Kardioezofageal şişlərin proqnozu qənaətbəxş deyil.

Anatomik quruluşuna görə qida borusu-mədə keçidi məngənə rolunu oynayır və mühüm fizioloji əhəmiyyətə malikdir. Məngənə nahiyəsində qida borusunun çoxqatlı yastı epitel Z-xətti ilə mədənin təkqatlı silindrik epitelindən ayrılır.

Kardioezofageal xərçəngin topik diaqnozunun əməliyyatdan əvvəl təyin edilməsi, düzgün cərrahi kəsiyi və rezeksiya həddünü seçməyə imkan verir.

Z-xəttindən aşağıda mədənin girəcək (*kardial*) hissəsinin həddlərinin təyini də mübahisəlidir və müxtəlif ölçülərlə qiymətləndirilir:

– qida borusu ilə birləşən yerdən dərhal başlayıb böyük əyriliyə yayılan və mədənin dibinin bir qədərini əhatə edən hissə (*J.Garlock, 1942*);

– sol mədə arteriyasının qalxan şaxəsinə qədər kiçik əyrilik boyunca mədə nahiyəsi (*B.E.Peterson, 1972*);

– qida borusu-mədə keçidindən başlayıb kiçik əyriliklə daləğin qapısından keçən xəttə qədər (*Y.E.Berezovski, 1976*);

– sol mədə arteriyasının qalxan şaxəsinin bölündüyü nahiyəni əhatə edən mədənin yuxarı hissəsi (*A.Rusanov, 1978*);

– mədə girəcəyindən sol mədə arteriyasının mədənin divarına keçən yerinə qədər (*Y.A.Vaqner, 1981*).

Bu fərqlər kardioezofageal xərçəngin cərrahi müalicə üsulunu xeyli çətinləşdirir. Kardioezofageal xərçəngin təsnifatı da mübahisəli qalır.

Kardioezofageal xərçəng üzrə Beynəlxalq ekspertlər *J.R.Siewert* (1987) tərəfindən təklif edilən kardioezofageal xərçəngin təsnifatını sadəliyinə və anlaşıqlı olmağına görə qəbul etməyi tövsiyə edib.

J.R.Siewert (1987) Z-xəttini mərkəz seçməklə kardioezofageal xərçəngi 3 tipə bölməyi təklif edib.

I tipdə – şiş Z-xəttindən 1-5 sm yuxarıya yayılır – şərti olaraq bu, qida borusunun aşağı hissəsinin xərçəngi adlandırılır.

II tipdə – şiş Z-xəttindən 1 sm yuxarıya qida borusuna və 2 sm aşağıya mədənin girəcəyinin divarına (*kardiyaya*) yayılır və bu, həqiqi kardial xərçəng adlandırılır. Hərçənd ki, bizim fikrimizcə bu, həqiqi kardioezofageal xərçəng adlandırılrsa daha anlamlı olar, çünki eyni zamanda anatomik olaraq hər iki orqanın divarı prosesə cəlb edilir.

III tipdə – şiş Z-xəttindən 2-5 sm aşağıya mədənin girəcəyini (*kardial*) və girəcəkalıtı (*subkardial*) nahiyəni əhatə edir – bu isə mədənin *subkardial* xərçəngidir. Bu lokalizasiyada şişin qida borusunun abdominal hissəsinə invaziyası da istisna olunmur.

Bu təsnifata əsasən də cərrahi kəsik seçilir və rezeksiyanın həcmi təyin edilir. Bu lokalizasiyada şişin qida borusunun abdominal hissəsinə invaziyası istisna olunmur.

I tip kardioezofageal şişlər daha çox orta divara və sonra isə qarın kötüyü arteriyası ətrafı limfa düyünlərinə

də metastaz verir. II-III tip şişlər isə I-dən fərqli olaraq daha çox kiçik əyrilik boyunca və qarın kötüyü arteriyası ətrafı limfa düyünlərinə metastaz verir.

Şişlərin bu qaydada fərqləndirilməsi yalnız kompleks şəkildə rentgen, fibroqastroskopiya, kontratslı kompüter tomoqrafiyası müayinələrinə və əməliyyat zamanı vizual olaraq təftişin nəticələri ilə əsaslandırılmalıdır.

Bizim müşahidəmizdə olan kardioezofageal(55) və mədənin subkardial (70) xərçəngi ilə 125 xəstədə cərrahi əməliyyat aparılıb (*cədvəl 11.2*).

Cədvəl 11.2

Kardioezofageal və mədənin subkardial xərçənginin cərrahi müalicəsi

Şişin yerləşməsi tipləri	Cərrahi əməliyyat				Cəmi
	Lüis	Qarlok	Qastrektomiya	Koloplastika	
I	17	-	-	2	19
II	3	31	-	2	36
III	-	-	70		70
Cəmi	20	31	70	4	125

Cədvəldən göründüyü kimi, I tip kardioezofageal xərçəng ilə 17 xəstədə *Lüis* tipli əməliyyat icra edilib.

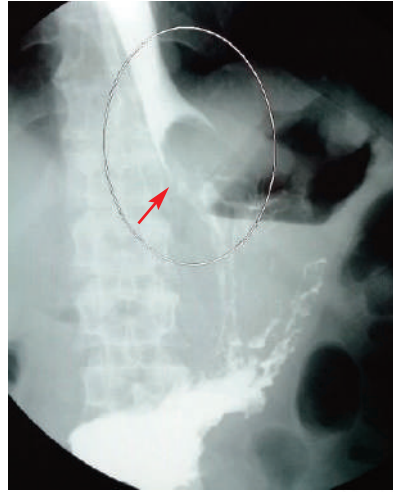
Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

53 yaşlı xəstə (kişi) P. 21.07.1998-ci il tarixində klinika zəiflik, başgicəllənməsi, qida qəbulu zamanı epiqastral nahiyədə küt ağırı şikayətləri ilə daxil olmuşdur. Onun

dediyinə görə, 3 aydır özünü pis hiss edir. Daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Dəri və görünən selikli qişaları avazıyıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşmış, arterial qan təzyiqi 110/70 mm c. s., nəbzın dəqiqəlik sayı 90 vurğudur.

Dili nəmdir, təmizdir, qarnı yumşaq olub, palpasiya zamanı epigastral hissədə ağrı qeyd olunur. Son günlər xəstə nəcisin qara rəngdə olmasını görmüşdür.

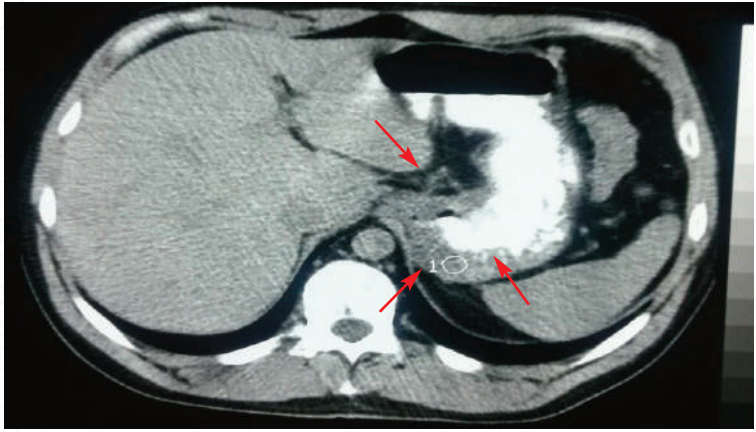
Rentgen müayinəsi – kontrast maddə qida borusundan sərbəst axır. Kardial hissədə mədənin arxa divarında böyük dolma defekti verən kənarları kobud törəmə qeyd edilir. Mədənin distal hissəsində patoloji dəyişiklik aşkarlanmır (şəkil 11.43).



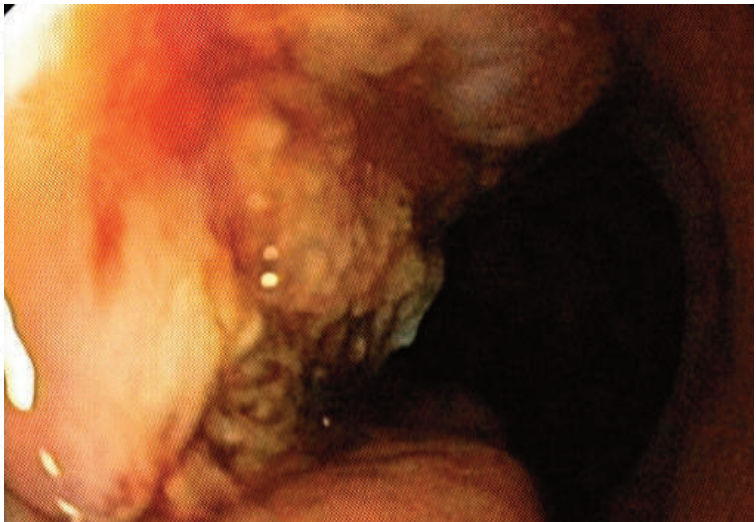
Şəkil 11.43. Rentgenoqram. Qida borusu-mədə keçidində dolma defekti.

Kompüter tomoqrafiya-ağızdan qəbul edilmiş kontrast maye fonunda kardioezofageal keçiddən kiçik ayrılık boyunca aşıya doğru uzanan iynəşəkilli endofit törəmə aşkarlanır. Sol mədə arteriyası ətrafında kiçik limfa düyünləri qeyd edilir (şəkil 11.44).

Ezofaqoqastroduodenoskopiyada – qida borusunun selikli qişası dəyişiksizdir, abdominal hissədə mədənin selikli qişası sərhəddində, qida borusunun selikli qişasından inkişaf edən mədənin mənfəzinə doğru kələ-kötür, xoralaşmış 14x16x6,7 mm ölçülü polipəbənzər törəmə aşkarlanır (şəkil 11.45).



Şəkil 11.44. Kompüter tomoqrafiya. Mədənin dibinin və kiçik ayriliyinin divarlarının qalınlaşması.



Şəkil 11.45. Endofoto. Mədə girəcəyində səthi qeyri-hamar olan şiş toxuması.

Törəmənin geniş əsası ətrafında selikli qişa infiltrativ dəyişikliyə uğrayıb və zəif qansızma görünür. Mədənin mənfəzində qəhvə rəngli 30–40 ml maye vardır. Mədənin cisminin və antral hissəsinin selikli qişası dəyişiksizdir.

Ezofaqokardial nahiyədə təsdiqlənmiş qanayan törəmə, anemiya, konservativ tədbirlərin az köməyi, qida qəbulunun çətinləşməsi, əmək qabiliyyətinin zəifləməsi, şişin intoksiyasyası Lüis tipli cərrahi əməliyyata göstəriş hesab edilib.

Cərrahi əməliyyat – 30.07.1998-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı ezofaqokardial hissədə yerləşən qida borusunun abdominal hissəsinə və mədənin kiçik ayrılıyi boyunca yayılan şiş aşkarlanıb. Kiçik piylikdəki limfa düyünləri bir qədər böyüyüb və bərkiyib. Qaraciyərdə və digər orqanlarda metastaz aşkarlanmayıb.

Sagital diafraqmotomiya edilib, qida borusu tutqaca alındıqdan sonra böyük piylik götürülməklə mədə böyük və kiçik ayrilik boyunca sağ mədə və mədə-piylik arteriyaları qorunmaq şərtilə, digər damar və bağlardan aralanıb. Pilorotomiyadan sonra qarın boşluğu drenajlanıb, yara tikilib.

Xəstə sol böyrü üstə çevrilib və sağ V qabırğaarası sahədə torakotomiya icra edilib. Tək vena aralanıb, bağlanıb, kəsildikdən sonra arxa orta divar plevrası boylama istiqamətdə açılıb.

Qida borusunun orta və aşağı döş hissələri ətraf toxumalardan aralanıb, limfodisseksiya aparıldıqdan sonra mədə sağ plevra boşluğuna çəkilib. Qida borusu yuxarı döş hissədə 3-4-cü fəqərələr səviyyəsində kəsildikdən sonra UKL-60 aparatının köməyi ilə mədənin kiçik ayrılıyi götürülməklə proksimal rezeksiya edilib və çıxarılıb. Fasiləsiz seroz tikişlərlə tantal tikiş sırası örtülüb.

Qida borusu ilə formalaşdırılmış mədə borusu arasındakı uc-yana anastomoz qoyulub (şəkil 11.46). Mədəyə nazoqastral zond yeridilib. Plevra boşluğu drenajlanıb və döş qəfəsi yarası tikilib. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız olub, 5-6-cı sutkadan başlayaraq xəstə təbii yolla qida qəbuluna başlayıb.



Şəkil 11.46. Plevradaxili qida borusu-mədə anastomozu.

Histoloji müayinədə kardioezofageal keçidin aşağı diferensiasiyalı adenokarsinoması təsdiqlənib.

Əməliyyatdan sonra xəstə 15 il bizim nəzarətimdə olub. O, əmək fəaliyyətini davam etdirib və yaşayış keyfiyyətinə razı qaldığını bildirib.



Şəkil 11.47. Rentgenoqram.

Əməliyyatdan 15 il sonra arxa orta divarda yerləşmiş və kontrastlanmış mədə borusu.

yətindən razı qaldığını bildirib. Son 2 ildə xəstə ilə əlaqə kəsilib. Təqdim olunmuş nümunə göstərir ki, I tip kardioezofageal xərçəngdə Luis əməliyyatı daha radikal olub, xəstənin uzun müddət – 15 ilə qədər yaşamasını təmin edib.

Əməliyyatdansonrakı rentgen-contrast müayinəsində qida borusunun döş hissəsini əvəzləyən mədə borusunun ötürücülük fəaliyyəti yaxşı qiymətləndirilib (şəkil 11.47).

Cərrahi əməliyyatdan sonra 17 xəstədən birində plevradaxili anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı, mediastinit, irinli plevrit törənib və xəstə ölüb.

Evə yazılmış 16 xəstədən 2 nəfəri 1 il, 5 nəfəri 2 il, 5 nəfəri 3 il, 3 nəfəri 4 il, 1 nəfəri isə 15 il yaşayıb.

II tip kardioezofageal xərçənglə 36 xəstədən 3-də *Lüis* əməliyyatı, 31 xəstədə isə soltərəfli torakofrenolaparotomiya kəsiyi ilə qida borusunun aşağı hissəsi və mədənin subkardial hissəsi rezeksiya olunub, qida borusu ilə mədə borusu arasında arxa orta divarda sol aşağı ağciyər venası səviyyəsində anastomoz qoyulub (*Qarlok əməliyyatı*).

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

42 yaşlı xəstə (kişi) X. 02.07.1990-cı il tarixində ETKECİ-nin Döş qəfəsi cərrahlığı şöbəsinə ümumi zəiflik, qidanın çətin keçməsi şikayətləri ilə daxil olub. Onun dediyinə görə, 6 aydır xəstədir. Bədən çəkisini xeyli itirib. Ağciyərlər üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Nəbzi 78 vuruğu həddində, arterial qan təzyiqi 125/80 mm c. s. səviyyəsindədir. Dili nəm, qarnı yumşaq və ağrısızdır.

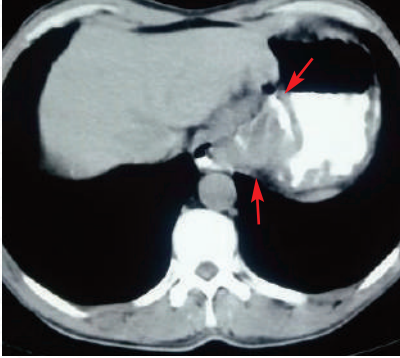
Rentgen müayinəsində mədənin kardial hissəsində deformasiya və qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinə uzanan böyük dolma defekti təyin edilir (şəkil 11.48).

Kompüter tomoqrafiya – ağızdan qəbul edilən kontrast maddə fonunda mədənin divarının kiçik ayrılığı boyunca divar qalınlaşması təyin edilir (şəkil 11.49).

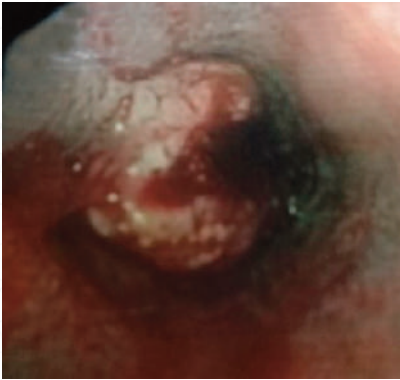
Ezofaqoskopiya – qida borusunun mədəyə keçən hissəsi şiş toxumaları ilə daralıb, subkardial hissədə 3x5 sm ölçüdə selikli qişanın tamlığı pozulub, nekrotik ərplə örtülüb, xoralaşma səthi qeyd olunur (şəkil 11.50).



*Şəkil 11.48.
Rentgenoqram.
Qida borusu-mədə
keçidinin qeyri-
hamar quruluşlu
dolma defekti.*



Şəkil 11.49. Kompüter tomoqrafiyası. Kiçik ayrılik boyunca divar qalınlaşması.



Şəkil 11.50. Endofoto. Qida borusu-mədə keçidi şiş toxuması ilə qismən qapanmışdır.

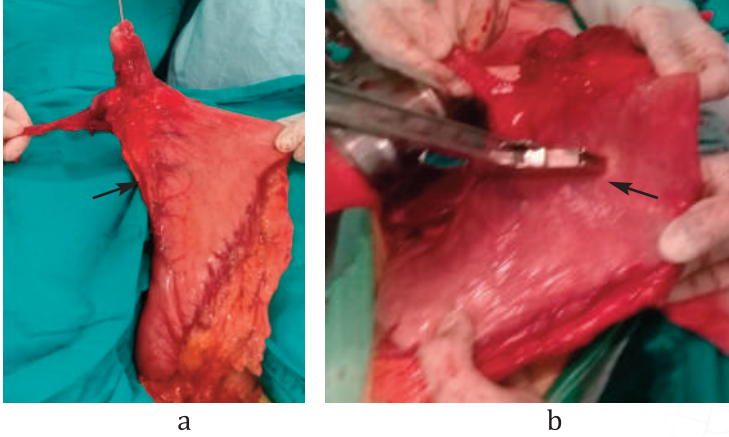
bağlardan təcrid edildi.

Qida borusunun aşağı döz hissəsi sağlam divar səviyəsində ətraf toxumalardan aralandı. 2 D hüdudunda portal düyün götürülməklə, limfodisseksiya icra edildi. Qida borusunun aşağı 1/3 hissəsi kəsilib tutqaca alındı. Kiçik ayrıliyi boyunca mədənin proksimal hissəsi UKL-60 (şəkil 11.51 a, b) aparatının köməyi ilə rezeksiya olundu, preparat xaric edildi. Böyük ayrılik boyunca 15–18 sm uzunluğunda

Biopsiya – aşağı dife-renciasiyalı adenokarsi-noma aşkarlanıb. Təs-diqlənmiş diaqnoz əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib.

Cərrahi əməliyyat – 06.08.1990-cı il tarixin-də ümumi ağrısızlaşdır-ma altında soltərəfli Osava-Qarlok kəsiyi ilə torakolaparotomiya icra edildi. Təftiş zamanı qida borusu-mədə keçidində yerləşən və mədənin kiçik ayrıliyinə tərəf uzanan 5x6 sm ölçüdə törəmə aşkarlandı. Sol mədə ar-teriyası ətrafındakı limfa düyünlərinin böyüməsi nəzərə çarpır. Sagital di-afraqmotomiya icra edil-di. Sağ mədə-piylik arte-riyası saxlanılmaq şərtilə, mədə böyük piyliklə bir-gə bütün damarlardan və

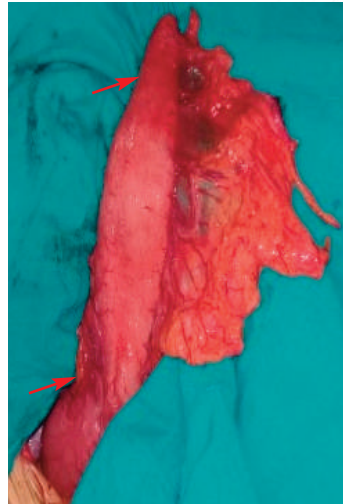
boru formalaşdırıldı. Tantal tikiş xətti seroz tikişlərlə örtüldü. Subseroz pilorotomiya icra edildi, mədədən hazırlanmış boru (şəkil 11.52) sagital kəsikdən arxa orta divara



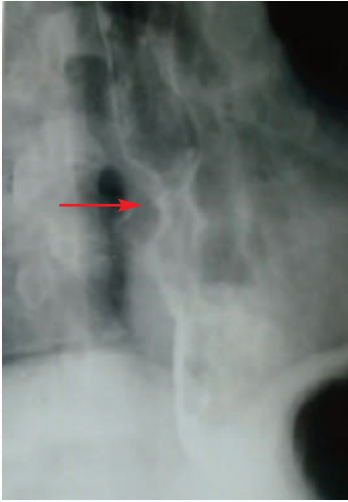
Şəkil 11.51 a) qida borusu-mədə keçidi şişlə birlikdə; b) mədənin girəcəkalıtı hissəsinin sağlam divar hüdudunda UKL-60 aparatı ilə tikilməsi.

keçirildi. Qida borusu ilə mədə borusu arasında aorta qövsüaltı səviyyədə uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Nazoqastral zond anastomozdan mədəyə yeridildi. Döş və qarın boşluğu quruduldu, drenajlandı və cərrahi yara tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövr fə-sadsız keçdi. 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb və kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 3 il sonra xəstə klinikaya gəlib, şika-



Şəkil 11.52. Mədənin böyük ayrılıyından formalaşdırılmış boru.



Şəkil 11.53. Rentgenoqram. Anastomoz nahiyəsində dolma defekti yoxdur.

yəti olmayıb, istədiyi qidanı qəbul edə bilər. Rentgen-kontrast müayinəsində qida borusu-mədə anastomozunun ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir. Şişin residivi yoxdur (şəkil 11.53).

Əməliyyatdan sonra 31 xəstədən 4-də arxa orta divarda qoyulmuş qida borusu ilə mədə arasındakı uc-yana anastomozun tikişlərinin tutarsızlığı törənib, xəstələrin vəziyyəti ağırlaşmış, onlar sol tərəfli irinli plevrit və peritonitdən ölüblər.

Evə yazılmış 27 xəstədən 8 nəfəri 1 il, 5 nəfəri 2 il, 6 nəfəri 3 il, 8 nəfəri isə 4 il yaşayıb. Bu xəstələrdən 5 ilə qədər yaşayan olmayıb.

III tip kardioezofageal xərçənglə 70 xəstədən 21-də sol torakofrenolaparotom kəsiyi ilə qastrektomiya və qida borusu ilə nazik bağırsağ arasında sol aşağı ağciyər venası səviyyəsində *Ru tipli* anastomoz qoyulub.

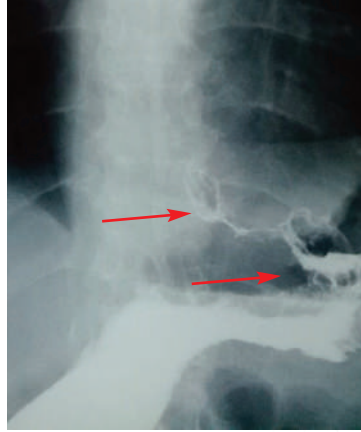
Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən çıxarışı nümunə kimi veririk.

65 yaşlı xəstə (kişi) Y. 01.03.2016-cı il tarixində qida qəbulundan sonra qusma, qarınüstü nahiyədə ağrı, bəzən qidanın çətin keçməsi, zəiflik şikayətləri ilə ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikasına daxil olub. Xəstə bədən çəkisini 10 kq-a qədər itirib. Xəstənin dediyinə görə, 2 aydır xəstədir. Ambulator şəraitdə aparılan qastroskopiya zamanı qida borusu-mədə keçidinin daralması, mədənin kardial hissə-

sində geniş sahədə selikli qişanın xoralaşaraq dağılması aşkarlanıb, biopsiya üçün material götürülüb və histoloji müayinədə mədənin kardial hissəsinin adenokarsinoması aşkarlanıb.

Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti kafi olub. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 160/90 mm. c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 80 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaq, epigastral nahiyyə ağrılıdır. EKQ normaldır.

Rentgen müayinəsi – kontrast maddə qida borusunun aşağı 1/3 hissəsində ləngiyir. Kardioezofageal sahədə qeyri-dəqiq konturlu dolma defekti izlənilir. Mədənin mənfəzi daralıb, kontrast maddənin postbulbar sahəyə evakuasiyası ləngiyir (şəkil 11.54).



Şəkil 11.54. Rentgenoqram. Qida borusu-mədə keçidində böyük ölçülü dolma defekti.

Kompüter tomoqrafiya müayinəsi – sulu kontrast maddə mədənin daralmış mənfəzində ləngiyir. Mədənin kardial hissəsi arxa divar nahiyyəsində xeyli qalınlaşıb, üzəri qeyri-hamardır (şəkil 11.55).

Ezofaqoskopiya – qida borusu-mədə keçidini qapayan qeyri-hamar səthli törəmə görünür (şəkil 11.56).

Mədənin kardial hissəsindən qida borusuna sirayət edən adenokarsinomanın olması təsdiqlənib və bu da cərrahi əməliyyata göstəriş olub.

Cərrahi əməliyyat – 02.03.2016-cı il tarixində xəstəyə ümumi ağrısızlaşdırma altında soltərəfli Osava-Qarlok



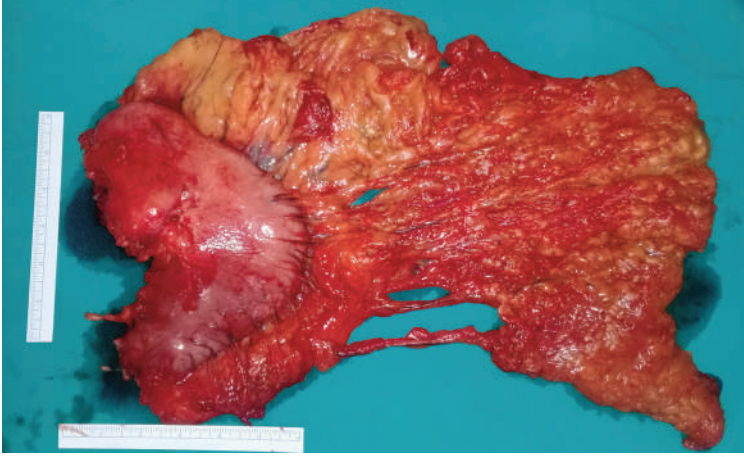
Şəkil 11.55. Kompüter tomoqrafiya. Mədənin dibinin və kiçik əyriliyinin divar qalınlaşması.



Şəkil 11.56. Endofoto. Mədə girəcəyindən qida borusuna qalxan törəmə.

kəsiyi ilə VI qabırğaarasından torakolaparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı mədənin kardial hissəsində onun cisminə və qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinə sirayət edən 10x8x7 sm ölçüdə bərk şiş aşkarlanıb. Mədənin divarı infiltrasiyaya uğrayıb və qalınlaşmış. Sol mədə arteriyası ətrafında və dalağın qapısında böyümüş limfa düyünləri aşkarlanıb. Sagital diafraqmotomiya icra edilib və qida borusunun aşağı 1/3 hissəsi aralanıb, tutqaca alınıb. Böyük piylik götürülməklə mədə bütün damar və bağı aparatından təcrid edilib. 12-barmaq bağırsağı kəsilərək, güdül formalaşdırılıb. Qida borusu kəsilib, mədə qida borusundan aralanıb. Dalağın parenximasında dəyişiklik olduğu üçün mədə dalaqla birlikdə götürülüb (total qastrektomiya, splenektomiya) (şəkil 11.57). Portal düyün götürülməklə 2D həcmdə limfodisseksiya edilib.

İlk nazik bağırsağı ilgəyi səviyyəsində onikibarmaq bağırsağı kəsilib, damar qövsü qorunmaqla nazik bağırsağı aralanıb sagital kəsikdən arxa orta divara keçirilib və sol plevra boşluğu tərəfdən sol aşağı ağıciyər venası səviyy-



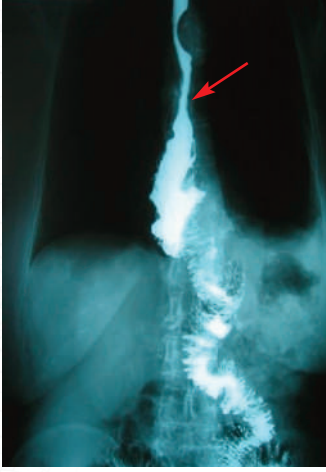
Şəkil 11.57. Böyük piyliklə birgə xaric edilmiş mədə.

yəsində qida borusu ilə nazik bağırsağın arasında uc-uca anastomoz yaradılıb. Nazoqastral zond anastomozdan nazik bağırsağa yeridilib. Onikibarmaq bağırsağın distal ucu ilə nazik bağırsağın acı bağırsağ hissəsi arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldıqdan sonra qarın boşluğu və sol plevra boşluğu drenajlanıb və cərrahi yara tikilib.

Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb, kafi vəziyyətdə evə yazılıb və kimyəvi preparatlar ilə müalicə tövsiyə olunub.

Əməliyyatdan 2 il sonra xəstə klinikaya dəvət olunub və rentgen-kontrast müayinə zamanı arxa orta divarda uc-uca qoyulmuş qida borusu-nazik bağırsağ anastomozunun ötürücülük fəaliyyəti qənaətbəxşdir. Residiv, daralma qeyd edilmir (şəkil 11.58).

Subkardial nahiyənin xərçəngi ilə 49 xəstədə orta yuxarı laparotomiya kəsiyi ilə qastrektomiya əməliyyatından sonra qida borusu ilə nazik bağırsağın arasında uc-yana anastomoz qoyulub.



Şəkil 11.58. Rentgenoqram. Total qastrektomiya əməliyyatından 2 il sonra uc-uca qoyulmuş qida-borusu nazik bağırsaq anastomozu.



Şəkil 11.59. Rentgenoqram. Qida borusu-mədə girəcəyi dolma defekti fonunda qeyri-hamar daralıb.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

45 yaşlı xəstə (kişi) A. 18.01. 2005-ci il tarixində qidanın çətin keçməsi, qara rəngli nəcis ifrazı, zəiflik, bədən çəkisinin azalması, iş qabiliyyətini itirməsi şikayətləri ilə Kliniki Tibbi Mərkəzə daxil olub.

Obyektiv müayinə zamanı dəri örtükləri avazıyıb. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm c. s. səviyəsidir, dili quru, qarnı yumşaq, epigastral nahiyyə ağrısızdır.

Rentgen müayinəsi zamanı kontrast maddə qida borusundan sərbəst keçir. Qida borusu-mədə keçidi qeyri-hamar daralıb. Dolma defekti fonunda kontrast maddə dar axınla mədəyə keçir (şəkil 11.59).

Kompüter müayinəsinə mədənin subkardial hissəsinin divarı xeyli qalınlaşmış (şəkil 11.60).

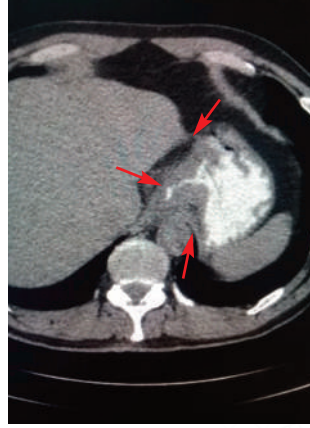
Endoskopik müayinə zamanı mədənin kardial hissəsində 4x5 sm ölçülü qanayan və xoralaşan sahə

aşkarlandı. Törəmə qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinə qədər yayılır. Biopsiya müayinəsi zamanı yüksək diferensiasiyalı adenokarsinoma diaqnozu təsdiqlənib (şəkil 11.61).

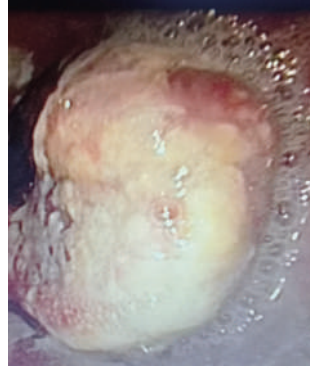
Mədə qanaxması ilə fəsadlaşmış mədənin qida borusuna sirayət edən şişi təcili cərrahi əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib.

Cərrahi əməliyyat –21.01. 2005-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında Osava-Qarlok kəsiyi ilə soltərəfli torakolaparotomiya icra edildi. Təftiş zamanı mədənin kardial hissəsində 5x7sm-lik ölçüdə bərk konsistensiyalı, hərəkətli, qida borusu-mədə keçidinə sirayət edən şiş aşkarlandı. Kiçik ayrılik boyunca böyümüş, bərk konsistensiyalı limfa düyünləri təyin edilir. Sagittal diafraqmotomiya icra edildikdən sonra böyük piylik, dalaq götürülmək şərtilə, qastrektomiya icra edilib (şəkil 11.62).

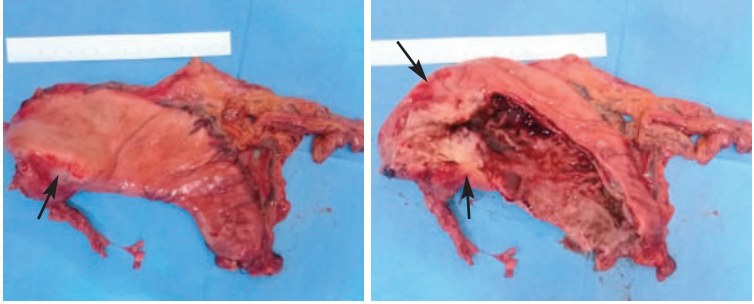
Portal limfa düyünləri götürülməklə 2-D limfodisseksiya aparıldı. Nazik bağırsağ ilgəyi uzun çöz ayaqcığının üzərində sagittal diafraqma kəsiyindən arxa orta divara keçirildi və qida borusu ilə nazik bağırsağ ilgəyi arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Bir qədər aşağıda ilgəklər arasında Braun anastomozu qoyuldu. Nazoqastral zond anastomozdan aparıcı ilgəyə keçirildi. Döş



Şəkil 11.60. Kompüter tomoqrafiya. Mədənin subkardial hissəsinin divarı qalınlaşıb və mənfüzi daralıb.



Şəkil 11.61. Endofoto. Qida borusu-mədə keçidi şiş toxuması ilə qapanıb.



a

b

Şəkil 11.62. Makropreparat: a) xaric edilmiş mədə böyük piylik ilə; b) kəsikdə mədə girəcəyini daraldan şişin daxildən görünüşü.

və qarın boşluğu drenajlandı və yara tikildi. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib, 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan qida qəbuluna başlayıb. 03.02.2005-ci il tarixində kafi vəziyyətdə evə yazılıb.

Əməliyyatdan 15 il sonra xəstə klinikada əməliyyat keçirən qohumunun yanına gəlib və təsadüfən ona böyük əməliyyat aparmış cərrahla (Ç.M.Cəfərovla) dəhlizdə rastlaşıb. Səmimi görüşüb və minnətdarlıq bildirərək deyib ki, hazırda heç bir şikayəti yoxdur, istədiyi qidanı rahat qəbul edir. Əmək fəaliyyətini davam etdirir.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusu ilə nazik bağırsağ arasında uc-yana qoyulmuş anastomozun ötürücülük fəaliyyəti çox yaxşı qiymətləndirilib. Gətirici və aparıcı ilgəklər normal kontrastlanmışdır (şəkil 11.63).

Kardioezofageal xərçəng ilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 125 xəstədən (Lüis-1, Qarlok-4 və qastrektomiya – 14 əməliyyatlarından sonra) 19 xəstə (10,5%) ölmüşdür. Ölümün əsas səbəbi anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı, mediastinit, plevrit, peritonitlə əlaqədar septik vəziyyət fonunda ürək-tənəffüs çatışmazlığı olub. Tikişlərin tutarsızlığı bir sıra səbəblərlə izah olunur:

– xəstəliyin inkişafa başladığı vaxtdan diaqnozun təsdiqlənməsinə və müalicə üsulunun seçilməsinə qədər ötən vaxtın çoxluğundan;

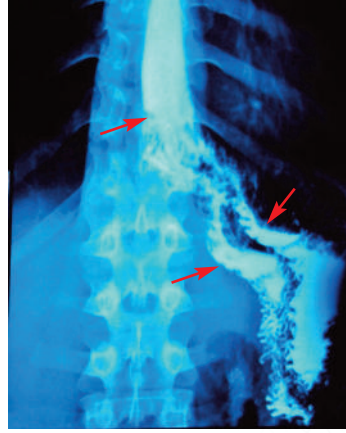
– xəstənin ümumi vəziyyətindən, disfagiya ilə əlaqədar alimentar çatışmazlığın dərəcəsindən, bədən çəkisinin itirilməsindən, regenerasiyanın və immun sisteminin zəifləməsindən;

– şişin ölçüsünün böyüklüyündən və orqanın bütün qatlarına sirayət etməsindən;

– 60-dan yuxarı yaş amilindən də asılıdır.

Kardioezofageal xərçəng ilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 125 xəstədən 106-sı əməliyyatdan sonra sağalaraq evə yazılıb. Bu xəstələr vaxtaşırı klinikada rentgen, KT və USM-dən keçiblər. Əməliyyatdan sonra yaşama müddəti 30 nəfərdə 1 il, 22 nəfərdə–2 il, 18 nəfərdə–3 il, 15 nəfərdə–4 il, 12 nəfərdə–5 il, 5 nəfərdə–6-18 il olub. 5 illik yaşama müddəti 15,2%, 5 ildən yuxarı isə 5% olub. Aparılmış müayinələrlə bu xəstələrdə uzaq dövrdə şişin residivi və metastazları təsdiqlənib və bir müddətdən sonra ölüm baş verib.

Müasir dövrdə qida borusu və kardioezofageal xərçəngin cərrahi müalicəsində şişin xaric edilməsinə və mədə borusu ilə əvəzlənməsinə üstünlük verilir. Ancaq bəzi xəstələrdə müəyyən səbəblərdən: mədənin xora xəstəliyi; mədə üzərində əvvəllər aparılmış əməliyyatlar



Şəkil 11.63. Rentgenoqram. Qastrektomiya əməliyyatından 15 il sonra uc-yana qoyulmuş qida borusu-nazik bağırsaq anastomozu və nazik bağırsaq ilgəkləri.

(*qastrostoma, mədə rezeksiyası*); şişin qida borusuna və mədənin böyük hissəsinə yayılması ilə əlaqədar plastik material kimi mədədən istifadə etmək qeyri-mümkün olur. Belə vəziyyətdə yoğun bağırsaqla plastikaya ehtiyac yaranır.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçənginə görə əməliyyatdan əvvəl 4 xəstədə mədədən plastik material kimi istifadə olunması qeyri-mümkün sayıldığı üçün yoğun bağırsaqla plastika aparılıb.

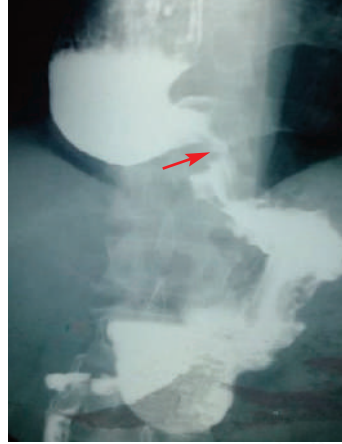
Kardioezofageal xərçəng ilə 4 xəstədə də yoğun bağırsaqla bir mərhələdə plastika edilib. Həmin xəstələrdən birində qastrektomiya əməliyyatı aparılıb və qida borusunun aşağı döş hissəsi rezeksiya edilib. Hazırlanmış yoğun bağırsaqla transplantaatının distal ucu nazik bağırsaqla ilgəyi ilə uc-yana anastomozlanıb və bundan sonra sağtərəfli torakotomiya icra edilib, transplantaatın proksimal ucu sagittal diafraqma kəsiyindən sağ plevra boşluğuna qaldırılıb və qida borusu ilə transplantaat arasında uc-uc anastomoz qoyulub.

Xəstələrdən 2-də qida borusunun subtotal və mədənin subkardial hissəsinin rezeksiyası icra edilib, yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika yerinə yetirilib. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixini nümunə kimi nəzərə çatdırırıq.

*52 yaşlı xəstə (kişi) M. 05.10.2017-ci il tarixində qida-
ni uda bilməməsi, qusma, ümumi zəiflik şikayətləri ilə kli-
nikaya daxil olub. O, 5 ildən artıqdır ki, özünü xəstə kimi
hiss edir. Almaniyada qida borusunun axalaziyası ilə əla-
qədar elastiki bujla genəltməyə təkrari cəhdlər olub.
Sonra isə xəstəyə Nissen üsulu ilə fundoplikasiya aparılı-
b. Əməliyyatdan sonra qanaxma ilə əlaqədar relaparo-
tomiya aparılıb. Təkrari əməliyyatdan sonra süzgəc açılıb
və xəstə uzun müddət xəstəxana şəraitində saxlanılıb. 3 il
sonra vəziyyətinin yaxşılaşmaması ilə əlaqədar Almani-
yada müalicədən imtina edərək, Bakıya qayıdıb. Son 1 ay
ərzində nəcisinin qara olmasını müşahidə edib.*

Endoskopla müayinə zamanı qida borusu-mədə keçidində qanayan xora aşkarlanıb. Klinikaya daxil olarkən vəziyyəti çox ağır olub. Dəri örtükləri avazımışdır. Arterial qan təzyiqi 90/50 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddində olub. Ağciyərləri üzərində sərt tənəffüs eşidilir. Qarının ön divarında orta xətt boyunca böyük T-vari çapıq qeyd edilir. Qarnı yumşaq, ağrısızdır.

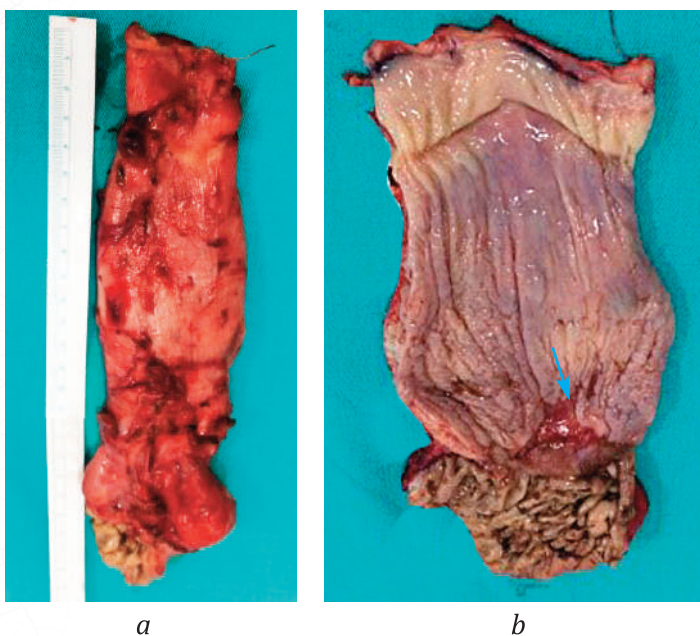
Rentgen müayinəsində qida borusu-mədə keçidinin çapıqlaşma və daralma yerindən yuxarıda qida borusunun mənfəzinin xeyli genəlməsi aşkarlanıb (şəkil 11.64). Qida borusunun mənfəzinin genəlməsi, qida borusu-mədə keçidinin daralması, həmin nahiyədə qanayan xora olması cərrahi əməliyyata göstəriş kimi dəyərləndirilib, xəstəyə təcili əməliyyat-qida borusunun xaric edilməsi və mədə ilə plastika təklif olunub. Qısa əməliyyatönu hazırlıqdan sonra xəstə əməliyyata götürülüb.



Şəkil 11.64. Rentgenoqram. Xeyli genəlmiş qida borusu və qida borusu-mədə keçidinin nahamar daralması.

Cərrahi əməliyyat – 07.10.2017-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğaarası sahədə sağtərəfli torakotomiya icra edilib. Qida borusu xeyli genəlib, divarı qalınlaşmış. Qida borusunun döş hissəsi ətraf toxumalardan aralandı və III döş fəqərəsi səviyyəsində kəsildi. Onun proksimal ucu bağlanıb boyuna itələndi, distal ucu isə orta divarda saxlanıldı və döş yarası tikildi. Xəstə arxası üstə çevrilib və yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Təftiş zamanı əməliyyatdansonrakı çapıqlar və tikişlər hesabına mədənin kardial və subkardial hissəsinin xeyli çapıqlaşması və qalınlaşması aşkarlanıb. Texniki çətinliklə sagital diafraq-

motomiya icra edildikdən sonra sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaq şərtilə mədə böyük və kiçik ayrılıqlar boyunca aralanıb. Keçirilmiş əməliyyatlardan sonra mədənin subkardial hissəsində venoz durğunluq və qan dövranının pozulması əlaməti aşkarlandı. Əməliyyatın gedişində mədə plastika üçün yararsız sayıldı. Aralanan qida borusu qarın boşluğuna endirildikdən sonra mədənin girəcəkkaltı hissəsi normal qan təchizatı hüdudunda rezeksiya edilib və qida borusu ilə birgə xaric edildi (şəkil 11.65 a,b).



Şəkil 11.65. Makropreparat: a) genəlmiş və xaric edilmiş qida borusu mədənin girəcəyi ilə birlikdə; b) qida borusunun mənfəzi açılmışdır və qida borusu-mədə keçidində selikli qışada xoralaşma səthi görünür (adenokarsinoma).

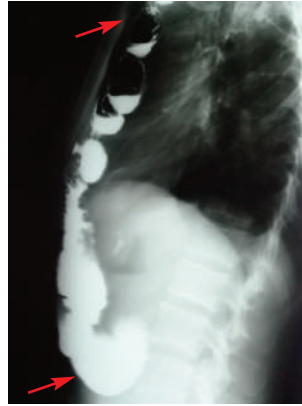
Mədənin qalan distal hissəsinin ölçüsü onu boyuna qaldırmağa imkan vermədiyi üçün orta çənbər bağırsağın arteriyası saxlanılmaq şərtilə, yoğun bağırsağdan 35 sm uzunluğunda transplantat hazırlandı. Yoğun bağırsağ anastomozu ilə həzm sisteminin tamlığı bərpa edildi. Yoğun ba-

ğirsaq transplantatı damar ayaqçığı üzərində kiçik piylikdən mədənin önünə keçirildi və transplantatın distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz qoyuldu. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel kəşik aparıb qida borusunun boyun hissəsi aralandı və yaraya gətirildi. Yoğun bağırsağ transplantatı döşsümüüarxası yolla ön orta divardan boyuna qaldırıldı və qida borusu ilə transplantat arasında təksirali tikişlə uc-uca anastomoz qoyuldu. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi, 5-ci gündən başlayaraq xəstə ağızdan rahat qida qəbul etdi və evə yazıldı.

Çıxarılmış preparatın histoloji tədqiqi zamanı qida borusu-mədə keçidində aşkarlanmış qanayan xorada orta diferensiasiyalı adenokarsinoma hüceyrələri aşkarlandı.

Əməliyyatdan 3 il sonra xəstə müayinə üçün klinikaya müraciət etdi, şikayəti yoxdur. İstədiyi qidanı asanlıqla qəbul edir. Bədən çəkisi artıb, əmək fəaliyyəti bərpa olunub. Rentgenkontrast müayinəsi zamanı döş sümüyü axrasında ön orta divarda yerləşmiş yoğun bağırsağ transplantatının fəaliyyəti qənaətbəxşdir (şəkil 11.66).

Daha geniş yayılmış kardioezofageal xərçəng ilə bir xəstədə qida borusunun subtotal rezeksiyası, qastrektomiya və yoğun bağırsaqla plastika icra edildi. Yoğun bağırsağ transplantatının distal ucu ilə qarında nazik bağırsağ ilgəyi arasında uc-yana anastomoz qoyuldu. Transplantatın proksimal ucu isə ön orta divardan boyuna qaldırılaraq qida borusu ilə



Şəkil 11.66. Rentgenogram. Döşsümüüarxası yerləşmiş və yoğun bağırsağdan formalaşdırılmış süni qida borusu.

uc-uca tikildi. Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən qısa çıxarış veririk.

57 yaşlı xəstə (kişi) N. 15.05.2009-cu il tarixində dis-fagiya, arıqlama, zəiflik, ət xörəklərinə qarşı ikrah hissi şikayətləri ilə klinikaya daxil oldu. Xəstənin dediyinə görə, 6 aydır xəstədir. Tədricən qidanın çətin keçməsinə hiss edib və vəziyyətini tənəki çəkməklə əlaqələndirib. Poliklinika şəraitində qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusunda daralma aşkarlanıb. Xəstə müayinə və müalicə üçün klinikaya göndərilib.

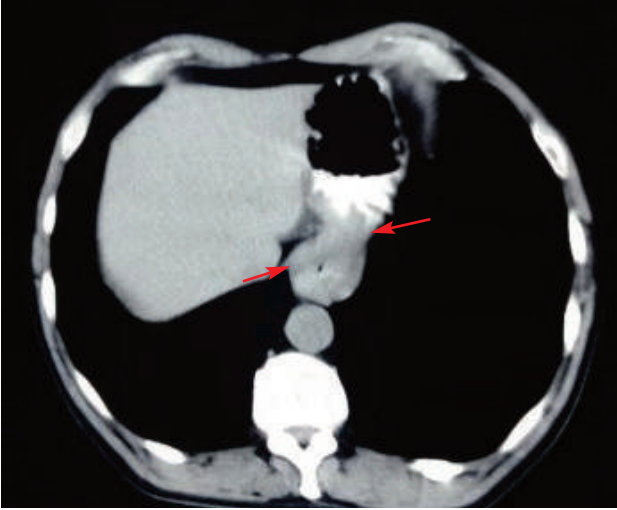
Xəstə klinikaya daxil olarkən vəziyyəti orta ağırlıqda olub. Dərialtı piy toxuması zəif, dəri örtüyü solğun rəngdə idi. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları aydın, arterial qan təzyiqi 130/90 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 90 vuruğu həddində, qarnı yumşaq və ağrısız idi.

Rentgen-kontrast müayinəsi zamanı qida borusunun aşağı 1/3 hissəsinin və mədənin subkardial hüdudlarının qeyri-bərabər qalınlaşması qeyd edilir.

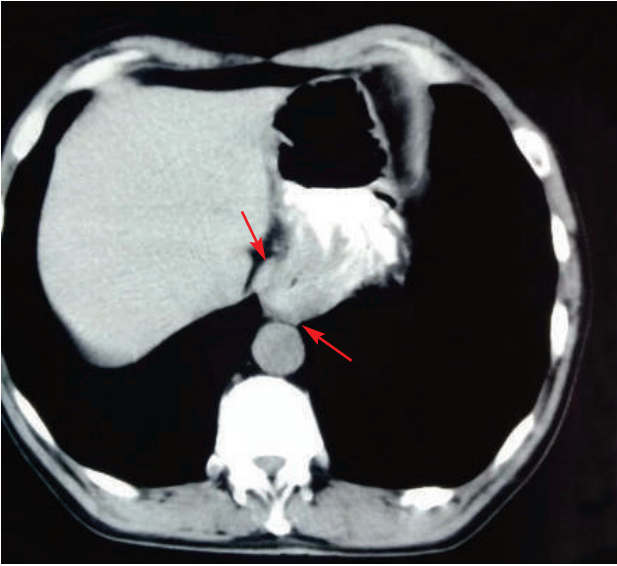
Kompüter tomoqrafiya zamanı qida borusu-mədə keçidinin mənfəzinin daralması və divarının qalınlaşması aşkarlanır (şəkil 11.67 a, b).

Kompleks rentgen, endoskopiya, kompüter müayinələri nəticəsində qida borusunun aşağı hissəsindən mədənin kardial və subkardial hissələrinə yayılmış şiş aşkarlandı.

Cərrahi əməliyyat – 16.05.2009-cu il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında V qabırğaarasından sağtərəfli torakotomiya icra edildi. Tək vena aralandı, bağlandı və kəsildi, plevra boylama açıldı. Qida borusunun yuxarı hissəsi aralanıb tutqaca alındı. Məlum oldu ki, bifurkasiya nahiyəsindən başlayaraq qida borusunun divarı diafraqma dəliyinə qədər xeyli qalınlaşıb, əllədikdə bərk konsistensiyalıdır və ətraflı limfa düyünlərinin böyüməsi müşahidə olunur. Qida borusu ətraf toxumalardan aralandı və II döş fəqərəsi səviyyəsində kəsildi. Onun proksimal ucu bağlanıb



a



b

Şəkil 11.67. Kompüter tomoqrafiya: a) qida borusunun aşağı 1/3-nin divarı qalınlaşmış və mənfəzi daralıb; b) mədənin subkardial hissəsinin divarı qalınlaşmış və mənfəzi daralıb.

boyuna itələndi və distal ucu bağlanıb orta divarda saxlanıldı. Genişləndirilmiş limfodisseksiya aparıldı, döş qəfəsi divarının yarısı tikildi.

Yuxarı-orta laparotomiya aparıldı. Təftiş zamanı məlum oldu ki, mədənin kardial və subkardial hissəsi, kiçik ayrıliyi xeyli qalınlaşıb, seroz örtüyü kobudlaşıb, sol mədə arteriyası ətrafındakı düyünlər böyüyüb. Onikibarmaq bağırsağın soğanağında ulduzabənzər çapıq hissə olunur. Nazik bağırsağın ilgəkləri köhnə qan ilə doludur.

Sagital diafraqmotomiyadan sonra qastrektomiya icra edilməsi qərara alındı. Mədə böyük və kiçik ayrılıq boyunca aralandı, onikibarmaq bağırsağ ulduzabənzər çapıqdan aşağı kəsildi, tikildi və güdül formalaşdırıldı. Qida borusu qarına endirilib mədə ilə birlikdə xaric edildi (ezofaqoqastrektomiya). Orta çənbər bağırsağın arteriyası üzərində yoğun bağırsağın sol yarısından transplantat hazırlandı.

Yoğun bağırsağın anastomozu ilə həzm traktının tamlığı bərpa edildi. Nazik bağırsağın ilk ilgəyi ilə transplantatın distal ucu arasında uc-yana, nazik bağırsağın ayaqcıqları arasında Braun anastomozu qoyuldu. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq kəsik aparıldı və qida borusunun boyun hissəsi aralanıb yaraya gətirildi. Yoğun bağırsağın transplantatı döşsü-müüarxası yolla ön orta divardan boyuna qaldırıldı və qida borusu ilə transplantat arasında uc-uca anastomoz qoyuldu.

Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçdi. Xəstə ağızdan rahat qida qəbul etməyə başladı və evə yazıldı. 6 ay sonra beynində metastazlar aşkarlandı.

Yoğun bağırsaqla plastika əməliyyatının çatışmayan cəhətləri:

- disfagiyası olan xəstələrdə yoğun bağırsağın əməliyyatını hazırlanması çətinlik törədir;
- yoğun bağırsağın özünün xəstəlikləri;

- əməliyyatın texniki çətinliyi;
- 4 anastomozun olması;
- transplantatın nekrozu baş verdikdə əməliyyatın arzuolunmaz nəticəsi (*plevradaxili, arxa və ön orta divarın irinli iltihabı*).

Üstünlükləri:

- yoğun bağırsağ transplantatının qısa yolla qida borusunun sağlam səviyyəsinə çatdırıla bilinməsi;
- transplantatla boyun-udlaq səviyyəsində anastomozun yaradılmasının mümkünlüyü.

Kardioezofageal xərçəng şişinin inkişafa başladığı dövrdən cərrahi müalicə aparılana qədər ötən müddətdə şiş hüceyrələri qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinin, mədənin kiçik əyriliyi, arterial kötük, sol mədə arteriyası və ümumi qaraciyər arteriyası ətrafı limfa düyünlərinə yayılır.

Şişin inkişafı davam etdikcə şiş hüceyrələri qida borusu ətrafı aşağı orta divardakı limfa düyünlərinə də keçir. Metastazın orta divar limfa düyünlərinə yayılması şişin qida borusu divarı boyunca dərin qatlara sirayət etməsindən asılıdır.

II tip kardioezofageal xərçəngin inkişafında əvvəlcə şiş qida borusunun diafraqmaaltı hissəsinə, vaxt ötdükcə isə onun diafraqmaüstü hissəsinə yayılır.

I tip kardioezofageal xərçəngli xəstələrdə birmərhələli yuxarı-orta laparotomiya kəsiyi görmə nəzarəti altında, sağ mədə-piylik və sağ mədə arteriyaları saxlanılmaq şərtilə, mədəni qarın boşluğundan aralamaya, kiçik əyrilik, sol mədə, ümumi qaraciyər arteriyası və qarın venası üzərindən limfa düyünlərini xaric etməyə, mədədən geniş boru hazırlamağa, seroz qışaaltı pilorotomiya icra etməyə, sağtərəfli torakotomiya kəsiyi isə qida borusunun aşağı orta döş hissəsini aralamaya, traxeya, bifurkasiyaətrafı, qida borusu yanı limfa düyünlərini xaric etməyə, qida borusunu sağlam divar hüdu-

dunda kəsərək, mədə borusunu döşə qaldıraraq plevra-daxili uc-yana *Lüis* tipli qida borusu-mədə anastomozu qoymağa imkan verir.

II tip kardioezofageal xərçəngdə soltərəfli müstərək torako-laparotomiya kəsiyi ilə vizual olaraq qida borusunu aorta qövsünə qədər aralamaq, bifurkasiyaaltı, baş bronxlararası, aşağı orta divar limfa düyünlərini çıxarmaq, qarındaxili (*kiçik əyrilik boyunca sol mədə, ümumi qaraciyər arteriyaları və qapı venasiüstü*) limfa düyünlərini xaric etmək, qastrektomiya, yaxud qida borusunun aşağı hissəsini və mədənin subkardial hissəsini rezeksiya etmək, böyük əyrilik hesabına formalaşdırılmış borunu yuxarı, arxa orta divara qaldıraraq qida borusu ilə mədə borusu arasında anastomoz yaratmaq mümkündür.

III tip kardioezofageal xərçəngdə laparotomiya və sagital diafraqma kəsiyi ilə vizual olaraq qida borusunun aşağı döş hissəsi aralanmalı, bifurkasiyaaltı, qida borusu ətrafı, diafraqmaüstü, qarının yuxarı mərtəbəsində limfa düyünləri xaric edilməli və mədə bütövlükdə çıxarılmalı (*qastrektomiya*), sol aşağı ağciyər venası səviyyəsində qida borusu ilə nazik bağırsağ arasında uc-uca anastomoz yaradılmalıdır.

Qida borusu və kardioezofageal xərçəngin əmələ-gəlmə səbəbləri (*etiologiyası*) hələlik məlum deyil. Epitel örtüyünə qıcıqlandırıcı təsirlərin şişin əmələ gəlməsində rolu vardır. Yastıhüceyrəli xərçəng şişi daha çox qida borusunun döş hissəsində, adenokarsinoma isə borunun aşağı döş hissəsində və kardioezofageal nahiyədə inkişaf edir. Şiş böyüdükcə disfagiya (*qidanın keçməməsi*) başlayır, 40–50% hallarda metastaz verir. Çox təəssüf ki, kardioezofageal xərçəngin diaqnozunun erkən qoyulması xeyli çətindir. Gecikmiş olsa da, diaqnoz kompleks anamnez məlumatları, endoskopiya, rentgen və kompüter tomoqrafiya müayinələri ilə aşkarlanır.

Müasir dövrdə qida borusu xərçənginin müalicəsinə 3 növ yanaşma mövcuddur:

– yalnız bir müalicə növü (*cərrahi, kimyəvi preparatlarla, şüa təsiri*);

– müştərək (*cərrahi-kimyəvi dərmanlarla – şüa təsiri*) üsulla müalicə;

– palliativ müalicə; mümkün qədər təbii yolla qida qəbulunun təmini (*stentin yerləşdirilməsi*).

Cərrahi əməliyyatın aparılması mümkün olmayan xəstələrdə yalnız şüa, yaxud kimyəvi preparatlarla müalicə aparılmalıdır.

Qida borusunun boyun və yuxarı döş hissəsinin xərçənginin cərrahi müalicəsi çətinidir və belə xəstələrin müalicəsində şüa terapiyasına üstünlük verilməlidir.

Qida borusu xərçənginin cərrahi müalicəsi bir və ikimərhələli bərpa əməliyyatları ilə aparılır. İkimərhələli əməliyyata *Torek əməliyyatı* aiddir. Birinci mərhələdə qida borusu xaric edilir, müvəqqəti qastrostoma və ezofaqostoma qoyulur. İkinci mərhələdə mədə, yaxud yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika əməliyyatı icra olunur. Əgər xəstəlik güclənərsə və metastazlar yaranarsa, əməliyyatın ikinci mərhələsi az qrup xəstələrdə icra olunur. Hazırda birmərhələli bərpa əməliyyatlarına üstünlük verilir.

Qida borusunun aşağı döş hissəsinin xərçəngində qarın və sağ torakotomiya kəsiyindən *Lüis* tipli əməliyyat-laparotomiya, qarındaxili limfodisseksiya, torakotomiya, orta divar limfodisseksiyası, plevradaxili qida borusu-mədə anastomozunun qoyulması onkoloji tələblərə cavab verir.

Qida borusunun orta və aşağı döş hissəsinin xərçəngində orta laparotom, sagittal diafraqma və boyun kəsiklərindən qida borusunun boyun hissəsinə qədər rezeksiyası (*subtotal*) və mədənin böyük ayrılıyından hazırlanmış boru ilə plastika əməliyyatı geniş tətbiq olunur. Ancaq bu kəsiklərdən əməliyyatın icrası tam döşdaxili limfodisseksiyası aparmağa imkan vermir.

Qida borusunun döş hissəsinin xərçəng şüşində sağ-tərəfli torakotomiya, yuxarı orta laparotomiya və boyun

kəsilərindən onun xaric edilməsi geniş döş və qarın-daxili limfodisseksiya aparılması və mədənin böyük əyriliyindən hazırlanan transplantatla əvəzlənməsi onkologiyanın və cərrahiyyənin bütün tələblərinə əməl etməyə şərait yaradır.

Son illərdə biz qida borusu və kardioezofageal xərçəngin müalicəsində müştərək cərrahi və əməliyyatdan sonra kimyəvi preparatlarla müalicəyə üstünlük veririk. Əməliyyat zamanı şiş toxuması orqanın divarı və ətraf limfa düyünləri ilə birgə götürülür. Ancaq qalan toxumalarda şiş hüceyrələrinin varlığını təyin etmək qeyri-mümkün olduğu üçün onları məhv etmək məqsədilə biz bir qayda olaraq, əməliyyat keçirmiş xəstələrə kimyəvi preparatlarla müalicə aparırıq.

Qida borusu və kardioezofageal xərçəngin müalicəsinin nəticələri xəstəliyin erkən aşkarlanmasından, inkişafa başladığı müddətdən, şişin yerləşməsindən, ölçüsündən, ətraf toxumalara sirayətindən, bədənin ümumi vəziyyətindən və alimentar çatışmazlığın dərəcəsindən asılıdır. Qida borusunun döş hissəsinin xərçəngi ilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış və bizim nəzarətimiz altında olan 135 xəstədə ölüm halı – 9%, 5 illik yaşama müddəti – 20% təşkil etmişdir. Kardioezofageal xərçənglə olan xəstələrdə isə əməliyyatdan sonrakı ölüm halı – 15,7%, 5 illik yaşama müddəti – 17% olmuşdur.

XII FƏSİL DİAFRAQMANIN QIDA BORUSU DƏLİYİNİN YIRTIĞI, REFLÜKS-EZOFAĞİT

Diafraqmanın qida borusu dəliyindən seroz qişa ilə örtülmüş qarın boşluğu orqanlarından hər hansı birinin, daha çox da mədənin arxa orta divara keçməsinə *diafraqma yırtığı* deyilir. Bu yırtıqlar *anadangəlmə* və *qazanılmış* olur.

Qazanılmış yırtıqlar – döş qəfəsinin açıq və qapalı zədələnmələrində diafraqmanın tamlığının pozulması nəticəsində törənir. Diafraqmanın cırılmış yerindən qarın boşluğu orqanları döş boşluğuna doğru yerini dəyişir (*şəkil 12.1, 12.2*).

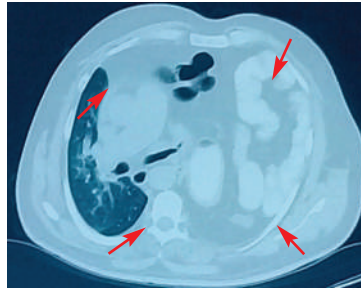
Anatomik quruluşuna görə *anadangəlmə* yırtıqlar iki qrupa bölünür: *qidaborusuyanı* və *sürüşən*.

Qida borusu yanı yırtıqlar əksər hallarda *recessus pneumoentericusun* qapanmaması nəticəsində yaranır.

Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtıqları hər yaşda, həm də kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox



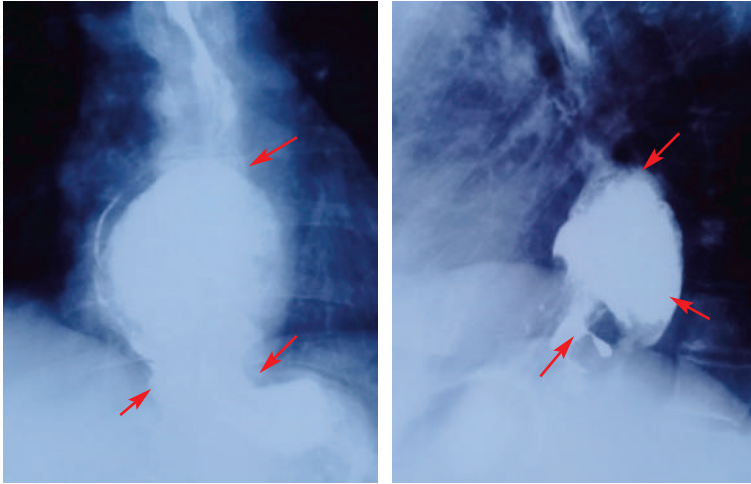
Şəkil 12.1. Rentgenoqram. 7 yaşında ikən döş qəfəsinin əzilməsinə məruz qalan 45 yaşlı qadında formalaşan qazanılmış diafraqma yırtığı. Mədənin dibi arxa orta divara doğru yerini dəyişib.



Şəkil 12.2. Kompüter tomoqrafiya. Qazanılmış travmatik diafraqma yırtığı. Qarın boşluğu orqanları sol plevra boşluğuna yerini dəyişmişdir. Orta divar sağa meyillənmişdir.

müşahidə olunur. Bəzən bu yırtıqlar mədə-bağırsaq sistemi orqanlarının və ağciyərlərin xroniki xəstəlikləri ilə müştərək yaranır. Diafraqmanın qida borusu dəliyinə yırtığı onun qida borusu və azan sinirlər keçən, ilgək törədən sağ ayaqcığı hesabına formalaşır. Güman olunur ki, qida borusu diafraqma dəliyinə əzələ və fibroz bağlarla təsbit olunur. Qaraciyərin sol payı və diafraqmaaltı piy toxuması qarın boşluğu orqanlarının arxa orta divara keçməsinin qarşısını alır. Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtıqlarının törənməsində bədənin ümumi əzələ tonusunun enməsinin, qarındaxili təzyiğin yüksəlməsinin, qida borusunun boylama təqəllüsünün yüksəlməsinin və nəfəsalma zamanı döşdaxili mənfi təzyiğin yaranmasının böyük rolu vardır. Bu dəyişikliklər yaşlılarda, piylənməyə meyillilərdə, hamilələrdə daha çox müşahidə olunur.

Qida borusu yanı yırtıqlarda yalnız mədənin dibi arxa orta divara keçir. Qida borusu mədə-keçidi isə öz yerində qalır (şəkil 12.3, a, b).



a

b

Şəkil 12.3. Rentgenoqram. Qida borusu yanı yırtıq:
a) ön – arxa və b) yan görünüşü.

Vaxt ötdükcə qida borusu yanı yırtıqlar böyüyür. Mədənin dibinin arxa orta divara keçməsi böyüdükcə qida borusu diafraqma zarı boşalır və qida borusu-mədə keçidi də mədənin dibi ilə birgə arxa orta divara keçir (şəkil 12.4). Diafraqma dəliyindən mədənin çıxacaq hissəsinin də arxa orta divara yerdəyişməsi mümkündür.

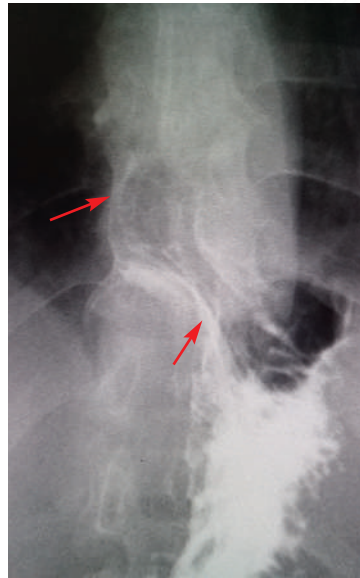


Şəkil 12.4. Rentgenoqram. Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı. Mədə arxa orta divara doğru yerini dəyişib.

Sürüşən yırtıqlardan fərqli olaraq qida borusu yanı yırtıqlar boğulmaya meyillidirlər.

Anadangəlmə sürüşən yırtıqlar diafraqmanın qida borusu dəliyi nahiyəsində mədənin, qida borusunun, diafraqmanın bağ aparatının inkişaf qüsuru ilə əlaqədar yaranır (şəkil 12.5). Anadangəlmə yırtıqlar qazanılmış yırtıqlardan fərqli olaraq uşaq yaşlarında müşahidə olunur.

Sürüşən yırtıqlar qida borusunun qısalması ilə təzahür edir. Bu zaman qida borusu mədə-keçidi diaf-



Şəkil 12.5. Rentgenoqram. Diafraqmanın qida borusu dəliyinin sürüşən yırtığı.



Şəkil 12.6. Rentgenoqram.
Anadangəlmə qısa qida
borusu. Mədənin dibi arxa
orta divarda yerləşib.

titdən əzab çəkən xəstələrdə azan sinirin qıcıqlanması hesabına qida borusunun boylama əzələlərinin yığılması nəticəsində törənir. Bu yığılma funksional və üzvi dəyişikliklər mərhələləri ilə davam edir.

Qarışıq yırtıqlar – qida borusunun qısalması ilə müşayiət olunan yırtıqlar dartıcı, qida borusunun qısalması olmayan yırtıqlar isə *vurğulu-dartıcı* mənşəli olurlar.

Diafraqmanın qida borusu dəliyinin *sürüşən yırtıqları* daha çox qida borusu-mədə keçidinin qarpayıcı əzələlərinin çatışmazlığı ilə əlaqədar turş mədə möhtəviyatının qida borusuna qalxıb iltihaba səbəb olması ilə təzahür edir (*reflüks ezofagit*).

Reflüks ezofagit – qida borusuna qalxan turş mədə şirəsinin təsirindən selikli qişada və bütövlükdə divarda törənən iltihabi dəyişikliklər bir sıra səbəblərlə əlaqədar olaraq törənir:

raqma səviyyəsindən 4 sm, bəzən daha hündürdə yerləşir (şəkil 12.6). Törənmə səbəblərinə görə sürüşən yırtıqlar 3 qrupa bölünür: *vurğulu, dartıcı və qarışıq*.

Vurğulu yırtıqların yaranmasında birləşdirici toxumanın fərdi zəifliyinin, yaşla əlaqədar geriyə inkişafının, eləcə də qarındaxili təzyiqin (*hədsiz qida qəbulu, piylənmə, hamiləlik, assit, qəbizlik*) artmasının rolu vardır.

Dartıcı yırtıqlar – mədə xorasından, xroniki xolestitdən

– diafraqma dəliyinin qısa qida borusu ilə sürüşən yırtıqlarında qida borusunun selikli qişasının çoxlu miqdarda turş mədə şirəsinin təsirinə məruz qalması ilə;

– mədə çıxacağıının xora mənşəli daralmasının diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı ilə birgə olması ilə;

– mədə rezeksiyasından sonra mədə-bağırsaq anastomozundan ödün mədəyə axması və oradan da qida borusuna qayıtması (*qələvi reflüks ezofagit*) ilə;

– çoxsaylı qusmalarla (*əməliyyatdan sonra, hamiləlik toksikozu*);

– burundan yeridilən zondun uzun müddət mədədə saxlanması ilə.

Turş mədə möhtəviyyatının qida borusuna qalxıb iltihaba səbəb olması, qida borusu-mədə keçidinin büzücü halqavarı əzələlərinin fəaliyyətinin pozulması nəticəsində yaranır. Bu pozulma, çox güman ki, turş mədə şirəsinin təsirindən selikli və selikliqişaalı qatda yerləşən sinir liflərində törənən distrofik dəyişikliklərlə əlaqədardır.

Normal quruluşlu qida borusu-mədə keçidi qapanma kimi mühüm fizioloji fəaliyyətə malikdir. Bu fəaliyyət qida borusunun aşağı hissəsinin halqavarı əzələləri ilə tənzimlənir (*vestibulum gastroesophageale*). Bundan əlavə iti *Hiss bucağının*, ona müvafiq selikli qişa büküşünün (*Qubaryev qapağı*) və *Hiss bucağı* zirvəsindən keçən əzələ dəstələri də (*Villis ilgəyi*) qapanma fəaliyyətində iştirak edir.

Diafraqmanın qida borusu dəliyi yırtıqlarında udma refleksinə müvafiq qida borusu-mədə keçidi arxa orta divara keçir, *Hiss bucağı* açılır və keçidin qapanma fəaliyyəti pozulur. Halqavarı əzələlərin tənzimləmə fəaliyyətinin pozulması ilə əlaqədar *vestibulum gastroesophageale* turş mədə möhtəviyyatının qida borusuna qayıtmasının qarşısını

ala bilmir. Tədricən qida borusu-mədə keçidinin fəaliyyəti tam pozulur və turş mədə şirəsi qida borusuna axıb iltihab əlamətlərinə: qızartıya, eroziyaya, səthi xoralara, qansızmalara və nəhayət, daralmaya səbəb olur. Turşu təsirindən daralmanın inkişafında mədənin selikli qişasının qida borusunun aşağı hissəsinə yayılmasının da əhəmiyyəti vardır. 1957-ci ildə *N.Barret* qida borusunun aşağı hissəsinin silindrik epitel hüceyrələri ilə örtülməsini aşkarlamışdır (*Barret sindromu*). *Barret sindromunun* anadangəlmə və qazanılmış olması haqda nəzəriyyələr mövcuddur.

Anagəlmə nəzəriyyələrə görə embrionda qida borusunun selikli qişası da silindrik epitelə örtülür, sonralar onun aşağı hissəsinin yastı epitelə əvəzlənməsi tam başa çatmır.

Qazanılmış nəzəriyyəyə görə silindrəbənzər epitelin qida borusuna keçməsi 3 yolla:

- mədənin silindrik epitelinin qida borusuna yayılması;
- yastı epitelin metaplaziyası;
- qopmuş epitelin yerində silindrik epitelin qida borusu vəzlərinin səthlərindən yenidən inkişafı ilə mümkündür.

Qida borusu-mədə keçidinin fizioloji qapanma fəaliyyətinin pozulması ilə əlaqədar turş mədə şirəsi qida borusuna qayıdıb onun yastı epitel örtüyünü dağıdır, əzələ qatı üzərində olan vəzilər isə turşu təsirinə dözümlüdür. Belə halda selikli qişanın yenidən bərpası həmin vəzilərdən qaynaqlanır. Turş mədə şirəsi təsirindən qida borusunun selikli qişasında törənən iltihab əlamətləri – *yüngül, orta və ağır* dərəcələrə bölünür.

Yüngül dərəcədə – selikli qişada qızartı və ödem yaranır.

Orta ağırlıq dərəcəsi – selikli qişada eroziyaların yaranması ilə fərqlənir.

Ağır dərəcə – selikli qışada kobud dəyişikliklər, qansızma ocaqları, fibrinlə örtülmüş xoralar müşahidə olunur. Selikli qışa tamamilə dağıla bilir, çapıqlaşmaya meyillilik yaranır.

Proses davam etdikcə qida borusunda qısa və uzun daralmalar yaranıb disfagiya ilə özünü büruzə verir. Qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığının kliniki gedişi turş gəyirmə, mədə qıvcırməsi, qarınüstü nahiyədə ağrılar, qidanın geriyə qayıtması əlamətlərilə təzahür edir. Az təsadüf olunmayan əlamətlərdən biri də nəcisin müayinəsi ilə aşkarlanan gizli qanaxmadır (*Qregersen reaksiyası ilə aşkarlanır*). Bəzən eroziyaya uğramış və xoralaşmış səthdən güclü qanaxmalar müşahidə olunur.

Daha çox müşahidə olunan qidanın keçməməsi əlaməti qida borusunun divarında uzun müddət davam edən iltihabın nəticəsidir. Tədricən və daim artan qidanın keçməzliyi qida borusunun daralması üçün səciyyəvi əlamətdir (*disfagiya*). İnkişaf edən daralma turş mədə möhtəviyyətinin qida borusuna qayıtmasının qarşısını alır, ancaq disfagiyanı gücləndirir.

Diafraqmanın qida borusu dəliyinin sürüşən və qida borusu yanı yırtıqlarının diaqnozunun təsdiqlənməsində *ezofaqoqastroduodenoskopiya* və *rentgen-kontrast* müayinə xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Daha çox müşahidə olunan qida borusu yanı dib yırtıqlarında qida borusu-mədə keçidi öz yerində – diafraqmanın altında qalır, ancaq mədənin dibi arxa orta divara keçir. Bu zaman kontrastsız rentgen müayinəsində ürəyin kölgəliyi arxasında üzərində qaz qovucluğu olan maye səviyyəsi görünür.

Mədə və bağırsaqlar kontrast maddə ilə dolduqca yırtıqların digər növləri də aşkarlanır.

Qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığı olan xəstələrdə şaquli vəziyyətdə icra olunmuş rentgen kontrast

müayinədə kontrastın qida borusu boyunca geriyə qayıtması görünür. Qarınüstü nahiyəyə aşağıdan rentgen aparatının sıxıcısı ilə təsir etdikdə qarındaxili təzyiqin artması hesabına kontrastın qida borusuna qayıtması daha da güclənir. Xəstəyə Trendelenburq vəziyyəti verdikdə sürüşən yırtıqlar asanlıqla aşkarlanır. Mədənin girəcəyi diafraqmadan yuxarıda qısa qida borusu ilə birləşir. Qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığında turş mədə möhtəviyyatının təsirindən törənmiş iltihab nəticəsində daralmaların yeri və ölçüsü rentgen kontrast müayinə ilə təyin edilir. Daralmış nahiyədə qida borusunun selikli qışası ödemli, kobud, səthi nahamar, bəzən kontrast ləngiyən taxça əlaməti görünür.

Qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığında turş mədə möhtəviyyatının təsirindən selikli qışada törənən dəyişikliklərin görmə ilə aşkarlanmasında ezofaqoqastro-duodenoskopiya əvəzsiz əhəmiyyətə malikdir. Baxış zamanı qida borusu boyunca selikli qışanın vəziyyəti, keçidin qapanmaması, mədə şirəsinin qida borusuna qayıtması görünür. Selikli qışada eroziya, ərplə örtülmüş, xoralamış səthlər, qansızma, qanaxmaya meyilli ocaqlar, onların yerləşdiyi səviyyə, ölçüsü dəqiqləşdirilir. Qida borusunun daralmasının səviyyəsi, diametri, uzunluğu təyin edilir. Şübhəli hallarda müayinə üçün toxuma tikələri (*biopsiya*) alınır.

A.F.Çernousov (1973) tərəfindən reflüks ezofagitin endoskopik təsnifatı təklif olunmuş və o bu patologiyayı 4 dərəcəyə bölmüşdür.

Yüngül dərəcə – qida borusu bir qədər genişlənir, selikli qışa büküşləri qalınlaşır, aşağı hissədə ödem, yüngül qızartı, keçidin fasilələrlə qapanmaması və mədə şirəsinin qida borusuna qayıtması ilə müşayiət olunur.

Orta dərəcə – qida borusu geniş, aşağı hissədə nəzərə-carpacaq dərəcədə qızartı və ödem, keçidüstü nahiyədə

eroziyalar, qansızmaya meyillilik, keçidin qapanmaması və mədə şirəsinin qida borusuna axması ilə seçilir.

Ağır dərəcə – qida borusu xeyli genişlənilir. Orta hissədən başlayaraq selikli qişada güclü qızartı, ödem, epitel örtüyünün dağılması, fibrinlə örtülmüş eroziya səthləri, keçidin daim açıq qalması və mədə şirəsinin qida borusuna axması davam edir.

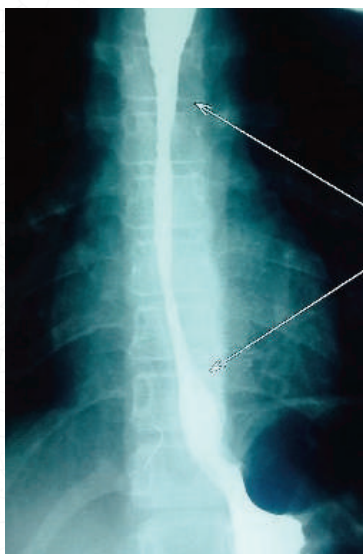
Peptik daralma – qida borusunun orta və aşağı hissələrində qısa və davamlı olur.

Esofagomanometriya – fizioloji qida borusu-mədə keçidinin mənfəzində yüksək təzyiqin olması və cüzi turş mədə şirəsinin qida borusuna qayıtmasını təyin etmək imkanı verir.

Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı və qida borusu-mədə keçidinin qapanma fəaliyyətinin pozulması ilə bizim nəzarətimiz altında 105 xəstə olub. Kompleks endoskopiya, rentgen-kontrast, kompüter tomoqrafiya müayinə üsulları ilə 25 xəstədə qida borusu yanı yırtıq diaqnozu qoyulmuş və cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Laparotom kəsiklə mədə qarın boşluğuna endirilmiş və yırtıq qarısı tikilmişdir. Sürüşən yırtıq və qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığı 80 xəstədə aşkarlanıb.

Konservativ müalicə 80 xəstədən 56-da aparılıb. Qida borusunun aşağı döş hissəsində turş mədə şirəsinin təsirindən güclü turş gəyirmə, mədə qıçqırması, epigastral nahiyədə ağrılarla əlaqədar digər 24 xəstədən 15-də selektiv proksimal vaqotomiya və fundoplikasiya aparılıb. Qida borusunun divarında illərlə davam edən turş mədə şirəsinin təsirindən iltihabi proses nəticəsində disfagiyaya səbəb olan müxtəlifölçülü daralma 9 xəstədə aşkarlanıb (*şəkil 12.7*).

Bu xəstələr anamnezlərində kimyəvi aşındırıcı qəbulunu tam inkar etdikləri üçün onlarda daralmanın qeyri-yanıq mənşəli – turş mədə möhtəviyyətinin təsirindən



Şəkil 12.7. Rentgenoqram. 9 yaşlı qız uşağında qida borusunun orta hissəsində turş mədə şirəsi təsirindən daralma.

törənməsi diaqnozu qoyuldu. Bu xəstələrdən 7-si (3–14 yaşında) uşaq, 2-si isə 26–30 yaşlı şəxslər olub.

Qida borusunun turş mədə möhtəviyyatının təsirindən törənmiş daralmaları olan 7 uşaqdan 5-də mədə ilə plevraxili plastika aparılıb.

Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

10 yaşlı xəstə (qız) K. 04.08.2011-ci il tarixində Kliniki Tibbi Mərkəzə disfagiya, fiziki inkişafdan qalma, zəiflik, halsızlıq şikayətləri ilə daxil olub.

Uşaq körpələr evindən himayəyə götürülüb. Uşağı himayəyə götürmüş qadın son 2 ildə uşağın yediyini qusduğunu deyirdi. Uşaq yalnız maye şəklində olan qidalarla qidalanır, qida qəbul etmədikdə qusma olmur. Uşağın himayədarı müxtəlif klinikalara müraciət etmiş və uşağa yalnız venadaxili infuziyalarla köməklik göstərilməmişdir. Klinikaya daxil olarkən uşağın huşu aydın, vəziyyəti ağır olub. Dərialtı piy təbəqəsi yox dərəcəsidədir. Dəri və selikli qişaları solğundur. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Ürək tonları karlaşıb, arterial qan təzyiqi 90/60 mm c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Uşaqda həm də B hepatiti aşkarlanıb. Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində mənəfin xeyli daralması və kontrast maddənin nazik axınla

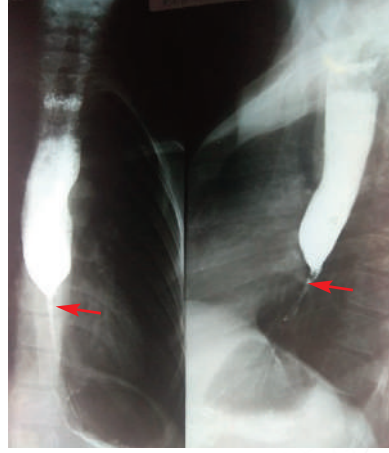
mədəyə keçməsi qeyd edilir (şəkil 12.8. a, b). Anamnezində heç bir aşındırıcı maye qəbulu olmadığı üçün uşaqda “Qida borusunun inkişaf qüsuru” fonunda peptik daralması diaqnozu qoyulub.

Qida qəbulunun çətinləşməsi, alimentar çatışmazlıq cərrahi əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib.

Uzunmüddətli əməliyyatözü hazırlıqdan sonra uşaq cərrahi əməliyyata alınıb.

Cərrahi əməliyyat –

10.09.2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yuxarı-orta laparotomiya aparıldı. Sagital diafraqmotomiya edildi və qida borusu tutqaca götürüldü, sağ mədə-piylik arteriyası saxlanılmaqla mədə bütün damar və bağ aparatlarından ayrıldı. Kardial hissə UKB-40 aparatı ilə tikildi. Mədə qida borusundan aralandı. Subseroz pilorotomiya icra edildikdən sonra qarnın ön divarının yarası tikildi. Sağtərəfli yan torakotomiya V qabırğaarası sahədə icra edildi. Arxa orta divar plevrası açıldı. Qida borusunun daralmış hissəsi ətraf toxumalardan aralanıb sağlam mənfəz səviyyəsində rezeksiya edildi. Mədə plevra boşluğuna gətirildi və qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Döş boşluğu drenajlandı və döş qəfəsi yarası tikildi. Əməliyyatdansonrakı dövrdə 4-cü gündən başlayaraq xəstədə sağtərəfli pnevmoniya, tənəffüs çatışmazlığı yarandı. Konservativ tədbirlərdən sonra uşağın vəziyyəti yaxşılaşdı və o, 7-ci sutkadan başlayaraq sərbəst qida qəbuluna başladı. 29.09.2011-ci il tari-



a

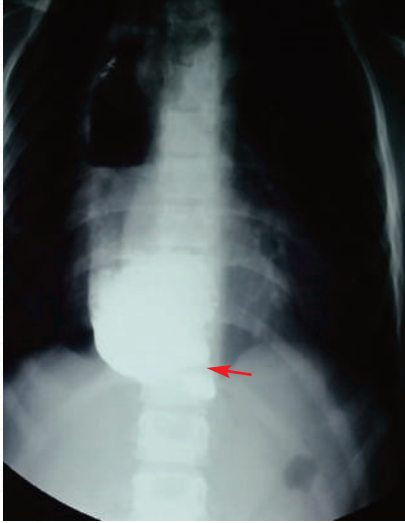
b

Şəkil 12.8. a, b. Rentgenoqram.

Qida borusunun turş mədə şirəsi təsirindən daralması:

a) ön – arxa və b) yan görünüşü.

xində xəstə kafi vəziyyətdə evə yazıldı. Əməliyyatdan 2 həftə sonra təkrari qusmalarla 13.10.2011-ci il tarixində



Şəkil 12.9. Rentgenoqram. 6 saatdan sonra kontrast maddə mədədən onikibarmaq bağırsağa keçmir.

uşaq yenidən klinikaya qəbul edildi.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı kontrast maddənin mədədən onikibarmaq bağırsağa keçməzliyi aşkarlandı (şəkil 12.9).

3–6 saat ərzində təkrar rentgen müayinəsinə kontrast maddənin mədədə qaldığı təsdiqləndi.

Xəstəyə subseroz pilorotomiya aparılmasına baxmayaraq, əməliyyatdan sonra pilorostenoz törənməsinə şübhə yaranmışdır.

13.10.2011-ci il tarixində təcili əməliyyat-relaparotomiya zamanı, qaraciyərin sol payının diafraqma dəliyinə yaxın yerdə yapışmış mədənin pilorik hissəsini sıxdığı aşkarlanmışdır. Qaraciyər və bitişmələr aralandıqdan sonra mədə-onikibarmaq bağırsağa keçidi nahiyəsində 2 sm uzunluğunda boylama kəsiklə-pilorotomiya aparıldı və köndələn tikilməklə keçid xeyli genişləndirildi, qarın yarası tikildi. Əməliyyatdan sonra 3-cü sutkadan başlayaraq uşaq sərbəst qida qəbuluna başlayıb, qusma bir daha təkrarlanmayıb.

15.11.2011-ci il tarixində uşaq yaxşı vəziyyətdə evə yazıldı.

Əməliyyatdan 10 il sonra uşağın vəziyyəti xeyli yaxşılaşmışdı. Bədən çəkisi artmışdı. Rentgen müayinə zamanı

geniş qida borusu- mədə anastomozu aşkarlandı. Kontrast maddə sərbəst axınla onikibarmaq bağırsağa keçir (şəkil 12.10).

İlkin əməliyyat zamanı subseroz piloroplastika aparılmasına baxmayaraq, mədə ilə plevradaxili plastikadan 2–3 ay sonra digər uşaqda da pilorostenoz törənib və bu xəstədə təkrar əməliyyat – piloroplastika icra edilib, bununla da qidanın mədədən onikibarmaq bağırsağa keçməsi bərpa olunub.

Mədə ilə plevradaxili plastikadan sonra bir uşaqda qida borusu-mədə anastomozunun daralması və disfagiya müşahidə olunub. Uşağa təkrar əməliyyat – yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika aparılıb.

Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi təqdim edirik.

10 yaşlı xəstə (qız) V. 24.04.2007-ci il tarixində Kliniki Tibbi mərkəzin III cərrahiyyə şöbəsinə – qida qəbulunun çətinləşməsi, qusma şikayətləri ilə daxil olub. Valideynlərinin verdiyi məlumatlara görə, uşaq anadangəlmə karlıq, lallıq və soltərəfli ayriboyunluqla doğulub. Uzunmüddətli müalicədən sonra danışıq qismən bərpa olunub. Körpə yaşlarından qusur. 2006-cı ildə bir neçə dəfə elastiki bujla genəltmə aparılıb. Uşaq cərrahliğı klinikasında fundoplikasiya və qastrostoma əməliyyatı icra edilib. Disfagiyanın



Şəkil 12.10. Rentgenoqram. Əməliyyatdan 10 il sonrakı şəkil. Plevradaxili geniş qida borusu-mədə anastomozu.

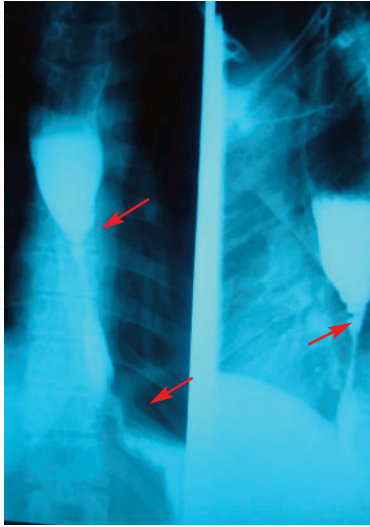
güclənməsi ilə əlaqədar bizim klinikaya müraciət edib. Xəstə qastrostomiya borusu vasitəsilə qidalanırdı. Daxil olarkən huşu aydın, vəziyyəti aktiv, dəri örtüyü solğun, dərialtı piy təbəqəsi atrofiyaya uğrayıb. Əzələ tonusu bir qədər aşağıdır. Ağciyərlərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/60 mm c.s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 130 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı

yumşaqdır.

Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində onun orta hissəsindən başlayaraq mədəyə qədər daralması qeyd edilir (şəkil 12.11 a,b).

Uşaqda anadangəlmə inkişaf qüsuru fonunda qida borusunun turş mədə möhtəviyyətinin reflüksü nəticəsində daralması aşkarlanıb. Disfagiya ilə əlaqədar cərrahi əməliyyat təklif edilib və valideynlərinin razılığı alınıb.

Cərrahi əməliyyat – 24 aprel 2007-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında əməliyyatdanson-



a b

Şəkil 12.11. Rentgenoqram. Turş mədə şirəsi təsirindən qida borusunun daralması. a) öndən; b) yandan görünüşü

rakı dəri çapıqı götürülməklə, yuxarı-orta laparotomiya icra edilib. Qaraciyər və mədə qarının ön divarına yapış-ıb. Bitişmələr aralandıqdan sonra qastrostomiya borusu xaric edilib, yeri isə gözənilib. Əvvəllər icra edilən fundoplikasiya əməliyyatından sonra yaranan fəsadlara görə, böyük texniki çətinliklə qida borusunun diafraqma dəliyi aralandı və sagital diafraqmotomiya icra edildi. Qida borusunun daralmış və çapıqlaşmış aşağı hissəsi ara-

landı, bağlandı və kəsildi. Qida borusu-mədə keçidi gö-zəndi. Sağ mədə və sağ mədə-piylik damarları saxlanılmaq şərtilə mədənin digər damar və bağları bağlandıqdan sonra mədə tam aralandı. Subseroz piloroplastika edildi. Qarnın ön divarının yarası tikildi. Sağtərəfli yan torakotomiya V qabırğaarası sahədə icra edildi. Tək vena bağlanıb kəsildikdən sonra arxa orta divar plevrası boy-lama açıldı. Çapıqlaşmış və deformasiyaya uğramış qida borusu sağlam mənfəz səviyyəsinə qədər aralanıb kəsildi və xaric edildi. Mədə sağ plevra boşluğuna qaldırıldı və qida borusu ilə mədə arasında uc-yana anastomoz qoyuldu. Döş yarası tikildi.

Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keçdi. 5-ci sutka-dan başlayaraq uşaq sərbəst qida qəbuluna başladı və kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

Təəssüf ki, 2 ay sonra 21.06.2007-ci il tarixində uşaq disfagiya əlaməti ilə yenidən klinikaya gətirildi. Qida borusunun rentgen-kontrast müayinəsində ezofaqoqastroanastomozun daralması və keçməzliyi aşkarlandı. Nə etməli? Ağızdan qida qəbulunu necə bərpa etməli? Uşağın vəziyyətinin ağırlaşması, disfagiyanın güclənməsi valideynlərinə açıqlandı və yenidən yoğun bağırsaqla plastika əməliyyatı aparmaq lazım olduğu izah edildi və razılıq alındı.

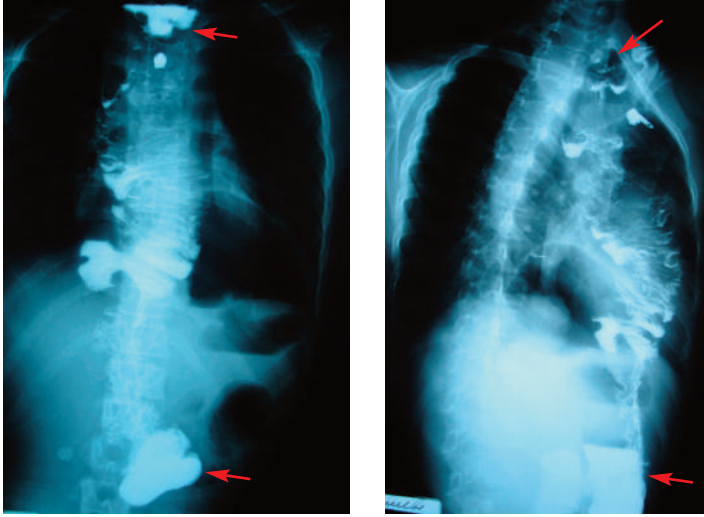
Cərrahi əməliyyat – 21.06.2007-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında ötən əməliyyatdansonrakı dəri çapığı götürülməklə, laparotomiya icra edildi. Bitişmələr aralandıqdan sonra köndələn çənbər bağırsaqlar və onun dalaq ayrılığı, eləcə də enən çənbər bağırsaqlar aralandı, a. colica media bağlandı və a. colica sinstra saxlanılmaq şərtilə 30 sm uzunluğunda izoperistaltik yoğun bağırsaqlar transplantatı hazırlandı. Uc-uca yoğun bağırsaqlar anastomozu ilə yoğun bağırsağın tamlığı bərpa edildi.

İlk əməliyyat zamanı mədə sağ plevra boşluğuna keçirildiyi üçün yoğun bağırsağ transplantatının distal ucu ilə onikibarmaq bağırsağ arasında uc-yana anastomoz formalaşdırıldı. Boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyabənzər əzələyə paralel olaraq 8 sm uzunluğunda kəsik aparıldı, toxumalar aralandı və qida borusunun boyun hissəsi tutqaca alındı. Qida borusunun boyun hissəsi UKL-40 aparatı ilə tikildi və kəsildi. Onun kaudal ucu orta divara salındı. Döşsümüyüarxası yol açıldı, izoperistaltik yoğun bağırsağ transplantatı boyuna qaldırıldı və qida borusu ilə transplantatın proksimal ucu arasında təksirali tikişlə anastomoz yaradıldı. Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçib. Uşaq ağızdan qida qəbul etməyə başladıqdan sonra 27.06.2007-ci il tarixində kafi vəziyyətdə evə yazıldı.

Əməliyyatdan 2 il sonra klinikaya müraciət etdi. Fiziki inkişafı davam edir. İstədiyi qidanı qəbul edə bilir. Rentgen-kontrast müayinə zamanı döşsümüyüarxası yerləşmiş və yoğun bağırsaqdan düzəldilmiş süni qida borusunun fəaliyyəti qənaətbəxşdir (*şəkil 12.12. a, b*).

Təqdim olunan nümunə göstərir ki, turş mədə şirəsinin təsirindən yaranan daralmalarla əlaqədar plevradaxili qoyulan anastomozun yenidən daralması, çox güman ki, qida borusunun divarında ilkin əməliyyata qədər olan iltihabi prosesin davam etməsi və turş mədə şirəsinin təsiri ilə bağlı olub.

Qida borusunun turş mədə şirəsi təsirindən törənmiş daralmasında iki – 26 və 30 yaşlarında olan xəstələrdə qida borusunun döş hissəsi xaric edilmiş və mədədən hazırlanmış boru ilə boyunda qida borusu-mədə anastomozu formalaşdırılmışdır. Onlardan birində – 30 yaşlı qadında sağtərəfli torakotomiya və qarın-boyun kəsiklərindən daralmış qida borusu xaric edilmiş və mədə-



a

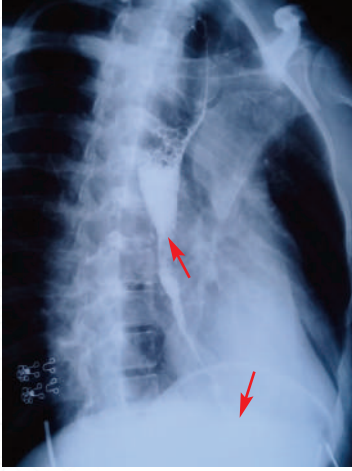
b

Şəkil 12.12. a, b. Rentgenoqram. Döşsümüyüarxası yerləşmiş və kontrastlanmış yoğun bağırsağ transplantatı: a) ön – arxa və b) yan görünüşü.

nin böyük ayrılıyından hazırlanmış izoperistaltik boru ilə çox uğurlu plastika icra edilmişdir (şəkil 12.13, 12.14).

26 yaşlı digər xəstədə başqa klinikada qarın və boyun kəsiklərindən mədə ilə plastikadan sonra təkrari əməliyyat tələb edən fəsad – boyunda qoyulmuş anastomoz tikişlərinin tutarsızlığı və daralması törənmişdir. Həmin xəstənin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

26 yaşlı (oğlan) xəstə N. 20.07.2011-ci il tarixində disfagiya, döşdə ağrılar, arıqlama, ümumi zəiflik, boyunun sol yarısında əməliyyatdan sonra törənmiş süzgəcdən irinli ifrazat gəlməsi şikayətlərilə Klinik Tibbi Mərkəzə daxil olub. Validəynlərinin verdiyi məlumata görə, 6-cı sinifdə oxuyarkən yeməyin çətin keçməsi şikayətləri başlayıb. Ezofaqoskopiya zamanı qida borusunda daralma aşkarlanıb və elastik bujla təkrar genəltmələr aparılıb,



Şəkil 12.13. Rentgenoqram.
Turşu təsirindən qida borusu-
nun orta döş hissəsində başla-
yan daralma.



Şəkil 12.14. Rentgenoqram.
Mədə borusu ilə
plastikadan sonra qidanın
keçməsi bərpa olunub.

ancaq müdaxilələr əhəmiyyətsiz olub. Ağızdan kimyəvi maye qəbul etməsini tam inkar edir. Güclənən disfagiya ilə əlaqədar 2009-cu ildə Bakı şəhərində klinikaların birində qarın-boyun kəsikləri ilə qida borusu xaric olunub və mədənin böyük ayrılıyından hazırlanan boru ilə plastika icra edilib. Əməliyyatdansonrakı dövrdə boyunda qida borusu ilə mədə borusu arasında qoyulan anastomozun daralması baş verdiyi üçün 2011-ci ildə anastomoz nahiyəsinə stent yeridilib. Disfagiya keçməyib, boyunda irinli ifrazat xaric olan süzgəc yaranıb. Disfagiyanın güclənməsi ilə əlaqədar olaraq, xəstə bizim klinikaya müraciət edib. Müayinələrdən sonra xəstəyə əməliyyat olunduğu klinikaya müraciət etməsi tövsiyə olunub. Ancaq xəstənin valideynləri təkidlə bizim klinikada təkrar əməliyyat olunmasını xahiş ediblər.

Daxil olarkən xəstənin vəziyyəti orta ağırlıqda, dərisi solğun, dərialtı təbəqəsi çox zəif idi. Ağciyərləri üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilirdi. Ürək tonları karlaşmış, arterial qan təzyiqi 90/50 mm c. s. səviyyəsində, nəbzin dəqiqəlik sayı 70 vuruğu həddindədir. Dili nəm, qarnı yumşaq və ağrısızdır.

Rentgen-kontrast müayinə zamanı boyunda anastomozun daralması və stentin kontrast maddə ilə əhatə olunması aşkarlandı. (şəkil 12.15) Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi zamanı sağtərəfli ekssudativ plevrit müəyyən edildi. Bu fəsad qida borusu ilə mədə borusu arasında qoyulmuş anastomozun iltihabı ilə əlaqələndirildi. 10 günlük əməliyyatönü hazırlıqdan sonra xəstə cərrahi əməliyyata alındı.

Cərrahi əməliyyat – 01.08. 2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında yerinə yetirildi və süzgəc kanalına metilen abısı yeridildikdən sonra boyunun sol yarısında döş-körpücük-məməyəbənzər əzaləyə paralel olaraq əməliyyatdansonrakı çapıq götürülməklə 10 sm uzunluğunda kəsik aparıldı. Böyük texniki çətinliklə anastomoz nahiyəsinə yaxınlaşmaq mümkün oldu. Çapıq toxumalar aralandıqdan sonra qida borusunun boyun hissəsi tutqaca götürüldü. Anastomoz nahiyəsində stentin ucunun anastomozdan xaricə çıxması aşkarlandı. Ətraf



Şəkil 12.15. Rentgen-noqram. Boyunda qoyulmuş qida borusumədə anastomozunun daralması. Stent daralmadan aşağı yerini dəyişib..



Şəkil 12.16.
Xaric edilmiş stent.

toxumalar stentə sirayət etdiyi üçün stent iti üsulla aralanıb xaric edildi. (Şəkil 12.16) Müəyyən edildi ki, anastomoz nahiyəsində mədə borusunun divarı iltihab hesabına xeyli qalınlaşıb və daralıb. Anastomoz nahiyəsində hər hansı bir rekonstruktiv əməliyyat aparılması qeyri-mümkün olduğu üçün qida borusu mədədən aralandıqdan sonra mədə borusunun aralanmış və daralmış ucu tikişlə qapandı. Qida borusunun boyun hissəsi anastomozdan aralanıb ezofaqostoma qoyuldu. Xəstəni qidalandırmaq üçün yeyunostoma qoyulması qərara

alındı. İlk əməliyyatdan sonrakı çapıq götürülməklə, yuxarı-orta laparotomiya icra edildi. Bitişmələr aralandırıldıqdan sonra acı bağırsağın ilk ilgəyi yaraya gətirildi. Treys bağından 20 sm aşağıda nazik bağırsağ köndələn istiqamətdə kəsildi, gətirici ilgəklə nazik bağırsağ arasında uc-yana anastomoz qoyuldu. Nazik bağırsağın aralanmış aparıcı ilgəyindən Maydl üsulu ilə yeyunostoma formalaşdırıldı. Qarın yarası tikildi. 2 gün sonra xəstə yeyunostomadan qidalanmağa başladı, ambulator müalicəyə göndərildi.

Xəstə yeyunostoma ilə qidalanmadan 4 ay sonra 18.11.2011-ci il tarixində xeyli gümrəh vəziyyətdə yenidən klinikaya qəbul edildi. İlk əməliyyat zamanı mədənin plastika üçün istifadə olunması və arxa orta divara yerləşdirilməsi ilə əlaqədar olaraq plastika üçün yoğun bağırsaqdan istifadə olunması qərara alındı. 2 həftəlik əməliyyat

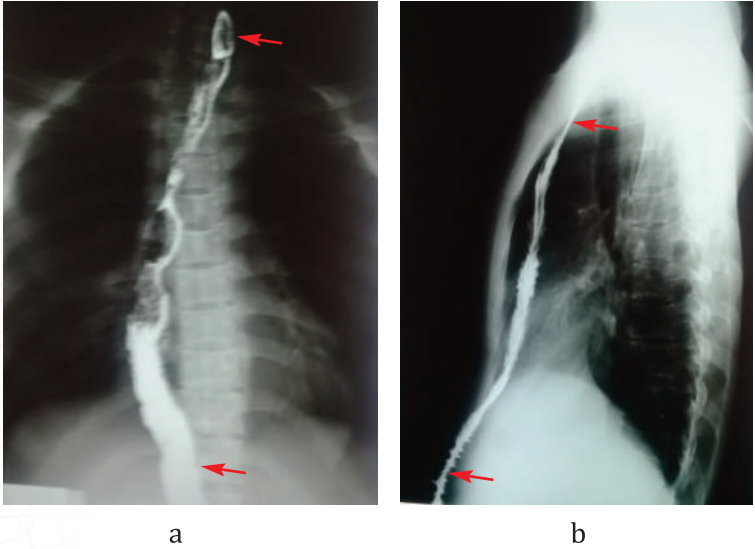
yatönü hazırlıqdan sonra xəstə yoğun bağırsaqla plastika əməliyyatına alındı.

Cərrahi əməliyyat – 01.12.2011-ci il tarixində ümumi ağrısızlaşdırma altında, dəri çapığı götürülməklə, yuxarı-aşağı-orta laparotomiya icra edildi. Böyük texniki çətinliklə qarın divarı ilə bağırsaqlar arasında olan bitişmələr aralandı. Maydl üsulu ilə qoyulmuş yeyunostoma ləğv edildi. Sol çən bər bağırsaqlar arteriyası üzərində yoğun bağırsağın sol yarısından 35 sm uzunluğunda izoperistaltik transplantat hazırlandı. Yoğun bağırsağın proksimal ucu nazik bağırsağın çözümdə açılmış pəncərədən keçirilib, yoğun bağırsağın ucları arasında anastomoz qoymaqla, həzm sisteminin tamlığı bərpa edildi. Maydl üsulu ilə yeyunostomanın qalığı kəsilib xaric edildi və nazik bağırsağın ucu ilə transplantat arasında anastomoz qoyuldu. Döşsümüyüarxası yolla transplantatın proksimal ucu boyuna qaldırıldı. Boyunda kəsiklə ezofaqostoma dəridən aralandı və transplantatla qida borusu arasında təksirali tikişlə anastomoz formalaşdırıldı. Nazoqastral zond anastomozdan yoğun bağırsaqlar transplantatının mənfəzinə yeridildi. Qarın və boyun yaraları tikildi. Əməliyyatdan 5 gün sonra xəstə ağızdan rahat qida qəbul etməyə başladı və evə yazıldı.

Əməliyyatdan 10 il sonra rentgen-kontrast müayinəsi zamanı döşsümüyüarxası yerləşdirilmiş yoğun bağırsaqlar transplantatının normal ötürücülük qabiliyyətini maneəsiz davam etdirməsi aşkarlandı (şəkil 12.17. a, b).

Qida borusunun peptik mənşəli daralması ilə müşahidəmişdə olan 7 uşaqdan 2-də isə yoğun bağırsaqla döşsümüyüarxası plastika icra edilmişdir. Xəstələrdən birinin xəstəlik tarixindən qısa çıxarışı nümunə kimi veririk.

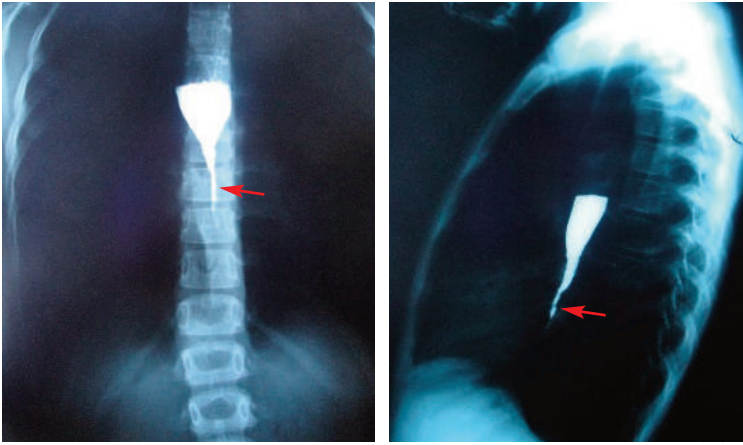
11 yaşlı xəstə (oğlan) R. 21.07.2009-cu il tarixində disfagiya, arıqlama, ümumi halsızlıq, zəiflik şikayətləri ilə klinikaya daxil olub. Valideynlərinin verdiyi məlumata görə südəmərdən dövrədən xəstədir. Əmdiyi südü tez-tez qusurdu.



Şəkil 12.17. a, b. Rentgenoqram. Döşsümüyüarxası yerləşdirilmiş və kontrastlanmış yoğun bağırsaq transplantatı: a) ön – arxa və b) yandan görünüşü.

Çox güman ki, uzun müddət qusma ilə əlaqədar qida borusuna süd ilə qayıdan turş mədə şirəsi selikli qişada xroniki iltihab-ezofagit törədib və daralma inkişaf edib.

Uşağın 3 yaşı olarkən valideynləri mənə müraciət ediblər. Müayinədən sonra cərrahi əməliyyata ehtiyac olduğu valideynlərə izah olunub. Onlar isə əməliyyata razılıq verməyib uşağı aparıblar. Bir neçə il uşaq çətinliklə maye şəklində olan qidaları qəbul edə bilib. Son 2–3 həftə ərzində tam disfagiya yaranıb və valideynləri uşaqla birlikdə yenidən mənə müraciət ediblər. Uşaq heç bir kimyəvi aşındırıcı içməmişdir. Daxil olarkən uşağın vəziyyəti ağır olmuşdur. Dəri örtükləri xeyli avazımış və arıqlamışdır. Ağciyərlərinin üzərində vezikulyar tənəffüs eşidilir. Arterial qan təzyiqi 100/70 mm. c. s. səviyyəsində, nəbzın dəqiqəlik sayı 100 vuruğ həddində olub. Dili nəm, qarnı yumşaqdır. Hər 10 gündən bir defekasiya olur.



a

b

Şəkil 12.18. a, b. Rentgenoqram. Qida borusunun turş mədə şirəsi təsirindən orta döş hissəsindən başlayan daralması: a) ön – arxa və b) yan görünüşü.

Rentgen müayinəsi zamanı qida borusunun orta döş hissəsindən başlayaraq onun mənfəzinin daraldığı və tam keçməzliyi aşkarlandı (şəkil 12.18. a, b).

Uşaqda qida borusunun anadangəlmə daralmasına şübhə və turş mədə şirəsinin təsirindən güclənmiş ezofagit mənfəli keçməzlik cərrahi əməliyyata göstəriş kimi qəbul edilib. Valideynlərinin təkidi və razılığı ilə uşaq əməliyyata alındı.

Cərrahi əməliyyat – 22.07.2009-cu il tarixində qarın və boyun kəsikləri ilə döşümüüarxası yolla yoğun bağırsağın sol yarısından sol çənər bağırsaq arteriyası üzərində transplantat hazırlanıb, distal ucu ilə mədənin ön divarı arasında uc-yana anastomoz qoyulduqdan sonra transplantat ön orta divardan boyuna qaldırıldı. Boyunda döş-körpüçük-məməyəbənzər əzələyə paralel olaraq 10 sm uzunluğunda kəsik aparıldı, qida borusunun boyun hissəsi aralanıb tutqaca götürüldü, köndələn kəsilib distal ucu tikildi, arxa orta divara salındı. Qida borusunun boyun hissəsi ilə yoğun bağırsaq arasında anastomoz qoyuldu. Əməliyyatdansonrakı dövr fəsadsız keç-

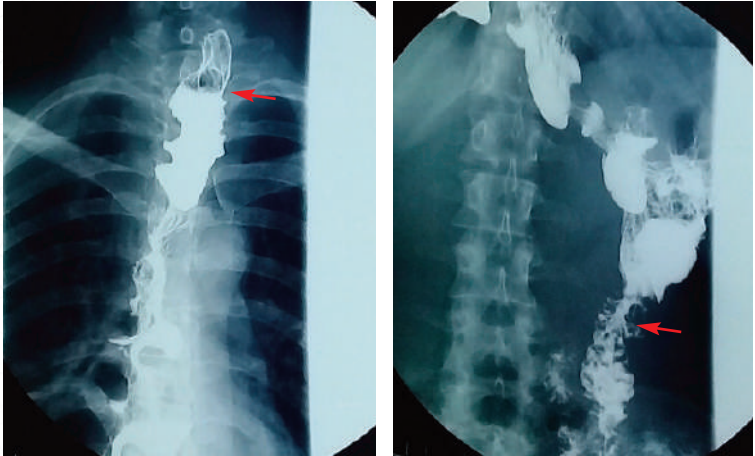
di. Xəstə ağızdan rahat qida qəbul etdikdən sonra evə yazıldı.

10 il sonra xəstə xeyli böyümüş gümrəh vəziyyətdə müayinə üçün klinikaya gəlmişdi. İstədiyi qidaları qəbul edirdi.

Rentgen müayinəsi zamanı boyunda qoyulmuş anastomozun və yoğun bağırsağ transplantatının normal ötürücü fəaliyyəti təsdiqləndi (*şəkil 12.19. a, b*).

Beləliklə, diafraqma dəliyinin və qida borusu-mədə keçidinin qapanma fəaliyyətinin pozulması ilə davam edən yırtıqlarında, xəstələrdə turş mədə möhtəviyyətinin qida borusuna qayıtması selikli qişada davam edən xroniki iltihaba və müəyyən hallarda cərrahi əməliyyat tələb edən ağırlaşmalara səbəb olur. Disfagiya törədən daralmalarda qida borusunun iltihaba uğramış hissəsi sağlam toxuma hüdudunda rezeksiya olunmalı və defekt mədə, yaxud yoğun bağırsağ transplantatı ilə bərpa edilməlidir.

Təsadüfən rentgen müayinəsi zamanı aşkarlanan diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtıqları ilə xəstələrdə



a

b

Şəkil 12.19. Rentgenoqram. a) yoğun bağırsaqdan formalaşdırılmış süni qida borusu b) kontrast maddə mədəyə və 12-barmaq bağırsağa axır.

qida borusu-mədə keçidinin fəaliyyətində pozğunluq və turş mədə şirəsinin qida borusuna qayıtma əlamətləri yoxdursa, heç bir müalicə lazım gəlmir.

Qida borusu-mədə keçidindən turş mədə şirəsinin qida borusuna qayıtmasının kliniki əlamətləri (*turş gəyirmə, mədə qıçqırması, qarınüstü nahiyədə ağrı*) olduqda konservativ müalicə aparılmalıdır. Xəstələrə müəyyən vaxtlarda qida qəbulu, axşam yeməyini erkən bitirmək, pəhriz yeməklər, naharda qələvi sular içmək, sulu xörəklərin qəbuluna üstünlük vermək, qəbizliyin ləğv edilməsi tədbirlərinə əməl etmək, piylənmənin qarşısını almaq, bədən çəkisinin azaldılmasına səy göstərmək, hündür yastıqda yatmaq tövsiyə olunmalıdır. Turş gəyirmə, mədə qıçqırması təkrarlandıqda turşuluğu azaldan dərmanlar, H₂-blokatorlar təyin edilməlidir.

Qida borusunun divarında davam edən iltihabla əlaqədar daralmalar yarıdıqda elastik bujla, endoskopun nəzarətilə havalı genəldicilərlə genəltmə aparıla bilər.

Qidaborusuyanı yırtıqlar cərrahi əməliyyata göstərişdir. Çünki onların boğulma və qanaxma ehtimalı yüksəkdir.

Qida borusunun sürüşən yırtıqlarında qida borusu-mədə keçidinin çatışmazlığı ilə əlaqədar turş mədə şirəsinin qida borusuna qayıtması əlamətləri müşahidə olunduqda tənzimləyici əməliyyat – selektiv proksimal vaqotomiya aparmaq və fundoplikasiya ilə (*Nissen əməliyyatı*) iti *Hiss bucağı* yaratmaq lazımdır. Belə vəziyyətə düşmüş xəstələrdə selektiv proksimal vaqotomiya aparılmadan *Nissen* üsulu ilə fundoplikasiya mədənin turşuluğunun azalmasına təsir etmir.

Qida qəbulunun çətinləşməsi, keçməməsi ilə müşayiət olunan turşu təsirindən yaranan davamlı daralmalarda qida borusu rezeksiya edilməli və mədə, yaxud yoğun bağırsaqla plastika əməliyyatı aparılmalıdır.

Ədəbiyyat

1. Абакумов М.М., Пинчук Т.П., Авдюшина И.А., Квардаков О.В. Диагностика и хирургическое лечение непроходимости глоточно-пищеводного перехода. Хирургия. 2009, N 4, стр.4-9.
2. Бакулев А.Р. Клинические очерки оперативной хирургии. 1952.
3. Брайцев В.Р. Опыт пластического образования пищевода из кожи. Новая хирургия. 1928, N7-8.
4. Гальперин Я.О. К вопросу о пластике пищевода. Хирургия. 1913. Т-XXXIII.
5. Герцен П.А. Случай доброкачественного сужения пищевода, оперированного по видоизмененному способу Ру. Труды VII съезда российских хирургов СПб. 1908.
6. Давыдов М.И. Эволюция онкохирургии и ее перспективы. Рак пищевода. Проблемы клинической медицины. 2005 - N1.стр.10-11.
7. Добромыслов В.Д. К вопросу о резекции пищевода в грудном его отделе по чресплевральному способу. Русский хирургический архив. 1902. N11.
8. Еремеев Н.И. Операция создания пищевода в переднем средостении (загрудинный пищевод). Диссертация. Томский Медицинский Институт. 1952.
9. Савиных А.Г. Рубцовые стриктуры пищевода после химического ожога и методы их лечения. Хирургия. 1952. N8.
10. Русанов А.А. Рак пищевода. Л. Медицина. 1974. 248 страниц.
11. Насилов И.И. Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди. Врач. 1988. IX. N25.
12. Петерсон Б.Е. Гастрэктомия, резекция кардии и резекция пищевода с аппаратом П.К.С. 25. Хирургия. 1965 N 6. стр.64-69.
13. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. М. ГЭОТАР-Медиа, 2007-560 страниц.
14. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. М. 2000.

15. Соловьев А.Е. К вопросу о пластике пищевода. Новая хирургия. 1927.Т. IV N4.
16. Юдин С.С. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. 1954. М.263.
17. Bircher E. Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus, Zbl.f.chir., 1907. N34.
18. Garlock J.H. The surgical treatment of carcinoma of the thoracic esophagus. Surg.Gynec.Obstet.1940. 70:550.
19. Hacker V. Fur antethorakalen Oesophagusplastik mit Verwendung des Dickdarms. Tagung der Vereinigung Alpenladischer. Chirurgen12-13/X 1925. Zbl.f.chir.1926S29.
20. Henschen C. Indicationen und Technik fur transpleuralen Oesophagus gastroanastomose. Schweizer med. Wschr.1924 S.65.
21. Jiano A. Oesophagoplastic derivatrice avec tube gatrique. Soc.de chir. Bucarest d.c.1931.
22. Kelling G. Oesophagoplastik mit Hilfe des Quercolon. Zbl.Chir. 1911.38: 1209-1212.
23. Kummel W. Ueber inythorakale Oesophagusplastik. Bruns Reitace zur klinischen chirurgie. 1922. Bd126. S264.
24. Kirschner M. Ein neues Verfahren der Oesophagusplas. Arch.f.Klin.Chir.Bd CXIX, 1920.3.S 600.
25. Lexer E. Vollstandiger Ersatz der Speiserohre. Munch.med.Wschr.1911N29.
26. Lewis I. The Surgical Treatment of Carcinoma of the Oesophagus.// British Journal of Surgery. 1946.-V.34, N133136.P.18-31.
27. Luketich, J.D, Alvelo-Rivera M, Buenaventura P.O et.al. Minimal invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. Ann. surg. - 2003. - vol. 238. N.4.-p.486-494.
28. Roith O. Die einzeitige antethoracale Oesophagusplastik aus dem dickdarm Dtsch.Zsch.f.chir. 1923.Bd. 183 S419.
29. Roux C. L'Oesophago-jejurnoqastrostomose. Nouvelle operation pour retrecis segment infranchissable de l'oesophage. Sem.med.1907., N4.
30. Rovzing T. The technic of my method of antethoracal oesophagoplasty.Surg.gynec.a.obstetr.1926.V.43 p.781.

31. Siewert J.R., Holscher A.H., Becker K. et al. Carcinoma of the cardia: An attempt a therapeutical relevant classification.//Chirurg.-1987-vol 58.-P25-32.

32. Torek A. Berunt uber die erste erfolgeriche Besection der Speiserohre wesen Karzinom. Dtsch. Chir. 123:305.

33. Vulliet H. De` loesophagoplastie et de ses diverses modifications. Sem.med. 1911.N45.

34. Wullstein L. Ueber antethoracale Oesophago-jejunostomie und Operationen nach gleichen Prinzip. Dtsch.med. Wschr.1904 20.

35. Zaayer J.H. Erfolgriche transpleurale Resection eines kardiakarzinoms.Bruns Beiter, Klin. Chir. 1913.83: 419.

**Çarkəz Cəfərov, Elşad Cəfərov,
Ülkər Röstəmzadə**

**Qida borusu
cərrahlığı**

Bakı. "Aspoliqraf LTD" MMC. 2022

Dizayner
Zahid Məmmədov

Korrektor
Günəl Məmmədova

Çapa imzalanmışdır 01.11.2022. Kağız formatı 60x90¹/₁₆.
Fiziki çap vərəqi 23,5. Sifariş 100.

"Aspoliqraf LTD" MMC müəssisəsinin
mətbəəsində çap olunmuşdur.
Bakı, AZ 1052, F.Xoyski küç., 151
Tel.: (+994 12) 567-81-28/29
e-mail: tahsil_az@yahoo.com

